

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. "C" DENGAN DENGUE HAEMORAGIC FEVER DI RUANG PERAWATAN ST.THERESIA RS STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

ALBINA SEFIANI NURTI
E1514401004

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. ”C” dengan *DENGUE HAEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN ST.THERESIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh

Nama Mahasiswa : Albina S. Nurti

NIM : E1514401004

Disetujui oleh

Pembimbing

(Mery Sambo, S. Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN. 0930058102

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Aademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN)

NIDN. 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK "C" DENGAN *DENGUE HAEMORRAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN ST.THERESIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah di uji dihadapan Tim Penguji yang di laksanakan pada:

Hari/Tanggal : Jumat/ 08 Juni 2018

Pukul : 12.30- 13.15

Tempat : Kampus Stik Stella Maris Makassar

TIM PENGUJI:

1. Elimiana Bongga Linggi, S. Kep., M. Kes ( )
2. Yuliana Tola ′ba, S. Kep. Ns., M. Kep ( )
3. Mery Sambo, S. Kep., Ns., M. Kep ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.SI.,Ns.,M.Kes)
NIDN : 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis

Nama	: Albina Sefiani Nurti
Tempat/ Tanggal lahir	: Metang, 01 Maret 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Khatolik
Alamat	: Jl. Rajawali 01 Lr. 11 A

II.Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Donatus Jehandut/ Bibiani Ninut
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Tani
Alamat	: Flores Manggarai

III. Riwayat Pendidikan

SDI Gololada	: 2003- 2008
SMPK Rosa Mistika Waerana	: 2009-2012
SMAK Pancasila Borong	: 2013- 2015
STIK Stella Maris Makassar	: 2016- 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa atas segala berkat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelsaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul " Asuhan Keperawatan pada pasien An. "C" dengan *Dengue Haemoragic Fever* di ruang perawatan st. Theresia Stella Maris Makasar

Dalam penyusunan Karya Tulis ini, penulis menyadari banyak kesulitan yang dihadapi, namun berkat ketekunan dan kesabaran serta bimbingan dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelsaikannya. Untuk itu penulis hendak ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S. si, Ns. M. kes selaku ketua Stik Stella Maris Makassar
2. Henny Pongantung, S. Kep, Ns, MSN selaku wakil ketua Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
3. Mery Sambo, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan penulis, serta telah meluangkan waktu dalam penyusunan Karya Tulis Ini.
4. Mery Solon, Ns., M. Kes, Selaku ketua program DIII sekaligus Pembimbing Akademik DIII Keperawatan Stella Maris Makassar.
5. Dosen dan Staf yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalaman selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
6. Dr. Thomas Soeharto, MMR, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktek kepada penulis kurang lebih selama tiga tahun
7. An. "C" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia kerja sama dengan penulis.

8. Teristimewa saya persembahkan kepada orang tua saya untuk segala doa dan dukungannya kepada saya selama berada di bangku pendidikan. Teruntuk kakak yang selalu menguatkan dan memberi saya motivasi Ireni Jeniyati terimaksih untuk untuk untuk semuaya
9. Teruntuk para sahabat yang adalah segalanya bagi saya terimakasih sudah melalui suka duka bersama saya selama ini

Tiada kata dan pengharapan yang penulis dapat berikan selain doa semoga Tuhan Yang Maha Kasih dapat memberikan rahmat dan berkat atas segala kebaikan bapak / ibu serta rekan-rekan sekalian.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar . Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Juni 2018

Albina Sefiani Nurti

DAFTAR ISI

JUDUL Halaman

LEMBARAN PERSETUJUAN.....i

LEMBARAN PENGESAHAN..... ii

RIWAYAT HIDUP..... iii

DAFTAR GAMBAR..... iv

DAFTAR TABEL..... v

KATA PENGANTAR..... vi

DAFTAR ISI vii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan..... 2

C. Manfaat Penulisan..... 4

D. Metode Penulisan..... 5

E. Sistematika Penulisan..... 6

BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 7

A. Konsep Dasar Medis..... 7

1. Defenisi..... 7

2. Anatomi Fisiologi..... 8

3. Etiologi..... 12

4. Patofisiologi..... 13

5. Klasifikasi..... 14
6. Manifestasi Klinik..... 15
7. Tes Diagnostik..... 15
8. Komplikasi..... 17
9. Penatalaksaanaan Medik..... 20
B. Kosep Tumbuh Kembang Anak..... 22
C. Konsep Asuhan Keperawatan..... 26
1. Pengkajian Keperawatan..... 26
2. Diagnosa Keperawatan..... 27
3. Intervensi Keperawatan..... 28
4. Discharge Planning..... 34
5. Patoflowdiagram..... 36
BAB III TINJAUAN KASUS 38
A. Pengkajian 39
B. Analisa Data..... 55
C. Diagnosa Keperawatan..... 57
D. Rencana Keperawatan..... 57
E. Pelaksanaan Keperawatan..... 62
F. Evaluasi..... 78
G. Daftar Obat..... 85
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 87
BAB V PENUTUP..... 96
A. Simpulan..... 96

B. Saran..... 97

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Imunisasi..... 30
Tabel 3.2 Imuno serologi-infeksi..... 42
Tabel 3.3 Analisis data..... 43
Tabel 3.4 Diagnosis keperawatan..... 46
Tabel 3.5 Intervensi keperawatan..... 47
Tabel 3.6 Implementasi keperawatan..... 52
Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan..... 75

Saat ini lebih dari 100 negara di Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat merupakan wilayah dampak DHF serius dan data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DHF setiap tahunnya dengan jumlah kasus telah melewati 1, 2 juta kasus di tahun 2010. Pada tahun 2011 dilaporkan terdapat sebanyak 2,35 kasus di Amerika merupakan DHF dengan kasus berat (WHO, 2014)

Berdasarkan data di Sulawesi Selatan pada tahun 2016 penderita *Dengue Haemoragic Fever* terus meningkat. Penularan nyamuk aedes sesuai data dinkes Sulawesi selatan perkabupaten/ kota selama dua tahun terakhir, paling tinggi terjadi di wilayah Bone yang mencapai 740 kasus. Kemudian menyusul kabupaten Pangkep dengan jumlah 731 kasus. Sementara sinjai 452 kasus, Maros 544 kasus, Gowa 427 kasus, soppeng 399 kasus dan Makassar 367 kasus (Makassar Tribunnesnews.com, 2016).

Berdasarkan data *Medikal Record* (MRO) Rumah sakit Stella Maris tercatat jumlah penderita DHF pada tahun 2015 sebanyak 502 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 15-24 tahun sebanyak 160 pasien dan yang meninggal dunia sebanyak 4 orang. Pada tahun 2016 terjadi peningkatan pada penderita DHF dimana jumlah penderita sebanyak 711 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan lag-lagi berkisar pada usia 15-24 tahun sebanyak 238 pasien dan yang meninggal dunia sebanyak 4 0rang. Pada tahun 2017 prenstasi penyakit DHF mengalami penurunan dibandikan tahun sebelumnya dengan jumlah penderita sebanyak 329 pasien dengan pravelensi terbesar

ditemukan pada usia 25-44 tahun sebanyak 99 kasus dan yang dinyatakan meninggal dunia sebanyak 2 orang.

Dengan melihat masih adanya angka kematian pada kasus DHF yang disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan, maka dibutuhkan peran tenaga kesehatan terutama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk megelola kasus dengan judul *Dengue Haemoragic Fever* pada pasien An. “C”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Melakukan asuhan keperawatan kepada pasien An. “C” dengan *Dengue Haemoragic Fever* di ruang perawatan St. Theresia

2. Tujuan Khusus

   Penulis mengetahui dan mampu :

   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan DHF
   b. Merumuskan dan menegakan diagnosis keperawatan pada pasien dengan DHF.
   c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan DHF.
   d. Melakukan implemnetasi keperawatan pada pasien dengan DHF.
   e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan DHF
   f. Melakukan pendokumentasian pada pasien dengan DHF

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Merupakan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawat yang ada dirumah sakit dalam upaya untuk meningkatkan suatu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Hemorragic Fever* (DHF)

2. Bagi Institusi / Pendidikan

   Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu sebagai salah satu sumber informasi / bacaan serta acuan dibagian akademik tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Haemorragic Fever* (DHF).

3. Bagi Pasien/ keluarga

   Diharapkan agar lebih memperhatikan dan meningkatkan upaya pencegahan dari penyakit, dan pengobatan sejak dini, memperhatikan kebersihan rumah dan kesehatan lingkungan sekitar tempat tinggal, menjaga pola makan, istrahat yang cukup sehingga kesehatan dapat tercapai dengan baik di lingkungan keluarga maupun masyarakat. Memberikan informasi tentang tindakan pencegahan yang dapat mempertahankan lingkungan yang bersih dan sehat dengan prinsip 4 M (Menguras, Menutup, Menimbun/ mengubur, Memantau).

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi *Dengue Haemorragic Fever* penulis menggunakan metode :

1. Tinjauan pustaka

   Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru journal, materi dari literatur-literatur di perpustakaan mengenai isi dari Karya Tulis ini.

2. Pengamatan kasus

   Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

   Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

   a. Wawancara

      Dengan mengadakan / melakukan tanya jawab kepada keluarga pasien dan perawat setempat

   b. Observasi

      Pengamatan langsung kondisi dengan mengikuti tindakan 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. Pemeriksaan Fisik

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

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya Tulis Ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I : pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II : Tinjauan teoritis yang disusun dari berbagai topik yaitu Konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, Anatomi fisiologi, Etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, dan perencanaan pulang dan patoflowdiagram. BAB III : pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, Bab ini menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan dan daftar obat yang diberikan kepada pasien. BAB IV : Pembahasan kasus. Bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan di lapangan. BAB V : Simpulan dan saran. Bab ini terdiri dari beberapa kesimpulan dan saran.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyakit *Dengue Haemoragic fever (DHF)* masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang belum dapat ditanggulangi sampai saat ini. Indonesia merupakan Negara beriklim tropis yang memungkinkan berkembangnya mikroorganisme yang menyebabkan dan kematian yang tinggi di seluruh Indonesia apabila tidak segera ditangani. Penyakit DHF memiliki keterkaitan dengan kesehatan dan kebersihan lingkungan, hal ini karena nyamuk berkembang biak disekitar lingkungan dengan pemukiman yang buruk dan berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk aedes aegypti.

Data Direktorat pengendalian penyakit Tular Vektor dan Zoonosis kementrian kesehatan menyebutkan hingga akhir januari tahun 2018, penyakit ini sering kali menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Dilaporkan ada beberapa kabupaten kota di Indonesia yang berpotensi tinggi terhadap DHF antara lain: 1. Kabupaten Tanggerang (Banten) Kota Lubuklinggau (Sumatera Selatan), Kota Bengkulu (Bengkulu), Kota Denpasar, Kabupaten Gianyar (Bali), Kabupaten Bulukumba, Pangkep, Luwu Utara, dan Wajo (Sulawesi Selatan), Kabupaten Gorontalo (Gorontalo), dan Kabupaten Kaimana Papua Barat. Sepanjang bulan januari kasus DHF yang terjadi di daerah tersebut tercatat sebanyak 492 orang dengan jumlah kematian 25 orang (Depkes RI, 2016)

Saat ini lebih dari 100 negara di Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat merupakan wilayah dampak

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar medis

1. Definisi

Demam Berdarah dengue (DHF) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti (Suriadi, 2010)

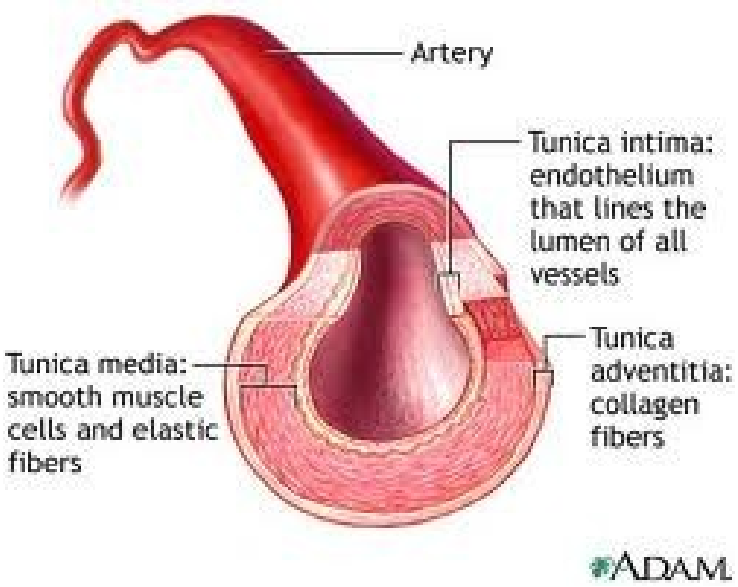
Dengue Hemoragic Fever (DHF) penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti (Padila, 2013)

Dengue Hemoragic Fever adalah suatu infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk spesies Aedes, penyakit ini sering menyerang anak-anak , remaja, dan orang dewasa yang ditandai dengan demam, sakit kepala, mual-muntah, nyeri otot, dan sendi (Desmawati, 2013)

Berdasarkan beberapa pengertian di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa DHF adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue melalui gigitan nyamuk aedes aegypti, penyakit ini sering menyerang anak-anak, remaja, dan orang dewasa yang ditandai dengan demam, sakit kepala, mual muntah, nyeri otot dan sendi.

