

**Kegiatan Penelitian**

**Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Dengue Hemorrhagic Fever* Dengan Hipertermia Di Ruang Oleg Rsd Mangusada Badung Tahun 2020**

No	Kegiatan	Bulan																					
		Januari				Februai				Maret				April				Mei					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	Penyusunan Proposal		■	■	■	■																	
2	Pengumpulan Proposal						■																
3	Seminar Proposal							■															
4	Perbaikan Proposal								■														
5	Pengurusan Ijin Penelitian									■	■	■	■										
6	Pengambilan Data KTI											■	■	■	■								
7	Penyusunan KTI													■	■	■	■						
8	Pengumpulan KTI																■	■	■				
9	Ujian KTI																	■	■	■			
10	Perbaikan KTI																		■	■			
11	Penyerahan KTI																			■	■		

**Reliasasi Anggaran Biaya Penelitian Tahun 2020**  
**Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Dengue Hemorrhagic Fever* Dengan Hipertermia Di Ruang Oleg Rsd Mangusada Badung Tahun 2020**

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini direalisasikan sebagai berikut:

No	Keterangan	Biaya
<b>A</b>	<b>Tahap Persiapan</b>	
	a. Printcopy laporan untuk bimbingan : 42 lembar x Rp.300 x 4 rangkap	Rp.50.400,00
	b. Print warna cover: 4 lembar x Rp.1000	Rp.4000,00
	c. Print warna lembar bimbingan: 2 lembar x Rp.1000	Rp.2000,00
	d. Printcopy untuk ujian proposal: 42 lembar x Rp.300 x 4 lembar	Rp.50.400,00
	e. Print warna surat: 18 lembar x Rp.1000	Rp.18.000,00
	f. Revisi proposal: 42 lembar x Rp.300 x 1 rangkap	Rp.12.600,00
	g. Map: 7 buah x Rp.2000	Rp.14.000,00
	h. Transportasi	Rp.100.000,00
<b>B</b>	<b>Tahap Pelaksanaan</b>	
	a. Pengurusan ijin penelitian	Rp.100.000,00
	b. Pengadaan lembar pengumpulan data: Printcopy: 4 lembar x Rp.300 x 1 rangkap	Rp.1.200,00
	c. Transportasi	Rp.100.000,00
<b>C</b>	<b>Tahap Akhir</b>	
	a. Pengadaan laporan: Printcopy untuk bimbingan: 97 x Rp.300 x 4 rangkap Print warna lembar bimbingan: 2 x Rp.1000 Print warna cover: 4 lembar x Rp.1000 Printcopy laporan untuk ujian: 97 x Rp.300 x 4	Rp.116.400,00 Rp.2000,00 Rp.4000,00 Rp.116.400,00

	rangkap	
	b. Revisi laporan Printcopy: 97 x Rp.300 x 4 rangkap	Rp.116.400,00
	c. Transportasi	Rp.100.000,00
	d. Biaya tidak terduga	Rp.150.000,00
<b>Total biaya</b>		Rp.1.057.800,00

*Lampiran 3 Data Pengkajian Keperawatan pada Pasien Dengue Hemorrhagic Fever dengan Hipertermia*

**1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**Pengkajian Keperawatan Ny.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD Mangusada Badung**

<b>Identitas Pasien</b>	
Nama	: Ny.S
No RM	: 540023
Umur	: 04/09/1975 / 45 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Agama	: Hindu
Status	: Menikah
Alamat	: Br. Rempatan, Mengwi
Tanggal MRS	: 25/02/2020
Diagnosa Medis	: DHF Grade I
<b>Keluhan Utama</b>	
Pasien mengatakan demam	
<b>Riwayat Kesehatan</b>	
Pasien mengatakan demam sejak 5 hari kemarin. Dirumah pasien istirahat sebentar setelah itu kembali mengambil pekerjaan sehingga membuat kondisi tubuhnya melemah. Pasien juga sempat diberikan kompres hangat oleh kakak iparnya. Pada tanggal 25 februari 2020, pasien datang ke RSD Mangusada Badung pada pukul 12.00 wita untuk mendapatkan penanganan. Pasien dan keluarga lalu melakukan pemeriksaan di Poli Interna, dikarenakan pasien didiagnosa DHF Grade I maka pasien harus dirawat inap. Pasien dipindahkan keruangan oleg barat 9 bed 2. Perawat melakukan timbang terima pasien, setelah itu pasien dilakukan pemeriksaan ttv lengkap suhu 38, 8 °C, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi 18 x/ menit. Saat dikaji pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 5 hari kemarin, mual, kulit pasien tampak kemerahan, kulit pasien teraba hangat.	

1. Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, dan lain-lain)

Pekerjaan : Swasta  
Pendidikan : SLTA  
Alamat : Br. Rempatan, Mengwi

2. Alergi

Tipe: tidak ada                      Reaksi: tidak ada                      Tindakan: tidak ada

3. Kebiasaan

Merokok / kopi / obat / alkohol / lain-lain

Jika ya, jelaskan : tidak ada

4. Obat-obatan

Lamanya : tidak ada

Sendiri : tidak ada

Orang lain (resep) : tidak ada

5. Pola nutrisi

Frekuensi/porsi makan

Sebelum sakit: pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring habis

Saat sakit : pasien makan ½ porsi karena mual

Berat Badan : 57 kg                      Tinggi Badan: 158 cm

Jenis makanan

Sebelum sakit: pasien mengatakan makan makan sayur, buah, lauk ayam, tahu, tempe

Saat sakit : pasien makan bubur, sayur, buah, telur, tahu, tempe

Makanan yang disukai

Sebelum sakit: pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan

Saat sakit : pasien mengatakan suka semua makanan hanya saja nafsu makan sedikit menurun

Makanan tidak disukai: tidak ada

Makanan pantangan : tidak ada

Nafsu makan : [ ] baik

[  ] sedang, alasan : mual/muntah/sariawan/dll

[ ] kurang, alasan : mual/muntah/sariawan/dll

Perubahan BB 3 bulan terakhir :

[ ] bertambah ..... kg

[  ] tetap

[ ] berkurang ..... kg

6. Pola eliminasi

a. Buang air besar

Frekuensi : tidak ada                      Waktu :  
pagi/siang/sore/malam

Warna : tidak ada                      Konsistensi : tidak ada

Penggunaan Pencahar : tidak ada

b. Buang air kecil

Frekuensi : 8-9 kali                      Warna : kuning

Bau : khas

7. Pola tidur dan istirahat :

Waktu tidur (jam):

