

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. "A" DENGAN DENGUE HAEMORRAGIC FEVER DI RUANG PERAWATAN ST.THERESIA RSTELLAMARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

FREDERETSIA PALANG PAYI

E1514401021

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Anak ”A” dengan *Dengue Haemorragic Fever* (DHF) di ruang perawatan St. Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Frederetsia palang payi
NIM : E1514401021

Disetujui Oleh
Pembimbing I

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

NIDN. 0930058102

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Anak "A" dengan *Dengue Haemorragic Fever (DHF)* di ruang perawatan st. Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar**"** telah di pertanggungjawabkan dan telah di uji dihadapan Tim Penguji yang di laksanakan pada:

Hari/Tanggal : jumad, 08 Juni 2018

Pukul : 14.00 – 14.45

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

TIM PENGUJI:

1. Rosdewi, SKp. MSN (…….)
2. Yuliana Tola'ba, S. Kep Ns. M. Kep (……..)
3. Mery Sambo, S.Kep.Ns. M.kep (……..)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

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

RIWAYAT HIDUP

I. IDENTITAS

NAMA	: Frederetsia Palang Payi
Tempat/Tanggal Lahir	: Kolimasang, 13 juni 1994
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat	: Jln. Rajawali 1 Lr. 11 A

II. IDENTITAS ORANG TUA

Ayah/ Ibu	: Leonardus L. B / Rosalinda A. Boli
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani/ Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Adonara Flores NTT

III.RIWAYAT PENDIDIKAN

Sekolah Dasar Katolik Kolimasang	: Tahun 2000-2007
SMP Panca Marga Kolilolok	: Tahun 2003-2010
SMK ST.THOMAS MAUMERE	: Tahun 2010-2013
STIK Stella Maris Maris (Program D III)	: Tahun 2015-2018

KATA PENGANTAR

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

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

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

bangku pendidikan. Teruntuk kakak-kakakku yang selalu menguatkan dan memberi saya motivasi (robbi,lerri.herri) terimakasih untuk untuk semuanya.

9. Teruntuk para sahabat yang adalah segalanya bagi saya terimakasih sudah melalui suka duka bersama saya selama ini (kk maria, seffi, fatma, mertin, dan dessi wuran).

Akhir kata, semoga karya tulis dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Haemorragic Fever* (DHF).

Makassar, 30 Juni 2018

Frederetsia Palang Payi

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL
LEMBARAN PERSETUJUAN
LEMBARAN PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR .....
DAFTAR ISI .....
BAB I PENDAHULUAN .....
A. Latar Belakang .....
B. Tujuan Penulisan .....
C. Manfaat Penulisan .....
D. Metode Penulisan .....
E. Sistematika Penulisan .....
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....
A. Konsep Dasar Medis .....
1. Defenisi .....
2. Anatomi Fisiologi .....
3. Etiologi .....
4. Patofisiologi .....
5. Klasifikasi .....
6. Manifestasi Klinik .....
7. Tes Diagnostik .....
8. Komplikasi .....
9. Penatalaksaanaan Medik .....
B. Kosep Tumbuh Kembang Anak .....
C. Konsep Asuhan Keperawatan .....
1. Pengkajian Keperawatan .....
2. Diagnosa Keperawatan .....

3. Intervensi Keperawatan .....
4. Discharge Planning.....
5. Patoflowdiagram.....
BAB III TINJAUAN KASUS .....
A. Pengkajian .....
B. Analisa Data .....
C. Diagnosa Keperawatan.....
D. Rencana Keperawatan.....
E. Pelaksanaan Keperawatan .....
F. Evaluasi .....
G. Daftar Obat .....
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....
BAB V PENUTUP.....
A. Simpulan.....
B. Saran .....
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi pembuluh darah 8
Gamabar 2.2 Sel-sel darah..... 8
Gambar 3.3. Genogram..... 41
Gambar 3.4 Patoflowdiagram…… 16

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan darah rutin 82
Tabel 3.2 Pemeriksaan kultur darah 85
Tabel Analisa Data 57
Tabel Diagnosa 60
Tabel Rencana Keperawatan 61
Tabel Implementasi 67
Tabel Evaluasi 82

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Negara indonesia merupakan negara yang beriklim tropis dimana Indonesia memiliki mobilitas dan kepadatan penduduk yang tinggi serta sanitasi lingkungan yang kurang baik. Hal ini dapat berdampak pada kesehatan individu maupun masyarakat luas yang yang dapat menyebabkan angka kesakitan dan kematian bagi masyarakat. Masalah-masalah kesehatan yang dapat mengancam masyarakat yaitu salah satunya adalah nyamuk *aedes aegypti* yang merupakan penyebab *dengue haemoragic fever.*

Dengue hemoragic fever (DHF) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan dari orang ke orang melalui gigitan nyamuk aedes. Aegypti merupakan faktor yang paling utama, namun spesies lain seperti *Aedes albhopictus* juga dapat menjadi faktor penular. Nyamuk penular dengue ini terdapat hampir diseluruh pelosok indonesia kecuali di tempat yang memiliki ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut. Penyakit DHF ini sering menimbulkan kejadian luar biasa (KLB). Penyakit dengue hemoragic fever ini merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama. Tjandra yoga, 2015

Menurut *Word Heald Organiztion* (WHO) insiden DHF ini telah tumbuh secara dramatis diseluruh dunia dalam beberapa dekade terakhir. Prevalensi DHF memperkirakan bahwa 3.9 miliar orang di 128 negara berada pada resiko infeksi dengue virus. Setiap tahunnya terdapat sekitar 50-100 juta kasus infeksi dengue diseluruh Indonesia dengan perkiraan 25.000 juta kematia setiap tahunnya. Asia menempati urutan pertama dalam jumlah DHF setiap tahunnya dan Indonesia sebagai negara dengan kasus DHF tertinggi di Asia Tenggara. (WHO 2012).

Di Indonesia sendiri kasus DHF, pada tahun 2014 sampai pertengahan bulan desember tercatat penderita DHF di 34 provinsi sebanyak 71.668 orang dan 641 diantaranya meninggal dunia. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya yakni tahun 2018 dengan jumlah penderita sebanyak 112.511 orang dan jumlah kasus meniggal sebanyak 871 penderita. (Departemen Kesehatan RI, 2015).

Di sulawesi selatan sendiri ada 17 kabupaten dari 24 kabupaten yang melaporkan kasus DHF. Lima diantaranya sudah ditetapkan sebagai wilayah dengan status kejadian luar biasa (KLB). Empat penderita telah meninggal di empat kabupaten. Nurul Amin, 2014.

Berdasarkan data *Medical Record* (MRO) Rumah Sakit Stella Maris tercatat jumkah penderita DHF pada tahun 2015 sebanyak 502 pasien denga prevelensi terbesar ditemukan pada umur 15-24 tahun sebanyak 160 pasien dan yang meninggal dunia sebanyak 4 orang. Pada tahun 2016 terjadi peningkatan pada penderita DHF dimana jumlah penderita DHF sebanyak 711 pasien dengan prevalensi terbesar ditemukan lagi-lagi berkisar pada usia 15-24 tahun sebanyak 238 pasien dan yang meninggal dunia sebanyak 4 orang. Pada tahun 2017 presentasi penyakit DHF mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya dengan jumlah penderita sebanyak 329 pasien dengan prevalensi terbesar ditemukan pada usia 25-44 tahun sebanyak 99 kasus dan yang dinyatakan meninggal dunia sebanyak 2 orang.

Berdasarkan data di atas yang menunjukan terjadinya perubahan jumlah penderita DHF pada anak dari tahun ke tahun, maka hal ini membutuhkan perhatian bagi kita semua, bukan saja oleh pemerintah tetapi kita sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat dalam melakukan berbagai upaya sebagai tindakan preventif dengan menjaga kebersihan/ kesehatan lingkungan sekitar tempat tinggal, dan bagaimana cara penularan serta pencegahan penularan, aspek

promotif melalui upaya peningkatan status gizi, tindakan kuratif melalui pengobatan sampai tuntas dan upaya rehabilitas. Pelaksanaan berbagai aspek dalam menurunkan/menekan jumlah penderita DHF tersebut dapat dilaksanakan dalam pemberian intervensi keperawatan selama pasien dirawat di RS.

Melihat masih adanya angka kesakitan dan kematian akibat kasus *dengue hemoragic fever* dimasyarakat maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Alasan inilah yang mendasari penulisan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Dengue Hemoragic Fever".*

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien DHF diruang Perawatan St. Theresia di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan DHF.
   b. Merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan analisa data dan permasalahan yang terjadi pada pasien dengan DHF.
   c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien DHF.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan DHF.
   e. Menyusun evaluasi keperawatan berdasarkan tindakan keperawatan pada pasien DHF.
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan pada pasien DHF.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini. Penulisan berharap dapat memberikan manfaat bagi:

1. Instansi Rumah Sakit

   Sebagai masukan dan sumber informasi bagi tenaga keperawatan dalam memberikan dan juga meningkatkan upaya asuhan keperawatan di rumah sakit pada pasien dengan *dengue hemoragic fever* (DHF).

2. Institusi Pendidikan

   Sebagai sumber informasi untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien DHF.

3. Mahasiswa/ Mahasiswa

   Sebagai salah satu sumber bacaan dan juga sumber informasi bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Hemoragic Fever* (DHF).

4. Pasien/ Keluarga

   Sebagai penerima asuhan keperawatan dan juga dapat menambah pengetahuan tentang cara perawatan dan pencegahan penyakit pada *Dengue Hemoragic Fever (DHF).*

D. Metode Penulisan

Dalam penulian karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk :

1. Studi Kepustakaan
   a. Dalam hal ini membaca, mempelajari serta memahami literature-literatur yang berkaitan dengan isi pada karya tulis ilmiah ini.
   b. Memperoleh infrmasi dan berbagai jurnal dan buku pada perpustakaan mengenai masalah keperawatan yang diangkat oleh penulis.

2. Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan pendekatan yang komprehensif yang meliputi pengkajian, analia data, penetapan diagnosis, penyusunan rencana tindakan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi. Dalam pengumpulan data di atas, penulis menggunakan teknik wawancara, observasi , pemeriksaan fisik, catatan perawat dan juga pemeriksaan diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulias ilmiah ini terdiri dari V bab yaitu Bab I pendahuluan yang diuraikan dalam latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan juga sistematika penulisan. Bab II yaitu tinjauan teoritis yang merupakan daar dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik. Sedangkan konsep pada asuhan keperawatan yaitu terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan,pelaksanaan keperawatan dan juga evaluasi keperawatan, discharge planning dan juga patoflowdiagram. Bab III yaitu tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelakanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV yaitu pembahasan kasus yang membahas tentang hubungan antara teori dan kasus yang nyata yang ditemukan dilapangan. Bab V penutup yang terdiri dari kasimpulan dan juga saran serta daftar pustaka.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

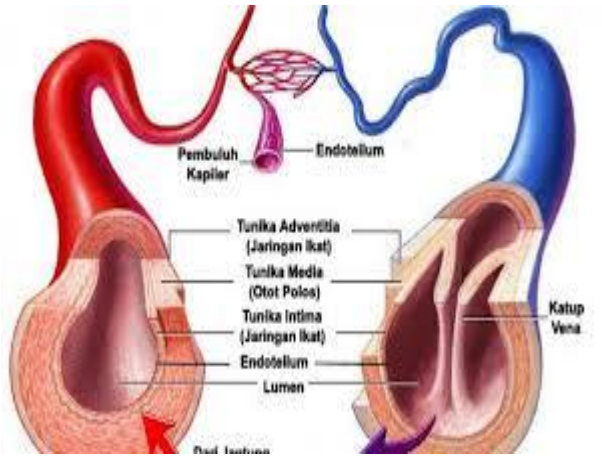
Dengue hemoragic fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue I,II,III dan IV yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus.* Penyakit *Dengue Hemoragic Fever (DHF)* merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti.* (Soegijanto S 2008)

Dengue hemoregic fever (DHF) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *spesies aidesi*. Penyakit ini sering menyerang anak, remaja dan dewasa yang ditandai dengan dema, nyeri otot dan sendi. (Dwitasari 2014)

Dengue Hemoragic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan yang terutama menyerang anak-anak dan orang dewasa dan ditularkan melalui ggitan nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus.*

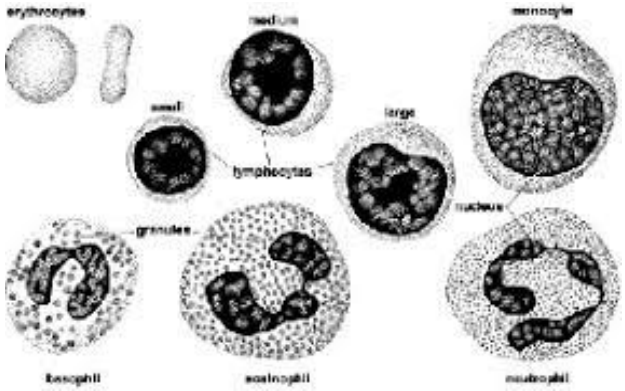
2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 1

Sumber :http://www.google.co.id/search: gambar pembulu darah



Gambar 2

Sumber : keeping-keping darah (brunner & sudarth, 2012)

b. Fisiologi

Darah merupakan medium transpor tubuh. Volume darah manusia sekitar 7%-10% berat badan normal dan berjumlah ekitar 5 liter. Keadaan jumlah darah pada tiap-tiap orang tidak sama, tergantung pada usia, pekerjaan serta keadaan jantung atau pembuluh darah. Darah selalu berada dalam pembuluh darah sehingga dapat menjalankan fungsinya sebagai berikut

a. Sebagai alat pengangkut yang meliputi hal-hal sebagai berikut:
   1) Mengangkut gas karbondioksida (CO2) dari jaringan perifer kemudian dikeluarkan melalui paru-paru untuk didistribusikan ke jaringan yang memerlukan.
   2) Mengangkut sisa-sisa/ampas dari hasil metabolisme jaring berupa urea, kratinin, dan asam urat.
   3) Mengangkut sari makanan yang diserap melalui usu untuk disebarkan keseluruh jaringan tubuh.
   4) Mengangkut hasil-hasil metabolisme jaringan.

b. Mengatur keseimbangan cairan

c. Mengatur panas tubuh

d. Berperan serta dalam mengatur pH cairan tubuh

e. Mempertahankan tubuh dari serangan penyakit infeksi.