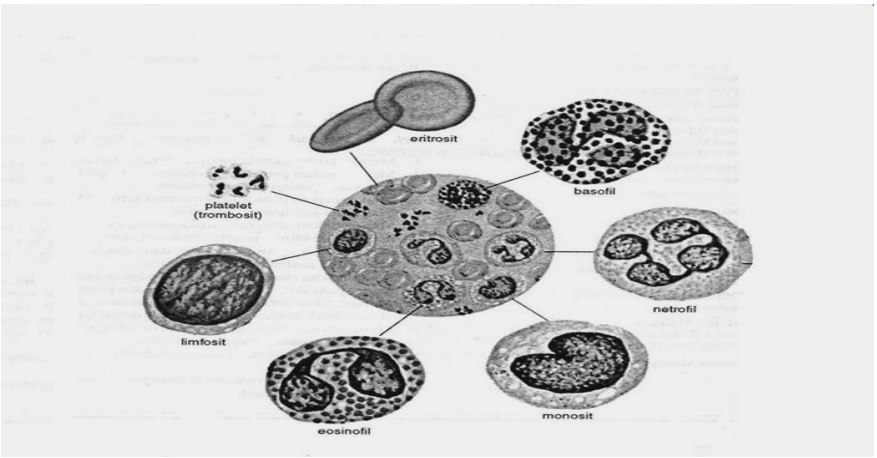
2.Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 1.1

sumberhttp://www.umm.edu/patiented/articles/artery_cut_section_000317.htm



Gambar 1.2

1.Pembuluh darah

a. Pembuluh Darah Arteri (Pembuluh Nadi)

Terdiri atas tiga lapisan. Lapisan terluar terdiri atas jaringan ikat fibrus disebut *tunika advantisia,* lapisan ini berfungsi sebagai pelindung. Lapisan tengah yang memiliki otot elastis disebut *tunika media,* lapisan ini bersifat kuat berfungsi menjaga pembuluh darah tetap terbuka dan memiliki otot yang dapat berkontraksi membesar dan menyempit untuk mempertahankan tekanan darah. Lapisan terdalam disebut tunika intima, lapisan ini dibentuk oleh endothelium yang bersifat sangat licin untuk mengurangi gesekan darah dengan dinding pembuluh. Pembuluh darah arteri terdiri dari 2 jenis, yaitu pembuluh aorta dan pulmonalis. Pembuluh aorta merupakan pembuluh arteri yang datang dari bilik jantung sebelah kiri dan bertugas mengangkut oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh. Sebaliknya, pembuluh pulmonalis merupakan pembuluh arteri yang berasal dari bilik kanan. Pembuluh pulmonalis berfungsi membawa darah yang telah terkontaminasi oleh karbondioksida dari seluruh tubuh menuju ke paru-paru.

b. Pembuluh darah vena (pembuluh balik)

Pembuluh darah vena dikenal dengan nama pembuluh balik. Pembuluh darah ini adalah jenis pembuluh darah yang dating menuju serambi jantung yang sifatnya tipis dan cukup elastis. Sama halnya seperti pembuluh arteri, pembuluh vena terdiri dari 2 bagian, yaitu pembuluh darah vena kava superior dan pembuluh darah vena kava inferior. Pembuluh vena kava anterior adalah pembuluh darah balik yang berasal dari bagian atas tubuh . Sedangkan pembuluh darah vena kava inferior berasal dari bagian tubuh.

c. Pembuluh Darah Kapiler

Pembuluh darah kapiler adalah ujung yang berada di bagian akhir dari pembuluh arteri. Jaringan pembuluh darah kapiler bekerja membentuk sebuah anyaman yang terdiri dari suatu jaringan dengan kandungan kurang lebih 2000 kapiler darah per millimeter. Darah terdiri dari 2 bagian yaitu : sel darah dan plasma.

a) Sel-sel darah

(1) Eritrosit

Fungsi pertama Eritrosit adalah untuk pertukaran gas Eritrosit membawa oksigen dari paru menuju ke jaringan tubuh dan membawa karbon dioksida (CO_2) dari jaringan tubuh ke paru. Eritrosit tidak mempunyai inti sel, tetapi mengandung beberapa organel dalam sitoplasamanya. Sebagian besar sitoplasma eritrosit berisi hemoglobin yang mengandung Zat besi (Fe) sehingga dapat mengikat oksigen. Eritrosit berjumlah paling banyak dibandingkan sel lainnya, dalam satu militer darah terdapat kira- kira 4,5-6 juta eritrosit. Parameter untuk mengukur keadaan eritrosit dilakukan dengan mengukur kadar hemoglobin dalam dalam darah dengan satuan gram per desiliter (g/ dL). Sel darah merah diproduksi di sum- sum tulang merah, limfa dan hati yang kemudian akan beredar dalam tubuh selama 14-15 hari setelah itu akan mati. Jumlah normal pada manusia kira-kira 11,5-15 gram dalam 100cc darah. Normal HB pada wanita 12-16 mg% dan pada laki-laki 14-18 mg%

(2) Leukosit

Bentuk dan sifat leukosit berlainan dengan eritrosit apabila kita melihat di bawah mikroskop maka akan terlihat bentuknya yang dapat berubah ubah dan dapat bergerak

dengan perantaraan kaki palsu (Pseudopodia), mempunyai bermacam-macam inti sel sehingga dia dapat dibedakan menurut inti selnya, warnanya bening (tidak berwarna), banyaknya dalam 1 mm^3 darah kira-kira 6.000 - 9.000.

Fungsi dari leukosit yaitu :

(a) Sebagai serdadu tubuh yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit/ bakteri yang masuk kedalam jaringan RES (sistem retikuloendotel), tempat pembiakannya didalam limfa dan kelenjar limfe.

(b) Sebagai pengangkut : mengangkut atau membawa zat lemak dari dinding usus melalui limfa terus ke pembuluh darah.

Macam-macam leukosit meliputi :

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

(3) Trombosit

Trombosit merupakan sel darah yang berperan penting dalam hemostasis. Trombosit melekat pada dinding endotel pembuluh darah yang robek (luka) dengan membentuk plug Trombosit. Trombosit tidak mempunyai inti sel, berukuran 1-4μ dan sitoplasmanya berwarna biru dengan granula ungu kemerahan. Trombosit merupakan derivate dari megakariosit berasal dari fragmen-fragmen sitoplasma megakariosit. Granula trombosit mengandung faktor pembekuan darah, adenosin difosfat (ADP) dan adenosine

trifosfat (ATP), kalsium, serotonin, serta katekolamin yang berperan dalam pembekuan darah

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.

3. Etiologi

Dengue Hemoragic fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes. Nyamuk aedes terdiri atas 5 jenis yaitu : Aedes Aegypti, Aedes Albopictus, Aedes Polynesiensis, Aedes Scutellaris, dan Aedes Pseudoscutellaris.

Di Indonesia, virus dengue 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 Indonesia yang terutama dominan adalah DEN-3, tetapi akhir ini adalah kecenderungan dominan DEN-2. Masa inkubasi penyakit DHF ini berlangsung 2-15 hari.

4. Patofisiologi

Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan kemudian akan bereaksi dengan antibody dan terbentuklah komplek virus antybody, dalam sirkulasi akan mengaktivas system complement. Akibat akivasi C3 dan C5 akan

dilepas C3a dn C5a dua peptide yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat sebagai factor meningginya premeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu. Terjadinya dilatasi pembuluh darah, mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah yang dapat menimbulkan dua hal yaitu volume plasma menurun dan hemotokrit meningkat maka terjadilah trombositopenia. Tromboitopenia terjadi akibat penurunan produksi trombosit oleh sum sum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit, peningkatan pemakaian destruksi di RES (Reticulo Endotelial Sistem), peningkatan pemakaian destruksi trombosit di perifer dan agregasi trombosit akibat endotel yang rusak sehingga terjadinya pendarahan hebat terutama pendarahan saluran gastrointestinal DHF.

5. Klasifikasi

Menurut Suriadi (2010) klasifikasi dari DHF adalah sebagai berikut :

Derajat I : Demam disertai gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji turniket positif, Trombositopenia dan hemokonsentrasi.

Derajat II : Derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan perdarahan lain.

Derajat III : Kegagalan sirkulasi:Nadi cepat dan lemah, hipotensi, kulit dingin lembab dan gelisah.

Derajat IV : Renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat di ukur.

6. Manifestasi klinis

Pasien dengan penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) pada umumnya disertai dengan tanda-tanda berikut, Suriadi (2010)

a. Demam yang berlangsung 2-7 hari.
b. Pendarahan terutama pendarahan 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 renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah.

7. Tes Diagnostik

Walaupun tanda dan gejala telah muncul pada penderita DHF, tetapi masih perlu dilakukan pemeriksaan penunjang guna memperoleh diagnosis yang akurat yaitu :

a. Uji torniquet

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

b. Pemeriksaan darah lengkap

Bahan pemeriksaan darah lengkap diperoleh dari darah kapiler atau darah vena. Pengambilan darah kapiler untuk orang dewasa dilakukan pada ujung jari tangan ketiga dan keempat serta pada anak daun telinga sedang bayi biasanya diambil dari tumit atau ibu jari kaki. Dalam mengambil sampel darah kapiler adalah sebelum penusukan dimulai keadaan setempat perlu diperhatikan dengan saksama merupakan kontraindikasi adalah bekas-bekas luka peradangan dermatitis atau edema. Sedangkan pengambilan darah vena untuk orang dewasa dilakukan difosa cubiti

sedangkan pada anak-anak atau bayi bila perlu darah diambil dari vena jugularis eksterna, vena femoralis bahkan bisa diambil dari sinus sagitalis superior. Pengambilan darah vena perlu dilakukan dengan hati-hati karena bahaya yang dapat terjadi jauh lebih besar daripada pengambilan darah kapiler.

Macam-macam pemeriksaan darah lengkap :

1) Kadar Hematokrit

Tujuannya untuk mengetahui adanya hemokonsentrasi yang terjadi pada penderita DHF. Nilai HCT adalah besarnya volume total sel- sel darah eritrosit dibandingkan volume keseluruhan darah dan dinyatakan dalam %. Pemeriksaannya adalah darah dengan antikoagulan diputar kemudian di bandingkan panjang kolom merah dengan kolom total cairan dapat dilihat dari peningkatan hematokrit 20% atau lebih (nilai normal pada pria 40%-50% dan wanita 36%-46%). Peningkatan hematokrit atau hemokonsentrasi pada DHF merupakan indikator perembesan plasma.

2) Trombosit

Pemeriksaan hitung jumlah trombosit dalam laboratorium dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung menggunakan metode Rees Ecker, metode Brecher Cronkite dan Cell Ciunter Automatic. Darah dincerkan dengan larutan BCB (Briliant Creasy Blue), sehingga trombosit akan tercatat tentang kebiruan. Trombosit dihitung dengan bilik hitung dibawah mikroskop. Penurunan jumlah trombosit (trombositopenia) pada umumnya terjadi sebelum peningkatan hematokrit dan terjadi sebelum suhu turun. Dikatakan trombositopenia bila jumlah trombosit di bawah 100.000

10^3/uL (niali normal 150.000-450.000 10^3uL) biasanya dijumpai antara hari sakit ketiga sampai ketujuh.

3) Pemeriksaan kadar hemoglobin meningkat ≥ 20% (nilai normal pria 13,5-18 g/ dL)
4) Leukosit pada hari kedua dan ketiga terjadi leucopenia (nilai normal pria (4.500-10.000) u/ L).
5) Pada pemeriksaan kimia darah terdapat hiponatremia, hipopreteinemia.
6) SGOT/ SGPT mungkin meningkat (nilai normal < 32 uL/ 31 uL)
7) Pemeriksaan CT Scan:
   a) Hepar: Menunjukkan adanya pembesaran lobus hepar (Hepatomegali)
   b) Limfa: Menunjukkan adanya pembesaran limfa (splenomegali).

