KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”R” DENGAN *DENGUE HEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

RISA HERLINDA
E.1414401046

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "R" DENGAN DENGUE HEMORAGIC FEVER (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADET III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Risa Herlinda
NIM : E1414401046

Di setujui oleh:

Pembimbing

(Serlina Sandi, S. Kep, NS. M.Kep)
NIDN. 0913068201

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, S.Kep., Ns. MSN)
NIDN.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "R" DENGAN *DENGUE HEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADET III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Jumat, 08 Juni 2018
Pukul	: 12.30 – 13.15
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Martha Kadang Boro, S. Kep. Ns. (.....)
2. Henny Pongantung, Ns. MSN (.....)
3. Serlina Sandi, S.Kep, Ns. M.Kep (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Risa Herlinda
Tempat/Tanggal Lahir	: Kalimbuang, 12 Juni 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Perumahan Bukit Khatulistiwa Blok M No. 1

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Alm. Mathius Kombong/Adolfina Tumba
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Tani/Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Toraja Utara

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN N0. 26 Kalimbuang Toraja Utara	: 2002 - 2008
SMP Negeri 4 Rindingallo	: 2008 - 2011
SMA Negeri 2 Rantepao	: 2011 - 2014
STIK Stella Maris Makassar	: 2014 - 2018

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas segala berkat, rahmat dan perlindungannya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul **"Asuhan Keperawatan pada Tn."R" dengan gangguan sistem imun *hematologi Dengue Hemoragic Fever*"** di ruang perawatan Bernadeth III B Rumah Sakit Stella Maris Makassar periode 16-19 April 2018. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan tuntutan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan pada Diploma III STIK Stella Maris Makassar

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak menerima bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Kep.,NS. M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Mery Solon, Ns. M.Kes, selaku ketua program studi D III Keperawatan dan pembimbing Akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
3. Serlina Sandi, S.Kep, Ns. M.Kep selaku dosen pembimbing yang senantiasa meluangkan waktu untuk membimbing dan memotivasi kepada penulis selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Segenap dosen dan staf STIK Stella Maris Makassar yang telah member dan membekali penulis dengan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan selama penulis mengenyam pendidikan di STIK Stella Maris Makassar

5. Kepada Tn “R” dan seluruh anggota keluarga, selaku penerima Asuhan Keperawatan yang bersedia bekerja sama dengan penulis selama proses penerapan Asuhan Keperawatan
6. Ucapan terima kasih buat Ibu tercinta serta seluruhnya keluarga tercinta yang telah memberi semangat serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ucapan terima kasih kepada suami saya tercinta Salto Pakendek dan anak saya tercinta Anezca yang selalu memberikan dukungan demi kelacaran penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh teman – teman yang telah banyak membantu saya dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan penulisan ini. Harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. SistematikaPenulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian..... 6
2. Anatomi Fisiologi..... 7
3. Etiologi..... 11
4. Patofisiologi..... 11
5. Manifestasi Klinik..... 13
6. TesDiagnostik..... 15
7. Penatalaksanaan Medik..... 16
8. Komplikasi..... 16
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 17
1. Pengkajian..... 17
2. Diagnosa Keperawatan..... 18
3. Perencanaan Keperawatan..... 19
4. Discharge Planning..... 27
C. Patoflowdiagram 29

BAB III PENGAMATAN KASUS 32
A. Pengkajian..... 32
B. Analisa Data 49
C. Diagnosa Keperawatan 51
D. Rencana Keperawatan..... 52
E. Implementasi..... 57
F. Evaluasi..... 74
G. Daftar Obat..... 77

BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 79
A. Pengkajian 79
B. Diagnosa Keperawatan 78
C. Perencanaan Keperawatan 81
D. Pelaksanaan Keperawatan 82
E. Evaluasi..... 82

BAB V PENUTUP…..... 83
A. Kesimpulan 83
B. Saran 84

DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan manusia yang sangat penting, karena dengan memiliki hidup yang sehat seseorang dapat berkarya dan menikmati kehidupan secara lebih baik. Indonesia sebagai salah satu Negara yang saat ini sedang berkembang, telah berupaya mencanangkan program pemerintah Indonesia sehat. Dengan salah satu kebijakan adalah menekannya kesehatan sebagai titik sentral pembangunan nasional. Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berbagai upaya yang dilakukan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan, namun berbagai macam jenis penyakit ataupun masalah kesehatan tetap menjadi persoalan yang terus dialami Indonesia. Salah satu penyakit yang menjadi masalah di Indonesia saat ini adalah *Dengue Hemoragic Fever* yang merupakan penyakit menular/infeksi yang diperantarai oleh nyamuk betina *Aedes Aegypti*. Hal ini disebabkan karena Indonesia termasuk negara dengan iklim tropis yang merupakan kawasan endemik untuk berbagai penyakit menular (KEMENKES, 2016).

Menurut data WHO tahun 2014, sebelum tahun 1970 hanya terdapat 9 negara yang terkena DHF namun sekarang DHF sudah menjadi penyakit endemik di 100 negara, diantaranya Afrika, Amerika, Mediterania, Asia Tenggara dan Pasifik Barat sedangkan Amerika dan Asia Tenggara memiliki angka tertinggi kasus DHF, jumlah kasus di Amerika dan Asia Tenggara telah melewati 1,2 juta kasus pada tahun 2008, lebih dari 2,3 juta kasus pada tahun 2010 dan pada tahun 2013 sebanyak 2,35 juta kasus (KEMENKES,

2016). Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DHF setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, WHO mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DHF tertinggi di Asia Tenggara (KEMENKES 2010). Hal ini didukung dengan data dari (profil kesehatan Indonesia tahun 2016), yang menyatakan bahwa pada tahun 2015 terdapat 129.650 penderita DHF di 34 provinsi dan 1.071 orang diantaranya meninggal. Jumlah tersebut lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2014 yakni sebanyak 100.347 penderita DHF.

Berdasarkan data medik dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar tercatat jumlah DHF tahun 2015 sebanyak 502 pasien dengan laki-laki sebanyak 242 pasien (48%), perempuan 260 pasien (51%), dan 3 pasien meninggal (1%) . Pada tahun 2016 penderita DHF sebanyak 711 pasien, dengan laki-laki sebanyak 349 pasien (49%), perempuan 362 pasien (50%), dan 4 pasien yang meninggal (1%). Pada tahun 2017 penderita DHF sebanyak 329 pasien, dengan laki-laki sebanyak 185 pasien (56%), perempuan 144 pasien(43%) , dan 2 pasien yang meninggal (1%) .

Dengan melihat masih adanya angka kematian pada kasus DHF yang disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan, maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi Promotif, Preventif dan Rehabilitative yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Dasar inilah yang membuat penulis tertarik untuk mengangkat kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Tn “R” dengan *Dengue Hemoragic Fever* di ruang perawatan Bernadeth III B, Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

   Memperoleh gambar dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Dengue Hemoragic Fever* di ruang St. Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan dan menganalisa data pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever*

   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever*

   c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever*

   d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada pasien *Dengue Haemoragic Fever*

   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan sesuai dengan tindakan keperawtan dan kondisi pasien pada kasus *Dengue Haemoragic Fever*

   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Haemoragic Fever*

C. Manfaat Penulis

1. Institusi / Pendidikan

   Sebagai sumber informasi dan tolak ukur keberhasilan program pendidikan keperawatan untuk lebih meningkatkan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

2. Rumah Sakit

   Dapat menjadi masukan bagi Rumah Sakit dalam mengambil langkah-langkah dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan

perawatan pada pasien khususnya pada pasien *Dengue Hemoragic Fever .*

3. Keluarga/Pasien

   Menambah wawasan pasien/keluarga dalam hal penyakit DHF sehingga dapat mencegah tindakan pencegahan, pajaran DHF

4. Penulis

   a. Sebagai syarat dalam menyelesaikan program studi D III Keperawatan di Stik Stella Maris

   b. Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan.

D. Metode penulisan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, pada pasien dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu:

1. Studi kepustakaan

   Penulis banyak menggunakan buku referensi sebagai masukan untuk melandasi konsep dasar teori, baik konsep medik, maupun keperawatan.

2. Wawancara dengan pasien dan keluarga

   Melalui pendekatan proses keperawatan yang dimulai dengan: mengkaji dan menganalisa data pasien, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

   Untuk mencapai tahap tersebut di atas, maka dalam pengumpulan data penulis menggunakan beberapa cara antara lain : observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, catatan dari petugas kesehatan lainnya dan dari pemeriksaan diagnostik.

3. Metode diskusi

   Proses melakukan diskusi dengan perawat ruangan dan pembimbing lahan serta rekan-rekan mahasiswa.

4. Metode internet

   Penulis juga menggunakan bahan-bahan tentang DHF yang berasal dari internet.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini, terdiri dari 5 BAB yaitu BAB I yang berisi Pendahuluan, Latar belakang, Tujuan penulis, Manfaat penulis, Metode penulisan serta sistematika penulisan. BAB II yang berisi tinjauan teoritis, menguraikan mengenai konsep dasar medis yang berisi pengertian, anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, pathofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, ,komplikasi, penatalaksanaan medik dan konsep keperawatan yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang dan patoflowdiagram. Sedangkan BAB III masih menguraikan tentang pengkajian pasien, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi. BAB IV “Pembahasan Kasus”, bab ini membahas kesenjangan anatara teori dan kasusu nyata yang ditemukan dilapangan. BAB V “Penutup”, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Pengertian.

Dengue Hemoragic Fever adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti*, yang ditandai dengan demam mendadak 2-7 hari, tanpa penyebab yang jelas. (Kemenkes RI, 2011).

Dengue Hemoragic Fever adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigtan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes albopictus*, yang mana menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada system pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan.

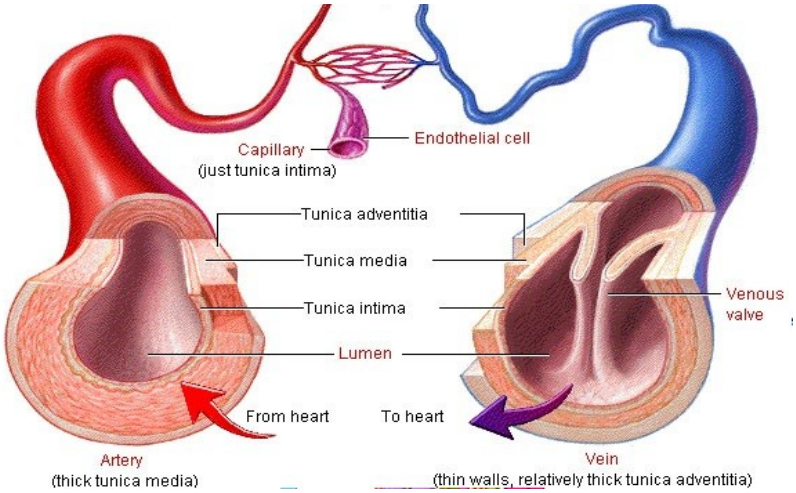
Dengue Hemoragic Fever adalah suatu infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk spesies aides. Penyakit ini sering menyerang anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam,, nyeri otot dan sendi. (Desmawati, 2013)

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *DHF* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti, dan Aedes albopictus,* dan dapat menyerang anak, remaja, dewasa yang ditandai dengan demam 2-7 hari, nyeri otot dan sendi