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidur malam pukul 23.00 wita

Saat sakit : pasien mengatakan tidur siang pukul 14.00-15.00 wita dan tidur malam pukul 22.00 wita

Lama tidur/hari:

Sebelum sakit: pasien mengatakan dalam sehari tidur 5-6 jam

Saat sakit : pasien mengatakan tidur dalam sehari 7-8 jam

Kebiasaan pengantar tidur: pasien mengatakan sebelum tidur suka mencuci kaki

Kebiasaan saat tidur: tidak ada

Kesulitan dalam hal tidur :  menjelang tidur

sering/mudah terbangun

merasa tidak puas setelah bangun tidur

8. Pola aktivitas dan latihan

a. Kegiatan dalam pekerjaan : pasien mengatakan sering bersih-bersih rumah dan mencuci

b. Olah raga : pasien mengatakan jarang berolahraga

c. Kegiatan di waktu luang : pasien mengatakan suka bersih-bersih rumah

d. Kesulitan/keluhan dalam hal ini :

pergerakan tubuh                       bersolek

mandi, berhajat                       mudah merasa kelelahan

mengenakan pakaian                       sesak nafas setelah mengadakan aktivitas

9. Pola kerja :

Jenis pekerjaan : ibu rumah tangga lamanya

Jumlah jam kerja : lamanya

Jadwal kerja :

Lain-lain (sebutkan) :

## II. Riwayat Lingkungan

Kebersihan Lingkungan: pasien mengatakan lingkungan rumah bersih

Bahaya : tidak ada

Polusi : tidak ada

## III. Aspek Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi

a. Alat bantu yang digunakan : tidak ada

kaca mata

alat bantu pendengaran

b. Kesulitan yang dialami :

sering pusing  
 menurunnya sensitifitas terhadap panas dingin  
 membaca/menulis

2. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini : pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa beraktivitas lagi

Harapan setelah menjalani perawatan: pasien berharap agar sakitnya cepat sembuh dan tidak ingin sakit lagi

Perubahan yang dirasa setelah sakit : pasien lebih banyak dapat waktu tidur dan makan tepat waktu

3. Suasana hati : pasien mengatakan suasana hatinya gelisah karena memikirkan penyakitnya

4. Hubungan/komunikasi:

a. Bicara

jelas bahasa utama : bahasa indonesia  
 relevan bahasa daerah : bahasa bali  
 mampu mengekspresikan  
 mampu mengerti orang lain

b. Tempat tinggal

sendiri  
 bersama orang lain, yaitu anak, suami, mertua, ipar

5. Kebiasaan seksual

a. Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut tidak ada

fertilitas  menstruasi  
 libido  kehamilan  
 ereksi  alat kontrasepsi

6. Pertahanan koping

a. Pengambilan keputusan

sendiri  
 dibantu orang lain; sebutkan kakak, suami

b. Yang dilakukan jika sedang stress :

pemecahan masalah  cari pertolongan  
 makan  makan obat  
 tidur  
 lain-lain (misalnya marah, diam dll) sebutkan

#### IV. Pengkajian Fisik

##### A. Vital Sign

Tekanan darah: 110/60 mmHg

Suhu : 38,8 C

Nadi : 82 x/ menit

Pernafasan : 18 x/menit

B. Kesadaran : composmetis GCS : 15

Eye : 4

Motorik : 6

Verbal : 5

##### C. Keadaan umum

Sakit/ nyeri : 1. ringan 2. sedang 3. berat

Skala nyeri : tidak ada

Nyeri di daerah : tidak ada

Status gizi : 1. gemuk 2. normal 3. kurus

BB : 58 kg TB : 158 cm

Sikap : 1. tenang 2. gelisah 3. menahan nyeri

Personal hygiene : 1. bersih 2. kotor 3. lain-lain.....

Orientasi waktu/ tempat/ orang : 1. baik 2. terganggu.....

##### D. Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

###### Kepala

Bentuk : 1. mesocephale 2. mikrocephale 3. hidrocephale

4. lain- lain .....

Lesi/ luka : 1. hematoma 2. perdarahan 3. luka sobek 4. lain-lain tidak ada

###### Rambut

Warna : hitam

Kelainan : rontok/ dll tidak ada

###### Mata

Penglihatan : 1. normal 2. kaca mata/ lensa 3. lain-lain.....

Sklera : 1. ikterik 2. tidak ikterik

Konjungtiva : 1. anemis 2. tidak anemis

Pupil : 1. isokor 2. anisokor 3. midriasis 4. katarak

Kelainan : kebutaan kanan/kiri tidak ada

###### Hidung

Penghidu : 1. normal 2. ada gangguan.....

Sekret/ darah/ polip : tidak ada

Tarikan caping hidung : 1. ya 2. tidak

###### Telinga

Pendengaran : 1. normal 2. kerusakan 3. tuli kanan/kiri

4. tinnitus 5. alat bantu dengar 6. lainnya

Sekret/ cairan/ darah : 1. ada/tidak 2. bau..... 3. warna.....

###### Mulut Dan Gigi

Bibir : 1. lembab 2. kering 3. cianosis 4. pecah-paceh

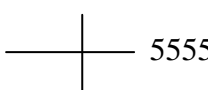
Mulut dan tenggorokan: 1. normal 2. lesi 3. stomatitis

Gigi : 1. penuh/normal 2. ompong 3. lain-lain.....