8. Komplikasi

Menurut Desmawati (2013), komplikasi yang dapat disebabkan oleh penyakit *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) yaitu:

a. Perdarahan Luas

Infeksi virus dengue menyebabkan terbentuknya antigen-antibodi yang dapat mengaktivasi sistem kompelem. Juga menyebabkan agregasi, trombosit dan mengaktivasi sistem kongulasi melalui kerusakan sel endotel pembuluh darah. Kedua faktor tersebut menyebabkan perdarahan pada DHF. Agregasi trombosit ini akan menyebabkan pengeluaran platelet faktor III mengakibatkan koagulopati konsumtif, ditandai dengan peningkatan FDT, sehingga terjadi penurunan faktor pembekuan. Agregasi trombosit ini juga mengakibatkan gangguan fungsi trombosit sehingga walaupun jumlah trombosit cukup banyak, namun tidak berfungsi dengan baik. Jadi perdarahan masif pada DHF

diakibatkan oleh trombositopenia, penurunan faktor pembekuan, kelainan fungsi trombosit dan kerusakan dinding endotel kapiler. Perdarahan hebat dapat terjadi terutama pembekuan intravaskular yang mengaktifkan mekanisme fibrinolitik, akibatnya enzim proteolitik yaitu plasmin aktif. Sebagai substrat untuk plasmin, fibrin dipecah menjadi beberapa polipetida fibrin split product (FDP). Pada keadaan fibrinolisis patologis terjadi pemecahan fibrinogen dan faktor beku lain, terutama faktor V, VII dan fibrin.

b. Syok

Infeksi sekunder oleh virus dengue akan menyebabkan respon antibodi amnestic yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferesi dan transformasi limfosit dengan menghasilkan titer tinggi antibodi IgG anti dengue. Di samping itu, replikasi virus dengue terjadi juga dalam limfosit yang bertranformasi dengan akibat terdapatnya virus dalam jumlah banyak. Kemudian terbentuklah sistem komplemen, pelepasan C3a C5a menyebabkan peningkatan premeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya plasma dari ruang intravaskular ke ruang ekstra vaskular. Pada klien dengan syok berat, volume plasma dapat berkurang sampai lebih dari 30% dan berlangsung selama 24-28 jam. Perembesan plasma ini terbukti dengan adanya peningkatan kadar hemotokrit, penurunan kadar natrium dan terdapatnya cairan di dalam rongga serose (efusi pleura, ascites). Syok yang tidak ditanggulangi menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian.

c. Ensefalopati Dengue

Pada umumnya ensefalopati terjadi sebagai komplikasi syok yang berkepanjangan dengan pendarahan, tetapi dapat juga terjadi pada DHF yang tidak disertai syok. Gangguan metabolik seperti hipoksemia, hiponatremia, atau perdarahan, dapat menjadi penyebab terjadinya ensefalopati. Melihat ensefalopati DBD bersifat sementara, maka kemungkinan dapat juga disebabkan oleh trombosis pembuluh darah otak, sementara sebagai akibat dari koagulasi intravaskular yang menyeluruh.

d. Kelainan Ginjal

Gagal ginjal akut pada umumnya terjadi pada fase terminal, sebagai akibat dari syok yang tidak teratasi dengan baik. Dapat dijumpai sindrom uremik hemolitik walaupun jarang. Untuk mencegah gagal ginjal maka setelah syok diobati dengan menggantikan volume intravaskular, penting diperhatikan apakah benar syok telah teratasi dengan baik. Diuresis merupakan parameter yang penting dan mudah dikerjakan untuk mengetahui apakah syok telah teratasi. Diuresis diusahakan > 1 ml/ kg berat badan/ jam. Oleh karena bila syok belum teratasi dengan baik, sedangkan volume cairan telah dikurangi dapat terjadi syok berulang

9. Penatalaksanaan Medik

Untuk penderita yang diduga DHF sebaiknya di rawat di kamar yang bebas nyamuk (Berkelambu) untuk mencegah penyebarannya. Perawatan diberikan sesuai dengan masalah yang ada pada penderita sesuai dengan beratnya penyakit.

a. Derajat I

Terdapat gangguan kebutuhan nutrisi dan elektrolit karena adanya muntah, anorexia.

Gangguan rasa nyaman karena demam, nyeri epigastrium

Perawatan :

1) Istirahat baring
2) Makanan lunak

   Bila belum ada nafsu makan di anjurkan minum air yang banyak 1,5 - 2 liter/ hari (susu, teh manis,syrup dan sebagainya).

3) Diberi kompres dingin
4) Memantau keadaan umum, suhu, tensi, nadi, dan perdarahan.
5) Diperiksa Hb, Ht dan trombosit.
6) Diberikan obat antipiretik dan antibiotik bila di kuatirkan akan terjadi infeksi sekunder.

b. Derajat II

Peningkatan kerja jantung karena adanya epitaksis, melena dan hematemesis.

Perawatan :

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 instruksi 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-shock / shock.

Perawatan :

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 dibersihkan dari hidung dan mulut.
3) Dipasang oksigen
4) Diawasi terus - menerus dan jangan di tinggal pergi
5) Kalau perdarahan banyak (Hb turun) mungkin diberikan transfusi atas izin dokter.
6) Semua kejadian dicatat 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.

B. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Menurut Soetjiningsih (2013) Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya ukuran berbagai organ fisik berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah, besar, ukuran atau dimensi sel. Pertambahan BB 2-4 kg/ tahun dan pada anak wanita sudah mulai mengembangakan ciri seks sekundernya. Perkembangan adalah bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui kematangan dan belajar. Tujuan ilmu tumbuh kembang adalah memahami pola normal tumbuh kembang anak dan mempelajari faktor- faktor yang terkait dengan tumbuh kembang anak

1.Konsep tumbuh kembang anak

a) Perkembangan melibatkan perubahan (Development involves changes)

(1) Terdapat perubahan ukuran tubuh misalnya bertambah berat badan, tinggi badan, lingkar kepala dan organ tubuh lainnya.

(2) Terdapat perubahan proporsi tubuhPertambahan berat badan kira-kira 2,3kg/ tahun

b). Perkembangan awal lebih kritis dari pada perkembangan selanjutnya (early development is more critical than later development).

Pada tumbuh kembang anak, terdapat suatu aspek perkembangan yang sangat mendebarkan yaitu saat pertama tersenyum, memegang dengan kukuh pertama, kata pertama, berjalan pertama, dan kalimat pertama. Tumbuh kembang pada awal kehidupan sangat penting karena menentukan perkembangan selanjutnya. Keadaan yang sering mempengaruhi awal tumbuh kembang anak adalah :

a. Kebutuhan Nutrisi

1) Setiap bayi harus mendapat ASI, karena ASI merupakan makanan bayi terbaik untuk tumbuh kembang anak. Selain kandungan gizi ASI lengkap, dengan menyusui maka bayi juga mendapat stimulasi sensori yang komprehensif (taktil, penciuman, pendengaran, pengecapan, kehangatan, kasih sayang) dari ibunya.
2) Status emosi. Sejak awal kehidupan anak harus dikenalkan berbagai macam emosi seperti gembira, sedih, kecewa, marah serta bagaimana mengatasinya sehingga diharapkan anaknya mempunyai kecerdasan emosi yang tinggi
3) Pola asuh. Pola asuh demokratis berdampak positif terhadap perkembangan anak

2. Perkembangan kognitif/ tahap sensorimotor (0-24 bulan)

Pada tahap ini anak memahami dunianya melalui gerak dan inderanya, serta mempelajari permanensi objek. Bayi tidak dapat mempertimbangkan kebutuhan, keinginan, atau kepentingan orang lain. Selama tahap sensorimotor bayi memperoleh pengetahuan tentang benda dengan cara melakukan manipulasi.

1) Mulai mengembangkan konsep, misalnya menjadi sadar akan sensasi fisik seperti rasa lapar
2) Melakukan kontak mata dan menangis untuk menunjukan kebutuhan
3) Senang bermain
4) Memasukan mainan ke dalam mulut
5 Menunjukan minat pada mainan

3. Perkembangan motorik

Perkembangan motorik dibagi menjadi dua yaitu perkembangan motorik kasar dan perkembangan motorik halus. Perkembangan motorik kasar melibatkan otot-otot besar ; meliputi perkembangan gerak kepala, badan, anggota badan, keseimbangan, dan pergerakan. Perkembangan motorik halus adalah koordinasi halus yang melibatkan otot – otot kecil yang dipengaruhi oleh matangnya fungsi motorik, fungsi visual yang akurat.

Motorik kasar meliputi :

1) Mengangkat kepala setinggi 45 ° dan dada ditumpu lengan pada waktu tengkurap.
2) Menggerakan kepala dari kiri/ kanan ke tengah
3) Berbalik dari tengkurap ke telentang

Motorik halus meliputi :

1) Menahan barang yang dipegangnya.
2) Menggapai mainan yang digerakan
3) Menggapai kearah objek yang tiba-tiba dijauhkan dari pandangannya.
4) Meraih benda yang ada dalam jangkauannya

4. Perkembangan personal sosial

Mileston perkembangan personal- sosial lebih bervariasi daripada perkembangan motorik dan kognitif, karena perkembangan personal- soaial lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Tahap perkembangan personal – sosial pada usia 1- 6 bulan yaitu

1) Ikatan (bonding) orang tua dan bayi
2) Mulai tersenyum, awalnya tersenyum pada ibunya
3) Melihat dan menatap wajah
4) Bereaksi terkejut terhadap suara keras
5) Merasa senang pada orang yang sudah dikenalnya
6) Lebih menyukai ibu

7) Tersenyum spontan

5. Perkembangan bahasa

Kemampuan bahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak, karena kemampuan berbahasa sensitif terhadap keterlambatan atau kelainan sistem lainnya, seperti kemampuan kognitif, sensorimotor, psikologis, emosi, dan lingkungan sekitar anak. Perkembanagan bahasa pada anak usia 0- 6 bulan yaitu :

1) Kegiatan anak terhenti akibat suara
2) Tampak mendengarkan ucapan pembicara, dapat tersenyum pada pembicaraan
3) Melihat kearah pembicara
4) Memberi tanggapan yang berbeda terhadap suara yang bernada marah/ senang.
5) Bereaksi terhadap panggilan namanya
6) Mulai mengenal kata-kata “dada, papa, mama”.

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

DS : Lingkungan tempat tinggal kurang baik,tidur tidak memakai kelambu,dan pemeliharaan kebersihan diri kurang

DO : -

b. Pola nutrisi dan Metabolik

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

DO : Membran mukosa bibir kering,penurunan BB, pucat, turgor kulit kering, nyeri ulu hati, perdarahan pada gusi

c. Pola Eliminasi

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

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

d. Pola Aktivitas dan Latihan

DS : Kelelahan, keletihan, malaise umum, penurunan semangat untuk bekerja atau bermain, sakit kepala, pegal seluruh badan, dan demam.

DO :Lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, kelemahan pada otot, penurunan kekuatan,nyeri otot/ punggung, epitaksis, ekimosis,dan keringat dingin

e. Pola Tidur dan Istrahat

DS : Keletihan, Malaise, insomnia, dan gelisah.

DO : Sesak, palpebra tampak gelap, konjungtiva anemik.

f. Pola Persepsi kognitif

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

DO : Mengalami gangguan penginderaan

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS : Mudah marah, depresi dengan penyakit

DO : Ansietas, mudah marah, dan focus pada diri sendiri

h. Pola peran dan hubungan dengan sesame

DS : Ketidakmampuan aktif dalam interaksi social, dan perasaan isolasi

DO : Diam dan rasa tidak percaya diri

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS : Orang tua memperlakukan anak sesuai dengan jenis kelaminya

DO : Cengeng, manja , pakaian warna, dan permainan sesuai jenis kelamin anak

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

DS : Nyeri abdomen, sakit kepala, gelisah dan nyeri tulang/ sendi

DO : Perilaku berhati –hati ,gelisah, dan focus pada diri sendiri

k. Pola system Nilai Kepercayaan

DS : Keyakinan , tata nilai budaya

DO : Alat-alat ibadah

2. Diagnosis Keperawatan

Adapun beberapa diagnosis keperawatan yang bisa muncul dari masalah *Dengue Hemoragic Fever* yaitu:

a. Resiko kekurangan volume cairan
b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
c. Resiko perdarahan
d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis
e. Intoleransi aktivitas
f. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakit
g. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi

3. Intervensi keperawatan

a. ResikoKekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif

Hasil yang diharapkan:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah Resiko kekurangan volume cairan pada pasien dapat dicegah dengan krteria hasil:

Keseimbangan cairan

1. Kelembababan membrane mukosa, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
2. Turgor kulit, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4

Intervensi:

Manajemen cairan

1. Monitor tanda tanda vital pasien
2. Monitor status dehidarsi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik)
3. Beri terapi IV seperti yang ditentukan
4. Dapatkan spesimen laboratorium untuk pemantauan perubahan cairan atau elektrolit (misalnya, Hematokrit, protein, natrium, dan kadar kalium) yang sesuai.
5. Monitor intake/ asupan cairan per oral
6. Kaji tanda-tanda dehidrasi
7. Anjurkan orang tua pasien untuk memberikan anaknya minum air putih sedikit tapi sering

b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

Hasil yang diharapakan:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah hipertermi pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

Tergomulasi

1. Berkeringat saat panas, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
2. Dehidrasi , dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala

Intervensi:

Perawatan Demam

(1) Monitor TTV

(2) Monitor warna kulit dan suhu

(3) Beri obat cairan IV (anti piretik dan agen anti menggigil)

(4) Dorong keluarga untuk memberikan air sedikit tetapi sering

(5) Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering

Penggaturan suhu

(1) Anjurkan kepada keluarga untuk mengkonsumsi air sering tapi sedikit

(2) Lakukan kompres hangat pada pasien

(3) Anjurkan kepada keluarga untuk menggunakan baju yang tipis

C . Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

Hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakseimbangan nutrisi pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1. Asupan makanan, dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2. Rasio berat badan atau tinggi badan, dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
3. Asupan gizi, dipertahankan pada skala 3 di tingkatkan ke skala 4

Intervensi:

Manajemen gangguan makan:

(1) Monitor tanda-tanda fisiologis (TTV, elektrolit) jika diperlukan.

(2) Monitor asupan kalori makanan pasien

Manajemen Nutrisi

(1) Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memeunuhi kebutuhan gizi
(2) Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien.
(3) Bantu pasien terkait perawtan mulut sebelum makan
(4) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien.
(5) Anjurkan pasien terkait dengan diet untuk kondisi sakit.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Tirah baring

Hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1. Jumlah istrahat, dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4.
2. Beristrahat secara fisik, dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4.
3. Tampak segar setelah istrahat, dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4.

Intervensi:

(1) Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan
(2) Bila Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami
(3) Monitor intetake/ asupan nutrisi untuk mengetetahui sumber energi yang adekuat.
(4) Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas yang membangun ketahanan.
(5) Anjurkan tidur siang bila diperlukan.

(6) Bantu pasien dalam aktivitas sehari hari yang teratur sesuai kebutuhan (ambulasi, bergerak, dan perawatan diri)

e. Resiko perdarahan

Hasil:

Setelah dilakukuan asuhan keperawatan selama diharapkan masalah risiko perdarahan pada pasien dapat dihindari dengan kriteria hasil:

1. Perdarahan , dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
2. Petekia, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan pada skalpertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
3. Pembentukan pembekuan, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4.