2. Anatomi Fisiologi

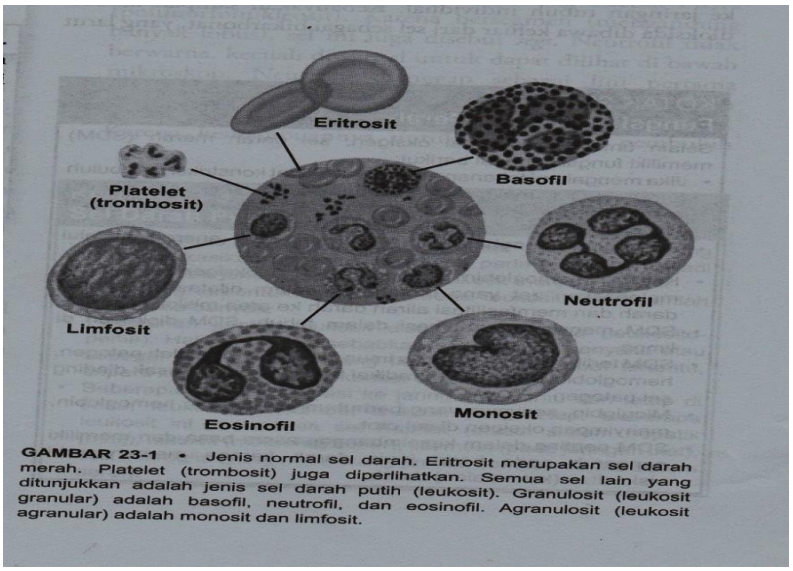
a. Gambar Anatomi dan pembuluh darah

1) Pembuluh darah



Gambar : 2.1 Pembuluh Darah (Sumber: *https://www.ilmudasar.com)*

2) Sel-sel darah



Gambar: 2.2 Sel-sel darah (Sumber: *https://www.ilmudasar.com)*

b. Fisiologi

1) Pembuluh darah

Pembuluh darah terbagi atas:

a) Pembuluh darah arteri

Pembuluh darah arteri terdiri atas tiga lapisan. Lapisan terluar terdiri atas jaringan ikat fibrus disebut *tunika advantisia*, berfungsi sebagai 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 datang menuju serambi jantung yang sifatnya tipis dan elastis. Pembuluh darah vena terdiri dari dua bagian yaitu pembuluh darah Kava Superior dan pembuluh Darah Kava Inferior. Pembuluh darah Kava Superior adalah pembuluh darah yang mengangkut darah dari kepala dan aggota gerak atas, sedangkan pembuluh darah vena Kava Inverior 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) Fungsih Darah :
   a) Transport internal, yaitu darah membawa berbagai macam substansi untuk fungsi metabolisme
   b) Proteksi tubuh terhadap bahaya mikroorganisme, yang merupakan fungsi dari sel darah putih.
   c) Proteksi terhadap cedera dan perdarahan, yaitu pencegahan pendarahan merupakan fungsi dari trombosit karena adanya faktor pembekuan.
   d) Mempertahankan temperatur tubuh, yaitu darah membawah panas dan bersikulasi keseluruh tubuh
3) Struktur Darah

   Menurut 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 serdadu tubuh, yaitu membunuh kuman dan memakan bibit penyakit yang masuk kedalam 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) Keeping Darah *(Trombosit)*

Nilai normal dari trombosit adalah 150.000-450.000 mm^3. Fungsi trombosit adalah berperan dalam membentuk 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 adalah bagian darah yang encer dalam sel-sel darah, warnanya bening kekuning-kuningan. Zat-zat yang terdapat dalam plasma darah adalah sebagi berikut:

1) Fibrinogen yang berguna dalam peristiwa pembekuan darah
2) Garam-garam mineral (garam Kalsium, Kalium, Natrium dan lain-lain) yang berguna dalam metabolisme dan juga mengadakan osmotik.
3) Protein darah (Albumin, Globulin) meningkatkan viskositas darah dan juga menimbulkan tekanan osmotik untuk memelihara keseimbangan cairan dalam tubuh.

4) Zat makanan (Asam Amino, Glukosa, Lemak, dan Vitamin)
5) Hormone, yaitu suatu zat yang dihasilkan dari kelenjar tubuh.

3. Etiologi

Dengue Hemoragic Fever adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus dengue genus flavivirus yang termasuk Arbovirus (arthropod Bornea Virus), yang ditularkan oleh nyamuk aedes aegypti. Nyamuk Aedes terdiri dari 5 jenis yaitu : *Aedes Aegypti, Aedes Albopictus, Aedes Polyensiensis, Aedes Scutellaris, dan Aedes Pseudoscutellaris.* Di Indonesia yang paling banyak sebagai vector virus *Dengue* adalah *Aedes Aegypti*, dan *Aedes Albopictus.* (Soedarto, 2009)

a. *Aedes Aegypti*

Merupakan sepsis nyamuk yang beristirahat di tempat yang gelap dan lembab. Nyamuk ini mempunyai kebiasaan mencari makan sepanjang hari terutama pada siang hari.

b. *Aedes Albopictus*

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

4. Patofisiologi

Virus dengue masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang akan mengakibatkan viremia seperti demam, sakit kepala, mual, nyeri otot/sendi, pegal seluruh badan, hyperemia di tenggorokan, timbulnya ruam dan kelainan yang mungkin terjadi melalui infeksi virus, adapun hal yang dapat terjadi dimana

seseorang terinfeksi virus dengan 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 peningkatan sel-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.

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

Selain itu pula terjadi pembesaran plasma pada daerah gastrointestinal. Pada daerah gastrointestinal 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 metabolik karena hilangnya bikarbonat melalui adanya muntah yang sangat berlebihan dan terjadinya secara terus menerus. (Desmawati, 2013).

5. Manifestasi Klinik
   a. Gambaran klinis yang timbul pada penyakit *dengue hemiragic fever* menurut (Soedarto, 2009 dan Prasetyono, 2013) yaitu:
      1) Demam tinggi mendadak 2-7 hari (38-40^{o}c).
      2) Manifestasi perdarahan dengan bentuk : uji torniqet positif, peteqie (bintik-bintik merah pada kulit), pupura (perdarahan kecil didalam kulit), perdarahan pada konjungtiva, (perdarahan pada mata), epitaksi (perdarahan hidung), perdarahan gusi, hematemesis (muntah darah).
      3) Rasa sakit pada otot dan persendihan.
      4) Pembesaran hati (hepatomegali)
      5) Rejan (syok), tekanan nadi menurun menjadi 20 mmhg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmhg atau lebih rendah
      6) Gejala klinis lainnya sering menyertai yaitu anoreksia (hilangnya nafsu makan) lemah, lemas mual, muntah, sakit perut , diare dan sakit kepala.
   b. Kriteria klinis *dengue hemoragic fever* menurut WHO 1997 Widoyono 2011, yaitu:
      1) Demam atau riwayat demam akut antara 2-7 hari, biasanya bersifat bifasik

2) Perdarahan berupa uji torniqed positif, peteqie, perdarahan pada mukosa, hematemesis atau melena.
3) Trombositosipenia lebih < 100.000/ul
4) Kebocoran plasma ditandai dengan:
   a) Peningkatan nilai hematokrit ≥ 20% dari nilai baku sesuai uur dan jenis kelamin.
   b) Penurunan nilai hematokrit ≥ 20% setelah pemberian cairan yang adekuat.
   c) Tanda kebocoran plasma seperti: hipoproteinemi,asites, efusi pleura.

c. Gambaran klinis dari dengue hemoragic fever ini sangat bervariasi mulaI dari ringan (DHF) sampai yang berat (DHF) tetapi untuk memudahkan biasanya dibagi dalam 4 deretan derajat keganasan/beratnya penyakit :
   1) Derajat I
      a) Demam
      b) Mual muntah
      c) Anorexia
      d) Sakit kepala terus menerus
      e) Nyeri bagian epigastrium
      f) Tourniquet positif, tes ini dilakukan agar mengetahui apakah sudah terjadi kebocoran plasma.
   2) Derajat II

      Tanda – tanda seperti derajat I, ditambah dengan gejala – gejala spontan seperti petekie, hematenesis, melena, dan perdarahan gusi.
   3) Derajat III

      Pasien pre-scok ditandai dengan adanya kegagalan sirkulasi darah, hipotensi, pucat, kulit dingin, gelisah dan nadi lambat.

4) Derajat IV

Disebut DSS (*Dengue Syok Syndrome*). Pada tingkat ini pasien dalam keadaan Syok, tekanan darah sudah tidak terdengar, dan nadi tidak teraba.

6. Tes diagnostik

a. Darah lengkap

Biasanya pada peeriksaan darah lengkap bagi pasien yang menderita *DHF* akan menunjukkan kelainan pada hematokrit (hematokrit biasanya baik 20% atau lebih) dan trombosit mengalami penurunan 100.000mm$^{3.}$

b. Pemeriksaan Dengue Blood (*metode rapid*)

Untuk melihat antibody IgG dan IgM untuk melihat adanya infeksi pertama kalinya pasien terkena DHF. Pemeriksaan IgM itu untuk melihat infeksi kedua kalinya pasien terkena DHF.

c. Pemeriksaan Rumple Leed Tes (*Torniqet*)

Rumple Leed Tes adalah salah satu cara paling mudah dan tepat untuk menentukan apakah terkena demam berdarah atau tidak. Rumple tes adalah pemeriksaan bidang hematologi dengan melakukan pembendungan pada bagian lengan atau selama 10 menit untuk uji diagnostic kerapuhan vaskuler dan fungsi trombosit.

d. Pemeriksaan CT Scan

1) Untuk melihat apakah hepar menunjukkan pembesaran lobus hepar (hepertomegali)
2) Limfa menunjukkan adanya pembesaran limfa (spienomegali)

e. Rontgen Thorax

Untuk melihat efusi pleura. (Desmawati,2013).

7. Penatalaksanaan medik

   Penatalaksanaan penderita *DHF* adalah sebagai berikut:

   a. Tirah baring atau istirahat
   b. Diet makanan lunak
   c. Minumm banyak (2-2,5 liter/24 jam dapat berupa susu, the manis, sirup dan beri penderita sedikit oralit. Pemberian cairan merupakan hal yang penting bagi penderita *DHF.*
   d. Pemberian cairan intravena (biasanya ringer lactate, 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 antibiotik bila terjadi kekhwatiran infeksi sekunder
   i. Monitor tanda-tanda dan renjatan meliputi keadaan umum, perubahan tanda-tanda dan renjatan meliputi keadaan umum, perubahan tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan laboratorium yang memburuk (Desmawati, 2013).

