KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "O" DENGAN DHF DI RUANG PERAWATAN ST BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

ESTER JUMI

E1414401073

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "O" DENGAN *DHF* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama mahasiswa	:	Ester Jumi
Nim	:	E1414401073

Disetujui oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes)	(Wirmando, S.Kep.,Ns)
NIDN. 0918087701	

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN)
NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "O" DENGAN *DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF)* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji dihadapan Tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal	: Senin, 11 Juni 2018
Pukul	: 14.45 – 15.30 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )
2. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN ( )
3. Wirmando, S.Kep.,Ns ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Ester Jumi
Tempat / Tanggal Lahir	: Sadar, 03 Mei 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Nuri Baru No. 101

II. Identitas Orang Tua

Ayah	: Paulus Ade Mangosa
Ibu	: Martina Tiku
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: PNS
Alamat	: Bone-Bone (Luwu Utara)

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

1. SDN 195 Sukaraya : Tahun 2002 - 2008
2. SMPN 5 Bone-Bone : Tahun 2008 - 2011
3. SMKN 1 Bone-Bone : Tahun 2011 - 2014
4. STIK Stella Maris Makassar (Program DIII) : Tahun 2014 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa melimpahkan berkat, penyertaan dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "O" DENGAN *DHF* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan studi pada program Diploma III (DIII) keperawatan dan untuk memperoleh gelar sebagai Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Stella Maris Makassar.

Dalam penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ini, penulis banyak mendapat bantuan baik berupa moril, maupun material sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terimakasih sedalam-dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu,S.Si,Ns,M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar, terimakasih atas bimbingan, petunjuk, dan ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas Soeharto, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris serta segenap staf yang berkenan memberikan ijin untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di ruang perawatan Bernadeth III.
3. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes dan Wirmando S,Kep,Ns yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu dalam penulisan laporan karya tulis ilmiah ini.
4. Kepala bagian, klinik institusi (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Bapak dan Ibu dosen pengajar beserta staf yang telah mendidik dan membekali penulis dalam pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang dengan sabar dan bijaksana, selama penulis mengikuti proses pendidikan di STIK Stella Maris.
6. Teristimewa kepada kedua orang tuaku tercinta Ayah Paulus Ade Mangosa dan Ibu Martina Tiku yang telah membesarkan, mendidik, senantiasa memberikan kasih sayang dan dukungan baik secara moril dan material yang tidak ternilai harganya serta doa restu kepada penulis dengan penuh rasa tanggung jawab sebagai orang tua, sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan selama penulis kuliah di STIK Stella Maris Makassar.
7. Terima kasih untuk Kakakku Esra Lallung P dan Adekku Reynaldi yang telah memberikan semangat untuk menyelesaikan studi dan telah memberikan semangat dalam penyusunan KTI.
8. Ny “O” beserta suami, selaku penerima Asuhan Keperawatan, terima kasih atas kesediaannya dan kerjasamanya selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan, yang merupakan bagian dari karya tulis ini.
9. Terima kasih kepada sahabat- sahabatku Laura Marian Datu, Mulya Kurnia Maloha dan Deriani yang selalu setia memberikan dukungan satu sama lain sehingga kami bisa berjuang bersama menyelesaikan studi kami.
10. Seluruh rekan-rekan mahasiswa DIII Keperawatan angkatan 2015 STIK Stella Maris yang telah bersama-sama dengan penulis berjuang selama masa perkuliahan dan kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini semoga bantuan yang telah diberikan mendapat balasan berlipat ganda dari Tuhan Yesus Kristus.

Akhirnya sebagai manusia biasa penulis menyadari bahwa apa yang telah tertuang dalam Karya Tulis Ilmiah ini masih memerlukan perbaikan. Oleh karena itu penulis bersedia menerima

kritikan dan saran yang membangun dari pembaca untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2018

Ester Jumi

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman judul
Halaman persetujuan
Halaman pengesahan
Riwayat hidup..... i
Kata pengantar..... ii
Daftar Gambar..... v
Daftar Tabel..... vi
Daftar Isi..... vii
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar belakang..... 1
B. Tujuan penulisan..... 3
C. Manfaat penulisan..... 3
D. Metode penulisan..... 4
E. Sistematika penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6
A. Konsep dasar medis..... 6
1. Definisi..... 6
2. Anatomi dan fisiologi..... 6
3. Etiologi..... 10
4. Patofisiologi..... 11
5. Manifestasi klinis..... 13
6. Pemeriksaan penunjang..... 14
7. Penatalaksanaan medik..... 14
8. Komplikasi..... 15
B. Konsep dasar keperawatan..... 16
1. Pengkajian..... 16
2. Diagnosis keperawatan..... 17
3. Intervensi keperawatan..... 18
4. Perencanaan pulang..... 25

C. Patoflowdiagram..... 27
BAB III TINJAUAN KASUS..... 28
A. Pengamatan kasus..... 28
B. Pengkajian..... 29
C. Analisis data..... 50
D. Diagnosis keperawatan..... 53
E. Intervensi keperawatan..... 54
F. Implementasi keperawatan..... 60
G. Evaluasi keperawatan..... 86
H. Daftar obat..... 93
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 96
A. Pengkajian..... 96
B. Diagnosis keperawatan..... 98
C. Intervensi keperawatan..... 101
D. Implementasi keperawatan..... 102
E. Evaluasi keperawatan..... 102
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... 104
A. Simpulan..... 104
B. Saran..... 105
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) pada decade menjadi masalah kesehatan global, ditandai dengan meningkatnya kasus DHF di Dunia. *World Health Organization* (WHO) melaporkan lebih dari 2,5 milyar atau dua perlima popolasi di dunia beresiko terinfeksi virus dengue. *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) merupakan satu dari beberapa penyakit menular yang menjadi masalah kesehatan terutama pada Negara berkembang. Penyakit DHF disebabkan oleh virus dengue ditularkan dari seseorang kepada orang lain melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (WHO, 2012).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus *Dengue,* yang biasanya ditemukan didaerah tropis. Infeksi virus dengue menyebabkan kesakitan dan kematian yang tinggal di seluruh dunia, dari 500.000 kasus memiliki angka kematian sekitar 20%. Infeksi Virus *Dengue* pertama terjadi pada tahun 1780-an secara bersamaan di Asia, Afrika, dan Amerika Utara. Infeksi virus ini menyerang semua usia, mayoritas terdapat pada anak usia di bawah 15 tahun sebanyak 15% dan sekitar 5% terjadi pada bayi (Garna, 2013).

Pada tahun 2015, tercatat terdapat sebanyak 126.675 orang penderita *DHF* di 34 provinsi di Indoneisa, dan 1.229 orang diantaranya meninggal dunia. Jumlah tersebut telah tinggi dibandingkan tahun sebelumnya, yakni sebanyak 100.347 penderita DHF sebanyak 907 penderita meninggal dunia pada tahun 2014. Hal ini dapat disebabkan oleh perubahan iklim dan rendahnya kesadaran untuk menjaga kebersihan lingkungan (Depkes RI, 2016).

Data Direktorat Pengendalian penyakit Tular Vektor dan zoonosis Kementrian Kesehatan menyebutkan hingga akhir Januari tahun 2016, kejadian luar biasa (KLB) penyakit DHF terjadi di beberapa Kabupaten Kota di Indonesia, di antaranya Kabupaten Tangerang (Banten), 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 Wilayah tersebut tercatat sebanyak 492 orang dengan jumlah kematian 25 orang (Tribun News, 2016).

Berdasarkan data Medikal Record (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita DHF pada tahun 2015 sebanyak 502 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 15 – 24 tahun sebanyak 160 (32%) dan 4 pasien meninggal. Pada tahun 2016 penderita DHF sebanyak 711 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 15 – 24 tahun sebanyak 238 (33 %) dan 4 pasien meninggal. Pada tahun 2017 penderita DHF sebanyak 329 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 25 – 44 tahun sebanyak 99 (30 %) dan 2 pasien meninggal.

Melihat masih tingginya angka penderita penyakit DHF maka peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative

yang dilakukan secara komprehensif dengan memberikan pengetahuan dasar dalam tahap pengenalan mengenai penyakit DHF kepada masyarakat luas sangat diperlukan. Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik menyusun karya tulis ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. "O" Dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) Di Ruang Perawatan Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

A. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien DHF

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan DHF
   b. Merumuskan dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan DHF
   c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan DHF
   d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan DHF
   e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan DHF
   f. Melakukan pendokumentasian pada pasien dengan DHF

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya bagi pegawai di Rumah Sakit dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit DHF.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Manfaat bagi Institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi Institusi pendidikan untuk mengembangkan Ilmu Pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

3. Bagi Pasien / Keluarga

   Manfaat bagi pasien dan keluarga yaitu agar pasien dan keluarga mengetahui gambaran umum tentang DHF, serta perawatan yang benar agar pasien mendapatkan perawatan yang tepat.

4. Bagi Penulis

   Sebagai syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program DIII Keperawatan dan dapat menambah pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

C. Metode Penulisan

Adapun metode penyusunan yang digunakan penulis dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah adalah menggunakan metode deskriptif yang dijelaskan dan dianalisa. Teknik yang penulis gunakan untuk mengumpulkan data ini antara lain :

1. Tinjauan Pustaka

   Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet dengan berbagai situs, materi dari literature di perpustakaan dan toko buku mengenai isi dan karya tulis ini.

2. Pengamatan Kasus

   Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi : pengkajian, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu :

a. Wawancara dengan pasien, keluarga, perawat serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien
b. Observasi yaitu melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan
c. Pemeriksaan fisik yaitu dengan melakukan pemeriksaan fisik dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki mulai inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi
d. Dokumentasi yaitu catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis, dan catatan perkembangan pasien

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini tersusun 5 bab yang terdiri dari :

Bab I : Pendahuluan. Bab ini menguraikan tentang latar belakang penulis, tujuan penulisan, manfaat penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II : Tinjauna Teoritis. Bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan, yaitu konsep dasar medis meliputi kesimpulan pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostic, penatalaksanaan medic, dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning, dan patoflowdiagram. Bab III : Pengamatan Kasus. Bab ini menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan, serta daftar obat pasien. Bab IV : Pembahasan Kasus. Bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang di temukan di lapangan. Bab V : Simpulan dan Saran. Bab ini terdiri dari beberapa simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

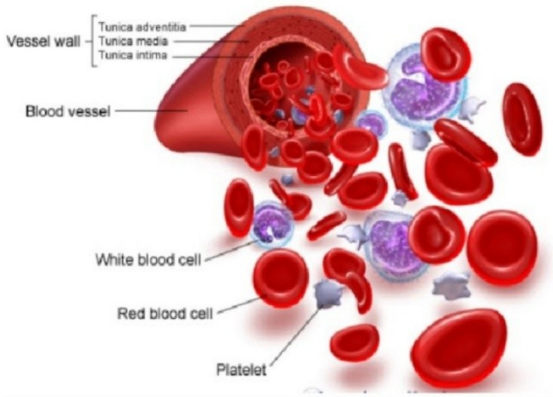
Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah suatu infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Spesies Aedes.* Penyakit ini sering menyerang anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam, nyeri otot, dan sendi (Desmawati, 2013).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *Dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes albopictus* (Titik Lesteri, 2016).

Dari pengertian di atas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus *Dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* yang menyerang semua usia baik anak, remaja, dan dewasa yang bermanifestasi klinik demam, nyeri otot, dan nyeri sendi.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Penampang sel darah merah

(Sumber : https://goo.gl/images/fHM8bj).

a. Fisiologi darah

1) Pembuluh Darah

Menurut Irianto (2010) pembuluh darah terbagi atas :

a) Pembuluh Darah Arteri

Pembuluh darah arteri terdiri atas tiga lapisan. Lapisan terluar terdiri atas jaringan ikat fibrus disebut *Tunika Anbvantisia,* berfungsi sebaga pelindung. Lapisan tengah yang memiliki otot elastic disebut *Tunika Media* berfungsi menjaga pembuluh darah tetap terbuka dan memiliki otot yang dapat berkontraksi membesar dan menyempit untuk mempertahankan tekanan darah. Lapisan terdalam disebut *Tunika Intima* berfungsi mengurangi gesekan darah dengan dinding pembuluh.

b) Pembuluh darah vena

Pembuluh darah vena adalah jenis pembuluh darah yang dating menuju serambi jantung dan sifatnya tipis dan elastis. Pembuluh darah vena terdiri dari dua bagian yaitu pembuluh vena kava superior dan pembuluh vena kava inferior. Pembuluh vena kafa superior adalah pembuluh darah yang mengangkut darah dari kepala dan anggota gerak atas, sedangkan pembuluh vena kava inferior adalah pembuluh darah yang mengangkut darah dari badan dan anggota gerak bawah.

c) Pembuluh darah kapiler

Pembuluh darah kapiler adalah pembuluh darah yang sangat kecil dengan diameter 5-10 mikrometer dengan menghubungkan arteriola dan venula yang memungkinkan terjadinya pertukaran air, oksigen, karbondioksida, nutrient, dan zat kimia sampah.

