

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN THPOID MASALAH

by Iva Agustina Kian

Submission date: 24-Jul-2023 10:40AM (UTC+0700)

Submission ID: 2135813812

File name: KIAN_202273024_PROFESI_NERS.docx (330.22K)

Word count: 10785

Character count: 67393



UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN THPOID MASALAH
HIPERTERMI MELALUI PEMBERIAN KOMPRES HANGAT
DI PUSKESMAS KUPANG KECAMATAN JETIS
KABUPATEN MOJOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh

IVA AGUSTINA

202273024

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI PROFESI KEPERAWATAN
MOJOKERTO
2023**

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN THYPOID MASALAH HIPERTERMI MELALUI PEMBERIAN KOMPRES HANGAT DI PUSKESMAS KUPANG KECAMATAN JETIS KABUPATEN MOJOKERTO

Oleh:
Iva Agustina¹, Siti Indatul²

² Demam thypoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7 hari, gangguan kesadaran dan saluran pencernaan. Hubungan demam thypoid dengan hipertermi berpusat pada gaya hidup dan kebersihan yang buruk dan menyebabkan perubahan kondisi kesehatan, hal tersebut menyebabkan terserangnya demam thypoid dan tubuh akan mengalami peningkatan suhu tubuh. Tujuan studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami demam thypoid dengan masalah hipertermi. Metode penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. ² Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Kupang Kec. Jetis kabupaten Mojokerto dengan partisipan 2 kasus dengan diagnosa demam thypoid dengan masalah Hipertermi. Hasil asuhan keperawatan pada tahap pengkajian diketahui kedua pasien mempunyai keluhan yang sama yaitu demam tinggi dengan suhu diatas 38⁰C, selain itu ada tambahan batuk pilek dan klien tampak lemah dan nafsu makan menurun. Diagnose keperawatan yang ditetapkan adalah hipertermi. Implementasi yang diberikan ditetapkan selama 3 hari dengan pemberian kompres hangat pada kedua kasus dan pada saat evaluasi didapatkan penurunan suhu tubuh pada hari ke dua asuhan keperawatan. Hasil evaluasi menunjukkan menunjukkan masalah sudah teratasi

Katakunci: Asuhan Keperawatan, Thyroid, Hipertermi

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR CLIENTS WHO EXPERIENCE TYPHOID FEVER WITH HYPERTHERMIA PROBLEMS

Oleh:

Iva Agustina¹, Siti Indatul²

¹⁴ Typhoid fever is an acute infectious disease that usually affects the digestive tract with symptoms of fever for more than 7 days, impaired consciousness and digestive tract. The relationship between typhoid fever and hyperthermia is centered on lifestyle and poor hygiene and causes changes in health conditions, this causes typhoid fever to develop and the body will experience an increase in body temperature. The purpose of this case study is to carry out nursing care for clients who experience typhoid fever with hyperthermia problems. This research method is descriptive using the case study method. The research was conducted at the Kupang Health Center Jiris Mojokerto with 2 participants diagnosed with typhoid fever and hyperthermia. The results of nursing care at the assessment stage revealed that the two patients had the same complaint, namely a high fever with a temperature above 38°C, besides that there was an additional cold cough and the client looked weak and had a decreased appetite. The established nursing diagnosis is hyperthermia. The implementation given was determined for 3 days by giving warm compresses in all two cases and at the time of evaluation, a decrease in body temperature was found on the second day of nursing care. The evaluation results show that the problem has been resolved.

Key Words : Nursing Care, Thypoid, Hyperthermia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak merupakan investasi dan harapan masa depan bangsa sebagai penerus generasi di masa mendatang.¹⁸ Anak usia prasekolah adalah anak yang berusia 3 sampai dengan 5 tahun (Nurjanah, 2015). Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan saat ini yang terjadi di Negara Indonesia. Derajat kesehatan¹¹ anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak merupakan sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Namun, timbulnya suatu penyakit merupakan ancaman terbesar yang beresiko menurunkan derajat kesehatan pada masyarakat dunia ini. Ancaman penyakit paling berbahaya dalam menurunkan derajat kesehatan anak adalah penyakit menular. Penyakit menular yang sering terjadi di negara berkembang adalah penyakit pada saluran pernapasan dan pencernaan. Salah satu penyakit saluran pencernaan adalah demam Tifoid (Kemenkes RI, 2015).

¹ Data dari WHO menyatakan bahwa penyakit demam Tifoid di dunia mencapai 11-20 juta kasus pertahun yang mengakibatkan terjadinya sekitar 128.000-161.000 kematian setiap tahunnya dan saat ini sekitar 80% dari seluruh kasus demam Tifoid terjadi di negara Afrika selatan, Bangladesh, Tiongkok, India, Indonesia, Laos, Nepal, Pakistan serta Vietnam (WHO, 2018). Di

Indonesia sendiri, penyakit ini mencapai 350-810/100.000 penduduk di Indonesia Itu artinya tiap tahun ada sebesar 600.000-1.500.000 kasus demam Tifoid (RISKESDAS, 2018). Dari hasil survey Departemen Kesehatan RI, frekuensi kejadian demam menjadi 15,4 per 10.000 penduduk. Survey berbagai rumah sakit di Indonesia memperlihatkan peningkatan jumlah anak yang mengalami demam (Kemenkes RI, 2019). Data Puskesmas wilayah kerja Kabupaten Mojokerto didapatkan jumlah anak Pra Sekolah (< 5 tahun) mengalami demam atau peningkatan suhu tubuh pada data tahun 2019-2021 adalah lebih dari 300 anak. Jumlah penderita demam tipoid di Puskesmas Kupang dalam kurun waktu Januari – Juli 2023 sebanyak 42 anak.

Anak usia prasekolah banyak mengalami masalah kesehatan, antara lain kesehatan umum, gangguan perkembangan, gangguan perilaku, dan gangguan belajar. Hal ini dapat disebabkan karena anak usia prasekolah sering menggunakan fungsi biologisnya untuk menemukan berbagai hal yang ada dalam dunianya, anak lebih senang bermain dengan segala sesuatu yang dekat dengan dirinya. Perilaku yang kurang sehat dan daya tahan tubuh yang rendah menjadi faktor tingginya kejadian infeksi pada anak usia prasekolah yang disebabkan oleh bakteri atau virus pada anak prasekolah, sehingga tubuh anak merespon dengan peningkatan suhu tubuh atau demam (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Tubuh akan mengeluarkan sejumlah panas ke kulit sebagai respon melawan penyakit dan infeksi (Permatasari, Hartini, & Bayu, 2013). Demam adalah suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada anak

merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (*termoregulasi*) di hipotalamus (Sodikin dalam Wardiyah, 2016). Anak dikatakan demam apabila pada saat dilakukan pengukuran suhu tubuh menunjukkan angka $>37,5^{\circ}\text{C}$ atau suhu oral dengan nilai $>37,8^{\circ}\text{C}$ atau suhu aksila menunjukkan angka $>37,2^{\circ}\text{C}$. Sebagian besar demam berhubungan dengan terjadinya infeksi yang dapat berupa infeksi sistemik ataupun lokal. Demam yang paling sering disebabkan karena penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernapasan atas, infeksi saluran pernapasan bawah, gastrointestinal, dan lain sebagainya.