8. Komplikasi

   Adapun komplikasi yang dapat disebabkan oleh penyakit *DHF* yaitu:

   a. Anoxia jaringan

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

   b. Hepatomegali

      Hepatomegali dapat disebabkan terjadi kebocoran plasma keruang intravaskuler yang mengakibatkan plasma merembes

ke hepar melalui system vena porta sehingga terjadi peningkatan plasma dalam hepar .

c. Efusi pleura

Efusi pleura dapat disebabkan Karena adanya bendungan cairan plasma di rongga pleura saat terjadinya kebocoran cairan plasma keruang interstitial yang merembes ke rongga pleura dan dapat juga disebabkan karena pemberian terapi cairan yang berlebihan.

d. Asidosis metabolic

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

e. Syok hipoglikemik karena terjadinya kebocoran plasma keruang intravaaskuler mangakibatkan penurunan tekanan pangisian sirkulasi darah penurunan aliran darah vena dan curah jantung menurun, maka terjadi syok hipovolemik.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian pola kesehatan Gordon

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Lingkungan tempat tinggal yang kurang bersih, tidur tidak memakai kelambu, pemeliharaan kebersihan kurang, kekurangan pengetahuan yang dimiliki.

b. Pola nutrisi dan metabolic

Penurunan nafsu makan, kesulitan menelan, mual muntah, dispepsia, anorexia, membrane mukosa bibir kering, penurunan berat badan, nyeri ulu hati, peerdarahan gusi.

c. Pola eliminasi

Sering BAK, penurunan haluaran urine, hematemesis, diare, melena, konstipasi, distensi abdomen, hiperpiristaltik usus, perubahan warna urine dan feses.

d. Pola aktivitas dan latihan

   Kelelahan , keletihan, malaise umum, penurunan semangat untuk bekerja, sakit kepala, pegal seluruh badan, dan demam, lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot atau persendihan, epitaksis, ekimosis, dan keringat dingin.

e. Pola tidur dan istirahat

   Perubahan pada pola tidur dan susah tidur, eksperi wajah meringis kesakitan, gelisah.

f. Pola persepsi kognitif

   Mengungkapkan rasa skit, mengalami gangguan proses pikir (bingung), gangguan pendengaran, penghiduan, dan pengecapan, eksperi wajah tampak meringis.

g. Pola persepsi dan konsep diri

   Frustasi dengan penyakit , kehilangan waktu untuk bekerja, ansietas, gelisah, fokus pada diri sendiri, tergantung pada hubungan dengan siapa yang dapat memberi rasa aman dan perlindungan.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesame

   Merasa takut, tidak semangat, tidak suka diganggu, diam, rasa tidak berdaya

i. Pola reproduksi dan seksualita

   Penurunan libido, penurunan libido

2. Diagnose keperawatan

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

f. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
g. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

3. Perencanaan keperawatan
   a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

      Hasil yang diharapkan :

      Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3-6 hari diharapakan kekurangan volume cairan akan teratasi dibuktikan oleh keseimbangan cairan, hidrai yang ade kuat, stasus nutrisi, asupan makan dan cairan yang adekuat dengan criteria hasil:

      1) Pasien tampak sakit ringan hingga tampak tidak sakit
      2) Tampak pasien tidak muntah lagi
      3) Tidak tampak peteqie
      4) Tampak pasien minum air putih 6-8 gelas/ hari
      5) Tampak mukosa bibir lembab
      6) Observasi tanda-tanda vital dalam batas normal Nadi: 60-100x/menit, Suhu: 36-37,5 ^{o}c

         Intervensi :

         a) Pantau jumlah, warna dan frekuensi kehilangan cairan
            R/: kehilangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi
         b) Pantau status hidrasi kelembapan mukosa , keadekuatan nadi, dan tekanan darah)
            R/ : Mukosa bibir kering menunjukkan pasien mengalami dehidrasi. Membantu mengidentifikasi kondisi pasien dalam dehidrasi ringan, sedang, berat.
         c) Monitor intake dan output cairan
            R/ : intake output dan cairan harus seimbang
         d) Tentukan cairan yang masuk dalam 24 jam

R/ : Menentukan jumlah cairan yang masuk untuk mengetahui keseimbangan antar jumlah cairan yang masuk dan keluar dalam 24 jam

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

R/ : RL merupakan larutan klorida yang memngandung ion-ion yang terdistribusi kedalam cairan intravena dan ekstravaskuler

f) Pantau nilai laboratorium darah rutin, lrngksp (WBC, HCT, PLT, HB)

R/ : terjadinya leucopenia dan trombositopenia menunjukkan pasien mengalami invasi virus dengue

b. Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor risiko trombositopenia

Hasil yang diharapkan:

Mencegah terjadinya perdarahan, peningkatan trombosit

Intervensi:

1) Monitor tanda penurunan jumlah trombosit Hb, Hct, PLT, 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, peteqie, 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 Karen 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 penanggulan sedini mungkin.

5) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat

   R/ : aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan

6) Pertahankan kebutuhan cairan

   R/ : membantun dlama mencapai keseimbangan cairan tubuh

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

   R/ : Pemberian obat antikoagulasi membantu dalam proses pembekuan darah dan transfuse untuk mengatsi perdarahan hebat.

c. Resiko syok berhubungan dengan hipovolemia

   Hasil yang diharapkan :

   Tidak terjadi syok hipovolemia, tanda-tanda vital dalam batasan 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, suhu, pernapasan)

R/ : Tanda-tanda vital dalam batasn 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) Monitor tanda-tanda perdarahan disertai gejala-gejala klinis (peteqie , 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 orang tua untuk member sedikit tapi sering
   R/ : Menguragi risiko kekurangan volume cairan

d. Hipertermi berhubungan dengan proses 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 criteria hasil:

   1) Keadaan umum pasien tampak sakit ringan
   2) Badan pasien tidak teraba hangat lagi
   3) Suhu tubuih pasien kembali normal 36-37,5 ^{o}C

      Intervensi :

      a) Pantau suhu minimal setiap 2 jam
         R/ : suhu tubuh yang meningkat menunjukkan adanya adekuat
      b) Pantau tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan

R/ : adanya peningkatan suhu mengakibatkan peningkatan nadi

c) Pantau status hidrasi

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

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

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

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

R/ : pakaian yan tipis mengurangi peningkatan suhun tubuh pasien

f) Anjurkan asupan cairan oral sedikitnnya 2 liter/hari

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

g) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik (paracetamol 500 mg 3x1 tablet)

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

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

Hasil yang diharapkan :

pasien akan memperlihatkan status gizi : asupan makanan dan cairan yang dibutuhkan oleh indicator cukup adekuat sampai sangat adekuat dengan criteria hasil :

1) Tampak pasien tidak mual dan muntah lagi
2) Napsu makan pasien membaik
3) Tampak pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang disediakan
4) Tampak pasien minum air putih 6-8 gelas/hari

Intervensi :

a) Pantau kandungan nutrisi dan kolaborasi pada catatan asupan

   R/ : kandungan nutrisi dan kalori pasien dipantau sehingga mempercepat proses penyembuhan pasien

b) Catat warna, jumlah, dan frekuensi muntah

   R/ : Dengan mencatat jumlah frekuensi muntah dapat diketahui faktor penyebab mual muntah dan juga diberikan intervensi selanjutnya.

c) Identifikasi faktor pencetus mual dan muntah

   R/ : Makanan yang bergizi dapat memenuhi asupan kalori yang adekuat

d) Timbang BB pasien

   R/ : Dengan menimbang BB pasien kita dapat mengetahui penurunan dan kenaikan BB pasien

e) Berikan pasien minum dan makanan bergizi

   R/ : Dengan memberikan makanan bergizi membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi setiap hari

f) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antiemetic

   R/ : Antiemetik berfungsi untuk mengurangi rasa mual dan muntah sehingga diharapakn intake nutrisi pasien meningkat

f. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   hasil yang diharapkan :

   dapat mengontrol nyeri

   Intervensi :

   1) Lakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.

2) Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif
3) Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri
4) Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri
5) Dorong pasien untuk menggunakan obat-obatan penurun nyeri yang adekuat
6) Gunakan tindakan pengontrolan nyeri sebelum nyeri bertambah berat
7) Dukung istrahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri

   R/ :

g. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

   Hasil yang diharapakan :

   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 tentang penyakit pasien
   2) Kaji latar belakang 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 mudah dimengerti.
   R/ : agar informasi dapat diterima dengan mudah dan tepat sehingga tidak terjadi kesalapahaman.
4) Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan dan manfaatnya pada pasien
   R/ : Agar pasien dapat mengerti dan bersikap kolaboratif dalam perawatan
5) Berikan kesempatan pada pasienatau keluarga untuk menanykan hal-hal yang ingin diketahui sehubungan dengan penyakit yang diderita pasien
   R/ : Mengurangi kecemasan dan motivasi klien untuk kooperatif
6) Gunakan leaflet atau gambaar-gambar dalam memberikan penjelasan
   R/ : Membantu mengingat penjelasan yang diberikan karena dapat dilihat, dibaca berulang kali

4. Discharge planning

   Sebelum pasien pulang perawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan yang seharusnya dilakukan saat pasien pulang.

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

      Ada 2 macam pemberantasan sector antara lain:

      1) Menggunakan insektisida

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

      2) Tanpa Insektisida

         Caranya yaitu :

         a) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampung air minimal satu kali dalam seminggu (perkembangan telur nyamuk lamaynya 7 – 10 hari).
         b) Menutup tempat penampung air rapat-rapat
         c) Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.

   b. Menganjurkan kepada pasien untuk dalam beberapa hari ini tetap istirahat yang cukup, kurangi aktifitas.

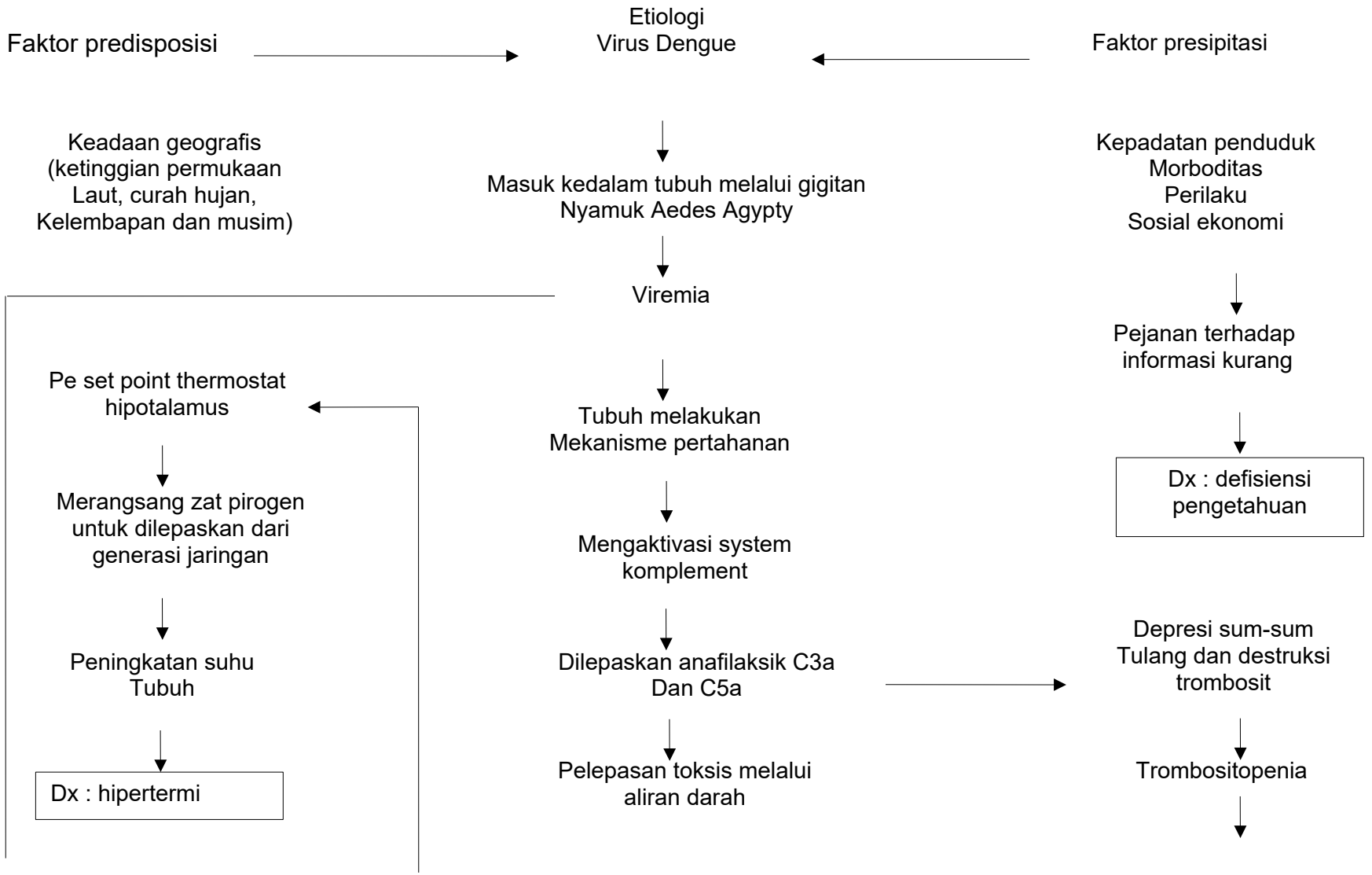
   c. Memberikan informasi bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk *aedes aegypti*

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

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

f. Ajarkan tentang tanda dan gejala awal dari penyakit demam berdarah dengue.

