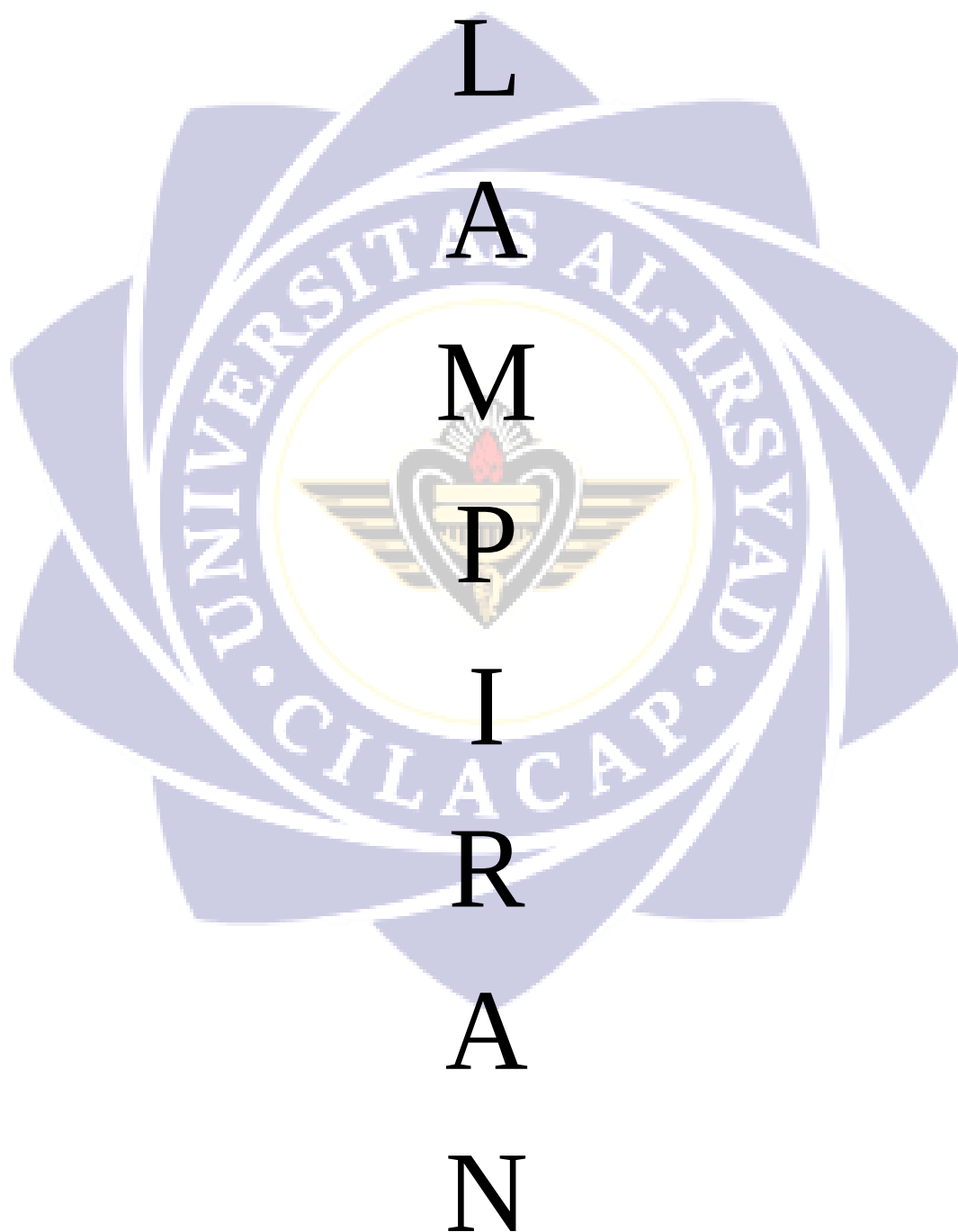




Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN An. A DENGAN TYPHOID FEVER DI PUSKESMAS KAWUNGANTEN

A. Identitas Data

Nama	: An. A	Alamat	: Kawunganten
Tempat Tanggal Lahir	: Cilacap. 30-12-2018	Agama	: Islam
Usia	: 5 tahun 6 bulan 19 hari	Suku Bangsa	: Indonesia
Nam Ayah/Ibu	: Tn. K / Ny.E	Pendidikan Ayah	: SMA
Pekerjaan Ayah	: Wiraswasta	Pendidikan Ibu	: SMA
Pekerjaan Ibu	: IRT		