###### Leher

Pembesaran tyroid : 1. ya 2. tidak



Lesi	: 1. <u>tidak</u>	2. ya, di sebelah.....
Nadi karotis	: 1. <u>teraba</u>	2. tidak
Pembesaran limfoid	: 1. ya	<u>2. tidak</u>
Thorax		
Jantung	: 1. nadi 82x/ menit,	2. kekuatan: kuat/ lemah
	<u>3.irama</u> : teratur/ tidak	
Paru	: 1. frekwensi nafas :18 x/menit	<u>teratur/ tidak</u>
	2. kualitas : <u>normal/</u> dalam/ dangkal	
	3. suara nafas : <u>vesikuler/</u> ronchi/ wheezing	
	4. batuk : ya/ <u>tidak</u>	
	5. sumbatan jalan nafas: sputum/ lendir/ darah/ ludah	
	6. Retraksi dada : 1. ada	<u>2. tidak ada</u>
Abdomen		
Peristaltik usus	:	1. Ada 15 x/menit      2. tidak ada 3. hiperperistaltik      4. lain-lain...
Kembung	: 1. ya	<u>2. tidak</u>
Nyeri tekan	: 1. <u>tidak</u>	2. ya di kuadran /bagian
Ascites	: 1. ada	2. <u>tidak ada</u>
Genetalia		
Pimosis	: 1. ya	<u>2. tidak</u>
Alat Bantu	: 1. ya	<u>2. tidak</u>
Kulit		
Turgor	: <u>1. elastis</u>	2. kering      3. lain-lain
Laserasi	: 1. luka	2. memar      3.lain-lain
Di daerah tidak ada		
Warna kulit	: <u>1. normal</u> (putih/ <u>sawo matang/</u> hitam)	
	2. pucat	3. cianosis      4. ikterik      5. lain-
	lain	
Ekstremitas		
Kekuatan otot :		 5555
R O M :	<u>1. penuh</u>	2. terbatas
Hemiplegi/parese :	1. <u>tidak</u>	2. ya, kanan/kiri
Akral :	1. <u>hangat</u>	2. dingin
Capillary refill time :	1. <u>&lt; 3 detik</u>	2. > 3 detik
Edema :	<u>1. tidak ada</u>	2. ada di daerah
<b>V. Data Penunjang</b>		
a.	Pemeriksaan Penunjang: <u>Laboratorium</u> , rongent, USG, MRI, dll	
Hematologi Rutin		
WBC	3,06 10 <sup>3</sup> u/L	
Hitung Jenis		
PLT	91 10 <sup>3</sup> u/L	
b.	Program Terapi:	
IVFD RL 20 tpm		

Ondancetron 4 mg IV tiap 12 jam pukul 10.00 , pukul 16.00, pukul, pukul 22.00  
Paracetamol 4x500 mg pukul 10.00 dan pukul 18.00  
Cek DL ulang/ hari tiap 12 jam pukul 18.00-06.00

**Data subyektif dan data obyektif**

**Data Subyektif :**

Pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 5 hari kemarin, mual

**Data Obyektif :**

Kulit pasien tampak kemerahan

Kulit pasien teraba hangat

Tekanan darah 110/60 mmHg

Nadi 82 x/menit

Respirasi 18 x/menit

Suhu 38,8°C

**Pengkajian Keperawatan Tn.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD  
Mangusada Badung**

**I. Identitas Pasien**

Nama : Tn.S

No RM : 348711

Umur : 14/07/1978 / 42 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Wiraswasta

Agama : Hindu

Status : Menikah

Alamat : Br. Kawum, Kerobokan

Tanggal MRS : 18/02/2020

Diagnosa Medis : DHF Grade I

Keluhan Utama : Pasien mengatakan demam sejak 4 hari kemarin

**Riwayat Kesehatan**

Pasien mengatakan demam sejak 4 hari kemarin, pada tanggal 18 februari 2020, pasien diantar keluarganya ke RSD Mangusada Badung pada pukul 08.00 wita untuk mendapatkan penanganan. Pasien dan keluarga lalu melakukan pemeriksaan di Poli

Interna, dikarenakan pasien didiagnosa DHF Grade I maka pasien harus dirawat inap. Pasien dipindahkan keruangan oleg kelas 3. Perawat melakukan timbang terima pasien, setelah itu pasien dilakukan pemeriksaan ttv lengkap suhu 40 °C, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 102 x/menit, respirasi 28 x/ menit. Saat dikaji pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 4 hari kemarin, mual muntah 2 kali dalam 24 jam, kulit pasien tampak kemerahan, kulit pasien teraba hangat.

1. Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, dan lain-lain)

Pekerjaan : Swasta  
Pendidikan : SMA  
Alamat : Br. Kawum, Kerobokan

2. Alergi

Tipe: tidak ada                                      Reaksi: tidak ada                                      Tindakan: tidak ada

3. Kebiasaan

Merokok / kopi / obat / alkohol / lain-lain

Jika ya, jelaskan : pasien mengatakan sering merokok dan minum kopi

4. Obat-obatan

Lamanya : tidak ada  
Sendiri : tidak ada  
Orang lain (resep) : tidak ada

5. Pola nutrisi

Frekuensi/porsi makan

Sebelum sakit: pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring habis

Saat sakit : pasien makan 1-3 sendok karena mual dan muntah

Berat Badan : 65 kg                                      Tinggi Badan: 175 cm

Jenis makanan

Sebelum sakit: pasien mengatakan makan sayur, buah, lauk ayam

Saat sakit : pasien makan bubur, sayur, buah, telur, tahu, tempe

Makanan yang disukai

Sebelum sakit: pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan

Saat sakit : pasien mengatakan suka semua makanan hanya saja nafsu makan sedikit menurun

Makanan tidak disukai: tidak ada

Makanan pantangan : tidak ada

Nafsu makan : [ ] baik

[ ] sedang, alasan : mual/muntah/sariawan/dll

[  ] kurang, alasan : mual/muntah/sariawan/dll

Perubahan BB 3 bulan terakhir :

[ ] bertambah ..... kg

[ ] tetap

[ ] berkurang ..... kg

6. Pola eliminasi

a. Buang air besar

Frekuensi : tidak ada Waktu :  
pagi/siang/sore/malam  
Warna : tidak ada Konsistensi : tidak ada  
Penggunaan Pencahar : tidak ada

b. Buang air kecil

Frekuensi : 5-7 kali Warna : kuning  
Bau : khas

7. Pola tidur dan istirahat :

Waktu tidur (jam):

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidur malam pukul 23.00 wita

Saat sakit : pasien mengatakan tidurnya tidak nentu

Lama tidur/hari:

Sebelum sakit: pasien mengatakan dalam sehari tidur 5-6 jam

Saat sakit : pasien mengatakan tidurnya sebentar-sebentar

Kebiasaan pengantar tidur: tidak ada

Kebiasaan saat tidur: tidak ada

Kesulitan dalam hal tidur : [ ] menjelang tidur  
[  ] sering/mudah terbangun  
[ ] merasa tidak puas setelah bangun tidur

8. Pola aktivitas dan latihan

- a. Kegiatan dalam pekerjaan : pasien mengatakan sering gotong royong  
b. Olah raga : pasien mengatakan setiap libur akan olahraga  
c. Kegiatan di waktu luang : pasien mengatakan berkumpul dengan keluarganya  
d. Kesulitan/keluhan dalam hal ini :

