

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
(KIA-N)**

**Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Anak Dengan Demam Thypoid
Di ruang Anak RSUD H.Hanafie
Muara Bungo**

Disusun Oleh :

**Onny Novita Veronika Sijabat, S.Kep NIM
: 1914901768**



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG TAHUN
2019/2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
(KIA-N)**

**Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Anak Dengan Demam Thypoid
Di ruang Anak RSUD H.Hanafie
Muara Bungo
Penelitian Keperawatan Dasar Profesi**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi
Ners Stikes Perintis Padang*



Disusun Oleh :

Disusun Oleh :

Onny Novita Veronika Sijabat, S.Kep

NIM : 1914901768

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2019/2020**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Onny Novita Veronika Sijabat.S.Kep

Nomor Induk Mahasiswa 1914901768

Nama Pembimbing I : Ns.Vera Sesrianty, M.Kep

Nama Pembimbing II : Ns. Diaresti DND, M.Kep

Nama Penguji I : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Menyatakan bahwa yang sebenarnya Karya Ilmiah Khir Ners (KIA-N) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apa bila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan KIA-N ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

Demikian , pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Muara Bungo, 12 Oktober 2020

Muat pernyataan.

(Onny Novita Veronika Sijabat)

Nim : 1914901768

HALAMAN PERSETUJUAN

**PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN
ANAK DENGAN DEMAM THYPOID
DI RUANG ANAK RSUD H.HANAFIE
MUARA BUNGO**

Disusun Oleh :

Onny Novita Veronika Sijabat, S.Kep

NIM : 1914901768

Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah di Seminarkan

Muara Bungo, 17 September 2020

Dosen Pembimbing

Pembimbing 1



(Ns. Vera Sesrianty, M.Kep)
NIK:1440102110909052

pembimbing II



(Ns. Dian Resti DND, M.Kep)
NIK: 1420108028611071

Mengetahui

Ketua Program Studi profesi Ners

Stikes Perintis Padang



(Ns. Mera Dqlima, M.Kep)

NIK: 1420101107296019

**PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN
ANAK DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG ANAK RSUD
H.HANAFIE MUARA BUNGO**

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah di pertahankan dihadapan sidang tim
Pada:**

Hari/Tanggal : 17 September 2020

Jam : 15.30 Wib

Oleh :

**Onny Novita Veronika, S.Kep
1914901768**

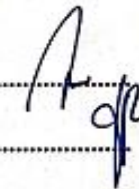
Dan yang Bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim penguji:

Penguji I : Ns. Endra Amalia, M. Kep

Penguji II : Ns. Vera Sesrianty, M. Kep

.....

.....

Mengetahui

**Ketua Program Studi Pendidikan
STIKes Perintis Padang**


(Ns. Mera Delima, M.Kep)

NIK:14201001107296019

**Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Anak Dengan Demam Thypoid
Di ruang Anak RSUD H.Hanafie
Muara Bungo**

Onny Novita Veronika Sijabat¹, Ns. Vera Sesrianty, M.Kep², Ns.Diaresti DND, M.Kep³

Mahasiswa Profesi Ners, STIKes Perintis Padang¹

Dosen Profesi Ners, STIKes Perintis Padang^{2,3}

Email: onny4242@gmail.com

ABSTRAK

Demam tifoid merupakan penyakit yang menyerang usus halus, penyebabnya adalah bakteri *salmonella thypi* yang akan menyebabkan hipertermi pada seseorang yang telah terinfeksi. Insiden demam typhoid di RSUD H.HanafieMuara Bungo khususnya diruangan rawat inap anak tentang penyakit typhoid pada anak tahun 2017 sebanyak 23 orang , pada tahun 2018 sebanyak 20 orang. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan demam typhoid. Hasil laporan kasus ditemukan data pada An.G yaitu ibu klien mengatakan suhu tubuh pasien turun naik, ibu klien mengatakan nafsu makan pasien tidak ada, ibu klien mengatakan aktifitas pasien dibantu sebgiaan, ibu klien mengatakan berat badan pasien menurun, ibu klien mengatakan pasien mual dan muntah. Hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada An.G yaitu defisit nutisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan dehidrasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Kesimpulan demam typhoid merupakan kejadian yang sering terjadi di kalangan masyarakat Indonesia dimana jika tidak ditangani secara tepat bisa mengancam kehidupan pasien. Oleh karena itu, di sarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan Asuhan Keperawatan pasien demam typhoid secara tepat dan benar.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Demam Typhoid

Daftar Pustaka : (2009 – 2020)

**The Application of warm compresses in nursing care for children with
typhoid fever**

**In the Children's room of RSUD H.Hanafie Hospital Muara
Bungo**

Onny Novita Veronika Sijabat¹, Ns. Vera Sesrianty, M.Kep², Ns.Diaresti DND, M.Kep³

Student Professional Nurse, STIKes Perintis Padang¹

Professional Nurse Lecturer, STIKes Perintis

Padang^{2,3} Email: onny4242@gmail.com

ABSTRACT

Typhoid fever is a disease that attacks the small intestine, the cause is the salmonella bacteria which will cause hyperthermia in someone who has been infected. The incidence of typhoid fever in RSUDH.Hanafie HospitalMuara Bungo in particular in the room for inpatient care of typhoid in children in 2017 as many as 23 people, in 2018 as many as 20 people. The purpose of this report is to be able to carry out nursing care in patients with typhoid fever. Case reports found data on An.G, namely the client's mother said the patient's body temperature went up, the client's mother said the patient's appetite was absent, the client's mother said the activity of the assisted patient, the client's mother said the patient's body weight decreased gag. The results of the study were obtained by nursing problems in An.G, namely nutritional deficits associated with inability to absorb nutrients, ineffective thermoregulation associated with dehydration, activity intolerance associated with weakness. Based on the nursing problems above, a plan is drawn up and carry out nursing actions as well as evaluations that refer to the objectives and outcome criteria. The conclusion typhoid fever is a common occurrence among Indonesians where if it is not handled properly it can threaten the life of the patient. Therefore, it is recommended to hospital agencies to carry out nursing care for patients with typhoid fever correctly and correctly.

Keywords: Nursing care, Typhoid fever Bibliography : (2009 – 2020)

CURRICULUM VITAE



A. Identitas Diri

Nama : Onny Novita Veronika Sijabat, S.Kep
Tempat / tanggal lahir : Kuala Tungkal / 15 Oktober 1993
Pekerjaan : -
Alamat : Jl.perumnas manunggal,Kuala Tungkal,Tanjung Jabung Barat

Agama : Kristen Protestan

Status Perkawinan : Belum Kawin

Jumlah Saudara : 3 saudara

Saudara Kandung : 3 saudara

Nama Suami : -

B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : R.sijabat

Nama Ibu : N.Samosir

Alamat : Jl.perumnas manunggal,Kuala Tungkal,Tanjung Jabung Barat

C. Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2005 : SD Negeri 152/V manunggal
2. Tahun 2008 : SMP XAVERIUS Kuala tungkal
3. Tahun 2011 : SMA Negeri 2 Kuala tingkal
4. Tahun 2018 : Universitas Jambi
5. Tahun 2020 : STIKES Perintis Padang, Profesi Ners

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada TUHAN YME yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul Penerapan Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Anak Dengan Demam Thypoid Di ruang Anak RSUD H.Hanafie Muara Bungo sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan. Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat terselesaikan :

1. Bapak Yendrizaral Jafri, S.Kp, M. Biomed. Selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Mera Delima, M. Kep. Selaku Ketua Program Studi Profesi Pendidikan Ners STIKes Perintis Padang
3. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M.Kep selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan, yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Ibu Ns. Diaresti DND, M.Kep. Selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Dosen dan Staf Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bimbingan, bekal ilmu pengetahuan dan bantuan kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
6. Teristimewa teruntuk kedua orang tua dan adik-adikku yang selalu memberikan doa dan dukungan yang tidak terhingga.
7. Teruntuk H.p yang selalu memotivasi dan memberi dukungan,mendoakan dan menemani

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak terdapat kekurangan.Untuk itu penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.Akhir kata penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya

Muara Bungo

Penulis

DAFTAR ISI

Manifestasi Klinik	32
1.2.5. Komplikasi	34
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	36
2.1.8 Penatalaksanaan.....	38
2.3. Konsep Dasar Kompres Air Hangat.....	44
2.3.1. Definisi Kompres Hangat	45
2.4. Asuhan Keperawatan.....	48
2.4.1. Pengkajian	48
1. Diagnosa keperawatan	55
2.5. Intervensi keperawatan.....	57
2.6. Implementasi	67
2.7. Evaluasi	67
BAB III.....	69
FORMAT PENGKAJIAN.....	Error! Bookmark not defined.
A. Identitas Klien	69
d) Riwayat keesehatan keluarga	71

B. Genogram	72
I. Pemeriksaan Penunjang.	78
Pemeriksaan Hematologi.....	78
Data Fokus	81
Data Subjektif	81
Prioritas masalah.....	91
BAB IV	110
PEMBAHASAN.....	110
4.1. Analisis masalah keperawatan konsep kasus terkait	110
4.1.1. Pengkajian.	110
BAB V.....	120
PENUTUP	120
5.1. Kesimpulan.....	120
5.2. Saran.....	122
DAFTAR PUSTAKA	123

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

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

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

anak agar dapat tumbuh menjadi generasi yang sehat dan berkualitas. (Wong, 2008).

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

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

Perawat dapat memberikan pelayanan bersifat promosi kesehatan pada pasien dengan penyakit demam thypoid, cara pencegahan pada penyakit demam thypoid, memberikan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit demam thypoid, dan memberikan pelayanan kesehatan untuk mengembalikan

fungsi organ atau bagian tubuh agar sembuh dan dapat berfungsi secara normal. (Depkes, 2010).

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

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

Di Indonesia, tifoid bersifat endemis yang banyak dijumpai di kota besar. Penderita anak yang ditemukan biasanya berumur diatas satu tahun. Sebagian besar dari penderita (80%) yang dirawat di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM Jakarta berumur diatas lima tahun. Demam tifoid lebih sering menyerang anak usia 5-15 tahun. Menurut laporan WHO (World Health Organization), insidensi demam tifoid pada anak umur 5-15 tahun di Indonesia terjadi 180,3/100.000 kasus pertahun dan dengan prevalensi mencapai 61,4/1000 kasus pertahun

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

Salah satu masalah yang timbul pada pasien demam tifoid yaitu hipertermia, defisit nutrisi, hipovolemia, nyeri akut, dan konstipasi. Hipertermi adalah suatu Keadaan dimana seorang individu mengalami peningkatan suhu tubuh di atas 37,8°C peroral atau 38,8°C perrektal karena factor eksternal (Nurrofiq, 2012). Hipertermi berhubungan ketika sistem kontrol suhu normal tubuh tidak dapat secara efektif mengatur suhu internal. Biasanya, pada suhu tinggi tubuh akan mendinginkan melalui penguapan keringat. Namun, dalam kondisi tertentu (suhu udara di atas 95°C atau 35°C dan dengan kelembaban yang

tinggi), mekanisme pendinginan ini menjadi kurang efektif. Ketika kelembaban udara tinggi, keringat tidak akan menguap dengan cepat, mencegah tubuh dari melepaskan panas dengan cepat. Selanjutnya, tanpa asupan cairan yang cukup, kehilangan cairan yang berlebihan dan ketidakseimbangan elektrolit juga dapat terjadi menyebabkan dehidrasi. Dalam kasus tersebut, suhu tubuh seseorang meningkat cepat. Suhu tubuh yang sangat tinggi dapat merusak otak dan organ vital lainnya. Kondisi lain yang dapat membatasi kemampuan untuk mengatur suhu tubuh termasuk penyakit demam tifoid (Librianty, 2014).

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

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Sri Purwanti dan Winarsih Nur Ambarwati (2017) mengenai Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta menyatakan bahwa dengan kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu

pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh. Pada rerata suhu tubuh sebelum tindakan kompres hangat 38,9°C dengan SD 0,401°C. setelah mendapatkan kompres hangat selama 10 menit menjadi 37,9°C dengan SD 0,447°C.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Inawati (2017) Demam tifoid adalah penyakit infeksi bakteri, yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Berdasarkan keterangan tersebut maka tifoid adalah seseorang yang terinfeksi bakteri yang disebut bakteri *Salmonella enterica serovar typhi* (*S typhi*) yang berdampak kepada tubuh seseorang secara menyeluruh ditandai dengan adanya demam. Penyakit ini ditularkan melalui konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh tinja atau urin orang yang terinfeksi. Gejala biasanya muncul 1-3 minggu setelah terkena, dan gejala meliputi demam tinggi, malaise, sakit kepala, mual, kehilangan nafsu makan, sembelit atau diare, bintik-bintik merah muda di dada (Rose spots), dan pembesaran limpa dan hati.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Putra (2012) Kejadian demam tifoid pada anak sangat erat kaitannya dengan kebiasaan jajan anak di sekolah. Hal ini dikarenakan penyakit demam tifoid termasuk dalam foodborn disease. Dalam menunjang kebiasaan jajan anak di sekolah dalam upaya pencegahan tertular penyakit demam tifoid sangatlah diperlukan pengawasan dari orang tua terutama ibu terhadap kebiasaan jajan anak di sekolah.

Hilda (2016) dalam penelitiannya sebagian besar berusia > 9 tahun (10–12 tahun) terdiagnosis menderita demam tifoid sedangkan sebagian besar berusia \leq 9 tahun (7–9 tahun) tidak terdiagnosis menderita demam tifoid. Kemudian sebagian besar berjenis kelamin laki-laki lebih banyak terdiagnosis menderita demam tifoid dibandingkan berjenis kelamin perempuan. Kejadian demam tifoid berdasarkan kebersihan diri didapatkan kondisi kuku jari tangan pendek kotor memiliki risiko 7,79 kali mengalami demam tifoid dibandingkan dengan kondisi kuku jari tangan pendek bersih.

