

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA ANAK DEMAM TIFOID
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

PEBRIYANTO
P05120219027

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA ANAK DEMAM TIFOID
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma
Tiga Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Disusun Oleh:

PEBRIYANTO
P05120219027

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA ANAK DEMAM TIFOID
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipersentasikan oleh:

PEBRIYANTO
P05120219027

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipersentasikan di
Hadapan Tim Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 11 Juli 2022

Oleh:

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



Pauzan Efendi, SST., M.Kes
NIP: 196809131988031003

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA ANAK DEMAM TIFOID
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

PEBRIYANTO
P05120219027

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Program Studi Diploma III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 13 Juli 2022

Panitia Penguji

1. **Ns. Rahma Annisa,S.Kep.,M.Kep** (.....)
NIP. 198503232010122002
2. **Erni Buston,SST.,M.Kes** (.....)
NIP. 198707072010122003
3. **Pauzan Efendi,SST.,M.Kes** (.....)
NIP. 196809131988031003

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Asmawati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan yang maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya lah penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman pada Anak Demam Tifoid di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022”. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga dapat diselesaikan tepat waktunya. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM, M.PH, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu yang memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti S.Kep.,M.Pd, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati, S.Kp.,M.Kep., selaku ketua program studi D III keperawatan Bengkulu.
4. Ibu Ns. Rahma Annisa,S.Kep.,M.Kep selaku ketua penguji dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Erni Buston,SST.,M.Kes selaku penguji 1 dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Pak Pauzan Efendi SST.,M.Kes selaku penguji 2 sekaligus pembimbing, dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, dan masukan sehingga karya tulis ilmiah ini bisa terselesaikan dengan baik.
7. Seluruh Dosen dan Staf Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
8. Pasien kelolaan An. S dan keluarga beserta seluruh dokter, Perawat dan seluruh tenaga medis lain yang bertugas di Ruang Safa RSHD Kota Bengkulu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi

penulisan maupun penyusunan, Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, 11 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	2
C. Tujuan studi kasus	3
D. Manfaat studi kasus	3
BAB II TINJAUANTEORITIS	
A. Konsep dasar demam Tifoid	5
B. Konsep dasar keamanan dan kenyamanan	12
C. Konsep dasar hipertermia dan nyeri	17
D. Konsep dasar asuhan keperawatan	20
BAB III METODE STUDI KASUS	
A. Pendekatan penelitian	32
B. Subyek penelitian	32
C. Batasan istilah	32
D. Lokasi dan waktu penelitian	33
E. Prosedur penelitian	33
F. Pengumpulan data	33
G. Keabsahan data	34
H. Analisa data	34
I. Etika dan Studi Kasus	35
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil studi kasus	37
B. Pembahasan	60
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	64
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	68

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 WOC Tifoid fever	8
Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium	43
Tabel 4.2 Penatalaksanaan Medis	43
Tabel 4.3 Analisa data	44
Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan	45
Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan	46
Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Biodata Penulis

Lampiran 2 : Poto Dokumentasi

Lampiran 3 : Surat Izin Pra penelitian RSHD Kota Bengkulu

Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian RSHD Kota Bengkulu

Lampiran 5 : Surat Izin Selesai Penelitian RSHD Kota Bengkulu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan saat ini yang terjadi di Negara Indonesia. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak merupakan sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Namun, timbulnya suatu penyakit merupakan ancaman terbesar yang beresiko menurunkan derajat kesehatan pada masyarakat dunia ini. Ancaman penyakit paling berbahaya dalam menurunkan derajat kesehatan anak adalah penyakit menular. Penyakit menular yang sering terjadi di negara berkembang adalah penyakit pada saluran pernapasan dan pencernaan. Salah satu penyakit saluran pencernaan adalah demam Tifoid (Kemenkes RI, 2015).

Demam Tifoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dengan atau tanpa gangguan kesadaran yang disebabkan oleh infeksi bakteri *salmonella typhi* (Lestari, 2016).

Data dari WHO menyatakan bahwa penyakit demam Tifoid di dunia mencapai 11-20 juta kasus pertahun yang mengakibatkan terjadinya sekitar 128.000-161.000 kematian setiap tahunnya dan saat ini sekitar 80% dari seluruh kasus demam Tifoid terjadi di negara Afrika selatan, Bangladesh, Tiongkok, India, Indonesia, Laos, Nepal, Pakistan serta Vietnam (WHO, 2018). Di Indonesia sendiri, penyakit ini mencapai 350-810/100.000 penduduk di Indonesia Itu artinya tiap tahun ada sebesar 600.000-1.500.000 kasus demam Tifoid (*Tifoid Fever: Indonesia's Favorite Disease*, 2016). data dari Riskesdas 2018 menyatakan jumlah penderita demam Tifoid di DKI Jakarta berjumlah 20.105 orang, Sumatra selatan berjumlah 10.708 orang, jambi berjumlah 4.564 orang, lampung berjumlah 8.716 orang, dan di

bengkulu sendiri berjumlah 2.510 orang.. Berdasarkan data dari rekam medis di Kota Bengkulu, di RSUD Dr. M. Yunus 2019 penderita demam Tifoid berjumlah 366 orang, di RS Bhayangkara 2021 berjumlah 98 orang dan di RSHD Kota Bengkulu berjumlah 124 orang.

Penyakit demam Tifoid di sebabkan oleh infeksi kuman *salmonella tpyhi* yang merupakan kuman negatif, dan tidak menghasilkan spora, hidup baik sekali pada suhu tubuh manusia serta dapat mati pada suhu 70°C dan menggunakan antiseptic (Wulandari & Erawati, 2016). Dampak demam Tifoid sendiri terhadap tubuh manusia yaitu menimbulkan perasaan tidak enak badan, lesu, pusing, dan tidak bersemangat yang kemudian disusul dengan gejala-gejala klinis seperti nyeri bagian perut, anoreksia, mual muntah, konstipasi, diare, dan demam / hipertermia. Gejala klinis terbanyak adalah demam, anoreksia diikuti oleh mual, muntah, dan nyeri perut (Homenta, 2016).

Dari uraian diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah penyakit demam Tifoid dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman pada Anak Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022”

Tindakan yang dilakukan penulis terhadap pasien Demam Tifoid yaitu melakukan tindakan kompres hangat yang mana dengan kompres hangat tersebut diharapkan dapat menurunkan demam pada anak dan dapat menurunkan nyeri yang dirasakan anak tersebut. Dengan melakukan kompres hangat maka hipotalamus di otak akan menganggap area tersebut terasa panas. Dengan demikian, hipotalamus akan merespons dengan menurunkan suhu tubuh sehingga lebih dingin.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang penulis angkat adalah bagaimana Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan dengan masalah pemenuhan

kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Diketahui Gambaran “Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan rasa aman dan nyaman Pada Pasien Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu”.

b. Tujuan Khusus

a. diketahui gambaran pengkajian pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu.

b. diketahui gambaran diagnosa pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu.

c. diketahui gambaran perencanaan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu.

d. diketahui gambaran implementasi pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu.

e. Telah diketahui gambaran evaluasi pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid Di RSHD Kota Bengkulu.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan dalam pembuatan asuhan keperawatan khususnya tentang asuhan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid.

2. Bagi Perawat di Rumah Sakit

Mendapatkan informasi tentang penerapan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid untuk meningkatkan asuhan keperawatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat menjadi sumber bacaan dan pengetahuan bagi mahasiswa untuk mengetahui lebih dalam mengenai asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid.

4. Bagi Masyarakat (Pasien dan Keluarga)

Dapat Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien dan keluarga dalam menangani dan pencegahan terhadap Penyakit Demam Tifoid.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Demam Tifoid

1. Definisi

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

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

Tifoid fever atau demam Tifoid adalah penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dan dengan gangguan kesadaran (sari, 2013).

2. Etiologi

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

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

3. Manifestasi klinis

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

a. Demam

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

b. Gangguan pada saluran pencernaan

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

c. Gangguan kesadaran

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

d. Relaps

Relaps (kambuh) ialah berulangnya gejala penyakit demam Tifoid, akan tetap berlangsung ringan dan lebih singkat. Terjadi pada minggu kedua setelah suhu badan normal kembali, terjadinya sukar diterangkan. Menurut teori relaps terjadi karena terdapatnya basil dalam organ-organ yang tidak dapat dimusnahkan baik oleh obat maupun oleh zat anti (Lestari, 2016).