B. Keluhan Utama

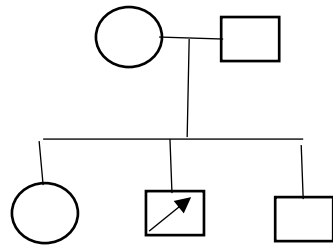
Klien mengatakan demam naik turun dari 3 hari yang lalu

C. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

1. Prenatal : Ibu klien mengatakan saat hamil rutin kontrol ke bidan setiap satu bulan sekali
2. Intrantatal : Ibu klien mengatakan anaknya lahir secara normal dan tidak ada masalah
3. Postnatal : Ibu klien mengatakan klien mendapatkan asi eksklusif selama 2 tahun

D. Riwayat Masa Lampau

1. Penyakit waktu kecil : Ibu klien mengatakan tidak ada penyakit saat kecil



Keterangan :

□ : Perempuan

○ : Laki-laki

↗ : Pasien

— : Garis Pernikahan

— : Garis keturunan

2. Pernah dirawat di RS : Ibu klien mengatakan klien pernah dirawat di RS
3. Obat-obatan yang digunakan : Ibu klien mengatakan tidak ada obat-obatan yang digunakan
4. Tindakan (operasi) : Ibu klien mengatakan tidak pernah ada Tindakan operasi
- Alergi : Ibu klien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat dan makanan
- Kecelakaan : Ibu klien mengatakan klien tidak pernah mengalami kecelakaan
- Imunisasi : Ibu klien mengatakan klien mendapatkan imunisasi lengkap

E. Riwayat Keluarga (disertai genogram)

Ibu klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit apapun dari pihak keluarga.

2. Tindakan operasi : Tidak ada
3. Status nutrisi :
4. Status cairan :
5. Obat-obatan : IVFD RL 20 tpm makro
Inj Ranit 2 x ½ Amp
Inj Ondansentron 2 x ½ Amp
Inj. Dexta 1 Amp (Extra)
Inf PCT jika S >38,3
Inj Cefotaxime (ST) 2x 500 gr
PCT syr 3x2 cth
Cavicur syr 2x1 cth
6. Aktivitas : Manajemen Hipertermi, Manajemen mual
muntah
7. Tindakan keperawatan :
8. Hasil laboratorium : Hb : 11.4
L : 13.250
T : 170.000
HT: 37
H : 1/320
O : 1/ 320
9. Hasil rontgen : Tidak dilakukan Tindakan rontgen
10. Data tambahan : Tidak ada data tambahan

I. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : CM , GCS 15 (E4 M5 V6)
- b. TB / BB : 120 / 18,4 kg
- c. Lingkar Kepala : 50 cm
- d. Mata : simetris kanan kiri, mata tidak ikterik, tidak anemis
- e. Hidung : bentuk simetris
- f. Mulut : mukosa bibir kering, mulut bersih, membran mukosa pucat

- g. Telinga : bentuk simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada cairan yang keluar dari telinga
- h. Tengukuk : tidak ada kaku
- i. Dada : simetris, bunyi jantung reguler, lupdup , teraba rektus radius
- j. Jantung : bunyi jantung reguler
- k. Paru-paru : ekspansi paru normal, RR 36x/ mnt, fremitus teraba
- l. sama, perkusi sonor
- m. Perut : tidak ada nyeri tekan, tidak asites, tidak ada jejas/ luka,
- n. Punggung : tidak ada kelainan, simetris kanan kiri
- o. Genitalia : tidak ada kelainan
- p. Ekstermitas : akral teraba hangat
- q. Kulit : turgor kulit kembali <2 detik
- r. Tanda Vital : suhu : 37,4°C , Nadi : 171x/m, SPO2 : 95%, RR : 36x/m

J. Pemeriksaan tingkat perkembangan

- a. Kemandirian dan bergaul : sebelum sakit An. A merupakan anak yang periang dan aktif. Saat sakit An. A sering bermanja kepada ibu dan ayahnya
- b. Motorik halus : klien sudah bisa menggambar, menulis, melipat dan menggunting dengan mandiri.
- c. Kognitif dan Bahasa : pasien saat ini lebih aktif memahami kalimat yang di ucapkan orang terdekatnya terutama ibu dan ayahnya
- d. Motorik kasar :klien sudah bisa berjalan, berlari dan melompat.