2) Fungsi Darah :
   a) Transport internal, yaitu darah membawa berbagai macam substansi untuk fungsi metabolisme.
   b) Proteksi terhadap bahaya mikroorganisme, yang merupakan fungsi dari sel darah putih.
   c) Proteksi terhadap cedera dan perdarahan, yaitu pencegahan perdarahan merupakan fungsi dari trombosit karena adanya faktor pembekuan.
   d) Mepertahankan temperature tubuh, yaitu darah membawa panas dan bersirkulasi ke seluruh tubuh.
3) Struktur Darah

   Menurut Wiwik Handayani dan Andy Sulistyo Haribowo, 2008 dan Desmawati, 2013 menjelaskan bahwa :

   Volume darah manusia sekitar 7% - 10% berat badan normal dan berjumlah sekitar 5 liter. Keadaan jumlah darah pada tiap-tiap orang berbeda-beda, bergantung pada usia, pekerjaan, serta keadaan jantung atau pembuluh darah. Darah tersusun atas dua komponen yaitu sel darah dan plasma darah.

   a) Sel-Sel Darah
      (1) Sel Darah Merah *(Red Blood Cell)*

          Sel darah merah (eritrosit) merupakan cairan bikonkaf dengan diameter sekitar 7 mikron. Warnanya kuning kemerah-merahan, karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut Hemoglobin. Normalnya hemoglobin dalam darah pada laki-laki 14-18 gr/dl dan pada wanita 12-16 gr/dl. Fungsi utama sel darah merah (Hemoglobin) adalah membawa oksigen dari paru ke jaringan.

(2) Sel Darah Putih *(White Blood Cell)*

Fungsi sel darah putih (Leukosit) adalah sebagai sedadu tubuh, yaitu membunuh kuman dan memakan bibit penyakit yang masuk dalam tubuh. Sebagai pengangkut, yaitu mengangkut zat lemak dari dinding usus melalui limfa terus ke pembuluh darah. Nilai normal leukosit yaitu 4500 – 10000 mm^3

(3) Keping Darah *(Trombosit)*

Nilai normal dari trombosit adalah 150.000 – 450.000 mm^3. Fungsi trombosit adalah berperan dalam pembentukan pembekuan darah. Penimbunan trombosit yang berlebihan dapat menyebabkan penurunan aliran darah ke jaringan, sehingga lepas dari tempat semula dan mengalir ke hilir sebagai suatu embolus dan menyumbat aliran hilir.

b) Plasma Darah

Plasma darah adalah sebagian darah yang encer dalam sel-sel darah, marnanya bening kekuning-kuningan. Zat-zat yang terdapat dalam plasma darah adalah sebagai berikut :

(1) Fibrinogen yang berguna dalam peristiwa pembekuan darah.

(2) Garam-garam mineral (garam kalsium, natrium, dan lain-lain) yang berguna dalam metabolisme dan juga mengadakan osmotik.

(3) Protein darah (albumin, globulin) meningkatkan viskositas darah juga menimbulkan tekanan osmotik untuk memelihara keseimbangan cairan dalam tubuh.

(4) Zat makanan (asam amino, glukosa, lemak, dan vitamin).

(5) Hormon, yaitu suatu zat yang dihasilkan dari kelenjar tubuh.

1. Klasifikasi

WHO, 1986 mengklasifikasikan DHF menurut derajat penyakitnya menjadi 4 golongan, yaitu :

a. Derajat I

Demam disertai gejala klinis lain, perdarahan spontan, panas 2-7 hari, uji tourniquet positif, dan trombositopenia.

b. Derajat II

Sama dengan derajat I, ditambah dengan gejala-gejala perdarahan spontan seperti petekie, hematemesis, melena, dan perdarahan gusi.

c. Derajat III

Ditandai oleh gejala kegagalan perederan darah seperti nadi lemah, dan cepat (>120 x/menit), tekanan darah menurun (120/80, 120/100, 120/110, 90/70, 80/70 mmHg).

d. Derajat IV

Nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur (denyut jantung 140x/menit), anggota gerak teraba dingin, berkeringat dan kulit tampak biru (Desmawati, 2013).

2. Etiologi

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus *Dengue*, yang ditularkan oleh nyamuk *aedes albopictus, aedes polynesiensis, aedes scutellaris,* dan *aedes pseudoscutellaris.* Di Indonesia yang paling banyak sebagai vector virus *Dengue* adalah *aedes aegypti* dan *aedes albopictus.*

a. *Aedes Aegypti*

Merupakan spesies nyamuk yang suka beristrahat di tempat yang gelap dan lembab. Nyamuk ini mempunyai kebiasaan mencari makan sepanjang hari terutama antara jam 08.00-13.00 dan antara jam 15.00-17.00 jarak terbangg spontan nyamuk betina jenis ini terbatas sekitar 30-50 meter perhari.

b. *Aedes Aegypti*

Merupakan nyamuk kebun yang memperoleh makanan dengan cara menggigit dan menghisap darah dari berbagai jenis binatang. Larva atau bentuk nyamuk imatur ini mempunyai habitat hidup dalam genangan air. Daya terbang nyamuk betina dewasa jenis ini berkisar antara 400-600 meter (Hasdianah dan Dewi, 2014).

3. Patofisologi

Virus *Dengue* masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang akan mengakibatkan veremia melalui infeksi virus, adapaun hal ini yang dapat terjadi dimana seseorang mengalami infeksi virus *dengue* berulang. Re-infeksi ini akan menyebabkan suatu reaksi anomnestik antibody (kompleks virus antibody) yang tinggi yang akan mengaktivasi system komplemen, yang berakibat dilepaskannya anafilatoksin c3a dan c5a. Dari pelepasan ini menyebabkan pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga terjadi dilatasi pembuluh darah dan dapat menimbulkan set-point thermostat hipotalamus yang merangsang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenarasi jaringan tubuh sehingga timbul demam. Terjadilah dilatasi pembulluh darah menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal yaitu volume plasma menurun dan

hematokrit meningkat sehingga terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler sehingga terjadi trombositopenia.

Trombositopenia dapat juga terjadi akibat penurunan produksi trombosit oleh sumsum tulang (meningkatnya megakarosit dalam sumsum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit). Peningkatan destruksi di RES *(Reticulo Endothelial System).* Peningkatan pemakaian destruksi trombosit di perifer dan agresi trombosit akibat endotel yang rusak. Akibat dari semua itu terjadi penurunan pembekuan darah sehingga terjadi perdarahan yang terjadi pada bagian cairan intravaskuler (CIS) dan cairan ekstravaskuler (CES) mengakibatkan transport asam basa menurun. Terjadinya kebocoran plasma ke ruang intravaskuler menimbulkan penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah yang mengakibatkan penurunan aliran balik vena dan curah jantung me`nurun sehingga terjadi syok hipovolemik dan apabila terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan kematian.

Selain itu dapat pula terjadi perembesan plasma pada daerah gastroinstestinal. Pada daerah gastrointestinal dapat terjadi hepatomegali dikarenakan adanya peningkatan cairan plasma dalam hepar melalui system vena porta dan dapat pula terjadi penurunan produksi ATP karena terjadi peningkatan asam lambung yang mengakibatkan sekresi lambung bersifat sangat asam sehingga terjadi rangsangan mual muntah yang menyebabkan suplai nutrisi menurun dan proses metabolism menurun. Hal ini dapat pula terjadi pada daerah lambung yaitu asidosis metabolic karena hilangnya bikarbonat melalui adanya muntah yang sangat berlebihan dan terjadinya secara terus menerus. (Desmawati, 2013).

4. Manifestasi Klinik

a. Demam

Penyakit ini didahului oleh demam tinggi yang berlangsung 2-7 hari naik turun. Kadang suhu tubuh sangat tinggi sampai 40^0c dan dapat terjadi kejang demam. Saat fase demam mulai cenderung turun dan klien tampak seakan sembuh, tetapi juga sebagai awal kejadian syok biasanya pada hari ketiga dari demam. Hari ke 3, 4, dan 5 adalah fase kritis yang harus dicermati dan pada hari ke 6 dapat terjadi syok.

b. Tanda-tanda perdarahan

Penyebab perdarahan adalah trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit serta koagulasi intravaskuleer. Jenis perdarahan terbanyak adalah perdarahan kulit seperti uji tourniquet positif, peteqi.

c. Hepatomegali

Ditemukan pada permulaan penyakit, bervariasi dan hanya sekedar dapat diraba sampai 2 cm dibawa lengkungan iga kanan. Derajat pembesaran hati tidak sejajar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan pada daerah hari berhubungan dengan adanya perdarahan.

d. Syok

Syok dapat terjadi dalam waktu yang singkat, klien dapat meninggal dalam waktu 12-24 jam atau cepat sembuh setelah pergantian cairan.

Gejala tambahan pada DHF yaitu :

1) Peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba
2) Sakit kepala
3) Nyeri pada otot dan tulang
4) Mual dan muntah

5) Batuk ringan
6) Lidah kotor dan konstipasi
7) Tekanan darah tidak terdengar dan nadi tidak teraba
8) Sianosis perifer terutama pada ujung hidung dan jari-jari (Deswamati, 2013).

5. Pemeriksaan Penunjang
   a. Pemeriksaan Darah Lengkap
      Untuk menunjukkan kelainan pada hematokrit (Hematokrit naik hingga 20% atau lebih) dan trombosit mengalami penurunan (100.000/mm^3).
   b. Pemeriksaan Dengue Blood (metode Rapid).
      Untuk melihat antibody IgG dan IgM. Pemeriksaan IgG itu untuk melihat infeksi pertama kalinya pasien terkena DHF. Pemeriksaan IgM itu untuk melihat infeksi kedua kainya pasien terkena DHF.
   c. Pemeriksaan Rumple Leed Tes (Tourniquet Tes)
      Rumple Leed adalah pemeriksaan bidan hematologi dengan melakukan pembendungan pada bagian lengan atau selama 10 menit untuk uji diagnostic kerapuhan vaskuler dan fungsi trombosit.
   d. Rontgen Thoraks
      Untuk melihat adanya efusi pleura (Desmawati, 2013)
6. Penatalaksanaan Medik
   Penatalaksanaan penderita dengan DHF adalah sebagai berikut :
   a. Tirah baring atau istirahat
   b. Diet makanan lunak
   c. Minum banyak (2-2,5 liter/hari/24 jam dapat berupa susu, teh manis, sirup dan beri penderita sedikit oralit. Pemberian cairan merupakan hal yang penting bagi penderita DHF

d. Pemberian cairan intravena (biasanya ringer laktat, NaCl)
e. Monitor TTV tiap 3 jam (tensi, nadi, suhu, pernapasan)
f. Periksa Hb, Ht, dan trombosit setiap hari
g. Monitor tanda-tanda perdarahan lebih lanjut
h. Pemberian antibiotic bila terjadi kekhawatiran infeksi sekunder
i. Monitor tanda-tanda dan renjatan meliputi keadaan umum, perubahan tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan laboratorium yang memburuk (Desmawati, 2013).

7. Komplikasi
   a. Perdarahan usus

      Infeksi virus *Dengue* menyebabkan terbentuknya antigen antibody yang dapat mengaktivasi system complement. Dapat juga menyebabkan agregasi trombosit dan mengaktivasi system koagulasi melalui kerusakan sel endotel pemubuluh darah. Kedua faktor tersebut menyebabkan perdarahan.

   b. Syok

      Infeksi sekunder oleh virus *Dengue* akan menyebabkan respon antibody amnestik yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferasi dan transformasi limfosit dengan menghasilkan liter tinggi antibody lgG anti dengue

   c. Oedema paru

      Oedema paru adalah komplikasi yang mungkin terjadi sebagai akibat pemberian cairan yang berlebihan.

   d. Penurunan kesadaran

      Saat terjadi infeksi virus *Dengue* kemudian mengalami replikasi maka terbentuk kompleks virus antibody yang menyebabkan efek salah satunya permeabilitas kapiler yang mengikat sehingga terjadi penurunan transportasi O_2 ke otak, sehingga terjadi penurunan kesadaran (Desmawati, 2013).

A. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Pola Kesehatan
   a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan
      DS : Lingkungan tempat tinggal yang kurang bersih, tidak memakai kelambu, pemeliharaan kebersihan diri kurang.
      DO : keebersihan buruh, bau badan
   b. Pola Nutrisi dan Metabolik
      DS : Penurunan nafsu makan, kesulitan menelan, mual dan muntah dyspepsia, anorxia
      DO : Membrane mukosa bibir kering, penurunan berat badan, nyeri ulu hati , perdarahan gusi
   c. Pola Eliminasi
      DS : sering BAK, penurunan haluaran urine, hematemesis, diare, melena, konstipasi
      DO : Distensi abdomen, hiperperistaltik usus, perubahan warna urine dan feses
   d. Pola Aktivitas dan Latihan
      DS : kelelahan, keletihan, malaise umum, penurunan semangat untuk bekerja, sakit kepala, pegal seluruh badan, dan demam
      DO : lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot atau persendian, epitaksis, ekimosis, dan keringat dingin
   e. Pola tidur dan istirahat
      DS : perubahan pada pola tidur dan susah tidur
      DO : ekspresi wajah meringis kesakitan, gelisah

f. Pola persepsi kognitif

DS : mengungkapkan rasa sakit, mengalami gangguan proses pikir (bingung), gangguan pendengaran, penghiduan, dan pengecapan

DO : ekspresi wajah tampak meringis

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS : frustasi dengan penyakit, kehilangan waktu untuk bekerja,

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

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS : merasa takut, tidak semangat, tidak suka diganggu

DO : diam, rasa tidak berdaya

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS : hubungan penyakit dengan masalah seksualitas, gangguan fungsional/seksualitas (impoten, kesulitan orgasme).

