

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. Z DENGAN DEMAM TYPHOID
DIRUANGAN ANAK RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2019**



Oleh

RAHMAT FAUZAN
NIM : 1614401021

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. Z DENGAN DEMAM TYPHOID
DIRUANGAN ANAK RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2019**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



Oleh

RAHMAT FAUZAN

NIM: 1614401021

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : RAHMAT FAUZAN

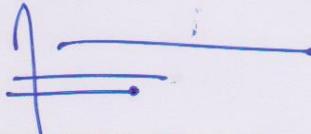
NIM : 1614401021

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada An.Z dengan Demam
Typoid Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr.
Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III keperawatan STIKes Perintis Padang.

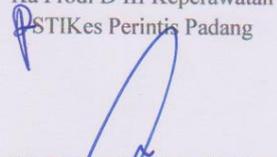
Bukittinggi, 10 Juli 2019

Pembimbing,



Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed
NIK : 1420106116893011

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M. Kep
NIK. 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : **RAHMAT FAUZAN**

NIM : **1614401021**

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan pada An.Z dengan Demam
Typoid Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi Tahun 2019**

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya keperawatan Program Studi D III keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 10 Juli 2019

Dosen Penguji

Penguji I,



Ns. Andrye Fernandes, M.Kep, Sp.Kep, An
NIK : 1420120078509053

Penguji II,



Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed
NIK : 1420106116893011

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019**

**Rahmat Fauzan
1614401021**

**Asuhan Keperawatan Pada An.Z Dengan Demam Typhoid Di Ruangan
Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.**

(x + V BAB + 112 Halaman + 4 Tabel + 1 Skema + 1 Gambar + 2 Lampiran)

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 Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 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.Z 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.Z yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi 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 : 27 (2000 – 2018)**

*Padang Perintis School of Health Sciences
DIII Nursing Study Program
Scientific Writing, July 2019*

*Rahmat Fauzan
1614401021*

Nursing In An.Z With Typhoid Fever In Children's Room, Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi In 2019.

(x + V Chapter + 112 Pages + 4 Tables + 1 Scheme + 1 Picture + 2 Attachments)

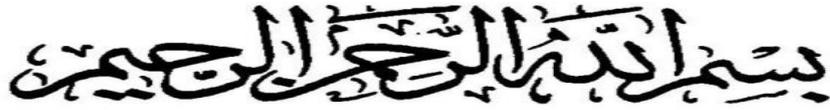
ABSTRACT

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 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 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.Z, 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.Z, 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 : *27 (2000 – 2018)*

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan KTI ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada An. Z Dengan Demam Typoid Diruangan Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019”**. KTI ini diajukan untuk menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan. Dalam penyusunan KTI ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga penyusunan KTI ini dapat di selesaikan :

1. Terima kasih kepada bapak (almarhum) Dr. H .Rafki Ismail M.Ph selaku pendiri kampus.
2. Bapak Yohandes Rafki, S.H, selaku ketua Yayasan Perintis Padang, yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan.
3. Bapak Yendrizal Jafri S.Kp M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang dan juga selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan maupun saran serta dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI ini.
4. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep, selaku Ka Prodi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

5. Ibuk Ns. Susi Dewi Yanti, S.Kep selaku pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu untuk memberi pengarahan, bimbingan, motivasi maupun saran serta dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI ini.
6. Kepada Tim Penguji KTI yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, kritik maupun saran demi kesempurnaan KTI ini.
7. Dosen dan Staff Prodi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama penulis dalam pendidikan.
8. Semua pihak yang dalam kesempatan ini yaitu doa yang tidak hentinya yang diberikan oleh Kedua Orang Tua saya beserta seluruh anggota keluarga besar saya, dan seluruh uni-uni perawat senior diruangan Anak RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah banyak memberikan ilmu tentang perawatan anak, dan teman spesial saya Anita Sasra yang selalu setia dan sabar dalam memotivasi dan mengajari serta berperan banyak dalam masa pendidikan ini, selanjutnya teman-teman D III keperawatan angkatan 2016 yang paling kompak, dan tidak dapat seluruhnya disebutkan namanya satu persatu yang telah banyak membantu baik dalam penyusunan KTI ini maupun dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa didalam penulisan KTI ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan Penulis. Untuk itu Penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan KTI ini. Atas bantuan yang diberikan penulis mengucapkan terima kasih. Semoga bimbingan, bantuan, dan dorongan yang telah diberikan mendapat imbalan dari Allah SWT aamiin.

Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga KTI ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang D III Keperawatan.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Bukittingi, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR SKEMA.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penelitian	
1.2.1 Tujuan Umum	6
1.2.2 Tujuan Khusus	6
1.3 Manfaat Penelitian	
1.3.1 Bagi Institusi Pendidikan	7
1.3.2 Bagi Penulis	7
1.3.3 Bagi Rumah Sakit	8

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Tumbuh Kembang Pada Anak	
2.1.1 Konsep Dasar Keperawatan Anak.....	9
2.1.2 Defenisi Tumbuh Kembang	14
2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang	14
2.1.4 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Manusia.....	17
2.1.5 Perkembangan	17
2.2 Konsep Dasar Typhoid	
2.2.1 Pengertian	26
2.2.2 Anatomi dan Fisiologi.....	29
2.2.3 Etiologi.....	36

2.2.4	Manifestasi Klinis	37
2.2.5	Patofisiologi	39
2.2.6	Pemeriksaan Penunjang.....	42
2.2.7	Penatalaksanaan	43
2.2.8	Komplikasi	44
2.3	Asuhan Keperawatan	
2.3.1	Pengkajian	44
2.3.2	Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul	51
2.3.3	Rencana Asuhan Keperawatan.....	52
2.3.4	Implementasi	60
2.3.5	Evaluasi	60

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	
3.1.1	Identitas Klien	61
3.1.2	Alasan Masuk	62
3.1.3	Riwayat Kesehatan Sekarang	62
3.1.4	Riwayat Kesehatan Dahulu	62
3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga	63
3.1.6	Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran	64
3.1.7	Riwayat Sosial	64
3.1.8	Kebutuhan Dasar	65
3.1.9	Pemeriksaan Fisik	67
3.1.10	Pemeriksaan Tingkat Perkembangan	70
3.1.11	Data Penunjang	71
3.2	Prioritas Masalah	77
3.3	Intervensi.....	78
3.4	Implementasi Dan Evaluasi	81

BAB IV PEMBAHASAN

4.1	Pengkajian.....	94
4.1.1	Pemeriksaan Fisik	95
4.1.1	Pemeriksaan Penunjang.....	97

4.2 Diagnosa Keperawatan	98
4.3 Intervensi Keperawatan.....	101
4.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi	104
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	106

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	109
5.2 Saran	112

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nama Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Gejala Dan Tanda Typoid.....	38
Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan.....	52
Tabel 3.2 Rencana Asuhan Keperawatan.....	78
Tabel 3.3 Implementasi Dan Evaluasi.....	81

DAFTAR SKEMA

Nama Skema	Halaman
Skema 2.1 Patway.....	41

DAFTAR GAMBAR

Nama gambar	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi.....	29

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Riwayat Hidup
- Lampiran 2 : Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus
- Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit menular merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah kasus sebanyak 22 juta pertahun didunia dan menyebabkan 216.000–600.000 kematian. Studi yang dilakukan didaerah 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 10x 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).

Demam tifoid merupakan penyakit pencernaan yang menyerang usus halus. Dari data WHO didapatkan perkiraan jumlah kasus demam tifoid mencapai angka 17 juta kasus, data yang dikumpulkan melalui surveilans saat ini di Indonesia terdapat 600.000–1,3 juta kasus tifoid setiap tahunnya dengan lebih dari 20.000 kematian. Tercatat anak yang berusia 3-19 tahun mencapai angka 91% terhadap kasus demam tifoid (WHO, 2012). Dan pada tahun 2014

diperkirakan terdapat 21 juta kasus demam tifoid pada anak, dan 200.000 diantaranya meninggal (WHO, 2014).

Di Indonesia demam tifoid masih menjadi penyakit endemik, data pada tahun 2010 menunjukkan bahwa kasus demam tifoid menduduki peringkat ketiga dari sepuluh jenis penyakit pada pasien rawat inap diseluruh Indonesia. *Case Fatality Rate* (CFR) demam tifoid pada tahun 2010 sebesar 0,67% (KemenKes, 2011). Demam tifoid menurut karakteristik responden tersebar merata menurut umur, akan tetapi prevalensi demam tifoid banyak ditemukan pada umur 5-14 tahun yaitu sebesar 1,9% dan paling rendah pada bayi sebesar 0,8% (Riskesdas, 2013).

Data yang didapat dari buku laporan tahunan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi khususnya diruangan rawat inap anak tentang penyakit typhoid pada anak tahun 2017 sebanyak 23 orang, pada tahun 2018 sebanyak 20 orang. Berdasarkan hasil wawancara dengan salahsatu perawat diruangan anak didapat data tentang penyakit typhoid selama 6 bulan terakhir ini yaitu sebanyak 7 orang.

Perilaku individu yang kurang benar, seperti kebiasaan-kebiasaan yang tidak mencuci tangan sebelum makan, serta tidak mencuci tangan setelah buang air besar dan kebiasaan mengkonsumsi makanan produk daging dan sayuran yang tidak matang, mengkonsumsi buah yang tidak dicuci dengan air, minum air yang tidak direbus, serta menggunakan alat makan dan minum yang tidak bersih berisiko terinfeksi bakteri *Salmonellatyphi* sehingga penyakit demamtifoid bisa menular (Masitoh, 2013).

Anak usia sekolah merupakan masa yang aktif, sekolah merupakan pengalaman pendidikan memperkuat dunia anak dan merupakan transisi dari kehidupan yang secara bebas bermain kehidupan dengan bermain, belajar dan bekerja secara struktur (Perry & Potter, 2009).

Kebiasaan yang ditemui pada anak sekolah ketika istirahat mereka bermain dan membeli jajanan yang tidaksehat seperti jajanan ditepi jalan, dan juga ketika akan makan jajanan tersebut kebanyakan anak-anak tidak mencuci tangan, mereka biasa makan-makanan dengan tangan yang belum tentu bersih, halini dapat memicu terjadinya penyakit saluran pencernaan salah satunya yaitu penyakit tifoid yang disebabkan oleh bakteri *salmonellathypi*. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Hilda, 2013 tentang analisis risiko kejadian demamtifoid berdasarkan kebersihan diri dan kebiasaan jajan dirumah dapat disimpulkan bahwa kebiasaan mencuci tangan sesudah buang air besar yang baik, kebiasaan mencuci tangan sebelum makan yang baik, kondisi kuku jari tangan pendek bersih, jarang jajan saat di rumah, membeli jajan di swalayan, membeli jajan dengan keadaan kemasan jajan tertutup saat di rumah mampu menurunkan risiko kejadian demam tifoid pada anak usia 7–12 tahun.

Dan juga diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Galuh, 2014 tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian demam tifoid pada anak di RSUD Tugurejo Semarang yang hasilnya mayoritas pasien yang mengalami demam tifoid berada di rentang usia 5-10 tahun (56,2%), status gizi baik (89,3%), diikuti riwayat demam tifoid, sebelumnya (84,3%). Hasil analisi

bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan variabel usia terhadap kejadian demam tifoid (OR=4,667 ; P=0,001). Tidak terdapat hubungan signifikan variabel status gizi (OR= 0,796; P=0,072) dan riwayat demam tifoid sebelumnya (OR=2,073; P=0,346) terhadap kejadian demam tifoid.