Sementara di kota Jambi kasus demam thypoid pada balita, tahun 2018 yaitu sebanyak 27.632 yang terjadi demam yang tidak tau apa yang menjadi penyebabnya. Sedangkan di Kabupaten Bungo pada tahun 2018 sebanyak 3.632 yang terjadi dalam 2 tahun terakhir.

Berdasarkan data yang penulis peroleh dari ruang rawat anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo, didapatkan data dari tiga bulan terakhir sebanyak 20 orang anak dengan kasus demam thypoid. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun karya ilmiah tentang “Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Demam Pada Anak Dengan Demam Thypoid Di Ruang Anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo”.

1.2.Rumusan Masalah

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

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada An. G dengan gangguan sistem pencernaan : demam thypoid di ruang anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2020.

1.1.1 Tujuan Khusus

Mampu memahami konsep dasar tentang penyakit demam thypoid, perawatan demam thypoid, tumbuh kembang anak, dan peran perawat atraumatic care, serta FCC (family centered care).

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

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan demam thypoid dan peneliti

juga berharap asuhan keperawatan tentang demam thypoid dan lebih dikembangkan oleh peneliti lain dengan diagnosa keperawatan lainnya.

1.4.1 Bagi RSUD H. Hanafie Muara Bungo

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

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

1.4.3 Bagi Profesi

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Penerapan kompres hangat Pada Anak dengan demam thypoid di Ruang Anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

1.4.4 Bagi Pasien.

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

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Teori Dasar Rasa Nyaman

2.1.2. Definisi rasa nyaman

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial (Keliat, Windarwati, Pawirowiyono, & Subu, 2015).

Kenyamanan menurut (Keliat dkk., 2015) dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau rasa nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

Menurut Potter & Perry (2006) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- d. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- e. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial
- f. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan

- g. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan

Menurut (Keliat dkk., 2015) gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeluh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut.

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

1.1.1. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan

Anatomi berasal dari bahasa latin yaitu, *Ana*: Bagian, memisahkan. *Tomi* (tomie): Iris, potong. Fisiologi berasal dari kata *fisis* (Physis): Alam atau cara kerja. *Logos*(logi): ilmu pengetahuan. Dari kata tersebut dapat disimpulkan pengertian Anatomi dan Fisiologi adalah Ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang susunan atau potongan tubuh dan bagaimana alat tubuh itu bekerja.

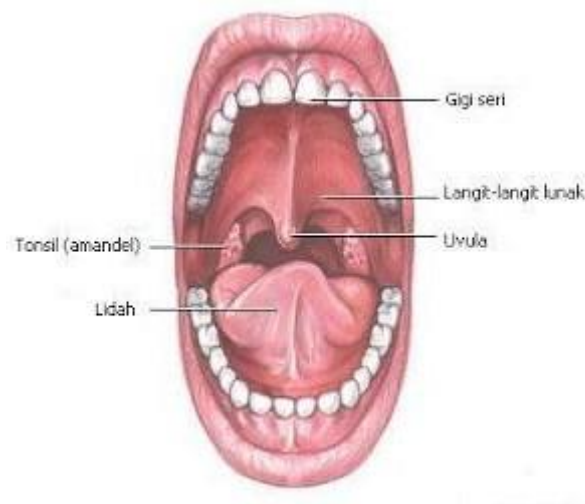
Sistem pencernaan atau sistem gastrointestinal (mulai dari mulut sampai anus) adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut dari tubuh.

Saluran pencernaan terdiri atas:

- Mulut
- Tenggorokan (faring)
- Kerongkongan
- Lambung
- Usus halus
- Usus besar
- Rektum dan Anus.

Struktur Sistem Pencernaan

1. Mulut



Mulut merupakan suatu rongga terbuka tempat masuknya makanan dan air pada manusia. Mulut biasanya terletak di kepala dan umumnya merupakan bagian awal dari sistem pencernaan lengkap yang berakhir di anus.

Mulut merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh organ perasa yang terdapat di permukaan lidah. Pengecapan relatif sederhana, terdiri dari manis, asam, asin dan pahit.

Mulut atau oris terdiri atas dua bagian yaitu 1. Bagian luar yang sempit atau vestibula dimana terdapat didalamnya gusi, gigi, bibir dan pipi ; 2. Bagian rongga

mulut dalam yaitu rongga mulut yang dibatasi sisinya oleh tulang maksilaris, platium dan mandubularis di sebelah belakang bersambung dengan faring. Diluar mulut

ditutupi oleh kulit dan didalamnya ditutupi oleh selaput lendir (mukosa). Didalam rongga mulut terdapat gigi, kelenjar ludah, dan lidah

2. Gigi

Gigi terdapat 2 macam yaitu

- Gigi sementara atau gigi susu mulai tumbuh pada umur 6-7 bulan dan lengkap pada umur 2 ½ tahun jumlahnya 20 buah terdiri atas: 8 buah gigi seri (dens insisivus), 4 buah gigi taring (dens kaninus), 8 buah gigi geraham (molare)
- Gigi tetap (permanen) tumbuh pada umur 6-18 tahun jumlahnya 32 buah terdiri atas: 8 buah gigi susu (dens insisivus),

Fungsi gigi: gigi seri untuk memotong makanan, gigi taring untuk memutuskan makanan yang keras dan liat dan gigi geraham untuk mengunyah makanan yang sudah dipotong-potong.

3. Kelenjar Ludah

Kelenjar Ludah merupakan kelenjar yang mempunyai duktus yang bernama duktus (saluran) wartoni dan stensoni.

Kelenjar ludah ada 2 yaitu

- kelenjar submaksilaris(kelenjar ludah bawah rahang) yang terdapat di bawah tulang rahang atas pada bagian tengah
- kelenjar sublingualis (Kelenjar ludah bawah lidah) yang terdapat di bagian depan dibawah lidah.

Kelenjar ludah dihasilkan didalam rongga mulut. Disekitar rongga mulut terdapat 3 buah kelenjar ludah yaitu:

- Kelenjar parotis terdapat di bawah depan telinga diantara prosesus mastoid kiri dan kanan os mandibular,duktus stensoni. Duktus ini keluar dari glandula parotis menuju ke rongga mulut melalui pipi (muskulus buksinator)
- Kelenjar submaksilaris terletak di bawah rongga mulut bagian belakang,duktus wartoni, bermuara di rongga mulut dekat dengan

frenulum lingua.

- Kelenjar sublingualis terletak di bawah selaput lendir dasar rongga mulut.

4. Lidah

Lidah terdiri atas otot serat lintang dan dilapisi oleh selaput lendir, kerja otot lidah dapat digerakkan ke segala arah.

Lidah dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

- radiks lingua (pangkal lidah),
- dorsum lingua (punggung lidah),
- apeks lingua (ujung lidah).

Pada pangkal lidah belakang terdapat epiglottis yang berfungsi untuk menutup jalannya napas pada waktu menelan makanan. Di punggung lidah terdapat puting-puting pengecap atau ujung saraf pengecap. Frenulum lingua merupakan selaput lendir yang terdapat pada bagian kira-kira di tengah, jika lidah digerakkan ke atas makan akan terlihat selaput lendir. Pada pertengahan flika sublingual terdapat saluran dari glandula parotis, submaksilaris dan glandula sublingualis.

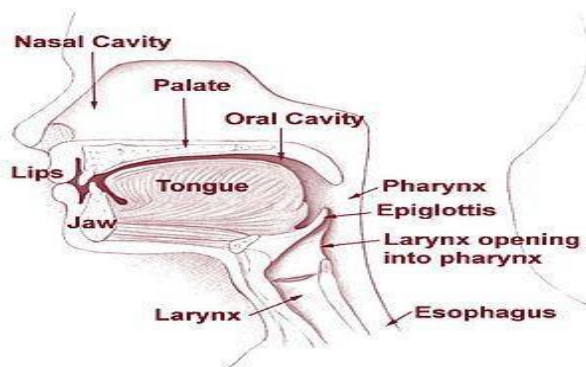
Fungsi Lidah:

- Untuk membersihkan gigi serta rongga mulut antara pipi dan gigi
- Mencampur makanan dengan ludah
- Untuk menolak makanan dan minuman kebelakang
- Untuk berbicara
- Untuk mengecap manis, asin dan pahit
- Untuk merasakan dingin dan panas.
- Mekanisme sistem pencernaan di mulut

Makanan dipotong-potong oleh gigi depan (incisivus) dan di kunyah oleh gigi belakang (molar, geraham), menjadi bagian-bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Ludah dari kelenjar ludah akan membungkus bagian-bagian dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan mulai mencernanya. Ludah juga mengandung antibodi dan enzim (misalnya lisozim), yang memecah protein dan menyerang

bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai secara sadar dan berlanjut secara otomatis.

5. Tenggorokan (Faring)



Faring merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan.

Berasal dari bahasa Yunani yaitu Pharynx.

Didalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kelenjar limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi, disini terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang.

Keatas bagian depan berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantara lubang bernama koana, keadaan tekak berhubungan dengan rongga mulut dengan perantara lubang yang disebut ismus fausium

Tekak terdiri dari; Bagian superior = bagian yang sangat tinggi dengan hidung, bagian media = bagian yang sama tinggi dengan mulut dan bagian inferior = bagian yang sama tinggi dengan laring.

Bagian superior disebut nasofaring, pada nasofaring bermuara tuba yang menghubungkan tekak dengan ruang gendang telinga, Bagian media disebut orofaring, bagian ini berbatas kedepan sampai diakar lidah bagian inferior disebut laringofaring yang menghubungkan orofaring dengan laring

6. Kerongkongan (Esofagus)

Kerongkongan adalah tabung (tube) berotot pada vertebrata yang dilalui

sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut ke dalam lambung. Makanan berjalan

melalui kerongkongan dengan menggunakan proses peristaltik. Sering juga disebut esofagus(dari bahasa Yunani: oeso – “membawa”, dan phagus – “memakan”).

Esofagus bertemu dengan faring pada ruas ke-6 tulang belakang. Menurut histologi.

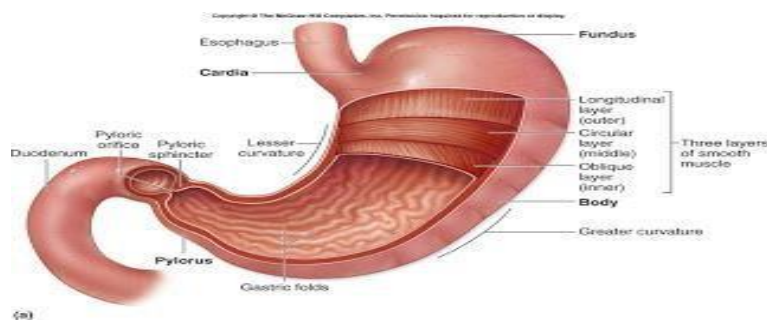
Esofagus dibagi menjadi tiga bagian:

Bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka)

Bagian tengah (campuran otot rangka dan otot halus)

Serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot halus).

7. lambung



Lambung berawal dari esophagus dan berakhir pada duodenum usus halus.

Terdiri dari 3 bagian yaitu:

- Kardia di sekitar sfingter esophageal bawah
- Fundus pada bagian puncak
- Antrum di bagian bawah

Bagian lambung terdiri dari:

- Fundus Ventrikuli adalah bagian yang menonjol keatas terletak sebelah kiri ostium kordium dan biasanya berisi gas.Korpus Ventrikuli, adalah suatu lekukan pada bagian bawah kurbatura minor.
- Antrum pylorus adalah bagian lambung berbentuk tabung mempunyai otot yang tebal membentuk sfingter pylorus.
- Kurvatura minor terdapat di sebelah kanan lambung,terbentang dari

osteum kardiak sampai ke pylorus.

- Kurvatura mayor terbentang dari sisi kiri osteum kardiak melalui fundus ventrikuli menuju ke kanan sampai ke pilorus inferior. Ligamentum gastrolienalis terbentang dari bagian atas kurvatura mayor sampai ke limpa.
- Osteum Kardiak merupakan tempat esofagus bagian abdomen masuk ke lambung. Pada bagian ini terdapat orifisium pilorik.

Cara Kerja Lambung

Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (sfinter), yang bisa membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, sfinter menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan.

Lambung berfungsi sebagai gudang makanan, yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting :

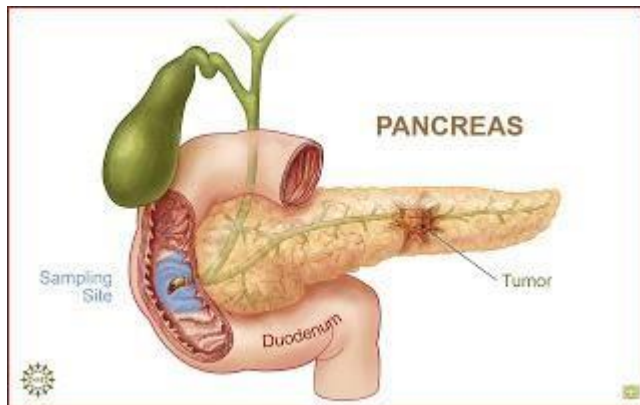
- Lendir melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung. Setiap kelainan pada lapisan lendir ini, bisa menyebabkan kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.
- Asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.
- Prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein)

Di dalam lambung terjadi pencernaan kimiawi dengan bantuan enzim yaitu:

- Amylase saliva melanjutkan pencernaan amilum di bagian fundus
- Pepsin membantu pemecahan protein
- Lipase membantu pemecahan lipid susu (terutama pada bayi dan anak)
- Rennin membantu pencernaan susu pada bayi. Rennin dan kalsium

menyebabkan koagulasi susu, sehingga lebih lama berada di lambung untuk dicerna.