C. Patoflowdiagram



Dx : nyeri

Aktivasi kompleks virus-antibody
dalam sirkulasi darah

Aktivasi koagulasi

Leukopenia

Eritropenia

Aktivasi faktor hagemen

Resiko infeksi

Anemia

Menggiatkan system kinin

Bradikini meningkat

Aktivasi neural pain
reseptor

Sensasi nyeri

TG : nyeri otot dan sendi

Dx : nyeri

Pe permeabilitas
Pembuluh darah

Volume plasma↓

Hematokrit↑

Dx : resiko kekurangan Volume cairan

hipovolemia

TG: nadi cepat dan lemah, Gelisah, hipotensi, akral dingin

Dx : Syok hipovolemik

Kebocoran plasma cairan ke ruang intravaskuler

Cairan plasma merembes Ke rongga pieura

Terjadi pembendungan cairan di rongga pieura

Efusi pieura

Hilangnya plasma dari dinding endotel

Merembes ke system interstisial

Rongga pirenium

asites

Perembesan plasma GI
Melalui kelenjar limfe

Pe cairan plasma dalam hepar melalui system vena porta

hepatomegali

Pe↑ asam lambung

Mual, muntah

Intake tidak adekuat

TG: Anorexia, BB↓

Dx : ketidakseimbangan nutrisi
Kurang dari kebutuhan tubuh

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Pengkajian

Pasien atas nama Tn “R” umur 23 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 16 April 2018 dengan keluhan demam sejak ± 3 hari yang lalu. Selain itu pasien juga mengeluh sakit kepala, mual disertai muntah, mengigil dan timbul bintik-bintik merah pada kedua lengan atas dan bawah setelah rumple lead. pasien kemudian membeli obat penurun panas (paracetamol) di puskesmas untuk diminum, tetapi karena tidak ada perubahan pada tanggal 16 April 2018 keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 April 2018 didapatkan data pasien mengeluh demam, badannya terasa panas, sering mengigil dan merasa pusing.

Hasil observasi didapatkan data keadaan umum lemah, pasien teraba panas, peteqie positif setelah rumple lead (pada kedua lengan atas dan tungkai bawah) pasien tampak mengigil, tampak terpasang infuse RL 500 dengan 20 tts/menit observasi TTV TD : 130/90 mmhg, Nadi : 93 x/menit, Suhu : 39,2 ^{o}C Pernapasan : 23 x/menit, hasil laboratorium HGB : 13,3 9/dl, PLT : 119 10^3/UL, HCT : 38,5 % kulit tampak merah, dan lembab.

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus ini adalah hipertermia berhubungan dengan penyakit, resiko perdarahan berhubungan dengan faktor koagulopati inheren (Trombositopenia) dan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	Risa Herlinda	NIM:E14401046

Unit : Bernadeth III A Autoanamnese : √

Kamar : 358 [1] Alloananmnese :

Tgl masuk RS : 16 April 2018

Tgl pengkajian : 16 April 2018

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial : Tn “R”

Umur : 23 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Status perkawinan : Belum menikah

Jumlah anak : -

Agama/suku : Kristen Protestan/Mamasa

Warga Negara : WNI

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat rumah : Jln.Antang

b. Penanggung jawab

Nama : Ismail

Umur : 38 tahun

Alamat : Jln. Antang

Hubungan dengan pasien : Sepupu

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : DHF

Saat pengkajian : DHF

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : Pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur, terpasang infuse RL 500 cc, 20 tts/menit, tampak bintik - bintik merah pada bagian lengan atas dan kedua tungkai bawah setelah rumple lead, tampak kebutuhan pasien seperti makan dan minum serta ke kamar mandi dibantu oleh keluarga.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran: komposmentis

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : tidak koma

2) Tekanan darah : 130/80 mmHg

MAP : 96,7 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 39,2 °C di Oral [ ] Axilla [√] Rectal [ ]

4) Pernapasan : 23 x/menit

Irama: [√] teratur [ ] Kusmaul [ ] Cheynes-stokesa

Jenis : [ ] dada [√] Perut

5) Nadi : 93 x/menit

Irama: [√] teratur [ ] tachikardi [ ] Bradichardi

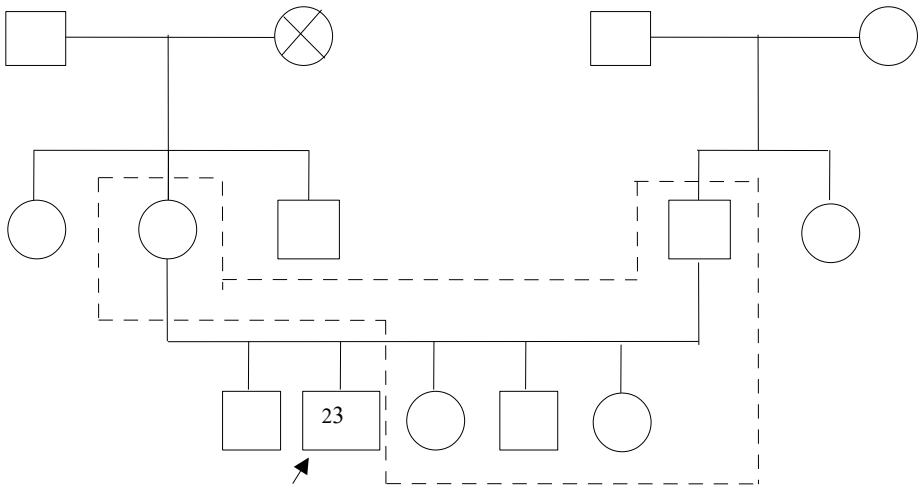
[√] Kuat [ ] Lemah

c. Pengukuran

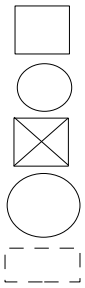
1. Lingkar lengan atas : 38 cm
2. Tinggi badan : 157 cm
3. Berat badan : 80 kg

4. IMT : 33,3 kg/m²
   Kesimpulan : Obesitas

d. Genogram



Keterangan :



: Pria Normal
: Wanita Normal
: Meninggal
: Umur Pasien
: Tinggal serumah
: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bahwa ia selalu menjaga kesehatannya dan keluarganya baik dari segi makanan maupun kebersihan diri. Pasien mengatakan ia tinggal di kompleks yang tidak terlalu padat penduduk, tetapi lingkungan di sekitar rumahnya kurang bersih karena banyak sampah - sampah yang berserakan di got dan samping halaman rumah.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama :
      Demam
   b) Riwayat keluhan utama:
      Pasien mengatakan demam sejak ± 3 hari yang lalu hilang timbul, disertai mengigil dan biasanya demam pada malam hari disertai muntah 1x dan BAB encer 4x. Selain itu pasien mengeluh sakit kepala dan perut ± 2 hari yang lalu, peteqie positif setelah rumple lead.. Sebelumnya pasien pernah berobat ke puskesmas dan diberi obat (paracetamol) untuk diminum, tetapi karena tidak ada perubahan, pada tanggal 16 April 2018 keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris. Pada saat ini pasien mengeluh masih demam, sakit kapala dan perut, serta pasien mengeluh mengigil dan badan terasa panas, Suhu 39,2^{o}C.
3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:
   Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit Vertigo.
4) Riwayat kesehatan keluarga:
   Pasien mengatakan bahwa ± 6 bulan yang lalu ibu pasien pernah terkena penyakit Demam Typoid tetapi sudah sembuh. Selain itu ayah, kakak dan adik pasien hanya batuk, pilek, dan demam biasa. Juga tidak ada penyakit menular lain yang dialami keluarga.
5) Pemeriksaan fisik:
   a) Kebersihan rambut : Tampak bersih, berwarna hitam dan tidak patah dan rontok
   b) Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih

d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih, tidak ada sariawan dan berbau.
e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji (pasien menolak)
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji (pasien menolak)

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan, makan 3x sehari dengan menghabiskan 1 porsi makanan. Pasien makan nasi, sayur, ikan, daan biasa makan daging ayam. Makanan kesukaan pasien seperti tahu, tempe dan ikan. Pasien minum air putih ± 7-8 gelas setiap hari (± 1500 cc).

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan ia malas makan dan minum, pasien sering merasa mual, tidak ada nafsu makan dan lidah terasa pahit. Sehingga pasien hanya dapat menghabiskan 1/4 porsi makanan yang disajikan dan minum air putih 4-5 gelas (± 1000 cc) setiap hari.

3) Observasi:

Tampak pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi makanan yang disajikan dan minum 1/2 gelas (±100 cc) setiap kali minum.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak rambut hitam, tidak mudah patah, dan rontok.
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam ≤ 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/anemis
d) Sclera : Tidak tampak icterik
e) Hidung : Septum berada di tengah, simetris, tidak ada radang dan polip
f) Rongga mulut : Lembab, tidak ada radang

Gusi : Tidak ada pendarahan

Gigi palsu : Tidak ada

g) Gigi : Lengkap, dan tidak ada caries

h) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampu mengunyah dengan keras

i) Lidah : Tampak bersih, tidak ada peradangan

j) Pharing : Tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran

m) Abdomen :

- Inspeksi: : Bentuk simetris dan cembung
- Auskultasi: : Peristaltik usus 18x /menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi: ☐ asites ☐ positif ☑ negatif

n) Kulit

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

o) Lesi: Tidak ada lesi pada kulit

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan, BAB lancar dengan frekuensi 1-2x sehari, konsistensi padat dan berwarna coklat. Dan BAK dengan frekuensi 6-7 kali sehari (±1200 cc). pasien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan, pasien mengalami BAB encer dengan frekuensi 4x sehari dan berwarna kuning. Pasien

mengatakan BAK 4-5 x sehari (±1000 cc) dan berwarna kuning pekat.

3) Observasi:

Tampak pasien dibantu oleh keluarga ke kamar mandi untuk BAK. BAK 5x (± 1000 cc)

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 18 x/menit

b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ Negatif

d) mulut uretra :

e) anus:

- peradangan : Tidak dikaji (Pasien menolak)
- Hemoroid : Tidak dikaji (pasien menolak)
- Fistula : Tidak dikaji (pasien menolak)

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari sebagai mahasiswa. Pasien mengatakan jiak ada waktu senggang pasien biasa berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia merasa lemas dan tidak mampu beraktivitas sehingga sebagian kebutuhannya dibantu oleh keluarga seperti makan, minum dan toileting. Pasien mengatakan nyeri kepala dan perut jika banyak beraktifitas.