Demam pada anak membutuhkan perlakuan dan penanganan tersendiri yang berbeda bila dibandingkan dengan orang dewasa. Hal ini dikarenakan, apabila tindakan dalam mengatasi demam tidak tepat dan lambat maka akan mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu. Demam dapat membahayakan kesehatan anak, demam dapat mengakibatkan dehidrasi, kejang demam dan penurunan kesadaran hingga kematian. Dehidrasi pada anak mengakibatkan anak banyak mengalami kehilangan cairan dan elektrolit sehingga anak mengalami *hipovolemia* kondisi ini sangat berbahaya dan dapat meningkatkan resiko kematian pada anak. Sedangkan kejang demam pada anak jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat dapat mengakibatkan kerusakan sel-sel pada otak akibat kekurangan oksigen, hal ini dapat mengakibatkan kerusakan pada sel-sel tersebut secara permanen hingga berujung kematian. Demam yang mencapai 41°C angka kematiannya mencapai 17%, dan pada suhu 43°C akan koma dengan kematian 70%, dan pada suhu 45°C akan meninggal dalam beberapa jam (Said, 2014).

Penanganan pada anak demam yang sering dilakukan orang tua adalah dengan memberikan obat penurun panas (*antiperetik*) untuk mempercepat penurunan suhu. Sedangkan pemberian terapi nonfarmakologis sering dikesampingkan. Tindakan nonfarmakologis yang sering dikesampingkan diantaranya terapi kompres hangat, hal ini dinilai kebanyakan orang tua tidak efektif melakukan tindakan tersebut dan membuat anak menjadi tidak nyaman. Padahal manfaat yang diberikan terapi kompres hangat dinilai mampu menurunkan suhu tubuh anak dengan cepat dibandingkan dengan penggunaan antiperetik.

16

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan sangat dibutuhkan.

Perawat sangat berperan untuk mengatasi demam melalui peran mandiri maupun kolaborasi. Perawat sangat berperan penting dalam membantu orang tua menurunkan suhu tubuh pada anak. Perawat melakukan tindakan kompres hangat dengan tepat dan cepat akan memberikan pengaruh yang sangat besar pada proses penurunan suhu tubuh anak agar tidak terjadi komplikasi akibat

20

demam. Perawat berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan demam. Saat ini di rumah keluarga melakukan pemberian asuhan keperawatan anak Demam hanya dengan *antipiretik* dan kompres. Mencermati hal tersebut, penulis ingin melakukan Manajemen Hipertermi dengan tindakan kompres hangat untuk mengurangi Demam pada anak. Berdasarkan Keterangan diatas penulis akan melakukan penelitian mengenai Analisis asuhan keperawatan pada pasien

Demam Thyloid dengan masalah hipertermi melalui pemberian kompres hangat di Puskesmas Kupang Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto

B. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Thyloid

a. Definisi

Demam Tifoid atau *enteric fever* adalah penyakit infeksi akutyang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran. Demam Tifoid disebabkan oleh infeksi *salmonella typhi* (Lestari, 2016).

Demam Tifoid atau *typhus abdominalis* adalah suatu penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari seminggu, gangguan pada pencernaan dan juga kesadaran (Price & M.wilson 2015).

b. Etiologi

Penyebab utama demam Tifoid ini adalah bakteri *samonella typhi*. Bakteri. berupa basil gram negatif, mempunyai flagela, bergerak dengan rambut getar, tidak berspora, dapat hidup di dalam air, sampah dan debu mempunyai tiga macam antigen yaitu antigen O (somatic yang terdiri atas zat kompleks lipopolisakarida), antigen H (flagella), dan antigen VI. Dalam serum penderita, terdapat zat (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut. Kuman tumbuh pada suasana aerob dan fakultatif anaerob pada suhu 15-41°C (optimum 37°C) dan pH pertumbuhan 6-8. Bakteri ini dapat mati dengan pemanasan suhu 70°C selama 15-20 menit. Faktor pencetus lainnya adalah lingkungan sistem imun

yang rendah, feses, urin, makanan minuman yang terkontaminasi, formalitas dan lain sebagainya (Lestari, 2016).

c. Manifestasi Klinis

Demam Tifoid pada anak biasanya lebih ringan daripada orang dewasa. Masa tunas 10-20 hari, yang tersingkat 4 hari jika infeksi terjadi melalui makanan, sedangkan jika melalui minuman yang terlama 30 hari. Selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala prodromal, perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri, nyeri kepala, pusing dan tidak bersemangat, kemudian menyusul gejala klinis yang biasanya ditemukan, yaitu (Lestari, 2016). Adapun gejala tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

4
1) Demam

Pada kasus yang khas, demam berlangsung 3 minggu bersifat febris remittens dan suhu tidak tinggi sekali. Minggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap hari, menurun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dalam minggu ketiga suhu berangsur turun dan normal kembali.

2) Gangguan pada Saluran Pencernaan

Pada mulut terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah (ragaden). Lidah tertutup selaput putih kotor, ujung dan tepinya kemerahan. Pada abdomen dapat di temukan keadaan perut kembung. Hati dan limpa membesar disertai nyeri dan peradangan

3) Gangguan Kesadaran

Umumnya kesadaran pasien menurun, yaitu apatis sampai somnolen.. Jarang terjadi supor, koma atau gelisah (kecuali penyakit berat dan terlambat mendapatkan pengobatan). Gejala yang juga dapat ditemukan pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan reseol, yaitu bintik- bintik kemerahan karena emboli hasil dalam kapiler kulit, yang ditemukan pada minggu pertama demam, kadang-kadang ditemukan pula takikardi dan epistaksis

4) Relaps (kambuh)

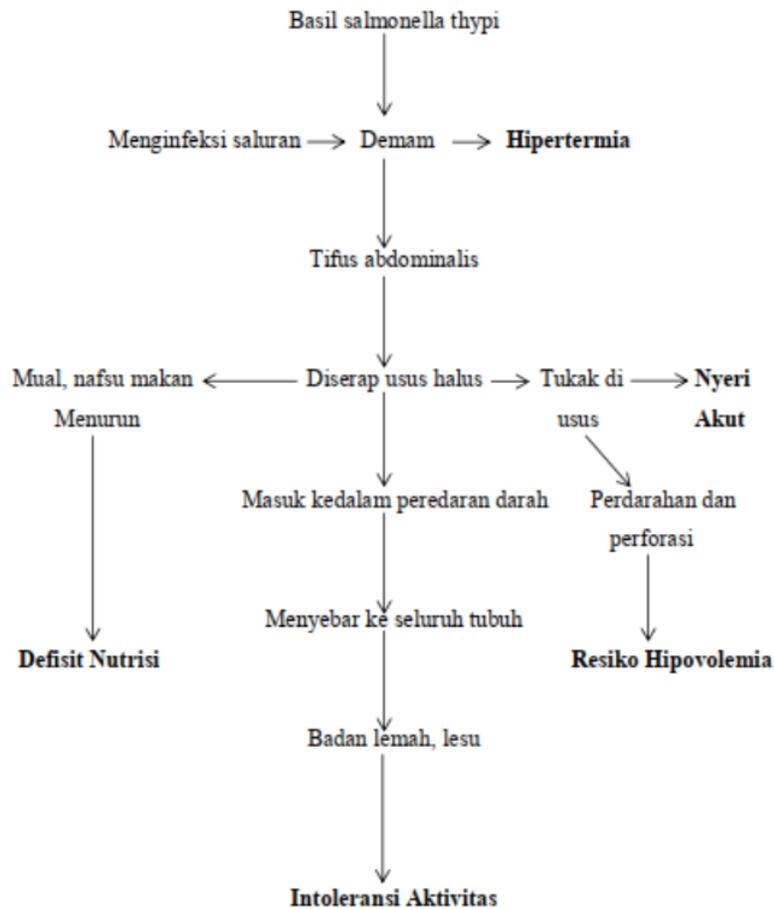
Relaps (kambuh) ialah berulangnya gejala penyakit demam Tifoid, akan tetap berlangsung ringan dan lebih singkat. Terjadi pada minggu kedua setelah suhu badan normal kembali, terjadinya sukar diterangkan. Menurut teori relaps terjadi karena terdapatnya basil dalam organ-organ yang tidak dapat dimusnahkan baik oleh obat maupun oleh zat antibakteri.

