

LAPORAN ELEKTIF

KEPERAWATAN ANAK

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN
DEMAM THYPOID DENGAN MENERAPKAN TEKHNIK
KOMPRES HANGAT (*TEPID SPONGE*) MENURUNKAN SUHU
TUBUH**

Oleh :

**SYAFNI FITRI
NIM.22040055**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
PROGRAM PROFESI FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA
PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2023**

LAPORAN ELEKTIF
KEPERAWATAN ANAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN
DEMAM THYPOID DENGAN MENERAPKAN TEKHNIK
KOMPRES HANGAT (*TEPID SPONGE*) UNTUK MENUREUNKAN
SUHU TUBUH

SYAFNI FITRI
NIM.22040055

Sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Ners
Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
PROGRAM PROFESI FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA
PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2023

LAPORAN ELEKTIF

ASUHAN KEPERAWATAN KEPADA NY. H DENGAN GANGGUAN: GOUT ARITHRITIS DENGAN EFEKTIVITAS KOMPRES JAHE MERAH UNTUK MENURUNKAN INTENSITAS NYERI SENDI

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Elektif ini telah diseminarkan di hadapan tim penguji
program studi pendidikan Profesi Ners
Universitas Afa Royhan
Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, November 2023

Pembimbing

Penguji

(Ns. Asnil Adli Simamora, M.Kep)
NIDN. 0121118903

(Ns. Mustika Dewi Pane, M.Kep)
NIDN. 0104089403

Ketua Program Studi Pendidikan
Profesi Ners

(Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes)
NIDN. 0118058502

Dekan
Fakultas Kesehatan

(Arini Hidayah, SKM. M.Kes)
NIDN.0118108703

IDENTITAS PENULIS

Nama : Syafni Fitri
NIM : 18010055
Tempat/Tanggal Lahir : Tarung tarung /19 Januari 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Tarung tarung Kec. Rao, Pasaman
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 01 Tarung tarung : Lulus tahun 2011
2. SMP Negeri 1 Rao : Lulus tahun 2014
3. SMA Negeri 1 Rao : Lulus tahun 2017
4. S1 Keperawatan Univ. Aafa Royhan : Lulus tahun 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyusun laporan elektif yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Demam Thypoid Dengan Menerapkan Teknik Kompres Hangat (*Tepid Sponge*) Menurunkan Suhu Tubuh” Laporan Elektif ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Penulis banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan Laporan Elektif ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
2. Ns.Mei Adelina Harahap, MKes, sebagai Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
3. Ns. Asnil Adli Simamora, M.Kep, sebagai pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan Laporan Elektif ini.
4. Ns. Mustika Dewi, M.Kep sebagai penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dalam menyelesaikan Laporan Elektif ini.
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.

6. Orang tua, saudara dan seluruh keluarga tercinta yang turut membantu dan atas dukungan, semangat, perhatian, pengertian, dan nasehat yang tiada henti sangat berarti bagi saya.
7. Pada klien dan juga keluarganya yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Penulis berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, Agustus 2023
Penyusun

Syafni Fitri

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

Laporan Elektif , Agustus 2023

Syafni Fitri

ABSTRAK

Demam *typhoid* merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* yang mudah menyerang anak dengan rentang usia 3-19 tahun karena kekebalan tubuh pada anak usia ini masih belum kuat. Adanya infeksi bakteri di dalam tubuh dapat menyebabkan demam sehingga terjadi kenaikan suhu tubuh atau biasa disebut hipertermia. Tujuan dari asuhan keperawatan ini adalah menganalisis asuhan keperawatan pada pasien demam. Metode pengumpulan data dalam studi kasus ini adalah metode observasi, wawancara, dan dokumentasi serta ditambah instrument studi kasus yaitu format asuhan keperawatan anak yang dilakukan selama 3 kali pertemuan. Hasil dari asuhan keperawatan berupa penerapan *tepid sponge bath* dengan air hangat ini didapatkan pada evaluasi hari ketiga yaitu ketiga klien mengalami penurunan suhu tubuh sehingga tidak ada keluhan demam. Penurunan suhu tubuh terjadi karena mekanisme kerja *tepid sponge bath* menyebabkan adanya perpindahan panas secara konduksi dan evaporasi.

Kata Kunci: Demam Thypoid,Hipertermi,Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh,Tekhnik kompres Hangat (Tepid Sponge)

***NERS PROFESSIONAL STUDY PROGRAM FACULTY OF HEALTH AUFA
ROYHAN UNIVERSITY PADANGSIMPUAN CITY***

Elective Report, August 2023

Syafni Fitri

ABSTRACT

Typhoid fever is a disease caused by Salmonella typhi bacteria which easily attacks children aged 3-19 years because the immune system in children of this age is still not strong. The presence of a bacterial infection in the body can cause fever resulting in an increase in body temperature or what is usually called hyperthermia. The aim of this nursing care is to analyze nursing care for fever patients. The data collection methods in this case study were observation, interviews and documentation methods and added a case study instrument, namely a child nursing care format which was carried out over 3 meetings. The results of nursing care in the form of applying tepid sponge baths with warm water were obtained on the third day of evaluation, namely that all three clients experienced a decrease in body temperature so that there were no complaints of fever. The decrease in body temperature occurs because the mechanism of the tepid sponge bath causes heat transfer by conduction and evaporation.

Keywords: Typoid Fever, Hyperthermia, Nutrition Less Than Body Requirements, Warm Compress Technique (Tepid Sponge)

DAFTAR ISI

Halaman

COVER	Error! Bookmark not defined.
LAPORAN ELEKTIF	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
IDENTITAS PENULIS	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	1
ABSTRAK	
DAFTAR ISI	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR TABEL	Error! Bookmark not defined.
BAB I PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang Masalah	Error! Bookmark not defined.
1.2 Rumusan Masalah.....	Error! Bookmark not defined.
1.3 Tujuan.....	Error! Bookmark not defined.
1.4 Manfaat Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
2.1 Konsep Dasar.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.1 Definisi.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.2 Etiologi.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.3 Patofisiologi	Error! Bookmark not defined.
2.1.4 Manifestasi Klinis	Error! Bookmark not defined.
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	Error! Bookmark not defined.
2.1.6 Penatalaksanaan	Error! Bookmark not defined.
2.2 Konsep Kompres Hangat.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.1 Definisi Kompres Hangat	Error! Bookmark not defined.
2.2.2 Manfaat Kompres Hangat	Error! Bookmark not defined.
2.2.3 Cara Pemberian Kompres Hangat	Error! Bookmark not defined.
2.2.4 Tahap Kerja Kompres Hangat.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.5 Gangguan Atau Masalah Kebutuhan Kompres Hangat.....	Error! Bookmark not defined.
2.3 <i>Nursing Care Plan</i> (Rencana Asuhan Keperawatan).....	Error! Bookmark not defined.
2.4.1 Diagnosa Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
2.4.2 Diagnose Prioritas	Error! Bookmark not defined.
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
2.4.4 Implementasi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.

BAB 3 LAPORAN KASUS	Error! Bookmark not defined.
BAB IV PEMBAHASAN.....	Error! Bookmark not defined.
4.1 Pengkajian	Error! Bookmark not defined.
4.2 Diagnosa keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
4.3 Intervensi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4.4 Implementasi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
BAB V PENUTUP	Error! Bookmark not defined.
5.1 Kesimpulan.....	Error! Bookmark not defined.
5.2 Saran	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Demam merupakan salah satu keluhan utama yang paling sering disampaikan orang tua pada waktu membawa anaknya ke dokter atau pelayanan kesehatan. Demam adalah suatu reaksi fisiologis tubuh yang kompleks terhadap penyakit yang ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh di atas nilai normal, akibat rangsangan zat pirogen terhadap pengatur suhu tubuh di atas nilai 36,5-37,2 °C. Suhu kurang dari 35 °C disebut hipotermi, sementara suhu lebih dari 37,5 °C disebut hipertermi (Suriadi, 2019).

Demam bukanlah suatu penyakit melainkan gejala dari suatu penyakit tertentu. Salah satunya adalah demam typhoid. Demam tifoid atau typhoid fever adalah suatu sindrom sistemik berat yang secara klasik disebabkan oleh salmonella typhi. Salmonella typhi termasuk dalam genus salmonella (Garna, 2019). Demam typhoid adalah penyakit infeksi akut pada saluran cerna bagian bawah (usus halus) dengan gejala demam kurang lebih satu minggu disertai gangguan saluran pencernaan dengan atau tanpa gangguan kesadaran. Penyakit ini disebabkan oleh salmonella typhi A, B, dan C (Reski, 2019).

Dalam masyarakat penyakit ini dikenal dengan nama tipes atau thypus, tetapi di dalam dunia kedokteran disebut typhoid fever atau thypus abdominalis karena berhubungan dengan usus di dalam perut. Penyakit typhoid perut (tipes abdominalis) merupakan penyakit yang ditularkan melalui makanan dan minuman

yang tercemar oleh bakteri salmonella typhi. Penyebab utamanya adalah bakteri salmonella typhi yang masuk melalui mulut berkembang biak didalam usus dan masuk ke pembuluh darah (suryadi,2015). Demam typhoid sendiri akan sangat berbahaya jika tidak segera di tangani secara baik Dan benar, bahkan menyebabkan kematian.

Menurut WHO (World Health Organization) memperkirakan angka insidensi di seluruh dunia sekitar 17 juta per tahun, angka kematian akibat demam typhoid mencapai 6.00.000 dan 70 % nya terjadi di Asia. Di Indonesia sendiri, penyakit typhoid bersifat endemic, menurut WHO angka penderita demam typhoid di Indonesia mencapai 350-810 per 1.00.000 penduduk. Prevalensi penyakit ini di Indonesia sebesar 1,6 % dan menduduki urutan ke lima penyakit menular yang terjadi pada semua umur di Indonesia, yaitu sebesar 6,0 % serta menduduki urutan 15 dalam penyebab kematian semua umur di Indonesia, yaitu sebesar 1,6 % (khairunnisa, hidaya t& herdadi, 2020).

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan perlu meningkatkan tindakan mandiri, agar kasus demam yang sering dialami oleh anak-anak dapat ditangani, terutama pada penderita demam tifoid salah satu tindakan mandiri perawat adalah kompres dengan metode *tepid spong*. Kompres *tepid spong* merupakan kombinasi teknik blok dengan seka. Teknik *tepid sponge* ini menggunakan kompres blok langsung di beberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar seperti di leher, ketiak, dan lipatan paha. Selain itu teknik ini ditambah dengan memberikan seka beberapa area tubuh sehingga perlakuan yang diterapkan akan lebih kompleks. Kompres blok langsung diberbagai tempat ini akan menyampaikan sinyal ke hipotalamus dengan lebih gencar dan pemberian

seka akan mempercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer serta memfasilitasi perpindahan panas di tubuh kelingkungan sekitar, sehingga terjadi penurunan suhu tubuh. (Potter7Perry,2018).

Dari hasil penelitian Memed (2018) mengemukakan bahwa kompres *tepid sponge* efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam dibandingkan dengan metode kompres hangat. Kompres hangat mengalami penurunan suhu mulai dari 0.3°c - 0.6°c . Hasil penelitian Hamid (2016), mengemukakan bahwa kompres tepid sponge efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam. Berdasarkan yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa semua jenis kompres yang diberikan kepada anak dengan kenaikan suhu tubuh, hal ini disebabkan adanya seka tubuh pada teknik tersebut akan mempercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer. Serta dapat diketahui bahwa rata-rata penurunan suhu tubuh sebelum dilakukan *tepid sponge* adalah $37,8^{\circ}\text{C}$ - 39°C

2.1 Rumusan Masalah

Angka kesakitan demam tifoid saat ini masih tinggi terutama pada anak dimana anak akan mengalami peningkatan suhu tubuh sehingga memerlukan penanganan yang cepat. Salah satu untuk menurunkan demam berdasarkan hasil penelitian pada studi kasus ini dengan metode studi literature yaitu pemberian terapi *tepid sponge*. Dengan demikian rumusan masalah ini adalah bagaimana aspek dan telah jurnal pada anak dengan pemberian *tepid sponge* untuk menurunkan demam tifoid berdasarkan *literature review*?

2.2 Tujuan

2.2.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan dengan pemberian tepid sponge untuk menurunkan suhu tubuh pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun) dengan demam tifoid dengan metode studi literature.

2.2.2 Tujuan Khusus

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

1. Mampu memberikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian , diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi pada An. G dengan demam thypoid
2. Mampu menganalisa jurnal keperwatan yang berhubungan dengan demam ythypoid dengan asuhan keperwatan yang telah diberikan kepada An,G dengan demam thypoid.
3. Mampu mengaplikasikan jurnal keperwatan yanag berhubungan dengan diagnose keperawatan pada An, G dengan demam thypoid.

2.3 Manfaat

2.3.1 Masyarakat

1. Diharapkan dapat dijadikan pengetahuan masyarakat dalam terapi pemberian tepid sponge untuk menurunkan suhu tubuh yang mengalami demam tifoid pada anak pra sekolah.

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan menambah tepid sponge untuk menurunkan suhu tubuh yang mengalami demam tifoid pada anak.

2.3.2 Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengimplementasikan prosedur terapi tepid sponge pada asuhan keperawatan dengan demam tifoid pada anak pra sekolah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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 bacteremia tanpa keterlibatan struktur endothelia atau endokardial, dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular pada orang lain melalui makanan atau air yang terkontaminasi. (Sumarno,2017).

2.1.2. Etiologi Demam Thypoid

Etiologi thypoid adalah bakteri gram negatif, bentuk batang, tidak berkapsul, bersifat aerobic anaerob fakultatif, memiliki flagella dan tidak berspora, dinamakan salmonella atau *Salmonella enterica Serotype Thyphi*. *Salmonellasp* memilki 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 Thyphi* hanya menginfeksi manusia, sedangkan *S. paratyphi* menginfeksi manusia dan hewan peliharaan.

2.1.3. Patofisiologi Demam Thypoid

Masuknya kuman *Salmonella typhi* kedalam tubuh manusia terjadi melalui makanan yang terkontaminasi kuman. Sebagian kuman dimusnahkan dilambung dan sebagian lagi lolos masuk kedalam usus dan selanjutnya berkembang biak.

Bila respon imunitas humoral mukosa (IgA) usus kurang baik maka kuman akan menembus sel sel epitel (terutama sel-M) dan selanjutnya ke lamina propia. Di lamina propia kuman berkembang biak dan difagositkan oleh sel-sel fagosit terutama magrofag. Kuman dapat hidup dan berkembang biak didalam magrofag dan selanjutnya dibawa ke plak peyeri ileum distal dan kemudia ke kelenjar getah bening mesentrika. Selanjutnya melalui duktus torasikus kuman yang terdapat di magrofag ini masuk ke dalam sirkulasi darah (mengakibatkan bakterimia pertama yang asimtomatik) dan menyebar ke seluruh organ retikuloendotelial tubuh terutama hati dan limpa.

Di organ-organ ini kuman meninggalkan sel-sel fagosit dan kemudian berkembang biak di luar sel atau ruang sinusoid dan selanjutnya masuk ke dalam sirkulasi darah lagi mengakibatkan baktrimia yang kedua kalinya dengan disertai tanda-tanda dan gejala penyakit infeksi sistemik. Kuman dapat masuk ke dalam kandung empedu, berkembang biak, dan bersama cairan empedu di eksresikan secara intermitten kedalam usus halus. Sebagian kuman dikeluarkan melalui feses dan sebagiannya masuk lagi ke dalam sirkulasi setelah menembus usus. Proses yang sama terulang lagi kembali, karena magrofag yang telah teraktivasi, hiperaktif; maka saat fagositosis kuman Salmonella terjadi pelepasan beberapa mediator inflamasi yang selanjutnya akan menimbulkan gejala reaksi inflamasi sistemik seperti demam, malaise, myalgia, sakit kepala, sakit perut, gangguan vascular, mental, dan koagulasi.

Infeksi terjadi pada saluran pencernaan basil yang diserap di usus halus. Melalui pembuluh limfe halus masuk kedalam peredaran darah sampai di organ-organ terutama hati dan limpa. Basil yang tidak dihancurkan berkembang biak di

dalam hati dan limfa sehingga organ-organ tersebut akan membesar disertai nyeri pada perabaan. Kemudian basil masuk kembali ke dalam darah (Bakterimia) dan menyebar ke seluruh tubuh terutama dalam kelenjar limfoid usus halus, menimbulkan tukak berbentuk lonjong pada mukosa di atas plak peyeri. Tukak tersebut dapat mengakibatkan perdarahan dan perforasi usus. Gejala demam disebabkan oleh endotoksin sedangkan gejala pada saluran pencernaan disebabkan oleh kelainan pada usus. (Arfiana&Arum,2018)

2.1.4. Manifestasi Klinis

1. Gejala pada anak :inkubasi antara 5-40 hari dengan rata-rata 10-14 hari
2. Sampai akhir minggu pertama demam meninggi
3. Minggu ke empat demam turun, Dapat menyebabkan shock, stupor, dan koma apabila demam tidak ditangani
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. Epitaksis
14. Bradikardi

15. Lidah yang berselaput (tepid an ujung merah serta tremorkotor, di tengah kotor)
16. Hepatomegali
17. Splenomegali
18. Meteroismus
19. Gangguan mental berupa samnolen
20. Psikosis atau delirium (Sudoyo Ari, dkk 2018)

Tabel 2.1. 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, nedul 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 kronikss

2.1.5. Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa pemeriksaan untuk membantu penengakkan diagnosis untuk demam thypoid yaitu:

1. Pemeriksaan darah tepi

Pada hasil pemeriksaan darah penderita umumnya ditemukan anemia, bias menurunnya dan meningkatnya jumlah leukosit normal, mungkin juga

terdapat trombositopenia. Adanya leukopenia dan limfositosis relatif dapat menjadi dugaan kuat untuk diagnosis demam tifoid (Hoffman,2018)

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 didalam urin dan feses dapat di temukan bakteri salmonella typhi pada stadium berikutnya (Hardi et al.,2017)

3. Uji serologi

Untuk dapat mebanu menegakkan diagnosis demam typhoid 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 saah satu cara untuk mendeteksi adanya kuman salmonella typhi terhadap antibody. Reaksi aglutinasi antara antibody penderita dan antigen kuman Salmonella typhi ada uji widal. Antigen yang digunakan adalah suspensi biakan Salmonella typhi yang sudsh dibasmi dan kemudian telah diolah di dalam laboratorium. Salmonella memilki tiga 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 tiga macam antibodi yang bias disebut agglutinin

(Widodo,2017). Hanya agglutinin O dan H yang ditentukan titernya untuk diagnosis, semakin tinggi titernya maka semakin kuat penegakkan diagnose 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 , cepat, dan lebih akurat untuk digunakan. (Rahayu,2018).

6. Pemeriksaan Kuman secara molekuler.

Cara paling ampuh untuk diagnosis demam thypoid dengan teknik hibridasi asam nukleat untuk mendeteksi DNA (asam nukleat) gwn flagellin bakteri salmonella typhi di dalam darah atau dengn cara polymerase chain reaction (PCR) untuk aplikasi DNA melalui identifikasi antigen Vi (Liana,2019).

2.1.6. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Bedrest kurang lebih 14 hari: mencegah komplikasi perdarahan usus.
- b. Mobilisasi sesuai dengan kondisi
- c. Untuk mencegah decubitus setiap dua jam sekali posisi tubuh harus diubah
- d. 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

2. 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 18 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 antibiotic 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 table di bawah ini :

Tabel 2.2. Antibiotik untuk Demam Tifoid

Antibiotik	Dosis	Penjelasan
Ciprofloxacin atau Ofloxacin	15mg/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	Pemberian secara per oral rekomendasi untuk MDR
Azithromycin	8-10 mg/kg BB per hari selama 7 hari	Untuk pasien yang resisten dan antibiotic quinolon
Kloram fenikol	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
Ceftriakson	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

a. 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.

b. 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).

c. 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)

d. Kloramfenikol

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

e. Ceftriaxone

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

f. Amoxicilin

Amoxicilin memiliki efek penyembuhan yang setara dengan kloramfenikol namun waktu penurunannya 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 spesme 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 oC sampai 40 oC.
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 di daerah 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.

7. 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 :

a. Core temperatur (Suhu inti)

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

b. 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°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°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, stupor, dan koma
 - b. Keadaan umum : sakit ringan, sedang, berat
 - c. Tanda-tanda vital, normalnya:
 - d. 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.²⁶

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, limpa 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.²⁷

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), lingkarpada (49-50cm), LILA, lingkardada, lingkardada > dari lingkarpada.

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.

a. Memukul

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

b. 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

c. 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 gabungan²⁹

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 aktivas 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 obat obatan 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 sikapklien 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 sepertitakut, cemas karena dirawat di RS.

h. Pola peran hubungan

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

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Kaji adakah efek penyakitterhadapseksualitas anak.

j. Pola koping dan toleransi stress

Yang perlu dikaji adalah bagaimana kemampuan klien dalam manghadapai 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

Tabel 2.3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan d.d nafsu makan menurun	Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Berat badan meningkat 2. Nafsu makan membaik 3. Membran mukosa menurun 4. Diare menurun 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat. 6. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat	Manajemen Nutrisi Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi meliputi ABCD 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan suplemen makanan, jika perlu 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

