



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. T DENGAN
DEMAM TIFOID DI RUANG DAFODDIL
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

Disusun oleh :

SHANIA KARISTA ANGGRAENI

201701018

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. T DENGAN
DEMAM TIFOID DI RUANG DAFODDIL
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

Disusun oleh :

SHANIA KARISTA ANGGRAENI

201701018

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Shania Karista Anggraeni

NIM : 201701018

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi
DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada An. T dengan Demam Tifoid di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan dari tanggal 10 Februari sampai tanggal 12 Februari 2020 adalah hasil karya sendiri dan sumber-sumber yang digunakan sudah dinyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan yang sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ada keliruan, maka saya akan bertanggung jawab atas semua risiko perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 9 Juni 2020

Yang membuat pernyataan



(Shania Karista Anggraeni)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An. T dengan Demam Tifoid di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan tim penguji.

Bekasi, 27 Mei 2020

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An)

Mengetahui

Koordinator Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An. T dengan Demam Tifoid di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Shania Karista Anggraeni (201701018) telah diujikan dan dinyatakan “LULUS” dalam ujian sidang dihadapkan tim penguji pada tanggal 9 Juni 2020.

Bekasi, 15 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. An)

Penguji II



(Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An)

Nama Mahasiswa : Shania Karista Anggraeni
NIM : 201701018
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada An. T Dengan Demam Tifoid Di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman : xiii + 63 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Susi Hartati

ABSTRAK

Latar Belakang :

Penyakit demam tifoid merupakan penyakit akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhosa*. Di Indonesia anak yang terkena demam tifoid sebesar 81% per 100.000. Sehingga dibutuhkan peran perawat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian pada anak.

Tujuan Umum :

Laporan makalah ilmiah ini memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan demam tifoid melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan :

Dalam penyusunan makalah ilmiah menggunakan metode studi kasus, kepustakaan, dan deskriptif yaitu dengan mengungkap fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil :

Hasil **pengkajian** didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu peningkatan suhu tubuh, cemas pada anak dan orang tua, dan resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. **Intervensi** pada diagnosa prioritas peningkatan suhu tubuh yaitu observasi suhu tubuh pasien setiap shift, beri kompres hangat bila terjadi panas, anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat, anjurkan pasien untuk banyak minum, berikan obat oral fuzide, berikan obat intravena paracetamol (tamoliv) dan tricefin dengan drip NaCl, berikan terapi cairan KAEN 3B 500 ml/8jam. Semua **tindakan** dilakukan sesuai dengan rencana.

Kesimpulan dan Saran :

Hasil evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa semua diagnosa keperawatan menunjukkan masalah teratasi dan tujuan tercapai. Saran yang dapat diberikan hendaknya perawat lebih ketat memantau suhu pasien dengan demam tifoid, karena demam lebih sering terjadi pada sore menjelang malam hari dan diharapkan agar perawat lebih sering menerapkan terapi bermain untuk meminimalkan dampak hospitalisasi yang terjadi pada anak.

Keyword : asuhan keperawatan anak, demam tifoid

Daftar Pustaka : 16 (2010-2018)

Name : **Shania Karista Anggraeni**
Student ID Number : **201701018**
Majors : **Diploma III - Nursing**
The Tittle of Scientific Paper : **Nursing Care for T Children with Typhoid Fever in Dafoddil Room Mitra Keluarga Hospital Bekasi Timur**
Pages : **xiii + 63 pages + 1 table + 1 attachment**
Supervisor : **Susi Hartati**

ABSTRAK

Background :

Typhoid fever is an acute disease caused by salmonella typhosa bacteria. In Indonesia, children affected by typhoid fever by 81% of 100.000. So, need the role of promotive, preventive, curative, and rehabilitative nurses is needed to reduce morbidity and mortality in children.

General Purpose :

This scientific paper report obtains a real picture of nursing care for children with typhoid fever through a comprehensive nursing process approach.

Writing Method :

In the preparation of this scientific paper is using the study case method, literature, and descriptive in which revealing facts according to the data obtained.

Result :

The results of the study found three nursing diagnoses, namely an increase in body temperature, anxiety in children and parents, and the risk of disruption in fulfilling nutritional needs less than needs. Interventions in the priority diagnosis of increased body temperature are observation of the patient's body temperature every shift, give a warm compress when it is hot, recommend the family to wear thin clothing and can absorb sweat, recommend the patient to drink a lot, give oral fuzide medication, give intravenous drug paracetamol (tamoliv) and tricefin with NaCl drip, give a therapy of 500 ml/8 hour KAEN 3B liquid. All actions are carried out according to the plan.

Conclusion and Suggestion :

The results of the evaluation can be concluded that all nursing diagnosis problem shows the problem is resolved and the need is reached. The advice can be given should nurses more stringent monitor the temperature of patients with typhoid fever, because fever is more common in the late afternoon tonight and it is expected that nurses more often apply to play therapy to minimize the impact of hospitalization that occurs in children.

Keyword : child nursing care, *typhoid fever*

Bibliography : 16 (2010-2018)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan karunianya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An. T dengan Demam Tifoid di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat adanya bantuan, dukungan, bimbingan dari berbagai pihak, maka makalah ini dapat diselesaikan sebagaimana mestinya dengan baik. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan selaku dosen pembimbing makalah ilmiah serta penguji yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dorongan, motivasi, dan saran yang bermanfaat selama proses pembuatan makalah ilmiah ini.
2. Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. An selaku penguji I mata ajar Keperawatan Anak.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. MB selaku Koordinator Prodi D3 Keperawatan dan dosen pembimbing akademik yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan motivasi dan semangat selama proses perkuliahan selama 3 tahun ini.
4. An. T beserta keluarga yang menyediakan waktunya kepada penulis untuk memberikan asuhan keperawatan kepada An. T sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini.
5. Seluruh staf akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Kepala Ruang Dafoddil dan staf perawat yang telah memberikan banyak arahan kepada penulis dalam mengobservasi langsung kepada pasien.

7. Keluarga tercinta Bapak Arman, Ibu Siti Juhariah, serta kedua kakak saya yaitu Ardhi Primayudha dan Randhika Dwi Putra yang selalu memberikan do'a, semangat, motivasi, dan menjadi sumber kekuatan penulis untuk bisa menyelesaikan makalah ini.
8. Seluruh keluarga besar saya yang memberikan do'a dan dukungan selama saya melakukan penyusunan makalah ini.
9. Teman spesial saya yaitu Galang Raka Bayu yang selalu memberikan do'a, semangat, motivasi, dan dukungan selama saya melakukan penyusunan makalah ini.
10. Teman-teman terdekat yaitu Hompimpa Squad yang saya sayangi Wulan Dwi Safitri, Widya Nuzul Azizah, Fildzah Farhana, Hesty Apriyani, dan Nurul Hanifah yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam penyusunan makalah ini.
11. Teman dekat dan curhat saya yaitu Nur Anisah Utami Augustyra yang memberikan semangat dan dukungan dalam penyusunan makalah ini.
12. Sahabat SMK yang saya cintai dan sayangi Regita Septiana Mila Sari, Aisyah Dwi Puti, Shania Medina Ramadhani, dan Dea Ananda Shintiya yang memberikan semangat dalam penyusunan makalah ini.
13. Teman SMK Sinta Nur Fadillah yang telah membantu dan memberikan semangat dalam penyusunan makalah ini.
14. Kakak tingkat Nur Amalina Safitri, Amd.Kep yang memberikan semangat dan dukungan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
15. Teman-teman karya tulis ilmiah keperawatan anak yaitu Angelina Tama Ompusunggu, Tsania Fitria Nabila, Vebrika Hendri Yeni Putri, dan Vira Putri Maharani yang memberikan semangat dan bantuan untuk penyusunan makalah ini.
16. Teman-teman seperjuangan saya diangkatan VII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang saya sayangi dan selalu memberikan semangat antar satu dengan yang lain.
17. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan penulisan ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan pembaca lainnya.

Bekasi, 27 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan	3
E. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Definisi	5
B. Etiologi.....	5
C. Patofisiologi	6
1. Proses perjalanan penyakit.....	6
2. Manifestasi klinis	7
D. Komplikasi	7
E. Penatalaksanaan Medis	8
F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah (6-12 tahun).....	8
G. Konsep Hospitalisasi Pada Anak dengan Usia Sekolah (6-12 tahun).....	11
H. Pengkajian Keperawatan	12
I. Diagnosa Keperawatan.....	15
J. Perencanaan Keperawatan.....	16
K. Pelaksanaan Keperawatan	21
L. Evaluasi Keperawatan	21

BAB III TINJAUAN KASUS.....	23
A. Pengkajian Keperawatan.....	23
B. Diagnosa Keperawatan.....	40
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	40
BAB IV PEMBAHASAN.....	53
A. Pengkajian	53
B. Diagnosa Keperawatan.....	55
C. Perencanaan Keperawatan.....	58
D. Pelaksanaan Keperawatan	59
E. Evaluasi Keperawatan	60
BAB V PENUTUP.....	62
A. Kesimpulan.....	62
B. Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 analisa data.....	38
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit demam tifoid merupakan penyakit akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhosa*, bakteri ini ditemukan pada usus halus dan dapat menimbulkan gejala demam lebih dari satu minggu. Demam tifoid merupakan penyakit yang dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku hidup sehat, dan kebersihan diri yang didalamnya termasuk penggunaan air bersih, cuci tangan, dan konsumsi makanan sehat (Maghfiroh, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 terjadi sebanyak 21 juta kasus dan 222.000 menyebabkan kematian Batubunya (2017). Sedangkan menurut data *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) demam tifoid adalah penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah kasus sebanyak 22 juta per tahun di dunia dan menyebabkan 216.000-600.000 kematian (Purba, 2016).

Asia menempati urutan tertinggi pada kasus tifoid, dan sebanyak 13 juta kasus terjadi per tahunnya. Kasus tifoid umumnya diderita oleh anak-anak sebesar (91%) berusia 3-19 tahun dengan angka kematian 20.000 per tahunnya (Saputra, 2017). Data Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2013 angka penderita demam tifoid di Indonesia sebesar (81%) per 100.000 Kementerian Kesehatan R.I (2013), sedangkan data di Provinsi Jawa Barat tahun 2012 penderita demam tifoid pada pasien rawat inap sebesar 40.760 (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2013).

Menurut data *Medical Record* dari salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi pada periode bulan Januari 2019 sampai Januari 2020 didapatkan

jumlah anak yang dirawat sebanyak 15.749 pasien, sedangkan kasus yang dirawat dengan demam tifoid pada anak yaitu sebanyak 405 pasien.

Dampak jika penanganan demam tifoid yang tidak adekuat atau terlambat akan menyebabkan komplikasi di usus halus, di antaranya perdarahan, perforasi, peritonitis. Pasien yang mengalami nyeri hebat juga dapat mengalami syok neurogenik (Marni, 2016).

Melihat dampak dari penyakit tersebut, perawat mempunyai peran penting untuk mengatasi demam tifoid dengan cara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Aspek promotif yaitu memberikan penyuluhan kesehatan tentang demam tifoid dan penanggulangannya. Aspek preventif yaitu mencegah terjadinya demam tifoid dengan cara merubah kebiasaan sehari-hari melalui pola makan, memilih jenis makanan, kebersihan tangan, dan pola istirahat. Aspek kuratif yaitu memantau suhu tubuh dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat yang dianjurkan oleh dokter. Aspek rehabilitatif yaitu perawat berperan memulihkan kondisi pasien dan menganjurkan pasien untuk kontrol kembali ke rumah sakit bila keluhan timbul kembali.

Berdasarkan hal tersebut diatas sangat penting bila perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan demam tifoid. Maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Tifoid di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan dalam penulisan makalah ilmiah ini terdiri atas 2 tujuan, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan umum

Dapat diperolehnya pengalaman dalam membuat dan memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan demam tifoid

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada anak dengan demam tifoid
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada anak dengan demam tifoid
- c. Mahasiswa mampu menyusun rencana keperawatan pada anak dengan demam tifoid
- d. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan pada anak dengan demam tifoid
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada anak dengan demam tifoid
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi dalam pemecahan masalah
- h. Mahasiswa melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada anak dengan demam tifoid

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penulisan makalah ini adalah Asuhan Keperawatan pada An. T dengan Demam Tifoid di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 10 Februari sampai tanggal 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan makalah ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu diantaranya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang melalui pendekatan proses keperawatan. Penulis juga telah menggunakan berbagai macam cara untuk menuliskan makalah ini dengan cara:

1. Studi kasus, yaitu merupakan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga pasien menggunakan pengamatan secara

langsung untuk dapat memperoleh data dan informasi dengan menggunakan teknik wawancara, pengkajian, dan observasi.

