

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. J DENGAN  
DEMAM TYPHOID DI RUANG ANAK  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

KARYA TULIS ILMIAH



Disusun Oleh :  
**ENDANG PURWATI**  
NIM. 893312854

**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 Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 1 Juni 2010



Semarang, 1 Juni 2010

Pembimbing

( Indra Tri Astuti S.Kep.,Ns )

NIK : 210900009

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggung jawabkan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jumat, 4 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 14 Juli 2010

Tim Penguji

Penguji I



(Ns. Kurnia Wijanyanti, S. Kep)

NIK: 210909016

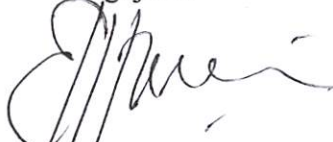
Penguji II



(Ns. Indra Tri Astuti S. Kep)

NIK:210900009

Penguji III



(Ns. Erna Melastuti S. Kep)

NIK: 210900010

## MOTTO

- ❖ Setiap perjuangan tidak akan sia-sia apabila kita tidak mengenal kata “Bosan”.
- ❖ Sehelai selembar benang lama-lama menjadi sehelai kain, semua pekerjaan asal dikerjakan dengan tekun dan sabar akhirnya selesai juga dengan baik.
- ❖ Anggaplah kemarin sebagai pengalaman, sekarang perjuangan dan besok meraih kemenangan.
- ❖ Ilmu adalah kunci kesuksesan, kebahagiaan adalah surga kehidupan.
- ❖ Hidup adalah perjuangan, maka berjuanglah untuk menjalani hidup ini dan berjuanglah untuk mendapatkan apa yang kita cita-citakan..
- ❖ Berusahalah untuk kepentingan duniamu seakan engkau akan hidup selamanya, dan berusahalah untuk kepentingan akhiratmu seakan engkau akan mati esok pagi.
- ❖ Dengan ilmu hidup menjadi mudah, dengan seni hidup menjadi indah dan dengan agama hidup menjadi terarah.

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini kupersembahkan kepada :

1. Ayah dan Bunda ku yang tercinta
2. Kakakku dan Adik-adikku
3. Rekan-rekan seperjuangan
4. Almamaterku





## KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kepada Allah SWT atas Rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus Karya Tulis Ilmiah ini.

Dalam penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah ini banyak hambatan serta kesulitan yang penulis hadapi. Namun, berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, kesulitan pihak penulis akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAM TYPHOID DI RUANG ANAK RSI SULTAN AGUNG SEMARANG”

Dengan segala kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan pengarahan, bimbingan serta semangat kepada penulis antara lain:

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 yang selalu memberikan semangat, dukungannya bagi kami dan memberikan bimbingannya pada kami untuk selalu berakhlakul kharimah.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula, yang tidak pernah lelah memberikan nasehatnya kepada kami, untuk terus maju dan mencapai kesuksesan.

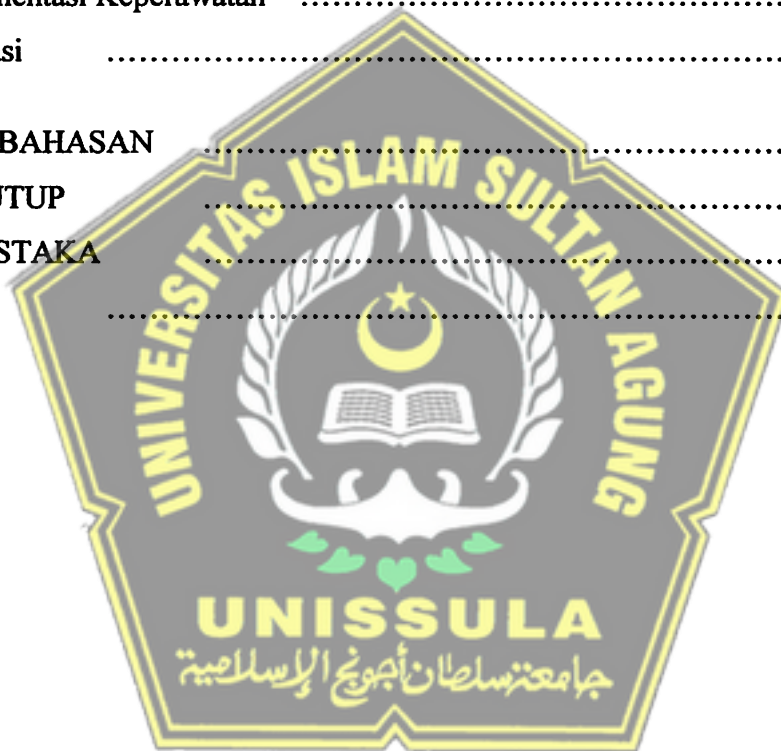
4. Ibu Indra Tri Astuti, S.Kep.Ns., selaku pembimbing dalam penyusunan laporan, yang telah membimbing dengan sabar.
5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh di Kampus, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibuku tercinta yang selalu memberikan dukungan moril maupun spiritual, yang selalu mencurahkan kasih sayangnya, memberikan semangat dan doa bagi kesuksesan penulis
7. Tolong ku yang tak pernah henti memberi ku semangat untuk tidak mudah menyerah dan mengeluh.
8. Someone yang selama ini selalu menemani Saya, memberi semangat, dan support agar tidak menyerah dan putus asa dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat-sahabat Saya yang selama ini sama-sama berjuang membuat Karya Tulis Ilmiah ini, lelah bersama, sedih bersama, senang bersama, kebersamaan ni yang membuat saya tidak menyerah dan putus asa.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan .....	2
C. Manfaat .....	3
<b>BAB II KONSEP DASAR .....</b>	<b>4</b>
A. Konsep Dasar Anak .....	4
1. Pengertian Anak .....	4
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak .....	4
3. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik Anak .....	7
B. Konsep Dasar Penyakit .....	7
1. Pengertian .....	13
2. Etiologi .....	13
3. Patofisiologi .....	14
4. Pathways .....	15
5. Manifestasi klinis .....	16
6. Pemeriksaan diagnostik .....	17
7. Komplikasi .....	19
8. Penatalaksanaan :	
a. Medis .....	20
b. Keperawatan .....	21



C. Konsep Dasar Keperawatan .....	22
1. Pengkajian Keperawatan .....	22
2. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan .....	23
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN .....</b>	<b>27</b>
A. Pengkajian Keperawatan .....	27
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan .....	35
C. Intervensi Keperawatan .....	36
D. Implementasi Keperawatan .....	37
E. Evaluasi .....	39
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>40</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>48</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>51</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>52</b>



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang Masalah

Demam typhoid masih merupakan penyakit infeksi tropik sistemik, bersifat endemis, dan masih merupakan problem kesehatan masyarakat pada Negara-negara yang sedang berkembang didunia, termasuk Indonesia (Ina Lessy, 2010).

Di Indonesia penderita demam typhoid cukup banyak diperkirakan 800/100.000 penduduk pertahun dan terbesar dimana-mana. Demam typhoid dapat ditemukan pada semua umur, tetapi yang paling sering pada anak besar, umur 5-9 tahun dan laki-laki lebih banyak dari pada anak perempuan dengan perbandingan (Ina Lessy, 2010).

Di negara berkembang angka kematian akibat demam tifoid berkisar antara 2,3 – 16,8%<sup>1</sup>. Angka kematian penderita yang dirawat di rumah sakit di Indonesia mengalami penurunan dari 6% pada tahun 1969 menjadi 3,74% pada tahun 1977 dan sebesar 3,4 % pada tahun 1978 3,4% (Anonim, 2002).