DO : perilaku yang menyimpang (tidak sesuai dengan jenis Kelamin). Pemeriksaan fisik

2. Diagnosa Keperawatan

a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
d. Resiko syok berhubungan dengan hipovolemia
e. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia
f. Defesiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

3. Intervensi Keperawatan

a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3-6 hari diharapkan kekurangan volume cairan akan teratasi dibuktikan oleh keseimbangan cairan, hidrasi yang adekuat, status nutrisi, asupan makanan dan cairan yang adekuat dengan kriteria hasil:

- Pasien tampak sakit ringan hingga tidak sakit
- Tampak pasien tidak muntah lagi
- Tidak tampak petekie
- Tampak pasien minum air putih 6-8 gelas/hari
- Tampak mukosa bibir lembab
- Observasi TTV dalam batas normal

  Nadi : 60-100 x/menit

  Suhu : 36,5 - 37,5 °c

Intervensi :

1) Pantau jumlah, warna dan frekuensi kehilangan cairan

   R/: kehilangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi

2) Pantau status hidrasi (kelembaban mukosa, keadekuatan nadi, dan tekanan darah)

   R/: mukosa bibir kering menunjukkan pasien mengalami dehidrasi. Membantu mengidentifikasi kondisi pasien dalam dehidrasi ringan, sedang, berat.

3) Monitor intake dan output cairan

   R/: intake dan output cairan harus seimbang

4) Tentukan cairan yang masuk dalam 24 jam

R/: menentukan jumlah cairan yang masuk untuk mengetahui keseimbangan antara jumlah cairan yang masuk dan keluar dalam 24 jam

5) Lanjutkan kolaborasi dalam pemberian terapi cairan infuse RL 500 cc dengan tetesan 20 tetes/menit

   R/: RL merupakan larutan klorida yang mengandung ion-ion yang terdistribusi kedalam cairan intravaskuler dan ekstravaskuler.

6) Pantau nilai laboratorium darah rutin lengkap (WBC, HCT, PLT, HB)

   R/: terjadinya leucopenia dan trombositopenia menunjukkan pasien mengalami invasi virus *Dengue.*

b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan perawatan selama 3-6 hari diharapkan pasien akan menunjukkan termoregulasi yang dibuktikan oleh indicator gangguan dari ringan sampai tidak ada gangguan dengan kriteria hasil :

- Keadaan umum pasien tampak sakit ringan
- Badan pasien tidak teraba hangat lagi
- Suhu tubuh pasien kembali normal 36,5-37,5 °c

Intervensi :

1) Pantau suhu minimal setiap 2 jam

   R/: suhu tubuh yang meningkat menunjukkan adanya infeksi

2) Pantau tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan

   R/: adanya peningkatan suhu mengakibatkan peningkatan nadi

3) Pantau status dehidrasi

   R/: membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis menunjukkan status hidrasi pasien yang buruk.

4) Gunakan waslap hangat di kening, ketiak, tengkuk dan lipatan paha

   R/: meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga menurunkan suhu tubuh pasien

5) Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat

   R/: pakaian yang tipis mengurangi peningkatan suhu tubuh pasien

6) Anjurkan asupan cairan oral sedikitnya 2 liter/hari

   R/: asupan cairan yang adekuat dapat membantu mencegah terjadinya dehidrasi

7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik (Paracetamol 500 mg 3x1 tablet)

   R/: paracetamol membantu menghambat sintesis prostaglandin yang dapat menurunkan demam

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

   Hasil yang diharapkan :

   Setelah dilakukan perawatan 3-4 hari diharapkan pasien untuk memperlihatkan status gizi : asupan makanan dan cairan yang dibutuhkan oleh indicator cukup adekuat sampai sangat adekuat dengan kriteria hasil :

   - Tampak paien tidak mual dan muntah lagi
   - Nafsu makan pasien membaik
   - Tampak pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang disediakan

- Tampak pasien minum air putih 6-8 gelas/hari

Intervensi :

1) Pantau kandungan nutrisi dan kalori pada catatan asupan
   R/: kandungan nutrisi dan kalori pasien dipantau sehingga mempercepat proses penyembuhan pasien
2) Catat warna, jumlah, dan frekuensi muntah
   R/: dengan mencatat jumlah frekuensi muntah dapat diketahui faktor penyebab mual muntah dan juga diberikan intervensi selanjutnya.
3) Identifikasi faktor pencetus mual dan muntah
   R/: makanan yang bergizi dapat memenuhi asupan kalori yang adekuat
4) Timbang BB pasien
   R/: dengan menimbang BB badan pasien kita dapat mengetahui penurunan dan kenaikan BB badan pasien
5) Berikan pasien minuman dan kudapan bergizi
   R/: dengan memberikan makanan bergizi membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi setiap hari
6) Kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian antiemetik
   R/: antiemetik berfungsi untuk mengurangi rasa mual dan muntah sehingga diharapkan intake nutrisi pasien meningkat.

d. Resiko syok berhubungan dengan faktor hipovolemia

Hasil yang diharapkan :

Tidak terjadi syok hipovolemia, tanda-tanda vital dalam batas normal dan keadaan umum membaik.

Intervensi :

1) Kaji kondisi umum pasien

R/: membantu kondisi pasien selama masa perawatan terutama saat terjadi perdarahan sehingga segera diketahui tanda-tanda syok dan dapat segera ditangani

2) Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhi, pernapasan)

   R/: tanda vital dalam batas normal menunjukkan keadaan umum pasien membaik dan memastikan tidak terjadi syok

3) Kaji turgor kulit

   R/: mengetahui tanda kekurangan volume cairan

4) Kaji intake dan output cairan

   R/: mengetahui cairan masuk dan keluar

5) Memonitor tanda-tanda perdarahan disertai gejala klinis (petekie, epitaksis, perdarahan gusi)

   R/: perdarahan merupakan tanda pada tahap tertentu yang menimbulkan tanda klinis.

6) Berikan penjelasan kepada keluarga untuk segera melapor bila ada perdarahan

   R/ : membantu pasien mendapatkan penanganan sedini mungkin

7) Anjurkan orangtua untuk member minum sedikit tapi sering

   R/: mengurangi risiko kekurangan volume cairan

8) Pantau hasil laboratorium (HB, PLT, dan HCT)

   R/: mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah yang dialami pasien sebagai acuan melakukan tindakan lebih lanjut

9) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan, obat dan cairan apabila terjadi perdarahan

R/: pemberian cairan untuk memperbaiki keseimbangan cairan, transfuse bermanfaat menghentikan perdarahan karena trombositopenia.

e. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Hasil yang diharapkan :

Mencegah terjadinya perdarahan, peningkatan trombosit

Intervensi:

1) Monitor tanda penurunan jumlah trombosit HB, HCT, PLT, yang disertai dengan tanda-tanda klinis

   R/: penurunan jumlah trombosit HB, HCT, PLT merupakan tanda-tanda kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda klinis berupa perdarahan nyata seperti epitaksis, petekie, melena.

2) Monitor jumlah trombosit tiap hari

   R/: dengan jumlah trombosit yang dipantau setiap hari, diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien

3) Berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada pasien

   R/: agar pasien dapat mengetahui hal-hal yang mungkin terjadi pada pasien dan membantu mengantisipasi terjadinya perdarahan karena trombositopenia

4) Berikan penjelasan pada pasien atau keluarga untuk segera melaporkan adanya tanda-tanda perdarahan yang lebih lanjut seperti epitaksis, melena dan lain-lain

   R/: keterlibatan pasien atau keluarga sangat membantu pasien untuk mendapatkan penganggulangan sedini mungkin.

5) Anjurkan pasien untuk banyak istrahat

R/: aktivitas pasien tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan

6) Pertahankan kebutuhan cairan

R/: membantu dalam mencapai keseimbangan cairan tubuh

7) Kolaborasi dengan Dokter dalam memberikan obat

R/: pemberian obat antikoagulasi membantu dalam proses pembekuan darah untuk mengatasi perdarahan hebat.

f. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

Hasil yang diharapkan :

Pengetahuan klien atau keluarga tentang proses penyakit, diet, perawatan meningkat sehingga pasien atau keluarga memperlihatkan perilaku yang kooperatif.

Intervensi :

1) Kaji tingkat pengetahuan pasien atau keluarga tentang penyakit *DHF*

R/: membantu mengetahui sejauh mana pengetahuan pasien atau keluarga tentang penyakit pasien

2) Kaji latar belakang pendidikan pasien atau keluarga

R/: membantu untuk memberi penjelasan sesuai dengan tingkat pendidikan pasien atau keluarga sehingga dapat dipahami.

3) Jelaskan tentang proses penyakit, diet perawatan dan obat-obatan pada pasien atau keluarga dengan bahasa dan kata-kata yang mudah dimengerti

R/: agar informasi dapat diterima dengan mudah dan tepat sehingga tidak terjadi kesalahpahaman

4) Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan dan manfaatnya pada pasien

R/: agar pasien dapat mengerti dan bersikap kolaboratif dalam perawatan

5) Beri kesempata pada pasien atau keluarga untuk menanyakan hal-hal yang ingin diketahui sehubungan dengan penyakit yang diderita pasien

R/: mengurangi kecemasan dan motivasi klien untuk kooperatif

6) Gunakan leaflet atau gambar-gambar dalam memberikan penjelasan

R/: membantu mengingat penjelasan yang diberikan karena dapat dilihat, dibaca berulangkali.

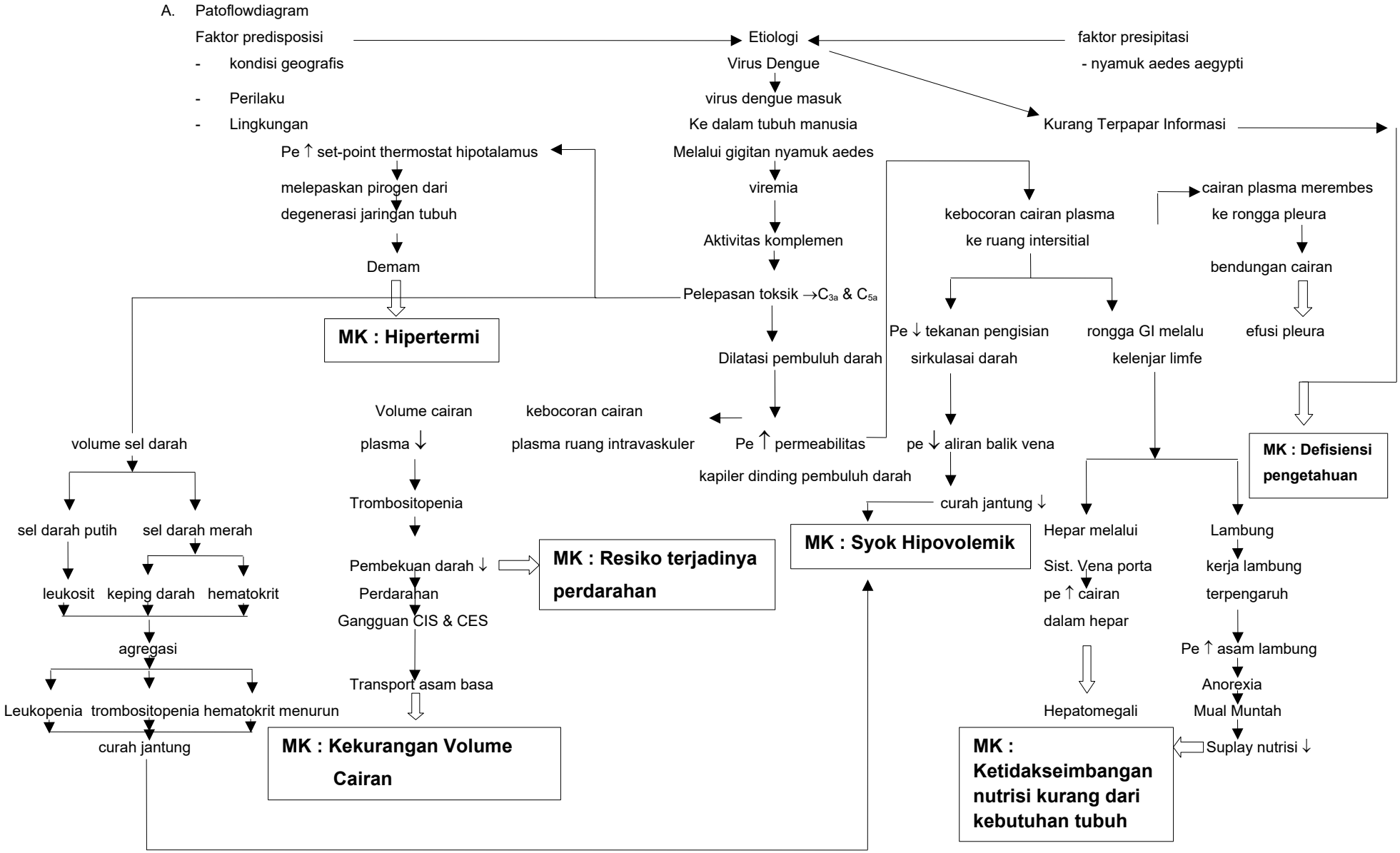
4. Discharged Planning

Memberikan penjelasan tentang tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menghindari *DHF,* antara lain :

a. Menguras bak mandi pasien dan tempat penampungan air minimal 1x dalam seminggu.
b. Menutup tempat penampungan air rapat-rapat.
c. Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.
d. Menganjurkan kepada pasien untuk rutin minum obat yang telah diresepkan oleh dokter.
e. Menganjurkan kepada pasien untuk dalam beberapa hari ini tetap istrahat yang cukup, kurangi aktivitas
f. Memberikan informasi bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk *Aedes Aegypti.*
g. Berikan informasi yang berkaitan dengan nyamuk demam berdarah misalnya warna bulu dan badan nyamuk.

h. Ajarkan tentang pertolongan pertama pada penderita demam berdarah dengue dengan cara memberikan cairan sebanyak mungkin.
i. Ajarkan tentang tanda dan gejala awal dari penyakit demam berdarah dengue.

