

**KARYA TULIS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M.R DENGAN DEMAM  
BERDARAH DENGUE MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI  
COMFORT : KATHARINE KOLCABA DI RUANG KENANGA RSUD  
PROF. Dr. W. Z. JOHANES KUPANG**

Karya Tulis Akhir ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Profesi Keperawatan Pada Program Studi  
Ners Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**OLEH:**

**Richi Ronaldo Tafui, S. Kep**  
**NIM. PO5303211211592**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI NERS  
2022**

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Richi Ronaldo Tafui, S. Kep  
NIM : PO 5303211211592  
Program Studi : Ners Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Meryatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksias perbuatan tersebut.


Kupang, April 2022

Pembuat pernyataan



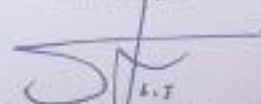
Richi Ronaldo Tafui, S. Kep  
PO.5303211211592

Mengetahui  
Pembimbing 1



Ns. Yulianti K. Banhae, S. Kep., M. Kes  
NIP. 197607312002122003

Mengetahui  
Pembimbing 2



Dr. Florentianus Taj, S. Kep., M. Kes  
NIP. 196911281993031005

## LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulisan Akhir oleh Richi Ronaldo Tafui, S. Kep  
NIM : PO.5303211211592 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada An. M.R.  
Dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan Teori Comfort Kolcaba Di  
Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”

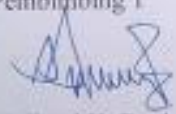
Disusun oleh



Richi Ronaldo Tafui S. Kep  
PO. 5303211211592

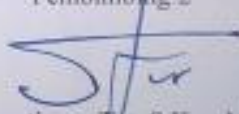
Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi Ners  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada tanggal, September 2022

Mengetahui  
Pembimbing 1



Ns. Yulianti K. Banhae, S. Kep., M.Kes  
NIP. 197607312002122003

Mengetahui  
Pembimbing 2



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M. Kes  
NIP. 196911281993031005

**LEMBAR PENGESAHAN**

Laporan Studi Kasus oleh Richi Ronaldo Tafui, S.Kep.  
dengan judul "Penerapan Teori Comfort Kolcaba Pada An. M.R. Dengan  
Demam Berdarah Dengue Di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes  
Kupang" telah dipertahankan di depan dewan penguji  
pada Tanggal September 2022

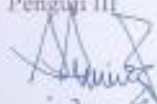
Mengetahui

Penguji I



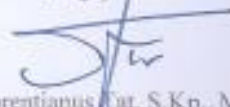
Sabirus B. Kelana, S.Kep, Ns., M. Kep  
NIP. 197304101997031002

Mengetahui  
Penguji III



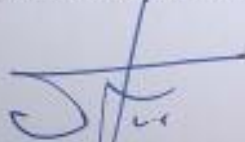
Ns. Yulianti K. Banhae, S. Kep., M.Kes  
NIP. 197607312002122003

Mengetahui  
Penguji II



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M. Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M. Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengesahkan  
Ketua Program Studi  
Pendidikan profesi Ners



Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.Kep., M.Kep  
NIP. 197908052001122001

## **BIODATA PENULIS**

### **I. Identitas**

1. Nama : Richi Ronaldo Tafui ,S.Kep.
2. Tempat, Tanggal Lahir : Passi 03 November 1996
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki
4. Alamat : Passi

### **II. Riwayat Pendidikan**

1. Tamat SD Negeri Passi, Tahun 2009
2. Tamat SMP Negeri SATAP Passi, Tahun 2012
3. Tamat SMAN 1 Fatuleu, Tahun 2015
4. Tamat Sarjana Keperawatan Kota Kupang, Tahun 2019
5. Tamat Profesi Ners Poltekes Kemenkes Kupang Tahun 2022

**Motto :**

**TIDAK ADA KATA TERLAMBAT UNTUK MENCIPTAKAN KEHIDUPAN  
YANG KAMU INGINKAN**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan Ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir tentang “Penerapan Teori Comfort Kolcaba Pada An. M.R. Dengan Demam Berdarah Dengue Di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Akhir ini dibuat untuk menyelesaikan studi pada waktunya. Karya Tulis Akhir ini dibuat untuk menyelesaikan studi Profesi Ners dan mendapat gelar Profesi.

Laporan studi ini berisikan tentang konsep dasar penyakit Demam Berdarah Dengue konsep teori keperawatan dan hasil pengkajian penyakit Demam Berdarah Dengue yang didapat dari lahan praktik yang meliputi pengkajian data kesehatan pasien, analisis masalah kesehatan dari data yang diperoleh, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana pemecahan masalah, melakukan implementasi dan evaluasi dari rencana pemecahan masalah yang dibuat. Pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada Ns. Yulianti K. Banhae, S. Kep.,M.Kes selaku dosen pembimbing 1 yang telah dengan sabar membimbing penulis sejak ujian praktik, proses penyusunan studi kasus hingga saat ujian sidang, Dr. Florentianus Tat, S.Kep., M. Kes selaku dosen pembimbing 2 yang telah dengan sabar membimbing penulis sejak ujian praktik, proses penyusunan studi kasus hingga saat ujian sidang, Sabinus B. Kedang., S.Kep, Ns., M. Kep selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan studi kasus ini.

kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang Ibu Dr. R.H Kristina, SKM.,M.Kes, selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi Ners

2. Ibu Yoani M. V. B. Aty,S.kep.,M.Kep, selaku Ketua Prodi Ners Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Bapak ibu dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi Ners Keperawatan yang telah memberikan materi dan praktik selama dalam proses perkuliahan.
4. Kepada kedua orang tua dan keluarga yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini dengan baik.
5. Sahabat (Albert C.O. Kandiwanu, Olvian Marawelli, Yulius Wonga, Eyan Roberto Willa, Maximus R. Dowa, Alan H. Adu, Hadi Mandala, Mario Stefanus Leo, Fransiskus Engki, Arsen, Elton Mesak, Maria A. Bengu, Megi Ximenes, Sabina L. Hamu, Cyntia M. P, Marnesty, Ria Rambu Y. Katibi, Foni A. Nenobais, Florentina Tanda, Veronika Goa, Ira Regi, Adina Soares, Anike Banunaek, Merlin Besa, Ricky Ly) memberikan dukungan dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
6. Angkatan 3 Ners Poltekkes Kupang tahun 2022, yang selalu setia memberikan dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan laporan ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan studi kasus ini.

Kupang, September 2022

Penulis

## ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada An. M.R. Dengan Demam Berdarah Dengue  
Menggunakan Pendekatan Teori Comfort: Katharine Kolcaba Di Ruang Kenanga  
RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

**Richi Ronaldo Tafui, S. Kep**

**PO.5303211211592**

**Prodi Profesi Ners, Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**

**Email: [ricky03junior@gmail.com](mailto:ricky03junior@gmail.com)**

**Latar belakang :** Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang menyerang anak serta orang dewasa yang ditimbulkan oleh virus menggunakan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot & sendi. **Tujuan :** untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada An. M.R dengan Demam Berdarah Dengue di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. **Metode :** asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan teori *comfort*: Katharine Kolcaba. **Hasil :** pengkajian kenyamanan fisik: Ibu pasien mengatakan anaknya panas tinggi  
Kenyamanan psikospiritual: Ibu pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit pasien menjadil lebih rewel dan sering menangis. Kenyamanan sosiokultural: Anak nampak kurang berinteraksi dengan Perawat/Dokter dan sering menangis bila ada Perawat/Dokter yang masuk ke ruangnya. Kenyamanan lingkungan: kebisingan yang terdapat di ruangan kenanga cukup tinggi karena banyaknya pasien yang di rawat disana. **Diagnosa:** fisik: terdapat 2 diagnosa keperawatan yaitu hipertemi berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) dan risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia). **Intervensi:** intervensi keperawatan yang disusun pada An. M.R yaitu *standar of comfort, coaching, comfort food for the soul*. **Implementasi :** diagnosa hipertemi dan risiko perdarahan dapat teratasi. **Evaluasi:** masalah hipertermi dan risiko perdarahan teratasi **Saran:** perawat dapat menerapkan teori *comfort* untuk memberikan kenyamanan secara menyeluruh pada pasien.

**Kata Kunci:** *Asuhan Keperawatan, Demam Berdarah Dengue, Comfort Kolcaba*



## DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	i
LEMBARAN PERSETUJUAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
BIODATA PENULIS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DARTAR TABEL .....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan .....	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.2.3 Manfaat penulisan.....	6
BAB 2 TINJAUAN TEORI .....	8
2.1 Konsep Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) .....	8
2.1.1 Pengertian Demam Berdarah Dengue (DBD) .....	8
2.1.2 Etiologi .....	9
2.1.3 Manifestasi klinis .....	10
2.1.4 Patofisiologi.....	12
2.1.6 Klasifikasi .....	15
2.1.7 Komplikasi.....	15
2.1.8 Pemeriksaan penunjang .....	17
2.1.9 Pencegahan .....	20
2.2 Aplikasi Teori Comfort Katherine Kolcaba Dalam Penerapan Asuhan .....	23
Keperawatan Pada Anak Dengan Deman Berdarah Dengue (DBD) .....	23
2.2.1 Pengkajian .....	23

2.2.2	Diagnosa Keperawatan .....	26
2.2.3	Intervensi Keperawatan .....	27
2.2.4	Implementasi Keperawatan .....	30
2.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	30
2.3	TEORI COMFORT: KOLCABA.....	31
2.3.1	Biografi Khatarine Kolcaba .....	31
2.3.3	Tingkat kenyamanan.....	32
2.3.4	Konteks Kenyamanan .....	34
2.3.5	Asumsi Teori Kolcaba .....	35
2.3.6	Konsep Teori.....	35
2.3.7	Paradigma Keperawatan .....	37
2.4	KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN MENURUT COMFORT: KOLCABA. ....	38
2.4.1	Pengkajian .....	38
2.4.2	Diagnosis Keperawatan .....	39
2.4.3	Intervensi Keperawatan .....	39
2.4.4	Implementasi Keperawatan .....	39
2.4.5	Evaluasi Keperawatan.....	40
BAB 3	STUDI KASUS.....	42
3.1	Gambaran Kasus.....	42
3.1.1	Pengkajian dengan pendekatan teori kenyamanan Kolcaba. ....	44
3.1.2	Diagnosa keperawatan dengan pendekatan teori Kolcaba .....	50
3.1.3	Intervensi keperawatan dengan pendekatan teori Kolcaba .....	51
3.1.4	Implementasi Keperawatan .....	52
3.1.5	Evaluasi Keperawatan.....	55
BAB 4	PEMBAHASAN .....	58
4.1	Pengkajian .....	58
4.2	Diagnosa Keperawatan .....	63
4.3	Intervensi Keperawatan.....	65
4.4	Implementasi Keperawatan .....	67
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	70

BAB 5 PENUTUP .....	72
5.1    Simpulan .....	72
5.2    Saran .....	73
5.2.1    Bagi Penulis.....	73
5.2.2    Bagi Institusi dan Instansi Pelayanan Kesehatan .....	73
5.2.3    Bagi Masyarakat.....	73
DAFTAR PUSTAKA .....	74

## **DARTAR TABEL**

	Hal
Tabel 2.2 Gambaran Hasil Uji Tourniquet .....	
Tabel 3.1 Taksonomi Comfort An. M.R .....	



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang menyerang anak serta orang dewasa yang ditimbulkan oleh virus menggunakan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot & sendi. Dengue adalah dalam infeksi *Arbovirus* dan menular melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes Aebopictus*. Wijayaningsih (2013:hal 102)

*World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di dunia terus meningkat dari 2,2 juta pada tahun 2010 menjadi lebih dari 3,34 juta pada tahun 2016 dan terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di berbagai wilayah di dunia khususnya pada negara – negara tropis. Wilayah Amerika melaporkan lebih dari 2,38 juta kasus pada tahun 2016, Brasil dengan kasus kurang dari 1,5 juta kasus, sekitar 3 kali lebih tinggi dari tahun 2014 dan sekitar 1032 kematian akibat dengue juga dilaporkan di wilayah tersebut. Wilayah Pasifik Barat melaporkan lebih dari 375.000 kasus dugaan demam berdarah pada tahun 2016, di mana Filipina melaporkan 176.411 dan Malaysia 100.028 kasus, mewakili beban yang sama dengan tahun sebelumnya untuk kedua negara, (WHO, 2016).

Indonesia merupakan salah satu negara endemik Demam Berdarah Dengue (DBD). *Incidence Rate* (IR), (Demam Berdarah Dengue) (DBD) di Indonesia, mengalami peningkatan lebih dari dua kali lipat pada tahun 2019 (51,53/100.000) dibandingkan tahun 2018 (24,75/100.000). Meskipun *Case fatality rate* (CFR) menunjukkan sedikit penurunan dari 0,71% pada tahun 2018 menjadi 0,67% pada tahun 2019. Terdapat 10 provinsi dengan dengan CFR >1 %. Namun jumlah Kabupaten/Kota terjangkit DBD di Indonesia meningkat menjadi 481 atau 93,58 % dari seluruh kabupaten/kota yang ada di Indonesia, (Wijayaningsih, 2014 )

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia mengalami fluktuatif dimana pada tahun 2016 sebanyak 204.171 dan *Insidence Rate* (IR) sebesar 78,85 per 100.000 serta kematian sebesar 1598 kasus atau CFR

sebesar 0,78% dan pada tahun 2017 jumlah kasus DBD secara nasional turun menjadi 68.407 kasus dengan *Incidence Rate* (IR) sebesar 26,12 per 100.000 penduduk serta kematian sebesar 493 kasus atau CFR sebesar 0,72%. Sedangkan jumlah kasus DBD pada tahun 2018 dilaporkan berjumlah 65.602 kasus dengan *Incidence Rate* sebesar 25,11 per 100.000 dengan jumlah kematian sebanyak 467 orang atau CFR sebesar 0,71 %. Dari data jumlah kasus secara nasional memang terjadi penurunan kasus yang cukup signifikan namun penurunan jumlah kasus signifikan tidak diikuti oleh penurunan angka kematian yang berarti, oleh karena itu penyakit DBD masih merupakan penyakit yang cukup serius dan berisiko menimbulkan kematian (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Kementerian Kesehatan menyebutkan hingga akhir Februari tahun 2016, kejadian luar biasa (KLB) penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dilaporkan ada di 12 Kabupaten dan 3 Kota dari 11 Provinsi di Indonesia. Kementerian Kesehatan RI mencatat jumlah penderita DBD di Indonesia pada bulan Januari-Februari 2016 sebanyak 8.487 orang penderita DBD dengan jumlah kematian 108 orang. Golongan terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia pada usia 5-14 tahun mencapai 43,44% dan usia 15-44 tahun mencapai 33,25% (Kemenkes RI, 2016).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) telah menyebar luas keseluruh wilayah Indonesia, hampir setiap kabupaten/kota memiliki kasus DBD untuk periode waktu tertentu. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB dengan angka kesakitan dan kematian yang relatif tinggi. Angka insiden DBD berfluktuasi dari tahun ke tahun. Angka kesakitan DBD di Kota Kupang tahun 2014-2018 bahwa angka kesakitan DBD tahun 2014-2018, mengalami fluktuasi, dimana pada tahun 2014 sebesar 26.60 kasus per 100.000 penduduk, meningkat pada tahun 2015 menjadi 32 per 100.000 penduduk, dan kemudian meningkat pada Tahun 2018 menjadi 56 per 100.000 penduduk.

Kasus Demam Berdarah Dengue di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tahun 2022 bulan Februari mencapai 75 pasien dan 70 pasien dinyatakan sembuh, 1 pasien dinyatakan meninggal dunia dan 4 pasien sedang menjalani perawatan. Yang meninggal itu memang saat dirujuk ke sini kondisinya sudah dalam kategori demam berdarah dengan kondisi syok. Rekam Medik R. Kenanga (2022).

Peningkatan dan penurunan kasus Demam Berdarah Dengue DBD disebabkan oleh faktor host, lingkungan, demografi dan perilaku hidup bersih dan sehat. Faktor host yang dimaksud adalah kerentanan tubuh dan respon imun. Faktor lingkungan, yaitu kondisi geografis (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembapan, dan musim. Faktor demografi yaitu kepadatan, mobilitas, perilaku dan adat istiadat. Dan faktor perilaku hidup bersih dan sehat yakni kebersihan diri dan lingkungan dari setiap individu.

Orang tua perlu mengetahui gejala awal DBD pada anak. Biasanya orang tua membawa anak ke pelayanan kesehatan setelah mengalami perdarahan seperti peteki, gusi berdarah dan hematemesis. Oleh karena itu peran dan pengetahuan orang tua tentang penyakit DBD sangat penting agar tidak terjadi keterlambatan dalam penanganan kasus DBD. Anak dan orang tua perlu dipersiapkan untuk tindakan invasif yang dibutuhkan saat proses perawatan, (Ngastyah, 2014).

Berdasarkan data di atas telah dilakukan berbagai upaya pencegahan penyakit DBD, yaitu pemberantasan sarang nyamuk melalui gerakan 3M Plus, penemuan dini kasus DBD dan pengobatan segera yang merupakan bagian dari tatalaksana kasus di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan lanjutan serta pelaksanaan *surveilans vektor Aedes spp.* untuk memantau dinamika vektor untuk mengantisipasi dan mencegah peningkatan populasi, (Kemenkes RI, 2016).

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan yang tidak hanya endemik di Indonesia tetapi juga endemik di NTT, maka penyakit ini memerlukan suatu penanganan pelayanan kesehatan yang melibatkan peran seorang perawat dan tenaga medis lainnya. Peran perawat dalam kasus Demam



Berdarah Dengue (DBD) adalah memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh bagi penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) dimulai dari tindakan promotif seperti memberikan penyuluhan kesehatan di masyarakat tentang penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dan penanggulangannya, preventif seperti mencegah terjadinya Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan merubah kebiasaan sehari-hari seperti menggantung pakaian, menjaga kebersihan lingkungan dan tempat penampungan, kuratif seperti memberi perawatan secara cepat dan tepat terhadap penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan tujuan memulihkan dan mencegah terjadinya komplikasi dan rehabilitative seperti pemulihan kesehatan pasien Demam Berdarah Dengue (DBD) dan mencegah penularan ke orang lain.

Pasien Demam Berdarah Dengue (DBD) dapat menyebabkan tanda dan gejala yaitu demam tinggi dan mendadak yang dapat mencapai 40°C atau lebih dan kadang disertai dengan kejang demam, sakit kepala, anoreksia, muntah-muntah, nyeri perut kanan atas, atau seluruh bagian perut, dan perdarahan, terutama perdarahan kulit walaupun hanya berupa uji tourniquet positif. Selain itu, perdarahan kulit dapat berwujud memar atau dapat juga berupa perdarahan spontan mulai dari ptekie (muncul pada hari pertama demam dan berlangsung selama 3-6 hari) pada ekstremitas, tubuh dan muka sampai epistaksis dan perdarahan gusi sehingga penderita demam berdarah dengue cenderung akan merasakan ketidaknyamanan terhadap gejala-gejala yang dialami (Ambarwati dan Nasution, 2012). Asuhan keperawatan yang diberikan secara holistik untuk meningkatkan kenyamanan pasien meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, lingkungan. Pendekatan proses keperawatan dilaksanakan untuk meningkatkan kesehatan pasien.

DBD pada anak dapat menunjukkan gejala demam tinggi dan mendadak disertai sakit kepala, nyeri sendi atau otot, dan muntah. Gejala khas DBD berupa perdarahan pada kulit atau tanda perdarahan lainnya seperti purpura, perdarahan konjungtiva, epistaksis, ekimosis, perdarahan mukosa, perdarahan gusi, hematemesis, melena dengan diagnosa keperawatan utama pada anak yaitu dengan hipertermi. Dari hasil pengamatan, peneliti mengamati perawat

sudah melakukan pengkajian dengan baik. Hasil wawancara peneliti dengan perawat mengatakan tindakan keperawatan untuk pasien hipertermi menganjurkan anak untuk banyak minum dan melakukan kompres. Pengamatan peneliti perawat melakukan tindakan keperawatan tersebut ketika pada saat overan, ketika orang tua mengatakan pasien demam, dan saat pemberian obat.

