

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA
Nn. F DENGAN DENGUE
HAEMORHAGIC FEVER (DHF) DI
RUANG BHUGENVIL RSUD
Dr.KOESNADI BONDOWOSO**

*NURSING INSTITUTION IN Nn. F WITH
DENGUE HAEMORHAGIC FEVER (DHF) IN
ROOM BHUGENVIL HOSPITAL REGIONAL
Dr.KOESNADI
BONDOWOSO*

Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Diploma III
Keperawatan
Abstrak

Penyakit DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) pada masyarakat awam sering disebut sebagai demam berdarah. Menurut para ahli, demam berdarah dengue disebut sebagai penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue dengan gejala utama demam, nyeri otot, dan sendi diikuti dengan gejala pendarahan spontan seperti : bintik merah pada kulit, mimisan, bahkan pada keadaan yang parah disertai muntah atau BAB berdarah. Hal tersebut sejalan dengan aktivitas vektor dengue yang justru terjadi pada musim penghujan. Penularan penyakit DHF antar manusia terutama berlangsung melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti*. Virus ini menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan-perdarahan. Sehubungan dengan morbiditas dan mortalitasnya, DHF disebut sebagai the mosquito transmitted disease (Depkes RI, 2013).

Kata kunci: DHF

Abstract

DHF disease (Dengue Haemorrhagic Fever) in ordinary people is often referred to as dengue fever. According to experts, dengue hemorrhagic fever is referred to as a disease caused by Dengue virus with the main symptoms of fever, muscle aches, and joints followed by symptoms of spontaneous bleeding such as: red spots on the skin, nosebleeds, even in severe conditions accompanied by vomiting or bloody chapter. This is in line with the dengue vector activity that actually occurs in the rainy season. Transmission of DHF disease among humans mainly takes place through the vector of Aedes aegypti mosquitoes. This virus causes disruption of the capillaries and blood vessel system, resulting in bleeding. Due to its morbidity and mortality, DHF is called the mosquito transmitted disease (MOH, 2013).

Keywords: DHF

PENDAHULUAN

Secara alamiah, setiap individu hidup akan melalui tahap pertumbuhan dan perkembangan, yaitu sejak embrio sampai akhir hayatnya mengalami perubahan ke arah peningkatan baik secara ukuran maupun secara perkembangan. Istilah tumbuh kembang mencakup dua peristiwa yang sifatnya saling berbeda tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan.

Demam dengue/DF dan demam berdarah dengue/DBD (*dengue haemorrhagic fever/DHF*) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diatesis hemoragik (Sudoyo 2011). Demam berdarah dengue disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (Suriadi, 2011). Demam berdarah dengue atau haemorrhagic fever adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dengue (*Arbovirus*) dan ditularkan oleh nyamuk aedes, yaitu aedes egypty dan aedes albopictus (Sari, 2013). Demam berdarah dengue adalah merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypty, ditandai dengan demam yang mengakibatkan nyeri kepala, pusing, malaise, mual, muntah, nyeri otot dan sendi (Kurniawan, 2014). Dengue Hemorrhagic Fever banyak ditemukan di daerah tropis dan sub-tropis. Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, World Health Organization (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DHF tertinggi di Asia Tenggara. Di Indonesia DHF telah menjadi masalah kesehatan masyarakat selama 41 tahun terakhir (Achmadi, 2010).

2. Anatomi Fisiologi

Darah adalah jaringan cair dan terdiri atas dua bagian: bagian cair yang disebut plasma dan bagian padat yang disebut sel darah (Misnadiarly, 2009). Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bagian interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan didalamnya terdapat unsur-unsur padat, yaitu sel darah (Suhendro, 2009). Sel-sel darah ada 3 macam yaitu: 1) Eritrosit (sel darah merah) Eritrosit merupakan sel darah yang telah berdeferensi jauh dan mempunyai fungsi khusus untuk transport oksigen. Eritrosit dibuat di sumsum tulang yang masih berinti, dalam pembentukannya dibutuhkan zat besi, Vit B12, asam folat, dan rantai globulin yang merupakan senyawa protein. Pematangan eritrosit diperlukan hormon eritropoetin yang diproduksi oleh ginjal. Umur peredarannya 105-120 hari. Eritrosit dihancurkan di limfa. Jumlah normalnya pada laki-laki 5,5 juta sel/mm³ pada perempuan 4,8 juta sel/mm³. 2) Leukosit (sel darah putih) Leukosit fungsi utamanya adalah sebagai pertahanan tubuh dengan cara menghancurkan antigen (kuman, virus, toksin) yang masuk. Ada 5 jenis leukosit yaitu: neutrofil, eosinofil, basofil, limfosit, dan monosit. Jumlah normal leukosit 5000-9000 /mm³. 3) Trombosit (sel pembeku darah). Trombosit merupakan keping-keping darah berwujud cakram yang dibuat di

sumsum tulang, paru-paru, limfa. Umur peredarannya hanya 10 hari. Trombosit mempunyai kemampuan untuk melakukan: a) Daya aglutinasi (membeku dan menggumpal) b) Daya adesi (saling melekat) c) Daya agregasi berkelompok) Trombosit berfungsi sebagai pembekuan darah dan penghentian perdarahan, begitu pula kerusakan dinding pembuluh darah trombosit akan berkumpul di situ, dan menutup lubang kebocoran dengan saling melekat, berkelompok menggumpal dan kemudian dilanjutkan dengan proses pembekuan darah, jumlah trombosit 150.000-450.000 keping/mm³. b) Struktur Sel. 1) Membran sel (selaput sel) Membran struktur elastic yang sangat tipis, tebalnya hanya 7,5-10nm. Hampir seluruhnya terdiri dari keeping-keping halus gabungan protein lemak yang merupakan lewatnya berbagai zat yang keluar masuk sel. Membran ini bertugas untuk mengatur hidup sel dan menerima segala untuk rangsangan yang datang. 2) Plasma. Bahan-bahan yang dapat dalam plasma: anorganik (garam mineral, air, oksigen, karbohidrat, amoniak), bahan organik (karbohidrat, lemak, protein, hormon, vitamin dan asam nukleat) (Kurniawan, 2014).

3. Etiologi

Virus dengue tergolong family/grup Flaviviridae yang dikenal ada 4 Serotipe yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 (baca : virus dengue tipe 1-4). infeksi oleh satu tipe virus dengue akan memberikan imunitas yang menetap terhadap infeksi virus yang bersangkutan pada masa yang akan datang. Namun, hanya memberikan imunitas yang sementara dan parsial terhadap infeksi virus lainnya. Wabah dengue juga telah disertai *Aedes albopictus*, *Aedes poliniensis*, *Aedes scutellaris* tetapi vector tersebut kurang efektif dan kurang berperan karena nyamuk-nyamuk tersebut banyak terdapat di daerah perkebunan dan semak-semak, sedangkan *Aedes aegypti* banyak tinggal di sekitar pemukiman penduduk (Sari, 2013).

Demam berdarah merupakan suatu penyakit demam berat yang di sebabkan oleh virus dengue yang termasuk dalam grup B dari arthropodi borne viruses (*Arbovirus*) dengan tipe infeksi virus dengue (DEN) : DEN 1, DEN 2, DEN 3 dan DEN 4. Ternyata DEN-2 dan DEN-3 merupakan serotype yang menjadi penyebab terbanyak. Di Thailand dilaporkan bahwa serotype DEN-2 adalah dominan. Sementara di Indonesia, yang terutama dominan adalah DEN-3, tetapi akhir-akhir ini ada kecenderungan dominansi DEN-2. Sekurang - kurangnya ada 4 tipe derajat dengue yang berbeda yaitu Virus dengue serotype I, II, III dan IV di tularkan melalui perantara nyamuk aedes aegypty dan aedes albopictus (Kurniawan, 2014).

4. Insident

Setiap tahun di seluruh dunia terjadi lebih dari 100 juta kasus penyakit demam dengue dan lebih dari 100.000 kasus DHF. Hanya Afrika dan Timur Tengah yang jauh dari peristiwa Kejadian Luar Biasa (KLB) DHF (Sopotammarak, 2010). Seluruh provinsi di Indonesia merupakan wilayah endemis DHF dan selalu mengalami peningkatan jumlah penderita DHF setiap tahun. Terhitung sejak tahun 1997 terdapat 31.784 jiwa penderita DHF (Kompas, 19 Februari 2010) dan tahun 2007 terdapat 156.697 jiwa penderita DHF (Kompas, 20 Februari 2010).

Dari 35 kota/ kabupaten di Provinsi Jawa Tengah, Case Fatality Rate(CFR) DBD yang paling tinggi adalah di Kota Semarang yaitu 7,41%. Jumlah kasus DBD di Kota Semarang tahun 2008 mengalami penurunan dibanding tahun 2007. Tapi, jumlah kematian DBD tahun 2008 sebanyak 4 kasus dengan CFR 16,67% meningkat dibandingkan tahun 2007 sebanyak 2 kasus meninggal dengan CFR 7,41%. Pada tahun 2009, IR DBD di Kota Semarang adalah 1,80 per 10.000 penduduk meningkat dibandingkan tahun 2008 dengan IR 0,86 per 10.000 penduduk. Jumlah kematian DBD tahun 2009 sebanyak 9 kasus (CFR: 18,00%) meningkat dibandingkan tahun 2008 sebanyak 4 kasus meninggal (CFR: 16,67%) (Dinkes Semarang, 2011).

5. Patofisiologi

Virus akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan kemudian akan bereaksi dengan antibody dan terbentuklah kompleks virus-antibody. Dalam sirkulasi akan mengaktifasi system komplemen. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat sebagai factor meningkatnya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu.

Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protombin dan fibrinogen) merupakan factor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DHF.

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diathesis hemorrhagic, renjatan terjadi secara akut.

Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma klien mengalami hipovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoxia jaringan, acidosis metabolic dan kematian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari karya tulis ilmiah yang sudah dibuat mulai dari tinjauan teori BAB II yang merupakan penjabaran tentang teori Dengue Hemorrhagic Fever sampai konsep asuhan keperawatan dan di bagian BAB III yang membahas tentang masalah asuhan keperawatan pada klien Nn.F mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi hingga evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, pengkajian juga menentukan tahap berikutnya dalam mengidentifikasi masalah keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Rohmah & Walid, 2014). Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Oktober 2016 didapatkan keluhan utama: klien mengatakan panas, demam, menurut teori yang dikemukakan (Kurniawan, 2014) terdapat keluhan panas dan lemah. Pada riwayat penyakit sekarang didapat hasil: keluhan panas sejak hari Sabtu, nafsu makan menurun mimisan-, mual, muntah, nyeri perut dan langsung di bawa ke RSUD Dr.Koesnadi Bondowoso pada jam 12:00, BAK 4-

5x/hari, BAB masih belum sama sekali, nafsu makan menurun. Pada pemeriksaan fisik klien didapatkan Tensi: 100/70mmHg, Nadi: 110x/menit, Respiratori rate: 24x/menit, Suhu: 38,2 C, BB saat ini: 35kg, BB sebelum sakit: 38kg, pada pemeriksaan abdomen didapatkan: Inspeksi: tidak ada benjolan, bentuk flat, Auskultasi: bising usus 10x/menit, Palpasi: Terdapat nyeri tekan, Perkusi: Timpani. Dalam menunjang diagnosa medis klien di lakukan pemeriksaan darah lengkap dengan hasil pemeriksaan hemoglobin: 15.5, leukosit: 3.760, hematokrit: 42.6%, dan trombosit 59.000.

Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan. Penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Rohmah & Walid, 2014).

Menurut teori diagnosa yang muncul ialah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
5. Risiko syok berhubungan dengan hipovolemik.
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
7. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang familier dengan sumber informasi.

Menurut teori diagnosa yang muncul ialah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus.
2. Risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan.

Intervensi

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisiensi. Dari rencana keperawatan di tinjauan kasus sudah sesuai dengan diagnosa yang diprioritaskan yang dimana masalah keperawatan pada klien dapat teratasi meskipun trombosit klien belum normal tetapi sudah memenuhi kriteria pasien untuk dipulangkan (Rohmah & Walid, 2014):

1. Pada diagnosis yang pertama, yaitu hipertermi yang berhubungan dengan proses infeksi. Dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan suhu klien kembali normal, dengan kriteria hasil suhu klien dalam batas normal (36,5-37,5C), mukosa bibir kering, klien tidak mengeluh pusing, Rencana tindakan yang muncul pada diagnosa ini antara lain, kaji timbulnya demam, observasi

tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respiratory rate, suhu) tiap 3 jam atau sering, berikan penjelasan tentang penyebab demam atau peningkatan suhu tubuh, anjurkan pasien untuk minum banyak 1-2 liter dalam 24 jam, berikan kompres hangat (pada daerah aksila dan lipatan paha). 2. Pada diagnosa kedua, risiko pendarahan berhubungan dengan trombositopenia, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak terjadi pendarahan dengan kriteria hasil yaitu, pendarahan tidak terjadi, trombosit dalam batas normal 150000-400000/ui, keluhan yang muncul pada diagnosa ini klien mengatakan pusing, akral hangat, rampelit test ada kemerahan berbintik. 3. Pada diagnosa ketiga, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil yaitu: kebutuhan nutrisi terpenuhi atau adekuat, berat badan stabil atau meningkat, berikan makanan yang mudah ditelan seperti bubur, berikan makanan dalam porsi sedikit dan frekuensi sering, jelaskan makanan dan nutrisi bagi klien dan catat jumlah/porsi yang dihabiskan oleh pasien setiap hari.

Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2014). Pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 18 Oktober 2016 yang dilakukan kepada klien yang mengacu pada perencanaan tindakan keperawatan agar pelaksanaan sesuai dengan perencanaan, semua pelaksanaan yang dilakukan berpacu pada perencanaan yang direncanakan. Pada diagnosa pertama tentang Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan yang dimana tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain: memberikan kompres dingin (air biasa), mengganti baju klien dengan baju kain tipis agar mudah menyerap keringat, menganjurkan minum-minuman manis sesering mungkin, mengobservasi tanda-tanda vital terutama suhu tubuh. Mengajarkan keluarga cara mengompres dengan benar, mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi. Pada diagnosa kedua Risiko pendarahan berhubungan dengan trombositopeniadapat dilakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan yang dimana tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain: menganjurkan klien istirahat lebih banyak, mengobservasi tanda-tanda vital setiap 1 jam sekali (tekanan darah, nadi, respiratori rate, suhu) akral, adanya pendarahan, menjelaskan kepada keluarga tentang penyakit, mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi cairan intra vena, mengkolaborasi dengan petugas laboratorium untuk cek DL serial setiap hari, menganjurkan kepada keluarga untuk melapor kepada perawat jika terjadi pendarahan. Pada diagnosa ketiga Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan yang dimana tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain: memberikan makanan yang disertai dengan suplemen nutrisi untuk meningkatkan kualitas intake nutrisi, menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan makanan

dengan porsi kecil tapi sering secara bertahap, menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk penyembuhan penyakit, mengobservasi tanda-tanda vital dan nutrisi yang masuk, mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi, mengkolaborasi dengan petugas gizi dalam pemberian nutrisi atau diet.

Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2014). Pada proses catatan perkembangan yang dilakukan pada tanggal 18 Oktober 2016 pada pukul 16:00 WIB di ruang dahlia RSUD Dr.Koesnadi Bondowoso. Sudah dilaksanakan ke tiga diagnosis dan dapat teratasi dalam waktu tiga hari. Pada diagnosis pertama yaitu, Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus, dengan hasil observasi pada tanggal 18 Oktober 2016 antara lain, dari data subjektif keluarga mengatakan badanya masih panas, dari data objektif didapatkan, keadaan umum cukup, akral hangat, wajah kemerahan, tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 110x/menit, respiratori rate: 24x/menit, suhu: 38,2C, hemoglobin: 15.0, leokosit: 3.760, trombosit: 59.000, hematocrit: 42.6. Keluarga dan klien sangat kooperatif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan sehingga masalah mudah teratasi.

Pada diagnosis kedua Risiko pendarahan berhubungan dengan trombositopenia dengan hasil observasi pada tanggal 19 Oktober 2017 antara lain, dari data subjektif keluarga klien mengatakan klien pusing, dari data objektif keadaan umum cukup, akral hangat, rampelit test ada kemerahan berbintik, tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 112x/menit, respiratori rate: 24x/menit, suhu: 37,9C, DL tanggal 19/10/17 jam 06:50 hemoglobin: 16.9, leokosit: 5.680, trombosit: 54.000, hematocrit: 47.3, DL tanggal 19/10/17 jam 18:05 hemoglobin: 16.8, leokosit: 7.080, trombosit: 51.000, hematocrit: 47.1. Keluarga dan klien sangat kooperatif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan sehingga masalah mudah teratasi.

Pada diagnosis ketiga Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan. Dengan hasil observasi pada tanggal 21 Oktober 2017 antara lain: dari hasil data subjektif didapatkan keluarga klien mengatakan klien muntah dan nafsu makan menurun, dari hasil data objektif didapatkan keadaan umum cukup, akral hangat, tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 100x/menit, respiratori rate: 20x/menit, suhu: 37,9C, DL tanggal 20/10/17 jam 06:50 hemoglobin: 16.1, leokosit: 7.590, trombosit: 71.000, hematocrit: 45.7, A: BB sebelum sakit: 38kg, BB saat sakit: 35kg, tinggi badan: 120cm, BBI: 36kg, B: hemoglobin: 16.1, leokosit: 7.590, trombosit: 71.000, hematocrit: 45.7, C: mukosa bibis kering tampak lemas D: bubur kasar (tinggi kalori tinggi protein). Keluarga dan klien sangat kooperatif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan sehingga masalah mudah teratasi.

Ucapan Terima Kasih

Rektor Universitas Muhammadiyah Jember, Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan, Ketua Program Studi Diploma III

Keperawatan; Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatiannya guna memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran demi terselesikannya penulisan tugas akhir ini; Dosen Penguji I dan Dosen Penguji II yang telah meluangkan waktu, dan memberikan masukan yang sangat berguna bagi terselesikannya tugas akhir ini dengan baik; Kepala Rumah Sakit Daerah Balung Jember dan semua perawat yang telah memberikan izin penelitian; Teman-teman praktek di Rumah Sakit Daerah Balung Jember beserta teman-teman Program Studi Diploma III Keperawatan angkatan 2014 yang telah memberikan bantuan serta dukungan selama ini.

Daftar Pustaka

Rohmah, Nikmatur dan Saiful Walid 2014. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*, Ar-Ruzz Media, Jogjakarta : EGC.

Kurniawan, Hendra. 2014. *Buku Ajar Penyakit Infeksi Tropis*.

Aru W, Sudoyo. 2011. *Buku Ajar Penyakit Dalam, jilid III, edisi V*. Jakarta: Interna Publishing.

Iqbal, Wahit Mubarak, Chayatin Nurul & Susanto Joko, 2015. *Standar Asuhan Keperawatan dan Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.