A. Patoflowdiagram



BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Ny. “O” umur 44 tahun, masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 16 April 2018 dengan keluhan utama demam. Pasien mengeluh demam naik turun sudah dirasakan sejak 6 hari yang lalu pasien mengatakan sudah berobat ke IGD tetapi tidak ada perubahan sehingga pasien memutuskan untuk dirawat di Rumah Sakit Stella Maris.

Pada saat pengkajian tanggal 18 April 2018 didapatkan, pasien masih mengeluh demam naik turun, mual dan muntah ±5 kali di rumah nyeri kepala dan nyeri perut. Pada saat observasi badan pasien teraba hangat dan menggigil, terdapat banyak bintik-bintik merah pada lengan pasien. Tampak mukosa bibir pasien kering, tampak bibir pasien pecah-pecah, tampak finger print kembali dalam 3 detik. Observasi TTV: TD : 120/70 mmHg, nadi : 104 x/menit, suhu : 39,5°c, pernapasan : 20 x/menit, BB : 78 Kg, TB : 165 cm, IMT : 28,67. Hasil balance cairan: -750 cc. pemeriksaan laboratorium didapatkan WBC : 3.7 10^3/uL, RBC : 4.2 10^6/uL, HGB : 12.0 g/dL, HCT : 34.70 %, PLT : 131 10^3/uL. Selama di rumah sakit pasien mendapatkan terapi infus RL 500 cc 20 tetes/menit dan obat-obatan : paracetamol 3x1000mg/oral, ondancentron 3x8mg/oral, ondancentron 8mg/extra/IV, antasida 3x1 sendok/oral, novaldo 1000 mg/extra/IV.

Diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis pada Ny. “O” berdasarkan data di atas adalah : kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Hipertermi berhubungan dengan penyakit, Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.

B. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji: Ester Jumi	NIM: E1414401073

Unit	: St. Bernadeth II A	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 501	Alloanamnese	:
Tanggal masuk RS	: 16 April 2018		
Tanggal pengkajian	: 18 April 2018		

I. Identifikasi

A. Pasien

Nama initial	: Ny. “O”
Umur	: 44 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 2 orang
Agama/suku	: Kristen Protestan/China
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	: Jl. Tinumbu lorong 132 K No. 12

B. Penanggung jawab

Nama	: Ny.R
Umur	: 30 tahun
Alamat	: Jl. Tinumbu lorong 132 K No. 12
Hubungan dengan pasien	: Saudara

II. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : DHF

Saat pengkajian : DHF

III. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur dengan posisi semi fowler dengan alat medis terpasang infus cairan RL 500 cc 20 tetes / menit ditangan sebelah kiri.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif): composmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4 +

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 120/70 mmHg

MAP : 86,6 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 39,5°C

Di ☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 20 x/menit

Irama : √ Teratur ☐ Bradipne ☐ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 104 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardia

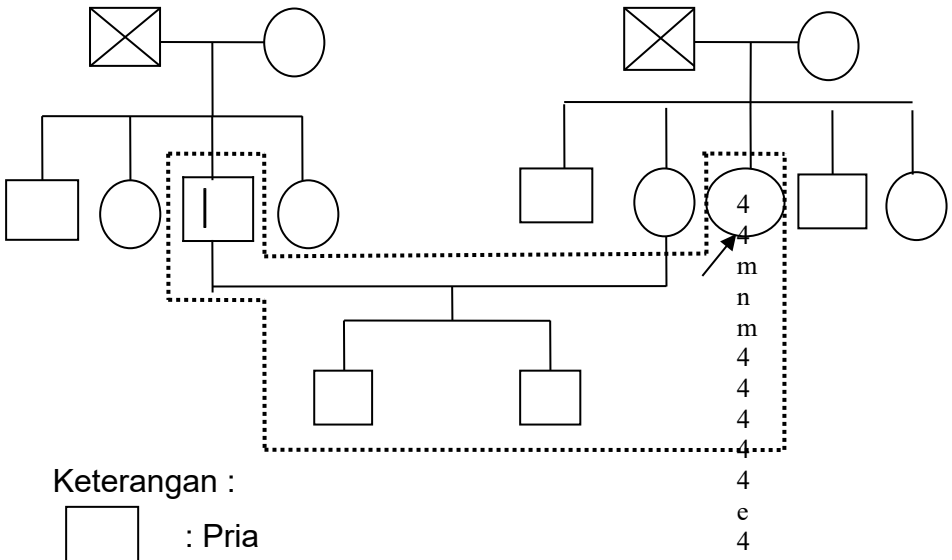
☑ Takikardia ☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

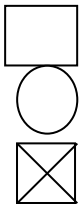
1) Lingkar lengan atas : 40 cm
2) Tinggi badan : 165 cm
3) Berat badan : 78 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 28,67

Kesimpulan : Obesitas

d. Genogram



Keterangan :



: Pria

: Wanita

: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

IV. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bahwa kesehatan itu sangat penting bagi dirinya dan keluarga. Pasein mengatakan bahwa dirumah pasien selalu menggantung pakaian dibelakang pintu kamar. Pasien mengatakan bahwa cara pembuangan sampah mereka yaitu ditumpuk di depan rumah lalu diambil oleh tukang sampah keliling. Jika sakit pasien dan keluarga langsung berobat ke Puskesmas terdekat.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama

Demam

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan demam naik turun sudah dirasakan sejak 6 (enam) hari yang lalu. Pasien mengatakan sudah berobat ke IGD tetapi tidak ada perubahan sehingga pasien memutuskan untuk dirawat di Rumah Sakit Stella Maris. Pada saat pengkajian pasien mengeluh demam naik turun, mual dan muntah ± 5 kali di rumah, nyeri kepala dan nyeri perut. Pada saat diobservasi badan pasien teraba hangat dan menggigil terdapat banyak bintik-bintik merah pada lengan pasien.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan bahwa ia tidak pernah memiliki riwayat penyakit sebelumnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang sakit seperti dia, tetapi pasien

mengatakan bahwa ayahnya meninggal karena penyakit gula (Diabetes).

e) Pemeriksaan fisik

(1). Kebersihan rambut : Tampak bersih

(2). Kulit kepala : Tampak bersih

(3). Kebersihan kulit : Tampak bersih dan tidak ada lesi

(4). Hygiene rongga mulut : Tampak rongga mulut bersih

(5). Kebersihan genitalia : Tidak dikaji

(6). Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan makan 3x sehari dan mampu menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan dengan menu nasi, sayur, ikan, telur. Menu makanan yang disukai oleh pasien yaitu bakso. pasien mengatakan minum air putih 5-6 (1,100 cc) gelas perhari.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan makan 2x sehari dan hanya mampu menghabiskan ±4-5 sendok makan makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang sejak sakit. Pasien mengatakan setiap makan merasa ingin mual dan muntah, pasien juga mengatakan muntah ±5 (700 cc). Pasien juga mengatakan hanya minum air putih 3-4 (±880 cc) gelas perhari. Pasien mengatakan tidak mau banyak minum karena takut muntah.

3. Observasi

   tampak pasien hanya makan ±4-5 sendok dari porsi makanan yang disediakan. Tampak pasien mual dan muntah. Tampak mukosa bibir kering. Tampak bibir pasien pecah-pecah.

4. Pemeriksaan fisik

   a) Keadaan rambut : Tampak rambut berwarna hitam, lebat berminyak dan tidak berketombe

   b) Hidrasi kulit : Tampak finger print kembali dalam 3 detik

   c) Palpebra/konjungtiva : Tampak tidak edema/tampak tidak anemik

   d) Sclera : Tampak icterik

   e) Hidung : Tampak septum ada dibagian tengah

   f) Rongga mulut : Tidak ada peradangan

      Gusi : Tidak ada peradangan

   g) Gigi : Tampak ada karang gigi.

      Gigi palsu : Tidak ada

   h) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampu mengunyah keras

   i) Lidah : Tampak kemerahan, tidak ada peradangan

   j) Pharing : Teraba tidak ada peradangan

   k) Kelenjar getah bening : Teraba tidak ada pembesaran

   l) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran

   m) Abdomen

      Inspeksi : Tampak perut tidak membuncit

      Auskultasi : Peristaltik usus 5 x/menit di daerah epigastrium

Palpasi : Tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan

Perkusi : Terdengar tympani saat perkusi abdomen

n) Kulit

Edema : Negatif

Icterik : Negatif

Tanda-tanda radang: Tampak tidak ada peradangan

o) Lesi : Tampak tidak ada lesi, kulit teraba hangat dan bintik-bintik merah

c. Pola eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi padat dan berwarna kekuningan. Pasien mengatakan BAK 4-5 kali dalam sehari dan berwarna kuning.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan selama sakit ia baru 1 kali BAB tapi pasien mengatakan sering kencing ±7-8 kali dalam sehari dengan jumlah ±1200 cc.

3. Observasi

   BAB dengan konsistensi lunak, warna kecoklatan. Tampak urine pasien berwarna kekuning-kuningan.

   Balance cairan :

   CM : AP= ±880 cc / 24 jam

   Infus = 1.440 cc / 24 jam +

   Total = 2.320 cc / 24 jam

   CK : muntah ±5 kali = ±700 cc

   BAK ±7-8 kali = ±1.200 cc / 24 jam +

   Total = 1.900 cc / 24 jam

   IWL = 1.170 / 24 jam

= cm – (ck+Iwl)

= 2.320 – 3.070 = -750 / 24 jam

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain, Pasien mengatakan bahwa ia sangat aktif dalam mengikuti persekutuan baik digereja ataupun kebaktian-kebaktian dirumah. Pasien juga mengatakan ia tidak pernah berolahraga dan waktu senggang ia lebih banyak berkumpul dan bercerita dengan suami dan anak-anaknya.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan bahwa sekarang ia hanya terbaring di tempat tidur karena sakit kepala dan badan terasa lemas serta pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti dulu sebagai ibu rumah tangga.

3. Observasi

a) Aktivitas harian

Makan : 0
Mandi : 0
Pakaian : 2
Kerapihan : 2
BAK : 2
BAB : 2

0: Mandiri
1: Bantuan dengan alat
3: Bantua alat dan orang
4: Bantuan penuh

Mobilisasi di tempat tidur : 0

b) Postur tubuh : Tegak

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a) HR : 78 x/menit

b) Kulit :

Keringat dingin : Berkeringat dan teraba hangat

Basah : Tampak berkeringat

c) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

d) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : kembali < 3 detik

e) Thorax dan pernafasan

- Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : Tampak tidak ada

Sianosis : Tampak tidak ada

Stridor : Tampak tidak ada

- Palpasi :

Vocal premitus : Getaran kiri dan kanan sama pada kedua lapang paru

Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi : Sonor

Lokasi : Di kedua lapang paru

- Auskultasi :

Suara nafas : Terdengar vesikuler

Suara ucapan : Suara ucapan terdengar sama kuat di kedua lapang paru

Suara tambahan : Tidak terdengar suara tambahan

f) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis: Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis: Teraba di ICS V Mid Clavikularis Sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS II

  Batas bawah jantung : ICS V

  Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra

  Bats kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung IIA : Bunyi tunggal ICS II linea sternalis dextra

  Bunyi jantung IIP : Bunyi tunggal ICS II linea sternalis kiri

  Bunyi jantung I T : Bunyi tunggal ICS IV linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Bunyi tunggal ICS V linea Midclavikularis sinistra

  Bunyi jantung III irama Gallop : tidak terdengar

  Murmur : Tidak ada

  Bruit : Aorta : Tidak terdengar

  A.Renalis : Tidak terdengar

  A.Femoralis : Tidak terdengar

g) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Negatif
- Rentang gerak : Tampak rentang gerak bebas

  Kaku sendi : Tidak ada

  Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

- Refleks fisiologis: Tampak ada kontraksi otot (refleks biseps, trisep dan patella).
- Refleks patologi:

Babinski : Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

h) Columna vetebralis

Inspeksi : Kelainan bentuk : tidak ada

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada kaku kuduk

e. Pola Tidur dan Istirahat

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bahwa ia tidur pada malam hari dari pukul 21:00 – 06:00. Pasien mengatakan sebelum tidur pasien nonton TV dan membantu anak-anaknya untuk mengerjakan tugas PR. Pasien mengatakan setiap malam dia bangun untuk BAK dengan frekuensi 1-2 kali, pasien mengatakan bahwa

dirinya juga teratur untuk tidur siang selama 2 jam dari jam 13:00 – 15:00.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidur selama 8 jam dari pukul 22:00 – 06:00 dan sering terbangun pada malam hari karena merasa mual.