[ ] pergerakan tubuh [ ] bersolek  
[  ] mandi, berhajat [ ] mudah merasa kelelahan  
[ ] mengenakan pakaian [ ] sesak nafas setelah mengadakan aktivitas

9. Pola kerja :

Jenis pekerjaan : wiraswasta  
Jumlah jam kerja : 24 jam  
Jadwal kerja : senin- sabtu  
Lain-lain (sebutkan) :

**II. Riwayat Lingkungan**

Kebersihan Lingkungan: pasien mengatakan lingkungan rumah bersih

Bahaya : tidak ada

Polusi : tidak ada

**III. Aspek Psikososial**

1. Pola pikir dan persepsi

- a. Alat bantu yang digunakan : tidak ada

<input type="checkbox"/> kaca mata	<input type="checkbox"/> alat bantu pendengaran
b. Kesulitan yang dialami :	
<input type="checkbox"/> sering pusing	
<input type="checkbox"/> menurunnya sensitifitas terhadap panas dingin	
<input type="checkbox"/> membaca/menulis	
2. Persepsi diri	
Hal yang dipikirkan saat ini	: pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa beraktivitas lagi
Harapan setelah menjalani perawatan:	pasien berharap agar sakitnya cepat sembuh dan tidak ingin sakit lagi
Perubahan yang dirasa setelah sakit	: pasien lebih banyak dapat waktu tidur
3. Suasana hati	: pasien mengatakan suasana hatinya gelisah karena memikirkan penyakitnya
4. Hubungan/komunikasi:	
a. Bicara	
<input checked="" type="checkbox"/> jelas	bahasa utama : bahasa indonesia
<input type="checkbox"/> relevan	bahasa daerah : bahasa bali
<input type="checkbox"/> mampu mengekspresikan	
<input type="checkbox"/> mampu mengerti orang lain	
c. Tempat tinggal	
<input type="checkbox"/> sendiri	
<input checked="" type="checkbox"/> bersama orang lain, yaitu anak, istri	
5. Kebiasaan seksual	
a. Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut tidak ada	
<input type="checkbox"/> fertilitas	<input type="checkbox"/> menstruasi
<input type="checkbox"/> libido	<input type="checkbox"/> kehamilan
<input type="checkbox"/> ereksi	<input type="checkbox"/> alat kontrasepsi
6. Pertahanan koping	
a. Pengambilan keputusan	
<input type="checkbox"/> sendiri	
<input checked="" type="checkbox"/> dibantu orang lain; istri	
b. Yang dilakukan jika sedang stress :	
<input checked="" type="checkbox"/> pemecahan masalah	<input type="checkbox"/> cari pertolongan
<input type="checkbox"/> makan	<input type="checkbox"/> makan obat
<input type="checkbox"/> tidur	
<input type="checkbox"/> lain-lain (misalnya marah, diam dll) sebutkan .....	
<b>IV. Pengkajian Fisik</b>	
A. Vital Sign	
Tekanan darah: 100/60 mmHg	
Suhu : 40 C	

Nadi : 102 x/ menit  
 Pernafasan : 28 x/menit  
 B. Kesadaran :composmetis GCS : 15  
 Eye : 4  
 Motorik :6  
 Verbal : 5  
 C. Keadaan umum  
 Sakit/ nyeri : 1. ringan 2. sedang 3. berat  
 Skala nyeri : tidak ada  
 Nyeri di daerah :tidak ada  
 Status gizi : 1. gemuk 2. normal 3. kurus  
 BB : 65 kg TB : 175 cm  
  
 Sikap : 1. tenang 2. gelisah 3. menahan nyeri  
 Personal hygiene : 1. bersih 2. kotor 3. lain-lain.....  
 Orientasi waktu/ tempat/ orang : 1. baik 2. terganggu.....  
 D. Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*  
 Kepala  
 Bentuk : 1. mesochepale 2. mikrochepale 3. hidrochepale  
 4. lain- lain .....  
 Lesi/ luka : 1. hematom 2. perdarahan 3. luka sobek 4. lain-lain tidak ada  
 Rambut  
 Warna : hitam  
 Kelainan : rontok/ dll tidak ada  
 Mata  
 Penglihatan : 1. normal 2. kaca mata/ lensa 3. lain-lain.....  
 Sklera : 1. ikterik 2. tidak ikterik  
 Konjungtiva : 1. anemis 2. tidak anemis  
 Pupil : 1. isokor 2. anisokor 3. midriasis 4. katarak  
 Kelainan : kebutaan kanak/kiri tidak ada  
 Hidung  
 Penghidu : 1. normal 2. ada gangguan.....  
 Sekret/ darah/ polip : tidak ada  
 Tarikan caping hidung : 1. ya 2. tidak  
 Telinga  
 Pendengaran : 1. normal 2. kerusakan 3. tuli kanan/kiri  
 4. tinnitus 5. alat bantu dengar 6. lainnya  
 Skret/ cairan/ darah : 1. ada/tidak 2. bau..... 3. warna.....  
 Mulut Dan Gigi  
 Bibir : 1. lembab 2. kering 3. cianosis 4. pecah-pacah  
 Mulut dan tenggorokan: 1. normal 2. lesi 3. stomatitis  
 Gigi : 1. penuh/normal 2. ompong 3. lain-lain.....  
 Leher  
 Pembesaran tyroid : 1. ya 2. tidak  
 Lesi : 1. tidak 2. ya, di sebelah.....  
 Nadi karotis : 1. teraba 2. tidak  
 Pembesaran limfoid : 1. ya 2. tidak  
 Thorax

Jantung : 1. nadi 102x/ menit, 2. kekuatan: kuat/ lemah  
3. irama : teratur/ tidak

Paru : 1. frekwensi nafas :28 x/menit teratur/ tidak  
2. kualitas : normal/ dalam/ dangkal  
3. suara nafas : vesikuler/ ronchi/ wheezing  
4. batuk : ya/ tidak  
5. sumbatan jalan nafas: sputum/ lendir/ darah/ ludah  
6. Retraksi dada : 1. ada 2. tidak ada

Abdomen

Peristaltik usus : 1. Ada 15 x/menit 2. tidak ada  
3. hiperperistaltik 4. lain-lain...

Kembung : 1. ya 2. tidak

Nyeri tekan : 1. tidak 2. ya di kuadran..... /bagian

.....