Darah terdiri dari atas 2 komponen utama, yaitu :

1) Plasma darah, bagian cair darah yang sebagian besar terdiri dari air, elektrolit dan protein darah.
2) Butir-butir darah (*blood corpuscles*), yang terdiri atas komponen- komponen berikut ini.
   a. Eritrosit : sel darah merah (*SDM-red blood cell)*
   b. Leukosit : sel darah putih (*SDP-white blood sell)*
   c. Trombosit : butir pembeku darah-platelet

1) Sel darah merah (Eritrosit)

Merupakan cairan bikonkaf dengan diameter 7 mikron. Bikonkavitas memungkinkan gerakan oksigen masuk dan keluar sel secara cepat dengan jarak yang pendek antara membrane dan inti sel. Warnanya kuning kemerah-merahan karena didalmnya mengandung hemoglobin. Sel darah merah ini tidak memiliki inti sel, mitokondria dan ribosom serta tidak dapat bergerak. Sel ini tidak dapat melakukan mitosis, fosforilasi oksidatif sel atau pembentukan protein.

Dalam keadaan normal, eritropoesis pada oang dewasa terutama terjadi didalam sumsum tulang, dimana system eritrosit menempati 20%-30% bagian dari jaringan sumsum tulang yang aktif membentuk sel darah. Eritrosit hidup selama 74-154 hari. Pada usia ini system enzim mereka gagal, membran sel berhenti berfungsi adekuat dan sel ini dihancurkan oleh sistem retikulo endoteliel. Jumlah normal pada orang dewasa kira-kira 11,5-15 gram dalam 100cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg% dan HB laki-laki 13,0 mg%.

Dalam keadaan normal, bentuk sel darah merah dapat berubah-ubah, sifat ini memungkinkan sel tersebut masuk ke mikrosirkulasi kapiler tanpa kerusakan. Apabila sel darah merah tidak dapat berubah bentuknya (kaku), maka sel tersebut tidak dapat bertahan selama peredarannya dalam sirkulasi.

2) Sel Darah Putih (Leukosit)

Bentuk dari sel darah putih dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaraan kaki palsu (pseudopodia). Sel darah putih ini mempunyai bermacam-macam inti sel sehingga ia dapat dibedakan menurut inti selnya serta warnanya bening (tidak berwarna). Fungsi dari sel darah putih yaitu :

a. Sebagai serdadu tubuh yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit/bakteri yang masuk kedalam tubuh jaringan RES (system retikulo endotel),
b. Sebagai pengangkut yaitu mengangkut/membawa zat lemak dari dinding usus melalui lima terus kepembuluh darah.

Jenis-jenis sel darah putih yaitu :

1) Agranulosit, terdiri atas limfosit dan monosit :

a. Limfosit

Memiliki nucleus yang besar bulat dengan menempati sebagian besar sel limfosit sel limfosit berkembang dalam jaringan limfa. Ukurannya bervariasi dari 7 ampai dengan 15 mikron. Banyaknya 20-25%, fungsinya membunuh dan memakan bakteri yang masuk kedalam jaringan tubuh.

b. Monosit

Ukurannya lebih besar dari limfosit, protoplasmanya besar berwarna biru sedikit abu-abu serta mempunyai bintik-bintik sedikit kemerahan, inti selnya bulat atau panjang. Monosit dibentuk didalam sumsum tulang, masuk kedalam sirkulasi dalam bentuk imatur dan mengalami proses pematangan menjadi makrofag setelah masuk kejaringan

2) Granula, terdiri atas 3 kelompok yaitu :
   a. Neutrofil, granula yang tidak berwarna mempunyai inti sel yang terangkai, kadang seperti terpisah-pisah. Pritoplasmanya banyak berbintik-bintik halus/ granula serta banyaknya sekitar 60-70%.
   b. Eosinofil, granula berwarna merah dengan perwarnaan asam, ukuran dan bentuknya hampir sama dengan neutrofil tetapi granula dalam sitoplasmanya lebih besar, banyaknya kira-kira 24%.
   c. Basofil, granula berwarna biru dengan pewarnaan basa. Sel ini lebih kecil dari pada eosinofil tetapi mempunyai inti yang bentuknya teratur. Didalam protoplasmanya terdapat granula-granula yang besar, banyknya kira-kira 0,5% disumsum merah.

   Neutrofil, eosinofil, dan basofil berfungsi sebagai fagosit untuk mencerna dan menghancurkan mikroorganisme dan sisa-sia sel. Selain itu, basofil bekerja sebagai sel mast dan mengeluarkan peptide vasoaktif.

3) Keping Darah (Trombosit)

   Trombosit adalah bagian dari beberapa sel-sel besar dalam sumsum tulang yang berbentuk cakram bulat, oval, bikonveks, tidak berinti dan hidup sekitar 10 hari. Jumlah trombosit antara 150 dan 400 x 109/ liter (150.000-400.000/milliliter), sekitar 30-40% terkonsentrasi didalam limpa dan sisanya bersirkulasi dalam darah.

   Trombosit ini berperan penting dalam pembentukan bekuan darah. Trombosit dalam keadaan normal bersirkulasi keseluruh tubuh melalui aliran darah. Namun, dalam beberapa detik setelah kerusakan suatu

pembuluh, trombosit tertarik kedaerah tersebut sebagai respons sebagai kolagenyang terpajan dilapisan sebendotel pembuluh. Trombosit melekat kepermukaan yang rusak dan mengeluarkan beberapa zat (serotonini dan histamine) yang menyebabkan terjadinya vasokonstriksi pembuluh. Fungsi lain dari trombosit yaitu untuk mengubah bentuk dan kualitas setelah berikatan dengan pembuluh yang cedera. Trombosit akan menjadi lengket dan menggumpal bersama membentuk sumbatan trombosit yang secara efektif menambal daerah yang luka.

4) Plasma Darah

Plasma adalah bagian darah yang encer tanpa sel-sel darah, warnanya bening kekuning-kuningan, hamper 90% dari plasma darah terdiri atas air.

3. Etiologi

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

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

a. *Aedes Aegypt*

Merupakan spesies nyamuk yang suka beristrahat di tempat yang gelap, lembab dan tersembunyi di dalam rumah atau bangunan, termasuk di kamar tidur dan di kamar mandi, nyamuk ini mempunyai kebisaan mencari makan (menghisap

manusia untuk dihisap darahnya) sepanjang hari terutama antara jam 08.00-13.00 dan antara jam 15.00- 17.00, jarak terbang spontan nyamuk betina jenis terbatas sekitar 30-50 perhari. Jarak terbang jauh biasanya terjadi secara pasif melalui semua jenis kendaraan termasuk kereta api, kapal laut dan pesawat udara, cara pasih inilah DHF menyebar dari suatu negara ke Negara lain.Telur Aedes Aegypti mampu bertahan hidup dalam keadaan kering selama beberapa bulan.

b. Aedes Albopictus

Merupakan nyamuk kebun yang memperoleh makanan dengan cara menggigit dan menghisap darah dari berbagai jenis binatang, berkembang biak di dalam lubang-lubang pohon, lekukan tanaman, potongan batang bamboo dan buah kelapa yang terbuka. Larva atau bentuk imatur nyamuk jenis ini mempunyai habitat hidup dalam genangan air dalam kaleng dan timbunan sampah di udara yang terbuka. Habitat larva semacam itu menyebabkan spesies ini banyak ini banyak dijumpai di daerah pedesaan, pinggiran kota dan taman-taman kota. Daya terbang nyamuk dewasa betina jenis ini berkisar antara 400-600 meter, namun di sisi lain kebiasaan nyamuk jenis ini dalam mencari makan mentramisikan virus dengue dari kera ke manusia dan sebaliknya. Telur Aedes Albopictus resisten terhadap pengawetan melalui proses pengeringan dalam waktu beberapa bulan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penyebaran kasus DHF, yaitu:

1) Pertumbuhan penduduk yang tinggi
2) Urbanisasi yang tidak terencana dan tidak terkendali
3) Tidak ada kontrol vektor nyamuk yang efektif di daerah endemis
4) Peningkatan sarana transportasi

Morbiditas dan motalitas infeksi virus dengue ddipengaruhi berbagai faktor seperti status imunisasi pejamu, kepadatan vektor nyamuk, transmisi virus dengue, keganasan virus dengue dan kondisi geografis setempat.

4.Patofisiologi

Virus dengue akan masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti kemudian akan terjadi viremia melalui revleksi virus mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, nyeri pada ulu hati, pegal-pegal diseluruh tubuh, ruam atau bintik-bintk merah pada kulit (peteqie), hiperemi tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran limpa (splenomegali). Adapun hal yang lain yang dapat terjadi dimana seeorang mengalami virus dengue berulang. Reinfeksi ini akan menyebabkan suatu reaksi anomnestik antibody sehingga terbentuklah kompleks virus antibody yang akan mengaktivasi suatu complement yang mengakibatkan aktivasi C3 dan C5 yang akan melepakan C3a dan C5a, dari pelepasan ini terjadi pelepaan toksin melalui aliran darah sehingga terjadi dilatasi pembuluh darah. Selain itu, pelepasan toksin ini pula yang dapat menimbulkan peningkatan set-point thermostat hipotalamus yang merangang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenerasi jaringan tubuh yang mengakibatkan demam. Akibat lain dari dari visus dengue dalam perdaran darah akan menyebabkan depresi sumsum-sumsum tulang sehingga akan terjadi trombositopenia yang akan menyebabkan perdarahan karena gangguan trombosit dan kelainan koagulasi dan sampai pada pendarahan kelenjar adrenalin.

Yang menentukan titik beratnya penyakit adalah peningkatan permeabilitas diding kapiler yang mengakibatkan

kebocoran plasma. Adanya komplek imun anti body-virus juga menimbulkan agregasi trombosit sehingga terjadi gangguan fungi trombosit, trombositopenia dan koagulapati, ketiga hal tersebut menyebabkan perdarahan yang berlebihan yang jika berlajutan dapat beresiko terjadi syok hipovolemia dan jika tidak diatasi akan menyebabkan terjadinya hipoksia jaringan.

Kebocoran plasma juga dapat menyebabkan tejadinya perembesan cairan plasma pada daerah GI. Pada daerah GI ini dapat terjadi hepatomegali dikarenakan adanya peningkatan cairan plasma dalam hepar melalui sistem vena porta dan dapat pula tejadi penurunan produksi ATP karena terjadinya peningkatan aam lambung yang mengakibatkan sekresi lambung yang mengakibatkan sekresi lambung yang bersifat sangat asam sehingga tejadinya rangsangan mual muntah yang menimbulkan supali nutrisi menurun dan proses metabolisme menurun.