Serta penelitian yang dilakukan oleh Handayani, 2017 tentang kejadian demam typhoid di wilayah puskesmas Karang Malang yang hasilnya adalah ada hubungan antara pendapatan keluarga ($\rho=0.043$), kebiasaan sebelum mencuci tangan sebelum makan ($\rho=0.027$), kebiasaan mencuci tangan setelah BAB ($\rho=0.028$), kebiasaan mengkonsumsi makanan diluar penyediaan rumah ($\rho=0.026$), kondisi tempat sampah ($\rho=0.034$), kondisi saluran air limbah ($\rho=0.043$), riwayat kontak dengan penderita demam typhoid ($\rho=0.037$), dan tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan penyimpanan makanan masak di rumah, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan di makan langsung, sarana air bersih dengan kejadian demam tifoid.

Komplikasi yang ditimbulkan oleh perkembangan bakteri *Salmonella thypi* pada usus adalah perdarahan usus, melena, pavorasi usus, peritonitis sedangkan untuk komplikasi pada organ lain adalah meningitis, kolesistitis, ensefalopati, bronkopneumoni. Tugas perawat dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi yaitu dengan cara memberikan HE (*helt education*), memberikan terapi diet dan intervensi perawat dalam hal ini pemberian nutrisi per-oral yang

bertujuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan mencegah terjadinya penurunan berat badan.

Salah satu masalah yang timbul pada pasien demam tifoid yaitu hipertermia. Hipertermi adalah suatu Keadaan dimana seorang individu mengalami peningkatan suhu tubuh di atas $37,8^{\circ}\text{C}$ peroral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ 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 norma adalah termoregulasi. 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 (Librianty, 2014).

Untuk itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada An. Z dengan Demam Typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa memahami dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada An. Z dengan Demam Typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019 dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa memahami konsep demam typoid pada anak.
2. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian pada An. Z dengan demam typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
3. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa pada An. Z dengan demam typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

4. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan pada An. Z dengan demam typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
5. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada An. Z dengan demam typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
6. Mahasiswa mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada An. Z dengan demam typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
7. Mahasiswa mampu membandingkan konsep teori dengan kasus yang diangkat dan dilaksanakan pada An. Z dengan demam typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi, khususnya mengenai asuhan keperawatan pada An. Z dengan Demam Typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019. Dan juga sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan anak bagi peserta didik khususnya Prodi D III Keperawatan Stikes Perintis Padang. Hasil dari proses dapat menjadi dasar atau data yang mendukung untuk bahan pengajaran ilmu keperawatan anak.

1.3.2 Bagi Penulis

Manfaat penelitian bagi penulis adalah menambah wawasan penelitian tentang asuhan keperawatan pada An. Z dengan Demam Typoid di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.

1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada petugas kesehatan khususnya perawat untuk melakukan asuhan keperawatan pada anak.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Tumbuh Kembang Pada Anak

2.1.1 Konsep Dasar Keperawatan Anak

a. *Atraumatic Care*

1) *Pengertian Atraumatic Care*

Menurut Supartini (2004), dalam Debbi (2013), *Atraumatic care* merupakan bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanpelayanan kesehatan anak melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun psikologis yang dialami anak maupun orang tua.

Perawatan terapeutik dapat dilakukan melalui tindakan pencegahan, penerapan diagnostik, pengobatan dan perawatan baik pada kasus akut maupun kronis dengan intervensi mencakup pendekatan psikologis (Supartini, 2004, dalam Debbi, 2013).

2) *Prinsip Atraumatic Care*

Menurut Hidayat (2005) dalam Debbi (2013), ada beberapa prinsip perawatan *atraumaticcare* yang harus dimiliki oleh perawat anak, yaitu:

a) Menurunkan /mencegah dampak perpisahan dari keluarga

Dampak perpisahan dari keluarga, anak akan mengalami gangguan psikologis seperti: kurangnya kasih sayang,

kecemasan, ketakutan, gangguan ini akan menghambat proses penyembuhan anak dan juga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

- b) Meningkatkan kemampuan orangtua dalam mengontrol perawatan pada anak

Perasaan kehilangan kontrol dapat dicegah dengan menghindari pembatasan fisik jika anak kooperatif terhadap petugas kesehatan.

- c) Mencegah /mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampakpsikologis)

Proses pengurangan rasa nyeri sering tidak dapat dihilangkan namun dapat dikurangi melalui teknik farmakologi (seperti prinsip penggunaan obat enam benar) dan teknik nonfarmakologi (seperti mempersiapkan psikologi anak dan orang tua).

- d) Tidak melakukan kekerasan pada anak

Kekerasan pada anak menimbulkan gangguann psikologis yg sangat berarti dalam kehidupan anak. Apabila itu terjadi pada saat anak dalam proses tumbuhkembang maka kemungkinan pencapaian kematangan akan terhambat,dengan demikian tindakan kekerasan pada anak sangattidak dianjurkan karena akan memperberat kondisi anak.

- e) Modifikasi lingkungan fisik

Modifikasi ruang perawatan anak dapat dilakukan dengan cara membuat situasi ruang anak yang bernuansa anak, seperti menempelkan gambar tokoh kartun, dinding ruangan berwarna cerah, dan terdapat hiasan mainan anak.

b. *Family Center Care (FCC)*

1) Pengertian *Family Center Care (FCC)*

Family Center Care (FCC) didefinisikan oleh *Association for the Care of Children's Health (ACCH)* sebagai filosofi dimana pemberi perawatan meningkat dan melibatkan peran penting dari keluarga, dukungan keluarga akan membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu pilihan yang terbaik serta dapat meningkatkan pola normal yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit dan menjalani penyembuhan

Family Center Care didefinisikan menurut Hanson dalam Yetti, dkk (2018) sebagai pendekatan inovatif dalam merencanakan, melakukan dan juga mengevaluasi tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada manfaat hubungan antara perawat dan keluarga yaitu orang tua.

2) Tujuan *Family Center Care*

Tujuan penerapan konsep *Family Center Care* dalam perawatan anak, menurut Brunner and suddarth (1986) dalam Yetti, dkk (2018) adalah memberikan kesempatan bagi orangtua untuk merawat anak mereka selama dalam proses hospitalisasi dengan

pengawasan dari perawat sesuai dengan aturan yang telah berlaku.

Selain itu *FamilyCenterCare* juga bertujuan untuk meminimalkan trauma selama perawatan anak dirumahsakit dan juga meningkatkan kemandirian sehingga peningkatan kualitas hidup dapat tercapai.

3) Elemen *Family Center Care*

Menurut Shelton (1987) dalam Yetti, dkk (2018) terdapat beberapa elemen *Family Center Care*, yaitu: perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan anak, memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan perawat disemua tingkat pelayanan kesehatan, menghormati keanekaragaman ras, etnis budaya dan juga sosial ekonomi dalam keluarga, mengakui kekuatan keluarga dan juga individualitas, memberikan informasi yang lengkap dan juga jelas kepada orang tua dan juga secara berkelanjutan dengan dukungan penuh, mendorong dan juga memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung, memahami dan juga menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak-anak, remaja dan juga keluarga kedalam sistem perawatan kesehatan, menerapkan kebijakan yang komprehensif dan juga program yang memberikan dukungan emosional dan juga keuangan untuk memenuhi kehidupan keluarga, dan juga merancang sistem perawatan kesehatan yang fleksibel.

4) Prinsip *Family Center Care*

a) Martabat dan Kehormatan

Praktisi keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan juga pilihan pasien. Pengetahuan, nilai, kepercayaan, dan juga latar belakang budaya pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan juga intervensi keperawatan.

b) Berbagi informasi

Praktisi keperawatan berkomunikasi dan juga memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga.

c) Partisipasi

Pasien dan juga keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan juga pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.

d) Kolaborasi

Pasien dan keluarga juga termasuk kedalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi, dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian keperawatan (Potter & Oerry, 2007 dalam Yetti, dkk, 2018).

2.1.2 Definisi Tumbuh Kembang

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan (*growth*) adalah merupakan peningkatan jumlah terbesar sel diseluruh bagian tubuh selama sel-sel tersebut membelah diri dan mensintesis protein-protein yang baru, menghasilkan penambahan jumlah dan juga berat secara keseluruhan /sebagian. Dalam pertumbuhan manusia juga bisa terjadi perubahan ukuran, berat badan, bahkan tinggi badan, ukuran tulang dan gigi, serta perubahan secara kuantitatif dan perubahan fisik pada diri manusia itu. Dalam pertumbuhan manusia terdapat peristiwa percepatan dan juga perlambatan. Peristiwa ini merupakan kejadian yang adadalam setiap organ tubuh.

Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spirituan (Supartini, 2000).

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

1. Faktor keturunan (herediter)

Merupakan modal dasar untuk mencapai hasil akhir proses tumbuh anak melalui instruksi genetik yang dapat ditentukan kualitas dan juga kuantitas pertumbuhan, gangguan pertumbuhan selain disebabkan oleh

kelainan kromosom (contoh : *syndrome Down, Syndrom Turner*) juga disebabkan oleh Faktor lingkungan yang kurang memadai.

- a. Seks : kecukupan dan perkembangan pada anak laki-laki berbeda dengan perempuan
- b. Ras : ras/suku bangsa serta dapat mempengaruhi tumbuh anak, beberapa suku bangsa yang memiliki karakteristik.

2. Faktor lingkungan

a. Lingkungan internal

1) Intelegensi

Pada umumnya intelegensi tinggi, perkembangan lebih baik dibandingkan jika intelegensi rendah.

2) Hormon

Ada 3 hormon yang mempengaruhi anak yaitu somatotropik untuk pertumbuhan tinggibadan terutama pada masa kanak-kanak, hormon tiroid menstimulasi pertumbuhan sel interstitial testis, memproduksi testosterone dan juga ovarium, memproduksi estrogen yang mempengaruhi perkembangan alat reproduksi

3) Emosi

Hubungan yang hangat dengan orang tua, saudara, teman sebaya serta guru berpengaruh terhadap perkembangan emosional, intelektual anak, cara anak berinteraksi dengan keluarga akan mempengaruhi interaksi anak diluar rumah.

b. Lingkungan eksternal

1) Kebudayaan

Budaya keluarga/masyarakat mempengaruhi bagaimana anak mempersepsikan dan juga memahami kesehatan berperilaku hidup sehat.

2) Status social ekonomi

Anak yang berbeda dan juga dibesarkan serta dalam lingkungan keluarga yang sosial ekonomi yang rendah serta banyak punya keterbatasan untuk memenuhi kebutuhan primernya.

3) Nutrisi

Untuk tumbanganak secara optimal memerlukan nutrisi adekuat yang didapat dari dalam makanan bergizi.

4) Iklim/cuaca

Iklim tertentu dapat juga mempengaruhi status kesehatan anak.

5) Olahraga/latihan fisik

Olahraga berdampak pada pertumbuhan dan juga perkembangan psikososial anak.