4. Patofisiologi

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

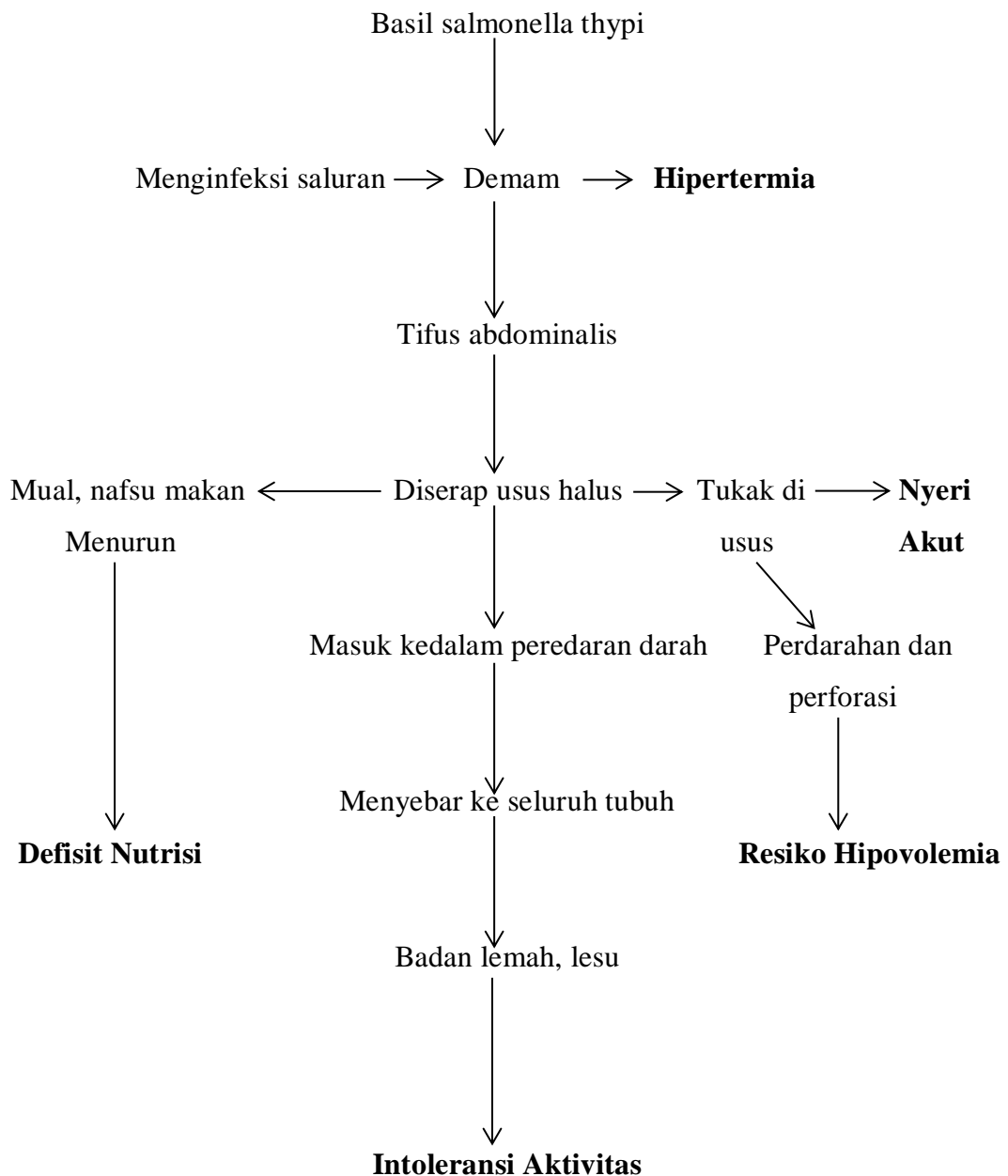
Jaringan limfoid plak peyeri dan kelenjar getah bening mesenterika mengalami hiperplasia. Basil tersebut masuk ke aliran darah (bakterimia) melalui duktus thoracicus dan menyebar ke seluruh organ retikulo endotalial tubuh, terutama hati, sumsum tulang, dan limfa melalui sirkulasi portal dari usus (Lestari, 2016).

Hati membesar (hepatomegali) dengan infiltrasi limfosit, zat plasma, dan sel mononuclear. Terdapat juga nekrosis fokal dan pembesaran limfa (splenomegali). Di organ ini, kuman salmonella thypi berkembang biak dan masuk sirkulasi darah lagi, sehingga mengakibatkan bakterimia ke dua yang disertai tanda dan gejala infeksi sistemik (demam, malaise, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskuler dan gangguan mental koagulasi) (Lestari, 2016).

Perdarahan saluran cerna terjadi akibat erosi pembuluh darah di sekitar plak peyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hiperplasia.

Proses patologis ini dapat berlangsung hingga ke lapisan otot, serosa usus, dan mengakibatkan perforasi.

5. Pathway



Tabel 2.1 WOC Tifoid fever

(Sumber. Hidayat, 2006)

6. Komplikasi

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

Komplikasi extra intestinal :

- a. Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi (renjatan sepsis), miokarditis, trombosis, tromboplebitis
- b. Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia dan syndrome uremia hemolitik
- c. Komplikasi paru : pneumonia, empiema, dan pleuritis.
- d. Komplikasi pada hepar dan kandung empedu : hepatitis, dan kolesistitis.
- e. Komplikasi ginjal glomerulus nefritis, pyelonephritis dan perinephritis.
- f. Komplikasi pada tulang : osteomyolitis, osteoporosis, spondilitis dan arthritis.
- g. Komplikasi neuropsikiatrik : delirium, meningismus, meningitis, polyneuritis perifer, sindroma guillain bare dan sindroma katatonia (Lestari, 2016).

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah perifer lengkap

Dapat ditemukan leukopeni, dapat pula leukositosis atau kadar leukosit normal. Leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder

- b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT sering meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh. Peningkatan SGOT dan juga SGPT ini tidak memerlukan penanganan khusus

- c. Pemeriksaan uji widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibody terhadap bakteri salmonella typhi. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan

adanya aglutinin dalam serum penderita demam Tifoid. Akibat adanya infeksi oleh salmonella typhi maka penderita membuat antibody (agglutinin)

d. Kultur

- 1) Kultur darah : bisa positif pada minggu pertama
- 2) Kultur urine : bisa positif pada akhir minggu kedua
- 3) Kultur feses : bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga

e. Anti salmonella typhi ig M

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut salmonella typhi, karena antibody ig M muncul pada hari ke3 dan 4 terjadinya demam (Nurarif & Kusuma, 2015).

8. Penatalaksanaan

penatalaksanaan pada demam Tifoid yaitu (Lestari, 2016).

a. Perawatan

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

b. Diet

- 1) Diet yang sesuai, cukup kalori dan tinggi protein.
- 2) Pada penderita yang akut dapat diberikan bubur saring.
- 3) Setelah bebas demam diberi bubur kasar selama 2 hari lalu nasi lembut
- 4) Dilanjutkan dengan nasi biasa setelah penderita bebas dari demam selama 7 hari.

c. Obat-obatan

- 1) Kloramfenikol diberikan dengan dosis 50 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali pemberian, oral atau intravena, selama 14 hari.

- 2) Bila mana terdapat kontra indikasi pemberian kloramfenikol, diberikan ampisilin dengan dosis 200 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali. Pemberian intravena saat belum dapat minum obat, selama 21 hari.
- 3) Amoksisilin dengan dosis 100 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali. Pemberian oral/intravena selama 21 hari.
- 4) Kotrimoksazol dengan dosis 8 mg/kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian, oral, selama 14 hari.
- 5) Pada kasus berat, dapat diberi ceftriakson dengan dosis 50 mg/kgBB/hari dan diberikan 2 kali sehari atau 80 mg/kgBB/hari, sehari sekali, intravena selama 5-7 hari
- 6) Pada kasus yang diduga mengalami MDR, maka pilihan antibiotika adalah meropenem, azithromisin, dan fluoroquinolon

B. Konsep dasar rasa aman dan nyaman

1. Konsep dasar Rasa Aman

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram (Potter & Perry, 2006). Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keaman terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (mis, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman (Asmadi, 2005).

Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan fisiologis. Misalnya, seorang perawat mungkin perlu melindungi klien disintasi dari kemungkinan jatuh dari tempat tidur sebelum memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (Potter & Perry, 2005).

Lingkup kebutuhan keamanan atau keselamatan lingkungan klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Untuk selamat dan aman secara psikologi, seorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga dan profesional pemberi perawatan kesehatan. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang dijumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa

ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak dikenal (Potter & Perry,2005).

Orang dewasa yang sehat secara umum mampu memenuhi kebutuhan keselamatan fisik dan psikologis mereka tanpa bantuan dari profesional pemberi perawatan kesehatan. Bagaimanapun, orang yang sakit atau cacat lebih rentan untuk terancam kesejahteraan fisik dan emosinya, sehingga intervensi yang dilakukan perawat adalah untuk membantu melindungi mereka dari bahaya (Potter & Perry, 2005).

Kebutuhan Dasar Yang Dapat Mengancam Keselamatan Klien :

a. Oksigen

Bahaya umum yang ditemukan di rumah adalah sistem pemanasan. Pembakaran yang tidak mempunyai pembuangan yang tepat akan menyebabkan penumpukan karbon monoksida (CO) di dalam Ruangan. CO berikatan kuat dengan oksigen sehingga mencegah terbentuknya oksihemoglobin, dan akhirnya menyebabkan berkurangnya oksigen ke seluruh jaringan tubuh.

b. Kelembaban

Kelembaban relatif adalah jumlah uap air di udara dibandingkan dengan uap air maksimum yang dapat dikandung oleh udara pada suhu yang sama. Jika kelembaban relatifnya tinggi, maka kelembaban kulit terevaporasi lambat, begitu pula sebaliknya. Orang tidak akan nyaman bila berada pada cuaca panas dan lembab. Orang akan merasa dingin dan nyaman bila berada pada suhu 32°C dengan kelembaban 30%.

c. Nutrisi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat dan aman memerlukan kontrol lingkungan dan pengetahuan. Kulkas, air bersih dan pembuangan sampah diperlukan pengetahuan yang benar, sehingga pemenuhan kebutuhan nutrisi menjadi aman. Makanan yang tidak dikelola dengan baik akan meningkatkan terjadinya risiko infeksi dan keracunan makanan. Infeksi bakteri melalui makanan

disebabkan karena adanya kontaminasi makanan dengan bakteri seperti salmonela, higela, dan listeriosa. Keracunan makanan seringkali disebabkan oleh ingesti toksin bakteri seperti stafilokokus dan klostridium yang dihasilkan dalam makanan.

Walaupun sebagian besar penyakit akibat makanan disebabkan oleh bakteri, tetapi penyakit hepatitis A disebabkan oleh virus hepatitis A yang disebarkan melalui kontaminasi feses terhadap makanan, air, atau susu.

d. Suhu

Suhu lingkungan yang nyaman bervariasi untuk setiap individu. Suhu yang nyaman berada pada rentang 18– 23°C. Terpapar suhu udara yang sangat dingin dalam waktu yang lama menyebabkan radang dingin (*frostbite*) dan hipotermia. Hipotermi terjadi saat suhu tubuh = atau < 35°C, denyut jantung lemah dan tidak teratur, pernafasan dangkal dan lambat, muka pucat, menggigil. Dapat terjadi kematian. Pemaparan panas yang ekstrem dapat menyebabkan *heatstroke* (sengatan terik matahari) atau *heat exhaustion* (udara yang panas). *Heat exhaustion* menyebabkan diaforesis yang berlebihan, hipotensi, perubahan status mental, kejang otot, dan mual. *Heatstroke* adalah salah satu kondisi yang mengancam kehidupan dengan ditandai oleh perubahan status mental yang berat, koma, hiperpireksia dengan kulit kering yang panas, dan suhu rectal > 40°C. Klien yang menderita sakit kronik, lansia dan bayi mempunyai risiko terbesar mengalami cedera akibat panas yang ekstrem.