Intervensi :

(1) Monitor tanda tanda perdarahan

(2) Monitor tanda penurunan jumlah PLT, HGB, dan HCT yang disertai dengan tanda-tanda klinis

(3) Monitor jumlah trombosit setiap hari

(4) Berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada pasien dan keluarga.

(5) Berikan penjelasan kepada pasien atau keluarga untuk segera melaporkan adanya tanda- tanda perdarahan lebih lanjut seperti epitaksis, melena dan lain- lain.

(6) Anjurkan pasien untuk banyak beristrahat.

(7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan transfusi apabila terjadi perdarahan.

f. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi

Hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah gangguan pertukaran gas pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1. Tekanan parsial oksigen di darah arteri (PaO_2) , dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
2. Saturasi oksigen, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4.
3. Sianosis, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4.

Intervensi:

Manajemen jalan napas

(1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
(2) Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya
(3) Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea sebagaiman mestinya
(4) Kelola pemberian bronkodilator sebagaimana mestinya.

Monitor status pernapasan

(1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas
(2) Monitor pola napas (misalnya bradipneu, takipneu, hipertventilasi, pernafasan kusmaul)
(3) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru.
(4) Monitor sekresi pernapasan pasien.
(5) Monitor suara krepitasi pada pasien.

g. Ketidakefektifan perfusi jaringan periferberhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakit

Hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1. Kerusakan kulit, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
2. Bruit di ujung kaki dan tangan, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4.
3. Muka pucat, dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan pada skala 4.

Intervensi:

(1) Monitor sensasi tumpul atau tajam dan panas atau dingin yang dirasakan pasien
(2) Instrusikan keluarga untuk memeriksa adanya kerusakan kulit setiap hari

D. Discharge Planning

Setelah pasien pulang, perawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan saat pasien pulang yaitu :

1. Memberikan penjelasan tentang tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menghindari DHF , seperti melakukan pemberantasan vector disemua daerah berpotensi penularan tinggi.

Ada dua macam pemberantasan vector antara lain :

i. a. Menggunakan Insektisida

Program pemberantasan DHF yang sering digunakan yaitu malathion untuk membunuh nyamuk dewasa dan temphos (abate) untuk membunuh jentik.

i. b. Tanpa Insektisida

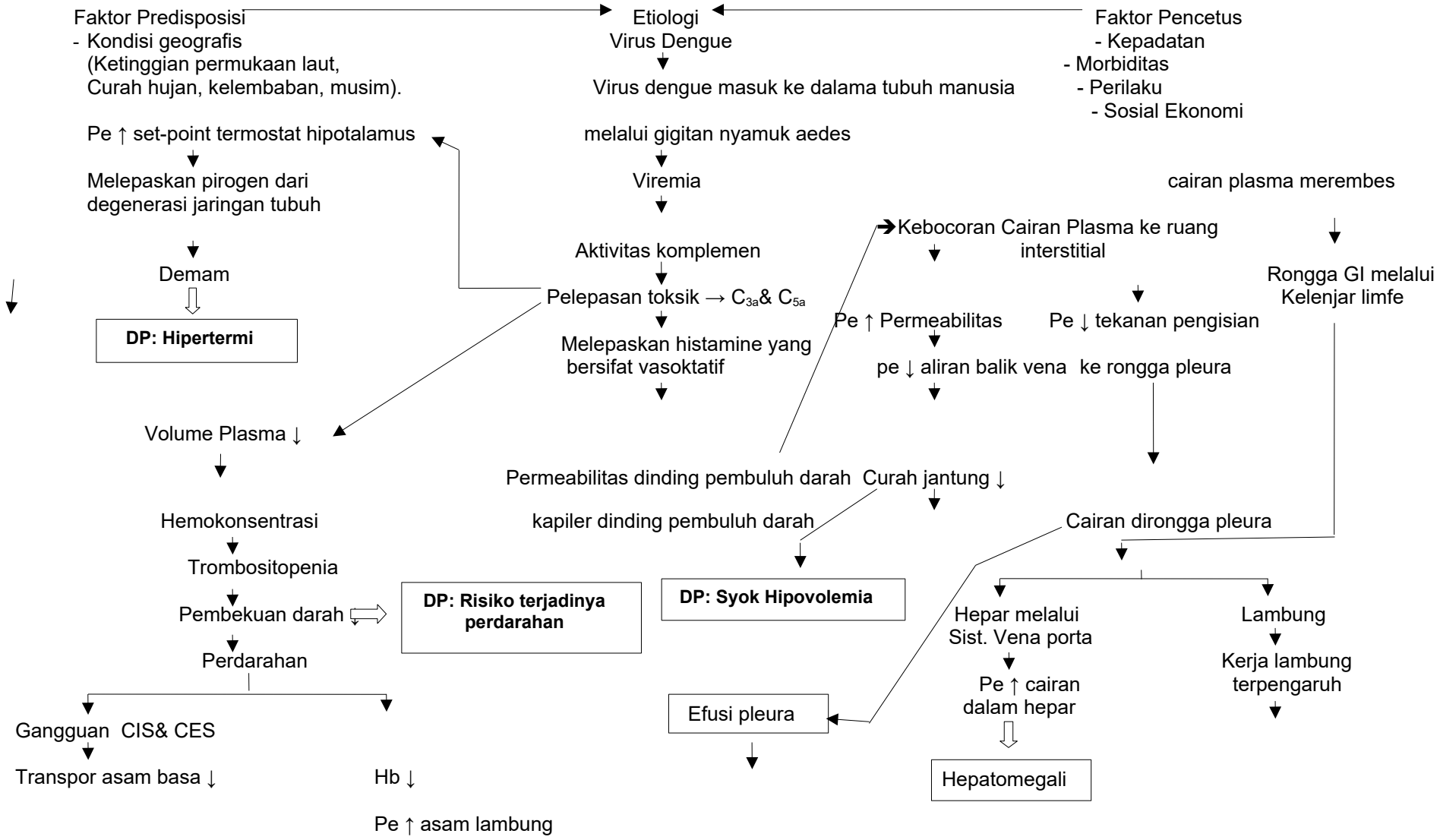
Caranya yaitu :

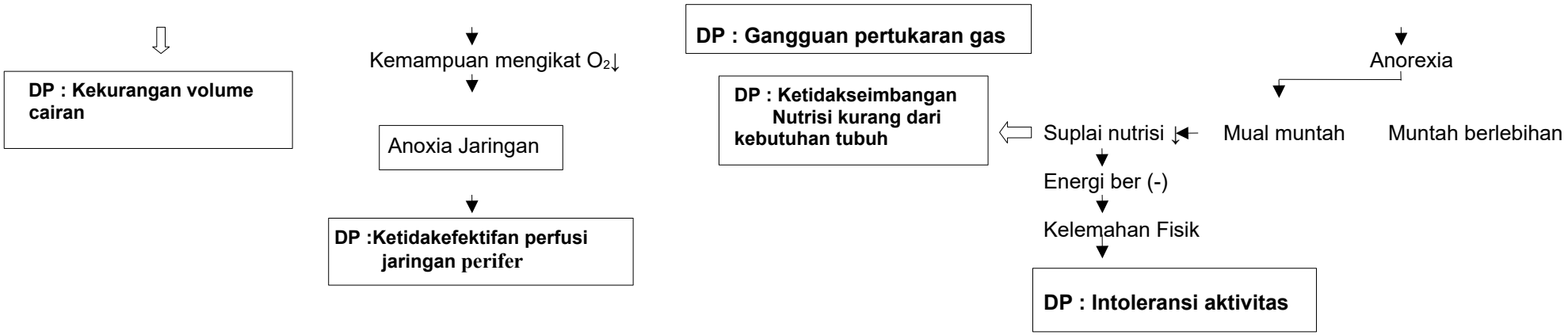
1) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1x seminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).
2) Menutup tempat penampungan air rapat-rapat

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

2. Ajarkan tentang pertolongan pertama pada pemberian cairan sebanyak mungkin
3. Berikan informasi mengenai ciri DHF misalnya warna, bulu dan badan nyamuk. Ajarkan kepada keluarga dan pasien tentang cara penularan penyakit DHF.
4. Ajarkan tanda dan gejala awal dari penyakit DHF.
5. Anjurkan untuk menggunakan kelambu saat tidur dan menghindari gigitan nyamuk terutama pagi dan sore hari.
6. Anjurkan untuk segera control ke fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah sakit atau dokter praktek bila terjadi tanda dan gejala DHF
7. Anjurkan pasien untuk tidak menggantung pakaian yang kotor.

E. Patoflowdiagram




DP : Kekurangan volume cairan
Kemampuan mengikat O_2↓
Anoxia Jaringan
DP :Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
DP : Gangguan pertukaran gas
DP : Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
Suplai nutrisi ↓
Anorexia
Mual muntah
Muntah berlebihan
Energi ber (-)
Kelemahan Fisik
DP : Intoleransi aktivitas

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Albina S Nurti	NIM: E1514401007

Unit : St.Theresia Autoanamnese: -

Kamar : 519 Alloananmnese: ✓

Tgl masuk RS : 11 April 2018

Tgl pengkajian : 12 April 2018

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial : An.”C”

Umur : 5 bulan

Jenis kelamin : Perempuan

Agama/suku : Islam/ Bugis Makassar

Warga Negara : Indonesia

Pendidikan : Belum Sekolah

Alamat rumah : Jln.Bete bete

b. Penanggung jawab

Nama : Tn.”S”

Umur : 42 Tahun

Alamat : Jln. Bete

2. Data Medik

Diagnosis medik

Saat masuk : Dengue Hemoragic fever

Saat pengkajian : Dengue Hemoragic Fever grade II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang/ berat/ tidak tampak sakit

Alasan: Tampak badan pasien teraba hangat disertai batuk, tampak mukosa bibir kering, suara napas terdengar ronchi,dan terdapat bintik bintik merah pada badan pasien, tampak terpasang spalak infuse KA EN 3B 8 tetes/ menit dan suhu 38,2^{o}c

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran:

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata: 4

Jumlah : 15

Kesimpulan: compos mentis

2) Tekanan darah : 85/ 75 mmHg

MAP: 78,33 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu :38,2 °C ☐ oral ☑ axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 58x/menit

Irama ☐ teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokesa

Jenis ☐ Perut ☐

5) Nadi : 120 x/ menit

Irama ☑ teratur ☐ tachikardi ☐ Bradichardi

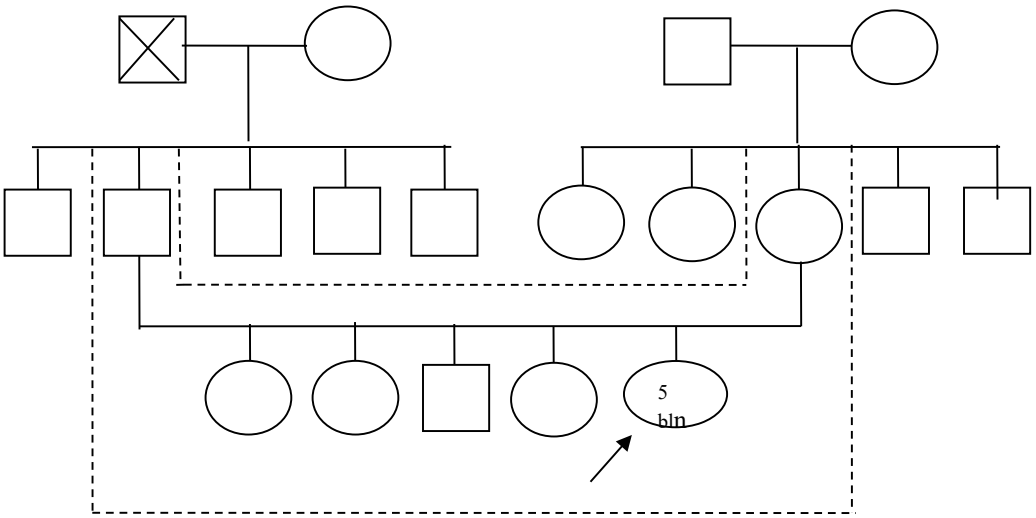
☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas :13 cm
2. Tinggi badan : 64 cm
3. Berat badan : 5 kg
4. IMT : 4,5 kg/ m²

Kesimpulan : Berat badan normal sesuai usia

d. Genogram



Keterangan

: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

1 Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting, jika ada anggota keluarga yang sakit segara dibawa ke puskesmas/ rumah sakit terdekat. Ibu pasien mengatakan kemungkinan penyebab penyakit yang diderita pada anaknya adalah rumahnya yang dekat rawa-rawa dan kebiasaan suaminya yang suka menggantung pakaian yang

sudah dipakai. Selain itu ayah pasien adalah seorang perokok aktif.

b. Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama :

Demam

b) Riwayat keluhan utama:

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 4 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit disertai bengkak pada mata sebelah kanan, ia membawa anaknya ke dokter praktek untuk mendapatkan pengobatan namun demam masih terus berlanjut, selain itu pasien juga mengalami BAB encer sehingga kedua orang tuanya memutuskan bawa ke rumah sakit. Ibu pasien mengatakan anaknya baru selesai dirawat dengan sakit pada paru dengan *pneumonia sinistra.* Saat pengkjian badan pasien masih teraba hangat, tampak mukosa bibir kering, cubitan dinding perut kembali dalam < 3 detik, tampak pasien berkeringat banyak, batuk berlendir, tampak terdapat bintik bintik merah pada wajah dan lengan pasien.

c. Riwayat kehamilan Ibu/ kelahiran dan neonatal:

Ibu pasien mengatakan pasien lahir pada umur 34 minggu dengan sectio karena kedua kaki bayi sudah masuk daerah panggul. Ibu pasien mengatakan dibantu sama dokter dan perawat, BB 2,5kg dan panjang 46cm.

d. BUGAR:

Ibu pasien mengatakan anaknya lama baru menangis setelah sectio, tidak ada kebiruan pada kulit dan tidak ada napas bantuan pada saat melahirkan.

e. Kelainan bawaan/ Trauma kelahiran: Tidak ada

f. Riwayat tumbuh kembang sebelum sakit

Meliputi : Motorik kasar, halus, bahasa, dan personal sosial

a) Perkembangan motorik kasar

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa tengkurap sendiri di tempat tidur, selain itu anaknya juga sudah bisa duduk namun cepat jatuh

b) perkembangan motorik halus

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa tersenyum, sudah bisa memegang barang pemberian orang tuanya seperti boneka.

c) perkembangan bahasa

Ibu pasien mengatakan anaknya belum bisa memanggil mama atau papa, hal yang bisa dilakukan anaknya hanya mengeluarkan bunyi seperti da da

d) perkembangan personal sosial

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak rewel jika digendong orang lain, dan biasa menitipkan putrinya selama beberapa jam pada tetangganya jika ada urusan mendadak di luar rumah.

g. Riwayat alergi :

Ibu Pasien mengatakan anaknya tidak tahan dengan lingkungan yang berasap

h. Catatan Vaksinasi

Jenis Vaksin	I	II	III
a) HB O	✓		
b) BCG	✓	✓	✓
c) POLIO	✓	✓	✓
d) DPT	✓	✓	✓

e) HEPATITIS ✓ ✓ ✓

f) CAMPAK Belum cukup umur

I. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu pasien mengatakan ankanya pernah mengalami infeksi pada paru paru beberapa hari sebelum masuk rumah sakit

J. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu pasien mengatakan kakak pasien juga pernah mengalami *Dengue Hemoragic Fever* satu bulan sebelum adiknya sakit.

K . Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak ada bintik merah
d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
e) Kebersihan genitalia : Tampak bersih
f) Kebersihan anus : Tampak bersih

2. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya mengkonsumsi ASI sejak lahir ditambah lagi susu formula. Anaknya bisa menghabiskan 200cc susu formula setiap hari. Ibu pasien mengatakan belakangan ini produk ASI tidak terlalu banyak, tidak ada upaya khusus dari ibunya untuk meningkatkan produksi ASI

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu pasien mengatakan semenjak sakit anaknya hanya mau diberi ASI sekitar 4 – 5 kali sehari kurang lebih 150cc, sehingga berat badan anaknya turun hingga 1kg

3) Observasi:

Tampak pasien menghabiskan susu formula sebanyak 150 cc
Cairan infuse yang sudah masuk KA EN 3B 700 CC

a) Cubitan dinding perut : kembali dalam < 3detik

b) Palpebra/ conjungtiva : Tampak tidak anemis

c) Sclera : Tampak tidak icterik

d) Hidung :Tampak sputum berada ditengah

e) Rongga mulut : Tampak kotor

Gusi : Tampak tidak ada perdarahan

f) Gigi :Tampak gigi Pasien belum tumbuh

g) Kemampuan mengunyah keras:Pasien belum mampu mengunyah keras

h) Lidah : Tampak kotor

i) Pharing : Tampak tidak ada pembesaran

j) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

k) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada benjolan

l) Abdomen :

- Inspeksi: Bentuk simertis

  Bayangan vena : Tidak tampak
- Auskultasi: peristaltic usus: 35 x/menit
- Palpasi : Tidak dikaji

  Benjolan : Tampak tidak ada benjolan
- Perkusi : ☐ asites ☐ positif ☐ negatif

m) Kulit

- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
- Tanda – tanda radang : Tidak ada

n) Lesi: Tampak tidak ada

3. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan BAB lancar 3kali sehari begitu pula dengan BAK kadang lebih dan 3 kali dalam sehari sekitar

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan anaknya BAB encer < 3 kali dalam sehari sebelum dibawa ke rumah sakit , sempat diberi obat dari dokter praktek sehingga frekuensi BAB menurun, saat dibawa di rumah sakit BAB masih encer 3 kali sehari dengan konsistensi berwarna cokelat, lunak dan disertai gumpalan ampas sedikit sekitar 400cc dan BAK sehari sekitar 100cc

3) Observasi:

Tampak mukosa bibir kering,

Intake dalam 24 jam:
Infuse: 700cc
ASI: 150cc
Output dalam 24 jam:
BAB encer: 400 cc
Urine : 100cc
Balance cairan
: 850-(500 +300)
: 850-800
: 50 cc

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus :

b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.

c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif. ☑ Negatif.

d) mulut uretra : Tampak tidak ada peradangan

e) anus:

- peradangan : Tampak tidak ada
- Hemoroid : Tampak tidak ada
- Fistula : Tampak tidak ada

4. Pola aktivitas dan latihan
   1) Keadaan sebelum sakit:

      pasien mengatakan anaknya sudah bisa tengkurap dan balik badan sendiri di tempat tidur. Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa duduk namun cepat jatuh.
   2) Keadaan sejak sakit :

      Ibu pasien mengatakan anaknya tetap aktif balik badan sendiri di tempat tidur sekalipun ditinggalkan
   3) Observasi :
      a) Akitivitas harian :

         - Makan : 4
         - Mandi : 4
         - Pakaian : 4
         - Kerapihan : 4
         - Buang air besar : 4
         - Buang air kecil : 4
         - Mobilisasi ditempat tidur: 4

      0. mandiri
      1. bantuan dengan alat
      2. bantuan orang
      3. bantuan alat dan

      b) Postur tubuh : Tidak bungkuk
      c) Gaya jalan : pasien belum bisa jalan
      d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada
      e) Fiksasi :Tampak terpasang spalak infuse KA EN 3B pada kaki kanan pasien.
      f) Tracheostomi : Tampak tidak ada
   4) Pemeriksaan fisik
      a) Perfusi perifer pembuluh kuku : kembali dalam < 3 detik
      b) Thorax dan pernapasan :
         - Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

- Auskultasi
- Suara napas : Broncho- vesicular
- Suara ucapan : Tampak paru paru sebelah kiri lebih terdengar kencang saat mengunakan stetoskop
- Suara tambahan: Tampak suara tambahan terdengar ronchi

c) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis :Tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus cordis : Teraba ictus cordis pada ics 5 linea mid clavicularis

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal ics 2 linea sternalis dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal ics 2 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal ics 4 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal ics 5 linea medio claciculuaris

  Bunyi jantung II irama gallop: Tidak terdengar

  Murmur : Tidak terdengar

  HR : 120x/ menit

  Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

d) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
- Rentang gerak :

  Kaku sendi :
- Uji kekuatan otot :

  Kiri : | 1 | 2 | 3 | 4 | ◯ |

  Kanan : | 1 | 2 | 3 | 4 | ◯ |
- Refleks fisiologi :
- Refleks patologi :

  Babinski kiri : ☐ positif ☑ negatif

  Kanan : ☐ positif ☑ negatif
- Clubbing jari-jari : Tidak ada

e) Columna vertebralis :

- Inspeksi: Kelainan bentuk: Tidak normal
- Palpasi : Nyeri tekan: Tidak dikaji

5. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan anaknya cepat terlelap setelah diberi ASI. Ibu pasien mengatakan anaknya mempunyai boneka pemberian ayahnnya yang selalu menemani tidur maupun saat bermain

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan semenjak anaknya kena infeksi pada paru susah sekali untuk tidur, pasien sering terjaga dan menangis tengah malam karena batuk.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk	:	☐	positif	☑	negatif
Banyak menguap	:	☐	positif	☑	negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	☐	positif	☑	negatif

6. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan anaknya belum bisa bicara.Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa tersenyum

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit anaknya sering rewel

3) Observasi :

Tampak pasien terlihat tenang saat bermain dengan boneka pemberian ayahnya

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : Isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih

b) Pendengaran :

- Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih,tidak ada nanah
- Membran timpani : Tampak memantul cahaya politzer pada penyinaran lampu senter.

7. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan suaminya sangat menyukai anak perempuan. Dia memberi nama keempat putrinya dengan

nama yang sama. Ibu pasien mengatakan banyak tetangga yang menyukai anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

.Ibu pasien mengatakan hampir dua minggu anaknya tidak dibawa keluar rumah karena sakit.

3) Observasi :

a) Kontak mata : Tampak pasien menatap perawat ketika diajak bermain

b) Rentang perhatian : Tampak pasien menatap perawat ketika diajak bermain

c) Suara dan cara bicara : Tampak pasien belum bisa bicara

4) Pemeriksaan fisik :

a) Abdomen :

Bentuk : Tampak simetris dan umbilikis berada ditengah

Bayangan vena : Tampak tidak ada

Benjolan massa : Tampak tidak ada benjol

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan jika tidak sakit anaknya biasa dijaga tetangga untuk beberapa jam saja.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan semenjak sakit anaknya tidak pernah dibawa keluar rumah. Ibu pasien mengatakan anaknya lebih seing menangis kalau sakit.

3) Observasi :

Tampak pasien belum bisa bicara.

9. Pola reproduksi dan seksualitas
    1) Keadaan sebelum sakit :

       Ibu pasien mengatakan memperlakukan semua anaknya sesuai jenis kelamin, ayah pasien sangat menyukai anak perempuan dan membelikan barang anaknya dengan dominan warna pink.
    2) Keadaan sejak sakit

       Ibu pasien mengatakan anak laki lakinya sangat menyayangi adik dan kakaknya
    3) Observasi :

       Pasien berjenis kelamin perempuan
10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres
    1) Keadaan sebelum sakit :

       Ibu pasien mengatakan anaknya tidak terlalu rewel dan biasa bermain sama tetangganya. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak menangis apabila digendong oleh orang lain.
    2) Keadaan sejak sakit :

       Ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel dan menangis saat sakit sehingga ibunya tidak bisa titip jaga pada tetangga
    3) Observasi :

       Tampak ibu pasien sedang mengendong anaknya yang sedang menangis
11. Pola sistem nilai dan kepercayaan
    1) Keadaan sebelum sakit :

       Ibu pasien mengatakan seluruh anggota keluarga menganut agama islam dan termasuk keluarga yang taat sama ajaran agama

2) Keadaan sejak sakit :

   Ibu pasien mengatakan selalu membisikan doa maupun memberikan video yang berisi ajaran agama kepada semua anak anaknya

3) Observasi :

   Tampak ibu pasien memberikan tontonan video berdoa kepada anaknya

B. Analisa Data

Nama/ usia : An.”C”/ 5 bulan
Ruang/ kamar : St. Theresia/ 519

NO	Analisa data	Penyebab	Masalah
1	DS: - Ibu pasien mengatakan demam naik turun pada sore hari. DO: - Tampak badan pasien teraba hangat - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien berkeringat banyak - Tampak terdapat bintik merah pada badan pasien - Hasil imuno serelogi : anti dengue igG dan igM positif - Suhu 38,5^{O}c	Penyakit	Hipertermi
2	DS: - Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir DO: - Tampak pasien masih batuk - Tampak terdengar suara napas ronchi - Auskultasi napas:tampak paru paru kiri lebih terdengar kencang saat menggunakan steteskop - TTV:P 58X/Menit - Hasil foto thoraks *pneumonia sinistra*	Sekresi yang tertahan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas

3	DS: - Ibu pasien mengatakan anaknya masih BAB encer 3x sehari, berwarna cokelat dan disertai gumpalan ampas sedikit DO: - Tampak mukosa bibir kering - Tampak badan pasien masih teraba hangat - Tampak terdapat bintik merah pada lengan pasien -Cubitan dinding perut kembali dalam < 3 detik - TTV: suhu 38,2°C - Balance cairan dalam 24 jam - Intake dalam 24 jam: Infuse:700cc ASI: 150cc Output dalam 24 jam: BAB encer: 400 cc Urine : 100cc Balance cairan : 850-(500 +300) : 850-800 : 50 cc		Kekurangan volume cairan

C. Diagnosis keperawatan

Nama/ umur : An.”C”/ 5 bulan

Ruang/ kamar: St.Theresia/ 519

NO	Diagnosis keperawatan
I	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
II	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan
III	Resiko Kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif

D. Rencana keperawatan

Nama/ umur :An.”C”/ 5 bulan

Ruang/ unit :St.Theresia**/** 519

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (hasil yang diharapakan)	NIC (meliputi tindakan observasi,mandiri,kolaborasi dan edukasi)
I	Resiko Kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif DS – Ibu pasien mengatakan anaknya masih BAB encer 3x sehari berwarna cokelat dan disertai ampas sedikit DO – Tampak mukosa bibir kering – Tampak badan pasien masih teraba hangat – Tampak terdapat bintik- bintik merah pada lengan pasien – Cubitan dinding perut kembali <3 detik – Suhu 38,2^{0}C – Intake dalam 24 jam: Infuse: 700cc ASI: 150cc	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko kekurangan volume cairan pada pasien dapat dicegah dengan kriteria hasil : Keseimbangan cairan – Kelembababan membrane mukosa – Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam.	Monitor cairan 1. Tentukan jumlah dan jenis intake/ asupan cairan serta kebiasaan eliminasi 2. Kaji tanda-tanda vital (TD, Nadi, suhu, pernapasan). 3. Berikan cairan IV dengan tepat Manajemen Elektrolit/ Cairan 1. Dapatkan spesimen laboratorium untuk pemantauan perubahan cairan atau elektrolit (misalnya, Hematokrit, protein, natrium, dan kadar kalium) yang sesuai. 2. Monitor intake dan output pasien 3. Kaji tanda-tanda dehidrasi 4. Anjurkan orang tua pasien untuk memberikan anaknya minum air putih sedikit tapi sering

II	Output dalam 24 jam: BAB encer: 400 cc Urine :100cc Balance cairan : 850- (500 +300) : 850-800 : 50 cc Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan yang ditandai dengan DS: - Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir DO: - Tampak pasien masih batuk - Tampak terdengar suara napas ronchi - Auskultasi napas:tampak paru paru kiri lebih terdengar kencang saat menggunakan steteskop - TTV:P 58X/ Menit – Hasil foto thoraks *pneumonia sinistra*	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Status pernapasan: Kepatenan jalan napas - Suara napas tambahan tidak ada - Tidak ada batuk - Tidak adanya napas cuping hidung	Monitor pernapasan 1. Monitor TD, Nadi,Suhu,dan status pernapaan dengan tepat 2. Monitor suara napas tambahan seperti ngorok atau mengi. 3. Berikan bantuan napas jika diperlukan (nebulizer) 4. Monitor keluhan napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk atau meningkatkan sesak 5. Anjurkan keluarga untuk memberikan air hangat Manajemen jalan napas 1. Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun dan tidak adanya suara tambahan. 2. Gunakan bantal untuk menopang pasien. Fisioterapi dada

			1. Kenali ada tidaknya kontra indikasi dilakukannya fisioterapi dada pada pasien (misalnya PPOK, eksasbersasi akut, pneumonia tanpa produksi sputum berlebih, osteoporosis dan kanker paru). 2. Lakukan fisioterapi dada minimal 2 jam setelah makan. 3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan fisioterapi dada kepada pasien dan keluarga 4. Tentukan segmen paru mana yang berisi secret berlebihan 5. Tepuk dada dengan teratur dan cepat dengan menggunakan telapak tangan yang dikuncupkan di atas area yang ditentukan selama 3- 5 menit, hindari perkusi di atas tulang belakang, ginjal, payudara, area inisiasi, dan tulang rusuk yang patah 6. Getarkan denga cepat dan kuat dengan telapak tangan selama 3- 5 menit.