2. Studi kepustakaan, yaitu merupakan membaca dan mempelajari buku-buku atau media internet yang berhubungan dengan kasus.
3. Studi dokumentasi, yaitu merupakan melihat rekam medis, catatan keperawatan yang berhubungan dengan masalah pasien.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ini terdiri dari BAB I Pendahuluan, terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan, BAB II Tinjauan Teori, terdiri dari definisi, etiologi, patofisiologi yang terdiri atas proses perjalanan penyakit, patoflowdiagram, manifestasi klinis, lalu komplikasi, penatalaksanaan medis, konsep tumbuh kembang anak usia sekolah, konsep hospitalisasi pada anak usia sekolah, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan Kasus, terdiri dari menyajikan satu kasus pada pasien dengan demam tifoid di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur dengan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV Pembahasan, terdiri dari kesenjangan antara teori dan kasus meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran. Daftar Pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

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

Tifus Abdominalis adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh kuman *Salmonella typhi*. Tifus Abdominalis adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari tujuh hari, dan juga gangguan kesadaran (Seferi, Andra & dkk, 2013)

Demam tifoid (Typhus Abdominalis) merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella typhosa* dan hanya terdapat pada manusia (Marni, 2016).

B. Etiologi

Penyebab demam tifoid adalah bakteri *Salmonella typhi*. Salmonela adalah bakteri Gram-negatif, tidak berkapsul, mempunyai flagel, dan tidak membentuk spora. Bakteri ini akan mati pada pemanasan 57 °C selama beberapa menit. Kuman ini mempunyai tiga antigen yang penting untuk pemeriksaan laboratorium, yaitu: Antigen O (somatik), Antigen H (flagel), dan antigen Vi (selaput) (Widoyono, 2011).

Salmonella typhosa yang juga dikenal dengan nama *Salmonella typhi* merupakan mikroorganisme patogen yang berada di jaringan limfatik usus halus, hati, limpa, dan aliran darah yang terinfeksi. Kuman ini berupa Gram-negatif yang akan nyaman hidup dalam suhu tubuh manusia. Kuman ini akan mati pada suhu 70 °C dan dengan pemberian antiseptik. Masa

inkubasi penyakit ini antara 7-20 hari. Namun, ada juga yang memiliki masa inkubasi paling pendek yaitu 3 hari, dan paling panjang yaitu 60 hari (Marni, 2016).

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut Wulandari (2016) penularan *Salmonella thypi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, salah satunya yang dikenal dengan 5F yaitu, *food* (makanan), *fingers* (jari/tangan/kuku), *fomitus* (muntah), *fly* (lalat), dan *feces*.

Feses dan muntah pada penderita tifoid dapat menularkan kuman *Salmonella thypi* kepada orang lain. Kuman tersebut dapat ditularkan melalui perantara lalat, dimana lalat akan hinggap dimakanan yang akan dikonsumsi oleh orang sehat. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan dan makanan yang tercemar kuman *Salmonella thypi* masuk ke tubuh orang yang sehat melalui mulut. Kemudian kuman masuk ke dalam lambung, sebagian kuman akan dimusnahkan oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus ke bagian distal dan mencapai jaringan limfoid. Di dalam jaringan limfoid kuman berkembang biak, lalu masuk ke aliran darah dan mencapai sel-sel retikuloendotelial. sel-sel retikuloendotelial ini kemudian melepaskan kuman ke dalam sirkulasi darah dan menimbulkan bakterimia, kuman selanjutnya masuk ke limpa, hepar, dan kandung empedu.

Sehingga menimbulkan gejala klinis terutama demam, semula disangka demam dan gejala toksimia pada tifoid disebabkan oleh endotoksemia. Akan tetapi berdasarkan penelitian eksperimental disimpulkan bahwa endotoksemia bukan merupakan penyebab utama demam pada tifoid. Endotoksemia berperan pada patogenesis tifoid, karena membantu proses inflamasi lokal pada usus halus. Demam

disebabkan karena *Salmonella thypi* dan endotoksinnya merangsang sintesis dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang. Patogenesis (tata cara masuknya kuman tifoid ke dalam tubuh) pada penyakit tifoid terbagi atas dua bagian pertama, menembus dinding usus masuk ke dalam darah kemudian dipatogenesis oleh kuman *Retikulo Endothelial System* (RES) dalam hepar dan lien. Disini kuman berkembang biak dan masuk ke dalam darah lagi dan menimbulkan infeksi di usus lagi. Kedua, basil melalui tonsil secara *lymphogen dan heamophogen* masuk ke dalam hepar dan lien kecil, basil mengeluarkan toksin sehingga toksin ini yang menimbulkan gejala klinis.

2. Manifestasi klinis

Menurut Marni (2016) tanda khas penyakit ini yaitu demam tinggi kurang lebih satu minggu disertai nyeri kepala hebat dan gangguan saluran pencernaan, bahkan ada yang sampai mengalami gangguan kesadaran. Demam tinggi biasanya dimulai sore hari sampai dengan malam hari. Kemudian, menurun pada pagi hari. Demam ini terjadi kurang lebih selama 7 hari. Pada anak yang mengalami demam tinggi dapat terjadi kejang. Gangguan pencernaan yang terjadi pada pasien demam tifoid yaitu mual, muntah, nyeri ulu hati, perut kembung, anoreksia, lidah tifoid (kotor, bagian belakang tampak putih pucat, dan tebal, serta bagian ujung dan tepi kemerahan). Selain itu, juga dapat menyebabkan diare dan kontipasi. Gangguan kesadaran juga dapat terjadi pada pasien demam tifoid yaitu apatis dan somnolen.

D. Komplikasi

Penanganan yang tidak adekuat atau terlambat akan menyebabkan komplikasi di usus halus, diantaranya perdarahan, perforasi, peritonitis. Pasien yang mengalami nyeri hebat juga dapat mengalami syok neurogenik Marni (2016). Komplikasi dapat menyebar di organ lain,

misalnya meningitis, kolesistitis, ensefalopati, bronkopneumonia (Suriadi dan Yuliani, 2010).

E. Penatalaksanaan Medis

Menurut Widoyono (2011) pengobatan memakai prinsip trilogi penatalaksanaan demam tifoid, yaitu:

1. Pemberian antibiotik

Terapi ini dimaksudkan untuk membunuh kuman penyebab demam tifoid. Obat yang sering dipergunakan adalah kloramfenikol 50-100 mg/kg/BB/hari.

2. Istirahat dan perawatan

Langkah ini dimaksud untuk mencegah terjadinya komplikasi. Penderita sebaiknya beristirahat total di tempat tidur selama 1 minggu setelah bebas dari demam. Mobilisasi dilakukan secara bertahap, sesuai dengan keadaan penderita. Mengingat mekanisme penularan penyakit ini, kebersihan perorangan perlu dijaga karena ketidakberdayaan pasien untuk buang air besar dan air kecil.

3. Terapi penunjang secara simptomatis dan suportif serta diet

Agar tidak memperberat kerja usus, pada tahap awal penderita diberi makanan berupa bubur saring. Selanjutnya penderita dapat diberi makanan yang lebih padat dan akhirnya nasi biasa, sesuai dengan kemampuan dan kondisinya. Pemberian kadar gizi dan mineral perlu dipertimbangkan agar dapat menunjang kesembuhan penderita.

F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah (6-12 tahun)

Menurut Kyle, Terri & Susan Carman (2015) usia sekolah adalah waktu berlanjutnya maturasi atau kematangan karakteristik fisik, sosial, dan psikologis anak. Berikut pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah:

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan fisik anak usia sekolah sejak usia 6 sampai 12 tahun, anak tumbuh rata-rata 6 sampai 7 cm pertahun, meningkat tinggi

mereka minimal sebesar 30,48 cm. Pertambahan berat badan sebesar 3 sampai 3,5 kilogram pertahun. Selama masa usia sekolah, ke-20 gigi primer/gigi susu tunggal, digantikan oleh 28 dari 32 gigi permanen, kecuali gigi geraham ketiga (yang umumnya dikenal sebagai geraham bungsu).

2. Perkembangan

Tahapan-tahapan perkembangan pada anak usia sekolah yaitu sebagai berikut:

a. Perkembangan Kognitif

Tahap perkembangan kognitif piaget untuk berusia 7 sampai 11 tahun adalah periode pemikiran operasional konkret, dalam mengembangkan operasi konkret anak mengasimilasi dan mengkoordinasi informasi tentang dunianya dari dimensi berbeda. Anak mampu melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain dan berpikir melalui suatu tindakan, mengantisipasi akibatnya dan kemungkinan untuk harus memikirkan kembali tindakan. Anak mampu menggunakan ingatan pengalaman masa lalu yang disimpan untuk mengevaluasi dan menginterpretasikan situasi saat ini.

b. Perkembangan Moral

Selama masa usia sekolah, rasa moralitas anak terbentuk secara konstan. Menurut Kohlberg, perkembangan moral anak usia sekolah berada dalam tahap konvensional. Anak usia 7-10 tahun biasanya mengikuti peraturan yang menghasilkan rasa sebagai orang “baik”. Anak ingin menjadi orang baik bagi orang tua, teman, guru dan bagi dirinya sendiri. Orang dewasa dianggap sebagai orang yang benar. Ini adalah tahap 3: konformitas interpersonal (anak baik, anak buruk). Anak usia 10 sampai 12 tahun berkembang tahap ke 4: tahap “hukum dan peraturan”. Pada

tahap ini, anak dapat menentukan apakah suatu tindakan baik atau buruk berdasarkan alasan dari tindakan.

c. Perkembangan Spiritual

Selama masa sekolah, anak mampu mengembangkan keinginan untuk memahami lebih banyak tentang agama mereka. Mereka tetap sebagai seorang pemikir konkret dan dibimbing oleh keyakinan agama dan keyakinan budaya keluarga mereka. Mereka dinyamankan oleh ritual keagamaan mereka, tetapi baru saja mulai memahami perbedaan antara natural dan supernatural.

d. Perkembangan Motorik

Keterampilan motorik kasar dan halus terus mengalami kematangan selama masa usia sekolah. Perkembangan motorik kasar selama masa usia sekolah adalah mengendarai sepeda roda dua, melakukan lompat tali, menari, dan berpartisipasi dalam berbagai olahraga lain. Sedangkan perkembangan motorik halus, koordinasi mata-tangan dan keseimbangan meningkat seiring dengan maturitas dan praktik. Penggunaan tangan meningkat, menjadi lebih mantap atau ajeg dan mandiri serta menjamin kemudahan dan ketepatan yang memungkinkan anak ini untuk menulis, menyalin kata-kata, atau membuat kerajinan tangan.

e. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Keterampilan bahasa terus meningkat selama masa usia sekolah dan kosakata meningkat. Anak usia sekolah yang belajar membaca dan kecakapan membaca meningkatkan keterampilan bahasa. Keterampilan membaca meningkat seiring dengan peningkatan pajanan terhadap bacaan. Anak usia sekolah mulai menggunakan lebih banyak bentuk kata bahasa yang kompleks seperti kata jamak dan kata benda. Kelompok usia ini cenderung meniru orang tua,

anggota keluarga, atau orang lain karena itu model peran sangat penting.

f. Perkembangan Psikososial

Perkembangan psikososial pada anak usia sekolah yaitu anak mampu menyelesaikan tugas (sekolah atau rumah) yang diberikan, mempunyai rasa bersaing (kompetisi), senang berkelompok dengan teman sebaya dan mempunyai sahabat karib, berperan dalam kegiatan kelompok, mulai mengerti nilai mata uang, mampu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga sederhana misalnya merapikan tempat tidur. Dan otonomi mulai berkembang pada anak, terutama awal usia 6 tahun dengan dukungan keluarga terdekat.

g. Perkembangan Emosional dan Sosial

Pola sifat temperamental yang diidentifikasi pada masa bayi dapat terus mempengaruhi perilaku anak usia sekolah. Menganalisis situasi masa lalu dapat memberikan petunjuk tentang cara seorang anak dapat bereaksi terhadap situasi yang baru atau berbeda. Anak ini dapat bereaksi secara berbeda dari waktu ke waktu karena pengalaman dan kemampuan mereka. Harga diri adalah pandangan anak tentang nilai individual mereka. Pandangan ini dipengaruhi oleh umpan balik dari keluarga, guru, dan figur otoritas lain.

G. Konsep Hospitalisasi Pada Anak dengan Usia Sekolah (6-12 tahun)

Menurut Nurlaila (2018) hospitalisasi yaitu kondisi sakit dan perawatan di Rumah Sakit merupakan kondisi krisis bagi anak dan dapat menyebabkan stres. Hospitalisasi pada anak selain stres dapat juga menyebabkan kecemasan pada semua tingkat usia. Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyaknya faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru, maupun lingkungan keluarga yang mendampingi selama perawatan. Pada usia

sekolah perpisahan anak dengan orang tua atau keluarga mereka menjadi hal yang ditakuti karena mereka masih membutuhkan rasa nyaman atau bimbingan akibat stres yang dialami selama dirawat.