K. Informasi Lain

-

L. Ringkasan Riwayat Keperawatan

-

M. Analisa Data

Data (DO/DS)	Penyebab (Etiologi)	Problem (Masalah)
DS : - Ibu An.A mengatakan bahwa anaknya demam Sudah 2 hari yang lalu - Ibu An.A mengatakan anaknya demam naik turun. Akan naik saat malam hari DO : - Pda saat pukul 18.00 Suhu tubuh An. A 39,7°C - Kulit terba hangat - An.A terlihat lemes - Kulit tampak kemerahan	Proses Penyakit	Hipertermi
DS : - An. A mengatakan lemas - Ibu An. A mengatakan An.A selama sakit dibantu untuk ke kamar mandi dan berganti pakaian - Ibu An.A mengatakan selama sakit An.A hanya istirahat dirumah dan berbaring DO :	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

- An. A tampak lemas - An. A tampak pucat		
DS : An. A mengatakan pusing P : An. A mengatakan pusing saat berjalan dan duduk Q : pusing kliyengan R : pusing dibagian dahi S : skala 5 T : 1 menit saat baru berjalan atau duduk DO : Klien terlihat pusing	Agen pencedera biologis	Nyeri akut

N. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi b.d proses penyakit
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
3. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan

O. Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
Hipertermi b.d proses infeksi (D.0130)	SLKI : Termogulasi (L.14134) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan demam dapat teratasi dengan kriteria hasil : Kriteria Hasil : 1. Mengigil (5) 2. Kulit merah (5) 3. Pucat (5) Keterangan 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. menurun	SIKI : Manajemen Hipertermia (I. 15506) Observasi 1. Monitor suhu tubuh Terapeutik 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Lakukan pendinginan eksternal (mis:

	4. Suhu tubuh (5) 5. Suhu kulit (5) Keterangan 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. membaik	selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Kolaborasi 4. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Kontrol Nyeri (L. 08063) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Kriteria Hasil : 5. Melaporkan nyeri terkontrol 6. Dukungan orang terdekat 7. Keluhan nyeri Keterangan : 1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Edukasi : 5. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	SLKI : Toleransi aktivitas (L. 05047) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil :	SIKI : Manajemen Energi (I.05178) Observasi : 1. Monitor pola dan jam tidur

	Kriteria Hasil : - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (5) - Kecepatan berjalan (5) - Jarak berjalan (5) Keterangan : 1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan	Terapeutik : - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
--	--	---

P. Implementasi Keperawatan

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
11-07-2024 18.00	- Memonitor suhu tubuh - Melonggarkan atau lepaskan pakaian - Melakukan kompres hangat - Mengkolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena,	S : ibu klien mengatakan anaknya masih demam O : S : 39,7 °C S : Ibu klien bersedia menggantikan anaknya dengan baju dan selimut yang tipis O:ibu klien tampak menggantikan baju dan selimut yang tipis S : Ibu klien mengatakan bersedia anaknya di kompres O : Ibu klien tampak	Afifah

		mengompres anaknya S : ibu klien mengatakan anaknya bersedia diberikan obat penurun demam O : klien diberi terapi inf. Paracetamol 250 cc/8 jam	
11-07-2024 18.00	1. Mengidentifikasi PQRST nyeri 2. Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat	S : klien mengatakan kepala pusing saat dibawa jalan dan duduk, pusing kleyengan di dahi kurang lebih 1 menit. Skala 3 O : klien tampak pusing S :- O : klien telah diberikan paracetamol infus 250 cc/ 8 jam	Afifah
11-07-2024 18.00	4. Monitor pola dan jam tidur 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	S : ibu klien mengatakan anaknya sering terbangun saat tidur karena demam O : klien tampak lemas S : klien mengatakan berjalan hanya saat ke kamar mandi dan dibantu oleh orang tuanya O : klien tampak dibantu saat berjalan	Afifah
12-07-2024 18.00	1. Memonitor suhu tubuh (18.00)	S : ibu klien mengatakan demamnya sudah turun O : S : 37,4 °C	Afifah

	2. Melonggarkan atau lepaskan pakaian 3. Melakukan kompres hangat 4. Mengkolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena,	S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu diberi pakaian dan selimut yang tipis O:ibu klien tampak memakaikan baju dan selimut yang tipis S : Ibu klien mengatakan anaknya di kompres saat demam O : Ibu klien tampak mengompres anaknya S : ibu klien mengatakan anaknya rutin diberikan penurun demam O : klien diberi terapi inf. Paracetamol 250 cc/8 jam	
12-07-2024 18.00	1. Mengidentifikasi PQRST nyeri 2. Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat	S : klien mengatakan kepala pusing saat dibawa jalan dan duduk berkurang, pusing kleyengan di dahi berkurang kurang lebih 1 menit. Skala 1 O : pusing klien tampak berkurang S :- O : klien telah diberikan paracetamol infus 250 cc/ 8 jam	Afifah

