

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

A. Gambaran Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang adalah Amal Usaha Persyarikatan Muhammadiyah Palembang yang diresmikan tanggal 10 Dzulhijjah 1417 H / 18 April 1997 oleh Gubernur Provinsi Sumatera Selatan (Bapak H. Ramli Hasan Basri) bersama Ketua PP Muhammadiyah (Bapak Prof. DR. Amien Rais) merupakan satu-satunya amal usaha dibawah langsung Pimpinan Wilayah Muhammadiyah (PWM) Sumatera Selatan. Rumah Sakit Muhammadiyah terletak di Jl. A. Yani 13 Ulu, Palembang, Kota Palembang, Indonesia.

Fasilitas pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang terdiri dari Ruang Ibnu Rasyid (Bedah), Ruang Ahmad Dahlan (Penyakit Dalam), Ruang Rasyid Thalib (Anak), Ruang Siti Walidah (Kebidanan), Ruang Mas Mansur (VIP Atas), Ruang Ibnu Sina (VIP Bawah), Ruang AR. Fachrudin (Kelas 1.A) dan Ruang ICU/ICCU. Fasilitas rawat jalan dan poliklinik yang terdiri dari Poliklinik Onkologi Kebidanan dan Kandungan, Poliklinik Gigi, Poliklinik Bedah Plastik, Poliklinik Bedah Ortopedi, Poliklinik Bedah Umum, Poliklinik Mata, Poliklinik THT, Poliklinik Kebidanan & Kandungan, Poliklinik Paru, Poliklinik Kulit & Kelamin, Poliklinik Bedah Digestif, Poliklinik Bedah Tumor, Poliklinik Bedah Urologi, Poliklinik Jiwa, Poliklinik Syaraf, Poliklinik Anak, Poliklinik Jantung dan Poliklinik Penyakit Dalam. Fasilitas pelayanan khusus di rumah sakit muhammadiyah palembang terdiri dari kamar operasi, kemoterapi, hemodialisa, fisioterapi, IGD, perawatan perinatal. Rumah sakit muhammadiyah palembang juga memiliki fasilitas pelayanan penunjang medis yang terdiri dari pelayanan farmasi, pelayanan gizi, pelayanan laboratorium, pelayanan patologi anatomi, pelayanan radiologi, pelayanan bank darah, pelayanan ruang operasi, pelayanan ruang persalinan, pelayanan rehabilitasi medik, kamar jenazah, ambulance, laundry, treadmill, echocardiografi, senam dm dan senam jantung sehat. Rumah sakit muhammadiyah palembang juga memiliki fasilitas pelayanan umum yang terdiri dari mushola asy-shifa', bank, atm, kantin umum, koperasi pegawai, fotokopi, area

parkir kendaraan yang luas, bimbingan rohani pasien, penyelenggara jenazah dan pengelolaan ZIS.

2. Motto, Visi, dan Misi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

a. Motto

Motto Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang adalah “Melayani sebagai Ibadah dan Dakwah”

b. Visi

Terwujudnya Rumah Sakit yang profesional dalam pelayanan dan berkarakter islami.

c. Misi

1. Memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan secara profesional, modern dan Islami.
2. Meningkatkan mutu pelayanan dan kesehatan pasien.
3. Mewujudkan citra sebagai wahana ibadah dan pengembangan dakwah amar ma'ruf nahi munkar dalam bidang Kesehatan.
4. Menjadi pusat persemaian kader Muhammadiyah dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian Kesehatan

3. Ringkasan Kegiatan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Kegiatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang terdiri dari : Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Penunjang Medis, Pelayanan Umum dan Administrasi dan Pelayanan Al-Islam Kemuhammadiyaan

4. Unit Pelayanan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Unit pelayanan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang terdiri dari:

a. Pelayanan medis

b. Pelayanan rawat jalan terdiri dari :

Poliklinik Onkologi kebidanan & kandungan, Poliklinik Gigi, Poliklinik Bedah Praktik, Poliklinik Bedah Ortopedi, Poliklinik Bedah Umum, Poliklinik Mata, Poliklinik THT, Poliklinik Kebidanan & kandungan, Poliklinik Paru, Poliklinik Kulit & kelamin, Poliklinik Bedah Tumor,

Poliklinik Bedah Digestiv ,Poliklinik Jiwa ,Poliklinik Anak, Poliklinik jantung, Poliklinik Penyakit Dalam.

c. Pelayanan Rawat Inap terdiri dari :

Ibnu Sina (VIP Bawah) : 9 tempat tidur, Mas Mansyur (VIP Atas) : 9 tempat tidur, AR. Fachrudin (Kelas IA) : 9 tempat tidur, Rasyid Thalib (Anak) : 35 tempat tidur, Ibnu Rasyid (Bedah) : 40 tempat tidur, Ahmad Dahlan (Penyakit Dalam) : 64 tempat tidur, Siti Walidah (Kebidanan) : 39 tempat tidur, ICU/ICCU :

d. Pelayanan khusus terdiri dari :

Kamar Operasi : 3 tempat tidur, Kemoterapi : 3 tempat tidur, Fisioterapi : 3 tempat tidur, Perawatan Perinatal : 12 inkubator, 36 box bayi

e. Pelayanan Penunjang Medis terdiri dari :

Farmasi, Gizi, Laboratorium, Patologi Anatomi, Radiologi, Bank Darah, Ruang Operasi, Ruang Persalinan, Rehabilitasi Medik, Kamar Jenazah

f. Fasilitas Pelayanan Umum

Musholla Asy- Syifa, Bank dan ATM, Kantin Umum, Koperasi Pegawai, Fotokopi, Area parkir kendaraan yang luas, Bimbingan rohani pasien, Penyelenggaraan Jenazah, Pengelolaan ZIS

B. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. biodata

Tabel 4.1 Identitas Pasien dan Keluarga Pasien

Data	Pasien 1	Pasien 2
1) Identitas Pasien		
Nama	An. A	An. A.G
TTL/Usia	10 Tahun	11 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Sekolah Dasar	Sekolah Dasar
Alamat	12 Pedatuan darat	Bungaran

Tanggal Masuk	18 April 2026	20 April 2026
Tanggal Pengkajian	19 April 2026	21 April 2026
Diagnosa Medis	Thypoid Fever	Thypoid Fever
2) Identitas Orang Tua/Wali		
Ayah	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. K	Tn. A
Umur	41 Tahun	45 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Wiraswasta	Buruh
Alamat	12 Pedatuan Darat	Bungaran
Status hubungan	Ayah Kandung	Ayah Kandung
Ibu	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. A	Ny. F
Umur	38 Tahun	44 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	IRT	IRT
Alamat	12 Pedatuan Darat	Bungaran
Status hubungan	Ibu Kandung	Ibu Kandung

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa kedua pasien didiagnosis *Typhoid Fever*. Pasien 1 berusia 10 tahun, laki-laki, sedangkan Pasien 2 berusia 11 tahun, perempuan. Keduanya beragama Islam, berpendidikan sekolah dasar, dan mendapat pendampingan dari orang tua kandung selama perawatan.

Tabel 4.2 Identitas Saudara Kandung

3) Identitas Saudara Kandung				
Pasien 1				
No	Nama	Usia	Hubungan	Status Kesehatan
1	An. A	17 Tahun	Kakak Kandung	Tidak ada kelainan bawaan lahir, tidak ada penyakit bawaan lahir.
2	An. D	13	Kakak	Tidak ada kelainan bawaan

		Tahun	Kandung	lahir, tidak ada penyakit bawaan lahir.
Pasien 2				
No	Nama	Usia	Hubungan	Status Kesehatan
1	An. N	19 Tahun	Kakak Kandung	Tidak ada kelainan bawaan lahir, tidak ada penyakit bawaan lahir.
2	An. D	16 Tahun	Kakak Kandung	Tidak ada kelainan bawaan lahir, tidak ada penyakit bawaan lahir.
3	An. R	14 Tahun	Kakak Kandung	Tidak ada kelainan bawaan lahir, tidak ada penyakit bawaan lahir.