Di Indonesia penderita demam tifoid cukup banyak diperkirakan 800 /100.000 penduduk per tahun dan tersebar di mana-mana. Ditemukan hampir sepanjang tahun, tetapi terutama pada musim panas. Data dari Rumah Sakit Fatmawati (RSF) demam tifoid dan paratifoid termasuk dalam 10 kasus terbanyak morbiditas penyakit rawat inap. Pada tahun 1999 jumlah pasien

terkena demam tifoid yang dirawat sebesar 414 orang, tahun 2000 sebesar 452 orang dan 350 orang pada tahun 2001 (Anonim, 2002).

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien demam typhoid dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang utuh dan komprehensif.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada pasien An. J dengan febris typhoid
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. J dengan febris typhoid.
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien An. J dengan febris typhoid.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien An. J dengan febris typhoid.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien An. J dengan febris typhoid.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien An. J dengan febris typhoid

### C. Manfaat

Laporan ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Penulis, dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan apendiksitis.
2. Institusi, dapat dijadikan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan.
3. Lahan Praktek, dapat dijadikan masukan dalam peningkatan pengetahuan dan mutu pemberian pelayanan asuhan keperawatan.
4. Masyarakat, dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang apendiksitis.



## 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, social 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/Todller (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 diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dicapai melalui tumbuh kembang dan belajar (Hidayat, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu:

##### 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/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 (Riyadi, 2009).

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 Tiroid 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 (Riyadi, 2009).

- 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 intelegensi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat (Riyadi, 2009)

### 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 orangtua 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/anak akan sakit.

Olahraga 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 (Riyadi, 2009).

#### 4) Faktor Pelayanan Kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang 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 (Riyadi, 2009).

### 3. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik Anak

Sangat mudah bagi orang tua untuk selalu mengamati pertumbuhan dan perkembangan fisik anaknya, karena hal ini hampir setiap hari orang tua bisa melihatnya.

#### a. Tumbuh Kembang Infant/bayi, umur 0-12 bulan.

##### 1) Umur 1 bulan

**Fisik** : Berat badan akan meningkat 150-200gr/mg, tinggi badan akan meningkat 2,5 cm/bulan, lingkaran kepala meningkat 1,5 cm/bulan. Besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi umur 6 bulan.

**Motorik** : Bayi akan mulai berusaha untuk mengangkat kepala dengan dibantu oleh orangtua, tubuh ditengkurapkan, kepala menoleh ke kiri ataupun ke kanan, refleks

menghisap, menelan, menggenggam, sudah mulai positif.

**Sensoris** : Mata mengikuti sinar ke tengah.

**Sosialisasi** : Bayi sudah mulai tersenyum pada orang yang ada di sekitarnya.

## 2) Umur 2-3 bulan

**Fisik** : Fontanel *Posterior* sudah menutup

**Motorik** : Mengangkat kepala, dada dan berusaha untuk menahannya sendiri dengan tangan, memasukkan tangan kemulut, mulai berusaha meraih benda-benda yang menarik yang ada di sekitarnya, bisa di dudukkan dengan posisi punggung di sokong, mulai asyik bermain sendiri dengan tangan dan jarinya.

**Sensoris** : Sudah bisa mengikuti arah sinar ke tepi, koordinasi ke atas dan ke bawah, mulai mendengarkan suara yang didengarnya.

**Sosialisasi** : Mulai tertawa pada seseorang, senang jika tertawa keras, menangis sudah mulai berkurang.

## 3) Umur 4-5 bulan

**Fisik** : Berat badan menjadi dua kali dari berat badan lahir, ngeces karena tidak adanya koordinasi menelan saliva.

**Motorik** : Jika didudukkan kepala sudah bisa seimbang dan punggung sudah mulai kuat, bila ditengkurapkan sudah sudah bisa mulai miring dan kepala sudah bisa tegak lurus, reflek primitiv sudah mulai hilang, berusaha meraih benda sekitarnya dengan tangannya.

**Sensoris** : Sudah bisa mengenal orang-orang yang sering berada didekatnya, akomodasi mata positif.

**Sosialisasi** : Senang berinteraksi dengan orang lain meskipun belum pernah dilihatnya atau dikenalnya, sudah bisa mengeluarkan pertanda tidak senang bila mainan atau benda miliknya diambil oleh orang lain.

4) Umur 6-7 bulan

**Fisik** : Berat badan meningkat 90-150 gram/minggu, tinggi badan meningkat 1,25 cm/bulan, lingkar kepala meningkat 0,5 cm/bulan, besarnya kenaikan bayi seperti ini akan berlangsung sampai bayi berusia 12 bulan, gigi sudah mulai tumbuh.

**Motorik** : Bayi sudah mulai bisa membalikkan badan sendiri, mengambil mainan dengan tangannya sendiri, senang memasukkan kaki kemulut, sudah bisa memasukkan makanan ke mulut sendiri.

**Sosialisasi** : Sudah dapat membedakan orang yang dikenalnya dengan yang tidak dikenalnya, jika bersama dengan



orang yang belum dikenalnya bayi akan merasa cemas, sudah dapat mengeluarkan atau mengeluarkan suara em..em..em..., bayi biasanya cepat menangis jika terdapat hal-hal yang tidak disenangnya tetapi akan cepat tertawa lagi.

#### 5) Umur 8-9 bulan

**Fisik** : Sudah bisa duduk dengan sendirinya, koordinasi tangan ke mulut sangat sering, bayi mulai tengkurap sendiri dan mulai belajar untuk merangkak, sudah bisa mengambil benda dengan jari-jarinya.

**Sensoris** : Bayi tertarik dengan benda-benda kecil yang ada disekitarnya.

**Sosialisasi** : Bayi mengalami *stanger anxiet*/merasa cemas terhadap hal-hal yang belum dikenalnya (orang asing) sehingga dia akan menangis, mendorong, meronta, merangkul/memeluk orang yang dicintainya. Jika dimarahi dia sudah bisa memberikan reaksi menangis dan tidak senang. Mulai mengulang kata-kata “dada..dada” tetapi belum punya arti.

#### 6) Umur 10-12 bulan

**Fisik** : Berat badan 3 kali berat badan waktu lahir, gigi bagian atas dan bawah mulai tumbuh.

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

**Sensoris** : Visual aculty 20-50 positif, sudah dapat membedakan bentuk.

**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, unmi.

b. **Timbuh Kembang Toddler (BATITA); umur 1-3 tahun.**

1) **Umur 15 bulan**

**Motorik kasar** : Sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan dari orang lain.

**Motorik halus** : Sudah bisa memegang cangkir, memasukkan jari ke lubang, membuka kotak, melempar benda.

2) **Umur 18 bulan**

**Motorik kasar** : Mulai berlari tetapi masih sering jatuh, menarik-narik mainan, mulai senang naik tangga tapi masih dengan bantuan.

Motorik halus : Sudah bisa makan dengan menggunakan sendok, membuka halaman buku, dan menyusun balok-balok.

3) Umur 24 bulan

Motorik kasar : Berlari sudah baik, dapat naik tangga sendiri, dengan kedua kaki tiap tahap.

Motorik halus : Sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggunting sederhana. Minum dengan menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan sendok dengan baik.



## B. Konsep Dasar Penyakit

### 1. Pengertian

Demam tifoid adalah penyakit menular yang bersifat akut, yang ditandai dengan bakteremia, perubahan pada sistem retikuloendotelial yang bersifat difusi, pembentukan mikroabses dan ulserasi nodus peyer distal ileum (Soegeng, 2002).

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau disertai gangguan pada saluran pencernaan dengan atau tanpa gangguan kesadaran (Rampengan, 2006).

