



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KLIEN Sdr. R
DAN Sdr. A YANG MENGALAMI PASCA DBD DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN
PEMELIHARAAN RUMAH DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

Ibnu Rosyidi

NIM 152303101037

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Sdr. R dan Sdr. A yang Mengalami Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang Tahun 2018" telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Rabu, 30 Mei 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,

Dr.H.Suhari, A.Per.Pen, MM

NIP. 19630302 198603 1 023



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KLIEN Sdr. R
DAN Sdr. A YANG MENGALAMI PASCA DBD DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN
PEMELIHARAAN RUMAH DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Karya Tulis Ilmiah :

Disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat

Untuk menyelesaikan program studi ilmu keperawatan (D3)

Dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan.

Oleh :

Ibnu Rosyidi

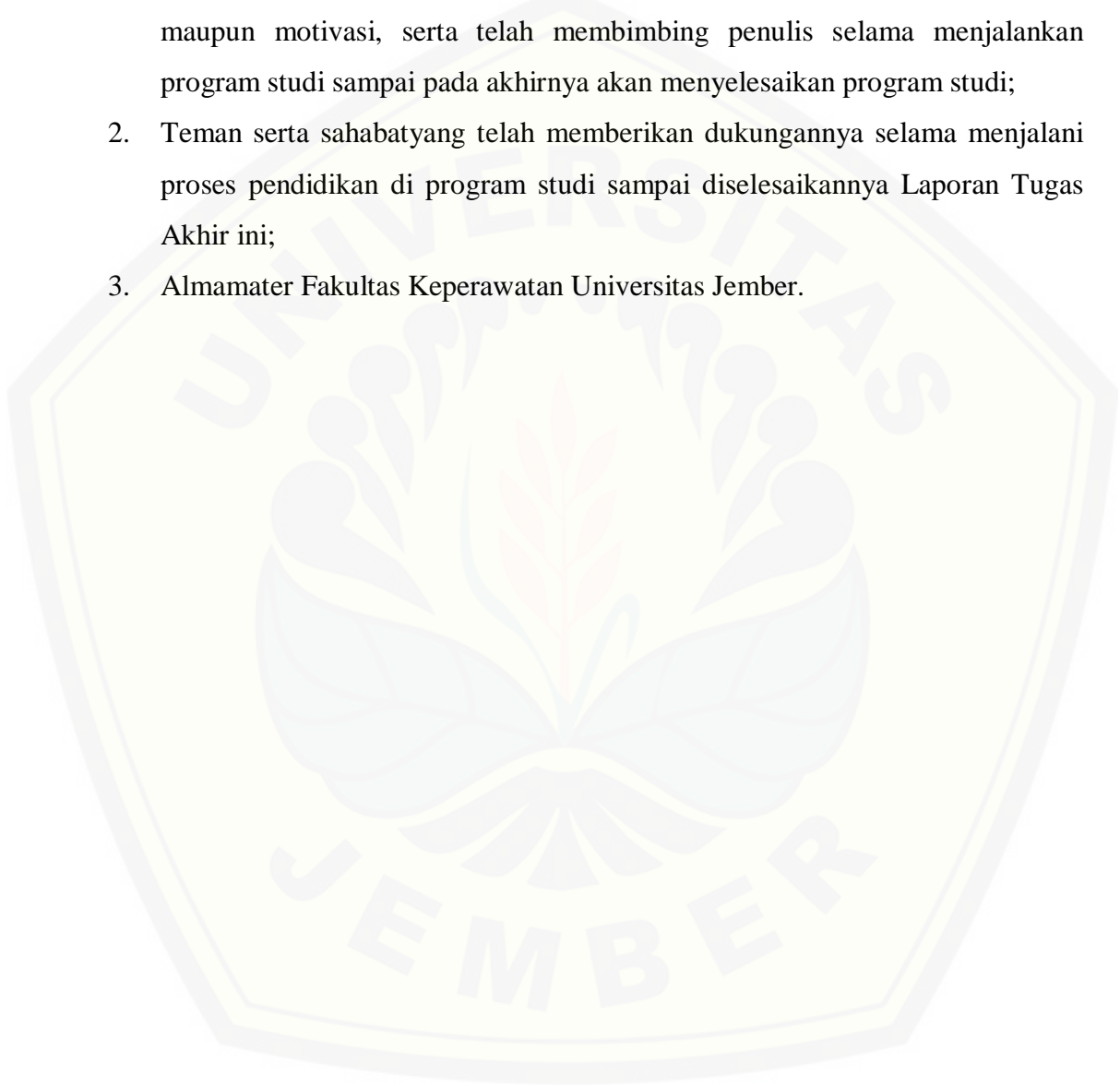
NIM 152303101037

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua dan keluarga yang telah memberi dukungan, baik berupa doa maupun motivasi, serta telah membimbing penulis selama menjalankan program studi sampai pada akhirnya akan menyelesaikan program studi;
2. Teman serta sahabat yang telah memberikan dukungannya selama menjalani proses pendidikan di program studi sampai diselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



MOTTO

''Kebersihan Sebagian Dari Iman''
(HR. Ahmad, Muslim, Tirmidzi)*

''Dan Sesungguhnya Allah Menyukai Orang-orang yang bersih''
(terjemahan QS. At-Taubah: 108)**

''Sesungguhnya Beruntunglah orang yang mensucikan jiwa itu, dan
sesungguhnya merugilah orang yang mengotorinya''
(terjemahan Asy Syam; 9-10)***)

''Karena hati yang bersih akan melahirkan keyakinan yang benar, karena hati
yang bersih yang dapat melahirkan amaliah yang benar, karena hati yang bersih
sajalah keimanan akan terpancar''

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Ibnu Rosyidi

NIM : 152303101037

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul :

”Asuhan Keperawatan Keluarga pada Sdr. R Dan Sdr. A yang Mengalami Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam Laporan Tugas Akhir ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 30 Mei 2018

Yang menyatakan,

Ibnu Rosyidi

NIM : 152303101037

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KLIEN Sdr. R
DAN Sdr. A YANG MENGALAMI PASCA DBD DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN
PEMELIHARAAN RUMAH DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh :

Ibnu Rosyidi

NIM 152303101037

Pembimbing

Dosen Pembimbing : Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Sdr. R dan Sdr. A yang Mengalami Pasca DBD Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 30 Mei 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,

Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.

NIP. 19650629 198703 2 008

Anggota I,

Anggota II,

Primasari Mahardhika, R.S.Kep., Ners., M.Kep
NRP. 760017247

Dr.H.Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP. 19630302 198603 1 023

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember

Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.

NIP. 19650629 198703 2 008

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Sdr. R Dan Sdr. A yang Mengalami Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018"

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung maka Laporan Tugas Akhir ini tidak akan dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Bapak Dr.H.Suhari, A.Per.Pen, MMselaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
5. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM dan Primasari Mahardhika.R.S.Kep.,Ners,M.Kepselaku penguji yang telah memberikan masukan bagi penulis.
6. Ayah dan ibu tercinta serta seluruh keluarga yang telah memberikan motivasi dan doa untuk terselesainya Laporan Tugas Akhir ini.
7. Staf Ruang baca Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah membantu dan menyediakan referensi buku yang dibutuhkan.
8. Teman-teman dan pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang turut membantu terselesainya Laporan Tugas Akhir ini.

Dengan terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih memiliki banyak kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan Laporan Tugas Akhir ini dan penulis mengucapkan terima kasih.

Lumajang, 30 Mei 2018

Penulis



RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga pada Sdr. R Dan Sdr. A yang Mengalami Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Kabupaten Lumajang Tahun 2018; Ibnu Rosyidi; 152303101037; 2018; 145 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Demam berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, seperti *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Virus ini tersebar luas diseluruh dunia terutama di daerah tropis. Hambatan anggota keluarga dalam memepertahankan kondisi lingkungan rumah yang sehat dapat memicu terjadinya penyakit DBD. Penderitanya terutama adalah anak-anak berusia 15 tahun, tetapi sekarang banyak juga orang dewasa terserang penyakit virus ini.

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mencegah atau mengurangi tersebarnya wabah penyakit DBD yang diakibatkan kondisi lingkungan terutama lingkungan rumah yang kurang sehat. Metode yang digunakan pada penyusunan laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus. Metode pengumpulan data meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi terhadap 2 klien yang menderita pasca DBD dengan masalah hambatan pemeliharaan rumah. Intervensi yang dilakukan adalah antara lain mengkaji kondisi lingkungan rumah klien, melakukan penyuluhan dan memfasilitasi keluarga dan melibatkan keluarga dalam memutuskan pemeliharaan rumah.

Hasil yang didapat pada klien setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari didapatkan tujuan tercapai sepenuhnya dengan 4 kriteria hasil yang berhasil dicapai antara lain keluarga dapat mengenal tentang progam PSN di rumah, keluarga dapat memutuskan penyelesaian yang perlu dilakukan untuk meningkatkan pemeliharaan rumah, keluarga secara bersama-sama dapat melakukan intervensi yang dapat meningkatkan pemeliharaan rumah sesuai dengan arahan dari perawat, dan keluarga melakukan modifikasi lingkungan yang dapat diakukan sesuai dengan arahan dari perawat.

Dari hasil tersebut, Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat masalah dan keluhan klien pasca DBD dengan masalah keperawatan hambatan pemeliharaan rumah, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan secara maksimal serta keluarga dapat secara maksimal memberikan perawatan mandiri pada klien. Penulis selanjutnya dapat memaksimalkan penelitian dengan memberdayakan fasilitas yang ada.



SUMMARY

Nursing Family Care on Sdr. R and Sdr. A suffering Post-DBD(Dengue Hemorrhagic Fever) with The Problem of Home Maintenance Barriers at Puskesmas Rogotrunan Lumajang in 2018; Ibnu Rosyidi; 152303101037; 2018; 145 pages;Faculty of Nursing Universitas Jember.

Dengue hemorrhagic fever (DBD) is an acute febrile illness caused by dengue virus contaminating the human bloodstream through mosquito bites from the *Aedes* genus such as *Aedes Aegypti* or *Aedes Albopictus*. This virus is spread widely in whole countries in the world especially in tropical areas. The barriers of family members in maintaining a healthy home environment can be challenged by DBD (Dengue Hemorrhagic Fever). The sufferer for the disease is a 15-year-old child, but many adults also suffer from this illness.

This research was aimed to prevent or minimize the spread of disease outbreaks caused by unhealthy home environment conditions. This research applied case report method. Data collection methods applied were interviews, observations, and documentary studies of two clients suffering *post DBD* (Dengue Hemorrhagic Fever) with problems of home maintenance barriers. Interventions are conducted to examine the environmental conditions of client homes, conduct counseling and facilitate the family and involve the family in deciding home maintenance.

After doing implementation in nursing process in three days for the clients, the results showed that all the yield criteria were achieved such as the family could understand home *PSN* program, their family could decide necessary completion to improve home maintenance, family could together conduct intervention in order to improve the quality of home maintenance based on the nurse instruction and the family modified the environment which could be conducted as instructed.

Based on the result, it is expected that the authors will be able to identify well and carefully the problem and complaints of *post DBD* (Dengue Hemorrhagic Fever) client with nursing home maintenance barrier problems, so that the application of family nursing care can be done maximally and the family can maximally provide self-care to client. The author can further maximize research by empowering existing facilities.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
SURAT MOTTO	vi
HALAMAN PERNYATAAN	vii
HALAMAN LAPORAN TUGAS AKHIR.....	viii
HALAMAN PENGESAHAN	ix
HALAMAN PRAKATA	x
RINGKASAN	xii
SUMMARY	xiv
DAFTAR ISI...	xv
DAFTAR TABEL	xvii
DARTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xx
Bab I : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah Penulisan.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Demam Berdarah Dengue	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3Manifestasi Klinis	7
2.1.4Klasifikasi.....	14
2.1.5Patofisiologi.....	15
2.1.6 Komplikasi	15
2.1.7Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.8Penatalaksanaan	17
2.1.9 Pencegahan	18
2.1.10 Prognosis	18
2.2 Konsep Keluarga.....	19
2.2.1 Definisi Keluarga	19
2.2.2TipeKeluarga	19
2.2.3FungsiKeluarga.....	19
2.2.4TahapKeluarga	21
2.2.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan.....	25
2.2.6 Peran Perawat Keluarga Keluarga.....	25
2.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan DBD.....	25
2.4.1 Pengkajian.....	25
2.4.2Konsep Diagnosa Keperawatan yang diangkat.....	32
2.4.3 Intervensi.....	33

2.4.4 Implementasi.....	34
2.4.5 Evaluasi keperawatan.....	36
2.5 Konsep Rumah Sehat.....	36
BAB III : METODE PENELITIAN	50
3.1 Desain Penulisan	50
3.2 Batasan Istilah.....	50
3.3 Partisipan	50
3.4 Lokasi dan Waktu.....	51
3.5 Pengumpulan Data.....	51
3.6 Uji Keabsahan Data	52
3.7 Analisa Data	53
3.8 Etika Penulisan	54
BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN	57
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan	57
4.2 Hasil dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	57
4.2.1 Pengkajian	58
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	76
4.2.3 Intervensi Keperawatan	84
4.2.4 Implementasi Keperawatan	86
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	88
BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN.....	90
5.1 Kesimpulan.....	90
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	90
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	90
5.1.3 Intervensi Keperawatan	90
5.1.4 Implementasi Keperawatan	91
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	91
5.2 Saran.....	91
5.2.1 Bagi Penulis	91
5.2.2 Bagi Perawat	92
5.2.3 Bagi Keluarga	92
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya	92
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> dan <i>Aedes albopictus</i>	7
Tabel 2.2 Scoring Prioritas Masalah.....	31
Tabel 2.3 Tingkatan (Grade) Keadaan Umum Pasien DBD.....	36
Tabel 2.4 Data Pemeriksaan Kepala dan Leher Pasien DBD.....	37
Tabel 2.5 Tingkatan Pemeriksaan pada Ekstremitas Pasien DBD.....	38
Tabel 2.6 Intervensi Hambatan Pemeliharaan Rumah.....	39
Tabel 4.1.1 Identitas Keluarga.....	58
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga.....	59
Tabel 4.3 Tipe Keluarga.....	61
Tabel 4.4 Suku Bangsa.....	62
Tabel 4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan.....	63
Tabel 4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	63
Tabel 4.7 Aktifitas Keluarga.....	64
Tabel 4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga.....	65
Tabel 4.9 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga yang lain.....	66
Tabel 4.10 Pengkajian Rumah.....	67
Tabel 4.11 Denah Rumah Keluarga.....	69
Tabel 4.12 Mobilitas Geografi Keluarga.....	72
Tabel 4.13 Perkumpulan Keluarga.....	72
Tabel 4.14 Sistem Pendukung Keluarga.....	72
Tabel 4.15 Struktur Keluarga.....	73
Tabel 4.16 Fungsi Keluarga.....	74
Tabel 4.17 Stres dan Koping Keluarga.....	76
Tabel 4.18 Keadaan Gizi dan Keluarga.....	77
Tabel 4.19 Pemeriksaan Status Kesehatan.....	77
Tabel 4.20 Pemeriksaan Fisik.....	78
Tabel 4.21 Pemeriksaan Fisik Anggota yang lain.....	79
Tabel 4.22 harapan Keluarga.....	82
Tabel 4.23 Analisa Data Klien 1.....	83
Tabel 4.24 Analisa Data Klien 2.....	84
Tabel 4.25 Scoring.....	86
Tabel 4.26 Intervensi.....	91
Tabel 4.27 Implementasi.....	93
Tabel 4.28 Evaluasi.....	93

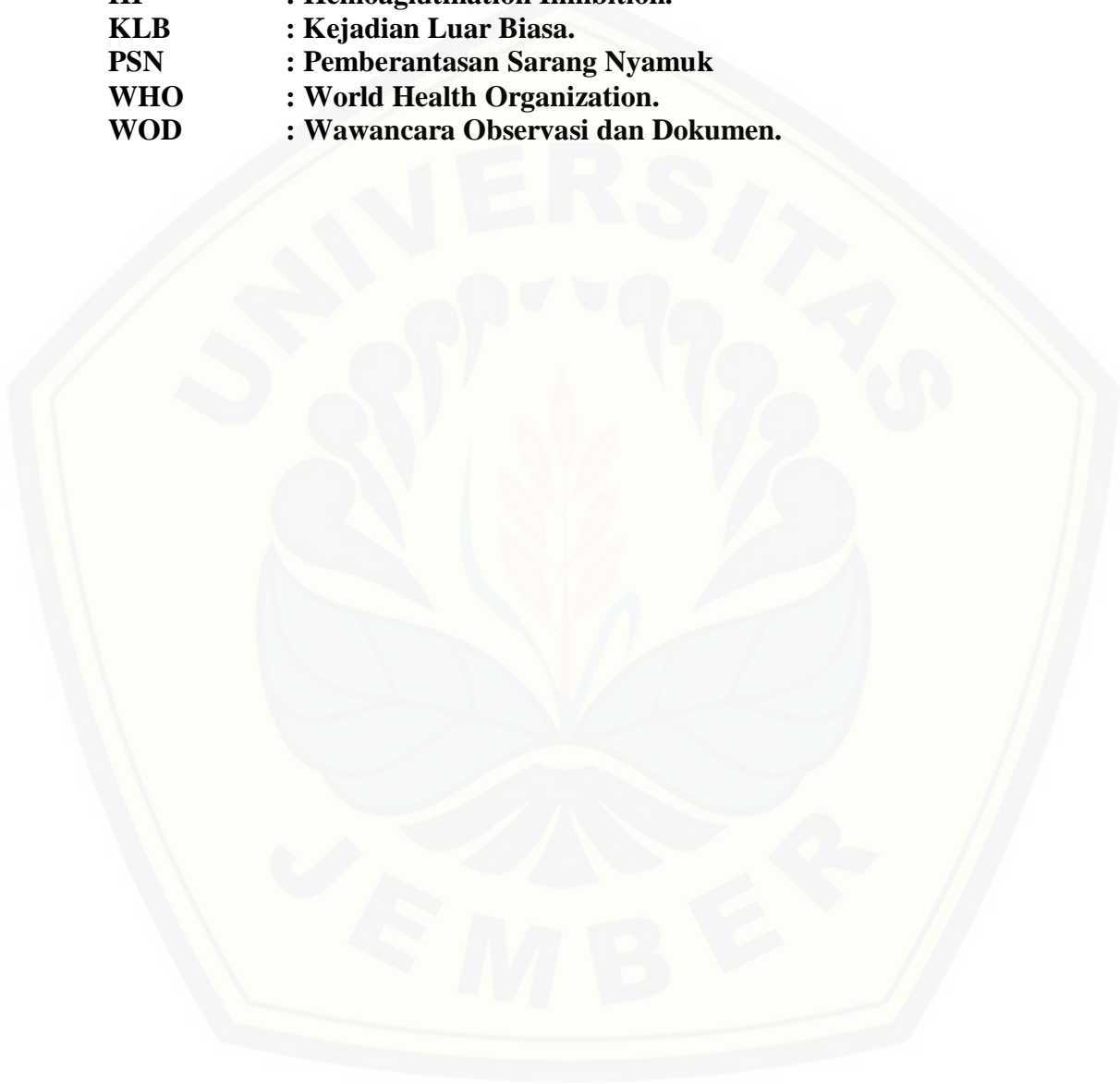
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Morfologi Aedes Aegypti dibedakan dari Aedes Albopictus	7
Gambar 2.2 Siklus hidup nyamuk Aedes	8
Gambar 2.3 Tempat berkembang biak nyamuk Aedes Aegyti.....	9
Gambar 2.4 Aedes aegyti betina dan jantan.....	10
Gambar 2.5 Dokumentasi klien 1.....	122
Gambar 2.6 Dokumentasi klien 2.....	123



