

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas

Nama>Nama panggilan : An. A
Usia : 5 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Sonosari Cangu
Tgl masuk : 22 Mei 2023 jam 09.52 WIB
Tgl pengkajian : 23 Mei 2023 jam 10.00 WIB
Diagnosa medik : Demam Typoid

2. Identitas Orang tua/Penanggung Jawab

Nama : sopian
Usia : 32 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pegawai swasta
Agama : Islam
Alamat : Sonosari, Cangu

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama :

Muntah – muntah dan demam

b. Riwayat Kesehatan Sekarang:

Pasien demam naik turun sudah 2 hari lamanya disertai muntah 2 x perhari, sejak malam hari BAB normal 1x perhari.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien belum pernah masuk rumah sakit dengan penyakit yang sama

d. Riwayat Kehamilan, dan Persalinan

Prenatal Care

- 1) Ibu memeriksakan kehamilannya setiap bulan di klinik . Keluhan selama hamil yang dirasakan oleh ibu tidak ada.
- 2) Riwayat terkena radiasi : Tidak ada riwayat terkena radiasi.
- 3) Riwayat berat badan selama hamil : 60 Kg
- 4) Riwayat imunisasi TT : ibu mengatakan melakukan imunisasi TT pada saat hamil.
- 5) Golongan darah ibu A, golongan darah ayah O

Antenatal Care

- 1) Tempat melahirkan : bidan
- 2) Jenis persalinan : spontan
- 3) Penolong persalinan : bidan
- 4) Komplikasi yang dialami ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan : tidak ada

Postnatal Care

- 1) Kondisi bayi : prematur. APGAR : merah muda seluruhnya, menangis kuat, fleksi baik.
- 2) Anak pada saat lahir tidak mengalami : tidak ada

e. Riwayat Imunisasi (imunisasi lengkap)

No	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian	Frekuensi
1	Hepatitis	Usia 7 hari		Demam	2 hari
2	DPT	Usia 2, 3, 4 bulan		Demam	2 hari
3	BCG	Usia 1 bulan		Demam	2 hari
4	Polio	Usia 1,2,3 4, bulan			2 hari
5	Campak	9 bulan		Demam	2 hari

f. Riwayat Psikososial

- 1) Anak tinggal bersama : Orang tua di rumah
- 2) Lingkungan berada di : dekat lapangan bola
- 3) Rumah dekat dengan : penduduk lainnya. Tempat bermain : di lapangan bola
- 4) Kamar klien : klien tidur bersama orang tuanya
- 5) Rumah ada tangga : rumah klien tidak memiliki tangga
- 6) Hubungan antar anggota keluarga : menurut ibu klien hubungan dengan keluarga baik.
- 7) Pengasuh anak : ibu klien mengatakan yang mengasuh klien adalah ibunya sendiri dan bersama suami.

g. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

No	ACTIVITY DAILY LEAVING	SEBELUM SAKIT	KETIKA SAKIT
1.	NUTRISI		
	A. Makan		
	a. Jenis	Nasi, tempe,telur, tahu, sayur, daging	bubur, sayur, bolu kukus, tahu
	b. Frekuensi	3 kali sehari	3 kali sehari
	c. Porsi/jumlah kalori	½ mangkuk sedang	1/3 mangkuk sedang
	d. Makanan kesukaan	Coklat, permen, susu	Sayur, bubur
	e. Makanan pantangan	Makanan pedas	Makanan pedas, berlemak
	f. Nafsu makan	Nafsu makan bertambah	Nafsu makan menurun
	g. Cara makan sendiri/bantu	Dibantu	Dibantu
	h. Kesulitan menelan/tidak	Tidak ada kesulitan menelan	Tidak ada kesulitan menelan
	MASALAH	Tidak ada masalah	Sulit makan
	B. Minum		
	a. Jenis	Air putih, susu	Air putih, teh manis
	b. Frekuensi	5x sehari	6x sehari
c. Jumlah (cc)	1600 cc	1600 cc	
d. Cara minum sendiri/bantu	Sendiri	Dibantu	
MASALAH	Tidak ada	Tidak ada	
2.	ELIMINASI		