5. Manifestasi Klinik

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

Sedangkan menurut WHO, kriteria klinis DHF adalah

WHO mengklasifikaikan DHF menurut derajat penyakitnya menjadi 4 golongan yaitu :

1. Derajat I

   Demam disertai gejala klinis tanpa perdarahan spontan. Panas 2-7 hari, uji tourniquet positif, trombositopenia hemokonsentrasi

2. Derajat II

   Sama dengan derajat 2, ditambah dengan gejala-gejala pendarahan, epitaksis, hematemesis, melena, perdarahan gusi

3. Derajat III

   Ditandai oleh kegagalan peredaran darah seperti nadi lemah dan cepat (> 120x/ menit)

4. Derajat IV

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

6. Pemeriksaan Penunjang

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

1. Uji tourniquet

   Dikatakan positif bila ada butir-butir merah (*peteqie*)lebih kurang 20 pada diameter 2,5 inci.
   Dikatakan negatif bila tidak ada butir-butir merah (*peteqie*).
   Hasil laboratorium terdiri dari:

   1.) Hematokrit (HCT) meningkat lebih dari 20%

   Normalnya : Laki-laki: 40-54 %

   Perempuan: 36-47 %

2.) Trombosit (PLT) menurun < 150.000/ mm
   Normalnya: 150.000/ mm^3
3.) Leukosit menurun pada hari kedua dan ketiga
   Normalnya: 4500-10.000/ UI
4.) Hemoglobin (HGB) menurun jika terjadi perdarahan yang hebat
   Normalnya: Laki-laki: 13,5-18 g/ dL
   Perempuan: 12-15 g/ dL
5. Pada pemeriksaan kimia darah terdapat hiponatremia, hipoprotenemia

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

7. Penatalaksanaan Medik

Untuk penderita yang terserang DHF sebaiknya di rawat di kamar yang bebas nyamuk (berkelambu) untuk mencegah penyebaran .

Perawatan diberikan sesuai dengan masalah yang ada pada penderita sesuai dengan beratnya penyakit.

a. Derajat I

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

Gangguan rasa nyaman karena demam, nyeri epigastrium dan perputaran bola mata.

Perawatan:

- Istirahat baring
- Makanan lunak

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

- Diberikan kompres dingin
- Memantau keadaan umum, suhu, tensi, nadi, dan perdarahan.
- Diperiksa HGB, HCT dan trombosit.
- Diberikan obat antipiretik dan antibiotic bila di kuatirkan akan terjadi infeksi sekunder.

b. Derajat II

Peningkatan kerja jantung karena adanya epitaksis, melena dan hematemesis.

Perawatan:

- Bila terjadi epitaksis, darah dibersihkan dan pasang tampon sementara.
- Bila penderita sadar, boleh diberi makan yang mengandung lemak tetapi bila terjadi hematemesis harus dipuasakan dulu, mengatur posisi kepala di miringkan agar tidak terjadi aspirasi.
- Bila perut kembung/besar dipasang NGT.
- Pengobatan diberikan sesuai instruksi dokter, perhatikan teknik-teknik pemasangan infus, jangan menambah perdarahan.
- Tetap observasi keadaan umum, suhu, nadi, tensi dan perdarahannya.
- Semua kejadian dicatat dalam catatan perawat.
- Bila keadaan memburuk segera lapor dokter

c. Derajat III-IV

Terdapat gangguan kebutuhan O_2 karena kerja jantung menurun, penderita pre-shock/ shock.

Perawatan:

- Mengatur posisi tidur penderita, tidurkan posisi terlentang dengan posisi kepala ekstensi.
- Membuka jalan nafas dengan cara pakaian yang ketat dilonggarkan, bila ada lender dibersihkan dari hidung dan mulut.
- Dipasang oksigen.
- Di awasi terus-menerus dan jangan ditinggal pergi.
- Kalau perdarahan banyak (Hb turun) mungkin diberikan transfuse atas izin dokter.
- Semua kejadian dicatat dalam catatan perawat dan kalau perlu dilaporkan pada dokter.
- Bila penderita tidak sadar di atur tidur selang-seling, perhatikan kebersihan kulit, juga pakaian tetap bersih.

8. Komplikasi

Adapun komplikasi yang dapat disebabkan oleh penyakit Dengue Haemoragic Fever (DHF) yaitu:. A.Hipoksia jaringan

Hipoksia jaringan dapat terjadi karena adanya peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, maka volume plasma menurun, dan Ht meningkat sehingga terjadi trombositopeniayang mengakibatkan perdarahan, dan saat terjadi perdarahan secara langsung Hb menurun sehingga darah tidak mampu mengikat O_2 sehingga terjadi hipoksia jaringan.

a. Hepatomegali

Hepatomegali dapat disebabkan terjadi kebocoran plasma merembes ke hepar melalui sistem vena porta sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar.

b. Efusi Pleura

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

c. Asidosis Metabolik

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

d. Syok Hipovolemik

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

1. Pola Tumbuh Kembang Anak Usia 6-9 Tahun

a. Pertumbuhan fisik

1) Parameter umur terdiri atas:

a) Tinggi Badan

Rata-rata pertumbuhan anak bertambah tinggi 5 cm pertahun.

b) Berat Badan

Rata-rata berat badan anak meningkat 2,5 kg pertahun. Selain dengan perkiraan tersebut, berat badan juga dapat di perkirakan dengan menggunakan rumus atau pedoman dark Berhan (1992) yaitu:

6-12 tahun : $\frac{\text{umu(tahun)x7-5}}{2}$

c) Lingkar kepala

Pertumbuhan otak akan mengalami perlambatan yaitu kenaikan tingkat kepala hanya 2 m.

d) Kebutuhan Energi, Protein dan Cairan

1) Energi 1.860 kkal
2) Protein 36 gr
3) Cairan 2.000 cc- 2.500 cc.

2) Pertumbuhan gigi

Pertumbuhan gigi terdapat 8 gigi seri, 4 gigi taring, 8 gigi geraham kecil dan 12 gigi geraham sehingga seluruhnya berjumlah 32 gigi.

b. Perkembangan Motorik, Bahasa dan Adaptasi Sosial

1) Perkembangan motorik

Perkembangan motorik di bagi menjadi dua yaitu:

a) Motorik kasar

Anak sudah mampu melompat dan berlari, berpakaian lengkap sendiri, suka melakukan sesuatu secara berlebihan dan sukar diam setelah istarhat.

b) Motorik halus

Anak sudah mampu menghitung mundur 20 sampai 1, mengulang hari dalam eminggu, bulan berurutan, mengetahui tanggal, menggambarkan objek umum dengan mendetail, lebih banyak membaca.

c) Perkembangan bahasa

Anak sudah mamapu mengucap kalimat 6-12 kata. Tahap ini disebut tahap semantik karena pada tahap ini anak memahami adanya hubungan kata dengan maknanya. Anak juga mampu

berkomunikasi dengan kosa kata dan kalimat yang lengkap.

d) Perkembangan adaptasi sosial
Menyukai sistem penghargaan, mendramatisasi, lebih sopan, tertarik pada hubungan laki-laki dan perempuan tetapi tidak terkait, menyukai kompetisi dan permainan.

2) Perkembangna kognitif (piagamet)
Perkembangan kognitif anak usia sekolah menurut piagamet masuk dalam tahap konkret. Selama tahap ini, anak sudah memandang relalistis dari dunianya dan mempunyai anggapan yang sama dengan orang lain, sifat egosentrik sudah mulai sebab anak mempunyai pengertian tentang keterbatasan diri sendiri, sifat pikiran sudah mulai hilang sebab anak mempunyai pengertian tntang keterbatasan diri sendiri, sifat sudah mempunyai dua pandangan atau disebut reversibilitas merupakan cara memandang dari arah berlawanan (kebalikan), sifat realistik tersebut belum sampai ke dalam pikiran dalam membuat suatu konsep atau hipotesis.

3) Perkembangan psikoseksual anak (Freud)
Perkembangan psikoseksual anak menurut freud masuk dalam tahap laten. Selama tahap ini, kepuasan anak mulai terintegrasi, anak masuk dalam masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial

seperti suka hubungan dengan kelompoknya atau sebaya, dorongan libido mulai mereda.

4) Perkembangan psikososial anak (Erikson)
   Perkembangan psikososial anak usia sekolah menurut Erikson masuk dalam tahap rajin dan rendah diri. Selama tahap ini, anak selalu berusaha untuk mencapai sesuatu yang diinginkan atau prestasinya sehingga anak pada usia ini adalah rajin dalam melakukan sesuatu akan tetapi apabila harapan anak ini tidak tercapai kemungkinan besar anak akan merasakan rendah diri.
5) Perkembangan psikomoral anak (Kohberg)
   Anak usia sekolah mampu menilai suatu tindakan berdasarkan niat dibandingkan akibat yang dihasilkannya. Penguatan dan hukuman mengarahkan penilaian mereka,suatu tindakan yang buruk adalah melanggar peraturan dan membahayakan. Oleh karena itu, anak usia ini mengintrepetasikan kecelakaan dan ketidakberuntungan sebagai hukuman atau tindakan yang buruk yang dilakukan anak (Soetjiningsih, 2013).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

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

DO : -

b. Pola Nutrisi dan Metabolik :

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

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

c. Pola Eliminasi:

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

DO : Distensi abdomen, hiperperistatik usu, perubahan warna urine dan feses.

d. Pola Aktivitas dan Latihan :

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

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

e. Pola Tidur dan Istirahat :

DS : Keletihan, malaise, insomnia, gelisah.

DO : Sesak, palpebra tampak gelap, konjungtiva

anemik.

f. Pola Persepsi Kognitif :

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

DO : Mengalami gangguan pengindraan.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri :

DS : Mudah marah, frustasi dengan penyakit.

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

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama :

DS : Ketidakmampuan aktif dalam sosial, perasaan isolasi.

DO : Diam, rasa tidak percaya diri.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas :

DS : Orang tua memperlakukan anak sesuai dengan jenis kelaminnya.

DO : Cengeng,manja,pakaian warna dan permainan sesuai jenis kelaminnya.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress:

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

DO :Perilaku berhati-hati, gelisah, fokus pada diri sendiri.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan:

DS : Keyakinan, tata nilai budaya.

DO : Alat-alat ibadah.

2.Diagnosis Keperawatan

a. Hypertermi berhubungan dengan penyakit
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan
c. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
d. Intoleran aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum
e. Resiko syok berhubungan dengan faktor hipovolemia
f. Resiko perdarahan dengan factor trombositopenia
g. Defesiensi pengetahuan berhubungan dengan tidak familiar dengan sumber informasi

3.Intervensi Keperawatan

A. Hypertermi berhubungan dengan penyakit.

NOC

Tanda -tanda vital

1. Suhu tubuh 36^{o}c-37,5^{o}c

NIC

a. Perawatan demam
   1. Pantau suhu dan tanda vital lain
   2. Monitor warna kulit dan suhu
   3. Fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas jika diperlukan
   4. Beri kompres air hangat bila demam timbul
   5. Dorong konsumsi cairan

b. Manajemen obat
   1. Tentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep atau protocol
   2. Monitor efektifitas cara pemberian obat yang sesuai

3. Kaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai

c. Pengaturan suhu

1. Monitor suhu paling tidak setiap jam
2. Instruksikan untuk kompres air hangat

B. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan

NOC

1. Nafsu makan pasien meningkat
2. Pasien dapat makan dengan porsi yang disediakan
3. Tidak terjadi penurunan berat badan

NIC:

Monitor Nutrisi:

1. Timbang berat badan
2. Monitor adanya {warna}
3. Pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering
4. Monitor turgor kulit dan mobilitas
5. Identifikasi perubahan berad badan terakhir

Manajemen elektrolit/ cairan:

1. Insrtuksikan pasien mengenai
   mengenai kebutuhan nutrisi yaitu:membahas pedoman diet dan piramida makanan
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan usia

C. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dengan kriteria hasil:

NOC :

1. Keseimbangan cairan
2. Hidrasi

NIC:

1. Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien
2. Monitor status hidrasi (misalnya, membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik)
3. Berikan cairan dengan tepat
4. Berikan cairan IV sesuai suhu kamar
5. Tingkatkan asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan di antara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak, potongan gelatin ke dalam kotak yang menyenangkan, menggunakan cangkir obat kecil), yang sesuai

D. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum dengan kriteria hasil:

NOC :

1. Toleransi terhadap aktifitas

NIC :

1. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien
2. Identifikasi kebutuhan keselamatan pasien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu
3. Singkirkan benda-benda berbahaya dari lingkungan
4. Letakkan benda yang sering di gunakan dalam jangkauan pasien
5. Berikan kamar terpisah, seperti di indikasikan
6. Batasi pengunjung
7. Edukasi pasien dan pengunjung mengenai perubahan/tindakan pencegahan, sehingga mereka tidak akan dengan sengaja mengganggu lingkungan yang di rencanakan

E. Resiko syok

NOC :