8. Pankreas



Dari lambung kimus dilanjutkan ke usus halus untuk dicerna lebih lanjut. Sekret yang membantu pencernaan tidak hanya berasal dari usus halus sendiri, tetapi juga dari pancreas, hati, dan kandung empedu.

Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama yaitu menghasilkan enzim pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum (usus dua belas jari).

Pankreas terdiri dari 2 jaringan dasar yaitu :

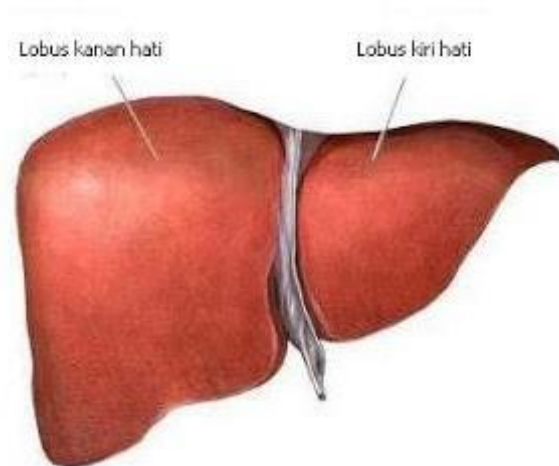
- Asini, menghasilkan enzim-enzim pencernaan
- Pulau pankreas, menghasilkan hormone

Cara Kerja Pankreas

Pankreas melepaskan enzim pencernaan ke dalam duodenum dan melepaskan hormon ke dalam darah. Enzim yang dilepaskan oleh pankreas akan mencerna protein, karbohidrat dan lemak. Enzim proteolitik memecah protein ke dalam bentuk yang dapat digunakan oleh tubuh dan dilepaskan dalam bentuk inaktif. Enzim ini hanya akan aktif jika telah mencapai saluran pencernaan. Pankreas juga

melepaskan sejumlah besar sodium bikarbonat, yang berfungsi melindungi duodenum dengan cara menetralkan asam lambung.

9. Hati



Hati merupakan sebuah organ yang terbesar di dalam badan manusia dan memiliki berbagai fungsi, beberapa diantaranya berhubungan dengan pencernaan.

Hati terletak di bawah diafragma. Hati dibagi menjadi 2 lobus utama yaitu lobus kanan dan lobus kiri. Hati dihubungkan oleh rangkaian duktus. Bermula dari duktus hepatikus kanan dan kiri, lalu bergabung menjadi satu pada duktus hepatikus utama. Duktus hepatikus utama bergabung dengan duktus kistikus dari kandung empedu, keduanya membentuk duktus empedu. Duktus empedu menuju duodenum dan bermuara di ampula hepatopankreatikus bersama-sama dengan duktus pankreatikus

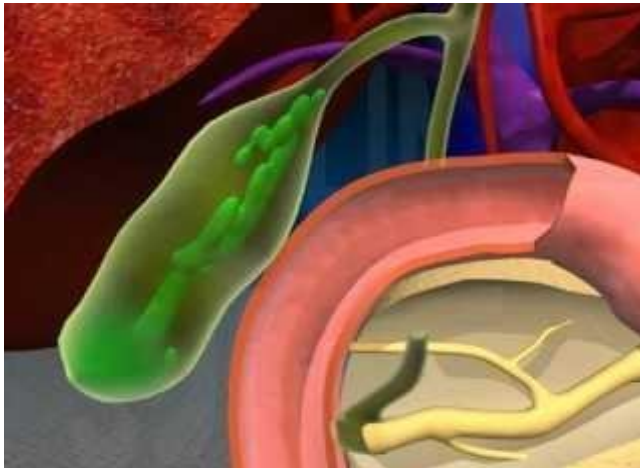
Hati menampilkan 7 fungsi pokok yaitu:

- Menghasilkan garam empedu, yang digunakan oleh usus halus untuk mengemulsikan dan menyerap lipid
- Menghasilkan antikoagulan heparin dan protein plasma seperti protrombin, fibrinogen, dan albumin
- Sel-sel retikuloendotelial hati, memfagosit (memangsa) sel-sel darah yang

telah rusak, juga bakteri

- Menghasilkan enzim yang memecah racun atau mengubahnya menjadi struktur yang tak berbahaya. Sebagai contoh, ketika asam amino hasil pemecahan protein dipecah lagi menjadi energy, dihasilkan sampah- sampah nitrogen beracun (misalnya ammonia) yang akan diubah menjadi urea. Selanjutnya urea dibuang melalui ginjal dan kelenjar keringat.
- Nutrient yang baru diserap akan dikumpulkan di hati. Tergantung kebutuhan tubuh, kelebihan glukosa akan diubah menjadi glikogen atau lipid untuk disimpan. Sebaliknya hati juga dapat mengubah glikogen dan lipid menjadi glukosa kembali jika dibutuhkan.
- Hati menyimpan glikogen, tembaga, besi, vitamin A, B12, D, E, dan K. Juga menyimpan racun yang tak dapat dipecah dan dibuang (misalnya DDT)
- Hati dan ginjal berperan dalam aktivasi vitamin D.

10. Kandung Empedu



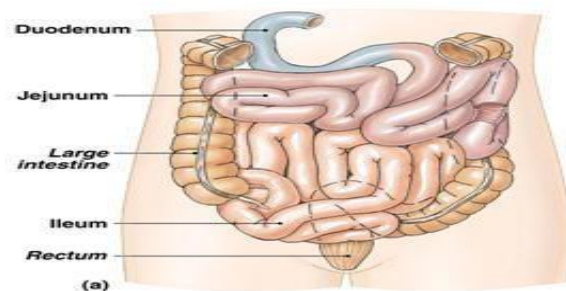
Kandung empedu (Bahasa Inggris: gallbladder) adalah organ berbentuk buah pir yang dapat menyimpan sekitar 50 ml empedu yang dibutuhkan tubuh untuk proses pencernaan. Pada manusia, panjang kandung empedu adalah sekitar 7-10 cm dan berwarna hijau gelap – bukan karena warna jaringannya, melainkan karena warna cairan empedu yang dikandungnya. Organ ini terhubung dengan hati dan usus dua belas jari melalui saluran empedu.

Bagian-bagian dari kandung empedu adalah:

- Fundus vesika felea merupakan bagian kandung empedu yang paling akhir setelah korpus vesika felea
- Korpus Vesika Felea merupakan bagian dari kandung yang di dalamnya berisi getah empedu.
- Leher Kandung Kemih merupakan leher dari kandung empedu yaitu saluran pertama masuknya getah empedu ke kandung empedu.
- Duktus sistikus memiliki panjang sekitar $3^{3/4}$ cm berjalan dari leher kandung empedu dan bersambung dengan duktus hepaticus ,membentuk saluran empedu ke duodenum.
- Duktus Hepaticus merupakan saluran yang keluar dari leher
- Duktus koledokus merupakan saluran yang membawa empedu ke duodenum.

Empedu memiliki 2 fungsi penting yaitu:

- Membantu pencernaan dan penyerapan lemak
- Berperan dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama haemoglobin (Hb) yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol.



11. Usus halus (Usus kecil)

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak.

Lapisan usus halus terdiri atas :

- lapisan mukosa (sebelah dalam),
- lapisan otot melingkar (M sirkuler),
- lapisan otot memanjang (M Longitudinal)
- dan lapisan serosa (Sebelah Luar)

Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum).

Usus dua belas jari (Duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejunum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari bulbo duodenale dan berakhir di ligamentum Treitz. Usus ini memiliki panjang sekitar 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri pada lengkungannya ini terdapat pancreas. Pada bagian kanan duodenum terdapat selaput lendir yang membukit di sebut papila vateri.. pada papila vateri bermuara saluran empedu (duktus koledokus) dan saluran pankreas (duktus wirsungi/ duktus pankreatikus).

Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. pH usus dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari pankreas dan kantung empedu. Nama duodenum berasal dari bahasa Latin duodenum digitorum, yang berarti dua belas jari.

Cara Kerja usus duodenum

Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa di cerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirim sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

Usus Kosong (jejunum)

Usus kosong atau jejunum (terkadang sering ditulis yeyunum) adalah bagian kedua dari usus halus, di antara usus dua belas jari (duodenum) dan usus

penyerapan (ileum). Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2-8

meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesenterium.

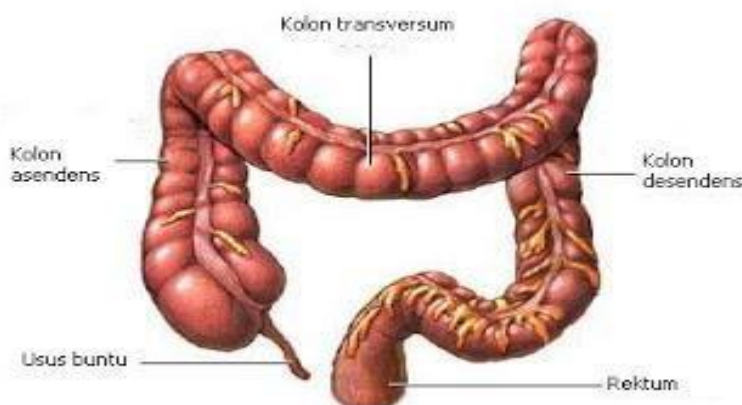
Permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus. Secara histologis dapat dibedakan dengan usus dua belas jari, yakni berkurangnya kelenjar Brunner. Secara histologis pula dapat dibedakan dengan usus penyerapan, yakni sedikitnya sel goblet dan plak Peyeri. Sedikit sulit untuk membedakan usus kosong dan usus penyerapan secara makroskopis.

Jejunum diturunkan dari kata sifat jejune yang berarti “lapar” dalam bahasa Inggris modern. Arti aslinya berasal dari bahasa Latin, jejunus, yang berarti “kosong”.

Usus Penyerapan (illeum)

Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, ini memiliki panjang sekitar 2-4 m dan terletak setelah duodenum dan jejunum, dan dilanjutkan oleh usus buntu. Ileum memiliki pH antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) dan berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu.

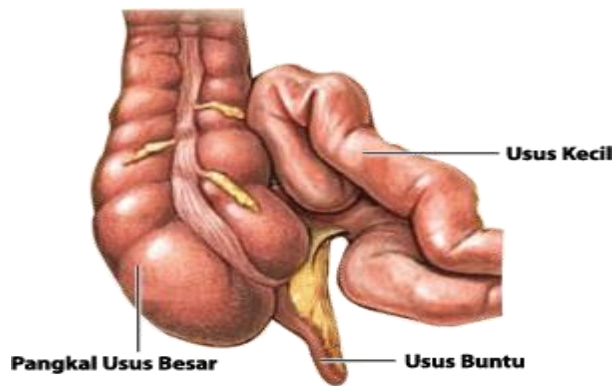
12. Usus Besar (Kolon)



Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses.

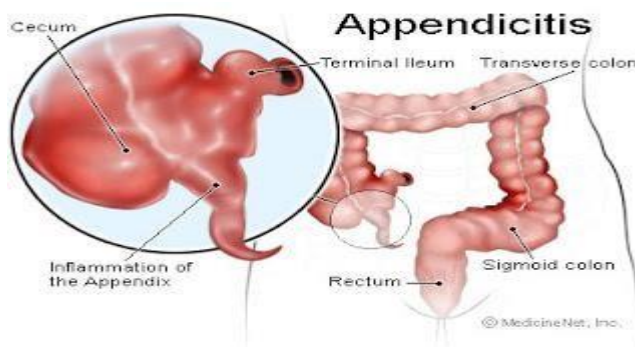
Usus besar terdiri dari :

- Usus Buntu (sekum)



Usus buntu atau sekum (Bahasa Latin: caecus, “buta”) dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar. Organ ini ditemukan pada mamalia, burung, dan beberapa jenis reptil. Sebagian besar herbivora memiliki sekum yang besar, sedangkan karnivora eksklusif memiliki sekum yang kecil, yang sebagian atau seluruhnya digantikan oleh umbai cacing.

- Umbai Cacing (Appendix)



Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu.

Dalam anatomi manusia, umbai cacing atau dalam bahasa Inggris, vermiform appendix (atau hanya appendix) adalah ujung buntu tabung yang menyambung dengan caecum.

Umbai cacing terbentuk dari caecum pada tahap embrio. Dalam orang dewasa, Umbai cacing berukuran sekitar 10 cm tetapi bisa bervariasi dari 2 sampai 20 cm. Walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung umbai cacing bisa berbeda – bisa di retrocaecal atau di pinggang (pelvis) yang jelas tetap terletak di peritoneum.

Apendiks berfungsi dalam sistem limfatik.

- Kolon asendens (kanan)

Panjangnya sekitar 13 cm terletak di bawah abdomen sebelah kanan, membujur keatas dari dari ileum ke bawah hati.

- Kolon transversum

Panjangnya sekitar 38 cm, membujur dari kolon desendens berada dibawah abdomen, sebelah kanan terdapat fleksura hepatica dan sebelah kiri terdapat fleksura lienalis.

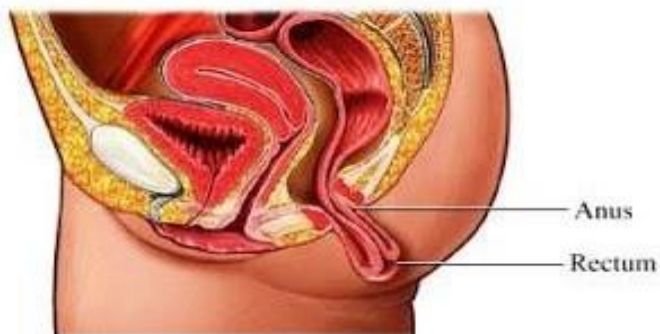
- Kolon desendens (kiri)

Panjangnya sekitar 25 cm ,terletak di bawah abdomen bagian kiri membujur dari atas ke bawah dan fleksura lienalis sampai ke depan ileum kiri bersambung dengan kolon sigmoid

- Kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum)

Kolon sigmoid merupakan lanjutan kolon desendens, terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuknya menyerupai huruf S, ujung bawahnya berhubungan dengan rectum

13. Rektum dan anus



- Rektum

Rektum (Bahasa Latin: *regere*, “meluruskan, mengatur”) adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses.

Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB).

Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, di mana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi.

Orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda buang air besar.

- Anus

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Anus terletak di dasar pelvis, dindingnya diperkuat oleh 3 sfingter.:

- Sfingter ani internus (sebelah atas), bekerja tidak menurut kehendak.

Sfingter levator ani, bekerja juga tidak menurut kehendak

- Sfingter ani eksternus (sebelah bawah), bekerja menurut kehendak.

Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagiannya lagi dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar), yang merupakan fungsi utama anus.

1.1.2. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

a. Gejala penyakit.

- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi.
- e. Gangguan stimulasi lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan.

1.1.3. Gangguan atau masalah kebutuhan rasa nyaman

- Trauma pada jaringan tubuh, misalnya merusakkan jaringan akibat bedah atau cedera.
- Iskemik jaringan.
- Spasmus otot merupakan suatu keadaan kontraksi yang tak disadari atau tak terkendali, dan sering menimbulkan rasa sakit. Spasme biasanya terjadi pada otot yang kelelahan dan bekerja berlebihan, khususnya ketika otot teregang berlebihan atau diam menahan beban pada posisi yang tetap dalam waktu yang lama.
- Inflamasi pembengkakan jaringan mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan juga karena ada pengeluaran zat histamin dan zat kimia bioaktif lainnya.
- Post operasi.
- Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom.

- Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakantubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalaminteraksi sosial. Pasien seringkali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir,gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungibagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

- Pengaruh Pada Aktivitas Sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakanhigiene normal dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan

2.2. Konsep dasar Demam Thypoid

2.2.2. Definisi Demam Thypoid

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

1.2.1. Klasifikasi Demam Thypoid

Menurut WHO (2003), ada 3 macam klasifikasi demam tifoid dengan perbedaan gejala klinis:

- 1) Demamtifoid akut non komplikasi

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

demam, sampai 25% penyakit menunjukkan adanya resespot pada dada, abdomen dan punggung.

2) Demam tifoid dengan komplikasi

Pada demam tifoid akut keadaan mungkin dapat berkembang menjadi komplikasi parah. Bergantung pada kualitas pengobatan dan keadaan kliniknya, hingga 10% pasien dapat mengalami komplikasi, mulai dari melenas, perforasi, susu dan peningkatan ketidaknyamanan abdomen.

3) Keadaan karier

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

1.2.2. Etiologi demam thypoid

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

1.2.3. Patofisiologi demam thypoid

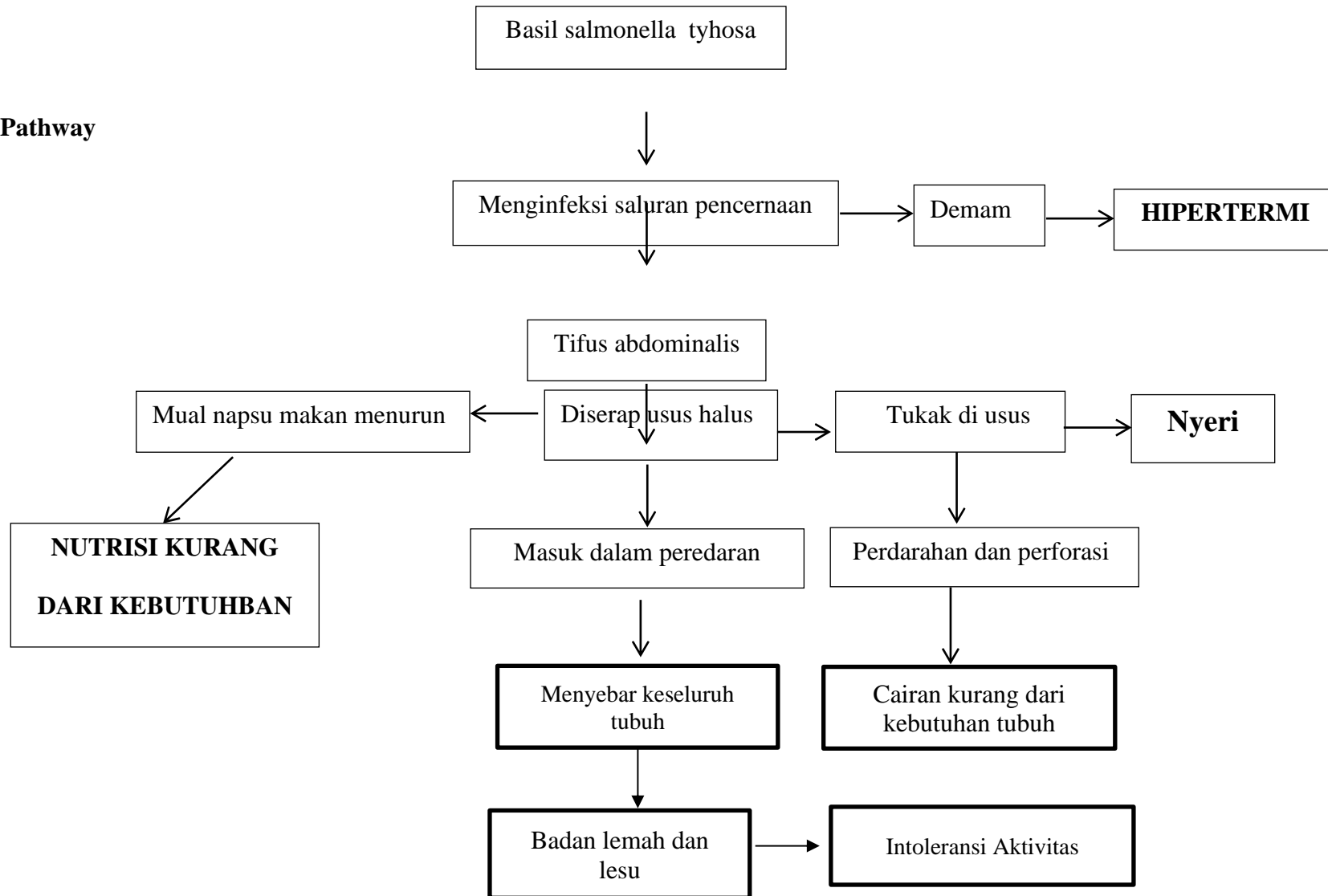
Melalui berbagai cara penularan *Salmonella thypii* dapat ditularkan, yang telah dikenal sebagai 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (kuku/jari tangan), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan juga melalui *Feses*. Kuman *Salmonella thypii* dapat menular kepada orang lain oleh feses dan muntah

pada penderita typhoid. Lalat menjadi perantara kuman *Salmonella thypii* dapat ditularkan, dimana lalat menghinggapi makanan yang akan dikonsumsi, dan melalui mulut makanan yang tercemar kuman *Salmonella thypii* masuk ke tubuh.

Melalui saluran pencernaan *Salmonella thyposa* masuk dan kemudian masuk menuju lambung. Setelah basil berhasil masuk ke dalam lambung, maka asam lambung memusnahkan sebagian basi dan masuk ke bagian distal pada

usus halus sebagiannya lagi hingga mencapai jaringan limfoid. Kuman berkembang biak di dalam jaringan limfoid, kemudian masuk menuju aliran darah untuk mencapai sel-sel retikuloendotelial agar kuman dapat dilepaskan ke dalam sirkulasi darah sehingga menimbulkan bakteremia. Selanjut nya kuman menyebar masuk ke limpa, usus halus, kandung empedu, hati (organ utama), serta berkembang biak sehingga organ-organ tersebut menjadi membesar (Ngastiyah 200

1.2.4. Pathway



1.2.5 Manifestasi Klinik

1. Gejala pada anak : inkubasi antara 5-40 hari dengan rata-rata 10- 14 hari
2. Sampai akhir minggu pertama demam meninggi
3. Minggu keempat demam turun, dapat menyebabkan shock, stupor, dan koma apabila demam tidak tertangani
4. Hari ke 7-10 muncul Ruam dan bertahan selama 2-3 hari
5. Kepala nyeri
6. Nyeri perut
7. Kembung
8. Mual, muntah Diare
9. Konstipasi
10. Pusing
11. Nyeri otot
12. Batuk
13. Epistaksis
14. Bradikardi
15. Lidah yang berselaput (tepi dan ujung merah serta tremorkotor, ditengah kotor)

16. Hepatomegali

17. Splenomegali

18. Metersismus

19. Gangguan mental berupa samnolen

20. Psikosis atau delirium

21. Penyakit dalam akut yang disertai hipotermia dan syok dapat timbul dengan gejala yang tidak tipikal terutama pada bayi muda (Sudoyo Aru, dkk 2009)

Keluhan dan gejala demam thypoid			
Minggu	Keluhan	Gejala	Patologi
Minggu Pertama	Panas berlangsung mencapai 39-40°C, menggigil, dan nyeri kepala	Gangguan saluran cerna	Bakteremia

Minggu Kedua	Rash, nyeri abdomen, diare atau konstipasi, delirium	Rose sport, splenomegali, hepatomegali	Vaskulitis, peyer's patches, nodul tifoid, pada limpa dan hati
Minggu Ketiga	Komplikasi : perdarahan saluran cerna, perforasi, syok	Melena, ilius, ketegangan abdomen, koma	Ulserasi pada peyer's patches, nodul tifoid pada limpa dan hati
Minggu Keempat	Keluhan menurun, relaps, penurunan BB	Tampak sakit berat, kakeksia	Kolelitiasis, carrier kronik

Sumber : Penyakit infeksi di Indonesia hal 197

1.2.5. Komplikasi

Komplikasi demam tifoid dapat dibagi atas dua bagian, yaitu :

- a. Perdarahan minor yang dialami penderita demam tifoid hanya sekitar 25% yang tidak perlu tranfusi darah. Penderita dapat mengalami syok yang diakibatkan pendarahan hebat. Apabila mengalami pendarahan mencapai 5 ml/kg/jam maka secara klinis perdarahan akut darurat bedah ditegakkan.
- b. Perforasi Usus
Sekitar 3% dapat terjadi kepada penderita. Biasanya pada minggu ketiga akan timbul tetapi dapat timbul pula pada minggu pertama. Penderita akan mengalami nyeri perut hebat terutama pada daerah kuadran kanan dan akan menyebar keseluruhan bagian perut. Bukan itu saja, tekan darah menurun, nadi cepat, dan sampai bisa mengalami syok.

- c. Komplikasi tulang : osteomielitis, periostitis, spondilitis, dan artritis
- d. Komplikasi neuropsikiatrik : Sindrom katatonik, psikosis, meningitis, polineuritis perifer, meningismus, dan delirium.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan darah tepi

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

2. Uji biakan darah

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

3. Uji serologi

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

4. Uji Widal Uji widal adalah salah satu cara untuk mendeteksi adanya kuman salmonella typhi terhadap antibody. Reaksi aglutinasi antara antibodi penderita dan antigen kuman Salmonella typhi terjadi ada uji widal. Antigen yang digunakan adalah suspensi biakan Salmonella typhi yang sudah dibasmi dan kemudian telah diolah di dalam laboratorium. Salmonella typhi memiliki 3 antigen, yaitu : antigen O (antigen somatic), antigen H (antigen flagella), dan antigen Vi (antigen kapsul). Ketika ketiga macam antigen tersebut ada di dalam tubuh penderita, maka secara alami tubuh penderita tersebut akan membentuk 3 macam antibodi yang biasa disebut agglutinin (Widodo, 2006). Hanya agglutinin O dan H yang ditentukan titernya untuk diagnosis, semakin tinggi titernya maka semakin kuat penegakkan diagnosa tifoidnya.
5. Pemeriksaan Tubex
Pemeriksaan tubex lebih baik jika dibandingkan dengan pemeriksaan wijal, karena pemeriksaan tubex merupakan metode diagnosis dengan tingkat sensitifikal dan spesifisitas yang lebih baik. Pemeriksaan yang dilakukan lebih sederhana, lebih cepat, dan lebih akurat untuk digunakan. (Rahayu, 2013).
6. Pemeriksaan kuman secara molekuler.
7. Cara paling ampuh untuk diagnosis demam tifoid dengan teknik hibridasi asam nukleat untuk mendeteksi DNA (asam nukleat) gen flagellin bakteri salmonella typhi didalam darah atau dengan cara polymerase chain reaction (PCR) untuk amplikasi DNA melalui identifikasi antigen Vi (Liana, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Bedrest kurang lebih 14 hari : mencegah komplikasi perdarahan usus.
- b. Mobilisasi sesuai dengan kondisi.
- c. Untuk mencegah dekubitus setiap 2 jam sekali posisi tubuh harus diubah
- d. Diet

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

2. Penatalaksanaan Medis

Penderita dengan gambaran klinik jelas disarankan untuk mendapat pengobatan lebih optimal dengan dirawat di rumah sakit, karena observasi penyakit lebih mudah, meminimalisasi terjadinya komplikasi, menghindari penularan, dan proses penyembuhan lebih cepat (Menkes RI, 2006). Setelah diagnosis klinik ditegakkan maka antibiotik akan segera diberikan. Memastikan bakteri penyebab infeksi, terlebih dahulu harus dilakukan pemeriksaan spesimen darah atau sumsum tulang, kecuali fasilitas biakan ini benar-benar tidak tersedia dan tidak dapat dilaksanakan (Menkes RI, 2006).