d. Patofisiologi

Proses perjalanan penyakit kuman masuk ke dalam mulut melalui makanan dan minuman yang tercemar oleh salmonella (biasanya >10.000 basil kuman). Sebagian kuman dapat dimusnahkan oleh asam HCl lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus. Jika respon imunitas humoral mukosa usus kurang baik, maka basil salmonella akan menembus sel sel epitel (sel m) dan selanjutnya menulami propia dan berkembang biak di jaringan limfoid plak peyeri di ileum distal dan kelenjar getah bening mesenterika (Lestari, 2016). Jaringan limfoid plak peyeri dan kelenjar getah bening mesenterika mengalami hiperplasia. Basil tersebut masuk ke aliran

darah(bakterimia) melalui duktus thoracicus dan menyebar ke seluruh organretikulo endotalial tubuh, terutama hati, sumsum tulang, dan limfamelalui sirkulasi portal dari usus (Lestari, 2016).Hati membesar (hepatomegali) dengan infiltrasi limfosit, zatplasma, dan sel mononuclear. Terdapat juga nekrosis fokal danpembesaran limfa (splenomegali). Di organ ini, kuman salmonellathypi berkembang biak dan masuk sirkulasi darah lagi, sehingga mengakibatkan bakterimia ke dua yang disertai tanda dan gejala infeksisistemik (demam, malaise, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitasvaskuler dan gangguan mental koagulasi).Perdarahan saluran cerna terjadi akibat erosi pembuluh darah disekitar plak peyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hyperplasia Proses patologis ini dapat berlangsung hingga ke lapisan otot, serosausus, dan mengakibatkan perforasi (Lestari, 2016)

e. Pathway



f. Komplikasi

Komplikasi pada pasien typhoid diantaranya sebagai berikut :

13

1) Komplikasi intestinal : perdarahan usus halus , perforasi usus dan ilius paralitik.

2) Komplikasi extra intestinal :

- a) Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi (renjatan sepsis), miokarditis, trombosis, tromboflebitis
- b) Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia dan sindrome uremia hemolitik
- c) Komplikasi paru : pneumonia, empiema, dan pleuritis.
- d) Komplikasi pada hepar dan kandung empedu : hepatitis, dan kolelitis.
- e) Komplikasi ginjal glomerulus nefritis, pyelonephritis dan perinephritis.
- f) Komplikasi pada tulang : osteomyelitis, osteoporosis, spondylitis dan arthritis.
- g) Komplikasi neuropsikiatrik : delirium, meningitis, polineuritis perifer, sindroma guillain bare dan sindrom atakisia

g. Pemeriksaan Penunjang

pemeriksaan penunjang demam typhoid menurut Nurarif dan Kusuma

(2015) sebagai berikut :

10

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 antibodi terhadap bakteri salmonella typhi. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum penderita demam Tifoid. Akibat adanya infeksi oleh salmonella typhi maka penderita membuat antibodi (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 ig M

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut salmonella typhi, karena antibodi ig M muncul pada hari ke3 dan 4 terjadinya demam

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kasus demam Tifoid yaitu Nurarif dan Kusuma (2015) yaitu :

1) Perawatan

- a) ¹ Klien diistirahatkan 7 hari sampai 14 hari untuk mencegah komplikasi perdarahan usus.
- b) Mobilisasi bertahap bila tidak ada panas, sesuai dengan pulihnya transfusi bila ada komplikasi perdarahan.

2) Diet

- a) Diet yang sesuai, cukup kalori dan tinggi protein.
- b) Pada penderita yang akut dapat diberikan bubur saring.

- c) Setelah bebas demam diberi bubur kasar selama 2 hari lalu nasi lembut
 - d) Dilanjutkan dengan nasi biasa setelah penderita bebas dari demam selama 7 hari.
- 3) Obat-obatan
- a) Kloramfenikol diberikan dengan dosis 50 mg/kgBB/hari, terbagidalam 3-4 kali pemberian, oral atau intravena, selama 14 hari
 - b) Bila mana terdapat kontra indikasi pemberian kloramfenikol, diberikan ampicilin dengan dosis 200 mg/kgBB/hari, terbagidalam 3-4 kali. Pemberian intravena saat belum dapat minum obat, selama 21 hari.
 - c) Amoksisilin dengan dosis 100 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4kali. Pemberian oral/intravena selama 21 hari.
 - d) Kotrimoksazol dengan dosis 8 mg/kgBB/hari terbagi dalam 2-3kali pemberian, oral, selama 14 hari.
 - e) Pada kasus berat, dapat diberi ceftriakson dengan dosis 50mg/kgBB/hari dan diberikan 2 kali sehari atau 80 mg/kgBB/hari, sehari sekali, intravena selama 5-7 hari
 - f) Pada kasus yang diduga mengalami MDR, maka pilihan antibiotika adalah meropenem, azithromisin, dan fluoroquinolon

2. ² Konsep Hipertermi

a. Definisi

Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas. Hipertermi terjadi karena adanya ketidakmampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. Hipertermi tidak berbahaya jika dibawah 39°C. Selain adanya tanda klinis, penentuan hipertermi juga didasarkan pada pembacaan suhu pada waktu yang berbeda dalam satu hari dan dibandingkan dengan nilai normal individu tersebut (Potter & Perry, 2017).

¹ Hipertermia dapat disebabkan karena gangguan otak atau akibat bahan toksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu. Zat yang dapat menyebabkan efek perangsangan terhadap pusat pengaturan suhu sehingga menyebabkan demam yang disebut pirogen. Zat pirogen ini dapat berupa protein, pecahan protein, dan zat lain terutama toksin polisakarida, yang dilepaskan oleh bakteri toksin/pirogen yang dihasilkan dari regenerasi jaringan tubuh dapat menyebabkan demam selama keadaan sakit (Hidayat & uliyah 2016).