Tidak terjadi syok hipovolemia, tanda-tanda vital dalam bahasa normal dan keadaan umum baik

NIC :

1. Kaji keadan umum pasien
2. Observasi tanda- tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan)
3. Kaji turgor kulit
4. Kaji intake dan output cairan
5. Monitor tanda-tanda perdarahan disertai gejala klinis(peteqie, epitaksis, perdarahan gusi)

F. Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor trombositopenia

NOC :

Mencegah terjadinya perdarahan, peningkatan trombosit

NIC :

1. Monitor tanda penurunan jumlah trombositopenia HB, HCT
2. Monitor jumlah trombosit tiap hari
3. Berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada pasien
4. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat
5. Pertahankan kebutuhan cairan tubuh
6. Kolaborasi dengan dokter dalam memberi obat dan transfusi apabila terjadi perdarahan

G. Defesiensi pengetahuan berhubungan dengan tidak familiar dengan sumber informasi

NOC :

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

NIC :

1. Kaji tingkat pengetahuan pasien atau keluarga penyakit DHF
2. Kaji latar belakang pendidikan pasien atau keluarga
3. Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan dan manfatnya pada pasien
4. Gunakan leaflet atau gambar-gambar dalam memberikan penjelasan

4. Discharge Planning

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

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

   Ada 2 macam pemberantasan vektor anatara lain:

   1) Menggunakan insektisida

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

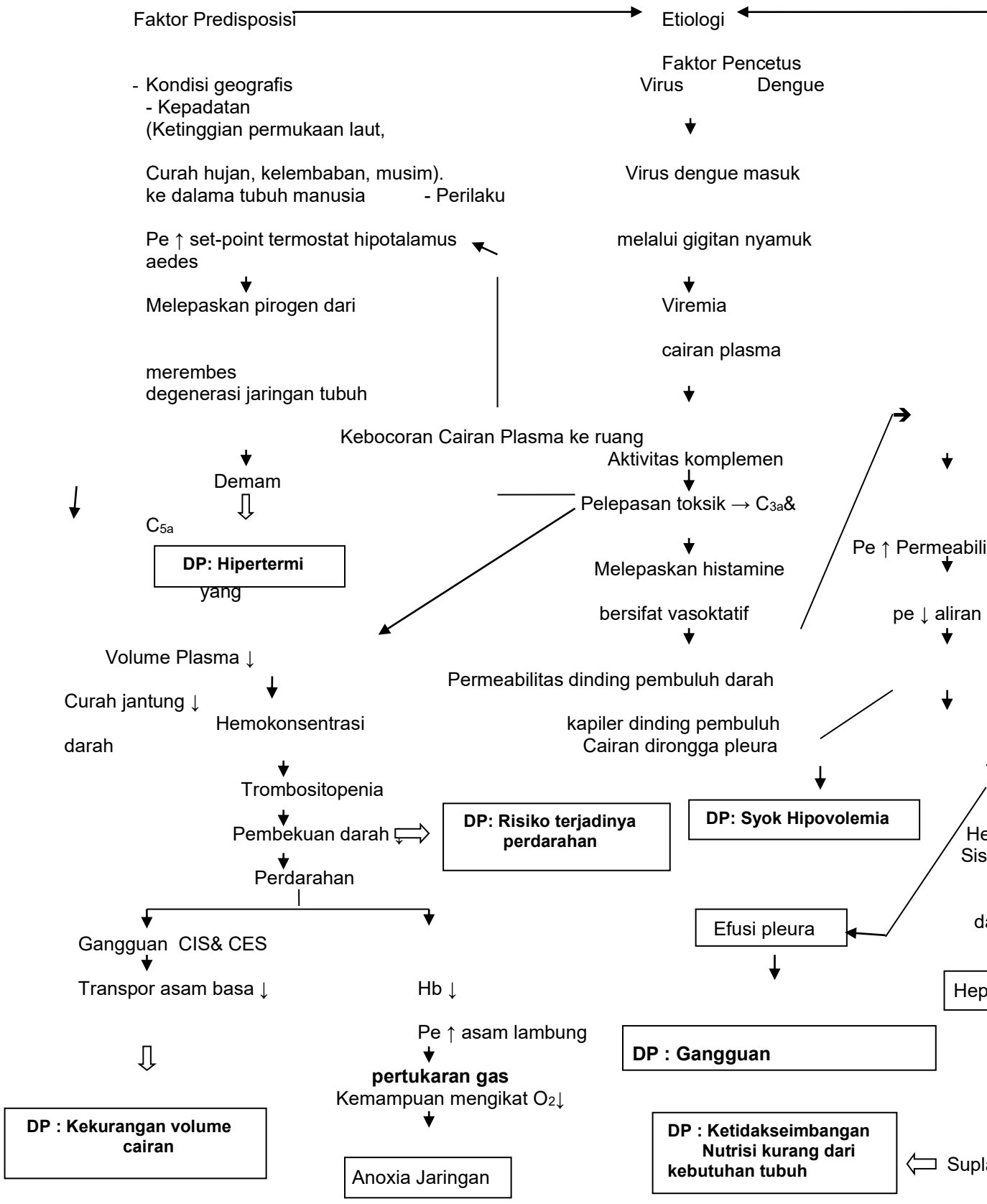
   2) Tanpa insektisida

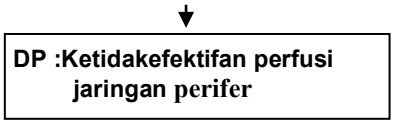
      Caranya yaitu:

- Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1x seminggu (perkembangan nyamuk lamanya 7-10 hari)
- Menutup tempat penampungan air rapat-rapat
- Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain

b. Ajarkan tentang pertolongan pertama pada pemberian cairan sebanyak mungkin.
c. Berikan informasi mengenai ciri nyamuk demam berdarah misalnya warna, bulu dan badan nyamuk.
d. Ajarkan kepada keluarga dan pasien tentang cara penularan penyakit DHF.
e. Ajarkan untuk tanda dan gejala awal dari penyakit DHF.
f. Anjurkan untuk menggunakan kelambu saat tidur dan menghindari gigitan nyamuk terutama pagi hari dan sore hari.
g. Anjurkan untuk segera kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit atau dokter praktek bila terjadi tanda dan gejala demam berdarah.
h. Anjurkan pasien untuk tidak menggantung pakaian yang kotor.

E. Patoflowdiagram





BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien bernama An “ A “berusia 9 tahun dengan jenis kelamin perempuan masuk Rs Stella Maris pada tanggal 17 April 2018, dengan

keluhan demam yang dialami sejak 5 hari yang lalu disertai sesak dan batuk berlendir, mual dan muntah 1x di rumah

Pada saat pengkajian tanggal 18 April 2018 diperoleh data keadaan umum pasien lemah, ibu pasien mengatakan pasien demam disertai sesak dan batuk berlendir, tampak tubuh pasien teraba hangat, tampak pasien sesak disertai batuk berlendir, tampak pasien lemah,mata cekung,mukosa bibir kering, tampak suhu 39ºc, pernapasan 33x/ menit, 100 x/menit, tampak pasien menolak untuk makan, tampak mukosa bibir pasien kering,tampak pasien lemah, tampak mata pasien cekung, tampak turgor kulit elastis. Berat badan pasien saat ini yaitu 16 kg.

Pada saat dirawat pasien mendapat terapi terpasang infus AS400cc dengan 18tetes/menit, HGB (13.50),HCT (38.10) ,MCV76.8, PLT(63) , PDW(0.00), MPV(0.00), P-LCR (0.00), MXD#(1.3), Anti Dengue Ig(Positif(+)),Anti Dengue Ig(Positif(+)).

Berdasarkan data diatas penulis mengangkat tiga diagnose keperawatan yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit, ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan , ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	: Frederetsia palang payi
Nim	: E1514401021

Unit	: St.Theresia	Autoanamnese:	
Kamar	: 521	Alloananmnese:	✓

Tgl masuk RS : 17/04/2018

Tgl pengkajian : 18/04/2018

A. Identitas

1. Pasien

Nama initial : An.”A”

Umur : 9 thn

Jenis kelamin : Perempuan

Agama/suku : Islam

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Indonesia

Pendidikan : Belum tamat SD

Alamat rumah : Jln.Bunga Ejaya

2. Orang tua

Nama Bapak	: Tn.”M”	Nama Ibu	: Ny.”S”
Umur	: 40 tahun	Umur	: 36 tahun
Alamat	: Jln.Bunga Ejaya	Alamat	: Jln.Bunga Ejaya

B. Data Medik

1. Diagnosa medik

Saat masuk: Demam

Saat pengkajian : Dengue Hemoragic Fever(DHF)

C. Keadaan Umum

1. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan :

Tampak pasien berbaring lemah diatas tempat tidur dengan posisi tidur telentang,tampak mukosa bibir kering dan pucat, tampak pasien terpasang infus AS 400 cc dengan 18 tetes/menit pada tangan kanannya dan badan teraba panas(39ºc).

2. Tanda – Tanda Vital

a. Kesadaran:

Skala koma glaslow

1) Respon motorik : 6
2) Respon bicara : 5
3) Respon membuka mata : 4 +

Jumlah : 15

Kesimpulan: pasien kesadaran penuh(tidak koma)

b. Tekanan darah : 90/60 mmHg

MAP: 70 mmHg.

Kesimpulan :Perfusi ginjal memadai

c. Suhu :39 °C di [√] Oral Axila [ ] Rectal [ ]

d. Pernapasan :33 x/menit

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

Jenis : dada [√] Perut [ ]

e. Nadi :100 x/menit

Irama:[√] teratur [ ] tachikardi [ ] bradichardi

kuat [√] lemah[ ]

f. Hal yang mencolok: tidak ada

3. Pengukuran

a. Lingkar lengan atas : 25 cm

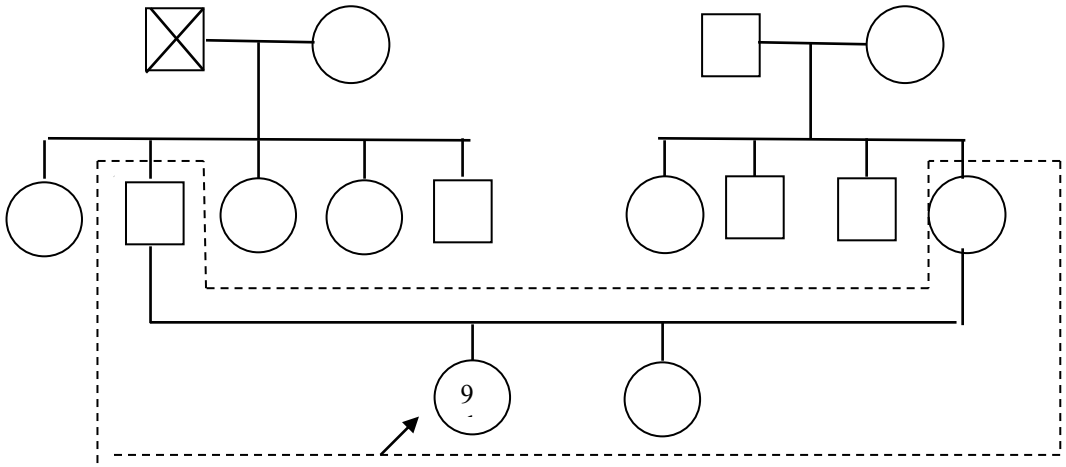
b. Tinggi badan : 133cm

c. Berat badan : 16 kg

d. IMT : 26 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan tidak sesuai umur

4. Genogram



Keterangan :

: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

D. Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien biasa mandi 2 kali sehari.Ibu pasien mengatakan pasien mampu makan,minum dan berpakaian

sendiri.Ibu mengatakan tinggal ditempat yang padat penduduk dan didepan rumah terdapat limbah terbuka.Ibu pasien mengatakan jika pasien tidur siang atau malam tidak memakai kelambu.Ibu pasien mengatakan jika pasien sakit flu atau batuk ibu pasien biasa membelikan obat di apotik didekat rumahnya.

b. Keadaan saat ini:

1) Keluhan utama : Demam
2) Riwayat keluhan utama:

   Ibu pasien mengatakan pasien demam di rumah sejak 5 hari yang lalu disertai sesak dan batuk berlendir, mual dan muntah 1 kali. Ibu sudah membelikan obat sanmol di apotik namun demam pasien tidak menurun. Melihat kondisi pasien yang tidak mengali perubahan ibu pasien memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris pada tgl 17 april 2018. Pada saat pengkajian ditemukan data ibu pasien mengatakan pasien demam disertai sesak dan batuk berlendir, tampak tubuh pasien teraba hangat, tampak pasien sesak disertai batuk berlendir, tampak pasien lemah,mata cekung,mukosa bibir kering, tampak suhu 39ºc.
3) Riwayat kehamilan ibu /kelahiran dan neonatal :

   Ibu mengatakan tidak ada kelainan saat hamil dan selalu memeriksa kehamilannya secara rutin ke puskesmas. Diawal kehamilan ibu sering merasa pusing,mual dan muntah.Ibu mengatakan proses kelahiran normal dan setelah melahirkan bayi langsung menangis dengan kuat,pergerakan aktif dan kulit berwarna kemerahan serta BB 3000 g.
4) BUGAR

   Ibu mengatakan saat lahir anaknya langsung menangis kuat, pergerakan aktif dan kulit berwarna kemerahan
5) Kelainan bawaan/truma kelahiran:

   Tidak ada kelainan bawaan atau truma kelahiran.