3) Observasi :

Tampak pasien lemas dan berbaring di atas tempat tidur .

a) Akitivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2

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

- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi di tempat tidur: 0

b) Postur tubuh : Tampak tegap dan simetris

c) Gaya jalan : Pasien tampak tegap saat berjalan

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) JVP : 5-2 cm H_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

b) Perfusi perifer pembuluh kuku : kembali dalam 3 detik

c) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi :

  Bentuk thorax : Simetris

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak ada

- Palpasi :

  Vocal fremitus : sama antar thorax kiri dan kanan

- Perkusi : [-] sonor [√] redup [ ] - pekak.

  Batas paru hepar :

- Auskultasi :

  Suara napas : Vesikuler

  Suara ucapan : Kiri dan kanan sama

  Suara tambahan : Tidak ada

d) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus cordis : Teraba kuat (ICS V Mid Clavikularis Sinistra)

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS III Linea Sternalis Dextra

  Batas kanan jantung : ICS V Linea Mid Clavicularis Sinistra

  Batas kiri jantung : ICS V Linea.

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal (ICS III Linea Sternalis Dextra

  Bunyi jantung II P : Tunggal (ICS III Linea Sternalis Sinistra)

  Bunyi jantung I T : Tunggal (ICS IV Linea Sternalis Dextra

  Bunyi jantung I M : Tunggal (ICS V Linea Mid Clavicularis Sinistra)

  Bunyi jantung II irama gallop: Tidak ada

  Murmur : Tidak ada

  Bruit : Aorta :Tidak terdengar

  A. Renalis : Tidak terdengar

  A. Femoralis : Tidak terdengar

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☐ negatif
- Rentang gerak : Tidak terbatas

  Kaku sendi : Tidak terdapat kaku sendi

  Nyeri sendi : Tidak terdapat nyeri sendi

  Fraktur : Tidak terdapat fraktur

- Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :
Nilai 5 : kekuatan penuh
Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain
Nilai3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan
Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh
Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan.
Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak.

Refleks fisiologi :
Refleks patologi :
Babinski, kiri : ☐ positif ☑ negatif
Kanan : ☐ positif ☑ negatif
Clubbing jari-jari : Tdak ada
Varises tungkai : Tidak ada

f) Columna vertebralis :
- Inspeksi ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis
- Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
  Pemeriksaan fisik : ☐ ☐

a) Tekanan darah
Berbaring : 130/80 mmhg
Duduk : -
Berdiri : -

Kesimpulan : hipotensi ortotastik: [ ] [-] positif negatif (tidak dapat dinilai)

b) HR : 93 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Pasien tampak berkeringat dingin

Basah : Tampak baju pasien basah

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur 7 - 8 jam setiap malam yaitu dari pukul 22.00 – 06.00 WITA dan tidur siang 1-2 jam yaitu pukul 14.00 – 16.00 WITA. Pasien tidur memakai kipas angin dan pada saat bangun pasien merasa segar dan beraktifitas dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan susah tidur pada saat malam hari, karena saat tidur pasien sering terbangun jika mendengar kebisingan. Saat malam pasien hanya tidur 2-3 jam dari pukul 00.00 – 02.00 WITA, dan tidur siang hanya 1 jam dari pukul 14.00 – 15.00 WITA, dan Pada saat bangun pasien merasa mengantuk dan banyak menguap.

3) Observasi : Tampak terdapat lingkar gelap di bawah mata

Ekspresi wajah mengantuk : [√] positif [ ] negatif

Banyak menguap : [√] positif [ ] negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : [√] positif [ ] negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit. Pasien mudah untuk mempelajari sesuatu dan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, dan penginderaan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan semenjak sakit pasien merasakan nyeri kepala dan perut seperti tertusuk-tusuk dan mernjelar ke bagian belakang kepala/leher. Skala nyeri 6 dan nyeri kepala dirasakan hialng-timbul 4-6 menit. Nyeri kepala dirasakan semakin memberat saat pasien banyak beraktivitas.

3) Observasi :

Tampak ekspresi wajah pasien meringis, dan selalu memegang kepalanya.

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- Cornea : Jernih
- Visus :
- Pupil : Isokor kiri dan kanan reflex terhadap cahaya positif
- Lensa mata : Jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : sama antara kiri dan kanan

b) Pendengaran :

- Pina : Simetris antara kiri dan kanan
- Kanalis : Terdapat serumen dalam jumlah sedikit
- Membran timpani : Utuh dapat memantulkan cahaya politzer

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada hal yang menonjol pada dirinya, pasien hanya sebagai mahasiswa

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia sangat membutuhkan dukungan dari keluarga terutama Ayah, Ibu, Kakak, Adik serta teman-temannya.

3) Observasi :

Tampak pasien berhubungan baik dengan keluarga dan teman-temannya.

a) Kontak mata : Mampu melihat lawan bicara
b) Rentang perhatian : Penuh
c) Suara dan cara bicara : Suara jelas dan bicara lambat
d) Postur tubuh : Tegap simetris

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Abdomen :

Bentuk :
Bayangan vena :
Benjolan massa :

c) Kulit : lesi kulit : Tampak berkeringat dan lembab, dan tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan perannya sebagai kakak, adik dan sebagai anak, dan ingin menjadi yang terbaik agar bias membahagiakan keluarganya. Pasien mengatakan menjalin hubungan yang baik antara keluarga dan teman-temannya di kampus.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tetap menjalin hubungan yang baik antara keluarga dan teman-temannya.

3) Observasi :

Tampak pasien ditemani oleh keluarganya dan beberapa temannya yang datang menjenguknya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan belum menikah dan tida ada masalah pada reproduksi dan seksualitas.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mangatakan tidak mengalami masalah seksualitas dan reproduksi.

3) Observasi :

Tampak tidak ada kelainan yang menyimpang pada pasien

4) Pemeriksaan fisik : Tidak dikaji (pasien menolak)

j. Pola mekanisme koping dan tpleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan seblum sakit dirinya jarang marah pada orang tua kakak, dan adiknya. Bila da masalah pasien dapat menyelesaikannya dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa cemas dan takut, karena tida dapat belajar dan melanjutkan prakteknya di rumah sakit.

3) Observasi :

Pasien tampak Tenang dan tidak emosi

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sering ke gereja, dan tidak ada kepercayaan yang dianut yang dapat mempengaruhi kesehatannya, serta tidak ada makanan pantangan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia tidak bisa pergi ke gereja, tetapi pasien selelu berdoa meminta kesembuhan dari Tuhan

3) Observasi :

Tampak ada Alkitab di samping bantal pasien, dan tampak pasien ada pendeta yang datang mendoakan pasien.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

PARAMETER	HASIL	FLAGS	SATUAN	NILAI NORMAL
WBC	4,7	-	1O^3/ul	(4,8-10,6
RBC	4,8		1O^6/ul	(4,7 -6,1)
HGB	13,3	-	9/dl	(14-16)
HCT	38,50	-	%	(42-52)
MCV	80,5		fl	(80-99)
MCH	29,9		pg	(27-31)
MCHC	37		g/dl	(33-37)
PLT	119	-	1O^3/ul	(150-450)
RDW-CV	12,0		%	(11,5-14,5)
PDW	11,2		fl	(9-13)
MPV	9,4		Fl	(7,2-11,1)
P-LCR	19,2		%	(15-25)
NEUTH %	73,3		%	(40-74)
LYM %	14,6	-	%	(19-48)
MXD %	12,1		%	(4-18)
NEUTH #	3,4		1O^3/ul	(1,5-7)
LYM #	0,7	-	1O^3/ul	(1-3,7)
MXD #	0,6		1O^3/ul	(0-1,2)

Kesimpulan : Trombositopenia

Test/jenis	Hasil	Nilai rujukan	satuan	metode

pemeriksaan				
SEROLOGI				
Infeksi lain				
Anti dengue igG & IgM				
Anti dengue IgG	Positif (+)*	NEGATIF		
Anti dengue IgM	Negatif (-)	NEGATIF		
Anti SALMONELLA TYPHI IgM	Positif (+1)	NEGATIF		

Therapi :

1) Cairan : RL 500 CC 20 tetes/menit
2) Obat-obatan

Jenis obat	Dosis	Cara pemberian
Novaldo	500 mg/8 jam	Intravena (IV)
Cefoperazone	1gr/12 jam	Intravena (IV)
Omeprazone	40 mg/12 jam	Infus (drips)

B. ANALISA DATA

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - Pasien mengatakan demam sejak ± 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit disertai mengigil DO: - Pasien tampak lemah - Peteqie positif (setelah rumple lead) - Hasil laboratorium pada tanggal 16 april 2018 HCT : 38,50 % PLT : 119 10^3/UL - Catatan : Anti dengue IgG positif,	Koagulophati inheren (mis.,trombositopenia)	Risiko Perdarahan
2.	DS: - Pasien mengatakan demam dialami ±3 hari yang lalu - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan badan terasapanas, berkeringat dan basah DO: - Tampak pasien lemas	Proses penyakit	Hipertermi

	- Tampak tubuh pasien teraba panas - Tampak badan pasien berkeringat dan basah - Suhu 39,2 °c Anti dengue IgG (+)* Anti SALMONELLA TYYPHI IgM (+ 1)		
3.	DS: - Pasien mengatakan nyeri kepala dan perut dialami ±3 hari yang lalu - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri kepala menjalar ke belakang kepala - Pasien mengatakan skala nyeri 6 - Pasien mengatakan durasi nyeri 4-6 menit DO: - Tampak eksperi wajah pasien meringis - Tampak pasien memegang kepalanya - TTV TD: 130/80 mmhg N : 93x/menit S : 39,2 °c	agen cedera biologis	Nyeri Akut

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : TN “R”/23 Tahun

Kamar/Ruangan : B III A/358[1]

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Risiko Perdarahan berhubungan dengan koagulophati inheren (trombositopenia)
2.	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

D. Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Tn. “R” / 23 Tahun
Unit / Kamar : B III A / 358[1]

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil yang Diharapakan (NOC)	Tindakan Keperawatan (NIC)
1.	Senin,16 April 2018	Risiko perdarahan b/d Koagulophati inheren (mis.,trombositopenia) DS : - Pasien mengatakan demam sejak ± 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit disertai mengigil DO: - Pasien tampak lemah - Peteqie positi (setelah rumple lead) - Hasil laboratorium pada tanggal 16 april 2018 HCT : 38,50 % PLT : 119 10^3/UL Catatan : Anti dengue IgG positif	Setelah dilakukan tindakanPe keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat menunjukkan kontrol risiko dengan kriteria hasil : 1. Mengenal faktor risiko individu dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan) 2. Monitor faktor risiko individu dipertahankan pada skala 3 (kadang kadang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan) 3. Monitor perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 3 (kadang kadang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan)	1. Pencegahan perdarahan a. Monitor dengan ketat tanda tanda terjadinya perdarahan pada pasien b. Monitor jumlah trombosit hitung dengan cara yang tepat c. Berikan penjelasan tentang pengaruh trombosit tupenia yang disertai dengan tanda tanda klinis d. Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya lapor kepada perawat) e. Pertahakan agar pasien tetap tirah baring (istirahat banyak) f. Monitor hasil laboratorium trmbosit hitung (RBC dan HCT) 2. Managemen obat Berikan dan jelaskan obat yang diperlukan (terapi trombolitik dan antibiotik)

