



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAM
TIFOID DI RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH III
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**CHATRINE JESSICA ANGGU (NS2514901009)
CHATRINE PASOMBA (NS2514901010)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAM
TIFOID DI RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH III
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**CHATRINE JESSICA ANGGU (NS2514901009)
CHATRINE PASOMBA (NS2514901010)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Chatrine Jessica Anggu (NS2514901009)
2. Chatrine Pasomba (NS2514901010)

Menyatakan dengan sungguh bahwa karya ilmiah akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil karya ilmiah akhir orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 20 Februari 2026

Yang menyatakan,



Chatrine Jessica Anggu



Chatrine Pasomba

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul " Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Tifoid di Ruang Perawatan St. Yoseph III Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : 1. Chatrine Jessica Anggu (NIM: NS2514201009)
2. Chatrine Pasomba (NIM: NS2514201010)

Disetujui oleh

Pembimbing Askep



(Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep)

NIDN: 0914069101

Pembimbing Teori



(Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes)

NIDN: 0925107502

Menyetujui,

**Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D

NIDN: 0913068201

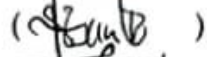
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Chatrine Jessica Anggu (NIM: NS2514901009)
2. Chatrine Pasomba (NIM: NS2514901010)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam
Tifoid di Ruang Perawatan St. Yoseph III Rumah
Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing Askep : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep ()
Pembimbing Teori : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes ()
Penguji 1 : Mery Sambo, Ns., M.Kep ()
Penguji 2 : Mery Solon, Ns., M.Kes ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 25 Maret 2026

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita Sa'pang, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D

NIDN: 09130928201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Chatrine Jessica Anggu (NS2514901009)

Chatrine Pasomba (NS2514901010)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 17 April 2026

Yang menyatakan,



Chatrine Jessica Anggu



Chatrine Pasomba

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Tifoid di Ruang Perawatan St. Yoseph III Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan karya ilmiah akhir ini telah melibatkan banyak pihak baik dari dukungan moril, material maupun spiritual dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini, terutama kepada:

1. Fransiska Anita Sa'pang, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D., selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar serta penguji 2 yang telah memberikan masukan dan arahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai pembimbing 1 yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran dalam karya ilmiah akhir ini.
6. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris

7. Wirmando, Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
8. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku pembimbing 2 yang telah membimbing, memotivasi dan dukungan dengan sangat baik kepada penulis selama proses menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
10. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama perjalanan pendidikan penulis.
11. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah mengizinkan penulis melakukan pengambilan kasus di ruang perawatan St. Yoseph III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
12. An. M selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
13. Teristimewa kedua orang tua dan saudara Chatrine Jessica Anggu (Bapak Tenney Sonda Anggu (Alm.) dan Ibu Beti Pasongli serta saudara Ferdinand Anggu) dan kedua orang tua dan saudara Chatrine Pasomba (Bapak Lukas Pasomba, Ibu Agustina Sulu' dan saudara Stanislaus Sulu' Pasomba, Paulinus Pasomba, Maria Oktaviani Pasomba) serta keluarga, dan teman-teman yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, motivasi yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna memperbaiki penulisan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, Februari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penelitian	3
1. Bagi Instansi Rumah Sakit	3
2. Bagi Pasien dan Keluarga	4
3. Bagi Penulis	4
4. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	6
1. Pengertian Demam Tifoid	6
2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan	7
3. Etiologi	10
4. Patofisiologi	12
5. Manifestasi Klinik	14
6. Tes Diagnostik	15
7. Penatalaksanaan Medik	16
8. Komplikasi	18
9. Patoflowdiagram	21
B. Konsep Dasar Keperawatan	24
1. Pengkajian	24
2. Diagnosa Keperawatan	25
3. Luaran Keperawatan dan Intervensi Keperawatan	26

4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	36
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus	38
B. Pengkajian Keperawatan	39
C. Diagnosis Keperawatan	56
D. Intervensi Keperawatan	57
E. Implementasi Keperawatan	59
F. Evaluasi Keperawatan	80
G. Daftar Obat.....	86
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	90
1. Pengkajian	90
2. Diagnosis	92
3. Perencanaan Keperawatan	96
4. Implementasi Keperawatan	98
5. Evaluasi Keperawatan	98
B. Pembahasan Penerapan EBN	99
1. Judul EBN	99
2. Diagnosa Keperawatan	99
3. Luaran	99
4. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN	99
5. PICOT EBN	100
6. Hasil dan Kesimpulan EBN	105
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	108
B. Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Usus Halus	7
Gambar 2.2 Anatomi Usus Besar	8

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Catatan Vaksin	40
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	40
Tabel 3.3 Analisa Data	54
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan	56
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	57
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	59
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	80
Tabel 4.1 Pembahasan Artikel PICOT EBN	103

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsul Karya Ilmiah Akhir
- Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan anak merupakan salah satu masalah yang sering terjadi atau dijumpai di negara berkembang seperti Indonesia. Anak-anak sangat rentan terserang penyakit karena tingkat imunitas yang masih rendah. Cacar air, campak, infeksi kulit, diare, muntah, demam dan batuk adalah berapa penyakit yang sering terjadi pada anak-anak namun masalah kesehatan yang sering terjadi pada anak yaitu pada sistem pencernaan seperti demam tifoid (Ghandi et al., 2025).

Demam tifoid atau thypus abdominalis merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *salmonella thypi*. Demam tifoid adalah penyakit infeksi akut yang menyebabkan gangguan saluran pencernaan hingga penurunan kesadaran. Penyakit ini merupakan penyakit tropik sistemik yang bersifat endemis dan masih jadi problem kesehatan anak di dunia, terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia (Ramadhani et al., 2022). Penyakit demam tifoid merupakan penyakit yang mudah menular dan dapat menyerang banyak orang, sehingga dapat menimbulkan wabah. Pada daerah endemik penyebab utama penularan penyakit demam tifoid adalah air yang tercemar sedangkan di daerah non endemik makanan yang terkontaminasi oleh carrier merupakan hal yang paling berpengaruh terhadap penularan demam tifoid (Yani et al., 2022).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (2023), melaporkan 9 -14 juta kasus demam tifoid setiap tahun di dunia dengan angka kematian 110.00 - 135.000 jiwa per tahun, dengan beban tertinggi di Asia Selatan Dan Asia Tenggara. Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI (2024) suspek dan terkonfirmasi demam tifoid masih banyak ditemukan pada kelompok usia sekolah dan remaja. Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa angka insiden demam

tipoid di Indonesia diperkirakan berkisar antara 150 – 300 kasus per 100.000 penduduk per tahun, dengan angka rawat inap yang cukup tinggi pada usia anak 5-14 tahun. Pada tingkat provinsi, berdasarkan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (2021), melaporkan bahwa prevalensi demam tifoid masuk dalam 10 penyakit terbanyak pasien rawat inap di rumah sakit yaitu 7,3% (1.451 kasus) dari 19.856 kasus.

Masalah utama yang sering dialami anak dengan demam tifoid adalah hipertermia. Peningkatan suhu tubuh yang tidak segera diatasi dapat menimbulkan dampak terhadap kondisi kesehatan anak, seperti dehidrasi, hipoksia, gangguan sistem saraf, hingga terjadi kejang demam. Penanganan hipertermia dapat dilakukan secara kolaboratif melalui terapi farmakologi maupun nonfarmakologi. Terapi farmakologi umumnya berupa pemberian obat antipiretik, sedangkan terapi nonfarmakologi dapat dilakukan dengan melonggarkan pakaian atau memberikan kompres hangat (Sumakul et al., 2022).

Kompres hangat merupakan salah satu intervensi nonfarmakologi dalam bentuk hidroterapi yang bekerja dengan merangsang vasodilatasi pembuluh darah perifer. Mekanisme ini membantu meningkatkan aliran darah, mempercepat pelepasan panas melalui kulit, serta memberikan efek relaksasi sehingga dapat meningkatkan rasa nyaman pada anak. Lokasi kompres diantaranya dapat dilakukan di ketiak (*axila*), di lipatan paha (*femoral*) dan dahi (*frontal*). Pemberian kompres hangat pada dahi (*frontal*) paling sering dilakukan sebagai daerah dengan letak terdekat pada area preoptic hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh namun ternyata pemberian kompres hangat pada axilla sebagai daerah dengan letak pembuluh darah besar lebih efektif menurunkan demam dengan memberikan rangsangan pada area preoptic hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh (Rohmahwati et al., 2024).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik mengambil kasus demam tipoid pada anak untuk menerapkan asuhan

keperawatan dan membahas lebih lanjut dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Tifoid Di Ruang Perawatan St. Yoseph III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan demam tifoid di ruang perawatan.

2. Tujuan Khusus

Memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan demam tifoid secara komprehensif yang mencakup :

- a. Melaksanakan pengkajian pada anak dengan demam tifoid.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada anak dengan demam tifoid.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada anak dengan demam tifoid.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak dengan demam tifoid dan berdasarkan EBN tindakan keperawatan kompres hangat area axila.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada anak dengan demam tifoid.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Menjadi masukan bagi RS dalam melaksanakan tindakan terapeutik perawat yaitu kompres hangat pada area axilla dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami demam tifoid.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Memberikan manfaat langsung bagi anak dengan demam tifoid, khususnya dalam penerapan intervensi kompres hangat area axilla sebagai Tindakan nonfarmakologia untuk menurunkan suhu tubuh.

3. Bagi Penulis

Meningkatkan pengetahuan, wawasan dan pemahaman mengenai penerapan kompres hangat area axilla sebagai intervensi nonfarmakologis dan dapat menerapkan teori dan asuhan keperawatan dalam praktik klinik secara nyata khususnya dalam penatalaksanaan hipertermia pada anak.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi rujukan atau bahan informasi bagi mahasiswa/i keperawatan sebagai bekal untuk praktek di rumah sakit.

D. Metode Penulisan

Karya tulis ini menggunakan metode penulisan deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut:

1. Studi kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai bacaan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini seperti: buku-buku medis, makalah dan artikel jurnal.

2. Studi kasus

- a. Observasi dengan melihat secara langsung keadaan dan kondisi pasien anak.
- b. Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga pasien dan tim Kesehatan yang terkait seperti perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.
- c. Pemeriksaan fisik dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini tersusun atas lima bab yang terdiri dari bab I “pendahuluan” menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II “tinjauan pustaka”, menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflowdiagram. Bab III “pengamatan kasus”, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV “pembahasan kasus” yaitu membahas kesenjangan antara teori, *Evidence Base Nursing* (EBN) dan kasus nyata yang di temukan di lapangan. Bab V “penutup”, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Demam tifoid adalah penyakit infeksi sistemik akut yang disebabkan oleh bakteri *salmonella enterica serovar typhi* (*salmonella typhi*) dimana penyakit ini menyerang saluran pencernaan dan kemudian menyebar keseluruh tubuh melalui aliran darah. Penyakit ini menyebabkan demam tinggi yang berlangsung satu minggu atau lebih, gangguan pencernaan, dan gejala sistemik lainnya (Okyere et al., 2025).

Demam tifoid merupakan infeksi pada usus halus yang disebabkan oleh bakteri *salmonella enterica subspesises enterica serovar typhi* (*salmonella typhi*). Penyakit ini ditandai dengan gejala seperti nyeri perut, ruam kulit, dan demam. Penularannya terjadi melalui konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi atau mengandung bakteri *salmonella typhi* (Tukiman, 2023).

Demam tifoid merupakan suatu penyakit infeksi yang menyerang saluran pencernaan, terutama usus halus, akibat masuknya bakteri patogen ke dalam tubuh. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi bakteri *salmonella typhi* serta *salmonella paratyphi* A, B, dan C yang biasanya menyebar melalui makanan atau minuman yang telah terkontaminasi. Setelah bakteri tersebut masuk dan berkembang biak di dalam tubuh, terutama disaluran cerna, akan timbul berbagai gejala yang berkaitan dengan gangguan sistem pencernaan maupun kondisi umum penderita (Herman et al., 2021).

Dari beberapa pengertian di atas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa, demam tifoid adalah penyakit infeksi sistemik akut yang menyerang saluran sistem pencernaan melalui konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri

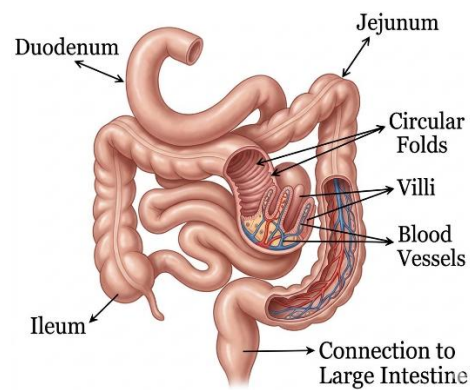
salmonella typhi serta *salmonella paratyphi* A, B, dan C yang disertai dengan demam tinggi kurang lebih satu minggu, nyeri perut dan ruam di kulit.

2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

a. Anatomi

Menurut Agustina et al. (2022), anatomi sistem pencernaan terdiri dari :

1) Usus Halus



Gambar 2.1 Anatomi Usus halus (Agustina et al., 2022).

Usus halus adalah bagian saluran pencernaan setelah lambung dan menjadi tempat utama terjadinya pencernaan serta penyerapan zat makanan. Organ ini terdiri dari tiga bagian, yaitu duodenum, jejunum, dan ileum. Pada orang dewasa, panjang usus halus sekitar 6 meter dengan diameter kurang lebih 3,5 cm dan terletak melingkar di rongga perut.

Duodenum merupakan bagian pertama yang langsung berhubungan dengan lambung melalui sfingter pilorus dan panjangnya sekitar 25 cm. Bagian ini berperan penting dalam proses pemecahan makanan dengan bantuan enzim, serta mengatur pengosongan lambung. Di duodenum, kimus dari lambung bercampur dengan empedu dan getah pankreas. Hormon sekretin dan kolesistokinin merangsang pelepasan empedu serta enzim

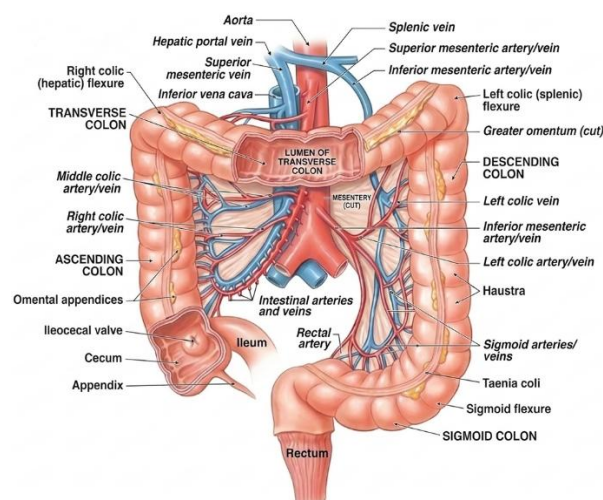
pankreas seperti amilase, lipase, dan tripsin untuk membantu pencernaan.

Jejunum adalah bagian tengah usus halus dengan panjang sekitar 2,5 meter. Dindingnya lebih tebal dan memiliki banyak lipatan serta vili yang berfungsi memperluas permukaan penyerapan nutrisi. Struktur jejunum dan ileum hampir serupa, tetapi semakin ke arah distal, diameter dan ketebalan dinding usus semakin berkurang.

Ileum merupakan bagian terakhir dan terpanjang, sekitar 4 meter, yang berakhir pada katup ileosekal sebelum masuk ke usus besar. Ileum berperan penting dalam penyerapan vitamin B12 dan reabsorpsi garam empedu. Gerakan peristaltiknya lebih lambat dan dindingnya lebih tipis dibandingkan bagian sebelumnya.

Secara keseluruhan, usus halus menerima sekitar 9 liter cairan per hari dari makanan dan sekresi pencernaan, namun sebagian besar cairan dan nutrisi diserap sebelum sisa isinya diteruskan ke usus besar.

2) Usus Besar (Kolon)



Gambar 2.1 Anatomi Usus Besar (Agustina et al., 2022).

Usus besar merupakan bagian akhir sistem pencernaan dengan panjang sekitar 1,5–1,7 meter. Organ ini terdiri dari sekum, kolon, rektum, dan anus. Fungsinya utama adalah menyerap air dan elektrolit, serta membentuk dan menyimpan feses sebelum dikeluarkan.

Sekum terhubung dengan ileum melalui katup ileosekal yang mencegah aliran balik. Kolon terbagi menjadi asendens, transversum, desendens, dan sigmoid yang berakhir di rektum sebagai tempat penampungan sementara feses. Anus dilengkapi sfingter yang mengatur proses buang air besar.

Usus besar juga menjadi tempat aktivitas bakteri baik yang membantu fermentasi sisa makanan dan pembentukan vitamin tertentu. Feses berbentuk setengah padat, berwarna cokelat, dan terdiri dari air, serat tak tercerna, bakteri, serta sisa-sisa zat lainnya.

b. Fisiologi

Proses pencernaan dimulai di mulut dengan pencernaan mekanik melalui pengunyahan oleh gigi dan pencernaan kimiawi oleh enzim ptialin (amilase). Enzim ini mengubah karbohidrat (amilum) menjadi maltosa dan bekerja optimal pada pH 6,8–7 serta suhu 37°C. Makanan kemudian turun ke lambung melalui gerakan peristaltik kerongkongan. Di lambung terjadi pencernaan kimiawi oleh beberapa zat, yaitu: renin (pada bayi) yang menggumpalkan protein susu, pepsin yang memecah protein menjadi pepton, asam klorida (HCl) yang mengaktifkan pepsin dan membunuh kuman, serta lipase yang memecah lemak menjadi asam lemak dan gliserol. Setelah 3–4 jam, makanan masuk ke duodenum. Di sini, enzim pankreas seperti amilase, lipase, dan tripsin melanjutkan pencernaan karbohidrat, lemak, dan protein menjadi bentuk yang lebih

sederhana. Empedu dari hati membantu mengemulsikan lemak dan memberi warna coklat pada feses. Di usus halus, pencernaan disempurnakan dan zat gizi diserap: karbohidrat menjadi glukosa, protein menjadi asam amino, dan lemak menjadi asam lemak serta gliserol. Vitamin dan mineral langsung diserap tanpa dicerna. Sisa makanan yang tidak tercerna masuk ke usus besar, dibentuk menjadi feses, lalu dikeluarkan melalui anus dalam proses yang disebut defekasi (Agustina et al., 2022).