2. Konsep dasar Rasa Nyaman

Perubahan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Linda, 2000). kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar

manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien (Potter & Perry, 2006).

Kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari nyeri dan hipo/hipertermia mengingat nyeri dan hipo/hipertermia merupakan keadaan yang dapat mempengaruhi perasaan tidak nyaman bagi tubuh. Rasa tidak nyaman ini ditunjukkan dengan ada tanda dan gejala seperti ketika ada nyeri, pasien menunjukkan perilaku protektif dan tidak tenang, peningkatan tekanan, frekuensi nadi, peningkatan atau penurunan napas, diaforesis, wajah mnyeringai, dan perilaku distraksi, seperti menangis dan merintih. Sedangkan rasa nyaman pada hipo/hipertermia merupakan suatu keadaan yang dialami pasien dengan merasakan kedinginan atau kepanasan yang ditandai dengan suhu

dibawah $35,5^{\circ}\text{C}$ disebut hipotermia dan diatas 37°C disebut hipertermia (Aziz, 2004).

Faktor faktor yang Mempengaruhi Keamanan dan Kenyamanan :

a. Emosi

Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.

b. Status Mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko injury.

c. Gangguan Persepsi Sensory

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

d. Keadaan Imunits

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.

e. Tingkat Kesadaran

Pada pasien koma, respon akan enurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

f. Informasi atau Komunikasi

Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.

g. Gangguan Tingkat Pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

h. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

i. Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.

j. Usia

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

k. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

C. Konsep Dasar Hipertermia dan Nyeri

1. Konsep dasar Hipertermia

Hipertermia merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami atau beresiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh secara terus menerus lebih tinggi dari 37⁰C (peroral) atau 38,8⁰C (perektral) karena peningkatan kerentanan terhadap faktor faktor eksternal (NANDA, 2015).

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

Salah satu cara untuk mengatasi hipertermia yaitu dengan melakukan tindakan kompres hangat. Dengan melakukan kompres hangat maka Suhu hangat merangsang termoreseptor pada kulit untuk mengirimkan sinyal ke otak. Hipotalamus di otak akan bereaksi dan menghasilkan respon yang disebut vasodilatasi. Ketika vasodilatasi, pembuluh darah akan melebar sehingga darah akan mengalir lancar dan peningkatan suhu terjadi lebih cepat. Akibatnya, panas dapat membuat otot lebih rileks dan otak juga akan menurunkan suhu tubuh menjadi normal.

2. Konsep Dasar Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual atau potensial. Nyeri yang dirasakan seseorang mempunyai rentang nyeri yang berbedabeda dari satu orang ke orang lainnya. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan. Tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Batasan karakteristik nyeri akut adalah perubahan posisi untuk menghindari nyeri, perubahan selera makan, sikap melindungi area nyeri, mengeksperisikan perilaku gelisah, ekspresi wajah nyeri mata kurang bercahaya meringis kesakitan (Tio, 2017).

Nyeri menurut The International Association for the Study of Pain adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang disertai oleh kerusakan jaringan secara potensial, actual dan sering dilukiskan sebagai suatu yang berbahaya (noksius, protofatik) atau yang tidak berbahaya (non-noksius, epikritik) misalnya sentuhan ringan, kehangatan, tekanan ringan. Nyeri dirasakan apabila reseptor-reseptor nyeri spesifik teraktifasi, dapat dijelaskan secara subjektif dan objektif berdasarkan lama atau durasi, kecepatan sensasi dan letak.

nyeri dapat melibatkan komponen fisiologis, kognitif, tingkah laku dan sosial kultural Lewis (2005).

a. Faktor kognitif

Seseorang dengan nyeri apapun, khususnya nyeri kronis, mengembangkan sekelompok keyakinan untuk menjelaskan pengalaman nyeri, keyakinan-keyakinan ini berupa penyebab dan serangan nyeri, makna, gejala, kemampuan untuk mengontrol nyeri dan pengaruh nyeri masa sekarang dan masa yang akan datang. Nyeri dapat terlihat sebagai suatu stressor yang dianggap sama

seperti stressor lainnya. Bagaimana nyeri dianggap dipengaruhi oleh keyakinan seseorang dan pengalaman sebelumnya akan mempengaruhi bagaimana seseorang mengatasi nyeri, mulai dari mengabaikannya dan mempertahankan aktifitas biasa. Jika individu yakin bahwa pikiran dan perilaku dapat memiliki pengaruh yang positif terhadap nyeri yang akan dirasakan, maka individu mungkin mencoba berbagai strategi untuk meringankan rasa nyeri dan upaya untuk pengontrolannya.

b. Faktor Afektif

Ketakutan dan kecemasan merupakan aspek nyeri yang utama dan tidak dapat dihindari karena menandakan bahaya yang membutuhkan respons segera. Pada nyeri kronis khususnya ketakutan dan kecemasan akan terjadi secara terus menerus karena upaya-upaya pasien untuk mengatasinya sering kali menimbulkan efek yang kecil. Pengalaman nyeri sebelumnya berpengaruh terhadap nyeri saat ini, yang mempengaruhi intensitas nyeri dan perilaku terhadap nyeri. Pasien akan merasa takut bahwa nyeri tidak akan dapat ditangani dengan baik, takut terlalu banyak mengkonsumsi anti nyeri dan akan mengakibatkan ketergantungan, serta takut akan profesional pelayanan kesehatan tidak akan mengerti tentang nyeri dan tidak mempercayai intensitas nyeri yang dirasakan.

c. Faktor Perilaku

Keyakinan yang dirasakan oleh individu dengan nyeri akan berpengaruh terhadap perilakunya. Intervensi untuk merubah fikiran dan perasaan dapat membantu merubah perilaku dengan cara yang positif, meningkatkan rasa kesejahteraan dan menurunkan nyeri serta ketidakmampuan juga merubah perilaku.

d. Faktor Sosial kultural

Berkaitan dengan gender, wanita melaporkan nyeri yang lebih sering dan berat dengan durasi yang lama daripada laki-laki. Uji laboratorium didapat bahwa laki-laki lebih tahan terhadap ambang

nyeri dan toleransi nyeri yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita. Orang-orang mempelajari perilaku yang sesuai dengan budaya mereka melalui proses sosialisasi. Perbedaan budaya menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dalam proses pengkajian. Pengkajian dan manajemen nyeri harus didasarkan pada individu pasien.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Demam Tifoid

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama di dalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengumpulan data ini juga harus dapat menggambarkan status kesehatan klien dan kekuatan masalah-masalah yang dialami oleh klien (Serri, 2010).

Berikut ini adalah pengkajian tentang demam Tifoid :

a. Biodata Klien dan penanggung jawab

Biodata berupa nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nomor registrasi, status perkawinan, agama, pekerjaan, tinggi badan, berat badan, tanggal masuk rumah sakit

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

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

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji adanya keluarga yang menderita penyakit yang sama (penularan).

c. Riwayat kehamilan dan persalinan

1) Pre natal care

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

2) Natal

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

3) Post natal

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

d. Riwayat imunisasi

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

e. Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya ukuran berbagai organ fisik berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah, besar, ukuran atau dimensi tingkat sel. Pertambahan berat badan 2–4 Kg/tahun dan pada anak wanita sudah mulai mengembangkan ciri sex sekundernya. Perkembangan menitik beratkan pada aspek diferensiasi bentuk dan fungsi termasuk perubahan social dan emosi

1) Motorik kasar

- a) Loncat tali
 - b) Badminton
 - c) Memukul
 - d) Motorik kasar di bawah kendali kognitif dan berdasarkan secara bertahap meningkatkan irama dan kehalusan.
- 2) Motorik halus
- a) Menunjukkan keseimbangan dan koordinasi mata dan tangan
 - b) Dapat meningkatkan kemampuan menjahit, membuat model dan bermain alat musik.
- 3) Kognitif
- a) Dapat berfokus pada lebih dan satu aspek dan situasi
 - b) Dapat mempertimbangkan sejumlah alternative dalam pemecahan masalah
 - c) Dapat membelika cara kerja dan melacak urutan kejadian kembali sejak awal
 - d) Dapat memahami konsep dahulu, sekarang dan yang akan datang
- 4) Bahasa
- a) Mengerti kebanyakan kata-kata abstrak
 - b) Memakai semua bagian pembicaraan termasuk kata sifat, kata keterangan, kata penghubung dan kata depan
 - c) Menggunakan bahasa sebagai alat pertukaran verbal
 - d) Dapat memakai kalimat majemuk dan gabungan
- f. Pola kebiasaan sehari hari
- Mengidentifikasi pola aktivitas klien sebelum dan sesudah sakit. Yang meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktivitas.

1) Nutrisi

Menggambarkan pola nutrisi klien dari sebelum sakit sampai saat klien sakit yang meliputi frekuensi makan, jenis makanan yang dimakan, porsi makanan, frekuensi minum serta jenis minuman

yang klien minum berapa gelas atau liter/hari Yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan klien, tipe makanan dan cairan, peningkatan penurunan berat badan, nafsu makan, pilihan makan. Pada klien yang mengalami demam Tifoid terdapat keluhan mual muntah yang dapat berpengaruh pada pola perubahan nutrisi klien (Wulandari & Erawati, 2016).

2) Eliminasi

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

3) Istirahat tidur

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

4) Personal hygiene

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

5) Aktivitas

Mengkaji aktivitas klien sebelum sakit maupun saat sakit yang meliputi rutinitas yang setiap hari dilakukan oleh klien.