6) Riwayat tumbuh kembang sebelum sakit 9 tahun :

Ibu mengatakan ketika usia 9 tahun anaknya mulai belajar tentang nilai moral dalam keluarga serta mulai mencoba untuk mengabil bagian peran dalam kelompoknya,mampu mengungkapkan masalah pribadinya kepada orangtuanya dan juga suka menolong teman apabila dalam kesusahan.

7) Riwayat alergi :

Tidak ada riwayat alergi makanan, obat-obatan dan lingkungan.

8) Catatan vaksinasi

Jenis vaksinasi	I	II	III
BCG	1 bulan	-	-
Hepatitis B	2 bulan	3 bulan	4 bulan
Polio	3 bulan	4 bulan	5 bulan
DPT	4 bulan	4 bulan	5 bulan
Campak	9 bulan	-	-

9) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Ibu mengatakan pasien pernah di rawat di Rumah Sakit Stella Maris pada tahun 2015 dengan keluhan demam serta sakit kepala.

10) Riwayat kesehatan keluarga :

Ibu mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit seperti pasien.

11) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : tampak bersih
b) Kulit kepala : tampak bersih
c) Kebersihan kulit : tampak bersih
d) Higiene rongga mulut : tampak kotor dan bibir tampak kering atau pecah-pecah
e) Kebersihan genitalia : tampak bersih
f) Kebersihan anus : tampak bersih.

2. Pola nutrisi metabolik

a. Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan porsi penuh. Pasien makan nasi, telur, tempe, ikan dan sayur. Pasien juga kadang makan mie saat sarapan pagi dan juga saat makan siang. Ibu pasien mengatakan pasien jarang makan buah.Pasien biasa minum air putih lebih dari 4 gelas/ hari dan juga minum susu 2 kali sehari serta pasien juga biasa minum minuman yang dijajankan di warung di dekat rumahnya. Ibu pasien mengatakan berat badan pasien sebelum sakit yaitu 18 kg

b. Keadaan sejak sakit:

Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien tidak ada nafsu makan, hanya makan saat di paksa dan hanya makan bubur 1-2 sendok saja dengan lauk pauk berupa tahu, sayur, ikan dari 1 porsi bubur yang disediakan. Ibu pasien juga mengatakan pasien mengeluh mual setiap kali makan dan juga selama sakit pasien tidak suka makan apapun. Ibu pasien juga mengatakan pasien hanya minum 2-3 gelas ukuran air kemasan per hari (±720 cc) selama sakit. Saat dikaji didapatkan data tampak pasien minum hanya 50 cc dari 1 gelas yang disediakan. Tampak pasien menolak untuk makan, tampak mukosa bibir pasien kering,tampak pasien lemah, tampak mata pasien cekung, tampak turgor kulit elastis. Berat badan pasien saat ini yaitu 16 kg.

c. Observasi:

Tampak pasien hanya makan 2 sendok bubur saja dari 1 porsi makanan yang disediakan, tampak pasien hanya minum 50 cc.Tampak terpasang infus AS 400 cc (18 tets/menit) pada tangan kanan pasien.

d. Pemeriksaan fisik:

1) Keadaan rambut : Tampak rambut bersih

2) Hidrasi kulit : Cubitan perut kembali dalam 3 detik

3) Palpebra/conjungtiva :Tampak tidak ada edema / tampak tidak anemik

4) Sclera : Tidak tampak ikterik

5) Hidung :Tampak septum berada di tengah rongga hidung, terdapat secret

6) Rongga mulut : Mukosa bibir tampak kering dan pecah-pecah

7) Gusi : Tampak berwarna merah mudah

8) Gigi : Tampak masih utuh

9) Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu

10) Kemampuan mengunyah keras:mampu mengunyah keras

11) Lidah : Tampak kotor

12) Pharing : Tidak tampak peradangan

13) Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran

14) Kelenjar parotis : Tidak terdapat pembesaran

15) Abdomen :

-Inspeksi : perut tampak datar, tidak tampak bayangan vena

-Auskultasi: peristaltik usus 15 x/menit

-Palpasi :nyeri pada epgastrium, tidak ada benjolan

-Perkusi :terdengar thympani

16) Kulit

-Edema : positif ☐ negatif ☑

-Ikterik : positif ☐ negatif ☑

-Tanda – tanda radang : Tidak tampak peradangan

17) Lesi: Tidak tampak lesi

3. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna coklat. Pasien kadang susah BAB. Ibu pasien mengatakan pasien BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien BAB encer lebih dari 3 kali sehari dengan warna kuning. Ibu pasien juga mengatakan pasien BAK 2-4 kali sehari ±1000cc/hari tampak warna urin kuning pekat dan berbau amoniak.

3) Observasi:

Pada saat mengkaji tampak pasien BAK ±100cc dengan warna kuning pekat bau amoniak. Tampak pasien BAB encer 1 kali ± 50cc dengan warna kuning. Pasien juga tampak berkeringat banyak.

4) Pemeriksaan fisik :

a) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.

b) mulut uretra : tidak ada peradangan

c) anus:

- peradangan : tidak ada
- hemoroid : tidak ada
- fistula : tidak ada

4. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan pasien sering bermain dengan teman-temannya.ibu pasien mengatakan pasien sering juga menjaga adiknya.ibu pasien mengatakan pasien sering berolaraga.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu mengatakan pasien sejak sakit tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya karena lemah dan pusing. Pasien dibantu oleh ibunya dalam beraktifitas dan memenuhi kebutuhan selama dirumah sakit.

3) Observasi :

Tampak pasien lemah ditempat tidur dan tampak pasien dibantu oleh ibunya.

a) Akitivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi ditempat tidur : 2

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

- Kesimpulan : pasien tampak dibantu oleh orang tua dan perawat.

b) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

c) Fiksasi :terpasang infuse AS 500 cc dengan jumlah tetes 24x/menit

d) Tracheostomi : tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Perfusi perifer pembuluh kuku : kembali dalam waktu 3 detik.

b) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi :

  Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan

  Sianosis: tampak tidak sianosis

  Stridor : tidak ada

- Auskultasi :

  Suara napas : vesikuler

  Suara ucapan : suara normal dikedua lapang paru

  Suara tambahan: Ronchi

c) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus cordis : tidak tampak

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : bunyi tunggal pada IC II linea sternalis dekstra

  Bunyi jantung II P : tunggal pada ICS II linea sternalis sinistra

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

  Bunyi jantung I M : tiunggal pada ICS V linea medio clavikularis sinistra

  Bunyi jantung II irama gallop: tidak ada

  Murmur : tidak terdengar

  HR : 90x/menit

  Bruit : Aorta : tidak ada

  A. Renalis : tidak ada

  A. Femoralis : tidak ada

d) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : [–] positif [√] negatif
- Rentang gerak : terbatas

  Kaku sendi : tidak ada kaku sendi
- Uji kekuatan otot :

5	5
5	5

- Refleks fisiologi : biceps, dan triseps positif
- Refleks patologi :

  Babinski, kiri : [√] positif [√] negatif

  Kanan: [_] negatif [√] positif

  Clubbing jari-jari : tidak ada

e) Columna vertebralis :

- Inspeksi : kelainan bentuk : tidak ada kelainan
- Palpasi : nyeri tekan : tidak ada

  Kaku kuduk : tidak ada brudzinski: tidak ada

  kernig sign: tidak ada

5. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

ibu pasien mengatkan pasien biasa tidur siang mulai pukul 13.00-15.00 WITA dan tidur malam hari pukul 20.00-0530 WITA. Ibu mengatakan pasien tidak mengalami kesulitan saat tidur dan sebelum tidur pasien selalu menonton TV.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu mengatakan pasien tidur siang dari pukul 12.00-13.00 WITA dan tidur malam hari pukul 21.00-06.00 WITA. Tetapi pasien sering terbangun pada malam hari karena sering BAK dan pasien selalu gelisah karena demam pada saat tidur.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk	:	√	positif	– negatif
Banyak menguap	:	–	positif	√ negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	–	positif	√ negatif

6. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

ibu mengatakan pasien selalu mengungkapkan persaannya jika sedang mengeluh sakit. Ibu mengatakan pasien mampu mendengar dan mengikuti perintah orang tuanya. Ibu mengatakan pasien cukup pintar disekolahnya.

2) Keadaan sejak sakit :

ibu mengatakan pasien mengeluh sakit kepala dan terasa tegang lehernya.

3) Observasi :

tampak pasien lemah dan gelisah. Pasien mampu berkomunikasi dengan baik dan memberi respon ketika diajak berbicara. Tampak ibu pasien bertanya tentang penyakit anaknya.

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- cornea : tampak jernih.
- pupil : isokor antara kiri dan kanan.
- lensa mata : tampak jernih

b) Pendengaran :

- pina : tampak simetris kiri dan kanan.
- kanalis : tampak bersih, tidak ada nanah.
- membran timpa : tampak utuh, memantulkan cahaya.
- tes pendengaran pasien : pasien mampu mendengar ucapan perawat.

7. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien anaknya pemberani,ibu pasien kadang memarahi pasien jika ia nakal. Pasien tidak pernah malu dengan keadaan tubuhnya ia justru bangga dengan dirinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien sangat tidak berdaya karena ia tidak bisa lagi bermain bersama teman-temanya. Pasien selalu gelisah dam selalu minta untuk pulang.

3) Observasi :

a) Kontak mata :tampak kontak mata tertuju pada perawat

b) Rentang perhatian :tampak pasien melihat perawat saat disentuh

c) Suara dan cara bicara :tampak pasien tidak mau bicara.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada

b) Abdomen:

Bentuk : tampak datar

Bayangan vena : tidak tampak

Benjolan massa : tidak teraba benjolan massa

c) Kulit :

Lesi kulit : tampak tidak ada lesi pada kulit

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan hubungan pasien dengan teman-teman dirumah maupun disekolah sangat baik dan akrab.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan malas untuk berinteraksi dengan orang lain.Ibu pasien mengatakan anaknya tidak punya teman untuk bermain saat dirawat di rumah sakit.

3) Observasi :

Pasien tidak tampak berinteraksi dengan orang lain.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien berpenampilan sesuai dengan umurnya dan teman bermain pasien hampir semua laki-laki.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah mengenai sistem reproduksi.

3) Observasi : tampak pasien berpenampilan seperti laki-laki.

10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien sering marah jika permintaannya tidak dikabulkan.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien lebih banyak diam selama sakit,Ibu pasien mengatakan pasien biasa marah ketika dipaksa makan

3) Observasi :

Tampak pasien marah dan menangis.Tampak pasien hanya diam saat didekati

11. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien rajin sholat dan selalu mengikuti pengajian dimasjid.Ibu pasien mengatakan pasien selalu berdoa sebelum makan dan sesudah makan.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan walaupun pasien sakit dia tetap rajin berdoa untuk kesembuhannya.

3) Observasi :

Tampak pasien rajin berdoa dan tampak juga mukena di samping pasien.