No.	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil yang diharapkan (NOC)	Tindakan Keperawatan (NIC)
2.	Senin, 16 April 2018	Hipertermia b/d penyakit. DS: - Pasien mengatakan demam dialami ±3 hari yang lalu - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan badan terasa panas, berkeringat dan basah DO: - Tampak pasien lemas - Tampak tubuh pasien teraba panas - Tampak badan pasien berkeringat dan basah - Suhu 39,2 °c - Hasil laboratorium pada tanggal 16 april 2018 Anti dengue IgG (+)* Anti SALMONELLA TYYPHI IgM (+ 1)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil : Turmoregulasi : (0800) 1. Hipertermia dipertahankan pada skala 1 (berat) dan ditingkatkan pada skala 3 (sedang) 2. Peningkatan suhu tubuh dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) dan dipertahankan pada skala 4 (sedikit terganggu) 3. Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) dan dipertahankan pada skala 4 (sedikit terganggu)	1. Pengaturan suhu a. Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan b. Monitor tekanan darah, nadi, respirasi c. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat d. Anjurkan pasien untuk menggunakan matras pendingin, selimut yang mensirkulasi air, pakaian yang tipis mandi air hangat untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan e. Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien f. Berikan pengobatan antipiretik, antimetik, dan analgesik sesuai kebutuhan 2. Aplikasi panas/dingin a. Pilih metode stimulasi yang nyaman dan tersedia misalnya kompres basah (dingin) untuk menurunkan suhu tubuh b. Pertimbangkan ketersediaan dan kondisi kerja yang aman dari semua peralatan yang digunakan untuk

				mengaplikasikan perangkap panas atau dingin c. Aplikasikan panas atau dingin secara langsung atau didekat lokasi yang diperlukan jika memungkinkan d. Evaluasi kondisi umum,keamanan,kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) 3. Managemen cairan Jaga intake/asupan yang akurat dan catat output (pasien)

	No.	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil yang diharapkan (NOC)	Tindakan keperawatan (NIC)
33	3.	Senin, 16 april 2018	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis DS: - Pasien mengatakan nyeri kepala dan perut dialami ±3 hari yang lalu - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri kepala menjalar ke belakang kepala - Pasien mengatakan skala nyeri 6 - Pasien mengatakan durasi nyeri 4-6 menit DO: - Tampak eksperi wajah pasien meringis - Tampak pasien memegang kepalanya - TTV TD : 130/80 mmhg N : 93x/menit S : 39,2 °c	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil 1. kontrol nyeri : a. Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) dan ditingkatkan pada skala 2 (jarang menunjukkan) b. Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) dan ditingkatkan pada skala 2 (jarang menunjukkan) c. Menggunakan tindakan pencegahan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) dan ditingkatkan pada skala 2 (jarang menunjukkan d. Melaporkan nyeri yang terkontrol dari skala 4 (sering menunjukkan) dan ditingkatkan pada skala 2 (jarang menunjukka)	1. Managemen nyeri : a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus b. Gunakan tindakan pengontrolan nyeri sebelum nyeri bertambah berat c. Kolaborasi dengan pasien orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih danmengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan d. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat e. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik

			1. Status kenyamanan fisik : (2010) a. Perawatan pribadi dan kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) dan ditingkatkan pada skala 4 (sedikit terganggu) b. Posisi yang nyaman dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) dan ditingkatkan pada skala 4 (sedikit terganggu) c. Baju yang nyaman dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) dan ditingkatkan pada skala 4 (sedikit terganggu) d. Suhu tubuh dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) dan ditingkatkan pada skala 4 (sedikit terganggu)	2. Terapi aktivitas a. Bantu klien untuk tetap fokus pada kekuatan (yang dimilikinya) dibandingkan dengan kelemahannya. b. Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi Bantu dengan aktivitas fisik secara teratur (misalnya ambulasi, transfer/berpindah, berputar dan kebersihan diri), sesuai dengan kebutuhan

E. Implementasi

Nama/ Umur : Tn “R”/23 tahun
Kamar/ruangan : B III A /358 1

Tanggal	waktu	No.Dp	Implementasi keperawatan	Perawatan
17/04/2018	07.05	II	Memonitor suhu Hasil : S : 38,1°C	Risa
	07.30	II	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil: suhu ruangan sesuai dengan keadaan pasien (suhu AC dinaikkan untuk menyesuaikan keadaan pasien)	Risa
	07.35	II	Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan Hasil : - Tampak pasien mengerti dan mau mengikuti anjuran perawat - Tampak pasien memakai baju yang mudah menyerap keringat	Risa
	07.45	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 150 CC)	Risa
	08.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Novaldo I 500 mg/IV	Risa
	08.10	III	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, dan beratnya nyeri dan faktor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menjalar ke bagian belakang kepala - Skala nyeri 6 dan berlangsung selama 4-5 menit. - Tampak eksperi wajah	Risa

			pasien meringis	
	08.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum I gelas air hangat (± 200 CC) - Tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/menit - Tampak pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi makanan yang disediakan.	Risa
	08.30	II	Mengaplikasikan panas atau dingin kompres basah (dingin) secara langsung atau di dekat lokasi yang di perlukan jika memungkinkan hasil : tampak pasien di berikan kompres hangat oleh perawat	Risa
	09.10	II	Mengevaluasi kondisi umum keamanan, dan kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) Hasil : - Badan pasien masih teraba hangat - Pasien masih berkeringat - Suhu 37,9°C - Tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukuan kompres oleh perawat.	Risa
	10.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan Hasil : observasi TTV: TD : 130/90 mmHg, N: 76x/menit P: 21x/menit	Risa
	10.20	I	Memonitor dengan ketat tanda-tanda terjadinya perdarahan pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas dan tungkai bawah.	Risa & Vive

			- Tampak masih ada bintik-bintik merah pada lengan atas dan tungkai bawah pasien	
	10.35	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil: tampak pasien minum 1 gelas air hangat (± 200 CC)	Risa
	11.05	III	Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam Hasil: pasien tampak mampu mengikuti tehnik relaksasi tarik napas dalam seperti yang diajarkan oleh perawat.	Risa
	11.20	I	Menginstruksikan pasien dan keluarganya untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya lapor perawat) Hasil : Tampak pasien dan keluarga mengerti dan mau mengikuti instruksi yang di berikan oleh perawat.	Risa
	11.35	I	Memonitor hasil laboratorium (Trombosit hitung) Hasil : HGB :13,3 9/dl,PLT:119 %HCT : 38,5 10^3/UL	Risa & Juli
	12.00	II	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) Hasil : tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarga.	Risa
	12.40	II	Meningkatkan intake/cairan dan nutrisi yang adekuat Hasil : - Tampak pasien minum setengah gelas air hangat (±100 CC) - Tampak pasien minum susu 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi makanan yang disediakan Memonitor suhu	Risa

	13.10	II	Hasil : Suhu : 37,3°C	Risa
	13.30	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : Tampak pasien BAK (± 150 CC)	Risa
	13.40	I	Memberikan penjelasan tentang pengaruh trombositupenia yang disertai dengan tanda-tanda klinis Hasil : tampak pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat	Risa % Vive
	14.05	II	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil : suhu AC dalam ruangan sesuai dengan keadaan pasien	Risa
	14.15	III	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, dan bertanya nyeri dan faktor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menjalar ke bagian belakang kepala - Skala nyeri 6 dan berlangsung selama 4-5 menit. - Tampak eksperi wajah pasien meringis	Risa
	14.30	III	Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam Hasil: pasien tampak mampu mengikuti tehnik relaksasi tarik napas dalam seperti yang diajarkan oleh perawat	Risa
	15.00	III	Memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik Hasil : pasien mengatakan merasa nyeri berkurang saat.	Risa
	15.05	III	Melakukan manjemen nyeri seperti tehnik relaksasi nafas dalam	

	15.10	II	Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang Hasil : - Tampak pasien meminta memasang penghalang tempat tidur - Tampak pasien membatasi aktivitasnya untuk mengurangi nyeri	Risa
	15.20	II	Meningkatkan intake/cairan dan nutrisi yang adekuat Hasil : Tampak pasien minum setengah gelas susu (±100 CC)	Risa
	15.35	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik seperti kebersihan diri Hasil : - Pasien meminta untuk di lap dan mengganti baju pasien - Tampak pasien terlihat bersih dan memakai baju yang mudah menyerap Keringat	Risa
	16.00	II	Memonitor suhu Hasil : S : 37,°C	Risa
	16.10	II	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : - Novaldo I 500 mg/IV - Cefoperazon 1 gr/IV	Risa
	16.20	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan Hasil: observasi TTV : TD:120/90 mmHg, N: 80x/menit,P: 20x/menit	Risa
	17.00	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum setengah gelas air hangat (±100 CC) - Tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/menit - Tampak pasien hanya	Risa

			menghabiskan 1/2 porsi makan yang disediakan	
	18.10	II	Memonitor suhu Hasil : S : 37,6˚C	Risa
	18.30	II	Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan Hasil : - Tampak pasien mengerti dan mau mengikuti anjuran perawat - Tampak pasien memakai baju yang mudah menyerap keringat	Risa
	19.05	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 200 CC)	Risa
	20.00	II	Menganjurkan pasien untuk menggunakan matras pendingin, selimut yang mensirkulasi air, pakaian yang tipis mandi air hangat untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan Hasil : - Tampak pasien menggunakan selimut yang tipis - Tampak pasien menggunakan baju yang tipis dan mudah mnyerap keringat	Risa
	20.40	II	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil : suhu ruangan sesuai dengan keadaan pasien (suhu AC dinaikkan untuk	Risa
	21.20	III	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, dan bertanya nyeri dan faktor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan nyeri kepala dan perut hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri	Risa & Juli

			seperti tertusuk - tusuk dan menjalar ke bagian belakang kepala - Skala nyeri 6 dan berlangsung selama 4-5 menit. - Tampak eksperi wajah pasien meringis	
	22.00	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum setengah gelas air hangat (±100 CC) - Tampak pasien minum 1/2 gelas susu (±100 CC) - Tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi yang disediakan	Risa
	22.15	I, II, III	Memonitor suhu Hasil : suhu 37˚C	Risa
	22.30	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik ssecara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 200 CC)	Risa
	24.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Novaldo I 500 mg/IV	Risa & Vive
	24.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/permenit	Risa
	04.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Cefoperazone I gr/IV	Risa & Vive
	04.30	II	Mengevaluasi kondisi umum, keamanan, dan kenyamanan seluruh perawatan. Hasil : - Pasien masih terba hangat berkeringat dan lemas - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Tampak badan pasien	Risa

			masih berkeringat dan teraba hangat - Suhu 37,5 ºC	
	05.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan Hasil : Observasi TTV :TD : 120/70 mmHg,N : 92x/menit,P : 22/menit	Risa
	06.00	II	Menjaga intake/asupan yang akurat dan catat output (pasien) Hasil : IWL : 15 x BB = 15 x 80 = 1200 CM = AP = 700 Susu = 300 Infuse = 1200 + = 2200 CK = BAK = 700 =CM – (CK + IWL) =2200 – (700 + 1200) =2200 – 1900 =300	Risa
18 April 2018	07.10	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik ssecara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 200 CC)	Risa
	07.30	II	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) Hasil : Tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarga	Risa
	07.45	II	Memonitor suhu Hasil : suhu 37,9˚C	Risa
	08.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : - Novaldo 500 mg/IV - Omeprazol 40 mg/drips	Risa
	08.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum air	Risa

			putih 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/menit - Tampak pasien menghabiskan 1/2 porsi makanan yang disediakan	
	08.30	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 100 CC)	Risa
	09.15	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (kebersihan diri) Hasil : - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak perawat mengganti baju pasien dengan baju yang tipis dan mudah menyerap keringat	Risa
	10.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi, dan keadaan umum pasien Hasil : Observasi TTV :TD: 120/80 mmHgN :74×/menit P :19×/menit	Risa
	10.1	II	Memonitor suhu Hasil : suhu :37˚C	Risa
	11.00	I	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 100 CC)	Risa
	11.15	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak pasien minum setengah gelas susu (±100 cc)	Risa