Yang perlu dikaji adalah pola aktivitas klien, latihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari

(merawat diri, bekerja), dan respon kardiovaskuler serta pernapasan saat melakukan aktivitas.

- g. Riwayat psikososial dan spiritual
- h. Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya, serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita
- i. Pemeriksaan fisik
 - 1) Keadaan umum
anak tidak enak badan, tampak lemah, lesu, nyeri kepala, suhu tubuh meningkat 37-40°C, muka kemerahan dan tidak bersemangat
 - 2) Tingkat kesadaran
tingkat kesadaran menurun, apatis sampai samnolen, jarang terjadi supor, atau bahkan koma
 - 3) Kepala
rambut kusam, mudah dicabut/rontok
 - 4) Mata
posisi mata kiri dan kanan simetris, konjungtiva anemis, pupil merespon terhadap cahaya, fungsi penglihatan tidak ada gangguan
 - 5) Hidung
pernapasan tidak menggunakan cupit hidung
 - 6) Telinga
pada anak demam Tifoid tidak mengalami gangguan pendengaran
 - 7) Mulut
bibir pecah pecah, kering dan pucat, nafas berbau tidak sedap, lidah tertutup selaput putih kotor
 - 8) Leher
tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak terlihat otot bantu
 - 9) Dada
dada simetris, pernafasan vesikuler
 - 10) Abdomen

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

11) Ekstremitas

Normal bisa bergerak seperti biasanya

12) Genitalia

Tidak ada keluhan

j. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah perifer lengkap

Dapat ditemukan *leukopeni*, dapat pula *leukositosis* atau kadar *leukosit* normal.

2) Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT sering meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh. Peningkatan SGOT dan juga SGPT ini tidak memerlukan penanganan khusus

3) Pemeriksaan uji widal

Uji *widal* dilakukan untuk mendeteksi adanya *antibody* terhadap bakteri *salmonella typhi*. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya *agglutinin* dalam *serum* penderita Demam *Tifoid*. Akibat adanya infeksi oleh *salmonella typhi* maka penderita membuat *antibody (agglutinin)*

4) Kultur

a) Kultur darah : bisa positif pada minggu pertama

b) *Kultur urine* : bisa positif pada akhir minggu kedua

c) *Kultur feses* : bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga

5) Anti *salmonella typhi*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut *salmonella typhi*, karena *antibody* muncul pada hari ketiga dan keempat terjadinya demam.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang dirawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter, et. al, 2005). Sumber diagnosa untuk penyakit demam Tifoid yang diambil adalah dari SDKI, SLKI, dan SIKI. Berikut ini adalah diagnosa yang biasanya terjadi pada pasien Demam Tifoid :

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

- Tanda mayor

Ds :

1) tidak tersedia

Do :

1) suhu tubuh diatas nilai normal

- Tanda minor

Ds :

1) tidak tersedia

Do :

1) kulit merah

2) kejang

3) takikardi

4) takipnea

5) kulit terasa hangat

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

- tanda mayor

Ds :

1) mengeluh nyeri

Do :

1) tampak meringis

2) bersikap protektif

3) gelisah

4) frekuensi nadi meningkat

5) sulit tidur

- tanda minor

Ds :

1) tidak tersedia

Do :

1) tekanan darah meningkat

2) pola nafas berubah

3) nafsu makan berubah

4) proses berpikir terganggu

5) menarik diri

3. Intervensi Keperawatan

Tabel Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p> <p>-Tanda mayor</p> <p>Ds :</p> <p>1. tidak tersedia</p> <p>Do :</p> <p>1. suhu tubuh diatas nilai normal</p> <p>-Tanda minor</p> <p>Ds :</p> <p>1. tidak tersedia</p> <p>Do :</p> <p>1. kulit merah</p> <p>2. kejang</p> <p>3. takikardi</p> <p>4. takipnea</p> <p>5. kulit terasa hangat</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik ditandai dengan kriteria hasil :</p> <p>1. kulit merah menurun</p> <p>2. takikardi menurun</p> <p>3. takipnea menurun</p> <p>4. suhu tubuh membaik</p> <p>5. suhu kulit membaik</p> <p>6. tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi :</p> <p>1. identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan penggunaan incubator)</p> <p>2. monitor suhu tubuh</p> <p>3. monitor kadar elektrolit</p> <p>4. monitor haluaran urine</p> <p>5. monitor komplikasi akibat hipertermia</p> <p>Teraupetik :</p> <p>1. sediakan lingkungan yang dingin</p> <p>2. longgarkan atau lepaskan pakaian pasien</p> <p>3. basahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>4. berikan cairan oral</p> <p>5. ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)</p> <p>6. lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipoermia, atau kompres dingin pada dahi, dada, abdomen, aksila)</p>
2.	<p>Nyeri akut abdomen berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>-tanda mayor</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri</p>

	<p>Ds : 1. mengeluh nyeri</p> <p>Do : 1. tampak meringis 2. bersikap protektif 3. gelisah 4. frekuensi nadi meningkat 5. sulit tidur -tanda minor</p> <p>Ds : 1. tidak tersedia</p> <p>Do : 1. tekanan darah meningkat 2. pola nafas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir terganggu 5. menarik diri</p>	<p>jam, diharapkan tingkat nyeri menurun ditandai dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. sikap protektif menurun 4. kesulitan tidur menurun 5. muntah menurun 6. mual menurun 7. frekuensi nadi membaik 8. nafsu makan membaik 9. pola tidur membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi penyebab nyeri 4. identifikasi faktor memperberat nyeri <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur terapi music, biofeed, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi termbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu Ruangan, pencahayaan,kebisingan) 3. fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik, sehingga menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2014). Implementasi pada pasien anak Demam Tifoid dilakukan 1-3 hari.

Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat. Rencana keperawatan dilaksanakan sesuai intervensi. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (Bulechek & McCloskey: dikutip dari Potter, 2014).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Potter & Perry, 2014).

Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Perencanaan terhadap analisis). Evaluasi adalah proses keperawatan yang bertujuan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk eksplorasi masalah pada kasus asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid di RSHD Kota Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid di RSHD Kota Bengkulu. Jumlah subyek penelitian yaitu 1 orang pasien dengan perawatan minimal selama 3 hari.

Berikut adalah kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian ini:

1. Kriteria Inklusi

- a. Bersedia menjadi sampel
- b. Dapat melihat dan mendengar
- c. Termasuk dalam penderita Demam Tifoid
- d. Kooperatif

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien yang mengalami penyakit lainya
- b. Pasien yang tidak bersedia menjadi sampel
- c. Pasien meninggal

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Asuhan keperawatan dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu proses dalam praktik keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, peencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Pasien adalah orang yang menerima perawatan dengan Diagnosa Demam Tifoid yang mengalami Hipertermia dan nyeri akut.
3. Demam Tifoid adalah Diagnosa yang telah ditetapkan oleh Dokter yang dapat dilihat pada status pasien.

D. Lokasi dan Waktu penelitian

Studi kasus ini dilakukan di RSHD Kota Bengkulu. Studi kasus ini dilaksanakan pada bulan Juli-Agustus 2022.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian ini diawali dengan penyusunan usulan penelitian atau proposal dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teoritis asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Demam Tifoid di RSHD Kota Bengkulu tahun 2022. Setelah proposal ini disetujui oleh dosen pembimbing maka penelitian dilanjutkan dengan melakukan membuat surat pra penelitian, surat izin penelitian. Selanjutnya penulis akan melakukan pengkajian pada pasien, menegakan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan dan melaksanakan implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

F. Pengumpulan Data

Studi kasus ini menggunakan sumber data primer dan sumber data sekunder. Sumber data primer didapat langsung dari klien dan keluarga, sedangkan sumber data sekunder didapatkan dari rekam medis klien Metode pengumpulan data yang digunakan pada studi kasus ini adalah:

1. Wawancara Wawancara ini digunakan untuk mendapatkan data identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola kesehatan kemandirian dan proteksi. Data hasil wawancara ini dapat

bersumber dari klien dan keluarga dengan menggunakan instrument pengkajian keperawatan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Alat instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Anak sesuai dengan ketentuan yang ada di Prodi DIII Keperawatan Bengkulu.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat diruang Safa RSHD Kota Bengkulu selama 3 hari berturut turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis / status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat Ruangan agar mendapatkan data yang valid, disamping itu untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder meliputi tanda-tanda vital.

H. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam bentuk pembahasan, tehnik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Tehnik analisis digunakan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti dan studi dokumentasi yang

menghasilkan data selanjutnya dimana data di interpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

I. Etika Studi Kasus

Penulis mempertimbangkan etik dan legal studi kasus untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. etika studi kasus mempertimbangkan hal hal dibawah ini : (Hidayat, 2011)

1. Tidak merugikan (Non Maleficence) Peneliti menjamin tidak menyakiti, membahayakan atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologis kepada pasien.
2. Tanpa nama (anonymity) Responden pada studi kasus ini tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, dan hanya memberi inisial sebagai pengganti identitas responden.
3. Kerahasiaan (confidentiality) Menjaga semua kerahasiaan semua informasi yang didapatkan dari responden. Semua informasi yang didapat dari responden hanya diketahui oleh peneliti dan tidak di sebar luaskan ke orang lain., setelah 1 tahun berlalu, data yang diolah akan di musnahkan demi kerahasiaan responden.
4. Keadilan (justice) Studi kasus ini memperlakukan semua responden secara adil dan semua responden memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia mengikuti penelitian maupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.
5. Asas kemanfaatan (beneficiency) Dalam studi kasus ini menghindari tindakan yang dapat merugikan responden. Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas resiko. Bebas penderitaan bila ada penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi bila di dalam pemberian informasi dan pengetahuan tidak berguna, sehingga merugikan responden Resiko

yang dimaksudkan adalah peneliti menghindarkan responden dari bahaya dan keuntungan kedepannya.