III	Hipertermi berhubungan dengan penyakit yang ditandai dengan DS - Ibu pasien mengatakan demam naik turun pada sore hari. - Ibu pasien mengatakan setelah diberi obat demamnya akan turun DO - Tampak badan pasien teraba hangat - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien berkeringat banyak - Tampak terdapat bintik merah pada badan pasien - Hasil imuno serelogi : anti Dengue igG dan Dengue igM positif - Suhu 38,5^{O}C	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hipertermi pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Tergomulasi - Pasien tidak berkeringat saat panas - Suhu kembali normal 36-37,5	Perawatan Demam 1. Monitor TTV 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Beri obat cairan IV (anti piretik dan agen anti menggigil) 4. Dorong keluarga untuk memberikan air sedikit tetapi sering 5. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering 6. Tutup pasien dengan kain yang tipis Penggaturan suhu 1. Lakukan kompres hangat pada pasien

E. Pelaksanaan keperawatan

Nama/ umur : An.”C”/ 5 bulan

Ruang/ unit :St.Theresia

Tanggal	DP	jam	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
12 April 2018	I-III	08.00	Memonitor tanda tanda vital Hasil : – S 38,4^{0}C – P : 58X/ menit	Martiana
	III	08.15	Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan kompres hangat Hasil : – Tampak ibu pasien memahami instruksi perawat	Rini dan Martiana
	III		Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan air kepada pasien sedikit tetapi sering Hasil : – Tampak ibu pasien memahami instruksi perawat	
	II	09.00	Memonitor suara napas tambahan seperti ngorok atau mengi Hasil : – Tampak terdengar suara napas ronchi	Rini

	II		Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan air hangat Hasil : – Ibu pasien mengatakan anaknya jarang diberi air hangat	
	III	10.00	Memberikan obat cairan IV (anti piretik dan agen anti menggigil) Hasil : – Paracetamol 60 mg/ IV/ 8 jam	Perawat Nita, weri Martiana
	I		Menganjurkan orang tua pasien untuk memberikan air minum sedikit tapi sering Hasil : – Ibu pasien mengatakan sudah beri air minum kepada anaknya sekitar 10cc	
	III	11.00	Memonitor status dehidrasi (misalnya membrane mukosa lembab,denyut nadi adekuat,dan tekanan darah ortostatik) Hasil : – Tampak membrane mukosa bibir kering – Ibu pasien mengatakan ankanya masih berkeringat	Albina
	I	13 40	Mengkaji tanda tanda dehidrasi Hasil : – Tampak mukosa bibir pasien kering, cubitan dinding perut	Albina

			kembali < 3 detik	
	I	14.00	Memberikan cairan IV dengan tepat Hasil : – Tampak terpsang infuse KA EN 3B 8 tetes/ menit	Daisy
		14.40	Memonitor intake/ output pasien Hasil : – CM infuse : 500cc Oral : 20cc – CK urine : 100cc	
	II	15.00	Mengauskultasi suara napas ,catat area yang areanya menurun dan tidak adanya suara tambahan. Hasil : – Tampak paru paru sebelah kiri terdengar lebih kencang saat mengunakan stetoskop – Tampak suara napas terdengar ronchi	Albina dan Daisy
	II		Menganjurkan keluarga untuk memberikan air hangat kepada pasien Hasil : – Ibu pasien mengatakan sudah member anaknya air hangat sekitar 10 cc – Tampak ibu pasien sedang memberikan air hangat pada	

			anaknya	
	III	16.00	Memonitor suhu setiap 2 jam sesuai kebutuhan Hasil : – Tampak badan pasien teraba hangat,suhu 37,8$^{O}_{C}$	Albina
	III		Menganjurkan keluarga pasien untuk melakukan kompres hangat Hasil : – Tampak ibu pasien memahami instruksi perawat	
	III		Menganjurkan kepada untuk memberikan air sedikit tetapi sering Hasil : – Ibu pasien mengatkan selalu memberi air setiap beberapa jam sekitar 10 cc sja.	
	II	17.00	Menejelaskan kepada pasien dan keluarga tujuan dari fisioterapi dada Hasil : – Ibu pasien mengatakan tidak bisa melakukan prosedur tersebut dengan alasan suaminya sedang tidak ada.	Daisy
	III	18.00	Memberikan obat cairan IV (anti piretik dan agen anti menggigil) Hasil :	Perawat Weni,Daisy dan Albina

			– Paracetaml 60 mg/ IV/ 8 jam – Zink 1x1/ oral	
	I,III		Mengamati turgor kulit secara berkala Hasil : – Tampak mukosa bibir kering – Cubitan dinding perut kembali dalam≤ 3 detik	
	I		Menganjurkan orang tua pasien untuk memberikan anaknya air minum sedikit tapi sering Hasil : – Ibu pasien mengatakan setiap selesai pemberian ASI anaknya diberi minum kurang lebih 10cc	Albina
	III	20.00	Memonitor suhu setiap 2 jam sesuai kebutuhan Hasil : – suhu 37,8^{0}C	Albina dan Daisy
	I	21.00	Menentukan jumlah dan jenis intake serta kebiasaan eliminasi pasien Hasil : – Ibu pasien mengatakan anaknya sudah BAB sebanyak dua kali, encer sekitar 100cc hanya terdapat sedikit ampas, urine sekitar 150c Menganjurkan keluarga untuk	Albina

	I-III	22.00	memberikan air sedikit tetapi sering Hasil : – Ibu pasien mengatakan setiap selesai pemberian ASI selalu diberi air hangat sekitar 10 cc	Perawat Hilda
	I	22.30	Memonitor intake dan output pasien Hasil : – CM infuse : 650 cc Oral : 150 cc Total :800 cc – CK Urine : 350 cc BAB encer : 100 cc Total :450 cc	Albina
	I,III	05.30	Monitor suhu setiap 2 jam sesuai kebutuhan Hasil : – Suhu 38 ^{0}C – Tampak badan pasien teraba hangat – Tampak membrane mukosa bibir kering – Ibu pasien mengatakan demamnya naik turun bahkan setelah pemberian obat	Daisy dan Albina
	II		Mengauskultasi suara napas pasien Hasil : – Tampak suara napas pasien Ronchi,	Daisy

			– pernapasan 58x/ menit – Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir	
	I	06.10	Mentukan jumlah dan jenis intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi Hasil: – Ibu pasien mengatakan anaknya masih BAB encer dengan frekuensi 3x, dan hanya sedikit ampas	Daisy
	I		Mengkaji tanda- tanda dehidrasi Hasil: – Tampak mukosa bibir kering – Tampak masih terdapat bintik merah pada lengan dan wajah pasien – Tampak badan pasien teraba hangat	
	I	06.30	Memonitor intake dan output pasien Hasil : – Intake Infuse : 650 cc Oral : 150 cc CM : 870 cc – Output Urine : 350 cc BAB encer : 100 cc	Albina

			CK : 450 cc – IWL anak : 30-50x BB : 20 – IWL demam : 20+200 (38-36,8) : 20+200 (1.2) : 20+240 : 260 – Balance cairan : CM- (CK+IWL) : 870- (450+260) : 870-710 : 160 cc	
13 April 2018	I-III	08.00	Memonitor tanda tanda vital Hasil : – S: 38 $^{0}_{C,}$ – P: 54x/ menit – N: 120x/ menit	Rini Matutu
	II	09.00	Memonitor suara napas tambahan seperti mengi atau ngorok Hasil : – Tampak suara napas ronchi	Rini Matutu
	II	09.15	Menjelaskan tujuan dan prosedur dari tindakan fisioterapi dada Hasil : – Ibu pasien mengatakan sudah bisa melakukan tindakan	Rini Matutu

			fisioterapi dada – Tampak ibu pasien memahami penjelasan perawat.	
	II		Menentukan segmen paru mana yang berisi sekresi berlebihan Hasil : – Tampak paru- paru sebelah kiri pasien terdengar lebih kencang saat menggunakan stetoskop	Rini Matutu
	II		Menepuk dada dengan teratur dan cepat dengan menggunakan telapak tangan yang dikuncupkan di atas area yang ditentukan Hasil : – Tampak pasien sangat tenang saat dilakukan tindakan – Tampak ibu pasien menyukai tindakan yang lakukan perawat	
	III	10.00	Memberikan obat cairan IV (anti piretik dan agen anti menggigil) Hasil : – Paracetamol 60 mg / IV/ 8 jam	Perawat Nita dan Rini
	III	10.15	Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan kompres hangat Hasil : – Tampak ibu pasien memahami	Frederetsia

			instruksi perawat	
	II	10.20	Menganjurkan kepada pasien untuk memberikan air sedikit tetapi sering Hasil : – Tampak ibu pasien memahami instruksi perawat	Frederetsia
	I	12.00	Memonitor tanda tanda dehidarsi Hasil – Tampak mukosa bibir pasien kering, cubitan dinding perut kembali < 3 detik	Frederetsia
	I	12.30	Memonitor intake dan output pasien Hasil : – CM Infuse : 400cc Oral : 50cc – CK Urine : 100cc BAB : 50cc	Frederetsia
	I	15.00	Mengamati turgor kulit secara berkala Hasil: – Tampak kulit tidak elastis dan cubitan dinding perut kembali dalam waktu≤ 3 detik Mengkaji tanda- tanda vital pasien	Frederetsia

	I-III	16.00	Hasil : – Suhu : 37,8 ^{O}C – P : 57X/ menit – N : 120x/ menit	Albina
	I,III	16.15	Menganjurkan kepada keluarga untuk member minum sedikit tetapi sering Hasil: – Ibu pasien mengatakan selalu beri air setelah pemberian ASI sekitar 20cc	Daisy
	II	16.30	Melakukan fisioterapi minimal setiap dua jam setelah makan Hasil : – Tampak pasien tidak rewel saat dilakukan tindakan – Ibu pasien mengatakan belum ada perubahan anaknya masih sering batuk	Albina
	II	17.00	Memonitor suara napas tambahan Hasil : – Tampak suara napas pasien masih terdengar ronchi	Albina dan Albina
	II		Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan air hangat Hasil : – Tampak ibu pasien memahami instruksi perawat	

	III	18.00	Memberikan obat cairan IV (anti piretik dan agen anti menggigil) Hasil: – Paracetamol 60 mg/ IV/ 8 jam – Zink 1x1/ oral	Martiana
	I	19.00	Menentukan jumlah dan jenis intake serta kebiasaan eliminasi pasien Hasil : – Ibu pasien mengatakan anaknya sudah Bab tidak encer lagi.	Martiana
	III	21.00	Memonitor intake dan output pasien Hasil : – CM Infuse : 300cc Oral : 20cc – CK Urine : 100cc BAB : 100cc	Martiana
	I	22.00	Memonitor suhu setiap 2 jam sesuai kebutuhan Hasil: – Tampak badan pasien masih teraba hangat, suhu 37,8^{0}C	Martiana
	I	22.30	Menentukan jumlah dan jenis intake serta kebiasaan eliminasi pasien Hasil : – Ibu pasien mengatakan anaknya	Martiana

			sudah BAB tidak encer lagi	
	II	05.00	Memonitor adanya suara napas tambahan seperti ngorok atau mengi Hasil: – Tampak terdengar suara napas ronchi,Pernapasan 58x/ menit – Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir dan dokter menyarankan untuk melakukan penyedotan lendir – Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan	Rini Matutu
	I- III	05..30	Memonitor tanda- tanda vital Hasil : – Suhu : 38 ^{O}C – P : 58X/ menit – N : 120x/ menit	Rini Matutu
	I, III	06.00	Mengamati turgor kulit secara berkala Hasil : – Tampak cubitan dinding perut kembali < 3 detik – Tampak mukosa bibir tidak kering lagi	Rini Matutu
	I	07.00	Memonitor intake dan output pasien Hasil : – CM Infuse : 700cc	Albina

