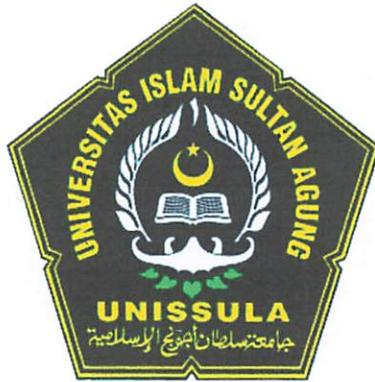


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. S DENGAN
DEMAM TYPHOID DI RUANG ANAK
RSUD TUGUREJO
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :
Agnesti Winda Annisa
NIM. 89.331.2917

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010



Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing,

(Ns. Kurnia Wijayanti , S. Kep.)

NIK : 210909016

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Jum'at tanggal 4 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 04 Juli 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns. Kurnia Wijayanti, S. Kep.)

NIK : 210909016

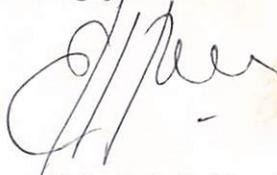
Penguji II



(Ns. Indra Astuti, S. Kep.)

NIK : 210900009

Penguji III



(Ns. Erna Melastuti, S. Kep.)

NIK : 210900010

HALAMAN MOTO

Memang baik jadi orang penting, tapi lebih penting jadi orang baik

***Janganlah selalu menganggap suatu kesuksesan sebagai sebuah kebahagiaan,
karena sesungguhnya kebahagiaan adalah sebuah kegagalan yang dapat kita
hadapi sampai menuju kebahagiaan yang sejati***

***Karya tulis ilmiah ini saya persembahkan kepada ibu dan bapakku tercinta,
yang senantiasa tak reda memberikan curahan perhatian, kasih sayang dan
semangat, serta pengorbanan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk kesuksesan
putrinya....***

Winda sayang Ibu, Bapak....

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Wr.Wb

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan ini dengan judul "Asuhan Keperawatan pada An. S dengan Demam Typhoid Di ruang Anak RSUD Tugurejo Semarang".

Adapun maksud dan tujuan dari laporan ini adalah untuk menyelesaikan Program Kependidikan Ahli Madya Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak menemui berbagai kendala dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka hambatan tersebut dapat di atasi dan pada akhirnya laporan ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya, maka pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sangat besar kepada:

1. Bapak Prof. DR. Laode M. Kamaluddin, M. Sc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang
4. Ibu Kurnia Wijayanti, S.Kep, Ns., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan serta petunjuk dalam penyusunan karya tulis ini.

5. Bapak dan Ibu Dosen serta Staff Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA yang sudah membantu dalam melaksanakan proses belajar mengajar sehingga dapat berguna bagi penulis.
6. Bapak dan Ibu tercinta di rumah yang telah banyak memberikan curahan perhatian baik materiil maupun spiritual serta bimbingan untuk mampu menjadi insan yang bertakwa kepada Allah SWT.
7. Kakak, adik dan kekasihku tersayang yang sudah banyak membantu dalam menyelesaikan laporan ini.
8. Rekan-rekan seperjuangan yang telah berjuang bersama dalam mencari ilmu di FIK UNISSULA.
9. Semua pihak yang telah membantu baik secara langsung dan tidak langsung yang tidak dapat disebutkan satu per satu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki karena penulis hanyalah seorang insan biasa yang tidak sempurna. Untuk itu kritik dan saran demi peningkatan pengetahuan dan perbaikan sangat penulis harapkan.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan Rahmat dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kita diberi kemudahan dan menjadi insan yang bermanfaat dalam kehidupan baik di dunia maupun di akhirat kelak.

Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat bagi penulis dan seluruh pembaca serta pihak-pihak yang berkepentingan lainnya khususnya sesama profesi keperawatan.

Wassalamu 'alaikum Wr.Wb

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Anak	5
1. Pengertian Anak	5
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	5
3. Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak.....	5
4. Pertumbuhan dan Perkembangan	8
B. Konsep Dasar Penyakit	9
1. Pengertian	9
2. Etiologi	9
3. Patofisiologi	10
4. Manifestasi Klinis	13

5. Pathways	16
6. Pemeriksaan Diagnostik	17
7. Komplikasi	18
8. Penatalaksanaan	20
C. Konsep Dasar Keperawatan.....	25
1. Pengkajian Keperawatan	25
2. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan	27
BAB III RESUME KEPERAWATAN	32
A. Pengkajian	32
B. Analisa Data	39
C. Diagnosa Keperawatan	40
D. Intervensi Keperawatan	41
E. Implementasi Keperawatan	42
F. Evaluasi Keperawatan	44
BAB IV PEMBAHASAN	46
BAB V PENUTUP	55
A. Kesimpulan	55
B. Saran	56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam typhoid merupakan masalah yang penting di negara berkembang. Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan jumlah kasus demam typhoid di seluruh dunia mencapai 16-33 juta dengan 500-600 ribu kematian. Angka kejadian demam typhoid di ketahui lebih tinggi pada negara yang sedang berkembang di daerah tropis. Sehingga tak heran jika demam typhoid masih banyak ditemukan di negara kita.

Di Indonesia diperkirakan angka kejadian penyakit ini adalah 300-810 per 100.000 penduduk pertahun. Insiden tertinggi di dapatkan pada anak-anak setiap tahun peningkatan terus terjadi. Anak merupakan yang paling rentan terkena demam typhoid, walaupun gejala yang di alami anak lebih ringan dari dewasa namun resiko terjadinya komplikasi fatal karena gejala klinis demam typhoid pada anak cenderung tidak khas dan sulit dideteksi sehingga dalam penegakan diagnosis sering mengalami kendala. Padahal diagnosis adalah kunci utama dalam penanganan setiap penyakit, apabila dari awal sudah mengalami kesalahan maka akan mengakibatkan kefatalan. Ini sering terjadi pada kasus demam typhoid (Sri Rejeki, 2009. Tentang tifoid. [www-nitamedicastore.com](http://www.nitamedicastore.com). Diunduh tanggal 18 Mei 2010, judarwantowidodo, 2003. Overdiagnosis tifoid, www.childernclinic.wordpress.com. Diunduh tanggal 18 Mei 2010.

Manifestasi demam typhoid yang secara umum tampak ringan seperti panas, nyeri perut, gangguan pencernaan, mual, muntah, diare, lidah kotor, gejala ini biasanya juga di alami oleh diagnosa penyakit lain yang lain yang biasa apabila tidak tepat dan segera ditangani akan menyebabkan komplikasi yang berbahaya.

Menurut Prof. dr. Sri Rezeki. S Hadinegoro, SpA pada akhir minggu ke-2 atau lebih sering timbul komplikasi demam typhoid mulai dari ringan sampai berat seperti perdarahan dan perforasi usus, peritonitis, bronchitis, bronkopneumonia, kolestiasis, ensefalopati, meningitis bahkan kematian. Komplikasi yang ditimbulkan pada demam typhoid sangatlah berbahaya, bahkan deteksi dini penyakit ini dengan dilakukannya pemeriksaan laboratorium juga terkadang belum dapat dipastikan sehingga mengakibatkan kekeliruan dalam penegakan diagnosis, maka di sini penulis tertarik untuk mengambil topik dalam studi karya tulis ilmiah demam typhoid yang merupakan kasus yang sulit di deteksi. Oleh karena itu penulis akan menjelaskan secara lebih tepat dan cermat demam typhoid agar mengurangi tingkat kefatalan dalam setiap kasus, penulis membuat asuhan keperawatan ini juga untuk mengeksplor kemampuan penulis dalam menerapkan ilmu dilapangan. Dan membuka kesadaran masyarakat untuk selalu berperilaku hidup sehat dan menghindari hal-hal yang menyebabkan demam typhoid, (Sri Rejeki, 2009. Tentang tifoid. www-nitamedicastore.com. Diunduh tanggal 18 Mei 2010, judarwantowidodo, 2003. Overdiagnostifoid, www.childernclinic.wordpress.com. Diunduh tanggal 18 Mei 2010.

Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid dengan menggunakan proses keperawatan yang utuh dan komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada asuhan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid.
- c. Mampu merencanakan tindakan pada asuhan keperawatan pada anak An. S dengan demam typhoid.
- d. Mampu melaksanakan tindakan pada asuhan keperawatan pada An. S dengan typhoid.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid.

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang penatalaksanaan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada penyakit demam typhoid yang dialami oleh An. S.
- b. Mengaplikasikan teori yang sudah diperoleh di universitas untuk dimanfaatkan dan diterapkan di masyarakat luas.

c. Memberikan pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan demam typhoid pada An. S dengan memperhatikan tumbuh kembang anak.

2. Bagi Institusi

Mengetahui sejauh mana mahasiswa dapat menerapkan asuhan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid.

3. Bagi lahan praktek

Sebagai bahan masukan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dari terutama pada An. S dengan demam typhoid.

4. Bagi masyarakat

Dapat digunakan sebagai bahan tambahan pengetahuan bagi masyarakat yang salah satu anggota keluarga memiliki penyakit demam typhoid atau penyakit system pencernaan lainnya dengan ciri-ciri atau keluhan yang terdapat pada anak, sehingga jika terdapat tanda tersebut bisa segera mengambil tindakan untuk menangani dengan memeriksakan diri ke tenaga kesehatan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Anak

1. Pengertian Anak

Anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Hidayat, 2006).

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain atau Todler (1-2,5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun) (Hidayat, 2006).

2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar (Hidayat, 2006).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu:

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak menurut Sujono (2009) adalah:

a. Faktor herediter

Herediter merupakan faktor yang tidak dapat untuk dirubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kuantitas dan kualitas pertumbuhan. Termasuk dalam faktor genetik adalah jenis kelamin dan suku bangsa atau ras. Misalnya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih tinggi dan lebih besar jika dibandingkan dengan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

b. Faktor lingkungan.

1) Lingkungan Internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormon dan emosi. Ada tiga hormon yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormon somatotropin merupakan hormon yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormon ini akan menyebabkan gigantisme. Hormon Tiroi akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormon ini akan menyebabkan kretinisme dan hormon gonadotropin yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan

seks sekunder wanita dan produksi sel telur, jika kekurangan hormon gonadotropin ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

- 2) Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap perkembangan emosi, sosial dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang dalam perkembangannya baik akan mempunyai inteligensi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat.

- 3) Lingkungan Eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhi antara lain: kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat istiadat dan tingkah laku dalam bagaimana orang tua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarganya juga berpengaruh, orang tua yang ekonomi menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan

buat bayinya, sehingga bayi akan kekurangan asupan nutrisi yang selanjutnya daya tahan tubuh akan menurun dan akhirnya bayi atau anak akan sakit.

Olah raga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologi dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian orang tua sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

4) Faktor Pelayanan Kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbuh kembang anak dapat dipantau. Sehingga apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya meragukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, anak dapat segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya (Sujono Riyadi, 2009).

4. Pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan menurut Sujono (2009) bayi umur 11 bulan, dalam tahapan perkembangan fisik, motorik, sensoris dan sosialisasinya meliputi:

Perkembangan fisik: berat badan 3 kali berat badan waktu lahir, gigi bagian atas dan bawah mulai tumbuh.

Perkembangan motorik: sudah mulai belajar berdiri tapi tidak bertahan lama, belajar berjalan dengan bantuan, sudah bisa berdiri dan duduk sendiri. Mulai belajar dengan menggunakan sendok tetapi lebih senang menggunakan tangan, mulai senang mencoret-coret kertas.

Perkembangan sensoris: *visual aculty* 20-50 positif, sudah dapat membedakan bentuk.

Perkembangan sosialisasi: emosi positif, cemburu, marah, lebih senang pada lingkungan yang sudah diketahuinya, merasa takut pada situasi yang asing. Mulai mengerti akan perintah yang sederhana, sudah mengerti namanya sendiri. Sudah bisa menyebut abi, ummi.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Typhoid merupakan penyakit infeksi yang menyerang saluran pencernaan, disebabkan oleh kuman *Salmonella typhii* yang masuk melalui makanan atau minuman yang tercemar kuman ini (Lestari, 2002).

Demam typhoid adalah suatu penyakit infeksi sistematis bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi* (Sumarmo, 2008).

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

2. Etiologi

Penyebab penyakit ini adalah bakteri *Salmonella typhi*. Infeksi umumnya diperoleh dari makanan atau air yang terkontaminasi bakteri dari tinja yang terinfeksi (Valman, 2006).

Etiologi penyakit demam typhoid menurut Rempengan (2008) disebabkan oleh infeksi kuman *Salmonella typhos* atau *Eberthella typhosa* yang merupakan kuman gram negative, motil dan tidak menghasilkan spora. Kuman ini dapat hidup baik sekali pada suhu tubuh manusia maupun suhu yang sedikit lebih rendah, serta mati pada suhu 70°c ataupun oleh antiseptik. Sampai saat ini, diketahui bahwa kuman ini hanya menyerang manusia.

Salmonella typhosa mempunyai 3 macam antigen, yaitu :

- a. Antigen O = *Ohne Hauch* = antigen somatic (tidak menyebar).
- b. Antigen H = *Hauch* (menyebar), terdapat pada flagela dan bersifat termolabil.
- c. Antigen VI = Kapsul = merupakan kapsul yang meliputi tubuh kuman dan melindungi antigen O terhadap fagositosis.

Ketiga jenis antigen tersebut di dalam tubuh manusia akan menimbulkan pembentukan tiga macam antibodi yang lazim disebut agglutinin. *Salmonella typhosa* juga memperoleh plasmid faktor-R yang berkaitan dengan resistensi terhadap multiple antibiotic.

Ada 3 spesies utama, yaitu :

- a. *Salmonella typhosa* (satu serotipe).
- b. *Salmonella choleraesius* (satu serotipe).
- c. *Salmonella enteritidis* (lebih dari 1500 serotipe).

3. Patofisiologi

Penyakit typhoid adalah penyakit menular yang sumber infeksiya berasal dari feses dan urine, sedangkan lalat sebagai pembawa atau penyebar dari kuman tersebut (Ngastiyah, 2005).

Kuman masuk melalui mulut. Sebagian kuman akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus, ke jaringan limfoid dan berkembang biak menyerang vili usus halus kemudian kuman masuk ke peredaran darah (bakterimia primer), dan mencapai sel-sel retikulo endoteleal, hati, limpa dan organ-organ lainnya (Suriadi, 2006).

Proses ini terjadi dalam masa tunas dan akan berakhir saat sel-sel retikulo endotelial melepaskan kuman ke dalam peredaran darah dan menimbulkan bakterimia untuk kedua kalinya. Selanjutnya kuman masuk ke beberapa jaringan organ tubuh, terutama limpa, usus dan kandung empedu. Pada minggu pertama sakit, terjadi *Hiperplasia plaks player*. Ini terjadi pada kelenjar limfoid usus halus. Minggu ke dua terjadi nekrosis dan pada minggu ke tiga terjadi *Ulserasi plaks player*. Pada minggu keempat terjadi penyembuhan ulkus yang dapat menimbulkan sikatrik. Ulkus dapat menyebabkan perdarahan, bahkan sampai perforasi usus. Selain itu hepar, kelenjar mesentrial dan limpa membesar. Gejala demam disebabkan oleh endotoksil, sedangkan gejala pada saluran pencernaan disebabkan oleh kelaianan pada usus halus (Suriadi, 2006).

Perjalanan penyakit demam typhoid juga di sampaikan oleh Rohim (2002) adalah: pada fase awal demam typhoid biasa ditemukan adanya gejala saluran napas atas. Ada kemungkinan sebagian kuman ini masuk ke dalam peredaran darah melalui jaringan limfoid di faring. Terbukti dalam suatu penelitian bahwa *Salmonella typhi* berhasil diisolasi dari jaringan tonsil penderita demam typhoid, walaupun pada *Salmonella typhi* percobaan lain seseorang yang berkumur dengan air

yang mengandung hidup ternyata tidak menjadi terinfeksi. Pada tahap awal ini penderita juga sering mengeluh nyeri telan yang disebabkan karena kekeringan mukosa mulut. Lidah tampak kotor tertutup selaput berwarna putih sampai kecoklatan yang merupakan sisa makanan, sel epitel mati dan bakteri, kadang-kadang tepi lidah tampak hiperemis dan tremor. Bila terjadi infeksi dari nasofaring melalui saluran tuba eustachi ke telinga tengah dan hal ini dapat terjadi otitis media.

Perubahan pada jaringan limfoid di daerah ileocecal yang timbul selama demam typhoid dapat dibagi menjadi empat tahap, yaitu: hiperplasia, nekrosis jaringan, ulserasi, dan penyembuhan. Adanya perubahan pada nodus peyer tersebut menyebabkan penderita mengalami gejala *intestinal* yaitu nyeri perut, diare, perdarahan dan perforasi. Diare dengan gambaran *pea soup* merupakan karakteristik yang khas, dijumpai dari 50% kasus dan biasanya timbul pada minggu kedua. Karena respon imunologi yang terlibat dalam patogenesis demam typhoid adalah sel mononuklear maka keterlibatan sel *poli morfo nuclear* hanya sedikit dan pada umumnya tidak terjadi pelepasan prostaglandin sehingga tidak terjadi aktivasi adenil siklase. Hal ini menerangkan mengapa pada serotipe invasif tidak didapatkan adanya diare. Tetapi bila terjadi diare seringkali hal ini mendahului fase demam enterik. Penulis lain mengatakan bahwa diare dapat terjadi oleh karena toksin yang berhubungan dengan toksin kolera dan enterotoksin E. coli yang peka terhadap panas.

Nyeri perut pada demam typhoid dapat bersifat menyebar atau terlokalisir di kanan bawah daerah ileum terminalis. Nyeri ini disebabkan

karena mediator yang dihasilkan pada proses inflamasi (histamine, bradikinin, dan serotonin) merangsang ujung saraf sehingga menimbulkan rasa nyeri. Selain itu rasa nyeri dapat disebabkan karena peregangan kapsul yang membungkus hati dan limpa karena organ tersebut membesar.

Perdarahan dapat timbul apabila proses nekrosis sudah mengenai lapisan mukosa dan submukosa sehingga terjadi erosi pada pembuluh darah. Konstipasi dapat terjadi pada ulserasi tahap lanjut, dan merupakan tanda prognosis yang baik. Ulkus biasanya menyembuh sendiri tanpa meninggalkan jaringan parut, tetapi ulkus dapat menembus lapisan serosa sehingga terjadi perforasi. Pada keadaan ini tampak adanya distensi abdomen. Distensi abdomen ditandai dengan meteorismus atau timpani yang disebabkan konstipasi dan penumpukan tinja atau kurangnya tonus pada lapisan otot intestinal atau lambung.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Sumarmo (2002), pada anak periode inkubasi demam typhoid antara 5-40 hari dengan rata-rata antara 10-14 hari. Dengan gejala yang sangat bervariasi, dari gejala klinis ringan dan tidak memerlukan perawatan khusus sampai dengan berat sehingga harus di rawat. Variasi gejala ini disebabkan faktor galur *Salmonella*, status nutrisi, dan imunologik pejamu serta lama sakit di rumahnya.

Tanda dan gejala yang timbul yaitu:

- a. Demam, pada awal penyakit. Pada era pemakaian antibiotik belum seperti pada saat ini, yaitu *step ladder temperature chart* yang ditandai dengan demam timbul insidus. Kemudian naik secara

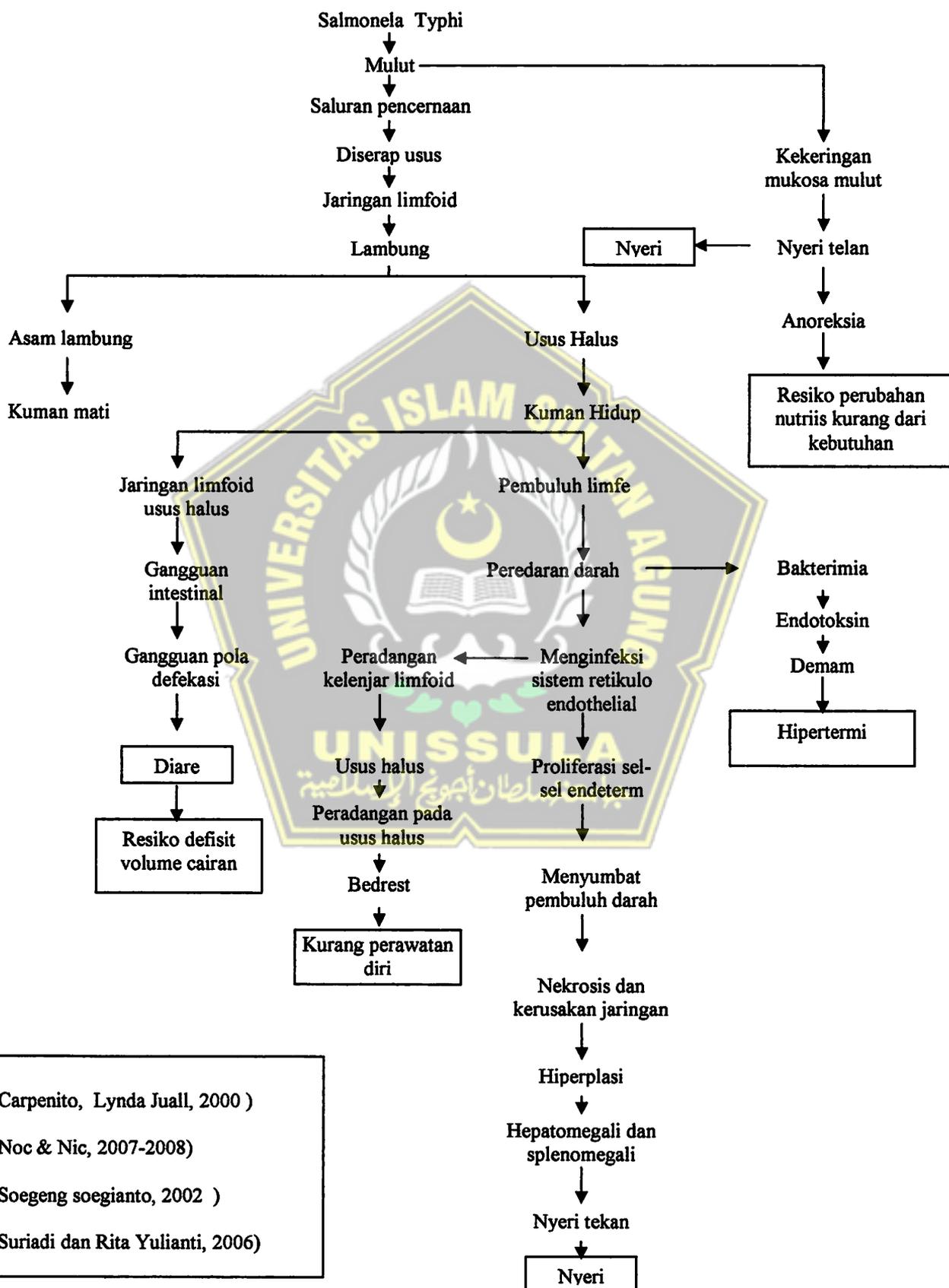
bertahap tiap harinya dan mencapai titik tertinggi pada akhir minggu pertama. Setelah itu demam akan bertahan tinggi dan pada minggu ke 4 demam turun perlahan secara lisis, kecuali apabila terjadi fokus infeksi seperti kolesistitis, abses jaringan lunak maka demam akan menetap. Demam typhoid lebih tinggi saat sore dan malam hari. Pada saat demam sudah tinggi dapat disertai gejala sistem saraf pusat, seperti kesadaran berkabut atau delirium atau penurunan kesadaran mulai apatis sampai koma, gejala sistematik lain yang menyertai timbulnya demam adalah:

- b. Nyeri kepala.
- c. Malaise.
- d. Anoreksia.
- e. Mialgia.
- f. Nyeri perut.
- g. Radang tenggorokan.
- h. Syok hipovolemik sebagai akibat kurang masukan cairan dan makan.
- i. Gejala gastrointestinal pada kasus typhoid sangat bervariasi. Pasien dapat mengeluh obstipasi kemudian diare.
- j. Pada sebagian pasien lidah tampak kotor.
- k. *Rose spot* suatu ruam makulopapular yang berwarna merah dengan ukuran 2-4 cm sering kali dijumpai pada daerah abdomen, toraks, ekstremitas dan punggung pada orang kulit putih.
- l. Bradikardi relative jarang di jumpai pada anak.

Tanda dan gejala yang ditimbulkan demam typhoid menurut Soegeng (2002) adalah: pada anak umur kurang dari 5 tahun, khususnya di bawah satu tahun lebih sulit diduga daripada orang dewasa. Gejalanya sangat bervariasi dan tidak khas, mulai dari infeksi ringan yang menyerupai infeksi virus sampai infeksi berat dengan angka mortalitas sampai 30%. Anak-anak ini sering mengalami diare, muntah dan 20% diantaranya mengalami kejang. Meningitis tifosa yang juga dilaporkan pada anak besar dan dewasa, merupakan gambaran yang khas untuk penderita dibawah usia 5 tahun. Sebanyak 40% penderita yang berumur kurang dari 5 tahun mengalami bakterimia.



5. Pathways



(Carpenito, Lynda Juall, 2000)
 (Noc & Nic, 2007-2008)
 (Soegeng soegianto, 2002)
 (Suriadi dan Rita Yulianti, 2006)

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Aru. W (2006) meliputi:

a. Pemeriksaan Rutin

Walaupun pada pemeriksaan darah perifer lengkap sering di temukan leukopenia dapat pula terjadi kadar leukosit normal atau leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Selain itu dapat pula ditemukan anemia ringan dan trombositopenia. Pada pemeriksaan hitung jenis leukosit demam typhoid dapat meningkat.

SGOT dan SGPT seringkali meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh. Kenaikan SGOT dan SGPT tidak memerlukan penanganan khusus.

b. Kultur Darah

Hasil biakan darah yang pasif memastikan demam typhoid akan tetapi hasil negative tidak menginginkan demam typhoid, karena mungkin disebabkan beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Telah mendapat terapi antibiotik.
- 2) Volume darah yang timbul kurang.
- 3) Riwayat vaksinasi.

c. Uji Widal.

Uji widal dilakukan untuk deteksi antibody terhadap kuman *salmonella typhi*. Pada uji widal terjadi suhu reaksi aglutinasi antara antigen kuman *salmonella typhi* dengan antibody disebut aglutinin.

Antigen yang digunakan pada uji widal adalah untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum penderita tersangka typhoid yaitu :

- 1) Aglutinin O (dari tubuh kuman).
- 2) Aglutinin H (flagella kuman).
- 3) Aglutinin Vi (sampai kuman).

Dari ketiga aglutinin tersebut hanya aglutinin O dan H yang digunakan. Semakin tinggi liternya semakin besar kemungkinan terinfeksi kuman ini.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi uji widal yaitu :

- 1) Pengobatan dini dengan antibiotik.
- 2) Gangguan pembentukan antibody dan pemberian kortikosteroid.
- 3) Waktu pengambilan darah.
- 4) Darah endemik atau non endemik.
- 5) Riwayat vaksinasi.
- 6) Reaksi anamnestik.
- 7) Faktor teknik pemeriksaan antar laboratorium akibat aglutinin silang dan strain *Salmonella* yang digunakan untuk suspensi antigen.

7. Komplikasi

Pada usus halus. Umumnya jarang terjadi tetapi bila terjadi sering fatal.

- a. Perdarahan usus. Bila sedikit hanya ditemukan jika dilakukan pemeriksaan tinja dengan benzidin. Jika perdarahan banyak terjadi melena, dapat disertai nyeri perut dengan tanda-tanda renjatan.

- b. Perforasi usus, timbul biasanya pada minggu ketiga atau setelahnya dan terjadi pada bagian distal ileum. Perforasi yang terjadi disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara di rongga peritoneum, yaitu pekap hati menghilang dan terdapat udara diantara hati dan diafragma pada foto rontgen abdomen yang dibuat dalam keadaan tegak.
- c. Peritonitis, biasanya menyertai perforasi tetapi dapat terjadi tanpa perforasi usus. Ditemukan gejala abdomen akut, yaitu nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang (*Defence musculair*) (Ngastiyah, 2005).

Menurut Rempengan, 2007 komplikasi yang terdapat pada demam typhoid juga meliputi:

- a. Bronkitis dan bronkopneumonia

Bronchitis terjadi pada akhir minggu pertama dari perjalanan penyakit pada kasus yang berat, bila disertai infeksi sekunder dapat terjadi bronkopneumonia.

- b. Kolesistitis.

Kolesistitis jarang terjadi pada anak. Bila terjadi umumnya pada akhir minggu kedua dengan gejala dan tanda klinis yang tidak khas. Bila terjadi kolesistitis penderita cenderung menjadi seorang karier.

- c. Typhoid ensefalopati.

Merupakan komplikasi typhoid dengan gejala dan tanda klinis berupa; kesadaran menurun, kejang muntah, demam tinggi dan pemeriksaan otak masih dalam batas-batas normal.

d. Meningitis

Meningitis disebabkan oleh *Salmonella typhosa* atau Spesies *Salmonella* yang lain lebih sering didapatkan pada neonatus ataupun bayi dibandingkan pada anak, dengan gejala klinis tidak jelas sehingga diagnosis sering terlambat. Penyebabnya adalah salmonella havana dan *Salmonella oranenburg*.

8. Penatalaksanaan

a. Medis

Penatalaksanaan demam typhoid secara medis menurut Ngastiyah (2005) antara lain:

- 1) Isolasi pasien, desinfeksi pakaian dan ekskreta.
- 2) Perawatan yang baik untuk menghindari komplikasi, mengingat sakit yang lama, lemah, anoreksia.
- 3) Istirahat selama demam sampai dengan dua minggu setelah suhu normal kembali (istirahat total), kemudian boleh duduk, jika tidak panas lagi boleh berdiri kemudian berjalan di ruangan.
- 4) Diet. Makanan harus mengandung cukup cairan, kalori dan tinggi protein. Bahkan makanan tidak boleh mengandung banyak serat, tidak merangsang dan tidak menimbulkan gas. Susu dua gelas sehari, bila kesadaran pasien menurun diberikan makanan cair, melalui sonde lambung. Jika kesadaran dan nafsu makan anak baik dapat juga diberikan makanan lunak.

- 5) Obat pilihan adalah kloramfenikol, kecuali pasien tidak cocok diberikan obat lainnya seperti kotrimoksazol. Pemberian kloramfenikol dengan dosis tinggi, yaitu 100 mg/kg berat badan/hari (makanan 2 gram per hari), diberikan empat kali sehari per oral atau intravena. Pemberian kloramfenikol dengan dosis tinggi tersebut mempersingkat waktu perawatan dan mencegah relaps. Efek negatifnya adalah mungkin pembentukan zat anti kurang karena basil terlalu cepat dimusnahkan.
- 6) Bila terdapat komplikasi, terapi disesuaikan dengan penyakitnya. Bila terjadi dehidrasi dan asidosis diberikan cairan secara intravena.

Medikasi yang digunakan untuk demam typhoid menurut Rempengan (2008) selain kloramfenikol, obat-obat antimikroba yang sering digunakan antara lain:

- 1) Tiamfenikol: 50-100 mg/ kg berat badan/ hari.
- 2) Kotrimoksazol: 6-8 mg/ kg berat badan/ hari.
- 3) Ampisilin: 100-200 mg/kg berat badan/ hari.
- 4) Amoksilin: 100 mg/ kg berat badan/ hari.
- 5) Sefriakson: 50-100 mg/ kg berat badan/ hari.
- 6) Sefotaksim: 150-200 mg/ kg berat badan/ hari.
- 7) Siprofloksasin: 2 x 200-400 mg oral (usia kurang dari 10 tahun).

b. Keperawatan

Penatalaksanaan demam typhoid ditinjau dari segi keperawatan menurut Ngastiyah (2005), adalah Pasien typhoid harus

dirawat di kamar isolasi yang dilengkapi dengan peralatan untuk merawat pasien yang menderita penyakit menular seperti desinfektan mencuci tangan, merendam pakaian kotor dan pot atau urinal bekas pakai pasien. Yang merawat atau sedang menolong pasien agar memakai celemek.

Masalah pasien typhoid yang perlu diperhatikan adalah:

1) Kebutuhan nutrisi atau cairan dan elektrolit.