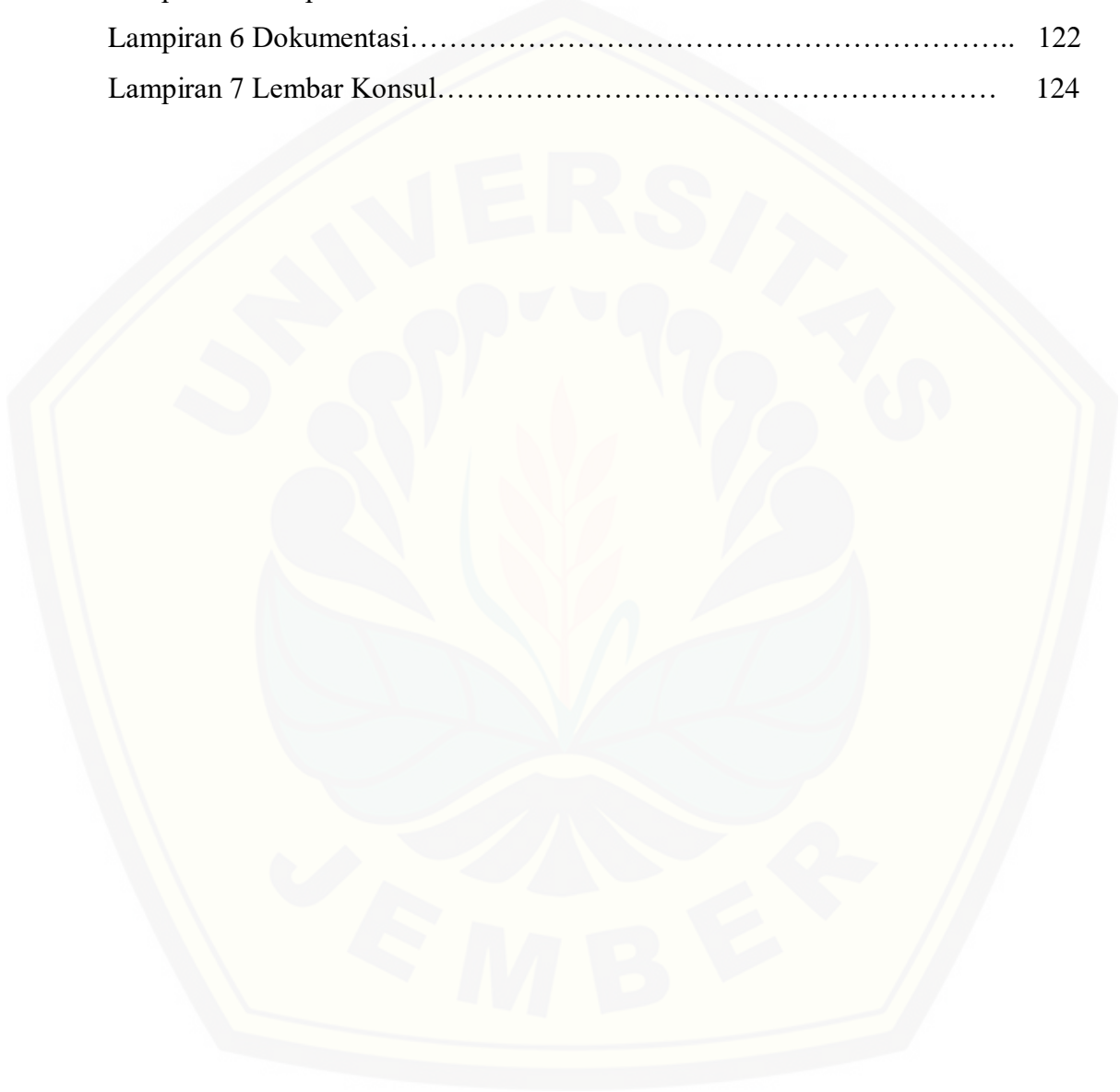
DAFTAR SINGKATAN

Ae	: Aedes.
CFR	: Case Fatality Rate.
CVP	: Central Venous Pressure.
DBD	: Demam Berdarah Dengue.
DSS/SSD	: Dengue Syok Syndrome/Sindrom Syok Dengue.
HI	: Hemoagglutination Inhibition.
KLB	: Kejadian Luar Biasa.
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
WHO	: World Health Organization.
WOD	: Wawancara Observasi dan Dokumen.



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.Jadwal Penelitian.....	96
Lampiran 2.Satuan Acara Penyuluhan.....	99
Lampiran 3.Lampiran pengkajian.....	108
Lampiran 4.Inform Consent.....	117
Lampiran 5.Lampiran Berkas.....	119
Lampiran 6 Dokumentasi.....	122
Lampiran 7 Lembar Konsul.....	124



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Epidemi dengue dipengaruhi oleh lingkungan dengan banyaknya genangan air atau container yang menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang merupakan vektor penular dengue (Soedarto, 2012). Jumlah kasus DBD relatif meningkat dan semakin bertambahnya wilayah yang terjangkit antara lain karena semakin padatnya penduduk dan tingginya mobilitas penduduk, adanya pemukiman baru, serta kondisi rumah yang tidak sehat sehingga dapat menyebabkan salah satu anggota keluarga mengalami hambatan pemeliharaan rumah. (Depkes, 2007 dalam (Fakultas Keperawatan UNAIR, 2015)).

Sebelum tahun 1970, hanya 9 negara yang mengalami wabah DBD, namun sekarang DBD menjadi penyakit endemik pada lebih dari 100 negara, diantaranya adalah Afrika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat, Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat memiliki angka tertinggi kasus DBD. Jumlah kasus di Amerika, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat telah melewati 1,2 juta kasus di tahun 2008 dan lebih dari 2,3 kasus di Amerika, dimana 37.687 kasus merupakan DBD berat (WHO, 2014 dalam (Kementrian Kesehatan RI, 2016)).

Di Indonesia pada tahun 2013, jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 112.511 kasus dengan jumlah kematian 871 orang (*Incidence Rate/ Angka Kesakitan* = 45,85 per 100.000 penduduk dan *CFR/ angka kematian* = 0,77%). Terjadi peningkatan jumlah kasus pada tahun 2013 di bandingkan tahun 2012 yang sebesar 90.245 kasus dengan IR 37,27. Provinsi Jambi, kepulauan Bangka Belitung dan Nusa Tenggara Timur memiliki angka kematian fatal (*Case Fatality Rate, CFR > 2%*) di Indonesia pada tahun 2013 (Najmah, 2016).

Di Indonesia kasus DBD pertama kali terjadi di Surabaya pada tahun 1968. Penyakit DBD ditemukan di 200 kota di 27 Provinsi dan telah terjadi KLB akibat DBD profil kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 1999 melaporkan bahwa kelompok tertinggi adalah usia 5-14 tahun yang terserang sebanyak 42% dan

kelompok usia 15-44 tahun yang terserang sebanyak 37%. Data tersebut di dapatkan dari data rawat inap Rumah Sakit. Rata-rata insidensi penyakit DBD sebesar 6-27 per 100.000 penduduk (Firdaus, 2012). Pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah penderita demam berdarah semakin meningkat dengan tingkat penyebaran yang meluas tercatat pada tahun 2011, sampai agustus terdapat 24.362 kasus dengan 196 kematian (CFR : 0,80%) menyebutkan bahwa demam berdarah tidak hanya menyerang anak-anak, namun juga menyerang golongan tua (Mumpuni & Lestari, 2015).

Jumlah penderita DBD di Kabupaten Lumajang selama kurun waktu 2017 untuk semua wilayah sebanyak 312 kasus, dan terdapat 50 kasus atau sejumlah 16% diantaranya terdapat didaerah Puskesmas Rogotrunan. Angka tersebut paling tinggi dari semua wilayah yang ada diwilayah Kabupaten Lumajang. Angka kasus DBD mengalami kenaikan semenjak 2 tahun terakhir (Badan Pusat Statistik Kabupaten Lumajang, 2017), hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnyaPHBS dan kemandirian masyarakat untuk melakukan pemberantasan sarang nyamuk DBD dengan melaksanakan 3M plus terutama sekarang adanya pemberdayaan masyarakat program siskampling DBD (Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, 2015).

Secara faktual kasus yang mempengaruhi terjadinya penyakit DBD masih mengikuti pola lama yaitu factor penyimpangan pola musim hujan (Fakultas Keperawatan UNAIR, 2015) dari bulan Oktober sampai Mei (Badan Meteorologi Klimatologi dan Geofisika, 2017) dengan kurangnya pengetahuan, kesadaran individu dan kemampuan keluarga secara sistematis, serentak, dan berkelanjutan dalam upaya PSN dengan 3M plus khususnya di rumah sehingga menyebabkan permasalahan hambatan pemeliharaan rumah pada keluarga, dengan demikian ledakan populasi vector kasus DBD pun meningkat (Suparta, 2008 dalam(Fakultas Keperawatan UNAIR, 2015)).

Perawat sebagai edukator memberikan pendidikan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik di rumah, puskesmas dan masyarakat secara terorganisir dalam rangka menanamkan perilaku sehat sehingga terjadi

perubahan-perubahan perilaku seperti yang di harapkan dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Koordinasi pelayanan kesehatan (*Coordinatar Of Servises*), mengkoordinasikan seluruh kegiatan upaya pelayanan kesehatan dalam mencapai tujuan kesehatan melalui kerja sama dengan tim kesehatan lainnya sehingga tercipta keterpaduan dalam sistem pelayanan kesehatan. Pembaharuan (*Change Agent*), perawat dapat berperan sebagai agen pembaharuan terutama dalam mengubah perilaku dan pola hidup yang erat kaitannya dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (Fakultas Keperawatan UNAIR, 2015)

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan melakukan berbagai metode yang tepat, yaitu: metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia dan perbaikan desain rumah. Sebagai contoh , yaitu menguras bak mandi/ tempat penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup rapat tempat penampungan air, mengubur barang-barang yang ada di sekitar rumah/lingkungan yang dapat menampung air hujan. Metode biologis melakukan pengendalian secara biologis dengan dengan menggunakan ikan pemakan jentik nyamuk DBD seperti ikan kepala timah atau ikan tempalo ditempat penampungan air yang mendapat membasmi jentik-jentik nyamuk DBD.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Mengesplere proses Asuhan Keperawatan Keluarga pada Sdr. R Dan Sdr. A yang Mengalami Pasca DBD Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran KabupatenLumajang Tahun 2018?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengesplor proses Asuhan Keperawatan Keluarga pada Sdr. R Dan Sdr. A yang Mengalami Pasca DBD Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi wacana dan bahan belajar mengajar terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

1.4.2 Bagi Instansi Kesehatan

Sebagai bahan masukan dan menambah referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan pada pasien Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

1.4.3 Bagi Pembaca

Meningkatkan pengetahuan kepada pembaca tentang pasien Demam Berdarah dengan masalah Keperawatan dan perawatan pada pasien serta dapat digunakan sebagai alat bantu bagi perawat untuk mengevaluasi dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan pasien Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018

1.4.4 Bagi Penulis

Diharapkan Penulis dapat menambah pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dan upaya dalam melakukan Asuhan Keperawatan khususnya pada pasien Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

1.4.5 Bagi Klien dan Keluarga

Membantu Klien dan Keluarga dalam mengenali penyakitnya, penyebab, tanda gejala dan cara menanganinya serta memberikan pengetahuan cara

mencegahnya supaya tidak terjadi penyebaran secara merata baik itu keluarga maupun orang lain.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Demam Berdarah Dengue

2.1.1 Definisi

Demam berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, seperti *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* (Najmah, 2016).

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

Demam berdarah dengue adalah virus yang tersebar luas diseluruh dunia terutama di daerah tropis. Penderitanya terutama adalah anak-anak berusia 15 tahun, tetapi sekarang banyak juga orang dewasa terserang penyakit virus ini (Soedarto, 2012)

2.1.2 Etiologi

a. Agent

Dalam penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang menjadi agent adalah virus Dengue. Virus penyebab DBD/DSS adalah flavivirus dan terdiri dari 4 serotipe yaitu serotype 1,2,3 dan 4 (dengue-1,-2,-3,-4). Virus ini ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina yang terinfeksi. *Aedes aegypti* hidup di perkotaan dan berkembang biak terutama di wadah buatan manusia. Tidak seperti nyamuk lainnya, *Aedes Aegypti* adalah pengumpulan sehari-waktu; periode menggigit puncaknya adalah pagi dan malam sebelum senja. *Aedes albopictus*, vector dengue sekunder di Asia, telah menyebar di Amerika Utara dan Eropa karena *Aedes. Albopictus* sangat adaptif dan oleh karena itu, dapat bertahan hidup di daerah beriklim dingin di Eropa. Penyebabnya adalah karena

toleransi terhadap suhu di bawah titik beku, hibernasi dan kemampuan untuk berlindung (Najmah, 2016).

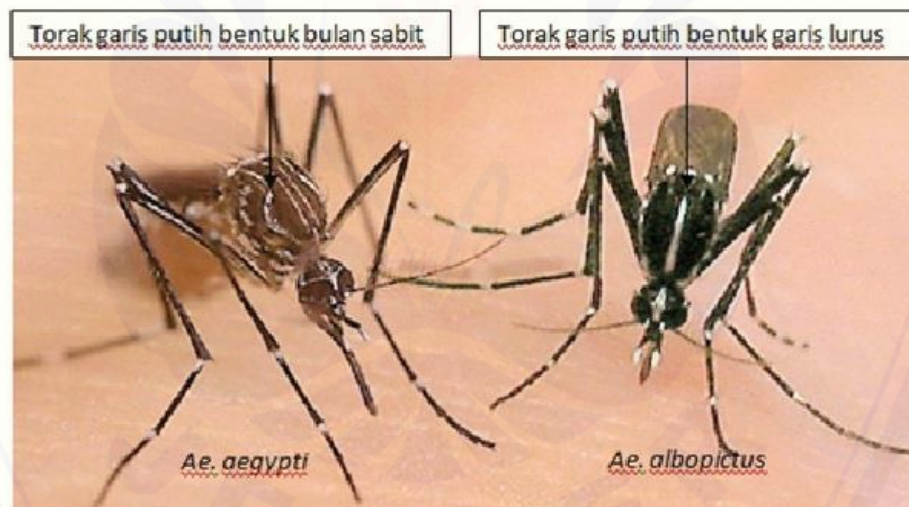
1. Klasifikasi Nyamuk Aedes

Di Asia Tenggara, *Aedes aegypti* atau juga di kenal sebagai *Stegomyia aegypti* merupakan vektor utama penyebab epidemi virus-virus dengue. Sedangkan *aedes albopictus* adalah vektor sekunder yang juga menjadi sumber penularan virus dengue.