			Oral : 90cc – CK Urine : 200cc BAB : 200cc IWL demam : 20+200 (38-36,8) : 20+200 (1.2) : 20+240 : 260 Balance cairan : CM- (CK+IWL) : 790- (400+280) : 7 90-680 : 110 cc	

14 April 2018	II,III	08.00	Memonitor tanda tanda vital Hasil: – Suhu 37,6^{0}C – Pernapasan 54x/menit	Frederetsia
	II	09.00	Melakukan fisioterapi dada minimal 2 jam setelah selesai makan Hasil : – Ibu pasien mengatakan terakhir kali diberi ASI sekitar jam 7.10	Frederetsia
	II		Menepuk dada dengan teratur dan cepat dengan menggunakan telapak tangan yang dikuncupkan selama 3- 5 menit di atas area yang ditentukan Hasil : – Tampak pasien menangis – Ibu pasien mengatakan apakah	

			bisa bila melakukan fisioterapi dada di rumah	
	II	10.00	Memonitor tanda tanda vital Hasil : – Suhu: 37 ^{O}C – P : 56x/ menit – N : 110x/ menit	Fredetsia
	III		Memonitor suara napas tambahan Hasil: – Tampak suara napas ronchi	Frederetsia
		II	Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan air hangat pada pasien Hasil: – Ibu pasien mengatakan setiap setelah pemberian ASI selalu beri air hangat .	Albina
	III	12.00	Memonitor suhu setiap 2 jam sesuai kebutuhan Hasil: – Suhu 37,6^{O}C – Pernapasan: 58x/ menit	Daisy
	II	13.30	Mengauskultasi suara napas tambahan (catat area yang ventilasinya menurun) Hasil: – Tampak suara napas terdengar	Albina

			ronchi, – Tampak paru paru sebelah kiri terdengar kencang saat mengunakan stetoskop	
	II		Menggunakan bantal untuk menopang pasien Hasil: – Ibu pasien mengatakan anknya selalu tidak tenang kalau di tempat tidur.	Daisy
	II	15.00	Melakukan fisioterapi minimal setiap 2 jam setelah makan. Hasil : – Ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum susu sekitar 3 jam yang lalu – Tampak pasien tidak rewel setiap dilakukan tindakan	
	III	16.00	Monitor pernapasan dengan tepat Hasil: – P : 58x/menit – Suhu 37,6 $^{O}_{C}$ – Tampak badan pasien tidak teraba hangat	Albina
	II		Memonitor suara napas tambahan seperti ngorok atau mengi Hasil:	

			– Tampak suara napas ronchi – Ibu pasien mengatakan batuk anaknya sudah berkurang namun masih berlendir	
	I,II,III	20.00	Monitor suhu setiap 2 jam sesuai kebutuhan Hasil: – Tampak mukosa bibir tidak kering, – Suhu 37,4$^{0}_{C}$ – ,Pernapasan 58x/ menit – Ibu Pasien mengatakan demamnya sudah turun – Tampak tidak ada bintik bintik merah pada lengan pasien.	Albina
	III	21.00	Memantau tanda- tanda vital Hasil : – S : 37,2 ^{O}C – P : 57x/ menit – N : 110x/ menit	Daisy

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : An. “c” / 5 bulan
Ruang / kamar : ST,Theresia / 519

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
12 April 2018	DP I : Resiko Kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. S : - Ibu pasien mengatakan anaknya masih BAB encer dengan frekuensi 3x sekitar dan hanya terdapat sedikit ampas O: - Tampak badan pasien masih teraba hangat - Tampak mukosa bibir kering - Cubitan dinding perut kembali < 3 detik - Tampak terdapat bintik- bintik merah pada lengan pasien - Balance cairan dalam 24 jam - Intake Infuse : 650 cc Oral : 150 cc CM : 870 cc – Output Urine : 350 cc BAB encer : 100 cc	Albina

	CK :450 cc – IWL anak : 30-50x BB : 20 – IWL demam : 20+200 (38-36,8) : 20+200 (1.2) : 20+240 : 260 – Balance cairan : CM- (CK+IWL) : 870- (450+260) : 870-710 : 160 cc A : Tidak ada masalah pada resiko kekurangan volume cairan pada pasien P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen cairan 2. Manajemen cairan/ elektrolit DP II : Ketidakbersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan S: - Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir	

	O : - Tampak suara napas ronchi - TTV: 58x/ menit - Auskultasi thorax tampak paru paru sebelah kiri terdengar lebih kencang saat menggunakan stetoskop A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas pada pasien belum teratasi. P :Lanjutkan intervensi 1. Manajemen jalan napas 2. Fisioterapi dada DP III : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam naik turun bahkan setelah pemberian obat O : - Tampak badan pasien teraba hangat - Tampak terdapat luka pada bibir pasien - TTV Suhu 38 ^{O}c	

13 April 2018	A : Masalah hipertermi pada pasien belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 1. Pengaturan suhu 2. Manajemen demam DP: Resiko kekurangan volume cairan denganfaktor resiko kehilangan cairan aktif S : - Ibu pasien mengatakan anaknya Sudah tidak BAB encer lagi O : - Tampak cubitan dinding perut kembali dalam < 3 detik - Tampak mukosa bibir tidak kering - Balance cairan – CM Infuse : 700cc Oral : 90cc – CK Urine : 200cc BAB : 200cc IWL demam : 20+200 (38-36,8)	Albina

	: 20+200 (1.2) : 20+240 : 260 Balance cairan : CM- (CK+IWL) : 790- (400+280) : 7 90-680 : 110 cc A: Masalah resiko kekurangan volume cairan pada pasien sudah teratasi P: Stop intervensi DP: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan S: - Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir - Ibu pasien mengatakan belum ada perubahan anaknya masih batuk O: - Tampak suara napas ronchi - TTV P:58X/Menit - Tampak pasien batuk - Tampak pasien tidak rewel saat dilakukan fisioterapi dada	

	A: Masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas pada pasien belum teratasi P: Lanjut intervensi 1. Manajemen jalan napas 2. Monitor pernapasan 3. Fisioterapi dada. DP III: Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: - Ibu pasien mengatakan demamnya selau tinngi pada sore hari O: - Tampak badan pasien teraba hangat - TTV S: 37,8 0 C A : Masalah hipertermi pada pasien belum teratasi P: Lanjut intervensi 1. Pengaturan suhu 2. Manajemen demam	

14 April 2018	DP II:Ketidakeefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan S: - Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir O: - Tampak suara napas terdengar ronchi - TTV P: 58x/menit A: Masalah ketidakbersihan jalan napas pasien belum teratasi P: Lanjut intervensi 1. Manajemen jalan napas 2. Monitor pernapasan 3. Fisioterapi dada DP III: Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: - Ibu pasien mengatakan demam ananknya sudah turun setelah dilakukan kompres O: - Tampak mukosa bibir tidak kering - TTV S:37,5 $^{0}_{C}$	Albina

	- Tampak badan tidak teraba hangat - Tidak terdapat bintik bintik merah pada lengan pasien A: Masalah hipertermi pada pasien sudah teratasi P Stop intervensi.	

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien An.”C” usia 5 bulan masuk RS Stella Maris tanggal 11April 2018 dengan keluhan demam terutama pada sore hari. Keluhan itu dialami sejak empat hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit yang disertai dengan bengkak pada mata sebelah kanan. Karena itu ibunya membawa anaknya ke dokter praktek untuk mendapatkan pengobatan. Setelah diberikan obat demamnya masih berlanjut sehingga orangtua pasien memutuskan untuk bawa ke rumah sakit Stella Maris. Ibu pasien mengatakan anaknya pernah dirawat di rumah sakit dengan *pneumonia sinistra.*

Saat pengkajian badan pasien masih teraba hangat, mukosa bibir kering, tampak pasien berkeringat banyak, tampak terdapat bintik-bintik merah pada wajah dan lengan pasien tampak pasien berkeringat banyak. Ibu pasien mengatakan demam anaknya naik turun terutama sore. Selain itu anaknya juga mengalami batuk berlendir dan diare. Hasil pemeriksaan ditemukan tampak pasien batuk, suara napas terdengar ronchi, pernapasan 58x/ menit dan cubitan dinding perut kembali dalam < 3 detik, hasil foto thorax: pneumonia sinistra dan hasil pemeriksaan LAB anti Dengue igG dan anti dengue igM positif berdasarkan pengkajian tersebut penulis mengangkat tiga masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan,Hipertermi berhubungan dengan penyakit dan Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. Terapi pengobatan yang sudah dilakukan adalah paracetamol dan Zink

G. DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Paracetamol
   a. Klasifikasi / Golongan obat : Analgetik, Antipiretik
   b. Dosis umum : 325-1000 tiap 4-6 jam
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutanm : 2x1/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat sintesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Tampak badan Pasien terasa hangat
   g. Kontra indikasi :
      1) Hipersensitivitas sebelumnya
      2) Produk yang mengandung alcohol, aspartan
      3) Hipersensitivitas, penderita sakit ginjal dan hati
   h. Efek samping obat :
      1) Kerusakan hati

2. Nama Obat : Zinc

   a. Klasifikasi / Golongan obat : Mineral
   b. Dosis umum :
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutanm : 10 mg 1x1/ 12 jam
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Zinc memiliki kemampuaan melawan virus, seperti mengurangi gejala yang ditimbulkan rhinovirus pada common cold. Zinc ini digunakan untuk mengatasi kekurangan zinc di tubuh akibat diare
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Ibu pasien mengatakan anaknya BAB encer > 3x dalam sehari
   g. Kontra indikasi :

      Karena kandungan suplemen zinc merupakan zaat dasar pembangunan tubuh, maka obat ini aman dikonsumsi asalkan disesuaikan dengan dosis.
   h. Efek samping obat :
      1) Nyeri perut
      2) Dispepsia
      3) Mual dan muntah
      4) Iritasi lambung

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan keperawatan pada pasien An. “C” berumur 5 bulan dengan kasus DHF yang dirawat di ruang St.Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 3 hari, yaitu dari tanggal 11-14 April 2018

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, status pasien, dan observasi langsung pada pasien. Hasil pengkajian pada An.”C” tanggal tanggal 11 April 2018 diperoleh data : pasien masuk dengan keluhan demam terutama pada sore hari. Keluhan itu dialami sejak empat hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit yang disertai dengan bengkak pada mata sebelah kanan. Karena itu ibunya membawa anaknya ke dokter praktek untuk mendapatkan pengobatan. Setelah diberikan obat, demamnya masih berlanjut sehingga orangtua pasien memutuskan untuk bawa ke rumah sakit Stella Maris. Ibu pasien mengatakan anaknya pernah dirawat di rumah sakit dengan *pneumonia sinistra.*

Hasil pemeriksaan fisik ditemukan tampak pasien batuk, suara napas terdengar ronchi, pernapasan 58x/ menit dan turgor kulit tidak elastis, hasil foto thorax : *pneumonia sinistra* dan hasil pemeriksaan LAB anti Dengue igG dan anti dengue igM positif. Ibu pasien mengatakan kemungkinan penyebab penyakit yang diderita pada anaknya adalah rumahnya yang dekat rawa-rawa dan kebiasaan suaminya yang suka menggantung pakaian yang sudah dipakai. Selain Itu ayah pasien adalah seorang perokok aktif.

Menurut Desmawati (2013), manifestasi klinis dari penyakit *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) adalah demam tinggi secara mendadak selama 2-7 hari (38-40^{0}C) hal ini disebabkan oleh adanya veremia (virus dalam darah) yang menyebabkan infeksi sehingga terjadi demam dan sakit kepala, uji torniquet positif, perdarahan spontan pada kulit mimisan (epitaksis), terjadinya pembesaran hati (hepatomegali), tekanan darah menurun sehingga menyebabkan syok, pada pemeriksaan laboratorium (darah), hari ke 3-7 terjadi penurunan trombosit di bawah 100.000 / mm^3 (trombositopenia) dan terjadi peningkatan nilai hematokrit diatas 20% dari nilai normal (hemokonsentrasi), timbulnya berupa gejala klinis yang menyertai seperti mual, muntah, penurunan nafsu makan (anoreksia), sakit perut, diare, menggigil, kejang, mengalami perdarahan pada hidung (mimisan) dan gusi, demam yang dirasakan penderita menyebabkan keluhan pegal/ sakit pada persendian, munculnya bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.

Masih menurut Desmawati (2013), berdasarkan hasil pemeriksaan Laboratorium nilai trombnosit dan hematokrit seharusnya menurun, penyebab dari menurunnya trombosit adalah karena infeksi virus dengue menyerang sistem peredaran darah yang menyebabkan perembesan plasma yang terus menerus. Trombosit adalah komponen darah yang berfungsi dalam proses pengumpalan darah jika pembuluh

kapiler pecah. Penurunan trombosit terjadi di hari keempat dan kelima setelah gejala DHF muncul, terjadinya kekurangan volume cairan pada pasien DHF yaitu akibat kebocoran plasma ke ruang intravaskuler yang dapat menyebabkan volume plasma menurun dan hemotokrit meningkat sehingga dapat mengakibatkan pasien mengalami trombositopenia. Namun data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan Laboratorium pasien tidak ditemukan adanya penurunan trombosit maupun hematokrit, hal ini karena tidak terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler. Namun pada pemeriksaan imunoserologi pasien Anti dengue igG dan anti dengue igM positif, hal ini karena tubuh telah membentuk kekebalan terhadap makhluk penyebab infeksi. Ini merupakan kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus namun penulis tetap tertarik ingin membahas kasus DHF karena hasil data pemeriksaan Imuno serologi pasien anti dengue igG DAN igM Positif.