12-07-2024 18.00	1. Monitor pola dan jam tidur 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	S : ibu klien mengatakan anaknya tidur nyenyak saat malam dan siang hari O : klien tampak lebih bertenaga S : klien mengatakan sudah bisa berjalan mandiri keluar ruangan dan ke kamar mandi O : klien tampak berjalan mandiri	Afifah
---------------------	--	--	--------

Q. EVALUASI

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
11-07-2024 18.30	Hipertermi	S : Ibu klien mengatakan demam anaknya mulai turun O : S : 38°C A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Afifah
11-07-2024 18.30	Nyeri akut	S : klien mengatakan masih pusing saat duduk dan berjalan O : klien tampak pusing A: masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Afifah
11-07-2024 18.30	Intoleransi aktivitas	S : ibu klien mengatakan anaknya dibantu saat beraktivitas ke kamar mandi dan berganti pakaian O : klien tampak dibantu oleh orang tua A: masalah belum teratasi	Afifah

		P : lanjutkan Intervensi	
12-07- 2024 18.30	Hipertermi	S: ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam O : S : 36,4°C A : masalah tertasi P : lanjutkan intervensi	Afifah
12-07- 2024 18.30	Nyeri akut	S : klien mengatakan sudah tidak pusing O : klien tampak tidak menunjukan ekspresi pusing A: masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Afifah
12-07- 2024 18.30	Intoleransi aktivitas	S : klien mengatakan sudah tidak lemas dan sudah bisa jalan sendiri tanpa dibantu orang tua O : klien tampak tidak lemas A : masalah teratasi P : hentikan intervensi	Afifah

Lampiran 2 Loog book bimbingan kian



LOG BOOK
BIMBINGAN KIAN

NAMA : NUR AFIFAH AINI

NIM : 41121232006

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS AL-IRSYAD
CILACAP
TAHUN AKADEMIK 2024-2025

REKAPITULASI KONSULTASI KIAN

NO	TANGGAL	POKOK BAHASAN	PARAF
1.	02/01-25	Konsul Jurnal Kian	
	03/01-25	Konsul Kian Bab 1	
	09/01-25	Konsul Kian Bab 2 & 3	
	18/01-25	Konsul revisi kian x konsul BAB 4 & 5	
	21/01-25	Konsul lengkap kian.	

Ketua Program Studi

Profesi Ners

(Trimeilia Suprihatiningsih, S.Kep., M.Kes)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Nur Afifah Aini

NIM : 41121232006

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Typhoid Dan
Penerapan Kompres Air Hangat Di Ruang Rawat Inap
Puskesmas Kawunganten

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	11/01/2025	- Perbaikan penulisan cover - Perbaikan spasi pd cover - Perbaikan gelar dosen - Perbaikan fenomena demam di pkm kawunganten - Konsistensi penulisan - Perjelas sumber - Perbaikan nama sumber - Sumber pathways - Perbaikan DO - Perbaikan penulisan Informed consent	
	19/01/2025	- Perbaikan ukuran huruf pada cover - Perbaikan Penempatan halaman - Perbaikan spasi	
	21/01/2025	- konsul lengkap - Tambahkan lampiran <i>Aze Mulya Firdy Kurni</i>	

Pembimbing,



(Ahmad Subandi, M.Kep., Ns.Sp. Kep. An)

SATUAN OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
KOMPRES HANGAN

Pengertian	Kompres hangat adalah Memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada daerah tubuh yang memerlukan
Alat dan bahan	Air panas, washlap, sarung tangan, handuk kering
Langkah-langkah	1. Petugas melakukan informed consent dengan pasien dan keluarga 2. Petugas melakukan cuci tangan dan gunakan sarung tangan 3. Petugas melakukan kompres hangat dibagian dahi, ketiak dan selangkangan pada pasien dengan suhu $<38^{\circ}\text{C}$ 4. Petugas melakukan observasi selama 30 menit 5. Petugas melakukan pengukuran Kembali suhu pasien, jika suhu masih $>37,5^{\circ}\text{C}$ lakukan kompres hangat kembali 6. Bila suhu $<37,5^{\circ}\text{C}$ hentikan kompres hangat pasien dipulangkan 7. Petugas rapikan pasien dan alat 8. Petugas cuci tangan dan dokumentasi pada rekam medis
Tujuan	Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk melakukan Tindakan kompres hangat