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa pasien 1 memiliki dua saudara kandung, sedangkan Pasien 2 memiliki tiga saudara kandung. Seluruh saudara kandung kedua pasien tidak memiliki kelainan bawaan lahir maupun penyakit bawaan lahir.

b. Riwayat Kesehatan

Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Riwayat Kesehatan Sekarang	
Pasien 1	
Keluhan Utama	Pasien mengatakan merasa demam, pasien tampak lemah dan pucat disertai pusing dan lidah terasa pahit.
Riwayat Keluhan Sekarang	Pasien datang dengan keluhan demam sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit. Demam dirasakan naik turun. 2 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mulai mengeluhkan nyeri pada perut bagian tengah. Keluhan disertai penurunan nafsu makan, pusing, dan lidah terasa pahit. Menurut ibu pasien, selama sakit pasien tampak lemah dan pucat.
Riwayat Penyakit Keluarga	Tidak terdapat riwayat penyakit keturunan dalam keluarga
Pasien 2	
Keluhan Utama	Pasien mengeluh demam disertai mual dan muncul ruam kemerahan
Riwayat Keluhan Sekarang	Pasien datang dengan keluhan utama demam sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Demam dirasakan naik turun, terutama meningkat pada sore hingga malam hari. Ibu pasien mengatakan bahwa demam sempat turun setelah pasien diberikan obat penurun panas, namun beberapa jam kemudian suhu tubuh kembali meningkat. Setelah demam muncul, pasien mulai mengalami ruam

	kemerahan yang awalnya tampak pada daerah perut, kemudian menyebar ke seluruh tubuh. Pasien juga mengalami mual disertai muntah sebanyak 2 kali dalam sehari. Keluhan tersebut menyebabkan nafsu makan pasien menurun.
Riwayat Penyakit Keluarga	Tidak terdapat riwayat penyakit keturunan dalam keluarga

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa kedua pasien mengalami keluhan utama berupa demam. Pasien 1 mengalami demam sejak empat hari sebelum masuk rumah sakit disertai lemah, pucat, pusing, lidah terasa pahit, nyeri perut, dan nafsu makan menurun. Pasien 2 mengalami demam sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit disertai mual, muntah, ruam kemerahan, dan penurunan nafsu makan. Kedua pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dalam keluarga.

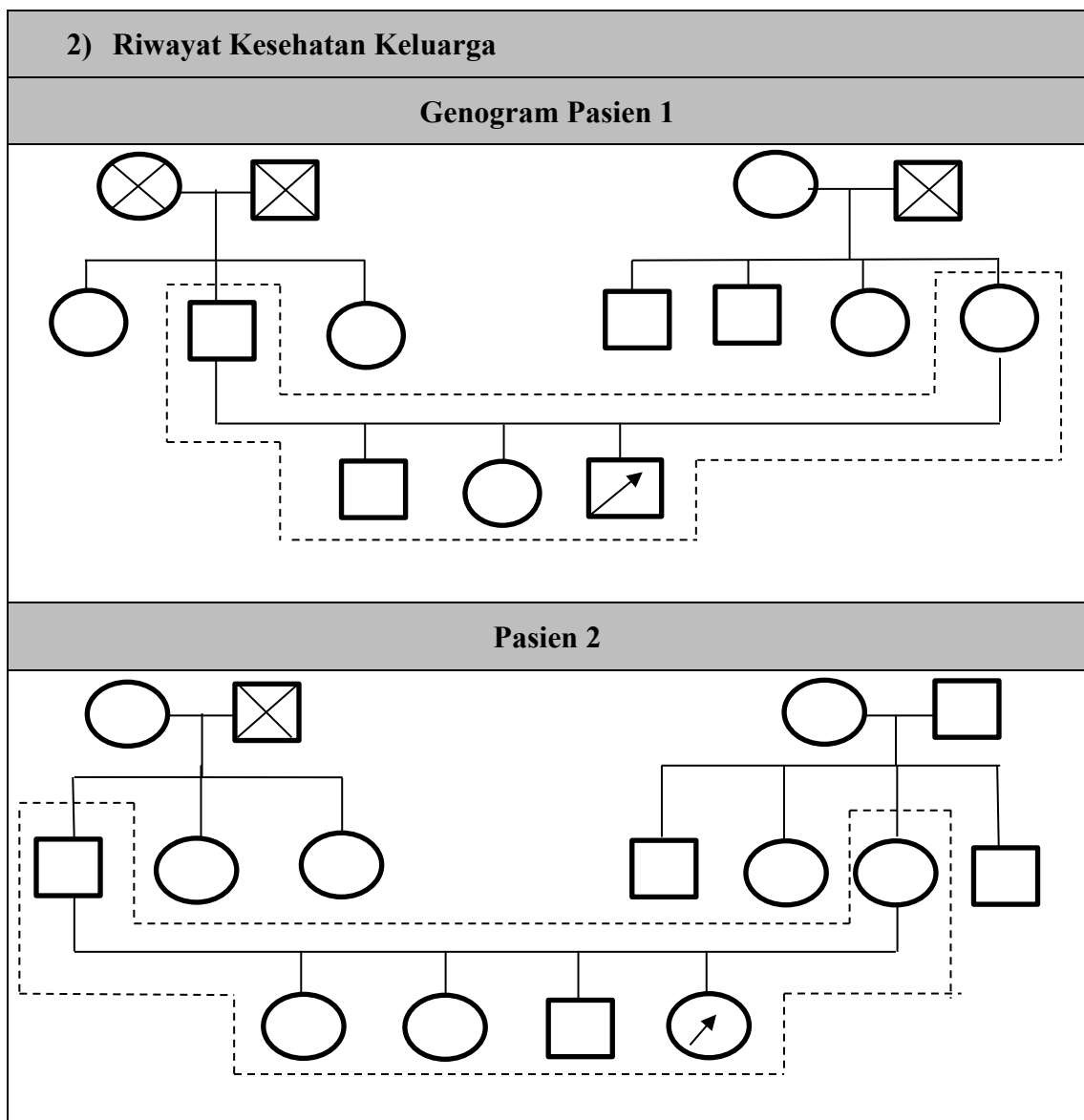
Tabel 4.4 Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien 1	Pasien 2
Pemeriksaan kehamilan : 2x/bulan	Pemeriksaan kehamilan : 2x/bulan
Keluhan selama hamil	Keluhan selama hamil
Perdarahan (X)	Perdarahan (X)
PHS (X)	PHS (X)
Infeksi (X)	Infeksi (X)
Ngidam (✓)	Ngidam (✓)
Muntah-muntah (✓)	Muntah-muntah (✓)
Demam (X)	Demam (X)
Imunisasi TT:(Ya)/ Tidak	Imunisasi TT:(Ya)/ Tidak
a) Natal	
Tempat melahirkan	Tempat melahirkan
RS (✓)	RS (X)
Klinik (X)	Klinik (X)
Rumah (X)	Bidan (✓)
	Rumah (X)
Lama dan Jenis Persalinan	Lama dan Jenis Persalinan
Spontan (✓)	Spontan (✓)
Forceps (X)	Forceps (X)
Operasi (X)	Operasi (X)
Penolong Persalinan	Penolong Persalinan
Dokter (✓)	Dokter (X)
Bidan (X)	Bidan (✓)
Dukun (X)	Dukun (X)

Komplikasi waktu lahir: Tidak ada komplikasi	Komplikasi waktu lahir: Tidak ada komplikasi
--	--

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa riwayat kehamilan dan persalinan kedua pasien secara umum baik. Ibu kedua pasien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan, mendapat imunisasi TT, dan tidak mengalami komplikasi serius. Kedua pasien lahir secara spontan dan tidak mengalami komplikasi saat lahir.