6) Posisi anak dalam keluarga

Posisi anak sebagai anak tunggal, sulung, anaktengah, anak bungsu akan mempengaruhi pola anak setelah diasuh dan dididik dalam keluarga.

2.1.4 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Manusia

1. Usia sekolah (6-12 tahun)

Kelompok usia sekolah dimana kelompok ini sangat dipengaruhi oleh teman sebayanya. Perkembangan fisik, psikososial, serta mental anak meningkat. Perawat disini membantu memberikan waktu dan energi agar anak dapat mengejar hoby yang sangat sesuai dengan bakat yang ada dalam dirinya tersebut.

2. Remaja (12-18/20 tahun)

Perawat membantu para remaja untuk pengendalian emosi dan juga pengendalian koping pada jiwa mereka saat ini dalam menghadapi konflik.

2.1.5 Perkembangan

Perkembangan (*development*) adalah perubahan secara berangsurangsur dan juga bertambah sempurnanya fungsi alattubuh, meningkatkan dan juga meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan /kedewasaan (*maturation*), dan pembelajaran (*learning*). perkembangan manusia berjalan secara progresif, sistematis dan juga berkesinambungan dengan perkembangan diwaktu yang lalu.

Perkembangan terjadi perubahan dalam bentuk dan juga fungsi kematangan organ mulai dari aspek fisik, serta intelektual dan emosional. Perkembangan secara fisik yang terjadi adalah dengan bertambahnya sempurna fungsi organ. Perkembangan intelektual ditunjukkan dengan kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, dan

berhitung. Perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku social lingkungan anak.

1. **Macam-Macam Perkembangan**

a. **Perkembangan Psikoseksual**

Dalam perkembangan psikoseksual dalam tumbuhkembang dapat dijelaskan beberapa tahap sebagai berikut :

1) **Tahap latensi (6-12 tahun / masa sekolah)**

Tahap ini anak mulai menggunakan energinya untuk mulai aktivitas intelektual dan juga fisik, dalam periode ini kegiatan seksual tidak muncul, penggunaan koping dan mekanisme pertahanan diri muncul pada waktu ini.

2) **Genital (13 tahun keatas / pubertas atau remaja sampai dewasa)**

Tahap ini genital menjadi pusat kesenangan seksual dan juga tekanan, produksi hormon seksual menstimulasi perkembangan heteroseksual, energi ditunjukkan untuk mencapai hubungan seksual yang teratur, pada awal fase ini sering muncul emosi yang belum matang, kemudian berkembang kemampuan untuk menerima dan membericinta

b. **Perkembangan Biologis**

Teori biologisme, biasa disebut juga teori nativisme yang menekankan pentingnya peranan bakat. Pendirian biologisme ini dimulai oleh Leibniz (1646-1716) yang mengemukakan teori kontinuitas yang dilanjutkan dengan evolusionisme. Selanjutnya Haeckel, (1834-1919) seorang ahli

biologi Jerman mengemukakan teori biogenese, yang menyatakan dan menekankan bahwa perkembangan ontogenese (individu) merupakan rekapitulasi dari filogenese.

Para penganut biologisme menekankan pada faktor biologis, menekankan fase-fase perkembangan ini yang harus dilalui. Sedangkan penganut sosiologisme / empirisme menekankan peranan lingkungan pada perkembangan pribadi. Wolf menentang teori biogenese dan mengemukakan teori epigenese, yang menyatakan bahwa perkembangan organisme itu tidak ditentukan oleh performansinya, melainkan ada sesuatu yang baru. William Stern mengemukakan teori konvergensi yang berusaha mensintesakan kedua teori tersebut.

Sebagai makhluk kodrati yang kompleks manusia memiliki inteligensi dan kehendak bebas. Dalam hal perkembangan, pada awalnya manusia berkembang alami sesuai dengan hukum alam. Kemudian perkembangan alami manusia ini menjadi jauh melampaui perkembangan makhluk lain melalui intervensi inteligensi dan kebebasannya.

c. Perkembangan Psikososial

Erik H Erickson mengungkapkan pendapatnya tentang teori tentang perkembangan psikososial diantaranya :

1) *Trust vs mistrust* -- bayi (lahir – 12 bulan)

Anak memiliki indikator positif yaitu belajar percaya pada orang lain, tetapi selain itu ada segi negatifnya yaitu tidak percaya,

menarik diri dari lingkungan masyarakat dan juga bahkan pengasingan. Pemenuhan kepuasan untuk makan dan juga menghisap, rasa hangat dan nyaman, cinta dan juga rasa aman itu bisa menghasilkan kepercayaan. Pada saat kebutuhan dasar tidak terpenuhi bayi akan menjadi curiga, penuh rasa takut, dan tidak percaya. Hal ini ditandai dengan perilaku makan, tidur dan eliminasi yang buruk.

2) Otonomi vs ragu-ragu dan malu (*autonomy vs shame & doubt*) – toddler (1-3 tahun)

Gejala positif dari tahap ini adalah kontrol diri tanpa kehilangan harga diri dan negatifnya anak terpaksa membatasi diri atau terpaksa mengalah. Anak mulai mengembangkan kemandirian dan juga mulai terbentuk kontrol diri. Hal ini harus didukung oleh orang tua, mungkin apabila dukungan tidak dimiliki maka anak tersebut memiliki kepribadian yang ragu-ragu.

3) Inisiatif vs merasa bersalah (*initiative vs guilt*) - pra sekolah (3-6 tahun)

Anak mulai mempelajari tingkat ketegasan dan juga tujuan mempengaruhi lingkungan dan juga mulai mengevaluasi kebiasaan diri sendiri. Disamping itu anak kurang percaya diri, pesimis, pembatasan dan juga kontrol yang berlebihan terhadap aktivitas pribadinya. Rasa bersalah mungkin muncul pada saat akan melakukan aktivitas yang berlawanan dengan orang tua dan

juga anak harus diajari memulai aktivitas tanpa mengganggu hak-hak orang lain

- 4) Industri vs inferior (*industry vs inferiority*) - usia sekolah (6-12 tahun)

Anak mendapatkan pengenalan melalui demonstrasi ketrampilan dan juga produksi bendabenda serta mengembangkan harga diri melalui pencapaian, anak biasanya terpengaruhi oleh guru dan sekolah. Anak juga sering hilang harapan merasa cukup, menarik diri dari sekolah dan teman sebaya.

- 5) Identitas vs bingung peran (*identity vs role confusion*) - remaja (12 - 18 tahun)

Teman sebaya memiliki pengaruh yang sangat besar yang kuat terhadap perilaku anak-anak serta mengembangkan penyatuan rasa diri sendiri, kegagalan untuk mengembangkan rasa identitas dengan kebingungan peran, dan sering muncul dari perasaan tidak adekuat isolasi dan keragu-raguan.

- 6) Intimasi vs isolasi (*intimacy vs isolation*) – dewasa muda (18-25 sampai 45 tahun)

Individu mengembangkan kedekatan dan juga berbagi hubungan dengan orang lain, yang mungkin termasuk pasangannya, ketidakpastian individu mengenai akan mempunyai kesulitan mengembangkan keintiman, individu tidak bersedia /tidak mampu berbagi mengenai diri sendiri hal ini akan menjadikan individu merasa sendiri.

7) Generativitas vs stagnasi atau absorpsi diri – dewasa tengah (45 – 65 tahun)

Absorpsi diri orang dewasa akan direnungi selanjutnya, mengekspresikan kepedulian pada dunia dimasa yang akan datang, perenungan diri sendiri mengarah pada stagnasi kehidupan. Orang dewasa membimbing generasi selanjutnya mengekspresikan kepada dunia dimasa yang akan datang

8) Integritas ego vs putus asa -- dewasa akhir (65 tahun keatas)

Masa lansia dapat melihat kebelakang dengan rasapuas dan penerimaan hidup dan juga kematian, pencaian yang tidak berhasil dalam krisis ini bisa menghasilkan perasaan putusasa karena individu melihat kehidupan sebagai bagian dari ketidakberuntungan.

Selain diketahui bahwa gejala emosi remaja dan masalah remaja lain pada umumnya disebabkan antarlain oleh adanya konflik peran sosial. Disatu pihak ia sudah ingin mandiri sebagai orang dewasa, dan dipihak lain ia masih harus terus mengikuti kemauan orang tua. Rasa ketergantungan pada orang tua dikalangan anak-anak Indonesia lebih besar lagi karena memang dikehandaki demikian oleh orang tua. Konflik peran yang dapat menimbulkan gejala emosi dan juga kesulitan-kesulitan lain pada masa remaja dapat dikurangi dengan memberi latihan-latihan agar anak dapat mandiri sedini mungkin. Dengan kemandiriannya anak dapat memilih jalannya sendiri dan juga ia akan berkembang lebih

mantap. Oleh karena ia tahu dengan tepat saat saat yang berbahaya dimana ia harus kembali berkonsultasi dengan orang tuanya /dengan orang dewasa lain yang lebih tahu dari dirinya sendiri.

d. **Perkembangan Moral**

Moral merupakan bagian yang cukup penting dalam jiwa remaja. Sebagian orang berpendapat bahwa moral bisa mengendalikan tingkah laku anak yang beranjak dewasa sehingga ia tidak melakukan hal hal yang merugikan atau bertentangan dengan kehendak atau pandangan masyarakat. Disisi lain tiadanya moral seringkali dituding sebagai faktor penyebab meningkatnya kenakalan remaja.

Para sosiolog beranggapan bahwa masyarakat sendiri punya peran penting dalam pembentukan moral. W.G. Summer, (1907) salah seorang sosiolog, yang berpendapat bahwa tingkah laku manusia yang terkendali disebabkan oleh adanya kontrol dari masyarakat itu sendiri yang mempunyai sanksi sanksi tersendiri buat pelanggar pelanggarnya. Bayi berada dalam tahap perkembangan moral yang oleh Piaget (Hurlock, 1980) disebut moralitas dengan paksaan (preconventional level) yang merupakan tahap pertama dari tiga tahapan perkembangan moral

Menurut teori Kohlberg, (1968) menyatakan bahwa perkembangan moral meliputi beberapa tahap meliputi :

1. Tingkat premoral (prekonvensional): lahir sampai 9 tahun

Anak menyesuaikan minat diri sendiri dgn aturan, berasumsi bahwa penghargaan /bantuan akan diterimanya, kewaspadaan terhadap moral yang bisa diterima secara sosial, kontrol emosi didapatkan dari luar

2. Tingkat moralitas konvensional : 9-13 tahun

Usaha yang dilakukan untuk menyenangkan orang lain, kontrol emosi didapat dari dalam, anak menyesuaikan diri untuk menghindari penolakan dan juga menghindari kritikan dari yang berwenang.