Ascites : 1. ada 2. tidak ada

Genetalia

Pimosis : 1. ya 2. tidak

Alat Bantu : 1. ya 2. tidak

Kulit

Turgor : 1. elastis 2. kering 3. lain-lain

Laserasi : 1. luka 2. memar 3. lain-lain

Di daerah tidak ada

Warna kulit : 1. normal (putih/sawo matang/ hitam)  
2. pucat 3. cianosis 4. ikterik  
5. lain-lain.....

Ekstremitas

Kekuatan otot : ~~5555~~

ROM : 1. penuh 2. terbatas

Hemiplegi/parese : 1. tidak 2. ya, kanan/kiri

Akral : 1. hangat 2. dingin

Capillary refill time : 1. < 3 detik 2. > 3 detik

Edema : 1. tidak ada 2. ada di daerah

.....

## V. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Penunjang: Laboratorium, rongent, USG, MRI, dll

Hematologi Rutin

HGB 14.9 g/Dl  
RBC 5.18  $10^6$ u/L  
HCT 42.2 %  
WBC 5.21  $10^3$ u/L Program Terapi:

### Hitung Jenis

PLT 19  $10^3$ u/L

b. Program Terapi

IVFD RL 30 tpm

Paracetamol 1 gr IV

Ondacentron 4 mg IV tiap 12 jam pukul 10.00 , pukul 16.00, pukul, pukul 22.00

Paracetamol 3x1 gr

Ondacentron 3x4 mg

Vitamin b-complex 2x1 tab pukul 10.00 dan pukul 18.00

Cek DL ulang/hari tiap 12 jam pukul 18.00-06.00

Data subyektif dan data obyektif

Data Subyektif :

Pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 4 hari kemarin ,mual muntah 2 kali dalam 24 jam

Data Obyektif :

Kulit pasien tampak kemerahan

Kulit pasien teraba hangat

Tekanan darah 100/60 mmHg

Nadi 102 x/menit

Respirasi 28 x/menit

Suhu 40°C



Lampiran 4 Data Diagnosa Keperawatan pada Pasien Dengue Hemorrhagic Fever dengan Hipertermia

**2. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**Diagnosa Keperawatan Ny.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD Mangusada Badung**

	Nama : Ny.S Tanggal lahir : 04/09/1975 /45 tahun	No. RM : 540023 Ruangan : Oleg		
No	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	25/02/2020	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Data Subyektif : Pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 5 hari kemarin, mual</p> <p>Data Obyektif : Kulit pasien tampak kemerahan Kulit pasien teraba hangat Tekanan darah 110/60 mmHg Nadi 82 x/menit Respirasi 18 x/menit Suhu 38,8°C</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Termoregulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Kulit merah menurun</li> <li>2.Kejang menurun</li> <li>Takikardia membaik</li> <li>Takipnea membaik</li> <li>Suhu tubuh membaik</li> <li>Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2.Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>3.Basahi dan kipasi permukaan tubuh</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Anjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh tiap dua jam</li> <li>2. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi</li> <li>3. Monitor warna dan suhu</li> </ol>

				<p>kulit</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>Tingkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian antipiretik</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanggal kadaluwarsa</li> <li>2. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>2. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi)</li> <li>3. Hindari pemberian obat yang tidak diberikan label dengan benar</li> <li>4. Buang obat yang tidak terpakai atau kadaluwarsa</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
--	--	--	--	--

**Diagnosa Keperawatan Tn.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg  
RSD Mangusada Badung**

	Nama : Tn.S Tanggal lahir : 14/7/1978/ 42 tahun	No. RM : 348711 Ruangan : Oleg		
No	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	18/02/2020	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Data Subyektif : Pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 4 hari kemarin, mual muntah 2 kali dalam 24 jam</p> <p>Data Obyektif : Kulit pasien tampak kemerahan Kulit pasien teraba hangat Tekanan darah 100/60 mmHg Nadi 102 x/menit Respirasi 28 x/menit Suhu 40°C</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Termoregulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit merah menurun</li> <li>2. Kejang menurun</li> <li>3. Takikardia membaik</li> <li>4. Takipnea membaik</li> <li>5. Suhu tubuh membaik</li> <li>6. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Anjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh tiap dua jam</li> <li>2. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi</li> <li>3. Monitor warna dan suhu kulit</li> </ol>

				<p><i>Terapeutik</i></p> <p>Tingkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian antipiretik</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanggal kadaluwarsa</li> <li>2. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>2. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi)</li> <li>3. Hindari pemberian obat yang tidak diberikan label dengan benar</li> <li>4. Buang obat yang tidak terpakai atau kadaluwarsa</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
--	--	--	--	---

Lampiran 5 Data Perencanaan Keperawatan pada Pasien Dengue Hemorrhagic Fever dengan Hipertermia

**3. PERENCANAAN KEPERAWATAN**

**Perencanaan Keperawatan Ny.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD Mangusada Badung**

	Nama : Ny.S Tanggal lahir : 04/09/1975 / 45 tahun	No. RM : 540023 Ruangan : Oleg		
No	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	25/02/2020	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Data Subyektif : Pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 5 hari kemarin, mual Data Obyektif : Kulit pasien tampak kemerahan Kulit pasien teraba hangat Tekanan darah 110/60 mmHg Nadi 82 x/menit Respirasi 18 x/menit Suhu 38,8°C	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil : <b>Termoregulasi</b> 1. Kulit merah menurun 2. Kejang menurun 3. Takikardia membaik 4. Takipnea membaik 5. Suhu tubuh membaik 6. Suhu kulit membaik	<b>Intervensi Utama</b> <b>Manajemen Hipertermia</b> <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh <i>Terapeutik</i> 1.Sediakan lingkungan yang dingin 2.Longgarkan atau lepaskan pakaian 3.Basahi dan kipasi permukaan tubuh <i>Edukasi</i> Anjurkan tirah baring <b>Regulasi Temperatur</b> <i>Observasi</i> 1. Monitor suhu tubuh tiap dua jam 2. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan,nadi 3. Monitor warna dan suhu

				<p>kulit</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>Tingkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian antipiretik</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanggal kadaluwarsa</li> <li>2. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>2. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi)</li> <li>3. Hindari pemberian obat yang tidak diberikan label dengan benar</li> <li>4. Buang obat yang tidak terpakai atau kadaluwarsa</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
--	--	--	--	--