Agar pasien bebas dari penderitaan, penulis hanya melakukan tindakan keperawatan seperlu nya saja seperti tindakan kompres hangat yang bertujuan menurunkan demam dan menurunkan nyeri pada pasien, agar pasien bebas dari eksploitasi, penulis hanya menanyakan pertanyaan yang dianggap penting, tidak bertanya untuk hal hal yang lain, dan terakhir agar pasien terbebas dari resiko, penulis hanya melakukan tindakan sesuai dengan SOP yang berlaku yang sudah penulis pelajari sebelum nya.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Hasil Studi Kasus

Bab ini menjelaskan studi kasus deskriptif tentang asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan Rasa aman dan nyaman pada anak Demam Tifoid. Asuhan Keperawatan intervensi dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi serta pembahasan. Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan metode auto anamnesa (mengamati secara langsung ke pasien, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan keperawatan selanjutnya) dan allow anamnesa (wawancara dengan keluarga pasien untuk mendapatkan data dari pasien, pengumpulan data dilakukan di RSHD kota Bengkulu pada tanggal 11 sampai dengan 13 Juli 2022 dengan jumlah sampel 1 orang.

1. Pengkajian

Pengumpulan data awal dimulai pada tanggal 11 Juli 2022 pukul 09:00 WIB di ruang Safa RSHD Kota Bengkulu

a. Identitas pasien

Seorang pasien laki-laki An. S berusia 12 tahun, lahir pada tanggal 1 maret 2010, berjenis kelamin laki laki, agama islam, alamat di sukamerindu kota bengkulu

b. Identitas orang tua/penanggung jawab

Nama ayah Tn. S, pendidikan terakhir Sma, agama islam, pekerjaan buruh, Nama ibu Ny. S, pendidikan terakhir SD, agama islam, pekerjaan ibu rumah tangga

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan masuk ke rumah sakit pada tanggal 9 Juli jam 20.00 WIB. dengan keluhan demam sejak 3 hari yang lalu.

2) Keluhan Sekarang

Pada saat dikaji hari Selasa 11 Juli 2022 pukul 09:00 WIB di Ruang Safa, pasien mengatakan mengeluh demam, sakit kepala, tidak enak badan, mengeluh nyeri perut di bagian kiri bawah, nyeri bertambah ketika bergerak, skala nyeri 6 (sedang) skala 1-10, nyeri yang dirasakan hilang timbul, mual, diare, dan nafsu makan berkurang.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan ini pertama kalinya An. S masuk rumah sakit, sebelumnya pernah terkena demam dan sembuh dengan mengonsumsi obat penurun panas seperti parasetamol dan ibu propanolol.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit Demam Tifoid, DBD, maupun penyakit lain yang berkaitan.

d. Riwayat Perkembangan anak

1) Personal social

Pasien An. S sudah bisa diajak bercanda, dan tertawa

2) Gerakan motorik halus

Pasien An. S sudah bisa memakai dan melepas pakaiannya sendiri

3) Gerakan motorik kasar

Pasien An. S sudah bisa berjalan dengan lancar

4) Bahasa

Pasien An. S sudah mampu berbicara dengan jelas, pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat ketika ditanya

e. Riwayat kehamilan dan persalinan

An. S merupakan anak terakhir dari 4 bersaudara, lahir secara normal, berat badan lahir 3kg, lama persalinan 1 jam, umur kehamilan 9 bulan, dan tidak ada kelainan saat melahirkan

f. Riwayat alergi

Keluarga mengatakan An.S tidak ada alergi obat maupun makanan

g. Riwayat Imunisasi

Keluarga pasien mengatakan An.s sudah mendapatkan imunisasi lengkap sejak lahir, imunisasi HB-O 1x, BCG 1x, polio 4x, DPT-HB-
hib 3x, IPV 1x, dan campak 1x.

h. Riwayat kebiasaan sehari hari

1) Nutrisi

Pada saat dirumah sebelum sakit, nafsu makan An,S sangat baik, makan 3x sehari, berupa nasi beserta lauk, sebanyak 1 piring nasi, minum 3-7 gelas perhari, berupa air putih, semenjak dirumah sakit nafsu makan An.s berkurang dikarenakan mual dan muntah ketika makan, hanya makan 1-2x sehari berupa nasi bubur dari rumah sakit dan hanya dimakan setengah porsi, begitupun dengan cairan, An.S hanya minum 2-4 gelas saja dikarenakan sering mual ketika sesudah minum air putih, dirumah sakit An.s mengalami penurunan berat badan sekitar 2kg

2) Eliminasi

Pada saat dirumah sebelum sakit, eliminasi pasien baik, BAB 1-4x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan berbau khas, begitupun dengan BAK 3-7x sehari, berwarna putih terkadang terkadang kekuningan, pada saat dirumah sakit, eliminasi pasien tidak baik, pasien mengalami diare, BAB 4-6x dengan konsistensi cair, berwarna kuning, berbau khas, BAK 2-5x sehari, berwarna kuning pekat.

3) Personal hygiene

Pada saat dirumah sebelum sakit, pasien mandi 2x sehari pagi dan sore, menggosok gigi 2x sehari, menggunting kuku 1x seminggu, mengganti pakaian 2x sehari, pada saat dirumah sakit, pasien mandi 1x sehari dengan cara dilap oleh keluarga, menggosok gigi

1x sehari, mengganti pakain 1x sehari dengan cara dibantu oleh keluarga

4) *Activity daily living*

Dirumah sebelum sakit, pasien sering bermain bola pada sore hari, kadang bermain sepeda sepulang sekolah. Sedangkan pada saat sakit, pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa nya. dan terlihat hanya bermain handphone, pasien mengatakan sedikit bosan dan segera ingin pulang supaya bisa bermain dengan teman teman nya

5) Istirahat dan tidur

Dirumah sebelum sakit, pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien tidur 6-8 jam sehari, pasien biasa tidur malam pada jam 10 malam, dan merasakan nyenyak ketika tidur, sedangkan pada saat sakit, pasien mengalami gangguan tidur pasien tidur hanya 3-7 jam sehari, pasien terkadang susah tidur malam akibat demam, dan pernah terbangun pada tengah malam akibat demam yang dialami pasien, pasien mengatakan terkadang tidak nyenyak tidur dikarenakan penyakit yang dialami nya

i. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1) Psikologi

Pasien mengatakan cemas dengan keadaan nya sekarang, pasien takut penyakit nya bertambah parah

2) Sosial ekonomi

Pasien sudah bisa mengenal semua tingkat ekonomi dan sosial

3) Spiritual

Pasien sudah bisa beribadah seperti sholat semenjak diajarkan di sekolah

j. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum pasien tampak sakit, lemas, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur, kesadaran composmentis,

ekspresi tidak semangat, penampilan kurang rapi, berat badan masuk rumah sakit 25 kg, GCS 15 E4, V5, M6, kulit terlihat merah, kulit teraba hangat, , tinggi badan 135 cm,

2) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, pergerakan bola mata simetris, konjungtiva an anemis, pupil mengecil saat terkena cahaya, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda peradangan

3) Sistem pendengaran

Daun telinga simetris, tidak ada lesi, tidak ada cairan dari telinga, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran

4) Sistem pernapasan

Frekuensi napas 25x/menit (takipnea), SpO2 98%, irama teratur, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi inspirasi normal, sputum sedikit, suara nafas vesikuler

5) Sistem kardiovaskuler

tekanan darah 140/90 mmHg, Frekuensi nadi 123x/menit (takikardi), suhu tubuh 38,7°C irama teratur, tidak ada distensi Vena jugularis, tidak ada edema, CRT 2 detik, temperatur kulit hangat, tidak ada nyeri dada.

6) Sistem pencernaan

Terdapat nyeri diperut bagian sebelah kiri bawah, peristaltik usus 31x, pasien mual dan muntah, mengalami diare dengan BAB 7x sehari

7) Sistem muskuloskeletal

Tidak adanya kesulitan bergerak, tidak ada nyeri pada tulang dan sendi, tidak terdapataktur, kekuatan otot : ekstremitas kanan atas : 5, ekstremitas kiri atas : 5, ekstremitas kanan bawah : 5, ekstremitas kiri bawah : 5

8) Sistem integument

Turgor kulit tidak elastis, warna kulit sawo matang, keadaan kulit lembab, tidak ada kelainan pigmen, tidak ada tanda-tanda peradangan pada kulit di sekitar infus, kulit hangat dan merah.

k. Pengkajian nyeri

Pengkajian keluhan nyeri pada pasien dapat dikaji dengan menggunakan pendekatan PQRST.

- 1) P : pasien mengatakan nyeri terasa jika bergerak
- 2) Q : pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk tusuk
- 3) R : pasien mengatakan nyeri terasa di perut bagian kiri bawah
- 4) S: pasien mengatakan skala nyeri 6 (1-10)
- 5) T : pasien mengatakan nyeri terasa hilang timbul

2. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 pemeriksaan Laboratorium

No	ITEM PENGKAJIAN	PARTISIPAN (Nn. R)		
		JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
1.	Pemeriksaan urine lengkap	Warna	kuning	kuning
		Kejernihan	jernih	Jernih
		Ph	6	4,5-8
		Reduksi	negatif	negatif
		Protein	negatif	Negatif
		Bilirubin	negatif	negatif
		Keton	positif	negatif
		Urobinogen	negatif	negatif
		Nitrogen	negatif	negatif
		Leukosit	negatif	Negatif
2.	Pemeriksaan hematologi	Hemoglobin	11,2	14-18
		Leukosit	3,700	4500-10000
		HT	34	40-48
		Trombosit	165.000	150.000-500.000
		Basofil	0	0-1
		Eosinofil	1	1-3
		Netrofil batang	2	2-6
		Netrofil segmen	81	50-70
		Limfosit	14	20-40
		Monosit	2	2-8
3.	Pemeriksaan lainnya	Tubex TF	6	0-1