Pasien typhoid umumnya menderita gangguan kesadaran dari apatik sampai spoorokoma, delirium (yang berat) disamping anoreksia dan demam lama. Keadaan ini menyebabkan kurangnya masukan nutrisi atau cairan sehingga kebutuhan nutrisi yang penting untuk masa penyembuhan berkurang pula, dan memudahkan timbulnya komplikasi. Selain hal itu, pasien typhoid menderita kelainan berupa adanya tukak-tukak pada usus halus sehingga makanan harus disesuaikan. Diet yang diberikan ialah makanan yang mengandung cukup cairan, rendah serat, tinggi protein dan tidak menimbulkan gas. Pemberiannya melihat keadaan pasien.

- a) Jika kesadaran pasien masih baik, diberikan makanan lunak dengan lauk pauk dicincang (hati, daging), sayuran labu siam atau wortel yang dimasak lunak sekali. Boleh juga diberi tahu, telur setengah matang atau matang direbus. Susu diberikan 2 x 1 gelas atau lebih, jika makanan tidak habis diberikan ekstra susu.

- b) Pasien yang kesadarannya menurun sekali diberikan makanan cair per sonde, kalori sesuai dengan kebutuhannya. Pemberiannya diatur setiap 3 jam termasuk makanan ekstra seperti sari buah, bubur kacang hijau yang dihaluskan. Jika kesadaran membaik makanan beralih secara bertahap ke lunak.
- c) Jika pasien menderita delirium, dipasang infus dengan cairan glukosa dan NaCl. Jika keadaan sudah tenang berikan makanan per sonde di samping infus masih diteruskan. Makanan per sonde biasanya merupakan setengah dari jumlah kalori, setengahnya masih per infus. Secara bertahap dengan melihat kemajuan pasien, beralih ke makanan biasa.
- 2) Gangguan suhu tubuh.

Pasien tifus abdominalis menderita demam lama, pada kasus yang khas demam dapat sampai 3 minggu. Keadaan tersebut dapat menyebabkan kondisi tubuh lemah, dan mengakibatkan kekurangan cairan, karena perspirasi yang meningkat. Pasien dapat menjadi gelisah, selaput lendir mulut dan bibir menjadi kering dan pecah-pecah.

Penyebab demam, karena adanya infeksi basil *Salmonella typhosa*, untuk menurunkan suhu tersebut hanya dengan memberikan obat antibiotik kloramfenikol, istirahat

mutlak sampai suhu turun diteruskan 2 minggu lagi, kemudian mobilisasi bertahap. Jika pasien diberikan makanan melalui sonde, obat dapat diberikan bersama makanan tetapi berikan pada permulaan memasukkan makanan, jangan dicampur pada semua makanannya atau diberikan belakangan karena jika pasien muntah obat akan keluar sehingga kebutuhan obat tidak adekuat.

Ruangan diatur agar cukup ventilasi. Untuk membantu, menurunkan suhu tubuh yang biasanya pada sore hari dan malam hari lebih tinggi jika suhu tinggi sekali cara menurunkan tempatkan penderita dalam ruangan yang dingin dengan suhu yang baik, membuka baju penderita dan kompres dengan air es keseluruh tubuh dan banyak minum air.

Anak jangan ditutupi dengan selimut yang tebal agar penguapan suhu lebih lancar. Jika menggunakan kipas angin untuk membantu menurunkan suhu usahakan agar kipas angin tidak langsung kearah tubuh pasien.

3) Gangguan rasa aman dan nyaman.

Gangguan rasa aman dan nyaman pasien typhoid sama dengan pasien lain, yaitu karena penyakitnya serta keharusan istirahat di tempat tidur, jika ia sudah dalam penyembuhan. Khusus pada pasien typhoid, karena lidah kotor, bibir kering, dan pecah-pecah menambah rasa tak nyaman disamping juga

menyebabkan tak nafsu makan. Untuk itu pasien perlu dilakukan perawatan mulut 2 kali sehari, oleskan boraks gliserin (krim) dengan sering dan sering berikan minum. Karena pasien apatis harus lebih diperhatikan dan diajak berkomunikasi. Jika pasien dipasang sonde perawatan mulut tetap dilakukan dan sekali-kali juga diberikan minum agar selaput lendir mulut dan tenggorok tidak kering. Selain itu sebagai akibat lama berbaring setelah mulai berjalan harus mulai dengan menggoyang-goyangkan kakinya dahulu sambil duduk di pinggir tempat tidur, kemudian berjalan di sekitar tempat tidur sambil berpegangan. Katakan bahwa gangguan itu akan hilang setelah 2-3 hari mobilisasi.

C. Konsep Dasar Keperawatan

Konsep dasar keperawatan yang dikemukakan oleh Nursalam (2005) meliputi:

1. Pengkajian

- a. Identitas, sering ditemukan pada anak berumur di atas satu tahun.
- b. Keluhan utama berupa perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing, dan kurang bersemangat, serta nafsu makan kurang (terutama selama masa inkubasi).
- c. Suhu tubuh. Pada kasus yang khas, demam berlangsung selama tiga minggu, bersifat febris remiten, dan suhunya tidak tinggi sekali. Selama minggu pertama suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap harinya, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat lagi pada

sore dan malam hari. Dalam minggu kedua, pasien terus berada dalam keadaan demam. Pada minggu ketiga, suhu berangsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga.

- d. Kesadaran. Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak beberapa dalam, yaitu apatis sampai somnolen. Jarang terjadi spoor, koma, atau gelisah (kecuali bila penyakitnya berat dan terlambat mendapat pengobatan). Di samping gejala-gejala tersebut mungkin terdapat gejala lainnya. Pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan reseola, yaitu bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam. Kadang-kadang ditemukan pula bradikardia dan epistaksis pada anak besar.
- e. Pemeriksaan fisik
- 1) Mulut, terdapat napas yang berbau tidak sedap serta bibir kering dan pecah-pecah (ragaden). Lidah tertutup selaput putih kotor (*Cated tongue*), sementara ujung dan tepinya berwarna kemerahan, dan jarang disertai tremor.
 - 2) Abdomen, dapat ditemukan keadaan perut kembung (*Meteorismus*). Bisa terjadi konstipasi, atau mungkin diare atau normal.
 - 3) Hati dan limpa membesar disertai dengan nyeri pada perabaan.
- f. Pemeriksaan laboratorium
- 1) Pada pemeriksaan darah tepi terdapat gambaran leukopenia, limfositosis relative, dan aneosinofilia pada permulaan sakit.

- 2) Darah untuk kultur (biakan, empedu) dan widal.
- 3) Bukan empedu basil *Salmonella typhosa* dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya, lebih sering ditemukan dalam urin dan feces.
- 4) Pemeriksaan widal

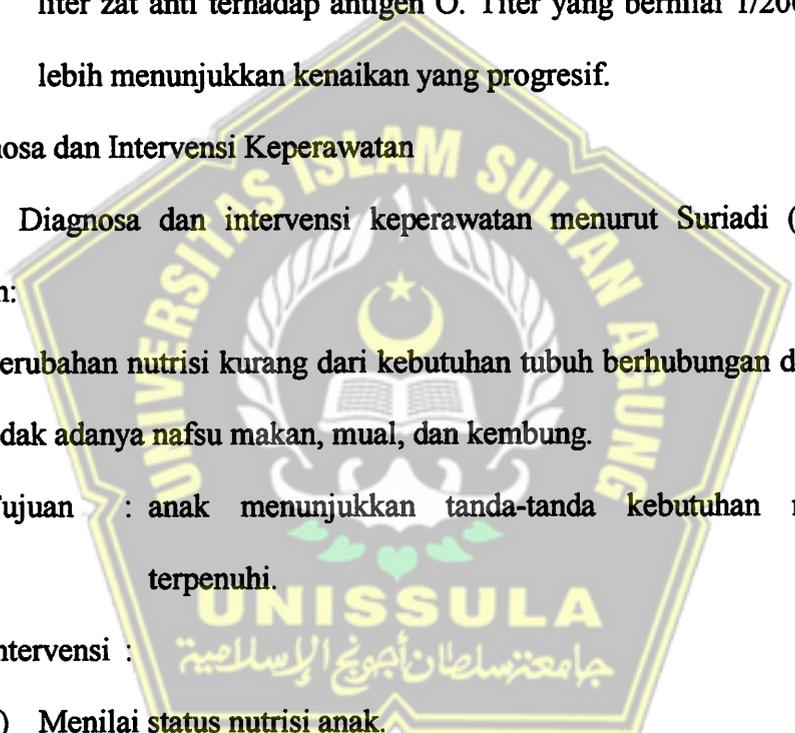
Untuk membuat diagnosis, pemeriksaan yang diperlukan ialah liter zat anti terhadap antigen O. Titer yang bernilai 1/200 atau lebih menunjukkan kenaikan yang progresif.

2. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

Diagnosa dan intervensi keperawatan menurut Suriadi (2006) adalah:

- a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak adanya nafsu makan, mual, dan kembung.

Tujuan : anak menunjukkan tanda-tanda kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Intervensi :  جامعة سلطان أجونغ الإسلامية

- 1) Menilai status nutrisi anak.

Rasional : untuk mengetahui dan memantau nutrisi anak.

- 2) Ijinkan anak untuk memakan makanan yang dapat ditoleransi anak.

Rasional : untuk menambah status nutrisi.

- 3) Berikan makanan yang disertai dengan suplemen nutrisi untuk meningkatkan kualitas intake nutrisi.

Rasional : meningkatkan kualitas intake nutrisi.

- 4) Menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makanan dengan teknik porsi kecil tapi sering.

Rasional: untuk meningkatkan intake.

- 5) Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama dan dengan skala yang sama.

Rasional: untuk mengetahui peningkatan berat badan.

- 6) Mempertahankan kebersihan mulut anak.

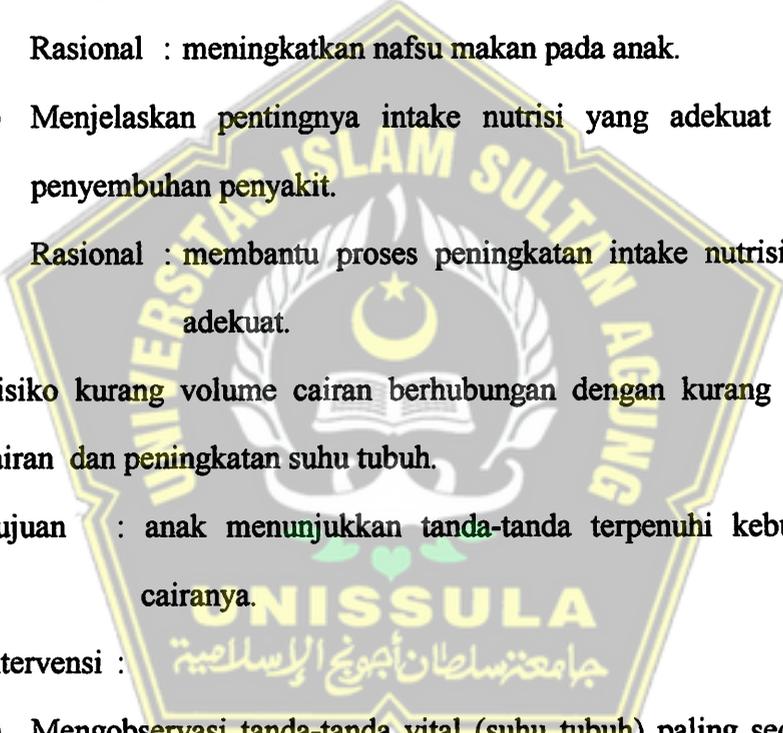
Rasional : meningkatkan nafsu makan pada anak.

