

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DEMAM THYPOID DENGAN  
KOMPRES HANGAT DI RSUD KABUPATEN TAPANULI SELATAN**



**Disusun Oleh :  
NELLI HERAWATI POHAN  
NIM : 20040050**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2021**

**LAPORAN ELEKTIF  
KEPERAWATAN ANAK**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DEMAM THYPOID DENGAN  
KOMPRES HANGAT DI RSUD KABUPATEN TAPANULI SELATAN**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh  
Gelar Profesi Ners



**Disusun Oleh :  
NELLI HERAWATI POHAN  
NIM : 20040050**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2021**

## **LEMBAR PENGESAHAN**

Asuhan Keperawatan Anak Demam Thyroid Dengan Kompres Hangat  
Di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan

Padangsidempuan, Oktober 2021

**Pembimbing**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'N. Sagala', with a horizontal line underneath.

**Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM**

## LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Anak Demam Thypoid Dengan Kompres Hangat  
Di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan

Padangsidempuan, Oktober 2021

**Pembimbing**



**Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM**

**Penguji**



**Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep**

**Ketua Program Studi  
Pendidikan Profesi Ners**



**Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM**

**Dekan Fakultas Kesehatan**



**Arinil Hidayah,SKM, M.Kes**

## **IDENTITAS PENULIS**

### 1. Data Pribadi

Nama : Nelli Herawati Pohan  
NIM : 20040050  
Tempat/Tanggal Lahir : Sipirok, 05 Juni 1979  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Banjar Toba Kelurahan Sipirok Godang

### 2. Riwayat pendidikan

1. SD Negeri Sipogu : Lulus tahun 1992
2. MTS Abu Bakar Siddik Parau Sorat : Lulus tahun 1995
3. Aliyah Abu Bakar Siddik Parau Sorat : Lulus tahun 1998
4. AKPER Dewi Maya : Lulus tahun 2001
5. S1 Keperawatan Univ. Afa Royhan : Lulus tahun 2014

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyusun laporan elektif dengan judul “Asuhan Keperawatan Anak Demam Thyfoid Dengan Kompres Hangat Di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan”, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Dalam proses penyusunan laporan elektif ini, saya banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, saya menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Ibu Arinil Hidayah, SKM, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
2. Ibu Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM selaku Ketua Program Studi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan dan selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan penelitian ini.
3. Bapak drg. M. Firdausi Batubara, selaku Kepala UPT. RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan.
4. Seluruh dosen Program Studi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
5. Suami dan anak-anak tercinta, atas dukungan dalam menyelesaikan penelitian ini.

6. Teman-teman seprofesi di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan yang telah ikut membantu kelancaran penelitian ini.
7. Teman-teman seperjuangan di Program Studi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Aupa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Kritik dan saran yang bersifat membangun peneliti harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudah-mudahan penulisan ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Padangsidempuan, Oktober 2021

Penulis

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN

Laporan Penelitian, Oktober 2021

Nelli Herawati Pohan

Asuhan Keperawatan Anak Demam Thypoid Dengan Kompres Hangat  
Di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan

**Abstrak**

Demam thypoid merupakan penyakit yang menyerang usus halus, penyebabnya adalah bakteri *salmonella thypi* yang akan menyebabkan hipertermi pada seseorang yang telah terinfeksi. Insiden demam typhoid di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan khususnya diruangan rawat inap anak tentang penyakit thypoid pada anak sampai pertengahan tahun 2021 sebanyak 9 orang. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan demam thypoid dengan kompres hangat. Hasil laporan kasus ditemukan data pada An.G yaitu ibu klien mengatakan suhu tubuh pasien turun naik, ibu klien mengatakan nafsu makan pasien tidak ada, ibu klien mengatakan aktifitas pasien dibantu sebgiaan, ibu klien mengatakan berat badan pasien menurun, ibu klien mengatakan pasien mual dan muntah. Hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada An.G yaitu Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Berdasarkan masalah keperawatan di atas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Kesimpulan demam typhoid merupakan kejadian yang sering terjadi di kalangan masyarakat Indonesia dimana jika tidak ditangani secara tepat bisa mengancam kehidupan pasien. Oleh karena itu, di sarankan kepada instansi Rumah Sakit untuk melakukan Asuhan Keperawatan pasien demam typhoid secara tepat dan benar.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Demam Typhoid, Kompres Hangat  
Daftar Pustaka : (2009-2020)**

## DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN .....	i
IDENTITAS PENULIS .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	6
1.3. Tujuan Penelitian .....	7
1.4. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>8</b>
2.1. Konsep Dasar Demam Thypoid .....	8
2.2. Konsep Kompres Hangat .....	21
2.3. Asuhan Keperawatan .....	24
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>41</b>
3.1. Pengkajian .....	41
3.2. Analisa Data .....	50
3.3. Diagnosa Keperawatan .....	53
3.4. Intervensi Keperawatan .....	54
3.5. Implementasi Keperawatan .....	60
3.6. Evaluasi Keperawatan .....	60
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>77</b>
4.1. Analisis Masalah keperawatan Konsep Kasus Terkait .....	77
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>89</b>
5.1. Kesimpulan .....	89
5.2. Saran .....	91
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang paling baru adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial dan memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Pernyataan tersebut memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Pada batasan yang terdahulu, kesehatan itu hanya mencakup tiga aspek, yakni : fisik, mental, dan sosial tetapi menurut Undang-Undang No. 23/1992, kesehatan itu mencakup 4 aspek yakni fisik (badan), mental (jiwa), sosial, dan ekonomi (Notoatmodjo, 2007).

Kesehatan dinilai dari angka kematian (mortalitas) dan kesakitan (morbiditas) selama periode tertentu. Indonesia sebagai salah satu negara dengan jumlah penduduk terbesar di dunia masih menghadapi berbagai permasalahan kesehatan yang cukup pelik, salah satunya adalah masalah kesehatan pada anak. Pada masa kanak-kanak, anak harus melalui periode penting, yaitu periode pertumbuhan atau perkembangan yang disebut juga "*Golden Age*". Pada masa tumbuh kembang, anak usia balita merupakan golongan usia yang paling rentan terhadap penyakit, hal ini berkaitan dengan fungsi protektif atau immunitas anak. Anak merupakan generasi yang akan meneruskan perjuangan bangsa. Oleh karena itu pentingnya menjaga kesehatan anak agar dapat tumbuh menjadi generasi yang sehat dan berkualitas (Wong, 2008).

Merujuk pada masalah kesehatan yang terjadi pada balita, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional yaitu pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan *atraumatic care*. Peran perawat *atraumatic care* yaitu menggunakan pendekatan yang adekuat pada anak untuk mengurangi resiko trauma pada anak. Dengan demikian, *atraumatic care* sebagai bentuk perawatan terapeutik dapat diberikan pada anak dan keluarga dengan mengurangi dampak psikologis dari tindakan keperawatan yang diberikan seperti memperhatikan dampak tindakan yang diberikan dengan elihra prosedur tindakan atau aspek lain yang kemungkinan adanya trauma (Hidayat, 2005).

*Family-Centered Care* didefinisikan oleh *Association for the Care of Children's Health* sebagai filosofi dimana pemberi perawatan mementingkan dan melibatkan peran penting dari keluarga, dukungan keluarga akan membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu pilihan yang terbaik, dan meningkatkan pola normal yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit dan menjalani penyembuhan.

Perawat dapat memberikan pelayanan bersifat promosi kesehatan pada pasien dengan penyakit demam thypoid, cara pencegahan pada penyakit demam thypoid, memberikan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit demam thypoid, dan memberikan pelayanan kesehatan untuk mengembalikan fungsi organ atau bagian tubuh agar sembuh dan dapat berfungsi secara normal (Depkes, 2010).

Demam thypoid merupakan suatu penyakit infeksi bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi*, penyakit ini ditandai oleh panas

berkepanjangan, ditopang dengan bakteremia tanpa keterlibatan struktur endothelia atau endokardial, dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi ke dalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan dapat menular pada orang lain melalui makanan atau air yang terkontaminasi (Sumarmo, 2002).

Penyakit menular ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah kasus sebanyak 22 juta per tahun di dunia dan menyebabkan 216.000–600.000 kematian. Studi yang dilakukan di daerah urban di beberapa negara Asia pada anak usia 5–15 tahun menunjukkan bahwa insidensi dengan biakan darah positif mencapai 180–194 per 100.000 anak, di Asia Selatan pada usia 5–15 tahun sebesar 400–500 per 100.000 penduduk, di Asia Tenggara 100–200 per 100.000 penduduk, dan di Asia Timur Laut kurang dari 100 kasus per 100.000 penduduk. Komplikasi serius dapat terjadi hingga 10%, khususnya pada individu yang menderita thypoid lebih dari 2 minggu dan tidak mendapat pengobatan yang adekuat. *Case Fatality Rate* (CFR) diperkirakan 1–4% dengan rasio 10 kali lebih tinggi pada anak usia lebih tua (4%) dibandingkan anak usia  $\leq 4$  tahun (0,4%). Pada kasus yang tidak mendapatkan pengobatan, CFR dapat meningkat hingga 20% (Purba, dkk, 2017).

Di Indonesia, thyfoid bersifat endemis yang banyak dijumpai di kota besar. Penderita anak yang ditemukan biasanya berumur diatas satu tahun. Sebagian besar dari penderita (80%) yang dirawat di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI- RSCM Jakarta berumur diatas lima tahun. Demam thyfoid lebih sering menyerang anak usia 5-15 tahun.

Menurut laporan WHO (*World Health Organization*), insidensi demam tifoid pada anak umur 5-15 tahun di Indonesia terjadi 180,3/100.000 kasus

pertahun dan dengan prevalensi mencapai 61,4/1000 kasus pertahun.

Pada tahun 2014, angka kesakitan thyfoid di Indonesia menempati urutan ke tiga dari 10 penyakit terbanyak yang di rawat inap di rumah sakit, yaitu dilaporkan sebesar 80.850 kasus, yang meninggal sebanyak 1.747 kasus. Hasil telaah kasus di rumah sakit besar di Indonesia menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus thypoid dari tahun ke tahun dengan rata- rata kesakitan 500/100.000 penduduk dan kematian diperkirakan sekitar 0,6–5%. (Purba, dkk, 2017).

Salah satu masalah yang timbul pada pasien demam thypoid yaitu hipertermia, defisit nutrisi, hipovolemia, nyeri akut, dan konstipasi. Hipertermi adalah suatu keadaan dimana seorang individu mengalami peningkatan suhu tubuh diatas 37,8°C peroral atau 38,8°C perrektal karena faktor eksternal (Nurrofiq, 2012).

Hipertermi berhubungan ketika sistem kontrol suhu normal tubuh tidak dapat secara efektif mengatur suhu internal. Biasanya, pada suhu tinggi tubuh akan mendinginkan melalui penguapan keringat. Namun, dalam kondisi tertentu mekanisme pendinginan ini menjadi kurang efektif. Ketika kelembaban udara tinggi, keringat tidak akan menguap dengan cepat, mencegah tubuh dari melepaskan panas dengan cepat. Selanjutnya, tanpa asupan cairan yang cukup, kehilangan cairan yang berlebihan dan ketidakseimbangan elektrolit juga dapat terjadi menyebabkan dehidrasi. Dalam kasus tersebut, suhu tubuh seseorang meningkat cepat. Suhu tubuh yang sangat tinggi dapat merusak otak dan organ vital lainnya. Kondisi lain yang dapat membatasi kemampuan untuk mengatur suhu tubuh termasuk penyakit demam thyfoid (Librianty, 2014).