	A. Buang Air Besar		
	a. Frekuensi	1x perhari	Tidak BAB selama 4 hari
	b. Waktu	Pagi hari	Tidak
	c. Warna	Kuning	Tidak
	d. Bau, darah, lender	Berbau, tidak berlendir, tidak berdarah	Tidak
	e. Konsistensi	Lembek	Tidak
	f. Obstipasi	Tidak mengalami obstipasi	Mengalami obstipasi
	g. Diare	Tidak mengalami diare	Tidak mengalami diare
	h. Kolostomi	Tidak melakukan kolostomi	Tidak melakukan kolostomi
	i. Pengeluaran sendiri/bantu	Sendiri	Sendiri
	j. Kenggunaan pencahar	Tidak ada	Dulcolax
	B. Buang Air Kecil	Tidak ada	Konstipasi
	a. Frekuensi	6x perhari	7x sehari
b. Jumlah urine output (cc)	600 cc	600 cc	
c. Warna	Kuning bening	Kuning bening	
d. Ada tidaknya bau	Berbau	Berbau	
e. Ada tidak darah/hematuria	Tidak ada	Tidak ada	
f. Ada tidak kesulitan	Tidak ada	Tidak ada	
g. Inkontinensia	Tidak ada	Tidak ada	
h. Penggunaan kateter	Tidak menggunakan kateter	Tidak menggunakan kateter	
i. Cara pengeluaran dibantu/sendiri	Sendiri	Sendiri	
	MASALAH	Tidak ada	Tidak ada
3.	ISTIRAHAT&TIDUR		
	a. Waktu tidur sendiri	8 jam	7 jam
	b. Waktu tidur siang	2 jam	3 jam
	c. Lamanya	10 jam	10 jam
	d. Kebiasaan penghantar tidur	Tidak ada	Tidak ada
	e. Ada tidak masalah tidur	Tidak ada	Tidak ada
	f. Kebiasaan yang dilakukan saat istirahat	Bermain dengan boneka	Tidak ada
4.	A. Mandi		
	a. frekuensi	2x sehari	1x sehari

	b. penggunaan sabun atau tidak	Menggunakan sabun dan sampo	Tidak menggunakan sabun (spons)
	c. cara melakukan sendiri/bantu	Dibantu	Dibantu
	B. oral hygiene		
	a. frekuensi	2x sehari	2x sehari
	b. waktu	Pagi	Pagi
	c. menggunakan sikat gigi	Menggunakan sikat gigi	Menggunakan sikat gigi
	d. menggunakan pasta gigi	Menggunakan pasta gigi	Tidak menggunakan pasta gigi
	MASALAH	Tidak ada	Tidak ada
5.	AKTIFITAS DAN LATIHAN		
	A. Olahraga		
	a. Jenis	Tidak ada	Tidak ada
	b. Frekuensi	Tidak ada	Tidak ada
	B. Kegiatan diwaktu luang	Bermain di lingkungan rumah	Tidak ada
	C. Cara melakukan sendiri/bantu	Sendiri	Sendiri
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum :

Klien tampak lemah, pucat, bibir keyring, konjungtiva anemis, bicara sedikit pelan, penampilan rapih, cengeng

2) Kesadaran : Composmentis E4V5M5

3) Tanda tanda vital

a) Denyut nadi : 94x/menit

b) Suhu : 38,2°C

c) Pernafasan : 22 x/menit

4) Berat badan : 20 kg

5) Tinggi badan : 96 cm

6) Kepala

Inspeksi

Keadaan rambut & hygiene kepala: Bersih

a. warna rambut : hitam

- b. penyebaran : tidak ada
- c. mudah rontok : tidak mudah rontok
- d. kebersihan rambut: rambut bersih tidak kotor

Palpasi

- benjolan : tidak ada benjolan
- nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
- tekstur rambut : Rambut halus

7) Muka

Inpeksi

- a. Simetris/tidak : simetris
- b. Bentuk wajah : oval
- c. Gerakan abnormal: tidak terdapat gerakan abnormal
- d. Ekspresi wajah : tenang

Palpasi

- Nyeri tekan/tidak : tidak ada nyeri tekan

- Data lain : tidak ada

8) Mata

Inspeksi

- a. Pelpebra : edema/tidak : tidak ada
Radang/tidak : tidak ada
- b. Sclera : Icterus/tidak : tidak ada
- c. Conjunctiva : radang/tidak : tidak ada
Anemis/tidak : anemis
- d. Pupil : isokor

Reflesk pupil terhadap cahaya normal karena bereaksi sangat cepat terhadap keadaan perubahan cahaya.

e. Posisi mata

Simetris/tidak : Simestris. Kiri dan kanan sejajar dan sama

f. Gerakan bola mata: gerakan normal

- g. Penutupan kelopak mata : penutupan mata yang sehat
- h. Keadaan bulu mata : terdapat bulu mata panjang
- i. Keadaan visus : normal
- j. Penglihatan : - kabur/tidak : tidak
- Diplopia/tidak : tidak

Palpasi

Tekanan bola mata : tidak ada nyeri

Data lain : tidak ada

9) Hidung&Sinus

Inspeksi

- a. Posisi hidung : simetris
- b. Bentuk hidung : simetris terdapat 2 lubang
- c. Keadaan septum : normal
- d. Secret/cairan : tidak ada

10) Telinga

Inspeksi

- a. Posisi telinga : simetris
- b. Ukuran/bentuk telinga : normal (simetris)
- c. Aurikel : normal
- d. Lubang telinga : simetris, bersih
- e. Pemakaian alat bantu : tidak ada, bersih, tidak ada sekret