3. Tingkat moralitas pasca konvensional : 13 tahun sampai meninggal

Individu memperoleh nilai moral yang benar, pencapaian nilai moral yang benar terjadi setelah dicapai formal operasional dan tidak semua orang mencapai tingkatan ini

Konsep kunci untuk memahami perkembangan moral, khususnya teori Kohlberg, ialah internalisasi (*internalization*), yakni perubahan perkembangan dari perilaku yang dikendalikan secara eksternal menjadi perilaku yang dikendalikan secara internal.

e. Perkembangan Spiritual

Sejalan dengan perkembangan sosial, perkembangan keagamaan mulai disadari bahwa terdapat aturan-aturan perilaku yang boleh, harus /terlarang untuk melakukannya. Perkembangan spiritual anak sangat berpengaruh sekali dalam tumbuh kembang anak. Agama sebagai pedoman hidup anak untuk masa yang akan datang. Selain itu, moral

seorang anak juga dapat dibentuk melalui perkembangan spiritual. Anak diberi pengetahuan adanya kepercayaan terhadap Tuhan YME sesuai dengan kepercayaan yang dianut orangtua. Karena agama seorang anak itu diturunkan/diwariskan oleh orang tuanya.

Para ahli berpendapat bahwa perkembangan spiritual dibagi menjadi 3 tahapan yaitu :

1) Masa kanak-kanak (sampai tujuh tahun)

Tanda-tandanya antara lain: sikap keagamaan resepsif meskipun banyak bertanya, pandangan ke-Tuhanan masih dipersonifikasikan, penghayatan secara rohaniah masih belum mendalam meskipun mereka telah melakukan kegiatan ritual.

2) Masa anak sekolah

Tanda-tandanya antara lain: sikap keagamaan resepsif tetapi disertai pengertian, pandangan dan faham ke-Tuhanan diterangkan secara rasional berdasarkan kaidah-kaidah logika yang bersumber pada indikator alam semesta sebagai manifestasi dari eksistensi dan keagungan-Nya, penghayatan secara rohaniah makin mendalam dalam melaksanakan ritual.

3) Masa remaja (12-18 tahun)

Tanda-tanda masa remaja awal: sikap negatif disebabkan alam pikirannya yang kritis melihat kenyataan orang-orang beragama secara *hypocrit* yang pengakuan dan juga ucapannya tidak selalu sama dengan perbuatannya, pandangan dalam hal ke-Tuhanan

menjadi kacau karena ia bingung terhadap berbagai konsep tentang aliran dan juga paham yang saling bertentangan.

- 4) Tanda-tanda masa remaja akhir:sikap kembali kearah positif dengan tercapainya kedewasaanintelektual, pandangan dalam hal ke-Tuhanan dipahamkan dalam konteks agama yang dianut dan dipilih, penghayatan rohaninya kembali tenang setelah melalui proses identifikasi dan juga membedakan agama sebagai doktrin bagi para penganutnya.

Perawat bisa membantu dengan melakukan tindakan memberikan pengetahuan kepada anak tentang apayang terbaik bagi kesehatan anak dan keadaan dimana anak memerlukan dorongan secara spiritual demi kesembuhan penyakitnya. Allah selamanya mendengar bisikan dan juga pembicaraan.

2.2. Konsep Dasar Typoid

2.2.1. Pengertian

Typhus abdominalis /demam typhoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7hari, gangguan pada saluran cerna, gangguan kesadaran, dan lebih banyak menyerang pada anak usia 12 – 13tahun (70% - 80%), pada usia 30 - 40tahun (10%-20%) dan juga diatas usia pada anak 12-13 ahun sebanyak (5%-10%). (Mansjoer, Arif. 2010).

Demam typhoid atau *Typhusabdominalis* adalah suatu penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluranpencernaan dengan gejala

demam yang lebih dari satuminggu, gangguan pada pencernaan dan juga gangguan kesadaran (Price A. Sylvia & Lorraine M. Wilson,2015).

Thipoid adalah penyakit infeksi sistemik akut yang disebabkan infeksi salmonellaThypi. Organisme ini masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi olehfeses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman salmonella (Bruner and Sudart, 2014).

Typhoid adalah penyakit infeksi akut usushalus yang disebabkan oleh kuman salmonella thypi dan salmonella para thypiA,B,C. sinonim dari penyakit ini adalah Typhoid dan juga paratyphoid abdominalis. (Syaifullah Noer, 2015).

Typhoid adalah suatu penyakit pada usus yang menimbulkan gejala-gejala sistemik yang disebabkan oleh salmonellatyphosa, salmonella typeA.B.C. penularan terjadi secara pecal, oral melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Mansoer Orief.M. 2008).

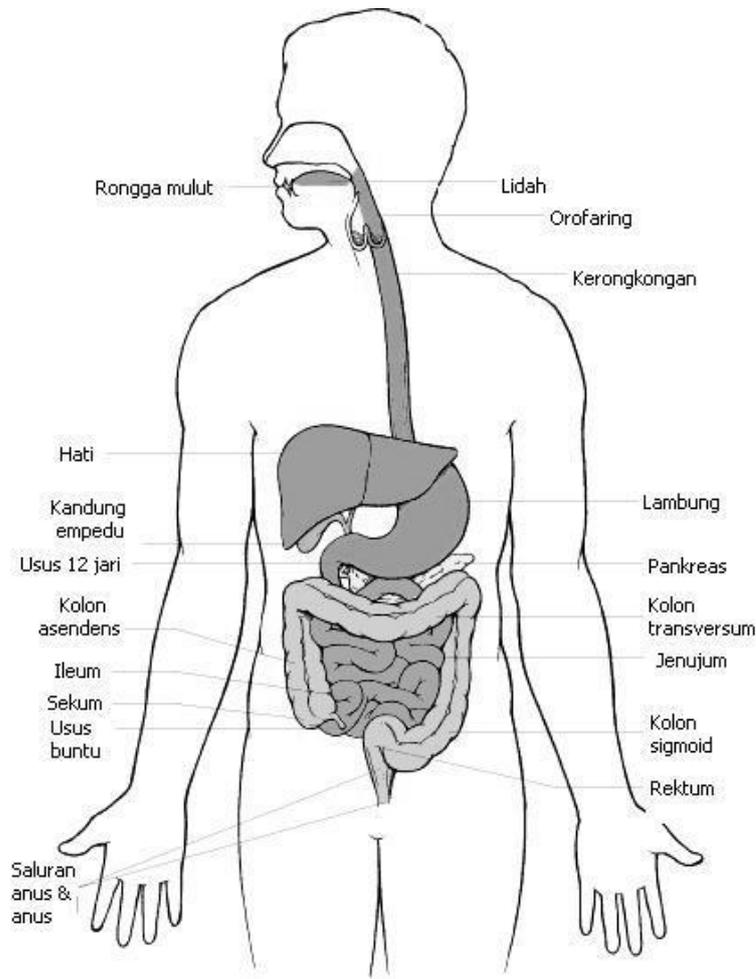
Demam typhoid merupakan penyakit infeksi sistemik bersifat akut yang disebabkan oleh salmonellathypi. Penyakit ini ditandai oleh panas berkepanjangan, ditopang dengan bakteremia tanpa keterlibatan struktur endothelia /endokardial dan juga invasi bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan peyer's patch dan juga dapat menular pada orang lain melalui makanan /air yang terkontaminasi (Nurarif & Kusuma, 2015).

Demam thypoid merupakan suatu penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh *Salmonella thypi* yang masih dijumpai secara luas di berbagai negara berkembang yang terutama terletak di daerah tropis dan subtropis. (Simanjuntak, 2009).

Demam thypoid (enteric fever) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan, dan juga gangguan kesadaran. (Nursalam, 2005).

Demam thypoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu /lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dengan /tanpa gangguan kesadaran. (Rampengan, 2007)

2.2.2. Anatomi Dan Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan /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 kedalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisaproses tersebut dari tubuh. Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan anus. Sistem pencernaan dan juga meliputi organ-

organ yang terletak diluar saluran pencernaan yaitu: pankreas, hati dan kandung empedu.

1. Mulut

Merupakan suaturongga terbuka tempat masuknya makanan dan air pada manusia. Mulut biasanya terletak dikepala dan umumnya merupakan bagian awal dari sistem pencernaan lengkap yang berakhir dianus.

Mulut merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan. Bagian dalam dari mulut dilapisi olehselaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh organ perasa yang terdapat dipermukaan lidah. Pengecapan relatif sederhana, terdiri darimanis, asam, asin dan juga pahit. Penciuman dirasakan oleh saraf olfaktorius di hidung dan juga lebih rumit, terdiri dari berbagai macam bau.

Makanan dipotong-potong oleh gigi depan (incisivus) dan dikunyah 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 juga menyerang bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai secara sadar dan berlanjut secara otomatis.

2. 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.

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

Esofagus dibagi menjadi tiga bagian:

- a. Bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka).
- b. Bagian tengah (campuran otot rangka dan otot halus).
- c. Serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot halus).

3. Lambung

Merupakan organ otot berongga yang besar dan juga berbentuk seperti kantung keledai. Terdiri dari 3 bagian yaitu:

- a. Kardia.
- b. Fundus.
- c. Antrum.

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:

- a. Lendir

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.

b. Asam klorida(HCl)

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.

c. Prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein)

4. Usus Halus (usus kecil)

Usus halus /usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak diantara lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap kehati 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 juga lemak. Lapisan usus halus meliputi, lapisan mukosa (sebelah kanan), 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 (jejenum) dan usus penyerapan (ileum). Villi usushalus terdiri dari pipa berotot (>6cm), pencernaan secara kimiawi, penyerapan makanan. Terbagi /usus 12 jari (duodenum), usus tengah (jejenum), usus penyerapan (ileum).

a. Usus dua belas jari (Duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usushalus yang terletak setelah lambung dan juga menghubungkannya ke usus kosong

(jejunum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usushalus, dimulai dari bulbo duodenale dan berakhir diligamentumTreitz.

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

Lambung melepaskan makanan kedalam usus duabelas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan masuk kedalam duodenum melalui sfingter pylorus dalam jumlah yang bisa dicerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

b. Usus Kosong (jejunum)

Usus kosong atau jejunum (terkadang sering ditulis yeyunum) adalah bagian dari usus halus, diantara usus dua belas jari (duodenum) dan juga 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 juga 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, yaitu sedikitnya sel goblet dan plak Peyeri. Sedikit sulit untuk membedakan usus kosong dan usus penyerapan secara makroskopis.

c. Usus Penyerapan (ileum)

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

5. Usus Besar (Kolon)

Usus besar /kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Usus besar terdiri dari kolon ascendens (kanan), kolon transversum, kolon descendens (kiri), kolon sigmoid (berhubungan dengan rectum). Banyaknya bakteri yang terdapat didalam usus besar berfungsi mencerna makanan beberapa bahan dan juga membantu penyerapan zat-zat gizi.

Bakteri didalam usus besar juga berfungsi membuat zat-zat penting, seperti vitamin K. Bakteri ini penting untuk fungsi normal dari usus. Beberapa penyakit serta antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri didalam usus besar. Akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air dan terjadilah diare.

6. Usus Buntu (sekum)

Usus buntu /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 juga beberapa jenis reptil. Sebagian besar herbivore memiliki sekum yang besar, sedangkan karnivora eksklusif memiliki yang kecil, yang sebagian /seluruhnya digantikan oleh umbai cacing.

7. Umbai Cacing (Appendix)

Umbai cacing /apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Infeksi pada organ ini disebut apendisitis /radang umbai cacing. Apendisitis yang parah dapat menyebabkan apendiks pecah dan membentuk nanah didalam rongga abdomen /peritonitis (infeksi rongga abdomen). Dalam anatomi manusia, umbai cacing 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-beda diretrocaecal /dipinggang (pelvis) yang jelas tetap terletak di peritoneum.

Banyak orang percaya umbai cacing tidak berguna dan organvestigial (sisihan), sebagian yang lain percaya bahwa apendiks mempunyai fungsi dalam sistem limfatik. Operasi membuang umbaicacing dikenal sebagai appendiktomi.

8. Rektum dan Anus

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpang di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan juga 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, seringkali 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 juga anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, di mana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian besar anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan juga sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan juga penutupan anus diatur oleh otot spinter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar – BAB), yang merupakan fungsi utama anus.

2.2.3. Etiologi

Etiologi demam thypoid adalah salmonella thypi (*S.thypi*) 90 % dan salmonellaparathypi (*S. Parathypi* Adan B serta C). Bakteri ini berbentuk batang, gram negatif, mempunyai flagela, dapat hidup dalam air, sampah dan

debu. Namun bakteri ini dapat mati dengan pemanasan suhu 60⁰ selama 15-20 menit. Akibat infeksi oleh salmonellathypi, pasien membuat antibodi atau aglutinin yaitu :

1. AglutininO (antigen somatik) yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh kuman).
2. AglutininH (antigen flagela) yang dibuat karena rangsangan antigenH (berasal dari flagel kuman).
3. AglutininVi (envelope) terletak pada kapsul yang dibuat karena rangsangan antigenVi (berasal dari simpai kuman)

Dari ketiga aglutinin tersebut hanya aglutininO dan jugaH yang ditentukan titernya untuk diagnosa, makin tinggi titernya makinbesar pasien menderita tifoid. (Aru W. Sudoyo. Buku ajar ilmu penyakit dalam. 2009. Ed V.Jilid III. Jakarta: interna publishing)

2.2.4. Manifestasi Klinis

1. Gejala pada anak : inkubasi antara 5-40hari dengan rata-rata 10-14hari
2. Demam meninggi sampai akhir minggu pertama
3. Demam turun pada minggu keempat, kecuali demam tidak tertangani akan menyebabkan syok, stupor, dan koma
4. Ruam muncul pada hari ke 7-10 hari dan bertahan selama 2-3 hari
5. Nyeri kepala, nyeriperut
6. Kembung, mualmuntah, diare, konstipasi
7. Pusing, bradikardi, nyeriotot

8. Batuk
9. Epiktaksis
10. Lidah yang berselaput
11. Hepatomegali, splenomegali,meteorismus
12. Gangguan mental berupa somnolen
13. Delirium / psikosis
14. Dapat timbul gejala yang tidak tipikal terutama pada bayi muda sebagai penyakit demam akut dengan disertai syok dan hipotermia

Periode infeksi demam thypoid, gejala dan tanda :

Minggu	Keluhan	Gejala	Patologi
Minggu 1	Panas berlangsung insidious, tipe panas stepladder yang mencapai 39-40° c, menggigil, nyeri kepala	Gangguan saluran cerna	Bakteremia
Minggu 2	Rash, nyeri abdomen, diare atau konstipasi, delirium	Rose sport, splenomegali, hepatomegali	Vaskulitis, hiperplasi pada peyer's patches, nodul typhoid pada limpa dan hati
Minggu 3	Komplikasi : perdarahan saluran cerna, perforasi dan syok	Melena, ilius, ketegangan abdomen, koma	Ulserasi pada payer's patches, nodul tifoid pada limpa dan hati
Minggu 4	Keluhan menurun, relaps, penurunan berat badan	Tampak sakit berat, kakeksia	Kolelitiasis, carrier kronik

Tabel 2.1 Gejala Dan Tanda Typhoid (Nurarif & Kusuma, 2015)

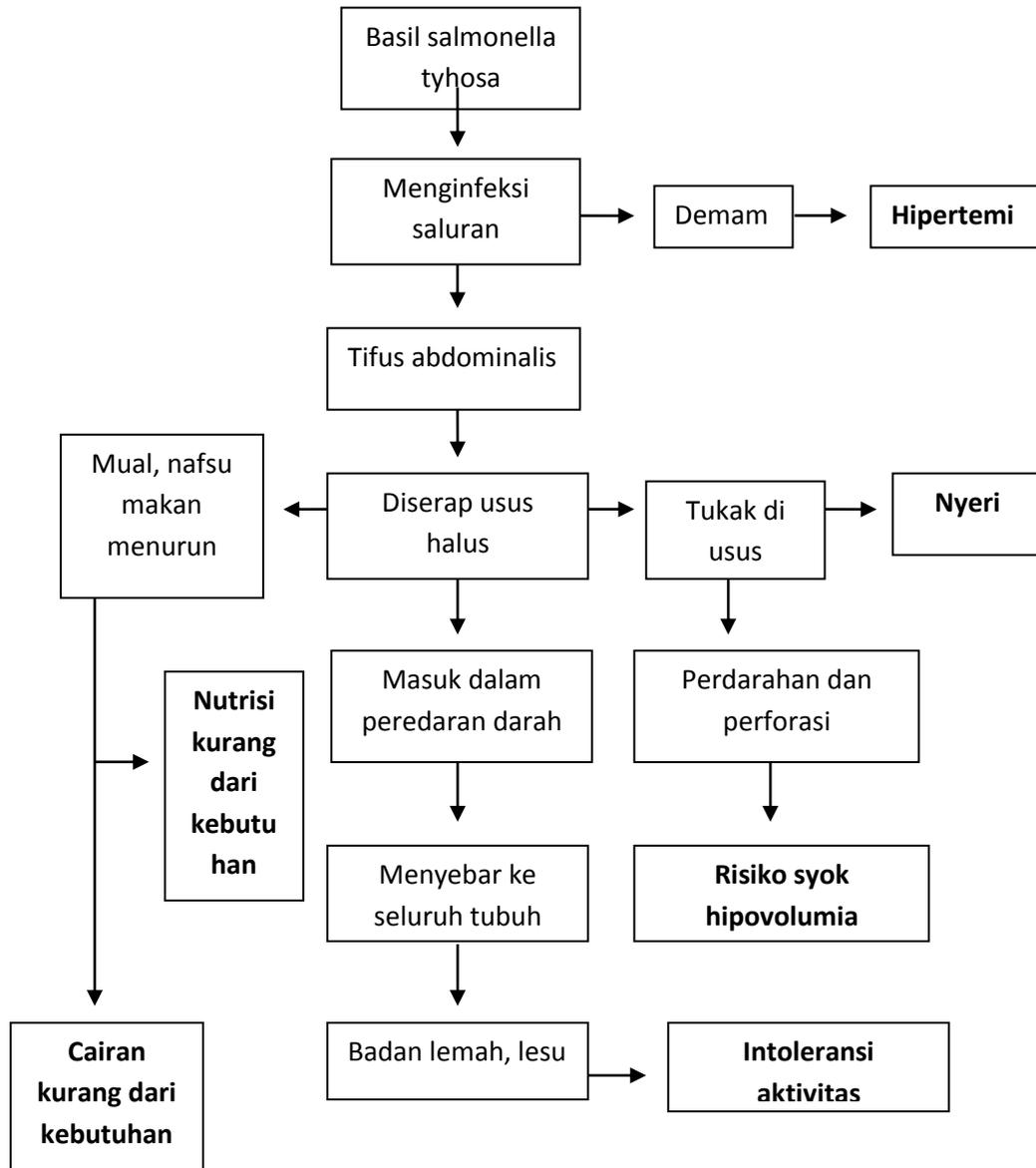
2.2.5. Patofisiologi

Bakteri *Salmonellatyphi* bersama makanan atau minuman masuk ke dalam tubuh melalui mulut. Pada saat melewati lambung dengan suasana asam ($\text{pH} < 2$) banyak bakteri yang mati. Keadaan-keadaan seperti aklorhidiria, gastrektomi, pengobatan dengan antagonis reseptor histamin H_2 , inhibitor pomproton /antasida dalam jumlah besar, akan mengurangi dosis infeksi. Bakteri yang masih hidup akan mencapai usus halus. Di usus halus, bakteri melekat pada sel-sel mukosa dan juga kemudian menginvasi mukosa dan menembus dinding usus, tepatnya di ileum dan jejunum. Sel-sel M, sel epitel khusus yang melapisi Peyer's patch, merupakan tempat internalisasi *Salmonellatyphi*. Bakteri mencapai folikel limfe usus halus, mengikuti aliran kelenjar limfe mesenterika bahkan ada yang melewati sirkulasi sistemik sampai ke jaringan RES di organ hati dan limpa. *Salmonella typhi* mengalami multiplikasi di dalam sel fagosit mononuklear di dalam folikel limfe, kelenjar limfe mesenterika, hati dan limpa (Soedarmo, Sumarmo S Poorwo, dkk. 2012. *Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis*. Jakarta: IDAI).

Setelah melalui periode waktu tertentu (periode inkubasi) yang lamanya ditentukan oleh jumlah dan virulensi kuman serta respons imun pejamu maka *Salmonella typhi* akan keluar dari habitatnya dan melalui duktus torasikus masuk ke dalam sirkulasi sistemik. Dengan cara ini organisme dapat mencapai organ manapun, akan tetapi tempat yang disukai oleh *Salmonellatyphi* adalah hati, limpa, sumsum tulang belakang, kandung empedu dan Peyer's patch dari ileum terminal. Invasi kandung empedu dapat terjadi baik secara langsung dari darah/ penyebaran retrograd dari

empedu. Ekskresi organisme diempedu dapat menginvasi ulang dinding usus /dikeluarkan melalui tinja. Peran endotoksin dalam patogenesis demam tifoid tidakjelas, hal tersebut terbukti dengan tidak terdeteksinya endotoksin dalam sirkulasi penderita melalui pemeriksaan limulus. Diduga endotoksin dari *Salmonellatyphi* menstimulasi makrofag di dalam hati, limpa, folikel limfoma usus halus dan juga kelenjar limfe mesenterika untuk memproduksi sitokin dan zat-zat lain. Produk dari makrofag inilah yang dapat menimbulkan nekrosis sel, sistem vaskular yang tidak stabil, demam, depresi sumsum tulang belakang, kelainan pada darah dan jugamenstimulasi sistem imunologik (Soedarmo, Sumarmo S Poorwo, dkk. 2012. *Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis*. Jakarta: IDAI).

Pathway typhoid pada anak



Skema 2.1

Sumber. Hidayat (2006)

2.2.6. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah perifer lengkap

Dapat ditemukan leukopeni, dapat pula leukositosis atau kadar leukosit normal. Leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder

2. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT sering meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh. Peningkatan SGOT dan juga SGPT ini tidak memerlukan penanganan khusus

3. Pemeriksaan uji widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibody terhadap bakteri salmonella typhi. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya agglutinin dalam serum penderita demam tifoid. Akibat adanya infeksi oleh salmonella typhi maka penderita membuat antibody (agglutinin)

4. Kultur

a. Kultur darah : bisa positif pada minggu pertama

b. Kultur urine : bisa positif pada akhir minggu kedua

c. Kultur feses : bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga

5. Anti salmonella typhi igM

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut salmonella typhi, karena antibody igM muncul pada hari ke3 dan 4 terjadinya demam. (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.7. Penatalaksanaan

1. Medis

a. Anti Biotik (Membunuh KUman) :

- 1) Klorampenicol
- 2) Amoxicillin
- 3) Kotrimoxasol
- 4) Ceftriaxon
- 5) Cefixim

b. Antipiretik (Menurunkan panas) :

- 1) paracetamol

2. keperawatan

a. Observasi dan pengobatan

b. Pasien harus tirah baring absolute sampai 7hari bebas demam atau kurang lebih dari selam 14hari. MAksud tirah baring adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi perforasi usus.

c. Mobilisasi bertahap bila tidak panas,sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien.

d. Pasien dengan kesadarannya yang menurun,posisi tubuhnya harus diubah pada waktu-waktu tertentu untuk menghindari komplikasi pneumonia dan juga dekubitus.

e. Defekasi dan buang airkecil perlu diperhatikan karena kadang-kadang terjadi konstipasi dan diare.

f. Diet

- 1) Diet yang sesuaicukup kalori dan tinggi protein.

- 2) Pada penderita yang akut dapat diberi bubur saring.
- 3) Setelah bebas demam diberi bubur kasar selama 2 hari lalu nasi tim
- 4) Dilanjutkan dengan nasi biasa setelah penderita bebas dari demam selama 7 hari (Smeltzer & Bare. 2002. Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta: EGC).

2.2.8 Komplikasi

1. Pendarahan usus. Bila sedikit, hanya ditemukan jika dilakukan pemeriksaan tinja dengan benzenidin. Jika perdarahan banyak, maka terjadi melena yang dapat disertai nyeri perut dengan tanda-tanda renjatan.
2. Perforasi usus. Timbul biasanya pada minggu ketiga /setelahnya dan terjadi pada bagian distal ileum.
3. Peritonitis. Biasanya menyertai perforasi, tetapi dapat terjadi tanpa perforasi usus. Ditemukan gejala abdomen akut, yaitu nyeri perut hebat, dinding abdomen tegang, dan nyeri tekan
4. Komplikasi diluar usus. Terjadi karena lokalisasi peradangan akibat sepsis, yaitu meningitis, kolesistitis, ensefalopati, dan lain-lain (Susilaningrum, Nursalam, & Utami, 2013)

2.3. Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian

- a. Biodata Klien dan penanggungjawab (nama, usia, jenis kelamin, agama, alamat)

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Biasanya klien dirawat dirumah sakit dengan keluhan sakit kepala, demam, nyeri dan juga pusing

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien mengeluh kepala terasa sakit, demam,nyeri dan juga pusing, berat badan berkurang, klien mengalami mual, muntah dan anoreksia, klien merasa sakit diperut dan juga diare, klien mengeluh nyeri otot.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayatpenyakit lain/pernah menderita penyakit seperti ini sebelumnya

4) 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, turgor tekstur dari kulit dan rambut pasien

b) Pemeriksaan kepala dan leher

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

a. Motorik kasar

- 1) Loncat tali
- 2) Badminton
- 3) Memukul
- 4) Motorik kasar di bawah kendali kognitif dan berdasarkan secara bertahap meningkatkan irama dan kehalusan.

b. Motorik halus

- 1) Menunjukkan keseimbangan dan koordinasi mata dan tangan
- 2) Dapat meningkatkan kemampuan menjahit, membuat model dan bermain alat musik.

c. Kognitif

- 1) Dapat berfokus pada lebih dan satu aspek dan situasi

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

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

6. Pola kognitif persepsi

Yang perlu dikaji adalah fungsi indraklien 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 kliendalam berhubungan dengan orang lain. Bagaimana kemampuan dalam menjalankan perannya.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

Kaji adakah efek penyakit terhadap seksualitas anak.

10. Pola coping 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.

2.3.2. Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul

1. Hipovolemia (D0023)
2. Devisit nutrisi (D0019)
3. Hipotermia (D0131)
4. Termoregulasi tidak efektif (D0149)
5. Nyeri (D0077)
6. Intoleransi aktivitas (D0056)
7. Resiko ketidakseimbangan elektrolit (D0037)

2.3.3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.2
Rencana Asuhan Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipovolemia	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan pengkajian selama 1 x 24 jam masalah hipovolemia dapat teratasi.</u></p> <p><u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Turgor kulit</u> <u>-Output urine</u> <u>-Berat badan</u> <u>Perasaan lemah</u> <u>-Membran mukosa</u> <u>-Kadar Hb</u> <u>-Kadar Ht</u> <u>-Suhu tubuh</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 • Pemantauan Cairan <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 pengkajian 1 x 24 jam masalah devisit nutrisi dapat teratasi.</u></p> <p><u>Kriteria Hasil :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -<u>Berat badan</u> -<u>Nafsu makan</u> -<u>Membran mukosa</u> -<u>Diare</u> 	<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 - Monitor asupan makanan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

		<p><u>-Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi</u> <u>-Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat</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 • Manajemen Reaksi Alergi <p>Tindakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi dan mengelola respon alergi - Monitor gejala dan tanda reaksi alergi - Monitor selama 30 menit setelah pemberian agen farmakologis (mis. antibiotik) <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasang gelang tanda alergi pada lengan - Hentikan paparan alergi - Lakukan tes alergi
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan tentang alergi yang dialami - Ajarkan cara menghindari dan mencegah paparan alergen dari lingkungan atau lainnya <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat-obat anti alergi
3.	Hipotermia	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan pengkajian 1x 24 jam masalah hipotermia dapat teratasi</u> <u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Pucat</u> <u>Vasokonstriksi perifer</u> <u>-Pengisian kapiler</u> <u>-Tekanan darah</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
4.	Nyeri Akut	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam masalah nyeri akut dapat teratasi</u> <u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Gelisah</u> <u>-Kesulitan tidur</u> <u>-Muntah</u> <u>-Mual</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Muntah <p>Tindakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik muntah (mis. warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) - Periksa volume muntah - Identifikasi factor penyebab muntah <p>Monitor efek manajemen muntah secara</p>

			<p>menyeluruh</p> <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah - Atur posisi untuk mencegah aspirasi - Bersihkan mulut dan hidung - Berikan kenyamanan selama muntah <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan membawahi kantong plastic untuk menampung muntah - Anjurkan memperbanyak istirahat - Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu
5.	Intoleransi Aktivitas	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setela dilakukan pengkajian</u> <u>selam 1x24 jam masalah</u> <u>intoleransi aktivitas dapat</u> <u>teratasi</u></p> <p><u>Kriteria Hasil :</u> <u>-Perasaan lemah</u> <u>-Kekuatan tubuh bagian atas</u> <u>-Kekuatan tubuh bagian</u> <u>bawah</u> <u>-Tekanan darah</u> <u>Frekuensi napas</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

			<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 aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial - Koordinasikan pemeliharaan aktivitas sesuai usia - Fasilitasi makna yang dipilih - Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai - Fasilitasi aktivitas rutin, sesuai kebutuhan - Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energy, atau gerak - Fasilitasi tingkat motorik kasar untuk pasien hiperatif - Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai - 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 komonitas, jika perlu
6	Termoregulasi Tidak Efektif	<p>Tujuan : Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam masalah termogulasi tidak efektif dapat teratasi</p> <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat - Vasokonstiksi 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 hipetermia <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 dengan kebutuhan pasien <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan cara pencegahan heat exhaustion dan heat stroke- Jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.4. 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).

2.3.5. Evaluasi

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

Tanggal pengambilan data : 20 juni 2019 (Jam 09.00 WIB
MRS : 19 juni 2019 (Jam 10.00 WIB
Ruang : Rawat Inap Anak
No MR : 522605

3.1. Pengkajian

3.1.1. Identitas Klien

Nama : An.Z
Tempat/ tanggal lahir : Bukittinggi/ 4 Januari 2011
Jenis kelamin : Perempuan
Nama ayah/Ibu : Afrizal/Afdariati
Pekerjaan Ayah : Buruh
Pekerjaan Ibu : IRT
Alamat : Jl.Manggis aur kuning
Suku Bangsa : Minang
Agama : Islam
Biaya ditanggung oleh : Umum

3.1.2. 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.

3.1.3. Riwayat Kesehatan Sekarang

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 $\frac{1}{4}$ dari porsi nya. 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

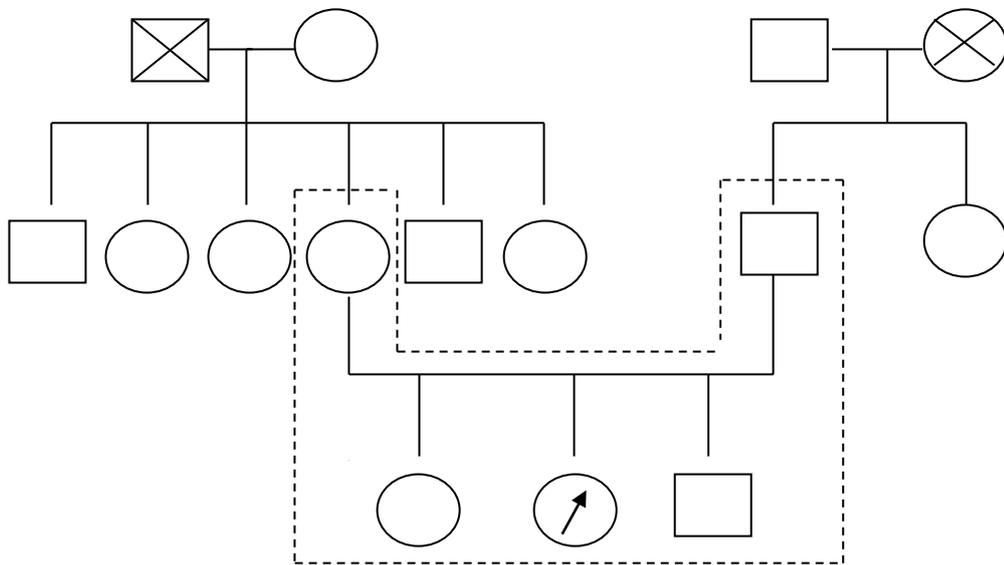
3.1.4. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

3.1.5. 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.

Genogram



Ket :



: Meninggal



: Meninggal



: Laki - laki



: Perempuan



: Pasien



: Garis Keturunan

----- : 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.

3.1.6. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

Ibu pasien mengatakan keadaannya saat hamil tidak ada masalah, ibu hamil selama 9 bulan dan ibu periksa kehamilan 1 kali 1 bulan ke puskesmas dan ibu juga di beri vitamin saat hamil. Selama kehamilan ibu mengalami mual muntah pada trimester pertama dan pada trimester kedua ibu mengalami kontraksi dan tidak ada pendarahan, pada trimester ketiga ibu mengalami udem pada ekstremitas bawah. Proses melahirkan ibu dibantu oleh bidan dengan BB janin waktu lahir 2,9 kg dengan panjang 45 cm, lingkaran kepala 35 cm, lingkaran dada 32 cm dan lingkaran lengan 12 cm. Ibu mengatakan keadaan bayi waktu lahir dalam keadaan normal dan tidak ada masalah.

3.1.7. Riwayat Sosial

1. Yang mengasuh.

Ayah dan Ibu pasien

2. Hubungan dengan anggota keluarga.

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

3. Hubungan dengan teman sebaya.

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

4. Pembawaan secara umum.

Pasien tampak kurang kooperatif dengan perawat dikarenakan kondisi pasien.

5. Lingkungan rumah.

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

3.1.8. Kebutuhan Dasar

1. Makanan yang disukai.

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

2. Pola tidur.

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

3. Mandi.

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

4. Aktifitas bermain.

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

5. Eliminasi.

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

3.1.9. 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.

- Rambut

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

- Mata

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

- Telinga

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

- Hidung

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

- 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.

- Paru-Paru

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

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

P : Sonor

A : Irama pernafasan vesikuler

- 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

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.

3.1.10. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan.

1. Kemandirian Dalam Bergaul.

An.Z bisa akrab dengan perawat dan semua anggota keluarga yang ada di ruangan.

2. Motorik Halus.

An.Z mampu merespon pada saat An.Z mau diberikan obat secara IV dan An.Z menarik tangan sendiri

3. Kognitif dan Bahasa.

An.Z sudah menolak hal-hal yang tidak disukai dan sudah bisa menunjukkan ekspresi wajah. An.Z belum mampu melawan pembicaraan lawan bicara dengan bahasa yang jelas.

4. Motorik Kasar.

An.Z belum mampu melakukan pergerakan semua anggota tubuh masih dibantu oleh keluarga.

3.1.11. Data Penunjang.

1. Pemeriksaan Hematologi.

- Tanggal 19 juni 2019

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 20 juni 2019

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
PLT	20 *	[10 ³ /uL]	W 37,0 – 43,0
LYMPH#	0,60 *	[10 ³ /uL]	

- Tanggal 21 juni 2019

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
LYMPH#	1,99 *	[10 ³ /uL]

2. Data Pengobatan.

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

A. 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
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

B. 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

6. Pasien tampak matanya cekung
7. BB pasien 18 kg saat ditimbang
8. Pasien tampak aktifitasnya dibantu sebagian
9. Pasien tampak lemah
10. Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur.
11. Pasien tampak lemah terlihat dari aktifitas yang dibantu oleh keluarga
12. Pasien tampak meringis dan mengatakan sakit perut kepada ibunya
13. Pasien tampak gelisah dan menangis karena pusing

Analisa Data

Tabel 3.1

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 N : 81 kali/menit P : 24 kali/menit S : 37,5°C IMT : BB / TB^2 $18 / (124)^2 = 11,7$ Status nutrisi pada An. Z adalah gizi kurang. 	Defisit Nutrisi	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)
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 terasa 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 kedua leukosit pasien 3,86 dan pada hari ketiga leukosit pasien menjadi 7,23 	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	Muntah

3.2 Prioritas masalah

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

3.3 Intervensi (Rencana Keperawatan)

Tabel 3.2
Rencana Asuhan Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Devisit Nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan nafsu makan menurun dan BB menurun	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka devisit nutrisi membaik dengan</u> <u>Kriteria Hasil :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Berat badan membaik</u> • <u>Frekuensi makan membaik</u> • <u>Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</u> • <u>Porsi makan yang dihabiskan meningkat</u> 	<p>➤ Manajemen Nutrisi</p> <p>Tindakan :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi makanan yang disukai • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan suplemen makanan, jika perlu • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk, jika mampu <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu
2.	Termoregulasi Tidak	Tujuan :	➤ Regulasi Temperature

	Efektif b/d proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka termogulasi tidak efektif membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Pucat menurun • Vasokonstriksi perifer menurun • Kadar glukosa darah membaik • Tekanan darah membaik • Pengisian kapiler membaik • Suhu tubuh membaik 	Tindakan : O : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu • Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi • Monitor dan catat tanda gejala hipotermia atau hipotermia T : <ul style="list-style-type: none"> • Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat E : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin K : <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
3.	Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan ditandai dengan perasan mengeluh lelah dan merasa lemah	<u>Tujuan :</u> <u>Setela dilakukan intervensi selam 3x24 jam maka intoleransi aktivitas membaik dengan Kriteria Hasil :</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Perasaan lemah menurun</u> • <u>Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</u> • <u>Keluhan lelah menurun</u> • <u>Tekanan darah</u> 	Tindakan : O : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapi Aktivitas • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu • Monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas T : <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

		<p><u>membaik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Frekuensi nafas</u> <u>membaik</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu • Jadwalkan aktivitas dalam rute nitas sehari-hari <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih • Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk pada pusat atau program aktivitas komonitas,
4.	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b/d Diare ditandai dengan mual dan muntah	<p><u>Tujuan :</u> <u>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka resiko ketidakseimbangan elektrolit <u>membaik</u> dengan kriteria <u>hasil :</u></u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Serum natrium</u> <u>membaik</u> • <u>Serum kalium</u> <u>membaik</u> • <u>Serum klorida</u> <u>membaik</u> • <u>Serum kalsium</u> <u>membaik</u> 	<p>➤ Pemantauan elektrolit</p> <p>Tindakan :</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 kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4
Implementasi Dan Evaluasi

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Kamis / 20 Juni 2019	Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan nafsu makan menurun dan BB menurun	14.00 15.00 15.10 16.15	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Dari hasil identifikasi, pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan tetapi memiliki intoeransi makanan seperti mual setelah makan • Mengidentifikasi makanan yang disukai Dari hasil identifikasi, pasien suka makanan seperti ayam goreng • Memonitor asupan makanan • Memonitor BB BB pasien turun, BB pasien sewaktu sehat 23 kg, sewaktu sakit dan ditimbang BB pasien 18 kg 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun • Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan satu sendok kemudian muntah • Ibu pasien mengatakan BB pasien turun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makannya • BB pasien 18 kg saat ditimbang • Pasien menolak saat diberi makan

					<p>A : defisit nutrisi tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium • Berikan suplemen makanan
1.	Kamis / 20 Juni 2019	Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat	16.00 16.03 16.10 16.25	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suhu tubuh anak tiap dua jam, (S : 37,5°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 hipotermi karena terpapar 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan suhu tubuh pasien tidak stabil • Ibu mengatakan pasien lelah <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 Suhu : 36,3°C

				udara dingin (jagalah tubuh agar tetap kering, gunakan pakaian sesuai dengan kondisi cuaca yang dirasakan pasien, gunakan topi, syal, sarung tangan, kaus kaik,dan sepatu bot ketika akan beraktivitas	<p>A : Termoregulasi tidak efektif masih</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu • Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan, dan nadi
1.	Kamis / 20 Juni 2019	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah 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 ada respon emosional, fisik, sosial, 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 terasa 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, sesuai kebutuhan (Menanyakan pada pasien aktifitas apa yang bisa dilakukannya sesuai dengan apa yang dibutuhkannya) • Meningkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai • Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu • Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu • Mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanya tampak berbaring d tempat tidur • TD : 100/80 mmHg • Pernafasan : 23 x/menit • Suhu : 37,9°C <p>A : Intoleransi aktifitas masih tetap</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola dan jam tidur • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor tanda vital • Terapi aktifitas
			15.40		
			16.03		
			16.15		
			16.36		
			16.52		
2.	Jumat / 21 juni 2019	Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan nafsu makan menurun dan BB menurun	08.10	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor asupan makanan Pasien sudah mau makan 1/3 porsi dengan makanan kesukaannya • Anjurkan posisi duduk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien sudah mau makan tapi hanya sedikit • Ibu pasien mengatakan pasien hanya mau makan dengan makanan
			09.07		

					<p>kesukaannya</p> <ul style="list-style-type: none">• Ibu pasien mengatakan BB pasien turun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak sudah mau makan kira-kira 3 sendok• Pasien tampak mau makan dengan makanan kesukaannya• BB pasien masih 18 kg <p>A : defisit nutrisi, pasien sudah mau makan dan menghabiskan 1/3 porsi makanannya</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor hasil pemeriksaan laboratorium• Berikan suplemen makanan• Ajarkan diet yang diprogramkan
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
2.	Jumat / 21 juni 2019	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 dua jam, (S : 37,5°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,) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan suhu tubuh pasien sudah stabil • Ibu mengatakan pasien sudah tidak lelah lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh pasien tampak normal 37,5°C • Pasien tampak sudah bergerak • TD : 110/70 mmHg • Pernafasan : 26 x/menit Suhu : 36,3°C <p>A : Termoregulasi tidak efektif mulai berkurang</p>

					<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu • Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan, dan nadi
2.	Jumat / 21 juni 2019	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas (pasien tidak ada respon emosional, fisik, sosial, maupun spiritual dalam melakukan aktifitas apapun) • Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu (pasien tidak ada semangat dalam melakukan aktifitas) • Mengkoordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia (mengajarkan pada ibu pasien bagaimana cara melempar, menangkap, dan mengenggam suatu benda • Meningkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien sudah mulai bergerak • Ibu mengatakan pasien sudah bisa makan sendiri • Ibu mengatakan badan pasien sudah membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah beraktifitas • Pasien tampak menyuap makanannya sendiri • Pasien tampak sudah bisa duduk

				<p>badan, jika sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 	<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 / 21 juni 2019	Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditandai dengan mual dan muntah		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kadar elektrolit serum Didapatkan hasil : Kalium 3,10 mEq/I Natrium 123,5 mEq/I Klorida 94,0% • Memonitor mual, muntah dan diare • Memonitor kehilangan cairan • Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien • Mendokumentasikan hasil pemantauan • Menjelaskan tujuan dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien lemas • Ibu pasien mengatakan pasien mual dan muntah • Ibu pasien mengatakan pasien sakit pada perutnya • Ibu pasien mengatakan pasien seringkali pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak

				<p>prosedur pemantauan</p>	<p>lemah terlihat dari aktifitas yang dibantu oleh keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis dan mengatakan sakit perut kepada ibunya • Pasien tampak gelisah dan menangis karena pusing <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 / 22 juni 2019	Devisit Nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor asupan makanan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien sudah mau makan

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

3.	Sabtu / 22 juni 2019	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 dua jam, (S : 37,5°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,) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan suhu tubuh pasien sudah normal • Ibu mengatakan pasien sudah tidak lelah lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh pasien tampak normal 37,5°C • Pasien tampak sudah bergerak • TD : 110/70 mmHg • Pernafasan : 26 x/menit Suhu : 36,3°C <p>A : Termoregulasi tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
3.	Sabtu / 22 juni 2019	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas (pasien tidak ada respon emosional, fisik, sosial, 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien sudah bisa bergerak seperti biasa

		<p>perasaan mengeluh lelah dan merasa lemah</p>		<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 (mengajarkan pada ibu pasien bagaimana cara melempar, menangkap, dan mengenggam suatu benda • Menjadwalkan aktivitas dalam rutenitas sehari-hari 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien sudah bisa makan dan pakai baju sendiri • Ibu mengatkan badan pasien sudah membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah kembali beraktifitas • Pasien tampak makan dan pakai baju sendiri • Pasien tampak sudah bisa duduk sendiri • TD : 100/80 mmHg • Pernafasan : 23 x/menit • Suhu : 37,9°C <p>A : Intoleransi aktifitas teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	-------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.	Sabtu / 22 juni 2019	Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditandai dengan mual, dan muntah		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor mual, muntah dan diare • Memonitor kehilangan cairan • Mengatur interval waktu pemantaun sesuai dengan kondisi pasien • Mendokumentasikan hasil pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak lemas lagi • Ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak mual dan muntah lagi • Ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak sakit perut lagi • Ibu pasien mengatakan pasien sudah 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

Pada bab ini, akan dibahas tentang kesenjangan antara teori dan hasil tinjauan kasus pada pelaksanaan asuhan keperawatan pada An.Z dengan Demam Typhoid yang dirawat di ruang rawatan inap anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tanggal 20-22 Juni 2019.

Untuk memudahkan pembahasan ini maka ini akan membahas berdasarkan pendekatan proses keperawatan yaitu mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan/implementasi, dan evaluasi.

4.1 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. Z data didapatkan dari pasien, beserta keluarga dan catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

4.1.1 Pemeriksaan fisik:

1. Kesadaran

Secara teoritis menurut Nursalam (2008), kesadaran pasien composmentis, keadaan umum lemah, hal ini sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan

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

2. Head to toe

a. Kepala

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

b. 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.

c. 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,

d. 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.

e. 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.

f. 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.

4.1.2 Pemeriksaan penunjang.

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

4.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

4.2.1 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)

4.2.2 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 $38,1^{\circ}\text{C}$ dan pada malam hari suhunya $36,5^{\circ}\text{C}$. 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)

4.2.3 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.

4.2.4 Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditandai dengan mual dan muntah

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

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

Diagnosa pada teori yang tidak ditemukan dikasus :

1. Defisit Volume Cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan.
Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini, pada saat pengkajian pada An.Z ibu pasien mengatakan anak mencret tapi hanya sekali sewaktu drumah sakit dan ibu mengatakan Hb pasien waktu itu rendah.
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi,iskemia,neoplasma).
Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini,ialah pada saat pengkajian pada An.Z pasien mengatakan tidak ada gangguan rasa nyeri yang dirasakan.
3. Hipotermia berhubungan berat badan ekstrem. Alasan penulis tidak mengangkat diagnose ini ialah, pada saat pengkajian pada An.Z tidak ditemukan data kalau pasien mengalami gejala hipotermia.

Sedangkan secara teoritis kemungkinan diagnosa yang muncul adalah :

1. Devisit volume cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan
2. Defisit nutris berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)
3. Hipotermia berhubungan dengan berat badan ekstrem
4. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi)
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)

6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

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

4.3 Intervensi Keperawatan

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

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

4.3.1 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)

4.3.2 Untuk diagnosa kedua

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

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

4.3.3 Untuk diagnosa ketiga

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

4.3.4 Untuk diagnosa keempat

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

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

4.4 Implementasi Keperawatan

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

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

4.4.1 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).

4.4.2 Untuk diagnosa kedua

Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif dan pucat implementasi yang dilakukan perawat adalah Regulasi Temperature, Memonitor suhu tubuh anak tiap dua jam, (S : 38,1 ° 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)

4.4.3 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

4.4.4 Untuk diagnosa keempat

Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah ditandai dengan mual dan muntah, implementasi yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, memonitor kadar elektrolit serum seperti HGB, WBC, RBC, HCT memonitor mual dan muntah pada pasien lihat berapa kadar muntah yang dikeluarkan pasien.

Selanjutnya perawat melakukan implementasi berupa teknik reaksi, meminimalkan tindakan menyakitkan seperti suntikan dan modifikasi lingkungan fisik dengan membuat suasana ruang rawat menjadi lebih akrab, mengajak anak berbicara dan merasa lebih dekat dan nyaman dengan perawat, serta melibatkan keluarga dalam melakukan implementasi tersebut.

4.5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses. Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. pada kasus An.Z yang dirawat diruang rawat inap anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittingi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu pada tanggal 20 – 22 Juni 2019 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 juga obat oral 500 mg dengan hasilnya yang didapatkan sekarang pasien masih tampak lemas dan kurang bertenaga (Rey Dudutz ,2009)

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

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, mulai tanggal 20 Juni sampai dengan tanggal 22 Juni 2019 pada An.Z dengan Demam typhoid di ruangan rawat inap anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, maka penulis mendapatkan pengalaman nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien tersebut. Penulis dapat melakukan langsung proses keperawatan mulai dari pengkajian, menentukan diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

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 sudah lebih satu minggu, nyeri kepala dan perut, mual dan muntah.

5.1.2 Data yang didapat saat pengkajian pada hari jumat 20 Juli 2019 jam 08.00 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.Z dengan Demam Typhoid di ruangan rawat inap anak RSUD D.r Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019, 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 anak tentang asuhan keperawatan 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

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.

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 : ECG.
Direktorat Bina Gizi
- Fadhillah Harif , 2018. *SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)*. Jakarta
- Galuh, 2014. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Demam Tifoid Pada Anak Di RSUD Tugurejo Semarang*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Handayani, 2017. *Kejadian Demam Typoid Di Wilayah Puskesmas Karang Malang*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Hilda, 2013. *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan Diri Dan Kebiasaan Jajan Di Rumah*. (Di download tanggal 20 juni 2019)
- Kemenkes RI. 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta:
- Kemenkes Ri. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta:Balitbang Kemenkes Ri
- Kohlberg, Lawrence. *Tahap-Tahap Perkembangan Moral*. Yogyakarta: Kanisius, 1968.
- Mansur, H. 2008. *Psikologi Ibu dan Anak untuk Kebidanan*. Jakarta: SalembaMedika.
- Noer, Syaifullah. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi II. Jakarta; EGC
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction
- Nurrofiq. *Perkembangan Anak, Perkembangan Fisik, Motorik, Kognitif, Psikososial*. [Online]. Tersedia :<http://www.g-excess.com/653/perkembangan-anak-perkembangan-fisik-motorik-kognitif-psikososial/>. [3 Juli 2012
- Nursalam, Susilaningrum, R., and Utami, S. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk perawat dan bidan)*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika

- Potter, P.A, Perry, A.G, 2005 .*Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*.Edisi 4.Volume 2.Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk.Jakarta:EGC..
- Price Sylvia A, Wilson Lorraine M, 2015. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC;
- Rampengan, T.H. (2007). *Infeksi Tropik Pada Anak* Edisi 2. Jakarta: EGC
- Simanjuntak, N.A. 2009. *Hubungan Anemia Ibu Hamil dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di Badan Pengelola Rumah Sakit Umum (BPRSU) Rantau Prapat Kabupaten Labuhan Batu*. Skripsi. Universitas Sumatra Utara Medan.
- Soedarmo,Sumarmo S. Poorwo.dkk, 2008.*Buku ajar infeksi dan pediatri tropis*. Edisi Kedua.Jakarta:Badan Penerbit IDAI.Hal.155-18
- Supartini. 2000.*Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*, EGC, Jakarta
- WHO, 2014. *Maternal Mortality*: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2014. *Angka Kematian Bayi*. Amerika

RIWAYAT HIDUP

Nama : Rahmat Fauzan
Tempat/ Tanggal Lahir : Payakumbuh, 31 Maret 1997
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jln. M.Syafe'i No.46 RT 01 RW 03. Kelurahan Talang, Kecamatan Payakumbuh Barat, Kota Payakumbuh, Sumatra Barat.
Jumlah Saudara : 2
Anak Ke : 1
No Hp : 085210553204
Email : fauzanrahmat600@gmail.com
Motto Hidup : Isi apa yang kosong, Kosongkan apa yang terlalu penuh

Nama Orang Tua

Ayah : Sudirman
Ibu : Yesi Irawati
Adik : Dina Mardianti
Alamat : Jln. M.Syafe'i No.46 RT 01 RW 03. Kelurahan Talang, Kecamatan Payakumbuh Barat, Kota Payakumbuh, Sumatra Barat.

Riwayat Pendidikan

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------|
| 1. SD Negeri 21 Talang | Lulusan 2010 |
| 2. SMP Negeri 6 Payakumbuh, | Lulusan 2013 |
| 3. SMA Negeri 4 Payakumbuh, | Lulusan 2016 |
| 4. Prodi D III Keperawatan, STIKes Perintis Padang | Lulusan 2019 |

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2018/2019**

NAMA MAHASISWA : Rahmat Fauzan
NIM : 1614401021
RUANGAN : Rawat Inap Anak
JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan Pada An.Z
 Dengan Demam Typoid Diruangan
 Rawat Inap Anak RSUD Dr.
 Achmad Mochtar Bukittinggi
 Tahun 2019.

NO	HARI TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Kamis 20 Juni 2019	07.00		16.00		
2	Jumat 21 Juni 2019	08.15		15.00		
3	Sabtu 22 Juni 2019	08.05		16.00		

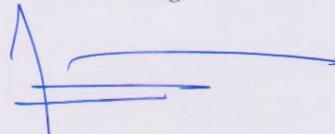
Bukittinggi, 20 Juni 2019

Pembimbing Klinik



(Ns. Susi Dewi Yanti, S.kep)

Pembimbing

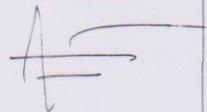
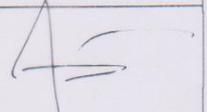
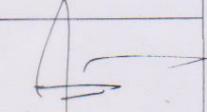
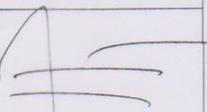
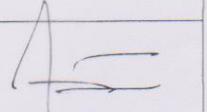


(Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Rahmat Fauzan
 Nim : 1614401021
 Pembimbing I : Yendrizal Jafri, Sfp, M. Biomed
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada An. 2 dengan Demam Typhoid di Ruangon Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
	20/6-2019	perbaikan sem An.	
	25/6-2019	typhoid sem An.	
	2/7-2019	perbaikan dan typhoid	
	3/7-2019	perbaikan	
		typhoid	
	4/7-19	ada diujit	

	10/7/19	Number ser. 2.	4
	11/8-19	Number ser.	4
	12/8-19	Number.	4
	13/8-19	hyper	4
	14/8-19	are diploid	4

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

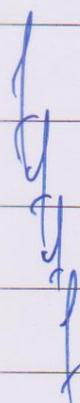
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama mahasiswa : Rahmat Fauzan

Nim : 1614401021

Pembimbing Klinik : Ns. Susi Dewi Yanti, S.Kep

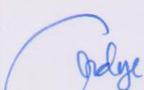
Judul KTI studi kasus : Asuhan keperawatan pada An. Z dengan demam typhoid diruangan rawat inap anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.

NO	Hari/ tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing
1.	Jum'at 21 Juni 2019	- Pengkajian ASKEP - Perbaiki ASKEP - lanjut RAB 1 dan 2	
2.	Senin 24 Juni 2019	- konsul RAB 1 dan 2 - perbaiki RAB 1 dan 2 - perbaiki Diagnosa KEP	
3.	Rabu 26 Juni 2019	- Penjelasan ASKEP	
4.	Selasa 09 Juli 2019	ACC dituliskan	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Rahmat Fauzan
 Nim : 1614401021
 Pembimbing : Ns. Andrye Fernandes, M.Kep, Sp.Kep.An
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada An.Z Dengan Demam Typoid
 Diruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar
 Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	12/7/2019	Perbaiki BAB 1 dan 2	
2.	17/7/2019	Perbaiki sesuai saran Perbaiki BAB III	
3.	25/7/2019	Perbaiki BAB 4 dan 5	
4.	26/7/2019	Perbaiki sesuai saran	
5.	29/7/2019.	Acc di judul.	
6.			