Demam tifoid 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

*Salmonella typhi* sama dengan salmonela yang lain adalah bakteri Gram-negatif, mempunyai flagel, tidak berkapsul, tidak membentuk spora, fakultatif anaerob. Mempunyai antigen somatik (O) yang terdiri dari oligosakarida, flagelar antigen (H) yang terdiri atas protein dan envelope antigen (K) yang terdiri dari polisakarida. Mempunyai makromolekular lipopolisakarida kompleks yang membentuk lapis luar dari dinding sel dan dinamakan endotoksin. *Salmonella typhi* juga dapat

memperoleh plasmid faktor-R yang berkaitan dengan resistensi terhadap multipel antibiotik (Sumarmo, 2002).

### 3. Patofisiologi

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.

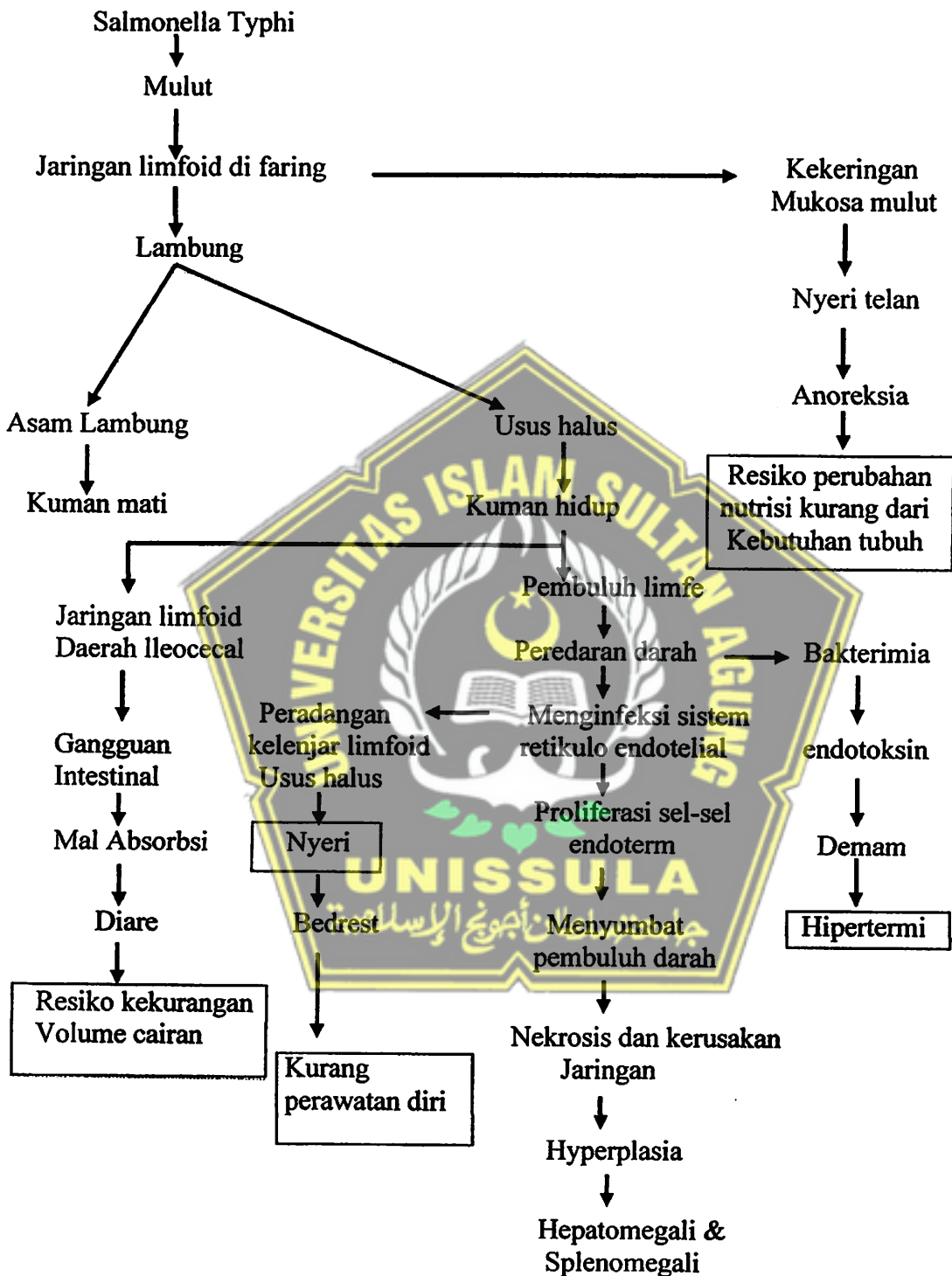
Proses ini terjadi dalam masa tunas dan akan berakhir saat sel-sel retikulo endoteleal melepaskan kuman ke dalam peredaran darah dan menimbulkan bakterimia untuk kedua kalinya. Selanjutnya kuman masuk ke beberapa jaringan organ tubuh, terutama limpa, usus dan kandung empedu.

Pada minggu pertama sakit, terjadi hiperplasia plaks peyer. Ini terjadi pada kelenjar limfoid usus halus. Minggu ke dua terjadi nekrosis dan pada minggu ke tiga terjadi ulserasi plaks peyer. Pada minggu ke empat terjadi penyembuhan ulkus yang dapat menimbulkan sikatrik. Ulkus dapat menyebabkan perdarahan, bahkan sampai perforasi usus. Selain itu hepar, kelenjar-kelenjar mesentrial dan limpa membesar.

Gejala demam disebabkan oleh endotoksil, sedangkan gejala pada saluran pencernaan disebabkan oleh kelainan pada usus halus (Suriadi, 2006).



## 4. Pathways



(Carpenito, 2000 : 45)

(Soegianto, 2002 : 4-6)

(Suriadi &amp; Rita Yulianti, 2006 : 254)

## 5. Manifestasi Klinis

Pada anak, periode inkubasi demam tifoid antara 5-40 hari dengan rata-rata antara 10-14 hari. Gejala klinis demam tifoid sangat bervariasi, dari gejala klinis ringan dan tidak memerlukan khusus sampai dengan berat sehingga harus dirawat. Variasi gejala ini disebabkan faktor galur salmonela, status nutrisi dan imunolitik pejamu serta lama sakit dirumahnya (Sumarmo, 2002).

Semua pasien demam tifoid selalu menderita demam pada awal penyakit. Pada era pemakaian antibiotik belum seperti pada saat ini, penampilan demam pada kasus demam tifoid mempunyai istilah khusus yaitu step-ladder temperatur chart yang ditandai dengan demam timbul insidius, 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 tifoid dapat disertai gejala sistem saraf pusat, seperti kesadaran berkabut atau delirium atau obtundasi, atau penurunan kesadaran mulai apatis sampai koma (Sumarmo, 2002).

Gejala sistemik lain yang menyertai timbulnya demam adalah nyeri kepala, malaise, anoreksia, mialgia, nyeri perut, radang tenggorokan. Pada kasus yang berpenampilan klinis berat, pada saat demam tinggi akan tampak toksik/sakit berat. Bahkan dapat juga dijumpai

penderita demam tifoid yang datang dengan syok hipovolemik sebagai akibat kurang masukan cairan dan makanan. Gejala gastrointestinal pada kasus demam tifoid sangat bervariasi. Pasien dapat mengeluh diare, obstipasi atau obstipasi kemudian disusul episode diare, pada sebagian pasien lidah tampak kotor dan putih di tengah sedang tepi dan ujungnya kemerahan. Banyak dijumpai gejala meteorismus, berbeda dengan buku bacaan barat pada anak Indonesia lebih banyak dijumpai hepatomegali dibandingkan splenomegali (Sumarmo, 2002).

Rose spot, suatu ruam makulopapular yang berwarna merah dengan ukuran 1-5 mm, sering kali dijumpai pada daerah abdomen, toraks, ekstremitas dan punggung pada orang kulit putih, tidak pernah dilaporkan ditemukan pada anak Indonesia. Ruam ini muncul pada hari ke 7 – 10 dan bertahan selama 2 – 3 hari. Bronkitis banyak dijumpai pada demam tifoid sehingga buku ajar lama bahkan menganggap sebagai bagian dari penyakit demam tifoid. Bradikardi relatif jarang dijumpai pada anak (Sumarmo, 2002).