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

Tabel 2.2 Antibiotik untuk Demam Tifoid

Antibiotik	Dosis	Penjelasan
Ciprofloxacin atau Ofloxacin	15 mg/kgBB per hariselama 5-7 hari	1. Cepat menurunkan suhu tubuh 2. Ampuh mencegah karier dan relaps 3. Tidak dianjurkan untuk anak karena memiliki efek samping pada pertumbuhan tulang
Cefixime	15-20 mg/kgBB perhariselama 7-14 hari	1. Pemberian secara per oral 2. Rekomendasi untuk MDR
Azithromycin	8-10 mg/kgBB perhari selama 7 har	Untuk pasien yang resisten antibiotik quinolon

Kloramfenikol	100 mg/kgBB per hariselama 14-21 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah lama dikenal efektif dan sering digunakan 2. Murah 3. Sensitivitas masih tinggi 4. Pemberian per oral atau intravena
Ceftriaxone	75 mg/kgBB per hariselama 10-14 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama pemberian pendek 2. Dapat digunakan dengan dosis tunggal 3. Aman untuk anak-anak 4. Pemberian secara intravena

Amoxicilin	75-100 mg/kgBBselama 14 hari	Spektrum luasdan aman bagi ibu hamil
Cefotaxime	80 mg/kgBB selama 10- 14 hari	
Kotrimoksazol	8- 40mg/kgBBselama14 hari	1. Tidak mahal 2. Pemberian secara per oral
Fluoroquinolon	20 mg/kgBBselama 7- 14 hari	Tidak diberikan pada anak- anak karena dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan kerusakan sendi

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

1. Ciprofloxacin dan ofloxacin

Antibiotik golongan fluoroquinolone (ciprofloxacin, ofloxacin, dan pefloxacin) adalah terapi untuk demam tifoid yang efektif, dengan tingkat kesembuhan klinis 98%, 4 hari waktu untuk penurunan demam, dan kurang dari 2% tingkat

kekambuhan dan fecal carrier, namun diperuntukan demam tifoid yang disebabkan karena fluoroquinolone dengan isolate tidak resisten.

2. Cefixime

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

3. Azithromycin

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

4. Kloramfenikol

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

5. Ceftriaxone

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

6. Amoxicilin

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

2.2.1. Definisi Kompres Hangat

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

Kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. Dalam keperawatan menurut (Andormoyo, 2013).

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

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

2.2.2 Manfaat kompres air hangat

- 1) Melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran di jaringan tersebut
- 2) Pada otot, panas memiliki efek menurun ketegangan.

- 3) Meningkatkan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan kapiler (Fauziyah, 2013).

2.2.2. Cara pemberian kompres air hangat

- a) Persiapkan alat dan bahan Hot water bag (buli-buli) atau kain yang dapat menyerap air.
- b) Air hangat dengan suhu 38 °C sampai 40 °C.
- c) Thermometer air.
- d) Sarung tangan
- e) Baskom dan handuk kering

2.2.3. Tahap kerja kompres air hangat

- a) Cuci tangan
- b) Jelaskan pada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- c) Masukkan air ke dalam botol atau masukkan kain, lalu diperas
- d) Tempatkan botol atau kain di daerah yang terasa nyeri dan berikan
- e) Angkat botol atau kain setelah 15 menit, dan lakukan kompres ulang jika nyeri belum teratasi
- f) Kaji perubahan yang terjadi selama kompres dilakukan.

- **Suhu Tubuh**

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. (Potter dan Perry, 2005).

Pengaturan suhu dikendalikan oleh keseimbangan antara pembentukan panas dan kehilangan panas (Guyton & Hall, 2007). Ada dua jenis suhu :

1. Core temperatur (Suhu inti)

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

2.Surface temperature

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

2.2.4. Gangguan atau masalah kebutuhan kompres hangat

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

Kaji adanya riwayatpenyakit lain/pernah menderita penyakit seperti ini sebelumnya

1) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

a. Pemeriksaan Fisik

1. Pengkajian umum

a) Tingkat kesadaran: composmentis, apatis, somnolen,supor, dankoma

b) Keadaan umum : sakitringan, sedang, berat

c) Tanda-tanda vital,normalnya: Tekanan darah : 95 mmHg

Nadi : 60-120 x/menit

Suhu : 34,7-37,3 0C

Pernapasan : 15-26 x/menit

2. Pengkajian sistem tubuh

a) Pemeriksaan kulit dan rambut

Kaji nilai warna, turgortekstur dari kulit dan rambut pasien

b) Pemeriksaan kepala dan leher

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

c) Pemeriksaan dada

1) Paru-paru

Inspeksi : kesimetrisan, gerak napas
Palpasi : kesimetrisan taktil fremitus
Perkusi : suara paru (pekak, redup, sono, hipersonor, timpani)
Auskultasi : suara paru

2) Jantung

Inspeksi : amati iktus cordis
Palpasi : raba letak iktus cordis
Perkusi : batas-batas jantung
Auskultasi : bunyi jantung

d) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : keadaan kulit, besar dan bentuk abdomen, gerakan
Palpasi : hati, limpha teraba/tidak, adanya nyeri tekan
Perkusi : suara peristaltic usus Auskultasi : frekuensi bising usus

e) Pemeriksaan ekstremitas

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

b. Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan

1. Riwayat prenatal : ibu terinfeksi TORCH selama hamil, preeklamsi, BB ibu tidak naik, pemantauan kehamilan secara berkala.

Kehamilan dengan resiko yang tidak dipantau secara berkala dapat mengganggu tumbanganak

2. Riwayat kelahiran : cara melahirkan anak, keadaan anak saat lahir, partus lamadan anak yang lahir dengan bantuan alat/ forcep dapat mengganggu tumbanganak
3. Pertumbuhan fisik : BB (1,8-2,7kg), TB (BB/TB, BB/U, TB/U), lingkarkepala (49-50cm), LILA, lingkar dada, lingkar dada > dari lingkar kepala,
4. pemeriksaan fisik : bentuk tubuh, keadaan jaringanotot (cubitan tebal untuk pada lengan atas, pantat dan juga paha mengetahui lemak subkutan), keadaan lemak (cubitan tipis pada kulit dibawah tricep dan subskapular), tebal/ tipis dan juga mudah / tidak akarnya dicabut, gigi (14- 16 biji), ada tidaknya udem, anemia dan gangguan lainnya.
5. Perkembangan : melakukan aktivitas secara mandiri (berpakaian) , kemampuan anak berlari dengan seimbang, menangkap benda tanpa jatuh, memanjat, melompat, menaiki tangga,menendang bola dengan seimbang, egosentris dan menggunakan kata ” Saya”, menggambar lingkaran, mengerti dengan kata kata,bertanya, mengungkapkan kebutuhan dan keinginan, menyusun jembatan dengan kotak –kotak.

c. Riwayat imunisasi

d. Riwayat sosial: bagaimana klien berhubungan dengan orang lain.

e. Tumbuh kembang pada anak usia 6-12 tahun

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

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

b. Kognitif

- 1) Dapat berfokus pada lebih dan satu aspek dan situasi Dapat mempertimbangkan sejumlah alternatif dalam pemecahan masalah

- 2) Dapat membelikan cara kerja dan melacak urutan kejadian kembali sejak awal
- 3) Dapat memahami konsep dahulu, sekarang dan yang akan datang

c. Bahasa

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

f. Pengkajian Pola Fungsional Gordon

1. Pola persepsi kesehatan manajemen kesehatan

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

2. Pola nutrisi metabolik

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

3. Pola eliminasi

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

4. Pola aktivitas latihan

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

5. Pola istirahat tidur

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola tidur klien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidur klien, apa ada gangguan tidur dan penggunaan obat-obatan untuk mengatasi gangguan tidur.

6. Pola kognitif persepsi

Yang perlu dikaji adalah fungsi indra klien dan kemampuan persepsi klien.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

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

8. Pola peran hubungan

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

9. Pola reproduksi dan seksualitas

Kaji adakah efek penyakit terhadap seksualitas anak.

10. Pola koping dan toleransi stress

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

11. Pola nilai dan kepercayaan

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

1. Diagnosa keperawatan:

- Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif d.d pasien merasa lemah (D0023)
- Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan d.d nafsu makan menurun (D0019)
- Hipotermia b.d kerusakan hipotalamus d.d kulit terasa dingin (D0131)
- Termoregulasi tidak efektif b.d proses penyakit d.d suhu tubuh fluktuatif (D0149)
- Nyeri b.d agen pencedera fisiologis d.d tampak meringis (D0077)

- Intoleransi aktivitas b .d kelemahan d.d merasa lemah (D0056)
- Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare,muntah (D0037)

2.3. Intervensi keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipovolemia	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan inervensi selama 1 x 8 jam masalah hipovolemia dapat teratasi.</u></p> <p><u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Turgor kulit membaik</u> <u>-Output urine meningkat</u> <u>-Berat badan menurun</u> <u>-Perasaanlemah menurun</u> <u>-Membran mukosa meningkat</u> <u>-Kadar Hb membaik</u> <u>-Kadar Ht membaik</u> <u>-Suhu tubuh membaik</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen hipovolemia <p>Tindakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, madi teraba lemah,tekanan darah menurun, turgor kulit menurun,membrane mukosa kering,hematokrit meningkat,haus,lemah) - Monitor intake dan output cairan <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hitung kebutuhan cairan - Berikan asupan cairan - Berikan posisi <i>modified Trendelenburg</i> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>K :</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonic (mis. RL)- Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, Nacl 0,4%)
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis.albumin, plasmaneta) - Kolaborasi pemberian produk darah • Manajemen syok hipovolemik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kardiopulmnal(frekuensi dan kekuatan nadi) - Monitor status oksigenasi - Monitor status cairan <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan jalan napas paten - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen - Berikan posisi syok - Ambil sampel darah untuk pemeiksaan darah lengkap dan elektrolit <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 liter pada dewasa - Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20ml/BB pada anak - Pemberian transfusi darah,jika perlu
--	--	--	---

			<p>Tindakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor frekuensi dan kekuatan nadi- Monitor tekanan darah- Monitor berat badan- Monitor elastisitas atau turgor kulit- Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine- Monitor intake dan output cairan- Monitor kadar albumin dan protein total
--	--	--	--

			<p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan,jika perlu
2.	Devisit Nutrisi	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan intervensi 1 x 24 jam masalah devisit nutrisi dapat teratasi.</u> <u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Berat badan meningkat</u> <u>-Nafsu makan membaik</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Nutrisi <p>Tindakan :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

		<u>-Membran mukosa menurun</u> <u>-Diare menurun</u>	<ul style="list-style-type: none">- Monitor asupan makanan- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
--	--	---	---

		<p><u>-Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</u></p> <p><u>-Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</u></p>	<p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu • Promosi berat badan <p>Tindakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Monitor adanya mual dan muntah- Monitor jumlah kalori yang di konsumsi sehari-hari- Monitor berat badan- Monitor albumin,limfosit,dan elektrolit serum <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none">- Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan,jika perlu- Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Hidangkan makanan secara menarik- Berikan suplemen,jika perlu
--	--	--	--

			<p>E :</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi namun tetap terjangkau- Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
--	--	--	---

3.	Hipotermia	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan intervensi</u> 1x 24 jam masalah <u>hipotermia</u> <u>dapat teratasi</u></p> <p><u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Pucat menurun</u> <u>- Vasokonstriksi perifer</u> <u>menurun</u> <u>-Pengisian kapiler membaik</u> <u>-Tekanan darah membaik</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Hipotermia <p>Tindakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia - Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang hangat (mis. atur suhu ruangan) - Lakukan penghangatan aktif eksternal - Lakukan penghangatan aktif internal <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan makan/minum hangat
----	------------	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian analgetik <p>Tindakan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik nyeri - Identifikasi riwayat alergi obat - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik - Monitor efektifitas analgesik <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Tetapkan target efektifitas analgesik <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
--	--	--	---

4.	Nyeri Akut	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam masalah nyeri akut dapat teratasi</u></p> <p><u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Gelisah menurun</u> <u>-Kesulitan tidur menurun</u> <u>-Muntah menurun</u> <u>-Mual menurun</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Nyeri <p>Tindakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasilokasi ,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi espon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
----	------------	--	---

			<p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan stratgi meredakan nyeri <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Jelskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakn analgetik secara tepat <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
--	--	--	--

5.	Intoleransi Aktivitas	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setela dilakukan intervensi</u> <u>selam 1x24 jam masalah</u> <u>intoleransi aktivitas dapat</u> <u>teratasi</u></p> <p><u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Perasaan lemah membaik</u> <u>-Kekuatan tubuh bagian atas</u> <u>-Kekuatan tubuh bagian</u> <u>bawah membaik</u> <u>-Tekanan darah</u> <u>membaik</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi Aktivitas <p>Tindakan :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi deficit tingkat aktivitas - Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu - Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan - Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas - Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang
		<p><u>Frekuensi napas membaik</u></p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi focus pada kemampuan , bukan deficit yang dialami - Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas - Fasilitasi memilih aktivita dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial - Koordinasikan pemelihan aktivitas sesuai usia - Fasilitasi makna yang dipilih - Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai - Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan - Fasilitasi aktivitas pengganti bsaat mengalami keterbatasi waktu, energy, atau gerak - Fasilitasi tingkat motorik kasar untuk pasien hiperatif - Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot- Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu- Jadwalkan aktivitas dalam rute nitas sehari-hari- Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika
--	--	--	--

			<p>perlu</p> <ul style="list-style-type: none">- Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih- Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan- Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai- Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai- Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu
--	--	--	---

6	Termoregulasi Tidak Efektif	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam masalah termogulasi tidak efektif dapat teratasi</p> <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat - Vasokonstriksi perifer - Kadar glukosa darah - Tekanan darah - Pengisian kapiler - Suhu tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulasi Temperature <p>Tindakan :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu - Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi - Monitor warna dan suhu kulit - Monitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu - Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang
---	-----------------------------	---	--

			<p>adekuat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesuaikan suhu lingkungan pasien <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan cara pencegahan heart stroke - Jelaskan cara pencegahan terpapar udara dingin <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian anti
--	--	--	---

