KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.“O” DENGAN PENYAKIT DEMAM TYPHOID DI RUANG PERAWATAN ST.THERESIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH :

DAISI NATALIA
E.1514401012

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN."O" dengan DEMAM TYPHOID DI RUANG PERAWATAN ST. THERESIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji :

Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : Daisi Natalia

Nim : E1514401012

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN: 0930058102

Mengetahui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

NIDN: 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN."O" DENGAN DEMAM TYPHOID DI RUANG PERAWATAN ST.THERESIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Jumat / 08 Juni 2018

Pukul : 13.15-14.00 WITA

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )
2. Elmiana Bongga L, S.Kep.,Ns.,M.kes ( )
3. Yuliana Tola'ba, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN : 0928027101

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Daisi Natalia
Tempat/Tanggal Lahir	: Ranggu, 28 Desember 1995
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jln. Datu Museng Lor. 35 No. 3

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Filmon Kause
	Ludia Sarambu
Agama	: Kristen Pantekosta
Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jln. Fatahillah Rt 10

III. Pendidikan yang Telah ditempuh

SDN 002 Nunukan	: Tahun 2003-2009
SMPN 2 Nunukan	: Tahun 2009-2012
SMAN 1 Nunukan	: Tahun 2012-2015
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2015-2018

6. Dr. Thomas Soeharto, M.Kes.,MMR selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makssar, terutama dalam menyusun Karya Tulis ini.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan ST. Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kedua Orang Tua dan Saudara/I, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Teman-teman seangkatan 2018, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran dan kerja sama yang baik dalam proses pengambilan kasus penyakit.

Tiada kata dan pengharapan yang penulis dapat berikan selain doa semoga Tuhan Yang Maha Kasih dapat memberikan rahmat dan berkat atas segala kebaikan bapak / ibu serta rekan-rekan sekalian.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar . Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Juni 2018

Daisi Natalia

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN
HALAMAN PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR..... i
DAFTAR ISI..... iii
DAFTAR GAMBAR..... v
DAFTAR TABEL..... vi
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan..... 3
D. Metode Penulisan..... 4
E. Sistematika Penulisan..... 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6
A. Konsep Dasar Medis..... 6
1. Pengertian..... 6
2. Anatomi Fisiologi..... 7
3. Etiologi..... 9
4. Patofisiologi..... 10
5. Manifestasi Klinik..... 10
6. Tes Diagnostik..... 11
7. Penatalaksanaan Medik..... 13
8. Komplikasi 15

B. Konsep Dasar Keperawatan..... 16
1. Pengkajian..... 16
2. Diagnosa Keperawatan..... 18
3. Intervensi Keperawatan..... 19
4. Discharge Planning..... 22
C. Patoflowdiagram..... 24

BAB III TINJAUAN KASUS..... 25
A. Pengkajian..... 26
B. Analisa Data..... 43
C. Diagnosa Keperawatan..... 46
D. Rencana Keperawatan..... 47
E. Pelaksanaan Keperawatan..... 52
F. Evaluasi Keperawatan..... 74
G. Daftar Obat..... 77

BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 79
A. Pengkajian..... 79
B. Diagnosis Keperawatan..... 80
C. Intervensi Keperawatan..... 81
D. Implementasi Keperawatan..... 82
E. Evaluasi Keperawatan..... 84

BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 86
A. Simpulan..... 86
B. Saran 87

DAFTAR PUSTAKA
LEMBARAN KONSUL

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Imunisasi..... 30
Tabel 3.2 Imuno serologi-infeksi..... 42
Tabel 3.3 Analisis data..... 43
Tabel 3.4 Diagnosis keperawatan..... 46
Tabel 3.5 Rencana keperawatan..... 47
Tabel 3.6 Pelaksanaan keperawatan..... 52
Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan..... 74

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat cukup bermakna, walaupun masih di jumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Salah satu fenomena masalah utama yang berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan adalah penyakit infeksi.

Demam typhoid merupakan penyakit infeksi yang menyerang saluran pencernaan yaitu usus halus yang dapat terjadi oleh karena berbagai cara antara lain melalui makanan, jari tangan atau kuku, muntah, lalat dan kotoran manusia. Penyakit ini lebih banyak menyerang pada anak usia 5-19 tahun. Demam typhoid sendiri merupakan penyakit infeksi akut yang selalu ditemukan di masyarakat Indonesia. Penderita juga beragam mulai dari balita, anak-anak, dan dewasa.

Menurut data *World Health Organization* (WHO) memperkirakan angka insidensi di seluruh dunia sekitar 17 juta jiwa per tahun, angka kematian akibat demam typhoid mencapai 600.000 dan 70%nya terjadi di Asia. Di Indonesia sendiri penyakit typhoid bersifat endemik, angka penderita demam *typhoid* di Indonesia mencapai 81% per 100.000 (Depkes RI, 2013).

Data statistik tahun 2017 yang tercatat pada *medical record* di Rumah Sakit Stella Maris didapatkan penderita demam typhoid berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 5-14 tahun dan minoritas terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun, jumlah penderita demam typhoid tahun 2016 mencapai 385 orang, laki

laki adalah 154 orang, perempuan adalah 231 orang (MRO, Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016). Pada tahun 2017 yang tercatat pada Medical Record di rumah sakit Stella Maris didapatkan penderita demam typhoid berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 5-14 tahun dan minoritas terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun, jumlah penderita demam typhoid tahun 2017 mencapai 469 jiwa, laki – laki adalah 208 orang (44,34 %) perempuan adalah 261 orang (55,65 %) dan 4 pasien yang meninggal (MRO, Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2017).

Berdasarkan data yang telah diperoleh dari berbagai sumber mengenai demam typhoid, kasus tersebut mulai mengalami peningkatan, tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa dikemudian hari penyakit tersebut akan terus meningkat apabila masalah tersebut tidak mendapat pengobatan yang cepat dan tepat maka akan menimbulkan komplikasi seperti perdarahan usus, perporasi usus, ileus paralitik. Maka perawat berupaya untuk memberikan pengetahuan dasar mengenai penyakit demam tyhpoid, dengan adanya pengetahuan dari masyarakat, dapat berupaya mencegah terjadinya demam typhoid berulang, dianjurkan kepada pasien untuk menjaga pola makan dengan tidak makan atau pun jajan di sembarang tempat, dan menjaga kebersihan diri seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal dan diharapkan pasien dan keluarga juga dapat memahami, penyebab, tanda dan gejala, dari demam typoid sehingga dapat segera memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit ataupun layanan kesehatan lainnya.

Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Dengan Demam Typhoid Di Ruang Perawatan ST. Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ini adalah

1. Tujuan Umum

   Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan demam typhoid secara komprehensif yang mencakup:

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan dan menganalisa data pada pasien dengan demam typhoid.
   b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan demam typhoid.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien demam typhoid.
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien demam typhoid.
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien demam typhoid.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi / Pendidikan

   Meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit demam typhoid.

2. Bagi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di Rumah Sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid.

3. Bagi Pasien

Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit.

4. Penulis

Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kasus, terdiri dari :
   a. Observasi

      Melihat atau memonitor secara langsung segala kegiatan pelaksanaan keadaan pasien selama dalam perawatan.

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan Tim Kesehatan yang terkait seperti: perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.

   c. Pemeriksaan fisik dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi
2. Studi Kepustakaan

   Penulis menggunakan berbagai bacaan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini seperti: buku medis, buku keperawatan dan situs internet

E. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah tersusun atas lima Bab yang terdiri dari Bab I "Pendahuluan", Bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II "Tinjauan Teoritis", bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning*, dan Patoflowdiagram. Bab III, "Pengamatan Kasus", menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "Pembahasan Kasus" yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V "Penutup", terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Demam typhoid (*enteric fever*) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran (Susilaningrum, 2013).

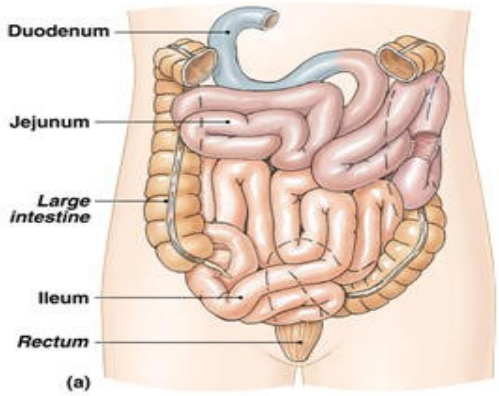
Demam typhoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya terdapat pada saluran cerna dengan gejala demam lebih dari satu minggu dan terdapat gangguan kesadaran (Suriadi, 2010).

Demam typhoid merupakan penyakit infeksi yang terjadi pada usus halus yang di sebabkan oleh *salmonella typhi* yang di tularkan melalui makanan, mulut, atau minuman yang terkontaminasi oleh kuman *salmonella typhi* (Aziz, 2008).

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa demam typhoid adalah penyakit infeksi sistemik akut biasanya mengenai saluran pencernaan terutama usus halus yang disebabkan oleh kuman *salmonella typhi* yang masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi, dengan tanda dan gejala demam lebih dari satu minggu.

2. Anatomi Fisiologi Usus Halus

a. Anatamoni usus halus



Gambar 2.1 Anatomi usus halus (Syaifuddin, 2007)

Menurut Suarnianti (2016) usus halus (intestinum minor) adalah bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum, panjang ± 6 cm.

Usus halus terdiri dari tiga bagian (duodenum, jejenum, dan ileum) dan memiliki empat lapisan serosa (sebelah luar), lapisan otot polos, lapisan submukosa, dan lapisan mukosa (sebelah dalam).

1) Bagian-bagian usus halus

a) Duodenum (usus dua belas jari)

Panjang ± 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lengkungan ini terdapat pankreas. Pada bagian kanan duodenum ini terdapat selaput lendir yang membukit disebut papilla vateri. Pada papila vateri ini bermuara saluran empedu (duktus koledukus) dan saluran pancreas (duktus wirsungi/duktus pankreatikus).

Empedu dibuat oleh hati untuk dikeluarkan ke duodenum melalui duktus koleduktus yang fungsinya mengemulsi lemak, dengan bantuan lipase. Pancreas juga menghasilkan amilase yang berfungsi mencerna hidrat arang menjadi

sakarida, dan tripsi yang berfungsi mencerna protein menjadi asam amino atau albumin dalam polipeptida.

Dinding duodenum mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar brunner, berfungsi untuk memproduksi getah intestium.

b) Jejunum dan ileum

Jejunum dan ileum panjang sekitar ± 6 m, dua perlima bagian atas adalah jejunum dengan panjang ± 23 cm dan ileum dengan panjang 4-5 cm. Lekukan jejunum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantara lipatan peritonue yang berbentuk kipas yang dikenal dengan mesenterium. Sambungan antara jejunum dan ileum tidak mempunyai batas yang tegas. Ujung bawah ileum berhubungan dengan sekum dengan perantaraan lubang yang bernama orifisium ileosekalis. Orifisiun ini diperkuat oleh sfingter ileosekalis dan pada bagian dan pada bagian ini untuk mencegah cairan dalam kolon asensenden tidak masuk kembali ke ileum.

b. Fisiologis usus halus

1) Pencernaan mekanis

Gerakan segmentasi mencampur kim dengan enzim dari usus kecil dan pankreas. Empedu dari hati memisahkan lemak menjadi globula lemak yang lebih kecil. Gerakan peristaltik menggerakkan kim melewati usus halus.

2) Pencernaan kimiawi

Enzim dari usus halus dan pankreas memecah keempat kelompok molekul yang di temukan dalam makanan menjadi komponen molekulnya.

3) Absorpsi

Setelah makanan dicerna dengan getah pencernaan menjadi bentuk molekul sederhana, akhirnya siap untuk diserap di

dalam usus halus melaui dua saluran yaitu pembuluh kapiler darah dan saluran limfe di vili usus halus dan oleh vena portal di bawah ke hati untuk mengalami beberapa perubahan.