² Hipertemia merupakan keadaan suhu tubuh seseorang yang meningkat diatas rentang normalnya. Hipertemi terjadi karena pelepasan pirogen dari dalam leukosit yang sebelumnya telah terangsang oleh pirogen eksogen yang dapat bersala dari mikroorganisme atau merupakan suatu hasil reaksi imunologik yang tidak berdasarkan suatu infeksi (Margareth TH, 2015).

b. Etiologi

Hipertemi dapat disebabkan karena gangguan otak atau akibat bahantoksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu. Zat yang dapat menyebabkan efek perangsangan terhadap pusat pengaturan suhu sehingga menyebabkan demam yang disebut pirogen. Zat pirogen ini dapat berupa protein, dan zat lain. Terutama toksin polisakarida, yang dilepas oleh bakteritoksi/pirogen yang dihasilkan dari degenerasi jaringan tubuh dapat menyebabkan demam selama keadaan sakit (Angelina, 2016)

Faktor penyebabnya terjadinya hipertemi menurut Nurarif (2015) yaitu:

- 1) Dehidrasi
- 2) Penyakit atau trauma.
- 3) Ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk berkeringat.
- 4) Pakian yang tidak layak.
- 5) Kcepatan metabolisme meningkat
- 6) Pengobatan/anestesia
- 7) Terpajan pada lingkungan yang panas (jangka panjang)
- 8) Aktivitas yang berlebihan

c. Batasan Karakteristik

Menurut SDKI (2017) batasan karakteristik masalah hipertermia yaitu:

- 1) Mayor (Harus terdapat)
 - a) Suhu lebih tinggi dari 37,8°C peroral atau 38,8°C per rektal
 - b) Kulit hangat
 - c) Takikardia
- 2) Minor (Mungkin Terjadi)

- a) Kulit kemerahan
- b) Peningkatan kedalaman pernapasan
- c) Menggigil atau merinding
- d) Dehidrasi
- e) Sakit dan nyeri yang spesifik atau umum (mis: sakit, malaise/ kelelahan)
- f) Kehilangan nafsu makan

d. Patofisiologi

² Substansi yang menyebabkan demam disebut pirogen dan berasal baik dari oksigen maupun endogen. Mayoritas pirogen endogen adalah mikroorganisme atau toksik, pirogen endogen adalah polipeptida yang dihasilkan oleh jenis sel penjamu terutama monosit, makrofag, pirogen memasuki sirkulasi dan menyebabkan demam pada tingkat termoregulasi di hipotalamus. Peningkatan kecepatan dan pireksi atau demam akan mengarah pada meningkatnya kehilangan cairan dan elektrolit, padahal cairan dan elektrolit dibutuhkan dalam metabolisme di otak untuk menjaga keseimbangan termoregulasi di hipotalamus anterior (Brunner & Suddarth, 2016).

Apabila seseorang kehilangan cairan dan elektrolit (dehidrasi), maka elektrolit-elektrolit yang ada pada pembuluh darah berkurang padahal dalam proses metabolisme di hipotalamus anterior membutuhkan elektrolit tersebut, sehingga kekurangan cairan elektrolit mempengaruhi fungsi hipotalamus anterior dalam mempertahankan keseimbangan termoregulasi dan akhirnya menyebabkan peningkatan suhu tubuh (Angelina, 2016).

e. Klasifikasi

Hipertermia yang disebabkan oleh peningkatan produksi panas dapat diklasifikasi menurut Angelina (2016) yaitu :

9

1) Hipertermia maligna

Hipertermia maligna biasanya dipicu oleh obat-obatan anestesia. Hipertermia ini merupakan miopati akibat mutasi gen yang diturunkan secara autosomal dominan. Pada episode akut terjadi peningkatan kalsium intraselular dalam otot rangka sehingga terjadi kekakuan otot dan hipertermia. Pusat pengatur suhu di hipotalamus normal sehingga pemberian antipiretik tidak bermanfaat.

2) *Exercise-Induced hyperthermia (EIH)*

Hipertermia jenis ini dapat terjadi pada anak besar/remaja yang melakukan aktivitas fisik intensif dan lama pada suhu cuaca yang panas. Pencegahan dilakukan dengan pembatasan lama latihan fisik terutama bila dilakukan pada suhu 30°C atau lebih dengan kelembaban lebih dari 90%, pemberian minuman lebih sering (150 ml air dingin tiap 30 menit), dan pemakaian pakaian yang berwarna terang, satu lapis, dan berbahan menyerap keringat.

3) *Endocrine Hyperthermia (EH)*

Kondisi metabolik/endokrin yang menyebabkan hipertermia lebih jarang dijumpai pada anak dibandingkan dengan pada dewasa. Kelainan endokrin yang sering dihubungkan dengan hipertermia antara lain hipertiroidisme, diabetes mellitus, pheochromocytoma, insufisiensi adrenal dan Ethicolanone suatu steroid yang diketahui sering berhubungan dengan

demam (merangsang pembentukan pirogenleukosit). Hipertermia yang disebabkan oleh penurunan pelepasan panas.

4) Hipertermia Neonatal

Peningkatan suhu tubuh secara cepat pada hari kedua dan ketigakehidupan bisa disebabkan oleh:

a) Dehidrasi

Dehidrasi pada masa ini sering disebabkan oleh kehilangan cairan atau paparan oleh suhu kamar yang tinggi. Hipertermia jenis ini merupakan penyebab kenaikan suhu ketiga setelah infeksi dan trauma lahir. Sebaiknya dibedakan antara kenaikan suhu karena hipertermia dengan infeksi. Pada demam karena infeksi biasanya didapatkan tanda lain dari infeksi seperti leukositosis/leucopenia, CRP yang tinggi, tidak berespon baik dengan pemberian cairan, dan riwayat persalinan prematur/resiko infeksi.

b) *Overheating*

Pemakaian alat-alat penghangat yang terlalu panas, atau bayi terpapar sinar matahari langsung dalam waktu yang lama.

c) Trauma lahir

Hipertermia yang berhubungan dengan trauma lahir timbul pada 24% dari bayi yang lahir dengan trauma. Suhu akan menurun pada 1-3 hari tapi bisa juga menetap dan menimbulkan komplikasi berupa kejang. Tatalaksana dasar hipertermia pada neonatus termasuk menurunkan suhu bayi secara cepat dengan melepas

semuabaju bayi dan memindahkan bayi ke tempat dengan suhu ruangan. Jika suhu tubuh bayi lebih dari 39°C dilakukan tepid sponged 35°C sampai dengan suhu tubuh mencapai 37°C.

d) *Heat stroke*

Tanda umum heat stroke adalah suhu tubuh > 40,5°C atau sedikit lebih rendah, kulit teraba kering dan panas, kelainan susunan saraf pusat, takikardia, aritmia, kadang terjadi perdarahan miokard, dan pada saluran cerna terjadi mual, muntah, dan kram. Komplikasi yang bisa terjadi antara lain DIC, lisis eritrosit, trombositopenia, hiperkalemia, gagal ginjal, dan perubahan gambaran EKG. Anak dengan serangan heat stroke harus mendapatkan perawatan intensif di ICU, suhu tubuh segera diturunkan (melepas baju dan sponging dengan air es sampai dengan suhu tubuh 38,5°C kemudian anak segera dipindahkan ke atas tempat tidur lalu dibungkus dengan selimut), membuka akses sirkulasi, dan memperbaiki gangguan metabolic yang ada.

e) *Haemorrhagic Shock and Encephalopathy (HSE)*

Gambaran klinis mirip dengan heat stroke tetapi tidak ada riwayat penyelimutan berlebihan, kekurangan cairan, dan suhu udara luar yang tinggi. HSE diduga berhubungan dengan cacat genetic dalam produksi atau pelepasan serum inhibitor alpha-1-trypsin. Kejadian HSE pada anak adalah antara umur 17 hari sampai dengan 15 tahun (sebagian besar usia < 1 tahun dengan median usia 5 bulan)

f. Kompres Hangat Pada kasus Hipertermi

⁵ Kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat, dan tujuannya untuk memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri (Uliyah & Hidayah 2008, dalam Fajriyah dan Winarsih, 2013).

Kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. Dalam keperawatan menurut (Andormoyo, 2013).⁵ Pada dasarnya, kompres hangat memberikan rasa hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu. Kompres hangat dapat digunakan untuk mengurangi maupun meredakan rangsangan pada ujung saraf atau memblokir arah berjalannya impuls nyeri menuju ke otak meradang (Tamsuri & Hareni, 2011).

Manfaat pemberian kompres hangat menurut Fauziyah (2013) yaitu :

- ⁵ 1) Melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran di jaringan tersebut
- 2) Menurunkan suhu tubuh
- ²² 3) Pada otot, panas memiliki efek menurunkan ketegangan

- 4) Meningkatkan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan kapiler

Cara pemberian kompres hangat :

1) Persiapan

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

2) Pelaksanaan

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan pada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- 3) Masukkan air ke dalam botol atau masukan kain, lalu diperas
- 4) Tempatkan botol atau kain di daerah yang terasa nyeri dan berikan
- 5) Angkat botol atau kain setelah 15 menit, dan lakukan kompres ulang jika nyeri belum teratasi
- 6) Kaji perubahan yang terjadi selama kompres dilakukan.

a) Suhu Tubuh

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar (Potter dan Perry, 2017). Pengaturan suhu dikendalikan oleh keseimbangan

antarapembentukan panas dan kehilangan panas (Guyton & Hall,2007) .

3. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto,2013). Hal-hal yang perlu dikaji menurut Nurarif dan Kusuma (2015) antara lain :

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis

2) Keluhan Utama

Biasanya klien dirawat dirumah sakit dengan keluhan, demam, muntah, nafsu makan menurun.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

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

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit lain/ pernah menderita penyakit seperti ini sebelumnya

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adanya riwayat penyakit keluarga lain apakah pernah menderita penyakit yang sama

6) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

a) Pre natal care

Kehamilan yang keberapa, tanggal lahir, gestasi (fulterm, premature, post matur), abortus atau lahir hidup, kesehatan selama sebelumnya/kehamilan, dan obat-obatan yang dimakan serta imunisasi.

b) Natal

Lamanya proses persalinan, tempat melahirkan, obat-obatan, penolong persalinan, penyulit persalinan.

c) Post natal

Berat badan normal 2,5 kg – 4 kg, panjang badan normal 49-52 cm, kondisi kesehatan baik, apgar score, ada atau tidak adakelainan kongenital

7) Riwayat Imunisasi

Menanyakan riwayat imunisasi dasar seperti Bacilus Calmet Guirnet (BCG), Difteri Pertusis tetanus (DPT), Polio, Hepatitis, Campak maupun imunisasi ulangan.

8) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

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 social dan emosi.

9) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola ¹ Nutrisi

Menggambarkan pola nutrisi klien dari sebelum sakit sampai saat klien sakit yang meliputi frekuensi makan, jenis makanan yang dimakan, porsi makanan, frekuensi minum serta jenis minumannya yang klien minum berapa gelas atau liter/hari Yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan klien, tipe makanan dan cairan, peningkatan penurunan berat badan, nafsu makan, pilihan makan. Pada klien yang mengalami demam Tifoid terdapat keluhan mual muntah yang dapat berpengaruh pada pola perubahan nutrisi klien (Wulandari & Erawati, 2016)

b. Pola ¹ Istirahat Tidur

Mengkaji pola istirahat klien sebelum sakit dan pada saat keadaan klien sakit yang meliputi lama tidur, kualitas dan kuantitas nya Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola tidur klien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidur klien, apa ada gangguan tidur dan penggunaan obat-obatan untuk mengatasi gangguan tidur. pada pasien demam Tifoid didapatkan pasien mengalami gangguan tidur akibat demam

c. ¹ Pola Eliminasi

Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit maupun saat sakit yang meliputi frekuensi, konsistensi, warna, dan bau. Yang perlu dikaji adalah pola defekasi klien berkemih, penggunaan alat bantu, penggunaan obat-obatan. Pada klien demam Tifoid didapatkan klien konstipasi atau diare (Wulandari & Erawati, 2016).

d. Pola Aktifitas

¹ Mengkaji aktivitas klien sebelum sakit maupun saat sakit yang meliputi rutinitas yang setiap hari dilakukan oleh klien. Yang perlu dikaji adalah pola aktivitas klien, latihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari

e. Pola Kebersihan Diri

¹ Diisi dengan bagaimana kebersihan klien sebelum sakit maupun saat sakit yang meliputi: mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, ganti pakaian

² 10) Pemeriksaan Fisik Dan Observasi

Pemeriksaan pertama yang dilakukan yaitu dengan mengoptimalkan tanda-tanda vital dengan mengkaji :

¹ a) Keadaan umum

anak tidak enak badan, tampak lemah, lesu, nyeri kepala, suhu tubuh meningkat 37-40°C, muka kemerahan dan tidak bersemangat

b) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran menurun, apatis sampai samnolen, jarang terjadi supor, atau bahkan koma

c) **Kepala**

Rambut kusam, mudah dicabut/rontok

d) **Mata**

posisi mata kiri dan kanan simetris, konjungtiva anemis, pupil merespon terhadap cahaya, fungsi penglihatan tidak ada gangguan

e) **Hidung**

Pernapasan tidak menggunakan cupit hidung

f) **Telinga**

Pada anak demam Tifoid tidak mengalami gangguan pendengaran

g) **Mulut**

Bibir pecah pecah, kering dan pucat, nafas berbau tidak sedap, lidah tertutup selaput putih kotor

h) **Leher**

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak terlihat otot bantu

i) **Dada**

dada simetris, pernafasan vesikuler

j) **Abdomen**

Saat dipalpasi didapatkan limpa dan hati membesar dengan konsistensi lunak serta nyeri tekan pada abdomen, pada perkusi didapatkan perut kembung, serta pada aulkultasi peristaltik usus meningkat

- k) Ekstremitas
normalnya tidak ada keluhan
- l) Genetalia
Tidak ada keluhan

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Adapun diagnose yang kemungkinan muncul dalam kasus Demam thypoid diantaranya sebagai berikut :

- 1) Hipertermia berhubungan dengan proses Penyakit (infeksi)
- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan
- 3) Nyeri berhubungan dengan agen pendera
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

c. Intevensi (Rencana Keperawatan)

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016). Intervensi Keperawatan menurut SDKI, SLKI, Dan SIKI yaitu

Tabel 1.1 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p> <p>-Tanda mayor Ds</p> <p>: 1. tidak tersedia Do : 1. suhu tubuh di atas nilai normal</p> <p>-Tanda minor Ds</p> <p>: 1. tidak tersedia Do : 1. kulit merah 2. kejang 3. takikardi 4. takipnea 5. kulit terasa hangat</p>	<p>1</p> <p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik ditandai dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kulit merah menurun 2. takikardi menurun 3. takipnea menurun 4. suhu tubuh membaik 5. suhu kulit membaik 6. tekanan darah membaik 	<p>Manajemen hipertermia Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab bab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. monitor suhu tubuh 3. monitor kadar elektrolit 4. monitor haluaran urine 1 5. monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan lingkungan yang dingin 2. longgarkan atau lepaskan pakaian pasien 3. basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. berikan cairan oral 5. ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipoermia, atau kompres dingin pada dahi, dada, abdomen, aksila) 7. Anjurkan makan yang halus