- 7) Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk penyembuhan penyakit.

Rasional : membantu proses peningkatan intake nutrisi yang adekuat.

- b. Risiko kurang volume cairan berhubungan dengan kurang intake cairan dan peningkatan suhu tubuh.

Tujuan : anak menunjukkan tanda-tanda terpenuhi kebutuhan cairannya.

Intervensi : 

- 1) Mengobservasi tanda-tanda vital (suhu tubuh) paling sedikit 4 jam.

Rasional : mengetahui tanda-tanda vital.

- 2) Monitor tanda-tanda meningkatnya cairan, turgor tidak elastis, ubun-ubun cekung, produksi urin menurun, membran mukosa kering, bibir pecah-pecah.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan keadaan umum klien.

- 3) Mengobservasi dan mencatat intake dan output dan mempertahankan intake dan output yang adekuat.

Rasional : untuk mengetahui dan memantau cairan yang keluar masuk.

- 4) Memonitor dan mencatat berat badan pada waktu yang sama dan skala yang sama.

Rasional : mengetahui peningkatan berat badan.

- 5) Memonitor pemberian cairan melalui intravena setiap jam.

Rasional : memonitor cairan yang masuk.

- 6) Memberikan antibiotik sesuai program.

Rasional : membantu dan mempercepat proses penyembuhan.

- c. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan kesadaran.

Tujuan : anak tidak menunjukkan tanda-tanda penurunan kesadaran yang lebih lanjut.

Intervensi :

- 1) Kaji status neurology.

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum neurology.

- 2) Istirahatkan anak hingga suhu dan tanda vital stabil.

Rasional: mempercepat proses penyembuhan.

- 3) Hindari aktivitas yang berlebihan.

Rasional: menghindari komplikasi yang dapat terjadi.

d. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan istirahat total.

Tujuan : anak dapat melakukan aktivitas sesuai dengan kondisi fisik dan tingkat kembang anak.

Intervensi :

1) Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan anak sesuai dengan tugas perkembangan anak.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan anak.

2) Menjelaskan kepada anak dan keluarga aktivitas yang dapat dan tidak dapat dilakukan hingga demam berangsur turun.

Rasional : membantu proses penyembuhan.

3) Membantu memenuhi kebutuhan dasar anak.

Rasional : untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar anak.

4) Melibatkan peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar anak.

Rasional : memenuhi kebutuhan dasar anak.

e. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Tujuan : anak dapat menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi:

1) Kaji pengetahuan klien dan keluarga tentang hipertermi.

Rasional : mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang hipertermi.

2) Observasi suhu, nadi, tekanan darah, pernafasan.

Rasional : mengetahui keadaan umum klien.

3) Beri minum yang cukup.

Rasional : mencegah dehidrasi.

4) Berikan kompres air biasa.

Rasional : mempercepat proses penurunan suhu.

5) Lakukan *tepid sponge* (seka).

Rasional : mempercepat proses penurunan suhu.

6) Pakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat.

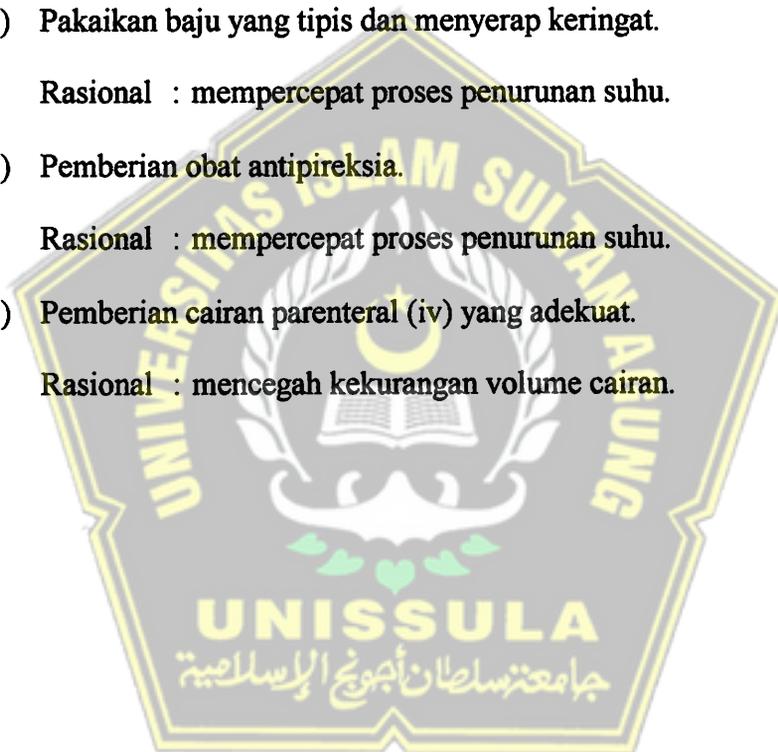
Rasional : mempercepat proses penurunan suhu.

7) Pemberian obat antipireksia.

Rasional : mempercepat proses penurunan suhu.

8) Pemberian cairan parenteral (iv) yang adekuat.

Rasional : mencegah kekurangan volume cairan.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Agustus 2009 Jam 11.00 WIB, di ruang Anak RSUD Tugurejo Semarang. Dari hasil pengkajian di dapatkan data sebagai berikut :

1. Identitas

Identitas klien bernama An. S lahir di Semarang pada tanggal 29 September 2008, berumur 11 bulan dengan jenis kelamin perempuan, beragama Islam, An. S belum sekolah, tempat tinggal klien di Jl. Bukit Beringin Utara VII D.92 RT.04/RW.01 Ngaliyan Semarang. Diagnosa medis demam typhoid, masuk pada tanggal 9 Agustus 2009 Pukul 08.00 WIB. Sumber informasi yang di dapat oleh penulis adalah dari orang tua, perawat di ruang anak dan buku catatan medis dan keperawatan.

Identitas penanggung jawab klien adalah Tn. M berumur 28 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, Pekerjaan Swasta, beralamat di Jl. Bukit Beringin Utara VII D.92 RT.04/ RW.10 Ngaliyan Semarang, hubungan dengan klien adalah bapak kandung atau orang tua klien, bersuku Jawa, berbangsa Indonesia.

2. Keluhan utama

Ibu klien mengatakan klien muntah lebih dari 5 kali sehari dengan karakteristik seperti sisa makanan yang belum tercerna dan komposisi cair.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Munculnya keluhan, ibu klien mengatakan pada hari Jum'at tanggal 7 Agustus 2009 An. S muntah-muntah lebih dari 3 kali sehari tapi badan tidak panas, kemudian pada hari Sabtu tanggal 8 Agustus 2009 An. S lebih sering muntah sehari 5-6 kali setelah makan atau minum susu dengan konsistensi sama seperti sebelumnya. Setelah itu disertai dengan demam atau panas. Ibu klien mengatakan belum diperiksa sama sekali.

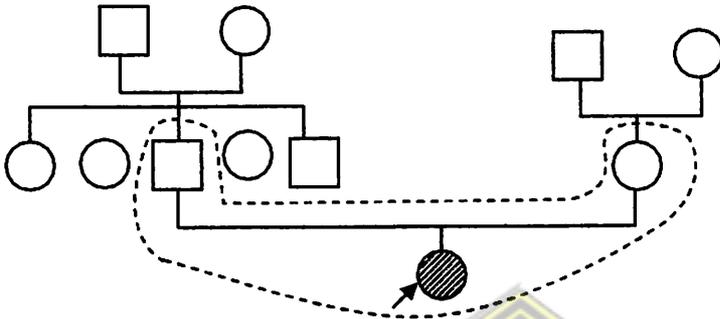
4. Riwayat kesehatan masa lalu

Pada saat prenatal ibu klien mengatakan selama hamil tidak ada keluhan tentang penyakit, ibu klien melahirkan di rumah bersalin seorang bidan dengan usia kehamilan aterm, dengan persalinan yang normal dan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan selama hamil kecuali yang diadviskan.

Bayi lahir spontan dengan berat badan lahir 2,6 kg dan tidak ada kelainan sebelumnya, klien sering mengalami flu dan batuk, orang tua selalu memeriksakan ke bidan dan obat-obatan yang sering diperoleh dari bidan adalah paracetamol, amoxilin, sirup batuk yang diminum 3 kali sehari sampai gejala hilang. An. S tidak memiliki alergi obat selama An. S minum dan tidak memiliki asma. Ibu klien mengatakan An. S mendapatkan imunisasi lengkap ketika usia 7 hari An. S mendapat imunisasi hepatitis, 1 bulan BCG dan polio, 3 bulan DPT, 4 bulan DPT dan polio, 5 bulan dapat DPT dan polio, 9 bulan imunisasi campak, setelah di imunisasi reaksi yang timbul kadang-kadang panas. Sebelumnya An. S belum pernah di rawat di rumah sakit.

5. Riwayat kesehatan keluarga

(Genogram)



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌──┐ : Hubungan suami istri
- ┌──┬──┐ : Hubungan saudara
- ✕ : Meninggal
- (shaded with arrow) : Klien
- (dashed) : Tinggal dalam satu rumah

Semasa kecil ibu klien pernah mengalami penyakit typhoid dan panas

6. Riwayat sosial

An. S diasuh oleh kedua orang tuanya tapi di saat orang tuanya bekerja, klien dititipkan kepada neneknya. Ibu klien mengatakan An. S adalah seorang periang, aktif, tidak penakut dan masih mengompol, lingkungan rumah klien bersih, pencahayaan dalam rumah cukup, ada ventilasi hanya saja An. S sering bermain tanah dan menggigit mainannya.

7. Keadaan kesehatan saat ini

Diagnosa medis An. S adalah demam typhoid, tidak ada tindakan operasi, tindakan keperawatan yang dilakukan: mengkaji keluhan dan tanda-tanda vital, monitor tetes infus, memberi obat sesuai advise, pada 10 Agustus 2009 obat yang diberikan injeksi meliputi, cefriaxone 3x500 mg, Sanpi 3x300 cth, cortidex 3x¹/₂ mg, gentamisin 2x20 mg, obat oral meliputi neo. K 3x1 cth, paracetamol 3x1 cth, puyer diare 3x1 tblt, parentral meliputi infus RL 20 tetes per menit, KAEN 3B 8 tetes per menit. Pada tanggal 11 Agustus 2009 obat yang diberikan injeksi meliputi, sanpi 3x300 mg, cortidex 3x¹/₃ mg, gentamisin 2x20 mg, obat oral meliputi neo. K 3x1 cth, paracetamol 3x1 cth, puyer diare 3x1 tblt. Melalui infus evrion 15 tetes per menit, melakukan tindakan keperawatan dengan berkolaborasi dengan tim gizi, dalam pemberian diit, yaitu klien diberi diit dengan bubur, hasil pemeriksaan laboratorium klinik meliputi; WBC 9,30 $10^3/\text{mm}^3$, RBC 4,76 $10^3/\text{mm}^3$, HGB 11,3g/dl, HCT 34,7%, MCV 72,9-(FL), MCH 23,7-(PG), MCHC 32,6 (g/dl), PLT 420+ ($10^3/\text{mm}^3$), RDW-CV 15,5 (%), RDW-SD 40,1 (FL), PDW 9,6 (FL), MPV 9,3 (FL), P-LCR 19,8 (%).