Klasifikas *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*

	<i>Aedes aegypti</i>	<i>Aedes albopictus</i>
Kingdom	Animalia	Animalia
Phylum	Arthropoda	Arthropoda
Class	Insecta	Insecta
Order	Diptera	Diptera
Famili	Culicidae	Culicidae
Subfamili	Culicinae	Culicinae
Genus	<i>Aedes</i>	<i>Aedes</i>
Species	<i>Aedes aegypti</i>	<i>Aedes albopictus</i>



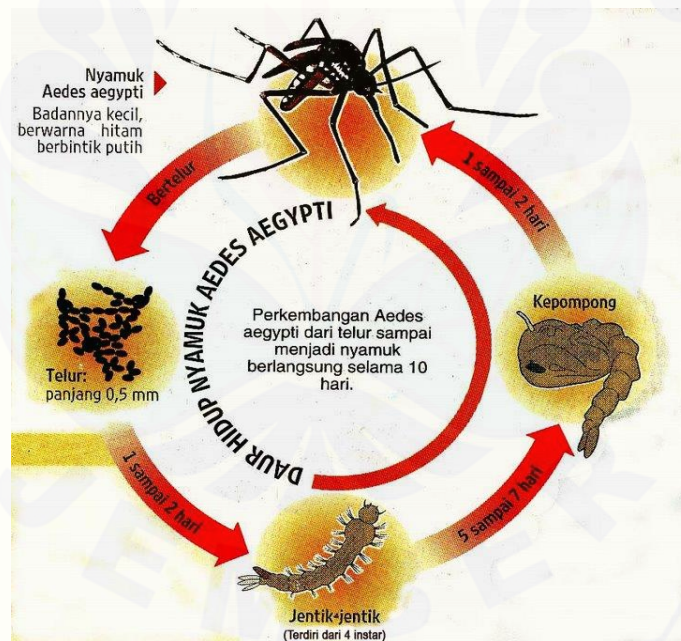
Gambar 2.1 Morfologi *Aedes Aegypti* dibandingkan dari *Aedes Albopictus* dengan melihat gambaran sisik dipunggungnya.

1). *Aedes Aegypti*

Siklus hidup

Terdapat empat stadium nyamuk pada siklus hidupnya, yaitu bentuk telur, larva, pupa dan dewasa.

Telur. Nyamuk betina *Aedes aegypti* bertelur sebanyak 50-120 butir telur pada bejana yang mengandung sedikit air, misalnya pada vas bunga, gentong penyimpanan air, bak air kamar mandi, dan bejana penyimpanan air, bak air di kamar mandi, dan bejana penyimpanan air ada di dalam rumah (indoors). Selain itu ban bekas, gelas plastik, dan wadah-wadah yang terisi air hujan di luar rumah (outdoors) dapat menjadi tempat berkembang biak nyamuk ini. Telur di letakkan pada permukaan yang lembab dan wadah, sedikit di atas garis batas atau permukaan air. Pada siklus gonotropik, seekor nyamuk betina umumnya meletakkan telurnya di beberapa tempat bertelur. Pada lingkungan yang memiliki suhu hangat dan lembab perkembangan embrio telah lengkap dalam waktu 48 jam dan dapat menetas saat tersiram air. dalam keadaan kering nyamuk dapat bertahan hidup satu tahun lamanya, tetapi akan segera mati jika didinginkan kurang dari 10°C. Tidak semua telur menetas dalam waktu bersamaan, tergantung pada keadaan lingkungan dan iklim saat itu.



Gambar 2.2 Siklus hidup nyamuk Aedes

Larva dan Pupa. Terdapat empat tahapan perkembangan larva. Lamanya stadium larva tergantung pada temperatur, makanan yang tersedia dan kepadatan larva sampai menjadi nyamuk dewasa membutuhkan waktu sekitar 7-10 hari (termasuk stadium pupa yang lamanya 2 hari). Jika suhu rendah, masa

gonotropik, seekor nyamuk betina *Aedes aegypti* dapat melakun lebih dari satu kali mengisap darah.



Gambar 2.4 *Aedes aegypti* betina dan jantan. Pada nyamuk jantan (kanan) rambut antenna lebih panjang dan lebih lebat daripada yang betina (kiri)

Selain itu nyamuk ini termasuk nervous feeder yang mengisap darah lebih dari satu orang korban. Sifat-sifat ini akan meningkatkan jumlah kontak antara manusia dan nyamuk yang penting dalam epidemiologi penularan dengue dan penyakit orbivirus lainnya, karena meningkatkan efisiensi penularan penyakit. Karena itu dapat terjadi infeksi dengue dialami oleh orang serumah dengan gejala awalnya terjadi kurang dari 24 jam perbedaannya antara satu penderita dengan penderita lainnya.

Kebiasaan makan. Kebiasaan makan (*feeding behaviour*) nyamuk *Aedes aegypti* termasuk sangat antropofilik (menyukai darah manusia), meskipun nyamuk ini juga menghisap darah hewan mamalia berdarah panas lainnya. Sebagai spesies diurnal, nyamuk ini aktif mencari makan (*biting activity*), yaitu pagi hari beberapa jam sesudah matahari terbit, dan sore hari beberapa jam sebelum matahari terbenam. puncak waktu *biting activity* dapat berbeda-beda tergantung tempat dan iklim.

Tempat istirahat nyamuk. Lebih dari 90% nyamuk *Aedes aegypti* beristirahat di tempat-tempat yang tidak terkena sinar, yaitu tempat-tempat di dalam rumah yang gelap dan tersembunyi, ruangan yang lembab, kamar tidur, kloset, kamar mandi dan dapur. Tempat istirahat di dalam yang paling disukai

nyamuk adalah di bawah meja kursi, baju dan korden yang tergantung dan pada dinding.

Jarak terbang. Jarak terbang nyamuk dipengaruhi oleh-oleh beberapa faktor antara lain kemampuan mengisap darah tempat bertelur nyamuk. pada umumnya jarak terbang adalah 30-50 meter dari tempat berkembang biaknya, namun bisa mencapai 400 meter, terutama pada waktu nyamuk betina mencari tempat untuk bertelur.

Umur nyamuk. Lama hidup nyamuk dewasa *Aedes aegypti* berkisar antara 3-4 minggu. Di musim penghujan dimana umur nyamuk lebih panjang, penularan virus menjadi lebih tinggi. Kondisi lingkungan berpengaruh terhadap panjangnya umur nyamuk *Aedes aegypti*.

2). *Aedes Albopictus*

Morfologi morfologi *Aedes albopictus* mudah dibedakan dari spesies *Stegomyia* lainnya berdasarkan perbedaan khas pada:

- 1). Palpus dan kaki yang mempunyai sisik sisik putih,
- 2). Skutum (daerah panggung) bergaris putih yang terdapat di bagian tengah.

Siklus hidup

Seperti halnya nyamuk lainnya terdapat empat stadium pada siklus hidup *Aedes albopictus*, yaitu stadium telur, larva, pupa dan dewasa.

Telur. Empat sampai lima hari sesudah mengisap darah, seekor nyamuk betina akan bertelur dan meletakkan telurnya pada wadah sedikit diatas permukaan air. Telur yang jumlahnya sekitar 100 butir ini tahan kekeringan dalam waktu lama. Telur-telur myamuk akan menetas jika wadah atau kontener tempatnya meletakkan telur tergenang air hujan.

Larva dan pupa. Larva yang kemudian menetas, akan mencari makanan berupa mikro organisme air, algae dan partikel-partikel tanaman dan bahan material hewan yang terdapat di dalam genangan air tempatnya hidup. Di laboratorium, pada suhu 25^o C dengan cukup makanan, larva akan berubah menjadi pupa dalam waktu 5-10 hari. Dalam waktu dua hari kemudian akan berkembang menjadi nyamuk dewasa. siklus hidup akuatik nyamuk ini, dari telur sampai terbentuknya nyamuk dewasa berlangsung sekitar 7-9 hari. Pada suhu

rendah, perkembangan akan terhenti. Nyamuk dewasa dapat hidup selama sekitar tiga minggu. Sebagai nyamuk hutan, nyamuk ini berkembang biak dilubang-lubang pohon, lubang batu karang, lipatan atau ketiak pohon, potongan batang bamboo dan tempurung kelapa, tetapi jika nyamuk hidup di pinggiran urban larva nyamuk dapat dijumpai di dalam bejana-bejana buatan manusia yang berisi air hujan. Di taman-taman kota dan kebun-kebun rumah di daerah perkotaan, spesies ini bisa ditemukan di pot-pot bunga dan bejana buatan lainnya.

Nyamuk dewasa. Sesudah keluar dari pupa (kepompong), nyamuk dewasa segera mengawini betinanya, yang dalam waktu 24-36 jam akan mencari darah hospes yang menjadi mangsanya. Nyamuk *Aedes albopictus* adalah pemangsa yang agresif dan akan menghisap darah sampai kenyang (*full blood meal*) pada satu hospes untuk memenuhi genesis lengkap sebagai spesies konkordan (*concordant spesies*). Sifat hidup yang selain darah manusia juga mengisap darah hewan mamalia dan unggas mengurangi kapasitas vektorialnya. Jarak terbang nyamuk ini juga kurang dari 200 m, sehingga tidak jauh dari wadah tempat mereka berkembang biak,

Berbeda dengan *Aedes aegypti*, beberapa galur nyamuk ini ada yang sudah menyesuaikan diri dengan lingkungan dingin di daerah Asia Utara dengan telurnya yang tetap dapat hidup (*diapause*) pada musim dingin (*winter*). *Aedes albopictus* merupakan vector yang menjadi jembatan efisien yang menghubungkan enzootic dan siklus manusia pada populasi penduduk yang hidup didekat kawasan hutan. Nyamuk ini juga lebih efisien sebagai sumber penularan (*reservoir*) virus dengue dari pada *Aedes aegypti* yaitu proses penularan virus secara transovarial.

Sifat biologi *Aedes Albopictus*

Nyamuk ini menyukai darah manusia, tetapi juga darah kucing anjing, tupai, dan hewan mamalia lainnya serta unggas. Mereka menggigit mangsanya disemua tempat badan yang kulitnya terbuka. Nyamuk ini mencari mangsa didalam rumah maupun diluar rumah, tetapi lebih banyak dijumpai diluar rumah.

Pada penelitian dilaboratorium yang dilakukan pada suhu 25° C dan kelembaban relative 30% menunjukkan bahwa nyamuk betina berumur lebih

panjang daripada nyamuk jantan. Nyamuk betina yang dipelihara dilaboratorium biasanya hidup antara 4-8 minggu, tetapi ada yang dapat hidup sampai 6 bulan lamanya (Soedarto, 2012).

b. Pejamu (*Host*)

Pejamu penyakit DBD adalah manusia yang penderitanya merupakan sumber penularan, terutama anak-anak. Virus dengue bertahan melalui siklus nyamuk *Aedes aegypti*-manusia di daerah perkotaan negara tropis; sedangkan siklus monyet nyamuk menjadi reservoir di Asia Tenggara dan Afrika Barat.

c. *Environment*

Factor-faktor yang mempengaruhi kejadian DBD antara lain; yaitu curah hujan yang tinggi sepanjang tahun, genangan air seperti kaleng, ban bekas, tanaman hias. Selain itu, perilaku masyarakat yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan (Najmah, 2016).

Demam berdarah disebabkan oleh virus dengue yang utamanya ditransmisikan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Setelah penularan melalui gigitan nyamuk, virus dengue akan terinkubasi selama 3-15 hari. Dengue ini kemudian menyebabkan sakit mirip flu dan nyeri, demam tinggi, kehilangan nafsu makan, sakit kepala, dan ruam. Nyamuk *Aedes aegypti* adalah penyebab demam berdarah utama. Oleh karena itu, membunuh atau setidaknya menghindari factor utama ini adalah jalan terbaik (Mumpuni & Lestari, 2015)

Penyakit ini disebabkan oleh salah satu dari 4 virus asam ribonukleat berantai tunggal dan *family flaviviridae* yang ditularkan oleh vector nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Masa inkubasi penyakit ini berakhir 4-5 hari setelah timbulnya demam (Marni, 2016)

2.1.3 Manifestasi Klinis

Keluhan yang sering kali dirasakan pada awalnya yaitu demam, mual, muntah, malaise, anoreksia, yang diikuti nyeri perut, nyeri kepala, mialgia/nyeri otot, suara serak, batuk, dan disuria. Demam tinggi mendadak biasanya terjadi 2-7 hari dan jika tidak terjadi syok, maka demam akan turun sendiri dan pasien akan sembuh dengan sendirinya (*self limiting*) dalam waktu 5 hari. Sifat demam pada pasien DBD ini biasanya demam tinggi dan terus-menerus serta tidak responsif

terhadap antiseptik. Antiseptik hanya dapat menurunkan sedikit demam, setelah itu demam naik lagi. Pada kondisi parah, penyakit ini ditandai dengan adanya pendarahan di bawah kulit karena kebocoran plasma, epistaksis, hemoptisis, pembesaran hati, ekimosis, purpura, pendarahan gusi, hematemesis, dan melena (Marni, 2016)

- d. Demam tinggi selama 2-7 hari
- e. Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit : petechie, ekhimosis, hematoma.
- a. Epistaksis, Hematemesis, Melena, Hematuri
- b. Mual, muntah, tidak ada nafsu makan, diare, konstipasi
- c. Nyeri otot, tulang sendi, abdomen dan ulu hati.
- d. Sakit kepala
- e. Pembengkakan sekitar mata
- f. Pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening.
- g. Tanda tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah) (Suriadi, 2010).

2.1.4 Klasifikasi

2.1.4.1 Derajat I : Demam mendadak 2-7 hari disertai gejala tidak khas, dan satu-satunya manifestasi pendarahan adalah tes tourniquet positif.

2.1.4.2 Derajat II : Derajat I disertai dengan pendarahan spontan dikulit dan atau pendarahan yang lain.

2.1.4.3 Derajat III : Derajat II ditambah kegagalan sirkulasi ringan yaitu, denyut nadi cepat, lemah, dengan tekanan nadi hipotensi (sistolik ≤ 80 mmHg), disertai kulit dingin, lembab, dan penderita gelisah.

2.1.4.4 Derajat IV : Derajat III ditambah syok berat dengan nadi yang tak teraba dan tekanan darah yang tidak terukur dapat disertai dengan penurunan kesadaran, sianosis, dan asidosis (Rampengan, 2008).

2.1.5 Patofisiologi

Virus dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, maka tubuh pasien membentuk kekebalan penyakit. Apabila tubuh pasien diserang untuk kedua kalinya, maka tubuh akan aman. Akan tetapi, apabila virus yang masuk itu mempunyai tipe yang berbeda, maka akan mengakibatkan reaksi imunologi poliferasi dan transformasi limfosit imun yang dapat meningkatkan titer antibody IgG antidengue. Dalam limfosit, terjadi replikasi virus dengue yang bertransformasi akibat virus yang berlebihan. Kondisi ini menyebabkan terbentuknya kompleks antigen-antibodi.

Kemudian, antigen-antibodi tersebut akan mengaktifkan sistem komplemen dengan melepaskan C3a dan C5a yang mengakibatkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah dan hilangnya plasma melalui endotel. Renjatan (syok) yang tidak segera ditangani akan menyebabkan anoksia jaringan, asidosis metabolik, dan kematian.

Lalu, trombosit kehilangan fungsi agregasi dan mengalami metamorphosis yang dapat menyebabkan trombositopenia hebat dan pendarahan. Aktivasi Hageman (Faktor XII) dapat menyebabkan pembekuan intravascular yang luas dan mengaktifkan sistem kinin, sehingga permeabilitas dinding pembuluh darah meningkat. Kerusakan hati dan menurunnya faktor koagulasi menyebabkan semakin hebatnya pendarahan yang terjadi (Marni, 2016).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada anak yang mengalami demam berdarah dengue yaitu pendarahan massif dan dengue syok syndrome (DSS) atau sindrom syok dengue (SSD). Syok sering terjadi pada anak berusia kurang dari 10 tahun. Syok ditandai dengan nadi yang lemah dan cepat sampai tidak teraba, tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau sampai nol. Tekanan darah menurun di bawah 80 mmHg atau sampai nol, terjadi penurunan kesadaran, sianosis di sekitar mulut dan kulit ujung jari, hidung, telinga, dan kaki teraba dingin dan lembab, pucat dan oliguria atau anuria (Marni, 2016).

Penyakit dengue dapat berkembang menjadi berat jika terjadi komplikasi-komplikasi berupa ensefalopati, kerusakan hati, kerusakan otak, kejang-kejang dan syok. Untuk menentukan diagnosis dengue dengan cepat, terutama jika berada di daerah rural, di gunakan rapid diagnostic test kits yang dapat menentukan juga apakah penderita mengalami infeksi dengue primer atau sekunder. Pemeriksaan serologi atau PCR di lakukan untuk memastikan diagnosis dengue jika terdapat indikasi klinis (Soedarto, 2012).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Diagnostic

1. Darah Lengkap : hemokonsentrasi (hematokrit meningkat 20% atau lebih), trombositopenia ($100.000/\text{mm}^3$ atau kurang).
2. Serologi : uji HI (hemoagglutination inhibition test).
3. Rontgen thoraks : effusi pleura(Suriadi, 2010).
4. Uji Toerniquet/*Rumpleed test* positif, yaitu dengan mempertahankan manset tensimeter pada tekanan antara systole dan diastole selama 5 menit, kemudian dilihat apakah timbul petekie atau tidak didaerah volar lengan bawah.

Kriteria :

- (+) Bila jumlah petekie ≥ 20 .
- (+) Bila jumlah petekie 10-20.
- (-) Bila Jumlah petekie <10 (Rampengan, 2008).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien demam berdarah dengue yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi (foto rontgen toraks). Pada pemeriksaan ini, terjadi penurunan trombosit 100.000 mm dan peningkatan hematocrit 20%. Nilai normal hematokrit yaitu 3 kali nilai hemoglobin. Selain itu, terjadi penurunan leukosit (leukopenia) serta waktu pendarahan dan waktu protrombin memanjang. Pemeriksaan lain yang dapat digunakan untuk mengetahui adanya virus dengue yaitu *antibody immunoglobulin M (IgM)* dan *M antibody capture enzyme-linked immunosorbent assay (MAC ELISA)*. Apabila terjadi syok, maka akan terjadi hiponatremia, hiperkalemia, protein plasma yang menurun, peningkatan transaminase serum, dan pada sediaan

apusan darah tepi terdapat fragmentosit yang menandakan adanya hemolysis. Pada pemeriksaan foto rontgen toraks biasanya didapatkan efusi pleura (Marni, 2016).