Anak usia sekolah umumnya lebih mampu melakukan koping terhadap perpisahan tetapi masih sering sekali anak menunjukkan sikap kesepian, bosan, isolasi dan depresi. Pada usia ini anak dihadapkan dengan tugas perkembangan kemandirian, sehingga ketika mereka dirawat di rumah sakit, anak tidak mau mengungkapkan kebutuhannya secara langsung karena akan menunjukkan kelemahan bagi mereka sehingga kebanyakan anak akan menunjukkan sikap agresif, menarik diri dari petugas rumah sakit, menolak sibling, atau menolak berhubungan dengan sebaya. Akan tetapi anak akan lebih menunjukkan reaksi perpisahan terhadap aktivitas bahkan teman sebaya dibanding dengan orang tuanya.

H. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang ditemukan pada penderita demam tifoid menurut Mardalena (2018) yaitu sebagai berikut :

1. Identitas pasien, meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nomor registrasi, status perkawinan, agama, pekerjaan, tinggi badan, berat badan, dan lain-lain.
2. Keluhan utama. Pasien tifoid biasanya mengeluhkan mual dan kembung, nafsu makan menurun, panas, dan demam.
3. Riwayat kesehatan sekarang. Pada umumnya gejala pada pasien tifoid adalah demam, anoreksia, mual, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, lidah tifoid (kotor), dan gangguan kesadaran berupa somnolen sampai koma.
4. Riwayat kesehatan sebelumnya. Periksa jika pasien pernah mengalami sakit dan dirawat dengan yang kasus sama, atau jika pasien menderita penyakit lainnya.
5. Riwayat kesehatan keluarga. Periksa jika ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit sama atau sakit yang lainnya.

6. Riwayat psikososial. Secara interpersonal, cari tau perasaan yang dirasakan (cemas atau sedih) sedangkan secara interpersonal cari tahu hubungan dengan orang lain.
7. Pola fungsi kesehatan
 - a. Pola nutrisi dan metabolisme. Biasanya nafsu makan pasien berkurang, adanya mual, muntah selama sakit, lidah kotor, dan terasa pahit waktu makan. Status nutrisi terpengaruh akibat gangguan pada usus halus.
 - b. Pola istirahat dan tidur. Pasien tidak dapat beristirahat karena merasakan sakit pada perut, mual, muntah, kadang diare. Kebiasaan tidur pasien akan terganggu akibat suhu badan meningkat, dan pasien merasa gelisah pada waktu tidur.
 - c. Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan. Perubahan penatalaksanaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.
 - d. Pola aktifitas dan latihan. Pasien akan terganggu aktifitasnya akibat kelemahan fisik atau keterbatasan gerak.
 - e. Pola eliminasi. Kebiasaan dalam buang air besar menunjukkan referensi bila terjadi dehidrasi akibat demam, dan konsumsi cairan tidak sesuai dengan kebutuhan.
 - f. Pola persepsi dan pengetahuan. Perubahan kondisi kesehatan dan gaya hidup akan memengaruhi pengetahuan dan kemampuan dalam merawat diri.
 - g. Pola persepsi dan konsep diri. Perubahan mungkin terjadi apabila pasien tidak efektif dalam mengatasi masalah penyakitnya.
 - h. Pola penanggulangan stres. Stres timbul apabila tidak efektif dalam mengatasi masalah penyakitnya.
 - i. Pola hubungan interpersonal. Kondisi kesehatan mempengaruhi interpersonal dan peran pasien serta tambahan peran selama sakit.
 - j. Pola tata nilai dan kepercayaan. Muncul distress dalam spritual pada pasien sehingga pasien menjadi cemas dan takut akan kematian. Kebiasaan ibadah pasien mungkin akan terganggu.

8. Pemeriksaan fisik

- a. Kesadaran dan keadaan umum pasien. Kesadaran pasien perlu dikaji dari sadar atau tidak sadar (*compos mentis* atau *coma*) untuk mengetahui berat ringannya prognosis penyakit pasien.
- b. Tanda-tanda vital dan keadaan umum. Tekanan darah, denyut nadi, respirasi, dan temperatur merupakan tolak ukur dari keadaan umum pasien. Di samping itu juga penimbangan berat badan juga dilakukan untuk mengetahui adanya penurunan berat badan akibat gangguan nutrisi. Biasanya pasien tifoid mengalami kelemahan, demam, pucat, mual, rasa tak nyaman di perut, atau anoreksia.
- c. Pemeriksaan kepala dan leher. Tidak ada benjolan di kepala, rambut normal, kelopak mata normal, konjungtiva anemia, mata cekung, muka edema, pucat koma, bibir kering, napas bau, lidah kotor dan bagian tepi dan tengah kemerahan, fungsi pendengaran normal leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
- d. Pemeriksaan dada dan abdomen. Dada normal, bentuk simetris, pola napas teratur, di daerah abdomen ditemukan nyeri tekan.
- e. Sistem respirasi. Pernapasan normal, tidak ada suara tambahan, dan tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.
- f. Sistem kardiovaskuler. Biasanya pada pasien tifoid ditemukan tekanan darah yang meningkat, namun masih didapatkan takikardi pada saat pasien mengalami peningkatan suhu tubuh.
- g. Sistem integumen. Kulit bersih, turgor kulit menurun, pucat, berkeringatan banyak, akral hangat.
- h. Sistem eliminasi. Pada pasien tifoid kadang-kadang diare atau konstipasi, produksi kemih pasien bisa mengalami penurunan (kurang dari normal).
- i. Sistem muskuloskeletal. Tidak ada gangguan pada ekstremitas atas dan bawah.
- j. Sistem endokrin. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tonsil.

k. Sistem persyarafan. Kesadaran penuh (tidak apatis), somnolen, dan koma.

9. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium akan menunjukkan peningkatan leukosit atau leukositosis (20.000-25.000/ul). Laju endap darah meningkat dan terjadi gambaran leukosit normokromik normositik. Selain itu, juga dapat ditemukan leukopenia dengan limfositosis relatif. Untuk memastikan diagnosis demam tifoid, perlu dilakukan pemeriksaan bakteriologi dan pemeriksaan serologi.

Pemeriksaan bakteriologi dilakukan melalui biakan darah, feses, urin, sumsum tulang, ataupun duodenum. Pada pasien demam tifoid, biasanya dilakukan pada minggu pertama, sedangkan biakan feses dilakukan pada minggu kedua, dan biakan urin dilakukan pada minggu ketiga. Pada pemeriksaan serologi, yang digunakan yaitu tes widal, dengan dasar reaksi aglutinasi antara antigen *Salmonella typosa* dan antibodi pada serum pasien. Standar nilai hasil widal belum ada standar baku untuk menentukan diagnosis demam tifoid, setiap rumah sakit mempunyai standar nilai widal sendiri. Standar nilai widal di Surabaya > 1/200, Yogyakarta >1/160, Manado >1/180, dan Jakarta >1/40 (Marni, 2016).

I. Diagnosa Keperawatan

Menurut Mardalena (2018) diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien demam tifoid adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*
2. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik
4. Gangguan keseimbangan cairan (kurang dari kebutuhan) berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebihan (mual atau muntah)

5. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pencernaan
6. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan respon imun
7. Resiko intergritas kulit berhubungan dengan program terapi bedrest total
8. Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan kurang informasi

J. Perencanaan Keperawatan

Menurut Mardalena (2018) perencanaan yang dapat ditemukan pada pasien Demam Tifoid diantaranya sebagai berikut:

1. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*

Tujuan: Suhu tubuh normal

Kriteria Hasil:

- a. Suhu 36,5-37,5 °C
- b. Akral tidak teraba hangat

Intervensi:

- a. Observasi suhu tubuh pasien untuk mengetahui perubahan suhu tubuh.
- b. Beri kompres dengan kompres hangat pada daerah axila, lipat paha, temporal bila terjadi panas untuk melancarkan aliran darah dalam pembuluh darah.
- c. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat seperti katun untuk menjaga kebersihan badan, agar pasien merasa nyaman, pakaian tipis akan membantu mempercepat penguapan tubuh.
- d. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang peningkatan suhu tubuh untuk pasien dan keluarga mengetahui sebab dari peningkatan suhu dan membantu mengurangi kecemasan yang timbul
- e. Observasi TTV tiap 4 jam sekali untuk tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

- f. Anjurkan pasien untuk banyak minum, minum untuk peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang banyak (sekitar 2,5 per 24 jam)
 - g. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik untuk menurunkan panas dengan obat
2. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang
- Tujuan: Kebutuhan nutrisi tubuh terpenuhi
- Kriteria Hasil:
- a. Nafsu makan meningkat
 - b. Pasien mampu menghabiskan sesuai dengan porsi yang diberikan
- Intervensi:
- a. Kaji pola nutrisi pasien untuk mengetahui pola makan, kebiasaan makan, keteraturan waktu makan
 - b. Kaji makan yang disukai dan yang tidak disukai untuk meningkatkan status makanan yang disukai dan menghindari pemberian makan yang tidak disukai
 - c. Observasi porsi makan pasien per shift
 - d. Anjurkan tirah baring atau pembatasan aktifitas selama fase akut untuk menghemat tenaga, dan mengurangi kerja tubuh
 - e. Timbang berat badan tiap 3 hari untuk mengetahui adanya penurunan atau kenaikan berat badan
 - f. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering untuk mengurangi kerja usus, dan menghindari kebosanan makan
 - g. Hindari pemberian laksatif, laksatif dapat berakibat buruk karena sebagai pembersih makanan atau kalori tubuh pasien
 - h. Jelaskan pada pasien dan keluarga manfaat makanan atau nutrisi untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang nutrisi sehingga motivasi untuk makan meningkat

- i. Beri nutrisi dengan diet lembek, tidak mengandung banyak serat, tidak merangsang, maupun menimbulkan banyak gas dan dihidangkan saat masih hangat untuk meningkatkan asupan makanan karena mudah ditelan
 - j. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antasida dan nutrisi parenteral dibutuhkan terutama jika kebutuhan nutrisi per oral sangat kurang
 - k. Kolaborasi dengan ahli gizi pemberian diet untuk mengetahui makanan apa saja yang dianjurkan dan makanan yang tidak boleh dikonsumsi
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik
- Tujuan: Pasien bisa melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari secara optimal
- Intervensi:
- a. Beri motivasi pasien dan keluarga untuk melakukan mobilisasi sebatas kemampuan (misalnya, miring kanan dan miring kiri) agar pasien dan keluarga mengetahui pentingnya mobilisasi bagi pasien yang bedrest
 - b. Kaji kemampuan pasien dalam beraktivitas (makan, minum) untuk mengetahui sejauh mana kelemahan yang terjadi
 - c. Dekatkan keperluan pasien dalam jangkauannya. Untuk mempermudah pasien dalam melakukan aktivitas
 - d. Beri latihan mobilisasi secara bertahap sesudah demam hilang untuk menghindari kekakuan sendi dan mencegah adanya dekubitus
4. Gangguan keseimbangan cairan (kurang dari kebutuhan) berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebihan (mual atau muntah)
- Tujuan: Kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi
- Kriteria Hasil: Turgor kulit meningkat, dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi

Intervensi:

- a. Berikan penjelasan tentang pentingnya kebutuhan cairan pada pasien dan keluarga untuk mempermudah pemberian cairan (minum) pada pasien
- b. Observasi pemasukan dan pengeluaran untuk mengetahui keseimbangan cairan
- c. Anjurkan pasien banyak minum untuk pemenuhan kebutuhan cairan, 2-2,5 liter/24jam
- d. Diskusikan strategi untuk menghentikan muntah dan penggunaan laksatif atau diuretik untuk membantu pasien menerima perasaan bahwa akibat muntah dan mencegah kehilangan cairan lanjut
- e. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi cairan (oral atau parenteral) untuk pemenuhan kebutuhan cairan yang tidak terpenuhi (secara parenteral)

5. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pencernaan

Tujuan: Nyeri tidak dirasakan

Kriteria Hasil: Individu akan menyampaikan kepuasan setelah tindakan pereda nyeri diberikan.