Palpasi

Nyeri tekan/tidak : tidak ada nyeri

Pemeriksaan uji pendengaran

- a. Rinner : normal
- b. Weber : normal
- c. Swabach : normal

Pemeriksaan vestibuler : normal

Data lain : tidak ada

11) Mulut

Inspeksi

a. Gigi

- Keadaan gigi : Bersih
- Karang gigi/karies : tidak ada karies
- Pemakain gigi palsu : tidak ada gigi palsu

b. Gusi

Merah/Radang/Tidak : Tidak merah, tidak radang

c. Lidah

Kotor/tidak : lidah berwarna pink dan tidak kotor

d. Bibir

- Cianosis/pucat/tidak : bibir pucat dan tidak sianosis
- Basah/kering/pecah : kering
- Mulut berbau/tidak : Tidak berbau
- Kemampuan bicara : baik

Data lain : tidak ada

12) Tenggorokan

a. Warna mukosa : mukosa kering

b. Nyeri tekan : tidak terdapat nyeri tekan

c. Nyeri menelan : tidak nyeri menelan

13) Leher

Inspeksi

a. Kelenjar tyroid : simetris, tidak ada pembesaran

Palpasi

a. Kelenjar tyroid : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

b. Kaku kuduk/ tidak : tidak ada kaku kuduk

c. Kelenjar limfe : tidak ada nyeri tekan dan benjolan atau pembesaran

Data lain : tidak ada

14) Thorax dan pernapasan

- a. Bentuk dada : normal, simetris, tidak ada kelainan bentuk dada
- b. Irama pernafasan : teratur
- c. Pengembangan diwaktu bernapas : mengembang sempurna 2:1
- d. Tipe pernapasan : menggunakan pernafasan dada

Palpasi

- a. Vocal fremitus: normal, getaran kiri dan kanan sama
- b. Massa/ nyeri : tidak ada massa dan tidak ada nyeri tekan

Auskultasi

- a. Suara napas : vesikuler
- b. Suara tambahan : tidak ada

Perkusi : sonor

15) Jantung

Palpasi

Ictus cordis : -

Perkusi

Pemerasan jantung : -

Auskultasi

a. BJ I : -

b. BJ II : -

c. Bunyi jantung tambahan : -

16) Abdomen

Inspeksi

- a. Membuncit : tidak membuncit
- b. Ada luka/ tidak : tidak ada luka

Palpasi

- a. Hepar : tidak ada pembesaran hepar
- b. Lien : tidak ada pembesaran lien

c. Nyeri tekan : ada nyeri tekan di bagian lambung, skala 5

Auskultasi

Peristaltik : 5x/menit

Perkusi

a. Tympani : terdengar timpani dibagian lambung

b. Redup

Data lain :

17) Genitalia dan anus : vagina tampak bersih tidak ada tanda infeksi seperti kemerahan atau iritasi

18) Ekstremitas

Ekstremitas atas : CRT < 2 detik, tidak ada luka, warna kulti kuning langsung, pergerakan esktermitas bebas

Ekstremitas bawah : tidak ada luka, warna kulti kuning langsung, pergerakan esktermitas bebas

i. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 22 Mei 2023

Jenis	Nilai	Nilai rujukan
HEMATOLOGI		
IMUNOSEROLOGI		
Widal		
- S.tyhi-o	- 1/320	- Negatif
- S.paratyphi AS	- Negatif	- Negatif
- S.paratyphi BO	- 1/80	- Negatif
- S. paratyphi CO	- 1/320	- Negatif
- S .Typhi-H	- 1/80	- Negatif
- S.Paratyphi AH	- 1/320	- Negatif
- S.paratyphi BH	- 1/80	- Negatif
- S.paratyphi CH	- 1/320	- Negatif

Terapi dan Pengobatan

Jenis	Dosis
Infus Ringer laktat	20 tpm
Paracetamol	4x 150 mg (oral)
Ranitidine inj	15 mg/ 6 jam IV
Cefotaxim Inj	3 x 250 mg IV

Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan demam sejak 2 hari terakhir Ibu klien mengatakan sering demam pada sore dan malam hari. Ibu klien mengatakan suhu saat demam yaitu 38,2°C <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien nampak lemah Suhu : 38,2 C Nadi 96x/menit Pernapasan 21x/menit Klien nampak gelisah Hasil Widal tst menunjukkan : S. Typhi O : 1/320 S. Parathyphi BO : 1/80 S. ParatyphiCO : 1/320 S. Typhi H : 1/320 S. Partyhpi BH : 1/80 S. Paratyhi CH : 1/320 	<p>Agen Insfeksius (Bakteri Sallmonela thypi)</p> <p>↓</p> <p>Mediator Inflamasi</p> <p>↓</p> <p>Peradangan pada saluran cerna</p> <p>↓</p> <p>Monosit/makrofag</p> <p>↓</p> <p>Sitokin pirogen</p> <p>↓</p> <p>Mempengaruhi hipotalamus arterior</p> <p>↓</p> <p>Demam</p>	<p>Hipertermi</p>

B. Diagnosa Keperawatan

- Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan ibu klien mnegatakan klien demm sejak 2 hari, Suhu : 38,2 C, hasil lab S. Typhi O : 1/320