	11.35	I	Memonitor dengan ketat tanda-tanda pendarahan pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas pasien dan bawah - Tampak masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas dan tungkai bawah pasien	Risa
	11.40	I	Memonitor hasil laboratorium (Trombosit hitung) Hasil : PLT : 110 10^3/UL, HCT : 31,30 %	Risa & Alva
	12.00	II	Memonitor suhu Hasil : suhu : 36 5˚C	Risa
	13.00	II	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil : Suhu ruangan sesuai dengan keadaan pasien (suhu AC di turunkan untuk menyesuaikan keadaan pasien)	Risa
	14.10	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 100 CC)	Risa
	15.35	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc)	Risa
	15.50	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi, dan keadaan umum pasien Hasil : Observasi TTV :TD : 130/80 mmHg,N :89×/menit,P :22×/menit	Risa
	16.00	II	Memonitor suhu Hasil : suhu :38˚C	Risa
	16.10	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : - Novaldo 500 mg/IV - Cefoperazone I gr/IV	Risa & Itak

	16.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak pasien minum susu 1/2 gelas - Tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/menit - Tampak pasien menghabiskan 1/2 porsi makanan yang disediakan	Risa
	18.10	II	Mengaplikasikan panas atau dingin kompres basah (dingin) secara langsung atau lokasi yang di perlukan jika memungkinkan Hasil : Tampak pasien di berikan kompres hangat oleh perawat	Risa
	19.00	II	Mengevaluasi kondisi umum, keamanan, dan kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) Hasil : - Badan pasien masih teraba hangat - Pasien masih berkeringat - Tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukan kompres oleh perawat - Suhu :37,2˚C	Risa
	19.30	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik ssecara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 100 CC)	Risa
	20.00	I, II ,III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Omeprazone 40 mg/drips	Risa
	21.00	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum air	Risa

			putih 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak pasien minum susu 1/2 gelas	
	21.10	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum sesuai kebutuhan Hasil :TD :120/80 mmHg,N :76×/menit,P :20×/menit	Risa
	21.15	II	Memonitor suhu Hasil : suhu :37,5˚C	Risa
	24.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Novaldo I amp/IV	Risa
	24.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/menit	Risa
	04.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Cefoperazone I gr/IV	Risa
	05.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan Hasil : observasi TTV :TD:120/60 mmHg,N : 78x/menit,P: 20x/menit	Risa
	05.10	II	Mengevaluasi kondisi umum, keamanan, dan kenyamanan seluruh perawatan Hasil : - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan masih berkeringat - suhu 37,4˚C	Risa
	05.30	III	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, dan bertanya nyeri dan faktor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menetap ke bagian belakang kepala	Risa

			- Skala nyeri 5 dan berlangsung selama 4-5 menit. - Tampak eksperi wajah pasien meringis	
	06.00	II	Menjaga intake/asupan yang akurat dan catat output (pasien) Hasil : IWL : 15 x BB = 15 x 80 = 1200 CM = AP = 500 Susu = 300 Infuse = 1400 + = 2200 CK = BAK = 600 CM – (CK + IWL) =2200 – (600 + 1200) =2200 – 1800 =400	Risa
19 April 2018	06.30	II	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil : suhu AC dalam ruangan sesuai dengan keadan pasien	Risa
	07.10	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak pasien minum susu ½ gelas (±100 cc)	Risa
	07.20	III	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) Hasil : tampak pasien tetap tirah baring semua kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarga	Risa
	08.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : - Omeprazone 40 mg/drips - Novaldo 500 mg/IV	Risa
	08.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak terpasang infuse	Risa

			RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/menit - Tampak pasien menghabiskan 1/2 porsi makanan yang disediakan	
	09.10	II	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 2500 CC)	Risa
	10.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum sesuai kebutuhan Hasil : Observasi TTV TD:120/80 mmHg N :76×/menit,P :20×/menit	Risa
	10.05	II	Memonitor suhu Hasil : suhu :37,5˚C	Risa
	11.05	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc)	Risa
	11.35	I	Memonitor dengan ketat tanda-tanda pendarahan pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas pasien dan bawah - Tampak bintik-bintik merah pada kedua lengan atas dan tungkai bawahpasien	Risa
	12.30	I	Memonitor hasil laboratorium (Trombosit hitung,) Hasil :PLT : 72 10^3/UL, HCT : 31,30 %	Risa & Itak
	13.00	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 200 CC)	Risa
	14.00	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil :	Risa

			- Tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc) - Tampak pasien minum susu ultra (±100 cc)	
	14.30	II	Monitor suhu Hasil : suhu :37,9 ˚C	Risa
	15.00	II	Mengaplikasikan panas atau dingin kompres basah (dingin) secara langsung atau lokasi yang di perlukan jika memungkinkan Hasil : tampak pasien diberikan kompres hangat oleh perawat	Risa
	15.30	II	Mengevaluasi kondisi umum, keamanan dan kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) Hasil : - Badan pasien teraba hangat - Pasien masih berkeringat - Pampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah di lakukan kompres oleh perawat	Risa
	16.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : - Novaldo 500 mg/IV - Cefoperazone I gr/IV	Risa
	16.10	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan Hasil : observasi TTV:TD: 120/90 mmHg N : 80x/menit,P : 20x/menit	Risa
	16.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : - Tampak pasien minum setengah gelas air hangat (±100 CC) - Tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/menit - Tampak pasien hanya	Risa

			menghabiskan 1/2 porsi makan yang disediakan	
	18.10	III	Membantu pasien dengan aktifitas fisik secara teratur (membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK) Hasil : tampak pasien BAK (± 200 CC)	Risa
	20.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Omeprazone 40 mg/drips	Risa
	21.00	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : tampak pasien minum air putih 1/2 gelas (±100 cc)	Risa
	21.10	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum sesuai kebutuhan Hasil : observasi TTV TD :120/80 mmHg N :76×/menit,P :20×/menit	Risa
	21.15	II	Memonitor suhu Hasil : suhu :37,5˚C	Risa
	24.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Novaldo 500 mg/IV	Risa
	24.20	II	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat Hasil : tampak terpasang infuse RL 500 CC dengan jumlah tetesan 20/permenit	Risa
	04.00	I, II, III	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : Cefoperazone I gr/IV	Risa
	05.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan Hasil : Observasi TTV: TD:120/60 mmHg,N : 78x/menit,P: 20x/menit	Risa
	05.10	II	Mengevaluasi kondisi umum, keamanan dan kenyamanan seluruh perawatan Hasil : - Pasien mengatakan badan	Risa

			masih teraba hangat - Pasien mengatakan - Pasien mengatakan masih berkeringat - Suhu 37,2˚C	
	05.30	III	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, dan bertanya nyeri dan faktor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menetap ke bagian belakang kepala - Skala nyeri 3 dan berlangsung selama 3-4menit. - Tampak eksperi wajah pasien meringis	Risa
	06.00	II	Menjaga intake/asupan yang akurat dan catat output (pasien) Hasil : IWL : 15 x BB = 15 x 80 = 1200 CM = AP = 600 Susu = 200 Infuse = 1300 + = 2100 CK = BAK = 650 CM – (CK + IWL) =2100 – (650 + 1200) =2100 – 1850 =250	Risa
	07.00		Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil : suhu AC dalam ruangan sesuai dengan keadan pasi	Risa

F. Evaluasi

Nama/umur : Tn.”R”/23 tahun
Kamar/ruangan : 358 /Bernadeth III A

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
17 APRIL 2018	DP I : Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor risiko koagulopatin inheren (trombositopenia) S : - Pasien mengatakan masih terdapat bintik bintik merah pada lengan atas dan tungkai bawah O : - Tampak masih ada bintik bintik merah pada lengan atas - Hasil laboratorium PLT : 119 % HCT : 38,5 10^3/UL A : Masalah risiko perdarahan belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Risa
	DP II : Hipertermi b/d Penyakit S : - Pasien mengatakan badannya masih terasa lemas - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan badan terasa hangat dan berkeringat O : Ku lemah - Tampak badan Pasien masih berkeringat dan teraba panas - Tampak suhu pasien naik turun - S : 37,5˚C A : masalah hipertermi belum teratasi - S : 37,5˚C P : lanjutkan intervensi	Risa
	DP III : Nyeri Akut b/d agen cedera biologis S: - Pasien mengatakan nyeri kepala dan perut hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menjalar ke bagian belakang kepala - Skala nyeri 6 dan berlangsung selama 4-5 menit O : - Ku lemah - Tampak eksperi wajah pasien meringis - Obs. TTV TD : TD:120/60 mmHg N : 78x/menit P: 20x/menit A : Nyeri kepala belum teratasi P : lanjutan intervensi	Risa
18 APRIL 2018	DP I :Resiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopatininheren (trombositopenia)	Risa

19 April 2018	S: – Mengatakan masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas pasien dan bawah – Memonitor hasil laboratorium (Trombosit) – Hasil : PLT : 110 10^3/UL HCT : 31,30 % A : Masalah resiko perdaeahan belum teratasi P : Lanjutan intervensi	Risa
	DP II: Hipertermi b/d Penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan masih berkeringat O : - Tampak badan Pasien masih berkeringat dan teraba hangat - Tampak suhu pasien naik turun - S : 37, 4°C A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutan intervensi	Risa
	DP III : Nyeri Akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk danmenjalar ke bagian belakang kepala - Skala nyeri 5 dan berlangsung selama 4-5 menit O : - KU lemah - Tampak eksperi wajah pasien meringis - OBS TTV TD : 120/70 mmHg N : 92x/menit P : 22/menit A : pasien mesih menunjukkan tingkat nyeri sedang P : Lanjutkan intervensi Lakukan pengontrolan nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam	Risa
	DP I : Resiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopatin inheren (trombositopenia) S : Pasien mengatakan masih terdapat bintik bintik merah pada lengan atas dan tungkai bawah O : - Tampak bintik bintik merah pada lengan atas - Hasil laboratorium PLT : 72 10^3/UL HCT : 31,30 % A : Masalah risiko perdarahan belum teratasi P : Lanjutkan intervens	Risa
	DP II : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : – Pasien mengatakan badan masih teraba hangat	

	– Pasien mengatakan masih berkeringat O : - Keadaan umum pasien masih lemah S : 37,2˚ C A : Masalah hipertermi teratasi P : stop intervensi DP III : Nyeri Akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menetap dibagian kepala - Skala nyeri 3 dan berlangsung selama 3-4 menit O : - KU lemah - Tampak nyeri berkurang - Obs. TTV TD : 120/60 mmHg N : 78x/menit P : 20x/menit A : Nyeri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Lakukan pengontrolan nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam	Risa

G. DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama Obat : cefoperazone
2. Klasifikasi/Golongan Obat : antibiotik/zefalosporin
3. Dosis Umum : 1 gr
4. Dosis untuk Pasien : 1 gr/12 Jam yang bersangkutan
5. Cara pemberian Obat : intravaskuler
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : merupakan antibiotik golongan spectrum luas, sebagai profilaksis dan penanganan infeksi bakteri yang rentan terhadap antibiotik ini.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mencegah terjadinya infeksi pada pasien selama masa perawatan.
8. Kontra indikasi : wanita yang hamil, menyusui mengalami gangguan fungsi ginjal.
9. Efek samping obat : sariawan, infeksi jamur pada vagina, diare, menurunnya kadar protein pembeku darah atau protombin dan muntah.