Menjaga suhu tubuh agar tetap dalam batas normal merupakan salah satu kebutuhan biologis yang menjadi salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Sistem tubuh yang berperan dalam menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal adalah termoregulasi dan dengan melakukan intervensi kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh anak. Termoregulasi adalah proses homeostatik yang berfungsi untuk mempertahankan suhu tubuh untuk tetap dalam keadaan normal, yang dicapai dengan menyeimbangkan panas yang ada dalam tubuh dan panas yang dikeluarkan melalui keringat (Librianty, 2014).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Sri Purwanti dan Winarsih Nur Ambarwati (2017) mengenai Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta menyatakan bahwa dengan kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh. Pada rata-rata suhu tubuh sebelum tindakan kompres hangat 38,9°C sampai dengan 40°C. Setelah mendapatkan kompres hangat selama 10 menit menjadi 37,9°C.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Inawati (2017) Demam thypoid adalah penyakit infeksi bakteri, yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi*. Berdasarkan keterangan tersebut maka thypoid adalah seseorang yang terinfeksi

bakteri yang disebut bakteri *Salmonella Enterica Serovar Typhi (S typhi)* yang berdampak kepada tubuh seseorang secara menyeluruh ditandai dengan adanya demam. Penyakit ini ditularkan melalui konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh tinja atau urin orang yang terinfeksi. Gejala biasanya muncul 1-3 minggu setelah terkena, dan gejala meliputi demam tinggi, malaise, sakit kepala, mual, kehilangan nafsu makan, sembelit atau diare, bintik-bintik merah muda di dada dan pembesaran limpa dan hati.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Putra (2012) di Rumah Sakit Cipto Mangun Kusumo, kejadian demam thypoid pada anak sangat erat kaitannya dengan kebiasaan jajan anak di sekolah. Hal ini dikarenakan penyakit demam thypoid termasuk dalam *Foodborn Disease*. Dalam menunjang kebiasaan jajan anak di sekolah dalam upaya pencegahan tertular penyakit demam thypoid sangatlah diperlukan pengawasan dari orang tua terutama ibu terhadap kebiasaan jajan anak di sekolah.

Berdasarkan data yang penulis peroleh dari ruang rawat anak RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan, didapatkan data dari tiga bulan terakhir sebanyak 9 orang anak dengan kasus demam thypoid. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun karya ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan Anak Demam Thyfoid Dengan Kompres Hangat Di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penulisan ini yaitu “Bagaimana melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan demam thypoid dengan menerapkan kompres hangat?”.

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada An. G dengan gangguan sistem pencernaan : demam thypoid di ruang anak RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan tahun 2021.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Mampu memahami konsep dasar tentang penyakit demam thypoid, perawatan demam thypoid, tumbuh kembang anak, dan peran perawat atraumatic care, serta FCC (*Family Centered Care*).

- a) Mampu memberikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi pada An.G dengan demam thypoid
- b) Mampu menganalisa jurnal keperawatan yang berhubungan dengan demam thypoid dengan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada An.G dengan demam thypoid.
- c) Mampu mengaplikasikan jurnal keperawatan yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan pada An. G dengan demam thypoid

### **1.4 Manfaat Penulisan**

#### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan demam thypoid dan peneliti juga berharap asuhan keperawatan tentang demam thypoid dan lebih dikembangkan oleh peneliti lain dengan diagnosa keperawatan lainnya.

#### **1.4.2 Bagi RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan**

Membantu memberikan pelayanan yang optimal kepada anak dengan demam tifoid dan hasil karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi dan pengetahuan bagi perawat ruang rawat inap anak dan dapat diterapkan sebagai upaya untuk melakukan asuhan keperawatan dalam mengelola anak dengan demam tifoid di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan.

#### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat dijadikan sebagai bahan untuk pelaksanaan pendidikan serta masukan dan perbandingan untuk karya ilmiah lebih lanjut asuhan keperawatan anak dengan demam thypoid.

#### **1.4.4 Bagi Profesi**

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien anak demam thypoid dengan kompres hangat di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan .

#### **1.4.5 Bagi Klien Dan Keluarga**

Agar terpenuhinya kebutuhan masalah kesehatan pasien dan dapat meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga pasien dalam membantu proses penyembuhan.

## **BAB II TINJAUAN TEORITIS**

### **2.1 Konsep Dasar Demam Thypoid**

#### **2.1.1 Definisi Demam Thypoid**

Demam thypoid merupakan suatu penyakit infeksi bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*, penyakit ini ditandai oleh panas berkepanjangan, ditopang dengan bakteremia tanpa keterlibatan struktur endothelia atau endokardial, dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan *peyer's patch* dan dapat menular pada orang lain melalui makanan atau air yang terkontaminasi. (Sumarmo, 2002)

#### **2.1.2 Klasifikasi Demam Thypoid**

Menurut WHO (2003), ada 3 macam klarifikasi demam thypoid dengan perbedaan gejala klinis :

##### **1. Demam Thypoid Akut Non Komplikasi**

Demam tifoid akut dikarakterisasi dengan adanya demam berkepanjangan abnormalis fungsi bowel (konstipasi pada pasien dewasa, dan diare pada anak-anak), sakit kepala, malaise, dan anoksia. Bentuk bronchitis biasa terjadi pada fase awal penyakit selama periode demam, sampai 25% penyakit menunjukkan adanya resespot pada dada, abdomen dan punggung.

##### **2. Demam Tifoid Dengan Komplikasi**

Pada demam thypoid akut keadaan mungkin dapat berkembang menjadi komplikasi parah. Bergantung pada kualitas pengobatan dan keadaan kliniknya, hingga 10% pasien dapat mengalami komplikasi, mulai dari melena, perforasi,

susu dan peningkatan ketidaknyamanan abdomen.

### 3. Keadaan Karier

Keadaan karier thypoid terjadi pada 1-5 % pasien, tergantung umur pasien. Karier thypoid bersifat kronis dalam hal sekresi *Salmenella typhi* di feses (WHO, 2003).

#### 2.1.3 Etiologi Demam Thypoid

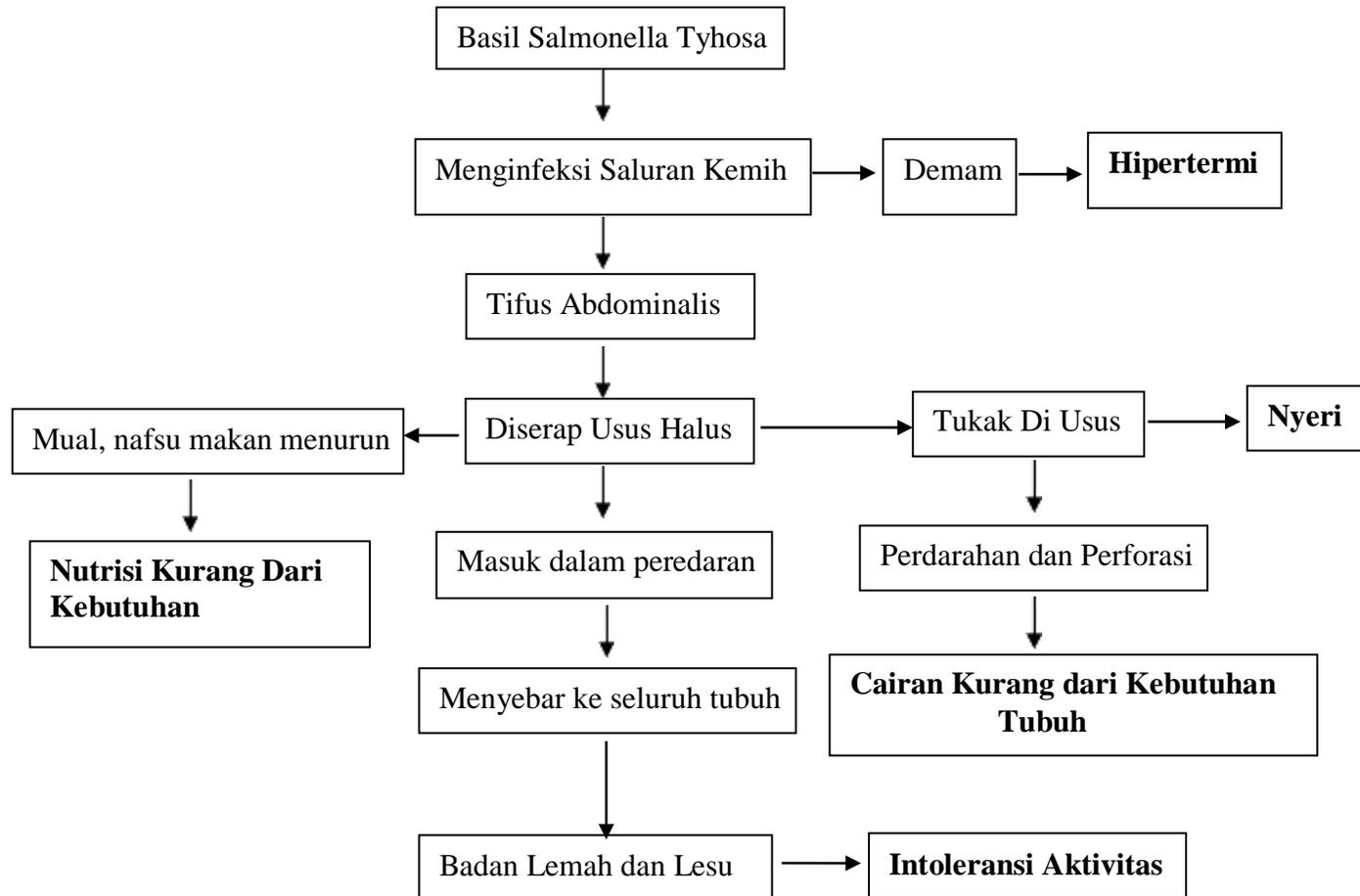
Etiologi thypoid adalah bakteri gram negatif, bentuk batang, tidak berkapsul, bersifat aerobik dan anaerob fakultatif, memiliki flagela dan tidak berspora, dinamakan salmonela atau *Salmonella Entérica Serotype Typhi*. *Salmonella sp* memiliki ciri khas antigen O, H dan Vi. Penyakit thypoid ini sering dihubungkan dengan paratifoid, yang biasanya lebih ringan dan menunjukkan gambaran klinis yang sama, atau menyebabkan enteritis akut disebabkan oleh genus bakteri yang sama dengan subspecies *paratyphi A,B, C*. *Salmonella Typhi* hanya menginfeksi manusia, sedangkan *S. Paratyphi* menginfeksi manusia dan hewan peliharaan.

#### 2.1.4 Patofisiologi Demam Thypoid

Melalui berbagai cara penularan *Salmonella Thypii* dapat ditularkan, yang telah dikenal sebagai 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (kuku/jari tangan), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan juga melalui *Feses*. Kuman *Salmonella Thypii* dapat menular kepada orang lain oleh feses dan muntah pada penderita typhoid. Lalat menjadi perantara kuman *Salmonella Thypii* dapat ditularkan, dimana lalat menghinggapi makanan yang akan dikonsumsi, dan melalui mulut makanan yang tercemar kuman *Salmonella Thypii* masuk ke tubuh.

Melalui saluran pencernaan *Salmonella Thyposa* masuk dan kemudian masuk menuju lambung. Setelah basil berhasil masuk ke dalam lambung, maka asam lambung memusnahkan sebagian basi dan masuk ke bagian distal pada usus halus sebagiannya lagi hingga mencapai jaringan limfoid. Kuman berkembang biak di dalam jaringan limfoid, kemudian masuk menuju aliran darah untuk mencapai sel-sel retikuloendotelial agar kuman dapat dilepaskan ke dalam sirkulasi darah sehingga menimbulkan bakteremia. Selanjutnya kuman menyebar masuk ke limpa, usus halus, kandung empedu, hati (organ utama), serta berkembang biak sehingga organ-organ tersebut menjadi membesar (Ngastiyah,2000).