Pendekatan *comfort kolcaba* diharapkan dapat mengatasi masalah kesehatan pasien yang dirawat diruang Kenanga RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang menerapkan *teori Comfort Kolcaba* dalam pelayanan asuhan keperawatan pada anak dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) di ruangan Kenanga RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang untuk dapat membantu anak memperoleh kenyamanan selama hospitalisasi dan setelah hospitalisasi. Teori ini dipakai karena pada teori *Comfort Katharine Kolcaba* dapat berfokus pada kenyamanan karena semua manusia dapat membutuhkan kenyamanan baik yang sehat maupun yang sakit baik dirumah sakit dan setelah pulang dari rumah sakit.

Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik untuk menerapkan teori *Katherine Colkaba* dalam asuhan keperawatan pada An. M.R dengan Demam Berdarah Dengue di ruang Kenanga RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

## **1.2 Tujuan Penulisan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada An. M.R. dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan pendekatan *teori comfort Kolcaba* di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien An. M.R dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan pendekatan *teori comfort Kolcaba* di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. M.R. dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan pendekatan *theori comfort Kolcaba* di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Mampu membuat perencanaan tindakan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan pada pasien An. M.R. dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan pendekatan *theori comfort Kolcaba* di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mampu melakukan tindakan pada pasien An. M.R dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan pendekatan *theori comfort Kolcaba* di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mampu mengevaluasi dan mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada pasien An. M.R. dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan pendekatan *theori comfort Kolcaba* di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### **1.2.3 Manfaat penulisan**

#### 1.2.3.1 Manfaat Teoritis

Sebagai sarana pengembangan ilmu pengetahuan terutama keperawatan anak yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada An. M.R dengan Demam Berdarah Dengue menggunakan pendekatan teori Comfort Katharine Kolcaba di ruang Kenanga RSUD. PROF. Dr. W. Z. Johannes kupang.

#### 1.2.3.2 Manfaat Praktis

##### 1. Pasien/keluarga

KTA ini dapat digunakan sebagai sumber informasi kesehatan bagi pasien dan keluarga untuk melakukan perawatan bagi anggota keluarga dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) dan upaya pencegahan terjadinya berbagai komplikasi akibat Demam Berdarah Dengue (DBD).

##### 2. Mahasiswa

KTA ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam pedoman belajar yang berhubungan dengan Demam Berdarah Dengue (DBD).

### 3. Intitusi Pelayanan keperawatan

KTA ini dapat digunakan sebagai masukan bagi institusi pelayanan keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Demam Berdarah Dengue (DBD).

### 4. Bagi Institusi Pendidikan

KTA ini dapat digunakan sebagai sumber informasi atau kepustakaan untuk meningkatkan kualitas belajar bagi mahasiswa terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan menggunakan *theori comfort kolcaba*.

### 5. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan Dan Profesi Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan anak dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan penderita Demam Berdarah Dengue (DBD).

## BAB 2

### TINJAUAN TEORI

#### 2.1 Konsep Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

##### 2.1.1 Pengertian Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit infeksi yang perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat, (Kemenkes RI, 2020).

*Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) atau Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak. Penyakit ini juga sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah (Ambarwanti dan Nasution, 2012).

Demam berdarah dengue adalah penyakit demam berat yang sering mematikan disebabkan oleh virus, ditandai oleh permeabilitas kapiler, kelainan hemostasis dan pada kasus berat, sindrom syok kehilangan protein. Sekarang diduga mempunyai dasar imunopatologis (Nelson, 2012).

Penyakit DBD adalah penyakit infeksi virus dengue akut disebabkan oleh virus dengue, virus dengue ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypty* atau nyamuk *aedes albopictus*, yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitannya (Ronald H. Sitorus, 1996 dalam Wijaya dan Putri, 2013).

Demam berdarah Dengue adalah penyakit berpotensi KLB/wabah yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh vektor nyamuk *Aedes Aegypty*. Penyakit ini menyerang sebagian besar anak usia <15 tahun, namun dapat juga menyerang orang dewasa (Dinkes, Kota Kupang 2015).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthtopod-Bone Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes* terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit ini dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Jadi, demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi oleh virus yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthropod-Bone Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. Virus ini ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* atau nyamuk *aedes albopictus* melalui gigitannya.

### 2.1.2 Etiologi

Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* yang mengandung virus dengue. Pada saat nyamuk *Aedes Aegypti* makan virus Dengue akan masuk ke dalam tubuh, setelah masa inkubasi sekitar 3-15 hari penderita bisa mengalami demam tinggi 3 hari berturut-turut. Banyak penderita mengalami kondisi fatal karena menganggap ringan gejala tersebut, (Ariani, 2016)

Ciri-ciri nyamuk penyebab Demam Berdarah Dengue (DBD) (*Aedes Aegypti*) yaitu:

1. Badan nyamuk yang berwarna hitam dan belang-belang putih pada seluruh tubuhnya (loreng).
2. Nyamuk ini berkembang biak pada tempat penampung air (TPA) dan barang-barang yang memungkinkan untuk digenangi air seperti bak mandi, tempayan, drum, vas bunga, barang bekas dan lain-lain.
3. Nyamuk *Aedes Aegypti* tidak dapat berkembang biak di got atau selokan ataupun kolam yang airnya langsung berhubungan dengan tanah.
4. Nyamuk *Aedes Aegypti* biasanya menggigit manusia pada pagi dan sore hari.
5. Nyamuk ini termasuk jenis nyamuk yang dapat terbang hingga 100 meter.
6. Hinggap pada pakaian yang bergantung dalam kamar

Penyebab penyakit demam berdarah dengue adalah virus dengue. Di Indonesia, virus tersebut sampai saat ini telah diisolasi menjadi 4 *serotipe virus dengue* yang termasuk dalam grup B dari *arthropedi bore viruses* (*Arboviruses*), yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN4. Ternyata DEN-2 dan DEN-3 merupakan serotipe yang menjadi penyebab terbanyak di Thailand, dilaporkan bahwa serotipe DEN-2 adalah dominan. Sementara di Indonesia, yang terutama dominan adalah DEN-3, tetapi akhir-akhir ini ada kecenderungan dominan DEN-2 (Ambarwati dan Nasution, 2012).

Infeksi oleh salah satu serotipe menimbulkan antibodi seumur hidup terhadap serotipe bersangkutan, tetapi tidak ada perlindungan terhadap serotipe lain. *Virus dengue* ini terutama ditularkan melalui vektor nyamuk dengue *aedes aegypti*. Nyamuk *aedes albopictus*, *aedes polynesianis* dan beberapa spesies lain kurang berperan. Jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh Indonesia kecuali di ketinggian lebih dari 1000 m di atas permukaan laut (Ambarwati dan Nasution, 2012).

### **2.1.3 Manifestasi klinis**

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) ditandai oleh manifestasi klinis, yaitu demam tinggi dan mendadak yang dapat mencapai 40°C atau lebih dan kadang disertai dengan kejang demam, sakit kepala, anoreksia, muntah-muntah, nyeri perut kanan atas, atau seluruh bagian perut, dan perdarahan, terutama perdarahan kulit walaupun hanya berupa uji tourniquet positif. Selain itu, perdarahan kulit dapat berwujud memar atau dapat juga berupa perdarahan spontan mulai dari ptekie (muncul pada hari pertama demam dan berlangsung selama 3-6 hari) pada ekstremitas, tubuh dan muka sampai epistaksis dan perdarahan gusi. Sementara perdarahan gastrointestinal masif lebih jarang dan biasanya hanya terjadi pada kasus dengan syok yang berkepanjangan atau setelah syok yang tidak dapat teratasi. Perdarahan lain seperti perdarahan subkonjungtiva terkadang juga ditemukan. Pada masa konvalesen sering kali ditemukan eritema pada telapak tangan dan kaki dan hepatomegali. Hepatomegali pada umumnya dapat diraba pada permulaan penyakit dan pembesaran hati ini tidak sejajar dengan beratnya penyakit. Nyeri tekan sering kali ditemukan tanpa ikterus maupun kegagalan peredaran darah, (Ambarwati dan Nasution, 2012).

Masa tunas 3-15 hari tetapi rata-rata 5-8 hari. Gejala klinis timbul secara mendadak berupa suhu tinggi, nyeri pada otot seluruh tubuh, nyeri di belakang kepala hebat, suara serak, batuk epistaksis serta disuria. Penyakit biasanya akan sembuh sendiri dalam 5 hari dengan penurunan suhu secara lisis. Maka penyakit ini juga disebut demam 5 hari (*vyfdangse korts*). Demam berdarah dengue ditandai oleh demam mendadak tanpa sebab yang jelas disertai gejala lain seperti lemah, nafsu makan berkurang, muntah, nyeri pada anggota badan, punggung, sendi, kepala dan perut.

Gejala-gejala tersebut menyerupai influenza biasa. Pada hari ke-2 atau ke-3 demam muncul bentuk perdarahan yang beraneka ragam dimulai dari yang paling ringan berupa perdarahan dibawah kulit, perdarahan gusi, epistaksis, sampai perdarahan yang hebat berupa muntah darah akibat perdarahan lambung, melena dan juga hematuria masif. Selain perdarahan juga terjadi syok yang biasanya dijumpai pada saat demam telah menurun antara hari ke-3 dan ke-7 dengan tanda-tanda anak menjadi semakin lemah, ujung-ujung jari, telinga dan hidung teraba dingin dan lembab. Denyut nadi terasa cepat, kecil dan tekanan darah menurun dengan tekanan sistolik 80 mmHg atau kurang (Ngastiyah, 2012).

Gejala klinis untuk diagnosis DBD (menurut patokan WHO, 1975 dalam Ngastiyah, 2012) adalah :

1. Demam tinggi mendadak dan terus menerus selama 2-7 hari (tanpa sebab jelas).
2. Manifestasi perdarahan, paling tidak terdapat uji tourniquet positif dan adanya salah satu bentuk perdarahan yang lain misalnya ptekie, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, melena atau hematemesis.
3. Pembesaran hati (sudah dapat diraba sejak permulaan sakit).
4. Syok yang ditandai nadi lemah, cepat, disertai tekanan nadi yang menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang), tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang) disertai kulit yang terasa dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki, pasien menjadi gelisah, timbul sianosis di sekitar mulut.

Diagnosa penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dapat dilihat berdasarkan kriteria diagnosa klinis dan laboratorium dengan tanda dan gejala sebagai berikut (Wijaya dan Putri, 2013).

a. Diagnosa klinis

1. Demam tinggi mendadak 2 sampai 7 hari ( $38-40^{\circ}\text{C}$ )
2. Manifestasi perdarahan dengan bentuk : uji tourniquet positif, ptekie (bintik merah pada kulit), purpura (perdarahan kecil di dalam kulit), ekimosis, perdarahan konjungtiva (perdarahan mata), perdarahan gusi, hematemesis (muntah darah), melena (BAB darah) dan hematuria (adanya darah dalam urin).



3. Perdarahan pada hidung.
  4. Rasa sakit pada otot dan persendian, timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.
  5. Pembesaran hati (hepatomegali).
  6. Rejan (syok), tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
  7. Gejala klinik lainnya yang sering menyertai yaitu anoreksia (hilangnya nafsu makan, lemah, mual, muntah, sakit perut, diare dan sakit kepala).
- b. Diagnosa laboratorium
1. Trombositopeni pada hari ke-3 sampai hari ke-7 ditemukan penurunan trombosit hingga  $<100 \times 10^3/\mu\text{l}$ .
  2. Hemokonsentrasi, meningkatnya hematokrit sebanyak 20% atau lebih.

Manifestasi klinis DBD menurut WHO 1986 dalam Wijaya dan Putri, 2013) adalah:

1. Demam akut, yang tetap tinggi selama 2-7 hari, kemudian turun secara lisis. Demam disertai gejala spesifik, seperti anoreksia, malaise, nyeri pada punggung, tulang, persendian, dan kepala.
2. Manifestasi perdarahan, seperti uji tourniquet positif, petekie, purpura, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena.
3. Pembesaran hati dan nyeri tekan tanpa ikterus.
4. Demam dengan atau tanpa renjatan. Renjatan pada saat demam biasanya mempunyai prognosis buruk.
5. Kenaikan nilai Ht/hemokonsentrasi, yaitu sedikitnya 20%.

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Virus dengue yang pertama kali masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes dan menginfeksi pertama kali memberi gejala DF. Pasien akan mengalami gejala viremia seperti demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal seluruh badan, hyperemia ditenggorok, timbulnya ruam dan kelainan yang mungkin terjadi pada RES seperti pembesaran kelenjer getah bening, hati, dan limfa. Reaksi yang berbeda nampak bila

seseorang mendapatkan infeksi berulang dengan tipe virus yang berlainan. Hal ini disebut *the secondary heterologous infection atau the sequential infection of hypothesis*. Re-infeksi akan menyebabkan suatu rekasi anamnetik antibody, sehingga menimbulkan konsentrasi kompleks *antigen antibody (kompleks virus antibody)* yang tinggi (Wijaya & Putri, 2016)

Akibat aktivitas C3 dan C5 akan dilepaskan C3a dan C5a, 2 peptida yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat yang menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler/vaskuler sehingga cairan dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadinya perembesaran plasma akibat pembesaran plasma terjadi pengurangan volume plasma yang menyebabkan hipovolemia, penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi dan renjatan (Ngastiyah, 2014).

Plasma merembes sejak permulaan demam dan mencapai puncaknya saat renjatan. Pada pasien dengan renjatan berat, volume plasma dapat berkurang sampai 30% atau lebih. Bila renjatan hipovolemik yang terjadi akibat kehilangan plasma yang tidak dengan segera diatasi maka akan terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolik dan berakhir dengan kematian (Ngastiyah, 2014).

Fenomena patologis menurut (Herdman, 2012), yang utama pada penderita DHF adalah meningkatnya permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya perembesan atau kebocoran plasma, peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan berkurangnya volume plasma yang secara otomatis jumlah trombosit berkurang, terjadinya hipotensi (tekanan darah rendah) yang dikarenakan kekurangan haemoglobin, terjadinya hemokonsentrasi (peningkatan hematocrit > 20%) dan renjatan (syok). Hal pertama yang terjadi setelah virus masuk ke dalam tubuh penderita adalah penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal-pegal di seluruh tubuh, ruam atau bitnik-bintik merah pada kulit (*petekie*), sakit tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran limpa (*splenomegali*). Tingginya permeabilitas dinding pembuluh darah menyebabkan kebocoran plasma yang berlangsung selama perjalanan penyakit, yang dimulai sejak permulaan masa demam dan mencapai puncaknya pada masa renjatan. Pada pasien dengan renjatan berat volume plasma dapat menurun sampai 30% atau lebih. Jika keadaan tersebut

tidak teratasi maka akan menyebabkan anoksia jaringan, asidosis metabolik dan berakhir dengan kematian.

### 2.1.6 Klasifikasi

Klasifikasi DBD menurut WHO (1997) dalam wijaya, putri, 2013) berdasarkan beratnya penyakit adalah :

a. Derajat 1 (ringan)

Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya uji perdarahan yaitu uji tourniquet positif.

b. Derajat 2 (Sedang)

Seperti derajat 1 disertai perdarahan spontan pada kulit dan atau perdarahan lainnya.

c. Derajat 3

Ditesmukannya kegagalan sirkulasi seperti nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang)

d. Derajat 4

Terdapat DSS (Dengue Syok Syndrome) dengan nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur.

Klasifikasi derajat penyakit infeksi virus dengue menurut Nurarif dan Kusuma, 2015 :

### 2.1.7 Komplikasi

Meski hanya terjadi pada segelintir kasus, demam dengue bisa berkembang menjadi komplikasi yang lebih serius, yaitu Demam Hemorrhagic fefer atau Demam Berdarah Dengue (DBD) dan *Dengue shock syndrom* yang dapat menyebabkan kematian akibat perdarahan hebat.

Kedua komplikasi tersebut beresiko tinggi dialami oleh orang yang sistem kekebalan tubuhnya tidak mampu melawan infeksi Dengue yang dia derita, atau oleh orang yang sebelumnya pernah terkena demam Dengue lalu terkena kondisi ini kembali.

Segera bawa ke rumah sakit apabila disekitar anda ada penderita demam Dengue dan *Dengue shock syndrome*.

1. Tatalaksana komplikasi perdarahan: jika terjadi perdarahan segera beri darah bila mungkin. Bila tiidak, beri koloid dan segera rujuk.

## 2. Penanganan kelebihan cairan

Kelebihan cairan merupakan komplikasi penting dalam penanganan syok. Hal ini dapat terjadi karena:

- a. Kelebihan dan atau pemberian cairan yang terlalu cepat.
- b. Penggunaan jenis cairan yang hipotonik
- c. Pemberian cairan intravena yang terlalu lama
- d. Pemberian cairan intravena yang jumlahnya terlalu banyak dengan kobocoran yang hebat

Tanda awal:

- a. napas cepear
- b. tarikan dinding dada ke dalam
- c. efusi pleura yang luas
- d. Asites
- e. Edema peri-orbital atau jaringan lunak

Tanda-tanda lanjut kelebihan cairan yang berat:

- a. Edema paru
- b. Sianosis
- c. Syok irreversibel
  - a. Anak yang masih syok dan menunjukkan tanda kelebihan cairan yang berat sangat sulit untuk ditangani dan berada pada resiko kematian yang tinggi. Rujuk segera.
  - b. Jika syok sudah pulih namun anak masih sukar bernafas atau bernafas cepat dan mengalami efusi luas, berikan obat minum atau Furosemid intravena 1 mg/ kg BB/ dosis sekali atau dua kali sehari selama 24 jam dan terapi oksigen.
  - c. Jika syok sudah pulih dan anak stabil dan anak stabil, hentikan pemberian intravena dan jaga anak tetap istirahat di tempat tidur selama 24-48 jam. Kelebihan cairan akan diserap kembali dan hilang melalui diuresis. pelaksanaan penanganan kelebihan cairan berbeda tergantung pada keadaan apakah klinis masih menunjukkan *syok* atau tidak:

## 3. Perlu diperhatikan

- a. Jangan berikan steroid
- b. Jika terjadi kejang, segera tangani dengan cara

#### Tatalaksana Kejang

- c. Jika anak tidak sadar, ikuti pedoman dalam bagan Tatalaksana Posisi Untuk Anak Tidak Sadar dan Triase dan Kondisi Gawat Darurat
  - d. Jika timbul hipoglikemia berikan glukosa intravena seperti bagan Tatalaksana Pemberian Cairan Glukosa Intravena
  - e. Jika terdapat gangguan fungsi hati yang berat, segera rujuk.
4. Pemantauan
- a. Untuk anak dengan syok  
Petugas medis memeriksa tanda vital anak (suhu badan, denyut nadi dan tekan darah) minimal empat kali sehari dan nilai hematokrit minimal sekali sehari
  - b. Untuk anak tanpa syok  
Petugas medis memeriksa tanda vital anak (suhu badan, denyut nadi dan tekan darah) minimal empat kali sehari dan nilai hematokrit minimal sekali sehari
  - c. Catat dengan lengkap cairan masuk dan cairan keluar.  
Jika terdapat tanda sebagai berikut: syok berulang, syok berkepanjangan, ensefalopati, perdarahan hebat, gagal hati akut, edema paru dan gagal nafas, segera rujuk.

#### **2.1.8 Pemeriksaan penunjang**

Menurut (Ambarwati dan Nasution, 2012) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada anak dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah:

1. HB dan PCV meningkat (>20%)
2. Trombositopenia (<100.000/ml)
3. Leukopenia (mungkin normal atau leukositosis)
4. IgD dengue positif.
5. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia dan hiponatremia.
6. Urine dan pH darah mungkin meningkat
7. Asidosis metabolik: pCO<sub>2</sub> <35-40 mmHg dan HCO<sub>3</sub> rendah
8. SGOT/SGPT mungkin meningkat.