**Perencanaan Keperawatan Tn.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD  
Mangusada Badung**

	Nama : Tn.S Tanggal lahir : 14/7/1978/ 42 tahun	No. RM : 348711 Ruangan : Oleg		
No	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	18/02/2020	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Data Subyektif : Pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 4 hari kemarin, mual muntah 2 kali dalam 24 jam Data Obyektif : Kulit pasien tampak kemerahan Kulit pasien teraba hangat Tekanan darah 100/60 mmHg Nadi 102 x/menit Respirasi 28 x/menit Suhu 40°C</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Termoregulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit merah menurun</li> <li>2. Kejang menurun</li> <li>3. Takikardia membaik</li> <li>4. Takipnea membaik</li> <li>5. Suhu tubuh membaik</li> <li>6. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama Manajemen Hipertermia</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Anjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh tiap dua jam</li> <li>2. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi</li> <li>3. Monitor warna dan suhu kulit</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p>

				<p>Tingkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian antipiretik</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanggal kadaluwarsa</li> <li>2. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>2. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi)</li> <li>3. Hindari pemberian obat yang tidak diberikan label dengan benar</li> <li>4. Buang obat yang tidak terpakai atau kadaluwarsa</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
--	--	--	--	--



*Lampiran 6 Data Implementasi Keperawatan pada Pasien Dengue Hemorrhagic Fever dengan Hipertermia*

**4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

**Implementasi Keperawatan Ny.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD Mangusada Badung**

		Nama : Ny. S Tgl Lahir : 04/09/1975/ 45 tahun (P) No RM : 540023	
TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
25/02/2020	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p>Melonggarkan atau melepaskan pakaian</p> <p>Membasahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>Menganjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p>Memonitor suhu tubuh tiap dua jam, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, warna dan suhu kulit</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah melonggarkan pakaian</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah membasahi permukaan tubuh dengan dikompres</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien tampak mengikuti anjuran dari perawat</p> <p>S: Pasien mengatakan badannya terasa panas</p> <p>O: kulit pasien tampak kemerahan, kulit pasien teraba hangat, x/menit, TD: 110/60 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 38,5 °C</p> <p>S: Pasien mengatakan makan ½ porsi,</p>	

	<p>Meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p>Mengolaborasi pemberian antipiretik</p> <p>Ondancentron 4 mg IV</p> <p>Paracetamol 4x500 mg</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p>Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>	<p>pasien mengatakan mual</p> <p>O: Pasien tidak menghabiskan makanannya</p> <p>S:</p> <p>O: Obat sudah masuk</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p>	
<p>26/02/2020</p>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p>Melonggarkan atau melepaskan pakaian</p> <p>Membasahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>Menganjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p>Memonitor suhu tubuh tiap dua jam, tekanan darah, frekuensi</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah melonggarkan pakaian</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah membasahi permukaan tubuh dengan dikompres</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p> <p>S :-</p> <p>O : Pasien tampak mengikuti anjuran dari perawat</p> <p>S : Pasien mengatakan panasnya sudah mendingan</p> <p>O : kulit hangat pasien sudah</p>	

	<p>pernapasan,nadi, warna dan suhu kulit</p> <p>Meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p>Mengolaborasi pemberian antipiretik</p> <p>Ondacentron 4 mg IV</p> <p>Paracetamol 4x500 mg</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p>Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>	<p>mendingan, kulit kemerahan sudah berkurang, TD: 110/80 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 37,9 °C</p> <p>S:Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan makanan tetapi sedikit demi sedikit, kualitasnya sudah mendingan</p> <p>O: Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan</p> <p>S:</p> <p>O: Obat sudah masuk</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p>	
<p><b>27/02/2020</b></p>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p>Melonggarkan atau melepaskan pakaian</p> <p>Membasahi dan kipasi permukaan tubuh</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah melonggarkan pakaian</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah membasahi permukaan tubuh dengan dikompres</p> <p>O: Pasien tampak</p>	

	<p>Menganjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p>Memonitor suhu tubuh tiap dua jam, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, warna dan suhu kulit</p> <p>Meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p>Mengolaborasi pemberian antipiretik</p> <p>Ondancetron 4 mg IV</p> <p>Paracetamol 4x500 mg</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p>Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>	<p>kooperatif</p> <p>S : -</p> <p>O: Pasien tampak mengikuti anjuran dari perawat</p> <p>S : Pasien mengatakan badannya tidak terasa panas</p> <p>O : kulit pasien tidak tampak kemerahan, kulit pasien tidak terasa hangat, TD: 110/80 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 37,5 °C</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan makanan tetapi sedikit demi sedikit, tidak mual</p> <p>O: Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan</p> <p>S:</p> <p>O: Obat sudah masuk</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p>	
--	--	---	--

**Implementasi Keperawatan Pasien Tn.S dengan Hipertermia di Ruang  
Oleg RSD Mangusada Badung**

		Nama : Tn. S Tgl Lahir : 14/07/1978 / 42 tahun (L) No RM : 348711	
TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
<b>18/02/2020</b>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b> Melonggarkan atau melepaskan pakaian</p> <p>Membasahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>Menganjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b> Memonitor suhu tubuh tiap dua jam, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, warna dan suhu kulit</p> <p>Meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah memakai pakaian yang agak longgar O : Pasien tampak kooperatif</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah dikompres O : Pasien tampak kooperatif</p> <p>S : - O: Pasien tampak mengikuti anjuran dari perawat</p> <p>S : Pasien mengatakan badannya terasa panas O : kulit pasien tampak kemerahan, kulit pasien teraba hangat, TD: 100/60 mmHg, N: 100 x/menit, RR: 28 x/menit, S: 39,8 °C</p> <p>S: Pasien mengatakan makan hanya 1-3 sendok makan, mual muntah</p>	

	<p>Mengolaborasi pemberian antipiretik</p> <p>Paracetamol 1 gr IV</p> <p>Ondacentron 4mg IV</p> <p>Paracetamol 3x1 gr</p> <p>Ondacentron 3x4 mg</p> <p>Vitamin b-complex 2x1 tab</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p>Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>	<p>O: Pasien tidak menghabiskan makanannya</p> <p>S:</p> <p>O: Obat sudah masuk</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p>	
<p><b>19/02/2020</b></p>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p>Melonggarkan atau melepaskan pakaian</p> <p>Membasahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>Menganjurkan tirah baring</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah memakai pakaian longgar</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah dikompres</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p> <p>S :-</p> <p>O : Pasien tampak mengikuti anjuran dari perawat</p>	