3. Etiologi

a. Penyebab utama

Demam tifoid disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi*, basil tifoid, basil gram negatif yang bersifat stigma (bergerak dengan rambut bergetar), bersifat anaerobic dan tidak menghasilkan spora (Kaunang et al., 2022).

b. Faktor resiko

1) Usia

Usia anak lebih rentan karena anak memiliki sistem kekebalan tubuh yang masih dalam tahap perkembangan. Ketika daya tahan tubuh tidak optimal, kemampuan tubuh untuk melawan dan menghancurkan bakteri yang masuk menjadi berkurang sehingga tubuh anak lebih mudah terinfeksi oleh mikroorganisme patogen yang menyebabkan bakteri lebih mudah berkembang biak. Selain itu, anak-anak juga sering memiliki kebiasaan yang kurang memperhatikan kebersihan seperti bermain di tempat kotor atau memasukkan tangan ke mulut tanpa mencuci tangan terlebih dahulu (Kurniawan et al., 2025).

2) Status gizi kurang

Status gizi yang kurang dapat menurunkan daya tahan tubuh anak, sehingga anak mudah terserang penyakit. Penurunan

status gizi akibat kurangnya nafsu makan (anoreksia), menurunnya absorpsi zat-zat gizi karena gangguan pada saluran pencernaan. Ketidakseimbangan flora normal usus dapat mempermudah kolonisasi bakteri patogen sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi saluran pencernaan (Rahman et al., 2024).

3) Jajan sembarangan

Kebiasaan mengonsumsi makanan dari luar tanpa memperhatikan kebersihan makanan serta lingkungan tempat berjualan dapat memperbesar kemungkinan mengalami demam tifoid. Makanan tersebut dapat terkontaminasi oleh berbagai sumber, seperti air yang tidak bersih, peralatan yang tidak higienis, tangan penjual yang kotor serta paparan debu dan lalat (Fachrizal et al., 2022).

4) Sanitasi lingkungan

Sanitasi lingkungan yang buruk menjadi salah satu faktor resiko penyebab penyebaran demam tifoid. Lingkungan yang tidak memiliki sistem pembuangan limbah yang baik dapat menyebabkan kontaminasi sumber air oleh limbah yang mengandung bakteri *salmonella typhi*. Air yang tercemar kemudian digunakan oleh masyarakat untuk berbagai keperluan seperti, memasak, atau mencuci bahan masakan. Apabila air tersebut tidak diolah dengan baik bakteri yang terkandung di dalam akan masuk ke dalam tubuh melalui saluran pencernaan (Bakhtiara et al., 2020).

5) Perilaku hidup bersih kurang

Kurangnya pengetahuan mengenai perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya demam tifoid. Pengetahuan yang rendah mengenai kebersihan diri dan lingkungan dapat menyebabkan seseorang tidak memahami pentingnya

menjaga kebersihan makanan, minuman, serta kebiasaan mencuci tangan (Farizi et al., 2021).

4. Patofisiologi

Demam tipoid merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang masuk ke dalam tubuh melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi. Penularan penyakit ini terjadi melalui jalur fekal dan oral, yaitu ketika seseorang mengonsumsi makanan atau minuman yang tercemar dengan bakteri. Setelah bakteri tertelan, bakteri akan masuk ke dalam lambung. Pada kondisi normal, asam lambung berfungsi sebagai pertahanan pertama tubuh untuk membunuh mikroorganisme yang masuk. Namun, sebagian bakteri *salmonella typhi* mampu bertahan terhadap kondisi asam tersebut sehingga tidak seluruhnya mati dan dapat lolos masuk ke usus halus, terutama pada ileum terminal. Masuknya bakteri dan proses infeksi pada saluran pencernaan dapat memicu peningkatan sekresi asam lambung serta inflamasi pada mukosa lambung. Inflamasi ini menyebabkan iritasi pada dinding lambung yang kemudian mengganggu fungsi normal lambung, termasuk motilitas atau mobilitas lambung. Ketika mobilitas lambung terganggu, proses pengosongan lambung menjadi lebih lambat (*delayed gastric emptying*) sehingga makanan tertahan lama di lambung. Penumpukan makanan di lambung menyebabkan distensi atau peregangan dinding lambung yang merangsang saraf vagus serta reseptor mual di saluran cerna. Rangsangan tersebut kemudian diteruskan ke *chemoreceptor trigger zone* (CTZ) dan pusat muntah di medulla oblongata sehingga menimbulkan gejala mual dan muntah. Kondisi ini sering terjadi pada pasien demam tifoid akibat adanya proses inflamasi pada sistem gastrointestinal. Setelah mencapai usus halus, bakteri akan menempel pada sel epitel usus dan menembus lapisan mukosa melalui sel *microfold* (sel M) yang terdapat pada jaringan

limfoid usus. Melalui sel ini bakteri dapat masuk ke jaringan limfoid dan berkembang biak di dalam sel imun seperti makrofag. Proses invasi ini menyebabkan terjadinya peradangan pada mukosa usus serta kerusakan pada sel epitel usus. Setelah berkembang biak di jaringan limfoid, bakteri kemudian masuk kedalam pembuluh limfatik dan menyebar menuju kelenjar limfe sebelum akhirnya masuk ke dalam aliran darah. Melalui aliran darah, bakteri *salmonella typhi* akan menyebar ke berbagai organ tubuh termasuk dalam system *retikuloendotelial* seperti limpa dan hati. Di organ tersebut bakteri Kembali berkembang biak di dalam makrofag. Selama proses ini, sebagian bakteri akan mengalami lisis dan melepaskan endotoksin berupa *lipopolisakarida* (LPS). Endotoksin ini akan merangsang sistem kekebalan tubuh untuk melepaskan berbagai mediator inflamasi seperti *interleukin -1* (IL-1), *interleukin -6* (IL-6) dan *tumor necrosis factor-alpha* (TNF α). Zat-zat ini kemudian mempengaruhi pusat pengaturan suhu di hipotalamus sehingga meningkatkan *set point* suhu tubuh dan menyebabkan demam, yang merupakan gejala utama pada demam tifoid. Selain menyebabkan demam, penyebaran bakteri pada organ *retikuloendotelial* juga menimbulkan peradangan pada hati dan limpa yang menyebabkan pembesaran organ tersebut (hepatomegaly dan splenomegaly). Peradangan pada hati dapat menyebabkan peradangan kapsul hati yang banyak mengandung reseptor nyeri, sehingga menimbulkan nyeri perut. Infeksi pada saluran pencernaan juga dapat menyebabkan gangguan fungsi usus seperti peningkatan sekresi cairan dan perubahan peristaltik usus. Kondisi ini dapat menyebabkan gejala diare akibat usus tidak mampi menyerap air dan elektrolit secara optimal (Antillon et al., 2021).

5. Manifestasi Klinik

Gejala demam tifoid menurut Putri & Sibuea (2022), meliputi:

- a. Demam yang meningkat secara bertahap, terutama pada minggu pertama.
- b. Keluhan umum seperti pusing, sakit kepala, nyeri otot, dan hilangnya nafsu makan yang biasanya muncul pada awal penyakit.
- c. Gangguan saluran cerna, diawali dengan mual dan muntah pada minggu pertama. Pada minggu kedua dapat timbul nyeri perut menyeluruh disertai nyeri tekan, bahkan pada beberapa kasus terjadi kolik hebat di kuadran kanan atas.
- d. Roseola (bintik merah) yang muncul pada minggu kedua, berupa ruam makulopapular berwarna merah salmon, berdiameter sekitar 1–4 cm, jumlahnya sedikit (kurang dari lima), dan umumnya menghilang dalam 2–5 hari.
- e. Distensi abdomen, yaitu perut tampak kembung (meteorismus), sering disertai pembesaran hati dan limpa yang terasa nyeri saat ditekan. Kondisi ini dapat semakin berat pada minggu ketiga.
- f. Gangguan mental, seperti penurunan kesadaran mulai dari mengantuk (somnia), stupor, delirium, hingga koma atau psikosis, yang biasanya terjadi pada minggu kedua.
- g. Bradikardia relatif, yaitu peningkatan suhu tubuh yang tidak diikuti kenaikan denyut nadi sebagaimana mestinya; secara umum, setiap kenaikan suhu 1°C tidak disertai peningkatan nadi sekitar 8 denyut per menit seperti yang biasanya terjadi.

6. Tes Diagnostik

Menurut Levani & Prastya (2020), pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis demam tifoid terdiri dari berbagai uji laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang bertujuan memastikan adanya infeksi *salmonella typhi* serta menilai kemungkinan komplikasi.

- a. Pemeriksaan SGOT dan SGPT dilakukan untuk menilai fungsi hati. Pada penderita demam tifoid, kadar enzim hati ini sering mengalami peningkatan akibat keterlibatan organ hati selama proses infeksi. Nilai tersebut umumnya akan kembali normal setelah pasien mendapatkan terapi yang adekuat dan kondisi klinis membaik.
- b. Tes Widal merupakan pemeriksaan serologis yang digunakan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap antigen *salmonella typhi*. Pemeriksaan ini didasarkan pada reaksi aglutinasi antara antigen bakteri dengan antibodi (aglutinin) dalam serum pasien. Peningkatan titer antibodi tertentu dapat mengarah pada diagnosis demam tifoid, meskipun interpretasinya harus mempertimbangkan kondisi klinis dan nilai rujukan setempat.
- c. Uji Typhidot adalah metode serologis yang mendeteksi antibodi IgM dan IgG terhadap protein membran luar *salmonella typhi*. Antibodi IgM biasanya menunjukkan infeksi akut, sedangkan IgG dapat menandakan infeksi lama atau paparan sebelumnya. Pemeriksaan ini dapat memberikan hasil positif dalam waktu 2 - 3 hari setelah infeksi terjadi.
- d. Uji IgM Dipstick merupakan metode cepat untuk mendeteksi antibodi IgM spesifik terhadap *S. typhi* pada sampel darah atau serum. Tes ini membantu mengidentifikasi infeksi akut secara lebih dini dan praktis.
- e. Kultur darah adalah pemeriksaan baku emas (gold standard) dalam diagnosis demam tifoid. Melalui proses pengembangbiakan bakteri dari sampel darah pasien, keberadaan *salmonella typhi* dapat dipastikan secara langsung. Hasil kultur yang positif menegaskan diagnosis secara definitif.
- f. *Polymerase Chain Reaction* (PCR) digunakan untuk mendeteksi materi genetik bakteri *salmonella typhi* dalam

sampel darah. Metode ini memiliki sensitivitas tinggi, meskipun tingkat keberhasilannya dapat bervariasi tergantung fasilitas dan teknik pemeriksaan.

- g. Pemeriksaan radiografi, seperti foto polos abdomen atau pemeriksaan pada ginjal, ureter, dan kandung kemih, dilakukan bila dicurigai adanya komplikasi, misalnya perforasi usus.
- h. CT scan dan MRI digunakan pada kondisi tertentu, terutama jika terdapat dugaan komplikasi berat seperti abses di hati, tulang, atau organ lainnya, sehingga dapat membantu penegakan diagnosis dan perencanaan penatalaksanaan lebih lanjut.

7. Penatalaksanaan Medik

a. Terapi Farmakologis

Menurut Hartoyo (2023), terapi definitif demam tifoid ditentukan berdasarkan tingkat sensitivitas atau kerentanan bakteri terhadap obat. Penatalaksanaan pasien demam tifoid umumnya mencakup pemberian antibiotik sebagai terapi utama serta kortikosteroid pada kondisi tertentu, terutama kasus berat.

1) Antibiotik

Antibiotik merupakan terapi lini utama dan paling efektif dalam mengatasi infeksi demam tifoid. Pengobatan dapat dilakukan secara rawat jalan maupun rawat inap di rumah sakit, tergantung pada tingkat keparahan gejala dan kondisi umum pasien. Beberapa antibiotik yang sering digunakan antara lain Ciprofloxacin, terutama pada pasien dewasa yang tidak sedang hamil. Selain itu, Azithromycin dapat diberikan pada pasien yang mengalami resistensi atau tidak responsif terhadap ciprofloxacin. Pada kasus dengan kondisi yang lebih berat, Ceftriaxone sering diresepkan, biasanya dalam bentuk injeksi, khususnya bagi pasien yang tidak memungkinkan untuk mengonsumsi antibiotik.

2) Kortikosteroid

Pada kasus demam tifoid berat yang disertai komplikasi seperti penurunan kesadaran atau syok, pemberian Dexamethasone dapat membantu menurunkan risiko kematian. Namun, penggunaan kortikosteroid ini perlu didahului dengan pemeriksaan cairan serebrospinal untuk menyingkirkan kemungkinan meningitis bakterial, sehingga terapi yang diberikan tetap tepat dan aman.

b. Terapi Non Farmakologis

Menurut Kartika (2021), terapi non farmakologis yang bisa dilakukan sebagai tindakan mandiri meliputi :

1) Tirah baring

Anak yang mengalami demam tifoid dianjurkan menjalani tirah baring total (bed rest). Seluruh aktivitas dan kebutuhan sehari-hari, seperti makan, minum, hingga kebersihan diri, dilakukan di atas tempat tidur guna mengurangi risiko komplikasi, terutama perdarahan atau perforasi usus.

2) Nutrisi

Asupan makanan pada pasien demam tifoid sebaiknya tinggi kalori dan protein untuk memenuhi kebutuhan energi serta mempercepat proses pemulihan. Diet yang diberikan dianjurkan rendah serat (selulosa) agar tidak merangsang kerja usus secara berlebihan yang dapat meningkatkan risiko perdarahan atau perforasi. Apabila kondisi pasien mengalami penurunan kesadaran atau terdapat tanda-tanda komplikasi, pemberian nutrisi dapat dilakukan secara parenteral (melalui infus).

3) Cairan

Pasien anak dengan demam tifoid harus memperoleh asupan cairan yang adekuat untuk mencegah dehidrasi. Cairan dapat diberikan secara oral maupun parenteral,

tergantung kondisi klinis. Pada kasus berat, cairan infus yang diberikan sebaiknya mengandung kalori dan elektrolit yang cukup untuk menjaga keseimbangan tubuh.

4) Terapi simptomatik

Terapi ini bertujuan untuk mengurangi gejala dan memperbaiki kondisi umum pasien. Obat yang dapat diberikan antara lain antipiretik untuk menurunkan demam, vitamin untuk mendukung daya tahan tubuh, serta antiemetik untuk mengatasi mual dan muntah.

5) Pemantauan selama perawatan

Selama masa perawatan, kondisi pasien harus dipantau secara ketat, meliputi tanda-tanda vital, keseimbangan cairan, kemungkinan munculnya komplikasi, efek samping obat, serta perkembangan kondisi klinis secara keseluruhan.

8. Komplikasi

Menurut Kartika (2021), komplikasi demam tifoid dapat dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu komplikasi intrainestinal (di dalam usus) dan ekstraintestinal (di luar usus).

a. Komplikasi Intestinal

Komplikasi ini terjadi pada saluran pencernaan, khususnya usus.

1) Perdarahan usus

Perdarahan usus dilaporkan terjadi pada sekitar 1–10% kasus demam tifoid, umumnya setelah minggu pertama sakit. Kondisi ini sering ditandai dengan penurunan suhu tubuh yang mendadak disertai peningkatan denyut nadi. Perdarahan dapat terjadi akibat kerusakan dinding usus yang mengalami peradangan dan ulserasi.

2) Perforasi usus

Perforasi atau robeknya dinding usus terjadi pada sekitar 0,5–3% kasus, biasanya setelah minggu pertama penyakit. Kondisi ini sering diawali oleh luka (ulkus) pada bagian distal ileum yang dapat membesar hingga beberapa sentimeter. Gejala yang muncul meliputi nyeri perut hebat, muntah, serta tanda-tanda peritonitis (radang selaput perut). Perforasi merupakan komplikasi serius yang memerlukan penanganan segera.

b. Komplikasi Ekstraintestinal

Komplikasi ini terjadi di luar saluran pencernaan dan dapat melibatkan berbagai organ tubuh.

1) Sepsis

Sepsis terjadi ketika bakteri usus yang bersifat aerob menyebar ke dalam aliran darah dan menyebabkan infeksi sistemik yang berat. Kondisi ini berbahaya karena dapat menyebabkan gangguan fungsi organ secara luas.

2) Hepatitis dan kolesistitis

Komplikasi ini ditandai dengan gangguan fungsi hati yang terlihat pada pemeriksaan laboratorium. Peningkatan kadar amilase serum juga dapat ditemukan sebagai indikasi kemungkinan pankreatitis yang menyertai.

3) Pneumonia atau bronkitis

Gangguan pernapasan seperti pneumonia atau bronkitis ditemukan pada sekitar 10% kasus. Umumnya kondisi ini terjadi akibat superinfeksi oleh kuman lain selain *Salmonella*.

4) Miokarditis toksik

Peradangan otot jantung ini ditandai dengan aritmia, blok sinoatrial, serta perubahan segmen ST dan gelombang T

pada pemeriksaan EKG. Secara patologis dapat ditemukan infiltrasi lemak dan nekrosis pada jaringan miokard.