Menurut Desmawati (2013) ada beberapa manifestasi yang muncul pada pasien DHF diantaranya yaitu pembesaran hati (hepatomegali), syok, sianosis pada ujung hidung dan jari, melena, tekanan darah tidak terdengar dan nadi tidak teraba, manifestasi diatas tidak terdapat pada pasien kelolaan karena tahapan penyakit pasien masih ada di derajat II. Sementara manifestasi di atas biasanya terjadi pada penderita DHF derajat III dan IV.

B. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan kasus yang dikelola dan data yang mendukung pada saat pengkajian, penulis merumuskan 3 masalah keperawatan yaitu, diagnosis keperawatan yang pertama resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. Diagnosis ini didukung oleh data- data yang ditemukan pada pasien yaitu tampak mukosa bibir kering, tampak terdapat bintik merah pada lengan pasien, tampak pasien berkeringat banyak,badan pasien teraba hangat. Berdasarkan NANDA (2015- 2017) menjelaskan bahwa batasan karateristik untuk mengangkat diagnosis ini adalah kelemahan, haus, penurunan turgor kulit/ lidah, membran mukosa kering, peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, perubahan status mental, konsentrasi urine meningkat, temperature tubuh meningkat, hemotokrit meningkat, dan kehilangan berat badan seketika. Diagnosis yang kedua yang penulis angkat adalah ketidakefektifanbersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, diagnosis ini didukung oleh data yang penulis temukan pada pasien yaitu, tampak pasien masih batuk, tampak terdengar suara napas ronchi, auskultasi napas : tampak paru paru kiri lebih terdengar kencang saat menggunakan steteskop, P 58x/ menit Hasil foto thoraks *pneumonia sinistra.* Berdasarkan NANDA (2015- 2017) batasan karateristik untuk diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah batuk yang tidak efektif, dispnea, gelisah, kesulitan verbalisasi, mata terbuka lebar, ortopnea, penurunan bunyi napas, perubahan frekuensi napas, perubahan pola napas, sianosis, sputum dalam jumlah berlebihan, adanya suara napas tambahan. Ini merupakan masalah yang tidak ditemukan pada kasus DHF namun penulis dapatkan data- data yang menunjang diagnosis pada pasien.

Diagnosis ketiga yang penulis angkat adalah Hipertermi berhubungan dengan penyakit, diagnosis ini didukung oleh data yang penulis dapatkan dari pasien yaitu tampak badan pasien teraba hangat, mukosa bibir kering, tampak pasien berkeringat banyak, terdapat bintik merah pada badan pasien, Hasil imuno serelogi : anti dengue igG dan igM positif, Suhu 38,2^{O}C.

Berdasarkan NANDA (2015-2017) batasan karateristik untuk diagnosis hipertermi adalah apnea, kejang, koma, kulit kemerahan, kulit terasa hangat, takikardi, takipnea, vasodilatasi. Menurut Desmawati (2013) demam pada pasien merupakan manifestasi utama yang terjadi pada pasien DHF, hal ini disebabkan oleh infeksi virus dengue dalam darah atau viremia. Nyamuk aedes aegpty menggigit manusia dan mengeluarkan arbovirus sehingga beredar dalam aliran darah dan terjadilah infeksi virus dengue yang akan mengaktifkan sistem komplemen untuk membentuk dan melepaskan zat C3a dan C5a yang merangsang peningkatan set-point thermostat hypothalamus yang merangsang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenerasi jaringan tubuh sehingga terjadinya demam. Pada masalah keperawatan kasus DHF ada 6 diagnosis keperawatan, namun pada kasus pasien An.” C “ hanya ada 3 yang muncul. Diagnosis keperawatan lain yang tidak diangkat penulis adalah ketidakseimbangan nutrisi, resiko perdarahan, intoleransi aktivitas, gangguan perfusi jaringan perifer karena penulis tidak menemukan data-data yang mendukung diagnosis di atas pada pasien.

C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, selanjutnya penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul

1. Resiko kekurangan volume cairan

   Pada diagnosis ini penulis mengangkat 7 intervensi keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien yaitu monitor status dehidarsi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik) rasional dengan mengkaji tanda-tanda dehidrasi maka dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani keadaan yang dialami pasien, beri terapi IV seperti yang ditentukan rasional Pemberian cairan intravena sangat efektif untuk membantu memenuhi kebutuhan cairan atau mengganti cairan yang hilang, monitor output dan intake pasien rasional dengan monitor intake maka dapat diketahui keseimbangan cairan, dapatkan spesimen laboratorium untuk pemantauan perubahan cairan atau elektrolit (misalnya, Hematokrit, protein, natrium, dan kadar kalium) yang sesuai rasional dengan mengetahui hasil poemeriksaan laboratorium dapat kita ketahui apakah pasien kekurangan volume cairan, atau apakah adanya infeksi atau tidak pada pasien.

2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas

   Pada diagnosis ini penulis mengangkat 7 intervensi keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien, monitor TD, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat, monitor suara napas tambahan seperti ngorok atau mengi, berikan bantuan napas jika diperlukan (nebulizer), monitor keluhan napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk atau meningkatkan sesak, anjurkan keluarga untuk memberikan air hangat, auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun dan tidak adanya suara tambahan. Gunakan

bantal untuk menopang pasien. Pada diagnosis ini penulis melakukan semua implementasi berkat kerja sama team dan keluarga pasien

3. Hipertermi

   Pada diagnosis ini penulis mengangkat 9 intervensi keperawatan sesuai data yang ditemukan pada pasien, monitor TTV rasional Peningkatan suhu tubuh menandakan adanya infeksi, beri obat cairan IV (anti piretik dan agen anti menggigil) rasional obat antipiretik bekerja sebagai pengatur kembali pusat pengatur panas terutama bagian hipothalamus, dorong keluarga untuk memberikan air sedikit tetapi sering, rasional dengan banyak minum air dapat mengganti cairan yang hilang melalui penguapan, lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering, lakukan kompres hangat pada pasien, rasional kompres air hangat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga terjadi perpindahan panas secara evaporasi, anjurkan kepada keluarga untuk menggunakan baju yang tipis, rasional pakaian yang tipis membantu mengurangi penguapan tubuh.

D. Implementasi

Setelah menentukan rencana keperawatan, selanjutnya penulis akan mengimplementasikan dalam praktik keperawatan kepada pasien.

1. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. Penulis melakukan implementasi untuk diagnosis ini selama 2 hari dan tidak ada halangan karena adanya kerja sama team maupun keluarga pasien.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

   Pada masalah keperawatan mengenai ketidakefektifan bersihan jalan napas semua perencanaan yang disusun oleh penulis dilaksanakan. Semua berjalan lancar karena adanya kerja sama team, maupun keluarga pasien.
3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Pada masalah keperawatan mengenai hipertermi penulis melakukan implementasi selama 3 hari. Hari pertama dan kedua semua intervensi dilakukan, tetapi pada hari ketiga intervensi tidak dilakukan lagi karena pasien tidak demam dan suhu tubuh kembali normal yaitu 37,5^{O}C

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (13 –15 april 2018) adalah :

1. Resiko kekurangan volume cairan. Dari hasil evaluasi hari pertama dan kedua penulis tidak menemukan adanya tanda-tanda yang mengarah pada diagnosis kekurangan volume cairan
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Pada hari ke 3 perawatan penulis melakukan evaluasi terhadap intervensi yang diberikan. Berdasarkan hasil evaluasi penulis menyimpulkan bahwa masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas pada pasien belum teratasi. Hal ini dibuktikan dengan data yang didapatkan dari pasien tampak suara napas terdengar ronchi, TTV P : 58x/ menit, tampak pasien masih sering batuk.
3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Pada hari ke 3 perawatan penulis melakukan evaluasi terhadap intervensi yang diberikan. Berdasarkan hasil evaluasi penulis menyimpulkan bahwa masalah hipertermi pada pasien sudah teratasi sesuai dengan hasil yang diharapkan. Hal ini didukung dengan data yang didapatkan pada pasien, Tampak mukosa bibir tidak kering, TTV S : 37,5 ^{0}C, tampak badan tidak teraba hangat.

sudah teratasi. Untuk masalah keperawatan resiko Kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif dan Hipertermi berhubungan dengan penyakit sudah teratasi, sedangkan untuk masalah keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan belum teratasi hal ini didukung data dari pasien yaitu,Tampak pasien masih batuk, suara nafas terdengar ronchi dan pernapasan 58x/ menit.

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis menyimpulkan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan yang ditunjukkan :

1. Instansi Rumah sakit

   Diharapkan pihak rumah sakit dapat memberikan informasi atau penyuluhan secara langsung ke keluarga pasien. Memperbanyak leaflet DHF sebagai sarana informasi dan disimpan pada tempat terbuka sehingga pasien dengan mudah membaca atau pun membawa pulang. Merupakan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawat yang ada dirumah sakit dalam upaya untuk meningkatkan suatu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan sistem hematologi *Dengue Hemorragic Fever* (DHF).

2. Institusi pendidikan

   Diharapkan agar institusi pendidikan memperbanyak dan memperbaharui persediaan buku terbaru tiap tahunnya di perpustakaan khusus yang membahas tentang DHF.

3. Pasien dan keluarga

   Diharapkan agar lebih memperhatikan dan meningkatkan upaya pencegahan dari penyakit, dan pengobatan sejak dini, memperhatikan kebersihan rumah dan kesehatan lingkungan

sekitar tempat tinggal, menjaga pola makan, istrahat yang cukup sehingga kesehatan dapat tercapai dengan baik di lingkungan keluarga maupun masyarakat. Memberikan informasi tentang tindakan pencegahan yang dapat mempertahankan lingkungan yang bersih dan sehat dengan prinsip 4 M (Menguras, Menutup, Menimbun/ mengubur, Memantau).

BAB V
PENUTUP

Pada Bab ini penulis akan menulis kesimpulan akhir dari Karya Tulis ini dan saran- saran guna meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF)

A. Kesimpulan

1. Setelah melakukan pengkajian penulis menemukan data data yang menunjang untuk pengangkatan diagnosis diantaranya : badan teraba hangat, mukosa bibir kering, tampak pasien berkeringat banyak, Suhu 38,2^{O}C tampak terdapat bintik-bintik merah pada wajah dan lengan dan hasil pemeriksaan LAB anti Dengue igG dan anti dengue igM positif ini merupakan dasar untuk penulis selanjutnya dasar untuk menetapkan masalah keperawatan pada pasien An. “C” Berikut ini :
   a. Resiko Kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif.
   b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan
   c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
2. Intervensi keperawatan pada dasarnya penulis susun sama dengan yang terdapat pada tinjauan teoritis. Intervensi keperawatan meliputi Tindakan mandiri, tindakan observasi, tindakan kolanborasi dan edukasi atau penyuluhan.
3. Rencana tindakan yang disusun penulis telah melaksanakan sepenuhnya, berkat kerja sama team dan keluarga pasien.

Setelah 3 hari implementasi rencana keperawatan yang ada, maka penulis mengevaluasi untuk mengetahui apakah masalah pada pasien

DAFTAR PUSTAKA

Gloria M. Bulecheck dkk, (2016).Nursing Interventions Classification (NIC). Mosby an imprint : Elservier Inc.

Hasdinah, Dewi, (2014). Virologi: Mengenal Virus, Penyakit dan Pencegahannya. Yogyakarta: Bakti Husada.

Herdeman, T. Heather, (2015). Diagnosis keperawatan Defenisi dan Klasifikasi. Jakarta: EGC

Hidayati,A. Alimul , (2012). Pengantar ilmu keperawatan anak 1, Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.

Kiswari Rukman, (2014). Hematologi dan Tranfusi. Jakarta : Erlangga

Moorhead, Johnson dkk, (2016). Nursing Outcomes Classification (NOC).CV .Mocomedia: Elsevier Inc.

Padila, (2013). Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam. Yogyakarta : Nuha Medika

Seriadi, Rita Yuliani, (2010). Asuhan keperawatan pada anak, Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika

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

Wijaya putrid ,M, (2013). Keperawatan Medikal Bedah 2.Yogyakarta : Nuha Medika.

www. Depkes.Go.Id/articles/view/Denguehemoragicfever/diakses tanggal 3 mey 2018

Http :// www.Umm.Edu /Patienteced/articles/artery cut section 0031 7 htm/ diakses tanggal 14/05/2018

Https ://doktermuin.Wordpres.com/ 2016/01/03/ Demam berdarah dengue/ diakses tanggal 14 05/2018

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Albina Sefiani Nurti

Nim : E1514401004

Pembimbing :MerySambo, S.Kep, Ns.,M.Kep

No	Hari/ tanggal	Materi konsul	Paraf pembimbing
1	Jumat / 13 April 2018	BAB III - Pengkajian	
2	Sabtu / 22 April 2018	BAB III - Pengkajian - Pengamatan Kasus	
3	Kamis / 26 April 2018	BAB I & III - Pendahuluan - Pengkajian	
4	Jumat / 30 April 2018	- Pengamatan kasus	
5	Rabu / 8 Mei 2018	BAB I & II - Pendahuluan - Tinjauan Teoritis	
6	Rabu / 23 Mei 2018	BAB I & II - Pendahuluan - Tinjauan Teoritis	
7	Kamis / 24 Mei 2018	BAB IV & V	

8	Senin / 28 Mei 2018	- Pembahasan - Penutup	
9	Rabu / 30 Mei	BAB IV & V - Pembahasan - Penutup Kata Pengantar Daftar pustaka Patoflowdiagram BAB I, II, III, IV, & V Kata Pengantar Daftar Pustaka Patoflowdiagram	