3. Observasi

   Tampak pasien tidak mengantuk

f. Pola Persepsi Kognitif

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan ia tidak menggunakan kacamata, pasien juga tidak menggunakan alat bantu pendengaran, pasien mengatakan tidak ada masalah pada pengecapan dan penciuman, pasien juga masih mengingat masa lalunya.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada penglihatan dan pendengaran tapi pasien mengatakan bahwa nyeri pada kepala serta nyeri pada perut, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyeri timbul pada saat banyak bergerak dan pada saat pasien duduk.

3. Observasi

   Tampak pasien tidak menggunakan kacamata, pasien berbicara jelas dan orientasi baik. Pasien tampak gelisah.

4. Pemeriksaan fisik

   a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih
Pupil : Isokor kiri dan kanan
Lensa mata : Tampak jernih
Tekan intra okuler : Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran
Pina : Simetris kiri dan kanan
Kanalis : Tidak ada peradangan
Membran timpani : Tampak utuh dan pantulan cahaya politzer

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan dirinya biasa-biasa saja dan tidak ada sesuatu yang menonjol pada dirinya. Pasien juga mengatakan bahwa ia tidak pernah putus asa dalam menghadapi masalahnya. Pasien juga mengatakan sudah menjalankan tugasnya dengan baik dan merasa puas dengan tugasnya sebagai Ibu rumah tangga.
2. Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa karena penyakit yang dialami dan berharap cepat sembuh dari sakitnya sehingga bisa berkumpul kembali bersama keluarganya.
3. Observasi
a) Kontak mata : Menatap perawat saat berbicara
b) Rentang perhatian : Perhatian penuh

c) Suara dan cara bicara : Tampak suara dan cara bicaranya jelas
d) Postur tubuh : Tampak tegak

4. Pemeriksaan fisik
   a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
   b) Bentuk/postur tubuh : Tegak
   c) Kulit : Tampak bersih dan tidak bersisik

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
   1. Keadaan sebelum sakit
      Pasien mengatakan hubungannya dengan sesamanya baik-baik saja. Pasien mengatakan jika mengalami masalah pasien langsung cerita dengan keluarganya dan jika ada masalah ia menyelesaikannya dengan cara baik sehingga keharmonisan dalam keluarga selalu terjaga.
   2. Keadaan sejak sakit
      Pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu ditemani sama anaknya dan selalu dikunjungi oleh sanak saudara dan teman gerejanya. Pasien juga mengatakan rindu dengan suasana rumah dan kebaktian-kebaktian digereja.
   3. Observasi
      Tampak anggota keluarga menjaga pasien dan tampak keluarga dan teman-teman mengunjungi pasien.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
   1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami. Pasien mengatakan bahwa ia sudah berusia 44 tahun dan memiliki 2 orang anak. Pasien mengatakan masih menstruasi tetapi tidak lancar.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seks yang dialami.

3. Observasi

   Tampak tidak ada penyimpangan seksual.

4. Pemeriksaan fisik

   Tidak dikaji karena pasien menolak.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan jika marah bisa mengontrol diri dan jika ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan bersama dengan baik.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan la menerima kondisinya selama berada di Rumah Sakit dan akan mengikuti pengobatan sesuai dengan instruksi dokter. Pasien juga mengatakan hanya bisa bersabar dengan sakit yang dialaminya.

3. Observasi

   Tampak pasien tenang.

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dia rajin ke geraja dan rajin ikut kebaktian dirumah-rumah dan dia juga rajin berdoa di rumah dan melakukan kebaikan.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit, pasien selalu berdoa memohon kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya.

3. Observasi

   Tampak ada buku doa di tempat tidur pasien.

V. Uji Saraf Kranial

1. Nervus I : Olfaktorius
   Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih dengan kedua hidung dan mata tertutup.
2. Nervus II : Optikus
   Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±20 cm.
3. Nervus III, IV, VI : Okulomotoris, Trochlearis, Abducens
   Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.
4. Nervus V : Trigeminus
   Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada wajahnya dengan mata tertutup
   Motorik : Pasien mampu mengunyah keras.
5. Nervus VII : Facialis
   Sensori : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis.
   Motorik : Pasien mengangkat alis, tersenyum dan meringis.
6. Nervus VIII : Vestibulo-Akustik
   Vestibularis : Tidak dikaji
   Acusticus : Pasien mampu mendengar suara gesekan tangan perawat.
7. Nervus IX : Glossopharyngeus
   Tampak ovula berada ditengah.

8. Nervus X :
   Pasien mampu menelan
9. Nervus XI : accessories
   Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan

10. Nervus XII : Hypoglossus
    Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

VI. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah lengkap tanggal 16/04/2018 sampai 18/04/2018

   Pemeriksaan Laboratorium

   Tanggal : 16/04/2018

   Nama / Umur : Oei Mei Mei / 44 tahun

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai rujukan
WBC	3.7	-	10^3/uL	4.8 – 10.8
RBC	4.2	-	10^6/uL	4.7 – 6.1
HGB	12.0	-	g/dL	14 – 18
HCT	34.70	-	%	42 – 52
PLT	131	-	10^3/uL	150 – 450
LYM%	16.3	-	%	19 – 48
LYM#	0.6	-	10^3/uL	1 – 3.7

   Pemeriksaan Laboratorium

   Tanggal hasil : 17/04/2018

   Nama / umur : Oei Mei Mei / 44 tahun

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	2.8	-	10^3/uL	4.8 – 10.8
RBC	4.0	-	10^6/uL	4.7 – 6.1
HGB	11.4	-	g/dL	14 – 18
HCT	32.80	-	%	42 – 52
PLT	108	-	10^3/uL	150 – 450

LYM%	17.8	-	%	19 – 48
LYM#	0.5	-	10^3/uL	1 – 3.7
LED 1 Jam	50	+	Mm/h	0 – 20
LED 2 Jam	77	+	mm/h	0 – 20

Test/ jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
IMUNO – SEROLOGI INFEKSI LAIN DENGUE NS1 ANTIGEN	Positif (+)	Negatif

Tanggal : 18/04/2018

Nama / Umur : Oei Mei Mei / 44 tahun

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	4.6	-	10^3/uL	4.8 – 10.8
RBC	3.9	-	10^6/uL	4.7 – 6.1
HGB	11.1	-	g/dL	14 – 18
HCT	32.40	-	%	42 – 52
PLT	83	-	10^3/uL	150 – 450
P-LCR	25.1	+	%	15 – 25
LYM#	0.9	-	10^3/uL	1 – 3.7
LED 1 Jam	30		Mm/h	0 – 20
LED 2 Jam	65		mm/h	0 – 20

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	keterangan
SGOT	134	<32	U/L		H
SGPT	64	<31	U/L		H

Test/Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
IMUNO – SEROLOGI INFEKSI LAIN		

Anti Dengue IgG dan IgM		
ANTI DENGUE IgG	POSITIF(+)	NEGATIF
ANTI DENGUE IgM	NEGATIF(-)	NEGATIF

VII. Therapi

a. 3x500 mg Paracetamol/oral
b. 3x8mg Ondancentron/oral
c. Ondancentron 8mg/extra/IV
d. 3x1sendok antasida/oral
e. Novaldo 1000mg/extra/IV

C. Analisa Data

Nama Umur : Ny. “O” / 44 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth II.A / 501

NO	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan demam ± 6 hari yang lalu - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan sudah berobat ke IGD tetapi tidak ada perubahan - Pasien mengatakan tidak mau minum karena takut muntah - Pasien mengatakan ia muntah ±5 kali (700cc) - Pasien mengatakan hanya minum air putih 3-4 gelah ±880 cc - Pasien mengatakan sering kencing, dalam sehari pasien BAK ±7-8 kali (±1200 cc) DO :	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume cairan

	- TTV N : 104 x/menit S : 39.5 ^{0}c Balance cairan = -750 / 24 jam - Tampak mukosa bibir kering - Tampak bibir pasien pecah-pecah - Tampak pasien muntah - Hasil lab nilai rujukan HGB : 12.0 14 – 18 HCT : 34.70 42 – 52 PLT : 131 150 – 450		
2.	DS : - Pasien mengatakan demam naik turun sudah dirasakan sejak 6 hari yg lalu - Pasien mengatakan sudah berobat ke IGD tetapi tidak ada perubahan - Pasien mengatakan muncul bintik-bintik merah pada lengan pasien - Pasen mengatakan ia menggigil DO : - Badan pasien teraba hangat - Pasien tampak gelisah - Tampak berkeringat - Tampak pasien menggigil - TTV N : 104 x/ m	Penyakit	Hipertermi

	S : 39.5 ^{0}c - Tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien - Hasil lab nilai rujukan WBC : 3. 7 4.8 – 10.8 RBC : 4.2 4.7 – 6.1 PLT : 131 150 – 450		
3.	DS : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan nyeri kepala - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyerinya timbul selama ± 5 menit DO : - Tampak pasien meringis - Tampak pasien terbaring ditempat tidur dengan posisi semifowler - TTV : N : 104 x/ menit - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien memegang perutnya	Agens cedera biologis	Nyeri akut

D. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Ny.”O” / 44 Tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth II.A / 501

No	Diagnosa Keperawatan
I	Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif
II	Hipertermi b/d penyakit
III	Nyeri akut b/d agens cedera biologis

E. RENCANA KEPERAWATAN

Nama / Umur : Ny. “O” / 44 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth II.A / 501

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing outocomes classification	Nursing intervention classification
19/04/2018	kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif DS : - Pasien mengatakan demam ± 6 hari yang lalu - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan sudah berobat ke IGD tetapi tidak ada perubahan - Pasien mengatakan tidak mau minum karena takut muntah - Pasien mengatakan ia muntah ±5 kali (±700 cc) - Pasien mengatakan hanya minum air putih 3-4 gelah ±880 cc - Pasien mengatakan sering kencing, dalam sehari pasien BAK ±7-8 kali (±1200 cc)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien menunjukkan keseimbangan cairan dengan kriteria hasil: Hidrasi : - Membrane mukosa lembab dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Intake cairan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	Monitor Tanda-Tanda Vital - Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan yang tepat Pencegahan perdarahan : - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Instruksikan pasien untuk tidak menggunakan obat-obatan aspirin (pengencer darah) - Instruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vit

	DO : - TTV N : 104 x/menit S : 39.5 ^{0}c - Balance cairan = -750 / 24 jam - Tampak mukosa bibir kering - Tampak bibir pasien pecah-pecah - Tampak pasien muntah - Hasil lab nilai rujukan HGB : 12.0 14 – 18 HCT : 34.70 42 – 52 PLT : 131 150 – 450	Keparahan mual dan muntah : - Frekuensi muntah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Intensitas muntah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	K (Just jambu merah, buavita) Manajemen cairan : - Berikan cairan IV sesuai yang ditentukan - Jaga intake asupan cairan yang akurat dan catat output Manajemen muntah : - Kaji emesis (muntah) terkait warna, konsistensi, dan adanya darah - Berikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Monitor cairan : Monitor asupan dan pengeluaran
19/04/201	Hipertermi b/d penyakit	Setelah dilakukan tindakan	Perawatan demam:

8	DS : - Pasien mengatakan demam naik turun sudah dirasakan sejak 6 hari yg lalu - Pasien mengatakan sudah berobat ke IGD tetapi tidak ada perubahan - Pasien mengatakan muncul bintik-bintik merah pada lengan pasien - Pasen mengatakan ia menggigil DO : - Pasien teraba hangat - Pasien tampak pasie tampak gelisah - TTV N : 104 x/ m S : 39.5 ^{0}c - Tampak pasien berkeringat - Tampak pasien menggigil - Tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien - Hasil lab nilai rujukan WBC : 3. 7 4.8 – 10.8 RBC : 4.2 4.7 – 6.1	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat menunjukkan termoregulasi dengan kriteria hasil: - Menggigil saat dingin dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Hipertermi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	- Pantau suhu dan TTV lainnya - Monitor asupan dan keluaran - Beri obat atau cairan IV yang sesuai - Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering - Tutup pasien dengan selimut tipis - Dorong konsumsi cairan - Berikan kompres hangat - Fasilitasi untuk istirahat Pengaturan suhu: - Informasikan mengenai indikasi

	PLT : 131 150 – 450		adanya kelelahan akibat panas - Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien.
19/04/2018	Nyeri akut b/d agens cedera biologis DS : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan nyeri kepala - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyerinya timbul selama ± 5 menit DO : - Tampak pasien meringis - TTV : N : 104 x/ menit - Tampak pasien terbaring lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri dengan kriteri hasil : Kontrol nyeri : - Menggambarkan factor penyebab dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Menggunakan tindakan pencegahan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	Monitor Tanda – Tanda Vital : - Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan yang tepat Manajemen nyeri : - Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus - Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang

	- Tampak pasien memegang perutnya	- Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada professional kesehatan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 Tingkat nyeri : - Nyeri yang dilaporkan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Mengerang dan menangis dipertahankan pada skal 3 ditingkatkan ke skala 4 - Ekspresi nyeri wajah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya; suhu ruangan, pencahayaan, suara bising) - Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri - Berikan penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesic - Dukungi istrahat yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri Berikan informasi yang akurat untuk meningkatkan pengetahuan dan respon keluarga terhadap pengalaman nyeri

E.IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. “O”/44 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth II.A/501

Tanggal	waktu	Dp	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
19/04/2018	06.00	I, II, III	Memberikan obat Hasil: – 500 mgparacetamol/oral – 1 sendok antasida/oral – 8 mg ondancentron/oral	Perawat anna
	07.30	I	Melembabkan bibir yang kering menggunakan madu Hasil: – Tampak bibir pasien lembab	Ester
	08.00	II	Mengajarkan teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri menarik nafas dalam Hasil: – Pasien tampak mengikuti dan memahami tindakan yang telah di anjurkan	Ester
	08.45	I	Memberikan cairan IV yang sesuai Hasil: – pasien diberi infus RL 20 tete/menit/24 jam	Ester
	09.00	I	menganjurkan pasien mengonsumsi makanan yang kaya vit K misalnya buavita Hasil: – pasien mengatakan mengerti dengan instruksi perawat dan minum buaviat ±250 cc	Ester

	09.15	II	menutup pasien dengan selimut tipis Hasil: – pasien mengatakan ia merasa nyaman	Yuliana
	10.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: – TD: 130/80 MmHg – N: 90 x/menit – S: 38,2 ºc – P: 20 x/menit	Ester
	10.15	II	Memberikan kompres hangat Hasil: – Badan pasien teraba hangat – Tampak pasien menggigil	Perawat Ida
	11.30	I	Memberikan obat Hasil: – 1 sentok antasida/oral	Perawat Anna
	11.40	I	Mendorong konsumsi cairan sebanyak 1 gelas ±200 cc Hasil : – Pasien mengerti namun hanya minum sebanyak 100 cc	Ester
	11.55	I	Memberikan arahan dan memotivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Hasil : – Tampak pasien menghabiskan ±1/2 porsi dari makanannya	Yuliana
	12.10	II, III		Ester

	12.30 12.35 15.00 15.05	III II I, II III	Memberikan obat dan mendorong konsumsi sebanyak1 gelas 200 cc Hasil: – 1 tablet paracetamol/oral – 1 tablet ondansentron/oral – Tampak pasien hanya minum 100 cc Mendukung istirahat yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri Hasil : – Pasien mengerti dan pasien mulai istirahat Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil: – Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu udara (AC) 20°c Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Hasil : – Pasien mengerti dengan intruksi perawat dan akan melakukan – tampak pasien makan biskuit dan apel Mengurangi nyeri pasien dengan cara mengalihkan pikiran pasien dari nyeri dan penyakitnya dengancara mengajak bercerita	Ester Ester Velaria Velaria

	15.10 15.30 16.00 16.10 16.25	III I, II, III III I II	Hasil: – Tampak pasien bercerita dan tampak pasien rileks. Menginformasikan indikasi mengenai adanya kelelahan akibat panas Hasil: – Pasien mengatakan ia merasa lelah dan badannya terasa emas untuk bergerak Memonitor tanda-tanda vital pasien Hasil: – TD: 110/80 MmHg – N: 100 x/menit – S: 38,5 ºc – P: 18 x/menit Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : – Pasien mengatakan ia menggigil dan nyeri pada ulu hati dan dengan skala nyeri 5 dan di rasakan hilang timbul seperti tertusuk-tusuk Mendorong pasien konsumsi cairan sebanyak 1 gelas ±200 cc Hasil : – Pasien mengerti dengan instruksi perawat namun hanya bisa minum ±100 cc	Velaria Velaria Velaria Yuliana Yuliana

	16.45	II	Memberikan kompres hangat kepada pasien Hasil : – Tampak pasien masih menggigil – Suhu : 38,0°c	Yuliana
	17.30	III	Menutup pasien dengan selimut tipis Hasil : – Pasien mengatakan ia merasa nyaman	Ulva
	17.45	II	Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Hasil : – Tampak pasien mengerti dan memakan biskuit	Perawat Anna
	17.55	I	Memberikan obat Hasil: – 1 sendok antasida/oral	Yuliana
	18.00	I	Memberikan cairan IV yang sesuai Hasil: – Pasien diberikan infus RL 20 tetes/menit/24 jam Menjaga intake cairan yang akurat Mendorong pasien konsumsi cairan ±2 gelas setelah makan ±400cc Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering	Ulva

	18. 10	I	Hasil : – Pasien mengerti dengan instruksi perawat dan tampak pasien minum air putih setelah makan ±250 cc – Tampak pasien menghabiskan ½ porsi dari makanannya	Yuliana
	18.25	II	Memberikan obat Hasil : – 500 mg paracetamo/oral – 8 mg ondancentron/oral	Ulva
	19.00	II, III	Memberikan kompres hangat karena pasien masih demam Hasil : – Pasien teraba hangat – Pasien mengatakan ia menggigil – Suhu : 37, 8°c	Yuliana
	22.00	I, II, III	Memfasilitasi pasien untuk istirahat, menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil : – tampak pasien mulai tertidur dan pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu AC yang diberikan 24°c memonitor tanda-tanda vital pasien hasil : – TD : 110/80 mmHg – N : 78 x/menit	Yohanes

	23.45	II	– S : 37,8°c – P : 19 x/menit Memberikan obat Hasil :	Perawat Ida
	02.00	II	– Novaldo 1000 mg/extra/IV – S : 38,6°c Melakukan kompres hangat karena pasien mengeluh menggigil dan panas Hasil:	Serli
	02.40	II	– S: 38,3 ºc – Tampak pasien tenang Memonitor suhu	Serli
	02.55	II	Hasil: – S: 37,5 ºc Memberikan cairan IV yang sesuai	Serli
	05.00	I,II III	Hasil: – Pasien diberikan infus RL 20 tetes/menit/24 jam Memonitor tanda-tanda vital Hasil: – TD: 110/80 MmHg – N: 80 x/menit	Serli dan yohanes
	05.50	I	– S: 38,0 ºc – P: 18 x/menit Memberikan obat	Perawat Ida
	06.30	I	Hasil: – 1 sendok antasida/oral Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan dan mendorong pasien untuk	Serli

	06.50	II, III	konsumsi cairan sebanyak 1 gelas ±200 cc Hasil: – Tampak pasien makan ½ porsi dari makanan yang diberikan dan minum air putih ±150 cc	Perawat Ida
	07.00	III	Memberikan obat Hasil : – 500 mg paracetamol/oral – 8 mg ondancentron/oral	Ester
	07.05	II	Mengkaji nyeri pada pasien Hasil: – Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati masih terasa. – Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 (sedang) dengan durasi 3-4 menit – Tampak pasien meringis – Tampak pasien gelisah	Ester
			Memonitor suhu pasien Hasil: – Pasien mengatakan bahwa demam masih naik turun – Pasien mengeluh menggigil – Pasien mengatakan badannya masih panas – S: 38,0 ºc – Badan pasien teraba hangat – Hasil lab Nilai rujukan	

	07.15	I	WBC : 9.0 4.8 – 10.8 RBC : 4.1 4.7 – 6.1 PLT : 85 150 – 450 Memonitor intake dan output pasien dan tanda-tanda pendarahan Hasil: – Pasien mengatakan sejak kemarin ia minum air sebanyak ±5 kali (±950cc) – Pasien mengatakan masih merasa mual dan haus – Pasien mengatakan sejak kemarin ia hanya muntah 2 kali ±400 cc – Pasien mengatakan sepanjang hari ia kencing 5 kali ±850 cc Balance cairan = -130 cc/24 jam – Hasil lab Nilai rujukan HGB : 11.5 14 – 18 HCT : 34.30 42 – 52 PLT : 85 150 – 450 – Tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien – Tampak mukosa bibir kering – S: 38,0 ºc	Ester

20/04/2018	07.10	II, III	Memberikan obat Hasil: – 500 mg paracetamol/oral	Perawat Ami
	07.20	I	Melembabkan bibir yang kering menggunakan madu Hasil: – Tampak bibir pasien lembab	Ester dan velaria
	08.00	III	Mengajarkan teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri misalnya menarik nafas dalam Hasil: – Pasien tampak mengikuti dan memahami tindakan yang telah di ajarkan	Ester dan velaria
	08.30	I	Memberikan cairan IV yang sesuai Hasil: – Pasien diberikan infus RL 20 tetes/menit	Ester
	09.00	I	Menganjurkan pasien mengonsumsi makanan kaya vit K misalnya buavita Hasil: – Pasien mengerti dengan instruksi perawat dan minum buavita ±250 cc	Ester
	09.05	II	Menutup pasien dengan selimut tipis Hasil: – Pasien mengatakan merasa nyaman	Ester
	10.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ester dan Velaria

			Hasil: – TD: 130/80 MmHg – N: 90 x/menit	

			– S: 38,0 ºc – P: 20 x/menit	
	10.15		Memberikan kompres hangat Hasil: – Tampak suhu pasien 37,9°c	Ester
	11.20		Memberikan obat Hasil: – 1 sendok antasida/oral	Perawat Ami
	11.40	II	Mendorong pasien konsumsi cairan sebanyak 1 gelas ±200 cc Hasil: – Tampak pasien mengerti dan minum air sesuai dengan yang diinstruksikan	Ester
	11.50	II I	Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Mendorong pasien konsumsi cairan sebanyak 2 gelas Hasil : – Pasien mengerti dengan instruksi perawat dan tampak pasien menghabiskan ± ½ porsi dri makanannya – Tampak pasien ±1 gelas ±200 cc	Ester
	12.10	I	Memberikan obat pada pasien Hasil: – 500 mg paracetamol/oral – 8 mg ondansentron/oral	Perawat Ami
	12.30		Medukung istirahat yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri Hasil :	Ester

21/04/2018	06.00	III	Memberikan obat Hasil: – 8 mg ondansentron/oral	Perawat Yusra
	07.30	I	Melembabkan bibir yang kering menggunakan madu Hasil: – Tampak bibir pasien lembab	Ester
	08.10	II	Mengajarkan teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri (menarik nafas dalam) Hasil: – Pasien tampak mengikuti dan memahami tindakan yang diajarkan	Ester
	08.30	I	Mendorong pasien konsumsi cairan yang kaya vit K misalnya buavita Hasil: – Pasien mengerti dengan instruksi yang diberikan perawat dan minum buavita ±250cc	Ester
	08.50	III	Memberikan cairan IV yang sesuai Hasil: – Pasien diberikan infus RL 20 tetes/menit/24 jam	Ester
	08.50	I	Memonitor tanda dan gejala perdarahan Hasil: – Sudah tidak tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien	Ester

	09.00	II	Memberikan selimut tipis pada pasien Hasil: – Tampak pasien merasa nyaman	Ester
	10.00	I	Memonitor tanda-tanda vital pasien Hasil: – TD: 110/70 MmHg – N: 100 x/menit – S: 37,8 ºc – P: 18 x/menit	Ester dan Velaria
	10.20	II	Memberikan kompres hangat Hasil: – Pasien teraba hangat – Suhu : 37,8°c	Ester
	11.35	III	Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Mendorong pasien konsumsi cairan sebanyak 1 gelas ±200 cc Hasil : – Pasien mengerti dengan instruksi yang diberikan perawat dan tampak pasien menghabiskan 1 porsi dari makanannya – Tampak pasien minum sesuai dengan yang diintruksikan	Ester
	12.00	III	Memberikan obat pada pasien Hasil: – 8 mg ondansentron/oral	Perawat Yusra

			– 8mg ondancentron/extra/Iv	
	13.00	III	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil: – Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu AC 20°c yang diberikan	Ester
	14.00	II	Mendorong pasien konsumsi cairan sebanyak 1 gelas ±200 cc Hasil: – Pasien mengerti dengan instruksi yang diberikan perawat dan minum air sesuai dengan yang diintruksikan	Ester
	15.10	I	Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Hasil: – Pasien mengerti dan tampak pasien makan biskuit	Yuliana
	15.40	II	Mengurangi nyeri pasien dengan cara mengalihkan pasien dari nyeri dan penyakitnya dengan cara mengajak cerita Hasil: – Tampak pasien bercerita dan tampak pasien rileks	Yuliana
	16.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital pasien Hasil: – TD: 130/80 MmHg – N: 94 x/menit	Ulva dan Febrianti

			– S: 37,2 ºc – P: 20 x/menit	
	16.25	I	Mendorong pasien konsumsi cairan 2 gelas ±400 Hasil: – Pasien mengerti dengan instruksi yang diberikan perawat – Tampak pasien hanya minum ±300 cc	Yuliana
	16.30	III	Mengajarkan teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri misalnya menarik nafas dalam Hasil: – Tampak pasien mengerti dan melakukan sesuai instruksi perawat – Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan sudah tidak ada	Ulva dan Yuliana
	16.50	I	Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Hasil: – Pasien mengerti dengan instruksi yang diberikan perawat dan makan biskuit – Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah	Yuliana
	17. 50	I	Memberikan cairan IV yang sesuai Hasil:	Yuliana