			8. Anjurkan makan makanan yang rendah serat 9. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian anti pireutik
2.	Nyeriakutabdomen berhubungandenganag en pencederafisiologis -tandamayor Ds: 1.mengeluhnyeri Do : 1 tampakmeringis 2. bersikap protektif 3. gelisah 4. frekuensi nadi meningkat 5. sulit tidur -tandaminor Ds : 1.tidaktersedia Do : 1. tekanan darah meningkat 2. pola nafas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir terganggu 5. menarikdiri	Setelah diberikan intervensi kepe ¹ watan selama 3x24 jam, diharapkan tangka nyeri menurun ditandai dengankriteria hasil 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. sikap protektif menurun 4. kesulitan tidur menurun 5. muntah menurun 6. mual menurun 7. frekuensi nadi membaik 8. nafsu makan membaik 9. pola tidur membaik	Observasi: 1. identifikasilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,intensitas Nyeri 2. identifikasiskalanya 1 eri 3. identifikasi penyebab nyeri 4. identifikasi faktor memperberat nyeri Teraupetik: 1. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS,hypnosis, akupresur terapi music, biofeed, terapi pijat,aromaterapi, teknik imajinasi termbimbing,kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. kontrol lingkungan yang

			<p>memperberat rasanyeri(mis.suhu Ruangan, pencahayaan,kebersihan)</p> <p>3. fasilitasiistirahatan tidur</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. ajarkan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	---

Sumber : (NurarifHuda, 2016),TimPokjaSIKIDPPPPNI,(2018)&TimPokjaSLKIDPPPPNI,(2019).

d. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan suatu pengaplikasian intervensi yang sudah disusun untuk mencapai tujuan secara spesifik. Oleh sebab itu intervensi yang sudah disusun akan dilaksanakan untuk memodifikasi beberapa kemungkinan yang mempengaruhi masalah keperawatan klien. Kegiatan ini meliputi : memvalidasi intervensi keperawatan, mendokumentasikan intervensi keperawatan, memberikan asuhan keperawatan

serta mengumpulkan data penunjang implementasi keperawatan selanjutnya (Sholeh, 2019)

e. Evaluasi

² Evaluasi keperawatan adalah suatu proses hasil akhir setelah semua dilakukan dari analisa data, intervensi, implementasi. Dengan melakukan perbandingan sistematis untuk mengetahui apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian atau belum sama sekali. Evaluasi keperawatan juga diperlukan untuk menentukan apakah intervensi yang diberikan mencapai tujuan dan berhasil hingga bisa diterapkan untuk mengaplikasikan pada intervensi selanjutnya. Evaluasi menggunakan sistem SOAP (subjektif, objektif, *assessment*, dan perencanaan) dengan metode ini maka integritas dan evaluasi keluhan yang dialami klien dapat dinilai dan tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil jika klien merasa lebih nyaman, keluhan berkurang, dan klien bisa pulang (Sholeh, 2019)

C. Tujuan Penelitian

² 1. Tujuan Umum

Mengetahui Analisis asuhan keperawatan pada pasien Demam Typhoid dengan masalah hipertermi melalui pemberian kompres hangat di Puskesmas Kupang Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto

² 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien yang mengalami Demam Thypoid dengan masalah hipertermi di Puskesmas Kupang Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto.
- ¹¹ b. Mampu merumuskan Diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Demam Thypoid dengan masalah hipertermi di Puskesmas Kupang Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto.
- ¹¹ c. Mampu menyusun Intervensi keperawatan pada klien yang mengalami Demam Thypoid dengan masalah hipertermi di Puskesmas Kupang Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto.
- ¹¹ d. Mampu melaksanakan Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami Demam Thypoid dengan masalah hipertermi di Puskesmas Kupang Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto.
- ¹¹ e. Mampu melakukan Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami Demam Thypoid dengan masalah hipertermi di Puskesmas Kupang Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto.

D. Manfaat Penelitian

1. ² Teoritis

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat membantu pemecahan masalah dan menambah wawasan keilmuan dalam bidang keperawatan medikal bedah khususnya dengan masalah yang berhubungan dengan hipertermi pada kasus demam thypoid

2. Praktis

a. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat diharapkan memberikan sumbangan dalam penatalaksanaan dan informasi dalam bidang keperawatan medicalbedah dengan masalah hipertermi pada pasien demam thypoid

b. Bagi Rumah Sakit

Asuhan keperawatan pada klien demam thypoid ini dapat dijadikan bahan perbandingan studi untuk mengevaluasi keefektifan implementasi yang diberikan pada klien dengan masalah keperawatan hipertermi.

²
c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untukmeningkatkan kualitas pengetahuan dan pendidikan dalam bidang keperawatan medikal bedah pada penatalaksanaan klien yang mengalami demam thypoid dengan masalah hipertermi

d. Bagi pasien Dan keluarga

Memberikan pengetahuan, penyuluhan, pencegahan serta danpenatalaksanaan kepada klien dan keluarga tentang penyakit demam thypoid agar bisa dihindari dan menerapkan kehidupan yang sehatdalam aktivitas sehari-hari, agar terhindar dari masalah hipertermi pada pasien demam thypoid

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 : 22Mei 2023 jam 09.52 WIB
Tgl pengkajian : 23 Mei 2023 jam 10.00 WIB
Diagnosa medik : Demam Typoid

2. Identitas Orang tua/Penangung 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 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 : 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	30 bau	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	7 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	2xsehari
	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	17	
	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	17 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

26
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
- Diploia/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 : Bersih²⁸
- Karang gigi/karies : tidak ada karies
- Pemakaian gigi palsu : tidak ada gigi palsu

b. Gusi

Merah/Radang/Tidak : Tidak merah, tidak radang

c. Lidah

Kotor/tidak : lidah berwarna pink dan tidak kotor¹²

d. Bibir

- Cianosis/pucat/tidak : bibir pucat dan tidak sianosis³
- 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

³ 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

Pemesaran jantung :

Auskultasi

- a. BJI : -
- b. BJII : -
- 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 ekstremitas bebas

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

i. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 22 Mei 2023

Jenis	Nilai	Nilai rujukan
HEMATOLOGI		
IMUNOSEROLOGI		
Widal		
- S.typhi-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)
Ranitidineinj	15mg/6jam IV
Cefotaxim Inj	3 x 250 mg IV

27

Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<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 demamyaitu 38,2°C <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kliennampaklemah Suhu : 38,2 C Nadi96x/menit Pernapasan21x/menit Kliennampakgelisah Hasil Widal tst menunjukkan : S. Typhi 0 : 1/320 S. Parathyphi BO : 1/80 S. ParatyhpiCO : 1/320 S. Typhi H : 1/320 S. Partyhpi BH : 1/80 S. Paratyhi CH : 1/320 	<p>AgenInsfeksius (Bakteri Sallmonela thypi) ↓ Mediator Inflamasi ↓ Peradangan pada saluran cerna ↓ Monosit/makrofag ↓ Sitokin pirogen ↓ Mempengaruhi hipotalamus arterior ↓ Demam</p>	Hipertermi