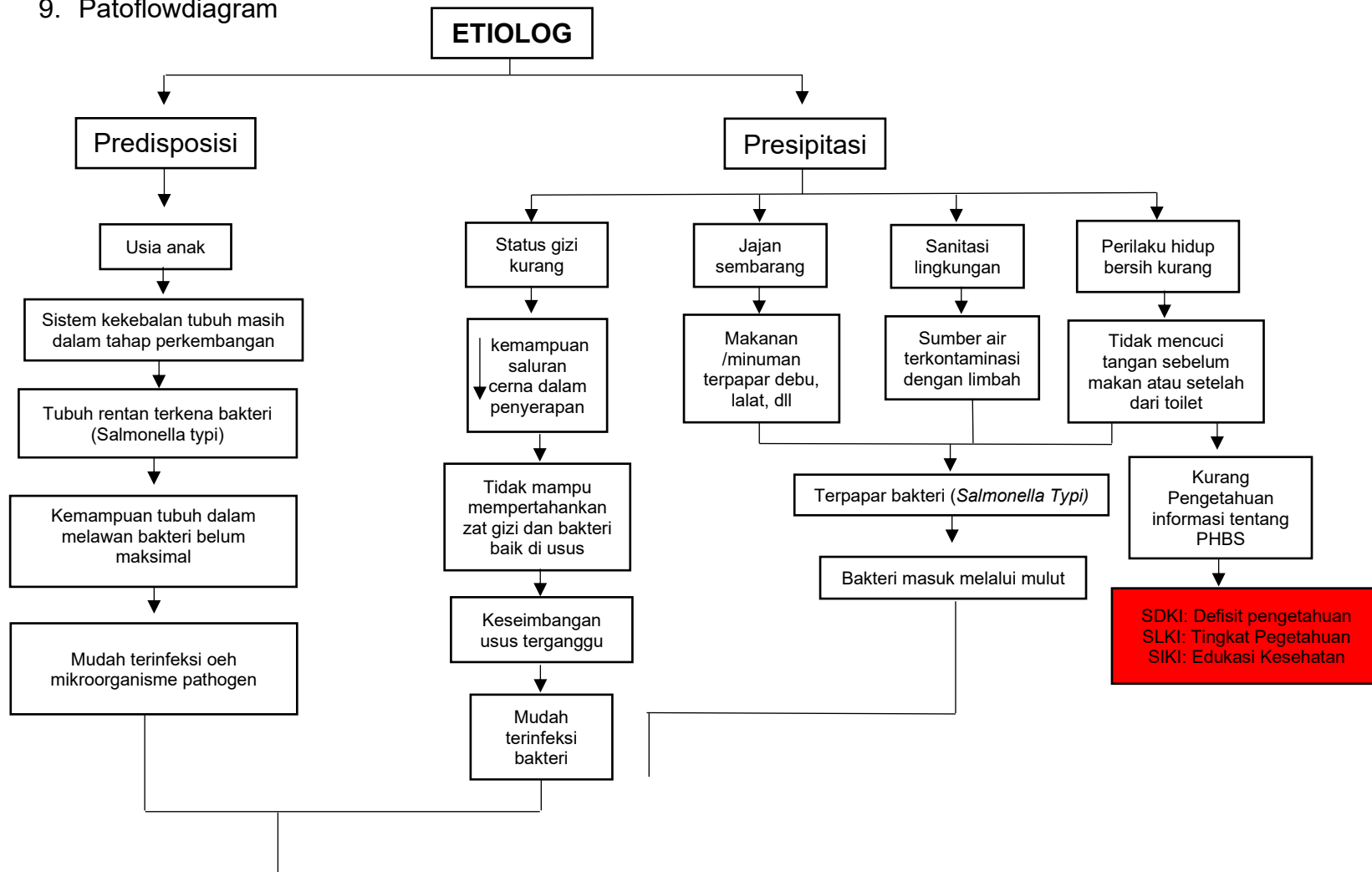
5) Trombosis dan flebitis

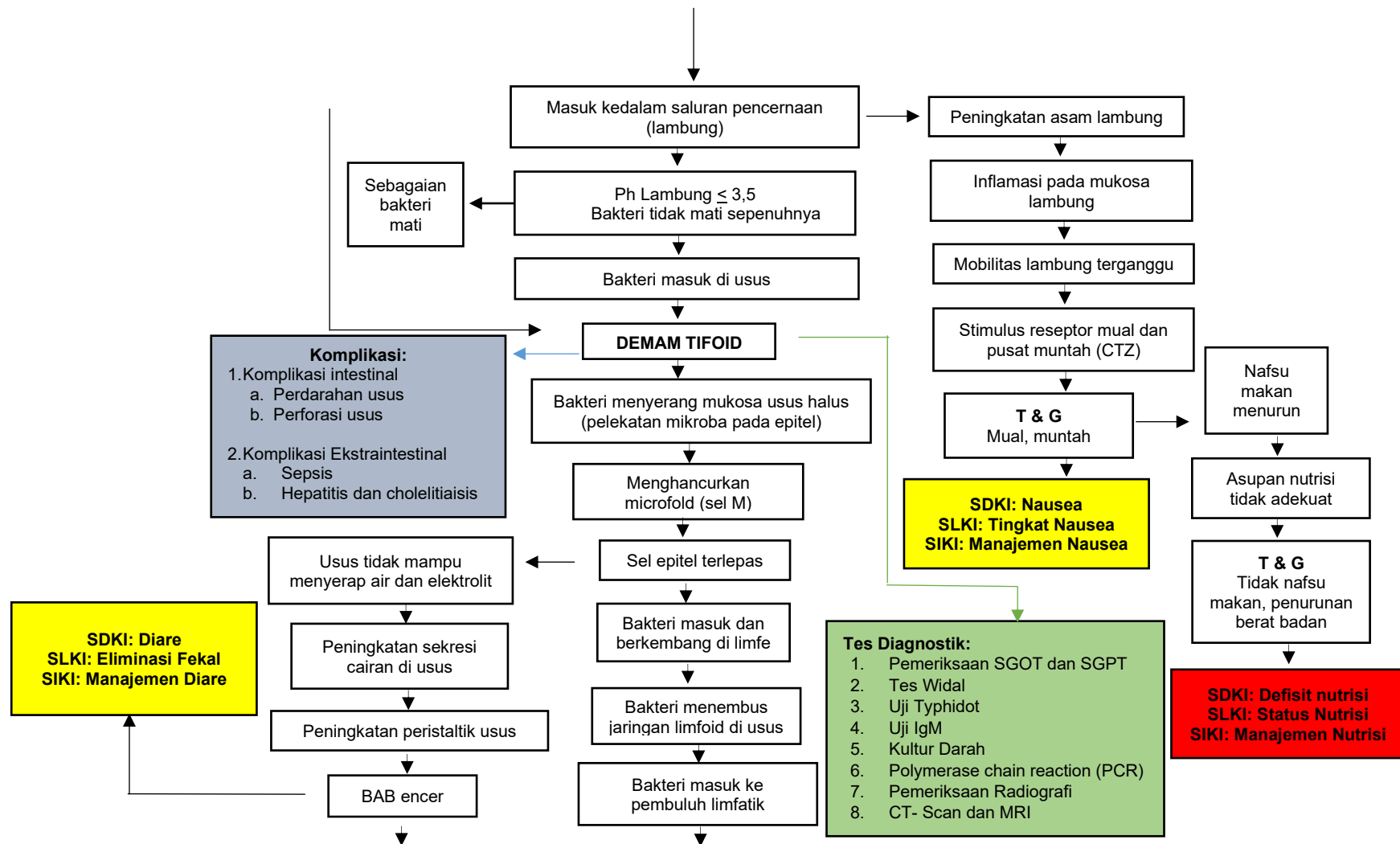
Walaupun jarang terjadi, komplikasi ini melibatkan pembentukan bekuan darah dan peradangan pembuluh darah. Komplikasi neurologis juga dapat muncul, seperti peningkatan tekanan intrakranial, trombosis serebral, ataksia serebelar akut, gangguan bicara (tuna wicara), gangguan pendengaran (tuna rungu), mielitis transversal, hingga psikosis. Umumnya, gejala sisa neurologis jarang menetap.

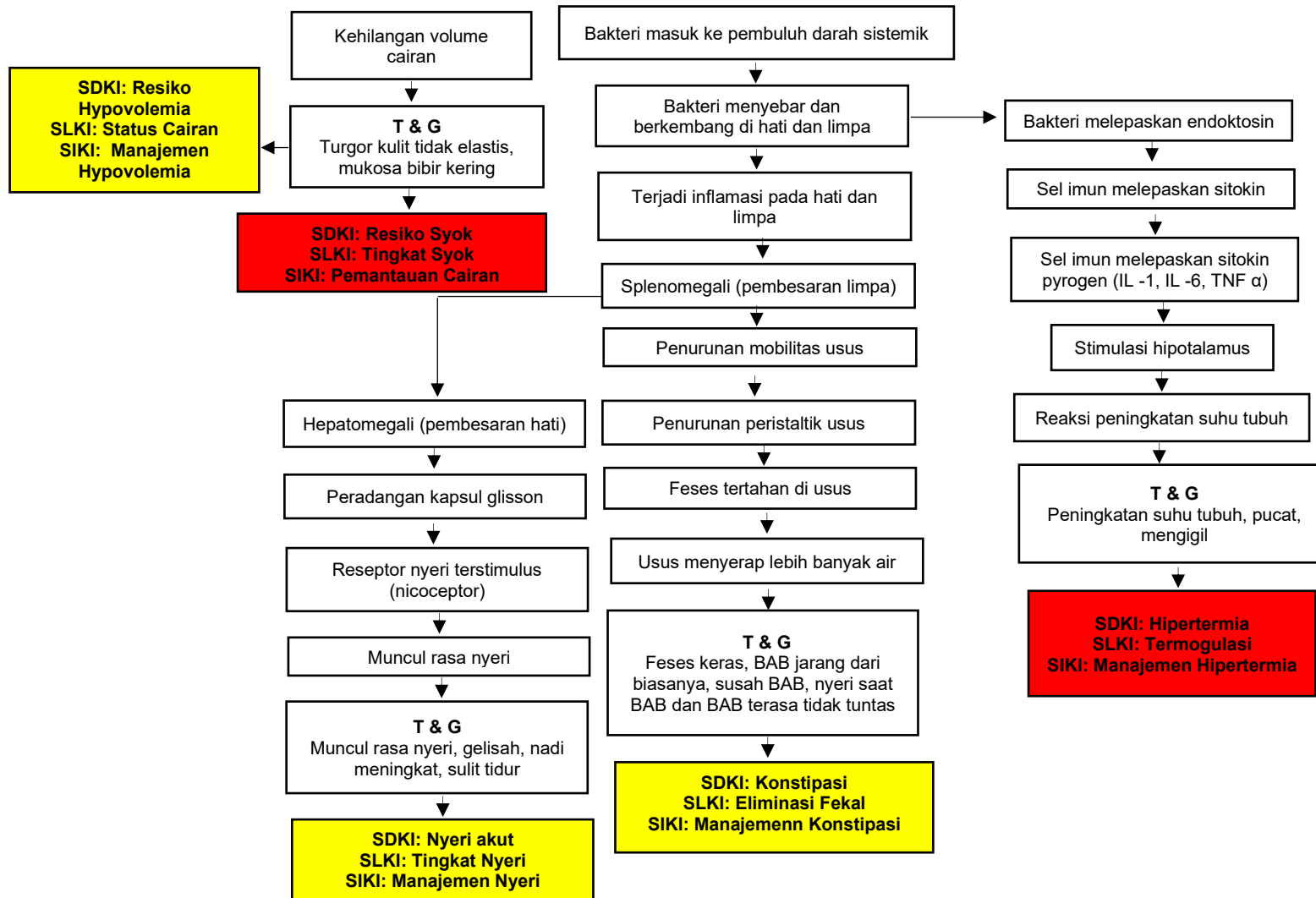
6) Komplikasi lain

Beberapa komplikasi lain yang pernah dilaporkan antara lain nekrosis sumsum tulang, nefritis, sindrom nefrotik, meningitis, parotitis, orkitis, limfadenitis, osteomielitis, dan artritis.

9. Patoflowdiagram







B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif : Tidak ada riwayat keluarga yang sama, kebiasaan jajan sembarang, jarang mencuci tangan sebelum makan, dan lingkungan sanitasi yang buruk.

Data objektif : Tampak mengalami penurunan derajat Kesehatan.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif : Nafsu makan menurun, mual, lidah pahit, dan penurunan berat badan.

Data objektif : Tampak mukosa bibir kering, perubahan turgor kulit, anemis, dan berat badan menurun.

c. Pola eliminasi

Data subjektif : Penurunan frekuensi.

Data objektif : Tampak perut kembung, diare atau konstipasi.

d. Pola aktifitas dan Latihan

Data subjektif : Malaise, rewel, dan kelelahan.

Data objektif : Tampak lemah, aktifitas menurun.

e. Pola tidur dan istirahat

Data subjektif : Sulit tidur karena demam.

Data objektif : Ekspresi wajah pasien mengantuk dan sering menguap .

f. Pola persepsi kognitif

Data subjektif : Apakah memiliki masalah pada pola persepsi kognitif.

Data objektif : Tampak tidak mengalami perubahan.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif : Perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Tampak keterbatasan mobilitas fisik.

- h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama
Data Subjektif :. Ketergantungan terhadap orang tua, dan rewel.
Data Objektif : Lemas, suka menyendiri.
- i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
Data Subjektif : Belum mengalami perunahan sistem reproduksi.
Data Objektif : Tampak tidak mengalami penyimpangan.
- j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress
Data Subjektif : Ketidaknyamanan karena hospitalisasi.
Data objektif : Tampak ekspresi pasien kurang bersemangat.
- k. Pola sistem dan nilai kepercayaan
Data Subjektif : Tidak mengalami perubahan pada pola nilai dan kepercayaan.
Data Objektif : Tampak tidak mengalami perubahan.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut PPNI (2017) pada kasus demam tifoid yang mungkin muncul berdasarkan pathway yaitu :

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
- c. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020).
- d. Risiko hipovolemia berhubungan dengan faktor resiko kehilangan cairan secara aktif (D.0034).
- e. Resiko syok dengan faktor resiko kekurangan asupan cairan (D.0039)
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, psikologis (keengganan untuk makan) (D.0019).
- g. Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas gastrointestinal (D.0049).

h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).

3. Luaran Keperawatan dan Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2017), standar luaran keperawatan Indonesia dan standar intervensi keperawatan Indonesia berdasarkan diagnosa keperawatan meliputi :

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).

1) SLKI : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan termogulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil :

- a) Menggigil menurun
- b) Kulit merah menurun
- c) Kejang menurun
- d) Takikardi menurun
- e) Takipnea menurun
- f) Bradikardia menurun
- g) Hipoksia menurun
- h) Suhu tubuh membaik
- i) Suhu kulit membaik

2) SIKI : Manajemen Hipertermia (I.15506)

a) Observasi

- (1) Identifikasi penyebab hipotermia (mis. dehidrasi)
- (2) Monitor suhu tubuh
- (3) Monitor kadar elektrolit
- (4) Monitor haluaran urine
- (5) Monitor komplikasi akibat hipertermia

b) Terapeutik

- (1) Sediakan lingkungan yang dingin
- (2) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- (3) Basahi dan kipas permukaan tubuh
- (4) Berikan cairan oral

- (5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebihan)
- (6) Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres)
- (7) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- (8) Berikan oksigen, jika perlu
- c) Edukasi
 - (1) Anjurkan tirah baring
- d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
 - 1) SLKI : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dengan kriteria hasil :
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Gelisah menurun
 - d) Kesulitan tidur menurun
 - e) Muntah menurun
 - f) Mual menurun
 - g) Frekuensi nadi membaik
 - h) Pola napas membaik
 - i) Tekanan darah membaik
 - j) Nafsu makan membaik
 - 2) SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - (2) Identifikasi skala nyeri

- (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (8) Monitor efek samping penggunaan analgetic
- b) Terapeutik
 - (1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
 - (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - (3) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- c) Edukasi
 - (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- c. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
 - 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan tingkat eliminasi fekal membaik (L.04033) dengan kriteria hasil:
 - a) Kontrol pengeluaran feses meningkat
 - b) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
 - c) Konsistensi feses membaik
 - d) Frekuensi BAB membaik
 - e) Peristaltik usus membaik
 - 2) SIKI : Manajemen Diare (I.03101)
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi penyebab diare (mis. inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, stres, efek obat-obatan, pemberian botol susu)
 - (2) Identifikasi riwayat pemberian makanan
 - (3) Identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, kepucatan pada bayi)
 - (4) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
 - (5) Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun)
 - (6) Monitor iritasi dan dan ulserasi kulit di daerah perianal
 - (7) Monitor jumlah pengeluaran diare
 - (8) Monitor keamanan penyiapan makanan
 - b) Terapeutik
 - (1) Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte)

- (2) Pasang jalur intravena
- (3) Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), Jika perlu
- (4) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- (5) Ambil sampel feses untuk kultur, Jika perlu
- c) Edukasi
 - (1) Anjurkan makan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
 - (2) Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
 - (3) Anjurkan melanjutkan pemberian ASI
- d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)
 - (2) Kolaborasi pemberian obat antispasmodic atau spasmolitik (mis. papaverin, ekstrak belladonna, mebeverine)
 - (3) Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis. atapulgit, smektit, kaolin-pektin).
- d. Risiko hipovolemia berhubungan dengan faktor resiko kehilangan cairan secara aktif (D.0034).
 - 1) SLKI : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status cairan membaik (L.03208) dengan kriteria hasil :
 - a) Membran mukosa lembap meningkat
 - b) Dispnea menurun
 - c) Rasa haus menurun
 - d) Frekuensi nadi membaik
 - e) Tekanan darah membaik
 - f) Turgor kulit membaik

- g) Intake cairan membaik
 - h) Suhu tubuh membaik
 - i) Oliguria membaik
- 2) SIKI : Manajemen Hipovolemia (I.03116)
- a) Observasi
 - (1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
 - (2) Monitor intake dan output cairan
 - b) Terapeutik
 - (1) Hitung kebutuhan cairan
 - (2) Berikan posisi modified Trendelenburg
 - (3) Berikan asupan cairan oral
 - c) Edukasi
 - (1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
 - (2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
 - d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
 - (2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
 - (3) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)
 - (4) Kolaborasi pemberian produk darah

e. Resiko syok dengan faktor resiko kekurangan asupan cairan (D.0039)

1. SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat syok membaik (L.03032) dengan kriteria hasil:

- a) Tekanan darah sistolik membaik
- b) Tekanan darah diastolik membaik
- c) Frekuensi nadi membaik

2. SIKI : Pemantauan Cairan (I.03121)

a) Observasi

- (1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
- (2) Monitor frekuensi napas
- (3) Monitor tekanan darah
- (4) Monitor berat badan
- (5) Monitor waktu pengisian kapiler
- (6) Monitor elastisitas atau turgor kulit
- (7) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin
- (8) Monitor kadar albumin dan protein total
- (9) Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)
- (10) Monitor intake dan output cairan
- (11) Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- (12) Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP

meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)

- (13) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma atau perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

b) Terapeutik

- (1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- (2) Dokumentasikan hasil pemantauan

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan (D.0019).