Kelaianan hematologis yang paling sering selama syok klinis adalah kenaikan hematokrit 20% atau lebih besar melebihi nilai hematokrit penyembuhan, trombositopenia, leukositosis ringan (jarang melebihi 10.000/mm<sup>3</sup>), waktu perdarahan memanjang, dan kadar protrombin menurun sedang (jarang kurang dari 40% kontrol). Kadar fibrinogen kadang subnormal dan produk-produk pecahan fibrin naik.

Kelainan lain adalah kenaikan sedang kadar transaminase serum, konsumsi komplemen, asidosis metabolik ringan dengan hiponatremia, dan kadang-kadang hipokloremia, sedikit kenaikan urea nitrogen serum, dan hipoalbuminemia. Roentgenogram dada menunjukkan efusi pleura pada hampir seluruh penderita (Nelson, 2012).

Terjadi trombositopenia (100.000/ml atau kurang) dan hemokonsentrasi yang dapat dilihat dari meningkatnya nilai hematokrit sebanyak 20% atau lebih dibandingkan dengan nilai hematokrit pada masa konvalesen. Pada pasien dengan 2 atau 3 patokan klinis disertai adanya trombositopenia dan hemokonsentrasi tersebut jika dilakukan pemeriksaan serologis ternyata diagnosa tepat (Ngastiyah, 2012).

Menurut Wijaya dan Putri (2012), pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan DBD adalah :

1. Darah lengkap
  - a. Leukopenia pada hari ke 2-3
  - b. Trombositopenia dan hemokonsentrasi
  - c. Masa pembekuan normal
  - d. Masa perdarahan memanjang
  - e. Penurunan faktor II, V, VII, IX dan XII
2. Kimia darah
  - a. Hipoproteinemia, hiponatrium
  - b. SGOT/SGPT meningkat
  - c. pH darah meningkat
3. Urinalisis
  - a. Mungkin ditemukan albuminuria ringan.
4. Uji sum-sum tulang
  - a. Pada awal sakit biasanya hiposeluler kemudian menjadi hiperseluler.

Selain dengan cara pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan DBD dapat juga dilakukan dengan :

1. Uji tourniquet (Rumplee Leed Test)

- a. Pengertian : uji tourniquet adalah tindakan untuk mengetahui adanya perdarahan di bawah kulit. Hasilnya dikatakan positif apabila tampak adanya petechi atau bintik-bintik merah di bawah kulit.
- b. Cara : Terlebih dahulu menentukan tekanan darah. Setelah didapatkan tekanan darahnya, dijumlahkan systole dan diastole dibagi 2. Selanjutnya mempertahankan manset tensimeter pada tekanan hasil pembagian tersebut selama 5-15 mnt. Kemudian dilihat apakah timbul petechie atau tidak di daerah lengan bawah dibagian media.
- c. Kriteria petechie DBD
  - a) (+) bila jumlah petechie  $\geq 20$
  - b) ( $\pm$ ) bila jumlah petechie 10-20
  - c) (-) bila jumlah petechie 10

Tabel gambaran hasil uji tourniquet positif dengan skala 1+ sampai 4+ (Grant, 1988:86)

**Tabel 2.2 Gambaran Hasil Uji Tourniquet**

1+	2+	3+	4+
Sedikit bintik-bintik merah pada daerah lengan anterior	Banyak bintik-bintik pada daerah lengan anterior	Banyak bintikbintik pada daerah lengan dan tangan	Penuh dengan bintik-bintik pada seluruh lengan dan tangan

1. Uji serologi

Uji serologi untuk infeksi dengue dapat dikategorikan atas dua kelompok besar, yaitu :



- a. Uji serologi memakai serum ganda yaitu serum yang diambil pada masa akut dan ams konvalesen. Pada uji ini yang dicari adalah kenaikan atibodi antidengue sebanyak minimal 4 X. Termasuk dalam uji ini peningkatan komplemen, uji netralisasi dan uji dengue blot.
- b. Uji serologi memakai serum tunggal. Pada uji ini yang dicari ada tidaknya atau titer tertentu antibodi antidengue. Termasuk dalam golongan ini adalah uji dengue blot yang emngukur antibodi antidengue tanpa memandang kelas antibodinya; uji IgM antudengue yang mengukur hanya antibodi antidengue dari kelas IgM.
- c. Deteksi virus  
Terdapat dua cara untuk mendeteksi virus atau antigen virus, yaitu isolasi virus dengan menggunakan kultur dan teknik hibridasisi RNA virus yang disebut sebagai polymerase chain reaction. Isolasi virus dengue dengan kultur merupakan sarana diagnosis pasti, tetapi pelaksanaannya memerlukan waku yang cukup lama untuk inkubasi memerlukan waktu 5-7 hari.

### **2.1.9 Pencegahan**

Menurut Wijaya dan Putri (2013) pencegahan DBD dapat dilakukan dengan pemberantasan vector. Pemberantasan vektor dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu :

1. Menggunakan insektisida
2. Tanpa insektisida

Caranya adalah :

- a. Menguras tempat penampungan air minimal 1 kali seminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).
- b. Menutup tempat penampungan air rapat-rapat.
- c. Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol, dan benda lain tempat nyamuk bersarang
- d. Perlindungan perseorangan untuk mencegah gigitan nyamuk dengan memasang kawat kasa di lubang angin, tidur dengan menggunakan kelambu

Pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD menurut Dinas Kesehatan Kota Kupang, 2017 adalah :

a. Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) DBD

Salah satu kegiatan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian karena penyakit adalah dengan melakukan PSN DBD secara berkesinambungan pada wilayah kerja puskesmas masing-masing. PSN dilakukan dengan cara melakukan pengasapan dengan insektisida dalam 2 siklus, yaitu :

1. Siklus pertama semua nyamuk yang mengandung virus dengue dan nyamuk lainnya akan mati. Namun, akan muncul nyamuk baru yang berasal dari jentik yang memang tidak dapat dibasmi pada siklus pertama. Oleh karena itu perlu dilakukan penyemprotan siklus kedua
2. Siklus kedua penyemprotan yang kedua dilakukan 1 minggu sesudah penyemprotan yang pertama agar nyamuk yang baru tersebut akan terbasmi sebelum sempat menularkan kepada orang lain.

Selain dengan melakukan pengasapan dengan insektisida, PSN juga dilakukan dengan cara '3M-Plus', dimana :

1. Menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/wc, drum, dan lain-lain seminggu sekali (M1).
2. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air, seperti gentong air/tempayan, dan lain-lain (M2).
3. Mendaur ulang barang-barang yang dapat menampung air hujan (M3).

Selain itu, ditambah (plus) dengan cara lainnya, seperti :

1. Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali.
2. Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak
3. Menutup lubang pada potongan bambu/pohon dan lainnya.
4. Menaburkan bubuk larvasida, misalnya tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air.
5. Memelihara ikan pemakan jentik di kolam atau bak-bak penampungan air.

6. Memasang kawat kasa
7. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar
8. Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai
9. Menggunakan kelambu
10. Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk

(Infodatin Kemenkes RI, 2014)

b. Penyelidikan epidemiologi (PE)

Kegiatan ini merupakan kegiatan kunjungan untuk melakukan pemeriksaan dan penyelidikan epidemiologi pada rumah dan lingkungan tempat kasus DBD terjadi dalam rangka upaya memutuskan rantai penularan penyakit DBD. Melalui kegiatan ini petugas kesehatan akan secara cepat mengetahui siapa yang tertular, dimana tempat/lokasi terbanyak penderita, kapan kejadiannya serta akhirnya merumuskan tindakan apa yang dapat dilakukan untuk menghindari terjadinya penularan lebih luas di masyarakat.

c. Larvasida

Larvasidasi bertujuan untuk membunuh jentik nyamuk aedes, dengan cara menaburkan larvasida (abate) pada tempat-tempat penampungan air. Kegiatan ini dilaksanakan 3 bulan sekali secara selektif pada rumah yang ditemukan jentik dan dilanjutkan dengan pemberantasan sarang nyamuk. Kegiatan larvasida juga diintegrasikan dengan kegiatan lain seperti Pemantauan Jentik Berkala (PJB), Penyelidikan Epidemiologi (PE), dan kegiatan lain yang melibatkan lintas program.

d. Fogging fokus

Untuk mengantisipasi terjadinya penyebaran penyakit yang lebih meluas maka dilakukan kegiatan fogging focus di lokasi tempat tinggal penderita yang positif DBD dan sekitar tempat tinggal penderita dengan radius 200 meter, yang bertujuan untuk memutuskan mata rantai penularan dengan membunuh nyamuk dewasa yang terinfeksi. Kegiatan ini akan dilakukan sesuai dengan rekomendasi hasil Penyelidikan Epidemiologi (PE) bahwa dilokasi tersebut memenuhi criteria untuk dilakuakn Fogging.

e. Penyuluhan

Kegiatan ini selalu dilakukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan. Kegiatan ini dilaksanakan oleh program sendiri dan juga dilakukan dengan melibatkan lintas program melalui program promosi dan kesehatan yang melakukan penyuluhan keliling dan penyuluhan langsung ke masyarakat.

## **2.2 Aplikasi Teori Comfort Katherine Kolcaba Dalam Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD)**

### **2.2.1 Pengkajian**

Langkah awal asuhan keperawatan menggunakan teori Comfort Kolcaba adalah pengkajian. Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data klien. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan pendekatan teori comfort yaitu dengan melakukan penilaian terhadap struktur taksonomi antara tiga kenyamanan yang dikaitkan dengan empat pengalaman kenyamanan (Sofifelia, 2020).

Menurut Wong, (2016) pengkajian yang dilakukan pada anak dengan DBD adalah:

a. Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

b. Anamnesi

a. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien dengan DBD untuk datang ke rumah sakit adalah panas tinggi dan anak lemah

b. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi pada hari ke 3 dan ke 7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit.

- c. Riwayat penyakit yang pernah diderita  
Pada DBD, anak bisa mendapat serangan ulang dengan tipe yang berbeda.
- d. Riwayat imunisasi  
Apabila anak mempunyai status imunisasi lengkap maka anak akan timbulnya penyakit terhadap anaknya.
- e. Riwayat gizi  
Status gizi anak yang menderita DBD dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat berisiko, apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita DBD sering mengalami keluhan mual, muntah, nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.
- f. Kondisi lingkungan  
Sering terjadi di daerah yang penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar).
- g. Pola kebiasaan
  - a. Nutrisi dan metabolisme, frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang, dan nafsu makan menurun.
  - b. Eliminasi alvi (buang air besar). Kadang-kadang anak mengalami diare/konstipasi. Sementara DBD pada grade III-IV bisa terjadi melena.
  - c. Eliminasi urine (buang air kecil) perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit/banyak, sakit/tidak. Pada DBD Grade IV sering terjadi hematuria.
  - d. Tidur dan istirahat. Anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya kurang.
  - e. Kebersihan. Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang, terutama untuk membersihkan 4 sarang nyamuk aedes.

- f. Perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.

c. Pemeriksaan fisik

Meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan (grade) DBD, keadaan fisik anak adalah sebagai berikut:

1. Grade I : kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
2. Grade II : kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, ada perdarahan spontan, ptekie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur.
3. Grade III : kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil, dan tidak teratur, tekanan darah menurun.
4. Grade IV : kesadaran koma, tanda-tanda vital; nadi tidak teraba, tekanan darah tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.

a. Kepala dan leher

Muka tampak kemerahan karena demam, mata anemis, konjungtiva anemis, hidung kadang mengalami perdarahan (epistaksis) pada grade II, III, dan IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, nyeri telan, dan pembesaran kelenjar tiroid. Sementara tenggorokan mengalami hyperemia pharing, dan terjadi perdarahan telinga (pada grade II, III, IV).

b. Dada

Bentuk simetris dan kadang terasa sesak. Pada hasil photo thorax terdapat adanya aliran yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rales, ronchi, yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.

c. Abdomen

Mengalami nyeri tekan epigastrium, pembesaran hati (hepatomegali), dan pembesaran limfa (splenomegali) mual/muntah dan asites.

d. Genetalia dan anal

Ada atau tidaknya perdarahan

e. Sistem integument

Adanya ptekie pada kulit, turgor kulir menurun dan muncul keringat dingin dan lembab, kuku sianosis/tidak, nadi 60-100 x/m kuat reguler tetapi dalam kondisi syok nadi menjadi pelan, tidak kuat bahkan bila pada derajat IV kadang nadi sampai tidak teraba, tensi cenderung rendah 90/60 mmHg bahkan sampai dengan tidak terukur

f. Ekstremitas

Akral dingin, serta terjadi nyeri otot, sendi, serta tulang.

d. Pemeriksaan laboratorium

1. Hb dan PCV meningkat (> 20%)
2. Trombositopenia (< 100.000/ml)
3. Leucopenia (mungkin normal atau leukositosis)
4. IgD dengue positif
5. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, dan hiponatremia.
6. Urine dan pH darah mungkin meningkat
7. Asidosis metabolic pCO<sub>2</sub> < 35-40 mmHg dan HCO<sub>3</sub> rendah
8. SGCT/SGPT mungkin meningkat

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi )  
dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal. (D. 0103)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D. 0077)
3. Resiko syok dibuktikan dengan kekurangan volume cairan (D. 0039)
4. Risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia) ( D.0012)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal (D. 0019)
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0056)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan (mis. Infeksi) suhu tubuh diatas nilai normal	<p><b>Termoregulasi (L.14134)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x4 24 jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun</li> <li>2. Kulit merah menurun</li> <li>3. Kejang menurun</li> <li>4. Suhu tubuh membaik Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipertermia (1.15506)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia ( mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Mengukur suhu tubuh</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>4. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>5. Basahi atau kipasi permukaan tubuh</li> <li>6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Anjurkan tirah baring</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ol>
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b></p> <p>setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi membaik</li> <li>2. Pola nafas membaik</li> <li>3. Keluhan nyeri membaik</li> <li>4. Meringis Membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri (1.08238)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk memberikan tontonan video kartun untuk mengalihkan nyeri yang dirasakan</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>



3.	<p>Risiko syok dibuktikan dengan kekurangan volume cairan</p>	<p><b>Tingkat syok (L. 03032)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat syok menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Output urine meningkat</li> <li>3. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>4. Akral dingin menurun</li> <li>5. Pucat menurun</li> <li>6. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>7. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan syok (1. 02068)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)</li> <li>2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)</li> <li>3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit CRT)</li> <li>4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt; 94%</li> <li>6. Pasang jalur IV</li> <li>7. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan penyebab/faktor resiko syok</li> <li>9. Jelaskan tanda dan gejala awal syok</li> <li>10. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok</li> <li>11. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</li> <li>13. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</li> <li>14. Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu</li> </ol>
4.	<p>Risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia)</p>	<p><b>Tingkat perdarahan (L. 12111)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x4 24 jam maka Status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelembapan membran mukosa meningkat</li> <li>2. Kelembapan kulit meningkat</li> <li>3. Hemoptisis</li> </ol>	<p><b>Pencegahan perdarahan (1.02067)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan</li> </ol>

		<p>menurun</p> <p>4. Hematemesis menurun</p> <p>5. Hematuria menurun</p> <p>6. Hemoglobin membaik</p> <p>7. Hematokrit membaik</p>	<p>cairan untuk menghindari konstipasi</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan makanan</p>
5.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal</p>	<p><b>Status nutrisi (L. 03030)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2. Kekuatan otot pengunyah meningkat</p> <p>3. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>4. Berat badan membaik</p> <p>5. Indeks Masa Tubuh (IMT)</p> <p>6. Bising usus membaik</p> <p>Membran mukosa membaik</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (1. 03119)</b></p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>3. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>5. Monitor asupan makanan</p> <p>6. Monitor berat badan monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik:</p> <p>7. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>8. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>9. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi:</p> <p>10. Ajarkan diet yang di programkan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>11. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik), jika perlu</p> <p>12. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></p>
6.	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan</p>	<p><b>Toleransi aktivitas (L. 05047)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka</p>	<p><b>Manajemen energi (1. 05178)</b></p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>

		toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat aktivitas menurun 4. Dispnea setelah aktivitas	2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik: 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 6. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 7. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika dapat berpindah atau berjalan Edukasi: 8. Anjurkan tirah baring 9. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 10. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang Kolaborasi: 11. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makan
--	--	--	---

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah melaksanakan perencanaan perawatan yang sudah dirancang untuk mencegah masalah mental dan fisik serta mempromosikan, memelihara dan memulihkan kesehatan mental dan fisik tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping (Olifah, 2016).

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu langkah untuk menentukan kemajuan seseorang. Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan,

rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Olifah, 2016).

### **2.3 TEORI COMFORT: KOLCABA**



**Gambar 2.3 Katharine Kolcaba**  
**Sumber: (Risnah & Irwan, 2021)**

#### **2.3.1 Biografi Khatarine Kolcaba**

Menurut Down dalam( Risnah dan &Irwan 2021) mengatakan bahwa Katharine Kolcaba terlahir dengan nama Arnold Kathrine pada 8 Desember 1944, di Clevelan, Ohio. Pada tahun 1965 Kolcaba menyelesaikan diploma keperawatannya, dan pada tahun 1987, Ia lulus Program RN ke MSN di sekolah perawat Frances Payne Bolton, Universitas Case Western Reserve, dengan spesialisasi di bidang gerontology. Pengalaman klinis Colcaba sebelum kembali ke sekolah adalah dalam perawatan medis bedah, perawatan jangka panjang, dan perawatan di rumah. Ketika terdaftar dalam program RN ke MSN, Ia berbagi pekerjaan dalam posisi kepala perawat di unit demensia. Selama pengalamam ini ia mulai berteori tentang hasil kenyamanan.

Dalam jenjang kariernya, Kolcaba menerima posisi di Fakultas Sekolah tinggi Keperawatan Universitas Akron setelah meraih gelar masternya, dan menyelesaikan gelar doktornya di universitas Case Western reserve dan berfokus pada konsep kenyamanan dan menerbitkan analisis konsep kenyamanan, membuat digram aspek kenyamanan ,mengoperasikan kenyamanan sebagai hasil dari perawatan.

Kolcaba mengontektualisasi kenyamanan sebagai teori kelas menengah ( Kolcaba, 1994) dan menguji teori tersebut dalam studi intervensi,Kolcaba & Fox, 1999 dalam Risnah & Irwan, (2021).

*Comfort line* adalah perusahaan yang dibangun oleh Kolcaba untuk membantu organisasi layanan kesehatan dalam menerapkan konsep kenyamanan. Dia terus bekerja dengan siswa yang melakukan studi yang berkaitan dengan konsep kenyamanan dan mengajar teori keperawatan paruh waktu di Universitas Akron, dimana dia saat ini adalah seorang profesor keperawatan emeritus. Gagasan dari tiga ahli teori perawat yang dirujuk oleh Kolcaba untuk menyatakan jenis-jenis kenyamanan: Kelelahan, Kemudahan, dan pembaruan. Orlando (1961) mengusulkan agar perawat meringankan kebutuhan yang diungkapkan oleh pasien. Henderson menggambarkan 14 fungsi dasar manusia untuk dipertahankan selama perawatan (Risnah dan Irwan 2021).

Pembaharuan digambarkan oleh Kolcaba, sebagai keadaan dimana seseorang mengetahui masalah atau rasa sakit. Paterson dan Zderad (1975) mengemukakan bahwa pasien naik diatas atau mengatasi kesulitan mereka dengan bantuan perawat. Kemudian istilah “Pembaruan” di ubah oleh Kolcaba menjadi “Transedensi” karena istilah ini sudah digunakan dalam literature keperawatan oleh Paterson dan Zderad (Risnag & Irwan 2021).

### **2.3.2 Tingkat kenyamanan**

Ilmiasih, Nurhaeni dan Waluyanti serta Alligood dalam (Aini 2018) menyatakan bahwa, Kolcaba menggunakan idenya dari tiga teori keperawatan sebelumnya untuk mensistesis atau mengidentifikasi jenis kenyamanan menurut analisis konsep.