#### 6. Pemeriksaan Diagnostik

Darah tepi, terdapat gambaran leukopenia, limfositosis relatif dan aneosinofilia pada permulaan sakit. Mungkin terdapat anemia dan trombositopenia ringan. Pemeriksaan darah tepi ini sederhana dan mudah dikerjakan di laboratorium yang sederhana, tetapi hasilnya berguna, untuk membantu menentukan penyakitnya dengan cepat (adakalanya dilakukan pemeriksaan sumsum tulang (jarang sekali) bila hal itu

dilakukan pembersihan ekstra kemudian dikompres dengan alkohol (Ngastiyah, 2005).

Darah untuk kultur (biakan empedu) dan Widal. Biakan empedu untuk menemukan *Salmonella typhosa* dan pemeriksaan Widal merupakan pemeriksaan yang dapat menentukan diagnosis tifus abdominalis secara pasti. Pemeriksaan ini perlu dikerjakan pada waktu masuk dan setiap minggu berikutnya. (Diperlukan darah vena sebanyak 5 CC untuk kultur /Widal) :

- a. Biakan empedu basil *salmonella typhosa* dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya lebih sering ditemukan dalam urine dan feses, dan mungkin akan tetap positif untuk waktu yang lama. Oleh karena itu, pemeriksaan yang positif dari contoh darah digunakan untuk menegakkan diagnosis, sedangkan pemeriksaan negatif dari contoh urine dan feses 2 kali berturut-turut digunakan untuk menentukan bahwa pasien telah benar sembuh dan tidak menjadi pembawa kuman (*carien*).
- b. Pemeriksaan Widal, dasar pemeriksaan ialah reaksi aglutinasi yang terjadi bila serum pasien tifoid dicampur dengan suspensi antigen *salmonella typhosa*, pemeriksaan yang positif ialah terjadi reaksi aglutinasi. Dengan jalan mengencerkan serum maka kadar zat anti dapat ditentukan, yaitu pengenceran tertinggi yang masih menimbulkan reaksi aglutinasi. Untuk membuat diagnosis yang diperlukan ialah titer zat anti terhadap antigen O. titer yang bernilai

1/200 atau lebih dan atau menunjukkan kenaikan yang progresif digunakan untuk membuat diagnosis. Titer tersebut mencapai puncaknya bersamaan dengan penyembuhan pasien (Ngastiyah, 2005).

Titer terhadap antigen H tidak diperlukan untuk diagnosis karena dapat tetap tinggi setelah mendapat imunisasi atau bila pasien telah lama sembuh pemeriksaan Widal tidak selalu positif walaupun pasien sungguh-sungguh menderita tifus abdominalis (disebut negatif semu). Sebaiknya titer dapat positif semua karena keadaan sebagai berikut :

- a). Titer O dan H tinggi karena terdapatnya aglutinin normal, karena infeksi basil Coli patogen pada usus.
- b). Pada neonatus, zat anti tersebut diperoleh ibunya melalui tali pusat.
- c). Terdapatnya infeksi silang dengan Rickettsia (Weil Felix)
- d). Akibat imunisasi secara alamiah karena masuknya basil per oral pada keadaan infeksi subklinis (Ngastiyah, 2005).

Perlu diketahui bahwa ada jenis dari demam tifoid yang mempunyai gejala hampir sama, hanya bedanya demam biasanya tidak terlalu tinggi (lebih ringan) ialah yang terdapat pada para tifoid A,B,C. Untuk menemukan kuman penyebab perlu pemeriksaan darah seperti pasien tifoid biasa (Ngastiyah, 2005).

## 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 tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara dirongga peritoneum, yaitu pekat 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*).

Komplikasi di luar usus, terjadi karena lokalisasi peradangan akibat sepsis (bakteremia), yaitu meninggitis, kolesistitis, ensefalopati, dan lain-lain. Terjadi karena infeksi sekunder, yaitu bronkopneumonia (Ngastiyah, 2005).

## 8. Penatalaksanaan

### a. Medis

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi dengan angka kematian yang tinggal sebelum adanya obat-obatan antimikroba (10-15). Sejak adanya obat antimikroba terutama kloramfenikol angka kematian menurun secara drastis (1-4%).

Obat-obatan antimikroba yang sering digunakan antara lain:

- 1). Kloramfenikol
- 2). Tiamfenikol
- 3). Kotrimoksazol
- 4). Ampisilin
- 5). Cefriakson
- 6). Cefotaksim
- 7). Siprofloksasin (usia >10 tahun) (Rampengan, 2007).

b. Keperawatan

Penderita demam tifoid perlu dirawat dirumah sakit untuk isolasi, observasi serta pengobatan. Penderita harus istirahat 5-7 hari bebas panas, tetapi tidak harus tirah baring sempurna seperti pada perawatan demam tifoid di masa lalu. Mobilisasi dilakukan sewajarnya, sesuai dengan situasi dan kondisi penderita. Pada penderita dengan kesadaran yang menurun harus diobservasi agar tidak terjadi aspirasi. Tanda komplikasi demam tipoid yang lain termasuk buang air kecil dan buang air besar juga perlu mendapat perhatian.

Mengenai lamanya perawatan di rumah sakit, sampai saat ini sangat bervariasi dan tidak ada keseragaman. Hal ini sangat bergantung pada kondisi penderita beserta adanya komplikasi selama (penyakit berjalan) (Rampengan, 2007).

## C. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

- 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 3 minggu, bersifat febris remiten, dan suhunya tidak tinggi sekali. selama minggu pertama suhu tubuh berangsur-angsur setiap hari ini 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 berapa lama, yaitu apatis sampai somnolen. Jarang terjadi sopor, koma, atau gelisah (kecuali bila penyakitnya berat dan terlambat mendapat pengobatan). Disamping 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 epitaksis pada anak besar.

e. Pemeriksaan fisik :

- 1). Mulut, terdapat nafas yang berbau tidak sedap serta bibir kering dan pecah-pecah (ragaden). Lidah tertutup selaput putih kotor (coated 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 relatif, dan aneosinofilia pada permukaan sakit
- 2) Darah untuk kultur (biakan, empedu) dan widal
- 3) Biakan empedu basil salmonella typhosa dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya, lebih sering ditemukan dalam urine dan faeces.
- 4) Pemeriksaan widal

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

2. Diagnosa dan Fokus Intervensi

- 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

- 1) Menilai status nutrisi anak
  - 2) Ijinkan anak untuk memakan makanan yang dapat ditoleransi anak.
  - 3) Berikan makanan yang disertai dengan suplemen nutrisi untuk meningkatkan kualitas intake nutrisi.
  - 4) Menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makanan dengan teknik porsi kecil tapi sering.
  - 5) Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama dan dengan skala yang sama.
  - 6) Mempertahankan kebersihan mulut anak.
  - 7) Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk penyembuhan penyakit.
- 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.
- 2) Monitor tanda-tanda meningkatnya cairan, turgor tidak elastis, ubun-ubun cekung, produksi urin menurun, membrane mukosa kering, bibir pecah-pecah.



- 3) Mengobservasi dan mencatat intake dan output dan mempertahankan intake dan output yang adekuat.
- 4) Memonitor dan mencatat berat badan pada waktu yang sama dan skala yang sama.
- 5) Memonitor pemberian cairan melalui intravena setiap jam.
- 6) Memberikan antibiotik sesuai program.

c. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan kesadaran.

**Tujuan**

Anak tidak menunjukkan tanda-tanda penurunan kesadaran yang lebih lanjut.

**Intervensi**

- 1) Kaji status neurology
- 2) Istirahatkan anak hingga suhu dan tanda vital stabil
- 3) Hindari aktivitas yang berlebih.