C. Intervensi Keperawatan

Dignosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
<p>Hiprtermia berhubungan dengan proses penyait</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka termogulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pucat dari meningkat menjadi menurun • Suhu tubuh dari meningkat menjadi menurun • Suhu kulit dari memburuk menjadi membaik 	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab hipertermia 2. monitor suhu tubuh <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Basahi dan kipas permukaan tubuh 3. Lakukan pendalian suhu tubuh eksternal 4. Anjurkan makan makanan halus 5. Anjurkan makan makanan yang rendah serah <p>Edukasi: anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi : Kolaborasi dengan dokter dengan pemberian antipiretik (paracetamol) dan antibiotic (Cefotaxim 3 x 250 mg)</p>

D. Implementasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tanggal	jam	Implementasi keperawatan
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	23-05-2023	08;30	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil: S : 37,8 C, N = 96 x/mnt, RR = 24 x/mnt, S. Typhi 0 : 1/320, Setelah diidentifikasi penyebab dari kenaikan suhu tubuh adalah karena proses penyakit yaitu infeksi bakteri salmonella typhi
		09.00	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian Hasil : Tampak pakaian dilepaskan
		09.20	3. Basahi dan kipas permukaan tubuh Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat
		10.00	4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal Hasil : Perawat melakukan kompres hangat
		10.15	5. Anjurkan pasien untuk tirah baring Hasil : pasien bersedia melakukannya
		10.35	6. Anjurkan keluarga pasien untuk memberikan makana rendahs erat Hasil : Ibu pasien bersedia mengikuti anjuran perawat
		11.00	7. Ajarkan keluarga untuk selalu melakukan kompres hangat kepada pasien

		11.30	<p>Hasil : Ibu pasien mengerti dan mau menerapkannya</p> <p>8. Kolaborasi pemberian cairan dan antibiotik intravena</p> <p>Hasil : melakukan instruksi untuk melakukan injeksi antibiotik cefotaxim 250 mg.</p>
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	24-05-2023	<p>08,30</p> <p>09.00</p> <p>09.20</p> <p>10.00</p> <p>10.15</p> <p>10.35</p>	<p>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia</p> <p>Hasil: S : 37,4 C, N = 96 x/mnt, rr = 24 x/mnt</p> <p>Setelah diidentifikasi penyebab dari kenaikan suhu tubuh adalah karena proses penyakit yaitu infeksi bakteri salmonella typhi</p> <p>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>Hasil : Tampak pakaian dilepaskan</p> <p>3. Basahi dan kipas permukaan tubuh</p> <p>Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat</p> <p>4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal</p> <p>Hasil : Perawat melakukan kompres hangat</p> <p>5. Anjurkan pasien untuk tirah baring</p> <p>Hasil : pasien bersedia melakukannya</p> <p>6. Anjurkan keluarga pasien untuk memberikan makanan rendah serat</p> <p>Hasil : Ibu pasien bersedia mengikuti anjuran perawat</p>

		11.00	7. Ajarkan keluarga untuk selalu melakukan kompres hangat kepada pasien Hasil : Ibu pasien mengerti dan mau menerapkannya
		11.30	8. Kolaborasi pemberian cairan dan antibiotik intravena Hasil : melakukan instruksi untuk melakukan injeksi antibiotik cefotaxim 250 mg
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	25-05-2023	08:30	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil: S : 36,7 C, N = 96 x/mnt, rr = 22 x/mnt Setelah diidentifikasi penyebab dari kenaikan suhu tubuh adalah karena proses penyakit yaitu infeksi bakteri salmonella typhi
		09.00	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian Hasil : Tampak pakaian dilepaskan
		09.20	3. Basahi dan kipas permukaan tubuh Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat
		10.00	4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal Hasil : Perawat melakukan kompres hangat
		10.15	5. Anjurkan pasien untuk tirah baring Hasil : pasien bersedia melakukannya
		10.35	6. Anjurkan keluarga pasien untuk

		11.00	<p>memberikan makana rendahs erat</p> <p>Hasil : Ibu pasien bersedai mengikuti anjuran perawat</p> <p>7. Ajarkan keluarga untuk selalu melakukan kompres hangat kepada pasien</p> <p>Hasil : Ibu pasien mengerti dan mau menerapkannya</p>
		11.30	<p>8. Kolaborasi pemberian cairan dan antibioltik intravena</p> <p>Hasil : melakukan instruksi untuk melakukan injeksi antibiotic cefotaxim 250 mg</p>



E. Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Evaluasi keperawatan
1	22-05-2023 Jam : 13.00 WIB	DS : Ibu klien mengatakan anaknya masih demam Do : <ul style="list-style-type: none">- klien Nampak lemah- S : 37,8 C, N = 96 x/mnt, RR = 24 x/mnt- Akral teraba hangat A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan : <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi penyebab hipotermia2. Monitor TTV : suhu3. Lakukan Kompres Hangat4. Ajarkan kepada ibu untuk mengompres pasien jika teraba panas
2	23-05-2023 Jam : 13.00 WIB	DS : Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah mulai menurun Do : <ul style="list-style-type: none">- klien tampak agak fress- S : 37,4 C, N = 96 x/mnt, RR = 24 x/mnt- Akral teraba hangat A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan : <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi penyebab hipotermia2. Monitor TTV : suhu3. Lakukan Kompres Hangat