Intervensi:

- a. Catat keluhan nyeri, termasuk lokasi, lamanya, intensitas (skala 0 sampai 10) untuk membantu diagnosis keluhan nyeri
- b. Kaji faktor yang meningkatkan atau menurunkan nyeri. Untuk membantu menegakkan diagnosis dan kebutuhan terapi
- c. Kolaborasi dalam pemberian obat yang diresepkan (Analgesik) untuk menghilangkan nyeri

6. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan respon imun

Tujuan: Mencegah infeksi yang dialami oleh pasien

Kriteria Hasil: Individu dapat menyebutkan faktor resiko yang berkaitan dengan infeksi dan kewaspadaan yang dibutuhkan

Intervensi:

- a. Kaji adanya faktor prediktif. Faktor prediktif adalah faktor terkontrol yang sudah teridentifikasi dan mampu meningkatkan resiko infeksi dan menurunkan pertahanan
- b. Kaji adanya faktor penyulit. Faktor penyulit dapat memperbesar resiko infeksi
- c. Kurangi masuknya kuman ke dalam tubuh untuk mengurangi resiko infeksi silang

7. Resiko intergritas kulit berhubungan dengan program terapi bedrest total

Tujuan: Mencegah terjadinya gangguan intergritas kulit

Kriteria Hasil: Pasien mempertahankan keutuhan jaringan kulit

Intervensi:

- a. Kaji faktor penyebab untuk menetapkan terapi yang dapat dilakukan
- b. Beri kesempatan pasien beradaptasi dalam aktifitas perawatan diri untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam aktifitas perawatan diri
- c. Observasi tanda-tanda gangguan intergritas kulit untuk melindungi pasien dari resiko intergritas kulit
- d. Diskusikan pentingnya perubahan posisi sering, perlu untuk mempertahankan aktifitas untuk meningkatkan sirkulasi dan perfusi kulit dan mencegah tekanan lama pada jaringannya

8. Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan kurang informasi

Tujuan: Pengetahuan pasien dan keluarga meningkat

Intervensi:

- a. Kaji sejauh mana tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya untuk mengetahui apa yang diketahui pasien tentang penyakitnya

- b. Beri pendidikan kesehatan tentang penyakit dan perawatan pasien agar pasien tahu tatalaksana penyakit, perawatan dan pencegahan penyakit tifoid
- c. Beri kesempatan pasien dan keluarga pasien untuk bertanya bila ada yang belum dimengerti pasien dan keluarga pasien setelah diberi penjelasan tentang penyakitnya
- d. Beri *reinforcement* jika pasien menjawab dengan tepat untuk memberikan rasa percaya diri pasien dalam kesembuhan sakitnya.

K. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tujuan dari pelaksanaan keperawatan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Dalam melakukan pelaksanaan keperawatan perlu mengetahui tiga jenis pelaksanaan keperawatan yaitu, *independen*, *interdependen*, dan *dependen*. *Independen* adalah tindakan keperawatan yang dilakukan mandiri oleh perawat. *Interdependen* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerja sama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. *Dependen* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, fisioterapi, psikologi, dan sebagainya (Kodim, 2015).

L. Evaluasi Keperawatan

Menurut Kodim (2015) evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Dalam melakukan evaluasi perawat memperhatikan ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi, seperti:

1. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan

2. Masalah sebagian teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
3. Masalah tidak teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Bahkan pasien dapat timbul masalah atau diagnosa keperawatan baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, dan tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP (*Subjektif, Objektif, Analisa, Planning*) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. *Subjektif* adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. *Objektif* adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. *Analisa* adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. *Planning* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020 di Ruang Dafoddil di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

1. Data Biografi

Nama pasien An. T berusia 11 tahun, berjenis kelamin laki-laki, lahir di Bekasi 9 Desember 2008, beragama islam, suku jawa. Identitas kedua orang tua pasien yaitu ibu pasien bernama Ny. N yang berusia 38 tahun, pendidikan S1 ekonomi, bekerja sebagai karyawan swasta, beragama islam dan bersuku jawa. Sedangkan ayah pasien bernama Tn. M yang berusia 37 tahun, pendidikan SMK, bekerja sebagai karyawan swasta, beragama islam dan bersuku jawa. Alamat rumah di narogong, Bekasi Timur.

2. Resume

Pada tanggal 8 Februari 2020 pukul 10.10 WIB pasien datang bersama ayahnya ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur melalui Poliklinik dengan keluhan demam ± 4 hari, pusing, buang air besar cair ampas 5 kali, mual, dan muntah 1 kali sejak semalam. Pukul 10.15 WIB dilakukan pemeriksaan oleh perawat poliklinik didapatkan hasil kesadaran compos mentis, suhu $38,2^{\circ}\text{C}$, pernafasan 20x/menit, nadi 100x/menit, berat badan 50 kg. Pada pukul 10.30 WIB An. T dilakukan pemeriksaan laboratorium, setelah itu membawa hasil pemeriksaan laboratorium ke dokter. Dokter membaca hasil laboratorium dan dianjurkan untuk dirawat inap. Pukul 14.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang Dafoddil dan dilakukan pemasangan infus KAEN 3B 20 tpm dan pemeriksaan oleh perawat ruangan dengan hasil kesadaran compos mentis, suhu $37,8^{\circ}\text{C}$, pernafasan 20 x/menit,

nadi 88 x/menit. Masalah keperawatan yang muncul yaitu peningkatan suhu tubuh. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan perawat ruangan yaitu mengukur suhu tubuh, anjurkan banyak minum air putih hangat, dan menggunakan baju tipis yang menyerap keringat. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan obat tamoliv 3 x 600 mg (IV), fuzide 3 x 750 mg (oral), lacidofil 1 x 1 kapsul (oral), tricefin 1 x 2 gram (drip NaCl 100 ml), narfoz 3 x 6 mg (IV). Keadaan An. T pada tanggal 9 Februari 2020 kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital pagi hari suhu 36,8 °C, pernafasan 20 x/menit, nadi 80 x/menit, pasien banyak minum ±700 ml, sedangkan pengukuran tanda-tanda vital malam hari suhu 37,6 °C, pernafasan 20 x/menit, nadi 89 x/menit. Evaluasi secara umum ayah pasien mengatakan masih demam jika sore menjelang malam, ayah pasien mengatakan suhu semalam 37,6 °C, dan pasien mengatakan masih mual.

3. Data Dasar

a. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Ayah pasien mengatakan anaknya tidak mengalami gangguan pada masa kehamilan seperti hiperemesis gravidarum, perdarahan pervagina, anemia, penyakit infeksi, preeklamsi/eklamsi, ataupun gangguan kesehatan lainnya. Ayah pasien mengatakan sewaktu hamil istrinya selalu memeriksakan kandungannya 1 bulan sekali di Rumah Sakit Hermina Bekasi. Hasil pemeriksaan dikatakan anaknya sehat dan baik-baik saja, ayah pasien mengatakan kalau istrinya rutin minum vitamin selama kehamilan. Pasien lahir di Rumah Sakit Hermina Bekasi pada usia kehamilan 39 minggu dengan persalinan pervaginam. Pasien lahir dengan berat badan 3300 gram, panjang badan 51 cm, keadaan bayi saat lahir aktif dan menangis kuat. Pasien tidak pernah mengalami cacat

kongenital, ikterus, kejang, paralisis, perdarahan, trauma persalinan, dan penurunan berat badan. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak pernah diberi ASI dari lahir, karena ASI istrinya tidak keluar sehingga An. T diberikan susu formula.

2) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Ayah pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam proses tumbuh kembang, anaknya lahir dengan berat badan 3300 gram dan panjang badan 51 cm. Pada usia 7 bulan pasien sudah bisa merangkak, usia 9 bulan sudah bisa bicara “mama” dan usia 10 bulan sudah bisa berjalan.

3) Riwayat Kesehatan

Ayah pasien mengatakan anaknya pernah menderita tonsilitis pada tahun 2018. Pasien dirawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tahun 2018 untuk dilakukan tindakan tonsilektomi. Ayah pasien mengatakan tidak ada obat-obatan rutin yang dikonsumsi. Ayah pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak memiliki alergi. Ayah pasien mengatakan anaknya mendapat imunisasi lengkap yaitu HB0, BCG, Polio, HiB, DPT, dan campak.

4) Kebiasaan Sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

a) Pola pemenuhan nutrisi

Ayah pasien mengatakan anaknya tidak mengonsumsi jenis vitamin apapun. Ayah pasien mengatakan frekuensi makan anaknya sebanyak 2 kali sehari yaitu siang dan sore hari dengan jenis makanan nasi, sayur, telur, ikan, dan ayam. Pasien mengatakan makanan yang disenangi adalah ayam goreng, pada saat makan anaknya mampu makan sendiri.

Ayah pasien mengatakan anaknya minum air putih sebanyak 1500 ml sehari.

b) Pola tidur

Ayah pasien mengatakan anaknya tidur malam selama 8 jam dari pukul 21.00 sampai 05.00 WIB dan anaknya tidak pernah tidur siang karena setelah pulang sekolah pasien langsung pergi les disekolahnya. Pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum menjelang tidur.

c) Pola aktifitas atau latihan

Ayah pasien mengatakan aktifitas anaknya sekolah, setelah pulang sekolah pasien les di sekolahnya. Kebiasaan bermain dengan teman di rumah dilakukan saat libur sekolah saja.

d) Pola kebersihan diri

Ayah pasien mengatakan anaknya mandi 2x sehari yaitu pagi dan sore hari menggunakan sabun, menggosok gigi 2x sehari dengan menggunakan pasta gigi, cuci rambut 3x seminggu menggunakan shampo. Ayah pasien mengatakan pola kebersihan diri anaknya dilakukan sendiri.

e) Pola eliminasi

Ayah pasien mengatakan anaknya buang air besar 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, waktu buang air besar biasanya di pagi hari. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak menggunakan obat pencahar, tidak ada keluhan saat buang air besar. Ayah pasien mengatakan anaknya 6x sehari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil.

f) Kebiasaan lain

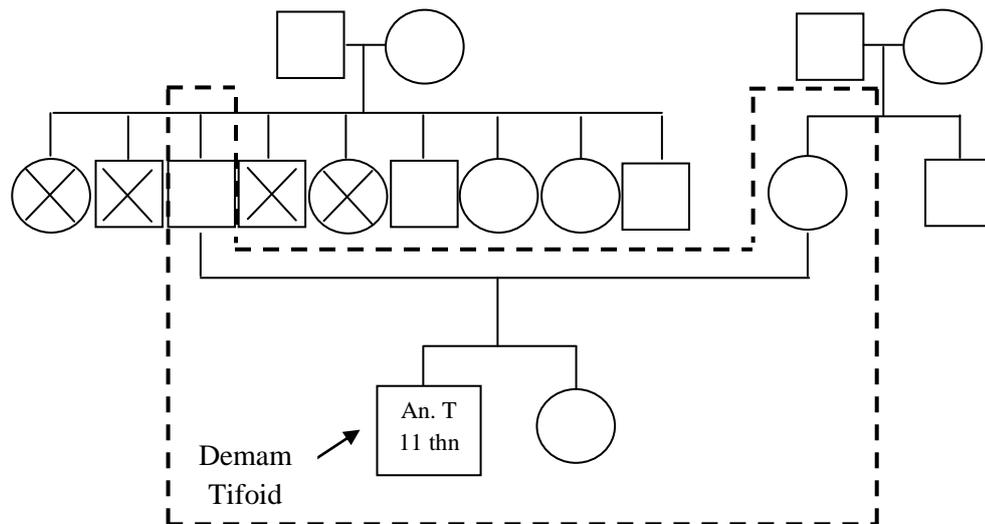
Ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada kebiasaan menggigit jari, menggigit kuku, menghisap jari, maupun memainkan genital, anaknya tidak mudah marah.

g) Pola asuh

Ayah pasien mengatakan anaknya diasuh oleh kedua orang tua

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

a) Susunan keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus-kasus tertentu)



Keterangan :

□ Laki-laki

× Meninggal

○ Perempuan

--- Tinggal Serumah

↗ Pasien

b) Riwayat penyakit keluarga

Ayah pasien mengatakan keluarganya maupun keluarga dari istrinya tidak mempunyai riwayat penyakit ginjal, jantung, diabetes, hipertensi, kanker, alergi, gangguan mental, dll.

- c) Koping keluarga
Ayah pasien mengatakan jika sakit diberi obat pertolongan pertama di rumah dahulu, setelah itu jika tidak sembuh juga dibawa ke rumah sakit.
 - d) Sistem nilai
Ayah pasien mengatakan tidak ada budayanya yang bertentangan dengan kesehatan, seperti jika sakit tidak hanya diobati dengan obat herbal tetapi dibawa ke pelayanan kesehatan.
 - e) Spiritual
Ayah pasien mengatakan selalu sholat dan berdoa kepada Tuhan agar anaknya diberi kesembuhan.
- 6) Riwayat Kesehatan Lingkungan
- a) Resiko Bahaya Kecelakaan
Ayah pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, aman dan rumahnya jauh dari jalan raya.
 - b) Polusi
Ayah pasien mengatakan rumahnya di perumahan, sekitar rumahnya tidak ada bahaya bising, polusi udara atau air.
 - c) Kebersihan
Ayah pasien mengatakan rumahnya bersih karena dibersihkan setiap hari, ventilasi selalu dibuka sehingga udara dapat masuk. Pembuangan sampah di rumahnya pun tertutup.
- 7) Riwayat Kesehatan Sekarang
- a) Riwayat Penyakit Sekarang
Pasien mulai sakit pada tanggal 8 Februari 2020 dan dirawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur. Ayah pasien mengatakan anaknya demam ± 4 hari, pusing, buang air besar cair ampas 5 kali, mual, dan muntah 1 kali

sejak semalam. Ayah pasien mengatakan demam naik ketika sore hari dan menjelang pagi demam turun. Timbulnya keluhan secara bertahap karena tadinya pasien hanya demam saja namun menjadi pusing, mual, muntah 1 kali, dan buang air besar cair ampas 5 kali. Menurut ayah pasien faktor penyebab terjadinya penyakit karena pasien sering makan telat dan kecapean. Ayah pasien merasa khawatir karena anaknya tidak kunjung sembuh, lalu dibawa berobat ke poli klinik Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur untuk mendapatkan penanganan oleh dokter.

b) Pengkajian Fisik Secara Fungsional

Data Klinik

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan masih demam jika menjelang sore hari, ayah pasien mengatakan suhu semalam 37,6 °C, pasien mengatakan masih pusing, pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan sudah tidak muntah.