			<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu
2	Termoregulasi tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka termoregulasi tidak efektif membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pucat menurun 2. Vasokonstriksi perifer menurun 3. Kadar glukosa darah menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Pengisian kapiler membaik 6. Suhu tubuh membaik 	<p>Regulasi temperature</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh, jika perlu 2. Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan. 3. Monitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien 3. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan cara pencegahan hipotermi dan hipertermi karena terpapar udara dingin. 2. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
3	Intoleransi Aktifitas	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka intoleransi aktifitas membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan lemah menurun <p>Terapi Aktifitas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam 	<p>Terapi Aktifitas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan 2. berpartisipasi dalam aktifitas tertentu 3. Monitor respon emosional, fisik, social dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia 2. Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan 3. Tingkatkan aktivitas fisik

		<p>aktifitas tertentu</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan tubuh meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Tekanan darah membaik 	<p>untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 5. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai 2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu
4	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum natrium membaik 	<p>Pemantauan Elektrolit</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor kadar elektrolit serum 3. Monitor mual, muntah dan diare 4. Monitor kehilangan cairan, jika perlu <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan keadaan pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
5	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam masalah nyeri akut dapat teratasi Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah menurun 2. Kesulitan tidur 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri

		<p>menurun</p> <p>3. Muntah menurun</p> <p>4. Mual menurun</p>	<p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri.</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	--

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, 2016).

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, 2015)

BAB III
LAPORAN KASUS

1. Pengkajian

A. BIODATA

Pengkajian ini dilakukan hari sabtu, Tanggal 28 juli 2023, Di ruang cendrawasih rumah sakit inanta kota padangsidimpuan.

Identitas Klien

Nama : An.R
Umur : 3 tahun
Alamat : Sihitang, Padangsidimpuan
Agama : Islam
Pendidikan : -
Pekerjaan : -
Dx. : Demam Typhoid

a. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. A/Tn.S
Umur : 35 Tahun/32Tahun
Alamat : Sihitang, Padangsidimpuan
Pekerjaan : Buruh
Agama : Islam
Hub. Dgn klien : Orang Tua

B. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama :

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

b. Riwayat kesehatan sekarang:

Ibu pasien mengatakan pasien demam sudah 1 minggu 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 setengah dari porsi makannya. Suhu pasien 38,5 c, konjungtiva pasien tampak anemis, nadi 116x/menit, pernafasan 26x/menit, TD : 96/79 mmHg. Nafsu makan pasien berkurang dan juga kurang minum, mukosa bibir kering, suhu tubuh tidak stabil.

c. Riwayat kesehatan dahulu:

Ibu pasien mengatakan pasien belum pernah dirawat 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 turunan lainnya.

PENGAJIAN POLA FUNGSIONAL

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan:

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

b. Pola Nutrisi dan Metabolik:

1). Sebelum sakit

a. Makan : 3x1 hari (nasi, lauk, sayur) habis 1 porsi

b. Minum : 6-7 gelas sehari (air putih dan teh)

2). Selama sakit

a. Makan : 2x1 hari, habis 1/4 porsi

b. Minum : 10-12 gelas sehari (air putih)

c. Pola Eliminasi :

1). Sebelum sakit

a. BAB normal \pm 5 kali sehari, bentuk padat warna kuning.

b. BAK normal \pm 8-9 sehari, warna kekuning-kuningan

2). Selama sakit

a. BAB cair \pm 1-2 kali sehari, bentuk cair, warna kuning, bau khas.

b. BAK cair \pm < 8-9 kali sehari, bau khas.

d. Pola aktivitas dan kebersihan diri:

1). Sebelum sakit

Makan dan minum : Mandiri

Mandi : Mandiri

Torleting : Mandiri

Berpakaian : Mandiri

Mobilitas di tempat tidur :Mandiri

Berpindah : Mandiri

Ambulasi/ROM : Mandiri

2). Selama sakit

Makan dan minum : Dibantu orang lain

Mandi : Dibantu orang lain

Torleting : Dibantu orang lain

Berpakaian : Dibantu orang lain

Mobilitas di tempat tidur : Dibantu orang lain

Berpindah : Tergantung total

Ambulasi/ROM : Tergantung total

e. Pola istirahat dan tidur:

Ibu mengatakan an.r waktu di rumah tidur nya teratur pada siang dan malam hari, selama di rumah sakit pasien susah tidur karena sakit yang dialami dan sering terbangun pada malam hari.

f. Pola kognitif dan persepsi sensori:

Kualitas berbicara pasien baik, komunikasi dengan klien terarah dan jelas. Pasien menggunakan bahasa daerah untuk berkomunikasi

g. Pola Konsep Diri:

status emosional pada klien tampak stabil, serta menerima keadaanya saat ini.

h. Pola peran-hubungan:

Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik, begitu juga dengan perawat dan dokter penanggung jawab pasien.

i. Pola seksual dan seksualitas:

Pasien belum memiliki gairah seksual, dan berjenis kelamin laki laki.

j. Pola mekanisme koping:

pola koping pasien baik

k. Pola nilai kepercayaan

keluarga pasien menyakini bahwa penyakit pasien berupa cobaan dari Tuhan.

PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

- a. Penampilan : Lemah
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. GCS : E =4 M 6 V= 5

2. Tanda-tanda vital

- a. Tekanan darah : 112/80 mmHg
- b. Respiratori rate : 26x/i
- c. Nadi : 90x/i
- d. Temperatur : 38,5°C
- e. Tinggi badan : 115 cm Berat badan : 18 kg

4. Kepala

- a) Bentuk kepala : Tidak terdapat benjolan dan lesi
- b) Rambut : Berketombe, potongan pendek
- c) Mulut : Mukosa bibir kering, pucat, tidak ada caries gigi
- d) Mata : Kiri dan kanan simetris, konjungtiva anemis, sclera Tidak ikterik, pupil kiri kanan isokor

- e) Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung, bersih
- f) Telinga : Simetris, bersih tidak ada serumen, tidak ada Gangguan pendengaran
- g) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, serta tidak Tidak ada pembesaran vena jugularis

5. Dada

a. Paru-paru

- Inspeksi : Bentuk simetris, pergerakan sama, tidak ada lesi
- Palpasi : Tidak ada Nyeri tekan, fremitus kiri dan kanan sama
- Perkusi : Bunyi Normal, suara nafas sonor
- Auskultasi : Bunyi Vesikuler dan tidak terdengar suara nafas tambahan

6. Abdomen

- Inspeksi : Perut datar, tidak ada lesi, tidak ada asites, tidak ada Distensi abdomen, tidak ada nyeri tekan
- Palpasi : Tidak teraba pembesaran hati dan limfa
- Perkusi : Bunyi Timpani
- Auskultasi : Bising usus yaitu <10x/menit

7. Genetalia : Tidak terpasang kateter,

8. Anus : Tidak terdapat benjolan

9. Ekstremitas

- Superior : Tangan kanan terpasang infuse RL 8 jam
- Inferior : Tidak ada edema, tidak tersapat lesi, akral teraba hangat

10. Kuku dan kulit : Bersih, turgor kulit kering, CRT <2 detik

2. ANALISA DATA

No.	TANGGAL	Data	Etiologi	Problem
1.	28 juli 2023	<p>DS : - ibu mengatakan nafsu makan pasien menurun</p> <p>a. Ibu mengatakan BB pasien turun</p> <p>b. Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah</p> <p>DO : - pasien tampak tidak mengahiskan porsi makannya</p> <p>c. BB pasien tampak menurun 18 kg saat ditimbang</p> <p>d. Pasien menolak saat diberi makan.</p> <p>Antropometri : TB : 112kg BB sebelum sakit :23kg Setelah sakit : 18kg TD : 100/70mmHg HR : 81x/menit RR : 24x/menit T: 38,5C</p>	Kurangnya asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2.	29 juli 2023	<p>DS : - ibu mengatakan suhu tubuh pasien naik pada pagi hari dan turun pada malam hari.</p> <p>- Ibu mengatakan tubuh pasien hangat</p> <p>DO : - Suhu pasien pada pagi hari 38,1 c dan pada malam hari suhunya 36,5c</p>	Proses penyakit (mis. Infeksi)	Termogulasi tidak efektif

3.	30 juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tubuhnya teraba hangat <p>DS : - Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan pasien lelah - Ibu mengatakan tubuh pasien pegal pegal 	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
4.	31 juli 2023	<p>DO : - pasien tampak aktifitasnya dibantu sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tambah lemah - Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur <p>DS : - Ibu pasien mengatakan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan pasien mual dan muntah <p>DO : - Pasien tampak lemah terlihat dari aktivitas yang dibantu oleh keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak muntah sedikit dan mengeluarkan makanan yang baru saja dimakannya. 	Muntah	Resiko ketidakseimbangan elektrolit

3. Diagnosa keperawatan (Prioritas Masalah)

No.	Dx. 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 (infeksi)
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
4.	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare

4. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
----	----------	-----	-----

<p>1.</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan bb dan nafsu makan menurun.</p> <p>Termoregulasi tidak efektif b.d prose penyakit (infeksi) ditandai dengan suhu tubuh</p>	<p>1. Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan nutrisi membaik dengan kriteria hasil</p> <p>2. Berat badan membaik</p> <p>3. Frekuensi makan membaik</p> <p>4. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>5. Penurunan frekuensi terjadinya mual dan muntah</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka termoregulasi tidak efektif membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi meliputi ABCD 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Nursing :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan suplemen makanan, jika perlu 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu <p>Regulasi temperature :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu 2. Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan suhu 3. Monitor dan catat
-----------	--	---	--

	<p>fluktuatif dan pucat</p> <p>Intoleransi aktivitas b. d kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pucat menurun 2. Fasokonstriksi perifer menurun 3. Tekanan darah membaik, suhu tubuh membaik <p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka intoleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan melemah menurun 2. Kekuatan tubuh meningkat 	<p>gejala hipotermia atau hipertermia</p> <p>Nursing :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. Sesuai kan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien 3. Lakukan pendinginan eksternal (tepid sponge) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan cara pencegahan hipotermi dan hipertermi karena terpapar udara dingin 2. Anjurkan tirah baring: <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian anti piretik, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu <p>Terpi aktivitas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu 2. Monitor respon emosional, fisik, social dan spiritual terhadap aktivitas nursing 3. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia 4. Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai
--	--	--	---

	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare</p>	<p>3. Keluhan lemah menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Frekuensi nafas membaik</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum natrium membaik 	<p>kebutuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Tingkat aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai 6. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 7. Jadwalkan aktifitas dalam rutinitas <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktifitas fisik sehari hari, jika perlu 2. Ajarkan cara melakukan aktifitas yang dipilih <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapi dalam merencanakan dan monitor program aktifitas, jika sesuai <p>Pemantauan elektrolit</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor kadar elektrolit serum 3. Monitor mual muntah dan diare 4. Monitor kehilangan cairan, jika perlu <p>Nursing :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan keadaan pasien <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur
--	--	---	---

			pemantauan
--	--	--	------------

5. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Hari / Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	28 Juli 2023	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB dan nafsu makan menurun	09.00 09.30 10.20	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 : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun • Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah • Ibu pasien mengatakan BB pasien turun O : A : TB :124 cm BB : 18 kg IMT : 11,7 B : HB : 11,5 g/dL C : Mu kosa mulut kering dan tampak pucat D : Lunak/lembek, frekuensi 3x sehari, setiap makan habis 1 sendok. Tanda-tanda vital : TD : 100/70 mmHg N : 81 kali/menit P : 24 kali/menit S : 36,3 °C A :