### 2.1.5 Pathway



### **2.1.6 Manifestasi Klinik**

1. Gejala pada anak : inkubasi antara 5-40 hari dengan rata-rata 10- 14 hari
2. Sampai akhir minggu pertama demam meninggi
3. Minggu keempat demam turun, dapat menyebabkan shock, stupor, dan koma apabila demam tidak tertangani
4. Hari ke 7-10 muncul ruam dan bertahan selama 2-3 hari
5. Kepala nyeri
6. Nyeri perut
7. Kembung
8. Mual, muntah, diare
9. Konstipasi
10. Pusing
11. Nyeri otot
12. Batuk
13. Epistaksis
14. Bradikardi
15. Lidah yang berselaput (tepi dan ujung merah serta tremorkotor, ditengah kotor)
16. Hepatomegali
17. Splenomegali
18. Metersismus
19. Gangguan mental berupa samnolen
20. Psikosis atau delirium (Sudoyo Aru, dkk 2009)

Keluhan dan gejala demam thypoid			
Minggu	Keluhan	Gejala	Patologi
Minggu Pertama	Panas berlangsung mencapai 39-40°C, menggigil, dan nyeri kepala	Gangguan saluran cerna	Bakteremia
Minggu Kedua	Rasa nyeri abdomen, diare atau konstipasi, delirium	Splenamegali, hepatomegali	Vaskulitis, nodul tifoid, pada limpa dan hati
Minggu Ketiga	Komplikasi : perdarahan saluran cerna, perforasi, syok	Melena, ilius, ketegangan abdomen, koma	Ulserasi, nodul tifoid pada limpa dan hati
Minggu Keempat	Keluhan menurun, relaps, penurunan BB	Tampak sakit berat, kakeksia	Kolelitiasis, carrier kronik

Sumber : Penyakit infeksi di Indonesia hal 197

### 2.1.7 Komplikasi

Komplikasi demam tifoid dapat dibagi atas dua bagian, yaitu :

- a) Perdarahan minor yang dialami penderita demam tifoid hanya sekitar 25% yang tidak perlu tranfusi darah. Penderita dapat mengalami syok yang diakibatkan pendarahan hebat. Apabila mengalami pendarahan mencapai 5 ml/kg/jam maka secara klinis perdarahan akut darurat bedah ditegakkan.

b) Perforasi Usus

Sekitar 3% dapat terjadi kepada penderita. Biasanya pada minggu ketiga akan timbul tetapi dapat timbul pula pada minggu pertama. Penderita akan mengalami nyeri perut hebat terutama pada daerah kuadran kanan dan akan menyebar keseluruh bagian perut. Bukan itu saja, tekan darah menurun, nadi cepat, dan sampai bisa mengalami syok.

c) Komplikasi tulang : osteomielitis, periostitis, spondilitis, dan artritis

d) Komplikasi neuropsikiatrik : Sindrom katatonik, psikosis, meningitis, polineuritis perifer, meningismus, dan delirium.

### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa pemeriksaan untuk membantu penegakkan diagnosis untuk demam tifoid yaitu:

1. Pemeriksaan darah tepi

Pada hasil pemeriksaan darah penderita umumnya ditemukan anemia, bisa menurunnya dan meningkatnya jumlah leukosit normal, mungkin juga terdapat trombositopenia. Adanya leukopenia dan limfositosis relatif dapat menjadi dugaan kuat untuk diagnosis demam tifoid (Hoffman, 2002).

2. Uji biakan darah

Apabila bakteri salmonella typhi ditemukan berkembang biak dalam darah, urin, feses, sumsum tulang, dan cairan duodenum, dapat ditegakkan diagnosis pasti pada demam tifoid. Pada awal penyakit bakteri lebih mudah ditemukan dalam sumsum tulang dan darah, kemudian di dalam urin dan feses dapat di temukan bakteri salmonella typhi pada stadium berikutnya (Hardi et al., 2002).

### 3. Uji serologi

Untuk dapat membantu menegakkan diagnosis demam thypoid dapat menggunakan uji serologi dengan cara mendeteksi adanya komponen antigen salmonella typhi memiliki antibody yang spesifik maupun terhadap mendeteksi antigen itu sendiri. Menegakkan diagnosis demam tifoid dapat dilakukan dengan beberapa uji serologis (uji widal dan tubex test).

### 4. Uji Widal

Uji widal adalah salah satu cara untuk mendeteksi adanya kuman salmonella typhi terhadap antibody. Reaksi aglutinasi antara antibodi penderita dan antigen kuman Salmonella typhi terjadi ada uji widal. Antigen yang digunakan adalah suspensi biakan Salmonella typhi yang sudah dibasmi dan kemudian telah diolah di dalam laboratorium. Salmonella typhi memiliki 3 antigen, yaitu : antigen O (antigen somatic), antigen H (antigen flagella), dan antigen Vi (antigen kapsul). Ketika ketiga macam antigen tersebut ada di dalam tubuh penderita, maka secara alami tubuh penderita tersebut akan membentuk 3 macam antibodi yang biasa disebut aglutinin (Widodo, 2006). Hanya agglutinin O dan H yang ditentukan titernya untuk diagnosis, semakin tinggi titernya maka semakin kuat penegakkan diagnosa thypoidnya.

### 5. Pemeriksaan Tubex

Pemeriksaan tubex lebih baik jika dibandingkan dengan pemeriksaan wijal, karena pemeriksaan tubex merupakan metode diagnosis dengan tingkat sensitifikal dan spesifisitas yang lebih baik. Pemeriksaan yang dilakukan lebih sederhana, lebih cepat, dan lebih akurat untuk digunakan. (Rahayu, 2013).

## 6. Pemeriksaan kuman secara molekuler.

Cara paling ampuh untuk diagnosis demam thypoid dengan teknik hibridasi asam nukleat untuk mendeteksi DNA (asam nukleat) gen flagellin bakteri salmonella typhi didalam darah atau dengan cara polymerase chain reaction (PCR) untuk amplikasi DNA melalui identifikasi antigen Vi (Liana, 2015).

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

#### a. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Bedrest kurang lebih 14 hari : mencegah komplikasi perdarahan usus.
2. Mobilisasi sesuai dengan kondisi.
3. Untuk mencegah dekubitus setiap 2 jam sekali posisi tubuh harus diubah
4. Diet

Dimasa lampau, sebelum makan nasi, penderita diberi makan diet (bubur saring, bubur kasar, dan akhirnya nasi) sesuai dengan tingkat kesembuhan penderita. Makanan padat dini dapat dianjurkan kepada penderita yang harus sesuai dengan kondisi penderita dan anjuran ini sebelumnya telah diteliti oleh beberapa peneliti. Kebutuhan makanan penderita harus disesuaikan, seperti kebutuhan protein, kalori, vitamin, elektrolit, mineral, diusahakan makan yang rendah/bebas selulose, dan harus menghindari makanan yang iritatif. Pemasukan makanan harus lebih di perhatikan pada penderita gangguan kesadaran.

#### b. Penatalaksanaan Medis

Penderita dengan gambaran klinik jelas disarankan untuk mendapat pengobatan lebih optimal dengan dirawat di rumah sakit, karena observasi penyakit lebih mudah, meminimalisasi terjadinya komplikasi, menghindari

penularan, dan proses penyembuhan lebih cepat (Menkes RI, 2006). Setelah diagnosis klinik ditegakkan maka antibiotik akan segera diberikan. Memastikan bakteri penyebab infeksi, terlebih dahulu harus dilakukan pemeriksaan spesimen darah atau sumsum tulang, kecuali fasilitas biakan ini benar-benar tidak tersedia dan tidak dapat dilaksanakan (Menkes RI, 2006).

Menurut Kamus Saku Kedokteran Dorland (2013) secara sistematis mikroorganisme dapat menghasilkan zat kimiawi yang merupakan antibiotik, dan antibiotik mempunyai kemampuan untuk menghambat pertumbuhan atau membunuh mikroorganisme lain, dimana antibiotik bersifat kurang toksik untuk penjamuannya. Beberapa antibiotik telah dikenal luas memiliki sensitifitas dan efektifitas tinggi untuk mengobati demam tifoid berdasarkan pedoman pengendalian demam tifoid yang dikeluarkan oleh WHO (2011) seperti pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Antibiotik untuk Demam Tifoid

<b>Antibiotik</b>	<b>Dosis</b>	<b>Penjelasan</b>
Ciprofloxacin atau Ofloxacin	15 mg/kg BB per hari selama 5-7 hari	Cepat menurunkan suhu tubuh Ampuh mencegah karier dan relaps Tidak dianjurkan untuk anak karena memiliki efek samping pada pertumbuhan tulang
Cefixime	15-20 mg/kg BB per hari selama 7-14 hari	Pemberian secara per oral Rekomendasi untuk MDR
Azithromycin	8-10 mg/kg BB per hari selama 7 hari	Untuk pasien yang resisten antibiotik quinolon
Kloramfenikol	100 mg/kg BB per hari selama 14-21 hari	Sudah lama dikenal efektif dan sering digunakan Murah Sensitivitas masih tinggi Pemberian per oral atau intravena
Ceftriaxone	75 mg/kg BB per hari selama 10-14 hari	Lama pemberian pendek Dapat digunakan dengan dosis tunggal Aman untuk anak-anak Pemberian secara intravena
Amoxicilin	75-100 mg/kg BB selama 14 hari	Spektrum luas dan aman bagi ibu hamil

Cefotaxime	80 mg/kg BB selama 10-14 hari	-
Kotrimoksazol	8-40 mg/kg BB selama 14 hari	Tidak mahal Pemberian secara per oral
Fluoroquinolon	20 mg/kg BB selama 7-14 hari	Tidak diberikan pada anak- anak karena dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan kerusakan sendi

Sumber: *Guidelines for the Management of Typhoid Fever WHO 2011*

#### 1. Ciprofloxacin dan ofloxacin

Antibiotik golongan fluoroquinolone (ciprofloxacin, ofloxacin, dan pefloxacin) adalah terapi untuk demam tifoid yang efektif, dengan tingkat kesembuhan klinis 98%, 4 hari waktu untuk penurunan demam, dan kurang dari 2% tingkat kekambuhan dan fecal carrier, namun diperuntukan demam tifoid yang disebabkan karena fluoroquinolone dengan isolate tidak resisten.

#### 2. Cefixime

Cefixime saat ini sering digunakan sebagai alternatif. Obat ini diberikan jika ada indikasi penurunan jumlah leukosit hingga  $< 2000/\mu\text{l}$  atau dijumpai adanya resistensi terhadap *Salmonella typhi*. Obat ini diberikan secara per oral (Dahlan dan Aminullah, 2007).

#### 3. Azithromycin

Azithromycin dan cefixime mempunyai sebesar 90% lebih angka kesembuhan klinis, 5-7 hari waktu penurunan demam, 4% angka kekambuhan serta fecal carrier terjadi, dan durasi pemberian lama (14 hari) (Bhan et al., 2005)

#### 4. Kloramfenikol

Banyak penelitian membuktikan bahwa kloramfenikol masih sensitif terhadap *Salmonella typhi* (Chowta,2005). Salah satu kekurangandari obat ini adalah tingginya angka relaps dan karier (Dahlan dan Aminullah, 2007).

#### 5. Ceftriaxone

Merupakan generasi ketiga antibiotic golongan sefalosporin yang telah terbukti efektif dalam mengobati pasien demam tifoid. Ceftriaxone diberikan secara parenteral (Muliawan dan Suryawidjaya, 1999).

#### 6. Amoxicilin

Amoxicilin memiliki efek penyembuhan yang setara dengan kloramfenikol namun waktu penurunan demamnya lebih lambat. Obat ini berspektrum luas sehingga banyak yang menggunakannya untuk mengobati infeksi yang lainnya, akibatnya kemungkinan resistensi semakin meningkat. Namun ibu hamil aman menggunakan obat ini (Menkes RI, 2006)

## **2.2. Konsep Kompres Hangat**

### **2.2.1 Defenisi Kompres Hangat**

Kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat, dan tujuannya untuk memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri (Uliyah & Hidayah 2008, dalam jurnal Fajriyah dan Winarsih, 2013).

Kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada

bagian tubuh yang memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. Dalam keperawatan menurut (Andormoyo, 2013).

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respon klien. Penggunaan kompres. hangat untuk area yang tegang dan nyeri dapat meredakan nyeri tegang dan nyeri dapat meredakan nyeri dengan mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia, yang merangsang nyeri dan menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan aliran darah ke area tersebut (Andormoyo, 2013)

Pada dasarnya, kompres hangat memberikan rasa hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu. Kompres hangat dapat digunakan untuk mengurangi maupun meredakan rangsangan pada ujung saraf atau memblokir arah berjalannya impuls nyeri menuju ke otak meradang (Tamsuri & Hareni, 2011).