Data Objektif :

Data yang terdapat pada pasien yaitu kesadaran pasien compos mentis, suhu 36,8 °C, nadi 91 x/menit, pernafasan 20 x/menit, tekanan darah 109/77 mmHg

Nutrisi dan Metabolisme

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan nafsu makan anak menurun semenjak sakit, tidak ada penurunan berat badan pada anak. Ayah pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak muntah, pasien hanya menghabiskan makanan ½ porsi makan. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada kesulitan menelan. Ayah pasien mengatakan anaknya minum air putih 700 ml/hari.

Data Objektif :

Hasil pemeriksaan yang ditemukan saat pengkajian pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, mukosa mulut lembab, berwarna kemerahan, tidak ada kelainan palatum, tidak ada pembengkakan pada gusi, lidah tampak sedikit kotor. Kelengkapan gigi pasien lengkap, tidak ada karang gigi, tidak ada karies gigi. Pasien mengalami obesitas dengan indeks masa tubuh 22,8 (gemuk). Integritas kulit utuh, turgor kulit elastis, tekstur kulit lembut, berwarna sawo matang, dan tidak menggunakan sonde/NGT.

Respirasi/Sirkulasi**Data Subjektif :**

Ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada sesak nafas, tidak ada sputum, dan juga tidak ada batuk, tidak ada sakit dada, dan juga tidak ada edema.

Data Objektif :

Saat dilakukan auskultasi suara nafas pasien terdengar suara vaskuler dikedua lapang paru kanan kiri atas anterior, pasien tampak tidak ada batuk, tidak ada batuk darah, tidak ada sputum, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pasien tampak tidak ada masalah pada sirkulasi seperti ikterus, sianosis, edema, palpitasi, CRT < 3 detik, suhu 36,8 °C.

Eliminasi**Data Subjektif :**

Ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada kembung, sakit atau nyeri bagian abdomen. Ayah pasien mengatakan anaknya sudah buang air besar 1 kali berwarna kuning kecoklatan, tidak ada lendir, konsistensi lembek, berbau

khas feces. Ayah pasien mengatakan sudah buang air kecil sebanyak 2 kali, tidak ada keluhan saat buang air kecil.

Data Objektif :

Saat dilakukan pengkajian abdomen pasien tampak supel, tidak tampak tegang dan kaku, bising usus 10 x/menit. Pasien tampak buang air besar 1x dengan konsistensi lembek, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada lendir, dan tidak menggunakan kateter.

Aktifitas/Latihan

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan anaknya mampu berdiri dan berjalan, kebutuhan sehari-hari anak ada yang bisa dilakukan sendiri dan ada juga yang masih dibantu oleh orang tua atau kakeknya. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada kekakuan pergerakan sendi.

Data Objektif :

Saat dilakukan pengkajian anak mampu berdiri dan berjalan sendiri, dan kekuatan untuk menggenggam kuat. Bentuk kakinya simetris dan tidak ada kelainan, kelemahan tidak ada dan pasien tidak kejang.

Sensori Persepsi

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan pendengaran anaknya normal seperti anaknya menoleh saat dipanggil namanya. Ayah pasien mengatakan penglihatan anaknya normal karena mampu menatap ayahnya atau perawat saat diajak berbicara dan tidak menggunakan kacamata. Ayah pasien mengatakan penciuman anaknya normal seperti mampu mencium wangi-wangian. Ayah pasien mengatakan perabaan anaknya baik, dan pengecapan anaknya baik

karena mampu merasakan rasa pahit, manis, asin, pedas makanan maupun obat yang diminum.

Data Objektif :

Anak tampak bereaksi saat rangsangan diberikan, orientasi anak baik, pupil isokor, konjungtiva ananemis, penglihatan dan pendengaran normal.

Konsep Diri

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan anaknya sering menanyakan kapan pulang ke rumah.

Data Objektif :

Saat dilakukan pengkajian kontak mata pasien menatap perawat saat diajak berbicara, postur tubuh baik, dan perilaku pasien baik tetapi lebih banyak diam dan menanyakan kapan pulang.

Tidur/Istirahat

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan anaknya tidur dengan nyenyak dan tidak ada gangguan tidur.

Data Objektif :

Saat dilakukan pengkajian tidak ada tanda-tanda kurang tidur pada pasien

c) Dampak Hospitalisasi

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan cemas akan kesehatan anaknya, ayah pasien mengatakan anaknya sering menanyakan kapan pulang. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak mau ditinggal sendirian di kamar.

Data Objektif :

Ayah pasien tampak mengkhawatirkan anaknya, pasien tampak diam saat perawat datang, pasien tampak bosan.

d) **Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Saat ini****Pertumbuhan**

Berat badan pasien saat ini 50 kg, tinggi badan 148 cm, lingkar kepala 56 cm, lingkar lengan 27 cm, pertumbuhan gigi pasien lengkap sesuai usianya.

Perkembangan

Perkembangan motorik kasar pada pasien yaitu sudah bisa mengendarai sepeda roda dua, sering mengikuti permainan sepak bola dengan teman-temannya. Perkembangan motorik halus yaitu pasien mampu menggambar dan membuat kerajinan tangan di sekolahnya. Perkembangan bahasa pasien yaitu mampu menggunakan bahasa indonesia yang baik dan benar. Perkembangan sosialisasi pasien sering bermain dengan teman-temannya di sekolah maupun di rumah.

b. Pengetahuan dan Pemahaman Keluarga tentang Penyakit dan Perawatan Anak**Data Subjektif :**

Ayah pasien mengatakan tifoid adalah penyakit pada pencernaan. Penyakit tifoid disebabkan oleh kuman, kecapean, pola makan yang tidak teratur, konsumsi makanan yang kurang higienis. Tanda dan gejala demam tifoid yaitu demam, muntah, banyak buang air besar cair. Ayah pasien mengatakan mendapatkan informasi tentang penyakit tifoid dari saudaranya yang seorang perawat dan dari dokter yang menjelaskan saat membawa anaknya berobat, sedangkan pasien mengatakan penyakit tipes karena telat makan

dan konsumsi makanan sembarangan, pasien mengatakan tanda dan gejala panas, muntah, mual.

Data Objektif :

Ayah pasien tampak mengerti tentang penyakit tipes, ayah pasien dan pasien dapat menjawab pertanyaan perawat.

c. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 8 Februari 2020, yaitu:

Widal: S. Typhi O positive 1/160 (nilai normal negative), S. Paratyphi AO negative (nilai normal negative), S. Paratyphi BO negative (nilai normal negative). S. Paratyphi CO negative (nilai normal negative), S. Typhi H negative (nilai normal negative), S. Paratyphi AH negative (nilai normal negative), S. Paratyphi BH positive 1/180 (nilai normal negative), S. Paratyphi CH negative (nilai normal negative).

Hematologi: hemoglobin 13,1 g/dl (nilai normal 12.5-16.1), LED 11 mm/jam (nilai normal 0-10), leukosit 6.420/ul (nilai normal 4.000-10.000), hematokrit 38 vol% (nilai normal 36-47), trombosit 291.000/ul (nilai normal 150.000-450.000), eritrosit 4,73 juta/ul (nilai normal 4,20-5,60).

Hitung Jenis: basofil 0% (nilai normal 0-1), eosinofil 2% (nilai normal 1-5), batang 3% (nilai normal 3-6), segmen 79% (nilai normal 25-60), limfosit 12% (nilai normal 25-60), monosit 4% (nilai normal 1-6).

Imuno Serologi Protein Secifik: CRP Kuantitatif 18 mg/l (nilai normal <6).

d. Penatalaksanaan

Pasien diberikan terapi obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral, lacidofil 1 x 1 kapsul melalui oral, sumagesic 3 x 600 mg melalui oral (kalau perlu jika pasien pusing), tamoliv 3 x 600 mg melalui

intra vena (kalau perlu jika pasien demam), tricefin 1 x 2 gram melalui intra vena drip NaCl 100 ml, narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena. Pasien juga mendapatkan cairan KAEN 3B 500 ml/8jam. Diit yang didapat yaitu diit lunak.

4. Data fokus

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, mengukur tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,8 °C, nadi 91 x/menit, pernafasan 20 x/menit, tekanan darah 109/77 mmHg.

a. Kebutuhan Oksigen

Data Subjektif:

Ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada sesak nafas, ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada batuk, ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada sputum.

Data Objektif :

Pasien tampak tidak sesak, pasien tampak tidak ada batuk, terdengar suara nafas vaskuler kedua lapang paru, pasien tampak tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien tampak tidak ada pernafasan cuping hidung, pernafasan 20 x/menit.

b. Kebutuhan cairan

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan anaknya banyak minum sebanyak 700 ml/hari, ayah pasien mengatakan anaknya masih demam jika menjelang sore hari.

Data Objektif :

Turgor kulit tampak elastis, mukosa bibir tampak lembab, akral teraba hangat, hematokrit 38 vol%, suhu 36,8 °C.

Balance Cairan/24 jam:

Intake : Air minum 700 ml + cairan infus 1500 ml=
2200 ml/24jam

Ouput : Urin 1200 ml + IWL 950 ml= 2150 ml/24jam

Intake – Ouput : 2200 ml – 2150 ml= +50 ml/24jam

c. Kebutuhan Nutrisi

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun semenjak sakit, ayah pasien mengatakan makan ½ porsi, pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan tidak muntah.

Data Objektif :

Pasien tampak makan ½ porsi, lidah pasien tampak sedikit kotor, konjungtiva ananemis, berat badan 50 kg, tinggi badan 148 cm, IMT 22,8 (gemuk), LLA 27 cm, hasil lab hemoglobin 13,1 g/dl.

d. Kebutuhan eliminasi

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan anaknya buang air besar 1 kali berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, ayah pasien mengatakan tidak ada keluhan saat buang air besar, ayah pasien mengatakan anaknya tidak menggunakan obat pencahar.

Data Objektif :

Pasien tampak buang air besar 1 kali berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, bising usus 10 x/menit.

e. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan anaknya masih demam jika menjelang sore hari, ayah pasien mengatakan suhu semalam 37,6 °C.

Data Objektif :

Suhu 36,8 °C, nadi 91 x/menit, hasil pemeriksaan laboratorium *S. Typhi O* positive 1/160, leukosit 6.420/ul, CRP 18 mg/l.

f. Pengetahuan**Data Subjektif :**

Ayah pasien mengatakan tifoid adalah penyakit pada pencernaan. Penyakit tifoid disebabkan oleh kuman, kecapean, pola makan yang tidak teratur, konsumsi makanan yang kurang higienis. Tanda dan gejala demam tifoid yaitu demam, muntah, banyak buang air besar cair. Ayah pasien mengatakan mendapatkan informasi tentang penyakit tifoid dari saudaranya yang seorang perawat dan dari dokter yang menjelaskan saat membawa anaknya berobat, sedangkan pasien mengatakan penyakit tipes karena telat makan dan konsumsi makanan sembarangan, pasien mengatakan tanda dan gejala panas, muntah, mual.

Data Objektif :

Ayah pasien tampak mengerti tentang penyakit tipes, ayah pasien dan pasien dapat menjawab pertanyaan perawat.

g. Dampak Hospitalisasi**Data Subjektif :**

Ayah pasien mengatakan cemas akan kesehatan anaknya, ayah pasien mengatakan anaknya sering menanyakan kapan pulang. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak mau ditinggal sendirian di kamar.

Data Objektif :

Ayah pasien tampak mengkhawatirkan anaknya, pasien tampak diam saat perawat datang, pasien tampak bosan.