	<p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p>Memonitor suhu tubuh tiap dua jam, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, warna dan suhu kulit</p> <p>Meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p>Mengolaborasi pemberian antipiretik</p> <p>Paracetamol 1 gr IV</p> <p>Ondacentron 4mg IV</p> <p>Paracetamol 3x1 gr</p> <p>Ondacentron 3x4 mg</p> <p>Vitamin b-complex 2x1 tab</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p>Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>	<p>S : Pasien mengatakan badannya terasa panas</p> <p>O : kulit pasien tampak kemerahan, kulit pasien teraba hangat, TD: 100/80 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 39,5 °C</p> <p>S: Pasien mengatakan makan hanya 1-3 sendok makan, mual muntah</p> <p>O: Pasien tidak menghabiskan makanannya</p> <p>S:</p> <p>O: Obat sudah masuk</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p>	
20/02/2020	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p>Melonggarkan atau melepaskan pakaian</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah memakai pakaian longgar</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p>	

	<p>Membasahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>Menganjurkan tirah baring</p> <p><b>Regulasi Temperatur</b></p> <p>Memonitor suhu tubuh tiap dua jam, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, warna dan suhu kulit</p> <p>Meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p>Mengolaborasi pemberian antipiretik</p> <p>Paracetamol 1 gr IV</p> <p>Ondacentron 4mg IV</p> <p>Paracetamol 3x1 gr</p> <p>Ondacentron 3x4 mg</p> <p>Vitamin b-complex 2x1 tab</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pemberian Obat</b></p> <p>Menjelaskan jenis obat, alasan</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah dikompres</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak mengikuti anjuran dari perawat</p> <p>S : Pasien mengatakan badannya terasa panas</p> <p>O : kulit pasien tampak kemerahan, kulit pasien terasa hangat, TD: 110/60 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 38,8 °C</p> <p>S: Pasien mengatakan makan hanya 5 sendok suap, mual muntah</p> <p>O: Pasien tidak menghabiskan makanannya</p> <p>S:</p> <p>O: Obat sudah masuk</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p>	
--	---	---	--



	peberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian		
--	--	--	--

*Lampiran 7 Data Evaluasi Keperawatan pada Pasien Dengue Hemorrhagic Fever dengan Hipertermia*

**4. EVALUASI KEPERAWATAN**

**Evaluasi Keperawatan Ny.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD Mangusada Badung**

<b>EVALUASI KEPERAWATAN</b>		Nama : Ny. S Tgl Lahir : 04/09/1975/ 45 tahun (P) No RM : 540023
<b>TANGGA L/ JAM</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
27/02/2020	<p>S : Pasien mengatakan badannya tidak terasa panas, tidak mual</p> <p>O : Kulit pasien tidak tampak kemerahan, kulit pasien tidak teraba hangat, tanda –tanda vital : tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/meni, suhu 37,5°C</p> <p>A : Masalah keperawatan teratasi</p> <p>P : Pertahankan kondisi pasien</p>	

**Evaluasi Keperawatan Tn.S dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSD  
Mangusada Badung**

<b>EVALUASI KEPERAWATAN</b>		Nama : Tn.S Tgl Lahir : 14/7/1978/ 42 tahun (L) No RM : 348711
<b>TANGGA L/ JAM</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
20/02/2020	<p>S : Pasien mengatakan badannya terasa panas, mual muntah</p> <p>O : Kulit pasien tampak kemerahan, kulit pasien teraba hangat, tanda –tanda vital : tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 98 x/menit, respirasi 24 x/menit, suhu 38,8°C</p> <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi, bantu ADL Pasien</p>	

Lampiran 8 Lembar Studi Dokumentasi (Check List)

**Format Pengumpulan Data Dokumentasi**

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien  
*Dengue Hemorrhagic Fever* Dengan Hipertermia Di  
Ruang Oleg RSD Mangusada Tahun 2020

<b>Pasien Pertama (Ny.S)</b>	<b>Pasien Kedua (Tn.S)</b>
NO.RM : 540023	NO.RM : 348711
Umur : 45 tahun	Umur : 42 tahun

---

**1. Pengkajian Keperawatan**

Tanda dan Gejala	Pasien 1 (Ny.S)		Pasien 2 (Tn.S)	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Hipertermia	✓		✓	
Gejala dan tanda mayor Objektif				
a. Suhu tubuh diatas nilai normal	✓		✓	
Gejala dan tanda minor Objektif				
a. Kulit merah	✓		✓	
b. Kejang		✓		✓
c. Takikardia		✓	✓	
d. Takipnea		✓	✓	
e. Kulit terasa hangat	✓		✓	

## 2. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Pasien 1 (Ny.S)		Pasien 2 (Tn.S)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>				
	Hipertermia	✓		✓	
2	<i>Etiology</i>				
	a. Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)	✓		✓	
3	<i>Sign and symptom</i>				
	Gejala dan tanda mayor Objektif				
	a. Suhu tubuh diatas nilai normal	✓		✓	
	Gejala dan tanda minor Objektif				
	b. Kulit merah	✓		✓	
	c. Kejang		✓		✓
	d. Takikardia		✓	✓	
	e. Takipnea		✓	✓	
	f. Kulit terasa hangat	✓		✓	

## 3. Intervensi Keperawatan

No	Intervensi Keperawatan	Pasien 1 (Ny.S)		Pasien 2 (Tn.S)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Manajemen Hipertermia				
	<i>Observasi</i>				
	a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)				

	b. Monitor suhu tubuh				
	<i>Terapeutik</i>				
	a. Sediakan lingkungan yang dingin				
	b. Longgarkan atau lepaskan pakaian	✓		✓	
	c. Basahi dan kipasi permukaan tubuh	✓		✓	
	<i>Edukasi</i>				
	a. Anjurkan tirah baring	✓		✓	
2	Regulasi Temperatur				
	<i>Observasi</i>				
	a. Monitor suhu tubuh tiap dua jam	✓		✓	
	b. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan, dan nadi	✓		✓	
	c. Monitor warna dan suhu kulit	✓		✓	
	<i>Terapeutik</i>				
	a. Tingkatkan asupan nutrisi yang adekuat	✓		✓	
	<i>Kolaborasi</i>				
	a. Kolaborasi pemberian antipiretik	✓		✓	
3	Pemberian Obat				
	<i>Observasi</i>				
	a. Periksa tanggal kadaluwarsa				
	b. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium				

	sebelum pemberian obat				
	<i>Terapeutik</i>				
	a. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat				
	b. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi)				
	c. Hindari pemberian obat yang tidak diberikan label dengan benar				
	d. Buang obat yang tidak terpakai atau kadaluwarsa				
	<i>Edukasi</i>				
	a. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian	✓		✓	