2.3 Implementasi

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

2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan

klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan criteria hasl, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembalike dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk :

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

Pengkajian

A. Identitas Klien

Nama : An.G

MRS : 6 Februari 2020

Ruang : Rawat Inap Anak

No. Rek. Medis : 016.88.73

Dx. Medis : Demam Thypoid

Tgl/Jam Pengkajian : 7 Februari 2020/ 10.00 WIB

B

A

B

I

I

I

T

I

N

J

A

U

A

N

K

A

S

U

S

Tempat/ tanggal lahir : Bungo, 10 oktober 2006
Nama ayah/Ibu : Tn.A / Ny.A
Pekerjaan Ayah : Buruh
Pekerjaan Ibu : IRT
Alamat : Jl. Sungai Buluh, RT 03 / RW 10
Suku Bangsa : Minang
Agama : Islam
Biaya ditanggung oleh : Umum

Penanggung Jawab : Orang tua
Nama : Ny. A
Umur : 28 tahun

Pekerjaan : IRT

Alamat : Jl. Sungai Buluh, RT 03 / RW 10

a) Alasan Masuk

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

b) Riwayat kesehatan

Ibu pasien mengatakan pasien demam sudah 1 minggu yang lalu, saat ini pasien mengatakan tubuhnya merasa lelah, dan semalam pasien gelisah tidak bisa tidur, tadi pagi pasien mengatakan mencret sedikit dan pasien makan hanya sedikit dan hanya menghabiskan ^{1/2} dari porsi. Suhu pasien 35,6 C, konjungtiva pasien tampak anemis, nadi 116 x/i, pernafasan 37 x/i, TD 96/79 mmhg. Nafsu makan pasien berkurang dan juga kurang minum, mukosa mulut pasien tampak kering dan suhu tubuh pasien tidak stabil

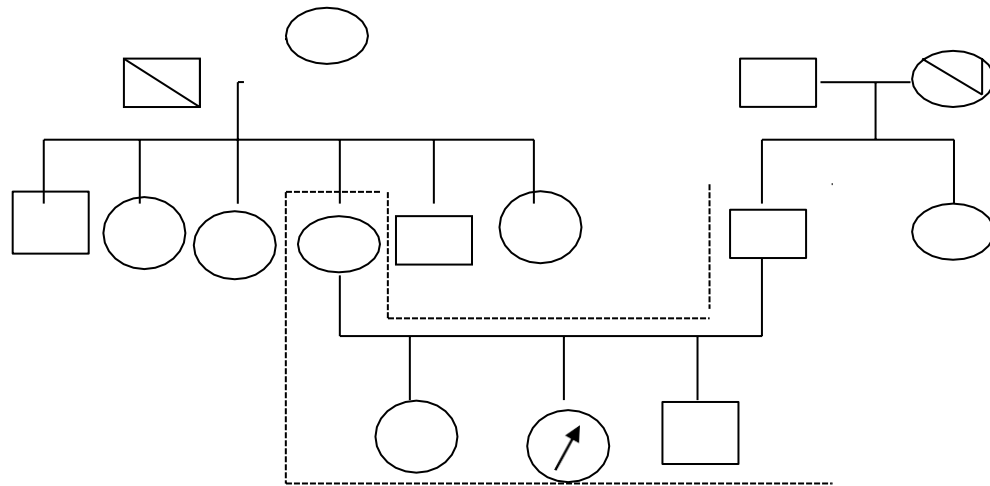
c) Riwayat kesehatan dahulu

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

d) Riwayat kesehatan keluarga

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


B. Genogram





Ket :

 : Meninggal

 : Meninggal

 : Laki – laki

 : Perempuan

 : Pasien

..... : Tinggal Serumah

Ibu pasien mengatakan beliau anak keempat dari 6 bersaudara, orang tua laki-laki ibu pasien sudah meninggal. Dan ayah pasien memiliki 1 saudara perempuan, ayah pasien merupakan anak pertama dan orang tua ayah pasien yang perempuan sudah meninggal dan tinggal yang laki-laki. Pasien memiliki 3 saudara, pasien merupakan anak ke dua. Pasien tinggal serumah dengan ibu, ayah, kakak dan adeknya.

A. Pola Persepsi Dan Penanganan Kesehatan:

Persepsi terhadap penyakit :

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

B. Penggunaan:

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

C. Riwayat Sosial

1. Hubungan dengan anggota keluarga.

Ibu pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik yaitu anak dapat berinteraksi dengan ayah dan ibunya sebaliknya juga dengan keluarga - keluarga yang lain.

2. Hubungan dengan teman sebaya.

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

3. Pembawaan secara umum.

Pasien tampak kurang kooperatif dengan perawat dikarenakan kondisi pasien.

4. Lingkungan rumah.

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

D. Pola Nutrisi / Metabolisme

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

E. Pola Eliminasi

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

F. Pola Aktivitas / Olahraga

1. Mandi.

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

2. Aktifitas bermain.

Ibu mengatakan sewaktu dirumah An.G sangat aktif bermain dan sangat banyak aktifitas yang dilakukannya dirumah seperti mengaji d sore hari.

Selama di rumah sakit An.G hanya bisa berbaring di tempat tidur karena tubuhnya merasakan pegal dan lemah.

G. Pola Istirahat Tidur

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

H. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

GCS 15

BB/TB :20 kg /124 cm

Tanda-tanda vital

Suhu :37,5°C

Nadi

:90 x/menit

Pernafasan :28 x/menit

Tekanan darah :128/85 mmHg

1. Kepala.

a) Rambut

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

b) Mata

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

c) Telinga

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

d) Hidung

Hidung pasien bersih tidak terdapat serumen, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terdapat polip, pernafasan 28 x/menit.

e) Mulut dan gigi

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

2. Leher.

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

3. Thorax.

a) Paru-Paru

I : Pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada menggunakan oto bantu

pernafasan, tidak menggunakan cuping hidung, pernafasan 28x/menit

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

P : Sonor

A : Irama pernaf

b) Jantung

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

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

P : Redup

A : Suara jantung terdengar S1 S2, lup lup

4. Abdomen.

I : Perut pasien simetris, tidak terdapat lesi

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

P : Timpani

A : Suara peristaltik terdengar, bising usus ± 10 x/menit

5. Punggung.

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

6. Ekstremitas.

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

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

Kekuatan Otot :

5555		5555
<hr/>		
5555		5555

7. Genetalia.

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

8. Integumen.

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

I. Pemeriksaan Penunjang.

Pemeriksaan Hematologi.

Tanggal 10 februari 2020

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

Tanggal 11 februari 2020

Parameter	Satuan	Nilai Rujukan
-----------	--------	---------------

HGB	8,3	[g/dL]	P 13,0 – 16,0
WBC	3,86	[10 ³ /uL]	W 12,0 – 14,0
RBC	3,18	[10 ⁶ /uL]	P 4,5 – 5,5
MCV	72,6 -	[fL]	W 4,0 – 5,0
HCT	23,1 -	[%]	P 40,0 – 48,0
		[10 ³ /uL]	
PLT	20 *	[10 ³ /uL]	W 37,0 – 43,0

LYMPH# 0,60 *

Tanggal 12 februari 2020

Parameter

	Satuan	Nilai Rujukan
HGB 12,6	[g/dL]	P 13,0 – 16,0
WBC 7,23	[10 ³ /uL]	W 12,0 – 14,0

RBC	4,59	[10 ⁶ /uL]	P 4,5 – 5,5
MCV	75,2 -	[fL]	W 4,0 – 5,0
HCT	34,5	[%]	P 40,0 – 48,0
PLT	24 *	[10 ³ /uL]	W 37,0 – 43,0

p. Therapy

1. Paracetamol $\frac{1}{2}$ 3x1 per oral
2. Kcl 500 mg 3x1 per oral
3. Cefotaxime 900 mg 2x
4. Lasix 20 mg
5. RL 3 cc/jam 18 t.p.m
6. Nacl 3% 130 cc (habis dalam 6 jam)

Data Fokus

Data Subjektif :

1. Ibu mengatakan nafsu makan pasien menurun
2. Ibu mengatakan pasien mual dan muntah
3. Ibu mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah

4. Ibu mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil

5. Ibu mengatakan pasien kurang minum(dehidrasi)

6. Ibu mengatakan pasien lelah

7. Ibu mengatakan badan pasien terasa pegal

8. Ibu mengatakan berat badan pasien menurun

9. Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sepenuhnya

10. Ibu mengatakan tubuh pasien terasa hangat

11. Ibu mengatakan pasien lemas

12. Ibu mengatakan pasien mual dan muntah

13. Ibu mengatakan pasien sakit pada perutnya

14. Ibu mengatakan pasien seringkali pusing

Data Objektif :

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

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

Analisa data

No	Data	Masalah	Etiologi
----	------	---------	----------

1	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan nafsu makan pasien menurun • Ibu mengatakan BB pasien turun • Ibu mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makanannya • BB pasien tampak menurun 18 kg saat ditimbang • Pasien menolak saat diberi makan • Mukosa bibir pasien tampak pucat • TD : 100/70 mmHg <p>N : 81 kali/menit P : 24 kali/menit</p>	Defisit Nutrisi	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)
---	---	-----------------	---

	<p>S : 37,5°C</p> <p>IMT : BB / TB^2</p> <p>$18 / (124)^2 = 11,7$</p> <p>Status nutrisi pada An. G adalah gizi kurang.</p>		
--	--	--	--

2	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan suhu tubuh pasien naik pada pagi hari dan turun pada malam hari • Ibu mengatakan tubuh pasien hangat <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak pada pagi hari suhunya 38,1°C dan 	Termogulasi Tidak Efektif	Proses penyakit (mis. infeksi)
	<p>pada malam hari suhunya 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak pucat • Pasien tubuhnya teraba hangat 		

3	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sebagian • Ibu mengatakan pasien lelah • Ibu mengatakan tubuh pasien pegal - pegal <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak aktifitasnya dibantu sebagian • Pasien tampak lemah • Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur 	Intoleransi Aktifitas	Kelemahan
---	--	-----------------------	-----------

4	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien lemas • Ibu mengatakan pasien mual dan muntah <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah terlihat dari aktifitas yang dibantu oleh keluarga • Pasien tampak muntah sedikit dan mengeluarkan makanan yang baru saja dimakannya • Leukosit pasien tampak rendah 4,19 pada hari 	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit</p>	<p>Muntah</p>
---	--	--	---------------

	kedua leukosit pasien 3,86 dan pada hari ketiga leukosit pasien menjadi 7,23		
--	---	--	--

Prioritas masalah

1. Defisit Nutrisi b.d Faktor psikologis ditandai dengan BB menurun dan nafsu makan menurun
2. Termoregulasi Tidak Efektif b.d Proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat
3. Intolerans Aktifitas b.d Kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah
4. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d Diare ditandai dengan mual dan muntah

**RENCANA ASUHAN
KEPERAWATAN**

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Devisit Nutrisi b/d psikologis (keengganan untuk ditandai dengan nafsu menurun dan BB menuru	<u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan intervensi 3x</u> <u>maka devisit nutrisi membaik d</u> <u>Kriteria Hasil :</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Berat badan membaik</u> • <u>Frekuensi makan memb</u> • <u>Pengetahuan tentang</u> <u>makanan yang sehat me</u> • <u>Porsi makan yang dih</u> <u>meningkat</u> 	➤ Manajemen Nutrisi Tindakan : O : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi makanan yang disukai • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium T : <ul style="list-style-type: none"> • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang s • Berikan suplemen makanan, jika perlu • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu E : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk, jika mampu K :

			<ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika per• Kolaborasi pemberian medikasi sebelum maka perlu
--	--	--	--

	<p>Termoregulasi tidak Efektif proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka termoregulasi tidak efektif membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pucat menurun • Vasokonstriksi perifer membaik • Kadar glukosa darah membaik • Tekanan darah membaik • Pengisian kapiler membaik • Suhu tubuh membaik <p>Hipertermi dan hipotermi</p>	<p>Regulasi temperature</p> <p>Tindakan :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu • Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan • Monitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat • Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien • Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat) <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan cara pencegahan hipotermi dan hipertermi karena terpapar udara dingin • Anjurkan tirah baring <p>K :</p>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu• Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intra vena, jika perlu
--	--	--	--

3.	Intoleransi Aktivitas kelemahan ditandai perasaan mengeluh lelah dan lemah	<u>Tujuan :</u> <u>Setela dilakukan intervensi</u> <u>3x24 jam maka intoleransi a</u> <u>membai dengan Kriteria Hasil</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Perasaan lemah menurun</u> • <u>Kekuatan tubuh bagian meningkat</u> • <u>Keluhan lelah menurun</u> • <u>Tekanan darah</u> 	<p>➤ Terapi Aktivitas Tindakan :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu • Monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinasikan pemeliharaan aktivitas sesuai usia • Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan • Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai
		<u>membai</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Frekuensi nafas membai</u> 	<p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu • Jadwalkan aktivitas dalam rute nitas sehari-hari • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih • Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan atas partisipasi dalam aktivitas <p>K :</p>

4.	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b/d Diare dengan mual dan muntah	<p><u>Tujuan :</u></p> <p><u>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka ketidakseimbangan elektrolit m</u></p> <p><u>dengan kriteria hasil :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Serum natrium membaik</u> • <u>Serum kalium membaik</u> • <u>Serum klorida membaik</u> • <u>Serum kalsium membaik</u> 	<p>➤ <u>Pemantauan elektrolit Tindakan :</u></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit • Monitor kadar elektrolit serum • Monitor mual, muntah dan diare • Monitor kehilangan cairan, jika perlu
			<p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan k pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan

			E :
--	--	--	-----

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Catatan Perkembangan

Nama : An.G

Hari : 1

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
----	--------------	----------	-----	--------------	----------