Tabel 4.2 Penatalaksanaan medis

No	OBAT	DOSIS			RUTE
		10/07/2022	11/07/2022	12/07/2022	
1.	Cairan Infus RL	30 cc/jam	30 cc/jam	30 cc/jam	IV
2.	Ceftriaxone	2x 1 gr	2 x 1 gr	2 x 1 gr	IV
3.	Omeprazole	1 x 30 mg	1 x 30 mg	1 x 30 mg	IV
4.	Paracetamol	3 x 250 mg	3 x 250 mg	2 x 250 mg	IV
5.	Ondansentron	2x1 ampul	2x1 ampul	2x1 ampul	IV

3. Analisa Data

Tabel 4.3 analisa data

Nama pasien : An. S	Umur : 12 tahun
Ruangan : Safa	No.reg : 102413

No	DATA SENJANG (<i>SYMPTOM</i>)	PENYEBAB (<i>ETIOLOGY</i>)	MASALAH (<i>PROBLEMA</i>)
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh demam - pasien mengeluh sakit kepala - pasien mengeluh tidak enak badan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu tubuh diatas nilai normal (S : 38,7°C) - Kulit pasien terlihat merah - Takikardi (HR : 123x/menit) - Takipnea (RR : 25x/menit) - Kulit terasa hangat 	Proses penyakit (infeksi)	Hipertermia
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh Nyeri di perut - Pasien mengeluh nyeri ketika bergerak - Pasien mengatakan nyeri terasa di tusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri didaerah perut sebelah kiri bawah - nyeri terasa di skala 6 (sedang) - pasien mengatakan nyeri terasa hilang timbul 	Agen Pencedera Fisiologis (inflamasi)	Nyeri Akut

	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak meringis- Pasien tampak Bersikap protektif diketahui pada waktu pasien tidak ingin dipegang bagian perutnya oleh perawat- Pasien tampak gelisah- Frekuensi nadi meningkat (HR 123x/menit)- Pasien Tampak sulit tidur- Tekanan darah meningkat (TD : 140/90 mmhg)		
--	--	--	--

4. Diagnosa Keperawatan

4.4 Tabel diagnosa keperawatan

NO	NAMA PASIEN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL DITEGAKKAN	TANDA TANGAN
1.	An. S	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.	11 Juli 2022	<i>Febri</i>
2.	An. S	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat.	11 Juli 2022	<i>Febri</i>

5. Intervensi Keperawatan

4.5 Tabel Rencana Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.</p> <p>-Tanda mayor Ds : tidak tersedia Do : 1. suhu tubuh diatas nilai normal</p> <p>-Tanda minor Ds : 1. tidak tersedia Do : 1. kulit merah 2. takikardi 3. takipnea 4. kulit terasa hangat</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik ditandai dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kulit merah menurun 2. takikardi menurun 3. takipnea menurun 4. suhu tubuh membaik 5. suhu kulit membaik 	<p>Manajemen hipertermia Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. monitor suhu tubuh 3. monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan lingkungan yang dingin 2. longgarkan atau lepaskan pakaian pasien 3. basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat) <p>edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. anjurkan tirah baring <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi) dibuktikan dengan</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan</p>	<p>Manajemen nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

	<p>mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat. - tanda mayor</p> <p>Ds : 1. mengeluh nyeri</p> <p>Do : 1. tampak meringis 2. bersikap protektif 3. gelisah 4. frekuensi nadi meningkat 5. sulit tidur -tanda minor</p> <p>Ds : 1. tidak tersedia</p> <p>Do : 1. tekanan darah meningkat</p>	<p>tingkat nyeri menurun ditandai dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. sikap protektif menurun 4. kesulitan tidur menurun 5. frekuensi nadi membaik 	<p>intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. identifikasi skala nyeri terapeutik 3. berikan teknik nonfarmakologis (kompres hangat) edukasi 4. jelaskan penyebab nyeri 5. jelaskan strategi meredakan nyeri 6. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri kolaborasi 7. kolaborasi pemberian analgetik
--	---	--	--

6. Implementasi Keperawatan

4.6 Tabel implementasi keperawatan

Nama pasien	An. S	Ruangan	Safa
Umur	12 Tahun	No. RM	102413
Hari/tanggal	11 Juli 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
S : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh demam Pasien mengeluh sakit kepala Pasien mengeluh tidak enak badan O : <ul style="list-style-type: none"> Suhu tubuh diatas nilai normal (S : 38,7°C) Kulit terlihat merah Takikardi (HR : 123x/menit) Takipnea (RR : 25x/menit) Kulit 	09:00 WIB 09:05 WIB 09:10 WIB 09:15 WIB 09:20 WIB 09:30 WIB 09:40 WIB 09:45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Mencari penyebab terjadinya hipertemia Mengukur suhu tubuh pasien Melihat komplikasi akibat hipertermia jika tidak segera ditangani Menyediakan lingkungan yang dingin bagi pasien Melonggarkan pakaian pasien Lakukan pendinginan eksternal Meminta pasien untuk tirah baring Melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> Hipertermia disebabkan karena adanya proses tubuh melawan infeksi Suhu tubuh pasien yaitu 38,7°C Bisa berbahaya karena bisa berakibat heat stroke jika tidak segera ditangani Menghidupkan ac ruangan agar ruangan lebih dingin 	10.00 WIB S : - O : <ul style="list-style-type: none"> Suhu tubuh masih sedang (S : 38,3°C) Kulit masih terlihat merah (sedang) Takikardi masih sedang (HR : 118x/menit) Takipnea masih sedang (RR : 23x/menit) Suhu kulit masih terasa hangat (sedang) A: Hipertermia

<p>terasa hangat</p> <p>A : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)</p> <p>P : Manajemen Hipertermia</p>		<p>pemberian cairan intra vena pada pasien</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Melepaskan kancing baju pasien 6. Perawat melakukan tindakan kompres hangat selama 10 menit di dahi pasien 7. Setelah dibujuk akhirnya pasien untuk tirah baring untuk beberapa hari kedepan 8. Telah diberikan cairan intravena berupa 30cc/jam,ceftriaxone 2x1 gr,omeprazole 1x 30 mg,paracetamol 3x 250 mg,ondansetron 2 x 1 ampul 	<p>berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) belum teratasi</p> <p>P: Manajemen hipertermia dilanjutkan</p>
---	--	--	---	---

Nama pasien	An. S	Ruangan	Safa
Umur	12 Tahun	No. RM	102413
Hari/tanggal	12 Juli 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh demam Pasien mengeluh sakit kepala <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suhu tubuh diatas nilai normal (S : 38,2°C) Kulit teraba hangat Takikardia (HR : 109x/menit) Takipnea (RR : 23x/menit) <p>A : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)</p>	<p>09:00 WIB</p> <p>09:05 WIB</p> <p>09:10 WIB</p> <p>09:15 WIB</p> <p>09:20 WIB</p> <p>09:30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Perawat mengukur suhu tubuh pasien Menyediakan lingkungan yang dingin bagi pasien Melonggarkan pakaian pasien Melakukan tindakan pendinginan eksternal Melakukan tindakan pemberian cairan intravena pada pasien 	<ol style="list-style-type: none"> Setelah melakukan pengecekan, Suhu tubuh pasien pada hari kedua yaitu 38,1°C Menghidupkan ac Ruangan tempat tidur pasien Melepaskan kancing baju pasien Telah dilakukan kompres hangat selama 10 menit di axila pasien Telah diberikan Pemberian cairan intravena yaitu infus 	<p>10.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suhu tubuh cukup membbaik (S : 37,7°C) Kulit teraba cukup membbaik Takikardi cukup menurun (HR : 105x/menit) Takipnea cukup menurun (RR : 22x/menit) <p>A: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) teratasi sebagian</p>

<p>P : Manajemen Hipertermia</p>			<p>RL, 30cc/jam,c efriaxone 2x1 gr,omepraz ole 1x 30 mg,paracet amol 3x 250 mg,ondans etron 2 x 1 ampul</p>	<p>P: Manajemen hipertermia dilanjutkan</p>
---	--	--	---	--

Nama pasien	An. S	Ruangan	Safa
Umur	12 Tahun	No. RM	102413
Hari/tanggal	13 Juli 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh demam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suhu tubuh pasien diatas nilai normal (S : 37,6°C) Kulit pasien teraba hangat Frekuensi nadi normal (HR : 97x/menit) Frekuensi Pernapasan normal (RR : 20x/menit) <p>A : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)</p> <p>P : Manajemen Hipertermia</p>	<p>09:00 WIB</p> <p>09:05 WIB</p> <p>09:10 WIB</p> <p>09:20 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Perawat mengukur suhu tubuh pasien Perawat melakukan tindakan pendinginan eksternal Perawat melakukan pemberian cairan intravena pada pasien 	<ol style="list-style-type: none"> Suhu tubuh pasien pada hari ketiga yaitu 37,6°C Telah dilakukan kompres hangat selama 10 menit di axila pasien Telah diberikan Pemberian cairan intravena yaitu infus RL 30cc/jam, ceftriaxone 2x1 gr,omeprazole 1x 30 mg,paracetamol 3x 250 mg,ondansetron 2 x 1 ampul 	<p>10.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suhu tubuh pasien membaik (S : 36,9°C) Suhu kulit pasien membaik Takikardi menurun (HR : 93x/menit) Takipnea menurun (RR : 20x/menit) <p>A: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) teratasi</p> <p>P: Manajemen hipertermia dilanjutkan oleh perawat rumah sakit</p>

Nama pasien	An. S	Ruangan	Safa
Umur	12 Tahun	No. RM	102413
Hari/tanggal	11 Juli 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh Nyeri di perut Pasien mengeluh nyeri ketika bergerak Pasien mengatakan akan nyeri terasa di tusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri didaerah perut sebelah kiri bawah nyeri terasa di skala 6 (sedang, skala 1-10) pasien 	<p>09:30 WIB</p> <p>09:35 WIB</p> <p>09:40 WIB</p> <p>09:45 WIB</p> <p>09:50 WIB</p> <p>09:55 WIB</p> <p>10.00 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Menanyakan letak lokasi nyeri pasien Menanyakan skala nyeri yang dirasakan pasien Perawat melakukan tindakan teknik nonfarmakologis ke pasien Mencari apa yang menyebabkan nyeri pada pasien Menjelaskan kepada keluarga pasien strategi yang dilakukan untuk meredakan nyeri pada pasien mengajarka 	<ol style="list-style-type: none"> pasien mengatakan nyeri terdapat di perut sebelah kiri bawah pasien pasien mengatakan Skala nyeri berada pada angka 6 telah dilakukan kompres hangat di abdomen tepat lokasi nyeri pasien selama 10 menit ternyata Nyeri disebabkan karena adanya inflamasi pada usus halus 	<p>10.15 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan Nyeri di perut terasa sedang Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak Pasien mengatakan nyeri terasa di tusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri didaerah perut sebelah kiri bawah nyeri terasa di skala 5 (sedang,