		4. Ajarkan kepada ibu untuk mengompres pasien jika teraba panas
3	24-05-2023 Jam : 13.00 WIB	DS : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam Do : <ul style="list-style-type: none">- klien tampak agak fress- S : 36,7 C, N = 96 x/mnt, rr = 22 x/mnt A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan



KASUS DUA

1. Identitas

Nama>Nama panggilan : An. E
Usia : 5 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Ngabar Jetis Mojokerto
Tgl masuk : 23 Mei 2023 jam 09.52 WIB
Tgl pengkajian : 24 Mei 2023 jam 10.00 WIB
Diagnosa medik : Demam Typoid

2. Identitas Orang tua/Penangung Jawab

Nama : Rudi
Usia : 28 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pegawai swasta
Agama : Islam
Alamat : Carikan

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan Utama :
Ibu klien mengatakan anak batuk, pilek serta demam sudah tiga hari
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang:
Ibu Klien mengatakan Pasien demam naik turun sudah 3 hari lamanya disertai muntah 2 x perhari, sejak malam hari BAB normal 1x perhari.
- c. Riwayat Kesehatan Lalu
Pasien belum pernah masuk rumah sakit dengan penyakit yang sama
- d. Riwayat Kehamilan, dan Persalinan
Prenatal Care

- 1) Ibu memeriksakan kehamilannya setiap bulan di klinik . Keluhan selama hamil yang dirasakan oleh ibu tidak ada.
- 2) Riwayat terkena radiasi : Tidak ada riwayat terkena radiasi.
- 3) Riwayat berat badan selama hamil : 60 Kg
- 4) Riwayat imunisasi TT : ibu mengatakan melakukan imunisasi TT pada saat hamil.
- 5) Golongan darah ibu A, golongan darah ayah O

Antenatal Care

- 1) Tempat melahirkan : bidan
- 2) Jenis persalinan : spontan
- 3) Penolong persalinan : bidan
- 4) Komplikasi yang dialami ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan : tidak ada

Postnatal Care

- 1) Kondisi bayi : prematur. APGAR : merah muda seluruhnya, menangis kuat, fleksi baik.
- 2) Anak pada saat lahir tidak mengalami : tidak ada

e. Riwayat Imunisasi (imunisasi lengkap)

No	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian	Frekuensi
1	Hepatitis	Usia 7 hari		Demam	2 hari
2	DPT	Usia 2, 3, 4 bulan		Demam	2 hari
3	BCG	Usia 1 bulan		Demam	2 hari
4	Polio	Usia 1,2,3 4, bulan			2 hari
5	Campak	9 bulan		Demam	2 hari

f. Riwayat Psikososial

- 1) Anak tinggal bersama : Orang tua di rumah
- 2) Lingkungan berada di : padat penduduk

- 3) Rumah dekat dengan : penduduk lainnya.
- 4) Tempat bermain : di lapangan bola
- 5) Kamar klien : klien tidur bersama orang tuanya
- 6) Rumah ada tangga : rumah klien tidak memiliki tangga
- 7) Hubungan antar anggota keluarga : menurut ibu klien hubungan dengan keluarga baik.
- 8) Pengasuh anak : ibu klien mengatakan yang mengasuh klien adalah ibunya sendiri dan bersama suami.

g. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

No	ACTIVITY DAILY LEAVING	SEBELUM SAKIT	KETIKA SAKIT
1.	NUTRISI		
	C. Makan		
	i. Jenis	Nasi, tempe,telur, tahu, sayur, daging	bubur, sayur, bolu kukus, tahu
	j. Frekuensi	3 kali sehari	3 kali sehari
	k. Porsi/jumlah kalori	½ mangkuk sedang	1/3 mangkuk sedang
	l. Makanan kesukaan	Coklat, permen, susu	Sayur, bubur
	m. Makanan pantangan	Makanan pedas	Makanan pedas, berlemak
	n. Nafsu makan	Nafsu makan bertambah	Nafsu makan menurun
	o. Cara makan sendiri/bantu	Dibantu	Dibantu
	p. Kesulitan menelan/tidak	Tidak ada kesulitan menelan	Tidak ada kesulitan menelan
	MASALAH	Tidak ada masalah	Sulit makan
	D. Minum		
	e. Jenis	Air putih, susu	Air putih, teh manis
	f. Frekuensi	5x sehari	6x sehari
g. Jumlah (cc)	1600 cc	1600 cc	
h. Cara minum sendiri/bantu	Sendiri	Dibantu	
MASALAH	Tidak ada	Tidak ada	
2.	ELIMINASI		
	C. Buang Air Besar		
	k. Frekuensi	1x sehari	Tidak BAB selama 4 hari
l. Waktu	Pagi hari	Tidak	