					<p>Ketidakseimbangan nutrisi tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor asupan makanan dan status nutrisi. • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium • Berikan suplemen makanan
2	29 Juli 2023	Termoregulasi tidak efektif b.d proses penyakit (mis.infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat	<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"> • Ibu mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil • Ibu mengatakan pasien lelah • Ibu mengatakan tubuh pasien hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh pasien tampak tidak stabil • Pasien tampak lemah • TD : 110/70 mmHg Pernafasan : 26 x/i x/menit Suhu : 36,3°C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termoregulasi tidak efektif masih <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam • Monitor

					tekanan darah, frekuensi pernafasan.
3	30 Juli 2023	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah	16.00 16.10 16.25 16.40 16.55 17.00 17.05 17.10 17.15	Mengidentifikasi kemampuan pasien berpartisipasi dalam aktivitas tertentu Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas Mengkoordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia Memfasilitasi aktivitas rutin sesuai kebutuhan Meningkatkan aktivitas fisik agar dapat memelihara berat badan Melibatkan keluarga dalam aktivitas jika perlu Menjadwalkan aktivitas rutinitas sehari-hari Menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu Mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih	S : <ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan badan pasien lelah dan letih Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sepenuhnya Ibu mengatakan badan pasien terasa pegal O : <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemah, lesu Pasien tampak aktifitasnya dibantu oleh ibu Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur TD : 100/80 mmHg P ernafasan :23 x/i S uhu : 37,9⁰ C A : Intoleransi aktivitas masih tetap

					<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola jam tidur • Monitor kelelahan
4	31 Juli 2023	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare ditandai dengan mual dan muntah	<p>18.00</p> <p>18.10</p> <p>18.20</p> <p>18.25</p> <p>18.30</p> <p>18.45</p>	<p>Memonitor kadar elektrolit</p> <p>Memonitor mual dan muntah</p> <p>Memonitor kehilangan cairan</p> <p>Mengatur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>Men dokumentasikan pemantauan</p> <p>Men jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien lemas • Ibu pasien mengatakan mual dan muntah • Ibu pasien mengatakan sakit pada perutnya • Ibu pasien mengatakan sering kali pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah, terlihat dari aktivitas yang dibantu keluarga. • Pasien tampak meringis mengatakan sakit perut kepada ibunya • Pasien tampak gelisah dan menangis <p>A :</p> <p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit masih tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kadar elektrolit

					serum • Monitor mual, muntah dan diare • Monitor kehilangan cairan
--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan Konsep kasus terkait

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dan 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. R 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 kejadian pasien bias merespon secara spontan, kemudian pasien bias berorientasi dan menjawab pertanyaan perawat dengan baik, dan juga pasien bias mengikuti perintah seperti meminta 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

a. 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 selama sakit, pasien hanya dilap tubuhnya.

b. Masta

Sacara 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.

c. Telinga

Secara teoritis, pemeriksaan telinga dilakukan secara inspeksi dan palpasi, nyeri tekan, tidak ada peradangan, dan peneumpukan 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.

d. Hidung

Secara teoritis pemeriksaan hidung yaitu bentuk tulang hidung, tidak terjadi perdarahan, kotoran didalam lobang hidung, tidak ada perdarahan, dan juga tidak ada pembesaran polip.

e. 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 membrane 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 pencernaanya karena bakteri ini menyerang bagian usus pasien sehingga menyebabkan pasien kurang nafsu makan, mual dan muntah.

f. 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 kelenjar teroid dan tidak ada kaitanya 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 tubex test, hal ini dilakukan agar tidak terjadi kesalahan intervensi, pemeriksaan tersebut bias menjadi data penunjang sebuah diagnosa.

4.1.2 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 thypoid menurut teori SDKI (Sstandar 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 juli 2023,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 makananya. Hal ini terjadinya karena disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang menyerang system pencernaan yang dapat mengakibatkan pasien mual muntah, nafsu makan menurun, berat badan pasien menurun, dan status gizi pasien kurang IMT : $BB(TB)^2 = 20(1,24)^2 = 11,7$ (Brumer and Sudart, 2014)

2. Termogulasi 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 hri suhunya 38.2°C dan pada malam harinya 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 pneunjang 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 typhi* yang menyerang system pencernaan yang bias menyebabkan pasien kurang bersemangat.

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

Data pendukung keempat yaitu sat dilakukan 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 typhi* yang menyerang system pencernaan yang menyebabkan pasien mual dan muntah, dan merasa lemas.

Diagnose pada teori yang tidak ditemukan dikasus:

1. Defisit Volume Cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan. Alas an penulis tidak mengangkat diagnoa ini, pada saat pengkajian pada An. R ibu pasien mengatakan anak mencret tapi hanya sekali sewaktu dirumah sakit san ibu mengatakan Hb pasien itu rendah.

2. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia dan neoplasma)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnose ini, ialah, pada saat pengkajian pada An. R pasien mengatakan tidak ada gangguan nyeri yang dirasakan.