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.

- 2) Menjelaskan kepada anak dan keluarga aktivitas yang dapat dan tidak dapat dilakukan hingga demam berangsur turun
- 3) Membantu memenuhi kebutuhan dasar anak.
- 4) Melibatkan peran keluarga dalam 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.
- 2) Observasi suhu, nadi, tekanan darah, pernafasan.
- 3) Beri minum yang cukup.
- 4) Berikan kompres air biasa.
- 5) Lakukan tepid sponge (seka)
- 6) Pakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat.
- 7) Pemberian obat antipireksia.
- 8) Pemberian cairan parenteral (iv) yang adekuat (Suriadi, 2006).

## BAB III

### RESUME KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 26 Agustus 2008 jam 09:00 WIB di ruang Anak L2 RSI Sultan Agung Semarang. Dari hasil pengkajian di dapatkan data sebagai berikut:

##### 1. Identitas Klien

Klien bernama An. J, lahir di Semarang tanggal 2 Februari 2006, umur 2 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, berasal dari suku Jawa dan berkebangsaan Indonesia. Masuk rumah sakit pada tanggal 26 Agustus 2008, nomor registrasi 1083326, dengan diagnosa medis febris thypoid. Penanggung jawab atas perawatan An. J selama di rumah sakit adalah Tn. S. Tn. S adalah ayah kandung An. J.

##### 2. Riwayat Keperawatan

###### a. Keluhan utama

Ibu klien mengatakan bahwa ± selama 10 hari klien panas tinggi.

###### b. Riwayat penyakit sekarang

Ibu klien mengatakan 18 Agustus 2008 klien mengeluh panas tinggi, batuk, dan nafsu makan berkurang. Panas timbul secara tiba-tiba dengan suhu 38 °C setelah bermain dengan teman-temannya, mulai saat itu klien sakit dan diperiksakan kedokter terdekat tapi tidak ada perubahan klien masih tetap panas. Ibu klien mengatakan jika

panas timbul klien lebih sering menangis, tidak mau makan, klien juga tidak mau bermain-main dengan teman-temannya.

c. Riwayat masa lalu

Ibu klien mengatakan bahwa pada saat hamil ibu klien tidak mengalami keluhan apapun. Klien anak pertama dan tidak terjadi hal-hal yang mencemaskan pada waktu kelahirannya, pada waktu hamil ibu klien hanya makan secara teratur, mengkonsumsi sayur-sayuran, buah-buahan dan minum susu hamil. Saat persalinan suaminya mendatangkan bidan ke rumahnya. Kelahiran klien dengan normal tanpa operasi. Kelahiran dibantu bidan, BB waktu lahir 3.000 gram.

Klien tidak pernah menderita penyakit yang parah, biasanya hanya panas dan batuk biasa, cukup dibelikan obat ke warung terdekat sudah sembuh, klien tidak pernah dirawat di rumah sakit, klien tidak pernah mengkonsumsi obat apapun kecuali sedang sakit, klien tidak mempunyai alergi makanan maupun minuman, dan tidak menderita penyakit menular, klien tidak pernah mengalami kecelakaan parah, klien hanya terjatuh ringan dan tidak sampai dirawat di rumah sakit, biasanya hanya diberi betadine sudah sembuh dan lukanya kering.

1) Imunisasi yang diberikan :

Imunisasi hepatitis B diberikan setelah lahir respon menangis, imunisasi BCG diberikan setelah berumur 1 bulan respon menangis, imunisasi campak diberikan setelah umur 9

bulan respon menangis, imunisasi polio diberikan setelah 10 bulan respon menangis, imunisasi DPT diberikan setelah 11 bulan respon menangis

d. Riwayat keluarga

Bapak klien pernah menderita sakit ginjal dan dirawat di rumah sakit, setelah operasi akhirnya bapak klien sembuh. Ibu klien tidak pernah menderita penyakit yang serius.

Genogram :



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Hubungan suami istri



: Hubungan saudara



: Meninggal



: Klien



: Tinggal dalam satu rumah



e. Riwayat sosial

Klien diasuh oleh neneknya karena kedua orang tuanya sibuk bekerja untuk mencari nafkah. Klien termasuk orang yang hiperaktif. Ibu klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, di depan rumahnya terdapat keran untuk mencuci tangan dan kaki, terdapat ventilasi udara di setiap ruangan.

f. Keadaan saat ini

Diagnosa medis : Febris Thypoid. Tindakan operasi : tidak ada.

Obat-obatan tanggal 26 Agustus 2008 : Indivon 3 x 1/2 mg, Sanmol 3 x 1/2 cth, sanadril plus 3 x 1/2 cth, Elkana 1 x 1/2 cth, infuse 2A 1/2 N 20 tpm.

Tindakan keperawatan yang kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit. Klien diberi makan dengan bubur. Tanda-tanda vital S : 38<sup>0</sup>C, N : 88x/menit, RR : 26x/menit, TD : 90/70 mmHg, BB : 11 Kg, TB : 75 cm.

Pemeriksaan imunoserologi pada tanggal 26 Agustus 2008 diperoleh hasil Salmonella typhi O 1/160 ( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphi AO negatif ( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphi BO negatif ( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphi CO 1/160 ( $\leq$  1/80), Salmonella typhi H negatif ( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphi AH 1/60( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphi BH negatif ( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphi CH negatif ( $\leq$  1/80).

g. Pengkajian pola fungsional menurut Gordon

1). Persepsi kesehatan

Ibu klien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Apabila ada salah satu keluarganya ada yang sakit segera memeriksakannya ke dokter praktek terdekat atau membeli obat di warung terdekat.

2). Pola metabolisme/nutrisi

Ibu klien mengatakan sebelum sakit nafsu makan baik, klien makan 3 x sehari dengan komposisi nasi, sayur, lauk pauk, minum 4-6 gelas/hari, minum air putih dan susu/ASI. Ibu klien mengatakan selama sakit nafsu makan klien berkurang, makanan yang disediakan oleh rumah sakit tidak dihabiskan, hanya dimakan 2 sendok. A : TB : 75 cm, BB : 11 kg, Lila : 13 cm. B : Salmonella typhi O 1/160 normalnya ( $\leq 1/80$ ), Salmonella paratyphi CO 1/160 normalnya ( $\leq 1/80$ ), Salmonella paratyphi AH 1/160 normalnya ( $\leq 1/80$ ). C : Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor. D : Bubur.

3). Pola eliminasi

Ibu klien mengatakan sebelum sakit BAB 1 x sehari dengan konsistensi kuning, lembek, bau khas feses. BAK 4-6 x sehari lancar, bau khas urine, warna kuning.

Ibu klien mengatakan selama sakit klien BAB 1-2x sehari dengan konsistensi kuning, lembek, bau khas feses. BAK 3-4x sehari warna kekuningan dan bau seperti campuran obat.

4). Pola latihan-aktivitas

Ibu klien mengatakan sebelum sakit sering bermain dengan

teman-temannya.

Ibu klien mengatakan selama sakit klien lebih banyak berbaring di tempat tidur dan apabila keluar rumah, klien selalu digendong.

**5). Pola istirahat-tidur**

Sebelum sakit, klien tidur malam dari jam 20.00 – 05.30 WIB, tidur siang jam 11.00-13.30 WIB. Kebiasaan tidur klien hanya memakai kaos dalam dan celana dalam dengan kipas angin menyala tanpa kipas itu klien tidak bisa tidur.

Selama sakit, klien hanya tidur pada waktu malam hari mulai jam 21.00-05.00 WIB, apabila ada perawat datang, klien langsung terbangun dan menangis.

**6). Pola persepsi – kognitif**

Sebelum sakit, klien apabila ditanya agak susah menjawab, apabila menginginkan sesuatu ngomong disertai menangis.