Di dalam usus halus terdapat kelenjar yang menghasilkan getah usus yaitu :

(1) Enterokinase, mengaktifkan enzim proteolitik

(2) Eripsin menyempurnakan pencernaan protein menjadi asam amino

(3) Laktase mengubah lactase menjadi mononsakarida

(4) Maltose mengubah maltase menjadi monosakarida

(5) Sukrose mengubah sukrosa menjadi monosakarida.

3. Etiologi

Etiologi typhoid adalah *salmonella thyphi*. *Salmonella Para*typhoid A, B dan C. Ada 2 sumber penularan *Salmonella typhi* yaitu pasien dengan demam typhoid dan pasien dengan carier. Carier adalah orang yang sembuh dari demam typhoid dan masih terus mengekresi *Salmonella typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari 1 tahun (Deden, 2010).

Salmonella mempunyai 3 macam antigen yaitu:

a. Antigen O : Ohne Hauch = somatik antigen (tidak menyerap)
b. Antigen H : Hauch (menyebar), terdapat pada flagella dan bersifat termolabic.
c. Antigen Vi : Virulen = merupakan kapsul yang meliputi tubuh kuman dan melindungi antigen O terhadap fagositosis (Dermawan, 2010).

4. Patofisiologi

Mekanisme masuknya kuman adalah diawali infeksi yang terjadi pada saluran pencernaan. Basil diserap di usus halus. Basil ini melalui pembuluh limfe pada usus halus masuk kedalam peredaran

darah sampai di organ-organ terutama hati dan limpa. Basil yang tidak dihancurkan berkembang biak dalam hati dan limpa, sehingga organ-organ tersebut akan membesar disertai nyeri pada perabaan. Kemudian, basil masuk kembali ke dalam darah (bakteremia) dan menyebar keseluruh tubuh terutama kedalam kelenjar limfoid usus halus, sehingga menimbulkan tukak berbentuk lonjong pada mukosa di atas plak nyeri. Tukak tersebut dapat mengakibatkan perdarahan dan perforasi usus. Gejala demam disebabkan oleh endotoksin, sedangkan gejala pada saluran pencernaan disebabkan oleh kelainan pada usus (Susilaningrum dkk, 2013).

5. Manifestasi klinik

   Masa inkubasi demam typhoid berangsur 10-14 hari dan gejala yang timbul bervariasi :

   a. Minggu I (hiperplasia plak player)
      1) Demam berangsur naik terutama sore hari dan malam hari.
      2) Nyeri kepala
      3) Pusing
      4) Anoreksia
      5) Mual, muntah
      6) Nyeri perut
      7) Epitaksis
      8) Konstipasi
      9) diare
   b. Minggu II (Nekrosis)

      Gejala menjadi lebih jelas :
      1) Demam
      2) Lidah yang khas (putih, kotor, pinggirnya hiperemic) dan tremor.
      3) Hepatomegali
      4) Splenomegali

5) Penurunan kesadaran
6) Kulit kering (Dermawan, 2010).

6. Tes Diagnostik
   a. Pemeriksaan Leukosit

      Beberapa literatum menjelaskan bahwa demam typhoid terdapat leukopenia dan lemposistosis relati tetapi kenyataanya leukopenia tidaklah sering dijumpai pada kebanyakan kasus demam typhoid. Jumlah leukosit pada sediaan darah tepi berada pada batas-batas normal bahkan kadang-kadang terdapat leukositosis walaupun tidak ada pemeriksaan komplikasi atau infeksi sekunder.

   b. Pemeriksaan SGOT (*Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*) dan SGPT (*Serum Glutamic Pyruvic Transminase*). SGOT dan SPGT pada demam typhoid sering kali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya typhoid.

   c. Biakan darah

      Bila biakan darah positif, bila antigen O yang bernilai 1/200 atau lebih dan antigen H bernilai 1/320, hal itu menandakan demam typhoid, tetapi bila biakan darah negatif, tidak menutup kemungkinan akan terjadi demam typhoid. Hal ini karena hasil biakan darah tergantung dari beberapa faktor:

      1) Teknik pemeriksaan laboratorium

         Hasil pemeriksaan laboratorium berbeda dengan laboratorium yang lain, hal ini disebabkan oleh perbedaan tehknik dan media biakan yang digunakan, karena jumlah kuman yang berada dalam darah hanya sedikit yaitu kurang dari 10 kuman/ml darah. Maka untuk keperluan pembiakan pasien dewasa di ambil 5 – 10 ml darah dan pada anak-anak 2-5 ml darah, bila darah yang dibiakkan terlalu sedikit hasil biakan

bisa negatif terutama pada orang yang mendapatkan perawatan spesisik, selain itu darah harus langsung ditanam pada media biakan sewaktu berada di sisi pasien dan langsung dikirim ke laboratorium. Waktu pengambilan darah yang lain adalah pada saat demam tinggi yaitu pada bakteremia berlangsung.

2) Saat pemeriksaan selama perjalanan penyakit

Biakan darah terhadap *salmonella thypi* terutama positif pada minggu pertama dan berkurang pada minggu-minggu berikutnya dan pada waktu kambuh dapat positif kembali.

3) Vaksinasi di masa lampau

Vaksinasi terhadap demam typhoid di masa lampau dapat menimbulkan antibodi dalam darah pasien. Antibodi ini dapat menekan bakteremia sehingga biakan darah dapat positif kembali.

d. Uji Widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap Salmonella terdapat dalam serum pasien dengan typhoid juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasikan. Antigen digunakan pada uji widal adalah suspensi *salmonella* yang sudah dimatikan, dan diolah di laboratorium, tujuan dari uji widal ini adalah untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum pasien yang disangka menderita typhoid. Akibat infeksi oleh *salmonella thypi*, pasien membuat antibodi atau aglutinin yaitu:

1) Aglutinin O, yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh kuman).
2) Aglutinin H, yang dibuat karena rangsangan antigen H (berasal dari flagella kuman).
3) Aglutinin Vi, yang dibuat karena rangsangan antigen Vi (berasal dari simpai kuman).

Dari ketiga Aglutinin tersebut hanya Aglutinin O dan H yang ditentukan titernya, untuk didiagnosis, makin tinggi titernya makin besar kemungkinan pasien menderita demam typhoid.

e. Tubex

Tubex test adalah tes aglutinasi kompetitif semi kuantitatif yang sederhana dan cepat (kurang lebih 2 menit) dengan menggunakan partikel yang berwarna untuk meningkatkan sensitivitas. Spesifisitas ditingkatkan dengan menggunakan antigen O9 yang benar-benar spesifik yang hanya ditemukan pada *salmonella* serogrup D. Tes ini sangat akurat dalam diagnosis infeksi akut karena hanya mendeteksi adanya antibodi IgM dan tidak mendeteksi antibodi IgG dalam waktu beberapa menit (Suratun, 2010).

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan demam typhoid terdiri dari sebagian yaitu :

a. Perawatan

Observasi dan pengobatan bagi pasien demam typhoid :

1) Tirah baring total sampai minimal tujuh hari bebas demam atau kurang lebih selama 14, bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus.
2) Mobilisasi sesuai dengan kondisi
3) Posisi tubuh harus diubah-ubah setiap 2 jam sekali untuk mencegah decubitus luka pada kulit akibat penekanan yang terlalu lama, ulkus kulit*, bedrest* akibat terlalu lama berbaring di tempat tidur pada satu sisi tubuh tertentu.
4) BAB dan BAK perlu diperhatikan, karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan retensi urin (Suratun, 2010).

b. Diet.

Di masa lampau deman typhoid diberi bubur saring, kemudian bubur kasar, dan akhirnya nasi sesuai dengan tingkatan

kesembuhan pasien. Pemberian bubur saring tersebut dimaksudkan untuk menghindari komplikasi pendarahan usus atau perforasi usus. Karena ada pendapat bahwa usus perlu diistirahatkan. Banyak pasien tidak menyukai bubur saring karena tidak sesuai dengan selera mereka, karena mereka hanya makan sedikit, keadaan umum dan gizi pasien semakin menurun dan masa penyembuhan menjadi lama.

Beberapa peneliti menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini yaitu nasi dengan lauk pauk rendah selulosa (pantang sayuran dengan serat kasar), dapat diberikan dengan aman pada pasien demam typhoid yang takut makan nasi/bentuk makanan yang diinginkan, terserah pasien sendiri apakah makan bubur saring atau bubur kasar atau nasi, dengan lauk pauk rendah selulosa.

c. Obat-obatan.

1) Kloramefenikol

Dosis untuk orang dewasa 4x500 mg/ hari. Peroral atau intravena sampai tujuh hari bebas demam. Pada Demam Typhoid turun rata-rata setelah lima hari.

2) Tiamfenikol

Dosis dan efektifitas pada demam typhoid sama dengan kloramefenikol. Pada demam typhoid turun setelah rata-rata setelah 5 – 6 hari.

3) Kotrimoksasol (kombinasi trimetro pine dan kotrimoksasol)

Efektifitas kotrimoksasol kurang lebih sama dengan kloramfenikol dosis untuk dewasa 2x2 tablet/hari digerakkan sampai 7 hari bebas demam (1 tablet) mengandung 80 mg trimosopnm dan 400 mg sumbermetakzoroi). Dengan Kotrimoksasol demam, pada demam typhoid turun rata-rata setelah 5 – 6 hari.

4) Ampisilin dan Amoksilin

Indikasi penggunaanya adalah pasien demam typhoid dengan leukopenia dosis yang dianjurkan berkisar antara 75–150 mg/ kg/ BB sehari. Digunakan sampai 7 hari bebas demam dengan ampisilin dan amoksilin pada demam typhoid. Turun rata-rata 7–9 hari.

5) Fivorokonium

Fivorokonium efektif untuk demam typhoid, tetapi dosis dan lama pemberian yang optimal belum diketahui dengan pasti.

6) Setrakson 2x1 hari selama 3-5 hari.

Dalam keadaan toksin dapat diberikan kortikostevina dosis tinggi (Dermawan, 2010).

8. Komplikasi

Komplikasi demam typhoid di bagi dalam:

a. Komplikasi intestinal

1) Perdarahan usus. Secara spesifik *salmonella typhi* hidup berkembang di dalam usus halus dan merusak jaringan sekitar (epitel) dan menyebabkan kerusakan (perdarahan).
2) Perforasi usus. Biasanya dapat timbul pada ileus di minggu ketiga atau lebih, merupakan stadium lanjut dan perdarahan usus di mana dalam usus terjadi luka yang dapat menyebabkan kebocoran usus.
3) Peritonitis. Biasanya menyertai perforasi atau tanpa perforasi usus dengan ditemukannya gejala akut abdomen, yaitu nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang (*defans musculair*) dan nyeri tekan.

b. Komplikasi ekstra intestinal

1) Komplikasi paru, mendapat suplai darah dari jantung yang sudah terkontaminsi oleh *salmonella typhi*, pneumonia, empiema dan pleuritis (Dermawan, 2010).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Prasekolah (4-6 tahun)

Menurutu Sulistyo (2011) pertumbuhan dan pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah sebagai berikut:

a. Pertumbuhan

1) Tinggi Badan

a) Rata-rata bertambah tinggi 6,25-7,5 per tahun

b) Rata-rata tinggi toddler usia 4 tahun adalah 10,25 cm

2) Berat Badan

a) Rata-rata pertumbuhan berat badan toddler adalah 2,3 kg per tahun.

b) Rata-rata berat badan toddler usia 4 tahun adalah 6,8 kg.

c) Pada usia 2,5 tahun berat badan toddler mencapai empat kali berat badan lahir.

b. Perkembangan

Aspek perkembangan yang seharusnya dicapai anak pada usia toddler adalah sebagai berikut :

1) Motorik kasar

Anak usia prasekolah dapat mengendarainsepeda roda tiga, melalui tangga, melompat, berdiri dengan satu kaki selama beberapa menit.

2) Motorik halus

a) Anak dapat membangun menara 9 atau 10 blok membuat jembata dari 3 blok, meniru bentuk lingkaran, menggambar tanda silang, pada usia 3 tahun.

b) Pada usia 4 tahun anak dapta mengikatkan sepatu, meniru bujur sangkar, menjiplak segi lima, dan menambahkan 3 bagian dalam gambar manusia.

c) Pada usia 5 tahun dapat mengikat tali sepatu, menggunakan gunting dengan baik.