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Terapeutik :

1. Minum banyak 1,52 liter/24 jam dengan air teh, gula, atau susu.
2. Antipiretik jika terdapat demam.
3. Antikonvulsan jika terdapat kejang.
4. Pemberian cairan melalui infuse, dilakukan jika pasien mengalami kesulitan minum dan nilai hematokrit cenderung meningkat (Suriadi, 2010).

Prinsip pengobatan pada penyakit DBD yaitu simptomatis dan suportif. Penanganan pertama pada penyakit ini di antaranya memenuhi kebutuhan cairan, yaitu dengan memberikan cairan oral 1-2 liter untuk mengatasi dehidrasi dan rasa haus akibat demam tinggi. Selain air putih, pasien dapat diberikan teh manis, susu, sirup, jus buah, dan orait. Pasien yang mengalami demam tinggi dapat di kompres dengan air biasa. Selain itu dapat diberikan antipiretik dari golongan asetaminofen (parasetamol). Pasien tidak boleh diberikan antipiretik dari golongan salisilat karena akan menimbulkan pendarahan yang semakin parah.

Demam tinggi pada anak-anak akan mengakibatkan terjadinya kejang. Untuk mengatasi kejang, dapat diberikan antikonvulsi misalnya diazepam, stesolid, fenobarbital, dan obat antikonvulsi lainnya. Jika syok dalam kondisi berat/parah, maka dapat diatasi atau dicegah dengan memberikan resusitasi cairan parenteral melalui infus. Jika pemberian cairan infus tidak memberikan respon, maka di berikan plasma/plasma ekspander sebanyak 20-30 mL/kg BB. Plasma ekspander merupakan suatu sediaan larutan steril yang digunakan untuk menggantikan plasma darah yang hilang akibat pendarahan, misalnya *whole blood* (darah lengkap yang di ambil dari donor manusia). Jika pasien menglaami renjatan hebat, maka pemberian infus harus diguyur dengan cara membuka klem infus. Namun jika vena kolaps yang menyebabkan tetesan tidak mencapai harapan, maka cairan diberikan secara paksa dengan menggunakan spuit sebanyak 100-200 mL, kemudian di guyur. Pasien yang mengalami renjatan berat perlu di pasang

central venous pressure (CVP, pengaturan tekanan vena sentral) untuk mengukur tekanan vena sentral melalui vena safena magna atau vena jugularis dan pasien pun dirawat di ruang ICU. Tranfusi perlu di berikan apabila terjadi pendarahan gastrintestinal yang dapat diketahui dari tanda tanda pasien muntah darah atau terjadi penurunan nilai hemoglobin dan hematokrit (Marni, 2016).

2.9 Pencegahan

2.9.1 Cara Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).

a. Cara PSN DBD.

PSN DBD dilakukan dengan cara '3M-Plus' yang dimaksud yaitu:

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

b. Selain itu di tambah (plus) dengan cara lainnya, seperti:

1. Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali.
2. Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak.
3. Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lain-lain (dengan tanah, dan lain-lain).
4. Menabur bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit di kuras atau di daerah yang sulit air.
5. Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/ bak-bak penampung air
6. Memasang kawat kasa.
7. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian didalam kamar.
8. Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai.
9. Menggunakan kelambu.
10. Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk.
11. Cara-cara spesifik lainnya di masing-masing daerah (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

2.1.10 Prognosis

Bila tidak disertai ranjatan, dalam 24-36 jam biasanya prognosis akan menjadi baik. Kalau lebih dari 36 jam belum ada tanda-tanda perbaikan, kemungkinan sembuh kecil dan prognosis menjadi buruk (Rampengan, 2008).

Kriteria untuk memulangkan pasien rawat inap dengan DBD :

1. Demam tidak muncul selama 24 jam tanpa penggunaan antipiretik dan nafsu makan kembali membaik
2. Kemajuan yang nyata dalam penampakan klinis
3. Kadar hematocrit stabil
4. Tiga hari setelah pulih dari syok
5. Tidak terjadi gawat nafas akibat efusi pleura atau asites pleura (Salmiyatun, 2005).

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Definisi

Menurut UU No.10 tahun 1992 Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Menurut Friedman, 1998 Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran penting masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Gusti, 2013).

2.2.2 Tipe Keluarga

a. Tipe Keluarga Tradisional.

1. Keluarga inti (*Nuclear family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

2. Keluarga besar (*Extended family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu, dll)

3. Keluarga bentukan kembali (*Dyadic family*)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

4. Orang tua tunggal (*Single parent family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

5. *The Single adult living alone*

Adalah orang dewasa yang ditinggal sendiri tanpa pernah menikah.

6. *The unmarried teenage mother*

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.

7. Keluarga usila (*Niddle age/ Aging couple*)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karir.

b. Tipe Keluarga Non Tradisional

1. *Commune family*

Adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.

2. Orang tua (ayah dan ibu) yang ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.

3. Homoseksual

Adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga (Gusti, 2013).

2.2.3 Fungsi Keluarga

Ada beberapa macam pendapat tentang fungsi keluarga :

a. Menurut Friedman, 1998 fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi (*the economic function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi (Gusti, 2013).

2.2.4 Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap pasangan baru atau keluarga baru (*beginning family*)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing dalam arti secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Dua orang yaitu suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari.

Menurut Carter dan Mc. Godrik, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
2. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
3. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orangtua).

b. Tahap keluarga kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (3,2 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama

memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi.

Menurut Carter dan Mc. Goldrik, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga).
2. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
3. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
4. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orangtua, kakek dan nenek.

c. Tahap keluarga dengan anak pra sekolah (*families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orangtua beradaptasi terhadap kebutuhan dan minat dari anak pra sekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat tergantung pada orangtua. Kedua orangtua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga kebutuhan anak, suami istri dan pekerjaan dapat terpenuhi.

Menurut Carter dan Mc. Goldrik, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti :lingkungan rumah yang sehat, ruang bermain, privasi dan keamanan.
2. Mensosialisasikan anak.
3. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain.
4. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas).

d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)

Tahap ini dimulai pada saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selama aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orangtua yang mempunyai aktivitas berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerjasama untuk mencapai tugas perkembangan

Menurut Carter dan Mc. Goldrick, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Mensosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
3. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Tahap keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuannya adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Menurut Carter dan Mc. Goldrick, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
3. Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak.

f. Tahap keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launching center families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orangtua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anak untuk hidup sendiri.

Menurut Carter dan Mc. Goldrik, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak.
2. Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
3. Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri.

g. Tahap keluarga usia pertengahan (*middle age families*)

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pension atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan pada fase ini diraskan sulit karena masalah lanjut usia. Perpisahan dengan anak dan perasaan gaga sebagai orangtua. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas. Menurut Carter dan Mc. Goldrik, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan.
2. Mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua lansia dan anak-anak.
3. Memperkokoh hubungan perkawinan.

h. Tahap keluarga lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan social, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan.

Menurut Carter dan Mc. Goldrik, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi:

1. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
2. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
3. Mempertahankan hubungan perkawinan.
4. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
5. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
6. Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup)(Gusti, 2013).

2.2.3 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

a. Menurut Freeman, 1981 antara lain :

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga.
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat
5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat (Gusti, 2013).

2.2.4. Peran Perawat Keluarga

Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, ada beberapa peranan yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain adalah:

1. Memberikan asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit.
2. Mengenalkan masalah dan kebutuhan kesehatan keluarga.
3. Koordinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga.
4. Fasilitator.
5. Pendidik kesehatan.
6. Penyuluh dan konsultan(Andarmoyo, 2012).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Demam Berdarah Dengue.

Tabel 2.2 Scoring prioritas masalah

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	Skala: aktual	3	1
	Risiko	2	
Keadaan sejahtera	1		
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah		2
	Skala: mudah	2	

	Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	Skala : tinggi	3	1
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		
	Skala : masalah berat, harus segera di tangani	2	
	ada masalah tetapi tidak peru di tangani		
	masalah tidak di rasakan	1	1
		0	

Skoring :

2.2.1. Tentukan skore untuk setiap kriteria.

2.2.2 Score dibagi dengan makna tertinggi dan kalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{Score}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

2.2.3. Jumlahkan score untuk semua kriteria.

2.2.4. Diagnosa yang mungkin muncul :

1. Gangguan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.
2. Hambatan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memelihara/memodifikasi lingkungan.
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai informasi.
4. Koping keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keperawatan dirumah.
5. Resiko penularan infeksi berhubungan dengan memodifikasi lingkungan (agen infeksi,kondisi hidup kurang bersih).
6. Resiko Jatuh
7. Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan.
8. Kesiapan meningkatkan nutrisi.

2.2.5 Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus tentang keluarga yang dibinanya.

a. Data Umum

1. Identitas Kepala Keluarga

Nama atau inisial kepala keluarga, umurkelompok tertinggi adalah usia 5-14 tahun yang terserang sebanyak 42% dan kelompok usia 15-44 tahun yang terserang sebanyak 37%, alamat, dan telepon jika ada, pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga yang yang terdiri atas nama atau inisial, jenis kelamin, umur, hubungan dengan kepala keluarga, agama, pendidikan,status imunisasi dan genogram dalam tiga generasi.

2. Tipe Keluarga

Menjelaskan tentang jenis tipe keluarga (tipe keluarga tradisional atau tipe keluarga non tradisional) yang biasa rentan terkena DBD.

3. Suku Bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga serta mengidentifikasi budaya suku bangsa atau kebiasaan-kebiasaan terkait dengan DBD.

4. Agama

Mengkaji agama atau kepercayaan yang dianut oleh keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan.

5. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status sosial ekonomi keluarga di tentukan oleh pendapatan seluruh anggota keluarga baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.

6. Aktivitas Rekreasi

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi , tetapi penggunaan waktu luang atau senggang keluarga.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga.

1. Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini.

Menurut Duvall, 1985 tahap perkembangan keluarga di tentukan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas tahap perkembangan keluarga.

2. Tugas Perkembangan Keluarga Yang Belum Terpenuhi.

Menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti.

Menjelaskan riwayat kesehatan masing-masing anggota pada keluarga inti , upaya pencegahan dan pengobatan pada keluarga inti, upaya pencegahan dan pengobatan pada anggota keluarga yang sakit , serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya.

Menjelaskan kesehatan keluarga asal kedua orang tua.

c. Data Lingkungan.

1. Karakteristik dan denah rumah.

Menjelaskan gambaran tipe rumah, luas bangunan, pembagian dan pemanfaatan ruangan , ventilasi, kondisi, rumah, tata perabotan, kebersihan dan sanitasi lingkungan, ada atau tidak sarana air bersih dan dan sistem pembuangan limbah tentang adanya dampak DBD.

Kejadian penyakit DBD dipengaruhi oleh kondisi sanitasi lingkungan rumahtinggal, lingkungan yang terkait DBD dan status kesehatan yang kesemuanya salingterkait satu sama lain. Sanitasi lingkungan rumah tinggal meliputi: rumah tinggal(kondisi fisik, psikologis, mencegah terjadinya penyakit dan bahaya kecelakaan), untuk sanitasi lingkungan meliputi: pembuangan air limbah, pembuangan sampah, penyediaan air bersih, pembuangan kotoran dan perumahan. Sedangkan untuk lingkungan yang terkait DBD meliputi: system penyimpanan air bersih, penanganan sampah padat dan adanya tumbuhan alami dan buatan. Untuk status kesehatan meliputi: Perilaku dan kondisi lingkungan (fisik, sosial, budaya, ekonomi dan sebagainya(Praditya, 2011).

2. Karakteristik tetangga dan komunitasnya.

Menjelaskan tipe dan kondisi lingkungan tempat tinggal, nilai dan normal atau aturan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan tentang DBD.

3. Mobilitas keluarga.

Ditentukan dengan apakah keluarga hidup menetap dalam satu tempat atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah tempat tinggal.

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.

Menjelaskan waktu yang di gunakan keluarga untuk berkumpul atau berinteraksi dengan masyarakat lingkungan sekitar.

5. Sistem pendukung keluarga.

Sumber dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat serta jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk meningkatkan upaya kesehatan.

d. Struktur keluarga.

1. Pola komunikasi keluarga.

Menjelaskan cara komunikasi antar anggota keluarga menggunakan sistem tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang di sampaikan.

2. Struktur kekuatan keluarga.

Mengkaji model kekuatan atau kekuasaan yang di gunakan keluarga dalam membuat keputusan.

3. Struktur dan peran keluarga.

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

4. Nilai dan normal keluarga.

Menjelaskan nilai normal yang dianut oleh keluarga dengan kelompok atau komunitas serta bagaimana nilai dan normal mempengaruhi status kesehatan keluarga.

e. Fungsi keluarga.

1. Fungsi Afektif.

Mengkaji gambaran dari anggota keluarga , perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga ,dukungan anggota keluarga, hubungan psikososial dalam keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2. Fungsi Sosial.

Menjelaskan hubungan anggota keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin , nilai, normal dan budaya serta perilaku yang berlaku di keluarga dan masyarakat.

3. Fungsi Pemenuhan (perawatan/pemeliharaan) Kesehatan.

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit.

4. Fungsi Reproduksi.

Mengkaji berapa jumlah anak , merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

5. Fungsi Ekonomi.

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sandang, pangan,dan papan serta pemanfaatan lingkungan rumah yang untuk meningkatkan penghasilan keluarga.

f. Stress dan Koping Keluarga.

1. Stresor jangka pendek dan panjang.

Stresor jangka pendek yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih dari 6 bulan.

Stresor jangka panjang yaitu stresor yang saat ini di alami yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.

2. Kemampuan keluarga berespon salam situasi stressor.

Mengkaji sejauhmana keluarga berespon terhadap situasi stresor yang ada.

3. Strategi koping yang digunakan.

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

4. Strategi adaptasi disfungsional.

Menjelaskan adaptasi disfungsional(perilaku keluarga yang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah.

g. Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga tidak berbeda jauh dengan pemeriksaan fisik pada klien diklinik atau rumah sakit yang meliputi pemeriksaan fisik head to toe dan pemeriksaan penunjang(Gusti, 2013).

3.4.1 Pengkajian

1. Keadaan Umum

Menurut Nursalam, (2013), berdasarkan tingkatan (grade) DBD, keadaan umum pasien dapat diketahui dari tabel dibawah ini.

Tabel 2.3 Tingkatan (Grade) Keadaan Umum Pasien DBD

Tingkatan/Grade	Keterangan
Grade I	Kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
Grade II	Kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, ada perdarahan, spontan petekia, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur.
Grade III	Keadaan umum lemah, keadaran apatis, somnolen, nadi lemah, kecil dan tidak teratur serta tekanan darah menurun.
Grade IV	Kesadaran koma, tanda-tanda vital: nadi tidak teraba, tekanan darah tidak terukur, pernafasan tidak teratur, ekstremitas dingin dan kulit tampak sianosis.

(Nursalam, 2013)

2. Kepala Dan Leher

Menurut Nursalam, (2013), pada pemeriksaan kepala dan leher pasien DHF/DBD, data fisik yang bisa didapatkan yaitu seperti pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.4 Data Pemeriksaan Kepala dan Leher Pasien DBD

Data	Keterangan
Wajah	Kemerahan pada muka, pembengkakan sekitar mata, lakrimasi dan fotobia, pergerakan bola mata nyeri.
Mulut	Mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor, sianosis.
Hidung	Epitaksis
Tenggorokan	Hiperemia
Leher	Terjadi pembesaran kelenjar limfe pada sudut atas rahang daerah servikal posterior.

(Nursalam, 2013)

3. Dada (Thorax)

Menurut Nursalam, (2013), pada pemeriksaan dada (thorax) pasien didapatkan data bahwa terdapat nyeri tekan pada epigastrik, dan nafas dangkal.

Pada Stadium IV didapatkan data sebagai berikut:

- 1) Palpasi : Vocal – fremitus kurang bergetar.
- 2) Perkusi : Suara paru pekak.
- 3) Auskultasi : Didapatkan suara nafas vesikuler yang lemah.

4. Abdomen (Perut)

Menurut Nursalam, 2013 pada pemeriksaan abdomen (perut) pasien didapatkan data bahwa ketika di palpasi teraba terjadi pembesaran hati dan limfe, pada keadaan dehidrasi turgor kulit dapat menurun, suffiing dulness, balote ment point (Stadium IV).

5. Anus dan Genetalia

Menurut Nursalam, 2013 pada pemeriksaan anus dan genetalia pasien didapatkan data sebagai berikut:

- 1) Eliminasi alvi : Diare, konstipasi, melena.
 - 2) Eliminasi urin : Dapat terjadi oligouria sampai anuria.
6. Ekstremitas Atas dan Bawah

Menurut Nursalam, 2013 pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah didapatkan data sesuai dengan tingkat keparahan kondisi pasien seperti pada tabel dibawah ini.

Tabel 2. 5 Tingkatan Pemeriksaan pada Ekstremitas Pasien DBD

Tingkatan	Keterangan
Stadium I	Ekstremitas atas nampak petekie akibat RL test.
Stadium II – III	Terdapat peteki dan ekimose di kedua ekstrimitas.
Stadium IV	Ekstremitas dingin, berkeringat dan sianosis pada jari tangan dan kaki.

(Nursalam, 2013)

h. Harapan keluarga.

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

1. Analisa Data.

Pada analisa data, kegiatan yang dilakukan yaitu menetapkan masalah kesehatan keluarga yang diangkat dari lima tugas keluarga, yaitu:

- a. Mengenal masalah kesehatan keluarga tentang bahaya DBD.
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat tentang DBD
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit DBD.
- d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat dari penyebab DBD.
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat dari dampak DBD(Gusti, 2013).