Selama sakit, klien sering menangis, bila ditanya tidak mau menjawab.

**7). Pola konsep diri dan persepsi diri**

Sebelum sakit, klien mempunyai teman-teman yang mengajaknya bermain. Selama sakit, klien tidak bisa bermain bersama teman-temannya, dan lebih banyak berbaring di tempat tidur.

**8). Pola peran dan hubungan**

Klien adalah anak yang pertama dan mempunyai orang tua yang masih lengkap. Kedua orang tuanya setiap hari pergi untuk bekerja mencari nafkah sehingga klien dititipkan dan diasuh oleh neneknya di rumah.

9). Seksualitas

Klien mengetahui kalau jenis kelamin klien laki-laki

10). Pola toleransi stress – mekanisme

Klien menangis apabila keinginannya tidak terpenuhi, kalau keinginannya terpenuhi klien baru berhenti menangis.

11). Nilai pola keyakinan

Perkembangan moral baik seiring bertambah usia klien mampu membedakan mana yang baik baginya dan mana yang membahayakan dirinya. Klien menganut agama Islam terbukti apabila kedua orang tuanya sholat klien selalu mengikutinya.

h. Pemeriksaan Fisik

1). Keadaan umum

Keadaan umum klien, kesadaran klien composmentis. Tanda-tanda vital klien yaitu suhu  $38^{\circ}\text{C}$ , TD 90/70 mmHg, RR 26x/menit, N : 88x/menit, BB = 11 kg, dan TB = 75 cm.

2). Pemeriksaan Fisik Lengkap

Bentuk kepala klien mesocephal, kulit kepala bersih, rambut tidak rontok. Mata : konjungtiva tidak anemis, sclera putih, bentuk simetris, kelopak mata tidak ada nyeri tekan. Hidung: simetris, tidak ada nyeri tekan. Telinga: pendengaran baik, bersih, tidak ada serumen. Mulut: bibir kering, gigi bersih, lidah tampak kotor, gusi tidak bengkak. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Jantung klien: inspeksi ictus cordis tidak tampak, auskultasi

terdengar suara jantung lubdub, perkusi bunyinya pekak, palpasi tidak terdapat pembesaran jantung.

Paru-paru klien, inspeksi : normal, simetris, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, auskultasi : normal, weezhing (-), ronchi (-).

Abdomen : inspeksi : simetris; auskultasi : peristaltic usus 32x/menit; perkusi : terdengar tympani pada perkusi perut; palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Punggung klien tidak ada lesi dan benjolan

Klien berjenis kelamin laki-laki. Tidak terdapat kelainan dan tidak ada penyakit menular seksual.

Turgor kulit baik, warna kulit klien sawo matang.

### 3). Tumbuh kembang secara umum

BB lahir 3 kg, BB 1 tahun 8 kg, BB saat ini 11 kg (usia 2 tahun).

Pertumbuhan gigi : Usia saat gigi tumbuh 7 bulan jumlah 3 buah, respon anak tidak bisa tidur, menangis terus. Usia mulai menegakkan kepala 3 bulan, usia mulai duduk 7 bulan, berjalan ketika usia 10 bulan, kata-kata pertama adalah "Bapak".

## B. Analisa Data

Pada hari Selasa tanggal 27 Agustus 2008, jam 08.00 WIB diperoleh data sebagai berikut, data subjektif : ibu klien mengatakan badan klien panas tinggi. Data objektif: tubuh klien terasa hangat, klien tampak lemah. TD 90/70 mmHg, N : 88x/menit, S : 38<sup>0</sup>C, RR : 26x/menit. Problemnya yaitu hipertemi. Etiologi, inflamasi usus



Pada hari Selasa tanggal 27 Agustus 2008 jam 08.30 WIB, data subjektif : ibu klien mengatakan makanan yang disediakan oleh rumah sakit tidak habis dimakan klien. Data objektif : klien tidak mau makan yang disediakan oleh rumah sakit, klien tampak lemah. Problemnya perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Etiologinya anorexia.

Pada hari Selasa tanggal 27 Agustus 2008 jam 12.00 WIB, data subjektif : ibu klien mengatakan anaknya sering menangis dan rewel. Data objektif : anak terlihat sering menangis dan rewel. Problemnya ansietas. Etiologinya Hospitalisasi.

### C. Diagnosa keperawatan

1. Diagnosa pertama hipertemi berhubungan dengan inflamasi usus yang ditandai dengan data subjektif : ibu klien mengatakan badan klien panas tinggi. Data objektif: tubuh klien terasa hangat, klien tampak lemah. TD 90/70 mmHg, N : 88x/menit, S : 38<sup>0</sup>C, RR : 26x/menit.
2. Diagnosa kedua Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan . anorexia yang ditandai dengan data subjektif : ibu klien mengatakan makanan yang disediakan oleh rumah sakit tidak habis dimakan klien. Data objektif : klien tidak mau makan yang disediakan oleh rumah sakit, klien tampak lemah. A : TB : 75 cm, BB : 11 kg, Lila : 13 cm, B : Salmonella typhi O 1/160 normalnya ( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphi CO 1/160 normalnya ( $\leq$  1/80), Salmonella paratyphy AH 1/160 normalnya ( $\leq$  1/80), C : Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, D : Bujur.

3. Diagnosa ketiga ansietas berhubungan dengan hospitalisasi yang ditandai dengan data subjektif : ibu klien mengatakan anaknya sering menangis dan rewel. Data objektif : anak terlihat sering menangis dan rewel.

#### **E. Intervensi Keperawatan**

Pada hari Selasa tanggal 27 Agustus 2008, jam 08.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu hipertemi berhubungan dengan inflamasi usus, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam suhu tubuh klien menurun dengan kriteria hasil tubuh klien tidak panas lagi. Data subjektif ekspresi wajah klien tampak rileks, data objektif suhu mencapai rentang normal, TD 90/70, N : 88x/menit, S : 36<sup>0</sup> C RR : 26x/menit. Intervensi yang pertama yaitu: Anjurkan minum 6-7 gelas/hari, intervensi kedua berikan kompres hangat diketiak dan selangkangan, intervensi ketiga monitor TTV.

Pada tanggal 27 Agustus pukul 08.30 WIB, penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa kedua yaitu Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan criteria hasil data subjektif klien makan makanan yang disediakan, data objektif mukosa bibir lembab dan tidak pucat. Dengan intervensi yang pertama, penkes tentang nutrisi. Intervensi kedua kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diet. Intervensi yang ketiga berikan makanan dalam porsi kecil tapi sering. Intervensi keempat libatkan keluarga dalam pemberian makanan atau nutrisi.

Pada tanggal 27 Agustus 2008 pukul 09.00 WIB, penulis membuat

rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga yaitu Ansietas (cemas) berhubungan dengan hospitalisasi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam cemas berkurang dengan criteria hasil data subyektif ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak menangis lagi, data obyektif klien tenang, tidak rewel. Dengan intervensi yang pertama bina hubungan saling percaya. Intervensi yang kedua libatkan orang tua dalam perawatan. Intervensi yang ketiga ajak dan dorong anak untuk bermain. Intervensi yang keempat berikan lingkungan yang nyaman.

#### **F. Implementasi Keperawatan**

Pada hari Selasa 27 Agustus 2008 berkaitan dengan diagnosa pertama hipertemi berhubungan dengan inflamasi usus, implementasi yang pertama dilakukan pada jam 08.00 WIB menganjurkan klien minum 6-7 gelas, respon subyektif; klien bersedia minum yang disediakan, respon obyektif : klien tampak minum dengan baik. Implementasi yang kedua pada jam 08.30 memberikan kompress hangat, respon subyektif : klien bersedia untuk dikompres, respon obyektif : klien tampak tenang dan tidak menolak. Implementasi yang ketiga pada jam 12.00 WIB memonitor TTV, respon subyektif : klien bersedia untuk diperiksa, respon obyektif : klien tampak tenang.