3) Sosialisasi

a) Hubungan dengan orang lain selain orang tua termasuk kakek, nenek, saudara dan guru-guru di sekolah.

b) Anak memerlukan interaksi yang baik dengan teman yang sebaya untuk membantu mengembangkan keterampilan sosial.

2. Pengkajian Pola Kesehatan (suratun, 2010).

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Jajan di sembarang tempat, kurang pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan, tidak terpeliharanya personal hygiene, lingkungan sekitar kotor, peralatan makan dan minum yang tidak bersih. Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu perlu di pertanyakan tentang adanya riwayat penyakit demam typhoid sebelumnya.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Nafsu makan menurun, penurunan berat badan yang tidak realistis, membran mukosa bibir kering, mual dan muntah, penampilan buruk, kulit kering

c. Pola Eliminasi

Diare/konstipasi, nyeri abdomen yang tidak jelas, frekuensi, warna urin kuning pekat, palpasi kandung kemih penuh, nyeri ketuk ginjal.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Kelelahan, keletihan, nyeri, demam, lesu, aktivitas di bantu oleh orang terdekat. Kebiasaan dalam beraktivitas sehari-hari pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Kebiasaan pola tidur terganggu akibat peningkatan suhu tubuh, gelisah, ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebra gelap.

f. Pola Persepsi dan Kognitif

Ada gangguan dalam proses berfikir jika terjadi komplikasi yang berat, terjadi penurunan kesadaran, sesak napas.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Perubahan peran dalam keluarga akibat penyakit, harga diri rendah, gelisah, kurang perhatian, ansietas. Sejauh masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama.

Berdiam diri, murung, malas berinteraksi dengan orang lain akibat nyeri, tidak mampu menjalankan peran akibat kelemahan fisik.

i. Pola Mekanisme dan Toleransi Stress

Adanya faktor stress lama, perasaan tak terduga, gangguan penyesuaian diri terhadap lingkungan dan situasi baru.

j. Pola sistem nilai kepercayaan

Ungkapan tentang kebutuhan spiritual.

k. Pola reproduksi dan seksualitas

Ungkapan tentang bagaimana penampilan pasien sesuai dengan jenis kelaminnya seperti: dandanan, perilaku, cengeng, manja, permainan.

3. Diagnosis Keperawatan

Menurut Suratun dan Lusiana (2010), diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan demam typhoid adalah:

a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

b. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

4. Rencana Keperawatan
   a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan volume cairan aktif kehilangan

      Intervensi:

      NOC (Moorhead sue, 2013):

      1) Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam
      2) Turgor kulit normal

      NIC (Bulechek M Gloria, 2013):

      1) Manajemen cairan
         a) Jaga intake atau asupan yang akurat dan catat output (pasien)
         b) Monitor status hidrasi (misalnya, membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik).
         c) Berikan deurotik yang diresepkan**.**
         d) Dukung pasien dan keluarga untuk membantu pemberian makan dengan baik**.**
         e) Monitir reaksi pasien terhadap terapi elektrolit yang diresepkan**.**
         f) Konsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala kelebihan volume cairan menetap atau memburuk
      2) Monitor Cairan
         a) Tentukan jumlah dan jenis intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi.
         b) Tentukan faktor-faktor risiko yang mungkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan (misalnya, kehilangan albumin, luka bakar, malnutrisi, sepsis, syndrome neufrotik,

hipertermia, terapi diuretik, patologi ginjal, gagal jantung, diaphoresis, disfungsi hati, olahraga berat, paparan panas, infeksi, pasca operasi, poli uria, muntah, dan diare).

c) Monitor berat badan
d) Monitor asupan dan pengeluaran
e) Monitor nilai kader serum dan elektrolit urine
f) Monitor membrane mukosa, turgor kulit, dan respon haus.
g) Monitor warna, kuantitas, dan berat jenis urine.

b. Hiperthermia berhubungan dengan penyakit

Intervensi :

NOC (Moorhead sue, 2013):

1) Berkeringat saat panas
2) Hipertermia
3) Sakit kepala

NIC (Bulechek M Gloria, 2013):

1) Perawatan Demam
   a) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya**.**
   b) Monitor warna kulit dan suhu.
   c) Beri obat atau cairan IV (misalnya; antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil)**.**
   d) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: berikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/flush)**.**
   e) Dorong konsumsi cairan**.**
   f) Pantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya; kejang, penurunan tingkat kesadaran, status elektrolit abnormal, ketidakseimbangan asam-basa, aritmia jantung, dan perubahan abnormalitas sel).

2) Pengaturan suhu

a) Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan**.**

b) Monitor suhu dan warna kulit**.**

c) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat**.**

d) Diskusikan pentingnya termoregulasi dan kemungkinan efek negatif dari demam yang berlebihan sesuai kebutuhan.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

NOC (Moorhead sue, 2013):

1) asupan kalori

2) asupan protein

3) asupan karbohidrat

NIC (Bulechek M Gloria, 2013):

1) Manajemen Nutrisi

a) Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi.

b) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara berada di rumah sakit atau fasilitasi perawatan yang sesuai.

c) Monitor kalori dan asupan makanan.

d) Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.

e) Berikan arahan bila diperlukan.

2) Pemberian makanan

a) Lakukan kebersiahan mulut sebelum makan.

b) Berikan air minum saat makan jika di perlukan.

c) Catat asupan, dengan tepat.

d) Dorong orang tua atau keluarga untuk menyuapi pasien.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

Intervensi:

NOC (Moorhead sue, 2013):

1) frekuensi nadi ketika beraktivitas
2) Kemudahan bernapas ketika beraktivitas

NIC (Bulechek M Gloria, 2013):

1) Manajemen Energi
   a) Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan**.**
   b) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara perbal mengenai keterbatasan yang di alami**.**
   c) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis, dengan tepat.
   d) Monitor intake asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energy yang adekuat**.**
   e) Ajarkan pasien mengenai pengelolahan kegiatan dan teknik manajemen waktu untuk mencegah kelelahan**.**
   f) Anjurkan pasien untuk memilih aktivitas-aktivitas yang membangun ketahanan.
   g) Anjurkan tidur siang ,bila di perlukan

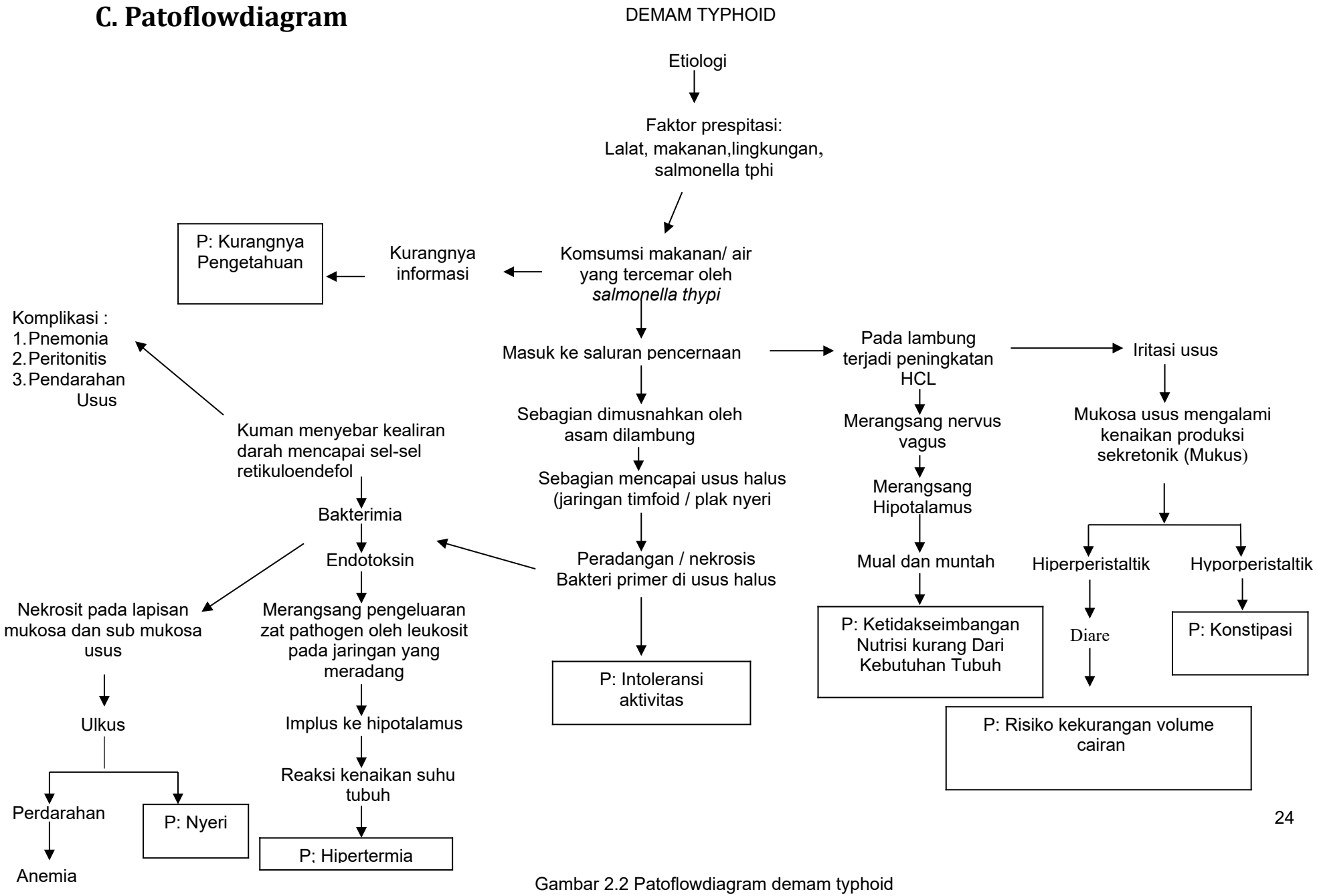
5. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Menurut Dermawan (2010), hal-hal yang perlu di sampaikan kepada pasien dan keluarga pasien sebelum pulang adalah:

a. Berikan informasi tentang kebutuhan melakukan aktivitas sesuai tingkat perkembangan dan kondisi fisik anak.
b. Jelaskan terapi yang di berikan, dosis dan efek samping.
c. Menjelaskan gejala-gejala kekambuhan penyakit dan hal yang harus di lakukan untuk mengatasi gejala tersebut.
d. Tekankan pentingnya menjaga kesehatan diri dan sanititasi lingkungan untuk keluarga.

e. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan makanan dan tidak membiasakan diri untuk jajan sembarang.
f. Jelaskan kepada keluarga bahwa pasien membutuhkan istirahat yang cukup.
g. Tekankan untuk melakukan kontrol sesuai waktu yang di tentukan

C. Patoflowdiagram



Gambar 2.2 Patoflowdiagram demam typhoid

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	Daisi Natalia	NIM: E1514401012

Unit	: ST. Theresia	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 519	Alloananmnese	: ✓
Tgl masuk RS	: 11 April 2018		
Tgl pengkajian	: 12 April 2018		

1. IDENTITAS

a. Pasien

Nama initial	: An.O
Umur	: 3 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama/suku	: Kristen/Toraja
Warga Negara	: WNI
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: -
Alamat rumah	: Jln. Laiya LR. 124 3/A

b. Penanggung jawab

Nama Bapak	: Tn.A
Umur	: 29 tahun
Alamat	: Jln. Laiya LR. 124 3/A
Nama Ibu	: Ny.M
Umur	: 26 tahun
Alamat	: Jln. Laia LR. 124 3/A

2. DATA MEDIK

Diagnosis medik

Saat masuk	: Demam Typhoid
Saat pengkajian	: Demam Typhoid

A. Keadaan Umum

1. Keadaan sakit

   Pasien tampak sakit sedang.

   Alasan :

   Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur, pasien batuk. Tampak pasien berkeringat. Tampak mukosa bibir kering. Tampak lidah pasien kotor, terpasang cairan infus Asering 500 ml 21 tetes/menit.