#### 4. Implementasi Keperawatan

No	Implementasi Keperawatan	Pasien 1 (Ny.S)		Pasien 2 (Tn.S)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Manajemen Hipertermia				
	<i>Observasi</i>				
	a. Mengidentifikasi penyebab hipertermia				

	(mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)				
	b. Memonitor suhu tubuh				
	<i>Terapeutik</i>				
	a. Menyediakan lingkungan yang dingin				
	b. Melonggarkan atau lepaskan pakaian	✓		✓	
	c. Membasahi dan kipasi permukaan tubuh	✓		✓	
	<i>Edukasi</i>				
	a. Menganjurkan tirah baring	✓		✓	
2	Regulasi Temperatur				
	<i>Observasi</i>				
	a. Memonitor suhu tubuh tiap dua jam	✓		✓	
	b. Memonitor tekanan darah, frekuensi pernapasan, dan nadi	✓		✓	
	c. Memonitor warna dan suhu kulit	✓		✓	
	<i>Terapeutik</i>				
	a. Meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat	✓		✓	
	<i>Kolaborasi</i>				
	a. Mengkolaborasi pemberian antipiretik	✓		✓	



3	Pemberian Obat				
	<i>Observasi</i>				
	a. Memeriksa tanggal kadaluwarsa				
	b. Memonitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat				
	<i>Terapeutik</i>				
	a. Memperhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat				
	b. Melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu dan dokumentasi)				
	c. Menghindari pemberian obat yang tidak diberikan label dengan benar				
	d. Membuang obat yang tidak terpakai atau kadaluwarsa				
	<i>Edukasi</i>				
	a. Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan,	✓		✓	

	dan efek samping sebelum pemberian				
--	------------------------------------	--	--	--	--

### 5. Evaluasi Keperawatan

No	Evaluasi Keperawatan	Pasien 1 (Ny.S)		Pasien 2 (Tn.S)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Hipertermia				
	<i>Subjektif</i>				
	<i>Objektif</i>				
	a. Kulit merah menurun	✓			✓
	b. Kejang menurun				
	c. Takikardia membaik	✓		✓	
	d. Takipnea membaik	✓		✓	
	e. Suhu tubuh membaik	✓			✓
	f. Suhu kulit membaik	✓			✓
	<i>Assesment</i>				
	a. Masalah teratasi	✓			
	b. Masalah belum teratasi				✓
	<i>Planning</i>				
	a. Pertahankan kondisi pasien	✓			
	b. Lanjutkan intervensi				✓



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33 Padang (Denpasar), Telp/Fax: (0361) 725273 / 7244663  
Website : [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



### BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Nt Kadet Mifa Yanti  
NIM : P07120017178  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengue Hemorrhagic Fever dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung Tahun 2020  
PEMBIMBING I : Ns. I Wayan Sutawana, S.Kep.,Md.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Rabu, 8 April 2020	I	Bimbingan bab 5	Revisi bab 5	
Jumat, 10 April 2020	II	Revisi bab 5	Revisi Bab 5	
Senin 13 April 2020	III	Revisi bab 5	Acc bab 5	
Selasa, 14 April 2020	IV	Bimbingan bab 6	Revisi bab 6	
Kamis, 16 April 2020	V	Revisi bab 6	Acc bab 6	
Jumat, 17 April 2020	VI	Acc bab 5 dan bab 6	Acc bab 5 dan bab 6	



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No 33 Pedlungan (Denpasar), Telp/Fax: (0361) 725273 / 7245633  
Website : [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



### BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ni Kadet Mita Yanti  
NIM : P07120017178  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Hemorrhagic Fever dengan Hipertermia di Ruang Oleg RSB Mangusada Badung Tahun 2020  
PEMBIMBING II : Ns. I Gusti Ayu Ari Rasdini, S.Pd., S.Kep., M.Pd.

HARI/ TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Jumat, 17 April 2020	I	Bimbingan bab 5	Revisi bab 5	- f
Senin, 20 April 2020	II	Revisi bab 5	Acc bab 5	- f
Selasa, 21 April 2020	III	Bimbingan bab 6	Revisi bab 6	- f
Rabu, 22 April 2020	IV	Revisi bab 6	Acc bab 6	- f
Kamis, 23 April 2020	V	Bimbingan KTI keseluruhan	Acc semua bab	- f
Jumat, 24 April 2020	VI	Acc KTI	Acc KTI	- f





Edit



## Data Skripsi Mahasiswa

**N I M** P07120017178  
**Nama Mahasiswa** Ni Kadek Mita Yanti  
**Info Akademik** Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi D-III Keperawatan  
 Semester : 6

Skripsi **Bimbingan** Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang

## Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Pengajuan judul	13 Jan 2020	✓
2	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan bab 1 dan 2	16 Jan 2020	✓
3	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Revisi bab 1 dan 2	20 Jan 2020	✓
4	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan bab 3 dan 4	23 Jan 2020	✓
5	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Revisi bab 3 dan 4	27 Jan 2020	✓
6	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	ACC bab 1,2,3,4	31 Jan 2020	✓
7	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Pengajuan judul	13 Jan 2020	✓
8	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan bab 1 dan 2	16 Jan 2020	✓
9	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Revisi bab 1 dan 2	20 Jan 2020	✓
10	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan bab 3 dan 4	23 Jan 2020	✓
11	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Revisi bab 3 dan 4	27 Jan 2020	✓
12	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	ACC bab 1,2,3,4	31 Jan 2020	✓
13	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan bab 5	8 Apr 2020	✓
14	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Revisi bab 5	10 Apr 2020	✓
15	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Revisi bab 5	13 Apr 2020	✓
16	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan bab 6	14 Apr 2020	✓
17	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Revisi bab 6	16 Apr 2020	✓
18	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	ACC bab 5 dan bab 6	17 Apr 2020	✓
19	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan bab 5	17 Apr 2020	✓
20	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Revisi bab 5	20 Apr 2020	✓
21	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan 6	21 Apr 2020	✓
22	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Revisi bab 6	22 Apr 2020	✓
23	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan KTI keseluruhan	23 Apr 2020	✓
24	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Acc KTI	24 Apr 2020	✓