1.	Kamis	Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengg untuk makan) ditand dengan nafsu makan menurun dan BB me	14.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi alergi intoleransi makanan Dari hasil identifikasi, pasien memiliki riwayat alergi m tetapi memiliki intoeransi m seperti mual setelah makan • Mengidentifikasi makanan disukai Dari hasil identifikasi, pasien makanan seperti ayam goreng 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien menu <input type="checkbox"/> Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan satu kemudian muntah <input type="checkbox"/> Ibu pasien mengatakan BB pasien turun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak menghabiskan porsi ma • BB pasien 18 kg saat ditimbang • Pasien menolak saat diberi makan <p>A : defisit nutrisi tetap P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor asupan makanan <input type="checkbox"/> Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <input type="checkbox"/> Berikan suplemen makanan
			15.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor asupan makanan • Memonitor BB 	
			15.10	BB pasien turun, BB pasien s sehat 23 kg, sewaktu sak ditimbang BB pasien 18 kg	
			16.15		

1.	Kamis	Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat	16.00 16.03 16.10	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suhu tubuh anak tiap dua jam, (S : 36,3 C, 37,5 C,38,1 C) • Memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi (TD : 100/70 mmHg, pernafasan : 24 x/m) • Memonitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia (hipotermi: yang dirasakan pasien badan pasien dingin, akral dingin, menggigil. Hipertermi : yang dirasakan pasien badan terasa hangat, akral hangat,) • Jelaskan cara pencegahan hipotermia atau hipertermia karena terpapar lingkungan (kompres hangat) • udara dingin/panas (jagalah agar tetap kering, gunakan pakaian yang sesuai dengan kondisi cuaca yang dirasakan pasien, gunakan topi, sarung tangan, kaus kaki,dan bot ketika akan beraktivitas 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil • Ibu mengatakan pasien lelah • Ibu mengatakan tubuh pasien hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh pasien tampak tidak stabil • Pasien tampak lemah • TD : 110/70 mmHg • Pernafasan : 26 x/menit <li style="padding-left: 20px;">Suhu : 36,3°C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termoregulasi tidak efektif masih <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika diperlukan • Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan, dan
----	-------	---	---------------------------------	--	--

			16.25		
--	--	--	-------	--	--

1.	Kamis	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai perasaan mengeluh dan merasa lemah	14.36 14.40 15.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu (pasien tidak ada semangat dalam melakukan aktifitas) • Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas (pasien tidak respon emosional, fisik, maupun spiritual dalam melakukan aktifitas apapun) • Mengkoordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia (mengajarkan pada ibu pasien bagaimana cara melempar, menangkap, dan mengenggam suatu benda) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan badan pasien lelah dan letih • Ibu mengatakan aktifitas pasien dibantu sepenuhnya • Ibu mengatakan badan pasien teras pegal <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah, lesu • Pasien tampak aktifitasnya dibantu Ibu
----	-------	--	---------------------------------	--	--

			15.35	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi aktivitas rutin kebutuhan (Menyanyakan pasien aktifitas apa yang dilakukannya sesuai dengan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanya tampak berbaring di tempat tidur • TD : 100/80 mmHg
--	--	--	-------	--	---

--	--	--

yang dibutuhkan)

• Pernafasan	:	23
--------------	---	----

			15.40	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan aktivitas fisik memelihara berat badan, jika • Melibatkan keluarga dalam a jika perlu 	<p>x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu : 37,9°C <p>A : Intoleransi aktifitas masih tetap</p>
			16.03	<ul style="list-style-type: none"> • Menjadwalkan aktivitas 	
			16.15	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan metode rutenitas sehari-hari 	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola dan jam tidur
			16.36	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika • Mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipi 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor kelelahan
			16.52		<p>fisik dan em</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tan • Terapi aktifitas

2.	Jumat	Defisit Nutrisi berhub dengan faktor psikolo (keengganan untuk m ditandai dengan nafsu menurun dan BB men	08.10 09.07	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor asupan makanan sudah mau makan 1/3 porsi makanan kesukaannya • Anjurkan posisi duduk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien sud makan tapi hanya sedikit • Ibu pasien mengatakan pasien hanya mau makan dengan makanan kesukaannya • Ibu pasien mengatakan BB pasien <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah mau makan kira sendok • Pasien tampak mau makan dengan makann kesukaannya • BB pasien masih 18 kg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sudah mau makan dan menghabisk porsi makanannya
----	-------	---	--	---	---

					<ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan a untuk menentukan kalori dan jenis yang dibutuhkan
2.	Jumat	Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan proses penyembuhan (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suhu tubuh an dua jam, (S : 37,5 C) • Memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi (TD : 100 mmHg, pernafasan : 24 x/m) • Memonitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia (hipotermi: yang dirasakan pasien badan pasien dingin, akral dirianggigil. Hipertermi : yang dirasakan pasien badan terasa hangat, akral hangat,) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan suhu pasien sudah stabil • Ibu mengatakan pasien tidak lelah lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh pasien normal 37,5°C • Pasien tampak bergerak • TD : 110/70 mmHg • Pernafasan : 26 x/menit

					A : Termoregulasi tidak mulai berkurang
--	--	--	--	--	---

					<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, perlu • Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi
2.	Jumat	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai perasaan mengeluh dan merasa lemah		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas (pasien tidak ada respon emosional, fisik, maupun spiritual dalam melakukan aktifitas apapun) • Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu (pasien tidak ada semangat dalam melakukan aktifitas) • Mengkoordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia (mengajari pada ibu pasien bagaimana cara melempar, menangkap, dan mengenggam suatu benda 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan sudah mulai bergerak • Ibu mengatakan pasien sudah bisa sendiri • Ibu mengatkan badan pasien sudah me <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah beraktifitas • Pasien tampak menyuap makanan sendiri • Pasien tampak sudah bisa duduk

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none">• Meningkatkan aktivitas fisik memelihara berat | |
|--|--|--|--|---|--|

				<p>badan, jika sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjadwalkan aktivitas rutenitas sehari-hari • Mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipi 	<ul style="list-style-type: none"> • TD : 100/80 mmHg • Pernafasan : 23 x/menit • Suhu : 37,9°C <p>A : Intoleransi aktifitas dapat diatasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola dan jam tidur • Monitor tanda vital • Terapi aktifitas
2.	Jumat	Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditata dengan mual dan mu		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kadar elektrolit serum <p>Didapatkan hasil : Kalium 3,1 mEq/l</p> <p>Natrium 123,5 mEq/l</p> <p>Klorida 94,0%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor mual, muntah dan • Memonitor kehilangan cairan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien lemas • Ibu pasien mengatakan mual dan muntah • Ibu pasien mengatakan sakit pada perutnya • Ibu pasien mengatakan seringkali pusing

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Mengatur interval pemantauan sesuai dengan pasien• Mendokumentasikan pemantauan• Menjelaskan tujuan dan | |
|--|--|--|---|--|

O :

- Pasien tampak

				prosedur pemantauan	<p>lemah terlihat dari aktifitas yang dibantu oleh keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis mengatakan sakit perut kepada ibunya • Pasien tampak gelisah dan menangis karena p <p>A : resiko ketidakseimbangan elektrolit masih tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kadar elektrolit serum • Monitor mual, muntah dan diare • Monitor kehilangan cairan
3.	Sabtu	Devisit Nutrisi b/d psikologis (keengg untuk makan) ditand		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor asupan makanan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan sudah mau

		dengan nafsu makan menurun dan BB me			<p>1/3 porsi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dengan makanan kesukaanny • Ibu pasien mengatakan BB masih 18 kg <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah mau makan 1 • Pasien tampak mau makan dengan mak kesukaannya • BB pasien masih 18 kg <p>A : defisit nutrisi, pasien sudah menghabiskan setengah porsi makanannya</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	---	--	--	--

3.	Sabtu	Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suhu tubuh anak tiap jam, (S : 37,5 C) • Memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi (TD : 100 mmHg, pernafasan : 24 x/m) • Memonitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia (hipotermi: yang dirasakan pasien badan pasien dingin, akral dingin menggigil. Hipertermi : yang dirasakan pasien badan terasa hangat, akral hangat,) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan suhu pasien sudah normal • Ibu mengatakan pasien tidak lelah lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh pasien normal 37,5°C • Pasien tampak bergerak • TD : 110/70 mmHg • Pernafasan : 26 x/menit <p>A : Termoregulasi tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
3.	Sabtu	Intoleransi		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor 	S :

		Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan		emosional, fisik, so spiritual terhadap akt pasien tidak ada emosional, fisik,	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien bisa bergerak seperti biasa
--	--	---	--	---	--

		perasaan mengeluh dan merasa lemah		<p>maupun spiritual dalam melakukan aktifitas apapun)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu (pasien tidak ada semangat dalam melakukan aktifitas) • Mengkoordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia (mengajari pada ibu pasien bagaimana cara melempar, menangkap, dan mengenggam suatu benda • Menjadwalkan aktivitas dan rutinitas sehari-hari 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien bisa makan dan pakai sendiri • Ibu mengatakan badan sudah membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah kembali beraktifitas • Pasien tampak dan pakai baju sendiri • Pasien tampak bisa duduk sendiri • TD : 100/80 mmHg • Pernafasan : 23 x/menit • Suhu : 37,9°C <p>A : Intoleransi aktifitas t</p>
--	--	------------------------------------	--	---	--

						P : Intervensi dihentikan
--	--	--	--	--	--	---------------------------

3.	Sabtu	Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditatalaksana dengan mual, dan muntah		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor mual, muntah dan • Memonitor kehilangan cairan • Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien • Mendokumentasikan pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien tidak lemas lagi • Ibu pasien mengatakan pasien tidak mual dan muntah • Ibu pasien mengatakan pasien tidak sakit perut lagi • Ibu pasien mengatakan pasien tidak pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih tenang
----	-------	---	--	--	--

						<p>A : resiko ketidakseimbangan elektrolit masih</p> <p>P : Intervensi dioverkan kepada perawat lain</p>
--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Analisis masalah keperawatan konsep kasus terkait

4.1.1. Pengkajian.

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

1. Pemeriksaan fisik:

a) Kesadaran

Secara teoritis menurut Nursalam (2008), kesadaran pasien composmentis, keadaan

umum lemah, hal ini sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan bahwa kesadaran pasien yaitu composmentis dengan Glasgow Coma Scale (GCS) 15 E (Respon membuka mata spontan): 4, V (Respon verbal): 6 M (Respon motorik): 5, hal ini terjadi karena pada saat pengkajian pasien bisa merespon secara spontan, kemudian pasien bisa berorientasi dan menjawab pertanyaan perawat dengan baik, dan juga pasien bisa mengikuti perintah seperti diminta untuk mengangkat tangan, karena pasien tidak infeksi akut yang mengakibatkan syok dan mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran (Nursalam,2005)

b) Head to toe

- **Kepala**

Secara teoritis yang dikaji bentuk, kebersihan rambut, adanya pembengkakan,

sementara pada saat pengkajian data yang didapat rambut pasien tampak lepek dan

berbau, hal ini disebabkan karena pasien tidak mandi selama sakit, pasien hanya dilap tubuhnya.

- Mata

Secara teoritis, yang dikaji adalah konjungtiva tidak anemis, kesimetrisan mata, reaksi pupil, kornea dan lapang pandang, sementara pada tinjauan kasus didapatkan bahwa mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, tidak ada oedem, dan lapang pandang normal.

- Telinga

Secara teoritis, pemeriksaan telinga dilakukan secara inspeksi dan palpasi, nyeri tekan, tidak ada peradangan, dan penumpukan serumen, sementara data yang didapatkan pada tinjauan kasus bahwa telinga simetris kiri dan

kanan, daun telinga halus, kuat dan dapat digerakkan, tidak ada nyeri tekan, terdapat sedikit secret, dan pendengaran baik,

- Hidung

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

- Gigi dan mulut

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

- Leher

Secara teoritis, pemeriksaan leher yaitu bentuk leher kesimetrisan, tidak ada peradangan, perubahan warna, massa, tidak teraba kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, sedangkan data yang didapatkan pada tinjauan kasus bentuk leher simetris, tidak ada peradangan, tidak ada massa, tidak teraba adanya pembengkakan kelenjer tiroid, dan tidak ada

pembesaran vena jugularis, hal ini disebabkan tidak ada kaitannya dengan demam thypoid.

2. Pemeriksaasn penunjang.

Secara teoritis, pasien anak dengan demam thypoid dilakukan pemeriksaan seperti

pemeriksaan darah tepi, dan serologi, pada tinjauan kasus juga dilakukan pemeriksaan yang sama dengan teoritis seperti HGB 11,5 RBC 4,37 HCT30,9 WBC 4,19 dan pemeriksaan serologi tubext test, hal ini disebabkan agar tidak terjadi kesalahan intervensi, pemeriksaan tersebut bisa menjadi data penunjang sebuah diagnosa.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan. Pada resiko masalah kesehatan atau proses kehidupan.

Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 diagnosa keperawatan, sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 4 diagnosa keperawatan. Diagnose keperawatan demam typhoid menurut teori SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu :

- **Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)**

ditandai dengan nafsu makan menurun dan BB menurun

Data pendukung diagnosa pertama yaitu saat dilakukan pengkajian pada hari kamis 20 Juni 2019, ibu pasien mengatakan pasien tidak mau makan, ibu pasien mengatakan bibir pasien pecah-pecah, dan ibu pasien mengatakan BB pasien turun,

selain itu pasien juga tampak lemah, pasien tampak menolak saat diberikan makanan dan pasien tampak hanya menghabiskan 1/3 porsi makanannya. Hal ini terjadi karena disebabkan oleh bakteri salmonella typhii yang menyerang sistem

pencernaan yang dapat mengakibatkan pasien mual muntah, nafsu makan menurun, berat badan pasien menurun, dan status gizi pasien kurang $IMT : BB/(TB)^2 = 20(1.24)^2 = 11,7$ (Brunner and Sudart, 2014)

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

Data pendukung kedua yaitu saat dilakukan pengkajian ibu pasien mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil, ibu mengatakan pasien merasa lelah, selain itu pasien juga tampak lemah, pasien juga tampak pagi hari suhunya 38,1°C dan pada malam hari suhunya 36,5°C. Hal ini terjadi karena bakteri salmonella typhii menyerang tubuh pasien yang dapat menyebabkan demam meningkat perlahan-lahan dan terutama pada sore hingga malam hari (Widodo djoko, 2009)

- **Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan**

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

- **Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah**

ditandai dengan mual dan muntah

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

salmonella thypii yang menyerang sistem pencernaan yang menyebabkan pasien mual muntah, dan merasa lemas.