### **2.2.2 Manfaat Kompres Hangat**

1. Melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran di jaringan tersebut
2. Pada otot, panas memiliki efek menurun ketegangan
3. Meningkatkan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan kapiler (Fauziyah, 2013)

### **2.2.3 Cara Pemberian Kompres Hangat**

1. Persiapkan alat dan bahan Hot water bag (buli-buli) atau kain yang dapat menyerap air.
2. Air hangat dengan suhu 38 °C sampai 40 °C.
3. Thermometer air.
4. Sarung tangan
5. Baskom dan handuk kering

### **2.2.4 Tahap Kerja Kompres Air Hangat**

1. Cuci tangan
2. Jelaskan pada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan
3. Masukkan air ke dalam botol atau masukan kain, lalu diperas
4. Tempatkan botol atau kain didaerah yang terasa nyeri dan berikan
5. Angkat botol atau kain setelah 15 menit, dan lakukan kompres ulang jika nyeri belum teratasi
6. Kaji perubahan yang terjadi selama kompres dilakukan.

#### **a. Suhu Tubuh**

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar (Potter dan Perry,2005). Pengaturan suhu dikendalikan oleh keseimbangan antara pembentukan panas dan kehilangan panas (Guyton & Hall,2007) . Ada dua jenis suhu :

1. Core temperatur (Suhu inti )

Suhu pada jaringan dalam dari tubuh, seperti kranium, thorax, rongga abdomen dan rongga pelvis.

## 2. Surface temperature

Suhu pada kulit, jaringan subcutan, dan lemak. suhu ini berbeda, naik turunnya tergantung respon terhadap lingkungan. Pada manusia nilai normal untuk suhu tubuh oral adalah  $37^{\circ}\text{C}$ , tetapi pada sebuah penelitian kasar terhadap orang-orang muda normal, suhu oral pagi hari rerata adalah  $36,7^{\circ}\text{C}$  dengan simpang baku  $0,2^{\circ}\text{C}$ . Dengan demikian, 95% orang dewasa muda diperkirakan memiliki suhu oral pagi hari sebesar  $36,3 - 37,1^{\circ}\text{C}$ . Berbagai bagian tubuh memiliki suhu yang berlainan, dan besar perbedaan suhu antara bagian-bagian tubuh dengan suhu lingkungan bervariasi. Ekstremitas umumnya lebih dingin daripada bagian tubuh lainnya. Suhu rectum dipertahankan secara ketat pada  $32^{\circ}\text{C}$ . Suhu rectum dapat mencerminkan suhu pusat tubuh (Core temperature) dan paling sedikit di pengaruhi oleh perubahan suhu lingkungan. Suhu oral pada keadaan normal  $0,5^{\circ}\text{C}$  lebih rendah daripada suhu rectum. (Ganong, 1998)

### **2.2.5 Gangguan Atau Masalah Kebutuhan Kompres Hangat**

Saat menggunakan kompres hangat, penting untuk memperhatikan suhu panas atau hangat yang digunakan. Hindari memberikan kompres dengan suhu yang terlalu tinggi karena berisiko menyebabkan luka bakar.

## **2.3 Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Identitas Pasien**

Kaji identitas pasien dari nama pasien, tanggal lahir pasien, nama orang tua pasien, alamat pasien, agama, suku dan yang berkaitan dengan identitas pasien.

### **2.3.2 Alasan Masuk Rumah Sakit**

Kaji penyebab pasien dibawa ke Rumah Sakit.

### **2.3.3 Riwayat Kesehatan**

Kaji adanya riwayat penyakit lain/pernah menderita penyakit seperti ini sebelumnya.

### **2.3.4 Riwayat Kesehatan Keluarga**

Kaji adanya keluarga yang menderita penyakit yang sama (penularan).

### **2.3.5 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. Pengkajian umum**

- a) Tingkat kesadaran: kompos mentis, apatis, somnolen, supor, dan koma
- b) Keadaan umum : sakit ringan, sedang, berat
- c) Tanda-tanda vital, normalnya:

Tekanan Darah : 95 mmHg,

Nadi : 60-120x/menit ,

Suhu : 34,7-37,3 °C

Pernapasan : 15-26 x/menit

#### **2. Pengkajian sistem tubuh**

- a) Pemeriksaan kulit dan rambut

Kaji nilai warna, turgor, tekstur dari kulit dan rambut pasien

- b) Pemeriksaan kepala dan leher

Pemeriksaan mulai dari kepala, mata, hidung, telinga, mulut dan leher. Kaji kesimetrisan, edema, lesi, maupun gangguan pada indera.

c) Pemeriksaan dada

1) Paru-paru

Inspeksi : kesimetrisan, gerak napas

Palpasi : kesimetrisan taktil fremitus

Perkusi : suara paru (pekak, redup, sono, hipersonor, timpani)

Auskultasi : suara paru

2) Jantung

Inspeksi : amati iktus cordis

Palpasi : raba letak iktus cordis

Perkusi : batas-batas jantung

Auskultasi : bunyi jantung

d) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : keadaan kulit, besar dan bentuk abdomen, gerakan

Palpasi : hati, limpha teraba/tidak, adanya nyeri tekan

Perkusi : suara peristaltic usus

Auskultasi : frekuensi bising usus

e) Pemeriksaan ekstremitas

Kaji warna kulit, edema, kemampuan gerakan dan adanya alat bantu.

3. Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan

a. Riwayat prenatal

Ibu terinfeksi TORCH selama hamil, preeklamsi, BB ibu tidak naik, pemantauan kehamilan secara berkala. Kehamilan dengan resiko yang tidak dipantau secara berkala dapat mengganggu tumbuh anak.

b. Riwayat kelahiran

Cara melahirkan anak, keadaan anak saat lahir, partus lama dan anak yang lahir dengan bantuan alat/ forcep dapat mengganggu tumbuh kembang anak

c. Pertumbuhan fisik

BB (1,8-2,7kg), TB (BB/TB, BB/U, TB/U), lingkarkepala (49-50cm), LILA, lingkar dada, lingkar dada > dari lingkar kepala.

d. Pemeriksaan fisik

Bentuk tubuh, keadaan jaringan otot (cubitan tebal untuk pada lengan atas, pantat dan juga paha mengetahui lemak subkutan), keadaan lemak (cubitan tipis pada kulit dibawah tricep dan subskapular), tebal/ tipis dan juga mudah / tidak akarnya dicabut, gigi (14- 16 biji), ada tidaknya oedema, anemia dan gangguan lainnya.

e. Perkembangan

Melakukan aktivitas secara mandiri (berpakaian) , kemampuan anak berlari dengan seimbang, menangkap benda tanpa jatuh, memanjat, melompat, menaiki tangga,menendang bola dengan seimbang, egosentris dan menggunakan kata ” Saya”, menggambar lingkaran, mengerti dengan kata kata,bertanya, mengungkapkan kebutuhan dan keinginan, menyusun jembatan dengan kotak –kotak.

f. Riwayat imunisasi

g. Riwayat sosial

Bagaimana klien berhubungan dengan orang lain.

4. Tumbuh kembang pada anak usia 6-12 tahun

Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya ukuran berbagai organ

fisik berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah, besar, ukuran atau dimensi tingkat sel. Pertambahan berat badan 2 – 4 Kg / tahun dan pada anak wanita sudah mulai mengembangkan ciri sex sekundernya. Perkembangan menitik beratkan pada aspek diferensiasi bentuk dan fungsi termasuk perubahan sosial dan emosi.

- 1) Memukul
- 2) Motorik kasar di bawah kendali kognitif dan berdasarkan secara bertahap meningkatkan irama dan kehalusan.
- 3) Menunjukkan keseimbangan dan koordinasi mata dan tangan
- 4) Dapat meningkatkan kemampuan menjahit, membuat model dan bermain alat musik.

a. Kognitif

- 1) Dapat berfokus pada lebih dan satu aspek dan situasi
- 2) Dapat mempertimbangkan sejumlah alternatif dalam pemecahan masalah
- 3) Dapat membelikan cara kerja dan melacak urutan kejadian kembali sejak awal
- 4) Dapat memahami konsep dahulu, sekarang dan yang akan datang

b. Bahasa

- 1) Mengerti kebanyakan kata-kata abstrak
- 2) Memakai semua bagian pembicaraan termasuk kata sifat, kata keterangan, kata penghubung dan kata depan
- 3) Menggunakan bahasa sebagai alat pertukaran verbal
- 4) Dapat memakai kalimat majemuk dan gabungan

## 5. Pengkajian Pola Fungsional Gordon

### a. Pola persepsi kesehatan manajemen kesehatan

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola sehat – sejahtera yang dirasakan, pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat, pengetahuan tentang praktik kesehatan preventif, ketaatan pada ketentuan media dan keperawatan. Biasanya anak- anak belum mengerti tentang manajemen kesehatan, sehingga perlu perhatian dari orang tuanya.

### b. Pola nutrisi metabolik

Yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan klien, tipe makanan dan cairan, peningkatan / penurunan berat badan, nafsu makan, pilihan makan.

### c. Pola eliminasi

Yang perlu dikaji adalah poladefekasi klien, berkemih, penggunaan alat bantu, penggunaan obat-obatan.

### d. Pola aktivitas latihan

Yang perlu dikaji adalah pola aktivitas klien, latihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakanaktivitas sehari-hari (merawat diri, bekerja), dan respon kardiovaskuler serta pernapasan saat melakukan aktivitas.

### e. Pola istirahat tidur

Yang perludikaji adalah bagaimana pola tidur klien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidurklien, apa ada gangguan tidur dan penggunaan obatobatan untuk mengatasi gangguan tidur.

### f. Pola kognitif persepsi

Yang perlu dikaji adalah fungsi indraklien dan kemampuan persepsi klien.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Yang perlu dikaji adalah bagaimana sikap klien mengenai dirinya, persepsi klien tentang kemampuannya, pola emosional, citra diri, identitas diri, ideal diri, harga diri dan peran diri. Biasanya anak akan mengalami gangguan emosional seperti takut, cemas karena dirawat di RS.

h. Pola peran hubungan

Kaji kemampuan klien dalam berhubungan dengan orang lain. Bagaimana kemampuan dalam menjalankan perannya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Kaji adakah efek penyakit terhadap seksualitas anak.

j. Pola koping dan toleransi stress

Yang perlu dikaji adalah bagaimana kemampuan klien dalam menghadapi stress dan juga adanya sumber pendukung. Anak belum mampu untuk mengatasi stress, sehingga sangat dibutuhkan peran dari keluarga terutama orangtua untuk selalu mendukung anak.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Kaji bagaimana kepercayaan klien. Biasanya anak-anak belum terlalu mengerti tentang kepercayaan yang dianut. Anak-anak hanya mengikuti dari orang tua.