Pada hari Selasa 27 Agustus 2008 berkaitan dengan diagnosa kedua Diagnosa kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, implementasi yang pertama dilakukan pada jam 09.00 WIB memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya nutrisi, respon subjektif

: klien bersedia makan makanan yang disediakan rumah sakit, respon objektif  
 : klien tampak mau makan dengan baik. Implementasi yang kedua jam 12.00  
 WIB memberikan makanan porsi kecil tapi sering, respon subjektif: klien  
 bersedia makan, respon objektif : klien mau makan dengan tenang.  
 Implementasi yang ketiga pada jam 12.00 WIB berkolaborasi dengan tim gizi  
 mengenai diet klien, respon subjektif : klien bersedia makan, respon objektif :  
 klien mau makan dengan baik.

Pada hari Selasa 27 Agustus 2008 berkaitan dengan diagnosa ketiga  
 yaitu ansietas berhubungan dengan hospitalisasi. Implementasi yang pertama  
 adalah bina hubungan saling percaya, respon subjektif, klien bersedia respon  
 obyektif, klien tampak tenang. Implementasi yang kedua melibatkan orangtua  
 dalam perawatan, subjektif klien tampak nyaman, respon obyektif wajah klien  
 tampak rileks. Implementasi yang ketiga ajarkan/dorong anak untuk bermain,  
 respon subjektif klien bersedia bermain, respon obyektif klien tampak senang.  
 Implementasi keempat berikan lingkungan yang nyaman, respon subjektif  
 klien tampak tenang, respon obyektif klien tampak nyaman.

### **G. Evaluasi Keperawatan**

Diagnosa pertama hipertemi berhubungan dengan inflamasi usus, pada  
 hari Rabu tanggal 28 Agustus 2008 evaluasinya diperoleh data subjektif : ibu  
 klien mengatakan demam anaknya menurun. Objektif : tubuh klien sudah  
 tidak panas lagi, S : 36<sup>0</sup>C, T 90/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 26x/menit.  
 Analisis : masalah teratasi, Planning : pertahankan kondisi klien.

Diagnosa keperawatan kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan

tubuh berhubungan dengan anorexia, pada hari Rabu tanggal 28 Agustus 2008 evaluasinya diperoleh data subjektif: ibu klien mengatakan klien mau makan makanan yang disediakan. Objektif : klien tampak menghabiskan makan makanannya, klien tampak segar. Analisis: masalah teratasi. Planning: pertahankan kondisi klien.

Diagnosa ketiga adalah ansietas berhubungan dengan hospitalisasi, pada hari Rabu tanggal 28 Agustus 2008 evaluasinya diperoleh data subjektif: ibu klien mengatakan anaknya tampak tenang dan tidak rewel lagi. Objektif : klien tampak tidak rewel. Analisis: masalah teratasi. Planning : pertahankan kondisi klien.





## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada BAB IV ini penulis akan membahas kasus yang diambil mengenai asuhan keperawatan pada anak An. J dengan febris thypoid diruang anak lantai 3 RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 26 Agustus 2008, dimana dalam mamberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajia, diagnosa keperawan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Sebelum penulis menguraikan diagnose keperawatan yang muncul pada An. J, penulis akan mengklarifikasi data pada resume keperawatan riwayat masa lalu terdapat imunisasi yang diberikan penulis mencantumkan data sebagai berikut:

1. Imunisasi hepatitis B yang di berikan setelah lahir respon menangis.
2. Imunisasi BCG diberikan setelah umur 1 bulan respon menangis.
3. Imunisasi campak diberikan setelah umur 9 bulan respon menangis .
4. Imunisasi polio diberikan setelah umur 10 bulan respon menangis.
5. Imunisasi DPT diberikan setelah umur 11 bulan respon menangis.

Seharusnya dalam pemberian imunisasi penulis mencantumkan data sebagai berikut:

1. Imunisasi Hepatitis B 1,2,3 diberikan 3 kali selang 4 minggu umur 0-11 bulan.
2. Imunisasi BCG diberikan 1 kali umur 0-11 bulan.

3. Imunisasi Campak diberikan 1 kali umur 9-11 bulan
4. Imunisasi Polio 1,2,3,4 diberikan 4 kali selang waktu 4 minggu umur 2-11 bulan
5. Imunisasi DPT 1,2,3 diberikan 3 kali selang waktu 4 minggu umur 2-11 bulan

Pemeriksaan fisik terdapat data tumbuh kembang secara umum penulis menuliskan BB lahir 3kg, BB 1 tahun 8 kg, BB saat ini 11 kg (usia 2 tahun).  
 Pertumbuhan gigi : Usia saat gigi tumbuh 7 bulan jumlah 3 buah, respon anak tidak bisa tidur, menangis terus. Usia mulai menegakkan kepala 3 bulan, usia mulai duduk 7 bulan, berjalan ketika usia 10 bulan, kata-kata pertama adalah "Bapak". Untuk tumbuh kembang secara umum pada anak usia 2 tahun penulis seharuskan mencantumkan data sebagai berikut:

Motorik kasar : Anak sudah bisa berlari dengan baik, dapat naik tangga sendiri, dengan kedua kaki tiap tahap. Motorik halus: Anak sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggantung sederhana, minum dengan menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan sendok dengan baik.

Berdasarkan hasil pengkajian analisa data, penulis menetapkan beberapa masalah yang muncul, antara lain:

*A. Hipertermi berhubungan dengan inflamasi usus.*

Menurut Carpenito, Lynda Juall, 2006. Hipertermi adalah keadaan ketika seseorang individu mengalami atau beresiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih tinggi dari 37,8°C per oral atau 38,8°C per rectal adapun batas minornya kulit kemerahan, peningkatan

kedalaman pernapasan, nyeri dan sakit yang spesifik atau umum, malaise, keletihan, kelemahan, menggigil/merinding, perasaan hangat/dingin, kehilangan nafsu makan, berkeringat.

Penulis menetapkan diagnosa hipertermi karena didapatkan data pada hari pertama ibu klien mengatakan  $\pm$  10 hari anaknya panas tinggi, panas datang secara tiba-tiba. Sedangkan data subjektif : ibu klien mengatakan badan klien panas tinggi. Sedangkan data objektif : tubuh klien terasa hangat, klien tampak lemah, tanda-tanda vital : TD : 90/70 mmHg, S: 38°C, RR : 26x/ menit, N : 88x/ menit.

Diagnosa pertama hipertermi berhubungan dengan inflamasi usus penulis prioritaskan sebagai diagnosa pertama, karena menurut triage konsep, masalah hipertermi merupakan kebutuhan urgen yang harus segera ditangani. Karena jika tidak sesuai diatasi akan terjadi kejang yang nantinya akan berpengaruh pada hipotalamus dan akan berpengaruh pada syaraf otak. Etiologi diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan yaitu proses inflamasi usus, akan tetapi menurut Nic-Noc. 2007: 159, etiologi tersebut kurang tepat. Etiologi yang tepat adalah berhubungan dengan proses penyakit sehingga diagnosa yang tepat untuk diagnosa yang pertama yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan inflamasi usus, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan selama 2x24 jam hipertermi dapat diatasi dengan criteria hasil suhu mencapai rentan normal. Penulis menyusun rencana keperawatan antara lain

selama 2x24 jam hipertermi dapat diatasi dengan criteria hasil suhu mencapai rentan normal. Penulis menyusun rencana keperawatan antara lain memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital, rasionalnya untuk mengetahui keadaan umum klien dan suhu tubuh klien; lakukan kompres hangat, rasionalnya untuk menurunkan panas; anjurkan untuk banyak minum, rasionalnya; untuk menurunkan panas; anjurkan klien untuk memakai pakaian tipis, rasional: untuk menurunkan panas, kolaborasi dengan tim medis, rasionalnya untuk mendapatkan terapi antipiretik.