2. Tanda – Tanda Vital

   a. Kesadaran:

      Skala koma glaslow

      1) Respon motorik : 6

      2) Respon bicara : 5

      3) Respon membuka mata : 4

      Jumlah : 15

      Kesimpulan: kesadaran compos mentis

   b. Tekanan darah : 90/60 mmHg

      MAP: mmHg.

      Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

   c. Suhu : 38°C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

   d. Pernapasan : 24x/menit

      Irama: ☑ teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokesa

      Jenis : ☑ dada ☐ Perut

   e. Nadi : 80x/menit

      Iram : Teratur ☑ Tachikardi ☐ Bradichardi ☐

      Kuat ☑ Lemah ☐

   f. Hal yang mencolok : Tampak pasien batuk

   g. Pengukuran

      1) Tinggi badan : 64 cm

      2) Berat badan : 15 kg

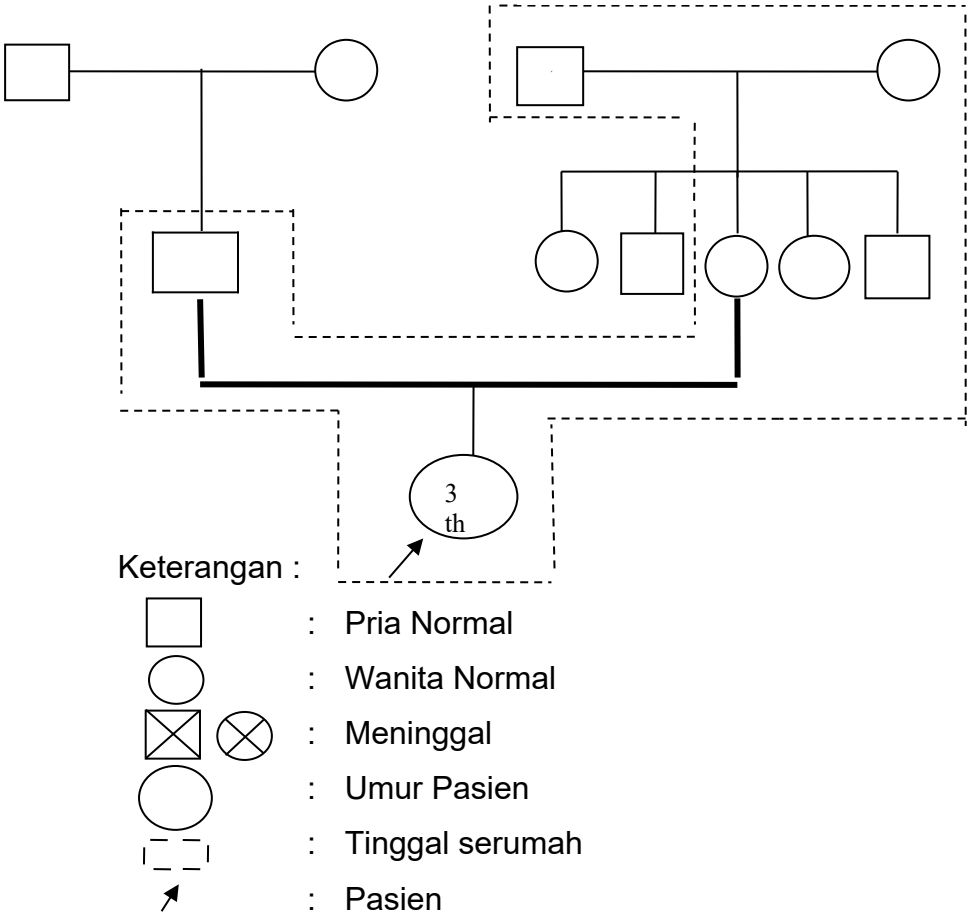
      3) Lingkar Kepala : 48 cm

4) Lingkar dada : 45 cm

Kesimpulan : Berat badan sesuai umur

h. Genogram

Gambar 3.1 Genogram pasien



3. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien suka jajan bakso dan kerupuk di dekat rumahnya, memandikan pasien 2x sehari, mencuci piring dan gelas dengan bersih. Ibu pasien mengatakan vaksin anaknya lengkap.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama :
      Demam
   b) Riwayat keluhan utama:
      Ibu pasien mengatakan anaknya mulai demam di rumah 1 minggu. sejak hari rabu tanggal 04/04/18, demam pasien naik turun. Pada hari jumat tanggal 06/04/2018 pasien di bawa ke puskesmas, dan mendapatkan paracetamol syrup namun anaknya masih demam dan demamnya masih naik turun. Sehingga pada hari rabu tanggal 11/04/2018 orang tua pasien memutuskan unuk membawa pasien ke RS Stella Maris. Pada saat pengkajian, didapatkan badan pasien teraba hangat. Tampak pasien terbaring lemah, lidah kotor, mukosa bibir kering, pasien berkeringat, terpasang cairan Asering 21 tetes/menit
3) Riwayat Kehamilan Ibu/Kelahiran ibu dan Neonatal :
   Ibu pasien mengatakan saat hamil ia memeriksa kandungan 3x ke dokter, ia melahirkan normal di RS Siti Hadijah dengan berat badan bayi 3 kg dan panjangnya 48 cm.
4) BUGAR :
   Ibu pasien mengatakan anaknya sehat saat lahir, dan langsung menangis, warna kulit anaknya kemerah-merahan.
5) Kelainan Bawaan/Trauma Kelahiran :
   Ibu pasien mengatakan tidak ada kelainan bawaan lahir.
6) Riwayat Tumbuh Kembang sebelum sakit :
   a) Motorik kasar: ibu pasien mengatakan anaknya sudah dapat berlari, melompat, dan memukul saat marah.
   b) Motorik halus: ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa memegang gelas sendiri saat minum.

c) Personal sosial: ibu pasien mengatakan anaknya aktif bermain bersama teman-temannya.

d) Bahasa: ibu pasien mengatakan anaknya dapat memanggil ayah, ibu dan nenek dengan lancar.

7) Riwayat alergi

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi makanan, obat maupun cuaca dingin.

8) Catatan Vaksin

Jenis Vaksin	I	II	III
BCG	1 minggu		
DPT	2 bulan	3 bulan	4 bulan
Polio	1 bulan	2 bulan	3 bulan
Hep B	1 bulan	3 bulan	4 bulan
Campak	9 bulan	2 tahun	

Tabel 3.1 Imunisasi

9) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Ibu pasien mengatakan anaknya pernah di rawat di RS Stella Maris ± 1 tahun yang lalu dengan diare serta pernah di rawat di RS Awal Bross dengan Infeksi tenggorokan.

10) Riwayat kesehatan keluarga :

Ibu pasien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit seperti yang di derita pasien saat ini.

11) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
e) Kebersihan genitalia : Tampak bersih
f) Kebersihan anus : Tidak di kaji

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari, yaitu nasi, sayur, ikan, tahu tempe. Ibu pasien mengatakan pasien tidak memilih-milih makanan. Ibu pasien mengatakan pasien suka buah apel dan pisang. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak minum susu sejak 1 tahun yang lalu.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien malas makan. Ibu pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya dan minum air putih ± 2-4 gelas sehari sekitar 400 cc. Ibu pasien mengatakan anaknya terbaring lemas

3) Observasi:

Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di berikan. Tampak pasien hanya minum ½ gelas air ± 100 cc. Tampak mukosa bibir kering. Tampak pasien terbaring lemas.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak rambut bersih
b) Hidrasi kulit : Cubitan kulit perut kembali 2 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra tidak edema/ konjungtifa tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ickterik
e) Hidung :Tampak septum berada ditengah
f) Rongga mulut : Tampak bersih
Gusi : Tampak tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak gigi lengkap
h) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien mampu Mengunyah keras
i) Lidah : Tampak lidah kotor

j) Pharing : Tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
m) Abdomen :
- Inspeksi : Bentuk simetris
  Bayangan vena tidak tampak
- Auskultasi : Peristaltik usus 14x menit
- Palpasi : Nyeri tidak ada
- Perkusi : Tympani

n) Kulit
- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
- Tanda – tanda radang : Tidak ada tanda-tanda radang

o) Lesi : Tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1x sehari dengan kosistensi padat, warna kuning dan BAK 5-6x sehari sekitar 1200 cc, berwarna kuning, berabu pessing. Ibu pasien mengatakan saat pasien mau BAK dan BAB pasien memberitahu ibunya.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien BAB 3x, konsistensi cair sekitar 100 cc, ada ampas dan berwarna kuning, serta BAK 3-4x sehari ± 500 cc. Tampak urin pasien warna kuning pekat.

3) Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah. Tampak urin berwarna kuning pekat dan bau pessing.

Kebutuhan cairan berdasarkan berat badan

15 kg=(10x100) + (5x50) = 1000+250=1250 ml

Cairan infus

21 = 500 x 60 = 500 ml = 23,8 = 24 jam

X x 60 21

IWL = (30-U) x BB

= (30-3) x 15

= 27 x 15 = 305 cc

IWL Demam = IWL + 200 x (Suhu Tertinggi-36,8)

= 305 + 200 x (38-36,8)

= 305 + 200 x 1,2

= 305 + 240 = 545 cc

Cairan masuk

- Cairan infus = 750 cc/24 jam
- Air putih = 400 cc

1.150 cc

Ciran keluar

- BAK = 500 cc
- BAB = 100 cc
- IWL = 545 cc

Balance cairan

= cairan masuk - (cairan keluar+IWL)

= 1.150 cc - (600 cc+545 cc)

= 1.150 cc – 1.145 cc

= - 5 cc

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 14x /menit

b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.

c) mulut uretra : Tidak dikaji

d) anus:

- peradangan : Tidak ada
- Hemoroid : Tidak ada
- Fistula : Tidak ada

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien bermain boneka bersama temannya dirumah. Ibu pasien mengatakan pasien pintar menyanyi dan berjoget. Ibu pasien mengatakan mengajarkan pasien menggosok gigi, berhitung, dan menulis.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien malas bermain. Ibu pasien mengatakan pasien batuk sejak ± 1 minggu yang lalu. Ibu pasien mengatakan pasien batuk berlendir. Ibu pasien mengatakan saat batuk pasien tidak dapat mengeluarkan lendirnya. Tampak pasien batuk. Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan lendir saat batuk.

3) Observasi :

a) Akitivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2

0. mandiri
1. bantuan dengan alat
2. bantuan orang
3. bantuan alat dan orang
4. bantuan penuh

- Mobilisasi ditempat tidur: 0

Kesimpulan : aktivitas pasien sebagain di bantu oleh keluarga dan perawat

b) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

c) Fiksasi : Tampak pasien menggunakan spalak di tanga sebelah kanan

d) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam 2 detik

b) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

- Auskultasi :

Suara napas : vesikuler

Suara ucapan : suara normal

Suara tambahan : Ronchi

c) Jantung

- Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak ada

- Palpasi

- Ictus cordis :Teraba d ICS V Linea Mid clavicularis Sinistra

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal pada ICS II Linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal pada ICS III Linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal pada ICS IV Linea

sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal pada ICS V Linea Mid Clavicula Sinestra

Bunyi jantung II irama gallop: Tidak ada

Murmur : Tidak ada

HR : 82x/menit

Bruit : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

d) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
- Rentang gerak : sama kiri dan kanan

  Kaku sendi : Tidak ada
- Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

- Refleks fisiologi : biceps +, triceps +, patella +.
- Refleks patologi :

  Babinski kiri : ☐ positif ☑ negatif

  Kanan : ☐ positif ☑ negatif
- Clubbing jari-jari : Tidak ada

e) Columna vertebralis :

- Inspeksi : kelainan bentuk : Tidak ada
- Palpasi : Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan
- Kaku kuduk : Tidak ada

  Brudzinski : (-)

  Kernig Sign : (-)

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien tidur ± 13 jam dalam sehari dimana tidur malam dari 9 malam sampai jam 7 pagi dan tidur siang sekitar 3 jam. Ibu pasien mengatakan masih tidur bersama anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit anaknya hanya tidur ± 10 jam sehari, dimana tidur siang 2 jam dan malam 10 jam. Ibu pasien mengatakan pasien sering terbangun saat tidur karena gelisah.