	m. Warna	Kuning	Tidak
	n. Bau, darah, lender	Berbau, tidak berlendir, tidak berdarah	Tidak
	o. Konsistensi	Lembek	Tidak
	p. Obstipasi	Tidak mengalami obstipasi	Mengalami obstipasi
	q. Diare	Tidak mengalami diare	Tidak mengalami diare
	r. Kolostomi	Tidak melakukan kolostomi	Tidak melakukan kolostomi
	s. Pengeluaran sendiri/bantu	Sendiri	Sendiri
	t. Kenggunaan pencahar	Tidak ada	Dulcolax
	D. Buang Air Kecil	Tidak ada	Konstipasi
	j. Frekuensi	6x sehari	7x sehari
	k. Jumlah urine output (cc)	600 cc	600 cc
	l. Warna	Kuning bening	Kuning bening
	m. Ada tidaknya bau	Berbau	Berbau
	n. Ada tidak darah/hematuria	Tidak ada	Tidak ada
	o. Ada tidak kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	p. Inkontinensia	Tidak ada	Tidak ada
	q. Penggunaan kateter	Tidak menggunakan kateter	Tidak menggunakan kateter
	r. Cara pengeluaran dibantu/sendiri	Sendiri	Sendiri
	MASALAH	Tidak ada	Tidak ada
3.	ISTIRAHAT&TIDUR		
	g. Waktu tidur sendiri	8 jam	7 jam
	h. Waktu tidur siang	2 jam	3 jam
	i. Lamanya	10 jam	10 jam
	j. Kebiasaan penghantar tidur	Tidak ada	Tidak ada
	k. Ada tidak masalah tidur	Tidak ada	Tidak ada
	l. Kebiasaan yang dilakukan saat istirahat	Bermain dengan boneka	Tidak ada
4.	A. Mandi		
	a. frekuensi	2x sehari	1x sehari
	b. penggunaan sabun atau tidak	Menggunakan sabun dan sampo	Tidak menggunakan sabun (spons)
	c. cara melakukan sendiri/bantu	Dibantu	Dibantu
	B. oral hygiene		

	a. frekuensi	2x sehari	2x sehari
	b. waktu	Pagi	Pagi
	c. menggunakan sikat gigi	Menggunakan sikat gigi	Menggunakan sikat gigi
	d. menggunakan pasta gigi	Menggunakan pasta gigi	Tidak menggunakan pasta gigi
	MASALAH	Tidak ada	Tidak ada
5.	AKTIFITAS DAN LATIHAN		
	D. Olahraga		
	c. Jenis	Tidak ada	Tidak ada
	d. Frekuensi	Tidak ada	Tidak ada
	E. Kegiatan diwaktu luang	Bermain di lingkungan rumah	Tidak ada
	F. Cara melakukan sendiri/bantu	Sendiri	Sendiri
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

h. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum :
Klien tampak lemah, pucat, bibir keyring, konjungtiva anemis, bicara sedikit pelan, penampilan rapih, cengeng
- 2) Kesadaran : Composmentis E4V5M6
- 3) Tanda tanda vital
 - a) Denyut nadi : 94x/menit
 - b) Suhu : 38,6°C
 - c) Pernafasan : 22 x/menit
- 4) Berat badan : 16 kg
- 5) Tinggi badan : 96 cm
- 6) Kepala

Inspeksi

Keadaan rambut & hygiene kepala: Bersih

 - a) warna rambut : hitam
 - b) penyebaran : tidak ada
 - c) mudah rontok : tidak mudah rontok
 - d) kebersihan rambut: rambut bersih tidak kotor

Palpasi

benjolan : tidak ada benjolan

nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan

tekstur rambut : Rambut halus

7) Muka

Inpeksi

a) Simetris/tidak : simetris

b) Bentuk wajah : oval

c) Gerakan abnormal: tidak terdapat gerakan abnormal

d) Ekspresi wajah : tenang

Palpasi

Nyeri tekan/tidak : tidak ada nyeri tekan

Data lain : tidak ada

8) Mata

Inspeksi

a) Pelpebra : edema/tidak : tidak ada

Radang/tidak : tidak ada

b) Sclera : Icterus/tidak : tidak ada

c) Conjungtiva : radang/tidak : tidak ada

Anemis/tidak : anemis

d) Pupil : isokor

Reflesk pupil terhadap cahaya normal karena bereaksi sangat cepat terhadap keadaan perubahan cahaya.

e) Posisi mata

Simetris/tidak : Simestris. Kiri dan kanan sejajar dan sama

f) Gerakan bola mata: gerakan normal

g) Penutupan kelopak mata : penutupan mata yang sehat

h) Keadaan bulu mata : terdapat bulu mata panjang

i) Keadaan visus : normal

- j) Penglihatan : - kabur/tidak : tidak
- Diplopia/tidak : tidak

Palpasi

Tekanan bola mata : tidak ada nyeri

Data lain : tidak ada

9) Hidung&Sinus

Inspeksi

- a) Posisi hidung : simetris
b) Bentuk hidung : simetris terdapat 2 lubang
c) Keadaan septum : normal
d) Secret/cairan : tidak ada