### **2.3.6 Diagnosa keperawatan**

1. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan d.d nafsu makan menurun
2. Hipotermia b.d kerusakan hipotalamus d.d kulit teraba dingin
3. Termoregulasi tidak efektif b.d proses penyakit d.d suhu tubuh fluktuatif

4. Nyeri b.d agen pencedera fisiologis d.d tampak meringis
5. Intoleransi aktivitas b .d kelemahan d.d merasa lemah
6. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare, muntah

### 2.3.7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan d.d nafsu makan menurun	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berat badan meningkat</li> <li>• Nafsu makan membaik</li> <li>• Membran mukosa menurun</li> <li>• Diare menurun</li> <li>• Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat.</li> <li>• Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi status nutrisi meliputi ABCD</li> <li>• Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>• Monitor asupan makanan</li> <li>• Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>• Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>• Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> </ul>

			<p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> <li>• Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu</li> </ul>
2	Termoregulasi tidak efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka termoregulasi tidak efektif membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Vasokonstriksi perifer menurun</li> <li>• Kadar glukosa darah menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Pengisian kapiler membaik</li> <li>• Suhu tubuh membaik</li> </ul>	<p><b>Regulasi temperature</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor suhu tubuh, jika perlu</li> <li>• Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan.</li> <li>• Monitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkatkan asupan cairan</li> </ul>

			<p>dan nutrisi yang adekuat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien</li> <li>• Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat)</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan cara pencegahan hipotermi dan hipertermi karena terpapar udara dingin.</li> <li>• Anjurkan tirah baring</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu</li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ul>
3	Intoleransi Aktifitas	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka intoleransi aktifitas membaik dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perasaan lemah menurun</li> </ul>	<p><b>Terapi Aktifitas</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan tubuh meningkat</li> <li>• Keluhan lelah menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Frekuensi nafas membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>• Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan</li> <li>• Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</li> <li>• Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li> <li>• Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>• Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> </ul>
--	--	---	--

			<p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</li> <li>• Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</li> </ul>
4	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serum natrium membaik</li> </ul>	<p><b>Pemantauan Elektrolit</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>• Monitor kadar elektrolit serum</li> <li>• Monitor mual, muntah dan diare</li> <li>• Monitor kehilangan cairan, jika perlu</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur interval waktu pemantauan sesuai</li> </ul>

			<p>dengan keadaan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>• Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ul>
5	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam masalah nyeri akut dapat teratasi Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah menurun</li> <li>• Kesulitan tidur menurun</li> <li>• Muntah menurun</li> <li>• Mual menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan tehnik non farmakologis untuk</li> </ul>

			<p>mengurangi rasa nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri.</li> <li>• Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>• Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
--	--	--	--

6	Hipotermia	<p>Setelah dilakukan intervensi 1x 24 jam masalah hipotermia dapat teratasi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Vasokonstriksi perifer menurun</li> <li>• Pengisian kapiler membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Hipotermia</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor suhu tubuh</li> <li>• Identifikasi penyebab hipotermia</li> <li>• Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia</li> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan lingkungan yang hangat (mis. atur suhu ruangan)</li> <li>• Lakukan penghangatan aktif eksternal</li> <li>• Lakukan penghangatan aktif internal</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan makan/minum hangat</li> </ul> <p><b>Pemberian analgetik</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi karakteristik nyeri</li> <li>• Identifikasi riwayat alergi obat</li> </ul>
---	------------	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik</li> <li>• Monitor efektifitas analgesik</li> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</li> <li>• Pertimbangkan penggunaan infus kontinu,tau bolusopioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>• Tetapkan target efektifitas analgesik</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</li> </ul>
--	--	--	--

### **2.3.8 Implementasi**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian ( potter & perry, 2005 ).

### **2.3.9 Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang. Secara umum, evaluasi ditujukan untuk :

- 1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.
- 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008)

## **BAB III TINJAUAN KASUS**

### **3.1 Pengkajian**

#### **3.3.1 Identifikasi Klien**

Nama	: An.G
Masuk Rumah Sakit	: 06 Oktober 2021
Ruang	: Rawat Inap Anak
No. Rekam Medis	: 06.88.73
Dx. Medis	: Demam Thypoid
Tgl/Jam Pengkajian	: 7 Oktober 2021/ 10.00 WIB
Tempat/ Tanggal Lahir	: Sipagimbar, 10 Oktober 2010
Nama Ayah/Ibu	: Tn. A / Ny. A
Pekerjaan Ayah	: Buruh
Pekerjaan Ibu	: IRT
Alamat	: Sipagimbar
Suku Bangsa	: Batak
Agama	: Islam

#### a) Alasan Masuk

Ibu pasien mengatakan pasien demam < 1 minggu yang lalu, sebelum dibawa ke rumah sakit pasien mengalami mencret 3x, mencret berlendir dan sedikit ampas, nafsu makan pasien berkurang dan apa yang di makan pasien keluar kembali, dan klien mengalami mual dan muntah.

#### b) Riwayat Kesehatan

Ibu pasien mengatakan pasien demam sudah 1 minggu yang lalu, saat ini pasien mengatakan tubuhnya merasa lelah, dan semalam pasien gelisah tidak

bisa tidur, tadi pagi pasien mengatakan mencret sedikit dan pasien makan hanya sedikit dan hanya menghabiskan 1/2 dari porsinya. Suhu pasien 35,6<sup>0</sup> C, konjungtiva pasien tampak anemis, nadi 116 x/i, pernafasan 26 x/i, TD 96/79 mmhg. Nafsu makan pasien berkurang dan juga kurang minum, mukosa mulut pasien tampak kering dan suhu tubuh pasien tidak stabil.

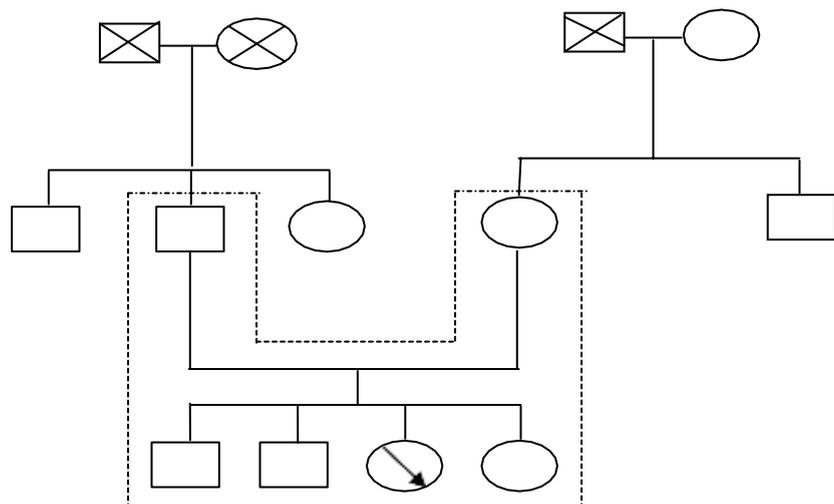
c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu pasien mengatakan kalau pasien belum pernah di rawat dan baru kali ini masuk rumah sakit dan menderita penyakit demam typhoid.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan pasien, ibu juga mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit lainnya seperti DM, hipertensi, asma dan jantung.

e) Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Laki-laki Meninggal



: Pasien



: Tinggal Serumah

Ibu pasien mengatakan pasien anak ke 3 dari 4 bersaudara, orang tua laki-laki ibu pasien sudah meninggal. Dan ayah pasien memiliki 1 saudara perempuan, ayah pasien merupakan anak kedua dan orang tua ayah pasien sudah meninggal. Pasien memiliki 3 saudara, pasien merupakan anak ke tiga. Pasien tinggal serumah dengan ibu, ayah, kakak dan adeknya.

f) Pola Persepsi Dan Penanganan Kesehatan:

Persepsi terhadap penyakit :

Ibu A mengatakan baru mengetahui penyakit anaknya dari perawat yang ada dirumah sakit.

Penanganan :

Ibu.A mengatakan An.G tidak pernah diberikan obat-obat warung ketika sakit.

Ibu.A mengatakan An.G mempunyai alergi pada cuaca yang dingin. Reaksi yang ditimbulkan ketika An.G mengalami alergi adalah bentol-bentol. Ketika alergi klien diberikan obat anti alergi yang diresepkan oleh dokter puskesmas terdekat.

g) Riwayat Sosial

1. Hubungan dengan anggota keluarga.

Ibu pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik yaitu anak dapat

berinteraksi dengan ayah dan ibunya sebaliknya juga dengan keluarga - keluarga yang lain.

2. Hubungan dengan teman sebaya.

Ibu pasien mengatakan hubungan pasien dengan teman sebayanya sangat baik, seperti saat dirumah pasien bermain aktif bersama teman sebayanya.

3. Pembawaan secara umum.

Pasien tampak kurang kooperatif dengan perawat dikarenakan kondisi pasien.

4. Lingkungan rumah.

Orang tua pasien tinggal di rumah sendiri, orang tua pasien juga mengatakan lingkungan sekitar rumah padat dengan lingkungan yang bersih.

h) Pola Nutrisi / Metabolisme

Ibu mengatakan An.G sewaktu dirumah sangat suka sekali makan ayam goreng dan tidak suka makan ikan laut, ketika dirumah sakit ibu mengatakan An.G tidak ada nafsu makan, dan jika dikasih makan pasien muntah, orang tua pasien mengatakan susah untuk makan dan pasien tampak susah untuk makan.

i) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan waktu di rumah BAB An.G lebih kurang 5x perhari sejak masuk Rumah Sakit konsistensi encer dan BAK An.G 7 kali/hari. Sedangkan waktu di rumah sakit 1x dari pagi tadi konsistensi encer bercampur lender dan BAK An.G 1x/hari.

j) Pola Aktivitas / Olahraga

1. Mandi

Ibu mengatakan waktu dirumah An. G mandi 2x sehari yaitu pagi dan sore, dan sedang di rumah sakit An.G mandi 1x sehari mandi hanya dilap saja.

## 2. Aktifitas bermain.

Ibu mengatakan sewaktu dirumah An.G sangat aktif bermain dan sangat banyak aktifitas yang dilakukannya dirumah seperti mengaji disore hari. Selama di rumah sakit An.G hanya bisa berbaring di tempat tidur karena tubuhnya merasakan pegal dan lemah.

## k) Pola Istirahat Tidur

Ibu mengatakan An.G waktu di rumah tidurnya teratur pada siang dan malam hari, selama dirumah sakit An.G susah tidur karena sakit yang dialami dan sering kebangun pada malam hari.

## l) Pemeriksaan Fisik

Kesadaran	: Compos Mentis
GCS	: 15
BB/TB	: 18 kg /124 cm
Tanda-tanda Vital	:
TD	: 112/85 mmHg
HR	: 90 x/i
RR	: 26x/i
Suhu	: 38,5 <sup>0</sup> C

### 1. Kepala

#### a. Rambut

Rambut pasien tampak hitam, lurus, kulit kepala pasien kering dan tidak ada lesi.

b. Mata

Bersih, tidak ada kotoran, mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva normal, pupil isokor, tidak terdapat oedem, mata pasien cekung.

c. Telinga

Telinga pasien bersih tidak terdapat serumen, tidak ada gangguan, dan telinga pasien simetris kiri dan kanan.

d. Hidung

Hidung pasien bersih tidak terdapat serumen, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terdapat polip, pernafasan 26 x/menit.

e. Mulut dan gigi

Bersih, tidak terdapat kotoran, mukosa bibir kering, bibir simetris kiri dan kanan, dan tidak ada kelainan.

2. Leher

Dileher pasien tidak ada pembengkakan tiroid, tidak ada kelainan pada leher.

3. Thorax

a) Paru-paru

I : Pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak menggunakan cuping hidung, pernafasan 28x/menit.

P : Pergerakan dinding dada teratur, traktil fermitus sama, tidak ada odema

P : Sonor

A : Irama pernafasan

b) Jantung

I : Simetris kiri dan kanan, Ictus cordis tidak terlihat, tidak ada palpitasi

P : Ictus cordis tidak teraba, dan tidak ada nyeri tekan.

P : Redup

A : Suara jantung terdengar S1 S2, lup lup

4. Abdomen

I : Perut pasien simetris, tidak terdapat lesi

P : Tidak ada pembesaran hati, turgor kulit >2 detik.

P : Timpani

A : Suara peristaltik terdengar, bising usus  $\pm 10$  x/menit

5. Punggung

Tidak terdapat luka dan lesi pada punggung, dan tidak ada kelainan pada tulang punggung pasien.

6. Ekstremitas

a. Atas

Pada ekstremitas atas pasien tampak terpasang infus RL ditangan bagian sebelah kanan bawah 18 tetes/menit.

b. Bawah

Pada ekstremitas bawah kaki kanan pasien terpasang tensimeter yang terhubung ke monitor.

7. Genetalia.

Tidak terpasang kateter, pasien menggunakan pampers, pampers pasien di ganti 3x sehari oleh keluarga.

8. Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor menurun >2 detik, akral hangat, CRT kurang dari 3 detik.

m) Pemeriksaan Penunjang

Parameter	Satuan	Nilai Rujukan
HGB 11,5 *	[g/dL]	P 13,0 – 16,0
WBC 4,19	[10 <sup>3</sup> /uL]	W 12,0 – 14,0
RBC 4,37	[10 <sup>6</sup> /uL]	P 4,5 – 5,5
MCV 70,7 -	[fL]	W 4,0 – 5,0
HCT 30,9	[%]	P 40,0 – 48,0
PLT 15 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	W 37,0 – 43,0
LYMPH# 0,62 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	

n) Terapi

Paracetamol <sup>1</sup>/<sub>2</sub> 3x1 peroral

Kcl 500 mg 3x1 per oral

Cefotaxime 900 mg 2x

Lasix 20 mg

RL 3 cc/jam 18 t.p.m

Nacl 3% 130 cc ( habis dalam 6 jam)

o) Data Fokus

Data Subjektif :

1. Ibu mengatakan nafsu makan pasien menurun
2. Ibu mengatakan pasien mual dan muntah
3. Ibu mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah
4. Ibu mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil
5. Ibu mengatakan pasien kurang minum( dehidrasi)
6. Ibu mengatakan pasien lelah
7. Ibu mengatakan badan pasien terasa pegal
8. Ibu mengatakan berat badan pasien menurun
9. Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sepenuhnya
10. Ibu mengatakan tubuh pasien terasa hangat
11. Ibu mengatakan pasien lemas
12. Ibu mengatakan pasien mual dan muntah
13. Ibu mengatakan pasien sakit pada perutnya
14. Ibu mengatakan pasien seringkali pusing

Data Objektif :

1. Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makanannya
2. Pasien tampak mual
3. Pasien tampak mukosanya pucat dan kering
4. Pasien tampak kurang bergerak
5. Suhu pasien tampak tidak stabil Pasien tampak matanya cekung
6. BB pasien 18 kg saat ditimbang
7. Pasien tampak aktifitasnya dibantu sebagian

8. Pasien tampak lemah
9. Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur.
10. Pasien tampak lemah terlihat dari aktifitas yang dibantu oleh keluarga
11. Pasien tampak meringis dan mengatakan sakit perut kepada ibunya
12. Pasien tampak gelisah dan menangis karena pusing

### 3.2 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ibu mengatakan nafsu makan pasien menurun</li> <li>➤ Ibu mengatakan BB pasien turun</li> <li>➤ Ibu mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah</li> </ul> <p><b>Data Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makanannya</li> <li>➤ BB pasien tampak menurun 18 kg saat ditimbang</li> <li>➤ Pasien menolak saat diberi makan</li> <li>➤ A (Antropometri)</li> </ul> <p>TB : 124 cm</p> <p>BB : Sebelum sakit : 23 kg</p> <p>Setelah sakit : 18 kg</p> <p>IMT : <math>BB / TB^2</math></p>	<p>Ketidakseimbangan</p> <p>Nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Kurangnya asupan makanan</p>

	$18 / (124)^2 = 11,7$ TD : 100/70 mmHg N : 81 kali/menit P : 24 kali/menit S : 37,5°C ➤ B (Biokimia) HB : 11,5 g/dL ➤ C (Clinical) Mukosa bibir pasien tampak pucat ➤ D (Diet) Lunak/lembek, frekuensi 3x sehari, setiap makan hanya habis 1 sendok		
2	<b>Data Subjektif</b> ➤ Ibu mengatakan suhu tubuh pasien naik pada pagi hari dan turun pada malam hari ➤ Ibu mengatakan tubuh pasien hangat <b>Data Objektif</b> ➤ Pasien tampak pada pagi hari suhunya 38,1°C dan pada malam hari suhunya 36,5°C ➤ Pasien tampak pucat ➤ Pasien tubuhnya terasa hangat	Termogulasi Tidak Efektif	Proses penyakit (mis. infeksi)
3	<b>Data Subjektif</b> ➤ Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sebagian	Intoleransi Aktifitas	Kelemahan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ibu mengatakan pasien lelah</li> <li>➤ Ibu mengatakan tubuh pasien pegal - pegal</li> </ul> <p><b>Data Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien tampak aktifitasnya dibantu sebagian</li> <li>➤ Pasien tampak lemah</li> <li>➤ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur</li> </ul>		
4	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ibu pasien mengatakan pasien lemas</li> <li>➤ Ibu mengatakan pasien mual dan muntah</li> </ul> <p><b>Data Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien tampak lemah terlihat dari aktifitas yang dibantu oleh keluarga</li> <li>➤ Pasien tampak muntah sedikit dan mengeluarkan makanan yang baru saja dimakannya</li> <li>➤ Leukosit pasien tampak rendah 4,19</li> </ul>	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	Muntah

### **3.3 Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB dan nafsu makan menurun
2. Termoregulasi Tidak Efektif b.d Proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat
3. Intoleransi Aktifitas b.d Kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah
4. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d Diare ditandai dengan mual dan muntah

### 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB dan nafsu makan menurun	Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan nutrisi membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berat badan membaik</li> <li>• Frekuensi makan membaik</li> <li>• Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>• Penurunan frekuensi terjadinya mual dan muntah</li> </ul>	<b>Manajemen Nutrisi</b>  <b>Observasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi status nutrisi meliputi ABCD</li> <li>• Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>• Monitor asupan makanan</li> <li>• Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <b>Nursing:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>• Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>• Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> </ul>

			<p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> <li>• Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu</li> </ul>
2	Termoregulasi Tidak Efektif b.d Proses penyakit (mis.infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat	Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka termoregulasi tidak efektif membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Vasokonstriksi perifer menurun</li> <li>• Kadar glukosa darah menurun</li> </ul>	<p><b>Regulasi temperature</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu</li> <li>• Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan suhu</li> <li>• Monitor dan catat tanda gejala hipotermia atau</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Pengisian kapiler membaik</li> <li>• Suhu tubuh membaik</li> </ul>	<p>hipotermia</p> <p><b>Nursing :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat</li> <li>• Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien</li> <li>• Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat)</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan cara pencegahan hipotermi dan hipertermi karena terpapar udara dingin.</li> <li>• Anjurkan tirah baring</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu</li> </ul>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ul>
3	Intoleransi Aktifitas b.d kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka intoleransi aktifitas membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perasaan lemah menurun</li> <li>• Kekuatan tubuh meningkat</li> <li>• Keluhan lelah menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Frekuensi nafas membaik</li> </ul>	<p><b>Terapi Aktivitas</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu</li> <li>• Monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ul> <p><b>Nursing:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>• Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan</li> <li>• Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li><li>• Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</li></ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li><li>• Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li></ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</li><li>• Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</li></ul>
--	--	--	---

4	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare ditandai dengan mual dan muntah	Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serum natrium membaik</li> </ul>	<p><b>Pemantauan Elektrolit</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>• Monitor kadar elektrolit serum</li> <li>• Monitor mual, muntah dan diare</li> <li>• Monitor kehilangan cairan, jika perlu</li> </ul> <p><b>Nursing :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan keadaan pasien</li> <li>• Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ul>
---	---	---	---

### 3.5 Implementasi Dan Evaluasi

No	Hari / Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Kamis, 07 Oktober 2021	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB dan nafsu makan menurun	14.00  14.10  14.20	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan. Dari hasil identifikasi, pasien memiliki riwayat alergi makanan tetapi memiliki intoleransi makanan seperti mual setelah makan.  Mengkaji status nutrisi pasien meliputi ABCD dan tanda-tanda vital.  Memonitor BB  BB pasien turun, BB pasien sehat 23 kg, sewaktu ditimbang BB pasien 18 kg	S :  • Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun  • Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah  • Ibu pasien mengatakan BB pasien turun

					<p>O :</p> <p>A : TB :124 cm</p> <p>BB : 18 kg</p> <p>IMT : 11,7</p> <p>B : HB : 11,5 g/dL</p> <p>C :</p> <p>Mukosa mulut kering dan tampak pucat</p> <p>D :</p> <p>Lunak/lembek, frekuensi 3x sehari, setiap makan habis 1 sendok.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 100/70 mmHg</p> <p>N : 81 kali/menit</p> <p>P : 24 kali/menit</p> <p>S : 36,3 °C</p> <p>A :</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor asupan makanan dan status nutrisi.</li><li>• Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li></ul>
--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan suplemen makanan</li> </ul>
		<p>Termoregulasi tidak efektif b.d proses penyakit (mis.infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat</p>	<p>15.00</p> <p>15.10</p> <p>15.20</p> <p>15.30</p>	<p>Memonitor suhu tubuh anak</p> <p>Memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi</p> <p>Memonitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipetermi</p> <p>Jelaskan cara pencegahan hipotermi atau hipertermia (kompres hangat)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil</li> <li>• Ibu mengatakan pasien lelah</li> <li>• Ibu mengatakan tubuh pasien hangat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh pasien tampak tidak stabil</li> <li>• Pasien tampak lemah</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"><li>• TD : 110/70 mmHg</li></ul> <p>Pernafasan : 26 x/i x/menit Suhu : 36,3°C</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Termoregulasi tidak efektif masih</li></ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam</li><li>• Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan.</li></ul>
--	--	--	--	--	---

		Intoleransi aktifitas b.d kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah	16.00	Mengidentifikasi kemampuan pasien berpartisipasi dalam aktivitas tertentu	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu pasien mengatakan badan pasien lelah dan letih</li> <li>Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sepenuhnya</li> <li>Ibu mengatakan badan pasien terasa pegal</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemah, lesu</li> <li>Pasien tampak aktifitasnya dibantu</li> </ul>
			16.10	Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas	
			16.25	Mengkoordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia	
			16.40	Memfasilitasi aktivitas rutin sesuai kebutuhan	
			16.55	Meningkatkan aktivitas fisik agar dapat memelihara berat badan	
			17.00	Melibatkan keluarga dalam aktivitas jika perlu	
			17.05	Menjadwalkan aktivitas rutinitas sehari-hari	

			17.10	Menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu	oleh ibu
			17.15	Mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur</li> <li>• TD : 100/80 mmHg</li> <li>• Pernafasan :23 x/i</li> <li>• Suhu : 37,9<sup>0</sup> C</li> </ul> <p>A :</p> <p>Intoleransi aktivitas masih tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola jam tidur</li> <li>• Monitor kelelahan</li> </ul>

	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare ditandai dengan mual dan muntah	18.00 18.10 18.20 18.25 18.30 18.45	Memonitor kadar elektrolit Memonitor mual dan muntah Memonitor kehilangan cairan Mengatur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Mendokumentasikan pemantauan Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	S :  • Ibu pasien mengatakan pasien lemas  • Ibu pasien mengatakan mual dan muntah  • Ibu pasien mengatakan sakit pada perutnya  • Ibu pasien mengatakan sering kali pusing  O :  • Pasien tampak lemah, terlihat dari aktivitas
--	---	--	---	--

					<p>yang dibantu keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien tampak meringis mengatakan sakit perut kepada ibunya</li><li>• Pasien tampak gelisah dan menangis</li></ul> <p>A :</p> <p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit masih tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor kadar elektrolit serum</li></ul>
--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor mual, muntah dan diare</li> <li>• Monitor kehilangan cairan</li> </ul>
2	Jum'at, 08 Oktober 2021	<p>Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB dan nafsu makan menurun</p>	<p>14.00</p> <p>14.15</p>	<p>Memonitor asupan nutrisi (pasien sudah mau menghabiskan 1/3 porsi makanan kesukaannya)</p> <p>Anjurkan posisi duduk</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu pasien mengatakan pasien sudah makan tapi hanya sedikit</li> <li>• Ibu pasien mengatakan pasien hanya mau makan dengan makanan kesukaannya</li> <li>• Ibu pasien mengatakan</li> </ul>

					<p>BB pasien masih sama</p> <p>O :</p> <p>A : TB :124 cm</p> <p>BB : 18 kg</p> <p>IMT : 11,7</p> <p>B : HB : 11,5 g/dL</p> <p>C :</p> <p>Mukosa mulut kering dan tampak pucat</p> <p>D :</p> <p>Lunak/lembek, frekuensi 3x sehari, setiap makan habis 8 sendok.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>Pernafasan : 26 x/i</p> <p>A : Ketidakseimbangan nutrisi teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis diet yang dibutuhkan.</p>
		<p>Termoregulasi tidak efektif b.d proses penyakit (mis.infeksi) ditandai dengan</p>	<p>15.00</p> <p>15.20</p>	<p>Memonitor suhu tubuh setiap dua jam</p> <p>Memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu mengatakan suhu pasien sudah stabil</li> </ul>

		suhu tubuh fluktuatif dan pucat	15.30	Memonitor dan catat tanda gejala hipotermi atau hipetermi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu mengatakan pasien tidak lelah lagi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh pasien normal 37,5°C</li> <li>• Pasien tampak bergerak</li> <li>• TD : 110/70 mmHg</li> </ul> <p>Pernafasan : 26 x/i</p> <p>A :</p> <p>Termoregulasi berkurang</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor suhu tubuh</li> </ul>
--	--	---------------------------------	-------	---	--