Ada 3 tingkat kenyamanan menurut Kolcaba

#### **1. Relief (Kelegaan)**

Merupakan arti kenyamanan dari hasil riset Orlando yang mengemukakan bahwa perawat dapat meringankan kebutuhan yang diperlukan pasien, termasuk pada kebutuhan kenyamanan yang spesifik.(Aini 2018)

#### **2. Ease (Ketenteraman)**

Meningkatkan rasa nyaman atau terbebas dari rasa tidak nyaman. Merupakan defenisi kenyamanan dari hasil riset Henderson, yang mendeskripsikan ada 14 fungsi dasar pada manusia yang seharusnya dipertahankan selama proses pemberian asuhan keperawatan.( Aini 2018)

### 3. Transendence

Yaitu dapat beradaptasi atau mampu dirinya dengan ketidaknyamanan.

Hal ini merupakan penjabaran dari hasil riset Peterso dan Zderat, yang menjelaskan pasien dibantu perawat dalam mengatasi kesulitannya.

Utami, 2016 dalam (Risnah dan Irwan, 2021) menyatakan bahwa, secara umum, dituliskan Kolcaba di dalam teori *comfort* yang dikembangkan menyebutkan adanya *holistic comfort* yang merupakan sebuah bentuk kenyamanan yang mencakup tiga- tipe kenyamanan yaitu *relief*, *ease*, dan *transedence*. *Relief* di artikan sebagai sebuah kondisi resipien yang memerlukan penanganan spesifik dan segera, *Ease* dimaknai sebagai suatu kondisi tenteram atau kepuasan hati dari pasien yang terjadi karena hilangnya ketidaknyamanan fisik yang dirasakan pada semua kebutuhannya sedangkan *Transcendence* diartikan sebagai keadaan seorang individu yang dapat mengatasi masalah dari ketidaknyamanan yang terjadi.

Kolcaba sendiri memandang bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seseorang yang bersifat *holistic* yang meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan

Kenyamanan fisik berhubungan dengan mekanisme sensasi tubuh dan homeostatis yang mencakup penurunan kebutuhan kemampuan tubuh didalam merespon suatu penyakit atau prosedur invasif. Beberapa pilihan untuk memenuhi keperawatan ini ialah memberikan obat, merubah posisi, kompres hangat dingin maupun sentuhan terapeutik. Kenyamanan Psikospiritual sendiri dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang mampu difasilitasi pasien dengan memfasilitasi kebutuhan interaksi dan dan sosialisasi pasien dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam kesembuhan pasien ( Risna & Irwan, 2021).

Utami dalam (Risna & Irwan, 2021) menyatakan bahwa, kebutuhan kenyamanan socialcultural berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan masyarakat yang mencakup kebutuhan pada informasi budaya yang kepulangan atau discharge planning dan perawatan yang disesuaikan dengan budaya yang dimiliki pasien. Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sosiokultural ialah

menciptakan hubungan terapeutik dengan pasien, tanpa memandang status social atau budaya menghargai hak-hak pasien, memfasilitasi kerja tim dalam mengatasi kemungkinan adanya konflik antara proses penyembuhan dengan kebudayaan pasien, serta berupaya mendorong pasien mengekspresikan perasaannya. Sedangkan kebutuhan kenyamanan terakhir ialah kebutuhan kenyamanan lingkungan yang berkaitan dengan menjaga kerapian dan kebersihan lingkungan, membatasi pengunjung dan terapi saat pasien beristirahat serta memberikan lingkungan yang aman bagi pasien

### 2.3.3 Konteks Kenyamanan

Menurut Kolcaba ada 4 konteks kenyamanan yaitu: (Yuminah,2014;Alligood, 2017)

1. Kebutuhan rasa nyaman fisik (*Psycisal comfort*)  
adalah kebutuhan karena penurunan mekanisme fisiologis yang terganggu atau berisiko karena suatu penyakit.
2. Kebutuhan akan akan psikospiritual (*Psychospiritual comfort*)  
Adalah kebutuhan terhadap kepercayaan dan motifasi yang bertujuan agar pasien atau keluarga dapat bangkit atau meninggal dengan damai.
3. Kebutuhan rasa nyaman sosialcultural (*Sociocultural Comfort*)  
Adalah kebutuhan ketenteraman hari, dukungan, bahasa tubuh yang positif dan perawatan yang di lihat dari segi budaya. Kebutuhan ini dipenuhi melalui *coaching* atau pemberian pendidikan kesehatan (informasi), promosi, pelatihan, mendapat informasi perkembangan yang berhubungan dengan prosedur pulang dari rumah sakit dan rehabilitasi.
4. Kebutuhan rasa nyaman lingkungan (*Environmental comfort*)  
Kebutuhan ini meliputi kerapian lingkungan, lingkungan yang sepih, perabotan yang nyaman, bau lingkungan yang minimum dan keamanan lingkungan. Tingkatan yang dapat dilakukan perawat meliputi mengurangi kebisingan, memberikan penerangan yang cukup dan mengurangi gangguan pada saat tidur.

### **2.3.4 Asumsi Teori Kolcaba**

Menurut Wirastrri, Dikembangkan Katharine Kolcaba pada tahun 1990, teori comfort merupakan middle range theory, karena memiliki batasan konsep dan proposisi, tingkat abstraksinya rendah dan mudah diterapkan pada pelayanan keperawatan. Teori ini lebih mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan semua manusia. Kenyamanan ialah kebutuhan yang diperlukan pada rentang sakit hingga sehat dan kenyamanan merupakan label tahap akhir dari tindakan terapeutik perawat kepada pasien (Risnah & Irwan, 2021).

Alligood dalam Aini (2018), Kolcaba menjelaskan kenyamanan adalah suatu yang menguatkan, dan dari ergonomis berkaitan langsung dengan penampilan dalam bekerja. Namun, arti ini tidak secara implisit, ada konteks lainnya dan masih bersifat ambigu. Konsep tersebut dapat diartikan sebagai kata kerja, kata benda, kata sifat, kata keterangan, proses dan hasil.

Alligood dalam Aini (2018), menyatakan bahwa, terdapat beberapa asumsi yang mendasari teori Kolcaba yaitu:

1. Setiap individu menunjukkan respons holistik terhadap stimulus kompleks yang diterima.
2. Kenyamanan adalah hasil holistik yang ingin dicapai oleh setiap individu dan erat kaitannya dengan disiplin keperawatan.
3. Kenyamanan adalah kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan dan harus dipenuhi oleh setiap individu. Hal ini merupakan usaha aktif.
4. Pencapaian kenyamanan seorang individu memberikan kekuatan bagi pasien dalam membentuk setiap kesadaran terkait kesehatan dirinya.
5. Pasien yang menunjukkan kesadaran terkait kesehatan dirinya yang tinggi cenderung memiliki kepuasan tersendiri dengan asuhan yang diperoleh.
6. Integritas institusi didasari oleh orientasi siswa nilai penerima asuhan. Sama pentingnya orientasi terhadap promosi kesehatan, asuhan holistik dalam konteks keluarga dan pemberi asuhan

### **2.3.5 Konsep Teori**

Aliigood dalam Aini (2018) menyatakan bahwa, beberapan konsep penting dalam teori Kolcaba adalah:



### 1. Kebutuhan perawatan kesehatan

Kebutuhan kenyamanan yang berkembang dari situasi stress dalam asuhan kesehatan yang tidak dapat dicapai dengan sistem dukungan penerima secara umum (tradisional). Kebutuhan manusia dapat berupa kebutuhan fisiologis, psikospiritual, sosiokultural, atau lingkungan. Hal ini dapat diidentifikasi melalui melakukan observasi, laporan verbal atau non verbal, dan konsultasi keuangan dan intervensi (Aini, 2018).

### 2. Intervensi untuk rasa nyaman

Tindakan keperawatan dan ditujukan untuk mencapai kebutuhan kenyamanan penerima asuhan, mencakup fisiologis, sosial, budaya, ekonomi, psikologis, spiritual, lingkungan dan intervensi fisik. Beberapa contoh intervensi yang telah diuji Kalcoba adalah: *Guided imagery* untuk pasien psikiatrik; sentuhan yang menyembuhkan (*healing touch*) dan dukungan untuk mengurangi stress pada mahasiswa; pijat dengan tangan (*hand massage*) untuk pasien dengan lama perawatan; pakaian hangat dengan suhu yang dapat dikendalikan untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan pada pasien *pre operative* (Aini, 2018).

### 3. Variabel yang mengintervensi

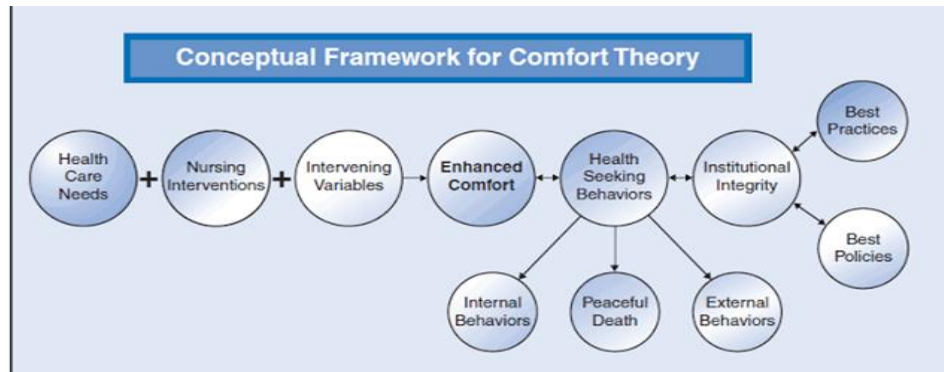
Interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima mengenai kenyamanan sepenuhnya. Hal ini mencakup pengalaman sebelumnya, usia, sikap, status emosional, latar belakang budaya, sistem pendukung, prognosis, ekonomi, edukasi, dan keseluruhan elemen lainnya dari pengalaman penerima (Aini, 2018)

### 4. Perilaku mencari bantuan

Perilaku mencari bantuan menjabarkan tujuan hasil yang ingin dicapai tentang makna sehat, yakni sikap penerima berkonultasi mengenai kesehatannya dengan perawat (Aini, 2018).

### 5. Integritas institusional

Perusahaan, komunitas, sekolah, rumah sakit, regional, negara bagian dan negara yang memiliki integritas kelembagaan. Ketika intitusi tersebut menunjukkan hal tersebut, hal ini akan menciptakan dasar praktik dan kebijakan yang tepat (Aini, 2018)



**Gambar 2.3**

**Kerangka Kerja Konseptual Comfort Theory Katherine Kolcaba.**

**2.3.6 Paradigma Keperawatan**

Alligood dalam Aini (2018) menjelaskan bahwa, definisi paradigme keperawatan menurut Kolcaba adalah:

1. Manusia

Penerima asuhan mungkin dapat berupa individu, keluarga, institusi, atau komunitas yang membutuhkan asuhan keperawatan. Perawat dapat berperan sebagai penerima intervensi terkait kenyamanan di lingkungan tempat bekerja ketika adanya inisiatif untuk meningkatkan kondisi kerja di bawah tekanan (Aini, 2018).

2. Lingkungan

Yang dimaksud disini adalah segala aspek pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat, orang yang dicintai atau institusi untuk meningkatkan kenyamanan (Aini, 2018).

3. Kesehatan

Yang dimaksud disini adalah status fungsi optimal seorang pasien, keluarga, pemberi asuhan kesehatan atau komunitas dalam konteks individu atau kelompok (Aini, 2018).

4. Keperawatan

Yang dimaksud disini adalah salah satu pengkajian kebutuhan kenyamanan yang intensif, intervensi yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan, dan evaluasi tingkat kenyamanan setelah implementasi diberikan kemudian dengan tujuan hasil yang diinginkan (Aini, 2018).

## 2.4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN MENURUT COMFORT: KOLCABA.

### 2.4.1 Pengkajian

Empat konteks kenyamanan yang dikaji adalah kenyamanan fisik, Psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural (Mahayaty, 2020)

#### 1. Kenyaman fisik (*Physicisal comfort*)

Kenyamanan fisik dikaji berdasarkan sensasi tubuh dan mekanisme homeostatis (Mahayaty, 2022). Kenyamanan fisik berhubungan dengan mekanisme sensasi tubuh dalam merespon suatu penyakit atau prosedur invasive. Beberapa alternative untuk memenuhi kebutuhan fisik adalah memberikan obat, merubah posisi, *backrup*, kompres hangat atau dingin, sentuhan terapeutik ( Sofifelia, 2020 ).

#### 2. Kenyamanan psikospiritual (*Psychospiritual comfort*)

Psikospiritual berkaitan dengan kesadaran internal diri (Mahahaty, 2020). Kenyamanan Psikospiritual dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang dapat difasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan interaksi dan sosialisasi klien dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam proses kesembuhan, (Sofifelia, 2020). Beberapa alternative untuk memenuhi kebutuhan Psikospiritual adalah ibu klien selalu datang setiap hari berdoa agar anaknya cepat pulih.

#### 3. Kenyamanan Sosialcultural (*Sosiocultural Comfort*)

Menurut Mahayaty (2020), kenyamanan sosialcultural mengacu pada hubungan interpersonal dan social. Kebutuhan kenyamanan social cultural berhubungan dengan interpersonal, keluarga dan masyarakat, meliputi kebutuhan terhadap informasi kepulangan (*discharge planning*) dan perawatan yang sesuai dengan budaya klien. Beberapa cara untuk memnuhi kebutuhan sosialcultural adalah menciptakan hubungan terapeutik dengan klien, menghargai hak-hak pasien tanpa memandang ststus dan budaya, mendorong klien untuk mengekspresikan perasaannya, dan memfasilitasi kerja tim yang mengatasi kemungkinan adanya konflik antara antara proses prnyembuhan dengan budaya klien ( Sofifelia, 2020)

#### 4. Kenyamanan lingkungan (*Environmental Comfort*)

Kebutuhan yang terakhir adalah kebutuhan akan kenyamanan lingkungan yang berhubungan dengan menjaga kerapian dan kebersihan lingkungan, membatasi pengunjung dan terapi saat klien beristirahat dan memberikan lingkungan yang aman bagi klien (Sofifelia, 2020). Tingkatan yang dapat dilakukan perawat meliputi mengurangi kebisingan, memberikan penerangan yang cukup dan mengurangi gangguan pada saat tidur.

#### **2.4.2 Diagnosis Keperawatan**

Teori Comfort Kolcaba tidak membahas tentang diagnosis keperawatan, sehingga residen menyusun diagnosis keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan menurut SDKI 2016.

#### **2.4.3 Intervensi Keperawatan**

Tahap selanjutnya residen menyusun intervensi keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan, terdapat tiga tipe perawatan menurut teori *comfort* yaitu *standar comfort*, *coaching*, dan *comfort food for the soul*. Ketiga kategori intervensi ini dapat di gunakan dalam mengatasi masalah ketidaknyaman di empat konteks kenyamanan yang muncul pada pasien. Keberhasilan pelaksanaan intervensi untuk mengatasi masalah sangat dipengaruhi oleh factor-faktor di luar teori keperawatan, seperti ketersediaan sarana prasarana, kemampuan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan anak. Namun hal ini dapat diatasi dengan kreatifitas dan inovasi perawat untuk mengatasi segala keterbatasan yang ada (Mahayaty, 2020). Intervensi keperawatan menurut Kolcaba berpedoman kepada tiga tipe kenyamanan yang di kelompokkan berdasarkan kebutuhan rasa nyaman pasien meliputi :1) Intervensi yang dilakukan secara standar (tehnikal) untuk mengatasi kebutuhan rasa nyaman fisik. 2).Intervensi pelatihan atau ajakan(*coaching*) untuk kenyamanan sociocultural. 3).Intervensi *comforting* untuk kebutuhan rasa nyaman psikospiritual dan lingkungan (Yeni, 2017).

#### **2.4.4 Implementasi**

Menurut Nursalam, implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing

orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien(Sofifelia, 2020).

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dari hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan, namun demikian, dibanyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Mooy, 2019).

Implementasi berdasarkan teori *Comfort Kolcaba* dilakukan berdasarkan intervensi yang telah disusun, dimana implementasi dilakukan berdasarkan atastiga kategori intervensi yaitu *standard of comfort, coaching* dan *comfort food for the soul*(Mahayaty, 2020).

#### **2.4.5 Evaluasi**

Chandra, Raman, & Katharine mengatakan bahwa, Katharine Kolcaba mendefinisikan keperawatan sebagai proses untuk menilai kebutuhan kenyamanan pasien, mengembangkan dan menerapkan intervensi keperawatan yang tepat dan mengevaluasi kenyamanan pasien setelah diberikan intervensi keperawatan. Tujuan akhir dari keperawatan adalah untuk meningkatkan kenyamanan kepada pasien. Dengan melakukan penilaian kembali terhadap tingkat kenyamanan pasien, perawat dapat mengevaluasi keberhasilan dari intervensi yang telah dilakukan(Mahayaty, 2020).

Kolcaba menyatakan evaluasi dilakukan dengan menggunakan empat tipe pengalaman kenyamanan dibandingkan dengan tiga tingkat kenyamanan anak(Yeni, 2017). Penilaian tingkat kenyamanan pada anak dilakukan dengan format yang sesuai dengan tahapan usia perkembangan anak(Yeni, 2017).

Kenyamanan pasien yang tercapai akan dibandingkan dengan tujuan tindakan keperawatan. Kemudian perawat akan menyusun kembali rencana keperawatan untuk meningkatkan maupun mempertahankan

kenyamanan yang telah sampai pada level *trancedence*. Proses inilah yang disebut dengan intervensi yang intens. Dengan demikian diharapkan kenyamanan klien dan keluarga selalu meningkat (Wardani, 2017).

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan dan menentukan sejauh mana tujuan dapat tercapai. Evaluasi dilakukan dengan memakai kriteria evaluasi, dengan melibatkan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain. Evaluasi dikatakan berhasil apabila masalah sudah dapat diatasi dengan kata lain tujuan sudah tercapai sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (Mooy, 2019).

Menurut Kodim, terdapat 2 jenis evaluasi keperawatan, yaitu:

a. Evaluasi formatif (proses)

Kodim mengatakan, evaluasi formatif berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan dan sesuai dengan wewenang (Claudia, 2020).

b. Evaluasi sumatif

Kodim mengatakan, evaluasi sumatif berfokus pada respon perilaku klien tentang pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan sesuai dengan kriteria hasil (Claudia, 2020)

## **BAB 3**

### **STUDI KASUS**

#### **3.1 Gambaran Kasus**

Studi kasus dilakukan di Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 07-12 Maret 2022 oleh mahasiswa R.R.T. Pengkajian pada pasien dilakukan pada hari Senin, 07 Maret 2022 jam 11.00 WITA.

Ruang Kenanga terdiri atas 5 ruangan yaitu A.1 –A.6, B.1-B.5, C.1-C.6, D.1-D.4, E.1-E.6, 1 Ruangan bedah yang memiliki 1 tempat tidur , 1 ruangan Nurse Station

Hasil pengkajian pada An. M.R yang dilakukan pada tanggal 07 Maret 2022, pukul 08.00 WITA diruanga Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Identitas klien atas nama An. M.R berjenis kelamin laki-laki lahir pada tanggal 28 Oktober 2020, berumur 1 Tahun 8 bulan, agama Muslim, tinggal di Manulai II, ayah pasien bernama Tn. J dan ibu pasien bernama Ny. D.L. An. M.R masuk rumah sakit pada tanggal 06 Maret 2022 pada pukul 11.00 WITA dengan diagnose medis Demam Berdarah Dengue dan nomor MR: 552997. Pada saat pengkajian Ibu pasien mengatakan anaknya panas tinggi. Ibu pasien juga mengatakan anaknya sudah demam sejak 3 hari yang lalu, sudah melakukan kompres tapi demam tidak turun sehingga kedua orangtua membawa pasien ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johanes Kupang untuk dirawat. Keadaan umum pasien saat ini sakit dengan kesadaran pasien Composmentis, dengan nilai GCS:15. Hasil TTV: TD. 90/60 mmHg, Suhu. 38 °C, Nadi. 144 x/m, Pernapasan. 25 x/m, SPO2. 96 %. Riwayat kelahiran dan kelahiran. Prenatal: Pada saat hamil ibu An. M.R. biasanya melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Naioni, dengan frekuensi pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali ANC, dan keluhan yang sering dirasakan pada saat hamil yaitu mual muntah. Intranatal: An. M.R. dilahirkan di Rumah Sakit Leona dan ditolong oleh bidan dan Dokter dengan jenis persalinan spontan, usia kehamilan 36 minggu. Berat badan lahir An. M.R 2.700 gram, panjang

badan lahir: 50 cm, apgar score 8, langsung menangis dan tidak ditemukan *jaundice*. Postnatal: Sejak lahir sampai pada saat pengkajian An. M.R. masih mendapatkan ASI. Imunisasi dasar yang sudah didapat, yaitu: Polio I,II,III IV, DPT: I,II,III, Hepatitis: I,II,III. Riwayat masa lampau Sejak lahir An. M.R. belum pernah sakit dan dirawat di rumah sakit. An. M.R. belum pernah mendapatkan tindakan operasi, tidak memiliki riwayat alergi, tidak pernah mengalami kecelakaan. Orang tua dan keluarga An. M.R. tidak memiliki riwayat penyakit Demam Berdarah Dengue. Pemeriksaan fisik: Keadaan umum : Keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, GCS : E:4, V:5, M:6. Tanda-tanda vital: TD. 90/60 mmHg, S. 38 °c, N. 144x/m, RR. 25 x/m, SPO2. 96%. Berat badan saat ini 9,3 kg, berat badan sebelum sakit 10 kg yang terakhir kali timbang pada saat masuk rumah sakit yaitu tanggal 006 maret 2022, status gizi: normal. Panjang badan : 50 cm, Lingkar kepala: 40 cm, wajah: tampak kemerahan, mata: sclera putih, Hidung: tidak terdapat sekret, tidak ada mimisan, mulut: bersih, mukosa mulut pasien lembab, Telinga: bersih, tidak terdapat serumen, tidak nyeri dan tidak memiliki gangguan pendengaran, leher: pergerakan bebas bentuk simetris dan pendek, Lingkar dada: 33 cm, dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada tidak terdapat suara jantung tambahan S1 dan S2 normal. Lingkar perut 52 cm, tidak teraba terdapat hepatomegali dan splenomegali (limfa), bising usus 25x/mnt, pasien tidak mual dan tidak muntah. Genitalia: tampak bersih, tidak teraba massa, tidak ada lesi dan kemerahan, tidak terpasang kateter, dan tidak dilakukan sirkumisi. Extremitas bagian kiri atas terdapat peteki/bintik-bintik merah pada lengan pasien dan melakukan uji tourniquet pada pasien dan hasilnya peteki kurang 10, pergerakan sendri pasien bebas, pasien belum bisa berjalan, kekuatan otot normal. Nutrisi dan cairan: Sampai saat ini pasien hanya mengkonsumsi ASI. Keinginan ASI pasien baik. Pasien biasanya ASI  $\pm$ 10 sehari. Pasien masih mengkonsumsi ASI langsung dari payudara ibu selain ASI pasien minum air putih 900 cc/ 24 jam. Pasien biasanya ASI secara rutin dipagi, siang, sore dan malam. Lalu biasanya diantara pemberian rutin itu diberikan lagi ASI jika pasien menangis atau setiap  $\pm$ 2,5 jam. Status nutrisi:



pasien tercukupi. Pasien tidak tampak kurus dan ataupun kekurangan gizi. Diet pasien bubur saring dan cairan yang diberikan pada pasien berupa infus RL 500 ml/8 jam/21 tpm. Status hidrasi pasien baik, turgor kulit dan kelembaban baik. Istirahat tidur: Pasien terbiasa tidur pada siang hari dengan durasi tidur  $\pm$  3 jam dan tidur malam hari sampai pagi dengan durasi  $\pm$  9-10 jam. Sebelum tidur pasien biasanya diberi ASI oleh ibunya. Pasien terbiasa tidur siang jam 10.00 sampai jam 13.00 dan jam 15.00 sampai jam 18.00/ lama tidur  $\pm$  3 jam. Pasien terbiasa tidur jam 21.00 sampai 07.00 WITA dan lama tidur 10 jam. Personal hygiene: Mandi: Pasien terbiasa mandi 2 kali pagi dan sore setiap hari. Dimandikan oleh ibunya. Ibu selalu mencuci rambut pasien setiap kali mandi dengan menggunakan air hangat. Gunting kuku : Ibu biasanya menggunting kuku pasien seminggu sekali. Eliminasi: BAB pasien dalam sehari  $\pm$ 2 kali pada pagi dan sore hari dan BAK dalam sehari 6-8 kali. Aktivitas: Semua aktifitas pasien dibantu oleh ibunya karena umur pasien yang masih 1 Tahun 5 bulan. Informasi tambahan : Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya : Ibu pasien mengatakan ia berharap anaknya akan sembuh karena mendapatkan perawatan yang intensif dari dokter dan perawat yang merawatnya. Obat yang didapat yaitu IVFD. RL 500 ml 21 Tpm/8 jam, inf. Paracetamol 10 mg ( 2x10 mg/IV) di guyur. Pemeriksaan laboratorium tanggal 07 maret 2022 dapatkan: ( hemoglobin 13,5 g/dl, nilai normal (10,0-18,0 g/dl) jumlah eritrosit  $4,44 \cdot 10^6$ /ul, normal (4,1-5,5 juta/mcl) Hematokrit, 33,7%, normal (30-40% ) MCV, 76.1 fl, nrmal (73-101 fl ) MCH, 25,4 pg,normal (23-31 pg) Basofil: 2%, normal (0-1%) Neutrofil: 46%, normal (17-60%) Monosit: 9.90%, normal (1-10%) Jumlah trombosit:  $120.00 \cdot 10^3$ /ul (150.00-400.00), PDW: 20.79 fl, normal (10-18 fl) MPV: 6.93 fl, normal (9.00-13.00 fl).

### **3.1.1 Pengkajian dengan pendekatan teori kenyamanan Kolcaba.**

Pengkajian pada An. M.R dilakukan dengan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan pendekatan teori *comfort* yaitu dengan melakukan penilaian terhadap

struktur taksonomi antara tiga kenyamanan (*Relief*: kelegaan, *Ease*: ketentraman, dan *Transdence*: transedensi) yang dikaitkan dengan empat pengalaman kenyamanan (Fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural).

#### 1. Kenyamanan Fisik

*Relief (kelegaan)*: Ibu pasien mengatakan anaknya panas tinggi Ibu pasien juga mengatakan anaknya sudah demam sejak 3 hari yang lalu, sudah melakukan kompres tapi demam tidak turun sehingga kedua orangtua membawa pasien ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang untuk dirawat, Suhu : 38,5 °c, TD: 90/60 mmHg, Pasien tampak menggunakan pakaian yang tipis, akril teraba hangat, Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 07 Maret 2022 Jumlah trombosit: 120.00  $10^3$ /ul (150.00-400.00, *Ease (ketentraman)*: An. M.R nampak gelisah, rewel, sering menangis, *Transcendence (transedensi)*: Orangtua pasien menerima program pengobatan dan perawatan yang diberikan di rumah sakit.

#### 2. Kenyamanan Psikospiritual

*Relief (kelegaan)*: Ibu pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit pasien menjadil lebih rewel dan sering menangis. Setelah dilakukan observasi, pasien nampak rewel dan sering menangis terlebih ketika ada petugas kesehatan yang masuk ke ruangnya, *Ease (ketentraman)*: An.M.R nampak gelisah, rewel, sering mengangis, *Transcendence (transedensi)*: Ibu pasien mengatakan mereka selalu berdoa setiap sebelum tidur dan meminta pertolongan Tuhan untuk kesembuhan An. M.R.

#### 3. Lingkungan rumah sakit

*Relief (kelegaan)*: ventilasi yang terdapat di ruangan kenanga terutama yang ada di kamar A kurang baik dan tersedianya 8 jendela dan di ruangan terasa panas karena AC yang kurang baik (Rusak). Kondisi ruangan kenanga khususnya Kamar A memiliki udara yang bersih karena jauh dari pabrik maupun jalan umum, tersedianya air yang bersih, pengairan yang efisien, kamar mandi tampak bersih karena yang digunakan banyak pasien yang dirawat disana dan lingkungan yang bersih dan dimasuki cahaya matahari. kebisingan yang terdapat di ruangan kenanga cukup tinggi karena banyaknya

pasien yang di rawat disana pada ruangan rawat inap tidak terdapat tirai yang bisa membatasi cahaya yang masuk ke ruang pasien untuk memberikan kenyamanan. Pasien tidak dapat tidur malam saat lampu dinyalakan. di ruangan kenanga khususnya kamar A sediakan lingkungan kamar tampak bersih dan tertata dengan variasi berbagai gambar pada tembok tempat tidur dan alas kasur: sediakan tempat tidur dan alas kasur yang bersih dan nyaman, *Ease (ketentraman)*: An.M.R nampak gelisah, rewel, sering menangis, *Transcendence (transendensi)*: An. M.R ditempatkan di ruangan Kenanga RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang, dengan keadaan ruangan bersih, pencahayaan baik, ventilasi baik, dan terasa terasa panas karena AC tidak berfungsi dengan baik/rusak.

#### 4. Sosiokultural

*Relief (kelegaian)*: Anak nampak kurang berinteraksi dengan Perawat/Dokter dan sering menangis bila ada Perawat/Dokter yang masuk ke ruangnya, *Ease (ketentraman)*: An.M.R nampak gelisah, rewel, sering menangis, *Transcendence (transendensi)*: Sebelum sakit pasien selalu diajak bermain bersama kakak-kakanya, serta ayah dan ibu di kamar juga di sekitar lingkungan rumah, Semua aktifitas An. M.R dibantu oleh ibunya karena umur pasien yang masih 1 tahun 5 bulan.

5. Taksonomi Comfort An. M.R

**Tabel 3.1**  
**Taksonomi Comfort An. M.R**

<b>Konteks Kenyamanan</b>	<b>Type of Comfort (Tipe kenyamanan)</b>		
	<b>Relief (kelegaian)</b>	<b>Ease (ketentraman)</b>	<b>Transcendence (transendensi)</b>
Fisik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu pasien mengatakan anaknya panas tinggi Ibu pasien juga mengatakan anaknya sudah demam sejak 3 hari yang lalu, sudah melakukan kompres tapi demam tidak turun sehingga kedua orangtua membawa pasien ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang untuk dirawat.</li> <li>2. Pernapasan An. M.R : 25 x/mnt</li> <li>3. Suhu : 38 °c, TD: 90/60 mmHg</li> <li>4. Pasien tampak menggunakan pakaian yang tipis, akril terasa hangat, suhu tubuh 38 °c</li> <li>5. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 07 Maret 2022 Jumlah trombosit: 120.00 10<sup>3</sup>/ul (150.00-400.00)</li> </ol>	An. M.R nampak gelisah, rewel, sering menangis.	Orangtua pasien menerima program pengobatan dan perawatan yang diberikan di rumah sakit.
Psikospiritual	Ibu pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit pasien menjadil lebih rewel dan sering menangis. Setelah	An.M.R nampak gelisah, rewel, sering menangis.	Ibu pasien mengatakan mereka selalu berdoa setiap sebelum tidur dan meminta pertolongan Tuhan

	dilakukan observasi, pasien nampak rewel dan sering menangis terlebih ketika ada petugas kesehatan yang masuk ke ruangnya.		untuk kesembuhan An. M.R.
Lingkungan	1. ventilasi yang terdapat di ruangan kenanga terutama yang ada di kamar A kurang baik dan tersedianya 8 jendela dan di ruangan terasa panas karena AC yang kurang baik (Rusak). Kondisi ruangan kenanga khususnya Kamar A memiliki udara yang bersih karena jauh dari pabrik maupun jalan umum, tersedianya air yang bersih, pengairan yang efisien, kamar mandi tampak bersih karena yang digunakan banyak pasien yang dirawat disana dan lingkungan yang bersih dan dimasuki cahaya matahari. kebisingan yang terdapat di ruangan kenanga cukup tinggi karena banyaknya pasien yang di rawat disana pada ruangan rawat inap tidak terdapat tirai yang bisa membatasi cahaya yang masuk ke ruang pasien untuk memberikan	An. M.R nampak gelisah, rewel, sering mengangis.	An. M.R ditempatkan di ruangan Kenanga RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang, dengan keadaan ruangan bersih, pencahayaan baik, ventilasi baik, dan terasa terasa panas karena AC tidak berfungsi dengan baik/rusak.

	<p>kenyamanan. Pasien tidak dapat tidur malam saat lampu dinyalakan. di ruangan kenanga khususnya kamar A sediakan lingkungan kamar tampak bersih dan tertata dengan variasi berbagai gambar pada tembok tempat tidur dan alas kasur: sediakan tempat tidur dan alas kasur yang bersih dan nyaman.</p> <p>2. Ruang rawat An. M.R tidak dirancang dan dimodifikasi dengan menyertakan ornamen yang mendukung untuk ruangan anak.</p> <p>3. Ibu pasien mengatakan pasien sering merubah posisi tidurnya dan nampak tidak nyaman, sehingga pasien lebih sering digendong oleh ibunya</p>		
Sosialkultural	<p>1. Anak nampak kurang berinteraksi dengan Perawat/Dokter dan sering menangis bila ada Perawat/Dokter yang masuk ke ruangnya</p>	<p>An. M.R nampak gelisah, rewel, sering menangis.</p>	<p>1. Sebelum sakit pasien selalu diajak bermain bersama kakak-kakanya, serta ayah dan ibu di kamar juga di sekitar lingkungan rumah.</p> <p>2. Semua aktifitas An. M.R dibantu oleh ibunya karena umur pasien yang masih 1 tahun 5 bulan.</p>

### **3.1.2 Diagnosa keperawatan dengan pendekatan teori Kolcaba**

Berdasarkan data yang ditemukan dan didapatkan pada saat melakukan pengkajian pada An. M.R, maka masalah keperawatan dapat kemudian dianalisa berdasarkan struktur taksonomi kenyamanan. Analisa dilakukan terhadap ketiga tingkat kenyamanan yang berkaitan dengan kenyamanan fisik, kenyamanan psikospiritual, kenyamanan lingkungan, dan kenyamanan sosiokultural setelah melakukan pengkajian dan prioritas diagnose keperawatan ditentukan berdasarkan hasil analisa taksonomi kenyamanan yang telah dilakukan dan ditegakkan dengan menggunakan perumusan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan 2 masalah keperawatan yang ditegakan berdasarkan masalah kenyamanan yaitu terkait masalah Hipertemi dan Resiko perdarahan. Penetapan diagnosa keperawatan ini menggunakan buku pedoman penegakan diagnosa keperawatan (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. SDKI) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yakni:

1. Masalah kenyamanan lingkungan dan fisik yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0103) dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan anaknya sudah demam sejak 3 hari yang lalu, ibu pasien juga mengatakan anaknya panas tinggi dan sudah melakukan kompres tapi demam tidak turun sehingga kedua orangtua membawa pasien ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang untuk dirawat. Keadaan umum pasien saat ini sedang dengan kesadaran pasien Composmentis, dengan nilai GCS:15, akral teraba hangat, suhu. 38,5 °c.

Berdasarkan pengkajian teori Comfort Kolcaba yang mendukung diagnosa hipertermi yaitu kebutuhan rasa nyaman fisik dimana pasien tidak merasa nyaman diruangan terasa panas karena AC diruangan Kenanga tidak berfungsi dengan baik, kebisingan yang terdapat diruangan cukup tinggi karena banyak pasien yang dirawat disana. Hal ini memberikan stimulus yang terlalu banyak pada pasien sehingga pasien tidak dapat beristirahat sehingga demamnya dapat bertambah.

2. Masalah kenyamanan fisik yaitu risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia) (D.0012) Berdasarkan pengkajian teori Comfort Kolcaba yang mendukung diagnosa risiko perdarahan yaitu kebutuhan rasa nyaman fisik dimana orangtua pasien mengatakan ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien dan didukung dengan hasil laboratorium trombosit pasien menurun yaitu Jumlah trombosit:  $120.00 \times 10^3/\mu\text{l}$  (150.00-400.00 )

### 3.1.3 Intervensi keperawatan dengan pendekatan teori Kolcaba

Intervensi keperawatan pada An. M.R ditetapkan dengan berpedoman pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan pendekatan teori *Comfort Kolcaba* yang secara integratif bertujuan memenuhi kebutuhan kenyamanan secara holistik. Teori Kenyamanan Kolcaba bersifat integratif yang merupakan pendekatan dengan menggabungkan beberapa metode yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada empat konteks kenyamanan: Fisik, psiko spiritual, sosial budaya, yang terbagi atas tiga kategori yaitu *standard of comfort*, *coaching* dan *comfort food for the soul*

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal. (*standard of comfort*) Goal: Mempertahankan suhu tubuh pasien dalam rentan normal. Objektif: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit suhu tubuh tetap berada pada rentan normal. Luaran: Termoregulasi (L.14134): Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x4 24 jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : menggigil menurun, kulit merah menurun, kejang menurun, suhu tubuh membaik, Suhu kulit membaik. Intervensi Manajemen Hipertermia (1.15506): **Observasi:** (*standard of comfort*) identifikasi penyebab hipertermia (mis. *infeksi virus dengue*), (*standard of comfort*) ukur suhu tubuh **Terapeutik:** (*comfort food for the soul* dan *standard of comfort*) sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi atau kipasi permukaan tubuh, lakukan



pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres hangat pada lipatan paha, aksila), **Edukasi** : (*coaching*) anjurkan tirah baring, **Kolaborasi** : (*standar of comfort*) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, antiipiuretik (paracetamol 10 mg/IV)

2. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia) dibuktikan dengan orangtua pasien mengatakan ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien (*standar of comfort*) Goal: Pasien akan mempertahankan kenyamanan selama dalam perawatan. Objektif: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien akan bebas dari bintik-bintik pada kaki pasien. Luaran: Tingkat perdarahan (L. 12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: kelembapan membran mukosa meningkat, kelembapan kulit meningkat, hemoptisis menurun, hematemesis menurun, hematuria menurun, hemoglobin membaik, hematokrit membaik, intervensi: Pencegahan pendarahan (1.02067) **Observasi**: (*standard of comfort*) monitor tanda dan gejala perdarahan, (*standard of comfort*) monitor nilai hematokrit/hemoglobin jumlah trombosit, (*standar of comfort*) monitor tanda-tanda vital, **Edukasi**: (*coaching*) jelaskan tanda dan gejala perdarahan, (*coaching*) anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, (*coaching*) anjurkan meningkatkan asupan makanan.

### 3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan oleh selama 3 hari yaitu pada Senin, 07 Maret 2022 s/d Rabu, 09 Maret 2022 di ruangan Kenanga RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1. Hari pertama (Senin, 07 Maret 2022)
  - a. *Standard of comfort* : Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal.

Mengidentifikasi penyebab kenyamanan fisik hipertermia ( mis. *Infeksi virus dengue*) (08.30 WITA) mengukur suhu tubuh (suhu: 38,5 °c) (08.45 WITA) (*Comfort food for the soul*) melakukan untuk kompres dengan air hangat pada kenyamanan fisik (pada lipatan paha dan dan axila) (09.00 WITA) memberikan kenyamanan fisik IVFD. Paracetamol 10 mg (2x10 mg/IV, (di guyur) di setiap kali anak demam (09.10 WITA) setelah dilakukan observasi 3 jam kemudian suhu tubuh menurun menjadi 38 °c (12.10 WITA)

- b. (*Standar of comfort*) : Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia) dibuktikan dengan dengan orangtua pasien mengatakan ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien.