10) Telinga

Inspeksi

- a) Posisi telinga : simetris
b) Ukuran/bentuk telinga : normal (simetris)
c) Aurikel : normal
d) Lubang telinga : simetris, bersih
e) Pemakaian alat bantu : tidak ada, bersih, tidak ada sekret

Palpasi

Nyeri tekan/tidak : tidak ada nyeri

Pemeriksaan uji pendengaran

- a) Rinner : normal
b) Weber : normal
c) Swabach : normal

Pemeriksaan vestibuler : normal

Data lain : tidak ada

11) Mulut

Inspeksi

- a) Gigi

- Keadaan gigi : Bersih
- Karang gigi/karies : tidak ada karies
- Pemakain gigi palsu : tidak ada gigi palsu

b) Gusi

Merah/Radang/Tidak : Tidak merah, tidak radang

c) Lidah

Kotor/tidak : lidah berwarna pink dan tidak kotor

d) Bibir

- Cianosis/pucat/tidak : bibir pucat dan tidak sianosis
- Basah/kering/pecah : kering
- Mulut berbau/tidak : Tidak berbau
- Kemampuan bicara : baik

Data lain : tidak ada

12) Tenggorokan

- a. Warna mukosa : mukosa kering
- b. Nyeri tekan : tidak terdapat nyeri tekan
- c. Nyeri menelan : tidak nyeri menelan

13) Leher

Inspeksi

Kelenjar tyroid : simetris, tidak ada pembesaran

Palpasi

- a. Kelenjar tyroid : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan
- b. Kaku kuduk/ tidak: tidak ada kaku kuduk
- c. Kelenjar limfe : tidak ada nyeri tekan dan benjolan atau pembesaran

Data lain : tidak ada

14) Thorax dan pernapasan

- a) Bentuk dada : normal, simetris, tidak ada kelainan bentuk dada

- b) Irama pernafasan : teratur
- c) Pengembangan diwaktu bernapas : mengembang sempurna 2:1
- d) Tipe pernafasan : menggunakan pernafasan dada

Palpasi

- a) Vocal fremitus : normal, getaran kiri dan kanan sama
- b) Massa/ nyeri : tidak ada massa dan tidak ada nyeri tekan

Auskultasi

- a) Suara napas : vesikuler
- b) Suara tambahan : tidak ada

Perkusi : sonor

15) Jantung

Palpasi

Ictus cordis :-

Perkusi

Pemerasan jantung :-

Auskultasi

- a) BJ I :-
- b) BJ II :-
- c) Bunyi jantung tambahan :-

16) Abdomen

Inspeksi

- a) Membuncit : tidak membuncit
- b) Ada luka/ tidak : tidak ada luka

Palpasi

- a) Hepar : tidak ada pembesaran hepar
- c) Lien : tidak ada pembesaran lien
- d) Nyeri tekan : ada nyeri tekan di bagian lambung

Auskultasi

Peristaltik : 5x/menit

Perkusi

a) Tympani : terdengar timpani dibagian lambung

b) Redup

Data lain :

17) Genitalia dan anus : vagina tampak bersih tidak ada tanda infeksi seperti kemerahan atau iritasi

18) Ekstremitas

Ekstremitas atas : CRT < 2 detik, tidak ada luka, warna kulti kuning langsung, pergerakan esktermitas bebas

Ekstremitas bawah : tidak ada luka, warna kulti kuning langsung, pergerakan esktermitas bebas

i. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 22 Mei 2023

Jenis	Nilai	Nilai rujukan
HEMATOLOGI		
IMUNOSEROLOGI		
Widal		
- S.tyhi-o	- 1/320	- Negatif
- S.paratyphi AS	- Negatif	- Negatif
- S.paratyphi BO	- 1/80	- Negatif
- S. paratyphi CO	- 1/320	- Negatif
- S .Typhi-H	- 1/80	- Negatif
- S.Paratyphi AH	- 1/320	- Negatif
- S.paratyphi BH	- 1/80	- Negatif
- S.paratyphi CH	- 1/320	- Negatif

Terapi dan Pengobatan

Jenis	Dosis
Ringer laktat infus	20 tpm
Paracetamol	4x 150 mg Oral
Ranitidine inj	15 mg/ 6 jam IV
Cefotaxim inj	3 x 250 mg IV

Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan demam sejak 2 hari terakhir Ibu klien mengatakan sering demam pada sore dan malam hari. Ibu klien mengatakan suhu saat demam yaitu 38,2°C <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien nampak lemah Suhu : 38,6 C Nadi 96x/menit Pernapasan 21x/menit Klien nampak gelisah Hasil Lab : <ul style="list-style-type: none"> S. Typhi O : 1/320 S. Parathypi BO : 1/80 S. ParatyhpiCO : 1/320 S. Typhi H : 1/320 S. Partyhpi BH : 1/80 S. Paratyhi CH : 1/320 	<p>Agen Infeksius (Bakteri Salmonella Thpyi)</p> <p>↓</p> <p>Mediator Inflamasi</p> <p>↓</p> <p>Masuk ke saluran cerna</p> <p>↓</p> <p>Monosit/makrofag</p> <p>↓</p> <p>Sitokin pirogen</p> <p>↓</p> <p>Mempengaruhi hipotalamus arterior</p> <p>↓</p> <p>Demam</p>	<p>Hipertermi</p>

B. Diagnosa Keperawatan

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan ibu klien mnegatakan klien demm sejak 2 hari, Suhu : 38,6 C, hasil lab S. Typhi O : 1/320

C. Intervensi Keperawatan

Dignosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
<p>Hiprtermia berhubungan dengan proses penyait</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka termogulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pucat dari meningkat menjadi menurun • Suhu tubuh dari meningkat menjadi menurun • Suhu kulit dari memburuk menjadi membaik 	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab hipertermia 2. monitor suhu tubuh <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Basahi dan kipas permukaan tubuh 3. Lakukan pendalian suhu tubuh eksternal 4. Anjurkan makan makanan yang halus 5. Anjurkan makan makanan yang rendah serat <p>Edukasi: anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi : Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi antipireutik (paracetamol) dan antibiotic (cefotaxim 3 x 250 mg)</p>

D. Implementasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tanggal	jam	Implementasi keperawatan
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	24-05-2023	08:30	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil: S : 38 C, N = 96 x/mnt, RR = 28 x/mnt, S. Typhi 0 : 1/320, Setelah diidentifikasi penyebab dari kenaikan suhu tubuh adalah karena proses penyakit yaitu infeksi bakteri salmonella typhi
		09.00	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian Hasil : Tampak pakaian dilepaskan
		09.20	3. Basahi dan kipas permukaan tubuh Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat
		10.00	4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal Hasil : Perawat melakukan kompres hangat
		10.15	5. Anjurkan pasien untuk tirah baring Hasil : pasien bersedia melakukannya
		10.35	6. Ajarkan keluarga untuk selalu melakukan kompres hangat kepada pasien Hasil : Ibu pasien mengerti dan mau menerapkannya
		11.00	7. kolaborasi pemberian cairan dan antibiotik intravena, jika perlu

			<p>Hasil : melakukan instruksi untuk melakukan injeksi antibiotic cefotaxim 250 mg.</p>
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	25-05-2023	<p>08:30</p> <p>09.00</p> <p>09.20</p> <p>10.00</p> <p>10.15</p> <p>11.40</p>	<p>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia</p> <p>Hasil:</p> <p>S : 37,5 C, N = 96 x/mnt, rr = 22 x/mnt</p> <p>Setelah diidentifikasi penyebab dari kenaikan suhu tubuh adalah karena proses penyakit yaitu infeksi bakteri salmonella typhi</p> <p>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>Hasil : Tampak pakaian dilepaskan</p> <p>3. Basahi dan kipas permukaan tubuh</p> <p>Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat</p> <p>4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal</p> <p>Hasil : Perawat melakukan kompres hangat</p> <p>5. Anjurkan pasien untuk tirah baring</p> <p>Hasil : pasien bersedia melakukannya</p> <p>6. Ajarkan keluarga untuk selalu melakukan kompres hangat kepada pasien</p> <p>Hasil : Ibu pasien mengerti dan mau menerapkannya</p>

<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>26-05- 2023</p>	08;30	<p>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil: S : 36,7 C, N = 96 x/mnt, RR = 24 x/mnt Setelah diidentifikasi penyebab dari kenaikan suhu tubuh adalah karena proses penyakit yaitu infeksi bakteri salmonella typhi</p>
		09.00	<p>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian Hasil : Tampak pakaian dilepaskan</p>
		09.20	<p>3. Basahi dan kipas permukaan tubuh Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat</p>
		10.35	<p>4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal Hasil : Perawat melakukan kompres hangat</p>
		11.00	<p>5. Anjurkan pasien untuk tirah baring Hasil : pasien bersedia melakukannya</p>
		11.30	<p>6. Ajarkan keluarga untuk selalu melakukan kompres hangat kepada pasien Hasil : Ibu pasien mengerti dan mau menerapkannya</p>

E. Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Evaluasi keperawatan
1	24-05-2023 13.00 WIB	<p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya masih demam</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien Nampak lemah- S : 38 C, N = 96 x/mnt, RR = 28 x/mnt- Akral teraba hangat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi penyebab hipotermia2. Monitor TTV : suhu3. Lakukan Kompres Hangat4. Ajarkan kepada ibu untuk mengompres pasien jika teraba panas
2	25-05-2023 13.00 WIB	<p>DS : Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah mulai menurun</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien tampak agak fress- S : 37,5 C, N = 96 x/mnt, rr = 22 x/mnt- Akral teraba hangat <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi penyebab hipotermia2. Monitor TTV : suhu3. Lakukan Kompres Hangat4. Ajarkan kepada ibu untuk mengompres pasien jika teraba panas

3	26-05-2023 13.00 WIB	DS : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam Do : - klien tampak agak fress - S : 36,7 C, N = 96 x/mnt, RR = 24 x/mnt A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
---	-------------------------	---