	17.55	I	– Pasien diberikan infus RL 20 tetes/menit/24 jam Memonitor tanda dan gejala perdarahan Hasil: – Tidak tampak muncul bintik-bintik merah pada lengan pasien	Yuliana
	18.20	I	Memberikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering Mendorong pasien untuk konsumsi cairan sebanyak 1 gelas ±200 cc Hasil: – Pasien mengerti dengan instruksi yang diberikan perawat – Tampak pasien makan 1 porsi dari makanannya dan pasien minum sesuai dengan yang diintruksikan perawat	Ulva
	20.00	III	Menganjurkan pasien untuk mendengarkan lagu rohani untuk membuat pikirannya tenang dan mengalihkan pikiran pasien dari nyeri Hasil: – Tampak pasien mendengarkan musik dan tampak pasien tenang	Ulva
	22.05	I, II, III		Perawat Asrini

	05.00 06.40 <

			– Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan sudah tidak ada lagi – Pasien mengsatakan sudah tidak sakit kepala – Pasien mengatakan nyeri pada perutnya sudah tidak terasa – Tampak pasien tenang	
	07.10	II	– Tampak wajah pasien tidak meringis Memonitor suhu pasien Hasil: – Pasien mengatakan sudah tidak menggigil – Pasien mengatakan sudah tidak demam lagi – Pasien tidak teraba hangat – Pasien tampak tidak menggigil – Tampak wajah pasien rileks – S: 36,5 °c	Perawat Asrini
	07.15	I	– Hasil Lab Nilai Rujukan WBC : 9.0 4.8 – 10.8 RBC : 4.1 4.7 – 6.1 PLT : 140 150-450 Memonitor cairan pasien Hasil: – Pasien mengatakan sudah tidak ada muntah – Pasien mengatakan minum 6 kali minum sebanyak 1350 cc	Perawat Asrini

			– Pasien mengatakan sepanjang hari ia kencing sebanyak 5-6 kali=1100 Balance caira = +520 cc/24 jam – Hasil Lab Nilai Rujukan HGB : 13.5 14 -18 HCT : 42 42-52 PLT : 140 150-450 – Tidak tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien – Tampak mukosa bibir lembab – S: 36,5 °c	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. “O” / 44 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth II.A / 501

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama perawat
19/04/2018	**DP I** : kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif S : – Pasien mengatakan sejak kemarin ia minum air sebanyak ±5 kali (±950cc) – Pasien mengatakan masih merasa mual dan haus – Pasien mengatakan sejak kemarin ia hanya muntah 2 kali ±400 cc – Pasien mengatakan sepanjang hari ia kencing 5 kali ±850 cc O : – Balance cairan = -130 cc/24 jam – Hasil lab Nilairujukan HGB : 11.5 14 – 18 HCT : 34.30 42 – 52 PLT : 85 150 – 450 - Tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien - Tampak bibir mukosa bibir kering – S : 38,0 °c A : – Pasien belum menunjukkan keseimbangan cairan P : lanjutkan intervensi – monitor tanda-tanda vital – pencegahan perdarahan – manajemen cairan – manajemen muntah	Ester jumi

	– monitor cairan **DP II** : Hipertermi b/d penyakit S : – Pasien mengatakan bahwa demam masih naik turun – Pasien mengeluh menggigil – Pasien mengatakan badannya masih panas O : – Tampak terpasang infus RL 500 cc 20 tetes/menit – Badan pasien masih teraba hangat – Hasil lab Nilai rujukan WBC : 9.0 4.8 – 10.8 RBC : 4.1 4.7-6.1 PLT : 85 150-450 – S : 38,0 °c A : – Pasien belum menunjukkan termoregulasi P : lanjutkan intervensi – Perawatan demam – Pengaturan suhu **DP III** :nyeri akut b/d agens cedera biologis S : – Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati masih terasa – Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 (sedang) dengan durasi 4-5 menit O : – Tampak wajah pasien meringis – Tampak pasien gelisah	

	A : – pasien belum menunjukan pengontrolan nyeri P : lanjutkan intervensi – monitor tanda-tanda vital – manajemen nyeri	
20/04/2018	**DP I** :kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif S : - Pasien mengatakan masih merasa haus dan mual - Pasien mengatakan ia muntah sebanyak 1 kli 200 - Pasien mengatakan dari ia minum sepanjang hari sebanyak 7 kali (1400cc) - Pasien mengatakan ia kencing sebanyak 5-6 kali sebanyak 1100 cc/24 jam O : - balance cairan = +370cc/24 jam - Hasil lab Nilai rujukan HGB : 10.9 14 – 18 HCT : 31.80 42 – 52 PLT : 90 150 – 450 - Tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien - Tampak mukosa bibir mulai lembab - Suhu : 37,8°c A : - Pasien mulai menunjukkan keseimbangan cairan P : lanjutkan intervensi - monitor tanda-tanda vital - pencegahan perdarahan	Ester jumi

	- manajemen cairan - manajemen muntah - monitor cairan **DP II** : hipertermi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya masih naik turun - Pasien mengeluh menggigil - Pasien mengatakan badannya masih panas O : - Badan pasien masih teraba hangat - Tampak pasien menggigil - Suhu : 37,8°c - Hasil lab nilairujukan WBC : 9.9 4.8- 10.8 RBC : 3.8 4.7 – 6.1 PLT : 90 150 – 450 A : - Pasien belum menunjukan termoregulasi P : lanjutkan intervensi - Perawatan demam - Pengaturan suhu **DP III** : nyeri akut b/d agens cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati masih terasa - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 (sedang) dengan durasi 3-4 menit	

	O : - Tampak wajah pasien meringis - Tampak pasien gelisah A : - Pasien belum menunjukkan pengontrolan nyeri P : lanjutkan intervensi - monitor tanda-tanda vital - manajemen nyeri	
21/04/2018	**DP I** : kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif S : – Pasien mengatakan sudah tidak ada muntah – Pasien mengatakan minum 6 kali sebanyak 1350 cc – Pasien mengatakan sepanjang hari ia kencing sebanyak 5-6 kali=1100 O : – Balance cairan = +520 – Tidak tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien – Hasil Lab Nilai Rujukan HGB : 13.5 14 -18 HCT : 42 42-52 PLT : 140 150-450 – Tampak mukosa bibir lembab – S : 36,5 °c A : – Pasien sudah menunjukkan keseimbangan cairan P : – stop intervensi	Ester jumi

	DP II : hipertermi b/d penyakit S : – Pasien mengatakan sudah tidak demam lagi – Pasien mengatakan sudah tidak menggigil – Pasien mengatakan sudah tidak panas lagi O : – Badan pasien tidak teraba hangat – Pasien tampak tidak menggigil – Tampak wajah pasien rileks – Hasil Lab Nilai Rujukan WBC : 9.0 4.8 – 10.8 RBC : 4.1 4.7 – 6.1 PLT : 140 150-450 – S : 36,5 °c A : – Pasien sudah menunjukan termoregulasi P : – Stop intervensi **DP III** : nyeriakut b/d agens cedera biologis S : – Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan sudah tidak ada – Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala lagi O : – Tampak pasien tenang – Tampak wajah pasien tidak meringis A : – Pasien sudah menunjukkan pengontrolan nyeri P :	

	– Stop intervensi	

H. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien :

1. Nama obat : Paracetamol
   a. Klasifikasi : antipiretik, analgetik
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien : 3x1 tablet
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :paracetamol bekerja dengan cara menghambat sintesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :untuk mengurangi demam dan juga sebagai analgetik untuk mengurangi nyari.
   g. Kontraindikasi : gangguan fungi hati yang berat
   h. Efek samping :mual, muntah, diare, diaphoresis, wajah pucat dan nyeri perut. Gangguan fungsi hati apa bila penggunaan jangka waktu lama dandosis yang tinggi.

2. Nama obat : ondancentron
   a. Klasifikasi : Antiemetik
   b. Dosis umum : 8 mg
   c. Dosis untuk pasien : 3x1
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: menghambat efek serotonin pada sisi reseptor HT_3-5 (antagonis selektif) yang terletak di akhir saraf vagus dan zona pemicu kemoreseptor pada SSP.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami mual muntah pada saat dirawat di Rumah Sakit
   g. Kontraindikasi : hipersensitifitas, sindroma perpanjangan interval QT bawaan

h. Efek samping : konstipasi berat, gangguan penglihatan, hipotensi, mudah mengantuk, mudah lelah dan sakit perut.

3. Nama obat : Antasida syirup
   a. Klasifikasi : analgetik
   b. Dosis umum : 3-4 kali hari/ 1-2 sendok
   c. Dosis untuk pasien : 3x1 sendok
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : antasida adalah sabutan untuk golongan obat yang diindikasikan mengobati sakit maag. Pada penderita sakit maag terjadi peningkatan asam lambung, di dalam lambung antasida akan beraksi dengan asam lambung dan menetralisasi asam lambung dengan menginaktifkan pepsin sehingga nyeri ulu hati akibat iritasi oleh asam lambung dan pepsin berkurang.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami nyeri pada ulu hati
   g. Kontraindikasi : pasien dengan gagal ginjal, ketidakseimbangan elektrolit, adanya gejala radang usus buntu, nyeri perut tanpa sebab yang jelas
   h. Efek samping : diare, pada penderita ginjal mampu meningkatkan tingkat magnesium dalam darah dengan gejalah tubuh terasa lemah, tekanan darah rendah, keram perut.

4. Nama obat : novaldo
   a. Klasifikasi : anti inflamasi non steroid (AINS)
   b. Dosis umum :injeksiawal 500 mg secara intramuskuler/intravena, tiap 6-8 jam. Maksimal 3x/hari.
   c. Dosis untuk pasien : 1Amp/extra

d. Cara pemberian obat :intravena/bolus
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :Merupakan kelompok obat anti inflamasi nonsteroid yang memiliki fungsi sebagai penghilang rasa sakit, antispasmodic (meredakan kejang otot), dan penurunan demam.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :pasien diberikan obat ini karena obat ini bekerja untuk mengurang inyeri yang dirasakan.
g. Kontraindikasi :pasien dengan TD sistolik< 100 mmHg. Pasien dengan agranulositosis. Hamil, laktasi. Bayi ≤ 3 bulan atau BB < 5 kg.
h. Efek samping :reaksi hipersensitivitas pada kulit (kemerahan pada kulit), agranulositosis.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab IV ini penulis membahas tentang ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. “O” dengan kasus *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari dari tanggal 19 April – 21 April 2018. Penulis menyajikan pembahasan pada kasus ini berdasarkan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 18 April 2018 diperoleh data : pasien masuk dengan keluhan utama demam. Demam tersebut naik turun dialami sejak 6 (enam) hari yang lalu disertai nyeri kepala, nyeri perut, mual dan muntah ±5 (±700 cc) kali badan pasien teraba hangat dan menggigil. Pada pemeriksaan fisik ditemukan bintik-bintik merah pada lengan pasien, tampak finger print kembali dalam 3 detik, tampak mukosa bibir pasien kering, tampak bibir pasien pecah-pecah. TTV ditemukan TD : 120/70 mmHg, Nadi : 104 x/menit, Suhu : 39,5 ^{0}c, Pernapasan : 20 x/menit, sedangkan pada pemeriksaan Laboratorium yaitu darah rutin tanggal 16/04/2018 ditemukan hasil pemeriksaan WBC : 3.7 10^3/uL, RBC : 4.2 10^6/uL, HGB : 12.0 g/dL, HCT : 34.70 %, PLT : 131 10^3/uL, LYM% : 16.3 %, LYM# : 0.6 10^3/uL. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut maka didapatkan diagnosa medis *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF).*

Sedangkan pada teori, didapatkan bahwa kemungkinan data pada kejadian DHF adalah: Demam tinggi selama 2-7 hari naik turun, hal ini disebabkan oleh adanya viremia (virus dalam darah) yang menyebabkan infeksi sehingga terjadi demam dan sakit kepala. Perdarahan dengan terdapatnya peteqie, perdarahan spontan pada kulit, epitaksis, dan gusi berdarah disebabkan karena trombosit yang berfungsi sebagai pembekuan darah berkurang sehingga tidak ada yang menutup kebocoran pada pembuluh darah. keluhan pada saluran cerna seperti mual, dan muntah disebabkan oleh peningkatan asam lambung akibat dari intake yang tidak adekuat.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan penururnan nilai trombosit : 131 10^3/uL, yang dikategorikan sebagai trombositopenia karena menurut teori standar trombosit normal : 150 – 450 10^3/uL. Trombositopenia merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan pada pasien *DHF.* Pada pemeriksaan laboratorium juga didapatkan nilai leukosit (WBC) : 3.7 10^3/uL, yang dikategorikan sebagai leucopenia karena menurut teori leukosit normal adalah 4.8 – 10.8 10^3/uL. Leucopenia terjadi karena adanya sifat virus dengue yang dapat membuat perubahan imunologi seluler, sehingga pada fase akut terjadi leucopenia. Pada pemeriksaan juga didapatkan penurunan HCT : 34.70 %, hal ini disebabkan karena terjadi penurunan hemokonsentrasi dimana terjadi penurunan kadar seluler darah atau peningkatan kadar plasma darah. Akan tetapi bukan berarti nilai ini dalam batas aman, melainkan perlu pengawasan ketat karena penurunan HCT pada fase kritis menunjukkan tanda-tanda perdarahan dan dari hasil itulah maka penderita harus mendapatkan tambahan cairan / darah tergantung dari kebutuhan dan dibawah pengawasan.

Berdasarkan data di atas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa ada beberapa data yang terdapat pada tinjauan teoritis tidak

ada pada data pasien seperti pembesaran hati (hepatomegali) hal ini belum terjadi karena pasien saya masih berada pada derajat I, syok hipovolemik juga tidak dialami oleh pasien karena belum terjadi perdarahan lanjut, demikan juga sianosis pada ujung hidung dan jari – jari belum terjadi. Secara umum dapat disimpulkan bahwa manifestasi klinik di atas biasanya terjadi pada derajat II, III dan IV.

A. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang didapat dari pengkajian maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena terdapat data : pasien mengatakan malas minum, pasien mengatakan mual dan muntah ±5 kali(±700 cc), tampak mukosa bibir kering, finger print kembali dalam 3 detik, badan pasien teraba hangat, suhu tubuh pasien : 39,5°c, nadi : 104 x/menit, hasil balance cairan didapatkan -750 cc , hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan HGB : 12.0 g/dL, HCT : 34.70 %, PLT : 131 10^3/uL. Terjadinya kekurangan volume cairan pada pasien *DHF* yaitu akibat kebocoran plasma ke ruang intravaskuler yang dapat menyebabkan volume plasma menurun dan hematokrit sehingga dapat mengakibatkan pasien mengalami trombositopenia.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena terdapat data : pasien mengalami demam naik turun sejak 4 hari sebelum masuk RS, badan pasien teraba hangat, nyeri kepala dan nyeri perut, pasien menggigil dan suhu tubuh :39,5 °c. hasil pemeriksaan laboratorium WBC : 3.7 10^3/uL, RBC : 4.2 10^6/uL, PLT : 131 10^3/uL. Demam

merupakan manifestasi utama yang terjadi pada pasien *DHF,* hal ini disebabkan oleh infeksi virus dengue di dalam darah atau dengan istilah lain viremia. Nyamuk *Aedes Aegypti* menggigit manusia dan mengeluarkan arbovirus sehingga beredar dalam aliran darah dan terjadilah infeksi virus dengue *(Viremia)* yang akan mengaktifkan sistem komplemen untuk membentuk dan melepaskan zat $c3_a$ dan $c5_a$ yang merangsang peningkatan *set-point thermostat* hipotalamus yang merangsang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenerasi jaringan tubuh sehingga timbul demam. Terjadilah dilatasi pembuluh darah menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal yaitu volume plasma menurun dan hematokrit meningkat sehingga terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler sehingga terjadi trombositopenia.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pasien yaitu nyeri pada kepala dan nyeri perut, nyeri dirasakan pada saat pasien banyak bergerak terutama pada saat duduk, bila beraktivitas pasien dibantu oleh keluarga. Nyeri dirasakan hilang timbul seperti tertusuk-tusuk dengn skala nyeri 5, pasien tampak meringis.

Dari keenam diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan teoritis ada empat diagnosa keperawatan yang tidak diangkat oleh penulis antara lain :

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

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena

b. Resiko syok berhubungan dengan hipovolemia

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kekurangan volume cairan sudah kembali terpenuhi melalui rehidrasi. Sehingga tidak terjadi syok hipovolemia.

c. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena saat dikaji tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan lebih lanjut seperti hematemesis, ekimosis, epitaksis, namun hanya terdapat peteqie pada sekitar tangan pasien.

d. Defesiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pasien sudah mengetahui penyakit *DHF* penyebab, serta tanda dan gejala dari penyakit tersebut.

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

1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

Penulis mengangkat diagnosa ini karena penyakit DHF adalah akibat respon imun yang terjadi di tubuh. Respon imun berlebihan ini akan menyerang berbagai bagian seperti pembuluh darah, otot, sendi. Pada saat sel imun menyerang bagaian otot dan sendir maka akan memberi rangsangan pada reseptor nyeri yang akan diubah menjadi bentuk implus yang selanjutnya dihantarkan ke pusat sensori nyeri di bagian korteks otak. Setelah implus sampai di pusat nyeri, implus tersebut akan kembalikan lagi ke bagian perifer dalam bentuk nyeri.

B. Intervensi Keperawatan

Sesuai diagnosa yang diangkat pada Ny. “O” selanjutnya penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

   Penulis membuat intervensi sesuai dengan tinjauan teoritis yaitu : memonitor tanda-tanda vital, pencegahan perdarahan (monitor tanda dan gejalah perdarahan, intruksikan pasien untuk tidak menggunakan obat-obatan aspirin(pengencer darah), instruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vit K (just jambu merah, buavita), Manajemen cairan (berikan cairan IV sesuai yang ditentukan yaitu : infuse RL 500 cc dengan 20 tetes/menit, jaga intake asupan cairan yang akurat dan catat output), manajemen muntah (kaji emesis (muntah) terkait warna, konsistensi, dan adanya darah, berkan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering), monitor cairan (monitor asupan dan pengeluaran), pantau nilai laboratorium darah rutin lengkap (WBC, HCT, PLT, HB).

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Penulis membuat intervensi sesuai dengan tinjauan teoritis yaitu : perawatan demam (pantau suhu, monitor asupan dan keluaran, beri obat atau cairan IV yang sesuai, lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering, tutup pasien dengan selimut tipis, dorong konsumsi cairan, berikan kompres hangat, fasilitasi untuk istirahat), pengaturan suhu (informasikan mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas, sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien).

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Diagnosa keperawatan dan intervensi yang diangkat tidak terdapat pada konsep teori. Intervensi yang dilakukan ditekankan pada intervensi kaji nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya : suhu ruangan, pencahayaan, suara bising), ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri (tekhnik relaksasi), berikan penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesic, dukungan istirahat yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, berikan informasi yang akurat untuk meningkatkan pengetahuan dan respon keluarga terhadap pengalaman nyeri.

C. Implementasi Keperawatan

Setelah menentukan rencana keperawatan, maka penulis mengimplementasikannya dalam praktek keperawatan. Implementasi yang penulis lakukan ini tentunya sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun. Ini disebabkan karena dalam melaksanakan rencana keperawatan, penulis bekerja sama baik dengan pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan lainnya.

D. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

   Diagnosa ini teratasi karena diberikan tindakan seperti terapi cairan parenteral dan menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih. Pada diagnosa ini didapatkan data yang menunjukkan masalah teratasi seperti : Volume cairan kembali terpenuhi ditandai dengan tampak mukosa bibir pasien lembab, tidak tampak bintik-bintik merah pada lengan pasien, tampak finger print kembali <3 detik, observasi TTV : tekanan darah : 110/90 mmHg, nadi : 90x/menit, suhu : 36,5°c, pernapasan : 18x/menit, dan hasil balance cairan : +520 cc/24 jam
2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

   Diagnosa ini teratasi karena diberikan tindakan terlebih dahulu seperti mengompres air hangat, pemberian obat analgesik dan antipiretik (paracetamol dan novaldo) dan terapi cairan parenteral. Pada diagnosa ini didapatkan data yang menunjukkan masalah teratasi seperti : Pasien telah menunjukkan termoregulasi membaik yang ditandai dengan suhu tubuh pasien : 36,5°c, demam sudah tidak naik turun, nyeri kepala dan pasien sudah tidak menggigil lagi.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Diagnosa ini teratasi karena diberikan tindakan seperti pemberian obat analgesik dan antipiretik (paracetamol), pemberian obat antasida dan ondancentrom untuk mengatasi nyeri perut. Pada diagnosa ini didapatkan data yang menunjukkan masalah teratasi seperti : pasien sudah tidak merasakan nyeri kepala dan nyeri perut.

BABV
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan uraian-uraian antara tinjauan teoritis dan kasus nyata tentang *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*, maka penulis menarik kesimpulan

1. Penanganan pada pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* menggunakan proses keperawatan yang merupakan tindakan yang berurutan, dan dilakukan secara sistematis, yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
2. Asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny ”O” dengan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* secara teori ditegakkan diagnosa keperawatan, Pada kasus nyata, ditegakkan diagnosa keperawatan yang disesuaikan dengan data-data yang didapatkan pada saat pengkajian.
3. Setelah melakukan pengkajian penulis menemukan masalah keperawatan seperti:
   a. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif
   b. Hipertermi b/d penyakit
   c. Nyeri akut b/d agens cedera biologis
4. Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 hari dari 3 diagnosa keperawatan yang dilaksanakan, 3 masalah sudah teratasi.
5. Kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus nyata disebabkan oleh kebutuhan dan respon manusia yang berbeda-beda terhadap masalah tersebut, tergantung berat ringannya gangguan yang dialami.

B. Saran

Melihat kenyataan dari kasus ini, maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

1. Institusi Rumah Sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan dapat menambah buku-buku referensi yang berhubungan dengan penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* sehingga di masa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut. Contohnya setiap mahasiswa yang akan lulus diharapkan untuk menyumbang buku-buku sehingga dapat dipergunakan generasi berikutnya.

3. Bagi Pasien/keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* dan gangguan psikologis pada pasien dalam menerima keadaannya , dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, menjaga kebersihan lingkungan.

4. Bagi Penulis

   Dapat menambah wawasan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* (*DHF)*.

DAFTAR PUSTAKA

Desmawati. 2013. Sistem Hematologi dan Imunologi. Jakarta : In Media

Depkes RI. 2016. Situasi DBD Di Indonesia. Akses 01 Mei www.Depkes.go.id

Garna. 2013. Buku Ajar Infeksi dan Penyakit Tropis. Jakarta : Sagung Seto.

Hasdianah dan Dewi. 2014. Etiologi Dengue Hemorrhagic Fever. Jogjakarta Nuha Medika.

https://goo.gl/images/fHM8bj Penampang Sel Darah Merah. Akses 08 Mei

Irianto. 2010. Fisiologi Pembuluh Darah. Jakarta : Yrama Widya.

Nanda. 2015 – 2017. Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi. Jakarta: EGC

Medikal Record Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Titik Lestari. 2016. Asuhan Keperawatan Anak. Jakarta: Nuha Medika

WHO. 2014. Dengue and Severe Dengue. From world health organization: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/. Akses 01 Mei

Wiwik Handayani dan Andy Sulistyo Hariwibowo. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi. Jakarta : Salemba Medika.

www.tribunnews.com. Kemenkes RI Sebut Kejadian Luar Biasa DBD Terjadi di 11 Kabupaten Kota. Akses 03 Mei

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Ester Jumi
Nim : E1414401073
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.”O” dengan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Perawatan St. Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing I : Wirmando, S.Kep.,Ns

NO	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf maha siswa	Paraf Pembim bing
1.	Rabu/ 18 April 2018	BAB III - Judul Kasus	Acc		
2.	Sabtu/ 21 April 2018	– pengkajian – Rencana keperawatan	– 11 pola Gordon mengenai penggunaan bahasa – Perbaikan intervensi		
3.	Senin/ 23 April 2018	– Pengkajian – Analisa Data	– Penambahan data pada keadaan umum pasien dan penambahan data pada riwayat keluhan utama – Penambahan data dari pengkajian ke analisa data		
4	Senin/ 30 April 2018	– Pengkajian – Analisa data	– Cara pengetikan – Perbaikan balance cairan pada pola eliminasi – Penambahan data dan balance cairan pada analisa data		

		– Diagnosa – Rencana keperawatan	– Perubahan diagnosa dari Resiko kekurangan volume cairan menjadi kekurangan volume cairan – Perbaikan diagnosa dan menggunakan angka romawi pada urutan nomor – Penambahan balance cairan		
5.	Senin/ 14 Mei 2018	– Pengkajian – Analisa data – Intervensi – Implementasi – evaluasi	– perbaikan batas-batas jantung – penambahan awal kata tampak pada pemeriksaan fisik – Penambahan pemberiksaan laboratorium pada analisa data diagnose – Penyesuaian dengan NIC NOC – Sesuaikan implementasi dengan intervensi yang ada – Evaluasi disesuaikan pada implementasi terakhir setelah 24 jam		
6.	Selasa/ 22 Mei 2018	– Pengkajian – Tinjauan kasus	– Cara pengetikan		

7.	Senin/ 28 Mei 2018	– Impelementasi – Evaluasi	– Cara pengetikan dan penyesuaian implementasi dengan intervensi – Sesuaikan evaluasi dengan implementasi terakhir setelah 24 jam dan penambahan balance cairan		
8	Rabu/ 30 Mei 2018	– Implementasi – Evalusi	– Cara pengetikan – Penambahan data dari implementasi ke evaluasi		
9.	Senin/ 04 Juni 2018	– implementasi – evaluasi	– pengetikan		
10.	Rabu/ 06 Juni 2018	BAB III Acc			