8. Pola fungsional menurut Gordon

a. Persepsi kesehatan

Ibu klien mengatakan sekeluarga beranggapan kesehatan adalah penting terbukti apabila klien sakit atau mengalami gejala kesehatan keluarga selalu segera memeriksakan ke dokter atau bidan terdekat.

b. Pola nutrisi atau melabolik

Sebelum sakit ibu klien mengatakan bahwa An. S minum air susu ibu hanya sampai usia 3 bulan saja, setelah itu minum susu botol lebih dari 10 kali sehari perbotol 120 ml. Selain itu terkadang juga di beri nasi tim selama di rumah sakit ibu klien mengatakan bahwa An. S tidak mau makan, muntah dan makan selalu sisa porsi dari rumah sakit di makan hanya 3 sendok saja. Cairan di masukkan melalui infus dan minum tidak ada makanan tambahan, kebiasaan makan 3 kali sehari, muntah 20 ml, terpasang infus, antropometri sebelum sakit berat badan 7,6 kg, panjang badan 85 cm, lingkar kepala, 19 cm, selama sakit, berat badan 6 kg, panjang badan 85 cm, lingkar kepala 19cm, biokimia (terlampir), clinical sign sebelum sakit: (-), selama sakit turgor menurun, mukosa, bibir kering, mata cekung, kulit kering. Diit sebelum sakit: nasi tim, selama sakit: bubur, status nutrisi keluarga terpenuhi tidak ada masalah.

c. Pola eliminasi

Ibu klien mengatakan sebelum sakit setelah An. S minum susu banyak An. S akan lebih sering buang air kecil, buang air besar sehari sekali dengan konsistensi cair kadang padat, bau khas, warna kuning, selama sakit selama dalam sehari An. S lebih dari 4 kali buang, tidak ada darah, tidak menggunakan obat laksatif, klien mengalami diare. Buang air kecil kurang dari 7 kali sehari dengan bau khas, berwarna kekuning-kuningan tidak terpasang kateter, kulit kering, orang tua tidak pernah mengalami masalah eliminasi.

d. Pola aktifitas dan latihan atau mobilisasi

Ibu klien mengatakan sebelum sakit, An. S adalah anak yang aktif, mandi 2 kali sehari, sehari-hari bermain dengan nenek dan tetangga, mainan yang digunakan seperti boneka, puzzle, namun An. S belum dapat berjalan sendiri. Selama di rumah sakit kegiatan anak berkurang mandi dengan disibin oleh ibunya 2 kali sehari di tempat tidur. Klien selalu menangis, rewel apalagi ketika perawat datang, anak terlihat sering menangis.

e. Pola istirahat tidur

Ibu klien mengatakan An. S tidur 10 jam sehari, masih mengompol, selalu tidur siang. Orang tua tidak bermasalah dengan pola tidur.

f. Pola persepsi dan kognitif

Klien sudah bisa melihat benda atau orang di sekitarnya dengan baik, vokal suara belum jelas, orang tua tidak bermasalah dengan alat indera mereka.

g. Pola persepsi atau konsep diri

Sebelum sakit ibu klien mengatakan An. S cenderung periang dan aktif, namun semenjak di rawat di rumah sakit An. S sering rewel, menangis, orang tua sudah memerankan diri mereka sebagai orang tua yang baik dengan selalu menunggu anak selama perawatan.

h. Pola Peran atau Hubungan

Ibu klien mengatakan An. S lebih dekat dengan neneknya, tidak ada masalah keluarga, pola bermain baik dan An. S tidak pemarah.

i. Seksualitas atau Reproduksi

An. S belum bisa membedakan jenis kelamin laki-laki dan perempuan

j. Pola Toleransi Stress – Mekanisme Koping

Sebelum dan selama sakit ibu klien mengatakan An. S sering menangis, merintih ketika pipis atau ngompol.

k. Pola – Nilai Keyakinan atau Kepercayaan

An. S belum mengerti arti ibadah orang tua sudah mengajarkan sejak dini dan yakin anaknya akan cepat sembuh.

9. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran klien composmentis, postur tubuh klien kurus. Tanda-tanda vital klien yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 120x/menit, respirasi 30x/menit, suhu 37 °C, tinggi badan 85 cm, berat badan 6 kg.

b. Pemeriksaan Fisik Lengkap

Bentuk kepala klien mesocephal, tidak ada benjolan. Rambut ikal, warna hitam, bersih tidak rontok. Mata konjungtiva tidak anemis, isokor, simetris dan reflek cahaya baik. Hidung bersih, simetris, tidak ada nyeri tekan. Telinga bersih, tidak ada serumen, mencari sumber suara saat dipanggil. Mulut tidak ada stomatitis, mukosa bibir kering. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

c. Pemeriksaan Dada

Dada simetris, tidak ada nyeri tekan, perkusi bunyi sonor, auskultasi tidak terdapat suara tambahan wheezing.

d. Abdomen

Turgor menurun, tidak ada lesi, tidak terdapat nyeri tekan pada perut, peristaltik usus 10x/menit.

e. Pemeriksaan Ekstremitas

Ekstremitas atas simetris tidak ada oedem, kuku bersih, terpasang infus. Ekstremitas bawah simetris tidak ada oedem kaki, kuku bersih.

f. Kulit

Warna kulit klien sawo matang, agak kering.

B. Analisa Data

Pada hari Senin tanggal 10 Agustus 2009, jam 09.00 WIB diperoleh data sebagai berikut. Data subjektif ibu klien mengatakan anaknya muntah-muntah sehari 5 kali sehari, minum sedikit kurang lebih 5 botol susu saja sehari, buang air besar ampas 4 kali sehari. Data objektifnya turgor menurun, mukosa bibir kering, kulit kering, tanda-tanda vital, tekanan darah 110/70 mmHg, respirasi 30x/mnit, nadi 120x/menit, suhu 37°C. Problemnya yaitu Kekurangan volume cairan. Etiologi, pengeluaran cairan berlebihan.

Pada jam 09.30 WIB diperoleh data sebagai berikut. Data subjektif ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan muntah dan makan selalu sisa. Data objektifnya porsi yang dimakan hanya 3 sendok makan. Badan kurus, mata cekung, berat badan sebelum sakit 7,6 kg, setelah sakit 6 kg, panjang badan 85 cm, diit bubur. Dari data tersebut problemnya adalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Etiologinya anoreksia akibat mual muntah.

Pada jam 09.45 WIB diperoleh data subjektif ibu klien mengatakan An. S selalu menangis, rewel, apalagi ketika perawat datang. Data objektifnya An. S terlihat sering menangis. Dari data tersebut masalahnya ansietas dan, etiologinya adalah hospitalisasi.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebihan, ditandai dengan data subjektif yaitu ibu klien menyatakan anaknya muntah-muntah sehari 5 kali, minum sedikit kurang lebih 5 botol susu sehari, buang air besar ampas 4 kali sehari. Data objektifnya turgor menurun, mukosa bibir kering, kulit kering, tanda-tanda vital, tekanan darah 110/70 mmHg, respirasi 30x/menit, nadi 120 kali /menit, suhu 37°C.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia akibat mual muntah yang dialami, ditandai dengan data subjektif yaitu ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan, muntah-muntah dan makan selalu sisa. Data objektifnya porsi yang dimakan hanya 3 sendok makanan, badan kurus, mata cekung, berat badan sebelum sakit 7,6 kg, panjang badan 85 cm, setelah sakit 6 kg, panjang badan 85 cm, diit bubur.
3. Ansietas berhubungan dengan proses hospitalisasi, ditandai dengan data subjektif yaitu ibu klien mengatakan anaknya selalu menangis, rewel apalagi ketika perawat datang. Data objektif Anak terlihat sering menangis.

D. Intervensi keperawatan

Pada tanggal 10 Agustus 2009 jam 10.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 kali 24 jam kebutuhan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil, turgor membaik, mukosa bibir lembab, kulit tidak kering muntah berkurang atau hilang, diare teratasi. Intervensi pertama yang akan dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital, rasionalnya untuk mengetahui keadaan umum klien. Intervensi yang kedua memonitor tetesan infus, rasionalnya pantau cairan yang masuk. Intervensi yang ketiga memantau intake output, rasionalnya untuk mengetahui dan memantau cairan yang keluar dan masuk. Intervensi yang keempat beri makanan dalam batasan diit, rasionalnya untuk meningkatkan intake cairan. Intervensi yang kelima jelaskan pada keluarga pentingnya cairan dalam tubuh, rasionalnya untuk membantu proses rehidrasi.

Pada tanggal 10 Agustus 2009 penulis membuat rencana tindakan diagnosa yang kedua yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia akibat mual muntah dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam nutrisi adekuat, dengan kriteria hasil anak mau makan, muntah berkurang, porsi makan habis, berat badan naik menjadi 8-9 kg. Intervensi yang pertama dilakukan adalah timbang berat badan, rasionalnya agar mengetahui peningkatan berat badan. Intervensi yang kedua berikan porsi kecil tapi sering, rasionalnya

meningkatkan intake. Intervensi yang ketiga berikan makanan selagi hangat, rasionalnya untuk meningkatkan selera makan. Intervensi yang keempat jelaskan kepada keluarga pentingnya nutrisi, rasionalnya memotivasi keluarga agar lebih perhatian pada anak. Intervensi yang kelima kolaborasi pemberian obat, rasionalnya untuk mengurangi mual muntah.

Pada tanggal 10 Agustus 2009 penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa ke tiga yaitu ansietas berhubungan dengan proses hospitalisasi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam kecemasan berkurang dengan kriteria hasil anak jarang menangis, anak kooperatif dalam prosedur. Intervensi yang dilakukan yaitu bina hubungan saling percaya, rasionalnya meningkatkan kenyamanan. Intervensi yang kedua libatkan orang tua dalam perawatan, rasionalnya untuk mengurangi kecemasan. Intervensi yang ketiga mengajak atau mendorong anak untuk bermain, rasionalnya untuk mengekspresikan perasaannya. Intervensi yang keempat hilangkan ketakutan orang tua dan beri informasi, rasionalnya ketakutan orang tua akan meningkatkan ketakutan anak sehingga harus dihilangkan.

E. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 11 Agustus 2009 jam 08.00 WIB berkaitan dengan diagnosa pertama yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih. Implementasi pertama yang dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda vital respon subjektifnya orang tua mengatakan bersedia, respon objektifnya anak menangis, tekanan darah 110/70 mmHg,

respirasi 30x/menit, suhu 37°C, nadi 120x/menit. Implementasi yang kedua memonitor tetesan infus 15 tetes per menit respon subjektifnya orang tua mengatakan anaknya masih diare 3 kali sehari, respon objektifnya turgor baik, buang air besar lembek, kulit kering, susu tidak sisa. Implementasi yang ketiga memantau intake dan output respon subjektifnya orang tua mengatakan anak minum meningkat, respon objektifnya anak lebih banyak tidur. Implementasi yang keempat memberi makanan kesukaan dalam batasan diit, respon subjektifnya orang tua mengatakan anak hanya minum susu formula, respon objektifnya anak tidak mau makan selain minum susu botol. Implementasi yang kelima menjelaskan pada keluarga pentingnya cairan, respon subjektifnya orang tua mengatakan paham, respon objektifnya orang tua selalu membujuk anaknya untuk minum.

Pada tanggal 11 Agustus 2009 jam 08.30 WIB berkaitan dengan diagnosa yang kedua yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia akibat mual muntah. Implementasi yang pertama yang dilakukan membantu memberikan porsi makan kecil tapi sering. Respon subjektifnya orang tua bersedia, respon objektifnya anak mau makan sedikit makanan tidak sisa. Implementasi yang kedua yang dilakukan memberikan makanan selagi hangat, respon subjektifnya ibu selalu memberi selagi hangat, respon objektifnya anak mau makan ketika masih hangat. Implementasi yang ketiga menjelaskan pada keluarga pentingnya nutrisi, respon subjektifnya keluarga mendengarkan, respon objektifnya orang tua terlihat paham. Implementasi yang keempat membantu memberi obat. Respon subjektifnya orang tua bersedia, respon objektifnya anak mau minum obat.

Pada tanggal 11 Agustus 2009 berhubungan dengan diagnosa yang ketiga yaitu ansietas berhubungan dengan proses hospitalisasi. Implementasi yang pertama dilakukan membuat hubungan saling percaya dengan anak, respon subjektifnya orang tua selalu mengajak jalan-jalan ke luar ruangan, respon objektifnya anak selalu mendengar saat diajak bicara. Implementasi yang kedua melibatkan orang tua dalam proses perawatan, respon subjektifnya orang tua bersedia, respon objektifnya orang tua selalu menunggu saat pengobatan. Implementasi yang ketiga mengajak anak bermain, respon subjektifnya orang tua bersedia, respon objektifnya anak tidak menangis dan senang. Implementasi yang keempat memberi informasi kepada orang tua untuk menghilangkan ketakutan, respon subjektifnya orang tua mendengarkan, respon objektifnya orang tua paham dan mengerti, kecemasan berkurang.

F. Evaluasi keperawatan.

Diagnosa keperawatan pertama diagnosa yang pertama yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih, evaluasinya di peroleh data sebagai berikut; subjektif ibu klien mengatakan anak minumnya sudah meningkat, diare masih, buang air besar 3 kali sehari, objektif anak mau minum, turgor baik buang air besar lembek, analisa masalah teratasi sebagian, planning melanjutkan intervensi.

Diagnosa yang kedua yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia akibat mual muntah diperoleh data sebagai berikut: subjektif anak mau makan, porsi habis, objektif anak mau

makan, masih muntah satu kali sehari tetapi sedikit, analisa masalah teratasi, planning lanjutkan intervensi.

Diagnosa yang ketiga yaitu ansietas berhubungan dengan proses hospitalisasi diperoleh data sebagai berikut, subjektif; orang tua mengatakan anak lebih tenang, objektif anak jarang menangis, kooperatif dengan perawat, analisa masalah teratasi, planning lakukan pengawasan dan pengamatan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB IV ini penulis akan membahas kasus yang diambil mengenai asuhan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid di ruang anak RSUD Tugurejo Semarang. Pembahasan sesuai proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian merupakan tahap awal dalam mengumpulkan data yang dilakukan pada tanggal 10 Agustus 2009.

Dari analisa data pada resume keperawatan penulis dapat menyimpulkan penyebab demam typhoid yang dialami An. S sesuai dengan teori yang telah dijelaskan pada konsep dasar yaitu, penyebab demam typhoid salah satunya adalah infeksi kuman *Salmonella typosa* yang masuk melalui makanan atau minuman yang tercemar di mana didukung dengan An. S sering bermain tanah dan menggigit mainannya. Namun pada saat membuat asuhan keperawatan dan pengkajian penulis banyak kekurangan sebab penulis masih belum tahu detail bagaimana cara melakukan pengkajian pada kasus demam typhoid terlebih pada anak. Oleh karena itu masih belum lengkap mulai dari diagnosa medis pada waktu itu penulis hanya mencatat data yang telah ditegakkan oleh dokter dari rekam medis bahwa An. S dalam diagnosa medis adalah demam typhoid, padahal data laboratorium yang menunjukkan, mendukung dan sekaligus sebagai bukti bahwa kenapa dokter menegakkan diagnosa demam typhoid pada An. S juga ada tapi karena kurang ketelitian penulis dalam membuat asuhan keperawatan pada waktu

itu jadi tidak tercantumkan dan pada pemeriksaan fisik yang meliputi: pada pemeriksaan mulut lidah tampak kotor, tetapi dalam pengkajian penulis tidak mencantumkannya karena kondisi pasien rewel. Pada pemeriksaan dada pada waktu itu perkusi sonor dan tidak ada suara tambahan atau wheezing dan dalam pemeriksaan abdomen peristaltic usus lebih dari normal, pada diagnosa defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih penulis tidak melakukan pemeriksaan kepala, pada bagian ubun-ubun apakah terlihat cekung apa tidak, pengkajian intake dan output yang meliputi air hasil metabolisme, urine, insensible water loss, feces, untuk mengetahui dan menghitung balance cairan juga tidak di kaji. Pada diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia akibat mual muntah penulis juga tidak melakukan pemeriksaan fisik lingkaran lengan dan dada untuk melengkapi data pada antropometri, setelah dilakukan pengkajian di lakukan tiga diagnosa yaitu sebagai berikut:

A. Defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebihan.

Menurut Nanda (2007-2008), defisit volume cairan adalah penurunan cairan intravaskuler, intersisial atau interseluler. Ini mengarah ke dehidrasi kehilangan cairan dengan pengeluaran sodium. Dengan batasan karakteristik: kelemahan, haus, penurunan turgor kulit atau lidah, membran mukosa atau kulit kering, peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, penurunan volume atau tekanan nadi, pengisian vena dalam darah menurun, perubahan status mental, konsentrasi urine meningkat, temperature tubuh meningkat, hematokrit meninggi.

Diagnosa ini muncul karena di dapatkan data yaitu ibu An. S menyatakan anaknya muntah-muntah seharian 5x, minum sedikit, kurang lebih 5 botol susu sehari, buang air besar ampas 4x sehari, turgor menurun, mukosa bibir kering, kulit kering, tanda-tanda vital, tekanan darah 110/ 70 mmHg, respirasi 30x/menit, nadi 120x/menit, S:37°C. Dengan melihat data-data yang ada problem yang tepat adalah defisit volume cairan karena penurunan cairan intravaskuler dan intervaskuler yang ditandai dengan gejala-gejala di atas. Sehingga diagnosa yang penulis tuliskan yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih.

Penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih. Penulis memprioritaskan diagnosa tersebut pada prioritas pertama, karena menurut Hierarki Maslow defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih termasuk dalam kebutuhan dasar (fisiologis) sehingga bila tidak segera ditangani akan menyebabkan kelemahan haus, perubahan status mental, penurunan berat badan yang cepat. Hal ini akan berpengaruh pada kondisi penyakitnya serta kekuatan klien dalam beraktivitas. Dan menurut trias konsep diagnosa ini termasuk *immediately*, apabila segera tidak ditangani akan mengakibatkan kematian dan menimbulkan syok hipovolemik dan hipertermi. Di mana syok hipovolemik adalah terjadinya kehilangan cairan dengan cepat sehingga mengakibatkan kegagalan pada organ. Pada diagnosa ini seharusnya dicantumkan balance cairan karena balance cairan sangat penting untuk mengetahui atau mengukur jumlah cairan yang keluar masuk sehingga kita dapat menentukan status keseimbangan cairan tubuh, tapi karena kurangnya kematangan penulis dalam balance cairan jadi penulis tidak mencantumkan data balance cairan tersebut.

Pada diagnosa defisit volume cairan berhubungan daengan pengeluaran cairan berlebih ini penulis menetapkan tujuan keperawatan, yaitu: kebutuhan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil: turgor membaik, mukosa bibir lembab, kulit tidak kering, muntah berkurang atau hilang diare teratasi, untuk menyelesaikan masalah tersebut ditetapkan intervensi sebagai berikut: yang pertama kaji tanda-tanda vital, rasionalnya untuk mengetahui keadaan umum klien, intervensi yang kedua monitor tetesan infus, rasionalnya memantau cairan yang masuk, intervensi yang ketiga pantau intake output, rasionalnya untuk mengetahui dan memantau cairan yang keluar masuk, intervensi yang keempat beri makanan dalam batasan diit, rasionalnya untuk meningkatkan intake cairan, intervensi yang kelima jelaskan pada keluarga pentingnya cairan dalam tubuh, rasionalnya untuk membantu proses rehidrasi.

Pada tanggal 11 Agustus 2009 penulis melakukan implementasi pertama yaitu mengkaji tanda-tanda vital, tekanan darah 110/70 mmHg, respirasi 30x/menit, nadi 120x/menit, suhu:37°C, respon subjektifnya orang tua mengatakan bersedia, respon objektifnya anak menangis tekanan darah 110/70 mmHg, respirasi 30x/menit, suhu 37°C, nadi 120x/menit. implementasi yang kedua memonitor tetesan infus 15 tetes per menit, respon subjektif orang tua mengatakan anak masih diare 3 kali sehari, respon objektifnya turgor baik, buang air besar lembek, susu tidak sisa, implementasi yang ketiga memantau intake dan output, respon subjektifnya orang tua mengatakan bahwa anak minum meningkat, respon objektifnya anak lebih banyak tidur, implementasi yang keempat memberi makanan kesukaan dalam

batasan diit, respon subjektifnya orang tua mengatakan anak hanya minum susu formula, respon objektifnya anak tidak mau makan selain minum susu, implementasi yang kelima menjelaskan kepada keluarga pentingnya cairan, respon subjektifnya orang tua mengatakan paham, respon objektifnya orang tua selalu membujuk anaknya minum.

Dari kelima implementasi yang direncanakan, penulis dapat melaksanakan semua, selain itu klien dan keluarga kooperatif dalam tindakan yang penulis lakukan.

Hasil evaluasi pada tanggal 12 Agustus 2009 yang didapatkan dengan melihat tujuan dan kriteria hasil, maka masalah dapat teratasi sebagian yaitu anak minum sudah meningkat, diare masih, buang air besar 3 kali sehari, anak mau minum, turgor baik, sehingga perlu diberikan perawatan lebih lanjut oleh perawat ruangan. Rencana selanjutnya adalah mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk mempertahankan kondisi klien.

B. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia akibat mual muntah.