Tabel 4.5 Genogram Pasien

**Keterangan :**

 : Laki-Laki	 : Garis Perkawinan
 : Perempuan	 : Garis Keturunan
  : Pasien	 : Garis Serumah

✕ : Meninggal

Tabel 4.5 menggambarkan genogram keluarga kedua pasien, meliputi hubungan perkawinan, keturunan, serumah, serta anggota keluarga yang meninggal. Genogram menunjukkan struktur keluarga yang jelas dan tidak ditemukan riwayat penyakit keturunan yang berhubungan langsung dengan kondisi pasien saat ini.

Tabel 4.6 Riwayat Imunisasi

3) Riwayat Imunisasi				
Pasien 1				
No.	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi Setelah Pemberian
1.	BCG	1 bulan	1 kali	Tampak ada bisul
2.	DPT (I,II,III)	2 - 4 bulan	3 kali	Bengkak
3.	Polio (I, II, III, IV)	1 – 4 bulan	4 kali	Tidak ada
4.	Campak	9 bulan	1 kali	Demam
5.	Hepatitis B0	< 12 jam	1 kali	Tidak ada
	Hepatitis B1	2 bulan	1 kali	Demam
	Hepatitis BII	3 bulan	1 kali	Demam
	Hepatitis BIII	4 bulan	1 kali	Demam

Pasien 2				
No.	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi Setelah Pemberian
1.	BCG	1 bulan	1 kali	Tampak ada bisul
2.	DPT (I,II,III)	2 – 4 bulan	3 kali	Bengkak
3.	Polio (I, II, III, IV)	1 – 4 bulan	4 kali	Tidak ada
4.	Campak	9 bulan	1 kali	Demam
5.	Hepatitis B0	< 12 jam	1 kali	Tidak ada
	Hepatitis B1	2 bulan	1 kali	Demam
	Hepatitis BII	3 bulan	1 kali	Demam
	Hepatitis BIII	4 bulan	1 kali	Demam

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa kedua pasien telah memperoleh imunisasi dasar, meliputi BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B. Reaksi setelah imunisasi masih dalam batas umum, seperti bisul pada BCG, bengkak pada DPT, dan demam pada Campak serta beberapa pemberian Hepatitis B.

Tabel 4.7 Riwayat Tumbuh Kembang

4) Riwayat Tumbuh Kembang	
Pasien 1	Pasien 2
Pertumbuhan Fisik Berat Badan : 2,8 kg Tinggi Badan : 48 cm Waktu tumbuh gigi : 7 bulan	Pertumbuhan Fisik Berat Badan : 3,2 kg Tinggi Badan : 50 cm Waktu tumbuh gigi : 7 bulan
Perkembangan Tiap Tahap	Perkembangan Tiap Tahap Berguling : 4 Bulan

Berguling	:	4 Bulan	Duduk	:	5 Bulan
Duduk	:	5 Bulan	Merangkak	:	6 Bulan
Merangkak	:	6 Bulan	Berdiri	:	12 Bulan
Berdiri	:	11 Bulan	Berjalan	:	14 Bulan
Berjalan	:	13 Bulan	Senyum kepada orang lain pertama kali	:	3 Bulan
Senyum kepada orang lain pertama kali	:	3 Bulan	Bicara pertama kali	:	9 bulan
Bicara pertama kali	:	10 bulan	Berpakaian tanpa bantuan	:	6 tahun
Berpakaian tanpa bantuan	:	6 tahun			

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa riwayat tumbuh kembang kedua pasien secara umum baik. Kedua pasien mengalami pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik sesuai tahap usia, meskipun terdapat sedikit perbedaan pada usia berdiri, berjalan, dan bicara pertama kali.

Tabel 4.8 Riwayat Nutrisi

5) Riwayat Nutrisi			
Pasien 1		Pasien 2	
Pemberian ASI		Pemberian ASI	
Kolustrum	:	Pasien diberikan kolostrum saat baru lahir	
Cara Pemberian ASI	:	Pemberian Asi diberikan sesuai kebutuhan anak	
Lama Pemberian	:	Asi diberikan hingga anak umur 6 bulan	
Pemberian Susu Formula		Pemberian Susu Formula	
Alasan Pemberian	:	Pasien tidak diberikan susu formula	
Jumlah Pemberian	:	Pasien tidak diberikan susu formula	

Lama Pemberian : Pasien tidak diberikan susu formula		sehingga pasien diberikan susu formula
		Jumlah Pemberian : Sufor diberikan sesuai kebutuhan pasien
		Lama Pemberian : Hingga pasien berumur 6 bulan
Pola pemberian Nutrisi Tiap Tahap Usia Sampai Nutrisi Saat Ini		
Pasien 1		
Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
0 – 6 bulan	ASI eksklusif	Sesuai kebutuhan pasien
0 – 20 bulan	ASI	Sesuai kebutuhan pasien
6 – 2 tahun	MPASI	±2-3 x/ hari
2 tahun – sekarang (10 tahun)	Makanan padat	±2-3 x/ hari
Pasien 2		
Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
0 – 3 bulan	ASI	Sesuai kebutuhan pasien
4 – 6 bulan	Susu formula	Sesuai kebutuhan pasien
6 - ± 2 tahun	MPASI	± 3x/ hari
2 tahun – sekarang (11 tahun)	Makanan padat	± 3x/ hari

Tabel 4.8 menunjukkan perbedaan riwayat nutrisi kedua pasien. Pasien 1 mendapatkan kolostrum, ASI sesuai kebutuhan, dan tidak diberikan susu formula. Pasien 2 mendapatkan kolostrum dan ASI selama tiga bulan pertama, kemudian diberikan susu formula karena ibu pasien bekerja. Keduanya selanjutnya memperoleh MPASI dan makanan padat sesuai tahap usia.

Tabel 4.9 Riwayat Psikososial

6) Riwayat Psikososial			
Pasien 1		Pasien 2	
Anak tinggal bersama	: Pasien tinggal bersama orang tua	Anak tinggal bersama	: Pasien tinggal bersama orang tua
Lingkungan berada di	: Perkotaan, keadaan rumah bersih	Lingkungan berada di	: Perkotaan, keadaan rumah bersih
Hubungan antar anggota keluarga	: Hubungan keluarga cukup harmonis	Hubungan antar anggota keluarga	: Hubungan keluarga cukup harmonis

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa kedua pasien tinggal bersama orang tua di lingkungan perkotaan dengan kondisi rumah bersih. Hubungan antar anggota keluarga pada kedua pasien cukup harmonis sehingga dapat menjadi faktor pendukung dalam proses perawatan.

Tabel 4.10 Riwayat Spiritual

7) Riwayat Spiritual		
Data	Pasien 1	Pasien 2
Support system dalam keluarga	Ayah ibu dan saudara kandung	Ayah ibu dan saudara kandung
Kegiatan keagamaan	Pasien masih belajar mengenai kegiatan keagamaan	Pasien masih belajar mengenai kegiatan keagamaan

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa kedua pasien memiliki dukungan keluarga dari ayah, ibu, dan saudara kandung. Keduanya masih berada pada tahap belajar kegiatan keagamaan, sehingga keluarga berperan sebagai sumber dukungan spiritual dan emosional selama perawatan.

Tabel 4.11 Pengkajian Saat Ini

8) Pengkajian Saat Ini		
a) Nutrisi		
Kondisi	Pasien 1	Pasien 2
Pola makan	Sebelum sakit: Pasien makan 3x/hari	Sebelum sakit: Pasien makan 3x/hari

	Saat sakit: Pasien makan 3x/hari dalam porsi sedikit	Saat sakit: Pasien makan 3x/hari dalam porsi sedikit
Komposisi makan	Sebelum sakit: Protein (ayam/ikan/telur/daging), sayur, nasi, cemilan ringan Saat sakit: Pasien makan dari makanan RS (Protein, serat, karbohidrat)	Sebelum sakit: Pasien sulit untuk memakan sayur-sayuran, namun pasien tetap makan protein dan karbohidrat Saat sakit : Pasien makan dari makanan RS (Protein, serat, karbohidrat)
Perubahan makan yang di alami	Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien memiliki nafsu makan yang baik, tidak ada gangguan makan Saat sakit : Saat sakit pasien tidak memiliki nafsu makan, makan dalam porsi kecil	Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien memiliki nafsu makan yang baik, tidak ada gangguan makan Saat sakit : Saat sakit pasien tidak memiliki nafsu makan, makan dalam porsi kecil
b) Cairan		
Kebutuhan cairan	Untuk berat badan 19 kg: $= 1000\text{ml} + 50\text{ml/kg}$ $= 1000\text{ml} + 50\text{ml} \times 9 \text{ kg}$ $= 1000\text{ml} + 450\text{ml}$ $= 1450\text{ml/hari (kebutuhan cairan normal anak menggunakan rumus Holliday-Segar)}$ Karena suhu pasien 39°C, maka dihitung kenaikan suhu tubuh dari suhu normal $36,5^{\circ}\text{C}$: $\text{Kenaikan suhu} = 39^{\circ}\text{C} - 36,5^{\circ}\text{C}$ $\text{Kenaikan suhu} = 2,5^{\circ}\text{C}$ - Setiap kenaikan suhu 1°C meningkatkan IWL sebesar 10%, sehingga: $\text{IWL tambahan} = 10\% \times 2,5 = 25\%$ - Maka IWL tambahan karena suhu dihitung dengan rumus:	Untuk berat badan 36 kg: $= 1500\text{ml} + 20\text{ml/penambahan BB diatas 20}$ $= 1500\text{ml} + 20\text{ml} \times 16$ $= 1500\text{ml} + 320\text{ml}$ $= 1820\text{ml}$ Karena suhu pasien $38,8^{\circ}\text{C}$, maka dihitung kenaikan suhu tubuh dari suhu normal $36,5^{\circ}\text{C}$: $\text{Kenaikan suhu} = 38,8^{\circ}\text{C} - 36,5^{\circ}\text{C}$ $\text{Kenaikan suhu} = 2,3^{\circ}\text{C}$ - Setiap kenaikan suhu 1°C meningkatkan IWL

	$\text{IWL dasar} \times 25\%$ $= 232,8 \text{ ml} \times 0,25$ $= 58,2 \text{ ml/24 jam}$ -Total IWL pada suhu 39°C adalah: $\text{IWL suhu } 39^{\circ}\text{C} = \text{IWL dasar} + \text{IWL tambahan}$ $\text{IWL suhu } 39^{\circ}\text{C} = 232,8 \text{ ml} + 58,2 \text{ ml}$ $\text{IWL suhu } 39^{\circ}\text{C} = 291 \text{ ml/24 jam}$ $= 291 \text{ ml} \div 3$ $\text{IWL per shift} = 97 \text{ ml/shift}$ BC 1 shift Input • Infus : 480ml • Inj.Ampisilin : 5 ml • 1 Pct Syr : 5 ml • Minum : 490ml Total Input : 980ml Output • BAK : 250 ml • BAB : Lunak • IWL suhu 39°C : 97 ml Total Output : 347 ml Balance cairan : +633	sebesar 10%, sehingga: $\text{IWL tambahan} = 10\% \times 2,3$ $\text{IWL tambahan} = 23\%$ - Maka IWL tambahan karena suhu dihitung dengan rumus: $\text{IWL dasar} \times 23\%$ $= 268,3 \text{ ml} \times 0,23$ $= 61,7 \text{ ml/24 jam}$ -Total IWL pada suhu $38,8^{\circ}\text{C}$ adalah: $\text{IWL suhu } 38,8^{\circ}\text{C} = \text{IWL dasar} + \text{IWL tambahan}$ $\text{IWL suhu } 38,8^{\circ}\text{C}$ $= 268,3 \text{ ml} + 61,7 \text{ ml}$ $= 330 \text{ ml/24 jam}$ - Karena balance cairan dihitung per shift, maka: $\text{IWL } 24 \text{ jam} \div 3$ $= 330 \text{ ml} \div 3$ $\text{IWL per shift} = 110 \text{ ml/shift}$ BC 1 shift Input • Infus : 432ml • Inj.Ampisilin : 5 ml • 1 Pct Syr : 5 ml • Minum : 530ml Total Input : 972 Output • BAK : 450 ml • BAB : Lunak • IWL suhu $38,8^{\circ}\text{C}$: 110ml Total Output : 560 Balance cairan : +412
c) Eliminasi (BAB dan BAK)		
BAB: (1) Frekuensi (2) Konsistensi (3) Kondisi lain yang perlu di catat	Sebelum sakit: 1-2x/hari, konsistensi padat, berwarna kuning, dengan bau khas Saat sakit	Sebelum sakit: 1-2x/hari, konsistensi padat, berwarna kuning, dengan bau khas Saat sakit

	1-2x/hari, konsistensi padat, berwarna kuning, dengan bau khas	1-2x/hari, konsistensi padat, berwarna kuning, dengan bau khas
BAK: (1) Frekuensi (2) Konsistensi (3) Kondisi lain yang perlu di catat	Sebelum sakit: 5/7 x/hari, warna kuning jernih, bau khas urine Saat sakit: Saat Pengkajian pasien buang air kecil 4x/hari pengeluaran urin anak ± 250 ml/hari	Sebelum sakit: 6/7 x/hari, warna kuning jernih, bau khas urine Saat sakit: Saat Pengkajian pasien buang air kecil 5x/hari pengeluaran urin anak ± 450 ml/hari
d) Istirahat Tidur		
Jam Tidur (1) Siang (2) Malam	Sebelum sakit: (1) 2-3 Jam/hari (2) ± 8 jam/hari Saat sakit: (1) 1-2 Jam/hari (2) $\pm 6-7$ Jam/hari	Sebelum sakit: (1) 2-3 Jam/hari (2) ± 8 jam/hari Saat sakit: (1) 1-2 Jam/hari (2) $\pm 6-7$ Jam/hari
Pola tidur	Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien tidur dengan nyenyak, tidak sering terbangun Saat sakit: Saat dirumah sakit pasien dapat tidur dengan pulas, karena mendapatkan penanganan pengobatan	Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien tidur dengan nyenyak,, tidak sering terbangun Saat sakit: Sesudah sakit pasien tidak nyenyak tidur, sering terbangun karena badan terasa panas dan disertai rasa cemas
Kebiasaan sebelum tidur	Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan sebelum tidur pasien mencuci kaki, muka, gosok gigi dan mengganti pakaian jika dirasa kotor	Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan sebelum tidur pasien mencuci kaki, muka, gosok gigi dan mengganti pakaian jika dirasa kotor

	Saat sakit: Pasien hanya terbaring di tempat tidur	Saat sakit: Saat sakit pasien merasa lemas, sehingga sulit beraktivitas
Kesulitan tidur	Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien tidak memiliki gangguan tidur Saat sakit: Saat sakit pasien terkadang terbangun karena badan terasa panas dan disertai rasa cemas	Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien tidak memiliki gangguan tidur Saat sakit: Pasien terkadang kesulitan tidur karena badan terasa panas disertai cemas
e) Personal Hygiene		
Mandi	Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan saat dirumah pasien rutin mandi 2-3x/hari Saat sakit: Saat sakit ibu pasien mengatakan pasien mandi 1x/hari	Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan saat dirumah pasien rutin mandi 2-3x/hari Saat sakit: Saat sakit ibu pasien mengatakan pasien mandi 1x/hari
Gosok gigi	Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan dirumah pasien gosok gigi 3x/hari Saat sakit: Saat sakit pasien gosok gigi 1x/hari	Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan dirumah pasien gosok gigi 3x/hari Saat sakit: Saat sakit pasien gosok gigi 1x/hari
f) Aktivitas/Mobilitas Fisik		
Kegiatan sehari-hari	Sebelum sakit: Sebelum sakit biasanya pasien sekolah dari senin sampai sabtu dari pagi hingga siang	Sebelum sakit: Sebelum sakit biasanya pasien sekolah dari senin sampai sabtu dari pagi hingga siang

	Saat sakit: Saat sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur sambil bermain hp	Saat sakit: Saat sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur dan sering tidur
Penggunaan alat bantu aktivitas	Sebelum sakit: Pasien tidak menggunakan alat bantu aktivitas apapun Saat sakit: Pasien tidak menggunakan alat bantu aktivitas apapun	Sebelum sakit: Pasien tidak menggunakan alat bantu aktivitas apapun Saat sakit: Pasien tidak menggunakan alat bantu aktivitas apapun
Kesulitan pergerakan tubuh	Sebelum sakit: Pasien tidak memiliki kesulitan dalam beraktivitas apapun Saat sakit: Pasien hanya terbaring di tempat tidur	Sebelum sakit: Pasien tidak memiliki kesulitan dalam beraktivitas apapun Saat sakit: Pasien terlihat lemah dan hanya berbaring di tempat tidur
g) Reaksi hospitalisasi, fokus pada pengkajian pemahaman keluarga tentang sakit dan rawat inap		
Mengapa ibu membawa anaknya ke RS	Ibu pasien membawa pasien ke RS karena telah sakit di rumah selama 4 hari disertai nyeri perut bagian tengah	Ibu pasien membawa pasien karena masih mengalami demam, muncul ruam kemerahan serta muntah 2 kali
Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak: Ya/Tidak	Ya, dokter menceritakan kondisi anak kepada ibu pasien	Ya, dokter menceritakan kondisi anak kepada ibu pasien
Bagaimana perasaan orang tua saat ini	Ibu pasien menanggapi keadaan ini dengan tenang, dan ayah pasien menanggapi anaknya saat masuk rumah sakit dengan tenang	Ibu pasien cemas saat melihat anaknya masuk rumah sakit, dan ayah pasien tampak selalu mendampingi pasien di rumah sakit

h) Pemeriksaan fisik		
Keadaan Umum (1) Kesadaran (2) Penampilan (3) Berat Badan (4) Tinggi Badan	(1) Composmentis (2) Tampak lemah (3) 19 kg (4) 122 cm	(1) Composmentis (2) Tampak lemah (3) 36 kg (4) 140 cm
Tanda-tanda vital (1) Pernapasan (2) Denyut nadi (3) Suhu	Tanda-tanda vital (1) 24x/menit (2) 96x/m (3) 39°C	Tanda-tanda vital TD : 100/65 mmhg (1) 21x/menit (2) 90x/m (3) 38,8°C
Kepala dan Rambut	Bentuk kepala simetris, rambut bersih lurus warna hitam, tidak ada ketombe, tidak ada pembengkakan, tidak ada benjolan, tidak ada luka	Bentuk kepala simetris, rambut bersih, ikal, panjang dan warna hitam, tidak ada ketombe, tidak ada pembengkakan, tidak ada benjolan, tidak ada luka
Wajah	Simetris, bentuk wajah bulat, tidak ada edema, wajah sedikit tampak pucat, tidak ada gerakan yang abnormal, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	Simetris, bentuk wajah bulat, tidak ada edema, wajah sedikit tampak pucat, tidak ada gerakan yang abnormal, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan
Mata	Kedua mata simetris kanan dan kiri, penglihatan jelas, mata tidak cekung, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik	Kedua mata simetris kanan dan kiri, penglihatan jelas, mata tidak cekung, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
Hidung	Simetris, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada polip	Simetris, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada polip
Telinga	Simetris kanan dan kiri, fungsi pendengaran baik, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka	Simetris kanan dan kiri, fungsi pendengaran baik, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka
Mulut	Mulut tampak bersih, gigi tampak rapi Bibir tampak kering dan pucat, Lidah	Mulut tampak bersih, gigi tampak rapi dan terdapat

	tampak kotor/berselaput putih pada bagian tengah	karang gigi, bibir tampak kering dan pucat, Lidah tampak kotor/berselaput putih pada bagian tengah dengan tepi lidah tampak kemerahan.
Tenggorokan	Tidak ada sakit saat menelan	Tidak ada sakit saat menelan
Leher	Tidak ada pembesaran tiroid dan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada pembesaran tiroid dan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan
Dada	Dinding dada simetris kiri dan kanan, pengembangan dada seimbang mengikuti alur nafas, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bunyi nafas tambahan	Dinding dada simetris kiri dan kanan, pengembangan dada seimbang mengikuti alur nafas, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bunyi nafas tambahan
Abdomen	Tidak ada oedema, terdapat bunyi peristaltik ± 25 x/ menit, terdengar suara tympani	Tidak ada oedema, terdapat bunyi peristaltik ± 20 x/ menit, terdengar suara tympani
Genitalia dan anus	Genitalia dan Anus tidak ada kelainan	Genitalia dan Anus tidak ada kelainan
Ekstremitas	Atas: Bentuk simetris, tidak ditemukan kelainan, terpasang infus KA-EN 3A gtt 20x/menit pada tangan kiri Bawah: Bentuk simetris, tidak ditemukan kelainan, pergerakan ekstremitas bebas dan aktif	Atas: Bentuk simetris, tidak ditemukan kelainan, terpasang infus KA-EN 3A gtt 18x/menit pada tangan kiri Bawah: Bentuk simetris, tidak ditemukan kelainan, pergerakan ekstremitas bebas dan aktif

Kulit dan Kuku	Turgor Kulit Baik, CRT (capillary reffil time) < 2 detik, kulit jari bersih, kulit terasa hangat	Turgor Kulit Baik, CRT (capillary reffil time) < 2 detik, kulit jari bersih, kulit terasa hangat, kulit tampak merah
----------------	--	--

Tabel 4.11 menunjukkan kondisi pengkajian saat ini pada kedua pasien. Keduanya mengalami penurunan nafsu makan, peningkatan suhu tubuh, penurunan durasi tidur, penurunan aktivitas, serta lebih banyak berbaring di tempat tidur. Pemeriksaan fisik menunjukkan kedua pasien sadar composmentis, tampak lemah dan pucat, bibir kering, lidah berselaput putih, serta terpasang infus. Pada Pasien 2 juga ditemukan kulit tampak kemerahan.

Tabel 4.12 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang: Diagnostik dan laboratorium			
Pasien 1			
Jenis Pemeriksaan	Hasil Laboratorium	Nilai Normal	Satuan
Hematologi			
Darah Rutin			
Hemoglobin	12.8	11.5 -15.5	G/DL
Leukosit	10.8	4.5 - 11.0	10 ³ /UL
Hematokrit	39	33.0 - 45.0	%
Trombosit	221	150 - 450	10 ³ /UL
LED	6	<10	MM/JAM
Hitung Jenis			
Basofil	0.2	0 -1	%
Eosinofil	0.0	0 - 4	%
Neutrofil	78.0	50 - 70	%
Limfosit	9.6	20 - 40	%
Monosit	12.2	0 - 6	%
Serologi			
Tubex Tf	Positif 6	Skala 0-2 : Negatif Skala 3 : Bordeline Skala 4-10 : Positif	

Pasien 2			
Jenis Pemeriksaan	Hasil Laboratorium	Nilai Normal	Satuan
Hematologi			
Darah Rutin			
Hemoglobin	12.4	11.7 – 15.5	G/DL
Leukosit	6.72	3.6 0 11.0	10 ³ /UL
Hematokrit	37.9	35-47	%
Trombosit	231	150-440	10 ³ /UL
LED	6	0-20	MM/JAM
Hitung Jenis			
Basofil	0.0	0-1	%
Eosinofil	0.4*	2-4	%
Neutrofil	66.5	50-70	%
Limfosit	21.2*	25-40	%
Monosit	11.9*	2-8	%
Serologi			
Tubex TF	Positif 6	Skala 0-2 : Negatif Skala 3 : Bordeline Skala 4-10 : Positif	

Tabel 4.12 menunjukkan hasil pemeriksaan laboratorium kedua pasien. Hasil Tubex TF pada Pasien 1 dan Pasien 2 sama-sama positif 6, sehingga mendukung diagnosis Typhoid Fever. Hasil pemeriksaan darah rutin menunjukkan adanya proses infeksi, tanpa ditemukan anemia berat maupun penurunan trombosit berat.

Tabel 4.13 Terapi Farmakologis

Terapi Obat		
No	Pasien 1	Pasien 2
1	IVFD KAEN 3A gtt 20 makro	IVFD KAEN 3A gtt 18 makro
2	Paracetamol syrup 3 × 1 cth per oral (PO)	Paracetamol syrup 3 × 1 cth per oral (PO)
3	Inj. Ampisilin 3 × 500 mg intravena (IV)	Inj. Ampisilin 3 × 500 mg intravena (IV)
4		Antasida 3x1 tab

2. Analisa Data

Tabel 4.14 Analisa Data

Pasien 1		
Data	Etiologi	Masalah
Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami demam, tubuhnya panas, demam naik turun sudah 4 hari Data Objektif : - Pasien Tampak pucat - Kulit Pasien teraba hangat Tanda-tanda vital - Suhu : 39°C	Bakteri <i>salmonella typhi</i> masuk ke saluran pencernaan ↓ Peradangan pada usus halus ↓ Merangsang pelepasan pada zat pirogen oleh leukosit ↓ Zat pirogen beredar dalam darah ↓ Merangsang hipotalamus ↓ Merespon dengan meningkatkan suhu tubuh ↓ Peningkatan suhu tubuh	Hipertermia
Pasien 2		
Data	Etiologi	Masalah
Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari yang lalu terutama pada sore dan malam hari, tubuhnya panas, demam naik turun, disertai muncul ruam kemerahan di tubuh Data Objektif : - Pasien Tampak pucat - Kulit pasien teraba hangat - Kulit tampak merah Tanda-tanda vital - Suhu : 38,8°C	Bakteri <i>salmonella typhi</i> masuk ke saluran pencernaan ↓ Peradangan pada usus halus ↓ Merangsang pelepasan pada zat pirogen oleh leukosit ↓ Zat pirogen beredar dalam darah ↓ Merangsang hipotalamus ↓ Merespon dengan meningkatkan suhu tubuh ↓ Peningkatan suhu tubuh	Hipertermia

3. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.15 Diagnosa keperawatan

No	Pasien 1	Pasien 2
1	Hipertermia berhubungan dengan (proses penyakit/infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal (39°C), kulit terasa hangat	Hipertermia berhubungan dengan proses (penyakit/infeksi) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal (38,8°C),kulit terasa hangat, kulit tampak merah

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.16 Intervensi Keperawatan

Pasien 1																								
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional																				
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i>) (D.0130) Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami demam, tubuhnya panas, demam naik turun sudah 4 hari Data Objektif : - Pasien Tampak pucat - Kulit Pasien terasa hangat - Tanda-tanda vital	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, Termoregulasi membaik (L.14134) dengan Kriteria Hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meningkat</td><td>Cukup Meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup Menurun</td><td>Menurun</td></tr> </table> 3. Pucat Menurun <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meningkat</td><td>Cukup Meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup Menurun</td><td>Menurun</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	1	2	3	4	5	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) I. Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipertemia (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine	Termoregulasi (L.14134) 1. Untuk mengetahui status penyebab hipertermia (Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i>) 2. Untuk mengetahui adanya perubahan suhu 3. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi 4. Untuk mengetahui kecukupan intake cairan dalam tubuh
1	2	3	4	5																				
Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																				
1	2	3	4	5																				
Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																				

	- Suhu : 39°C		5. Monitor komplikasi akibat hipertermia II. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin (Anjurkan keluarga pasien untuk memakaikan pasien pakaian tipis dan menyerap keringat) 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eksternal (melakukan kompres hangat <i>water tepid sponge</i> pada leher, aksila dan lipatan paha) III. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring	5. Untuk mengetahui adakah komplikasi dari demam yang timbul 1. Untuk menurunkan suhu tubuh pasien 2. Untuk mencegah dehidrasi akibat peningkatan suhu 3. Kompres hangat dapat membantu untuk menurunkan suhu tubuh 1. Untuk mencegah komplikasi perforasi usus atau perdarahan usus
--	---------------	--	---	--

			Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	Kolaborasi 1. Untuk mempercepat penurunan suhu tubuh																				
Pasien 2																								
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional																				
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i>) (D.0130) Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari yang lalu terutama pada sore dan malam hari, tubuhnya panas, demam naik turun, disertai muncul ruam kemerahan di tubuh Data Objektif : - Pasien Tampak pucat - Kulit pasien teraba	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, Termoregulasi membaik (L.14134) dengan Kriteria Hasil : 1. Suhu tubuh membaik (36,5°C-37,5°C) 2. Suhu kulit membaik <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meningkat</td><td>Cukup Meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup Menurun</td><td>Menurun</td></tr> </table> 3. Pucat Menurun <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meningkat</td><td>Cukup Meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup Menurun</td><td>Menurun</td></tr> </table> 4. Kulit merah menurun	1	2	3	4	5	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	1	2	3	4	5	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) I. Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipertemia (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine	Termoregulasi (L.14134) 1. Untuk mengetahui status penyebab hipertermia (Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i>) 2. Untuk mengetahui adanya perubahan suhu 3. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi 4. Untuk mengetahui kecukupan intake cairan dalam tubuh
1	2	3	4	5																				
Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																				
1	2	3	4	5																				
Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																				

	hangat - Kulit tampak merah Tanda-tanda vital - Suhu : 38,8°C		5. Monitor komplikasi akibat hipertermia II. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin (Anjurkan keluarga pasien untuk memakaikan pasien pakaian tipis dan menyerap keringat) 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eksternal (melakukan kompres hangat <i>water tepid sponge</i> pada leher, aksila dan lipatan paha) III. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring	5. Untuk mengetahui adakah komplikasi dari demam yang timbul 1. Untuk menurunkan suhu tubuh pasien 2. Untuk mencegah dehidrasi akibat peningkatan suhu 3. Kompres hangat dapat membantu untuk menurunkan suhu tubuh 1. Untuk mencegah komplikasi perforasi usus atau perdarahan usus
--	---	--	---	--

			III. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	1. Untuk mempercepat penurunan suhu tubuh
--	--	--	---	---

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.17 Implementasi Keperawatan

Pasien 1							
No	Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1 19 April 2026		Hari ke-2 20 April 2026		Hari ke-3 21 April 2026	
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i>) (D.0130) Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami demam, tubuhnya panas, demam	07.30	1. Mengidentifikasi Penyebab hipertermia Respon: Ibu pasien memahami penyebab infeksi yang ditunjukkan dari hasil lab serologi tubex tf positif	07.30	1. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi: Suhu : 38,1°C	07.30	1. Mengukur tanda tanda vital Hasil Observasi : Suhu : 37,5°C
		07.35	2. Mengukur tanda tanda vital. Hasil Observasi : Suhu : 39°C	07.45	2. Mengajukan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap Respon : Pasien tampak sudah	07.45	2. Mengajukan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Respon: Pasien tampak sudah memakai pakaian yang

naik turun sudah 4 hari Data Objektif : - Pasien Tampak pucat - Kulit Pasien teraba hangat Tanda-tanda vital - Suhu : 39°C							
	07.50	3. Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Respon : Pasien mau memakai pakaian yang sudah dianjurkan	08.00	3. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : Pasien menghabiskan 100 ml air putih yang diberikan	08.30	3. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : Pasien menghabiskan 60 ml air putih yang diberikan	dianjurkan
	08.00	4. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 50 ml air putih yang diberikan	08.25	4. Memberikan kompres kepada pasien, kompres hangat (<i>water tepid sponge</i>) dilakukan pada bagian leher, kedua axila dan kedua lipatan paha diberikan selama 15-20 menit Respon : Pasien kooperatif dan tampak rileks saat dikompres	08.45	4. Mendampingi ibu pasien melakukan kompres hangat (<i>water tepid sponge</i>) di bagian leher, kedua axila, dan kedua lipatan paha selama 15-20 menit sesuai sop yang diajarkan Respon : Ibu pasien sudah bisa melakukan kompres hangat (<i>water tepid sponge</i>) yang telah diajarkan	
	08.30	5. Memberikan kompres kepada pasien kompres hangat (<i>water tepid</i>	09.05	5. Mengukur tanda tanda vital Hasil Observasi :	09.00	5. Mengukur tanda tanda vital Hasil Observasi: Suhu : 36,7°C	

			<i>sponge</i>) dilakukan pada bagian leher, kedua axila dan kedua lipatan paha diberikan selama 15-20 menit Respon : Pasien kooperatif dan tampak rileks saat di kompres		Suhu : 37,8°C		
		09.00	6. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi : Suhu : 38,5°C Nadi : 92x/m RR : 21/m	11.35	6. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ±1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : Pasien menghabiskan 50 ml air putih yang diberikan	12.00	6. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ±1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : Pasien menghabiskan 60 ml air putih yang diberikan
		11.02	7. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ±1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien menghabiskan 60 ml air putih yang diberikan	12.00	7. Mengukur tanda tanda vital Hasil Observasi : Suhu : 37,8°C	12.45	7. Mengukur tanda tanda vital Hasil Observasi: Suhu : 36,7°C
		11.20	8. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi :	14.00	8. Memberikan terapi obat Pct Syr dan inj. Ampisiline:IV	14.00	8. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ±1.450

		14.00	Suhu : 38,5°C 9. Memberikan terapi obat Pct Syr dan inj.Ampisiline: IV - Respon : Pasien mau minum obat yang diberikan	14.05	Respon : Pasien mau meminum obat yang diberikan 9. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : Pasien telah menghabiskan 560 ml air putih yang diberikan selama 8 jam		ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : Pasien menghabiskan 610 ml air putih yang diberikan selama 8 jam
		14.05	10. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.450 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : Pasien telah menghabiskan 490 ml air putih yang diberikan selama 8 jam				
Pasien 2							
No	Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1 21 april 2026		Hari ke-2 22 april 2026		Hari ke-3 23 april 2026	
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi bakteri <i>salmonella</i>)	07.00	1. Mengidentifikasi Penyebab hipertermia Respon: Ibu pasien memahami penyebab infeksi yang	07.30	1. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi: Suhu : 38,1°C	07.30	1. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi : Suhu : 37,4°C

<i>typhi</i>) (D.0130) Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari yang lalu terutama pada sore dan malam hari, tubuhnya panas, demam naik turun, disertai muncul ruam kemerahan di tubuh Data Objektif : - Pasien Tampak pucat - Kulit pasien teraba hangat - Kulit tampak merah Tanda-tanda vital - Suhu : 38,8°C			ditunjukkan dari hasil lab serologi tubex tf positif				
	07.15		2. Mengukur tanda-tanda vital. Hasil Observasi: Suhu : 38,8°C	07.45	2. Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Respon : Pasien tampak sudah memakai pakaian yang dianjurkan	07.45	2. Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Respon : Pasien tampak sudah memakai pakaian yang dianjurkan
	07.40		3. Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Respon : Pasien mau memakai pakaian yang sudah dianjurkan	08.00	3. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 50 ml air putih yang diberikan	08.00	3. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 100 ml air putih yang diberikan
	08.00		4. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 50 ml air putih yang	08.25	4. Memberikan kompres kepada pasien, kompres hangat (<i>water tepid sponge</i>) dilakukan pada bagian leher, kedua axila dan kedua lipatan paha diberikan selama 15-20	08.25	4. Mendampingi ibu pasien melakukan kompres hangat (<i>water tepid sponge</i>) di bagian leher, kedua axila, dan kedua lipatan paha selama 15-20 menit sesuai sop yang

			diberikan		menit		diajarkan
		08.30	5. Memberikan kompres kepada pasien kompres hangat (<i>water tepid sponge</i>) dilakukan pada bagian leher, kedua axila dan kedua lipatan paha diberikan selama 15-20 menit Respon : Pasien kooperatif dan tampak rileks saat di kompres	09.00	5. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi : Suhu : 37,9°C	09.00	Respon : Ibu pasien sudah bisa melakukan kompres hangat (<i>water tepid sponge</i>) yang telah diajarkan 5. Mengukur tanda tanda vital Hasil Observasi : Suhu : 36,6°C
		09.00	6. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi : Suhu : 38,4°C	11.30	6. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 100 ml air putih yang	11.30	6. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 40 ml air putih yang diberikan

		11.35	7. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 50 ml air putih yang diberikan	11.40	diberikan 7. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi : Suhu : $37,9^{\circ}\text{C}$	11.40	7. Mengukur tanda tanda vital Hasil Observasi : Suhu : $36,6^{\circ}\text{C}$
		11.50	8. Mengukur tanda-tanda vital Hasil Observasi : Suhu : $38,4^{\circ}\text{C}$	12.00	8. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien menghabiskan 50 ml air putih yang diberikan	14.01	8. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien hanya menghabiskan 730 ml air putih yang diberikan selama 8 jam
		14.00	9. Memberikan terapi obat Pct Syr dan inj.Ampisiline:IV, Antasida Respon : Pasien mau minum obat yang diberikan	14.00	9. Memberikan terapi obat Pct Syr dan inj.Ampisiline:IV Respon : Pasien mau meminum obat yang diberikan		

		14.05	10. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien menghabiskan 530 ml air putih yang diberikan selama 8 jam	14.02	10. Menganjurkan pasien minum air putih sebanyak ± 1.820 ml/hari menggunakan gelas ukur Respon : pasien menghabiskan 560 ml air putih yang diberikan selama 8 jam		
--	--	-------	--	-------	--	--	--

6. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.18 Evaluasi keperawatan

Pasien 1				
No	Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1 19 april 2026	Hari ke-2 20 april 2026	Hari ke-3 21 april 2026
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i>) (D.0130) Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami demam, tubuhnya panas, demam naik turun sudah 4	S : 1. Pasien mengatakan badannya masih terasa panas O : 1. pasien masih tampak pucat 2. bibir masih tampak kering 3. badan masih terasa hangat	S : 1. Pasien mengatakan panas badannya sudah berkurang O : 1. pasien tampak lebih segar 2. tampak pucat menurun 3. mukosa bibir lembab 4. badan masih terasa hangat 5. Tanda-tanda vital :	S : 1. Pasien mengatakan badannya sudah tidak panas lagi O : 1. pasien tampak lebih segar 2. mukosa bibir lembab 3. badan tidak terasa hangat 4. Tanda-tanda vital : - Suhu : $36,7^{\circ}\text{C}$

hari	4. Tanda-tanda vital : - Suhu : 38,5°C Kebutuhan Cairan : 1750ml BC 1 shift (19 april 2026) Input : 980 Output : 347 ml Balance cairan : +633 A : Masalah hipertermia belum teratasi P : Menganjurkan intervensi dilanjutkan - Manajemen Hipertermia (I.2, I.3, I.4, I.5, II.2, II.3) Terapi - IVFD KAEN 3A gtt 20 makro - Paracetamol Syr - Inj. Ampisiline: IV	- Suhu : 37,8°C Kebutuhan Cairan : 1750ml BC 24 jam (19 april 2026) Input : 2.470ml Output : 990ml Balance cairan : +1.480 BC 1 Shift (20 april 2026) Input : 1.050 Output : 303ml Balance cairan : +747 A : Masalah hipertermia belum teratasi P : Menganjurkan intervensi dilanjutkan - Manajemen Hipertermia (I.2, I.3, I.4, I.5, II.2, II.3) Terapi - IVFD KAEN 3A gtt 20 makro - Paracetamol Syr - Inj. Ampisiline: IV	Kebutuhan Cairan : 1750ml BC 24 jam (20 april 2026) Input : 2.710 Output : 960 Balance cairan : +1.750 BC 1 shift (21 april 2026) Input : 1.095 Output : 274 Balance cairan : +821 A : Masalah hipertermia teratasi P : Intervensi dihentikan (I.2, I.3, I.4, I.5, II.2, II.3)
------	---	--	---

Pasien 2				
No	Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1 21 april 2026	Hari ke-2 22 april 2026	Hari ke-3 23 april 2026
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i>) (D.0130) Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari yang lalu terutama pada sore dan malam hari, tubuhnya panas, demam naik turun, disertai muncul ruam kemerahan di tubuh Data Objektif : - Pasien tampak lemah - Kulit pasien terasa hangat - Kulit tampak merah - Tanda-tanda vital - Suhu : 38,8°C	S : 1. Pasien mengatakan badannya masih terasa panas O : 1. pasien masih tampak pucat 2. bibir masih tampak kering 3. badan masih terasa hangat 4. kulit masih tampak merah 5. Tanda-tanda vital : - Suhu : 38,4°C Kebutuhan cairan : 2.148 BC 1 shift (21 april 2026) Input : 972 Output : 560 Balance cairan : +412	S : 1. Pasien mengatakan panas badannya sudah berkurang O : 1. pasien tampak pucat menurun 2. bibir masih tampak kering 3. badan masih terasa hangat 4. tampak merah di kulit mulai berkurang 5. Tanda-tanda vital : - Suhu : 37,9°C Kebutuhan cairan : 2.148 BC 24 jam (21 april 2026) Input : 2.526 Output : 1.328 Balance cairan : +1.198 BC 1 shift (22 maret 2026) Input : 1.002 Output : 517	S : 1. Pasien mengatakan badannya sudah tidak panas lagi O : 1. pasien tampak lebih segar 2. mukosa bibir lembab 3. badan tidak lagi terasa hangat 4. tampak merah di kulit sudah berkurang 5. Tanda-tanda vital : - Suhu : 36,6°C Kebutuhan cairan : 2.148 BC 24 Jam (22 april 2026) Input : 2.636ml Output : 1.200 Balance cairan : +1.436 BC 1 shift (23 maret 2026) Input : 1.167 Output : 500

		A : Masalah hipertermia belum teratasi P : Menganjurkan intervensi dilanjutkan - Manajemen Hipertermia (I.2, I.3, I.4, I.5, II.2, II.3) Terapi - IVFD KAEN 3A gtt 18 makro - Paracetamol Syr - Inj. Ampisiline 3x500 mg : IV - Antasida tab	Balance cairan : +485 A : Masalah hipertermia belum teratasi P : Menganjurkan intervensi dilanjutkan - Manajemen Hipertermia (I.2, I.3, I.4, I.5, II.2, II.3) Terapi - IVFD KAEN 3A gtt 18 makro - Paracetamol Syr - Inj. Ampisiline: IV	Balance cairan : +667 A : Masalah hipertermia teratasi P : Intervensi dihentikan (I.2, I.3, I.4, I.5, II.2, II.3)
--	--	---	--	--

Keterangan : Rincian rekapitulasi cairan terdapat di tabel 4.19 dan 4.20

Tabel 4.19 Rekapitulasi Pemberian Cairan Oral Pasien 1

Pasien 1					
	BC 1 shift (19April 2026)	BC 24 jam (19 April 2026)	BC 1 Shift (20 April 2026)	BC 24 Jam (20 April 2026)	BC 1 Shift (21 April 2026)
Kebutuhan Cairan	1.750 ml				
Input	2.470 ml	2.470 ml	1.050 ml	2.710 ml	1.095 ml
Infus KAEN 3A	480 ml	1440 ml	480 ml	1440 ml	480 ml
Inj. Ampisiline	5 ml	15 ml	5 ml	15 ml	5 ml
1 Pct Syr	5 ml	15 ml	5 ml	15 ml	5 ml
Minum	490 ml	1.000 ml	560 ml	1.240 ml	610 ml
Output	347 ml	990 ml	303 ml	960 ml	274 ml
BAK	250 ml	700 ml	250 ml	850 ml	250 ml
BAB	Lunak	Lunak	Lunak	Lunak	Lunak
IWL Suhu	97 ml	290 ml	53 ml	160 ml	24 ml
Balance Cairan	+633	+1.480	+747	+1.750 ml	+821

Hasil Tabel 4.19 menunjukkan bahwa keseimbangan cairan pasien 1 selama periode pemantauan berada dalam kondisi positif. Balance cairan tercatat +633 ml per shift dan +1.480 ml dalam 24 jam pada 19 April 2026, meningkat menjadi +747 ml per shift dan +1.750 ml dalam 24 jam pada 20 April 2026, serta mencapai +821 ml pada 21 April 2026. Temuan ini menunjukkan bahwa jumlah cairan masuk lebih besar dibandingkan cairan keluar. Kebutuhan cairan harian sebesar 1.750 ml terpenuhi melalui pemberian infus, obat intravena, dan asupan minum, dengan eliminasi cairan yang tetap berlangsung baik melalui urin dan BAB berkonsistensi lunak.

Tabel 4.20 Rekapitulasi Pemberian Cairan Oral Pasien 2

Pasien 2					
	BC 1 Shift (21April 2026)	BC 24 Jam (21 April 2026)	BC 1 Shift (22 April 2026)	BC 24 Jam (22 April 2026)	BC 1 Shift (23April 2026)
Kebutuhan Cairan	2.148				
Input	972 ml	2.526	1.002 ml	2.636 ml	1.167 ml
Infus KAEN 3A	432 ml	1.296 ml	432 ml	1.296 ml	432 ml
Inj. Ampisiline	5 ml	15 ml	5 ml	15 ml	5 ml
1 Pct Syr	5 ml	15 ml	5 ml	15 ml	5 ml
Minum	530 ml	1.200 ml	560 ml	1.310 ml	730 ml
Output	560 ml	1.328 ml	517 ml	1.200 ml	500 ml
BAK	450 ml	1.000 ml	450 ml	1.000 ml	500 ml
BAB	Lunak	Lunak	Lunak	Lunak	Lunak
IWL Suhu	110 ml	328 ml	67 ml	200 ml	-
Balance Cairan	+412	+1.198	+485	+1.436	+667

Hasil Tabel 4.20 menunjukkan bahwa keseimbangan cairan pasien selama periode observasi berada dalam kondisi positif. Balance cairan tercatat +412 ml per shift dan +1.198 ml dalam 24 jam pada 21 April 2026, meningkat menjadi +485 ml per shift dan +1.436 ml dalam 24 jam pada 22 April 2026, serta mencapai +667 ml per shift pada 23 April 2026. Temuan ini menunjukkan bahwa jumlah cairan masuk lebih besar dibandingkan cairan keluar. Kebutuhan cairan harian sebesar 2.148 ml terpenuhi melalui cairan intravena, obat intravena, dan asupan oral, dengan pengeluaran cairan yang tetap adekuat melalui urin serta feses berkonsistensi lunak.

Tabel 4.21 Rekapitulasi Monitoring Suhu Tubuh

	Pasien 1						Pasien 2					
	Hari ke-1		Hari ke-2		Hari ke-3		Hari ke-1		Hari ke-2		Hari ke-3	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Durasi WTS (menit)	15		15		15		15		15		15	
Suhu (36,5°C-37,5°C)	39°C	36,5°C	38,1°C	37,8°C	37,5°C	36,7°C	38,8°C	38,4°C	38,1°C	37,9°C	37,4°C	36,6°C

Berdasarkan Tabel 4.21, pelaksanaan *Water Tepid Sponge* (WTS) selama 15 menit dalam tiga hari pemantauan menunjukkan adanya penurunan suhu tubuh pada kedua pasien setelah intervensi diberikan. Pada hari pertama, suhu tubuh Pasien 1 menurun dari 39°C menjadi 36,5°C, sedangkan Pasien 2 menurun dari 38,8°C menjadi 38,4°C. Penurunan suhu tersebut menunjukkan bahwa WTS berperan dalam membantu proses termoregulasi tubuh melalui mekanisme pelepasan panas secara konduksi dan evaporasi. Dengan demikian, WTS dapat digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis yang efektif dalam membantu menurunkan suhu tubuh pada pasien dengan hipertermia.