Diagnosa pada teori yang tidak ditemukan dikasus :

- Defisit Volume Cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan.

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini, pada saat pengkajian pada An.G ibu pasien mengatakan anak mencret tapi hanya sekali sewaktu drumah sakit dan ibu mengatakan Hb pasien waktu itu rendah.

- Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).

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

- Hipotermia berhubungan berat badan ekstrem.

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

Sedangkan secara teoritis kemungkinan diagnosa yang muncul adalah :

- Defisit volume cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan
- Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)
- Hipotermia berhubungan dengan berat badan ekstrem
- Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi)
- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

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

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama pasien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2004).

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

- Untuk diagnosa pertama

Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan nafsu makan yang menurun dan BB yang menurun maka rencana tindakan yang akan dilaksanakan perawat adalah manajemen nutrisi seperti menanyakan makanan kesukaan pasien dan makanan yang tidak disukai pasien agar nutrisi pasien dapat terpenuhi. Rencana yang akan dilakukan untuk memenuhi nutrisi pada pasien sehingga nantinya diharapkan BB ideal, nafsu makan pasien membaik, pasien tidak lemas lagi (Hidayat, 2006)

- Untuk diagnosa kedua

Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. injeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat rencana yang dilakukan manajemen kompres panas selama lebih kurang 3 menit, manajemen cairan,

pemantauan tanda vital seperti TD : 100/70 mmHg, N : 81 kali/menit, RR : 24 kali/menit, S : 38,1°C. Rencana yang akan dilakukan untuk menurunkan suhu pasien ialah kompres Hangat, supaya suhu pasien bisa kembali normal dan teratur (Aru W. Sudoyo, 2009)

- Untuk diagnosa ketiga

ntoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah, rencana yang dilakukan manajemen program latihan seperti menanyakan kepada pasien aktifitas apa saja yang bisa dilakukannya, pemantauan tanda vital, pemberian obat intravena, promosi dukungan keluarga seperti dorongan dari keluarga supaya pasien bisa beraktifitas sendiri, promosi latihan

fisik, terapi aktifitas seperti melempar dan menangkap suatu benda yang diberikan, manajemen nyeri. Rencana tersebut dilakukan supaya pasien tidak merasa lemah dan lelah, aktifitas pasien dapat terlaksanakan dengan baik tujuannya yaitu supaya pasien bisa bergerak dan melakukan sesuatu dengan sendirinya (Nurarif & Kusuma, 2015)

- Untuk diagnosa keempat

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

Untuk mencapai perawatan tersebut, beberapa prinsip yang dapat dilakukan perawat antara lain, menurunkan atau mencegah dampak perpindahan dari

keluarga, meningkatkan kemampuan orangtua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah atau mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis), tidak melakukan kekerasan pada anak, dan modifikasi lingkungan fisik.

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

5. Implementasi Keperawatan

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

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

- Untuk diagnosa pertama

Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan nafsu makan yang menurun dan BB menurun maka implementasi yang dilakukan perawat adalah mengidentifikasi alergi dan intoleransi makan, memonitor asupan makanan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium,

berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, menganjurkan posisi duduk jika mampu, pemantauan nutrisi, mengidentifikasi makanan yang disukai, makanan yang disukai pasien ayam goreng dan yang tidak disukai pasien ikan laut, menjelaskan tujuan prosedur pemantauan (ibu tujuan pemantauan nutrisi agar nutrisi pasien terpenuhi).

- Untuk diagnosa kedua

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

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

- Untuk diagnose ketiga

Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah, implementasi yang dilakukan perawat adalah Terapi Aktifitas, Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu (pasien tidak ada semangat dalam melakukan aktifitas), Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas (pasien tidak ada respon emosional, fisik, sosial, maupun spiritual dalam melakukan aktifitas apapun), Memfasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan (Menanyakan pada pasien aktifitas apa yang bisa dilakukannya sesuai dengan apa yang dibutuhkannya),

Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu, Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari, Menganjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi

- Untuk diagnosa keempat

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

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses. Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. pada kasus An.G yang dirawat diruang rawat inap anak RSUD H.Hanafie Muara Bungo dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu dari 4 diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, keseluruhan diagnosa keperawatan telah teratasi. Untuk diagnosa pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam masalah defisit nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan) masih tetap dengan hasil perubahan pasien sudah mulai menghabiskan porsi makanan yang diberikan dan snack yang disediakan oleh rumah sakit (Hidayat, 2006)

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

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

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

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

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Pengkajian, Pemeriksaan fisik, Penentuan diagnosa, Perencanaan, Implementasi, Evaluasi dan Dokumentasi tentang Asuhan Keperawatan pada An.G dengan penerapan kompres hangat pada demam thypoid di Ruang Anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

- 5.1.1 Typhus abdominalalis atau demam typhoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7 hari, gangguan pada saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7 hari, gangguan pada saluran cerna, gangguan kesadaran, dan lebih banyak menyerang pada anak usia 12-13 tahun tanda dan gejalanya adalah demam, suhu tubuh tidak stabil sudah lebih satu minggu, nyeri kepala dan perut, mual dan muntah.
- 5.1.2. Data yang didapat saat pengkajian pada hari jumat 7 february 2020 jam 10.00 WIB, ibu pasien mengatakan pasien mengalami mencret semenjak SMRS. Frekuensi BAB ± 3 kali perhari. BAB nya berwarna coklat, encer dan berlendir, terdapat ampas, darah tidak ada. Pasien juga mual muntah, berisi apa yang dimakan dan disertai demam ± 1 minggu SMRS, Suhu $38,7^{\circ}\text{C}$, demam naik turun, tidak ada berkeringat. Mukosa bibir pasien tampak kering dan pasien tampak pucat.
- 5.1.3. Diagnosa keperawatan yang muncul dalam asuhan keperawatan pada An.G dengan Demam Typhoid di ruangan rawat inap anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2020, devisit nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan), termoregulasi tidak efektif b/d proses penyakit(mis.infeksi), intoleransi aktifitas b/d kelemahan, devisit volume cairan b/d

kekurangan intake cairan, nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis(mis. inflamasi,iskemia,neoplasma), hipotermia b/d berat badan ekstrem.

Muncul enam diagnosa keperawatan dimana ada empat diagnose keperawatan sesuai dengan teori dan ada dua diagnosa keperawatan yang tidak sesuai antar kasus dengan teori, karena disesuaikan dengan kondisi pasien ada 4 diagnosa yang mendukung untuk ditegakkan diagnosa keperawatan tersebut.

- 5.1.4. Pada rencana tindakan keperawatan meliputi No, Diagnosa Keperawatan, Tujuan dan Kriteria Hasil, Intervensi, yang dalam penyusunan disesuaikan dengan teori dan memodifikasi tindakan keperawatan melihat kondisi pasien dengan mengikut sertakan keluarga pasien. Dari perencanaan yang disusun oleh penulis, perencanaan untuk enam diagnose keperawatan disusun sesuai dengan SDKI, SLKI, SIKI.
- 5.1.5. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini pada umumnya telah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap pelaksanaan ini penulis menerapkan pengetahuan dan keterampilan berdasarkan teori yang ada. asuhan keperawatan dan yang diberikan secara berkesinambungan dan terus- menerus, penulis selalu bekerjasama dengan perawat ruang, pasien dan keluarga. Pada kasus ini pelaksanaannya sudah sesuai dengan kondisi pasien tanpa menyimpang dari perencanaan yang telah dibuat. Adapun faktor pendukung dari pelaksanaan adalah adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain dengan penulis.
- 5.1.6. Evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Pasca evaluasi proses penulis menilai jalannya proses keperawatan sesuai dengan situasi, dan kebutuhan pasien. sedangkan evaluasi hasil mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis dalam rencana keperawatn pasien.
- 5.1.7. Pada saat penulis melakukan pendokumentasian penulis melakukan pengumpulan data pada saat pengkajian, menganalisis data untuk menegakkan diagnose, menyusun intervensi sesuai rencana yang telah

dilakukan dan perawat melakukan evaluasi dari implementasi yang sudah diberikan.

5.2. Saran

5.2.1. Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.2 Bagi Penulis

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

5.2.3. Bagi Rumah Sakit RSUD H. Hanafie Muara Bungo

Diharapkan pihak rumah sakit khususnya ruangan Anak dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada petugas kesehatan khususnya perawat untuk melakukan asuhan keperawatan pada anak yang lebih baik lagi.

5.2.4. Bagi Pasien

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

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, D. 2013. *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak*. Jakarta : Salemba Medika
- Arief Mansjoer (2010), *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi 4, Jakarta : Media Aesculapius.
- Aru W, Sudoyo. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid II, edisi V*. Jakarta: Interna Publishing.
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi 1. EGC. Jakarta
- Bare & Smeltzer. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart (Alih bahasa Agung Waluyo)* Edisi 8 vol.3. Jakarta :EGC
- Brunner, Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah* Edisi 12. Jakarta : EGC. Direktorat Bina Gizi
- Fadhillah Harif , 2018. *SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)*. Jakarta
- Galuh, 2014. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Demam Tifoid Pada Anak Di RSUD Tugurejo Semarang*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Handayani, 2017. *Kejadian Demam Typoid Di Wilayah Puskesmas Karang Malang*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Hilda, 2013. *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan Diri Dan Kebiasaan Jajan Di Rumah*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Kemenkes RI. 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Kemenkes
- Ri. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes
- Ri Kohlberg, Lawrence. *Tahap-Tahap Perkembangan Moral*. Yogyakarta: Kanisius, 1968.
- Mansur, H. 2008. *Psikologi Ibu dan Anak untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Noer, Syaifullah. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi II. Jakarta; EGC
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction

Siti F. Higiene dan Sanitasi Makanan. Semarang: Universitas Negeri Semarang Press;2005.24.Arisman. Keracunan Makanan : Buku Ajar Ilmu Gizi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC;2009.

Soegijanto,S. Ilmu Penyakit Anak, Diagnosa & Penatalaksanaan. Jakarta: Salemba Medika;2002.14.

Sudigdo S, Noerhamzah W. Buku Kumpulan Sajian Kasus. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 1996.

Sumarmo S, Garna H, Sri RSH, Hindra IS. Buku Ajar Infeksi & Pediatrik Tropis. Jakarta: Badan Penerbit IDAI;2002.

Supartini. Y. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC

Wawan A, Dewi M. Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.

Widodo, D. (2010). *Ilmu Penyakit Dalam jilid 3 eds 5*. Jakarta: Internal Publishing. Wilkinson, J. M. (2011). *Diagnosis Keperawatan edisi 9*. Jakarta: EGC

Widodo D. Demam Tifoid. In; Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiadi S, editors, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. 5th ed. Jakarta Interna Publishing,2009;p.2797-805

World Health Organization. Fact sheet on Typhoid. 2008. [cited 2011 Oktober 5] Availablefrom:www.who.int/immunization/topics/typhoid/en/index.htm 12.Typhoid fever in: *Control of Communicable Diseases*. An officialreport of the American public health association Washington, DC 17th edition.2000:535-41.3.Crump JA, Mintz ED. The Global Burden of Typhoid Fever. *Bulletin of the World Health Organization*.

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

LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : Onny Novita Veronika Sijabat




NIM : 1914901768

Program Studi : Profesi Ners

Peminatan : Keperawatan Dasar Profesi

Pembimbing I : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

Judul KIAN : PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG ANAK RSUD H.HANAFIE MUARA BUNGO

Bbg ke :	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing I
I		Konsul judul → sec Seuaikan dengan jurnal tipe aplikasi penemuan tindakan keperawatan	
II		Konsul Bab 1 Perbaiki latar belakang & tambahkan keterkaitan dg KD	
III		Konsul Bab 1 - 2 Perbaiki teoritis & tambahkan askep teoritis KD	

IV		Konsul Bab 3 Perbaiki Laporan Kasus & sesuaikan dg buku SPMI, SLKI, SIKI	gfr
V		Konsul Bab 4 & 5 Perbaiki pembahasan & tambahkan analisis jurnal & teri	gfr
		Konsul Bab 1-5 Acc & urutkan	gfr

LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : Onny Novita Veronika Sijabat


NIM : 1914901768

Program Studi : Profesi Ners

Peminatan : Keperawatan Keluarga

Pembimbing II : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Judul KIAN : PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG ANAK RSUD H.HANAFIE MUARA BUNGO

Bbg ke :	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing II
I		fee judul	
II		Konsul Bab 3	
III		Konsul Bab 1 - 2	
IV		Konsul Bab 3	
V		Konsul Bab 1-5	

		Konsep bab 1-5	
		Ada upaya	↓

LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : Onny Novita Veronika Sijabat, S.Kep

NIM : 1914901768

Program Studi : Profesi Ners

Peminatan : Keperawatan KDP

Penguji I : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Judul KIAN : PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN
KEPERAWATAN ANAK DENGAN DEMAM THYPOID
DI RUANG ANAK RSUD H.HANAFIE MUARA BUNGO

Bbg ke :	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Penguji
I		Pertanyaan modul dan bab 3 Rantai sarna	A
II		Ace	A
III			
IV			
V			