HASIL LABOTATORIUM

Nama/umur : An “A” / 9 thn

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Nornal

WBC	8.6		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	5.0		10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	13.5	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	38.10	-	%	[42 --- 52]
MCV	76.8	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.2		pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	63	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	13.2		%	[11.5 --- 14. 5]
PDW	0.00	-	fL	[9 --- 13]
MPV	0.00	-	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	0.00	-	%	[15 --- 25]
NEUT%	47.9		%	[40 --- 74]
LYM%	37.0		%	[19 --- 48]
MXD%	15.1		%	[4 --- 18]
NEUT#	4.1		10^3/Ul	[1.5 --- 7]
LYM#	3.2		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	1.3	+	10^3/uL	[0 --- 1.2]

Catatan : Trombositopenia

Nama / umur: An “A” / 9 thn

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Nornal

WBC	4.2	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	5.7		10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	15.5		g/dL	[14 --- 18]
HCT	43.00		%	[42 --- 52]
MCV	75.8	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.3		pg	[27 --- 31]
MCHC	36		g/dL	[33 --- 37]
PLT	37	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	13.4		%	[11.5 --- 14. 5]
PDW	0.00	-	fL	[9 --- 13]
MPV	0.00	-	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	0.00	-	%	[15 --- 25]
NEUT%	33.4	-	%	[40 --- 74]
LYM%	46.4		%	[19 --- 48]
MXD%	20.2	+	%	[4 --- 18]
NEUT#	1.5		10^3/Ul	[1.5 --- 7]
LYM#	1.9		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.8		10^3/uL	[0 --- 1.2]

Catatan :

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	6.5		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]

RBC	4.8		10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	13.1	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	37.40	-	%	[42 --- 52]
MCV	77.3	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.3		pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	20	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	12.7		%	[11.5 --- 14. 5]
PDW	19.6	+	fL	[9 --- 13]
MPV	11.8	+	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	39.6	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	53.2		%	[40 --- 74]
LYM%	20.4		%	[19 --- 48]
MXD%	26.4	+	%	[4 --- 18]
NEUT#	3.5		10^3/Ul	[1.5 --- 7]
LYM#	1.3		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	1.7	+	10^3/uL	[0 --- 1.2]

Catatan:

Widal	Hasil
Anti Dengue IgM	Positif(+)
Anti Dengue IgG	Positif(+)

B. ANALISA DATA

Nama/umur: An.”A”/ 9 tahun

Unit/kamar : St.Theresia/ 521

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Ibu pasien mengatakan pasien demam di rumah sejak 5 hari yang lalu disertai batuk, mual dan muntah 1 kali, -ibu pasien mengatakan pernah membelikan obat sanmol di apotik namun demam pasien tidak menurun. -ibu pasien mengatakan pasien sering rewel dan menangis DO: -Tampak mata pasien cekung. -Tampak mukosa bibir kering. -Tampak badan pasien teraba hangat dengan suhu 39^{o}c.	Penyakit	Hipertermi
2	DS	Mukus tertahan	Ketidakefektifan

	-Ibu pasien mengatakan sejak pasien demam pasien juga terkena batuk tetapi lendirnya tidak keluar -Ibu pasien mengatakan pasien sering bangun dari tidur karena batuk DO : -Tampak pasien batuk -Tampak pasien burusaha untuk mengeluarkan lendirnya		bersihan jalan napas
3	DS: -Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien tidak ada nafsu makan, hanya makan saat di paksa dan hanya makan bubur 1-2 sendok saja dengan lauk pauk berupa tahu, sayur, ikan dari 1 porsi bubur yang disediakan. - Ibu pasien mengatakan pasien mengeluh mual setiap kali makan dan juga selama sakit pasien tidak suka makan apapun. - Ibu pasien mengatakan pasien hanya minum air 2-3 gelas	Kurang asupan makanan	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	- Ibu pasien mengatakan pasien mengeluh mual setiap kali makan dan juga selama sakit pasien tidak suka makan apapun. - Ibu pasien mengatakan pasien hanya minum air 2-3 gelas ukuran (720 cc) selama sakit. DO: -tampak pasien minum hanya 50 cc dari 1 gelas yang disediakan. - Tampak pasien menolak untuk makan, - tampak mukosa bibir pasien kering tampak turgor kulit elastis. - Berat badan pasien saat ini yaitu 16 kg		

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/umur: An.”A”/9 tahun

Unit/kamar : St.Theresia/521

No	Diagnosa Keperawatan
1	Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
2	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan mukus tertahan
3	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan .

D. Rencana Keperawatan

Nama/ umur : An”A”/9 tahun

Unit/ kamar : St. Theresia/ 521

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang diharaplkan(NOC)	Rencana tindakan yang melipitu - Tindakan mandiri - Tindakan observasi - Tindakan kolaborasi - Edukasi
17/04/2018	Hipertermi berhubungan dengan penyakit DS : - Ibu pasien mengatakan pasien demam di rumah sejak 5 hari yang lalu, pasien demam naik turun. - ibu pasien mengatakan pernah membelikan obat sanmol di apotik namun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien kembali normal dengan kriteria hasil: Tanda -tanda vital a. Suhu tubuh 36^{o}c-37,5^{o}c	Perawatan demam Aktivitas –aktivitas 6. Pantau suhu dan tanda vital lain 7. Monitor warna kulit dan suhu 8. Fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas jika diperlukan 9. Beri kompres air hangat bila demam timbul 10. Dorong konsumsi cairan 11. Lembabkan bibir dan mukosa

	demam pasien tidak menurun. - Ibu pasien mengatakan pasien sering rewel dan menangis. DO : - Tampak mata pasien cekung. - Tampak mukosa bibir kering. - Tampak badan pasien teraba hangat dengan suhu 39ºc		hidung lainnya Manajemen obat 1. Tentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol 2. Monitor efektifitas cara pemberian obat yang sesuai 3. Kaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai Pengaturan suhu 1. Monitor suhu paling tidak setiap jam 2. Instruksikan untuk kompres air hangat

17/04/2018	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus tertahan DS : - Ibu pasien mengatakan sejak pasien demam pasien juga terkena batuk tapi lendirnaya tidak keluar. - Ibu pasien mengatakan pasien sering bangun dari tidur karena batuk. DO : - Tampak pasien batuk. - Tampak pasien burusaha untuk mengeluarkan lendirnya.	Setelah dilakukan tindakan keperwatan selam 3x24 jam diharapkan status pernapasan : kepatenan jalan napas dapat teratasi dengan kriteria hasi: - Pernapasan kembali normal - Suara napas kembali normal	Manajemen jalan naf Aktivitas –aktivitas 1. Buang sekr pasien untuk menyedot len 2. Motivasi pasi dalam ,berput 3. Kelolah sebagaimana 4. Posisikan pas ventilasi 5. Auskultasi sua 6. Monitor status 7. Monitor keluh kegiatan ya meningkatkan 8. Anjurkan untu 9. Fisio terapi da

E .Implementasi keperawatan

Nama / umur : An “A”
Unit / kamar :St. Theresia/ 521

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
19/04/2018	1	08.00	memonitor suhu paling tidak setiap jam Hasil/ : - Tampak suhu tubuh pasien 39^{o}c - Tampak pasien teraba hangat	Retsi
	I	08.05	Menginstruksikan untuk kompres air hangat Hasil/ : -Ibu pasien mengatakan akan melakukan seperti yang diinstruksikan -Tampak ibu pasien mengompres pasien dengan air	Martiana
	II	08. 30	menimbang berat badan pasien Hasil/ : -Ibu pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan selama sakit BB :16kg	Martiana
	II	09.00	Memotivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam ,berputar dan batuk Hasil/ : -Ibu pasien mengatakan pasien batuk berlendir	Retsi
	II	09.30	Posisikan pasien untuk memaksimalkan	Martiana

			ventilasi Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien masih sesak dan batuk berlendir	
	I.II	09.45	Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 39x/menit P : 20x/menit	Retsi
	I	10.00	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil /: Tampak pasien diberikan obat Paracetamole infuse 250mg/6jam/ Iv	Retsi
	I.II	11.00	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil/: I Tamapak pasien diberikan obat Cefotaxsime 2x1 gr/IV	Retsi
	I.II	11.05	Mengkaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai Hasil /: -Ibu pasien mengatakan sudah mengerti obat apa yang dikasih dan sudah beberapa obat yang dikasih	Retsi
	I	11.45	memonitor suhu paling tidak setiap jam Hasil/ :	Albina

	I	11.50	- Tampak suhu tubuh pasien 38,2ºc - Tampak pasien teraba hangat Memotivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam ,berputar dan batuk Hasil/ : -Pasien mengatakan pasien akan melakukan seperti yang diinsrtuksikan -Pasien mengatakan masih ada lendir yang ada di dalam	Albina
	I	15.00	memonitor suhu paling tidak setiap jam Hasil/ : - Tampak suhu tubuh pasien 39 ºc - Tampak pasien teraba hangat	Albina
	I	15.10	Dorong konsumsi cairan Hasi/l : -Ibu pasien mengatakan pasien minum air sedikit saja -Tampak ibu pasien memberikan air putih 250cc kepada pasien	Daisy
	I.II	16.00	Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 39x/menit P:33x/menit	Daisy
	I	16.10	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil /:	Albina

	III	17.00	Tampak pasien diberikan obat Paracetamole infuse 250mg/6jam/ Iv	Daisy
	I.II	19.00	Mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir Hasil /: -Ibu pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan -Tampak BB pasien : 18 kg	Perawat weri dan Elo
	I.II	19.05	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil/: Tampak pasien diberikan obat Psiidii syr 3x1/oral Elkana syr 3x1bks/oral	Elo
	I.II	21.00	Mengkaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai Hasil /: Ibu pasien mengatakan sudah mengerti obat apa yang dikasih dan sudah beberapa obat yang dikasih Psiidii syr 3x1/oral Elkana syr 3x1bks/oral Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 38,5x/menit	Elo

	I.II	21.10	P : 33x/menit Menginstruksikan untuk kompres air hangat Hasil/ : -Ibu pasien mengatakan akan melakukan seperti yang diinstruksikan	Elo
	I.II	06.00	-Tampak ibu pasien mengompres pasien dengan air Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 38,5x/menit	Retsi
	I	06.10	P : 33x/menit Menginstruksikan untuk kompres air hangat Hasil/ : -ibu pasien mengatakan akan melakukan seperti yang diinstruksikan	Martiana
	I	06.15	-tampak pasien dikompres air hangat Menginstruksikan pasien untuk minum banyak minum air putih Hasil/ :	Albina
	II	06.20	Ibu pasien mengatakan selalu diberi minum tapi anaknya hanya minum sedikit Memberikan Posisi semifowler kepada pasien untuk memaksimalkan ventilas	Rini

			Hasil/ : -Pasien mengtakan sesakny sedikit berkurang jika diberikan posisi seperi ini tapi batuknya tidak berkurang	

20/04 /2018	I	08.00	memonitor suhu paling tidak setiap jam Hasil/ : - Tampak suhu tubuh pasien 39^{o}c - Tampak pasien teraba hangat	Retsi
	I	08.30	Melembabkan bibir dan mukosa hidung	Retsi

			lainnya Hasil /: -Ibu pasien mengatakan bibir pasien kering karena demam -Tampak bibir pasien kering	
	II	10.00	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil /: -Tampak pasien diberikan obat	Retsi
	I.II	10.20	Paracetamole infuse 250mg/6jam/ Iv	
	I.II	11.00	Mengkaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai Hasil /: -Ibu pasien mengatakan sekarang pasien dipasang obat paracetamol	Retsi
			Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 38,5x/menit P : 30x/menit	Martiana
	II	11.30	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil/: -Tampak pasien diberikan obat Cefotaxsime 2x1 gr/IV	Martiana
	I	12.00	Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	Martiana

			Hasil/ : -Ibu pasien mengatakan pasien masih sesak dan batuk berlendir	
	I	15.00	Memonitor suhu paling tidak setiap dua jam Hasil/ : - Tampak suhu tubuh pasien 38,2^{o}c - Tampak pasien teraba hangat	Martiana
	I	15.10	Dorong konsumsi cairan Hasil/ : -Ibu pasien mengatakan pasien minum air sedikit saja - Tampak ibu pasien memberikan air putih 250cc kepada pasien	Rini p
	I.II	16.00	Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 37,8x/menit P : 30x/menit	Rini p
	I.II	16.10	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil /: -Tampak pasien diberikan obat Paracetamole infuse 250mg/6jam/ Iv Insrtuksikan pasien mengenai	Rini p
	III	17.00	mengenai kebutuhan nutrisi yaitu:membahas pedomaan diet dan	Rini p

			piramida makanan Hasil/: -Ibu Pasien mengatakan pasien jarang makan baik sayur maupun buah-buahan -Ibu pasien mengatakan pasien suka jajan di luar/ pinggir jalan	
	I.II	19.00	Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil/: -Tampak pasien diberikan obat Psiidii syr 3x1/oral Elkana syr 3x1bks/oral	Rini p
	I.II	19.05	Mengkaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai Hasil /: -Ibu pasien mengatakan sudah mengerti obat apa yang dikasih dan sudah bebrapa obat yang dikasih Isopironot 2x1/ oral Psiidii syr 3x1/oral Elkana syr 3x1bks/oral	Rini p
	I.II	21.00		
	I	21.05	Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 38,5x/menit P : 26x/menit	Albina Daisi
	I.II	06.00	Instruksikan kompres air hangat saat demam timbul Hasil /:	Martiana