Analisa Data

Tabel 3.1 analisa data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>Ayah pasien mengatakan anaknya masih demam jika menjelang sore hari, ayah pasien mengatakan suhu semalam 37,6 °C</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Suhu 36,8 °C</p> <p>b. Frekuensi nadi 91x/menit</p> <p>c. Pasien teraba hangat</p> <p>d. Hasil pemeriksaan widal: <i>S. Typhi</i> O positive 1/160</p> <p>e. Leukosit 6.420/ul</p> <p>f. CRP 18 mg/l</p>	Resiko peningkatan suhu tubuh	Proses infeksi <i>Salmonella typhi</i>
2.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Ayah pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun semenjak sakit,</p> <p>b. Ayah pasien mengatakan anaknya makan ½ porsi</p> <p>c. Pasien mengatakan masih mual</p> <p>d. Pasien mengatakan tidak muntah</p>	Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan	Asupan kurang

	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak makan ½ porsi b. Lidah pasien tampak sedikit kotor c. Konjungtiva ananemis d. Berat badan 50 kg e. Tinggi badan 148 cm f. IMT 22,8 (Gemuk) g. LLA 27 cm h. Hasil lab hemoglobin 13,1 g/dl 		
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ayah pasien mengatakan cemas akan kesehatan anaknya b. Ayah pasien mengatakan anaknya sering menanyakan kapan pulang c. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak mau ditinggal sendirian di kamar <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ayah pasien tampak mengkhawatirkan anaknya b. Pasien tampak diam saat perawat datang c. Pasien tampak bosan 	Cemas pada anak dan orang tua	Dampak hospitalisasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*
Ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
2. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang
Ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
3. Cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi
Ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : 12 Februari 2020

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan anaknya masih demam jika menjelang sore hari, ayah pasien mengatakan suhu semalam 37,6 °C

Data Objektif :

Suhu pasien 36,8 °C, frekuensi nadi 91x/menit, hasil pemeriksaan tanggal 8 Februari 2020 widal: *S. Typhi O* positive 1/160, leukosit 6.420/ul, dan CRP 18 mg/l

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh tidak ada peningkatan saat malam hari

Kriteria Hasil:

- a. Suhu 36,5-37,5 °C
- b. Pasien tidak menggigil
- c. Akral tidak teraba hangat

Perencanaan Keperawatan:

- a. Observasi suhu tubuh pasien setiap shift
- b. Beri kompres hangat pada daerah axila, lipat paha, temporal bila terjadi panas.
- c. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat
- d. Anjurkan pasien untuk banyak minum
- e. Berikan obat tamoliv 3 x 600 mg melalui intra vena
- f. Berikan obat tricefin 1 x 2 gram melalu intra vena drip NaCl 100 ml
- g. Berikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral
- h. Berikan terapi cairan KAEN 3B 500 ml/8jam

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 10 Februari 2020**

Pada pukul 07.00 WIB mengganti cairan KAEN 3B 500 ml/8jam dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi di area jarum infus (perawat ruangan). **Pada pukul 09.00 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.10 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 36,8 °C. **Pukul 10.00 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk anaknya banyak minum dengan hasil orang tua mengerti instruksi perawat. **Pada pukul 13.00 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan. **Pada pukul 15.00 WIB** mengganti cairan KAEN 3B 500 ml/8jam dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi di area jarum infus. **Pukul 15.05 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 36,9°C. **Pada pukul 18.00 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pada pukul 19.00 WIB** memberikan obat tricefin 1 x 2 gram melalui intravena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat

ruangan). **Pukul 21.00 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 37,8 °C (perawat ruangan). **Pukul 21.05 WIB** memberikan obat tamoliv 3 x 600 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda infeksi (perawat ruangan). **Pukul 21.15 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk anaknya banyak minum dengan hasil orang tua mengerti instruksi perawat (perawat ruangan). **Pukul 21.17 WIB** keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat (perawat ruangan). **Pada pukul 23.00 WIB** mengganti cairan KAEN 3B 500 ml/8jam dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi di area jarum infus (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 07.00 WIB mengganti cairan KAEN 3B 500 ml/8jam dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi di area jarum infus. **Pukul 08.15 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 36,3 °C. **Pada pukul 08.30 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 08.40 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk anaknya banyak minum dengan hasil orang tua mengerti instruksi perawat. **Pada pukul 14.00 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan. **Pada pukul 14.55 WIB** mengganti cairan KAEN 3B 500 ml/8jam dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi di area jarum infus. **Pukul 15.30 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 36,5 °C (perawat ruangan). **Pada pukul 18.10 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pada pukul 19.05 WIB** memberikan obat tricefin 1 x 2 gram melalui intravena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat ruangan). **Pukul 21.15 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 37,3 °C (perawat ruangan). **Pukul 21.15 WIB** menganjurkan

ayah pasien kompres hangat pada daerah axila, lipat paha, temporal bila terjadi panas dengan hasil ayah pasien mengerti instruksi perawat (perawat ruangan). **Pukul 21.18 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk anaknya banyak minum dengan hasil orang tua mengerti instruksi perawat (perawat ruangan). **Pukul 21.19 WIB** keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat (perawat ruangan). **Pada pukul 22.50 WIB** mengganti cairan KAEN 3B 500 ml/8jam dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi di area jarum infus (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 06.50 WIB mengganti cairan KAEN 3B 500 ml/8jam dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi di area jarum infus (perawat ruangan). **Pukul 08.00 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 36 °C. **Pada pukul 08.30 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.00 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk anaknya banyak minum dengan hasil orang tua mengerti instruksi perawat. **Pada pukul 12.50 WIB** memberikan obat fuzide 3 x 750 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 14.00 WIB** mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil suhu 36,1°C.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020, Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan semalam demam dengan suhu 37,8°C

Objektif:

Suhu 36,2 °C, akral tidak teraba hangat, tidak menggigil

Analisa:

Masalah tidak terjadi, tujuan belum tercapai

Planing:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, g, h

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020, Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan semalam demam dengan suhu 37,3 °C

Objektif:

Suhu 36,5 °C, akral tidak teraba hangat, tidak menggigil

Analisa:

Masalah tidak terjadi, tujuan belum tercapai

Planing:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, f, g

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020, Pukul 14.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan semalam demam dengan suhu 37,3 °C

Objektif:

Suhu 36,2 °C, akral tidak teraba hangat, tidak menggigil

Analisa:

Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planing:

Hentikan intervensi, pasien pulang

2. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun semenjak sakit, ayah pasien mengatakan anaknya makan ½ porsi, pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan tidak muntah.

Data Subjektif :

Pasien tampak makan ½ porsi, lidah pasien tampak sedikit kotor, konjungtiva ananemis, berat badan 50 kg, Tinggi badan 148 cm, LLA 27 cm, dan IMT 22,8 (Gemuk), hasil pemeriksaan lab 8 Februari 2020 hemoglobin 13,1 g/dl.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi tubuh terpenuhi.

Kriteria Hasil:

- a. Nafsu makan meningkat
- b. Mual dan muntah tidak ada
- c. Pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan
- d. Tidak ada penurunan berat badan

Perencanaan Keperawatan:

- a. Kaji keluhan nafsu makan mual dan muntah per shift
- b. Observasi porsi makan pasien per shift
- c. Timbang berat badan tiap 3 hari untuk mengetahui adanya penurunan atau kenaikan berat badan
- d. Anjurkan orang tua untuk berikan pasien makan sedikit tapi sering
- e. Berikan obat lacidofil 1 x 1 kapsul melalui oral
- f. Berikan obat narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena
- g. Berikan diit lunak

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 10 Februari 2020**

Pukul 04.00 WIB obat narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat ruangan). **Pukul 09.05 WIB** memberikan obat lacidofil 1 x 1 kapsul melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan obat tidak dimuntahkan. **Pukul 09.12 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual dan muntah per shift dengan hasil pasien masih mual dan tidak

muntah. **Pukul 09.15 WIB** menanyakan porsi makan pasien per shift dengan hasil pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi. **Pukul 09.18 WIB** menganjurkan orang tua untuk berikan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil ayah pasien mengerti instruksi perawat. **Pukul 09.18 WIB** menimbang berat badan pasien dengan hasil BB 50 kg. **Pukul 13.05 WIB** obat narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi. **Pukul 17.00 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual dan muntah per shift dengan hasil pasien masih mual dan tidak muntah (perawat ruangan). **Pukul 17.05 WIB** mengkaji porsi makan pasien per shift dengan hasil pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi (perawat ruangan). **Pukul 18.05 WIB** obat narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat ruangan). **Pukul 19.20 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual dan muntah per shift dengan hasil pasien sudah tidak mual dan tidak muntah (perawat ruangan). **Pukul 19.25 WIB** mengkaji porsi makan pasien per shift dengan hasil pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 05.00 WIB obat narfoz 3x6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat ruangan). **Pukul 08.35 WIB** memberikan obat lacidofil 1 x 1 kapsul melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan obat tidak dimuntahkan. **Pukul 08.45 WIB** menganjurkan orang tua untuk berikan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil ayah pasien mengerti instruksi perawat. **Pukul 10.00 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual dan muntah per shift dengan hasil pasien masih mual dan tidak muntah. **Pukul 10.05 WIB** menanyakan porsi makan pasien per shift dengan hasil pasien makan $\frac{3}{4}$ porsi. **Pukul 14.05 WIB** obat narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi. **Pukul 15.00 WIB**

mengkaji keluhan nafsu makan, mual dan muntah per shift dengan hasil pasien masih mual dan tidak muntah (perawat ruangan). **Pukul 15.05 WIB** mengkaji porsi makan pasien per shift dengan hasil pasien makan 1 porsi (perawat ruangan). **Pukul 18.15 WIB** obat narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat ruangan). **Pukul 19.40 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual dan muntah per shift dengan hasil pasien sudah tidak mual dan tidak muntah (perawat ruangan). **Pukul 19.45 WIB** mengkaji porsi makan pasien per shift dengan hasil pasien makan 1 porsi (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 04.15 WIB obat narfoz 3 x 6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat ruangan). **Pukul 08.25 WIB** memberikan obat lacidofil 1 x 1 kapsul melalui oral dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan obat tidak dimuntahkan. **Pukul 09.05 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual dan muntah per shift dengan hasil pasien sudah tidak mual dan tidak muntah. **Pukul 09.10 WIB** menanyakan porsi makan pasien per shift dengan hasil pasien makan 1 porsi. **Pukul 12.55 WIB** obat narfoz 3x6 mg melalui intra vena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi. **Pukul 13.25 WIB** menimbang berat badan pasien dengan hasil BB 50 kg.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020, Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan pasien masih makan ½ porsi, ayah pasien mengatakan semalam pasien masih mual, ayah pasien mengatakan tidak ada muntah

Objektif:

Pasien tampak makan ½ porsi, tidak ada penurunan berat badan, BB 50 kg

Analisa:

Masalah tidak terjadi, tujuan belum tercapai

Planing:

Lanjutkan intervensi a, b, d, e, f

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020, Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan pasien makan 1 porsi, ayah pasien mengatakan sudah tidak mual, ayah pasien mengatakan tidak ada muntah

Objektif:

Pasien tampak makan 1 porsi, tidak ada penurunan berat badan, BB 50 kg

Analisa:

Masalah tidak terjadi, tujuan belum tercapai

Planing:

Lanjutkan intervensi a, b, e, f,

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020, Pukul 14.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan pasien makan 1 porsi, ayah pasien mengatakan sudah tidak mual, ayah pasien mengatakan tidak ada muntah

Objektif:

Pasien tampak makan 1 porsi, nafsu makan pasien tampak meningkat, tidak ada penurunan berat badan, BB 50 kg

Analisa:

Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planing:

Hentikan intervensi, pasien pulang.

3. Cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi

Data Subjektif :

Ayah pasien mengatakan cemas akan kesehatan anaknya, ayah pasien mengatakan anaknya sering menanyakan kapan pulang, ayah pasien mengatakan anaknya tidak mau ditinggal sendirian di kamar.

Data Objektif :

Ayah pasien tampak mengkhawatirkan anaknya, pasien tampak diam saat perawat datang, dan pasien tampak bosan.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan cemas anak dan orang tua berkurang.

Kriteria Hasil:

- a. Pasien tampak tenang
- b. Orang tua tampak tenang
- c. Rasa cemas pada anak dan orang tua berkurang
- d. Pasien dan orang tua merasa nyaman

Perencanaan Keperawatan:

- a. Amati perilaku pasien saat perawat datang
- b. Kaji penyebab cemas anak dan orang tua
- c. Anjurkan orang tua untuk selalu menemani anak selama perawatan
- d. Ciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 10 Februari 2020**

Pukul 13.30 WIB mengkaji penyebab cemas anak dan orang tua dengan hasil ayah pasien mengatakan cemas akan kondisi kesehatan anaknya. **Pukul 13.35 WIB** mengamati perilaku pasien saat perawat datang dengan hasil pasien tampak diam saat perawat datang. **Pukul 13.40 WIB** menganjurkan orang tua untuk selalu menemani anak selama perawatan dengan hasil ayah selalu menemani pasien selama mendapat tindakan perawatan. **Pukul 13.45 WIB** menciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak dengan hasil ayah pasien mengatakan memberikan mainan game kesukaan pasien.