3.4.2. Konsep Diagnosa Keperawatan yang diangkat

1. Toksonomi NANDA-I, Diagnosa Hambatan Pemeliharaan Rumah

Domain 4 : Aktivitas/Istirahat

Kelas 5 : Perawatan Diri

Kode Diagnosa : 00098

2. Definisi Hambatan Pemeliharaan Rumah.

Ketidakmampuan untuk secara mandiri mempertahankan lingkungan yang aman dan menunjang pertumbuhan.

<p>Keluarga dapat memutuskan penyelesaian yang perlu dilakukan untuk meningkatkan pemeliharaan rumah</p>	<p>informasi program PSN. Safe Home Environment Indikator: 1.Kebersihan tempat tinggal Comfort Status: Environment Indikator: 1.Kerapian lingkungan 2.Tidak terdapat sampah berserakan. 3.Baju tertata rapi.</p>	<p>Assistance : 1.Menyediakan informasi bagaimana membuat lingkungan rumah terhindar dari bahaya DBD. Home Maintenance Assistance 1.Melibatkan keluarga dalam memutuskan pemeliharaan rumah</p>
<p>Keluarga secara bersama-sama dapat melakukan intervensi yang dapat meningkatkan pemeliharaan rumah sesuai dengan arahan dari perawat</p>	<p>Comfort Status Environment Indikator: 1.Kebersihan lingkungan. 2.Peralatan pengaman digunakan dengan aman. 3.Peralatan yang nyaman.</p>	<p>Home Maintenance Assistance 1.Menentukan pemeliharaan rumah 2.Fasilitasi dalam program PSN. 3.Nasehati untuk tidak membiasakan menggantung baju.</p>
<p>Keluarga melakukan modifikasi lingkungan yang dapat diakukan sesuai dengan arahan dari perawat.</p>	<p>Safe Home Environment Indikator: 1.Pemeliharaan bangunan rumah. 2.Penempatan jendela untuk cahaya yang cukup.</p>	<p>Home Maintenance Assistance 1.Anjurkan penggunaan layanan kesehatan dalam pemeliharaan rumah. 2.Koordinasi penggunaan sumber daya pelayanan kesehatan. 3.Tawarkan solusi untuk kesulitan financial dalam memperbaiki lingkungan rumah demi terciptanya kondisi lingkungan rumah yang sehat bebas DBD. 4.Diskusikan biaya yang dibutuhkan dalam pemeliharaan rumah dan sumber daya yang tersedia.</p>

(Judith & Wilkinson, 2016)

2.4.4 Implementasi

1. Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian program PSN untuk lingkungan rumah yang sehat bebas DBD.
2. Menjelaskan tentang pengertian program PSN rumah sehat secara sederhana yaitu rumah yang sesuai dengan standar kesehatan yaitu bersih, jauh dari kotoran/sampah, ada pencahayaan, ventilasi yang cukup dan jentik-jentik nyamuk..
3. Menjelaskan program PSN 3Plus rumah sehat bebas DBD, yaitu:

1. Cara PSN DBD.

PSN DBD dilakukan dengan cara '3M-Plus' yang dimaksud yaitu:

- a. Menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/wc, drum,dan lain-lain seminggu sekali(M1).
- b. Menutup rapat-rapat penampungan air, seperti gentong air/tempayan,dan lain-lain(M2).

- c. Mendaur ulang barang-barang yang dapat menampung air hujan (M3).
2. Selain itu di tambah (plus) dengan cara lainnya, seperti:
 - 1). Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali.
 - 2). Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak.
 - 3). Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lain-lain (dengan tanah, dan lain-lain).
 - 4). Menabur bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit di kuras atau di daerah yang sulit air.
 - 5). Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/ bak-bak penampung air.
 - 6). Memasang kawat kasa.
 - 7). Menghindari kebiasaan menggantung pakaian didalam kamar.
 - 8). Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai.
 - 9). Menggunakan kelambu.
 - 10). Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk.
 - 11). Cara-cara spesifik lainnya di masing-masing daerah (Kementrian Kesehatan RI, 2014).
4. Beri pujian pada keluarga atas jawaban yang tepat.
5. Menjelaskan pada keluarga tentang manfaat progam PSN di rumah, yaitu:
 - 1) Dapat mencegah terjangkit penyakit DBD.
 - 2) Dapat mencegah penyebaran penyakit menular DBD.
 - 3) Lingkungan rumah tampak rapi
 - 4) Rumah nyaman ditempati serta menjamin hidup yang sehat
6. Menjelaskan pada keluarga tentang perbedaan rumah sehat dan kotor
 - a) Rumah sehat:
 - 1). Bersih, tidak kotor
 - 2). Ada ventilasi
 - 3). Ada sarana air bersih
 - 4). Ada tempat pembuangan sampah
 - 5) Ada tempat MCK
 - b) Rumah kotor:
 - 1). Terdapat Jentik-jentik nyamuk.

- 2). Berdebu.
- 3). Ventilasi kurang
- 4). Tidak memiliki WC & kamar mandi
- 5).Lembab
- 6).Pencahayaannya kurang
7. Beri reinforcement kepada keluarga(Judith & Wilkinson, 2016).

2.4.5 Evaluasi keperawatan.

Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifitas intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga pasca DBD, perawat, dan yang lainnya. Keefektifitas ditentukan dengan melihat respons keluarga dan hasil(bagaimana keluarga pasca DBD memberikan respons), bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan. dengan kata lain, evaluasi merupakan tahapan penilaian untuk membandingkan kesehatan keluarga pasca DBD dengan tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat(Andarmoyo, 2012).

2.5 Konsep Rumah Sehat

2.5.1 Definisi

Secara umum yang dimaksud dengan rumah sehat adalah sebuah rumah yang dekat dengan air bersih, berjarak lebih dari 100 meter dari tempat pembuangan sampah, dekat dengan sarana pembersihan. Serta berada di tempat di mana air hujan dan air kotor tidak menggenang.

2.5.2 Persyaratan Umum Rumah Sehat

Berdasarkan hasil rumusan yang dikeluarkan oleh APHA di Amerika rumah sehat adalah rumah yang memenuhi persyaratan sebagai berikut

- a.. Harus memenuhi kebutuhan-kebutuhan fisiologis
- b. Memenuhi kebutuhan-kebutuhan psikologis.
- c. Dapat terhindar dari penyakit menular,
- d. Terhindar dan kecelakaan kecelakaan.

Jika diteliti lebih lanjut, persyaratan yang diuraikan di atas adalah sama dengan persyaratan seperti yang disebutkan berikut ini.

2.5.3 Persyaratan Letak Rumah

Letak rumah yang baik dapat menghindarkan penghuninya dari bahaya timbulnya penyakit menular, kecelakaan, dan kemungkinan gangguan-gangguan lainnya. Persyaratan letak rumah merupakan persyaratan sebuah rumah sehat. Berikut ini adalah pertimbangan memilih letak rumah.

1. Permukaan tanah dan lapisan bawah tanah (soil subsoil) tanah rendah yang sering digenangi banjir sudah jelas tidak baik menjadi tempat yang permanen. Tanah berbatu karang biasanya lembap dan dingin. Karena air pada waktu hujan tidak bisa meresap ke dalam tanah. Akan tetapi, dengan konstruksi yang baik (lantai yang kedap air) rumah dengan kondisi tersebut bisa digunakan tanpa ada gangguan. Apalagi bila dilengkapi dengan drainase yang baik.
2. Hadap rumah (dalam hubungannya dengan matahari, arah angin, dan lapangan terbuka). Di belahan bumi sebelah utara misalnya, kamar-kamar yang terletak di sebelah utara akan menerima sinar matahari lebih sedikit. Oleh karena itu sebaiknya dapur dan ruang tempat menyimpan makanan terletak di bagian utara.

2.5.4 Persyaratan Fisik

Persyaratan fisik meliputi konstruksi dan luas bangunan. Konstruksi rumah harus baik dan kuat, sehingga dapat mencegah kemungkinan terjadinya kelembapan dan mudah diperbaiki bila ada kerusakan. Persyaratan fisik menyangkut konstruksi rumah. Berdasarkan pengalaman-pengalaman sebelumnya, serap orang merasa perlu untuk membuat fondasi yang kokoh supaya konstruksinya kuat. Tipe fondus bermacam-macam bergantung pada berat dari rumah atau gedung yang akan dibangun dan keadaan bawah tanah (subsoil). Subsoil yang berbatu-batu atau kerikil akan dapat menahan beban yang berat, tetapi subsoil yang terdiri atas tanah liat, kekuatan menahan bebannya tidak tetap. Kekuatannya bisa bertambah dan bisa pula menurun, bergantung pada keadaan peresapan airnya yang juga berubah-ubah mengikuti perubahan keadaan musim. Fondasi yang tidak sesuai akan mengakibatkan rumah yang di atasnya bisa rontok. Ada tiga cara dalam membuat fondasi: (1) membuat parit parit yang diisi dengan adukan semen, (2) membuat semacam rakit dengan adukan semen yang konkret; dan (3) membangun pilar dan besi beton. Luas bangunan harus disesuaikan dengan jumlah penghuni rumah, luas lantai bangunan disesuaikan penghuninya. Luas yang tak sebanding dengan jumlah penghuni akan mengakibarkan

sesak, kurang bebas, dan akan menyebabkan tidak sehat. Jika salah satu an oksigen dapat yang menderita penyakit menular, maka kurangnya suplai oksigen dapat memudahkan terjadinya penularan penyakit. Luas bangunan yang optimum adalah 2,5-3 M untuk tiap orang (tiap anggota keluarga).

2.5.5 Persyaratan Fisiologis

Rumah sehat harus dipenuhi criteria ventilasi yang baik, pencahayaan yang cukup, terhindar dari kebisingan dan adanya lapangan rekreasi, terutama untuk anak-anak bermain.

1. Ventilasi

Ventilasi merupakan hal yang penting untuk diperhatikan, rumah sebaiknya dibuat sedemikian rupa sehingga udara dapat masuk ke dalam rumah secara bebas, sehingga asap dan udara kotor dapat hilang secara cepat. Hal ini dapat dicapai dengan menempatkan pintu dan jendela dalam posisi yang tepat. Sehingga udara dapat masuk ke dalam kamar-kamar dan ruangan-ruangan lain di dalam rumah. Fungsi ventilasi adalah: (a) menjaga agar aliran udara di dalam rumah tetap segar; (b) membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen karena aliran udara yang terus-menerus; (c) menjaga ruangan agar kelembapan (bimudity) dapat optimal. Ada dua macam ventilasi, yaitu ventilasi alamiah dan ventilasi buatan. Aliran udara dalam ruangan pada ventilasi alamiah terjadi secara alami melalui jendela, pintu, lubang-lubang dinding, angin-angin, dan sebagainya. Sedangkan pada ventilasi buatan aliran udara terjadi karena adanya alat-alat khusus untuk mengalirkan udara seperti mesin pengisap (AC) dan kipas angin.

2. Pencahayaan

Sebuah rumah dapat dikatakan sebagai rumah yang sehat apabila memiliki pencahayaan yang cukup. Hal ini dikarenakan cahaya mempunyai sifat dapat membunuh bakteri atau kuman yang masuk ke dalam rumah. Selaia itu, yang perlu diperhatikan dalam pencahayaan adalah tingkat terangnya cahaya itu. Kurangnya pencahayaan akan menimbulkan beberapa akibat pada mata, kenyamanan, sekaligus produktivitas seseorang. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa pencahayaan yang cukup dalam sebuah rumah sangat memengaruhi kesehatan orang-orang yang ada di dalamnya. Ada dua macam cahaya, yaitu cahaya alamiah dan cahaya buatan. Cahaya alamiah merupakan cahaya langsung

berasal dari sumber cahaya matahari. Cahaya ini sangat penting sebab bermanfaat selain untuk penerangan secara alami. Tidak perlu mengeluarkan biaya, dan berfungsi membunuh bakteri-bakteri parogam di dalam rumah, misalnya basil TBC. Idealnya, masuk luasnya sekurang cahaya kurangnya adalah 15-20% dari luas lantai yang terdapat di dalam ruangan rumah. Cahaya buatan merupakan cahaya yang bersumber dan listrik, lampu. api lampu minyak tanah, dan sebagainya.

3. Kebisingan

Saat ini pengaruh kebisingan mulai diperhatikan oleh setiap orang. Hal ini pengaruh kebisingan mulai kenyamanan dikarenakan kebisingan dapat mengganggu konsentrasi dan kenyamanan seseorang. Apalagi kalau datangnya tiba-tiba seperti letusan sangat mengganggu seseorang yang memiliki penyakit jantung dapat meninggal seketika karena adanya letusan tersebut. Rumah sehat adalah terhindar dari kebisingan/letaknya jauh dari sumber kebisingan.

2.5.6 Persyaratan Psikologis

Rumah sehat harus memiliki ruangan yang baik, penataan perabot yang rapi tidak over crowding, dan sebagainya. Persyaratan psikologis, over crowding menimbulkan efek-efek negatif terhadap kesehatan fisik, mental, maupun moral. Penyebaran penyakit-penyakit menular di rumah yang padat penghuninya cepat terjadi. Selain itu, di daerah yang ini, kesibukan dan kebisingan akan meningkat, yang akan menimbulkan gangguan terhadap ketenangan, baik individu, keluarga, maupun masyarakat di sekitarnya. Selain itu, ketenangan dan kerahasiaan (privacy) setiap individu tidak akan terjamin dan akan mengakibatkan akses-akses menurunnya moral. Undang-undang perumahan di beberapa negara maju memberi wewenang kepada pemerintah untuk menanggulangi masalah seperti ini. Rumah tempat tinggal dinyatakan over crowding bila jumlah orang yang di rumah tersebut menunjukkan hal-hal sebagai berikut.

- 1..Dua individu dari jenis kelamin yang berbeda dan berumur di atas 10 dan bukan berstatus sebagai suami istri, tidur di dalam satu kamar.
2. Jumlah orang di dalam rumah dibandingkan dengan luas lantai telah melebihi ketentuan yang telah ditetapkan. Rumah sehat adalah sebuah rumah yang tidak

over crowding. Ketenangan dan kenyamanan setiap orang bisa terganggu jika tempat tinggal atau rumahnu termasuk golongan *over crowding*.

2.5.7 Standar Rumah Sehat

Pada dasarnya rumah yang baik dan pantas untuk dihuni harus memenuhi Persyaratan sebagai berikut: bebas dari kelembapan; mudah diadakan perbaikan; mempunyai cukup akomodasi dan fasilitas untuk mencuci, mandi dan buang kotoran; serta mempunyai fasilitas yang cukup untuk menyimpan, meracik, dan memasak makanan. Pada tahun 1946 di Inggris ada sebuah Sub Comunitte on standard of fitnes for habitation yang membuat rekomendasi terhadap rumah yang akan dihuni, antara lain sebagai berikut.

1. Dalam segala hal harus kering.
2. Dalam keadaan rumah diperbaiki.
3. Tiap kamar mempunyai lampu dan lubang ventilasi.
4. Mempunyai persediaan air yang cukup untuk segala keperluan rumah tangga.
5. Mempunyai kamar mandi.
6. Mempunyai tempat/kamar cuci, dengan pembuangan air limbah yang baik.
7. Mempunyai sistem drainase yang baik.
8. Mempunyai jamban yang memenuhi syarat kesehatan (di dalam atau di luar)
9. Cukup fasilitas untuk menyimpan, meracik, dan memasak makanan.
10. Tempat menyimpan makanan harus mempunyai ventilasi yang baik.
11. Jalan masuk ke rumah yang baik.
12. Mempunyai fasilitas alat pemanas/pendingin di kamar.
13. Setiap kamar mempunyai titik lampu yang cukup.

Sedangkan *Committee on The Hygiene of Housing di Amerika* menetapkan daftar tentang prinsip-prinsip dasar yang harus dipertimbangkan sehubungan dengan rumah yang sehat, untuk meningkatkan kesehatan fisik mental, dan penghuninya.

1. Kebutuhan-kebutuhan fisiologis
 - 1). Mempertahankan temperatur lingkungan untuk menjaga keseimbangan pengeluaran panas tubuh.
 - 2). Membuat ketentuan-ketentuan tentang kadar pengotoran udara yang diperkenankan oleh bahan-bahan kimiawi

- 3) Ketentuan tentang iluminasi cahaya siang yang cukup, tapi terhindar dari penyalauan.
- 4). Ketentuan direct sunlight yang diperkenankan.
- 5). Ketentuan tentang cahaya buatan yang cukup baik.
- 6). Perlindungan terhadap keriburan yang berlebihan.
- 7). Adanya lapangan terbuka untuk berolahraga, rekreasi, dan tempat anak-anak bermain.

2 Kebutuhan-kebutuhan psikologis dapat berupa:

- 1). Ketentuan-ketentuan tentang privasi yang cukup bagi setiap individu.
 - 2). Kebebasan dan kesempatan bagi setiap keluarga yang normal.
 - 3). Kebebasan dan kesempatan hidup bermasyarakat
 - 4). Fasilitas-fasilitas yang memungkinkan pelaksanaan pekerjaan-pekerjaan tanpa menyebabkan menimbulkan kelelahan fisik dan mental.
 - 5). Fasilitas-fasilitas untuk mempertahankan kebersihan rumah dan lingkungan.
 - 6). Ketentuan tentang kenyamanan di rumah dan di sekitarnya.
 - 7). Membuat indeks standar sosial dari setiap masyarakat secara lokal.
3. Perlindungan terhadap penularan penyakit.
- 1). Penyediaan air yang sehat bagi setiap rumah.
 - 2). Ketentuan tentang perlindungan air minum dari pencemaran.
 - 3). Ketentuan tentang fasilitas pembuangan kotoran (jamban) untuk mengurangi bahaya penyebaran penyakit.
 - 4). Melindungi interior rumah terhadap sewage contamination.
 - 5). Menghindarkan insanitary condition di sekitar rumah.
 - 6). Menyediakan fasilitas-fasilitas untuk menyimpan susu dan makanan agar jangan mudah membusuk.
 - 7). Ketentuan tentang space dikamar tidur, untuk menghindarkan terjadinya kontak infeksi.
 - 8). Menghindarkan adanya sarang tikus dan kutu busuk dalam rumah yang bisa menularkan penyakit .