- 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil:

- a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- b) Frekuensi makan membaik
- c) Nafsu makan membaik
- d) Membran mukosa membaik

- 2) SIKI : Manajemen Nutrisi (I.03119)

a) Observasi

- (1) Identifikasi status nutrisi
- (2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (3) Identifikasi makanan yang disukai
- (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

- (6) Monitor asupan makanan
- (7) Monitor berat badan
- (8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- b) Terapeutik
 - (1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 - (2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
 - (3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - (4) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - (5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - (6) Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - (7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- c) Edukasi
 - (1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
 - (2) Ajarkan diet yang diprogramkan
- d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 - (2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
- g. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat (D.0049).
 - 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan tingkat eliminasi fekal membaik (L.04033) dengan kriteria hasil:
 - f) Kontrol pengeluaran feses meningkat
 - g) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun

- h) Konsistensi feses membaik
 - i) Frekuensi BAB membaik
 - j) Peristaltik usus membaik
- 2) SLKI : Manajemen Konstipasi (I.04155)
- a) Observasi
 - (1) Periksa tanda dan gejala konstipasi
 - (2) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)
 - (3) Identifikasi faktor resiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)
 - b) Terapeutik
 - (1) Anjurkan diet tinggi serat
 - (2) Lakukan mesase abdomen, jika perlu
 - c) Edukasi
 - (1) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
 - (2) Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
 - d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
- h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).
- 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil:
- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
 - b) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
 - c) Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun.
 - d) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

2) SIKI : Edukasi kesehatan (I.12382)

a) Observasi

- (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- (2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

b) Terapeutik

- (1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (3) Berikan kesempatan untuk bertanya

c) Edukasi

- (1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- (2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- (3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Menurut Putri & Sibuea (2022), persiapan pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah sangat diperlukan oleh pasien. Berikut adalah hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk pemulangan pasien:

- a. Memberikan penjelasan mengenai penyakit pasien, faktor resiko, penyebab, penanganan, komplikasi, dan pencegahan serta kekambuhan penyakit demam tifoid kepada pasien dan anggota keluarga.
- b. Memberikan penjelasan tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat dengan memperhatikan kebersihan diri, dan lingkungan terutama mengenai personal hygiene seperti cuci tangan yang baik dan benar.

- c. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam turut serta menjaga kebersihan rumah, sehingga faktor resiko yang ada pada keluarga dapat dicegah.
- d. Mengedukasi pasien terkhususnya masalah kebersihan didalam rumah maupun isi lingkungan rumah yang lembab untuk segera diperbaiki, kemudian edukasi terkait sengan kebersihan proses produksi maupun proses membuat makanan lebih dijaga.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

An. M berusia 8 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar melalui IGD dengan diagnosa medis demam tifoid. Sebelum masuk RS pasien mengalami demam naik turun sejak 27 Januari 2026 disertai pusing, sakit kepala, sesak, sakit perut, diare >10x, lemas, keringat dingin, tidak nafsu makan. Keluarga pasien mengatakan sebelumnya sudah memberikan obat paracetamol namun tidak ada perubahan sehingga pasien diantar ke IGD pada tanggal 2 Februari 2026 agar dapat dilakukan perawatan dan pemeriksaan lanjutan. Saat dilakukan pengkajian di ruang perawatan pada 3 Februari 2026, pasien masih demam S : 38,8°C, badan terasa panas, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, lidah kotor dan berwarna putih. Diberikan terapi paracetamol 250 mg/IV, tidak nafsu makan, lemas, pasien hanya makan 1-2 sendok makan makanan dan minum $\pm$ 150 cc air mineral, berat badan turun $\pm$ 1 minggu (24kg menjadi 21kg), BAB encer $\pm$ 9x dengan frekuensi sedikit namun cair. pasien mengeluh nyeri dirasakan saat perut mulas, dan ketika diberi rangsangan (tekanan), nyeri berkurang setelah buang air besar dan saat istirahat, terasa di remas pada seluruh kuadran dengan skala 3 dan hilang timbul, keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak sesak. Hasil pemeriksaan IGM Anti Salmonella Typhi (Tubex TF) yaitu positif (+6), WBC $14.28 \times 10^3/\mu\text{L}$, Tanda tanda vital S: 38.8°C, RR: 24x/menit, TD: 98/65 mmHg, N: 138 x/menit, BB 21 kg (tidak sesuai usia), TB 125 cm, Asering 500cc 16 tpm. Berdasarkan data yang diperoleh maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, risiko hipovolemia dengan faktor risiko (kehilangan cairan secara aktif), defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

B. Pengkajian

Unit : St. Yoseph III Autoanamnese :
 Kamar : 3006 Bed 1 Alloanamnese : ☒
 Tgl Masuk RS : 2 Februari 2026 Tgl Pengkajian : 3 Februari 2026

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama Initial : An. M Warga Negara : Indonesia
 Umur : 8 Tahu Bahasa digunakan: Indonesia
 Jenis Kelamin : Laki-laki Pendidikan : Masih SD
 Agama/Suku : Islam/Bugis Alamat Rumah : Jl. Rajawali

b. Orang Tua

Nama Bapak : Tn. R Nama Ibu : Ny.Y
 Umur : 40 Tahun Umur : 35 Tahun
 Alamat : Jl Rajawali Alamat : Jl. Rajawali

2. Data Medik

a. Diagnosa medik

Saat masuk : Hiperpireksia + ISPA
 Saat pengkajian : Demam Tifoid

b. Riwayat Kehamilan Ibu / Kelahiran dan Neonatal:

Ibu mengatakan saat ibu hamil ia rutin memeriksakan kehamilannya di puskesmas dan rutin mengonsumsi buah dan vitamin. Ibu pasien mengatakan ia melahirkan anaknya secara caesar dikarenakan ketuban pecah di RS Stella Maris Makassar dibantu oleh dokter dan bidan serta perawat. Anak lahir pada usia kehamilan 39 minggu.

c. BUGAR

Ibu pasien mengatakan saat anaknya lahir langsung menangis BBL 2.500 gr dan PBL 52 cm.

d. Kelainan bawaan/trauma kelahiran

Ibu pasien menyatakan tidak ada kelainan bawaan atau trauma saat kelahiran.

e. Riwayat tumbuh kembang sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan tumbuh kembang anaknya sesuai dengan usianya. BB pasien sebelum sakit 24 kg dan TB 125 cm dan ibu mengatakan pasien mampu berbicara dengan jelas, aktif bermain dengan teman sebayanya.

f. Riwayat Alergi

Ibu pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi apapun.

g. Catatan Vaksin

Tabel 3.1 Catatan Vaksin

Jenis Vaksinasi	I	II	III	IV
Hepatitis B	0 Bulan	2 Bulan	3 Bulan	16 Buan
Polio	0 bulan	2 Bulan	3 Bulan	4 Bulan
BCG	1 Bulan			
DPT	2 Bulan	3 Bulan	4 Bulan	
Hib	2 Bulan	3 Bulan	4 Bulan	
PCV	2 Bulan	4 Bulan	6 Bulan	12 Bulan
Influenza	6 Bulan	7 Bulan		

h. Tes Diagnostik

1) Laboratorium (Senin, 2 Februari 2026)

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	14.28	4.50 - 13.50
RBC	4.17	4.00 - 5.40
HB	12.5	12.0 - 15.0
HCT	33.9	35.0 - 49.0
MCV	81.3	80.0 - 94.0
MCH	30.0	26.0 - 32.0
MCHC	36.9	32.0 - 36.0
PLT	306	150 - 450
RDW-CV	11.4	11.5 - 14.5
PDW	8.9	9.0 - 13.0
MPV	8.7	7.2 - 11.1
P-LCR	13.3	15.0 - 25.0
NEUTH#	5.16	1.035 - 7.155

LYMP#	2.09	1.035 - 7.155
MONO#	0.97	0.09 - 1.485
EO#	0.05	0.045 - 0.675
BASO#	0.01	0.00 - 0.74
IG#	0.02	0.00 - 26.64
NEUT%	62.4	23.0 - 53.0
LYMPH%	25.2	23.00 - 53.00
MONO%	11.7	2.00 - 11.00
EO%	0.6	1.0 - 5.0
BASO%	0.1	0.00 - 2.00
IG%	0.2	0 - 72
IGM Anti Salmonella Typi (Tubex TF)	Positif (+6)	Negatif

2) USG : Tidak dilakukan pemeriksaan

3) Lain-lain : Tidak dilakukan pemeriksaan

i. Therapi :

- 1) Paracetamol 250 mg / 8 Jam / IV
- 2) Cefixime 500 mg / 12 Jam / IV
- 3) Colsancetine Sirup 300 mg / 8 Jam / Oral
- 4) Puyer Dexamethazone 1 bungkus / 8 Jam / Oral
- 5) Zinc 1 tablet / 24 Jam / Oral
- 6) Infus Asering 16 tpm / 10 Jam / IV

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan / sedang / berat / tidak tampak sakit.

Alasan: Tampak pasien lemas, terpasang infus asering 16 tpm pada lengan sebelah kanan.

b. Tanda-tanda Vital

1) Kesadaran

Skala koma scale / pediatric coma scale

- a) Respon motorik : 6
- b) Respon bicara : 5
- c) Respon membuka mata : 4 +

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien sadar penuh (compos mentis)

2) Tekanan darah : 98/65 mmHg

MAP : 76 mmHg

Kesimpulan : Dalam batas normal / perfusi organ cukup baik.

3) Suhu: 38,8°C di ☐ Oral ☒ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan: 24 x/menit

Irama : ☒ Teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-strokes

Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 138 x/menit

Irama : ☒ Teratur ☐ Tachycardia ☐ Bradichardi

☒ Kuat ☐ Perut

6) Hal yang mencolok: badan teraba panas

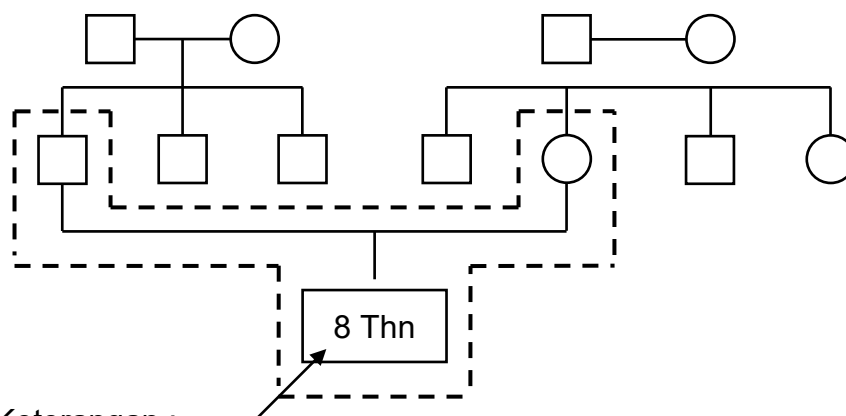
7) Pengukuran

a) Tinggi badan: 125 cm c) Lingkar Kepala : 52 cm

b) Berat badan : 21 kg d) Lingkar dada : 63 cm

Kesimpulan : Berat badan tidak sesuai usia

4. Genogram



Keterangan :

☐ : Laki-laki

— : Garis Penghubung

: Perempuan

- - : Tinggal Serumah

↗ : Pasien

5. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan keseharian anaknya itu sekolah dan setelah pulang sekolah pasien di rumah namun terkadang keluar bermain dengan teman-teman. Pasien memiliki kebiasaan mengonsumsi jajan seperti makanan ringan, minuman kemasan dan jarang mencuci tangan sebelum makan. Keluarga pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit hanya membelikan obat di warung/apotik atau ke dokter praktek.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama : Demam naik turun

b) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami demam naik turun sejak 6 hari yang lalu pada tanggal 28 Januari 2026 disertai pusing, sakit kepala, sesak, sakit perut, diare >10 kali, lemas, keringat dingin, tidak nafsu makan dan nyeri seluruh badan. Keluarga pasien mengatakan sebelumnya sudah memberikan obat paracetamol namun, tidak ada perubahan sehingga pada tanggal 2 Februari 2026 keluarga mengantar pasien ke IGD RS Stella Maris. Hasil pengkajian di IGD didapatkan suhu 39,8 °C, pernapasan 35 x/menit, tekanan darah 95/60 mmHg, nadi 143 /menit pasien diberikan terapi asering 16 tpm, O2 nasal 3 liter, dumin 125 mg/rectal. Pada saat pengkajian tanggal 3 Februari 2026 didapatkan keluarga pasien mengatakan pasien masih demam, tidak nafsu makan, BAB encer $\pm$ 9 kali dengan konsistensi feses cair namun sedikit-sedikit, pasien mengeluh nyeri P: Nyeri dirasakan saat perut mulas, dan ketika diberi rangsangan (tekanan), nyeri berkurang setelah buang air besar dan saat

istirahat, Q: Nyeri dirasakan seperti di remas, R: Nyeri dirasakan pada bagian perut secara menyeluruh, S: Nyeri dirasakan skala 3, T: Nyeri dirasakan hilang timbul, keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak sesak, tanda-tanda vital suhu 38.8°C, pernapasan 24 x/menit, tekanan darah 98/65 mmHg, nadi 138 x/menit, badan terasa panas, tampak mukosa bibir kering, turgor tidak elastis.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit DBD dan pernah dirawat di Rumah Sakit Stella Maris pada tahun 2025. Pasien juga memiliki riwayat kejang 3 kali saat berusia 3 tahun.

4) Riwayat Kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus.

5) Pemeriksaan fisik:

- a) Kebersihan rambut : Tampak rambut bersih, berwarna hitam.
- b) Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada ketombe atau lesi
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
- d) Kebersihan rongga mulut : Tampak kurang bersih, mukosa bibir kering, tampak lidah kotor berwarna putih.
- e) Kebersihan genitalia/anus : Tampak anus lembab, tidak ada iritasi.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien malas makan. Pasien lebih suka makan mie instan, jajan (makanan

ringan dan minuman kemasan). Pasien hanya minum air putih $\pm$ 2 - 3 gelas sehari.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak nafsu makan karena nyeri perut menyeluruh terasa mulas dan akan berkurang setelah buang air besar dan istirahat (P), nyeri yang dirasakan seperti diremas (Q), dirasakan pada seluruh kuadran (R), dengan skala nyeri 3 (S) dan hilang timbul (T). Pasien hanya menghabiskan 1 - 2 sendok makan makanan dari satu porsi yang disediakan rumah sakit (bubur, sayur, tahu) dan minum sekitar 150 cc air mineral. Ibu pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit 24 kg, sejak sakit 21 kg dalam rentang waktu $\pm$ 1 minggu. Keluarga mengatakan pasien tidak ada merasakan mual ataupun muntah.

3) Observasi:

Tampak pasien tidak menghabiskan makanan dimana hanya makan 1-2 sendok bubur dari satu porsi makanan yang disediakan dari rumah sakit, tampak mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis. Tampak anak tidak menyukai sayur dan tahu.

4) Pemeriksaan fisik:

- | | |
|-------------------------|---|
| a) Keadaan rambut | : Tampak berwarna hitam |
| b) Hidrasi kulit | : Kembali dalam > 3 detik |
| Turgor kulit | : Tidak elastis |
| c) Palpebra/conjungtiva | : Tampak tidak edema/anemis |
| d) Sclera | : Tampak tidak icterik |
| e) Hidung | : Tampak bersih, septum berada di tengah |
| f) Rongga mulut | : Tampak kurang bersih, mukosa bibir kering, tampak lidah kotor berwarna putih. |
| g) Gusi | : Tampak berwarna pink |

- h) Gigi : Tampak ada gigi berlubang
- i) Kemampuan mengunyah keras: Mampu mengunyah keras
- j) Lidah : Tampak kotor dan berwarna putih
- k) Pharing : Tidak dikaji
- l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- m) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada peradangan

n) Abdomen

- Inspeksi : Bentuk : Tampak datar
Bayangan vena : Tidak tampak
- Auskultasi : peristaltik usus 35 x/menit
Bising usus hiperaktif
- Palpasi : Nyeri : Pada seluruh kuadran
Benjolan : Tidak ada
- Perkusi : Ascites : ☐ Positif ☒ Negatif

o) Kulit

- Edema : ☐ Positif ☒ Negatif
- Icteric : ☐ Positif ☒ Negatif
- Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda radang

- p) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1 kali sehari di pagi hari dengan konsistensi padat dan BAK $\pm$ 4 - 5 kali sehari berwarna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien masih BAB encer $\pm$ 9 kali dari jam 03.00 – 09.00 dengan konsistensi feses cair namun sedikit-sedikit, berwarna kuning dan pasien mengeluh nyeri yang dirasakan saat perut mulas dan akan berkurang setelah buang air besar dan istirahat (P), nyeri yang dirasakan seperti diremas (Q), dirasakan pada seluruh kuadran (R), dengan skala nyeri 3 (S) dan hilang timbul (T) dan BAK 3 - 4 kali sehari berwarna kuning. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa lemas

3) Observasi :

Tampak konsistensi feses cair dan berwarna kuning. BAK berwarna kuning pekat.