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 11 Februari 2020**

Pukul 13.10 WIB mengkaji penyebab cemas anak dan orang tua dengan hasil ayah pasien mengatakan cemas akan kondisi kesehatan anaknya. **Pukul 13.12 WIB** mengamati perilaku pasien saat perawat datang dengan hasil pasien tampak diam saat perawat datang. **Pukul 13.15 WIB** menganjurkan orang tua untuk selalu menemani anak selama perawatan dengan hasil ayah selalu menemani pasien selama mendapat tindakan perawatan. **Pukul 13.20 WIB** menciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak dengan hasil ayah pasien mengatakan memberikan mainan game kesukaan pasien.

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 12 Februari 2020**

Pukul 11.50 WIB mengamati perilaku pasien saat perawat datang dengan hasil pasien tampak diam saat perawat datang. **Pukul 11.55 WIB** menganjurkan orang tua untuk selalu menemani anak selama perawatan dengan hasil ayah selalu menemani pasien selama mendapat

tindakan perawatan. **Pukul 12.00 WIB** menciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak dengan hasil ayah pasien mengatakan memberikan mainan game kesukaan pasien.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020, Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan cemas kondisi kesehatan anaknya

Objektif:

Ayah pasien tampak khawatir pada anaknya

Analisa:

Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planing:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020, Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ayah pasien mengatakan cemas dengan kondisi kesehatan anaknya berkurang

Objektif:

Ayah pasien tampak lebih tenang, pasien tampak tenang

Analisa:

Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planing:

Lanjutkan intervensi a, c, d

Evaluasi Keperawatan**Rabu, 12 Februari 2020, Pukul 14.00 WIB****Subjektif:**

Ayah pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi karena sudah boleh pulang

Objektif:

Ayah pasien dan pasien tampak tenang

Analisa:

Masalah teratasi, tujuan sudah tercapai

Planing:

Hentikan intervensi, pasien pulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam BAB ini, penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus. Penulis juga menganalisa faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian pada pasien ditemukan faktor predisposisi pasien terkena demam tifoid disebabkan karena pola istirahat dan pola makan. Dibuktikan dengan ayah pasien mengatakan anaknya tidak pernah tidur siang karena setelah pulang sekolah pasien langsung pergi les di sekolahnya, frekuensi makan anaknya sebanyak 2 kali sehari yaitu siang dan sore. Pola istirahat yang tidak cukup dan pola makan yang kurang dijaga kebersihan ataupun frekuensi makan yang kurang dalam sehari dapat menyebabkan terjadinya demam tifoid apalagi ditambah banyaknya aktivitas.

Menurut Marni (2016) manifestasi klinis pada pasien demam tifoid ditandai khas adalah demam tinggi kurang lebih satu minggu disertai nyeri kepala hebat dan gangguan saluran pencernaan, bahkan ada yang sampai mengalami gangguan kesadaran. Demam tinggi biasanya dimulai sore hari sampai dengan malam hari, kemudian menurun pada pagi hari. Demam ini terjadi kurang lebih selama 7 hari. Pada anak yang mengalami demam tinggi dapat terjadi kejang. Gangguan pencernaan yang terjadi pada pasien demam tifoid yaitu mual, muntah, nyeri ulu hati, perut kembung, anoreksia, lidah tifoid (kotor, bagian belakang tampak putih pucat, dan tebal, serta bagian ujung dan tepi kemerahan). Selain itu, juga dapat menyebabkan diare dan kontipasi. Gangguan kesadaran juga dapat terjadi pada pasien demam tifoid yaitu apatis dan somnolen. Sedangkan dalam

kasus tidak ditemukan manifestasi anoreksia ditandai pasien masih mau makan $\frac{1}{2}$ porsi, tidak ditemukan diare atau kontipasi setelah masuk rumah sakit ditandai buang air besar pasien 1x sehari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, serta pasien mengatakan tidak ada keluhan saat buang air besar. Pada kasus juga tidak ditemukan manifestasi kejang ditandai tidak ada penurunan kesadaran dengan kesadaran pasien compos mentis.

Penatalaksanaan medis menurut Widoyono (2011) pengobatan memakai prinsip trilogi penatalaksanaan demam tifoid, yaitu dalam pemberian antibiotik, istirahat dan perawatan, serta terapi penunjang secara simptomatis dan suportif diet. Dalam pemberian antibiotik obat yang sering dipergunakan adalah kloramfenikol 50-100 mg/kg/BB/hari. Sedangkan dalam kasus pasien diberikan terapi obat fuzide 3x750 mg melalui oral dan tricefin 1x2 gram melalui intra vena drip NaCl 100ml.

Pemeriksaan penunjang pada teori dan kasus terdapat kesenjangan dimana pemeriksaan penunjang menurut Marni (2016) yaitu pemeriksaan laboratorium akan menunjukkan peningkatan leukosit atau leukositosis (20.000-25.000/ul), Laju Endap Darah (LED), CRP menunjukkan meningkat, pemeriksaan bakteriologi dilakukan melalui biakan darah, feses, urin, sumsum tulang, ataupun duodenum, dan pemeriksaan serologi, yang digunakan yaitu tes widal, dengan standar nilai hasil widal belum ada standar baku untuk menentukan diagnosis demam tifoid, setiap rumah sakit mempunyai standar nilai widal sendiri. Sedangkan pada kasus yang tidak dilakukan pemeriksaan bakteriologi melalui feses, urin, sumsum tulang, dan duodenum. Pemeriksaan ini dilakukan jika pasien sudah mengalami komplikasi, karena dengan pemeriksaan bakteriologi melalui darah dan pemeriksaan serologi melalui tes widal itu sudah membuktikan bahwa pasien terkena penyakit demam tifoid. Dan pada hasil pemeriksaan penunjang juga terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada hasil leukosit. Pada kasus hasil leukosit tidak mengalami peningkatan ini

dibuktikan dengan hasil pemeriksaan tanggal 8 Februari 2020 leukosit 6.420/ul dari nilai normal 4.000-10.000/ul, sedangkan pada teori menunjukkan peningkatan leukosit atau leukositosis (20.000-25.000/ul). Hal ini dapat terjadi karena sistem imun tubuh pasien dapat melakukan kompensasi dengan baik, sehingga proses fagositosis sel darah putih tidak menyebabkan penurunan leukosit secara berlebihan. Pada pemeriksaan LED dan CRP ini mengalami peningkatan yang menunjukkan bahwa tubuh pasien sedang mengalami adanya infeksi.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan adalah orang tua yang kooperatif dalam memberikan informasi terkait anaknya, data dari rekam medis, serta perawat ruangan yang membantu dalam membimbing saya dalam mengkaji pengumpulan data sehingga memudahkan mendapat data pengkajian. Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan adalah penulis menghadapi kesulitan ketika mengkaji pasien, karena lebih banyak diam saat perawat menanyakan kepada anak. Adapun solusi untuk mengatasinya adalah dengan lakukan pendekatan pada anak dengan mengajak bermain kesukaan anak dan juga pendekatan dengan orang tua.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Mardalena (2018) diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien demam tifoid ada 8 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya terdapat 3 diagnosa keperawatan adalah resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*, resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang, dan cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi. Pada teori dan kasus diagnosa keperawatan prioritas sudah sesuai, namun terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus dimana penulis mengambil diagnosa keperawatan resiko pada diagnosa prioritas karena saat pengkajian pasien suhunya dalam kategori normal. Kemudian untuk diagnosa kedua penulis

mengambil resiko karena pada pasien tidak ada penurunan berat badan, dan diagnosa menurut Mardalena (2018) tidak terdapat diagnosa cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi, sedangkan pada kasus terdapat diagnosa keperawatan tersebut. Alasan penulis mengambil diagnosa keperawatan tersebut karena terdapat data subjektif ayah pasien mengatakan cemas akan kesehatan anaknya, ayah pasien mengatakan anaknya sering menanyakan kapan pulang, dan ayah pasien mengatakan anaknya tidak mau ditinggal sendirian di kamar. Dan data objektif ayah pasien tampak mengkhawatirkan anaknya, pasien tampak diam saat perawat datang, dan pasien tampak bosan.

Diagnosa keperawatan yang tidak terdapat pada kasus yang pertama adalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik tidak diangkat diagnosa keperawatan tersebut karena hal ini dibuktikan dengan data subjektif ayah pasien mengatakan anaknya mampu berdiri dan berjalan, kebutuhan sehari-hari anak ada yang bisa dilakukan sendiri dan ada juga yang masih dibantu oleh orang tua atau kakeknya. Ayah pasien mengatakan anaknya tidak ada kekakuan pergerakan sendi. Dan data objektif saat dilakukan pengkajian anak mampu berdiri dan berjalan sendiri, dan kekuatan untuk menggenggam kuat. Dan pasien sudah dalam perawatan hari ketiga di rumah sakit dan pasien tidak mengalami diare ataupun dehidrasi.

Diagnosa kedua adalah gangguan keseimbangan cairan (kurang dari kebutuhan) berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebihan (mual atau muntah) pada kasus tidak diangkat diagnosa keperawatan tersebut karena hal ini dibuktikan dengan data subjektif ayah pasien mengatakan anaknya banyak minum sebanyak 700 ml/hari. Dan data objektif turgor kulit tampak elastis, mukosa bibir tampak lembab, hasil *balance* cairan dalam 24 jam yaitu +50ml, dan pasien sudah mendapatkan rehidrasi cairan yaitu terapi infus KAEN 3B 500 ml/8jam atau sama dengan 21 tpm.

Diagnosa ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pencernaan pada kasus tidak diangkat diagnosa keperawatan tersebut karena hal ini dibuktikan dengan saat pengkajian tidak ada keluhan nyeri pada abdomen serta abdomen pasien tampak supel, tidak tampak tegang, dan tidak kaku.

Diagnosa keempat adalah resiko infeksi berhubungan dengan penurunan respon imun pada kasus tidak diangkat diagnosa keperawatan tersebut karena hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan darah pada tanggal 8 Februari 2020 leukosit yaitu 6.420/ul dari nilai normal 4.000-10.000/ul.

Diagnosa kelima adalah resiko intergritas kulit berhubungan dengan program terapi *bedrest* total pada kasus tidak diangkat diagnosa keperawatan tersebut karena hal ini dibuktikan dengan pasien tidak *bedrest* total dan pada data subjektif ayah pasien mengatakan anaknya mampu berdiri dan berjalan.

Diagnosa keenam adalah kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan kurang informasi pada kasus tidak diangkat diagnosa keperawatan tersebut karena hal ini dibuktikan dengan data subjektif ayah pasien mengatakan tifoid adalah penyakit pada pencernaan. Penyakit tifoid disebabkan oleh kuman, kecapean, pola makan yang tidak teratur, konsumsi makanan yang kurang higienis. Tanda dan gejala demam tifoid yaitu demam, muntah, banyak buang air besar cair. Ayah pasien mengatakan mendapatkan informasi tentang penyakit tifoid dari saudaranya yang seorang perawat dan dari dokter yang menjelaskan saat membawa anaknya berobat. Sedangkan pada anak, pasien mengatakan penyakit tipes karena telat makan dan konsumsi makanan sembarangan, pasien mengatakan tanda dan gejala panas, muntah, mual. Dan data objektif ayah pasien tampak mengerti tentang penyakit tipes, ayah pasien dan pasien dapat menjawab pertanyaan perawat.

Faktor pendukung penulis dalam diagnosa keperawatan adalah data-data pasien yang mendukung serta ketersediaan literatur dalam menetapkan diagnosa keperawatan sehingga penulis dapat menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai. Sedangkan pada faktor penghambat, penulis tidak menemukan kesulitan dalam menentukan diagnosa keperawatan dikarenakan sumber referensi yang relevan.

C. Perencanaan Keperawatan

Dalam perencanaan keperawatan yang menjadi prioritas pada teori maupun kasus sama adalah peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*. Pada tahapan perencanaan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu tujuan dalam teori tidak mempunyai batasan waktu, sedangkan penulis dalam kasus mencantumkan batasan waktu 3x24 jam sebagai tolak ukur tercapainya tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Diagnosa pertama yaitu resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi* terdapat kesenjangan intervensi keperawatan pada teori dan kasus. Pada teori disebutkan untuk melakukan intervensi observasi TTV tiap 4 jam sekali, namun pada kasus hanya direncanakan observasi suhu tubuh pasien setiap shift karena pasien mengalami peningkatan suhu tubuh saat malam hari saja. Dan pada teori disebutkan untuk melakukan intervensi berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang peningkatan suhu tubuh, pada kasus tidak direncanakan karena keluarga pasien sudah memahami tentang penyakit demam tifoid.

Diagnosa kedua yaitu resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pada kasus penulis menetapkan intervensi keperawatan kaji keluhan nafsu makan mual dan muntah per shift, berikan obat lacidofil 1x1 kapsul melalui oral, berikan obat narfoz

3x6 mg melalui intra vena pada teori tidak terdapat intervensi keperawatan tersebut. Hal ini perlu dilakukan agar mengetahui apakah pasien masih mengalami mual dan muntah, kemudian diberikan obat mual dan suplemen agar keluhan mual tidak timbul lagi dan nafsu makan pasien kembali membaik.

Diagnosa ketiga yaitu cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi, pada diagnosa keperawatan ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena pada teori penulis mengambil diagnosa keperawatan menurut Mardalena (2018) dan tidak terdapat diagnosa keperawatan cemas.

Faktor pendukung penulis dalam perencanaan keperawatan adalah data-data pasien yang mendukung serta ketersediaan literatur dalam menetapkan perencanaan keperawatan. Sedangkan pada faktor penghambat, penulis tidak menemukan kesulitan saat membuat perencanaan keperawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Dalam pelaksanaan keperawatan selama tiga hari tidak terdapat pelaksanaan keperawatan tambahan ataupun modifikasi. Penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan sudah sesuai dengan yang sudah direncanakan.

Pelaksanaan keperawatan diagnosa pertama dilakukan selama 3 x 24 jam, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *Independen* yaitu observasi suhu tubuh pasien setiap shift, beri kompres hangat pada daerah axila, lipat paha, temporal bila terjadi panas, anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat, dan anjurkan pasien untuk banyak minum. Dan pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *Interdependen* yaitu berikan obat tamoliv 3x600 mg melalui intra vena, berikan obat tricefin 1x2 gram melalui intra vena drip

NaCl 100ml, berikan obat fuzide 3x750 mg melalui oral, dan berikan terapi cairan KAEN 3B 500 ml/8jam.

Pelaksanaan keperawatan diagnosa kedua dilakukan selama 3 x 24 jam, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *Independen* yaitu kaji keluhan nafsu makan mual dan muntah per shift, observasi porsi makan pasien per shift, timbang berat badan tiap 3 hari untuk mengetahui adanya penurunan atau kenaikan berat badan, dan anjurkan orang tua untuk berikan pasien makan sedikit tapi sering. Dan pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *Interdependen* yaitu berikan obat lacidofil 1x1 kapsul melalui oral dan berikan obat narfoz 3x6 mg melalui intra vena

Pelaksanaan keperawatan diagnosa ketiga dilakukan selama 3 x 24 jam, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *Independen* yaitu amati perilaku pasien saat perawat datang, kaji penyebab cemas anak dan orang tua, anjurkan orang tua untuk selalu menemani anak selama perawatan, dan ciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah orang tua yang kooperatif dan kerja sama dengan perawat ruangan yang berdinis pada *shift* sore atau malam dalam terlaksananya tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan penulis. Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah keterbatasan waktu penulis. Adapun solusi untuk mengatasinya adalah dengan melihat perkembangan pasien melalui rekam medis dan catatan perawat ruangan.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi keperawatan penulis berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan dalam perencanaan keperawatan. Hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan

selama 3 hari, didapatkan evaluasi keperawatan dengan masalah teratasi tujuan tercapai dan pasien pada tanggal 12 Februari 2020 sudah diizinkan pulang oleh dokter. Hasil evaluasi keperawatan ini dibuktikan pada diagnosa keperawatan pertama resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi* yaitu masalah teratasi dan tujuan tercapai, ini dibuktikan dengan data subjektif ayah pasien mengatakan semalam demam dengan suhu 37,3 °C, dan data objektif suhu 36,2°C, dan akral tidak teraba hangat.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan kedua resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang yaitu masalah teratasi dan tujuan tercapai, ini dibuktikan dengan subjektif ayah pasien mengatakan pasien makan 1 porsi, ayah pasien mengatakan sudah tidak mual, ayah pasien mengatakan tidak ada muntah. Dan data objektif pasien tampak makan 1 porsi.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan ketiga cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi yaitu masalah teratasi dan tujuan tercapai, ini dibuktikan dengan data subjektif ayah pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi karena sudah boleh pulang. Dan data objektif ayah pasien dan pasien tampak tenang.

Faktor pendukung penulis dalam evaluasi keperawatan adalah orang tua yang kooperatif untuk memberikan informasi perkembangan kesehatan anaknya dan perawat ruangan yang bekerja sama dengan penulis. Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam evaluasi keperawatan adalah pada hari ketiga untuk semua diagnosa keperawatan penulis tidak dapat melakukan evaluasi selama 24 jam karena pasien sudah dibolehkan untuk pulang oleh dokter. Adapun solusi untuk mengatasinya adalah dengan memberikan pesan kepada orang tua agar mengawasi pola makan dan pola istirahat agar penyakit demam tifoid tidak terulang kembali.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Tahap pengkajian ditemukan adanya kesenjangan pertama pada manifestasi klinis, yang terdapat pada kasus hanya manifestasi klinis demam, gangguan pencernaan seperti mual, muntah, nyeri ulu hati, perut kembung, lidah tifoid (kotor, bagian belakang tampak putih pucat, dan tebal, serta bagian ujung dan tepi kemerahan). Kedua pada pemeriksaan penunjang, yang terdapat pada kasus adalah pemeriksaan bakteriologi melalui darah dan pemeriksaan serologi melalui tes widal.

Diagnosa keperawatan penulis merumuskan 3 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kasus adalah resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*, resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan kurang, dan cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi.

Dalam tahap penyusunan perencanaan keperawatan penulis telah menetapkan perencanaan keperawatan pada diagnosa prioritas resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi *Salmonella typhi*. Perencanaan keperawatannya adalah observasi suhu tubuh pasien setiap shift, beri kompres hangat pada daerah axila, lipat paha, temporal bila terjadi panas, anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat, anjurkan pasien untuk banyak minum, berikan obat tamoliv 3x600 mg melalui intravena, berikan obat tricefin 1x2 gram melalui intra vena drip NaCl 100ml, berikan obat fuzide 3x750 mg melalui oral, berikan terapi cairan KAEN 3B 500 ml/8jam.

Dalam melakukan pada tahap pelaksanaan keperawatan penulis menyimpulkan bahwa sudah melakukan semua tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan, namun penulis menemukan hambatan seperti keterbatasan waktu jika pelaksanaan keperawatan dilakukan pada sore ataupun malam hari.

Tahap evaluasi keperawatan penulis dapat menyimpulkan bahwa dalam evaluasi keperawatan ada yang tidak dapat dievaluasi selama 24 jam sesuai rencana keperawatan seperti pada hari ketiga untuk semua diagnosa keperawatan penulis hanya mendapatkan hasil evaluasi selama 7 jam karena pasien sudah dibolehkan untuk pulang oleh dokter. Namun pada hasil akhir evaluasi keperawatan menunjukkan masalah teratasi dan tujuan tercapai karena data subjektif dan data objektif pasien sudah menunjukkan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat oleh penulis.

B. Saran

Saran yang ingin disampaikan oleh penulis dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan demam tifoid sebagai berikut :

1. Bagi penulis

Diharapkan agar penulis dapat meningkatkan wawasan dengan banyak membaca dari berbagai literatur agar mudah dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan demam tifoid dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan.

2. Bagi Perawat

Diharapkan agar perawat ruangan lebih ketat memantau suhu pasien dengan demam tifoid, karena demam lebih sering terjadi pada sore menjelang malam hari dan diharapkan agar perawat lebih sering menerapkan terapi bermain untuk meminimalkan dampak hospitalisasi yang terjadi pada anak.

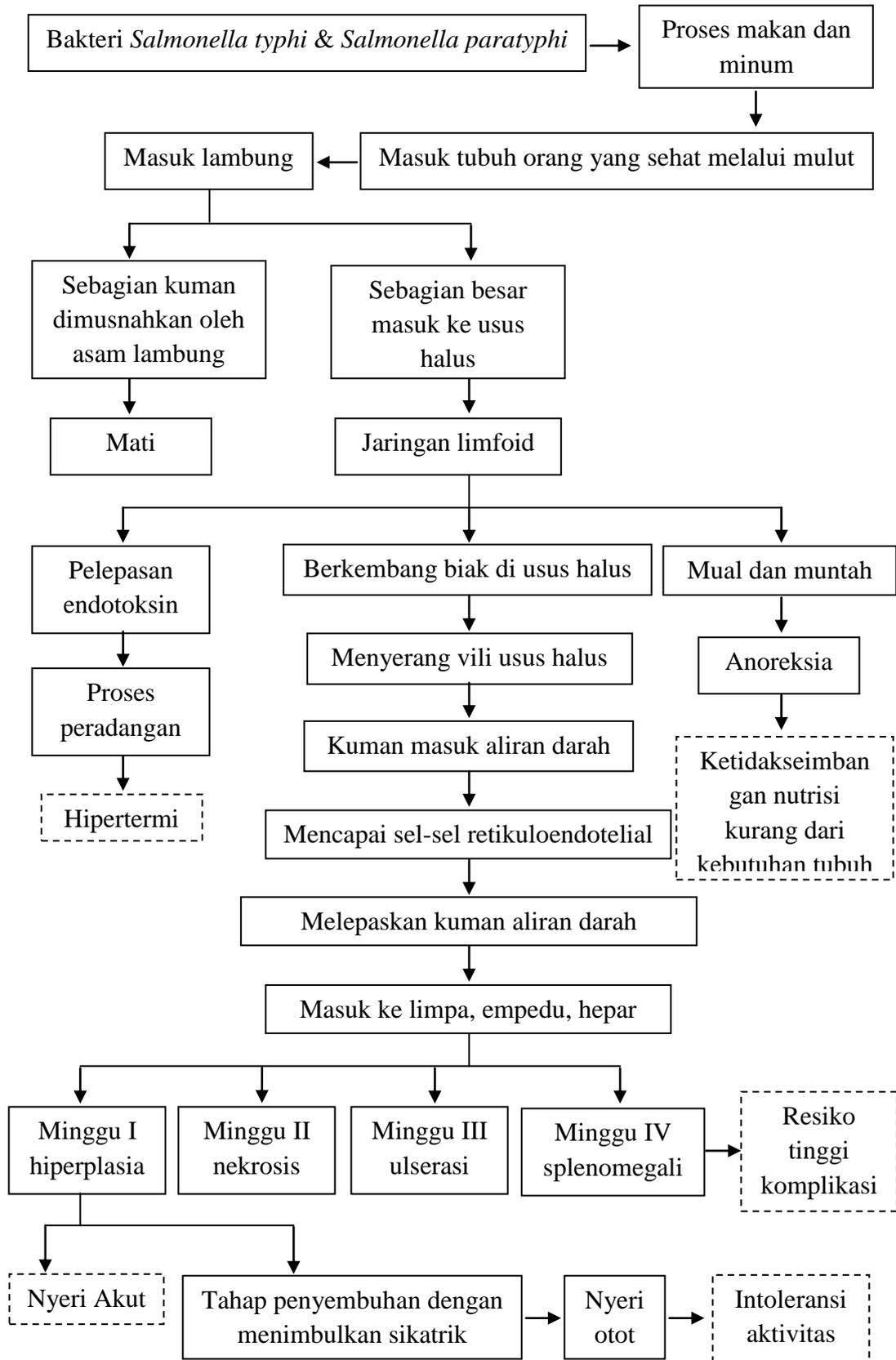
DAFTAR PUSTAKA

- Batubuya, Divana, Budi T. Ratag, dan Windy Wariki. 2017. "Hubungan Higiene Perorangan Dan Aspek Sosial Ekonomi Dengan Kejadian Demam Tifoid Di Rumah Sakit Tk.III R.W. Mongisidi Manado." *Media Kesehatan* 9(3):1–8.
- Dermawan, Deden dan Tutik Rahayuningsih. 2010. *Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Pencernaan)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2012*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Sistematika Pedoman Pengendalian Penyakit Demam Tifoid*. Jakarta.
- Kodim, Yulianingsih. 2015. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- Maghfiroh, Aziz Etika. 2016. "Hubungan Cuci Tangan, Tempat Sampah, Kepemilikan Spal, Sanitasi Makanan Dengan Demam Tifoid." *Pena Medika* 6(1).
- Mardalena, Ida. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Marni. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak Pada Penyakit Tropis*. Jakarta: Erlangga.
- Nurlaila. 2018. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Leutikaprio.
- Purba, Ivan Elisabeth. 2016. "Program Pengendalian Demam Tifoid Di Indonesia: Tantang Dan Peluang." *Media Litbangkes* 26(2).
- Saputra, Rois Kurnia. 2017. "Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Kebiasaan Makan Dengan Gejala Demam Thypoid Pada Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oelo Tahun 2017." *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*.
- Seferi, Andra & dkk. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suriadi dan Rita Yuliani. 2010. *Buku Pegangan Praktik Klinik Asuhan Keperawatan Pada Anak Edisi 2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Kyle, Terri & Susan Carman. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Pедиatri Vol.1 Edisi 2*. Jakarta: EGC.

Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan Dan Pemberantasannya Edisi 2*. Jakarta: Erlangga.

Wulandari, Dewi. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Lampiran 1: Patoflowdiagram



(Dermawan dan Tutik, 2010)