Dalam implementasi keperawatan, terdapat data yang kurang lengkap, yaitu penulis kurang mencatatkan terapi yang diberikan pada klien untuk melaksanakan rencana diagnosa pertama. Akan tetapi rencana yang telah disusun oleh penulis sepenuhnya dapat dilakukan semua karena adanya kerja sama antara tim medis dan keluarga.

Evaluasi pada hari rabu tanggal 28 Agustus 2008 untuk diagnosa pertama yaitu hipertermi berhubungan dengan inflamasi usus, data subjektif ibu klien mengatakan demam anaknya menurun, data objektif : tubuh klien sudah tidak panas lagi, S : 36, T: 90/70 mm/Hg, N : 80x/ menit, RR : 20x/menit, masalah teratasi, dan planning pertahankan kondisi klien.

***B. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia***

Menurut Carpenito, Linda Juall. 2000. Perubahan nutrisi : Kurang dari kebutuhan tubuh : suatu keadaan dimana individu tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan

yang tidak puasa melaporkan atau mengalami: masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan-kebutuhan metabolic actual atau potensi dalam masukan yang berlebihan. Sedangkan batasan karakteristik minor adalah berat badan 10% sampai 20% atau lebih dibawah 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 perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia penulis tegakkan karena pada analisa data ditemukan data subjektif: ibu klien makanan yang disediakan oleh rumah sakit tidak habis dimakan klien. Data objektif : Klien tidak mau makan makanan yang disediakan oleh rumah sakit, klien tampak lemah. A : TB : 75 cm, BB : 11 kg, Lila : 13 cm, B: Salmonella typhi O 1/60 normal (<1/80), Salmonella paratyphi CO 1/160 normal (<1/80), Salmonella paratyphi AH 1/160 normal (<1/80), C: mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, D: Bubur.

Diagnosa nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia kurang tepat. Menurut Carpenito, Lynda Juall. 2000. Diagnosa yang tepat yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.



Penulis menetapkan diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia sebagai diagnosa prioritas kedua karena menurut Hierarki Maslow nutrisi termasuk dalam kebutuhan tubuh fisiologis.

Untuk mengatasi diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, penulis menyusun rencana setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil klien makan makanan yang disediakan, mukosa bibir lembab dan tidak pucat. Kriteria hasil yang penulis tetapkan kurang tepat, seharusnya penulis mencantumkan klien makan 3x sehari dengan komposisi bubur, lauk, sayur habis 1 porsi, klien tidak lemas, mukosa bibir lembab. Sehingga penulis menyusun rencana keperawatan antara lain penkes tentang kesehatan, rasionalnya; pengetahuan klien tentang pentingnya nutrisi, kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diet rasionalnya; makanan yang disediakan dihabiskan, berikan makanan dalam porsi kecil tapi sering rasionalnya; meningkatkan nafsu makan, libatkan keluarga dalam pemberian makanan atau nutrisi rasionalnya; menambah nafsu makan.

Dalam implementasi, penulis hanya melakukan intervensi pendidikan kesehatan, memberikan makanan dalam porsi kecil tapi sering, kolaborasi dengan tim gizi mengenai diet. Penulis hanya melakukan sebagian rencana tindakan keperawatan yang penulis rencanakan, hal ini dikarenakan klien kurang kooperatif, klien sering menangis.

Evaluasi tanggal 28 Agustus 2008 pada diagnosa yang kedua diperoleh data subjektif : ibu klien mengatakan klien mau makan makanan yang disediakan, data objektif : klien tampak menghabiskan makanan yang disediakan, klien tampak segar. analisa masalah teratasi, dan planning pertahankan kondisi klien.

### C. *Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi*

Menurut carpenito, Linda Juall, 2006. Ansietas adalah keadaan ketika individu/kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini) dan aktivasi system saraf autonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas, nonspesifik.

Adapun batasan karakteristik antara lain: Batasan karakteristik mayor : dimanifestasikan oleh gejala-gejala dari kategori : fisiologi, emosional, dan kognitif. Gejala bervariasi sesuai dengan tingkat ansietas. Diagnosa ansietas berhubungan dengan hospitalisasi penulis tegakkan karena pada analisa data ditemukan data subjektif : ibu klien mengatakan anaknya sering rewel dan menangis, data objektif : anak terlihat sering rewel dan menangis, skala ansietas: 3. Penulis menetapkan diagnosa ansietas berhubungan dengan hospitalisasi sebagai diagnosa ketiga karena menurut Hierarki Maslow ansietas termasuk dalam kebutuhan keselamatan dan keamanan. Dari ketiga diagnosa yang penulis angkat masalah hipertermi dan perubahan nutrisi lebih diprioritaskan dari pada masalah ansietas, karena kedua masalah tersebut perlu penanganan segera tetapi tetap memerlukan tindakan atau penanganan yang tepat.

Untuk mengatasi diagnosa ansietas berhubungan dengan hospitalisasi, penulis menyusun rencana keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam cemas berkurang dengan kriteria hasil : ibu klien mengatakan anaknya jarang menangis, klien tenang dan tidak rewel. Sehingga penulis menyusun rencana keperawatan antara bina hubungan saling percaya rasionalnya meningkatkan kenyamanan anak, libatkan keluarga dalam perawatan rasionalnya; untuk mengurangi kecemasan, ajarkan atau dorong anak untuk bermain rasionalnya; untuk mengekspresikan perasaan, berikan lingkungan yang nyaman rasionalnya; agar anak tidak rewel

Evaluasi pada tanggal 28 Agustus 2008 diagnosa ketiga yaitu data subjektif : ibu klien mengatakan anaknya tampak tenang dan tidak rewel lagi, data objektif : klien tampak tidak rewel, analisa masalah teratasi: masalah teratasi, planing pertahankan kondisi klien.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An. J dengan demam typhoid di ruang Anak RSI Sultan Agung Semarang tanggal 26 Agustus 2008 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. J 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. J dengan demam typhoid, dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu hipertermia berhubungan dengan inflamasi usus. Perubahan nutrisi berhubungan dengan anoreksia. 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 kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada An. J dengan demam typhoid untuk masalah keperawatan Hipertermia berhubungan dengan inflamasi usus sudah teratasi karena sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan dengan diagnosa perubahan nutrisi berhubungan dengan anoreksia teratasi. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan dengan diagnosa ansietas berhubungan dengan hospitalisasi juga sudah 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 informasi pada masyarakat tentang masalah kesehatan, penanganan dan pencegahan dini, baik melalui leaflet maupun poster.
4. Bagi para pembaca (khususnya mahasiswa keperawatan dan perawat) setelah membaca Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan tentang apa itu demam thipoid, tanda dan gejalanya, komplikasi dan penanganan yang tepat.



## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. 2000. *Buku saku diagnosa keperawatan (Alih Bahasa)* : Edisi 8. Jakarta : EGC
- M. Nurs, Nursalam. 2005. *Asuhan keperawatan bayi dan anak* : Edisi 1. Jakarta  
Ngastiyah. 2005. *Perawatan Anak Sakit* : Edisi 2. Jakarta : EGC
- Rampengan, T.H. 2007. *Penyakit infeksi trofik pada anak*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Riyadi, Sujono & Sukarmin. 2009. *Asuhan keperawatan pada anak* : Edisi I. Yogyakarta : EGC
- Soegijanto, Soegeng. 2002. *Ilmu penyakit anak, diagnosa & penatalaksanaan* : Edisi 1. Jakarta : EGC
- S. Poorwo Soedarmo, Sumarmo. 2002. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Anak*. Edisi 1. Jakarta : EGC
- Suriadi. 2006. *Asuhan keperawatan pada anak* : Edisi 2. Jakarta : EGC