Menurut Carpenito (2000), perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh suatu keadaan dimana individu tidak puasa mengalami atau yang berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tak adekuat atau metabolisme nutrient yang tak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik mayor adalah individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan-kebutuhan metabolik aktual atau potensial dalam masukan yang berlebihan. Sedangkan batasan karakteristik minor adalah berat badan 10%

sampai 20% atau lebih di bawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh. Lipatan kulit trisep, lingkaran lengan, dan lingkaran otot pertengahan lengan kurang dari 60% standar pengukuran. Kelemahan otot dan nyeri tekan, peka rangsang mental dan kekacauan mental, penurunan albumin serum. Penurunan transferin serum atau penurunan kapasitas ikatan-besi.

Diagnosa ini muncul pada An. S karena adanya data yang mendukung yaitu ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan muntah dan makan selalu sisa, porsi yang dimakan hanya tiga sendok makan, badan kurus, mata cekung berat badan sebelum sakit: 7,6 kg, panjang badan 85 cm. setelah sakit berat badan 6 kg, panjang badan 85 cm, diit bubur.

Penulis memprioritaskan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagai diagnosa prioritas yang kedua karena menurut Hierarki Maslow nutrisi termasuk kebutuhan dasar (fisiologis) sehingga bila tidak segera ditangani akan menyebabkan penurunan berat badan yang cepat, dehidrasi, tubuh terasa lemas dan tidak punya energi untuk aktivitas. Dan pada trias konsep diagnosa ini termasuk dalam urgency. Apabila tidak segera diatasi akan menyebabkan kecacatan seperti penurunan berat badan. Pada diagnosa ini seharusnya dicantumkan antropometri (tinggi badan saat ini 85 cm, berat badan saat ini 6 kg, biokimia (WBC $9,30 \times 10^3/\text{mm}^3$, RBC $4,76 \times 10^3/\text{mm}^3$, HGB 11,3g/dl, HCT 34,7%, widal, SGOT dan SGPT klinikal sign (nadi 120x/menit), diit bubur.

Untuk mengatasi masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, penulis menyusun rencana keperawatan yang bertujuan nutrisi adekuat, dengan kriteria hasil anak mau makan, muntah berkurang porsi makan habis, berat badan naik, adapun rencana yang diterapkan adalah: intervensi pertama, timbang berat badan, rasionalnya agar mengetahui

peningkatan berat badan. Intervensi yang kedua berikan porsi kecil tapi sering, rasionalnya meningkatkan intake. Intervensi yang ketiga berikan makanan selagi hangat, rasionalnya untuk meningkatkan selera makan. Intervensi yang keempat kolaborasi pemberian obat, rasionalnya untuk mengurangi mual muntah.

Pada tanggal 11 Agustus 2009 penulis melakukan implementasi pertama dari diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu membantu memberikan porsi makan kecil tapi sering, respon subjektifnya orang tua bersedia, respon objektifnya anak mau makan sedikit dan makanan masih sisa, implementasi yang kedua, memberikan makanan selagi hangat, respon subjektifnya ibu selalu memberi makan selagi hangat, respon objektifnya anak mau makan ketika masih implementasi yang ketiga, membantu memberi obat, respon subjektifnya orang tua bersedia, respon objektifnya anak mau minum obat.

Dari ketiga implementasi yang direncanakan telah dilaksanakan sesuai intervensi, faktor pendukung adalah klien kooperatif dan menerima semua tindakan. Hasil evaluasi pada tanggal 12 Agustus 2009 dari masalah adalah masalah teratasi yang ditandai dengan anak mau makan porsi habis, masih muntah 1 kali sehari tapi sedikit, untuk itu rencana selanjutnya adalah mendelegasikan kepada perawat untuk mempertahankan kondisi klien.

C. Ansietas berhubungan dengan proses hospitalisasi.

Ansietas adalah suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang tidak mudah atau *drend* yang disertai dengan respons autonomis; sumbernya sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu; perasaan khawatir yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Capernito, 2000).

Menurut Hierarki Maslow ansietas merupakan kebutuhan keamanan dan kenyamanan yang diprioritaskan setelah kondisi fisiologis, sehingga diagnosa ini menjadi prioritas diagnosa yang ketiga.

Adapun batasan karakteristik antara lain mayor dimanifestasikan oleh gejala-gejala dari kategori fisiologis, emosional dan kognitif, gejala bervariasi sesuai tingkat ansietas. Diagnosa ini ditegakkan oleh penulis karena adanya data yang diperoleh yaitu ibu klien mengatakan An. S selalu menangis, rewel apalagi ketika perawat datang, anak S terlihat sering menangis.

Tujuan penulis adalah kecemasan berkurang dengan kriteria hasil, anak jarang menangis, anak kooperatif, dalam prosedur. Dan untuk mengatasi masalah tersebut, penulis menetapkan intervensi sebagai berikut yang pertama bina hubungan saling percaya, rasionalnya meningkatkan kenyamanan. Intervensi yang kedua libatkan orang tua dalam perawatan, rasionalnya untuk mengurangi kecemasan. Intervensi yang ketiga ajak atau dorong anak untuk bermain, rasionalnya untuk mengekspresikan perasaannya. Intervensi yang keempat hilangkan ketakutan orang tua dan beri informasi, rasionalnya ketakutan orang tua akan meningkatkan ketakutan anak sehingga harus dihilangkan.

Pada tanggal 11 Agustus 2009 penulis melakukan implementasi yang pertama dari diagnosa ansietas berhubungan dengan proses hospitalisasi, membuat hubungan saling percaya dengan anak, respon subjektifnya orang tua selalu mengajak jalan-jalan keluar ruangan, respon objektifnya anak selalu mendengar saat diajak bicara, implementasi yang kedua melibatkan orang tua dalam proses perawatan, respon subjektifnya orang tua bersedia,

respon objektifnya orang tua selalu menunggu saat pengobatan, implementasi yang ketiga mengajak anak bermain, respon subjektifnya orang tua bersedia, respon objektifnya, anak tidak menangis dan senang, implementasi yang keempat memberi informasi kepada orang tua untuk menghilangkan ketakutan, respon subjektifnya orang tua mendengarkan, respon objektifnya kecemasan berkurang. Implementasi telah dilakukan sesuai intervensi faktor pendukung adalah klien dan keluarga kooperatif.

Hasil evaluasi dari masalah tersebut adalah orang tua mengatakan anak lebih tenang, anak jarang menangis kooperatif dengan perawat, masalah teratasi, rencana selanjutnya adalah mendelegasikan kepada perawat untuk mempertahankan kondisi klien. Anak yang mengalami ansietas yang berkepanjangan akan berpengaruh terhadap tumbuh kembangnya, anak akan cenderung sulit diajak berkomunikasi, bermain, tidak kooperatif sehingga akan menghambat proses tumbuh kembangnya dalam tahap sosialisasi, dan tahap tumbuh kembang yang lain, oleh karena itu meskipun An. S di rawat di rumah sakit perawat harus memperhatikan tumbuh kembang, melibatkan orang tua dalam setiap intervensi yang dilakukan pada anak juga sangat menunjang keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid di ruang Anak RSUD Tugurejo Semarang tanggal 10 Agustus 2009 sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien dengan demam typhoid.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian Asuhan Keperawatan pada An. S dengan demam typhoid telah dilaksanakan sesuai dengan teori, meskipun dalam pengkajian masih ada banyak kekurangan dan kesenjangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan pada An. S dengan demam typhoid, dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia akibat mual muntah. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi.

3. Intervensi.

Pada langkah ini telah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, hal ini karena adanya kerjasama yang baik antara perawat, pasien, dan dengan keluarga pasien.

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan belum dilakukan dengan efektif sehingga ada hasil yang diharapkan yang belum sesuai dengan criteria hasil yang ditetapkan oleh penulis.

5. Evaluasi

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada An. S dengan demam typhoid untuk masalah keperawatan Defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih sudah teratasi karena sesuai dengan criteria hasil yang ditetapkan oleh penulis. Sedangkan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan dengan diagnosa Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia teratasi, dan diagnosa yang terakhir ansietas berhubungan dengan proses hospitalisasi juga teratasi.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa hendaknya lebih memahami tentang hubungan terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan demam typhoid dan klien dengan masalah kesehatan lain pada umumnya. Mahasiswa hendaknya melakukan pengkajian secara tepat agar dapat menentukan diagnosa yang tepat sehingga tidak muncul komplikasi yang lebih berat.

2. Hubungan antara perawat dengan tim kesehatan lain serta kerjasama perawat dengan keluarga sangat diperlukan untuk membantu perkembangan kondisi pasien kearah yang lebih baik.
3. Rumah sakit hendaknya memberikan sarana dan prasarana untuk penderita typhoid lebih dilengkapi, mutu pelayanan kepada pasien semoga dapat lebih di tingkatkan terutama bagi pasien typhoid, pelayanan rumah sakit dapat lebih mengoptimalkan sarana dan prasarana yang ada tanpa meninggalkan prinsip secara teori
4. Bagi para pembaca (khususnya mahasiswa Keperawatan dan perawat) setelah membaca Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan tentang apa itu demam typhoid, tanda dan gejalanya, komplikasi, diagnosa dan penanganan yang tepat.
5. Bagi pasien, agar masyarakat, khususnya penderita typhoid dapat menjaga, memelihara lingkungan dengan baik serta mengetahui pencegahan, tanda dan gejala dari penyakit typhoid.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonimous. 2009. *Demam typhoid pada anak*. <http://www-nitamedicastore.com>, 18 Mei 2010.
- Bernad, Valman. 2006. *Gangguan & Penyakit Yang Sering Menyerang Anak Serta Cara Mengatasinya*: Edisi pertama. Yogyakarta.
- Carpenito, Lynda Juall. 2000. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan (Alih Bahasa)*: Edisi 8. EGC. Jakarta.
- Handayani Lestari. 2002. *Mengatasi Penyakit Pada Anak dengan Ramuan Tradisional*. Jakarta
- Hidayat A L. 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Judarwanto,widodo. 2003. *Overdiagnosis demam tifoid*. <http://www.childernclinic.wordpress.com>, 18 Mei 2010.
- M,Nurs, Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Edisi 1. Jakarta
- Ngastiyah. 2005. *Perawatan Anak Sakit*: Edisi 2. EGC. Jakarta.
- Rampengan, T.H. 2007. *Penyakit Infeksi Trofik pada Anak*: Edisi. 2. EGC. Jakarta.
- Riyadi. S & Sukirman. 2009 *Asuhan Keperawatan Pada Anak* Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rohim Abdul.2002 . *Ilmu Penyakit Anak, Diagnosa & Penatalaksanaan*: Edisi 1. Jakarta.
- S.Poorwo Soedarmo, Sumarmo. 2002. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Anak*. Edisi 1. Jakarta.
- Soegijanto, Soegeng. 2002. *Ilmu Penyakit Anak, Diagnosa & Penatalaksanaan*: Edisi 1. Jakarta.
- Suriadi. 2006. *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Edisi 2. Jakarta.
- W. Sudoyo. Aru. 2006 *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta.