

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Ruangan : Manyar
 Tgl/ Jam MRS : 09 Juli 2018 / 21.00 wib
 Dx Medis : Thypoid Fever
 No. Reg : 083176
 Tgl/ jam Pengkajian : 09 Juli 2018 / 22.00 wib

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : An. KN

Nama Panggilan : An. K

Umur/ Tgl Lahir : 6th/ 25 Februari 2012

Jenis Kelamin : Perempuan

2. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Tn. H	Nama Ibu : Ny. N
-------------------	------------------

Umur : 37th	Umur : 29th
-------------	-------------

Agama : Islam	Agama : Islam
---------------	---------------

Suku : Madura	Suku : Madura
---------------	---------------

Bahasa : Madura	Bahasa : Madura
-----------------	-----------------

Pendidikan : SMP	Pendidikan : Madura
------------------	---------------------

Pekerjaan : Bangunan	Pekerjaan : Jualan Kue
----------------------	------------------------

Penghasilan : Rp 60.000/hari	Penghasilan : Rp 20.000/hari
------------------------------	------------------------------

Alamat	: Dusun Barat -	Alamat	: Dusun Barat -
		Kalisat	Kalisat

B. KELUHAN UTAMA

Demam ± 7 hari

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Demam sejak ± 7 hari, suhu naik turun, naiknya saat sore hari, perut terasa kembung dan nyeri skala nyerinya 3-5, datangnya setelah makan dan waktunya lumayan lama tetapi hilang jika dibuat duduk bersandar, sudah berobat ke puskesmas setempat tapi suhu belum turun, makan masih kadang mau dan kadang tidak, masih sering mual tidak sampai muntah.

Upaya yang telah dilakukan :

Klien datang ke PKM pukul 08.00wib kemudian dibawa atau dirujuk ke IGD RSD Kalisat karena tidak membaik

Terapi yang diberikan :

Iufd D5½NS 1300cc/24jam, Inj. Pamol 2x170mg, inj. Ranitidine 2x17mg, inj. Ondnasentron 3x2mg, inj. Ceftriaxone 2x425mg

D. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

1. Penyakit yang pernah diderita

Demam dan kejang pada usia 6bulan dan batuk pilek

2. Riwayat operasi

Tidak pernah

3. Riawayat alergi

Tidak ada alergi apapun

4. Riawayat imunisasi

BCG 1x usia 2bulan, Dpt 3x usia 2,3,4bulan, polio usia 2,3,4bulan 3x, hepatitis 1x, tidak suntik campak karena taku badannya panas dan kejang

E. RIWAYAT PERINATAL

1. Antenatal

Trimester 1 : tidak ada kelainan, normal, tidak ada perdarahan

Trimester 2 : tidak ada kelainan, normal,tidak ada mual muntah

Trimester 3 : tidak ada kelainan, normal, tidak ada perdarahan

2. Intranatal

Beliau melahirkan normal di RSU Kalisat,Jember tahun 2012 beratnya 2,5kg, jenis kelamin perempuan

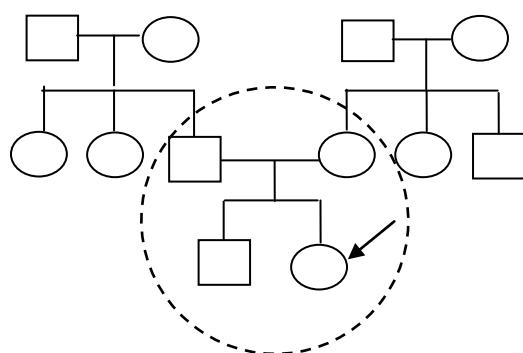
3. Postnatal (0-7 hari)

- a. Setelah mlahirkan ibu dan bayinya dalam keadaan sehat
- b. Tali pusat lepas pada hari ke 6
- c. Tidak ada riwayat kejang usia 0-7hari

F. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Kakek klien pernah mengalami thipoid

GENOGRAM



Keterangan:

- | | | | |
|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | : Laki-Laki | <input checked="" type="checkbox"/> | : garis perceraian |
| <input type="circle"/> | : Perempuan | <input type="line"/> | : Garis tinggal Serumah |
| <input checked="" type="triangle-right"/> | : Pasien | | |

G. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN

1. Perkembangan

a. Adaptasi sosial

Ingin dilibatkan dalam segala aktivitas karena ingin mrghasilkan sesuatu, jika ada tugas ingin diselsaikan, sudah mulai belajar aturan kompetisi.

b. Motorik kasar

Mampu menggunakan otot-otot kasar daripada otot halus

c. Motorik halus

Menulis angka dan huruf, menulis kata-kata, menulis nama sendiri,mengikat tali sepatu

d. Bahasa

Bahasa yang digunakan sesuai dengan bahasa sehari-hari dirumahnya atau bahasa ibu yang lebih mereka fahami

H. Keadaan lingkungan yang mempengaruhi timbulnya penyakit

Faktor keturunan dari kakeknya dan tidak ada pada lingkungan

I. POLA FUNGSI KESEHATAN

1. Pola presepsi dan tata laksana kesehatan

Jika klien sakit langsung dibawa ke bidan atau perawat

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Keterangan	Sebelum sakit	Saat sakit
Frekuensi	3x sehari	2x sehari
Jenis	Nasi, sayur, lauk, pauk, teh, susu	Bubur kasar, sayur, ayam, telur, teh
Porsi	1 porsi habis	$\frac{1}{2}$ porsi
Keluahan	Tidak ada	Agak mual

3. Pola eliminasi

Sebelum MRS :

Eleminasi urin: frekuensi sering, khas amoniak, kuning pucat, perasaan setelah BAK lega

Eleminasi alvi : BAB lunak berberntuk, bau khas, kuning kecoklatan

Saat MRS :

Eliminasi urin: frekuensi sering, khas amoniak, kuning pucat , perasaan setelah BAK lega

Eliminasi alvi: BAB lunak, tidak berbentuk, bau khas, kuning

4. Pola aktivitas / bermain (termasuk kebersihan diri)

Sebelum MRS : klien dapat bermain dengan teman-temannya dan tidak ketergantungan dalam bermain

Saat MRS : klien tampak lemah, idak mau bermain, sering rewel dan gelisah

5. Pola Istirahat tidur

Sebelum MRS:

Pagi : ibu mengatakan anaknya tidur siang pukul 13.00 lamanya 2 jam

Malam : ibu mengatakan anaknya tidur malam pukul 20.00 lamanya 8 jam

Saat MRS :

Pagi : ibu mengatakan anaknya tidur siang pukul 11.00 lamanya 1 jam, sering terbangun dan agak rewel

Malam : ibu mengatakan anaknya tidur malam pukul 20.00 lamanya 6 jam sering terbangun ditengah malam

6. Pola konsep diri

Tidak terkaji

7. Pola hubungan- peran

Hubungan klien dengan keluarga baik dan juga dengan perawat, banyak yang menjenguk klien

8. Pola seksual – seksualitas

Klien berjenis kelamin perempuan dan berusia 6th

9. Pola mekanisme coping

Jika merasa sakit dan panas klien minta ibunya ada disampingnya dan tidak mau yang lain

10. Personal nilai dan kepercayaan

Klien sudah bisa melakukan ibadah hanya belum tepat masih belajar

J. PEMERIKSAAN FISIK

1. Status kesehatan umum

Keadaan umum : lemas, cemas, gelisah, meringis

Kesadaran : composmentis

Tanda – tanda vital :

TD : 100/70mmHg Suhu : 38,5°C

Nadi : 125x/menit RR : 20x/menit

Tinggi badan : 120cm

Lingkar kepala : 60cm

Lingkar dada : 50cm

Lingkar lengan atas : 30cm

Bb sebelum sakit : 32kg

Bb saat ini : 30kg

2. Kepala

Rambut : tebal, kriting, hitam, berminyak

Muka :bersih, tidak ada luka,lemah, kemerahan

Mata : konjungtiva pucat, pupil isokor, sklera putih, kelopak mata cekung

Hidung : bersih, simetris, tidak menggunakan cuping hidung

Mulut : bibir normal simetris, mukosa kering,lidah kotor

Gigi : ada yang copot masih gigi sulung

Telinga : bersih, tidak ada serumen

3. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

4. Thorax / dada

Paru :

Inspeksi : normal ches, tidak ada retraksi

Palpasi : vocal fremitus teraba dikanan kiri

Perkusi : sonor

Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

Jantung :

Inspeksi : intracosta tidak terlihat

Palpasi : madklavikula tidak ada,tidak ada nyeri

Perkusi : redup

Auskultasi : S1 S2 tunggal dublub

5. Abdomen

Inspeksi : perut datar

Auskultasi : bising usus 10x/menit, sedikit kembung

Palpasi : adanya nyeri tekan, ada masa, tugor kulit lambat ±5detik

Perkusi : hipertimpani

6. Keadaan punggung

Tidak ada kelainan kifosis, lordosis, skoliosis

7. Ekstremitas

555		555
5555		5555

Keterangan :

Ekstremitas kiri atas terpasang infus 20 tpm

Jari lengkap 10 pada ekstremitas bawah atas kanan dan kiri

Kekuatan kedua tangan kanan dan kiri normal

Kekuatan kedua kaki kanan dan kiri normal

Tidak ada oedem pada tangan kaki kanan dan kiri,akral hangat

8. Genitalia dan anus

Tidak terkaji

9. Pemeriksaan neurologis

GCS : 4:5:6, tidak ada kaku kuduk, keadaan compos mentis, akral hangat, CRT >5 detik

K. PEMERIKASAAN DIAGNOSTIK

1. Laboratorium

09 Juli 2018

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI DARAH LENGKAP			
Leukosit	11.93 H	3.8-10.6	/ul
Eritrosit	5.36	4.4-5.9	Juta/l
Hemoglobin	15.9	13.2-17.3	Mg/dl
Hematocrit	48.2	40-52	%
MCV	90.0	80-100	%
MCH	29.6	26-34	%
MCHC	32.9	32-36	%
Trombosit	333	150-440	%
HITUNG JENIS			
Basofil	0.1	0.0-0.1	%
Eosinofil	0.3 L	2.0-4.0	%
Neutrofil	91.0	50.0-70.0	%
Limfosit	7.8 L	25.0-40.0	%
Monosit	0.8 L	2.08.0	%

KIMIA			
Gds	196	70-105	Mg/dl
WIDAL			
Salmonella typhi O	Positive 1/80	Negative	
Salmonella thypi H	Positive 1/320	Negative	

2. Radiologi

3. Lain-lain

4. TERAPI

1. Oral

Sanvita syr 2x1

2. Parental

Tgl 09 Juli 2018	Tgl 10 Juli 2018	Tgl 11 Juli 2018
a. Infs. DS½NS 1300cc/24jam	a. Infs. DS½NS 1300cc/24jam	a. Infs. DS½NS 1300cc/24jam
b. Inj. Pamol 4x170mg	b. Inj. Pamol 4x170mg	b. Inj. Pamol
c. Inj. Ranitidine 2x20mg	c. Inj. Ondansentron 3x2mg	4x170mg
d. Inj. Ondansentron 3x2mg	d. Inj. Ceftriaxon 2x425mg	c. Inj. Ceftriaxon
e. Inj. Ceftriaxon 2x425mg		2x425mg

3. Lain-lain

ANALISA DATA

TANGGAL /JAM	PENGELOMPOKKA DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB
09/07/2018/ 22.00wib	<p>DS : Ibu klien mengatakan demam sejak ± 7 hari, suhu naik turun, naiknya saat sore hari</p> <p>DO : S:38,5°C, gelisah, mukosa kering, akral hangat, lemah, muka berwarna kemerahan</p>	Hipertermi	Penyakit
09/07/18 22.00wib	<p>DS: Ibu klien mengatakan perut anaknya kembungdannya riskalanya ringan ya 3-5, datangnya setelah makandanw aktunya lumayan lama tetapi hilang jika duduk bersandar</p> <p>DO: TD: 100/70mmHg, Suhu : 38,5°C, Nadi: 125x/menit, RR: 20x/menit, lemah, mukosa kering, gelisah, akral hangat, Inspeksi : perut datar, auskultasi : bising usus 10x/menit, sedikit kembung, palpasi : adanya nyeri tekan, ada masa, tugor kulit lambat ±5detik, perkusi : hipertimpani</p>	Nyeri akut	Agen penyebab cidera biologis atau infeksi

09/07/18 22.00wib	<p>DS: Ibu klien mengatakan makan masih kadang mau dan kadang tidak, masih sering mual tidak sampai muntah</p> <p>DO: Frekuensi makan 2xsehari, $\frac{1}{2}$ porsi, keluhan saat dan setelah makan mau muntah, bb 32kg turun ke 30kg</p>	Resiko gangguan pemenuhan nutrisi	Anoreksia
----------------------	--	-----------------------------------	-----------

**DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN/ MASALAH KOLABORATIF
BERDASARAKAN PRIORITAS**

NO	Tanggal/ pukul	Diagnosis Keperawatan / Masalah Kolaboratif	Paraf
1	09/07/18 22.00wib	Hipertermi berhubungan dengan penyakit yang ditandai dengan S:38,5°C, gelisah, mukosa kering, akral hangat, lemah, muka berwarna kemerahan	
2	09/07/18 22/00wib	Nyeri akut berhubungan dengan Agen penyebab cidera biologis atau infeksi yang ditandai dengan TD: 100/70mmHg, Suhu : 38,5°C, Nadi: 125x/menit, RR: 20x/menit, lemah, mukosa kering, gelisah, akral hangat, Inspeksi : perut datar, auskultasi : bising usus 10x/menit, sedikit kembung, palpasi : adanya nyeri tekan, ada masa, tugor kulit lambat ±5detik, perkusi : hipertimpani	
3	09/07/18 22/00wib	Resiko gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan anoreksia yang ditandai dengan frekuensi makan 2xsehari, ½ porsi, keluhan saat dan setelah makan mau muntah, bb 32kg turun ke 30kg	

RENCANA ASUHAN KEPEAWATAN

TGL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN/ MASALAH KOLABORATIF	TUJUAN & KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
09/07/18 22.00wib	Hipertermi berhubungan dengan penyakit	<p>Tujuan : Ibu klien mengatakan panas anaknya turun atau terkontrol dalam 1x24jam dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 100/70mmHg N :60-100x/menit RR :16-20x/menit S: 36-37°C 2. Tidak ada perubahan warna kulit 3. Mukosa lembab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Lakukan kompres pada aksila atau inguinal 3. Anjurkan menggunakan baju menyerap panas 4. Kolaborasi pemberian antipiretik dengan tim kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan denyut nadi, penurunan tekan vena sentral, dan penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hipovolemia yang mengarah pada perfusi jaringan. Kulit yang dingin, pucat dan buruk dapat juga mengindikasikan penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompenasi pada hipoksia jaringan, mengecek suhu tubuh membandingkan dengan data yang akurat. 2. Membantu penurunan panas dengan non farmakologi 3. Meningkatkan kenyamanan, menurunkan temperature suhu tubuh 4. Menurunkan demam

10/07/18 22.00wib	Nyeri akut berhubungan dengan Agenpenyebabcidera biologisatauinfeksi	<p>Tujuan :</p> <p>Ibu klien mengatakan tingkat kenyamanan meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menyatakan level nyeri pada scala 2-3, frekuensi nyeri, lokasi nyeri, kualitas nyeri, dan faktor 2. Menyatakan kenyamanan fisik dan psikologis 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 100/70mmHg N :60-100x/menit RR :16-20x/menit S: 36-37°C 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan observasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Tanda-tanda vital 2. Ajarkan distraksi dan relaksasi untuk mengatasi nyeri 3. Anjurkan keluarga mengontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. 4. Kolaborasi pemberian analgesik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon nyeri sangat individual sehingga penangananya pun berbeda untuk masing-masing individu 2. Meningkatkan kenyamanan 3. Lingkungan yang nyaman dapat membantu klien untuk mereduksi nyeri. 4. Kolaborasi yang tepat membantu pasien mempercepat tindakan keperawatan
11/07/18 22.00wib	Resikogangguanpemenuhannutrisi berhubungan dengan anoreksia	<p>Tujuan:</p> <p>Pasien mampu mempertahankan kebutuhan nutrisi adekuat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> a. Observasi pola makan klien, adanya alergi makanan, makanan yang disukai oleh klien. b. Anjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisinya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen nutrisi dan monitor nutrisi yang adekuat dapat membantu klien mendapatkan nutrisi sesuai dengan kebutuhatubuhnya.

		<p>2. Pasien mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang diberikan</p> <p>c. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi dan pentingnya bagi tubuh klien.</p> <p>d. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk penyediaan nutrisi terpilih sesuai dengan kebutuhan klien.</p> <p>2. Monitor nutrisi</p> <p>a. Monitor BB (Berat Badan) setiap hari jika memungkinkan, respon klien terhadap situasi yang mengharuskan klien makan</p> <p>b. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak bersamaan dengan waktu klien makan.</p>	
--	--	--	--

PELAKSANAAN

NO DIAGNOSIS/MA ALAH KOLABORATIF	TANGGA L/PUKUL	TINDAKAN	PARAF
1,2,3	09/07/18 22.00wib	1. Observasi Ttv TD: 100/70mmHg, Suhu : 38,5°C, Nadi: 125x/menit, RR: 20x/menit 2. Observasi cairan infus DS½NS 20tpm 3. Injeksi Inj. Pamol 4x170mg Inj. Ranitidine 2x20mg Inj. Ondansentron 3x2mg Inj. Ceftriaxon 2x425mg NB: ada tambahan syurp dari dokter kolaborasi untuk perbaikan nutrisi Sanvita 2x1	
1,2,3	23.15wib		
3	10/07/18 07.00wib	4. Observasi frekuensi,porsi, pola, nafsu makan klien R/ klien makan bubur kasar habis hampir ½ piring makan lumayan mau sedikit mau mual	
1,2,3	08.00wib	5. Injeksi dan observasi cairan infus Infs. DS½NS 1300cc/24jam Inj. Pamol 4x170mg Inj. Ondansentron 3x2mg Inj. Ceftriaxon 2x425mg Sanvita 2x1	
1,2,3	09.00wib	6. Observasi TTv TD: 100/70mmHg, Suhu : 37,5°C, Nadi: 100x/menit, RR: 20x/menit R/mukosa masih kering, wajah masih merah panasnya lumayan turun	
2	10.00wib	7. Observasi skala,frekuensi,lokasi, dan kualitas R/ skala nyeri 2, sudah jarang terasa,lokasinya diperut dan kualitasnya tidak begitu sakit	
2	11.00wib	8. Klien mencoba distraksi relaksasi dibantu perawat lalu dilanjutkan oleh ibunya R/klien masih belum mampu melakukan distraksi, klien mencoba agar bisa istirahat	

1	12.00wib	9. Injeksi Inj. Pamol 4x170mg	
1,2,3	11/07/18 14.30wib	10. Observasi TTv dan skala nyeri TD: 100/80mmHg, Suhu : 36°C, Nadi: 80x/menit, RR: 18x/menit	
1,2,3		11. Observasi skala nyeri R/ perut sudah tidak terasa sakit, makan lumayan enak habis 1 porsi minum banyak agak sedikit mual makan dibantu minum dan pelan-pelan, mukosa bibir lembab dan warna kulit kembali normal	
1	16.00wib	12. Injeksi Inj. Pamol 4x170mg	
1,2,3	18.00wib	13. Injeksi dan obs ciran Infs. DS½NS 1300cc/24jam Inj. Pamol 4x170mg Inj. Ceftriaxon 2x425mg	
1,2,3	19.00wib	14. Kunjungan dokter klien boleh KRS besok R/ keadaan klien membaik nafsu makan baik, nyeri hilang dan panas turun	

EVALUASI

MASALAH KEP/KOLABORATIF	TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
1	10/07/18 07.00wib	S : ibu klien mengatakan panasnya naik turun O : TD: 100/70mmHg, Suhu : 38,5°C, Nadi: 125x/menit, RR: 20x/menit, mukosa kering, A : hipertermi,belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
2		S : Ibu klien mengatakan perut anaknya kembung dan nyeri skala nyerinya 3-5, datangnya setelah makan dan waktunya lumayan lama tetapi hilang jika dibuat duduk bersandar O: nyeri masih terasa,cemas, gelisah,mkosa kering, TD: 100/70 mmHg, Suhu : 38,5°C, Nadi: 125 x/menit, RR: 20 x/menit, A: nyeri akut,belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
3		S: Ibu klien mengatakan makan masih kadang mau dan kadang tidak, masih sering mual tidak sampai muntah O: Frekuensi makan 2xsehari, ½ porsi, keluhan saat dan setelah makan mau muntah, bb 32kg turunke 30kg A: nafsu makan masih kurang,belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
1	09/07/18 13.00wib	S: ibu klien mengatakan anaknya sudah hangat sudah tidak panas lagi seperti kemaren O : TD: 100/70mmHg, Suhu : 37,5°C, Nadi: 100x/menit, RR: 20x/menit, mukosa masih kering, warna kulit masih kemerahan A: hipertermi, masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	
2		S :ibu klien mengatakan kalau	

		<p>perutnya sudah mendingan dan jarang mengeluh</p> <p>O : skala nyeri 2, sudah jarang terasa, lokasinya diperut dan kualitasnya tidak begitu sakit, klien masih belum mampu melakukan distraksi, klien mencoba agar bisa istirahat, TD: 100/70mmHg, Suhu : 37,5°C, Nadi: 100x/menit, RR: 20x/menit,</p> <p>A: nyeri akut, masalah teratas sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau makan meskipun sedikit setelah diberi vitamin</p> <p>O : klien makan bubur kasar habis hampir $\frac{1}{2}$ piring makan lumayan mau sedikit mau mual</p> <p>A : nafsu makan masih kurang, masalah teratas sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
1	10/07/18 20.00wib	<p>S : ibu klien mengatakan panasnya sudah turun dan sudah enakan</p> <p>O : TD: 100/80mmHg, Suhu : 36°C, Nadi: 80x/menit, RR: 18x/menit, mukosa sudah lembab, warna kulit normal</p> <p>A : masalah teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi (klien KRS)</p>	
2		<p>S: ibu klien mengatakan perutnya sudah tidak sakit lagi</p> <p>O : TD: 100/80mmHg, Suhu : 36°C, Nadi: 80x/menit, RR: 18x/menit, perut tidak terasa sakit lagi</p> <p>A : masalah teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi (klien KRS)</p>	
3		<p>S : ibu klien mengatakan makannya sudah enak meskipun agak mual</p> <p>O : makan lumayan enak habis 1 porsi minum banyak agak sedikit mual makan dibantu minum dan pelan-pelan</p> <p>A : masalah teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi (klien KRS)</p>	