B. Diagnosa Keperawatan

- Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

C. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka terdapat kriteria hasil 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 baik 	<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. Basah dan kipas permukaan tubuh 3. Lakukan pendalihan suhu tubuh eksternal 4. Anjurkan makan makanan halus 5. Anjurkan makan makanan yang rendah serat <p>Edukasi: anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi : Kolaborasi dengan dokter dengan pemberian antipiretik (paracetamol) dan antibiotik (Cefotaxim 3 x 250 mg)</p>

D. Implementasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tanggal	jam	Implementasi keperawatan
Hiprtermia berhubungan dengan proses penyakit	23-05-2023	08:30	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil: 7 S : 37,8 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
		09.00	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian Hasil : Tampak pakaian dilepaskan
		09.20	3. Basahidankipas 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 makanan rendah serat 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>6. Melakukan</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	08;30	<p>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia</p> <p>Hasil: 24</p> <p>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>
		09.00	<p>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>Hasil : Tampak pakaian dilepaskan</p>
		09.20	<p>3. Basahidankipas permukaan tubuh</p> <p>Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat</p>
		10.00	<p>4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal</p> <p>Hasil : Perawat melakukan kompres hangat</p>
		10.15	<p>5. Anjurkan pasien untuk tirah baring</p> <p>Hasil : pasien bersedia melakukannya</p>
		10.35	<p>6. Anjurkan keluarga pasien untuk memberikan makan rendah serat</p> <p>Hasil : Ibu pasien bersedia mengikuti anjuran perawat</p>
		11.00	<p>7. Ajarkan keluarga untuk selalu</p>

		11.30	<p>melakukan kompres hangat kepada pasien</p> <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	25-05-2023	08;30	<p>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia</p> <p>Hasil: $S : 36,7^{\circ}C$, $N = 96 \text{ x/mnt}$, $rr = 22 \text{ x/mnt}$</p> <p>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</p> <p>Hasil : Tampak pakaian dilepaskan</p>
		09.20	<p>3. Basahi dan kipas permukaan tubuh</p> <p>Hasil : tampak sudah dibasahi menggunakan air hangat</p>
		10.00	<p>4. Lakukan pengendalian suhu tubuh eksternal</p> <p>Hasil : Perawat melakukan kompres hangat</p>
		10.15	<p>5. Anjurkan pasien untuk tirah baring</p> <p>Hasil : pasien bersedia melakukannya</p>
		10.35	<p>6. Anjurkan keluarga pasien untuk memberikan makanan rendah serat</p> <p>Hasil : Ibu pasien bersedia mengikuti</p>

		11.00	anjuan perawat 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

E. Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Evaluasi keperawatan
1	22-05-2023 Jam : 13.00 WIB	<p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya masih demam</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lemah - S : 37,8 C, N = 96 x/mnt, RR = 24 x/mnt - Akral terasa hangat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipotermia 2. Monitor TTV : suhu 3. Lakukan Kompres Hangat 4. Ajarkan kepada ibu untuk mengompres pasien jika terasa panas
2	23-05-2023 Jam : 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 segar - S : 37,4 C, N = 96 x/mnt, RR = 24 x/mnt - Akral terasa hangat <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipotermia 2. Monitor TTV : suhu 3. Lakukan Kompres Hangat 4. Ajarkan kepada ibu untuk mengompres pasien jika terasa panas

3	24-05-2023 20 Jam : 13.00 WIB	DS : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam Do : - klientampak 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 : 23Mei 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

- 3) 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
- 25) 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 perhari	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 perhari	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. Penggunaan 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	2xsehari
	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	7	
	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

Inspeksi

- 15
 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
 3
 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

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

- e) Posisi mata
 Simetris/tidak : Simetris. 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

23
 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

3
 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

Pembaran 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 **3** **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		
19 IMUNOSEROLOGI		
Widal		
- S.tyhi-o	- 1/320	- 1 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	15mg/6jam IV
Cefotaxim inj	3 x 250 mg IV

27

Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds:</p> <p>1. Ibu klien mengatakan demam sejak 2 hari terakhir</p> <p>2. Ibu klien mengatakan sering demam pada sore dan malam hari.</p> <p>3. Ibu klien mengatakan suhu saat demamyaitu 38,2°C</p> <p>Do:</p> <p>1. Kliennampaklemah</p> <p>2. Suhu : 38,2 C</p> <p>3. Nadi 96x/menit</p> <p>4. Pernapasan 21x/menit</p> <p>5. Kliennampak gelisah</p>	<p>AgenInsfeksius (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

C. Intervensi Keperawatan

Dignosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka terdapat 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 pendalihan 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
Hiprtermia 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 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. Basahidankipas 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

			Hasil: melakukaninstruksiuntukmelakukaninjeksiantibioticcefotaxim 250 mg.
Hipertermia berhubungandengan proses penyait	25-05- 2023	08;30	1. Mengidentifikasipenyebab hipertermia Hasil: S : 37,5 C, N = 96 x/mnt, rr = 22 x/mnt Setelahdiidentifiasipenyebabdarikenaikan suhu tubuh adalah karena proses penyakit yaitu infeksi bakteri salmonella typhi
		09.00	2. Longgarkanatalepaskan pakaian Hasil : Tampakpakaian dilepaskan
		09.20	3. Basahidankipaspermukaan tubuh Hasil : tampak sudahdibasahimenggunakanair hangat
		10.00	4. Lakukanpengendaliansuhutubuh eksternal Hasil : Perawatmelakukankompres hangat
		10.15	5. Anjurkan pasien untuk tirah baring Hasil : pasien bersedia melakukannya
		11.40	6. Ajarkan keluarga untuk selalu melakukan kompres hangat kepada pasien Hasil : Ibu paisen mengerti dan mau menerapkannya

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 tampak lemah - S : 38,5 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 hipotermia 2. Monitor TTV : suhu 3. Lakukan Kompres Hangat 4. 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 segar - 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 hipotermia 2. Monitor TTV : suhu 3. Lakukan Kompres Hangat 4. Ajarkan kepada ibu untuk mengompres pasien jika teraba

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

BAB III PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membahas tentang konsep teori dan proses asuhan keperawatan pemberian kompres hangat pada pasien anak dengan masalah hipertermi pada kasus dema tyoid. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung gugat perawat yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter, 2015).

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien (Kholifah, 2016). Pasien pada penelitian ini berjumlah tiga pasien dengan masing-masing pasien dilakukan pengkajian dan penerapan proses keperawatan yang berbeda dan secara bertahap. Hasil pengkajian pada An. A sebagai kasus kelolaan utama ditemukan keluhan utama demam anak naik turun sudah sejak 3 hari yang lalu anak berusia 5 tahun, mual, dan muntah 1 x. An. E demam sudah 3 hari disertai dengan batuk dan pilek. Kedua kasus pada penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan

suhu tubuh hanya yang memebdakan adalah waktu dan gejala lain yang menyertainya.

² Hipertemia merupakan keadaan suhu tubuh seseorang yang meningkatdiatas rentang normalnya. Hipertemi terjadi karena pelepasan pirogen daridalam leukosit yang sebelumnya telah terangsang oleh pirogen eksogenyang dapat bersala dari mikrooganisme atau merupakan suatu hasil reaksiimunologik yang tidak berdasarkan suatu infeksi (Margareth TH, 2015).