4. Perlindungan terhadap kecelakaan

- 1). Membuat konstruksi rumah yang kokoh untuk menghindari bangunan ambruk.

- 2). Menghindari bahaya kebakaran.
- 3). Mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan jatuh dan kecelakaan mekanis lainnya.
- 4). Perlindungan terhadap electrical shock.
- 5). Perlindungan terhadap bahaya keracunan oleh gas.
- 6). Menghindarkan bahaya-bahaya lalu lintas kendaraan.

Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, usaha-usaha yang dijalankan di antaranya dengan memperlambat kemunduran/kemerosotan perumahan dan lingkungannya, dengan pengertian mencegah terbentuknya daerah slum baru, melakukan rehabilitasi terhadap perumahan-perumahan yang substandar, membangun perumahan-perumahan yang substandard, membangun perumahan-perumahan baru untuk menampung pertambahan penduduk, serta juga menampung mereka yang rumahnya digusur. Masalah perumahan akan melibatkan berbagai departemen. Setelah rumah berdiri dan dihuni, maka pengawasannya diserahkan kepada Departemen Kesehatan dengan aparat aparatnya di daerah. Kontribusi Dinas Kesehatan dalam masalah ini adalah memberikan penyuluhan agar masyarakat menerima ketentuan-ketentuan tentang standar perumahan, berpartisipasi dalam pembuatan dan pelaksanaan undang-undang/peraturan-peraturan tentang perumahan, memeriksa kualitas perumahan yang ada, memperbaiki kekurangan-kekurangan dari perumahan-perumahan yang sudah ada, mengawasi dan memberikan pedoman pedoman terhadap pembangunan perumahan-perumahan baru dengan membuat zoning city planning, menerbitkan surat-surat izin bangunan, Serta memberikan penyuluhan-penyuluhan kepada masyarakat tentang higiene perumahan secara menyeluruh (Mubarak & Nurul, 2009).

BAB 3

METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus terhadap masalah keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah pada pasien pasca DBD.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah laporan kasus yang bertujuan untuk menambah pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah meliputi :

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga dengan menggunakan proses keperawatan serta tanggung jawab.

3.2.2 Pasca DBD adalah pasien yang baru mengalami penyembuhan dari masa suatu penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue pada manusia melalui gigitan nyamuk kurang 10 hari

3.2.3 Hambatan pemeliharaan rumah adalah ketidakmampuan salah satu anggota keluarga untuk mempertahankan situasi dan kondisi lingkungan rumah yang sehat.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 keluarga yang memenuhi kriteria :

3.3.1 Pasien pasca DBD yang baru mengalami penyembuhan +/- 1 minggu di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang.

3.3.2 Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah dua keluarga dengan klien pasca DBD mulai umur 5-44 tahun dengan kondisi rumah yang kurang sehat.

3.3.3 Mempunyai masalah keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah pada klien pasca DBD.

3.3.4 Kriteria klasifikasi pasca DBD dengan derajat 1, 2, 3, dan 4.

3.3.5 Persetujuan klien atau keluarga sebagai wali bagi usia dibawah 17 tahun.

3.4 Lokasi dan Waktu

Pada studi kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pada pasien Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah yang baru mengalami penyembuhan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2018.

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di lingkungan kerja Puskesmas Rogotruman. Puskesmas ini merupakan puskesmas rujukan pertama masyarakat Kota Lumajang.

3.4.2 Waktu

Peneliti akan melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman tersebut pada bulan Oktober 2017 sampai dengan Mei 2018 selama 3 (tiga) kali kunjungan dalam 2 (dua) minggu pada kedua rumah klien yang mengalami masalah keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah pada klien pasca DBD. Peneliti memperoleh informasi, penggalan data, serta arahan dalam melakukan penelitian di lapangan baik dari segi tenaga kesehatan maupun informasi narasumber yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang tahun 2018.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang paling sering digunakan pada banyak penelitian kualitatif. Wawancara pada penelitian kualitatif merupakan pembicaraan yang mempunyai tujuan dan didahului beberapa

pertanyaan informal. Wawancara penelitian lebih dari sekedar percakapan dan berkisar dari pertanyaan-pertanyaan informal ke formal. Walaupun semua percakapan mempunyai aturan peralihan tertentu atau kendali atau satu atau partisipan lainnya, aturan pada wawancara penelitian lebih ketat. Tidak seperti pada percakapan biasa, wawancara ditujukan untuk mendapatkan informasi dari dari individu yang diwawancarai, oleh karena itu hubungan asimetris harus nampak antara pewawancara dengan individu yang diwawancarai. Penelitian melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi, dan pemikiran partisipan

3.5.2 Observasi

Salah satu strategi pengumpulan data dalam penelitian kualitatif adalah observasi. Ketika penelitan menjadi observer, mereka tidak membuat-buat situasi atau tempat tetapi semuanya dalam bentuk apa adanya atau alami. Realitas sosial masyarakat yang diobservasi itulah yang di uji. Dalam penelitian mereka masuk menjadi bagian dari sebuah kelompok budaya untuk mengamati perilaku dan interaksi orang-orang dalam kelompok tersebut dalam konteks social pengkajian.

3.5.3 Macam-macam Data

Perawat mengumpulkan dan mendokumentasikan dua jenis data yang berhubungan dengan pasien: data subjektif dan objektif.

3.5.4 Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, dan film documenter.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada klienpasca DBD dengan masalah keperawatan hambatan pemeliharaan rumah dimaksudkan untuk menguji data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan :

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan.

Hal ini perlu dilakukan peneliti karena memiliki beberapa manfaat untuk peneliti sendiri, diantaranya dapat mengamati secara langsung bahkan terus-menerus bagaimana proses sosial dan pembentukan perilaku yang dialami para partisipannya, memperoleh pemahaman yang adekuat, mempererat hubungan saling percaya dengan para partisipannya sehingga akan menghasilkan data yang sealamiah mungkin, dan memungkinkan peneliti menguji dan merefleksikan berbagai asumsinya tentang fenomena yang dipelajari. Asuhan keperawatan keluarga dilakukan dalam 2 minggu dengan kunjungan minimal 3 kali dalam satu minggu. Jika masalah keperawatan habis masih belum teratasi dan waktu tindakan telah dilakukan maka dilaksanakan evaluasi terus-menerus oleh pihak Puskesmas Rogotrungan Lumajang.

3.6.2 Melakukan member check/feedback partisipan

Hasil interpretasi data deskripsi data yang dihasilkan dinilai berkualitas jika data tersebut mudah dikenali oleh para partisipannya. Selain itu, peneliti dapat mengamati langsung berbagai reaksi para partisipannya terhadap data yang dihasilkan dan meminta para partisipannya terhadap data yang dihasilkan dan meminta para partisipannya memberi tanggapan tambahan terhadap data tersebut.

3.7 Analisis Data

Analisa data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara menggunakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Urutan dalam analisis adalah :

3.6.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.6.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif

dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.6.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.6.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penulisan

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

3.8.1 *Informed Consent*

Merupakan bentuk persetujuan antara penulis dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penulisan dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2012).

3.8.2 *Anomity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

Kerahasiaan partisipan dapat terancam karena deskripsi yang rinci selama proses penelitian.

3.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2012)



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan data yang telah dikaji dan dibahas tentang Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota Keluarganya Mengalami Pasca DBD dengan masalah keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2018, dengan ini penulis akan menyimpulkan saran untuk perbaikan Asuhan Keperawatan Keluarga dimasa yang akan datang.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kedua klien ditemukan kesamaan yakni memiliki usia di atas 20 tahun. Kedua klien memiliki kondisi lingkungan yang beresiko untuk terjadinya penyakit DBD. Beberapa gejala lain yang tidak muncul pada kedua klien hal ini dikarenakan pola hidup, sifat dan karakter, dan respon sosial, lingkungan sosial budaya, tingkat pengetahuan dan respon keluarga klien terhadap suatu penyakit yang diderita setiap klien berbeda-beda, karena mengingat manusia merupakan individu yang unik dan holistik (bio-psioko-sosio-kultural-spiritual.)

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua klien mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu hambatan pemeliharaan rumah.

Dari kedua kasus ini, diagnosa keperawatan difokuskan hambatan pemeliharaan rumah yang bertujuan untuk mengurangi dan mencegah frekuensi kekambuhan penyakit DBD. Dari 11 batasan karakteristik ditegakkannya diagnose hambatan pemeliharaan rumah, ada 6 batasan karakteristik yang muncul pada klien 1 sedangkan pada klien 2 terdapat 4 batasan karakteristik yang muncul.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada prinsipnya tidak mengalami perbedaan antara teori dan fakta, namun tidak semua intervensi pada teori diterapkan pada kedua klien, karena intervensi yang disusun disesuaikan dengan kondisi klien. Pada

intervensi penatalaksanaan hambatan pemeliharaan rumah. penulis memberikan intervensi baik dari terapi konservatif dan berusaha untuk memberdayakan keluarga klien agar dapat memahami kondisi klien dan penyakitnya, serta dapat melakukan perawatan mandiri di rumah.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua klien, prinsipnya semua implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap klien masih mengacu pada intervensi keperawatan yang telah direncanakan, tetapi tidak semua intervensi dapat diberikan pada klien. Dari 10 intervensi yang direncanakan tidak semua intervensi dilakukan pada kunjungan pertama dengan melihat perkembangan klien dan mengevaluasi pengetahuan klien tentang masalah kesehatan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dari evaluasi yang dilakukan 3 kali kunjungan kepada kedua klien telah mampu menjalankan tugas kesehatan keluarga dengan baik dan masalah keperawatan yang dialami dapat teratasi dalam 3 kali tatap muka sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yang diberikan. Dari beberapa intervensi masalah keperawatan hambatan pemeliharaan rumah teratasi sepenuhnya.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga pada klien pasca DBD dengan masalah hambatan pemeliharaan rumah dan mengembangkan kemampuan dalam melakukan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan terus memberikan dorongan yang baik pada klien dan keluarga baik secara fisik maupun psikologis sehingga kualitas hidup klien pasca DBD dapat meningkat. Kendala yang dihadapi penulis adalah melakukan penelitian yang menyangkut keadaan rumah dan pelayanan kesehatan yang untuk membutuhkan pengeluaran biaya sehingga pasien yang mengalami pasca DBD belum dapat teratasi secara penuh.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan keluarga pada pasca DBD dengan masalah keperawatan hambatan pemeliharaan rumah dengan menerapkan terapi konservatif maupun suportif. Selain itu perawat juga dapat mengikutsertakan keluarga dalam setiap tindakan keperawatan sehingga peran keluarga dalam melaksanakan 5 tugas keluarga dapat tercapai.

5.2.3 Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga mampu membantu beberapa atau semua aktivitas yang dibutuhkan oleh klien. Keluarga juga harus mengetahui cara perawatan pada klien pasca DBD dengan masalah keperawatan hambatan pemeliharaan rumah. Hal ini bertujuan agar keluarga berperan aktif dalam proses peningkatan kualitas hidup klien, dan keluarga dapat melakukan perawatan lebih lanjut setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga di rumah.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat masalah dan keluhan klien pasca DBD dengan masalah keperawatan hambatan pemeliharaan rumah, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan secara maksimal serta keluarga dapat secara maksimal memberikan perawatan mandiri pada klien. Penulis selanjutnya dapat memaksimalkan penelitian dengan memberdayakan fasilitas yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Ah, Y. (2016). *Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Badan Meteorologi Klimatologi dan Geofisika. (2017). *Perkiraan Musim Hujan 2017/2018 Di Indonesia*. Jakarta: BMKG.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lumajang. (2017). *Kabupaten Lumajang Dalam Angka 2017*. Lumajang: BPS Kabupaten Lumajang.
- Brunner, & Sudart. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. (2015). *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang 2014*. Lumajang: Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.
- Fakultas Keperawatan UNAIR. (2015). Peran Perawat dalam Pengendalian Penyakit Tropik Infeksi dalam Era Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA). *Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga*, 69.
- Firdaus, J. (2012). *Asuhan Keperawatan Penyakit Tropis*. Jakarta: Penerbit Buku Kesehatan.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan definisi & klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Judith, M., & Wilkinson. (2016). *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Karya Tulis Ilmiah*. (2014). Retrieved Oktober 18, 2016, from <http://karyatulisilmiah.com/asuhan-keperawatan-dhf-dengue-haemorrhagic-fever/>
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

- Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Situasi DBD di Indonesia*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi.
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Situasi DBD di Indonesia*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi.
- Kushariyadi. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta:
- Marni. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak Pada Penyakit Tropis*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Mubarak, W. I., & Nurul, C. (2009). *Ilmu Kesehatan dan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mumpuni, Y., & Lestari, W. (2015). *CEKAL (Cegah & Tangkal) Tuntas Demam Berdarah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan klien gangguan sistem muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Najmah. (2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: CV.TRANS INFO MEDIA.
- Nursalam. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk Perawatan dan Bidan)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Praditya, S. (2011). *Gambaran Sanitasi Lingkungan Rumah Tinggal Dengan Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Rampengan. (2008). *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Jakarta: EGC.
- Salmiyatun. (2005). *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: EGC.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Suhari, & Sulisty, R. E. (2016). *Modul Perkuliahan Keperawatan Keluarga*. Lumajang: KSU Mulia Husada.
- Suriadi, Y. R. (2010). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2013). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Yasmara, D., Nursiswati, & Arafat, R. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.

Yati, A., & Racmawati, I. N. (2014). *Metodelogi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.



Lampiran1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH :LAPORAN KASUS KASUS

TAHUN AKADEMIK 2017/2018

KETERANGAN	JUNI				JULI				AGU				SEP				OKT				NOV				DES				JAN				FEB			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian	■																																			
Konfirmasi Penelitian	■																																			
Konfirmasi Judul	■				■																															
Penyusunan Proposal Studi Kasus	■				■				■				■				■				■				■											
Sidang Proposal																									■											
Revisi																									■											
Pengumpulan Data																									■											
Analisa Data																									■											
Konsul Penyusunan Data																									■											
Ujian Sidang																									■											
Revisi																									■											



Lampiran 2



SATUAN ACARA PENYULUHAN DEMAM BERDARAH

Oleh :

IBNU ROSYIDI

NIM : 152303101037

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
(SAP)**

Pokok Pembahasan : Demam Berdarah Dengue (DBD)
Sub pokok pembahasan : Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD)
Sasaran : Keluarga Pasien
Hari/tanggal :
Tempat : Rumah Keluarga Pasien Pasca DBD di Lumajang
Pukul : 09.00 – 09.45
Penyuluh : Ibnu Rosyidi

A. Tujuan

- Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 45 menit tentang Demam Berdarah Dengue (DBD) diharapkan keluarga pasien mengetahui tentang cara pencegahan Demam Berdarah Dengue.

- Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 45 menit diharapkan keluarga pasien mampu :

1. Menjelaskan pengertian Demam Berdarah Dengue
2. Mengetahui penyebab Demam Berdarah Dengue
3. Menyebutkan tanda dan gejala Demam Berdarah Dengue
4. Mengetahui cara pencegahan Demam Berdarah Dengue

B. Materi (terlampir)

Materi penyuluhan yang akan disampaikan meliputi :

1. Pengertian Demam Berdarah Dengue
2. Penyebab Demam Berdarah Dengue
3. Ciri nyamuk Aedes Aegypti
4. Tanda dan gejala Demam Berdarah
5. Cara pencegahan Demam Berdarah Dengue

C. Media

- Leaflet
- Lembar Balik

D. Metode Penyuluhan

- Ceramah
- Tanya jawab

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon Peserta
1	Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menggali pengetahuan keluarga pasien tentang Demam Berdarah Dengue 4. Menjelaskan tujuan Penyuluhan 5. Membuat kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Menjawab pertanyaan 4. Mendengarkan dan memperhatikan 5. Menyetujui kontrak waktu
2	Kegiatan Inti (25 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian Demam Berdarah Dengue (DBD) • Penyebab Demam Berdarah Dengue (DBD) • Tanda dan gejala Demam Berdarah Dengue (DBD) • Cara Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjawab pertanyaan peserta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan penjelasan Penyuluh 2. Aktif bertanya 3. Mendengarkan
3	Penutup (15 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan materi yang disampaikan oleh penyuluh 2. Mengevaluasi peserta atas penjelasan yang disampaikan dan penyuluh menanyakan kembali mengenai materi penyuluhan 3. Salam Penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan Memperhatikan 2. Menjawab pertanyaan yang diberikan 3. Menjawab salam

F. Evaluasi Lisan

1. Apa pengertian Demam Berdarah Dengue (DBD) ?
2. Apa saja yang bisa menyebabkan terjadinya DBD ?
3. Bagaimana cara penularan DBD ?

4. Sebutkan tanda dan gejala DBD ?
5. Bagaimana cara pencegahan DBD ?

G. Materi

DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

A. Pengertian

Demam berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, seperti *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* (Najmah, 2016).

B. Penyebab (Etiologi)

Demam berdarah disebabkan oleh virus dengue yang utamanya ditransmisikan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Setelah penularan melalui gigitan nyamuk, virus dengue akan terinkubasi selama 3-15 hari. Dengue ini kemudian menyebabkan sakit mirip flu dan nyeri, demam tinggi, kehilangan nafsu makan, sakit kepala, dan ruam. Nyamuk *Aedes aegypti* adalah penyebab demam berdarah utama. Oleh karena itu, membunuh atau setidaknya menghindari faktor utama ini adalah jalan terbaik (Mumpuni & Lestari, 2015)

C. Ciri-ciri nyamuk *Aedes Aegypti*

1. Warna hitam dengan belang-belang putih di seluruh badannya
2. Berbadan kecil
3. Biasanya menggigit pada siang hari dan sore hari
4. Hidup dan berkembang biak di dalam rumah (bak mandi, kaleng bekas, kolam ikan, ban bekas, pot tanaman air, tempat minuman burung)
5. Senang hinggap pada pakaian yang bergantung, kelambu dan ditempat yang gelap dan lembab.
6. Jentik nyamuk berperan aktif di dalam bak air
7. Posisi jentik nyamuk tegak lurus dengan permukaan air
8. Gerakan jentik nyamuk naik turun ke atas permukaan air untuk bernafas
9. Kemampuan terbang kira-kira 100 meter (Soedarto, 2012).

D. Cara penularan Demam Berdarah Dengue

1. Demam berdarah dengue hanya dapat ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* betina, yang tersebar luas di rumah-rumah dan tempat-tempat umum (Sekolah, Pasar, Terminal, Warung dsb)
2. Nyamuk ini mendapatkan virus dengue waktu menggigit/menghisap darah orang yang sakit DBD atau orang yang tidak sakit tetapi dalam darahnya terdapat Virus Dengue.
3. Orang yang darahnya mengandung Virus Dengue tetapi tidak sakit dapat pergi kemana-mana dan menularkan virus itu kepada orang lain di tempat yang ada nyamuk *Aedes Aegypti*.
4. Virus dengue yang terhisap nyamuk *Aedes Aegypti* akan berkembang biak dalam tubuh nyamuk.
5. Bila nyamuk tersebut menggigit/menghisap darah orang lain, virus tersebut akan dipindahkan bersama air liur nyamuk ke orang tersebut.
6. Orang yang digigit nyamuk *Aedes Aegypti* yang mengandung virus dengue gejala sakit/demam setelah 4-7 hari (masa inkubasi)
7. Bila orang yang ditularkan tidak memiliki daya tahan tubuh yang baik, ia akan segera menderita DBD (demam berdarah dengue)

E. Tanda dan gejala Demam Berdarah Dengue

1. Demam tinggi selama 5-7 hari
2. Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit : petechie, ekhimosis, hematoma.
3. Epistaksis, Hematemesis, Melena, Hematuri
4. Mual, muntah, tidak ada nafsu makan, diare, konstipasi
5. Nyeri otot, tulang sendi, abdomen dan ulu hati
6. Sakit kepala
7. Pembengkakan sekitar mata
8. Pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening.
9. Tanda tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah) (Suriadi, 2010).

F. Cara pencegahan Demam Berdarah Dengue

Cara PSN DBD.

PSN DBD dilakukan dengan cara '3M-Plus' yang dimaksud yaitu:

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

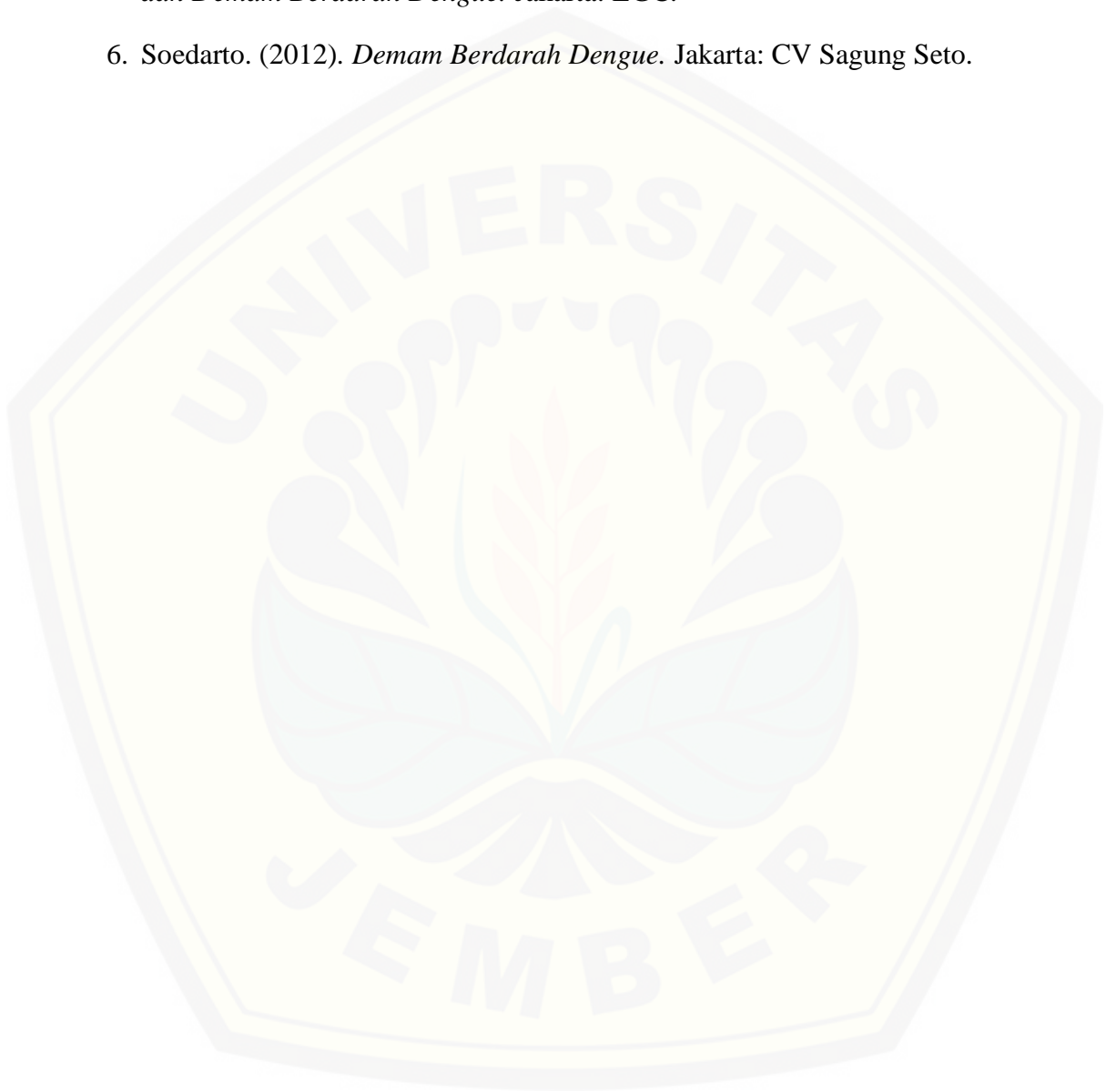
Selain itu di tambah (plus) dengan cara lainnya, seperti:

1. Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali.
2. Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak.
3. Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lain-lain (dengan tanah, dan lain-lain).
4. Menabur bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit di kuras atau di daerah yang sulit air.
5. Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/ bak-bak penampung air
6. Memasang kawat kasa.
7. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian didalam kamar.
8. Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai.
9. Menggunakan kelambu.
10. Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk.
11. Cara-cara spesifik lainnya di masing-masing daerah (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

H. Sumber

1. Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Situasi DBD di Indonesia*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi.
2. Marni. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak Pada Penyakit Tropis*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

3. Mumpuni, Y., & Lestari, W. (2015). *CEKAL (Cegah & Tangkal) Tuntas Demam Berdarah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
4. Najmah. (2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: CV.TRANS INFO MEDIA.
5. Salmiyatun. (2005). *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: EGC.
6. Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: CV Sagung Seto.





3. Pendarahan dibawah kulit berupa : Bintik-bintik merah pada kulit , mimisan, gusi berdarah , muntah darah dan BAB berdarah.
4. Nyeri perut (ulu hati) tapi tidak ada gejala kuning serta mual dan muntah
5. Terjadi syok atau pingsan pada hari ke 3 — 7 secara berulang—ulang. Dengan tanda syok yaitu lemah, kulit dingin , basah dan tidak sadar.

Pencegahan

1. Pemberian Fogging (pengasapan) dan abatisasi (bubuk abate)
2. Dengan cara 3M plus yaitu :
 - a. Menguras bak mandi



- b. . Menutup tempat penampungan air



- c. Mengubur benda- benda yang dapat digenangi air seperti ban bekas, kaleng



bekas dsb.

- d. Menggunakan obat nyamuk sebelum tidur dan sebelum bepergian.



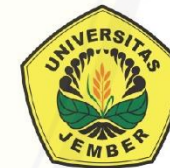
Cegah Demam Berdarah Sekarang !!



Oleh

Ibnu Rosyidi

152303101037



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018



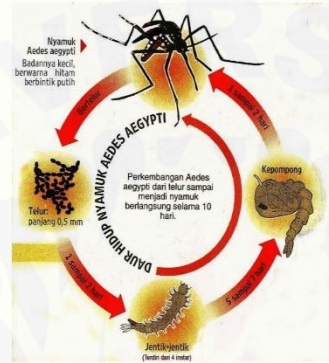
Apa itu Demam Berdarah Dengue (DBD) ?

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang disebarkan nyamuk Aedes Aegypti.

Penyebab

Penyebab Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah karena adanya virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes Aegypti (DBD/Demam Berdarah Dengue) ini banyak di temukan di daerah tropis yang curah hujannya cukup tinggi. Sebab nyamuk akan mudah berkembang biak di daerah yang tergenang air.

Ciri-Ciri Nyamuk Aedes Aegypti



1. Warna hitam dengan belang-belang putih di seluruh badannya
2. Berbadan kecil
3. Biasanya menggigit pada siang hari dan sore hari
4. Hidup dan berkembang biak di dalam rumah (bak mandi, kaleng bekas, kolam ikan, ban bekas, pot tanaman air, tempat minuman burug)
5. Senang hinggap pada pakaian yang bergantung, kelambu dan ditempat yang gelap dan lembab.
6. Jentik nyamuk berperan aktif di dalam bak air



7. Posisi jentik nyamuk tegak lurus dengan permukaan air dan gerakan jentik nyamuk naik turun ke atas permukaan air untuk bernafas
8. Kemampuan terbang kira-kira 100 meter.

Tanda & Gejala DBD



1. Demam tinggi 2 - 7 hari disertai menggigil, kurang nafsu makan, nyeri pada persendiaan, serta sakit kepala.

Lampiran 3

Tabel 4.7 Komposisi Keluarga

Klien 1						
No.	Nama	L/P	Umur	Hub. Kel	Pekerjaan	Pendidikan
1	Tn. A	L	42 tahun	Kepala keluarga	Wiraswasta	SMP
2	Ny. M	P	40 tahun	Istri	Ibu rumah tangga	SD
3	Sdr. R (Klien)	L	20 tahun	Anak	Wiraswasta	SMK
4	An. A	P	7 tahun	Anak	Pelajar	SD
Klien 2						
No.	Nama	L/P	Umur	Hub. Kel	Pekerjaan	Pendidikan
1	Tn. M	L	49 tahun	Kepala keluarga	Wiraswasta	SMP
2	Ny. N	P	48 tahun	Istri	Ibu rumah tangga	SMP
3	Sdr. A (Klien)	L	28 tahun	Adik Kandung	Wiraswasta	SMA
4	Sdr. E	L	27	Anak	Wiraswasta	SMP
5	Sdr. R	L	26	Anak	Wiraswasta	SMP
6	An. D	P	12	Anak	Pelajar	SD

Tabel 4. 8Aktivitas Keluarga

Klien 1	Klien 2
Sdr. R pagi bekerja hingga sore hari, diwaktu senggang Sdr.R biasa mengisi waktu dengan menonton televisi dan istirahat mengingat kondisinya yang masih lemah pasca DBD, dan terkadang juga pergi ke rumah tetangga dan juga berkunjung ke rumah neneknya untuk sekedar berbincang menanyakan kabar.	Keluarga Tn. A mengatakan jika waktu yang ada saat bersama dimanfaatkan untuk menonton televisi, berbincang bersama keluarga sebelum pada akhirnya berpisah lagi untuk bekerja diluar kota, Sehingga waktu bersama keluarga juga sedikit.

Tabel 4. 9 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga	Klien 1	Klien 2
Tahap perkembangan saat ini (ditentukan dengan anak tertua)	Tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan	Tahap keluarga usia pertengahan (middle age families)
Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan kendalanya	Terpenuhi	Terpenuhi

Riwayat kesehatan keluarga saat ini

Riwayat kesehatan keluarga saat ini	<p>Sdr. R mengatakan sering nyeri sendi di seluruh badannya.</p> <p>Sdr. R mengatakan saat ini juga terkadang nafsu makan menurun.</p> <p>Sdr. R sering kambuh demamnya saat kelelahan dan klien langsung istirahat.</p>	<p>Sdr. A mengatakan sering demam secara tiba-tiba saat beraktifitas..</p> <p>Sdr. A pernah menjalani rawat inap di di RSUD dr. Haryoto 1 hari dan pulang paksa.</p> <p>Sdr. A saat ini juga pernah mengalami nyeri dada.</p>
Riwayat penyakit keturunan	Keluarga Sdr. R tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan	Keluarga Sdr. A tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan.
Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan	<p>Sdr.R memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti puskesmas hanya ketika sakitnya tidak dapat ditoleransi.</p> <p>Klien pernah mengalami nyeri sendi diseluruh tubuh sekitar 1 minggu yang lalu hingga saat ini.</p> <p>Klien menjalani rawat inap di Puskesmas Rogotrunan Lumajang lalu di rujuk ke RSUD dr.Haryoto Lumajang saat penyakitnya kambuh.</p>	<p>Keluarga Ny., S memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada seperti Puskesmas, klinik dan Rumah Sakit.</p> <p>Klien menjalani rawat inap di Puskesmas Rogotrunan Lumajang lalu di rujuk ke RSUD dr.Haryoto Lumajang.</p>
Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya	Keluarga Sdr.R tidak memiliki riwayat penyakit kronik.	Keluarga Tn. A tidak memiliki riwayat penyakit kronik.

Tabel 4.10 Karakteristik tetangga dan Komunitas RW

Karakteristik rumah	Klien 1	Klien 2
Kebiasaan	Sdr. R pagi bekerja hingga sore hari, diwaktu senggang Sdr.R biasa mengisi waktu dengan menonton televisi dan istirahat dan terkadang juga pergi ke rumah tetangga dan juga berkunjung ke rumah neneknya untuk sekedar berbincang menanyakan kabar.	Keluarga Sdr. A mengatakan jika waktu yang ada saat bersama dimanfaatkan untuk menonton televisi, berbincang bersama keluarga sebelum pada akhirnya berpisah lagi untuk bekerja diluar kota, Sehingga waktu bersama keluarga juga sedikit.
Aturan/kesepakatan	.Jika terdapat acara warga, maka setiap anggota/ keluarga wajib untuk berpartisipasi.	<p>Jika terdapat acara warga, maka setiap anggota/ keluarga wajib untuk berpartisipasi.</p> <p>Di lingkungan Sdr. A tinggal, terdapat kesepakatan bahwa harus menjaga kerukunan antar warga.</p>
Budaya	Lingkungan Sdr. R masih terdapat budaya yang terus dilestarikan dan dipertahankan yaitu mengadakan pengajian dan peringatan hari besar dengan mengadakan kegiatan di lingkungan perumahan.	Lingkungan tempat tinggal Sdr. A masih mempertahankan budaya yaitu jika terdapat acara atau suatu tasyakuran selamatan maka tetangga sekitar di undang untuk kenduri dan memberikan doa, kerja bakti, dan ketika ada rejeki saling berbagi kerumah tetangganya.

Pada tabel 4.11 didapatkan bahwa kedua klien memiliki perbedaan kebiasaan. Pada klien 1 mengikuti acara pengajian, sedangkan klien 2 tidak mengikuti pengajian rutin mingguan dan kerja bakti setiap bulan sekali di daerah rumahnya.

Tabel 4.11 Mobilitas Geografi Keluarga

Klien 1	Klien 2
Sdr. R dan keluarga tidak pernah berpindah tempat tinggal	Sdr. A dan keluarga tidak pernah berpindah tempat tinggal

Tabel 4. 12Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Klien 1	Klien 2
Sdr. R pagi bekerja hingga sore hari, diwaktu senggang Sdr.R biasa mengisi waktu dengan menonton televisi dan istirahat dan terkadang juga pergi ke rumah tetangga dan juga berkunjung ke rumah neneknya untuk sekedar berbincang menanyakan kabar.	Keluarga Sdr. A mengatakan jika waktu yang ada saat bersama dimanfaatkan untuk menonton televisi, berbincang bersama keluarga sebelum pada akhirnya berpisah lagi untuk bekerja diluar kota, Sehingga waktu bersama keluarga juga sedikit.

Berdasarkan tabel 4.13 kedua klien sama-sama memiliki hubungan yang baik dengan keluarganya. Tetapi pada interaksi dengan masyarakat terdapat perbedaan yaitu klien 1 masih memiliki waktu berkumpul dengan tetanggana saat pengajian dan kerja bakti sedangkan klien 2sangat jarang mengikuti kegiatan warga sehingga hubungan sosial pada klien 2 kurang dengan masyarakat sekitar.