					<p>anak tiap dua jam perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi</li> </ul>
		<p>Intoleransi aktifitas b.d kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah</p>	<p>16.00</p> <p>16.10</p> <p>16.20</p> <p>16.25</p> <p>16.30</p>	<p>Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas.</p> <p>Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>Mengkoordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>Meningkatkan aktivitas fisik memelihara berat badan jika sesuai</p> <p>Menjadwalkan aktivitas rutinitas sehari-</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu pasien mengatakan sudah mulai bergerak</li> <li>• Ibu mengatakan pasien sudah bisa sendiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sudah beraktifitas</li> </ul>

			16.35	<p>hari</p> <p>Mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak menyuap makanan sendiri</li> <li>• Pasien tampak sudah bisa duduk</li> <li>• TD : 100/80 mmHg</li> <li>  Pernafasan : 23 x/i</li> <li>  Suhu : 37,9°C</li> </ul> <p>A :</p> <p>Intoleransi aktifitas dapat diatasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola dan jam tidur</li> </ul>
--	--	--	-------	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda-tanda vital</li> <li>• Terapi aktivitas</li> </ul>
		Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare ditandai dengan mual dan muntah	17.00 17.10 17.15 17.20	Memonitor mual dan muntah Memonitor kehilangan cairan Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Mendokumentasikan pemantauan	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu pasien mengatakan pasien tidak lemas lagi</li> <li>• Ibu pasien mengatakan pasien tidak mual dan muntah</li> <li>• Ibu pasien mengatakan pasien tidak sakit perut lagi</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"><li>• Ibu pasien mengatakan pasien tidak pusing</li></ul> <p>O :</p> <p>Pasien tampak tenang</p> <p>A :</p> <p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
--	--	--	--	--	---

## **BAB IV PEMBAHASAN**

### **7.1 Analisis Masalah Keperawatan Konsep Kasus Terkait**

#### **7.1.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon pasien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2016). Dalam melakukan pengkajian pada pasien An. G data didapatkan dari pasien, beserta keluarga dan catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

##### a) Pemeriksaan fisik :

###### 1. Kesadaran

Secara teoritis menurut Nursalam (2008), kesadaran pasien composmentis, keadaan umum lemah, hal ini sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan bahwa kesadaran pasien yaitu composmentis dengan Glasgow Coma Scale (GCS) 15 E (Respon membuka mata spontan): 4, V (Respon verbal): 6 M (Respon motorik): 5, hal ini terjadi karena pada saat pengkajian pasien bisa merespon secara spontan, kemudian pasien bisa berorientasi dan menjawab pertanyaan perawat dengan baik, dan juga pasien bisa mengikuti perintah seperti diminta untuk mengangkat tangan, karena pasien tidak infeksi akut yang mengakibatkan syok dan mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan

gangguan kesadaran (Nursalam,2005)

## 2. Head to toe

- Kepala

Secara teoritis yang dikaji bentuk, kebersihan rambut, adanya pembengkakan, sementara pada saat pengkajian data yang didapat rambut pasien tampak lepek dan berbau, hal ini disebabkan karena pasien tidak mandi selama sakit, pasien hanya dilap tubuhnya.

- Mata

Secara teoritis, yang dikaji adalah konjungtiva tidak anemis, kesimetrisan mata, reaksi

pupil, kornea dan lapang pandang, sementara pada tinjauan kasus didapatkan bahwa mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, tidak ada oedem, dan lapang pandang normal.

- Telinga

Secara teoritis, pemeriksaan telinga dilakukan secara inspeksi dan palpasi, nyeri tekan, tidak ada peradangan, dan penumpukan serumen, sementara data yang didapatkan pada tinjauan kasus bahwa telinga simetris kiri dan kanan, daun telinga halus, kuat dan dapat digerakkan, tidak ada nyeri tekan, terdapat sedikit secret, dan pendengaran baik.

- Hidung

Secara teoritis pemeriksaan hidung yaitu bentuk tulang hidung, tidak terjadi perdarahan, kotoran, pembengkakan, mukosa hidung, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa tidak ada pembengkakan, terdapat kotoran didalam lobang hidung, tidak ada perdarahan, dan juga tidak ada

pembesaran polip.

- Gigi dan mulut

Pada tinjauan teoritis pemeriksaan mulut dan gigi yaitu mengamati bentuk bibir untuk mengetahui adanya kelainan kongenital, bentuk bibir pucat, lidah kotor, bau mulut, pembesaran tonsil, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa membran mukosa kering, bibir pucat, pecah- pecah, lidah kotor, terdapat karies pada gigi, tidak ada kelainan kongenital dan mulut berbau, terdapat persamaan antara teoritis dan tinjauan kasus, hal ini disebabkan karena adanya gangguan yang dirasakan pasien terutama pada daerah pencernaannya karena bakteri ini menyerang bagian usus pasien sehingga menyebabkan pasien kurang nafsu makan, mual dan muntah.

- Leher

Secara teoritis, pemeriksaan leher yaitu bentuk leher kesimetrisan, tidak ada peradangan, perubahan warna, massa, tidak teraba kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, sedangkan data yang didapatkan pada tinjauan kasus bentuk leher simetris, tidak ada peradangan, tidak ada massa, tidak teraba adanya pembengkakan kelenjer tiroid, dan tidak ada pembesaran vena jugularis, hal ini disebabkan tidak ada kaitannya dengan demam thypoid.

b) Pemeriksaan penunjang

Secara teoritis, pasien anak dengan demam thypoid dilakukan pemeriksaan seperti pemeriksaan darah tepi, dan serologi, pada tinjauan kasus juga dilakukan pemeriksaan yang sama dengan teoritis seperti HGB 11,5 RBC 4,37 HCT30,9 WBC 4,19 dan pemeriksaan serologi tubext test, hal ini disebabkan

agar tidak terjadi kesalahan intervensi, pemeriksaan tersebut bisa menjadi data penunjang sebuah diagnosa.

### 7.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan. Pada resiko masalah kesehatan atau proses kehidupan. Pada tinjauan teoritis ditemukan 6 diagnosa keperawatan, sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 4 diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan demam typhoid menurut teori SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu:

1. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB dan nafsu makan menurun.

Data pendukung diagnosa pertama yaitu saat dilakukan pengkajian pada hari Rabu 06 Oktober 2021, ibu pasien mengatakan pasien tidak mau makan, ibu pasien mengatakan bibir pasien pecah-pecah, dan ibu pasien mengatakan BB pasien turun, selain itu pasien juga tampak lemah, pasien tampak menolak saat diberikan makanan dan pasien tampak hanya menghabiskan 1/3 porsi makanannya. Hal ini terjadi karena disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang menyerang sistem pencernaan yang dapat mengakibatkan pasien mual muntah, nafsu makan menurun, berat badan pasien menurun, dan status gizi pasien kurang  $IMT : BB/(TB)^2 = 20(1.24)^2 = 11,7$  (Brunner and Sudart, 2014)

2. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat

Data pendukung diagnosa kedua yaitu saat dilakukan pengkajian ibu pasien mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil, ibu mengatakan pasien merasa

lelah, selain itu pasien juga tampak lemah, pasien juga tampak pagi hari suhunya 38,1°C dan pada malam hari suhunya 36,5°C. Hal ini terjadi karena bakteri *salmonella typhi* menyerang tubuh pasien yang dapat menyebabkan demam meningkat perlahan- lahan dan terutama pada sore hingga malam hari (Widodo djoko, 2009)

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah

Data pendukung diagnosa ketiga yaitu saat dilakukan pengkajian ibu pasien mengatakan badan pasien terasa lelah dan letih, ibu pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga, selain itu pasien juga tampak lemah dan lesu, pasien hanya tampak berbaring diatas tempat tidur. Hal ini terjadi disebabkan oleh bakteri *salmonella thypi* yang menyerang system pencernaan yang bisa menyebabkan pasien kurang bersemangat.

4. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditandai dengan mual dan muntah

Data pendukung keempat yaitu saat dilakukam pengkajian ibu pasien mengatakan pasien lemas, ibu pasien mengatakan pasien mual dan muntah, selain itu pasien juga tampak aktivitas dibantu oleh keluarga, pasien juga tampak muntah sedikit dan mengeluarkan apa yang dimakannya. Hal ini disebabkan oleh bakteri *salmonella thypi* yang menyerang sistem pencernaan yang menyebabkan pasien mual muntah, dan merasa lemas.

Diagnosa pada teori yang tidak ditemukan dikasus :

1. Defisit Volume Cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan.

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini, pada saat pengkajian pada

An.G ibu pasien mengatakan anak mencret tapi hanya sekali sewaktu di rumah sakit dan ibu mengatakan Hb pasien waktu itu rendah.

2. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis (misal : inflamasi, iskemia dan neoplasma)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini, ialah pada saat pengkajian pada An.G pasien mengatakan tidak ada gangguan rasa nyeri yang dirasakan.

3. Hipotermia berhubungan berat badan ekstrem.

Alasan penulis tidak mengangkat diagnose ini ialah, pada saat pengkajian pada An.G tidak ditemukan data kalau pasien mengalami gejala hipotermia.

Sedangkan secara teoritis kemungkinan diagnosa yang muncul adalah :

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan
2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
3. Hipotermia berhubungan dengan berat badan ekstrim
4. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi)
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Jadi kesimpulannya diagnosa yang didapatkan pada tinjauan kasus hanya 4 diagnosa, sedangkan pada teoritis terdapat 6 diagnosa, hal ini sesuai dengan kondisi pasien saat pengkajian dilakukan.

### **7.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama pasien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai

oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2004).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien pada saat pengkajian.

#### 1. Untuk Diagnosa Pertama

Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan nafsu makan yang menurun dan BB yang menurun maka rencana tindakan yang akan dilaksanakan perawat adalah manajemen nutrisi seperti menanyakan makanan kesukaan pasien dan makanan yang tidak disukai pasien agar nutrisi pasien dapat terpenuhi. Rencana yang akan dilakukan untuk memenuhi nutrisi pada pasien sehingga nantinya diharapkan BB ideal, nafsu makan pasien membaik, pasien tidak lemas lagi (Hidayat, 2006)

#### 2. Untuk Diagnosa Kedua

Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. injeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat rencana yang dilakukan manajemen kompres panas selama lebih kurang 3 menit, manajemen cairan, pemantauan tanda vital seperti TD : 100/70 mmHg, N : 81 kali/menit, RR : 24 kali/menit, S : 38,1°C. Rencana yang akan dilakukan untuk menurunkan suhu pasien ialah kompres hangat, supaya suhu pasien bisa kembali normal dan teratur (Aru W. Sudoyo, 2009)

#### 3. Untuk Diagnosa Ketiga

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah, rencana yang dilakukan manajemen program latihan seperti menanyakan kepada pasien aktifitas apa saja yang bisa dilakukannya, pemantauan tanda vital, pemberian obat intravena, promosi dukungan keluarga seperti dorongan dari keluarga supaya pasien bisa beraktifitas sendiri, promosi latihan fisik, terapi aktifitas seperti melempar dan menangkap suatu benda yang diberikan, manajemen nyeri. Rencana tersebut dilakukan supaya pasien tidak merasa lemah dan lelah, aktifitas pasien dapat terlaksanakan dengan baik tujuannya yaitu supaya pasien bisa bergerak dan melakukan sesuatu dengan sendirinya (Nurarif & Kusuma, 2015)

#### 4. Untuk Diagnosa Keempat

Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditandai dengan mual dan muntah, rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien yaitu pemantauan elektrolit dengan memberikan obat Kalium Klorida 500 mg, cairan RL 500 ml dan NaCl 500 ml, tujuannya yaitu supaya elektrolit pasien dapat meningkat (Rey Dudutz ,2009).

Untuk mencapai perawatan tersebut, beberapa prinsip yang dapat dilakukan perawat antara lain, menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga, meningkatkan kemampuan orangtua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis), tidak melakukan kekerasan pada anak, dan modifikasi lingkungan fisik.