¹ Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, kedua klien mengalami peningkatan suhu tubuh sehingga hasil pengkajian dan teori tidak menunjukkan adanya kesenjangan

B. DiagnosaKeperawatan

Peningkatan suhu tubuh merupakan salah satu keadaan yang harus segera ditangani kaena jika tidak ditangani akan menimbulkan dampak yang cukup signifikan terhadap penderitanya seperti terjadinya kejang. data yang ditemukan pada ketiga kasus adalah terjadi peningkatan suhu tubuh sehingga diagnose hipertermi dijadikan sebagai diagnose prioritas pada penelitian ini

⁷ Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon sklien individu,

keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI,2017).

Hasil pengkajian dan teori tidak ditemukan adanya kesenjangan karena penentuan diagnose prioritas harus berkaitan dengan kebutuhan yang harus segera ditangani agar pasien dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal.

C. PerencanaanKeperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan hasil pengkajian yang telah ditemukan dan diagnose yang telah ditegakkan. Kedua kasus pada proses asuhan keperawatan ini diberikan intervensi atau rencana keperawatan yang disesuaikan dengan diagnose yang telah ditegakkan yaitu hipertermi. intervensi utama yang diberikan adalah pemberian kompres hangat. dan proses asuhan keperawatan ditetapkan selama 3 x 24 jam

⁷ Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/ klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah Kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016). Kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan memberikancairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi ataumembebasakan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, danmemberikan rasa hangat, dan tujuannya untuk memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi

rasa sakit atau nyeri (Uliyah & Hidayah 2008, dalam Fajriyahdan Winarsih, 2013).

Berdasarkan teori dan hasil dari asuhan keperawatan menunjukkan bahwa antara perencanaan dengan teori tidak ada kesenjangan. ¹ Teknik kompres hangat digunakan untuk dapat menurunkan suhu tubuh pasien dengan lebih cepat.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dengan cara yang sistematis dan terukur. Implementasi pada asuhan keperawatan ini adalah memberikan kompres hangat kepada pasien untuk menurunkan suhu tubuh. tindakan yang diberikan kepada ketiga kasus adalah sama yaitu pemberian kompres hangat.

² Implementasi keperawatan merupakan suatu pengaplikasian intervensi yang sudah disusun untuk mencapai tujuan secara spesifik. Oleh sebab itu intervensi yang sudah disusun akan dilaksanakan untuk memodifikasi beberapa kemungkinan yang mempengaruhi masalah keperawatan klien. Kegiatan ini meliputi : memvalidasi intervensi keperawatan, mendokumentasikan intervensi keperawatan, memberikan asuhan keperawatan serta mengumpulkan data penunjang implementasi keperawatan selanjutnya (Sholeh, 2019).

Implementasi yang dilaksanakan penulis pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat

bekerjasama dengan baik, kooperatif, dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis. Keluarga pasien pada ketigkas kasus juga dapat bekerjasama dan mendukung implementasi dengan baik.

E. Evaluasi Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan diperlukan sebuah evaluasi untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari tindakan yang diberikan. Pemberian kompres hangat pada penelitian ini dilakukan selama 3 hari dan terjadi penurunan suhu tubuh pada kedua kasus pada hari kedua sehingga evaluasi dihentikan pada hari ketiga.

² Evaluasi keperawatan adalah suatu proses hasil akhir setelah semua dilakukan dari analisa data, intervensi, implementasi Dengan melakukan perbandingan sistematis untuk mengetahui apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian atau belum sama sekali. Evaluasi keperawatan juga diperlukan untuk menentukan apakah intervensi yang diberikan mencapai tujuan dan berhasil hingga bisa diterapkan untuk mengaplikasikan pada intervensi selanjutnya. Evaluasi menggunakan sistem SOAP (subjektif, objektif, *assessment*, dan perencanaan) dengan metode ini maka integritas dan evaluasi keluhan yang dialami klien dapat dinilai dan tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil jika klien merasa lebih nyaman, keluhan berkurang, dan klien bisa pulang (Sholeh, 2019).

Berdasarkan teori dan fakta di atas menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta yang terjadi kedua kasus mengalami

penurunan suhu tubuh pada hari kedua yang membedakan hanyalah besaran suhu tubuh yang terjadi pada ketiga pasien tersebut.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada anak yang mengalami hipertermi pada kasus demam thypoid dapat diambil ¹ kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data subyektif dan obyektif. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data bahwa ketiga kasus mempunyai keluhan yang sama yaitu terjadi peningkatan suhu tubuh.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan sudah disesuaikan dengan keluhan dan kebutuhan pasien. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada ketiga kasus asuhan keperawatan ini yaitu hipertermi
3. Perencanaan asuhan keperawatan ditetapkan dengan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dengan kriteria hasil suhu tubuh pasien mengalami penurunan dan berangsur-angsur menjadi normal
4. ²⁴ Implementasi keperawatan dilakukan untuk melaksanakan rencana keperawatan yang ditetapkan. Implementasi utama pada kedua kasus ini yaitu pemberian komres hangat
5. Evaluasi dilaksanakan setelah pemebrian asuhan keperawatan selama 3 hari. Hasil evaluasi kedua kasus menunjukkan bahwa penurunan suhu tubuh terjadi pada hari kedua proses keperawatan

B. Saran

1. Petugas Kesehatan

Dengan adanya penulisan Asuhan Keperawatan pada pasien demam typhoid ini disarankan petugas kesehatan lebih peka dengan masalah kesehatan yang diderita pasien dan memberikan pelayanan yang terbaik pada setiap pasien di Rumah Sakit dari awal pasien masuk sampai pasien pulang.

2. Instutusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan penjelasan yang lebih luas tentang Asuhan keperawatan dan lebih banyak menyediakan referensi-referensi buku tentang kasus-kasus beserta asuhannya salah satunya tentang kasus penyakit yang penulis angkat yaitu tentang demam typhoid.

3. Bagi Peneliti Berikutnya

Diharapkan untuk l dapat menggunakan metode alternative lain dalam menurunkan suhu tubuh sehingga hasil penelitian dapat lebih membantu dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam keperawatan

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN THPOID MASALAH

ORIGINALITY REPORT

46%
SIMILARITY INDEX

46%
INTERNET SOURCES

5%
PUBLICATIONS

18%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	12%
2	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	6%
3	pdfcoffee.com Internet Source	4%
4	idoc.pub Internet Source	2%
5	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	2%
6	jurnal.stikesbhaktihusada.ac.id Internet Source	2%
7	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	2%
8	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	2%
9	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	2%

10	www.scribd.com Internet Source	1 %
11	repository.bku.ac.id Internet Source	1 %
12	text-id.123dok.com Internet Source	1 %
13	widyadarlin.blogspot.com Internet Source	1 %
14	repository.poltekkespalembang.ac.id Internet Source	1 %
15	documents.tips Internet Source	1 %
16	jurnal.umb.ac.id Internet Source	1 %
17	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1 %
18	repository.upnvj.ac.id Internet Source	<1 %
19	vdocuments.mx Internet Source	<1 %
20	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
21	fr.slideshare.net Internet Source	<1 %

22	repository.ump.ac.id Internet Source	<1 %
23	id.scribd.com Internet Source	<1 %
24	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
25	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
26	repository.itsk-soepraoen.ac.id Internet Source	<1 %
27	zulfitriani28.blogspot.com Internet Source	<1 %
28	123dok.com Internet Source	<1 %
29	adoc.pub Internet Source	<1 %
30	id.m.wikipedia.org Internet Source	<1 %
31	askep014.blogspot.com Internet Source	<1 %
32	vdocs.tips Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 30 words

Exclude bibliography On