3. Hipotermia berhubungan dengan berat badan ekstrem. Alasan penulis tidak mengangkat diagnose ini ialah, pada saat pengkajian pada An. R tidak ditemukan data kalau pasien mengalami gejala hipotermia.

4.1.3 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 pada tindakan 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 keduatermoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) ditandai dengan suhu fluktuatif dan pucat rencana yang dilakukan manajemen kompres pans selama lebih kurang 3 menit, manajemen cairan, pemantauan tanda vital seperti TD : 100/70 mmHg, N : 81kali/menit, RR : 24 kali/ menit, S: 38,2°C. rencana yang akan dilakukan untuk menurunkan suhu pasien ialah kompres hangat, supaya suhu pasien bias 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 bias dilakukannya, pemantauan tanda vital, pemberian obat intravena, promosi dukungan keluarga seperti dorongan dari keluarga supaya pasien bias beraktifitas sendiri, promosi latihan fisik, terapi aktifitas seperti melempar 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 & Kusum, 2015)

4. Untuk diagnose 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 orang tua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah atau mengurangi cedera, (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis), tidak melakukan kekerasan pada ana, dan modifikasi lingkungan fisik.

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, factor-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, memonitorkan hasil pemeriksaan laboratorium, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. Manajemen 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 temperature, memonitor suhu tubuh anak tiap dua jam, (S : 38,2 C), memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi, (TD: 100/70 mmHg, pernafasan : 24x/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 antiseptic, jika perlu (berikan obat penurun panas seperti paracetamol, berikan kompres hangat, perbanyak konsumsi buah).

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.

1. Typhus abdominalis 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 7 hari, gangguan pada saluran cerna, gangguan kesadaran, dan lebih banyak menyerang pada anak usia 12-13 tahun tanda dan gejalanya adalah demam, suhu tidak stabil sudah lebih satu minggu, nyeri kepala dan perut, mual dan muntah.
2. Data yang didapatkan saat pengkajian hari rabu, jam 14.00 wib ibu pasien mengatakan pasien mengalami mencret semenjak sebelum masuk rumah sakit. Frekuensi BAB \pm 3 kali perhari. BAB nya warna 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 $38,7^{\circ}\text{C}$, 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 thypoid dengan kompres hangat. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurangnya asupan makanan, termoregulasi tidak efektif b/d proses penyakit (mis. Infeksi), intoleransi

aktivitas 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 diagnose 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 sesuai dengan SDKI, 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 berkerjasama dengan perawat ruangan, pasien dan keluarga. Pada kasus ini pelaksanaannya sudah sesuai dengan kondisi pasien yang menyimpang dan perencanaan yang telah dibuat. Adapun faktor pendukung dari pelaksanaan adalah adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga.
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 menjadikan acuan bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan selanjutnya dengan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi keluarga pasien

Diharapkn dapat menambah pengetahuan tentang proses asuhan keperawatan pada pasien anak dengan demam Thypoid dengan menerapkan tekhnik kompres hangat (*Tepid sponge*).

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia Rahma Putri, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Demam Tifoid Dalam Pemenuhan Kebutuhan Termoregulasi* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Astuti, P., Astuti, W. T., & Nurhayati, L. (2018). Penerapan Water Tepid Sponge (WTS) untuk Mengatasi Demam Tipoid Abdominalis Pada An. Z. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 4(2), 20-29.
- Kusmiran, A. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTERMIA PADA ANAK YANG MENGALAMI DEMAM TYPOID DENGAN INTERVENSI PEMBERIAN TEPID SPONGE DI RUANG CANIGARA RS BALIMED DENPASAR* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan 2023).
- Novikasari, L., Wandini, R., & Pradisca, R. A. (2021). Asuhan keperawatan komprehensif dengan penerapan teknik kompres bawang merah terhadap penurunan suhu tubuh anak dengan demam. *JOURNAL OF Public Health Concerns*, 1(3), 171-180.
- SIdiq, T. A. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN TEPID SPONGE UNTUK MENURUNKAN DEMAM PADA ANAK DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DIRUANG MELATI 5 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SOEKARDJO KOTA TASIKMALAYA-(KTI. 1454)* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya).
- Simatupang, L. R. (2023). *PENERAPAN KOMPRES AIR BIASA DAN KOMPRES AIR HANGAT TEPID SPONGE PADA ANAK TIFOID DI RUANG KENARI RS DR. BRATANATA JAMBI* (Doctoral dissertation, Stikes Garuda Putih Jambi).
- Yulandari, R. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. F DENGAN HIPERTERMI PADA KASUS DHF TENTANG PENERAPAN WATER TEPID SPONGE DALAM MENURUNKAN SUHU TUBUH ANAK DI RUANG AKUT RSUP DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2023* (Doctoral dissertation, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang).
- Yuniawati, R., & Wulandari, T. S. (2023). *LITERATURE REVIEW PENERAPAN METODE WATER TEPID SPONGE UNTUK*

MENGATASI MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMI PADA PASIEN TYPHOID. *Jurnal Ilmiah Keperawatan dan Kesehatan Alkautsar (JIKKA)*, 2(1), 47-71.


DOKUMENTASI





LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Yeni Rahmadhani Saing
 NIM : 22040057
 Nama Pembimbing : Ns.Asnil Adli Simamora,M.Kep

No.	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	21/07/2023	Judul electp	- Cari judul lain - Cari jurnal	
2.	Rabu 26/07/2023	Judul electp	Acc judul	
3.	Kamis 03/08/2023	Bab 1 dan 2		
4.	Selasa 15/08/2023	Bab 3-5		
5.	Rabu 14/08/2023		Acc ujian	