	II	06.05	-Ibu pasien mengatakan akan segera diberikan kompres hangat -Tampak pasien diberi kompres air hangat oleh ibu dan dibantu oleh perawat Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 37^{o}c P : 23x/menit	Retsi
	II	06.10	Ibu pasien mengatakan pasien tidak demam lagi Monitor keluhan napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk atau meningkatkan sesak Hasil /: Ibu pasien mengatakan pasien sesak ketika batuk dan jika pasien beraktifitas terlalu banyak Tampak pasien masih sedikit sesak dan batuk berlendir Monitor status pernapasan	Albina

21/04 2018	I	08.00	memonitor suhu paling tidak setiap dua jam Hasil/ : - Tampak suhu tubuh pasien 37,2^{o}c - Tampak pasien tidak demam	Retsi
	II	09.00	Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam ,berputar dan batuk Hasil/: Ibu pasien mengatakan pasien batu keras dan lendirnya sudah bisa keluar tapi sedikit	Martiana
	II	09.05	Anjurkan untuk minum air hangat Hasil /: Ibu pasien mengatakan pasien selalu diberi air	Martiana

			hangat	
	I	10.00		Retsi
			Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil /: Tampak pasien diberikan obat Paracetamole infuse 250mg/6jam/ Iv	
			Mengkaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai Hasil /: Ibu pasien mengatakan sekarang pasien dipasang obat paracetamol	
	I.II	10.20		Retsi
			Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 37ºc	
	I.II	11.10	P : 20x/menit	Retsi
			Mentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol Hasil/: I	
	II	11.20	Tamapak pasien diberikan obat Cefotaxsime 2x1 gr/IV	Martiana
			Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Hasil/:	
	III	11.30	Ibu pasien mengatkan pasien tidak sesak lagi tetapi masih batuk berlendir	Albiana

	III I	15.00 15.20	Timbang berat badan Hasil/ : Tampak berat badan pasien 16kg Insrtuksikan pasien mengenai mengenai kebutuhan nutrisi yaitu:membahas pedomaan diet dan piramida makanan Hasil /: Ibu pasien mengatakan selama pasien dirumah sakit makanan pasien teratur akan tetapi tidak dihabisi setiap satu porsi makanan Ibu pasien mengatakan untuk kedepannya makanan pasien aklan dikontrol Memantau suhu dan tanda vital lainnya Hasil/: Tampak N: 98xmenit S : 37°c P : 23x/menit Ibu pasien mengatakan pasien tidak demam lagi	Rini

E. Evaluasi

Nama/umur : An"A"/9 Thn

Unit /kamar : St.Theresia/521

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama perawat
19/04/2018	Dp I: Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Ibu pasien mengatakan sudah dikompres tapi demamnya masih naik turun O : - Tampak suhu tubuh pasie masih teraba hangat Tampak suhu tubuh pasie 38,5x/menit A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Perawatan demam 1.2.3.4.5 - Manajemen obat 1.2.3 - Pengaturan suhu 1.2 DP II: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan S : Pasien mengtakan sesakny sedikit berkurang jika diberikan posisi seperi ini tapi batuknya tidak berkurang O : Tampak pasiem masih sesak disrtai batuk berlendir A: Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi	Frederetsia

20/04/2018	P : Lanjutkan intervensi Monitor jalan napas 1.2.3.4.5 DP : Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengam kurangnya asupan makanan S : - Ibu pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan O : Tampak bb pasien : 18 A : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor nutrisi 1.2.3.4 - Manajemen cairan elektrolit 1.2.3 DP : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak demam lagi O : Tampak suhu tubuh pasien S : 37^{o}c A : Hipertermi sudah teratasi P : Stop intervensi DP : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak seak lagi tapi masih batuk berlendir	Frederetsia

	O : Tampak pernapasan pasien 33x/menit A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.2.3.4.5.6.7.8.9 DP : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kurang asupan makanan S : - Ibu pasien mengatakan pasien jarang makan baik sayur maupun buah-buahan - Ibu pasien mengatakan pasien suka jajan diluar/ pinggir jalan O : - Tampak pasien hanya menghabiskan makanan ¼ setiap porsi disediakan - Tampak BB : 18kg A: Ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.2.3.4.5.6.7.8.9	
21/04/2018	DP : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak demam lagi	

	O : Tampak suhu tubuh pasien 37^{o}c A : Hipertermi sudah teratasi S : Stop intervensi DP: Ketidakefektifan bersihan jalan napas S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak sesak lagi tapi masih batuk berlendir O : Tampak pernapasan 30x/ A : Ketidakefektifan bersihan jalan naps sedikit teratasi P : Stop intervensi DP : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh S : Ibu pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan O : Tampak pasien hanya menghabiskan makanan ¼ setiap porsi disediakan Tampak BB :18kg A : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P: Stop intervensi	

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Paracetamol
   a. Nama obat : paracetamol
   b. Klasifikasi /golongan obat : Analgetik
   c. Dosis umum : 325-1000mg/4-6jam
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200mg
      Cara pemberian : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      menghambat sitesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam
   f. Alasan pemberian obat pada pasien :
      pasien demam dan tubuh pasien teraba hangat
   g. Kontra indikasi :
      hipersensivitas sebelumnya, produk yang mengandung alcohol, penderita penyakit ginjal dan hati
   h. Efek samping oabat : Gi Nekrosis hepatic (overdosis) Derm : Ruam, Utikaria

2. Dcefotaxime
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : Dewasa dan anak-anak >12 tahun1-2 gram sekali sehari tergantung berat ringannya infeksi.dosis total sehari tidak boleh lebih dari 4 gram
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1.0 g/8jam
   d. Cara pemberian obat : injeksi/iv
   e. Mekanisme kerja obat :
      Cefoperasone diabsorbsi setelah pemberian intravena. Cefoperasone secara cepat berdifusi kedalam jaringan bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan, konsentrasi bakterisidal menetap selama 24jam,80-90%
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
      Obat ini diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi dan mengurangi rasa nyeri pada pasien luka post operasi yang dialami pasien
   g. Kontraindikasi :
      Hipersensifitas terhadap antibiotic golongan sefalosforin, pada penderita alergi penecilin, kemungkinan reaksi alergi harus dipikirkan
   h. Efek samping :
      1) Gangguan pencernaan diare, mual, muntah, stomatitis
      2) Reaksi kulit eksterma, dermatitis, alergi dan gatal

3. Elkana syrup
   a. Klasifikasi/golongan obat : vitamin dan suplemen
   b. Dosisi umum : dewasa dan anak> 6 tahun: 2xsehari 1-2 tablet
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 ml
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja obat : Elkana syrup 120 mengandung ml mengandung Vitamin A, Vitamin D, Cod liver oil, AA-DHA, Curcuma, Multivitamin. Dimana vitamin A baik untuk kesehatan mata, Vitamin D yang berhubunga dengan pertumbuhan tulang dan gigi. Elkana bekerja sebagai suplemen untuk memwnuhi kebutuhan vitamin dan mineral dalam tubuh, membantu perkembangann otak dan kecerdasan anak
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Karena pasien kurang nutrisi
   g. Kontraindikasi : suplemen makanan untuk anak
   h. Efek samping : Tidak ada efek samping

4. Psidii
   a. Klasifikasi/golongan obat : Obat herbal terstandar
   b. Dosisi umum : 1-2 sendok takar (510ml) sirup, 3 kali sehari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 ml
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja obat : Psidii merupaka obat penambah trombosit yang mengandung ektrak daun jambu
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Karena trombosit pasien menurun
   g. Indikasi : meningkatkan jumlah trombosit darah

Pemeriksaan Laboratorium dan Terapi

Nama :An ”A
Umur :9 Tahun
Jenis Kelamin :F
No. R. Medis :422256
Nomor Lab : 121

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Nornal
WBC	8.6		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	5.0		10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	13.5	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	38.10	-	%	[42 --- 52]
MCV	76.8	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.2		pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	63	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	13.2		%	[11.5 --- 14. 5]
PDW	0.00	-	fL	[9 --- 13]
MPV	0.00	-	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	0.00	-	%	[15 --- 25]
NEUT%	47.9		%	[40 --- 74]
LYM%	37.0		%	[19 --- 48]
MXD%	15.1		%	[4 --- 18]
NEUT#	4.1		10^3/Ul	[1.5 --- 7]
LYM#	3.2		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	1.3	+	10^3/uL	[0 --- 1.2]

Catatan : Trombositopenia

2.Pemeriksaan Diagnostik

a) Pemeriksaan widal

Tanggal pemeriksaan 11 April 2018

Widal	Hasil
Anti salmonella thypi Igm	Positif (+2)
Anti salmonella thypi	Positif

Pemeriksaan laboratorium dan terapi

Nama :An ”A
Umur :9 Tahun
Jenis Kelamin :F
No. R. Medis :422256
Nomor Lab : 121

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Nornal
WBC	4.2	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	5.7		10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	15.5		g/dL	[14 --- 18]
HCT	43.00		%	[42 --- 52]
MCV	75.8	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.3		pg	[27 --- 31]
MCHC	36		g/dL	[33 --- 37]
PLT	37	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	13.4		%	[11.5 --- 14. 5]
PDW	0.00	-	fL	[9 --- 13]
MPV	0.00	-	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	0.00	-	%	[15 --- 25]
NEUT%	33.4	-	%	[40 --- 74]
LYM%	46.4		%	[19 --- 48]
MXD%	20.2	+	%	[4 --- 18]
NEUT#	1.5		10^3/Ul	[1.5 --- 7]
LYM#	1.9		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.8		10^3/uL	[0 --- 1.2]

Catatan :

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	6.5		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4.8		10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	13.1	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	37.40	-	%	[42 --- 52]
MCV	77.3	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.3		pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	20	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	12.7		%	[11.5 --- 14. 5]
PDW	19.6	+	fL	[9 --- 13]
MPV	11.8	+	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	39.6	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	53.2		%	[40 --- 74]
LYM%	20.4		%	[19 --- 48]
MXD%	26.4	+	%	[4 --- 18]
NEUT#	3.5		10^3/Ul	[1.5 --- 7]
LYM#	1.3		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	1.7	+	10^3/uL	[0 --- 1.2]

Catatan:

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori yang diperoleh dari tinjauan teoritis dengan pengamatan kasus yang ditemukan dalam asuhan keperawatan pada An “A” dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada unit St.Theresia yang berlangsung selama tiga hari. Pembahasan dalam bab ini menggunakan proses keperawatan meliputi pengkajian,diagnosis keperawatan,rencana keperawatan,implementasi dan evaluasi.

A.Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 18 April 2018, diperoleh data yaitu pasien masuk dengan diagnose penyakit *Dengue Haemoragic Fever* dengan keluhan utama demam.

keadaan umum pasien lemah, ibu pasien mengatakan pasien demam disertai sesak dan batuk berlendir, tampak tubuh pasien teraba hangat, tampak pasien sesak disertai batuk berlendir, tampak pasien lemah,mata cekung,mukosa bibir kering, tampak suhu 39ºc, pernapasan 33x/ menit, 100 x/menit, tampak pasien menolak untuk makan, tampak mukosa bibir pasien kering,tampak pasien lemah, tampak mata pasien cekung, tampak turgor kulit elastis. Berat badan pasien saat ini yaitu 16 kg.

Pada saat dirawat pasien mendapat terapi terpasang infus AS400cc dengan 18tetes/menit, HGB (13.50, HCT (38.10), MCV 76.8, PLT (63), PDW(0.00), MPV(0.00), P-LCR (0.00), MXD#(1.3), Anti Dengue Ig(Positif(+), Anti Dengue Ig (Positif(+).

Berdasarkan data hasil pemeriksaan laboratorium maka diagnosis medisnya adalah DHF.

Demam merupakan manifestasi utama yang terjadi pada pasien DHF. Pada pemeriksaan suhu diperoleh hasil 39^0 C, hal ini disebabkan oleh infeksi virus dengue di dalam darah atau dengan istilah lain viremia. Nyamuk aedes aegypti menggigit manusia dan mengeluarkan arbovirus sehingga beredar d idalam aliran darah dan terjadilah infeksi virus dengue (viremia). Karena terjadinya infeksi maka diaktifkan sistem komplemen untuk membentuk dan melepaskan zat C3a dan C5a yang merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan PGE2 sehingga terjadi hipertermi. Kompensasi tubuh meningkat menyebabkan dilatasi pembuluh darah dan terjadi reabsorsi Natrium dan H2O yang menyebabkan permeabilitas membrane meningkat yang akan menimbulkan agregasi trombosit dan terjadilah trombositopeni. Pada kasus An. “A” nilai trombosit yang ditemukan pada pasien adalah 72 10^3/uL(150 – 450 10^3/uL) sedangkan nilai HCT dalam batas normal (nilai normal 42 - 52) hal ini terjadi karena sudah diimbangi dengan terapi pemberian cairan sehingga tidak terjadi peningkatan HCT. Turunnya nilai trombosit dan peningkatan HCT pada pasien *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) disebabkan oleh virus dengue yang masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes Aegypti/Albopictus yang akan mengakibatkan terjadinya viremia sehingga terjadinya pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga terjadinya dilatasi pembuluh darah. Terjadinya dilatasi pembuluh darah mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah yang selanjutnya dapat menimbulkan volume plasma menurun dan hematokrit meningkat.