Melihat tanda dan gejala perdarahan pada kenyamanan fisik (uji torniquet pada pada lengan pasien sistole + diastole 90+60 = 150: 2) dan hasilnya (-) kagatif karena bintik-bintik merah tidak sampai 10 dalam lingkaran jika lebih dari 10 maka dikatakan (+) (09.20 wita), memantau nilai hematokrit/hemoglobin, jumlah trombosit pada kenyamana lingkungan (hemoglobin 13,5 g/dl, nilai normal (10,0-18,0 g/dl dan Hematokrit, 33,7%, normal (30-40%, Jumlah trombosit: 120.00 10<sup>3</sup>/ul (150.00-400.00 ) (10.00 wita), mengukur tanda-tanda vital pada kenyamanan fisik: (TTV: TD. 90/60 mmHg, S. 38 °C, N. 144x/m, RR. 25x/m) (09.30 wita), menjelaskan tanda dan gejala perdarahan pada kenyamana lingkungan: (orangtua mendengar dan paham tentang penjelasan tanda dan gejala perdarahan yang akan muncul dan orang tua berharap semua pengobatan dilakukan dengan baik agar pasien terhindar dari perdarahan) (09.40 wita), menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi pada kenyamana lingkungan (orangtua dan anak mengikuti anjuran yang sudah diberikan perawat) (09.45 wita), menganjurkan meningkatkan asupan makanan pada kenyamanan fisik (orangtua pasien

mengatakan anaknya menghabiskan porsi makanan yang diberikan dan ada makanan tambahan seperti roti, dan kripik) (09.50 wita).

2. Hari kedua (Selasa, 08 Maret 2022)

- a. (*Standar of comfort*) hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal.

Mengidentifikasi penyebab kenyamanan fisik hipertermia ( mis. *Infeksi virus dengue*) (08.30 WITA) mengukur suhu tubuh (suhu: 38 °c) (08.45 WITA) (*Comfort food for the soul*) melakukan untuk kompres dengan air hangat pada kenyamanan fisik (pada lipatan paha dan dan axila) (09.00 WITA) memberikan kenyamanan fisik IVFD. Paracetamol 10 mg (2x10 mg/IV, (di guyur) di setiap kali anak demam (09.10 WITA) setelah dilakukan observasi 3 jam kemudian suhu tubuh menurun menjadi 37,6 °c (12.10 WITA)

- b. (*Standar of comfort*) Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)

Memantau nilai hematokrit/hemoglobin, jumlah trombosit pada kenyamanan lingkungan (hemoglobin 13,5 g/dl, nilai normal (10,0-18,0 g/dl dan Hematokrit, 33,7%, normal (30-40%, Jumlah trombosit: 137.00  $10^3$ /ul (150.00-400.00 ) (10.00 wita), mengukur tanda-tanda vital pada kenyamanan fisik: (TTV: TD. 90/60 mmHg, S. 38 °C, N. 144x/m, RR. 25x/m) (09.30 wita), menjelaskan tanda dan gejala perdarahan pada kenyamanan lingkungan: (orangtua mendengar dan paham tentang penjelasan tanda dan gejala perdarahan yang akan muncul dan orang tua berharap semua pengobatan dilakukan dengan baik agar pasien terhindar dari perdarahan) (09.40 wita), menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi pada kenyamanan lingkungan (orangtua dan anak mengikuti anjuran yang sudah diberikan perawat) (09.45 wita), menganjurkan meningkatkan asupan makanan pada

kenyamanan fisik (orangtua pasien mengatakan anaknya menghabiskan porsi makanan yang diberikan dan ada makanan tambahan seperti roti, dan kripik) (09.50 wita)

3. Hari ketiga (Rabu, 09 Maret 2022)

- a. (*Standar of comfort*) hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal.

Mengidentifikasi penyebab kenyamanan fisik hipertermia ( mis. Infeksi virus dengue) (08.30 WITA) mengukur suhu tubuh (suhu: 38 °c) (08.45 WITA)

- b. (*Standar of comfort*) risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia).

Memantau nilai hematokrit/hemoglobin , dan jumlah trombosit (hemoglobin 13,5 g/dl, nilai normal (10,0-18,0 g/dl dan Hematokrit, 33,7%, normal (30-40%, Jumlah trombosit: 153.00  $10^3$ /ul (150.00-400.00 ) (10.00 wita) mengukur tanda-tanda vital pada kenyamanan fisik : (TTV: TD. 100/70 mmHg, S. 36,5 °C, N. 145x/m, RR. 25x/m) (09.30 wita), menganjurkan meningkatkan asupan makanan pada kenyamana lingkungan,(orangtua pasien mengatakan anaknya menghabiskan porsi makanan yang diberikan dan ada makanan tambahan seperti roti, dan kripik) (09.50 wita)

### 3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dalam kasus An. M.R. evaluasi dilakukan setiap selesai melakukan tindakan yaitu selama tiga hari dengan menggunakan format SOAP (S: Subjektif, O: Objektif, A: Assessment, dan P: Planning) yaitu selama 3 hari pada Senin, 07/03/2022, Selasa, 08/03/2022, dan Rabu, 09/03/2022.

1. Hari pertama (Senin, 07 Maret 2022, 08.00 WITA)

- a. (*Standar of comfort*) hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal

**S:** Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam. **O:** Tidak ada tanda-tanda kejang, Suhu kulit teraba panas, Suhu tubuh

38 °C. **A:** Hipertermi belum teratasi. **P:** Intervensi yang harus dilanjutkan: (*standar of comfort*) monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, (*coaching*) anjurkan tirah baring, (*standar of comfort*) kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

- b. (*Standart of comfort*) risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia).

**S:** Orangtua pasien mengatakan masih ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien. **O:** Keadaan umum baik, pasien tampak tenang, HB: 13,5 g/dl, Trombosit:  $120.00 \cdot 10^3/\text{ul}$ . **A:** Resiko perdarahan belum teratasi **P:** Intervensi yang harus dilanjutkan: monitor tanda dan gejala perdarahan, (*Standart of comfort*) monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, (*Standart of comfort*) monitor tanda-tanda vital, (*Standart of comfort*) jelaskan tanda dan gejala perdarahan, (*coaching*) anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, (*coaching*) anjurkan meningkatkan asupan makanan

2. Hari kedua (Selasa, 08 Maret 2022, 08.00 WITA)

- a. (*Standar of comfort*) hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal

**S:** Ibu pasien mengatakan demamnya sudah berkarung. **O:** Tidak ada tanda-tanda kejang, suhu kulit membaik, suhu tubuh :  $37,1^\circ\text{C}$ . **A:** Hipertermia teratasi sebagian.**P:** Intervensi yang harus dilanjutkan: (*Standart of comfort*) monitor suhu tubuh

- b. (*Standart of comfort*) risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia).

**S:** Ibu pasien mengatakan bintik-bintik merah pada kaki pasien sudah berkurang. **O:** Klien tampak tidur tenang, HB: 13,5 g/dl. Trombosit :  $137.00 \cdot 10^3/\text{ul}$ . **A:** risiko perdarahan teratasi sebagian. **P:** Intervensi yang harus dilanjutkan: (*Standart of comfort*) monitor tanda dan gejala perdarahan,

(*Standart of comfort*) monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, (*coaching*) anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, (*coaching*) anjurkan meningkatkan asupan makanan.

3. Hari ketiga (Selasa, 09 Maret 2022, 08.00 WITA)

a. (*Standar of comfort*) hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal

**S:** Ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam lagi. **O:** Tidak ada tanda-tanda kejang, suhu kulit membaik, suhu: 36,5. **A:** Hipertermia teratasi. **P:** Intervensi dihentikan

b. (*Standar of comfort*) Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia).

**S:** Ibu pasien mengatakan tidak ada bintik-bintik merah pada kaki pasien. **O:** Keadaan umum pasien baik, klien tampak duduk tenang. HB: 13,5 g/dl, Trombosit:  $153.00 \cdot 10^3/\text{ul}$ . **A:** risiko perdarahan teratasi. **P:** intervensi dihentikan.

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan studi kasus yang akan dibahas adalah kesenjangan antar teori yang ada dan praktik di lapangan. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien, menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai pada tahap evaluasi keperawatan. Pada pengkajian keperawatan yang dilakukan adalah mengambil data-data melalui proses wawancara dan melalui pengkajian fisik, dimana data yang diambil dapat berupa data primer maupun sekunder dan dapat bersifat subjektif maupun objektif. Kemudian data -data yang telah didapat, dianalisa untuk menegakkan diagnosa keperawatan menggunakan rumus PES (problem, etiologi, sign and symptom). Setelah menegakkan diagnosa keperawatan menggunakan standar diagnosis keperawatan Indonesia, maka langkah berikutnya adalah membuat perencanaan keperawatan dengan menggunakan standar luaran keperawatan Indonesia dan standar intervensi keperawatan Indonesia, setelah menyusun perencanaan, langkah selanjutnya yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Setelah melakukan tindakan keperawatan, maka perlu dilakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan dari tindakan keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (hasil).

#### **4.1 Pengkajian**

Katherine Kolcaba memandang bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seseorang yang bersifat holistic yang meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan (Risnah & Irwan, 2021). Alligod dalam (Aini, 2018) menyatakan bahwa, setiap individu menunjukkan respons holistik terhadap stimulus kompleks yang diterima. Kenyamanan adalah hasil holistik yang ingin dicapai oleh setiap individu dan erat kaitannya dengan disiplin keperawatan (Alligod dalam (Aini, 2018)). Hal ini menunjukkan bahwa ketika seseorang menerima sitimulus kompleks dari sebuah penyakit, maka individu akan mununjukkan respon yang holistik sebagai mekanisme pertahanan tubuh yang akan mengganggu kenyamanan seorang individu

secara holistik yang dapat dilihat dari berbagai aspek seperti: fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan.

Dalam kasus An. M.R ditemukan bahwa adanya masalah dalam ke-empat konteks kenyamanan menurut Kolcaba, yaitu fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan yang merupakan respon ketika adanya proses penyakit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hal ini sesuai dengan asumsi mendasar teori *Comfort Kolcaba*.

Salah satu konsep penting dalam teori *Comfort Kolcaba* yaitu variabel yang mengintervensi dimana, interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima mengenai kenyamanan sepenuhnya. Hal ini mencakup pengalaman sebelumnya, usia, sikap, status emosional, sistem pendukung, ekonomi, edukasi dan keseluruhan elemen lainnya dari pengalaman penerima (Aini, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa pengkajian dalam asuhan keperawatan pada An. M.R. sesuai dengan teori *Comfort Kolcaba* dimana dilakukan pengkajian identitas klien, keluhan utama, riwayat kehamilan dan kelahiran dan riwayat masa lampau. Hal ini menunjukkan bahwa perlu dilakukan pengkajian terkait identitas klien, keluhan utama, riwayat kehamilan dan kelahiran dan riwayat masa lampau yang berkaitan dengan pasien dan keluarga untuk menilai interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima mengenai kenyamanan sepenuhnya.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilaksanakan pada An. M.R dengan Demam Berdarah Dengue adalah:

1. Kenyamanan fisik (*physical comfort*)

Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan beberapa data terkait ketidaknyamanan lingkungan fisik An. M.R pada tingkat kenyamanan *relief* dimana, Ibu pasien mengatakan anaknya panas tinggi. Ibu pasien juga mengatakan anaknya sudah demam sejak 3 hari yang lalu, sudah melakukan kompres tapi demam tidak turun sehingga kedua orangtua membawa pasien ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang untuk dirawat. Keadaan umum pasien saat ini sakit dengan kesadaran pasien Composmentis, dengan nilai GCS:15, akral teraba hangat, subuh tubuh



38 °c dan nampak ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien. Pemeriksaan laboratorium tanggal 07 maret 2022 dapatkan Jumlah trombosit: 120.00 10<sup>3</sup>/ul (150.00-400.00). Menurut Nursalam (2016) menyatakan bahwa kondisi lingkungan yang menyebabkan DBD sering kali di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang, bak yang jarang di kuras dan gantungan baju di kamar). Nyamuk *Aedes Aegypti* biasanya menggigit pada siang hari jam 10.00-12.00 dan sore hari pada jam 16.00-18.00. Menurut Soedjas, 2011 menyebutkan bahwa nyamuk dari tetangga mungkin terbang ke rumah sekitarnya, karena nyamuk memiliki daya jelajah hingga 100 meter. Pernyataan (Nurarif dan Kusuma, 2015) membuktikan bahwa terapat kesamaan antara teori dan kasus dimana tanda dan gejala yang dialami oleh An. M.R merupakan kemampuan tubuh di dalam merespon/beradaptasi terhadap suatu suatu penyakit.

Kesenjangan yang ditemukan berdasarkan pernyataan (Wijayaningsih, 2013) yaitu An. M.R mengalami demam. Hal ini dikarenakan suhu tubuh An. M.R pada saat pengkajian suhu tubuh diatas rentang normal yaitu 38,5 °C dikarenakan pada saat pengkajian An. M.R sudah memasuki hari ke-2 perawatan dan sudah mendapatkan obat penurun panas Paracetamol 10 ml sejak hari pertama MRS, yang kemudian pemberian Paracetamol dihentikan pada hari ke-4 tanggal 09/03/2022 karena suhu tubuh An.M.R sudah dalam rentang normal yaitu 36,5°c

Menurut (Wijaya dan Putri, 2013) Manifestasi klinis Demam Berdarah Dengue pada anak adalah 1) Demam akut, yang tetap tinggi selama 2-7 hari, 38 °c- 40 °c, kemudian turun secara lisis. Demam disertai gejala spesifik, seperti anoreksia, malaise, nyeri pada punggung, tulang, persendian, dan kepala, 2) Manifestasi perdarahan, seperti uji tourniquet positif, ptekie, purpura, ekimosis, espistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena 3) Pembesaran hati dan nyeri tekan tanpa ikterus 4) Demam dengan atau tanpa renjatan Renjatan pada saat demam biasanya

mempunyai prognosis buruk 5) Kenaikan nilai Ht/hemokonsentrasi, yaitu sedikitnya 20%.

## 2. Kenyamanan psikospiritual

Kolcaba menyatakan bahwa kenyamanan psikospiritual sendiri dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang mampu difasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan interaksi dan sosialisasi pasien dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam proses kesembuhan pasien (Risnah & Irwan, 2021), hal ini sesuai dengan hasil pengkajian pada An. M.R dimana, ibu pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit pasien menjadil lebih rewel dan sering menangis. Setelah dilakukan observasi, pasien nampak rewel dan sering menangis terlebih ketika ada petugas kesehatan yang masuk ke ruangnya dimana hal ini tidak ditemukan ketidaknyamanan psikospiritual pada An. M.R yang tergolong dalam tingkat kenyamanan relief. Orang tua selalu menggendong dan menyusu sehingga sejalan dengan teori Comfort Kolcaba dimana, data psikologis didapatkan melalui pengidentifikasian kondisi psikologis anak dalam menghadapi kondisi sakit dan orangtua percaya kepada Tuhan bahwa anaknya akan sembuh (Claudia, 2020). Mengidentifikasi respon atau reaksi anak dalam beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit dalam proses hospitalisasi (Claudia, 2020). Hal ini didukung dengan pernyataan Nursalam yakni, hospitalisasi adalah pengalaman penuh cemas baik bagi anak maupun keluarganya. Kecemasan utama yang dialami dapat berupa perpisahan dengan keluarga, kehilangan kontrol, lingkungan yang asing, kehilangan kemandirian dan kebebasan. Reaksi anak dapat dipengaruhi oleh perkembangan usia anak, pengalaman terhadap sakit, diagnosa penyakit, sistem dukungan dan koping terhadap cemas (Paramitha, 2020).

## 3. Kenyamanan lingkungan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilaksanakan pada Senin, 07 Maret 2022 pada ibu dari An. M.R, dari hasil wawancara didapatkan data terkait lingkungan rumah sakit pasien dimana ventilasi yang terdapat di ruangan

kenanga terutama yang ada di kamar A kurang baik dan tersedianya 8 jendela dan di ruangan terasa panas karena AC yang kurang baik (Rusak). Kondisi ruangan kenanga khususnya Kamar A memiliki udara yang bersih karena jauh dari pabrik maupun jalan umum, tersedianya air yang bersih, pengairan yang efisien, kamar mandi tampak bersih karena yang digunakan banyak pasien yang dirawat disana dan lingkungan yang bersih dan dimasuki cahaya matahari. Kebisingan yang terdapat di ruangan kenanga cukup tinggi karena banyaknya pasien yang di rawat disana pada ruangan rawat inap tidak terdapat tirai yang bisa membatasi cahaya yang masuk ke ruang pasien untuk memberikan kenyamanan. Pasien tidak dapat tidur malam saat lampu dinyalakan. di ruangan kenanga khususnya kamar A sediakan lingkungan kamar tampak bersih dan tertata dengan variasi berbagai gambar pada tembok tempat tidur dan alas kasur: sediakan tempat tidur dan alas kasur yang bersih dan nyaman.

#### 4. Kenyamanan sosialkultural

An. M.R nampak kurang berinteraksi dengan perawat/dokter dan sering menangis bila ada perawat/dokter yang masuk ke ruangnya dan pasien kurang rewel apabila hanya bersama keluarganya saja. Hal ini sejalan dengan teori Confort Kolcaba dimana menurut (Claudia, 2020), data sosial yang didapat yaitu data terkait hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit. Biasanya anak yang sedang mengalami kondisi sakit, anak hanya mau bersama dengan ibu atau ayah klien. Hal ini juga didukung oleh pernyataan Wulandari dalam (Wardana, 2020), Masalah utama reaksi anak ialah dampak dari perpisahan dengan orang tua yang mengakibatkan gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Pada anak yang dihospitalisasi akan terjadi *Stranger Anxiety* atau cemas apabila bertemu dengan orang yang belum dikenalnya. Respon yang paling sering muncul pada anak antara lain menangis, marah dan menunjukkan kegelisahan sebagai sikap terhadap reaksi hospitalisasi pada anak.

Hal ini menunjukkan bahwa kenyamanan sosialkultural An. M.R yang tergolong dalam tingkat kenyamanan *relief*.

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015), terdapat 6 diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada anak dengan Demam Berdarah Dengue, namun pada kasus An. M.R hanya ditegakkan 2 diagnosa keperawatan yang disesuaikan dengan data yang ditemukan pada saat pengkajian.

Berdasarkan 6 diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada anak dengan Demam Berdarah Dengue, namun terdapat 4 diagnosa keperawatan yang tidak ditegakkan pada An. M.R, diantaranya: 1) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan karena menifestasi klinis yang ada pada An. M.R tidak memenuhi hingga 80% tanda dan gejala mayor juga minor diagnosa keperawatan Defisit nutrisi karena BB An. M.R 9,3 kg, TB: 67 cm, dan BB/U menurut Permenkes 2010: 8,8 kg-13,7kg (Normal) dan BB/TB yang dianjurkan menurut Permenkes 2010: 5,0 kg-5,9 kg (normal), pemberian ASI bagi An. M.R baik dan tidak ada masalah pemberian ASI; menurut (TP SDKI DPP PPNI, 2017) dan masukkan oral pada An. M.R yang dalam hal ini pemberian ASI masih baik dan tidak ada masalah pemberian ASI; 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen diagnose ini tidak ditegakkan pada An. M.R karena tidak ditemukan satupun tanda dan gejala dari diagnose intoleransi aktivitas menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) dan juga hasil pemeriksaan Hb An. M.R masih dalam batas normal, kadar Hb mendukung tidakseimbanganya suplai dan kebutuhan oksigen karena diketahui bahwa Hb berfungsi untuk mengangkut oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh sehingga jika terjadi penurunan konsentrasi Hb maka bisa menyebabkan oksigen yang suplai ke seluruh tubuh tidak mampu memenuhi kebutuhan oksigen tubuh; 3) Risiko syok dibuktikan dengan

kekurangan volume cairan diagnose keperawatan ini tidak diangkat karena tidak ditemukan tanda dan gejala yang menunjukkan adanya ketidakseimbangan volume cairan pada An. M.R menurut (TP SDKI DPP PPNI, 2017), dan masukkan oral pada An. M.R yang dalam hal ini pemberian ASI masih baik dan tidak ada masalah pemberian ASI; 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis diagnose keperawatan ini tidak diangkat karena tidak ditemukan tanda dan gejala yang menunjukkan adanya nyeri akut pada An. M.R. menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal).

Masalah keperawatan Hipertermi didefinisikan sebagai suhu tubuh meningkat di atas rentan normal tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan data penunjang yang memenuhi 80% batasan karekteristik masalah Hipertermi, diantaranya: Ibu pasien juga mengatakan anaknya sudah demam sejak 3 hari yang lalu, Ibu pasien mengatakan anaknya panas tinggi dan sudah melakukan kompres tapi demam tidak turun sehingga kedua orangtua membawa pasien ke RSUD PROF. Dr. W. Z Johannes Kupang untuk dirawat. Suhu tubuh saat melakukan pengkajian 38,5 °c, Nadi : 144 x/m, Pernapasan: 25 x/m.

Jika dilihat kembali pada (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), terdapat beberapa tanda dan gejala yang tidak ditemukan pada An. M.R seperti Kejang, takikardi, takipnea, kulit merah.

2. Risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia).

Masalah keperawatan Risiko perdarahan didefinisikan sebagai beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan data penunjang yang memenuhi 80% batasan karekteristik masalah Risiko

perdarahan pada An.M.R dengan Demam Berdarah Dengue, diantaranya: Orangtua pasien mengatakan ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien.

Jika dilihat kembali pada (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), terdapat beberapa tanda dan gejala yang tidak ditemukan pada An. M.R seperti menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, hal ini tidak terjadi pada An. M.R karena ketika An. M.R mulai sakit orang tua An. M.R langsung membawa An. M.R ke fasilitas kesehatan sehingga An. M.R Ditangani dengan tepat.

### **4.3 Intervensi**

Intervensi keperawatan menurut Kolcaba berpedoman kepada tiga tipe kenyamanan yang dikelompokkan berdasarkan kebutuhan rasa nyaman pasien meliputi; 1) intervensi *standard of comfort* untuk mengatasi kebutuhan rasa nyaman fisik, 2) intervensi *coaching* untuk kenyamanan sosiokultural, 3) *intervensi comfort food for the soul* untuk kebutuhan rasa nyaman psikospiritual dan lingkungan (Yeni, 2017). Hal ini sesuai dengan intervensi yang ditetapkan pada kasus An. M.R dimana, intervensi *standard of comfort* dipilih untuk mengatasi masalah fisik pada An. M.R yaitu masalah Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal) yang berkaitan dengan ketidaknyamanan fisik. An. M.R. Intervensi *standar of comfort* dipilih untuk mengatasi kebutuhan rasa nyaman fisik dan Risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia). Perencanaan tindakan pada kasus An. M.R diawali dengan menetapkan tujuan dan kriteria hasil, dan kemudian membuat rencana tindakan yang akan dilaksanakan pada An. M.R. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Wedho & Ati, 2016), bahwa, sebuah rencana dapat dikatakan bagus bila ditetapkan prioritas masalahnya, tujuan, tujuan jangka pendek (objektif) atau biasa disebut sebagai kriteria hasil/evaluasi. Berdasarkan tujuan yang dirumuskan seorang

perawat dapat memilih alternative tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien, sumber daya perawat, sarana yang tersedia, dan waktu.

Intervensi yang disusun berdasarkan kasus An. M.R terdiri dari 2 intervensi berdasarkan 2 masalah keperawatan yang ditemukan. Diagnosa pertama Hipertermi, luaran yang dipilih yaitu (Termoregulasi L. 14134) yang sesuai dengan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), dimana luaran utama dari diagnosa Hipertermi adalah kulit merah menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik. Intervensi keperawatan yang ditentukan adalah Manajemen Hipertermia (1.15506) untuk mengidentifikasi dan mengukur suhu tubuh yang sesuai dengan ( Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yang menyatakan bahwa intervensi utama dari masalah keperawatan Hipertermia diantaranya adalah manajemen hipertermia.

Berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), terdapat 15 intervensi yang dapat diterapkan pada pasien dengan Hipertermi, namun yang dipilih untuk diterapkan pada An. M.R hanya 8 intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Intervensi mengukur suhu tubuh setiap kali 2 jam hal ini di karenakan suhu tubuh An. M.R masih 38 °c, menganjurkan keluarga pasien untuk kompres dingin pada dahi,leher,dada,abdomen,aksila, memberikan cairan dan elektrolit intravena IVFD: RL 500 ml (8 jam/21 tpm)

Diagnosa keperawatan kedua risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia). luaran yang dipilih yaitu Tingkat perdarahan (L. 12111) yang sesuai dengan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dimana luaran utama dari masalah keperawatan risiko perdarahan adalah kelembapan membran mukosa meningkat, kelembapan kulit meningkat, hemoptisis menurun, hematemesis menurun, hematuria menurun, hemoglobin membaik, hematokrit membaik. Intervensi keperawatan yang dipilih adalah Pencegahan pendarahan (1.02067) untuk mengidentifikasi dan merawat pasien untuk risiko perdarahan yang sesuai dengan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yang menyatakan bahwa salah satu intervensi tambahan dari masalah keperawatan risiko perdarahan adalah pencegahan perdarahan.

Berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), terdapat 17 intervensi yang dapat diterapkan pada pasien dengan risiko perdarahan hanya 6 dari intervensi tersebut yang dipilih untuk diterapkan pada An. M.R karena sesuai dengan kebutuhan An. M.R.

#### **4.4 Implementasi**

Pada tahap implementasi ini, pelaksanaan tindakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan atau ditentukan, pelaksanaan dilakukan dengan memperhatikan keadaan atau kondisi pasien dan sarana yang tersedia. Pelaksanaan dilaksanakan oleh selama 3 hari yaitu pada Senin, 07/03/2022 s/d Rabu, 09/03/2022. Semua alat yang mendukung pelaksanaan tindakan keperawatan disediakan oleh individu pengampu kasus dan disediakan ruangan perawatan untuk memberikan asuhan keperawatan. Diberikan juga memberikan beberapa informasi kesehatan yang diharapkan berguna bagi keluarga An. M.R.

Semua intervensi keperawatan yang dipilih, diterapkan pada An. M.R karena sejak awal pemilihan intervensi sudah disesuaikan dengan kebutuhan tindakan yang dibutuhkan oleh An.M.R.

Implementasi yang diterapkan dalam kasus An. M.R tidak hanya dilakukan pada An. M.R tetapi juga dilakukan pada keluarga An. M.R. Hal ini diperkuat dengan pernyataan Alligod yang menjelaskan bahwa salah satu paradigma keperawatan dalam teori *Comfort Kolcaba* yaitu manusia dimana, penerima asuhan dapat berupa individu, keluarga, institusi atau komunitas yang membutuhkan asuhan keperawatan (Aini, 2018).

Terdapat beberapa implementasi *Standard of comfort* pada diagnose keperawatan Hipertermi Terdapat beberapa tindakan kolaborasi yang dilakukan, diantaranya: IVFD paracetamol 10 ml cara pemberian 2x10 mg/IV dan melakukan kompres dingin pada dahi,leher,dada,abdomen,aksila, IVFD RL. 500 ml (8 jam/21 tpm)

Implementasi *standar of comfort* pada diagnose keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan



dengan suhu tubuh diatas nilai normal dilakukan modifikasi ruang perawatan dan orang tua serta keluarga diberikan kesempatan untuk terlibat dalam perawatan serta pengobatan pasien yang berpedoman pada konsep *atraumatic care*. Implementasi ini diberikan sebagai bentuk manipulasi lingkungan oleh perawat untuk meningkatkan kenyamanan pasien selama dirawat di rumah sakit, dimana hal ini dikuatkan oleh pernyataan Kolaba dalam (Aini, 2018) yaitu, lingkungan merupakan salah satu paradigma keperawatan dan teori Comfort Kolcaba dimana yang dimaksud adalah segala aspek segala aspek pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat, orang yang dicintai atau institusi untuk meningkatkan kenyamanan. Perawatan pasien dengan berpedoman pada konsep *atraumatic care* ini dilakukan untuk mengatasi masalah ketidaknyamanan An. M.R dengan lingkungan dan akibat hospitalisasi anak yang secara umum mengganggu kebutuhan rasanyaman psikospiritual dan kenyamanan lingkungan anak. Hal ini sesuai dengan teori Comfort Kolcaba bahwa *comfort food for the soul* diberikan untuk mengatasi masalah kebutuhan rasa nyaman psikospiritual dan lingkungan (Yeni, 2017). Hal ini juga diperkuat pernyataan bahwa kenyamanan psikospiritual sendiri dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang mampu difasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan interaksi dan sosialisasi pasien dengan orang-orang terdekat selama perawatam dan melibatkan keluarga secara aktif dalam kesembuhan pasien (Risnah & Irwan, 2021).

Hal ini dikuatkan dengan pernyataan Wong yakni, lingkungan rumah sakit, tenaga kesehatan baik dari sikap maupun pakaian putih, alat-alat yang digunakan dan lingkungan sosial antar sesama pasien. Adanya stresor tersebut, distress fisik yang dapat dialami anak adalah pembatasan aktivitas, perasaan nyeri dan suara bising sedangkan distress psikologis mencakup kecemasan, takut, marah, kecewa, sedih, dan rasa bersalah (Parulian & Astarani, 2018). Hospitalisasi akan menimbulkan ancaman terhadap integritas fisik dan sistem dalam diri anak. Ancaman ini akan menimbulkan respon kecemasan pada anak. Penyebab dari kecemasan pada anak yang

dirawat inap (hospitalisasi) dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi selama perawatan (Parulian & Astarani, 2018). muda usia anak, maka akan semakin sulit bagi anak untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Selain itu pengalaman yang tidak menyenangkan pada anak akan menyebabkan anak merasa takut dan trauma (Parulian & Astarani, 2018).

Peran perawat dalam meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi sangatlah penting. Salah satu tindakan yang penting yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan adalah melibatkan orang tua untuk tinggal bersama anak selama 24 jam, hal ini merupakan salah satu bagian dari pelayanan atraumatic care (Parulian & Astarani, 2018). Semakin tinggi penerapan atraumatic care, maka semakin rendah kecemasan yang dialami anak saat proses menjalani hospitalisasi, hal ini disebabkan karena pemberian perawatan yang dilakukan oleh perawat saat melakukan asuhan keperawatan secara terapeutik dapat meminimalkan bahkan menghilangkan cemas yang dialami anak (Parulian & Astarani, 2018).

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari pertama untuk diagnosa pertama Hipertermi pada An. M.R. diantaranya Identifikasi penyebab hipertermia (orangtua pasien mengatakan anaknya masih demam), Mengukur suhu tubuh, (S: 38,5 °C ) Longgarkan atau lepaskan pakaian, Basahi atau kipasi permukaan tubuh Lakukan pendinginan eksternal (menganjurkan orangtua untuk kompres pada lipatan paha,aksila), Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena (Memberikan cairan infus paracetamol 10 mg di guyur). Diagnosa kedua risiko perdarahan yaitu Melihat tanda dan gejala perdarahan (Orangtua pasien mengatakan ada bintik-bintik merah pada lengan pasien), Memantau nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, (HB: 13,5 g/dl, Trombosit: 120.00 10<sup>3</sup>/ul.), Mengukur tanda-tanda vital (90/60 mmHg), memantau intakeoutput cairan, (orangtua pasien mengatakan sehari pasien

minum kurang lebih 4-5 gelas air putih), mengkolaborasi pemberian cairan (infus RL. 500 ml: 21 tpm/ 8 jam)

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari kedua untuk diagnosa pertama mengidentifikasi penyebab hipertermia (orangtua pasien mengatakan demamnya sudah berkurang), Mengukur suhu tubuh, (S: 37,1 °C ) Longgarkan atau lepaskan pakaian, Basahi atau kipasi permukaan tubuh Lakukan pendinginan eksternal (menganjurkan orangtua untuk kompres pada dahi,leher,dada,aksila), Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena (Memberikan cairan infus paracetamol 10 mg di guyur). Diagnosa kedua risiko perdarahan yaitu Melihat tanda dan gejala perdarahan (Orangtua pasien mengatakan bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien sudah berkurang), Memantau nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, (HB: 13,5 g/dl, Trombosit: 137.00  $10^3$ /ul.), Mengukur tanda-tanda vital (90/60 mmHg), memantau intakeoutput cairan, (orangtua pasien mengatakan sehari pasien minum kurang lebih 4-5 gelas air putih), mengkolaborasi pemberian cairan (infus RL. 500 ml: 20 tpm/ 8 jam).

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari ketiga untuk diagnosa pertama mengidentifikasi penyebab hipertermia (orangtua pasien mengatakan demamnya sudah berkurang), Mengukur suhu tubuh, (S: 37,1 °C ). Diagnosa kedua risiko perdarahan yaitu Melihat tanda dan gejala perdarahan (Orangtua pasien mengatakan tidak ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien), Memantau nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, (HB: 13,5 g/dl, Trombosit: 153.00  $10^3$ /ul).

#### **4.5 Evaluasi**

Tahap evaluasi adalah tahap kelima dimana dilakukan pengukuran keberhasilan suatu tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Dalam kasus An. M.R, individu pengampu kasus melakukan evaluasi setiap selesai melakukan tindakan yaitu selama tiga hari dengan menggunakan format SOAP (S: Subjektif, O: Objektif, A: Assessment, dan P: Planning).

Berdasarkan hasil evaluasi dari kedua diagnosa ditemukan assesment yang berbeda-beda yang dilihat dari kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Masalah keperawatan Hipertermi orang tua terkait Demam Berdarah Dengue dapat teratasi pada hari ketiga dan intervensi dihentikan pada hari perawatan ketiga.

Masalah keperawatan risiko perdarahan teratasi pada hari ketiga karena Trombosit pada An. M.R sudah mencapai rentang normal yaitu  $153.00 \times 10^3/\mu\text{l}$  (150.00-400.00).

Pernyataan diatas menunjukkan bahwa pelaksanaan evaluasi pada kasus An. M.R sudah sesuai dengan teori *Comfort Kolcaba* dimana, Kolcaba menyatakan evaluasi dilakukan dengan menggunakan empat tipe pengalaman kenyamanan dibandingkan dengan tiga tingkat kenyamanan (Yeni, 2017). Kemudian perawat akan menyusun kembali rencana keperawatan untuk meningkatkan maupun mempertahankan kenyamanan yang telah sampai pada level *transcendence* (Wardani, 2017).

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Simpulan**

1. Pengkajian keperawatan dilakukan pada An. M. R. dengan pendekatan teori *comfort*: Kenyamanan fisik An. M. R. pada sistem imun yang tergolong dalam tingkat kenyamanan relief. Kenyamanan psikospiritual An. M. R seperti ketidaknyamanan akibat dampak hospitalisasi yang menunjukkan bahwa kenyamanan psikospiritual An. M. R yang tergolong dalam tingkat kenyamanan relief. Kenyamanan lingkungan An. M. R berada pada tingkat kenyamanan relief dengan data penunjang seperti kurangnya PHBS rumah tangga. Kenyamanan sosialkultural An. M. R berada pada tahap relief karena kurangnya interaksi pasien dengan nakes dan kuran pengetahuan orang tua.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada An. M. R adalah 1) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (DBD) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal 2) Risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia).
3. Intervensi *standard of comfort* dipilih untuk mengatasi masalah fisik pada An. M. R yaitu masalah Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) dibuktikan dengans suhu tubuh diatas nilai normal. Intervensi *comfort food for the soul* dipilih untuk mengatasi masalah ketidaknyamanan psikospiritual dan lingkungan yaitu Risiko perdarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia).
4. Implementasi *Standard of comfort* pada kasus An. M. R yaitu diagnosa pertama hipertermi diantaranya mengukur suhu tubuh, memberikan IVFD. Paracetamol 10 ml/IV . Implementasi *Standard of Comfort* pada diagnosa kedua risiko perdarahan diantaranya menganjurkan minum air putih 900 cc/24 jam, dan memberikan infus RL 500 ml/8 jam/ 21 tpm.
5. Evaluasi dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi pada Hipertermi: memberikan cairan infus paracetamol 10

mg/IV dan kompres air hangat pada lipatan paha dan axila. Setelah dievaluasi masalah hipertermi (kenyamanan fisik) teratasi pada hari ketiga perawatan dan intervensi pada risiko perdarahan: memantau nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, memantau intakeoutput cairan dan memberikan cairan infus RL. 500 ML 21 tpm/ 8jam. Setelah dievaluasi masalah risiko perdarahan (kenyamanan fisik) dapat teratasi pada hari ketiga.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Penulis**

Diharapkan penulis dapat meneruskan dan mengembangkan pendekatan teori *comfort* sehingga asuhan keperawatn teori ini dapat digunakan secara optimal dalam asuhan keperawatan.

### **5.2.2 Bagi Institusi dan Instansi Pelayanan Kesehatan**

Teori *comfort* diharapkan dapat dijadikan acuan dalam asuhan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan pelayanan rumah sakit, terutama pada klien hipertermi yang mengalami masalah kenyamanan. Teori *comfort* berfokus pada kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural yang melibatkan keluarga sehingga mampu memenuhi kebutuhan kenyamanan secara menyeluruh pada anak dengan Demam Berdarah Dengue.

### **5.2.3 Bagi Masyarakat**

Diharapkan dapat menyikapi masalah kesehatan yang ada, pada anak dimana salah satunya adalah Demam Berdarah Dengue dengan tetap memperhatikan kenyamanan anak. Meningkatkan pengetahuan, wawasan dan kemampuan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak dengan Demam Berdarah Dengue dengan pendekatan teori *Comfort Kolcaba*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini, Nur. (2018). *Teori Model Keperawatan Beserta Aplikasinya Dalam Keperawatan*. Malang: Universitas Muhammadiyah.
- Claudia, Rindi Nava. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronkopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut. *Repository Universitas Bhakti Kencana Bandung*. <http://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/371/AKX.17.116%20RINDY%20NAFA%20CLAUDIA-1-68.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2017. Profil Kesehatan Kota Kupang Tahun 2017. Kupang : Pemerintah Kota Kupang
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2015. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2014. Kupang : Dinas Kesehatan
- Mahayaty, Lina. (2020). Aplikasi Model Keperawatan Comfort Kolcaba Dalam Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kerusakan Integritas Kulit. <https://jurnal.stikeswilliambooth.ac.id/index.php/Kep/article/view/260/303>
- Ngastiyah. 2012. Perawatan Anak Sakit, Edisi 2. Jakarta : EGC
- Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Pusat Data Dan Informasi. 2014. Situasi Demam Berdarah Dengue Di Indonesia. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Smeltzer, Sezanne C. dan Brenda G. Bare. 2013. Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth, Edisi 8, Volume 3. Jakarta : EGC
- Sofifelia, N. (2020). Perawatan Klien Thyphus Abdominalis Dengan Masalah Hipertermi Berbasis Theory Of Comfort. *Repository Stikes Insan Cendekia Medika Jombang*. <https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/3789/2/HASIL%20TURNIT%20KTI%20Perawatan%20Klien%20Thyphus%20Abdominalis%20Dengan%20Masalah%20Hipertermi%20Berbasis%20Theori%20Of%20Comfort.pdf>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurud Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wardani, E. A. (2017). Terapi Pernapasan Diafragma Terhadap Kenyamanan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) berbasis Theory Of Comfort di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang. *Repository Stikes Insan Cendekia Medika Jombang*. [https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/57/1/Skripsi\\_Elok.pdf](https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/57/1/Skripsi_Elok.pdf)

- Wijayaningsih, (2013: hal. 102) *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Wong, Dona L., et.al. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik (Vol. Volume 1)* Jakarta: EGC.
- Wong. Dona L., et.al (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik (Vol. Volume 2)* Jakarta: EGC
- Yeni, Rosa Indra. (2017). Aplikasi Teori Comfort Katherina Kolcaba Pada Anak Dengan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di ruang Perawatan. *Journal Umm*, 8(1), 65-73. <https://media.neliti.com/media/publications/137695-ID-none.pdf>



# LAMPIRAN

ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA An M. R DI RUANG KENANGA  
RSUD PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG



Oleh:

Nama : Richi Ronaldo Tufui

NIM : PO 5303211211892

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

( )

( *Rosina Welly* )

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
JURUSAN KEPERAWATAN

2022

LAMPIRAN 2  
FORMAT PENGKAJIAN



POLITEKNIK KESEHATAN REMENKES REPUBLIK INDONESIA  
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG  
Jl. Piet A. Tallo Lilla Kupang. Telp/ Fax : (0380) 881045



FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Richy Ronaldo Totus  
NIM : 20.5503.2021.021  
Tempat Praktek : RSUD Prof. Dr. W. Z. Johanes Kupang  
Tanggal Pengkajian : 07. Maret 2022

I. IDENTITAS KLIEN

NO. MR : 552997  
Nama Klien (inisial) : An. M-B  
Nama orangtua : Th. J  
Jenis Kelamin :  P  
Alamat : Maluku II  
Tanggal lahir : 28-10-2020  
Diagnosa Medis : D00  
Tanggal masuk : 06-03-2022 Jam: 13-15  
Tanggal Pengkajian : 07- Maret 2022

II. KELUHAN UTAMA :

Orang tua pasien mengatakan anaknya Panas tinggi sejak 3 hari yang lalu. orang tua pasien juga mengatakan ada bintik-bintik merah di lengan kiri pasien.

Kondisi umum :  sakit ringan  sakit sedang  sakit berat GCS : E4 V5 M6

Kesadaran :  CM  Apatis  Sopor  Somnolen  Coma

### Tanda Vital

Suhu 38.5°C

Pernapasan 25 x/mnt

Nadi 94 x/mnt

Tekanan darah 90 / 60 mmHg

### III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN :

#### ✓ Prenatal

Tempat pemeriksaan kehamilan : Puskesmas Nauron

Frekuensi pemeriksaan kehamilan : 4x

Sakit yang diderita/ keluhan : tidak ada

#### ✓ Intranatal

Tempat persalinan : RS. Leona

Tenaga Penolong : Bidan dan Dokter

Jenis Persalinan :  Spontan  SC  Forcep  Induksi

Usia kehamilan : .....minggu Berat badan lahir : .....gram

Apgar score : ..... Panjang badan lahir : 30 cm

Menangis :  ya  tidak, Nilai Apgar : B jaundice :  ya  tidak

#### ✓ Postnatal

Lama mendapat ASI : 1 tahun 5 bulan

ASI eksklusif :  ya  tidak

Usia mendapatkan MP-ASI : 2-3x sehari

### IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Penyakit waktu kecil : Demam biasa dan sering batuk
2. Pernah dirawat di RS : -
3. Obat-obatan yang digunakan : -
4. Tindakan (operasi) : -
5. Alergi :  Tidak  ya, sebutkan.....
6. Kecelakaan : -
7. Imunisasi dasar :  
Hepatitis : I II III BCG :   
DPT : I II III Campak :   
Polio : I II III IV

### V. RIWAYAT KELUARGA (DISERTAI GENORAM)

## VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Orang yang mengasuh : Orang tua kandung
2. Hubungan dengan anggota keluarga : anak kandung
3. Hubungan anak dengan teman sebaya : baik
4. Pembawaan secara umum : baik
5. Lingkungan rumah : Bersih

## VII. KEBUTUHAN DASAR

1. Nutrisi  
Makanan yang disukai/ tidak disukai : Kacang, kacang, krupuk, roti, nasi dan sayur  
Selera : Mampu makan Baik  
Alat makan yang digunakan : Sendok dan piring  
Pola makan/ jam : 3x
2. Istirahat dan tidur sebelum sakit pola tidur teratur tetapi setelah sakit pola tidur tidak teratur  
Pola tidur : teratur karena pasien sadar dan mengganggu aktivitas tidur  
Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dll) : Tidak ada, sering bangun mengatakem jika anaknya mengantuk langsung tidur  
Jam tidur siang dan lama tidur : 11.00 wita (1-2 jam)  
Jam tidur malam dan lama tidur : 21.00 wita (8-9 jam)
3. Personal hygiene  
Mandi : 2x Keramas : Setiap kali mandi Pakai Di Aromat  
Sikat gigi : ..... Gunting leuku : Kukur pendek
4. Aktivitas bermain : anak hanya bermain di lingkungan rumah
5. Eliminasi (urine dan bowel) : BAB dan BAK lancar

## VIII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Tindakan operasi : .....
2. Status nutrisi : Baik
3. Status cairan : 900 cc/24 Jam : ml RL 500 ml / 8 jam / 21 jam
4. Obat yang didapat : Parasetamol 10 mg + 1000 ml RL 500 ml (0.5 jam) 21 jam
5. Aktivitas : .....
6. Pemeriksaan Penunjang, meliputi:
  - a. Laboratorium (tgl/jam):  
Trombosit : 10.00  $10^4$  / dl (150-400)  
Fungsi ginjal : 1.5 g/dl (10.7-14.7)
  - b. Radiologi (tgl/jam):

7. Tanggal hospitalisasi :

19-08-2020  
Pemeriksaan awal dan ketahanan dalam perawatan di dalam ruangan

### 8. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : Baik
2. Tinggi Badan : 167 cm Berat badan saat ini : 50 Kg BB seb  
sakit : 40 Kg Berat badan ideal : 50 Kg Status Gizi : Kurang/normal/Gemuk
3. Kepala  
Lingkar kepala : 40 cm Hidrosefalus :  ya  tidak  
Ubun-ubun anterior : normal  
Ubun-ubun posterior : normal
4. Leher  
Pembesaran limfe :  ya  tidak  
kaku kuduk :  ya  tidak
5. Mata  
Konjuktiva :  anemis  merah muda  
Sklera :  putih  ikterik  kemerahan
6. Telinga  
Simetris :  ya  tidak  
Gangguan pendengaran :  ya  tidak  
Sekresi/serumen :  ya  tidak Nyeri :  ya  tidak
7. Hidung  
Hidung : sekret  ya  tidak
8. Mulut  
Lidah : Mukosa :  lembab  kering  kotor  sariawan  
Gigi :  bersih  kotor  karies
9. Dada  
Lingkar dada : 88 cm
10. Jantung : \_\_\_\_\_
11. Paru-paru : \_\_\_\_\_
12. Abdomen :  lembek  kembung  tegang Lingkar Perut : \_\_\_\_\_ cm  
Bising usus :  ya  tidak Frekuensi : 25 x/mnt  
Mual :  ya  tidak  
Muntah :  tidak  ya, frekuensi : \_\_\_\_\_ x
13. Genitalia  
Perempuan : Vagina :  bersih  kotor  
Menstruasi :  ya  tidak  
Pemasangan kateter :  ya  tidak  
Laki-laki : Preputium :  bersih  tidak  phimosis  
Hipospadia :  ya  tidak  
Skrotum : Testis kanan/kiri :  ya  tidak  
Pemasangan kateter :  ya  tidak  
Sirkumsisi :  ya  tidak
14. Anus : \_\_\_\_\_

15. Ekstremitas

- : Pergerakan sendi:  bebas  terbatas  Lain-lain ----  
Berjalan:  normal  tidak normal  
Kekuatan otot:  normal  tidak normal  
Fraktur:  ya  tidak  
Ketrampilan motorik:  baik  tidak

XI. INFORMASI LAIN

1. Pengetahuan orang tua orang tua mengatakan jika pasien demam  
di berikan obat parasetamol dan melakukan kompres  
air hangat
2. Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya: orang tua mengatakan  
Demam adalah penyakit yang biasa akan tetapi orang tua  
khawatir karena sudah 3 hari pasien demam yang lebih

Kupang, 03 Maret 2019

Yang Mengkaji

( Rizki Nurhidayah Rizki )  
NIM. 550321121192

## 1. Analisa Data

NO DX	DATA FOKUS	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p><b>DS:</b> Ibu pasien mengatakan anaknya panas tinggi dan ibu pasien juga mengatakan anaknya sudah demam sejak 3 hari yang lalu, sudah melakukan kompres tapi demam tidak turun sehingga kedua orangtua membawa pasien ke RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang untuk dirawat.</p> <p><b>DO:</b> Anak tampak berkeringat dan rewel, terpasang Inf. RI 500 ml, badan terasa panas, TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S: 38,5 °C</li> <li>N: 144 x/mnit</li> <li>RR: 25 x/mnit</li> <li>SPO2: 99%</li> </ul>	<p>Hipertermia (D.0130)</p>	<p>Proses penyakit (mis. infeksi) d d suhu tubuh diatas nilai normal</p>
2	<p><b>DS:</b> Orangtua pasien mengatakan ada bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien</p> <p><b>DO:</b> Keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb: 13,5 g/dl</li> <li>- Trombosit 120.00 <math>10^3</math>/ul (150.00-400.00)</li> </ul>	<p>Resiko perdarahan (D.0012)</p>	<p>Gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia)</p>

## 2. Diagnosa keperawatan

- A. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal
- B. Resiko perdarahan dibuktikan dengan Gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia)



### 3. Intervensi Keperawatan

NO. DA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka suhu tubuh yang meningkat dapat menurun kriteria hasil:</p> <p><b>(Termoregulasi L.14134)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit merah menurun</li> <li>2. Suhu tubuh membaik</li> <li>3. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipertermia (L.15506)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi Penyebab Hipertermia (Mis. Dehidrasi Terpapar Lingkungan Panas)</li> <li>2. Monitor Suhu Tubuh</li> <li>3. Monitor Komplikasi Akibat Hipertermia</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Longgarkan Atau Lepaskan Pakaian</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan Tirah Baring</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi Pemberian Cairan Dan Elektrolit Intravena.</li> </ol>
2	<p><b>Tingkat perdarahan (L.02017)</b></p> <p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat perdarahan menurun kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelembapan membran mukosa meningkat</li> <li>2. Kelembapan kulit meningkat</li> <li>3. Hemoptisis menurun</li> <li>4. Hematemesis menurun</li> <li>5. Hematuria menurun</li> <li>6. Hemoglobin membaik</li> <li>7. Hematokrit membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen perdarahan (L.02040)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab perdarahan</li> <li>2. Periksa adanya darah pada muntah, sputum, feses, urine, pengeluaran NGT, dan drain luka, jika perlu</li> <li>3. Periksa ukuran dan karakteristik hematoma, jika perlu</li> <li>4. Monitor nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> <li>5. Monitor tekanan darah dan parameter hemodinamik (tekanan vena sentral dan tekanan haji kapiler atau arteri pulmonal)</li> </ol>

*jika perlu*

6. Monitor intake output cairan
7. Monitor koagulasi darah (jumlah trombosit)

**Terapeutik:**

8. Berikan kompres air hangat, *jika perlu*
9. Tinggikan ekstremitas yang mengalami perdarah

**Edukasi:**

10. Jelaskan tanda-tanda perdarahan
11. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda perdarahan

**Kolaborasi:**

12. Kolaborasi pemberian cairan, *jika perlu*
13. Kolaborasi pemberian transfusi darah, *jika perlu*

4. Implementasi dan evaluasi (Hari pertama)

NO. DX	Hari/Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Senin 07/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab hipertensi ⇒ Orangtua mengatakan anak masih demam</li> <li>2. Mengukur suhu tubuh ⇒ suhu tubuh 38,5 °c</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tidak memakai pakaian tipis ⇒ Pasien mengenakan pakaian yang tipis</li> <li>4. Menganjurkan untuk kompres dengan air hangat ⇒ Keluarga sudah kompres dengan air hangat</li> <li>5. Mengganti cairan RL 10 TPM ⇒ RL 500 ml ⇒ Parasetamol inf. 10 mg/ml</li> </ol>	<p>S: Orangtua mengatakan anak masih demam</p> <p>O: Akral hangat, anak tampak menggunakan pakaian yang tipis, suhu tubuh 38 °c</p> <p>A: Masalah hipertensi belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; monitor suhu tubuh</li> <li>&gt; monitor komplikasi akibat hipertensi</li> <li>&gt; longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>&gt; anjurkan tirah baring</li> <li>&gt; kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit</li> </ul>
2	Senin 08/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab perdarahan ⇒ Tidak ada perdarahan</li> <li>2. Memeriksa adanya darah pada muntah, sputum, feses, urine, pengeluaran NGT, dan drain luka ⇒ Orangtua mengatakan tidak ada perdarahan pada feses, urin, muntah, dan sputum.</li> <li>3. Periksa ukuran dan karakteristik hematoma ⇒ Tampak ada bintik-bintik merah pada kaki pasien</li> <li>4. Monitor nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan</li> </ol>	<p>S: Orangtua mengatakan tidak ada perubahan pada feses, urin, muntah, dan sputum</p> <p>O: - Keadaan umum baik - pasien tampak tenang</p> <p>A: Risiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 3, 4, 5, 6, 7, 8</p>

darah

⇒ Hb. 13,5 g/dl

5. Monitor tekanan darah dan parameter hemodinamik (tekanan vena sentral dan tekanan baji kapiler atau arteri pulmonal)

⇒ TD. 90/60 mmHg

6. Monitor intake output cairan

⇒ Orangtua pasien mengatakan sehari pasien minum kurang lebih 4-5 gelas air putih

7. Berikan kompres dingin

⇒ Orangtua mengatakan selalu kompres jika demam bertambah

8. Kolaborasi pemberian cairan

⇒ Inf. RI 500 ml 21 tpm dan air putih 900 cc/24 jam

Implementasi dan evaluasi  
(Hari kedua)

NO.DX	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Selasa 08/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi penyebab hipertermi ⇒ Keluarga mengatakan demamnya sudah berkurang</li> <li>Mengukur suhu tubuh ⇒ suhu tubuh 37,8 °c</li> <li>Anjurkan keluarga untuk tidak memakai pakaian tipis ⇒ Pasien mengenakan pakaian yang tipis</li> <li>Anjurkan keluarga untuk kompres dengan air hangat ⇒ Paracetamol inf. 10 mg/ml</li> </ol>	<p><b>S:</b> Keluarga mengatakan demamnya sudah berkurang</p> <p><b>O:</b> Klien tampak tidur tenang dan di kompres dengan air hangat</p> <p>-tampak menggunakan pakaian tipis</p> <p>- suhu tubuh 37,1 °c</p> <p><b>A:</b> masalah hipertermia teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <p>- monitor suhu tubuh</p>
2.	Selasa 08/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa ukuran dan karakteristik hematoma ⇒ bintik-bintik merah pada kaki pasien sudah berkurang</li> <li>Memonitor nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah ⇒ Hb: 13,5 g/dl</li> <li>Memonitor tekanan darah dan parameter hemodinamik (tekanan vena sentral dan tekanan haji kapiler atau arteri pulmonal) ⇒ TD: 90/60 mmHg</li> <li>Memonitor intake output cairan ⇒ Orangtua pasien</li> </ol>	<p><b>S:</b> Orangtua pasien mengatakan bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien sudah berkurang</p> <p><b>O:</b> Klien tampak tidur tenang</p> <p>- Hemoglobin: 13,5 g/dl</p> <p><b>A:</b> Resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan (1,2, 3,4, 6.)</p>

	<p>mengatakan sehari pasien minum kurang lebih 4 gelas air putih</p> <p>5. Memberikan kompres dingin</p> <p>⇒ Orangtua mengatakan selalu kompres jika demam bertambah</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian cairan</p> <p>⇒ Inf. RI 500 ml 21 tpm dan air putih 900 cc/24 jam</p>	
--	--	--

**Implementasi dan evaluasi**  
(Hari ketiga)

NO.DX	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Rabu 09/03/2022	<p>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermi</p> <p>⇒ Keluarga mengatakan demamnya sudah berkurang</p> <p>2. Mengukur suhu tubuh</p> <p>⇒ 36,9 °c</p>	<p>S: Keluarga mengatakan anaknya tidak demam lagi.</p> <p>O: - klien tampak duduk tenang - suhu tubuh 36,5 °c</p> <p>A: Masalah hipertermia dapat teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
2.	Rabu 09/03/2022	<p>1. Memeriksa ukuran dan karakteristik hematoma</p> <p>⇒ Tidak ada bintik-bintik merah pada kaki pasien</p> <p>2. Memonitor nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah</p> <p>⇒ Hb: 13,5 g/dl</p> <p>3. Memonitor tekanan darah dan parameter hemodinamik (tekanan vena sentral dan tekanan baji</p>	<p>S: Orangtua mengatakan Tidak ada bintik-bintik merah pada kaki pasien</p> <p>O: - keadaan umum baik - klien tampak duduk tenang</p> <p>A: resiko perdarahan dapat teratasi</p> <p>P: Intervensi di hentikan</p>

kapsler atau arteri  
pulmonal)

⇒ TD 100/70 mmHg

4. Memonitor intake  
output cairan

⇒ Orangtua pasien  
mengatakan sehari  
pasien minum  
kurang lebih 4  
gelas air putih

5. Meberikan kompres  
dingin

⇒ Orangtua  
mengatakan tidak  
kompres karna  
sudah tidak  
demam lagi

6. Mengkolaborasi  
pemberian cairan

⇒ Inf. RI 500 ml 21  
tpm dan air putih  
900 cc/24 jam





LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA  
 TULIS AKHIR POLITEKNIK KESEHATAN  
 KEMENKES KUPANG JURUSAN PPN  
 KEPERAWATAN



TARIKH WALAH	TOPIK BIMBINGAN	PEMBIMBING		MAHASISWA	
		NAMA	PARAF	NAMA	PARAF
1/10/22	Konsultasi Judul dan kasus	Ms. Yulianti K. Panthae S.Kep. M.Kes		Ruchi R. Tafui S.Kep	
1/10/22	Konsultasi Bab 1.2 dan 3	Ms. Yulianti K. Panthae S.Kep. M.Kes		Ruchi R. Tafui S.Kep	
2/10/22	Konsultasi Revisi Bab 1.2.3 Tambahkan bab 4 dan 5	Ms. Yulianti K. Panthae S.Kep. M.Kep		Ruchi R. Tafui S.Kep	
2/10/22	Konsultasi dari cover sampai lampiran (Banti teori keperawatan)	Ms. Yulianti K. Panthae S.Kep. M.Kes		Ruchi R. Tafui S.Kep	
3/10/22	Konsultasi Bab 1.2 dan 3.4.5	Ms. Yulianti K. Panthae S.Kep. M.Kes		Ruchi R. Tafui S.Kep	
3/10/22	Konsultasi Revisi Bab 2.3.4 dan 5	Ms. Yulianti K. Panthae S.Kep. M.Kes		Ruchi R. Tafui S.Kep	



Nama 11/09/2022	KADANSUL RENIS Dab 3-5	Ns. Yulianti K. Banhae S. Kep M Kes	♀	Ruchi P. Tofai S. Kep	
Nama 11/09/2022	Ace	Ns. Yulianti K. Banhae S. Kep M Kes	♂	Ruchi Renaldi Tofai S. Kep	



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA  
TULIS AKHIR POLITEKNIK KESEHATAN  
KEMENKES KUPANG JURUSAN PPN  
KEPERAWATAN



HARI/ TANGGAL	TOPIK BIMBINGAN	PEMBIMBING		MAHASISWA	
		NAMA	PARAF	NAMA	PARAF
06 September 2022	Revisi Bab. 1.3.5	Dr. Florentinus Tot S. kp. M. Kes		Dicka W. Tafai	
07 September 2022	Revisi Bab. 1.5	Dr. Florentinus Tot S. kp. M. Kes		Dicka Ronaldo Tafai	
08 September 2022	Acc	Dr. Florentinus Tot S. kp. M. Kes		Dicka Ronaldo Tafai	