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 :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu memberitahunya jika ada sakit di bagian tubuhnya. Ibu pasien mengatakan pasien biasa marah jika disuruh.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien sering menangis. Ibu pasien mengatakan pasien tidak memilikigangguan penglihatan dan pendengaran.

3) Observasi :

Tampak pasien menangis saat kesakitan.

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- Cornea : tampak jernih
- Pupil : tampak isokor
- Lensa mata : tampak bening

b) Pendengaran :

- Pina : tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis : tampak bersih
- Membran timpani : tampak utuh dan memantulkan cahaya polister
- Tes pendengaran : tampak pasien mendengar saat dipanggil perawat

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan anaknya cantik, pintar dan mudah bergaul dengan teman-temannya. Ibu pasien mengatakan anaknya pintar berhitung dan bernyayi.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien sering menangis dan tidak mau bermain

3) Observasi :

a) Kontak mata : tampak sesekali pasien menatap perawat
b) Rentang perhatian : tampak anak kurang memperhatikan saat diajak berbicara
c) Suara dan cara bicara :tampak pasien tidak gagap dan berbicara jelas

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : tamapak tidak ada
b) Abdomen :

Bentuk : tampak datar

Bayangan vena : tampak tidak ada banyangan vena

Benjolan massa : tamapak tidak ada

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan anaknya pemalu saat bertemu orang yang baru dilihat, pasien dekat dengan neneknya, pasien memiliki banyak teman dirumahnya.

Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit anakanya lebih suka ditemani oleh ibunya dari pada neneknya. Ibu pasien mengatakan pasien kurang berteman dengan pasien lainnya.

2) Observasi :

Tampak pasien diam dan sesekali menatap perawat.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien sangat manja, suka bermain boneka bersama temannya. Ibu pasien mengatakan sering memakaikan anaknya baju dress.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sering memakaikan pasien baju daster agar anaknya tidak kepanasan.

3) Observasi :

Tampak pasien memakai daster berwarna coklat tanpa lengan.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan anaknya suka melempar barang dan memukul saat jengkel dan menangis.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit saat anaknya marah tidak mau makan, ibu dan neneknya akan membujuknya.

3) Observasi :

Tampak pasien takut saat berada di dekat perawat

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien belum bisa berdoa sendiri, mengajari pasien berdoa sebelum makan. Ibu pasien mengatakan rajin membawa anaknya ke gereja.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan tidak ada tindakan pengobatan yang bertentangan dengan agama yang di anut. Ibu pasien mengatakan ada keluarga pasien yang datang menjenguk dan mendoakan kesembuhan pasien.

3) Observasi :

Tampak ibu pasien dan pasien berdoa sebelum makan.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah : Pemeriksaan Darah Lengkap : 13 April 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	12.00	+	10^3/uL	[4.8 – 10.8]
RBC	4.9		10^3/uL	[4.7 – 6.1]
HGB	10.9	-	g/dl	[14 – 18]
HCT	34.20	-	%	[42 – 52]
MCV	69.7	-	fL	[80 -99]
MCH	22.2	-	pg	[27 – 31]
MCHC	32	-	g/dL	[33 – 37]
PLT	174		10^3/uL	[150 – 450]
RDW – CV	14.1		%	[11.5 – 14.5]
PDW	11.7		fL	[9 – 13]
MPV	9.8		fL	[7.2 – 11.1]
P – LCR	24.7		%	[15 – 25]
NEUT %	61.9		%	[640 – 74]
LYM %	29.0		%	[19 – 48]
MXD %	9.1		%	[4 -18]
NEUT #	1.9		10^3/uL	[1.5 – 7]
LYM #	0.9	-	10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD #	0.3		10^3/uL	[0 – 1.2]
LED 1 Jam	35		mm/h	[0 – 20]
LED 2 Jam	55		mm/h	[0 -20]

b. Pemeriksaan : Imuno serologi-Infeksi lain : 11 April 2018

Test / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
IMUNO SEROLOGI-INFEKSI LAIN ANTI SALMONELLA TYPHI IgM	**POSITIF (+1)**	**NEGATIF**

Tabel 3.2. Imuno serologi-infeksi

c. Pemeriksaan : Foto thorax anak : 14 April 2018

Kesan :

Pneumonia suprahilis bilateral dan limfadenitis hilus kanan.

5. Terapi Obat

a. Paracetamol 110 mg/IV, bila perlu.
b. Cefotaxime 550 mg/IV/12 jam
c. Elkana 1 cth/Oral/24 jam
d. Puyer batuk 1 bungkus/oral/8 jam

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Daisi Natalia)

B. Analisa Data

Nama/Umur : An.O/3 Tahun

Unit/Kamar : ST. Theresia/519

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS : - Ibu pasien mengatakan pasien demam 1 minggu yang lalu - Ibu pasien mengatakan sudah membawa pasien ke puskesmas namun anaknya masih demam - Ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun DO : - Kulit pasien teraba hangat - Tampak lidah pasien kotor - Suhu : 38ºC - Anti salmonella typhi IgM : Positif (+1) - WBC : 12 g/dl	Penyakit	Hipertermia

2.	DS : - Ibu pasien mengatakan pasien malas minum, dan hanya 2-3 gelas sehari sekitar 400 cc - Ibu pasien mengatakan pasien terlihat lemas - Ibu pasien mengatakan sejak tadi pasien BAB 3x, konsistensi encer, ada ampas. DO : - Tampak pasien terbaring lemas - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien berkeringat - Suhu : 38ºC - HGB : 10,9 g/dl - Balance cairan = - 5 cc/24 jam	Kehilangan Cairan Aktif	Risiko Kekurangan Volume Cairan
3.	DS : - Ibu pasien mengatakan pasien batuk 1 minggu yang lalu - Ibu pasien mengatakan	Sekresi Yang Tertahan	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

	anaknya batuk berlendir - Ibu pasien mengatakan saat batuk pasien tidak dapat mengeluarkan lendirnya DO : - Tampak pasien batuk - Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan lendirnya saat batuk - Suara nafas tambahan : Ronchi - Frekuensi pernafasan : 24 x/menit - Foto Thorax : Pneumonia Supraills Bilateral.		

C. Diagnosis Keperawatan

Nama/Umur : An.O/3 Tahun

Unit/Kamar : St. Theresia/ 519

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
I	Hipertermia berhubungan dengan penyakit
II	Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif
III	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan

D. Rencana Keperawatan

NAMA/UMUR : An. O/ 3 Tahun

UNIT/KAMAR : St. Theresia / 519

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN (NOC)	TINDAKAN KEPERAWATAN (NIC)
11/04/2018	Hipertermia berhubungan dengan penyakit DS : - Ibu pasien mengatakan pasien demam ± 1 minggu yang lalu - Ibu pasien mengatakan sudah membawa pasien ke puskesmas namun anaknya masih demam - Ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun DO : - Kulit pasien teraba	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi dalam kisaran normal dengan kriteria hasil : Termoregulasi 1. Suhu tubuh 36ºC-37,5ºC	1. Perawatan Demam a. Pantau suhu dan tanda-tanda vital b. Beri obat atau cairan IV (antipiretik) c. Dorong konsumsi cairan d. Berikan kompres hangat e. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: berikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase

	hangat - Tampak pasien berkeringat - Tampak lidah pasien kotor - Suhu : 38ºC - WBC: 12 g/dL - Anti salmonella typhi IgM : Positif (+1)		
	Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif DS : - Ibu pasien mengatakan pasien malas minum, dan hanya 2-3 gelas sehari sekitar 400 cc - Ibu pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan volume cairan tidak terjadi dengan kriteria hasil : Keseimbangan Cairan 1. Keseimbangan intake dan output cairan 2. Kelembapan membran mukosa	1. Monitor Cairan a. Catat asupan dan keluaran b. Monitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus. c. Tentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan. d. Monitor warna, kuantitas dan berat jenis urin 2. Manajemen Cairan a. Monitor adanya sumber-

	pasien terlihat lemas - Ibu pasien mengatakan sejak tadi pasien BAB 3x, konsistensi encer, ada ampas. DO : - Tampak urin pasien berwarna kuning pekat - Tampak mukosa bibir kering - Suhu : 38ºC - HGB : 11,1 g/dl - HCT : 34,00 % - IWL demam : 545 cc/24 jam		sumber kehilangan cairan b. Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga c. Berikan cairan IV isotonik yang diresepkan untuk dehidrasi. d. Insturksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. e. konsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala kelebihan volume cairan menetap atau memburuk

	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan DS : - Ibu pasien mengatakan pasien batuk ± 1 minggu yang lalu - Ibu pasien mengatakan anaknya batuk berlendir - Ibu pasien mengatakan saat batuk pasien tidak dapat mengeluarkan lendirnya DO : - Tampak pasien batuk	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status pernafasan dalam kisaran normal dengan kriteria hasil : Status Pernafasaan 1. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret 2. Suara nafas tambahan 3. Batuk	1. Manajemen Jalan Nafas a. Posisikan pasien untuk meminimalkan jalan nafas b. Lakukan fisioterapi dada c. Auskultasikan suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada atau adanya suara tambahan d. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir.

	- Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan lendirnya saat batuk - Suara nafas tambahan : Ronchi - Frekuensi pernafasan = 24 x/menit - Foto Thorax : Pneumonia Supraills Bilateral.		

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/Umur : An.O/3 Tahun

Unit/Kamar : St. Theresia/519

HARI TANGGAL	DP	WAKTU	PELAKSANAAN KEPERAWATAN	PERAWAT
JUMAT 13/04/2018	II	07.00	Mendorong konsumsi cairan Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum. Tampak pasien minum ¼ gelas sekitar 50 cc.	Daisi
	II	07.30	Menentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan Hasil : Tampak mukosa bibir kering. Tampak cubitan perut kembali dalam 2 detik.	Daisi
	I, III	08.00	Pemberian obat Hasil : - Cefotaxime 550 mg/IV - Puyer Batuk 1 bungkus/oral	Perawat Pero & Daisi
	III	08.40	Memposisikan pasien untuk meminimalkan jalan napas Hasil : Tampak perawat membantu pasien duduk semi fowler	Daisi
	I	09.10	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan darah : 90/60 mmHg - Nadi : 82x/menit - Suhu : 38,5 ºC	Daisi & Albina

	I	09.15	Pemberian obat Hasil : - Paracetamol infus 110 mg/IV	Perawat Pero & Daisi
	II	09.50	Memonitor warna, kuantitas dan berat jenis urin Hasil : Tampak urin berwarna kuning pekat, sekitar 50 cc, BAB encer 25 cc	Daisi
	III	10.25	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak perawat melakukan vibrasi pada punggung pasien	Daisi
	III	10. 30	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. Hasil : Mengajarkan pasien dan keluarga batuk efektif.	Daisi
	II	11.15	Memberikan cairan IV isotonik yang diresepkan untuk dehidrasi Hasil : Asering 500 ml, 21 tetes/menit	Rini
	II	11.30	Mengkonsultasikan dengan dokter tanda-tanda dan gejala kekurangan volume cairan menetap Hasil : Mempertahankan pemberian cairan sesuai instruksi dokter Menawarkan pilihan minum setiap 2	Daisi

	II	11.50	jam saat terjaga Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien malas minum.Tampak pasien minum sekitar 50 cc	Daisi
	III	12.30	Mengauskultasikan suara napas, catat area yang ventilasi adanya suara tambahan Hasil : Terdengar suara nafas tambahan ronchi di kedua dada.	Daisi
	III	13.25	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak perawat melakukan vibrasi punggung pasien.	Daisi
	II	14.37	Menawarkan pilihan minum setiap 2 jam saat terjaga Hasil : Tampak ibu pasien memberi pasien minum sekitar 50 cc	Martiana
	III	16.05	Melaksanakan advise dokter Hasil : -Puyer batuk 1 bungkus/oral	Perawat Nita, Frederetsia
	I	16.10	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan darah : 90/60 mmHg - Nadi : 82x/menit	Martiana & Frederetsia

			- Suhu : 36,5 ºC - Pernapasan : 26x/menit	
	II	16.30	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien sejak pagi BAK 4x sekitar 200 cc, BAB encer 25 cc. IWL : 305 cc	Frederetsia
	III	17.08	Memotivasi pasien untuk melakukan batuk Hasil : Tampak pasien mencoba batuk namun tidak bisa mengeluarkan lendir	Frederetsia
	I	17.37	Mendorong konsumsi cairan Hasil : Tampak perawat memberikan pasien minum ¼ gelas sekitar 50 cc	Mertiana
	III	18.22	Memposisikan pasien untuk meminimalkan jalan napas Hasil : Tampak perawat membantu pasien duduk posisi semi fowler	Mertiana
	II	18.55	Menawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga Hasil : Tampak pasien minum sekitar 50 cc Menginsturksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan	Frederetsia

	II	19.33	yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia Hasil : Keluarga pasien mengatakan memberi minum anaknya setiap 1 jam untuk mencegah dehidrasi. Memonitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus	Mertiana
	II	19.56	Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum. Tampak mukosa bibir kering, cubitan dinding perut kembali dalam 2 detik. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat	Frederetsi
	I	20.10	Hasil : - Cefotaxime 550 mg/IV Menentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala	Perawat Nita Martiana
	II	20.35	perubahan cairan. Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum. Tampak mukosa bibir kering. Memantau suhu dan tanda-tanda vital	Frederetsia
	I	21.00	Hasil : - Tekanan Darah : 90/60 mmHg - Nadi : 80 x/menit	Frederetsia

			- Suhu : 37,3 ºC - Pernapasan : 25 x/menit	
	I	01.20	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : Suhu : 38,5ºC	Perawat Hilda
	I	02.30	Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Paracetamol 110 mg/IV	Perawat Hilda
	I	02.35	Memberikan kompres hangat. Hasil : Tampak ibu pasien memberikan kompres hangat pada anaknya.	Perawat Hilda
	I	06.45	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : Ibu pasien pasien demam tadi subuh dan sudah diberikan paracetamol infus. Ibu pasien mengakatan demam pasien sudah turun. Tampak suhu : 37ºC	Perawat Hilda
SABTU 14/04/2014	II	06.55	Mencatat asupan dan keluaran Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien minum 5x sekitar 250 cc . Ibu pasien mengatakan anaknya BAK 5x kemarin sekitar 250 cc/24 jam. Tampak urin pasien berwarna kuning	Daisi

			pekat, sekitar 100 cc//24 jam, BAB encer 2x sekitar 50 cc/24 jam. Balance cairan = 145 cc/24 jam	
	III	07.00	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak dapat mengeluarkan lendir saat batuk. Tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir. Terdengar suara nafas tambahan : Ronchi	Daisi
	I	07.25	Mendorong konsumsi cairan hasil : Tampak perawat membantu pasien minum sekitar 50 cc	Daisi
	I	07.45	Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Cefotaxime 550 mg/IV - Puyer batuk 1 bungkus/oral	Perawat wana Daisi
	II	08.35	Memonitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus Hasil : Tampak mukosa bibir kering, turgor kulit elastis, tidak ada respon haus.	Daisi
			Memantau suhu dan tanda-tanda vital	

	I	09.10	Hasil : - Tekanan darah : 90/60 mmHg - Nadi : 82x/menit - Suhu : 36,8 ºC - Pernapasan : 25x/menit	Daisi
	III	09.47	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak perawat melakukan vibrasi pada punggung pasien	Daisi
	III	09.55	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk. Hasil : Tampak perawat mengajarkan pasien batuk efektif, pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir.	Daisi
	II	10.25	Menawarkan pilihan minum setiap 2 jam saat terjaga Hasil : Tampak perawat membantu pasien minum sekitar 50 cc.	Daisi
	II	11.10	Memberikan cairan IV isotonik yang diresepkan untuk dehidrasi Hasil : Asering 500 ml, 21 tetes/menit Mengkonsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala kekurangan volume cairan Hasil : Mempertahankan pemberian cairan	Daisi

	II	11.20	sesuai instruksi dokter Mengauskultasikan suara nafas, catat area yang ventilasi adanya suara tambahan Hasil : Terdengar suara nafas tambahan	Daisi
	III	11.38	ronchi di kedua dada. Menawarkan pilihan minum setiap 2 jam saat terjaga Hasil : Tampak perawat membantu pasien minum sekitar 50 cc	Daisi
	II	12.15	Menentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan. Hasil : Tampak mukosa bibir kering, cubitan	Daisi
	II	13.00	perut kembali dalam 2 detik. Menawarkan pilihan minum setiap 2 jam saat terjaga Hasil : Tamapak pasien minum sekitar 50 cc	Daisi
	II	13.47	Menginsturksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia Hasil : Keluarga pasien mengatakan	Daisi

	II	14.38	memberi minum anaknya setiap 2 jam saat pasien terjaga. Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Puyer batuk 1 bungkus/oral Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan darah : 90/60 mmHg - Nadi : 82x/menit - Suhu : 36,5 ºC - Pernapasan : 25x/menit Mengauskultasikan suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada atau adanya suara tambahan Hasil : Terdengar suara nafas tambahan ronchi di kedua dada Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak perawat melakukan vibrasi pada punggung pasien dan pegangi oleh ibunya Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk.	Frederetsia
	III	16.00		Perawat Vivi & Martiana
	I	16.10		Frederetsia & Martiana
	III	16.48		Martiana
	III	16.52		Martiana

			Hasil : Tampak pasien batuk namun tidak dapat mengeluarkan lendir	
	III	16.55	Menawarkan pilihan minum setiap 2 jam saat terjaga Hasil : Tampak perawat membantu pasien minum sekitar 50 cc	Frederetsia
	II	17.23	Memonitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum. Tampak mukosa bibir kering, cubitan dinding perut kembali	Martiana
	II	18.03	dalam 2 detik. Memposisikan pasien untuk meminimalkan jalan napas Hasil : Tampak perawat membantu pasien duduk posisi semi fowler	Martiana
	III	18.36	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien BAK 4 x sekitar 200 cc, dan BAB encer 1x sekitar 25 cc	Frederetsia
	II	19.10	Menawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga	Frederetsia

			Hasil : Tampak perawat membantu pasien minum sekitar 50 cc	
	II	19.33	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Cefotaxime 550 mg/IV	Frederersia
	I	20.00	Menginsturksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia Hasil :	Perawat Vivi & Martiana
	II	20.43	Keluarga pasien mengatakan memberi minum anaknya setiap 2 jam.	Martiana
	II	21.00	Mencatat asupan dan keluaran Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya minum 6 x sekitar 300 cc/24 jam. Ibu pasien mengatakan anaknya BAK 4 x sekitar 200 cc/24 jam dan BAB encer 1 x sekitar 25 cc/24 jam.	Martiana
			Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan Darah : 90/60 mmHg - Nadi : 83 x/menit - Suhu : 37,3 ºC	Perawat

	I	21.27	- Pernapasan : 23 x/menit	Hilda
			Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : -Tekanan darah: 90/60 mmHg -Suhu: 38ºC -Pernapasan: 24x/menit	Perawat
	I	03.25	-Nadi: 80x/menit	Hilda
			Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Paracetamol 110 mg/IV	
			Memberikan kompres hangat.	Perawat
	I	03.30	Hasil : Tampak ibu pasien memberikan kompres hangat pada anaknya.	Hilda
			Memantau suhu dan tanda-tanda	Perawat
	I	03.32	vital Hasil : Suhu : 37,1ºC	Hilda
			Menginformasikan pasien (keluarga)	Perawat
	I	06.00	mengenai kelelahan akibat panas dan penanganan emergensi yang tepat Hasil :	Hilda
	I	06.45	Ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah turun setelah di berikan obat paracetamol. Kulit pasien tidak teraba hangat. tampak	Daisi

MINGGU 15/04/2018	II	06.47	suhu : 37ºC Memonitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien minum 6x sekitar 300 cc/24 jam. Ibu pasien mengatakan anaknya BAK 5x sejak kemarin sekitar 250 cc/24 jam. Tampak urin pasien berwarna kuning pekat, sekitar 100 cc/24 jam, BAB encer 1 x sekitar 25 cc/24 jamm. Tampak mukosa bibir kering. Balance cairan = 220 cc/24jam	Daisi
	III	06.50	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. Hasil : Ibu pasien anaknya masih batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir. Tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir. Tersengar suara nafas tambahan : Ronchi Mendorong konsumsi cairan Hasil : Ibu pasien mengatakan memberikan anaknya minum setiap 2 jam. Menawarkan pilihan minum setiap 2 jam saat terjaga	Daisi Daisi

	I	07.15	Hasil : Tampak perawat memberikan pasien minum air putih sekitar 50 cc	
			Melaksanakan advice dokter	Daisi
	II	07.48	Hasil : Cefotaxime 550 mg/IV Puyer batuk/1 bungkus/oral	
			Memposisikan pasien untuk meminimalkan jalan napas	Perawat
	I, III	08.00	Hasil : Tampak perawat membantu pasien duduk posisi semi fowler	Junita & Daisi
			Memantau suhu dan tanda-tanda vital	Daisi
	III	08.25	Hasil : - Tekanan darah : 90/60 mmHg - Nadi : 83 x/menit - Suhu : 36,6ºC - Pernapasan : 25 x/menit	Daisi & Rini
	I	09.10	Menentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan	
	II	09.38	Hasil : Ibu pasien mengatakan BAK anaknya berwarna kuning dan berbau. Tampak mukosa bibir kering, cubitan perut kembali dalam 2 detik.	Daisi
			Mengauskultasikan suara napas, catat area yang ventilasi adanya	

			suara tambahan Hasil : Terdengar suara tambahan ronchi di kedua dada	
	III	10.15	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk. Hasil : Tampak perawat mengajarkan pasien batuk, pasien batuk namun tidak dapat mengeluarkan lendir	Daisi
	III	10.33	Menawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga Hasil : Tampak pasien minum air putih sekitar 50 cc	Daisi & Albina
	II	11.07	Mengkonsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala kekurangan volume cairan Hasil : Tampak mukosa bibir pasien lembab, cubitan dinding perut kembali 2 detik.	Daisi
	II	11.40	Memonitor warna, kuantitas dan berat jenis urin Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien BAK 2 x berwarna kuning dan sudah tidak BAB encer. Tampak urin sekitar 50 cc.	Daisi

			Mencatat asupan dan keluaran	Daisi & Rini
	II	12.25	Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya minum 3x sejak pagi sekitar 150 cc. Ibu pasien mengatakan anaknya BAK 2 x sekitar 50 cc.	
			Memonitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus	Daisi
	II	13.10	Hasil : Ibu pasien mengatakan sering memberikan pasien minum air putih Tampak mmebran mukosa kering, turgor kulit elastis.	
			Mendorong konsumsi cairan	Daisi
	II	13.47	Hasil : Ibu pasien mengatakan sering memberikan anaknya minum. Tampak pasien minum sekitar 50 cc	
			Menentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan	Frederetsia
	II	14.18	Hasil : Ibu pasien mengatakan bibir anaknya pecah-pecah, tidak ada respon haus. Tampak cubitan dinding perut kembali dalam 2 detik	
	II	15.05	Melaksanakan advice dokter Hasil :	Frederetsia

	III	16.00	Puyer batuk/1 bungkus/oral Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil: - Tekanan darah: 90/60 mmHg - Nadi: 82 x/menit - Suhu: 36,4ºC - Pernapasan: 24x/menit	Perawat Pero & Martiana
	I	16.10	Mengauskultasikan suara nafas, catat area yang ventilasi adanya suara tambahan Hasil : Terdengar bunyi suara nafas tambahan ronchi pada kedua dada	Frederetsia & Martiana
	III	16.37	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak ibu pasien memegang anaknya saat dilakukan fisioterapi dada.	Martiana
	III	16.55	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk. Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien batuk tetapi tidak dapat mengeluarkan lendir. Tampak pasien batuk tetapi tidak dapat mengeluarkan lendir.	Martiana Martiana

	IIII	17.00	Mendorong konsumsi cairan hasil : tampak pasien menghabiskan 50 cc	
			Menentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya	Frederetsia
	II	17.35	masih malas minum. Tampak mukosa bibir kering, cubitan dinding perut kembali dalam 2 detik	
				Frederetsia
	II	16.50	Memonitor warna, kuantitas dan berat jenis urin Hasil : Ibu pasien mengatakan warna BAK anaknya sudah tidak pekat. Tampak warna urin kuning, sekitar 100 cc	
			Melaksanakan advice dokter dokter Hasil :	Martiana
	II	17.25	Cefotaxime 550 mg/IV	
			Menginsturksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. Hasil :	Perawat
	I	18.10	Ibu pasien mengatakan memberikan pasien banyak minum saat demam.	Pero & Martiana
			Memantau suhu dan tanda-tanda vital	Frederetsia

	II	18.55	Hasil : -Tekanan darah : 90/60 mmmHg -Nadi : 80 x/menit -Suhu : 36,6ºC -Pernapasan : 24 x/menit	
	I	21.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital hasil : ibu pasien mengakatan anaknya sudah tidak demam sejak kemarin pagi. kulit pasien tidak teraba hangat Tampak suhu : 36,5ºC	Martiana & Frederetsia
	I	06.45	Mencatat asupan dan keluaran Hasil : ibu pasien mengatakan pasien sering memberikan pasien minum 5x sekitar 250 cc/24 jam. Ibu pasien mengatakan anaknya BAK 4x kemarin sekitar 200 cc/24 jam. Tampak urin pasien berwarna kuning sekitar 150 cc, mukosa bibir lembab. Balance cairan = 245 cc/24 jam	Daisi Daisi
SENIN 16/04/2018	III	06.50	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. Hasil : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak dapat mengeluarkan lendir saat batuk. Tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir.	

	III	06.55	Mendorong konsumsi cairan Hasil : Ibu pasien mengatakan memberikan anaknya minum setiap 2 jam untuk mencegah dehidrasi.	Daisi
	I	07.15	Menawarkan pilihan minum setiap 2 jam saat terjaga Hasil : Tampakperawat membantu pasien minum air putih ± sekitar 50 cc	Daisi
	II	07.48	Melaksanakan advice dokter Hasil : Cefotaxime 550 mg/IV Puyer batuk/1 bungkus/oral	Daisi
	I, III	08.00	Memposisikan pasien untuk meminimalkan jalan napas Hasil : Tampak perawat membantu pasien duduk posisi semi fowler. Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil :	Perawat Junita & Daisi
	III	08.25	- Tekanan darah : 90/60 mmHg - Nadi : 83 x/menit - Suhu : 36,6ºC - Pernapasan : 25 x/menit	Daisi
			Menentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan	Daisi & Rini

	I	09.10	Hasil : Ibu pasien mengatakan BAK anaknya berwarna kuning dan berbau. Tampak mukosa bibir kering, cubitan perut kembali dalam 2 detik. Mengauskultasikan suara nafas, catat area yang ventilasi adanya	Daisi
	II	09.38	suara tambahan Hasil : Terdengar suara tambahan ronchi di kedua dada Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. Hasil :	Daisi
	III	10.15	Tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir Pasien Pulang.	
	III	10.33		Daisi & Albina
		11.07		

F. Evaluasi keperawatan

Nama/Umur : An.O / 3 Tahun

Unit/Ruang : St. Theresia/ 519

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Perawat
Jumat 13/04/2018	I	S : - Ibu pasien pasien demam tadi subuh dan sudah diberikan paracetamol infus. - Ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah turun O : Tampak suhu : 37ºC A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan demam	Daisi
	II	S : - Ibu pasien mengatakan pasien minum 5x sekitar 250 cc/24 jam - ibu pasien mengatakan anaknya BAK 5x kemarin sekitar 250 cc/24 jam. O : - Tampak urin pasien berwarna kuning pekat, sekitar 100 cc/24 jam - BAB encer 2 x sekitar 50 cc/24 jam - Tampak mukosa bibir kering - Balance cairan= 175 cc/24 jam A : kekurangan volume cairan tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor cairan 2. Manajemen cairan	Daisi
	III	S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak dapat mngeluarkan lendir saat batuk O : - Tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir - Terdengar suara nafas tambahan : Ronchi A : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi	Daisi

		P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen jalan nafas	
Sabtu 14/04/2018	I	S : Ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah turun setelah di berikan obat paracetamol O : - Kulit pasien tidak teraba hangat. - Tampak suhu : 37ºC A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan demam	Daisi
	II	S : - Ibu pasien mengatakan pasien minum 5x sekitar 250 cc/24 jam - Ibu pasien mengatakan anaknya BAK 5x sejak kemarin sekitar 250 cc/24 jam. O : : - Tampak urin pasien berwarna kuning pekat, sekitar 100 cc/24 jam - BAB encer 1 x sekitar 25 cc/24 jam - Tampak mukosa bibir kering - Balance cairan : 225 cc/24 jam A : kekurangan volume cairan tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor cairan 2. Manajemen cairan	Daisi
	III	S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak dapat mngeluarkan lendir saat batuk O : - Tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir - Suara nafas tambahan : ronchi A : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi	Daisi

		P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen jalan nafas	
Minggu 15/04/2018	I	S : Ibu pasien mengakatan anaknya sudah tidak demam sejak kemarin pagi O : - Kulit pasien tidak teraba hangat. - Tampak suhu : 36.5ºC A : Hipertermi teratasi P : Stop intervensi	Daisi
	II	S :- Ibu pasien mengatakan pasien sering memberikan pasien minum 5x sekitar 250 cc/24 jam. - Ibu pasien mengatakan anaknya BAK 4x kemarin sekitar 200 cc/24 jam. O : - Tampak urin pasien berwarna kuning pekat sekitar 100 cc/24 jam. - Mukosa bibir lembab. - Balance cairan : 245 cc/24 jam A : kekurangan volume cairan tidak terjadi P : Stop intervensi	Daisi
	III	S : Ibu pasien mengatakan pasien batuk dan tidak dapat mngeluarkan lendir saat batuk O : - Tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir - Suara nafas tambahan : Ronchi A : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P : Stop intervensi	Daisi

G. DAFTAR OBAT

1. Paracetamol
   a. Klasifikasi / golongan obat : antipiretik
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 110 mg
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : meredakan rasa sakit dan demam
   f. Alasan pemberian obat kepada pasien : karena pasien demam
   g. Kontra indikasi : paracetamol tidak boleh digunakan pada orang yang alergi terhadap obat anti-inflamasi non steroid (AINS), menderita hepatitis, gangguang hati atau ginjal dan alkoholisme.
   h. Efek samping : penurunan jumlah sel-sel darah, seperti sel darah putih atau trombosit.

2. Cefotaxime
   a. Klasifikasi / golongan obat : antibiotik
   b. Dosis umum : 1 gr
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 550 mg
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menangani infeksi akibat bakteri dan mencegah infeksi pada luka operasi
   f. Alasan pemberian obat kepada pasien : menangani infeksi akibat bakteri salmonella typhi
   g. Kontra indikasi : hipersensitifitas terhadap sefalosporin, penurunan berat pada sel darah menghitung dengan obat.
   h. Efek samping : diare, pusing, kejang-kejang, demam.

3. Elkana
   a. Klasifikasi / golongan obat : Vitamin
   b. Dosis umum : 200 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200 mg
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : terapi dalam mengatasi keadaan defisiensi vitamin dan mineral, tambahan untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral pada masa pertumbuhan
   f. Alasan pemberian obat kepada pasien : untuk memenuhi kadar vitamin dan mineral dalam tubuh
   g. Kontra indikasi : elkana tidak memiliki kontraindikasi, namun obat ini tidak boleh digunakan oleh orang yang memiliki hipersensivitas atau alergi terhadap elkana atau setiap komponen obat ini.
   h. Efek samping : reaksi alergi ringan.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien dengan nama An.”O” berumur 3 tahun dengan berat badan 15 kg. Pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 11 April 2018 dengan diagnosa demam typhoid. Ibu pasien mengatakan anaknya mulai demam di rumah 1 minggu. Sejak hari rabu tanggal 04/04/18, demam pasien naik turun. Pada hari jumat tanggal 06/04/2018 pasien di bawa ke puskesmas, dan mendapatkan paracetamol sirup namun anaknya masih demam dan demamnya masih naik turun. Sehingga pada hari rabu tanggal 11/04/2018 orang tua pasien memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris.

Pada saat pengkajian, didapatkan badan pasien teraba hangat. Tampak pasien terbaring lemah, lidah kotor, mukosa bibir kering, tampak pasien batuk. Tekanan Darah: 90/60 mmHg, suhu: 38ºC, Nadi: 80x/menit, pernapasan: 24x/menit. Hasil pemeriksaan tubex didapatkan anti salmonela thypi IgM (+1), foto thorax di temukan adanya pneumonia suprahilis bilateral dan limfadenitis hilus kanan, sedangkan pemeriksaan darah rutin menunjukkan adanya penurunan WBC: 12 10^3/ul, HGB: 10,9 g/dl, HCT: 34,20 % serta LED 1 jam 33 mm/h dan LED 2 Jam 55 mm/h. Pasien mendapat terapi obat paracetamol infus 110 mg, cefotaxime 2x550 mg, elkana 1x1 cth, puyer batuk 3x1 serta Pasien terpasang cairan Asering 21 tetes/menit. Dari data-data di atas, penulis mengangkat diagnosis keperawatan hipertermia, risiko kekurangan volume cairan dan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

BAB IV
PEMBAHASAN

Bab ini membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori denga kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien An.”O” dengan demam typhoid di ruangan St. Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari berturut-turut mulai dari tanggal 12-15 April 2018. Penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, status pasien, dan observasi langsung pasien. Hasil pengkajian pada An.”O” umur 3 tahun, jenis kelamin perempuan masuk dengan keluhan demam 1 minggu yang lalu, demam naik turun, di bawa ke puskesmas namun pasien masih demam, kulit teraba hangat, tampak lidah pasien kotor. Pasien malas minum hanya 2-3 gelas sehari, terlihat lemas, BAB encer 3x, bibir mukosa kering. Pasien batuk 1 minggu yang lalu, berlendir, susah untuk menegeluarkan lendir saat batuk, suara nafas tambahan: ronchi. Hasil pemeriksaan fisik, tekanan darah: 90/60 mmHg, suhu: 38ºC, nadi : 80x/menit, pernafasan: 24x/menit, dan hasil pemeriksaan tubex dengan hasil anti *salmonella thypi* IgM (+1) serta Foto Thorax : Pneumonia Supraills Bilateral.

Pada pasien terjadi peningkatan suhu tubuh yaitu 38ºC karena masuknya *salmonella thypi* ke dalam tubuh, mencapai jaringan limpoid dan masuk ke dalam aliran darah (bakterimia primer) kemudian kuman menyerang *retikulo endothelial system* (RES), berkembang biak dan

masuk kembali ke dalam aliran darah (bakterimia sekunder) dan mengeluarkan endotoksin kemudian merangsang sintesa dan melepas zat pirogen oleh leukosit dan beredar di darah sehingga mempengaruhi pusat termoregulator di hipotalamus yang mengakibatkan timbulnya gejala demam. Sifat demam adalah meningkatnya perlahan-lahan terutama pada sore dan malam hari, pagi hari menurun dalam batas normal (Wijaya, 2013).

Gejala awal pada penderita typhoid yaitu demam, pusing, nyeri kepala, mual, muntah, rasa tidak nyaman pada perut, obstipasi atau diare. Kebanyakan dari penderita typhoid mengeluhkan demam dan mual muntah sebagi gejala awal demam typhoid. Demam, mual muntah serta diare dapat menyebabkan pengeluaran cairan tubuh yang berlebih sehingga mengakibatkan berkurangnya volume cairan pada tubuh. Sedangkan hampir 90% berat badan manusia berbentuk cairan (Suriadi, 2010).