4) Pemeriksaan fisik :

1) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☒ Kosong

2) Mulut uretra : Tidak dikaji

3) Anus :

Peradangan : Tidak ada peradangan

Hemoroid : Tampak tidak ada hemoroid

Fistula : Tidak ada

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, minum dan bermain bersama teman-teman. Kadang di bantu oleh orang tua.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

3) Observasi:

a) Aktivitas harian

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| (1) Makan | : 2 |
| (2) Mandi | : 2 |
| (3) Pakaian | : 2 |
| (4) Kerapihan | : 2 |
| (5) Buang air besar | : 2 |
| (6) Buang air kecil | : 2 |
| (7) Mobilisasi di tempat tidur | : 2 |
| (8) Kesimpulan | : Bantuan penuh |

0: Mandiri 1: Bantuan dengan alat 2: Bantuan orang
--

b) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

c) Fiksasi : Tidak ada

d) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik:

a) Perfusi pembuluh perifer kuku : Kembali dalam < 3 detik

b) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thorax : Tampak thorax datar kiri dan kanan

Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

Stridor : Tampak tidak ada stridor

(2) Auskultasi

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Tidak terdengar suara ucapan

Suara tambahan : Tidak terdengar suara napas tambahan.

c) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis

Palpasi : Ictus cordis

Auskultasi :

(1) Bunyi jantung II A : Tidak dikaji

(2) Bunyi jantung II P : Tidak dikaji

- d) Lengan dan tungkai

- (2) Rentang gerak

(3) Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Atas	5	5
Bawah	5	5

- Refleks biseps : Positif Refleks triseps :Positif

(5) Refleks patalogi :

Kanan : ☒ Positif ☐ Negatif

- (6) Clubbing jari-jari : Tidak tampak

- e) Columna vertebralis :

- (1) Inspeksi

Kelainan bentuk : Tampak tidak ada kelainan bentuk

- (2) **Palpasi**

Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan

- (3) Kaku kuduk

Brudzinski : Tidak dikaji

Kernig sign : Tidak dikaji

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit istirahat pasien teratur dalam sehari pasien tidur malam 7 - 8 jam dan tidur siang 1 - 2 jam.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit tidur pasien terganggu karena demam sehingga sulit untuk tidur. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun saat tidur.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk	: ☒ Positif	☐ Negatif
Banyak menguap	: ☐ Positif	☒ Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	: ☐ Positif	☒ Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah merasa ada perubahan seperti kesulitan untuk mempelajari sesuatu. Pasien tidak ada gangguan pendengaran maupun penglihatan.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur.

3) Observasi:

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu kesehatan seperti kacamata, alat bantu dengar, dll.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

(1) Cornea	: Tampak cornea jernih
(2) Pupil	: Tampak pupil isokor
(3) Lensa mata	: Tampak jernih

b) Pendengaran:

- (1) Pina : Tampak pina simetris
- (2) Kanalis : Tampak bersih
- (3) Membran timpani : Tampak dalam keadaan normal
- (4) Test pendengaran : Tidak dikaji

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang siswa kelas 2 SD.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan kondisi pasien sekarang lagi sakit sehingga tidak dapat mengikuti proses belajar di sekolah.

3) Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

- a) Kontak mata : Tampak kurang
- b) Rentang perhatian : Tampak kurang
- c) Suara dan cara bicara : Tampak kurang

4) Pemeriksaan fisik:

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Abdomen:

- Bentuk : Tampak datar
- Bayangan vena : Tampak tidak ada bayangan vena
- Benjolan massa : Tampak tidak ada benjolan massa

h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan teman-teman sekolah terjalin baik begitupun dengan orang-orang di sekitar tempat tinggalnya.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat bertemu dengan teman-teman sekolahnya. Keluarga dan tetanggaya datang menjenguk di rumah sakit.

3) Observasi:

Tampak keluarga datang menjenguk dan berbicara pasien.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang laki-laki dan tidak ada masalah pada sistem reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah pada sistem reproduksi.

3) Observasi:

Tidak tampak ada gangguan pada pola reproduksi dan seksualitas pasien.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan jika pasien stress karena tugas sekolah atau dimarahi oleh ibunya, biasanya pasien mengadu ke ayah dan kadang diam saja.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien rewel.

3) Observasi:

Tampak pasien menangis

k. Pola Sistem Nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam mengikut orang tuanya, pasien rajin beribadah dan berdoa serta tidak ada tata nilai budaya tertentu yang menjadi pedoman pasien dalam hidupnya.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya sering mendengarkan lantunan ayat-ayat suci Al-Qur'an.

3) Observasi:

Tampak pasien mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an.

6. Analisa data

Tabel 3.3 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami demam naik turun sejak 6 hari yang lalu. DO : 1. Pasien teraba panas 2. Pasien tampak lemas 3. Tanda-tanda vital: a. Tekanan Darah: 98/65 mmHg b. Nadi: 138 x/menit c. Suhu: 38,8°C d. Pernapasan: 24 x/menit 4. Hasil pemeriksaan: a. IGM anti <i>salmonella typhi</i> (Tubex TF) +6 b. WBC: 14.28	Proses Penyakit	Hipertermia
Ds : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih BAB encer $\pm$ 9 kali dari jam 03.00 – 09.00 dengan konsistensi feses cair namun sedikit-sedikit, berwarna kuning 2. Keluarga mengatakan pasien merasa lemas DO : 1. Tampak turgor kulit tidak elastis 2. Tampak mukosa bibir kering 3. Tampak hidrasi > 3 detik 4. Tekanan darah : 98/65 mmHg 5. Frekuensi nadi :138 x/menit 6. Suhu tubuh : 38.8 °C 7. Pernapasan : 24 x/menit	Faktor Risiko (Kekurangan Volume Cairan)	Risiko Syok
DS : 1. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak nafsu makan.	Faktor Psikologis (Keengganan Untuk Makan)	Defisit Nutrisi

2. Pasien makan hanya 1-2 sendok makan dari 1 porsi makanan yang disediakan dari rumah sakit. 3. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dari 24 kg ke 21 kg dalam rentang waktu $\pm$ 1 minggu Do. 1. Tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan.		
--	--	--

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama / Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang / Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan
I	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
II	Risiko Syok berhubungan dengan faktor resiko (kekurangan volume cairan)
III	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

D. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang / Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien demam naik turun sejak 6 hari yang lalu.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan termogulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Menggigil menurun 4. Takikardi menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi a. Monitor suhu tubuh Terapeutik a. Lakukan kompres hangat pada axilla (EBN). Edukasi a. Anjurkan tirah baring Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit b. Kolaborasi pemberian obat antipiretik
Risiko Syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien masih BAB encer $\pm$ 9 kali dari jam 03.00 – 09.00 dengan konsistensi feses cair namun sedikit-sedikit, berwarna kuning, keluarga pasien mengatakan pasien merasa lemas.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan status cairan membaik (L.03208) dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi membaik 2. Turgor kulit membaik 3. Suhu tubuh membaik 4. Tekanan darah membaik	Pemantauan Cairan (I.I.03121) Observasi a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi b. Monitor tekanan darah c. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering) Terapeutik a. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

		Manajemen Hipovolemia (I.03116) Terapeutik a. Berikan asupan cairan oral Edukasi a. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonic (asering)
Defisit nutris berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, pasien makan hanya 1-2 sendok makan makanan yang disediakan dari rumah sakit, pasien mengalami penurunan berat badan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) 1. Observasi a. Monitor asupan makanan b. Monitor berat badan 2. Terapeutik a. Lakukan oral hygiene sebelum dan sesudah makan, <i>jika perlu</i> . 3. Edukasi a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu (saat makan). 4. Kolaborasi a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i> .

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang/Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama
Kamis, 04/02/2026	I, II, dan III	07.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 90/66 mmHg, N : 131 x/menit S : 38,9 °C, RR : 25 x/menit	Chatrine
	II	07.35	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 131x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering, teraba hangat	Chatrine
	III	07.40	Memonitor berat badan Hasil : Tampak BB pasien 21 kg	Chatrine
	I dan II	07.45	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit Hasil : Terpasang cairan asering 500cc 16 tpm	Chatrine
	I	08.00	Memberikan kompres hangat pada daerah axilla (EBN) Hasil: Selama dilakukan pasien merasa nyaman dan setelah dilakukan kompres hangat pada daerah axila selama $\pm$ 15 menit di dapatkan tubuh pasien masih teraba hangat namun berbeda dengan sebelumnya.	Chatrine

	I	08.15	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 38,2°C	Chatrine
	I, II, dan III	08.20	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Chatrine
	I	08.40	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Chatrine
	II	10.30	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 93/64 mmHg, nadi 127x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	Chatrine
	II	10.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 50cc	Chatrine
	I	12.30	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,5°C	Chatrine
	III	12.35	Memonitor asupan makanan Hasil : Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang Dimana hanya makan 1-2 sendok makan	Chatrine

			bubur yang disediakan dari rumah sakit dan minum $\pm$ 50cc	
	II	12.42	Menganjurkan posisi duduk saat makan dan memperbanyak asupan cairan oral Hasil : Ibu pasien mengerti anjuran yang diberikan dan akan melakukannya	Chatrine
	III	13.10	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Cefixime 500 mg / IV	Chatrine
	II	13.20	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tensi darah 90/65 mmHg, nadi 125x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering dan teraba hangat	Chatrine
	I, II, dan III	14.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 95/70 mmHg, N : 129 x/menit S : 38,3 °C, RR : 23 x/menit	Perawat
		14.35	Memberikan kompres hangat pada daerah axilla (EBN) Hasil: Selama dilakukan pasien merasa nyaman dan setelah dilakukan kompres hangat pada daerah axila selama $\pm$ 15 menit di dapatkan tubuh pasien masih teraba hangat namun berbeda dengan sebelumnya.	Perawat

	II	14.50	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,6°C	Perawat
	III	14.55	Memonitor berat badan Hasil : Tampak BB pasien 21 kg	Perawat
	I, II, dan III	15.50	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Perawat
	I	16.00	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Perawat
	II	17.30	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 124x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	Perawat
	II	17.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 50cc	Perawat
	II	17.40	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit Hasil : Terpasang cairan asering 500cc 16 tpm	Perawat

	I,II, dan III	18.00	Kolaborasi Pemberian obat Hasil : Zinc 1 tablet / Oral	Perawat
	I	19.30	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,4°C	Perawat
	III	19.35	Memonitor asupan makanan Hasil : Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang Dimana hanya makan 1-2 sendok makan bubur yang disediakan dari rumah sakit dan minum $\pm$ 50cc	Perawat
	II	19.42	Menganjurkan posisi duduk saat makan dan memperbanyak asupan cairan oral Hasil : Ibu pasien mengerti anjuran yang diberikan dan akan melakukannya	Perawat
	II	20.20	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 98/67 mmHg, nadi 125x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering dan teraba hangat	Perawat
	I	20.50	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,5°C	Perawat
	I	21.30	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 38°C	Perawat

	II	21.35	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 96/75 mmHg, nadi 129x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	Perawat
	I	21.40	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV	Perawat
	I, II, dan III	22.05	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Perawat
	I	22.10	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Perawat
	II	23.30	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 120x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	Perawat
	II	23.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 50cc	Perawat
	I	23.40	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,1°C	Perawat

	I	05.00	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,7°C	Perawat
--	---	-------	---	---------

Nama/Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang/Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Hari/tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama
Jumat, 05/02/2026	I, II, dan III	07.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 98/75 mmHg, N : 127 x/menit S : 38,5 °C, RR : 25 x/menit	Chatrine
	II	07.35	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 127x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering, teraba hangat	Chatrine
	III	07.39	Memonitor berat badan Hasil : Tampak BB pasien 21 kg	Chatrine
	I dan II	07.47	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit Hasil : Terpasang cairan asering 500cc 16 tpm	Chatrine
	I	08.00	Memberikan kompres hangat pada daerah axilla (EBN) Hasil: Selama dilakukan pasien merasa nyaman dan setelah dilakukan kompres hangat pada daerah axila selama $\pm$ 15 menit di dapatkan tubuh pasien masih teraba hangat namun berbeda dengan sebelumnya.	Chatrine

	I	08.15	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,9°C	Chatrine
	I, II, dan III	08.20	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Chatrine
	I	08.40	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Chatrine
	II	10.28	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 101/73 mmHg, nadi 118x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	Chatrine
	II	10.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 70cc	Chatrine
	I	12.30	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,5°C	Chatrine
	III	12.35	Memonitor asupan makanan Hasil : Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang dimana hanya makan 3 - 4 sendok makan	Chatrine

			bubur yang disediakan dari rumah sakit dan minum $\pm$ 70cc	
	II	12.42	Menganjurkan posisi duduk saat makan dan memperbanyak asupan cairan oral Hasil : Ibu pasien mengerti anjuran yang diberikan dan akan melakukannya	Chatrine
	III	13.10	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Cefixime 500 mg / IV	Chatrine
	II	13.25	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 98/70 mmHg, nadi 112x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering dan teraba hangat	Chatrine
	I	13.50	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,6°C	Chatrine
	I, II, dan III	14.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 97/72 mmHg, N : 112 x/menit S : 37,9 °C, RR : 23 x/menit	Perawat
	II	14.31	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 112x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	Perawat

	III	14.38	Memonitor berat badan Hasil : Tampak BB pasien 21 kg	Perawat
	I	15.00	Memberikan kompres hangat pada daerah axilla (EBN) Hasil: Selama dilakukan pasien merasa nyaman dan setelah dilakukan kompres hangat pada daerah axila selama $\pm$ 15 menit di dapatkan tubuh pasien masih teraba hangat namun berbeda dengan sebelumnya.	Perawat
	I	15.15	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,2°C	Perawat
	I, II, dan III	15.50	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Perawat
	I	16.00	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Perawat
	II	17.34	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 99/75 mmHg, nadi 110x/menit, turgor	Perawat

			kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	
	II	17.37	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 60cc	Perawat
	II	17.49	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit Hasil : Terpasang cairan asering 500cc 16 tpm	Perawat
	I,II, dan III	18.00	Kolaborasi Pemberian obat Hasil : Zinc 1 tablet / Oral	Perawat
	I	19.30	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,6°C	Perawat
	III	19.35	Memonitor asupan makanan Hasil : Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang Dimana hanya makan 3 - 4 sendok makan bubur yang disediakan dari rumah sakit dan minum $\pm$ 70cc	Perawat
	II	19.42	Menganjurkan posisi duduk saat makan dan memperbanyak asupan cairan oral Hasil : Ibu pasien mengerti anjuran yang diberikan dan akan melakukannya	Perawat
	II	20.20	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil :	Perawat

			Tampak tekanan darah 100/73 mmHg, nadi 106x/menit, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering	
	I	20.50	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,5°C	Perawat
	I	21.30	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 38,1°C	Perawat
	II	21.22	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 99/70 mmHg, nadi 114x/menit, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering	Perawat
	I, II, dan III	21.40	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Perawat
	I	22.10	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Perawat
	II	23.30	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 101/73 mmHg, nadi 102x/menit, turgor	Perawat

			kulit menurun, mukosa bibir kering	
	II	23.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 70cc	Perawat
	I	23.40	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,1°C	Perawat
	I	06.00	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,4°C	Perawat

Nama/Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang/Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Hari/tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama
Sabtu, 06/02/2026	I, II, dan III	07.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 102/86 mmHg N : 98 x/menit, S : 37,8 °C RR : 23 x/menit	Chatrine
	II	07.35	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 98x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	Chatrine
	III	07.42	Memonitor berat badan Hasil : Tampak BB pasien 22 kg	Chatrine
	I dan II	07.47	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit Hasil : Terpasang cairan asering 500cc 16 tpm	Chatrine
	I	08.00	Memberikan kompres hangat pada daerah axilla (EBN) Hasil: Selama dilakukan pasien merasa nyaman dan setelah dilakukan kompres hangat pada daerah axila selama $\pm$ 15 menit di dapatkan tubuh pasien masih teraba hangat namun berbeda dengan sebelumnya.	Chatrine
	I	08.15	Memonitor suhu tubuh	Chatrine

			Hasil : Suhu tubuh pasien 37,1°C	
I, II, dan III	08.24	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Chatrine	
I	08.46	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Chatrine	
II	10.33	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 104/83 mmHg, nadi 95x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	Chatrine	
II	10.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 100cc	Chatrine	
I	12.25	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 36,5°C	Chatrine	
III	12.36	Memonitor asupan makanan Hasil : Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang dimana hanya makan $\frac{1}{2}$ sendok makan bubur yang disediakan dari rumah sakit dan minum $\pm$ 100cc	Chatrine	

	II	12.40	Menganjurkan posisi duduk saat makan dan memperbanyak asupan cairan oral Hasil : Ibu pasien mengerti anjuran yang diberikan dan akan melakukannya	Chatrine
	III	13.12	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Cefixime 500 mg / IV	Chatrine
	II	13.23	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 106/85 mmHg, nadi 93x/menit turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	Chatrine
	I	13.50	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 36,8°C	Chatrine
	I, II, dan III	14.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 100/88 mmHg, N : 95 x/menit S : 37,5 °C, RR : 21 x/menit	Perawat
	II	14.37	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 109/88 mmHg, nadi 90x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	Perawat
	III	14.39	Memonitor berat badan Hasil : Tampak BB pasien 22 kg	Perawat
	I	15.00	Memberikan kompres hangat pada daerah axilla (EBN)	Perawat

			Hasil: Selama dilakukan pasien merasa nyaman dan setelah dilakukan kompres hangat pada daerah axila selama $\pm$ 15 menit di dapatkan tubuh pasien masih teraba hangat namun berbeda dengan sebelumnya.	
	I	15.15	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,2°C	Perawat
	I, II, dan III	15.55	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Perawat
	I	16.00	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Perawat
	II	17.30	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 89x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	Perawat
	II	17.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 100cc	Perawat

	II	17.40	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit Hasil : Terpasang cairan asering 500cc 16 tpm	
	I,II, dan III	18.00	Kolaborasi Pemberian obat Hasil : Zinc 1 tablet / Oral	Perawat
	I	19.30	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 37,6°C	Perawat
	III	19.35	Memonitor asupan makanan Hasil : pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang dimana hanya makan ½ sendok makan bubur yang disediakan dari rumah sakit dan minum ± 100cc	Perawat
	II	19.42	Menganjurkan posisi duduk saat makan dan memperbanyak asupan cairan oral Hasil : Ibu pasien mengerti anjuran yang diberikan dan akan melakukannya	Perawat
	II	20.18	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 90x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	Perawat
	I	20.50	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 36,8°C	Perawat
	I	21.30	Memonitor suhu tubuh	Perawat

			Hasil : Suhu tubuh pasien 37,1°C	
	II	21.33	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak tekanan darah 106/89 mmHg, nadi 87x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	Perawat
	I, II, dan III	22.05	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Paracetamol 250 mg / IV Colsancetine sirup 300 mg / Oral Puyer Dexamethasone 1 bungkus / Oral	Perawat
	I	22.10	Menganjurkan tirah baring Hasil : Keluarga dan pasien memahami dan akan melakukan anjuran yang dilakukan	Perawat
	II	23.30	Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Hasil : Tampak nadi 85x/menit, turgor kulit membaik, mukosa bibir lembab	Perawat
	II	23.35	Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air minum $\pm$ 100cc	Perawat
	I	23.40	Memonitor suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh pasien 36,6°C	Perawat

	I, II, dan III	05.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 105/89 mmHg N : 90 x/menit, S : 36,5°C RR : 22 x/menit	Perawat
--	----------------------	-------	---	---------

F. EVALUASI SOAP

Nama/Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang/Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Tanggal	Dx	Evaluasi SOAP	Nama
4 Februari 2026	I	S: - Ibu pasien mengatakan pasien masih demam naik turun. O: - Suhu tubuh: 37,7°C - Tampak mukosa bibir kering A: - Masalah hipertermia belum teratasi P: - Intervensi manajemen hipertermia dilanjutkan	Chatrine
	II	S: - Ibu pasien mengatakan pasien minum $\pm$ total 250 cc air dalam sehari O: - Tampak mukosa bibir kering - Turgor kulit tidak elastis - Tampak pasien lemas - Frekuensi nadi 120 x/menit - Tekanan darah 100/70 mmHg A: - Masalah resiko syok belum teratasi P: - Intervensi pemantauan cairan dan manajemen hipovolemia dilanjutkan	Chatrine
	III	S: - Ibu pasien mengatakan pasien masih tidak nafsu makan	Chatrine

		- Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan bubur yang disediakan dari rumah sakit sebanyak 1-2 sendok makan sekali makan. O: - Pasien tampak lemas - Tampak mukosa bibir kering A: - Masalah defisit nutrisi belum teratasi P: - Intervensi manajemen nutrisi dilanjutkan.	
--	--	---	--

Nama/Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang/Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Hari/tanggal	Dx	Evaluasi SOAP	Nama
5 Februari 2026	I	S: - Keluarga pasien mengatakan pasien masih demam O: - Pasien teraba hangat - Tampak mukosa bibir kering A: - Masalah hipertermi teratasi sebagian P: - Intervensi manajemen hipertermia dilanjutkan	Chatrine
	II	S: - Ibu pasien mengatakan pasien minum $\pm$ total 340cc air dalam sehari O: - Tampak mukosa bibir kering - Turgor kulit tidak elastis - Tampak pasien lemas - Frekuensi nadi 102 x/menit - Tekanan darah 101/73 mmHg A: - Masalah risiko syok teratasi sebagian P: - Intervensi pemantauan cairan dan manajemen hipovolemia dilanjutkan	Chatrine
	III	S: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan	Chatrine

		- Keluarga pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan 3 - 4 sendok makan makanan yang disediakan dari rumah sakit. O: - Pasien tampak lemas A: - Masalah defisit nutrisi belum teratasi P: - Intervensi manajemen nutrisi di lanjutkan	
--	--	---	--

Nama/Umur : An. M / 8 Tahun

Ruang/Kamar : St. Yoseph III / 3006 Bed 1

Hari/tanggal	Dx	Evaluasi SOAP	Nama
6 Februari 2026	I	S: - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak demam O: - Suhu tubuh 36,5 °C - Tampak mukosa bibir lembab A: - Masalah hipertermia teratasi P: - Intervensi manajemen hipertermia dihentikan	Chatrine
	II	S: - Ibu pasien mengatakan pasien minum air $\pm$ total 500cc dalam sehari O: - Tampak mukosa bibir lembab - Turgor kulit elastis - Frekuensi nadi 90 x/menit - Tekanan darah 105/89 mmHg A: - Masalah risiko syok teratasi P: - Intervensi pemantauan cairan dan manajemen hipovolemia dihentikan	Chatrine
	III	S: - Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien membaik - Keluarga pasien mengatakan pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang disediakan dari rumah sakit	Chatrine

		O: - Tampak BB : 22 Kg A: - Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian P: - Intervensi manajemen nutrisi dilanjutkan	
--	--	--	--

G. Daftar Obat

1. Paracetamol

- a. Nama obat : Paracetamol
- b. Golongan obat : Antipiretik
- c. Dosis umum : Dewasa: 500-1.000 mg atau 10-15 mg/kgBB, tiap 4-6 jam.
- d. Dosis pada pasien : 250 ml / 8 Jam
- e. Cara pemberian : Intravena (IV)
- f. Mekanisme kerja obat : Paracetamol bekerja dengan cara menghambat produksi prostaglandin, suatu zat peradangan dan pemicu demam, dan terutama bekerja di otak.
- g. Alasan pemberian obat : Untuk menurunkan demam dan meredakan rasa nyeri.
- h. Kontraindikasi : Pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat.
- i. Efek samping obat : Sakit kepala, mual atau muntah, sulit tidur, perut bagian atas terasa sakit, urine berwarna gelap, lelah yang tidak biasa, penyakit kuning.

2. Cefixime

- a. Nama obat : Cefixime
- b. Golongan obat : Antibiotik
- c. Dosis umum : Dewasa 200 mg (2 kali sehari) atau 400 mg (sekali sehari), Anak 8 mg/kgBB per hari
- d. Dosis pada pasien : 500 mg / 12 Jam
- e. Cara pemberian : Intravena (IV)
- f. Mekanisme kerja obat : Cefixime bekerja dengan cara menghambat sintesis dinding sel bakteri dimana berkaitan dengan penicillin-binding proteins (PBPs) pada bakteri

yang mengganggu pembentukan peptidoglikan yang penting untuk dinding sel akibat dinding sel bakteri dan bakteri mati.

- g. Alasan pemberian obat : Untuk mengatasi infeksi bakteri pada usus
- h. Kontraindikasi : Pasien dengan hipersensitivitas atau alergi cefixime dan alergi berat terhadap antibiotik sefalosporin.
- i. Efek samping obat : Diare, mual, nyeri perut, dyspepsia, ruam kulit, gatal. Pusing, sakit kepala, anafilaksis, colitis pseudomembran, peningkatan enzim hati, gangguan fungsi ginjal, sindrom kulit berat (SJS)

3. Colsancetin

- a. Nama obat : Colsancetin syrup
- b. Golongan obat : Antibiotik
- c. Dosis umum : Anak 2 sendok takar (3-4 kali sehari),
Dewasa 3 sendok takar (3-6 kali sehari)
- d. Dosis pada pasien : 300 mg / 8 Jam (2 sendok takar)
- e. Cara pemberian : Oral
- f. Mekanisme kerja obat : Colsancetin bekerja dengan cara membunuh bakteri di dalam tubuh dan mencegah tumbuh kembali
- g. Alasan pemberian : Untuk mengobati infeksi bakteri, seperti demam tifoid
- h. Kontraindikasi : Tidak ada
- i. Efek samping obat : Depresi sumsum tulang, anemia aplastic, sindrom gray pada bayi, tekanan saluran pencernaan dan reaksi hipersensitivitas

4. Dexamethasone

- a. Nama obat : Puyer Dexamethasone
- b. Golongan obat : Kortikosteroid
- c. Dosis umum : Anak 0,02-0,3 mg/kgBB
- d. Dosis pada pasien : 1 bungkus isi 0,25 mg
- e. Cara pemberian : Oral
- f. Mekanisme kerja obat : Menekan inflamasi dan respon imun
- g. Alasan pemberian obat : Untuk mengurangi inflamasi pada kondisi tertentu
- h. Kontraindikasi : Hipersensitivitas
- i. Efek samping obat : Hiperglikemia, gangguan lambung, imunosupresi

5. Zinc

- a. Nama obat : Zinc
- b. Golongan obat : Suplemen mineral
- c. Dosis umum : Anak > 6 bulan 20 mg per hari
- d. Dosis pada pasien : 1 tablet / 24 Jam
- e. Cara pemberian : Oral
- f. Mekanisme kerja obat : Zinc bekerja sebagai kofaktor enzim yang terlibat dalam reaksi enzimatik dalam tubuh, meningkatkan sistem imun dengan mendukung fungsi sel imun seperti limfosit dan makrofag, dan memperbaiki mukosa usus, memperbaiki mukosa usus, mengurangi sekresi cairan di usus, mendukung sintesis protein dan DNA
- g. Alasan pemberian obat : Untuk meningkatkan daya tahan tubuh (imunitas)
- h. Kontraindikasi : Pasien dengan hipersensitivitas

- i. Efek samping obat : Mual, muntah, nyeri perut, rasa logam di mulut, diare, sakit kepala, penurunan kadar tembaga dalam tubuh, gangguan system imun bila penggunaan berlebihan

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam BAB ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien An. M yang dirawat di ruang Yoseph III Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan kasus demam tifoid. Selama tiga hari mulai dari tanggal 4 Februari 2026 - 7 Februari 2026. Untuk memudahkan pembahasan, maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, didapatkan data seorang pasien laki-laki bernama An. M berusia usia 8 tahun yang dirawat di ruangan perawatan Yoseph III kamar 3006 Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan utama demam. Menurut keterangan keluarga, pasien demam naik turun sejak tanggal 27 Januari 2026 disertai pusing, sakit kepala, sesak, sakit perut, diare >10 kali, lemas, keringat dingin dan tidak nafsu makan.

Dari hasil wawancara dengan keluarga didapatkan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit DBD pada tahun 2025 dan pasien juga memiliki riwayat kejang 3 kali saat berusia 3 tahun. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 98/65 mmHg, nadi 138 x/menit irama tachicardia dan kuat, pernapasan 24 x/menit irama teratur. Dari hasil pemeriksaan laboratorium *IGM anti salmonella typhi* (*Tubex TF*) pada tanggal 3 Februari 2026 didapatkan hasil + 6, WBC $14.28 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Berdasarkan data hasil pengkajian tersebut, pasien dididagnosa demam tifoid. Kondisi ini disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* dengan beberapa faktor resiko, antara lain usia, status gizi yang kurang, jajan sembarangan, sanitasi lingkungan dan perilaku hidup bersih yang kurang. Peningkatan suhu tubuh pada pasien terjadi akibat proses inflamasi sistemik setelah bakteri masuk ke saluran pencernaan, menembus dinding usus dan masuk ke dalam aliran darah sehingga mengganggu pengaturan suhu di hipotalamus (Rahman et al., 2024).

Selain itu, pada pasien tersebut mengalami BAB encer > 10 kali hal ini terjadi akibat adanya invasi bakteri *salmonella typhi* ke dalam mukosa usus yang menimbulkan peradangan dan kerusakan pada saluran cerna. Kondisi ini menyebabkan peningkatan motilitas usus serta gangguan penyerapan cairan dan nutrisi, sehingga feses menjadi cair. Apabila berlangsung terus menerus, keadaan ini dapat menimbulkan dehidrasi dan penurunan berat badan yang signifikan (Crump et al., 2024).

Demam yang dialami pasien merupakan salah satu manifestasi klinis utama dari infeksi *salmonella typhi*. Bakteri ini masuk kedalam tubuh dan memicu respon imun berupa pelepasan mediator inflamasi yang menggagu pengaturan suhu di hipotalamus. Akibatnya, terjadi peningkatan suhu tubuh yang ditandai dengan demam parsisten. Kondisi ini sering dengan gejala sistemik lain seperti sakit kepala dan gangguan saluran cerna. Apabila demam berlangsung terus-menerus tanpa penanganan, keadaan ini dapat menyebabkan kelemahan tubuh, penurunan nafsu makan serta memperburuk status gizi.

Berdasarkan kondisi tersebut, penanganan demam tifoid perlu segera dilakukan untuk menurunkan suhu tubuh pasien. Salah satu intervensi yang dilakukan dalam pendekatan berbasis bukti atau *Evidence Based Nursing* adalah pemberian kompres

hangat pada area axilla. Pemberian kompres hangat pada axilla bertujuan untuk meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah perifer sehingga mempercepat pelepasan panas dari tubuh. Mekanisme ini membantu menurunkan suhu tubuh yang meningkat akibat respon inflamasi terhadap infeksi bakteri *salmonella thypi*. Dengan menurunnya suhu, pasien akan merasa lebih nyaman, resiko komplikasi berkurang serta proses pemulihan lebih optimal.

2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan hasil penilaian klinis yang dilakukan oleh perawat mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami, baik yang bersifat aktual maupun yang berpotensi terjadi. Penetapan diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengetahui dan mengidentifikasi respon pasien yang berhubungan dengan kondisi kesehatannya. Menurut SDKI (2018) ada beberapa diagnosis yang dapat muncul pada pasien dengan demam tifoid yaitu:

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), ketidakmampuan mencerna makanan
- c. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
- d. Risiko hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif
- e. Resiko syok dengan faktor risiko kekurangan volume cairan
- f. Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas gastrointestinal
- g. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Berdasarkan data yang ditemukan dari hasil pengkajian pada An. M dengan demam tifoid penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan prioritas sesuai dengan SDKI yang ditinjau dari manifestasi klinis sesuai dengan keadaan dan masalah yang dihadapi pasien saat ini.

Diagnosis keperawatan yang diangkat oleh penulis yaitu:

1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena keluarga pasien mengatakan pasien mengalami demam naik turun sejak 6 hari yang lalu, badan terasa hangat, mukosa bibir kering, lidah kotor berwarna putih suhu tubuh meningkat, suhu 38,8 °C. Pada diagnosis ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena manifestasi klinis pasien sesuai dengan konsep toritis hipertermia pada infeksi tifoid.

2) Risiko syok dengan faktor risiko kekurangan volume cairan.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena keluarga pasien mengatakan pasien mengalami BAB encer $\pm$ 9 kali dari sejak pagi, pasien mengeluh lemas, tampak turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering, hidrasi kulit < 3 detik, tekanan darah 98/65 mmHg, nadi 138 x/menit, suhu 38.8 °C dan hematokrit 33.9. Pada pasien anak dengan demam tifoid, infeksi *Salmonella typhi* dapat menyebabkan gangguan pada saluran pencernaan seperti diare, sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit secara terus menerus. Jika kehilangan cairan ini tidak segera diatasi, maka volume darah dalam tubuh akan menurun dan dapat meningkatkan resiko terjadinya syok (terutama syok hipovolemik) Berdasarkan SDKI (2017), risiko syok dengan faktor risiko kekurangan asupan cairan ditandai dengan kehilangan cairan aktif, turgor kulit tidak elastis, mukosa kering, takikardi, kelemahan dan penurunan tekanan darah. Dengan

demikian pada diagnosis ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, karena data klinis pasien sesuai dengan faktor risiko terjadinya syok akibat kekurangan asupan cairan.

- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

Penulis mengangkat diagnosis ini karena keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, pasien hanya makan 1-2 sendok makanan yang disediakan dari rumah sakit, pasien mengalami penurunan berat badan, BB sebelum sakit 24 kg dan saat sakit 21 kg. menurut WHO (2024) defisit nutrisi ditandai dengan asupan makanan yang tidak adekuat, nafsu makan menurun dan penurunan berat badan yang signifikan. Dengan demikian pada diagnosis ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena data klinis pasien sesuai dengan kriteria diagnosis defisit nutrisi.

Pada kasus An. M dengan diagnosa medis demam tifoid, penetapan diagnosis keperawatan harus didasarkan pada data mayor, data minor serta prioritas masalah yang didapatkan selama pengkajian sesuai dengan SDKI. Berdasarkan data yang diperoleh, beberapa diagnosis keperawatan yang tidak dapat diangkat diantaranya:

- a) Nyeri akut

Diagnosis nyeri akut tidak diangkat karena nyeri yang dirasakan pasien sudah berkurang setelah mendapat pengobatan. Pada saat pengkajian, pasien hanya merasakan nyeri dengan skala ringan (skala 3), bersifat hilang timbul dan berkurang setelah buang air besar serta saat beristirahat. Selain itu, pasien juga telah mendapatkan penanganan di IGD berupa pemberian obat dumin (antipiretik/analgesik) yang membantu mengurangi keluhan nyeri. Oleh karena itu, nyeri

tidak menjadi masalah utama dan tidak di prioritaskan sebagai diagnosis keperawatan pada kasus ini.

b) Diare

Diagnosis keperawatan diare tidak diangkat meskipun pasien mengalami BAB encer hingga 9 kali, karena pada kasus demam tifoid diare merupakan salah satu cara tubuh membantu mengeluarkan bakteri *Salmonella Typhi* dari saluran pencernaan. Namun, diare yang sering dapat menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit sehingga pasien beresiko mengalami hipovolemia. Hal ini di dukung oleh tanda seperti turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering dan tubuh lemas. Oleh karena itu, masalah yang lebih diprioritaskan pada kasus ini adalah risiko hipovolemia dibandingkan diagnosis diare.

c) Resiko hipovolemia

Diagnosis keperawatan risiko hipovolemia tidak diangkat pada kasus ini, meskipun pasien mengalami kehilangan cairan, karena kondisi pasien sudah menunjukkan tanda-tanda yang lebih berat dan mengarah pada risiko syok. Data seperti BAB encer hingga 9 kali, pasien tampak lemas, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering, nadi cepat (138 x/menit), serta tekanan darah yang mulai menurun (98/65 mmHg) menunjukkan bahwa kekurangan cairan sudah berdampak pada sirkulasi tubuh. Pada kondisi ini, masalah yang dialami pasien tidak lagi hanya sebatas kekurangan cairan (hipovolemia), tetapi sudah berisiko berkembang menjadi syok hipovolemik jika tidak segera ditangani. Syok merupakan kondisi yang lebih serius karena dapat menyebabkan aliran darah ke organ tubuh menjadi tidak adekuat. Oleh karena itu, diagnosis yang lebih diprioritaskan adalah risiko syok, karena mencerminkan kondisi pasien yang lebih berat dan

membutuhkan penanganan segera. Dengan demikian, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, karena pemilihan diagnosis sudah disesuaikan dengan kondisi klinis pasien yang berisiko mengalami syok akibat kehilangan cairan.

d) Konstipasi

Diagnosis keperawatan konstipasi tidak diangkat karena konsisi pasien tidak menunjukkan tanda-tanda konstipasi. Berdasarkan pengkajian, pasien justru mengalami BAB encer dengan frekuensi ≥ 9 kali. Konstipasi biasanya ditandai dengan penurunan frekuensi BAB, feses keras, dan kesulitan saat defekasi, sehingga tidak sesuai dengan kondisi yang dialami pasien dalam kasus ini.

e) Defisit pengetahuan

Diagnosis keperawatan defisit pengetahuan tidak diangkat karena pada data pengkajian tidak ditemukan data yang menunjukkan bahwa pasien atau keluarga mengalami kurang pemahaman tentang penyakit, perawatan maupun tindakan kesehatan yang harus dilakukan. Keluarga juga telah melakukan penanganan awal dengan memberikan obat penurun panas (paracetamol) dan segera membawa pasien ke rumah sakit ketika kondisi tidak membaik.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis membuat suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang timbul meliputi penetapan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan yaitu:

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien, yaitu manajemen

hipertermia monitor suhu tubuh, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, kolaborasi pemberian obat analgesik, pemberian kompres hangat pada *axilla* sebagai tindakan EBN.

- b. Risiko syok dengan faktor risiko kekurangan volume cairan.
 Pada diagnosis ini, intervensi keperawatan yang diberikan meliputi pemantauan cairan dan manajemen hipovolemia. Pemantauan cairan dilakukan dengan cara memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, memonitor tekanan darah serta mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia seperti nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit tidak elastis dan mukosa bibir kering. Manajemen hipovolemia dilakukan dengan memberikan asupan cairan oral serta kolaborasi pemberian cairan intravena isotonic (asering). Cairan asering (Asetat Ringer) adalah cairan infus isotonic yang digunakan untuk mengganti cairan dan elektrolit yang hilang dalam tubuh. Cairan ini mengandung natrium, kalsium, kalium, klorida dan asetat yang membantu menjaga keseimbangan cairan tubuh. Pemberian cairan asering bertujuan untuk menambah volume cairan tubuh, mencegah dehidrasi dan mempertahankan sirkulasi darah agar tetap stabil dan mencegah terjadinya syok.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien, yaitu manajemen nutrisi, identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makan, monitor berat badan, lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, anjurkan posisi duduk jika mampu (saat makan), kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu.

4. Implementasi

Pada implementasi keperawatan penulis melaksanakan implementasi selama 3 hari berturut-turut dengan kerjasama dari dokter dan perawat di ruangan perawatan.

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, pada diagnosis ini semua intervensi dilakukan sampai hari ketiga. Suhu tubuh anak pada hari kedua dan ketiga sudah membaik, dimana suhu tubuh pada hari kedua 37,4 °C dan pada hari ketiga suhu tubuh 36,5°C sehingga sudah tidak dilakukan kompres dan pemberian obat paracetamol.
- b. Risiko syok dengan kekurangan volume cairan, pada diagnosis ini semua intervensi dilakukan sampai hari ketiga intervensi keperawatan yang diberikan meliputi pemantauan cairan dan manajemen hipovolemia. Pemantauan cairan yang dilakukan yaitu memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, memonitor tekanan darah serta mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia seperti nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit tidak elastis dan mukosa bibir kering. Manajemen hipovolemia yang dilakukan yaitu memberikan asupan cairan oral serta kolaborasi pemberian cairan intravena isotonic (asering).
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), pada diagnosis ini semua intervensi dilakukan sampai hari ketiga, pemantauan status nutrisi, berat badan dan asupan makan pasien.

5. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan hasil yang diharapkan bisa dicapai dari pasien selama 3 hari (5 - 7 Februari 2026) adalah sebagai berikut:

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Pada akhir evaluasi masalah teratasi, tidak teraba panas, mukosa bibir lembab suhu 36,5°C.
- b. Risiko syok dengan faktor risiko kekurangan volume cairan. Pada akhir evaluasi masalah teratasi dimana tampak mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, frekuensi nadi 85 x/menit.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Pada akhir evaluasi masalah teratasi sebagian dimana keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien membaik, pasien makan ½ porsi makanan yang diberikan dari rumah sakit, BB 22 kg

B. Pembahasan Penerapan EBN (pada Tindakan keperawatan)

1. Judul EBN

Kompres hangat pada daerah *axilla* untuk menurunkan demam pada pasien demam tifoid.

2. Diagnosa keperawatan

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan DS: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami demam naik turun sejak 6 hari yang lalu. DO: badan teraba hangat, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, lidah kotor berwarna putih suhu tubuh meningkat, suhu 38,8 °C, nadi 138 x/menit, pernapasan 24 x/menit.

3. Luaran yang diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil (SLKI): Suhu tubuh membaik, suhu kulit cukup membaik, mengigil cukup menurun, takikardi cukup menurun.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Manajemen hipertermia menggunakan teknik kompres hangat pada daerah *axilla* dengan cara menyiapkan air hangat

kedalam baskom kecil selanjutnya cuci tangan dan masukkan waslap/kain kedalam baskom berisi air hangat lalu peras

a. Pembahasan Tindakan keperawatan sesuai EBN

1) Pengertian Tindakan

Kompres hangat pada *axilla* merupakan intervensi non farmakologis yang efektif, aman dan mudah dilakukan dalam membantu menurunkan suhu tubuh pada pasien yang mengalami hipertermia. Tindakan ini dilakukan dengan cara menempelkan kain atau waslap yang telah dibasahi air hangat pada daerah *axilla* selama $\pm 15 - 30$ menit (Chen et al., 2026).

2) Tujuan / rasional EBN dan pada kasus askep

Pemberian kompres hangat pada area *axilla* bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh secara bertahap pada pasien yang mengalami hipertermia akibat proses infeksi, seperti pada anak dengan demam tifoid. Secara fisiologis, kompres hangat pada *axilla* akan merangsang reseptor panas pada kulit sehingga memicu vasodilatasi pembuluh darah perifer. Daerah *axilla* memiliki pembuluh darah besar, seperti arteri dan vena aksilaris, sehingga pelepasan panas tubuh dapat berlangsung lebih optimal. Peningkatan aliran darah ke permukaan kulit akan mempercepat perpindahan panas melalui mekanisme konduksi dan evaporasi, sehingga suhu tubuh menurun secara perlahan dan lebih nyaman bagi anak (Chen et al., 2026).

5. PICOT EBN (*Problem, Intervensi, Comparasi, Outcome dan Time*)

a. Penerapan (PICOT kasus)

Kompres hangat pada daerah *axilla* untuk menurunkan demam pada pasien dengan demam tifoid.

1) P (*Population / patient problem*)

Tindakan ini dilakukan pada populasi anak yang mengalami demam tifoid dan mengalami masalah hipertermia. Dimana pasien tersebut mengalami demam naik turun sejak 6 hari yang lalu.

2) I (*Invention*)

Pada tindakan ini, penulis melakukan kompres hangat pada daerah *axilla* menggunakan air hangat. Sebelum dan sesudah tindakan, penulis mengobservasi suhu tubuh pasien untuk menilai perubahan suhu tubuh. Kompres hangat diberikan sekitar 15 menit guna membantu menurunkan suhu tubuh secara bertahap.

3) C (*Comparasi*)

Dalam tindakan ini penulis tidak melakukan intervensi pembandingan.

4) O (*Outcome*)

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa pada hari pertama, setelah dilakukan tindakan kompres hangat pada area *axilla*, suhu tubuh pasien mulai mengalami penurunan. Namun, suhu tubuh masih naik turun, kulit terabah hangat. Pada hari kedua suhu tubuh pasien masih mengalami peningkatan dan penurunan, tetapi demam mulai berkurang dibandingkan hari sebelumnya. Menggigil mulai menurun dan tampak kondisi pasien tampak stabil. pada hari ketiga, suhu tubuh dalam rentang normal, suhu kulit membaik dan menggigil sudah menurun secara signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa kompres hangat pada daerah *axilla* efektif membantu menurunkan suhu tubuh secara bertahap.

5) T (*Time*)

Penulis melakukan tindakan selama 3 hari dimulai tanggal 5 - 7 Februari 2026.

Tabel 4.1 Pembahasan artikel PICOT EBN

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Pengaruh kompres air hangat daerah <i>axilla</i> terhadap perubahan suhu tubuh pada anak hipertermia (Azim et al., 2022).	Perbedaan lokasi pemberian kompres hangat (<i>Axilla & Temporal</i>) terhadap penurunan suhu tubuh anan demam (Japlani et al., 2025).	Efektivitas pemberian kompres air hangat untuk mengurangi demam typhoid (Nurhanifah et al., 2022)
P (Problem/Population)	Populasi dalam penelitian ini sebanyak 32 anak yang mengalami hipertermia.	Populasi dalam penelitian ini sebanyak 36 orang anak yang mengalami demam.	Populasi dalam penelitian ini sebanyak 30 responden.
I (Intervention)	Pemberian kompres hangat pada area <i>axilla</i> .	Memberikan kompres hangat di <i>axilla</i> .	Memberikan kompres hangat di area <i>axilla</i> .
C (Comparison)	Tidak diberikan intervensi	Memberikan kompres pada di <i>temporal</i> .	Memberikan kompres hangat di area <i>femoral</i> .
O (Outcome)	Rata-rata penurunan suhu tubuh setelah intervensi adalah 1°C pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol 0,4°C. Hasil analisis <i>Men Whitney U Test</i> diperoleh nilai signifikan $p=0.03$	Data hasil uji statistik menggunakan pengukuran berulang dengan menggunakan hasil uji <i>independent sample t-test</i> $p\text{-value}= 0,000$ ($p\text{-value} < \alpha (0,05)$), dengan nilai rata-rata penurunan suhu setelah diberikan kompres hangat di <i>axila</i> dan <i>temporal</i> yaitu masing-masing 1,0667°C dan 0,511°C maka dapat	Berdasarkan hasil uji statistik, ditemukan bahwa nilai $p\text{ value} = 0,000 = \leq 0,05$, artinya terdapat perbedaan signifikan antara pemberian kompres hangat pada kelompok <i>axilla</i> dan pemberian

	lebih kecil dari $\alpha=0.05$ sehingga dapat disimpulkan adanya perbedaan yang signifikan pada suhu tubuh kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.	disimpulkan bahwa ada perbedaan pengaruh pemberian kompres di area yang berbeda antara <i>axilla</i> & <i>temporal</i> terhadap penurunan suhu pada anak yang mengalami demam. Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh bahwa rata-rata suhu anak sebelum dilakukan kompres hangat di <i>axilla</i> yaitu 38,239°C dan setelah kompres menjadi 37,173°C. Rata-rata suhu anak sebelum dilakukan kompres hangat di <i>temporal</i> yaitu 38,094°C dan setelah kompres menjadi 37,583°C. Hasil analisis bivariat diperoleh ada pengaruh kompres hangat area <i>axilla</i> terhadap suhu tubuh pada anak demam (p-value=0,000) dan Terdapat pengaruh kompres hangat area <i>temporal</i> terhadap suhu tubuh pada anak demam (p-value=0,000).	kompres hangat pada kelompok <i>femoral</i> untuk menurunkan suhu tubuh anak dengan demam tifoid. Nilai perbedaan perubahan suhu tubuh antara pemberian kompres hangat pada area <i>axilla</i> dan kompres hangat pada area <i>femoral</i> adalah 0,4 °C, di mana penurunan suhu tubuh lebih besar pada kompres hangat di area <i>axilla</i> , daripada kompres hangat di area <i>femoral</i> , sebagaimana dibuktikan oleh nilai rata-rata. Kompres hangat di <i>axilla</i> 0,91 °C lebih besar daripada nilai rata-rata kompres hangat di <i>femoral</i> sebesar 0,51 °C.
T (Time)	Tindakan ini dilakukan selama 15-30 menit	Tindakan ini dilakukan selama 15 menit	Tindakan ini dilakukan selama 15-20 menit

6. Hasil dan Kesimpulan EBN

Kompres hangat merupakan salah satu bentuk terapi nonfarmakologis yang termasuk dalam hidroterapi, yang bekerja melalui mekanisme vasodilatasi pada pembuluh darah perifer. Proses ini akan meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat pengeluaran panas melalui permukaan kulit serta memberikan efek relaksasi yang mendukung peningkatan kenyamanan pada anak Alfina Ayu Rohmahwati (2024). Pemberian kompres hangat yang dilakukan pada area *axilla* merupakan salah satu tindakan nonfarmakologis untuk membantu menurunkan demam. Tindakan ini dilakukan dengan menempatkan kompres hangat pada area *axilla* untuk membantu pelepasan panas tubuh. Penerapan kompres ini diharapkan dapat membantu menurunkan suhu tubuh secara bertahap serta memberikan rasa nyaman pada anak dengan demam khususnya pada anak dengan demam tifoid (Rukmana et al., 2022)

Pada kasus yang penulis temukan, sebelum dilakukan tindakan pemberian kompres hangat pada An. M didapatkan hasil pengkajian sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan pasien mengalami demam naik turun sejak 6 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, badan teraba panas, suhu tubuh 38,8 °C. Setelah diberikan kompres hangat di *axilla* selama 3 hari berturut-turut dimana hasil yang didapatkan yaitu suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, mengigil menurun dengan suhu tubuh 36,5 °C artinya sebelum dan setelah pemberian kompres hangat pada *axilla* menunjukkan adanya perubahan terhadap perubahan suhu tubuh pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Azim et al. (2022) Kompres hangat dilakukan dengan mengaplikasikan kain yang dibasahi dengan air hangat pada *axilla*. Kesimpulan pemberian kompres hangat dari artikel menurut Azim et al. (2022) menyatakan bahwa

terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi (kompres hangat *axilla*) dan kelompok kontrol (tanpa kompres hangat) ($p=0,03$).

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Japlani et al., 2025) menyatakan ada perbedaan pengaruh yang signifikan antar pemberian kompres hangat di *axilla* & *temporal* terhadap penurunan suhu pada anak yang mengalami demam dimana nilai ($p\text{-value} = 0,000$ ($p\text{-value} < \alpha (0,05)$)), dengan nilai rata-rata suhu anak sebelum dilakukan kompres hangat di *axilla* yaitu $38,239^{\circ}\text{C}$ dan setelah kompres menjadi $37,173^{\circ}\text{C}$. Rata-rata suhu anak sebelum dilakukan kompres hangat di *temporal* yaitu $38,094^{\circ}\text{C}$ dan setelah kompres menjadi $37,583^{\circ}\text{C}$. Kompres hangat di *axilla* efektif tidak hanya berdasarkan hasil analisis statistik, tetapi juga karena secara fisiologis kompres hangat di *axilla* dapat membantu melebarkan pembuluh darah sehingga panas tubuh lebih mudah keluar melalui kulit. Selain itu, area *axilla* memiliki lebih banyak pembuluh darah, sehingga pelepasan panas tubuh dapat menjadi lebih cepat.

Selain itu pada penelitian Nurhanifah et al. (2022) juga sejalan dimana berdasarkan hasil uji statistik, ditemukan bahwa nilai $p\text{ value} = 0,000 = \leq 0,05$, artinya terdapat perbedaan signifikan antara pemberian kompres hangat pada kelompok kompres *axilla* dan pemberian kompres hangat pada kelompok *femoral* untuk menurunkan suhu tubuh anak dengan demam tifoid. Nilai perbedaan perubahan suhu tubuh antara pemberian kompres hangat pada area *axilla* dan kompres hangat pada area *femoral* adalah $0,4^{\circ}\text{C}$, di mana penurunan suhu tubuh lebih besar pada kompres hangat di area *axilla*, daripada kompres hangat di area *femoral*, sebagaimana dibuktikan oleh nilai rata-rata kompres hangat di *axilla* $0,91^{\circ}\text{C}$ lebih besar daripada nilai rata-rata kompres hangat di *femoral* sebesar $0,51^{\circ}\text{C}$. Kompres

hangat dinilai efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami demam karena dipengaruhi oleh mekanisme fisiologis tubuh. Area *axilla* memiliki pembuluh darah besar terutama arteri aksilaris sehingga ketika dilakukan kompres hangat di *axilla* dapat merangsang hipotalamus sebagai pusat pengatur suhu tubuh sehingga tubuh merespon dengan meningkatkan vasodilatasi dan pengeluaran panas.