1. Nama Obat : Omeprazole
2. Klasifikasi/Golongan Obat : PPI (*Proton pump Inhibitor)*- Penghambat Pompan Proton
3. Dosis Umum :
4. Dosis untuk pasien :
5. Cara pemberian Obat :
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
7. Alas an pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
8. Kontra indikasi :
9. Efek samping obat :

1. Nama Obat : Omeprazole
2. Klasifikasi/Golongan Obat :

3. Dosis Umum
4. Dosis untuk pasien :
5. Cara pemberian Obat :
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
7. Alas an pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
8. Kontra indikasi :
9. Efek samping obat :

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada kasus Bab IV penulis membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn "R" dengan kasus yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar selam 3 hari sejak tanggal 17-19 April 2018. Untuk memudahkan pembahasan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yakni :

A. Pengkajian

Tn "R" berusia 23 tahun masuk Rumah Sakit dengan keluhan demam sejak ± 3 hari yang lalu hilang timbul, peteqie positif setelah rumple lead (pada kedua lengan atas dan tungkai bawah), pasien mengeluh menggigil, sakit kepala dan perut ± 2 hari yang lalu, hasil pengkajian fisik suhu tubuh 39,2 °C, TD : 130/80 mmhg, N : 93 x/menit, P : 23 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 16 April 2018, WBC : 4,7 10^3/UL, HGB : 13,3 9/dl, HCT : 38,50, PLT : 119 10^3/UL, LYM % : 14,6 %, LYM # : 0,7 10^3/UL.

Berdasarkan data dari hasil pengkajian diatas, menurut penulis dapat menarik kesimpulan bahwa kondisi pasien pada saat dirawat berada pada DHF. Menurut penulis, pasien mengalami : demam disebabkan karena terjadi pelepasan toksin oleh tubuh akibat infeksi virus dengue yang kemudian mengakibatkan peningkatan sel point di hipotalamus,Kemudian menstimulasi pelepasan zat pirogen/endogen sehingga timbul demam.akibat dari infeksi virus yang masuk ke dalam tubuh mengikuti sirkulasi darah melalui rangsangan demam menuju hipotalamus dapat mengakibatkan bradikarni meningkat hipotalamus (Sakit kepala terus menerus itu bisa terjadi karena pengaruh dari infeksi virus yang mengikuti sirkulasi darah melalui rangsangan demam pada hipotalamus. Uji tourniquet positif terjadi karena infeksi virus dengue merusak sel-sel darah terutama

trombosit sebagai pembekuan darah sehingga mudah terjadi perdarahan. Dan disertai tanda derajat II yaitu perdarahan spontan pada kulit (epitaksis, hematemesis, dan melena).

Bila di bandingkan dengan data yang ada pada teori, tanda dan gejala seperti eptaksis, hematemesis dan melena belum di dapat pada pasien walaupun pasien sudah berada pada derajat II, tetapi ditemukan tanda peteqie yang menunjukkan terjadinya perdarahan di bawah kulit yang merupakan salah satu dari tanda dan gejala DHF derajat II.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada teori *Dengue Hemoragic Fever (DHF)* diagnosa keperawatan yang muncul sebanyak 5 diagnosa, namun penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang ditemukan pada pasien. Diagnosa keperawatan yang ada pada teori

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia
3. Resiko syok berhubungan dengan hipovolemia
4. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
6. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
7. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

Sedangkan pada penerapan kasus, penulis memprioritaskan 3 diagnosa keperawatan yaitu :

a. Risiko perdarahan b/d koagulophati inheren (trombositopenia) diangkat menjadi masalah utama oleh penulis, karena penulis menemukan adanya penurunan trombosit pada pasien yaitu PLT : 119 10^3/UL dengan nilai normalnya adalah 150-450 dan

Peteqie (+) pada kedua lengan dan tungkau, namun untuk terjadinya perdarahan seperti epitaksis, hematemesis, dan melena, tidak terjadi pada pasien. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa utama karena jika terjadi penurunan PLT bisa terjadi perdarahan.

b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai masalah karena didapatkan data dari pasien: : pasien demam ±3 hari sebelum masuk rumah sakit,badan pasien teraba panas, pasien tampak berkeringat dan kulit pasien teraba basah, suhu tubuh:39,2°C.
c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis penulis mengangkat, diagnosa ini sebagi masalah karena didapatkan data pasien: pasien mengatakan nyeri kepala, dengan skala 6 dan durasi 4-5 menit.

C. Perencanaan

Setelah melakukan proses pengkajian dan menentukan masalah atau diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis membuat suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah diangkat

1. Risiko perdarahan b/d koagulophati inheren (trombositopenia)
   Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat 7 intervensi dan tinjauan kasus ada 7, hal ini hal ini terjadi kesenjangan kasus antara teori dan kasus.
2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
   Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat 7 intervensi dan tinjauan kasus ada 11 intervensi, hal ini dilakukan sesuai keadaan pasien.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
   Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat 7 dan tinjauan kasus ada 7 intervensi, hal ini dilakukan sesuai kebutuhan pasien

D. Pelaksanaan

Setelah menentukan rencana keperawatan, maka tindakan yang dilakukan selanjutnya adalah mengimplementasikannya dalam praktek keperawatan. Implementasi yang penulis lakukan ini tentunya sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan dari rencana keperawaatan yang telah penulis susun tersebut, penulis telah melaksanakannya. Ini disebabkan karena dalam melaksanakan rencana keperawatan itu, penulis bekerja sama dan melibatkan berbagai pihak, yakni pasien itu sendiri, keluarga pasien, perawat-perawat pelaksana di RS tim kesehatan lainnya.

terjadi pada pasien yang di tandai dengan trombosit masih dibawah 150.000 /mm³ dengan hasil trombosit pada tanggal 25 yaitu 96.000 /mm³.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan selama 3 hari (17-19 April 2018) adalah sebagai berikut:

1. Risiko perdarahan b/d koagulophari inheren (trombositopenia). Terjadi pada pasien yang ditandai dengan trombosit masih dibawah 150.000/mm^3 dengan hasil trombosit pada tanggal 19 April 2018 yaitu 72.000 /mm^3.
2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Dapat teratasi ditandai dengan keadaan umum baik pasien tidak teraba panas, suhu tubuh 37,2 ºC.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Sebagian teratasi ditandai dengan hasil nyeri kepala berkurang dengan skala 3 (skala 0-10).

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever* di ruangan Rumah sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran seperti dibawah ini :

1. Pengkajian pada Tn " R" (23 tahun) diperoleh hasil pasien masuk Rumah Sakit dengan keluhan utama Demam, Suhu 39,2°C, sakit kepala dan perut, dan PLT : 119 10^3/ uL .
2. Setelah melakukan pengkajian penulis menemukan masalah keperawatan yang terdapat pada Tn "R" yaitu :
   a. Resiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopatin inheren (trombositopenia)
   b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
   c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

3. Rencana keperawatan yang penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis ini disebabkan teori yang ada juga sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien. Intervensi keperawatan itu meliputi : tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, dan berkolaborasi dengan dokter.
4. Pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan intervensi yang telah dibuat dengan bekerja sama dengan pasien dan keluarga, serta dengan tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasil yang maksimal.
5. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai sejauh mana keberhasilan dari tujuan yang akan dicapai. Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari didapatkan satu diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu hipertermi

berhubungan dengan penyakit sedangkan diagnosa keperawatan resiko perdarahan belum teratasi ditandai dengan peteqie pada kedua lengan pasien belum berkurang serta jumlah PLT semakin menurun (72 10^3/uL). Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, sebagian teratasi yaitu nyeri kepala berkurang dari skala 6 ke skala 3.

B. Saran

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

1. Institusi/pendidikan
   a. Diharapkan agar memberikan materi yang lebih banyak lagi pada mahasiswa tentang ilmu penyakit dalam khususnya tentang *Dengue Haemoragic Fever*, karena penyakit ini sering ditemukan di masyarakat sehingga mahasiswa perawat lebih mengembangkan cara penanganannya pada masyarakat.
   b. Diharapkan pendidikan memperbanyak persediaan buku – buku di perpustakaan khususnya buku yang membahas tentang *Dengue Haemoragic Fever* .
2. Rumah sakit

   Hendaknya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit seperti tenaga kesehatan yang profesional dan berpengalaman serta memiliki keterampilan sehingga dapat tercapainya tujuan yang diharapkan.
3. Pasien dan keluarga

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

4. Penulis

   Hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, selalu memberikan penjelasan kepada pasien maupun keluarga untuk menjega, memperhatikan dan mencegah faktor-faktor penyebab *Dengue Hemoragic Fever* .

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

DAFTAR PUSTAKA

Desmawati. (2013). Sistem **Hematologi dan Imunologi**. Jakarta: In Media

Soedarto. (2009). **Penyakit Menular Di Indonesia**. Surabaya: Sagung Seto.

Presetyono, Dwi Sunar. (2013). **Daftar Tanda dan Gejala Ragam Penyakit**. Jogjakarta : FlashBooks.

Widoyono, (2011). **Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya.** Edisi Kedua. Semarang: Erlangga.

Bulechek, Gloria dkk. (2016). **Nursing Interventions Classification (NIC).** Edisi Keenam. Jakarta: Mocomedia.

Moorhead Sue. (2016). **Nursing Outcomes Classification (NOC). Edisi Kelima. Jakarta: Mocomedia.**

MRO RS. Stella Maris. (2017). **Statistik Penyakit Demam Berdarah Dengue.** Makassar: RS Stella Maris Makassar. Tidak Dipublikasikan.

Pusat Data dan Informasi Kesehatan RI. (2016). **Demam Berdarah Dengue Situasi DBD.** *www.Depkes.go.id*. Diakses pada tanggal 23 April 2018.

Tim Pusat Data dan Surveilans Epidemologi Kementrian Kesehatan RI. (2010). **Buletin Jendela Epidemologi**. Topik Utama Demam Dengue.*http://www.google.co.id*. Diakses pada tanggal 25 April 2018

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2011). **Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue** *http://www.pppl.depkes.go.id*. Diakses pada tanggal 28 April 2018.

Pusat Sukses. (2015) Anatomi Fisiologi Sistem Pembuluh Darah Manusia *https://www.ilmudasar.com/2017/08/Pengertian-Struktur-Fungsi-Jenis-Lapisan-Vena-adalah.html.* Diakses pada tanggal 28 April 2018.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa :Risa herlinda

NIM : E1414401046

Judul :Asuhan keperawatan pada Tn “R” dengan *Degue Hemoragic Fever*

NO.	Hari/Tanggal	Materi konsul	Perbaikan	Paraf mahasiswa	Paraf pebimbing

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