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan kasus yang dikelola dan data yang mendukung pada saat pengkajian, penulis menemukan tiga diagnosis keperawatan yaitu, diagnosis keperawatan yang pertama adalah hipertermia berhubungan dengan penyakit. Diagnosis ini di dukung oleh adanya kuman *salmonella typhi* dalam uji tubex dan pada observasi yang diperoleh yaitu kulit pasien teraba hangat, suhu tubuh 38ºC. Berdasarkan NANDA (2015-2017) menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosis pertama adalah apnea, gelisah, kejang, kulit kemerahan, kulit teraba hangat, dan vasodilatasi. Diagnosis keperawatan kedua adalah risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif didukung oleh adanya keluhan dan tanda gejala yang muncul pada pasien seperti demam, mukosa bibir kering dan BAB encer 3x. Batasan NANDA (2015-2017) menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosis kedua yaitu

haus, kelemahan, membran mukosa kering, peningkatan suhu tubuh, dan penurunan turgor kulit. Diagnosis keperawatan terakhir yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Diagnosis ini di dukung oleh adanya keluhan dan tanda gejala yang muncul pada pasien seperti batuk berlendir, tidak dapat mengeluarkan lendir saat batuk, suara napas tambahan: ronchi serta pemeriksaan foto thorax: Pneumonia Supraills Bilateral.

Berdasarkan dari pengamatan kasus di atas menunjukkan adanya kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus yang diangkat penulis. Sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teoritis. Namun ada beberapa tanda dan gejala yang tidak terdapat teori, ada pada pasien. Alasan penulis mengangkat ketidakefektifan bersihan jalan napas di karenakan pasien telah mengalami komplikasi paru, dimana mendapat suplai darah dari jantung yang sudah tekontaminsi oleh *salmonella typhi* sehingga menyebabkan pneumonia (Dermawan, 2010). Secara teori ada empat diagnosis keperawatan pada tinjauan teortis sedangkan pada An.”O” terdapat dua diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan lain yang tidak diangkat oleh pasien adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena penulis tidak menemukan data yang mendukung pada pasien seperti penurunan berat badan, bising usus hiperaktif, ketidakmampuan memakan makanan, sariawan rongga mulut. Diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas karena penulis tidak menemukan data yang mendukung pada pasien seperti dispnea setelah beraktifitas, keletihan, ketidaknyamanan setelah beraktifitas.

C. Intervensi Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan, penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Hipertemia berhubungan dengan penyakit adalah:

Pantau suhu dan tanda-tanda vital, beri obat atau cairan IV (antipiretik), dorong konsumsi cairan, berikan kompres hangat, tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: berikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam).

2. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif:

   Catat asupan dan keluaran, monitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus, tentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan, monitor warna, kuantitas dan berat jenis urin, monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan, tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga, berikan cairan IV isotonik yang diresepkan untuk dehidrasi, insturksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia, konsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala kelebihan volume cairan menetap atau memburuk.

3. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan:

   Posisikan pasien untuk meminimalkan jalan nafas, lakukan fisioterapi dada, auskultasikan suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada atau adanya suara tambahan, buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu kepada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga dapat tercapai. Pada tahap ini penulis melaksanakan apa yang telah direncanakan selama 3 hari, sebagai acuan dalam melakukan implementasi. Sebelum melakukan tindakan keperawatan

sebaiknya terlebih dahulu menjelaskan tentang tindakan apa yang telah direncanakan selama 3 hari, sebagai acuan dalam melakukan implementasi. Sebelum melakukan tindakan sebaiknya terlebih dahulu menjelaskan tentang tindakan apa saja yang akan dilakukan dan mengharapkan kerja sama yang baik antara pasien dan keluarga pasien sehingga untuk mempermudah mencapai hasil yang diharapkan:

1. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

   Untuk diagnosis hipertermia penulis melakukan intervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama dan kedua yang dilakukan adalah pantau tanda-tanda vital, berikan kompres hangat, beri obat atau cairan IV (antipiretik). Selanjutnya penulis tidak melakukan intervensi di hari ketiga karena suhu tubuh pasien kembali normal yaitu 36,5ºC.

2. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif.

   Untuk diagnosis ini penulis melakukan intervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama dan kedua yang dilakukan adalah Catat asupan dan keluaran, monitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus, tentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan. Selanjutnya pada hari ketiga di lakukan intervensi monitor membran mukosa, turgor kulit dan respon haus, namun pasien sudah tidak mengalami risiko kekurangan volume cairan.

3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekreksi yang tertahan

   Untuk diagnosis ini penulis melakukan intervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi yang dilakukan yaitu: posisikan pasien untuk meminimalkan jalan nafas, lakukan fisioterapi dada, auskultasikan suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada atau adanya suara tambahan, buang sekret dengan

memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari namun tidak bersihan jalan nafas masih tidak efektif.

E. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan yang menjadi penentuan apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Dari hasil evaluasi yang dilakasanakan penulis selam 3 hari yaitu mulai dari tanggal 13-15 April 2018, didapat hasil sebagai berikut:

1. Diagnosis keperawatan : Hipertermia berhubungan dengan penyakit. Berdasarkan kasus yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu tidak terjadinya hipertermia dan dapat teratasi dengan suhu tubuh normal berkisar (36°c -37°c), hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir, pasien mengatakan tidak demam lagi, suhu tubuh 36,5°C, sehingga perencanaan selanjutnya adalah pertahankan intervensi.
2. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Berdasarkan kasus yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu tidak terjadinya kekurangan volume cairan dengan seimbangnya intake dan output cairan serta membran mukosa lembab. Hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir, ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak malas minum, tampak mukosa bibir lembab, sehingga perencanaan selanjutnya adalah mempertahankan intervensi.
3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Berdasarkan kasus yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu mampu mengeluarkan sekret, suara nafas tambahan berkurang serta batuk berkurang. Hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir, ibu pasien mengatakan pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir saat batuk, tampak pasien batuk dan tidak dapat mengeluarkan lendir,

terdengar suara nafas tambahan: ronchi, sehingga perencanaan selanjutnya adalah mempertahankan intervensi.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah penulis membahas konsep tinjauan teoritis pada An.”O” dengan masalah demam typhoid di ruang ST. Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik simpulan dan saran sebagai berikut:

1. Pada saat pengkajian, didapatkan badan pasien demam 1 minggu, demam pasien naik turun, pasien sudah dibawa ke puskesmas dan mendapatkan paracetamol sirup namun masih demam. Pasien malas minum, BAB encer 3 x konsistensi cair dan ada ampas. Pasien batuk 1 minggu, berlendir, dan susah mengeluarkan lendir saat batuk. Tampak pasien terbaring lemah, lidah kotor, mukosa bibir kering. Tampak pasien batuk berlendir. Tekanan Darah: 90/60 mmHg, suhu: 38ºC, Nadi: 80x/menit, pernapasan : 24x/menit. Hasil pemeriksaan tubex didapatkan anti salmonela thypi IgM (+1), foto thorax di temukan adanya pneumonia suprahilis bilateral dan limfadenitis hilus kanan
2. Diagnosa keperawatan yang di angkat hipertermia berhubungan dengan penyakit. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
3. Dari rencana keperawatan yang disusun, penulis telah melaksanakan sepenuhnya, di karenakan dalam pelaksanaan keperawatan:
   a. Penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
   b. Dari intervensi keperawatan yang penulis susun, pada prinsip yang sama terdapat dalam tinjauan teoritis, intervensi

keperawatan meliputi : tindakan keperawatan mandiri, observasi, tindakan pendidikan kesehatan, dan kolaborasi.

c. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari pada pasien An.”O” diperoleh masalah belum teratasi pada diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Pasien sudah tidak demam, tampak mukosa bibir lembab, pasien sudah tidak BAB encer, pasien sudah rajin minum.
d. Penulis memberikan perawatan selama 3 hari berturut-turut sampai dengan hari terakhir evaluasi, di hari terakhir diagnosis pertama dan kedua teratasi sedangkan diagnosis ketiga tidak teratasi.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang ditunjukan kepada beberapa pihak :

1. Bagi instiut atau pendidikan

   Diharapkan dapat menambah buku-buku referensi yang berhubungan dengan penyakit demam typhoid sehingga di masa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut.

2. Bagi rumah sakit

   Sebagai bahan masukan sumber informasi untuk tenaga perawat didalam instansi rumah sakit berkaitan dengan perawatan pada pasien dengan demam typhoid.

3. Bagi pasien

   Diharapkan pasien dapat menyadari tentang pentingnya menjaga kesehatan sehingga pasien mau berubah pola hidup untuk mencegah terulangnya penyakit demam typhoid pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Dermawan D dan Rahayuningsih T. 2010. *Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Pencernaan),* Yogyakarta**:** Gosyen Publishing.

Sulsilaningrum. 2013. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak.* Jakarta**:** Salemba Medika.

Suratun dan Lusiana. 2010 *. Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Gastrointestinal.* Jakarta : Trans Info Media.

Alimul.A Hidayat. 2008. *Pengantar ilmu keperawatan anak.* Jakarta: Salemba Medika

Suarnianti. 2016. *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*. Yogyakarta : Indomedia Pustaka.

Cahyaningsih Dwi Sulistyo. 2011. *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: TIM

Suriadi dan Rita Y. 2010*. Asuhan keperawatan pada anak*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

Indra saferi Wijaya. 2013*. Penyakit Hati, Lambung, Usus, dan Ambeien*. Jakarta : Nuha Medika.

Herdman Heather, Kamitsuru Shigemi.2015.*Diagnosis Keperawatan.* Edisi 10.Jakarta: EGC

Bulechek M Gloria.2013.*Nursing Interventions Clasification (NIC).* Jakarta: Mocomedia.

Moorhead sue.2013.*Nursing Outcomes Clasification (NOC)*.Jakarta: Mocomedia

MRO RS Stella Maris (2016-2017). *Statistik Penyakit Demam Typhoid,* RS Stella Maris Makassar. Tidak Dipublikasikan

http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/5447 diakses pada tanggal 20 Mei 2018 pukul 10.20 WITA

http://gooleweblight.com/i/u=https://id.m.wikipedia.org/wiki/Parasetamol&hl=id-ID di akses pada tanggal 24 Mei 2018 pukul 20.15 WITA

https://googleweblight.com/i?u=https://www.alodokter.com/cefotaxim&hl-id-ID di akses pada tanggal 24 Mei 2018 pukul 20.30 WITA

https://googleweblight.com/i?u=https://medikus.com/elkana&hl=id-ID di akses pada tanggal 24 Mei 2018 pukul 20.50 WITA

http://www.google.co.id/search?q=Gambar+anatomi+usus+halus&client=ms-android-samsung&espv=1&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiJ3oG_8bPbAhuBWX0KHf2ZCikQ_AUICCgB&biw=320&bih=460#imgrc=4sXAIsC-xSUmfM%3A di akses pada tanggal 25 Mei 2018 pukul 10.25 WITA

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Daisi Natalia

Judul : Asuhan keperawatan pada An.”O” dengan Penyakit Demam di Ruang Perawatan ST. Theresia Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Nim : E1514401012

Pembimbing : Mery Sambo, S.Kep, Ns.,M.Kep

No	Hari/ tanggal	Materi konsul	Paraf pembimbing
1	Jumat / 13 April 2018	BAB III - Pengkajian	
2	Sabtu / 22 April 2018	BAB III - Pengkajian - Pengamatan Kasus	
3	Kamis / 26 April 2018	BAB I & III - Pendahuluan - Pengkajian	
4	Jumat / 30 April 2018	- Pengamatan kasus	
5	Rabu / 8 Mei 2018	BAB I & II - Pendahuluan - Tinjauan Teoritis	

6	Rabu / 23 Mei 2018	BAB I & II - Pendahuluan - Tinjauan Teoritis	
7	Kamis / 24 Mei 2018	BAB IV & V	
8	Senin / 28 Mei 2018	- Pembahasan - Penutup	
9	Rabu / 30 Mei	BAB IV & V - Pembahasan - Penutup Kata Pengantar Daftar pustaka Patoflowdiagram BAB I, II, III, IV, & V Kata Pengantar Daftar Pustaka Patoflowdiagram	