4.1.5 Fungsi Keluarga

Tabel 4. 13Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga	Klien 1	Klien 2
Fungsi afektif	Sikap dan hubungan antara Sdr. R dan anggota keluarga sangat baik, tidak terdapat masalah. Tn. A terkadang tidak tau jika Sdr. R menderita DBD dalam jangka waktu lama. semenjak gejala pertama.	Sikap dan hubungan antar anggota keluarga kurang akan tetapi tetap berkomunikasi dalam keluarga baik karena sikap Sdr.A yang sedikit cuek. Sdr.A juga terkadang pindah kerumah kakaknya yang satunya sehingga tak jarang komunikasi terganggu dalam keluarga.
Fungsi sosialisasi		
Kerukunan hidup dalam RT	Hubungan Sdr. R dengan lingkungan sekitar baik.	Hubungan keluarga kurang tetapi hubungan lingkungan sekitar baik.
Interaksi dan hubungan dalam keluarga	Interaksi dan hubungan Sdr. R dan anggota keluarga sangat baik, keluarga juga terus mensupport Sdr.R	Interaksi yang terjadi dalam keluarga cukup baik.
Anggota yang dominan dalam pengambilan keputusan	Anggota yang dominan dalam pengambilan keputusan adalah Tn.A	Anggota yang dominan dalam pengambilan keputusan adalah Tn.M

Kegiatan keluarga pada saat senggang	Sdr. R memanfaatkan waktu senggang dengan menonton televisi atau berbincang dengan tetangga.	Menonton televisi dan berbincang-bincang, lebih sering istirahat di rumah.
Partisipasi dalam kegiatan sosial	Sdr.R jarang mengikuti kegiatan sosial dan jarang sekali berpartisipasi lagi semenjak sakit.	Keluarga mengatakan sangat menyukai kegiatan sosial, bergotong-royong dengan masyarakat.

Fungsi perawatan kesehatan

Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit/ masalah kesehatan keluarganya	Sdr. R mengatakan tahu jika dirinya sakit DBD dan keluarga juga sudah berupaya untuk menyembuhkan. Namun, keluarga sudah ikhlas dengan keadaan Sdr. R, namun masih berusaha untuk sembuh	Keluarga Sdr.A. mengetahui bahwa Sdr.A sakit DBD dan mau mendukung secara rutin untuk kontrol klien menganggap sudah sembuh namun sering merasa demam.
Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat	Jika Sdr.R merasakan sakit maka langsung ke pelayanan terdekat untuk berobat.	Keluarga mengerti akan tetapi keluarga mengatakan bahwa klien tidak mau memeriksakan kondisi Sdr. A karena beranggapan pelayanan kesehatan kurang maksimal pada pelaksanaannya.
Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Jika Sdr. R sakit maka keluarga segera membawa ke pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapat pengobatan.	Keluarga Sdr. A dulu tidak segera memeriksakan kondisi kesehatannya lebih minum obat dari toko dan di kompres dingin ketika demam.
Kemampuan keluarga memelihara keluarga yang rumah sehat	Kondisi kebersihan rumah yang kurang, setiap hari rumah hanya disapu bagian teras saja karena mengingat lebar rumah sempit jadi sulit untuk dibersihkan karena terdapat pakaian tidak tertata di setiap ruangan dan banyak terdapat gantungan baju yang dapat menimbulkan nyamuk banyak hinggap ditempat tersebut serta kondisi rumah yang agak gelap karena minimnya cahaya yang masuk.	Keluarga sering membersihkan rumahnya, karena lantai rumah dalam dan terasnya sering tampak kotor, akan tetapi terdapat banyak sangkar burung didalam rumah yang terdapat genangan air pada wadah minumannya yang jarang diganti serta terdapat beberapa gantungan baju dan jentik-jentik nyamuk di dalam bak kamar mandi.
Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat	Periksa ke pelayanan kesehatan jika mengalami masalah kesehatannya.	Keluarga menganggap hanya demam biasa dan hanya membeli obat di toko sebagai bentuk pengobatan.

Fungsi reproduksi

Perencanaan jumlah anak	Tidak ada	Tidak ada
Akseptor	Tidak, dikarenakan Sdr. R belum menikah.	Tidak, dikarenakan keluarga Sdr. A belum merencanakan untuk men
Keterangan lain	-	-

Fungsi ekonomi

Upaya pemenuhan sandang pangan	Sdr.R dimasakkan oleh ibunya dengan mengandalkan gaji suami dan gaji Sdr.R.	Keluarga mengatakan jika upaya pemenuhan sandang pangan dipenuhi oleh Tn.M dibantu dengan anak-anak dari Tn.M selaku pencari nafkah. Dan anaknya yang selalu memasakkan makanan untuknya karena kakak klien sakit stroke.
Pemanfaatan sumber di masyarakat	Sdr. R memanfaatkan fasilitas yang didapatkan dari tempat kerja untuk	Keluarga mengatakan jika tidak terdapat sumber lain yang memenuhi

membantu pengobatan penyakit. Tempat kerja Sdr. R Klien dan keluarga memiliki BPJS

kebutuhannya. Klien memanfaatkan fasilitas KIS untuk membiayai pengobatan selama rawat inap.

Dalam (Gusti, 2013) 5 tugas keluarga antara lain:

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Pada data di atas menunjukkan bahwa klien 2 dapat melaksanakan tugaskeluarga antara lain memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Sedangkan pada klien 1 dapat melaksanakan 2 tugas keluarga yaitu membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Kedua klien masih belum bisa mengenal masalah kesehatan pada anggota keluarga. Untuk itu, pendidikan kesehatan tentang pasca DBD dengan melibatkan anggota keluarga lain perlu dilakukan dan selanjutnya dapat melaksanakan tugas keluarga yang kedua yaitu membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat. Keluarga harus dapat menjalankan 5 tugas keluarga untuk menciptakan keluarga sehat dan juga mampu mempertahankan/meningkatkan kesehatan.

4.1.7 Keadaan Gizi Keluarga

Tabel 4. 14 Keadaan Gizi Keluarga

Keadaan gizi keluarga	Klien 1	Klien 2
Pemenuhan gizi	Pemenuhan gizi cukup menurut keluarga, makan 3 kali sehari terkadang 2 kali sehari, hanya saja terkadang Sdr. R nafsu makan menurun sehingga membuat kondisi Sdr. R tidak optimal. Sdr.R mengatakan bahwa ia terkadang berusaha makan meskipun makanan terasa pahit dilidahnya. Pada diet dan didukung oleh keluarga yang sangat membantu terutama ibu yang mau mengingatkan mengenai diet agar Tn. G tetap ingat dalam menjalani diet. Keluarga memperhatikan asupan nutrisi klien agar kondisi klien membaik.	Pemenuhan gizi cukup menurut keluarga klien, namun klien sedang menjalani prgram diet untuk meningkatkan kesehata, Tetapi terkadang klien sulit makan saat demam dan nyeri di seluruhnya kambuh.
Upaya lain	Sdr. R membiasakan makan sayur dan buah.	Sdr.A berusaha meningkatkan status kesehatannya dengan banyak minum air

dan berolah raga..

Dari tabel 4.18 diketahui bahwa saat klien 1 menjalankan program diet secara teratur, sedangkan klien 2 menjalani program diet yang disarankan oleh dokter.

Tabel 4. 13 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Lain

No	Pemeriksaan	Klien 1		
		Tn. A	Ny. M	An. A
1	Kepala	kulit kepala bersih	kulit kepala bersih	kulit kepala bersih
		tidak ada nyeri tekan	tidak ada nyeri tekan	tidak ada nyeri tekan
		warna rambut hitam	warna rambut hitam	warna rambut hitam
		normo chepal	normo chepal	normo chepal
2	Leher	tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis	tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis	tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
3	BB	BB: 54 Kg	BB: 63 Kg	BB: 20 Kg
4	Mata	pupil isokor	pupil isokor	pupil isokor
		tidak ada sekret	tidak ada sekret	tidak ada sekret
		simetris	simetris	simetris
		anemis		
5	Hidung	Tidak ada oedema dan nyeri tekan	Simetris	simetris
		indra penciuman normal	tidak ada oedema dan nyeri tekan	tidak ada oedema dan nyeri tekan
			indra penciuman normal	indra penciuman normal
6	Mulut	mukosa bibir lembab dan tidak pucat	mukosa bibir lembab	mukosa bibir lembab dan pucat
		tidak terdapat candidas	tidak terdapat caries	terdapat caries
		lidah tidak pucat	tidak terdapat candidas	tidak terdapat candidas
8	Dada	simetris	simetris	simetris
		normo chest	normo chest	normo chest
		suara nafas vesikuler	suara nafas vesikuler	suara nafas vesikuler

		tidak terdapat suara nafas tambahan.	tidak ada suara nafas tambahan	tidak ada suara nafas tambahan
		S1, S2 tunggal	S1, S2 tunggal	S1, S2 tunggal
		tidak terdengar gallop	tidak terdengar gallop	tidak terdengar gallop
		perkusi sonor	perkusi sonor	perkusi sonor
9	Perut	Simetris	Simetris	simetris
		datar	datar	datar
		peristaltik terdengar normal	peristaltik terdengar normal	peristaltik terdengar normal
		tidak kembung	tidak kembung	tidak kembung
		tidak ada massa pada abdomen	tidak ada massa pada abdomen	tidak ada massa pada abdomen
10	Tangan	CRT < 2 detik	CRT < 2 detik	CRT < 2 detik
		kekuatan ekstremitas atas 5	kekuatan ekstremitas atas 5	kekuatan ekstremitas atas 5
		turgor kulit baik < 2 detik	turgor kulit baik < 2 detik	tidak edema
		tidak edema		
11	Kaki	kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 5	kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 5	kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 5
		ekstremitas bawah kiri 5	ekstremitas bawah kiri 5	ekstremitas bawah kiri 5
		tidak terdapat deformitas	tidak terdapat deformitas	tidak terdapat deformitas
		tidak terdapat edema	tidak terdapat edema	tidak terdapat edema
		tidak terdapat nyeri tekan	tidak terdapat nyeri tekan	tidak terdapat nyeri tekan
12	Kulit	Turgor kulit kering	Turgor kulit lembab	Turgor kulit lembab

No	Pemeriksaan	Klien 2		
		Tn. M	Ny. M	Sdr. E
1	Kepala	kulit kepala bersih	kulit kepala bersih	kulit kepala bersih
		tidak ada nyeri tekan	tidak ada nyeri tekan	tidak ada nyeri tekan
		warna rambut putih kehitam-hitaman	warna rambut putih kehitam-hitaman	warna rambut hitam
		normo chepal	normo chepal	normo chepal
2	Leher	tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis	tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis	tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis

3	BB	BB: 65 Kg	BB: 68 Kg	BB: 50 Kg
4	Mata	pupil isokor tidak ada sekret simetris anemis	pupil isokor tidak ada sekret simetris anemis	pupil isokor tidak ada sekret simetris anemis
5	Hidung	Tidak ada oedema dan nyeri tekan indra penciuman normal	Simetris tidak ada oedema dan nyeri tekan indra penciuman normal	simetris tidak ada oedema dan nyeri tekan indra penciuman normal
6	Mulut	mukosa bibir lembab dan pucat terdapat caries tidak terdapat candidas lidah pucat	mukosa bibir lembab tidak terdapat caries tidak terdapat candidas	mukosa bibir lembab dan tidak pucat tidak terdapat caries tidak terdapat candidas lidah pucat
8	Dada	simetris normo chest suara nafas vesikuler tidak ada suara nafas tambahan S1, S2 tunggal tidak terdengar gallop perkusi sonor	simetris normo chest suara nafas vesikuler tidak ada suara nafas tambahan S1, S2 tunggal tidak terdengar gallop perkusi sonor	simetris normo chest suara nafas vesikuler tidak ada suara nafas tambahan S1, S2 tunggal tidak terdengar gallop perkusi sonor
9	Perut	Simetris buncit peristaltik terdengar normal tidak kembung tidak ada massa	Simetris buncit peristaltik terdengar normal tidak kembung tidak ada massa	simetris datar peristaltik terdengar normal tidak kembung tidak ada massa
10	Tangan	CRT < 2 detik kekuatan ekstremitas atas 5 turgor kulit baik < 2 detik tidak edema	CRT < 2 detik kekuatan ekstremitas atas 4 turgor kulit baik < 2 detik tidak terdapat edemat	CRT < 2 detik kekuatan ekstremitas atas 5 tidak terdapat edema

11	Kaki	kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 5 ekstremitas bawah kiri 5 tidak terdapat deformitas tidak terdapat edema pada kedua kaki	kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 3 ekstremitas bawah kiri 5 tidak terdapat deformitas terdapat nyeri tekan pada patella	kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 5 ekstremitas bawah kiri 5 tidak terdapat deformitas tidak edema pada ekstremitas bawah
12	Kulit	Kulit normal warna dan kelembaban normal.	Kulit normal warna dan kelembaban normal.	Kulit normal warna dan kelembaban normal.

4.1.10 Harapan Keluarga

Tabel 4. 15 Harapan Keluarga

Harapan keluarga	Klien 1	Klien 2
Terhadap masalah kesehatan	Ingin beraktivitas secara normal lagi tanpa nyeri sendi lagi.	Ingin cepat sembuh dan bisa beraktivitas tanpa cepat lelah.
Terhadap petugas kesehatan yang ada	Agar dapat membantu dan memberikan pelayanan yang maksimal	Dapat memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal.

Berdasarkan tabel 4.22 baik pada klien 1 maupun klien 2 memiliki harapan keluarga yang sama terhadap petugas kesehatan yaitu diharapkan memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal. Terutama pada mereka yang mengalami penyakit DBD.

Lampiran 4

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adi Pamungkas
Umur : 26
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Sl. Demoterasi
Pekerjaan : W. Masyaraka

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018”


Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang,

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

IBNU ROSYIDI
NIM : 152303101037


(Adi Pamungkas)

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : MuHAMAD REZA EKA WARDANA
Umur : 20 tahun
Jenis kelamin : laki
Alamat : Jln. Bengawan Solo No. 75
Pekerjaan : Wiraswasta

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Pasca DBD dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 3-10-.....


Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

IBNU ROSYIDI
NIM : 152303101037


(.....)

Lampiran 5

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
Nomor : 072/380/427.75/2018

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

Menimbang : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 188/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 22 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama IBNU ROSYIDI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : IBNU ROSYIDI
2. Alamat : Desa Sukosari RT 3 RW 2 Kec. Jatiroto Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101037
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Pasca DBD Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2018.
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 28 Februari 2018 s/d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Rogotruran Lumajang


Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 27 Februari 2018

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotruran Lumajang,
6. Sdr. Koor. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL,
Drs. ABU HASAN
Pembina
NIP. 19620801 199303 1 001



Lumajang, 22 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan data

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di-

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas
Jember Kampus Lumajang :

Nama : Ibnu Rosyidi
NIM : 152303101037

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Pasca DBD Dengan Masalah
Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan
Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator
Prodi D.3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Puskesmas Rogotrunan
Alamat : Jl. Citandui No.05 Lumajang.
Waktu penelitian : 22 Februari – 31 Mei 2018

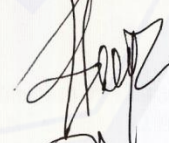
Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI



Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP. 19630302 198603 1 023

Hormat kami,
Pemohon,



Ibnu Rosyidi
NIM. 152303101037



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG

Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262. Fax. (034) 882262 Lumajang 67312

Email: d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 187 /UN25.1.14.2/ UT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 14 Februari 2018.

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Ibnu Rosyidi
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101037
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 08 Desember 1996
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI (enam)
A l a m a t : Desa Sukosari RT/RW 03/02 Kecamatan Jatiroto Kab. Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Pasca DBD Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Pemeliharaan Rumah Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018 “

Dengan pembimbing :

1. Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang

Pada Tanggal : 22 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang



NERUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM

NIP. 19650629198703 2 008

Lampiran 6


Gambar 2.5



Gambar 2.6



Lampiran 7

		FORMULIR LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA		No. Dok. : Berlaku Sejak : Revisi :	
LOG BOOK PENYUSUNAN KTI MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG					
NAMA MAHASISWA : <i>Novi Kristi</i> NIM : <i>152503101097</i> PROGRAM STUDI : <i>D3 Keperawatan</i> JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :					
TAHAP PENULISAN KTI					
NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	<i>6/16</i>	<i>Konsul Judul.</i>	<i>Menyusun judul D3E kelas reguler judul masalah D3E kelas reguler.</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2.	<i>13/10.</i>	<i>Konsul Judul.</i>	<i>Setoran. Menentukan kelengkapan paper Power Point D3E dengan masalah keperawatan Penderitaan rumah</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	02/05	Konsumsi BAB F	RA S : K : S } Partajam Raran Perawat → Penyuluh. → Gula, → PMS DNA	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	23/08	Konsumsi BAB I	ACC Lanjut bab II.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	10/2017	Konsumsi BAB II	1. Fabrika 2. Kolesterol Kompleks Test. 3. Bab Fisiologi & Karyip Biogenesis. 4. Prognosis.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	10/01	Konsumsi BAB II	1. Kolesterol Aktual, Kasid, Fokomed 2. Takar Keluaga. 3. Kelangkaan DKB.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	16/01	Konsumsi BAB II	1. Karyip Konsumsi Andes 2. Kompleksitas. 3. Perawatan numerik.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	19/01	Konsumsi I, D	ACC.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	9/18	Bab IV	Ulat ketuban ~ DP.		
11	24/18	BAB I, II, III	ACC - Supr. Sefang ~ daptan. - Kwat pvt - dilaborasi.		
12	5/18	Konsul. Bab II	= Rans. Babu Kamp. Kuna Sobat.		
13	6/18	Konsul Bab II	Rans. Bab I & II		
14	7/18	Konsul lengkap.	ACC. Ged. Anu. Korfalari.		
15	14/18	Konsul Bab I, II, III	ACC. Ransom Adony. Kro posel.		
16	25/18	Konsul Bab IV	Sgta. Sleserku. Bab IV - I		