Berdasarkan anamnesis dengan ibu pasien diperoleh data bahwa lingkungan tempat tinggalnya bersih. Ibu pasien juga mengatakan sering menggantung baju dikamarnya, dan pasien tidur tidak menggunakan kelambu. Hal ini dapat dikatakan bahwa lingkungannya tidak bersih, karena nyamuk Aedes Aegypti hidup dan berkembang biak pada tempat yang gelap, lembab dan tersembunyi di dalam rumah atau bangunan dan termasuk di tempat tidur dan kamar mandi.

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan kasus yang dikelola dan data yang mendukung pada saat pengkajian, penulis merumuskan tiga diagnose keperawatan yaitu, diagnosis keperawatan yang pertama adalah hypertermi berhubungan dengan penyakit. Diagnosis ini didukung oleh adanya kuman salmonella thypi dalam uji widal dan pada observasi data yang diperoleh yaitu badan teraba hangat suhu tubuh 38^{o}c, berdasarkan NANDA 2015-2017 menjelaskan bahwa atasan karateristik untuk mengangkat diagnose pertama hypertermi adalah apnea, gelisah, kejang, hipotensi, koma, kulit kemerahan, kulit terasa hangat, latergi, postur abnormal, stupor, takikardi, takipnea, vasodilatasi. Diagnose keperawatan kedua adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan diagnosis ini didukung oleh adanya keluhan dan tanda gejala yang muncul pada pasien sesak dan batuk berlendir pernapasan 33x/menit. Berdasarkan NANDA 2015-2017 menjelaskan bahwa batasan karateristik untuk mengangkat diagnosis kedua ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah adalah batuk yang tidak efektif, dispnea, gelisah, kesulitan verbalisasi, mata terbuka lebar, ortopnea, penurunan bunyi napas, perubahan frekuensi napas, perubahan pola napas, sianosis, sputum dalam jumlah yang berlebihan, suara napas tambahan, tidak ada batuk. Diagnose keperawatan ketiga adalah ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan diagnosis ini didukung oleh adanya keluhan dan tanda gejala yang muncul pada pasien pasien menolak untik makan,tampak mukosa bibir kering,tampak mata pasien cekung, berat badan pasien 16 kg. Berdasarkan NANDA 2015-2017 menjelaskan bahwa batasan karateristik untuk mengangkat diagnose ketiga ketidakseimbangan nutrisi adalah berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal, bising usus hiperaktif, cepat kenyang setelah makan , diare, gangguan sensasi rasa, kehilangan

rambut berlebihan, kelemahan otot pengunyah, kelemahan otot untuk menelan, kerapuhan kapiler, kesalahan informasi, kesalahan persepsi, ketidakmampuan memakan makanan, kram abdomen, kurang informasi, kurang minat pada makanan, membrane mukosa pucat, nyeri abdomen, penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat, sariawan rongga mulut, tonus otot menurun.

Berdasarkan data dari pengamatan kasus diatas menunjukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang diangkat penulis karena sebagian tan dan gejala yang dialami pasien tidak ada pada tinjauan teoritis. Secara teori ada enam diagnosis keperawatan sedangkan pada An “A” terdapat tiga diagnosis keperawatan.Diagnosis keperawatan yang lain tidak diangkat karena tidak ada tanda dan gejala yang ada pada pasien.

C. Rencana Keperawatan

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Pantau suhu dan tanda vital lain, Monitor warna kulit dan suhu,fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas jika diperlukan, beri kompres air hangat bila demam timbul, dorong konsumsi cairan, lembabkan bibir dan mukosa hidung lainnya, tentukan obat apa yang diperlukan,dan kelolah menurut resep dan atau protocol monitor efektifitas cara pemberian obat yang sesuai, kaji ulang pasien dan atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang sesuai, monitor suhu paling tidak setiap jam, Instruksikan untuk kompres air hangat

2.) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubunga dengan mukus berlebihan

Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Buang secrer dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk dan menyedot lender motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam ,berputar dan batuk kelolah nebulizer ultrasonic, sebagaimana mestinya, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilas, auskultasi suara napas, monitor status pernafasan, monitor keluhan napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk atau meningkatkan sesak, anjurkan untuk minum air hangat, fisio terapi dada

3.) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan

Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Timbang berat badan, monitor adanya warna, pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering, monitor turgor kulit dan mobilitas, identifikasi perubahan berada badan terakhir, insrtuksikan pasien mengenai mengenai kebutuhan nutrisi yaitu:membahas pedomaan diet dan piramida makanan, identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan usia.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan megacu kepada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga dapat tercapai. Pada tahapa ini penulis melakasanakan apa yang telah direncanakan sebelumnya selama 3 hari, sebagai acuan dalam melakukan implementasi. Sebelum melakukan tindakan sebaiknya terlebi dahulu menjelaskan tentang tindakan apa yang akan dilakukan dan mengharapkan kerja sama yang baik antara pasien dan keluarga pasien sehingga untuk mempermudah mencapai hasil yang diharapkan

1. Hypertemi berhubungan dengan penyakit

   Untuk diagnose hypertermi penulis melakukan in tervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama memonitor tanda-tanda vital, menentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan atau protocol ,memonitor suhu paling tidak setiap jam, dorong konsumsi cairan, menginstruksikan untuk kompres hangat, menginstruksikan pasien untuk minum banyak minum air putih pada hari pertama hipertemi belum teratasi, selanjutnya implementai hari yang kedua sesui dengan intervensi yang telah direncanakan uhu tubuh pasien kembali normal

2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus belebihan

   Untuk diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan napas penulis melakukan intervensi yang yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama yang dilakukan memotivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk,memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi .penulis melanjutkan intervensi dihari kedua dan hari ketiga karena paien masih batuk

3. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

   Untuk diagnosis ketidakseimbanga nutrisi penulis melakukan intervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama yang dilakukan adalah menimbang berate badan pasien, instruksikan menegenai kebutuhan nutrisi yaitu: membahas pedoman diet dan piramida makanan, identifikasi perubahan berat badan terakhir.penulis melanjutkan intervensi dihari kedua dan hari ketiga karena pasien masih malas makan.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mencakup tentang apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada paien selama 3 hari (18-21 April 2018).

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit : masalah hipertermi sudah teratasi dengan Ibu pasien mengatakan pasien tidak demam lagi dan suhu tubuh pasien 37^{o}c
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan : sedikit teratasi yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan pasien tidak seak lagi tapi masih batuk berlendir, Tampak pernapasan pasien 33x/menit
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan belum teratasi yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan pasien jarang makan baik sayur maupun buah-buahan, ibu pasien mengatakan pasien suka jajan diluar/ pinggir jalan , tampak pasien hanya menghabiskan makanan ¼ setiap porsi disediakan , tampak BB : 18kg

BAB V
PENUTUP

Setelah membaca teori oni dan melakukan perawatan langsung pada An “A” denga *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) diruang perawatan St. Theresia, Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Berdasarkan pengkajian data yang diperoleh dengan keadaan umum pasien lemah,tampak tubuh pasien teraba hangat dengan suhu 39ºc, tampak mata pasien cekung dan mukosa bibir kering, hasil laboratorium HGB (13.50), HCT(38.10), MCV(76.8), PLT(63), PDW(0.00), MPV(0.00), P-LCR(0.00), MXD#(1.3), dan Anti Dengue Ig(Positif(+)),Anti Dengue Ig(Positif(+)). Maka penulis dapat membandingkan antara tinjuan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan mengenai asuhan keperawatan pada An “A” dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) di ruang perawatan St. Theresia kamar 521 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan :

1. Setelah melakukan pengkajian, penulis menganalisa data sehingga menemukan 3 masalah keperawatan yaitu :
   a) Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   b) Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus tertahan
   c Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan
2. Dari intervensi keperawatan yang penulis susun pada prinsipnya penulis mengambil dari NIC dan NOC meliputi tindakan mandiri, observasi, penyuluhan dan kolaborasi.

3. Dari rencana tindakan yang disusun, penulis telah melaksanakan rencana tersebut karena dalam pelaksanaan penulis juga melibatkan pasien, keluarga pasien, rekan perawat dan tim medis lainnya.
4. Setelah pengimplementasian dilakukan selama tiga hari, dan pada hari terakhir penulis menemukan bahwa hipertermi berhubungan dengan penyakit teratasi, ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus tertahan teratasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan teratasi. Dari rencana tindakan yang disusun, penulis telah melaksanakan sepenuhnya ini di karenakan dalam pelaksanaan keperawatan penulis melibatkan atau bekerja sama dengan keluarga, pasien sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
5. Setelah melakukan implementasi penulis mengevaluasi selama 3 hari dan ketiga masalah pada An “A” telah teratasi sesuai dengan NOC yang telah ditetapkan oleh penulis.

B. Saran

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

1. Bagi pasien dan keluarga

   Kiranya pasien mampu mengubah pola hidup menjadi pola hidup yang sehat dengan menciptakan lingkungan yang bersih dengan pedoman 3M (menguras, menutup, mengubur) sehingga mencegah terjadinya DHF.
2. Institusi Rumah Sakit
   a) Diharapkan pihak rumah sakit dapat memberikan informasi atau penyuluhan secara langsung ke pasien dan keluarga pasien. Memperbanyak leaflet tentang *Dengue Haemoragic*

Fever (DHF) dan disimpan pada 1 tempat tersendiri untuk bisa dibaca ataupun dibawa pulang oleh pasien dan keluarga pasien.

b) Mengoptimalkan informasi tentang cara untuk menjaga kesehatan pasien dan untuk mengatasi penyebab *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) dengan memberikan pertolongan pertama di rumah yaitu pemberian minum sedikit tapi sering, kompres hangat bila demam tinggi dan segera membawa ke puskesmas / rumah sakit terdekat.

c) Memberikan informasi tentang tindakan pencegahan yang dapat di lakukan yaitu mempertahankan lingkungan yang bersih dan sehat dengan pedoman 3M (menguras, menutup, mengubur).

3. Institusi Pendidikan

Sebaiknya pendidikan memperbanyak persediaan buku-buku di perpustakaan khususnya buku yang membahas tentang DHF dan selalu mengaktifkan wifi agar mahasiswa/mahasiswi tidak kesulitan untuk mendapatkan referensi yang dibutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner dan Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC.

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

Diskes Kota Makassar. (2014). *Profil Kesehatan Kota Makassar.* Makassar: Bakti Husada.

Hasdiana dan Dewi. (2014). Virologi*: Mengenal virus, Penyakit, dan pencegahannya.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Heather. (2012-2014). DIAGNOSIS KEPERAWATAN *Defenisi dan Klasifikasi.* Jakarta: EGC.

Irianto. (2010). *Struktur dan Fungsi Tubuh Manusia untuk Paramedis.* Bandung: CV. Yrama Widya.

Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Risskesdas).* Jakarta: Bakti Husada.

Nurhayati. (2013).*Gambar Pembuluh Darah.*http://www.Biologipedia.blogspot.com. Diunduh dari tanggal 14 mei 2018.

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

Rahayu. (2009). *Asuhan Keperawatan Anak dan Neonatus.* Jakarta: Salemba Medika.

Hadinegoro. (2004). *Tatalaksana Demam Berdarah Dengue* Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Soegijanto. (2006) *Demam Berdarah Dengue*. Surabaya: Airlangga UniversityPress.

Soetjningsih. (2013). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC

Wilkinson dan Ahem. (2011). Buku *Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Frederetsia Palang Payi

NIM : E1514401021

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada An. "A" dengan *Dengue Hemoragic Fever*

Pembimbing : Mery Sambo, S.Kep., Ns., M. Kep

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing
1.	12-04-1018	Konsul Judul KTI	
2.	13-04-2018	Konsul Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa Keperawatan dan Intervensi	
3.	14-04-2018	Perbaikan Pengkajian dan diagnosa Keperawatan	
4.	16-04-2018	Konsul BAB I Tambahkan Pendahuluan,	
5.	22-04-2018	Konsul perbaikan BAB I Konsul BAB II Konsul Renpra Konsul BAB IV Konsul BAB V	
6	23-04 2018	Konsul perbaikan BAB II Konsul perbaikan BAB IV Konsul perbaikan BAB V	
7	27-04-2018	Konsul Perbaikan BAB IV Konsul Perbaikan BAB V Konsul Patoflodiagram Konsul Daftar Pustaka	