<p>mengingat akan nyeri terasa hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis • Pasien tampak protektif • Pasien tampak gelisah • Pasien tampak sulit tidur • Frekuensi nadi meningkat (HR : 123x/menit) • Tekanan darah meningkat (TD : 140/90 mmhg) <p>A : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p> <p>P : Manajemen nyeri</p>		<p>n teknik nonfarmakologis kepada keluarga pasien untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>7. melakukan pemberian obat analgetik melalui intravena ke pasien</p>	<p>yang menyebabkan nyeri pada perut pasien</p> <p>5. jika pasien mengalami nyeri, Berikan kompres hangat dilokasi nyeri.</p> <p>6. Mengajarkan keluarga pasien cara melakukan tindakan kompres hangat yang baik dan benar</p> <p>7. Telah diberikan obat intravena cairan infus RL 30cc/jam, parasetamol 3x 250 mg.</p>	<p>skala 1-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan nyeri terasa hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meringis terlihat sedang • Protektif terlihat sedang • Gelasah terlihat sedang • Frekuensi nadi sedang (HR : 118x/menit) • Tekanan darah sedang (TD : 130/90) <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) belum teratasi</p> <p>P: Manajemen Nyeri dilanjutkan</p>
--	--	---	--	--

Nama pasien	An.S	Ruangan	Safa
Umur	12 Tahun	No. RM	102413
Hari/tanggal	12 Juli 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
S : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh Nyeri di perut Pasien mengeluh nyeri ketika bergerak Pasien mengatakan nyeri terasa di tusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri didaerah perut sebelah kiri bawah nyeri terasa di skala 5 (sedang, skala 1-10) pasien mengat 	09:30 WIB 09:35 WIB 09:40 WIB 10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Menanyakan skala nyeri pada pasien Perawat memberikan teknik nonfarmakologis ke pasien Mengajarkan dan mengingatkan kembali tindakan teknik nonfarmakologis ke keluarga untuk mengurangi rasa nyeri pasien Melakukan pemberian obat analgetik ke pasien 	<ol style="list-style-type: none"> Pada hari kedua, pasien mengatakan Skala nyeri berada pada angka 5 Melakukan tindakan kompres hangat di abdomen tepat lokasi nyeri pasien selama 10 menit Mengajarkan keluarga pasien melakukan tindakan kompres hangat yang baik dan benar Telah diberikan obat carian 	10.15 WIB S : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan Nyeri di cukup menurun Pasien mengeluh nyeri ketika bergerak Pasien mengatakan nyeri terasa di tusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri didaerah perut nyeri terasa di skala 4 (sedang, skala 1-10) pasien mengatakan

<p>akan nyeri terasa hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis • Pasien tampak gelisah • Frekuensi nadi meningkat (HR : 120x/menit) • Tekanan darah meningkat (TD : 130/80 mmhg) <p>A : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p> <p>P : Manajemen nyeri</p>			<p>dan analgetik berupa infus RL 30cc/jam, paracetamol 3x 250 mg.</p>	<p>nyeri terasa hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • meringis cukup menurun • gelisah cukup menurun • kesulitan tidur cukup menurun • frekuensi cukup membaik (HR : 116x/menit) • tekanan darah cukup membaik (TD : 130/80 mmhg) <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) teratasi sebagian</p> <p>P: Manajemen Nyeri dilanjutkan</p>
--	--	--	---	---

Nama pasien	An.S	Ruangan	Safa
Umur	12 Tahun	No. RM	102413
Hari/tanggal	13 Juli 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMAT IF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
S : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh Nyeri di perut Pasien mengeluh nyeri ketika bergerak Pasien mengatakan nyeri terasa di tusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri didaerah perut nyeri terasa di skala 4 (sedang, skala 1-10) pasien mengatakan lama nyeri kurang lebih 5-7 menit O : <ul style="list-style-type: none"> Pasien 	09:30 WIB 09:35 WIB 09:50 WIB 10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Menanyakan lagi skala nyeri yang dirasakan pasien Tetap memberikan teknik nonfarmakologis ke pasien yang bertujuan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien Perawat memberikan obat analgetik ke pasien 	<ol style="list-style-type: none"> Pada hari ketiga , pasien mengatakan Skala nyeri berada pada angka 4 Pada hari ketiga parawat tindakan Melakukan kompres hangat di abdomen tepat lokasi nyeri pasien selama 15 	10.15 WIB S : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan Nyeri di perut menurun Pasien mengeluh nyeri ketika bergerak Pasien mengatakan nyeri terasa di tusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri didaerah perut nyeri terasa di skala 2 (ringan, skala 1-10) pasien mengatakan lama nyeri kurang lebih 5 menit

<p>tampak meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi nadi normal (HR : 97x/menit) • Tekanan darah normal (TD : 120/80 mmhg) <p>A : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p> <p>P : Manajemen nyeri</p>			<p>menit</p> <p>3. Pada hari ketiga telah diberikan cairan infus dan intravena berupa RL 30cc/jam, parasetamol 3x 250 mg.</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • meringis menurun • frekuensi nadi menurun (93x/menit) • tekanan darah menurun (TD : 120/80 mmhg) <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) teratasi</p> <p>P: Manajemen Nyeri dilanjutkan oleh perawat rumah sakit</p>
--	--	--	---	--

B. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pasien masuk IGD RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu pada hari sabtu 9 Juli 2022 pukul 20:00 WIB. Pasien mengatakan masuk ke rumah sakit pada tanggal 9 Juli jam 20.00 dengan keluhan demam sejak 3 hari yang lalu, ibu pasien lupa nama obat pasien dan obat tidak dibawa. Faktor pencetusnya ibu pasien mengatakan An. S tidak sengaja menelan air di siring pada saat bermain hujan, Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama.

Pada saat dikaji hari selasa 11 Juli 2022 pukul 09:00 WIB di Ruangannya Safa, pasien mengatakan mengeluh demam, sakit kepala, tidak enak badan, mengeluh nyeri perut, nyeri bertambah ketika bergerak, nyeri terasa seperti ditusuk tusuk, nyeri terasa di perut sebelah kiri bawah, skala nyeri 6 (sedang), nyeri terasa hilang timbul, mual, diare, dan nafsu makan berkurang.

Pemeriksaan fisik An. S didapatkan data Keadaan umum pasien tampak sakit, lemah, tidak bersemangat, penampian kurang rapi, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur, kesadaran composmentis, GCS 15 E4, V5, M6, kulit terlihat merah, kulit teraba hangat, berat badan masuk rumah sakit 25 kg, tinggi badan 135 cm, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 123x/m, frekuensi nafas 25x/m, suhu tubuh 38,7°C, dan SpO2 98%, CRT 2 detik, tidak ada suara tambahan pada jantung. Tidak ada kesulitan dalam bergerak pada semua bagian ekstremitas, tidak terdapat nyeri pada sendi, tidak ada nyeri pada tulang. Kekuatan otot pasien bisa menahan tahanan yang diberikan oleh perawat. Skor kekuatan otot: 5.

Keluhan pada demam Tifoid yaitu mengeluh demam, nyeri abdomen dan juga pusing, berat badan berkurang, klien mengalami mual, muntah dan anoreksia, merasa sakit diperut dan juga diare, dan mengeluh nyeri otot. (Serri, 2010). Maka jika dibandingkan dengan kasus An. S maka

terdapat kesamaan seperti sama sama mengeluh demam, sakit kepala, nyeri perut, diare, mual, dan muntah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala yang dirasakan oleh An. S Diagnosa keperawatan pertama yang muncul pada masalah An. S yaitu Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit infeksi dibuktikan dengan data subjektif pasien mengeluh demam, sakit kepala, tidak enak badan, data objektif suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat. Diagnosa keperawatan kedua yang muncul pada masalah An. S yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri. dan data objektif pasien tampak meringis, gelisah, sulit tidur, dan nafsu makan berubah, Diagnosa ini ditegakkan karena terhadap masalah kesehatan pada pasien, perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya dengan memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan.

Masih ada terdapat Diagnosa pada An. S yaitu Hipovolemia dan Defisit Nutrisi tapi tidak penulis ambil dikarenakan untuk Diagnosa Hipovolemia dan Defisit Nutrisi sudah ditangani oleh pihak rumah sakit seperti pemberian cairan infus RL, pemberian Nutrisi seperti bubur saring pada An. S.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan perawat lakukan kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Secara teori rencana keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Intervensi yang disusun berdasarkan diagnosa Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Perencanaan yang dibuat ini diberikan kepada An. S yang bertujuan untuk melihat respon hasil dari asuhan keperawatan dan terapi kompres hangat.

Intervensi yang dilakukan perawat pada An. S yaitu identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan pakaian pasien, melakukan pendinginan eksternal, menganjurkan tirah baring, identifikasi lokasi nyeri, identifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis berupa kompres hangat, menjelaskan penyebab nyeri, menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri, mengajarkan keluarga bagaimana melakukan tindakan kompres hangat yang benar dan yang terakhir yaitu memberikan obat berupa cairan intravena ke pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2015).

Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari yaitu pada pasien An.S mulai tanggal 11 Juli 2022 sampai dengan tanggal 13 Juli 2022. Implementasi yang dilakukan adalah manajemen hipertermia, manajemen nyeri, memberikan teknik non farmakologi yaitu teknik kompres hangat. Tindakan teknik kompres hangat dilakukan setiap hari selama 3 hari perawatan.

Implementasi pada An. S dapat dilakukan penulis sesuai rencana tindakan keperawatan. Pada saat melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif, Tidak ada

rencana kegiatan yang dilakukan penulis diluar rencana tindakan yang sudah disusun. Penulis melakukan implementasi dengan rencana yang telah direncanakan sebelumnya untuk memenuhi kriteria hasil . Setelah melakukan tindakan-tindakan selama tiga hari, penulis melakukan implementasi dan keadaan klien setiap hari membaik.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan kearah pencapaian tujuan, dengan menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi proses atau formatif dan evaluasi hasil atau sumatif..

Evaluasi keperawatan pada hari pertama tanggal 11 Juli 2022 masalah hipertermia dan nyeri akut belum teratasi karena pasien belum menunjukkan perubahan kondisi seperti pasien mengatakan masih mengeluh sakit kepala, nyeri perut, masih gelisah, terlihat masih meringis, suhu tubuh 38,3°C, skala nyeri 5, hasil analisa masih berada di level 3 (sedang).

Pada hari kedua tanggal 12 Juli 2022 masalah hipertermia dan nyeri akut teratasi sebagian karena pasien kondisi pasien mengalami perubahan, seperti pasien mengatakan keluhan sakit kepala sedikit berkurang, nyeri perut sedikit berkurang, nafsu makan mulai membaik, pasien mengatakan tidak lagi mengalami kesulitan tidur, pada hari kedua setelah dilakukan tindakan suhu tubuh 37,8°C, skala nyeri 4, hasil analisa berada di level 4 (cukup membaik).

Pada hari ketiga 13 Juli 2022 masalah masalah hipertermia dan nyeri akut berhasil teratasi dibuktikan Pada hari ke tiga perubahan kondisi An.s yang ditandai dengan pasien tidak lagi mengeluh nyeri perut, sudah tenang, nafsu makan membaik, skala nyeri 1, suhu tubuh 36,8°C, kulit terasa normal, Hal ini dapat tercapai karena pasien kooperatif dalam menjalankan intervensi yang telah di rencanakan oleh perawat

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus pengkajian demam Tifoid pada An. S dengan masalah hipertermia dan nyeri akut yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Gambaran karakteristik pasien hipertermia dan nyeri akut pada pasien demam Tifoid menggunakan metode wawancara dan observasi. Data focus yang didapat dari pasien dimana terdapat adanya demam pada pasien dan nyeri di abdomen bagian kiri bawah pasien sehingga bisa menimbulkan komplikasi yang berbahaya bagi pasien jika tidak segera diatasi seperti terkena heat stroke akibat hipertermia dan perforasi usus akibat infeksi di usus halus.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada An s adalah hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada An.s. telah dilaksanakan sesuai dengan diagnose yang ditegakkan yang merujuk pada buku SLKI, SIKI dan jurnal penerapan yaitu Manajemen hipertermia, manajemen nyeri dan terapi kompres hangat.

4. Implementasi keperawatan

Berdasarkan semua intervensi yang telah disusun oleh penulis, hampir semua intervensi dilakukan pada pasien. Implementasi manajemen hipertermia dan manajemen nyeri dilakukan selama 3 hari. Pasien mengatakan kondisinya terus membaik setiap hari saat diberikan teknik kompres hangat. Dapat disimpulkan teknik ini efektif

dilakukan pada pasien demam Tifoid. Tentunya tergantung pada tingkat keparahan pada masing-masing pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada An. S pada hari pertama implementasi masalah belum teratasi karena pasien belum menunjukkan perubahan kemajuan kondisi yang signifikan. Pada hari kedua implementasi masalah sudah teratasi sebagian karena kondisi pasien mulai menunjukkan adanya perubahan yang baik. Pada hari ketiga implementasi masalah telah teratasi karena hampir sudah tidak ada keluhan yang dirasakan pasien.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Saran untuk pasien dan keluarga yaitu kedepannya untuk menerapkan pola hidup sehat, memperhatikan lagi makanan yang dimakan, menghindari hal-hal yang dapat membuat tubuh menjadi sakit, seperti tidak memperhatikan kebersihan diri, jajan sembarangan, jika ada anggota keluarga yang mengalami demam silahkan untuk menggunakan teknik nonfarmakologis yang sudah diajarkan oleh penulis yaitu tindakan terapi kompres hangat.

2. Bagi Perawat

Tindakan Teknik kompres hangat ini dapat digunakan oleh perawat untuk menurunkan demam dan menurunkan nyeri pada pasien demam Tifoid karena terbukti bisa menurunkan demam dan nyeri pada pasien Demam Tifoid sehingga dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit yang lebih baik, khususnya pada pasien Demam Tifoid masalah pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.

3. Bagi rumah sakit

Rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan secara optimal bagi para tenaga medis seperti alat yang digunakan untuk tindakan kompres hangat. sehingga diharapkan proses perawatan dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang sudah ada.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberikan kontribusi informasi dan ilmu mengenai hasil dari tindakan kompres hangat terhadap penyakit demam Tifoid, serta menjadi referensi bagi Mahasiswa selanjutnya dalam membuat karya tulis ilmiah pada jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu khususnya pada pasien Demam Tifoid.

DAFTAR PUSTAKA

- Alba, S., Bakker, M. I., Hatta, M., Scheelbeek, P. F. D., Dwiyantri, R., Usman, R., Smits, H. L. 2016. Risk Factors of Tifoid Infection in The Indonesian Archipelago. PLoS ONE, 11(6): 1–14.
- Barakuseinata.2013. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman.
- Hutahaean Serri. (2010). *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Tim.
- Hidayat, AAA., Musifatul Uliyah. 2004. Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia, Jakarta: EGC.
- Judith M. Wilkinson.2011. Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Jakarta : EGC
- Jurnal,Bidan.2012. Hipotermi pada Bayi
- Lestari Titik. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction
- Price Sylvia A, Wilson Lorraine M, 2015. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* Jakarta: EGC;
- Purba, dkk. (2016). Program Pengendalian Demam Tipoid di Indonesia: tantangan dan Peluang. *Media Litbangkes, Vol. 26 No. 2*.
- Potter, Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, Proses, dan Praktik, Edisi 4, Jakarta: EGC.
- RSHD Kota Bengkulu. 2022. *Medical Record* Rumah Sakit Umum Daerah harapan Dan Doa Kota Bengkulu tahun 2022.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Definisi dan indikator*. Jakarta: PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan kriteria hasil*. Jakarta: PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan tindakan keperawatan*. Jakarta : PPNI
- WHO, 2014. *Maternal Mortality*: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2014. *Angka Kematian Bayi*. Amerika
- Wijayaningsih Kartika Sari. (2013). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: Tim.

**L
A
M
P
I
R
A
N**

BIODATA PENULIS



Nama lengkap : Pebriyanto
Tempat tanggal lahir : Datar penokot 11 Februari 2001
Agama : Islam
Jenis kelamin : Laki Laki
Alamat : Kota Bengkulu, Kec. Muara Bangkahulu,
Kel.Rawa makmur permai
Alamat Email : Pebriyanto000000@gmail.com
Judul Studi Kasus : Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa
aman dan nyaman pada anak demam Tifoid di
RSHD Kota bengkulu
Riwayat Pendidikan :
1. MIN 03 Bengkulu Tenga
2. SMPN II Kota Bengkulu
3. SMAN 8 Kota Bengkulu
Nama orang tua
Ayah : Eden
Ibu : Asia indah

DOKUMENTASI PENELITIAN



Tindakan kompres hangat di dahi pasien



Tindakan kompres hangat di abdomen pasien



Mengukur suhu tubuh pasien



Observasi nilai suhu tubuh pasien



Memberikan obat injeksi IV ke pasien



Poto bersama keluarga dan pasien



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. BasukiRahmat No.01 Kota Bengkulu Telp. (0736) 345 100 Kode Pos 38223



SURAT IZIN PRA PENELITIAN

Nomor : 893.5 / 2022 / RSUD.HD

Menindaklanjuti surat dari Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor DM.01.04/2084/2/2021 Tanggal 06 Juli 2022 Perihal Izin Pra Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : **Pebriyanto**
NIM : P05120219027
Prodi : DIII Keperawatan

Untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Pada Anak Demam Thypoid di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022”** pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan pra penelitian terhitung mulai tanggal 08 Juli 2022 s/d 15 Juli 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 07 Juli 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU


dr. Lista Cerviera, M.M
Pembina Tk. 1-IV.b
NIP. 19650704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Pra Penelitian Instalasi Rawat Jalan (IRNA) & Instalasi Rawat Inap (IRNA)
2. Tidak di perkenankan meneliti melampaui batas yang tertera
3. Tidak di perkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
(0736) 34 5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulursud@gmail.com



SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 893.5 / 2445 / RSUD.HD

Menindaklanjuti surat rekomendasi penelitian dari Kesbangpol dengan Nomor: 070/2084/B.Kesbangpol/2022 tanggal 19 Juli 2022 Perihal Izin Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : **Pebriyanto**
NIM : P05120219027
Prodi : DIII Keperawatan

Untuk melakukan penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Pada Anak Demam Thypoid di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022”** pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan penelitian terhitung mulai tanggal 21 Juli 2022 s/d 21 Agustus 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 20 Juli 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU



dr. Lista Cerlyviera, M.M
Pambina Tk.I

NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Penelitian di Ruang Sifa, Marwah, dan Mina
2. Tidak diperkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut
3. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
5100|Fax (0736) 345 100 | kotabengkulursud@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 893.5/2023. /RSUD.HD

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, M.M
NIP : 19690704 199903 2 003
Pangkat/ Gol : Pembina Tk I - IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Pebriyanto**
NIM : P05120219027
Prodi : DIII Keperawatan

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Pada Anak Demam Thypoid di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022**".

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 27 Juli 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU



dr. Lista Cerlyviera, M.M

Pembina Tk. 1
NIP. 19690704 199903 2 003