Salah satu rencana yang akan dilaksanakan yaitu meminimalkan mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis) dan memodifikasi lingkungan fisik serta menerapkan *family centred care* yaitu melibatkan orangtua dalam penerapan tindakan tersebut.

#### **4.1.4 Implementasi Keperawatan**

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (intervensi). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan kepada pasien terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada pasien dan keluarga pasien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui pasien dan keluarga pasien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien.

##### **1. Untuk Diagnosa Pertama**

Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan nafsu makan yang menurun dan BB menurun maka implementasi yang dilakukan perawat adalah mengidentifikasi alergi dan intoleransi makan, memonitor asupan nutrisi, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, menganjurkan posisi duduk jika mampu, pemantauan nutrisi, mengidentifikasi makanan yang disukai, makanan yang disukai pasien ayam goreng dan yang tidak disukai pasien ikan laut, menjelaskan tujuan prosedur pemantauan agar nutrisi pasien terpenuhi.

## 2. Untuk Diagnosa Kedua

Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat. Implementasi yang dilakukan perawat adalah regulasi temperatur, memonitor suhu tubuh anak tiap dua jam, (S : 38,1 C), memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi (TD : 100/70 mmHg, pernafasan : 24 x/m), jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin (jagalah tubuh agar tetap kering, gunakan pakaian sesuai dengan kondisi cuaca yang dirasakan pasien, gunakan topi, syal, sarung tangan, kaus kaki, dan sepatu bot ketika akan beraktivitas).

Mengkolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu (berikan obat penurun panas seperti paracetamol, berikan kompres hangat, perbanyak konsumsi buah)

## 3. Untuk Diagnosa Ketiga

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah, implementasi yang dilakukan perawat adalah terapi aktivitas, mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu (pasien tidak ada semangat dalam melakukan aktifitas), memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas (pasien tidak ada respon emosional, fisik, sosial, maupun spiritual dalam melakukan aktifitas apapun), memfasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan (menanyakan pada pasien aktifitas apa yang bisa dilakukannya sesuai dengan apa yang dibutuhkannya), melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu, menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari, menganjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi.

#### 4. Untuk Diagnosa Keempat

Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditandai dengan mual dan muntah, implementasi yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, memonitor kadar elektrolit serum seperti HGB, WBC, RBC, HCT memonitor mual dan muntah pada pasien lihat berapa kadar muntah yang dikeluarkan pasien. Selanjutnya perawat melakukan implementasi berupa teknik reaksi, meminimalkan tindakan menyakitkan seperti suntikan dan modifikasi lingkungan fisik dengan membuat suasana ruang rawat menjadi lebih akrab, mengajak anak berbicara dan merasa lebih dekat dan nyaman dengan perawat, serta melibatkan keluarga dalam melakukan implementasi tersebut.

##### **4.1.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses. Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. pada kasus An.G yang dirawat di ruang rawat inap anak RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu dari 4 diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, keseluruhan diagnosa keperawatan telah teratasi. Untuk diagnosa pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam masalah ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan masih tetap dengan hasil perubahan pasien sudah mulai menghabiskan porsi makanan yang diberikan dan snack yang disediakan oleh rumah sakit (Hidayat, 2006).

Untuk diagnosa kedua setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam masalah termoregulasi tidak efektif b/d proses penyakit (mis. infeksi) masih tetap dengan hasil suhu tubuh pasien yang belum stabil dimana pagi hari masih 38,1°C dan pada malam hari 36,5°C (Aru W. Sudoyo, 2009).

Untuk diagnosa ketiga setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam masalah intoleransi aktifitas b/d kelemahan teratasi, dengan hasil perubahan pasien sudah bisa melakukan aktifitas yang lainnya sendiri seperti makan dan pakai baju, pasien juga sudah bisa bangun dari tempat tidurnya dan pasien juga sudah mulai bermain bersama adiknya (Nurarif & Kusuma, 2015).

Untuk diagnosa keempat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit b/d muntah, masih tetap, dengan hasil HGB 11,5, WBC 4,19, RBC 4,37, PLT 15 dan pasien juga membutuhkan cairan dari luar seperti RL 500 ml dan NaCl 500 ml dan juga obat oral 500 mg dengan hasilnya yang didapatkan sekarang pasien masih tampak lemas dan kurang bertenaga (Rey Dudutz, 2009).

Setelah dilaksanakan implementasi *atraumatic care* anak tidak lagi merasa cemas dan takut saat perawat memberikan perawatan dan itu sudah meminimalkan rasa trauma pada anak, dan pada penerapan *family centred care* dan melibatkan orangtua dalam segala perawatan anak di rumah sakit, anak lebih tenang dekat dengan orangtua dan tidak merasa terpisahkan dari orangtuanya.

## **BAB V PENUTUP**

### **5.1 Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan Pengkajian, pemeriksaan fisik, penentuan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi tentang Asuhan Keperawatan Anak Demam Thyfoid Dengan Kompres Hangat Di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

1. Typhus abdominalalis atau demam typhoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7 hari, gangguan pada saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7 hari, gangguan pada saluran cerna, gangguan kesadaran, dan lebih banyak menyerang pada anak usia 12-13 tahun tanda dan gejalanya adalah demam, suhu tubuh tidak stabil sudah lebih satu minggu, nyeri kepala dan perut, mual dan muntah.
2. Data yang didapat saat pengkajian pada hari Kamis, 07 Oktober 2021 jam 14.00 WIB, ibu pasien mengatakan pasien mengalami mencret semenjak sebelum masuk rumah sakit. Frekuensi BAB  $\pm$  3 kali perhari. BAB nya berwarna coklat, encer dan berlendir, terdapat ampas, darah tidak ada. Pasien juga mual muntah, berisi apa yang dimakan dan disertai demam  $\pm$  1 minggu sebelum masuk rumah sakit, Suhu 38,7°C, demam naik turun, tidak ada berkeringat. Mukosa bibir pasien tampak kering dan pasien tampak pucat.
3. Diagnosa keperawatan yang muncul dalam Asuhan Keperawatan Anak Demam Thyfoid Dengan Kompres Hangat Di RSUD Kabupaten Tapanuli

Selatan, ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurangnya asupan makanan, termoregulasi tidak efektif b/d proses penyakit (mis.infeksi), intoleransi aktifitas b/d kelemahan, devisit volume cairan b/d kekurangan intake cairan, nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), hipotermia b/d berat badan ekstrim. Muncul enam diagnosa keperawatan dimana ada empat diagnosa keperawatan sesuai dengan teori dan ada dua diagnosa keperawatan yang tidak sesuai antar kasus dengan teori, karena disesuaikan dengan kondisi pasien ada 4 diagnosa yang mendukung untuk ditegakkan diagnosa keperawatan tersebut.

4. Pada rencana tindakan keperawatan meliputi Nomor, Diagnosa Keperawatan, Tujuan dan Kriteria Hasil, Intervensi, yang dalam penyusunan disesuaikan dengan teori dan memodifikasi tindakan keperawatan melihat kondisi pasien dengan mengikut sertakan keluarga pasien. Dari perencanaan yang disusun oleh penulis, perencanaan untuk enam diagnose keperawatan disusun sesuai dengan SDKI, SLKI, SIKI. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini pada umumnya telah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap pelaksanaan ini penulis menerapkan pengetahuan dan keterampilan berdasarkan teori yang ada. Asuhan keperawatan dan yang diberikan secara berkesinambungan dan terus- menerus, penulis selalu bekerjasama dengan perawat ruangan, pasien dan keluarga. Pada kasus ini pelaksanaanya sudah sesuai dengan kondisi pasien tanpa menyimpang dari perencanaan yang telah dibuat. Adapun faktor pendukung dari pelaksanaan adalah adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain dengan penulis.

5. Evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Pasca evaluasi proses penulis menilai jalannya proses keperawatan sesuai dengan situasi, dan kebutuhan pasien. sedangkan evaluasi hasil mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis dalam rencana keperawatan pasien. Pada saat penulis melakukan pendokumentasian penulis melakukan pengumpulan data pada saat pengkajian, menganalisis data untuk menegakkan diagnosa, menyusun intervensi sesuai rencana yang telah dilakukan dan perawat melakukan evaluasi dari implementasi yang sudah diberikan.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu kesehatan keperawatan anak kepada peserta didik sehingga pengetahuan dan keterampilan tentang hal tersebut lebih baik lagi kedepannya dan akan dapat membantu dalam mendukung untuk bahan pengajaran ilmu keperawatan anak kedepannya.

### **5.2.2 Bagi Penulis**

Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini penulis dapat mengembangkan pengetahuan serta wawasan khususnya mengenai Ilmu Keperawatan Dasar Profesi tentang asuhan keperawatan pemberian kompres hangat demam typhoid pada anak. Dan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan selanjutnya dengan lebih baik lagi.

### **5.2.3 Bagi RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan**

Diharapkan pihak Rumah Sakit khususnya ruangan Anak dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada petugas kesehatan

khususnya perawat untuk melakukan asuhan keperawatan pada anak yang lebih baik lagi.

#### **5.2.4 Bagi Keluarga Pasien**

Diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang proses Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan Demam Thypoid dengan menerapkan tehnik kompres hangat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, D. 2013. *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak*. Jakarta : Salemba Medika Arief Mansjoer (2010), *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi 4, Jakarta : Media Aesculapius.
- Aru W, Sudoyo. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid II, edisi V*. Jakarta: Interna Publishing. Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi 1. EGC. Jakarta
- Brunner, Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah* Edisi 12. Jakarta : ECG. Direktorat Bina Gizi
- Fadhillah Harif , 2018. *SDKI ( Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)*.Jakarta
- Galuh, 2014. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Demam Tifoid Pada Anak Di RSUD Tugurejo Semarang*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Handayani, 2017. *Kejadian Demam Typoid Di Wilayah Puskesmas Karang Malang*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Hilda, 2013. *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan Diri Dan Kebiasaan Jajan Di Rumah*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Kemenkes RI. 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Kemenkes Ri. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta:Balitbang Kemenkes Ri Kohlberg, Lawrence. *Tahap-Tahap Perkembangan Moral*. Yogyakarta: Kanisius, 1968.
- Mansur, H. 2008. *Psikologi Ibu dan Anak untuk Kebidanan*. Jakarta: SalembaMedika. Noer, Syaifullah. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi II. Jakarta; EGC
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction
- Soegijanto,S. *Ilmu Penyakit Anak, Diagnosa & Penatalaksanaan*. Jakarta: Salemba Medika;2002.14.
- Sumarmo S, Garna H, Sri RSH, Hindra IS. *Buku Ajar Infeksi & Pediatrik Tropis*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI ; 2002.
- Supartini. Y. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Wawan A, Dewi M. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
- Widodo, D. (2010). *Ilmu Penyakit Dalam jilid 3 eds 5*. Jakarta: Internal Publishing. Wilkinson, J. M. (2011). *Diagnosis Keperawatan edisi 9*.

Jakarta: EGC

World Health Organization. *Fact sheet on Typhoid*. 2008. [cited 2011 Oktober 5]  
Available from: [www.who.int/immunization/topics/typhoid/en/index.htm](http://www.who.int/immunization/topics/typhoid/en/index.htm)  
12. Typhoid fever in: *Control of Communicable Diseases*. An official report  
of the American public health association Washington, DC 17th  
edition. 2000:535-41. 3. Crump JA, Mintz ED. The Global Burden of  
Typhoid Fever. *Bulletin of the World Health Organization*.

Wong, D.L. 2005. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Nelli Herawati Pohan

NIM : 20040050

Nama Pembimbing : Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1	4/10- 2021	Judul	Acc Judul	
2	6/10-2021	BAB 1	- Cari data - Tujuan Perbankan - Manfaat Perbankan	
3	23/10- 2021	BAB 1 - 2	Acc BAB 1 Study literatur	
4	26/10 2021	BAB 3 - 4	Acc BAB 2 Perbankan Keresmi & Pembahasan lanjut BAB 5.	
5.	28/10 2021	All	Acc Lengkapi daftar isi dan kata pengantar	