Berdasarkan uraian teori, hasil pengkajian kasus, serta beberapa penelitian pendukung penulis menyimpulkan bahwa pemberian kompres hangat pada area *axilla* merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami demam khususnya pada anak dengan demam tifoid. Kompres hangat bekerja melalui vasodilatasi pembuluh darah perifer yang dapat meningkatkan sirkulasi darah dan mempercepat pelepasan panas tubuh melalui permukaan kulit sehingga suhu tubuh menurun secara bertahap serta memberikan rasa nyaman pada anak. Dari beberapa jurnal penelitian juga menunjukkan bahwa sebelum dan setelah dilakukan pemberian kompres hangat area *axilla* terdapat perubahan yang sangat signifikan dalam upaya menurunkan suhu tubuh pada pasien dengan hipertermia sehingga dapat diimplementasikan sebagai *evidence based nursing* di dalam praktek keperawatan.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan uraian di atas yang telah dikemukakan dan pelaksanaan keperawatan pada An. M dengan demam tifoid, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian yang diperoleh pada An. M dengan demam tifoid di dapatkan data, pasien mengalami demam naik turun sejak 6 hari yang lalu disertai pusing, sakit kepala, sesak, sakit perut, diare >10x, lemas, keringat dingin, tidak nafsu makan. Keluarga pasien mengatakan sebelumnya sudah memberikan obat paracetamol namun tidak ada perubahan sehingga pasien diantar ke IGD agar dapat dilakukan perawatan dan pemeriksaan lanjutan. Saat dilakukan pengkajian di ruang perawatan pasien masih demam S : 38,8°C, badan terasa panas, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, lidah kotor dan berwarna putih. Diberikan terapi paracetamol 250 mg/IV, tidak nafsu makan, lemas, pasien hanya makan 1-2 sendok makan makanan dan minum $\pm$ 150 cc air mineral, berat badan turun $\pm$ 1 minggu (24kg menjadi 21kg), BAB encer $\pm$ 9x dengan frekuensi sedikit namun cair. pasien mengeluh nyeri dirasakan saat perut mulas, dan ketika diberi rangsangan (tekanan), nyeri berkurang setelah buang air besar dan saat istirahat, terasa di remas pada seluruh kuadran dengan skala 3 dan hilang timbul, keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak sesak. Hasil pemeriksaan IGM Anti Salmonella Typhi (Tubex TF) yaitu positif (+6), WBC $14.28 \times 10^3/\mu\text{L}$, Tanda tanda vital S: 38.8°C, RR: 24x/menit, TD: 98/65 mmHg, N: 138 x/menit, BB 21 kg (tidak sesuai usia), TB 125 cm, Asering 500cc 16 tpm.

2. Setelah melakukan pengkajian, penulis menemukan 3 diagnosis keperawatan yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, risiko syok berhubungan dengan faktor risiko kekurangan volume cairan dan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
3. Berdasarkan data-data yang ditemukan penulis pada An. M dengan demam tifoid, penulis membuat rencana keperawatan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien yaitu:
 - a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dilaksanakan sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen hipertermia monitor suhu tubuh, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, kolaborasi pemberian obat analgesik, pemberian kompres hangat pada *axilla* sebagai tindakan EBN.
 - b. Risiko syok dengan faktor risiko kekurangan volume cairan dilaksanakan sesuai dengan kondisi pasien yaitu pemantauan cairan dan manajemen hipovolemia. Pemantauan cairan dilakukan dengan cara memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, memonitor tekanan darah serta mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia seperti nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit tidak elastis dan mukosa bibir kering. Manajemen hipovolemia dilakukan dengan memberikan asupan cairan oral serta kolaborasi pemberian cairan intravena isotonik (asering).
 - c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) dilaksanakan sesuai dengan kondisi pasien yaitu manajemen nutrisi, identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makan, monitor berat badan, lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, anjurkan posisi duduk jika mampu (saat

makan), kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu.

4. Pada implementasi keperawatan penulis melaksanakan implementasi selama 3 hari berturut-turut dengan kerjasama dari dokter dan perawat di ruangan perawatan.
5. Pada tahap evaluasi penulis menemukan bahwa selama tiga hari melakukan asuhan keperawatan pada An. M dengan demam tifoid masalah keperawatan hipertermia dan resiko syok teratasi sedangkan defisit nutrisi teratasi sebagian pada hari ketiga.

B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. M dengan demam tifoid, maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi berbagai pihak:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit untuk selalu mempertahankan mutu pelayanan dalam melakukan edukasi keperawatan pada pasien terkhusus keluarga pasien dengan demam tifoid selama menjalani perawatan di rumah sakit untuk diterapkan saat pasien pulang ke rumah demi mencegah pasien masuk berulang ke rumah sakit dengan masalah yang sama.

2. Bagi Pasien Dan Keluarga

Diharapkan pasien dan khususnya keluarga dapat memahami serta dapat menerapkan tindakan kompres hangat pada area *axilla* dengan benar di rumah sesuai dengan edukasi yang telah diberikan sebagai salah satu cara nonfarmakologis untuk membantu menurunkan suhu tubuh saat demam.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat mengaplikasikan intervensi hasil penelitian ini untuk pasien demam tifoid di ruang perawatan dengan pemberian kompres hangat di *axilla* untuk menurunkan

suhu tubuh dan diharapkan dapat mencari dan memberikan intervensi lain berbasis EBN pada pemberian asuhan keperawatan pasien dengan demam tifoid pada anak.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi Pendidikan dapat lebih meningkatkan mutu dari pendidik keperawatan baik dalam teori maupun praktik langsung untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan demam tifoid.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A., Wahyuni, T., Pranata, L., Damayanti, D., Pangkey, B., Zuliani, M., Khusniyah, Z., & Ernawati, N. (2022). *Anatomi Fisiologi*.
- Alfina Ayu Rohmahwati, F. N. K. (2024). Penerapan kompres hangat pada anak dengan Demam Tipoid di aruang Dahlia RSUUD Wonosari. *Universitas Muhammadiyah Klaten*, 29–34. <https://prosiding.umkla.ac.id/cohesin/index.php/home/article/view/96/91>
- Antillon, M., Warren, J. L., Crawford, F. W., Weinberger, D. M., Kurum, E., Pak, G. D., Marks, F., & Pitzer, V. E. (2021). The burden of typhoid fever in low- and middle-income countries: A meta-regression approach. *Neglected Tropical Diseases*, 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005376>
- Azim, O. L., Sulma, R., Fitriana, N., Ali, M., Tridharma, H. B., Kambu, K., Kendari, K., & Tenggara, S. (2022). Pengaruh kompres air hangat daerah aksila terhadap perubahan suhu tubuh pada anak Hipertermia di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari. *Jurnal Penelitian Sains Dan Kesehatan Avicenna*, 1(3), 62–68. <https://doi.org/https://doi.org/10.69677/avicenna.v1i3.27>
- Bakhtiara, R., Noviantob, A., Hafidb, M. G., Sidiqb, J., Setyoadib, E., & Fitriany, E. (2020). Hubungan faktor risiko mencuci tangan sebelum makan, sarana air bersih, riwayat tifoid keluarga, kebiasaan jajan diluar rumah dengan kejadian Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Samarinda. *Kedokteran Universitas Mulawarman*, 7(December 2018), 1–10. <https://ocs.unmul.ac.id/index.php/JKM/article/viewFile/3704/254>
- Chen, L. A., Fawcett, T. N., Chandler, C., & Weng, T. (2026). Nursing management decisions in fever: a mixed-methods approach to understanding. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 10(December 2025), 100486. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2026.100486>
- Crump, J. A., Luby, S. P., & Mintz, E. D. (2024). *The global burden of typhoid fever*. 002295(03).
- Fachrizal, Y., Handayani, Y., & Ashan, H. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Tifoid pada anak di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2019. *Scientific Journal*. <http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/3>

- Farizi, F., Ernawati, K., Mardhiyah, D., & Eldysta, E. (2021). Hubungan perilaku cuci tangan dan faktor risiko lingkungan terhadap kejadian Penyakit Tifoid : Studi Literatur. *Fakultas Kedokteran, Universitas YARSI*, 147–161. [https://www.bing.com/search?q=Hubungan+Faktor+Risiko+dengan+Kejadian+Demam+Tifoid+pada+Anak+Penulis%3A+Rahmawati%2C+S.%2C+et+al.+Jurnal%3A+Jurnal+Kesehatan+Masyarakat+\(2021\)&cvid=744923d352d8497da116460ce8c4e6d4&gs_lcrp=EgRIZGdlKgYIABBFGDkyBggAEEUYOTIHCAEQ6wcYQNIBCDIzNTNqMGo0qAllsAIB&FORM=ANAB01&PC=U531](https://www.bing.com/search?q=Hubungan+Faktor+Risiko+dengan+Kejadian+Demam+Tifoid+pada+Anak+Penulis%3A+Rahmawati%2C+S.%2C+et+al.+Jurnal%3A+Jurnal+Kesehatan+Masyarakat+(2021)&cvid=744923d352d8497da116460ce8c4e6d4&gs_lcrp=EgRIZGdlKgYIABBFGDkyBggAEEUYOTIHCAEQ6wcYQNIBCDIzNTNqMGo0qAllsAIB&FORM=ANAB01&PC=U531)
- Ghandi, I., Kusumajaya, H., & Fitri, N. (2025). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pencegahan Demam Tipoid pada anak di Puskesmas Melintang Kota Pangkal Pinang Tahun 2024. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6, 2609–2618. <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/41000/27538>
- Hartoyo, M., Hidayat, A., Musiana, & Hnadayani, R. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah S1 Keperawatan Jilid II* (T. M. Group (ed.)). Mahakarya Citra Utama.
- Herman, Herdiana, Nurhadaya, Muawwana, & Nasir, M. (2021). Profil Pemeriksaan Uji Widal Berdasarkan Karakteristik Penderita Demam Tifoid. *Jurnal Media Analisis Kesehatan*, 12(2), 163–168.
- Japlani, V. L., Agata, A., Anita, F., Khusuma, A., & Agata, A. (2025). Perbedaan lokasi pemberian kompres hangat temporal) terhadap penurunan suhu anak demam. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Husada*, 14(November). <https://doi.org/https://doi.org/10.33475/jikmh.v14i2.432>
- Jend, R., & Yani, A. (2022). Penerapan pemberian kompres hangat di axilla untuk menurunkan suhu pada anak di Ruang Anak RSUD Jen. Ahmad Yani Metro. *Jurnak Cendikia Muda*, 2, 270–275. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12879-025-11223-8>
- Kartika, L., Ani, M., Yudianto, A., Wijayati, S., Sitompul, M., Ulfa, A., & Purba, D. (2021). *Keperawatan Anak Dasar*. Yayasan Kita Menulis.
- Kaunang, Ondang, W. and, Puasa, R. and, & Juniardi, N. (2022). *Demam Tifoid*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Kementrian Kesehatan RI. (2024). *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta : Kemenkes RI.

Kurniawan, D. A., Apriliana, E., Himayani, R., Kedokteran, F., Lampung, U., Mikrobiologi, B., Kedokteran, F., Lampung, U., Epidemiologi, B., Kedokteran, F., Lampung, U., Ilmu, B., Mata, K., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2025). Faktor risiko personal dan lingkungan dalam kejadian Demam Tifoid. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*, 14(November), 2090–2095. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=b1e6a17fad467057beefcea83df2279121692532d6d605711ecdc15db3c5ce43JmItdHM9MTc3MzUzMjgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=26673498-63a6-6bda-28b3-214d62e36a60&psq=faktor+risiko+kejadian+demam+tifoid+pada+anak+usia+sekolah+2023&u=a1aHR0cHM6Ly9tYWJsLmpvdXJuYWxvZm1lZHVsYS5jb20vaW5kZXgucGhwL21lZHVsYS9hcnRpY2xlL2Rvd25sb2FkLzEzMjgwMTA2Ny84Nzg2>

Levani, Y., & Prastya, A. D. (2020). Demam thypoid pada anak di Rumah Sakit Harapan Ibu. *Demam Tifoid : Manifestasi Klinis, Pilihan Terapi Dan Pandangan Dalam Islam*, 3(1), 10–16.

Nurhanifah, D., Qamariyah, S., & Darmayanti. (2022). The Effectiveness Of Giving Warm Water Compresses To Reduce Typhoid Fever. *Jurnal Citra Keperawatan*, 10(2), 109–117.

Okyere, P. B., Twumasi-Ankrah, S., Newton, S., Darko, S. N., Ansah, M. O., Darko, E., Agyapong, F., Jeon, H. J., Adu-Sarkodie, Y., Marks, F., & Owusu-Dabo, E. (2025). Risk Factors for Typhoid Fever: Systematic Review. *JMIR Public Health and Surveillance*, 11. <https://doi.org/10.2196/67544>

PPNI, T. P. S. D. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta Selatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta Selatan.

Putri, K. M., & Sibuea, S. (2022). Penatalaksanaan Demam Tifoid Dan Pencegahan Holistik Pada Pasien Wanita Usia 61 Tahun Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Management Of Tifoid Fever And Holistic Prevention In Patients Of Age Women 61 Years Through Family Medicine Approaches. *Medula*, 10, 284–291.

Rahman, D., Maddeppungeng, M., Laddo, N., Jafar, M. A., & Idrus, F. (2024). Analisis faktor risiko terhadap kejadian Demam Tifoid pada anak di RS Ibnu Sina 2020-2022. *Journal Of Social Science Research*, 4, 1244–1261. <https://j-innovative.org/index.php/Innovative%0AAnalisi>

- Ramadhani, M., Isnayanti, D., & Mourisa, C. (2022). Edukasi kesehatan tentang penyakit Demam Tifoid pada anak MDTA. *Jurnal Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7. <https://doi.org/10.30596/jp.v7i1.12705>
- Rukmana, B. F., Muhammad, L., Husen, S., Ulya, H., Aini, N., Qamarul, U., Badaruddin, H., Hangat, K., & Fever, T. (2022). Pengaruh pemberian kompres hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena Typhoid Fever. *Nursing Information Journal*, 1(2), 81–89. <https://doi.org/DOI> <https://doi.org/10.54832/nij.v1i2.192>
- Sumakul, V. D. O., & Lariwu, C. K. (2022). Menurunkan demam dengan kompres hangat pada anak. *Jurnal Ilmu Prndidikan Nonformal*, 08(May), 1393–1398. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.37905/aksara.8.2.1393-1398.2022>
- Tukiman, S. (2023). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kota Ambon*. 14(6), 60–63.
- WHO. (2023). Typhoid. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid#:~:text=Penyakit tipus&text=Saat hasil pelengkapan otomatis tersedia,dan tekan Enter untuk memilih.>
- WHO. (2024). Malnutrition Fact Sheet. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition/>

Lampiran 1**LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR**

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam
Tifoid di Ruang Perawatan St. Yoseph III Rumah Sakit
Stella Maris Makassar

Nama Mahasiswa : 1. Chatrine Jessica Anggu (NS2514901009)
2. Chatrine Pasomba (NS2514901010)

Pembimbing Askep : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 3 Februari 2026	Melapor kasus KIA yang akan dikelola dan lanjut pengkajian	
2.	Rabu, 4 Februari 2026	Konsul pengkajian sampai dengan intervensi keperawatan dan menentukan EBN yang akan diberikan pada pasien	
3.	Kamis, 12 Februari 2026	Konsul askep lengkap (pengkajian sampai evaluasi) BAB 3 dan EBN (PICOT) BAB 4	
4.	Selasa, 10 Maret 2026	Konsul perbaikan askep BAB 3 dan PICOT EBN BAB 4	
5.	Kamis, 12 Maret 2026	Konsul perbaikan askep (Ganti diagnosis) BAB 3 dan isi BAB 4	
6.	Jumat, 13 Maret 2026	Konsul BAB 1, BAB 2, perbaikan askep (Ganti diagnosis dan intervensi) BAB 3 dan isi BAB 4	
7.	Senin, 16 Maret 2026	Konsul BAB 1, BAB 2 dan perbaikan pathway, isi BAB 3 dan BAB 4	
8.	Selasa, 17 Maret 2026	Konsul KIA Lengkap dari BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4, BAB 5 ACC KIA	

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam
Tifoid di Ruang Perawatan St. Yoseph III Rumah Sakit
Stella Maris Makassar

Nama Mahasiswa : 1. Chatrine Jessica Anggu (NS2514901009)
2. Chatrine Pasomba (NS2514901010)

Pembimbing Teori : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 10 Maret 2026	Konsul teori dan sistematika penulisan BAB 1 dan BAB 2	
2.	Jumat, 13 Maret 2026	Konsul revisi teori dan sistematika BAB 1 dan BAB 2 Konsul sistematika penulisan BAB 3 dan BAB 4	
3.	Selasa, 17 Maret 2026	Konsul revisi sistematika penulisan BAB 3 dan 4 Konsul sistematika penulisan BAB 5 ACC KIA	

Lampiran 2

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Chatrine Jessica Anggu
Tempat / Tanggal Lahir : Makassar, 18 Oktober 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Mawar Blok A No. 23a

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Alm. Pdt. Tenney Sonda Anggu
Ibu : Beti Pasongli
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : P3K Kementrian Agama
Alamat : Jl. Mawar Blok A No. 23a

C. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Silo Makale : 2007 - 2009
SD Negeri 5 Makale : 2009 - 2010
SD Kristen Kalam Kudus Makassar : 2010 - 2012
SD Katolik St. Joseph Rajawali Makassar : 2012 - 2015
SMP Katolik Rajawali Makassar : 2015 - 2018
SMA Kristen Gamaliel Makassar : 2018 - 2021
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : 2021 – 2025
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : 2025 – 2026

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Chatrine Pasomba
Tempat / Tanggal Lahir : Bebo', 29 April 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Lamadukelleng No. 8

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Lukas Pasomba
Ibu : Agustina Sulu'
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani / IRT
Alamat : Saluallo Lampio

C. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Maria Immaculata Sangalla' : 2008 - 2009
SD Negeri 325 Buntu Salombe : 2009 - 2015
SMP Katolik Sangalla' : 2015 - 2018
SMA Negeri 4 Tana Toraja : 2018 - 2021
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : 2021 – 2025
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : 2025 – 2026