

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAM TIFOID
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
TERMOREGULASI DI RUANG MELATI
RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A. Md. Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

**ASTRI APRILIYANI
AKX. 15. 016**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Astri Apriliyani

NPM : AKX. 15. 016

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada dengan Deman Tifoid
Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan
Termolegulasi di RSUD Ciamis

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (A. Md. Kep) di Program Studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya .
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/ Jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar - benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung April 2018

Yang Membuat Pernyataan



Astri Apriliyani

LEMBAR PERSETUJUAN

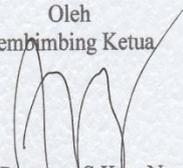
KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAM TIFOID
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
TERMOREGULASI DI RUANG MELATI
RSUD CIAMIS**

ASTRI APRILIYANI
AKX.15. 016

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 25 APRIL 2018

Oleh
Pembimbing Ketua


Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK: 10115171

Pembimbing Pendamping


Asep Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,Mpd
NIDN: 0409127702

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,


Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIP: 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAM TIFOID
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
TERMOREGULASI DI RUANG MELATI
RSUD CIAMIS**

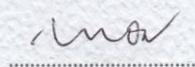
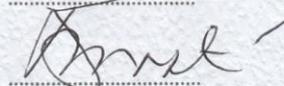
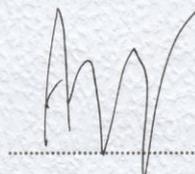
Oleh:
ASTRI APRILIYANI
AKX. 15. 016

Telah diuji
Pada tanggal, 27 April 2018
Panitia Penguji

Ketua : Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pemimbing Utama)

Anggota :

1. Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM
(Penguji I)
2. Agus MD, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes
(Penguji II)
3. Asep Aep Indarna,S.Kep.,Ners.,Mpd
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,

Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK: 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAN TIFOID DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOLEGULASI DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS” dengan sebaik - baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. A.Aep.Indarna,S.Pd.,S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
7. dr. H.Aceng Solahudin Ahmad, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Nunung Patimah, S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Melati Lt 3 yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis
9. Kepada mereka yang selalu menjadi penyemangat demi keberhasilan penulis, yaitu ayahanda Sadirah dan ibunda Suheti, Kakak – adik tersayang Risyanto, Bagus dan Fahri serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Seluruh teman dan sahabat seperjuangan Masna, Icha, Eni, Izma, dan Akmala yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2018

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang: Diperkirakan terdapat sekitar 17 juta kematian terjadi tiap tahun pada kasus Tifoid sedangkan di Asia menempati urutan tertinggi terdapat 13 juta kasus terjadi tiap tahunnya adapun Indonesia diperkirakan antara 800-100.000 orang (WHO, 2003). Definisi Demam Tifoid menurut sodikin (2011) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran. Proses munculnya ketidakefektifan termoregulasi ini diakibatkan oleh kuman *Salmonella typhi* yang masuk ke saluran gastrointestinal tepatnya di usus halus lalu masuk ke aliran darah terjadi kerusakan sel dan merangsang melepas zat epirogen oleh leukosit yang mempengaruhi pusat termoregulator. **Metode:** Adapun studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada 2 klien yang mengalami Demam Tifoid dengan Ketidakefektifan Termoregulasi di RSUD Ciamis Ruang Melati anak It 3, **Hasil:** ketidakefektifan termoregulasi: setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah ketidakefektifan termoregulasi pada klien 1 di hari ke 3 teratasi dan klien 2 teratasi. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan termoregulasi tidak selalu memiliki respon yang sama, hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya, sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien. **Keyword :** Demam Tifoid, Ketidakefektifan Termoregulasi, Kompres Hangat, Asuhan Keperawatan.

Daftar Pustaka : 14 Buku (2008 – 2018), 4 Jurnal (2008 – 2018).

ABSTRACT

Background: An estimated 17 million deaths occur annually in Typhoid cases, while in Asia it is the highest in the world with 13 million cases occurring each year, while Indonesia is estimated to be between 800-100,000 people (WHO, 2003). Definition Typhoid fever according to sodikin (2011) is an acute infection of the gastrointestinal tract, with symptoms of fever of approximately 1 week, digestive disorders, and impaired consciousness. The process of the emergence of this thermoregulation ineffectiveness caused by *Salmonella typhi* bacteria that enter the gastrointestinal tract precisely in the small intestine and into the bloodstream of cell damage and stimulate release of epirogen substances by leukocytes that affect the center of the thermoregulator. **Method:** The case study is a study to explore the problem of nursing care on 2 clients who have Typhoid Fever with Thermoregulation Inefficiency in Ciamis General Hospital Melati Child 3rd floor, **Result:** thermoregulation ineffectiveness: after nursing care by giving nursing intervention, thermoregulation ineffectivity problem at client 1 on day 3 is resolved and client 2 is resolved. **Discussion:** clients with nursing problems ineffectiveness of thermoregulation do not always have the same response, this is influenced by the condition or health status of previous clients, so nurses must perform comprehensive nursing care to handle nursing problems on each client
Keyword: Deman Tifoid, Thermoregulation Ineffectiveness, Warm Compress, Nursing Care.
Bibliography: 14 Books (2008 - 2018), 4 Journals (2008 - 2018).

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------|
| Halaman Judul dan Prasyarat Gelar | i |
| Lembar Pernyataan..... | ii |
| Lembar Persetujuan..... | iii |
| Lembar Pengesahan | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstract | vii |
| Daftar Isi..... | ix |
| Daftar Gambar..... | xi |
| Daftar Tabel | xii |
| Daftar Bagan | xiii |
| Daftar Lampiran | xiv |
| Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah..... | xv |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 4 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Manfaat | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 8 |
| A. Konsep Dasar Penyakit | 8 |
| 1. Pengertian | 8 |
| 2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan..... | 9 |
| 3. Etiologi | 28 |
| 4. Patofisiologi..... | 29 |
| 5. Manifestasi Klinik | 30 |
| 6. Komplikasi | 31 |
| 7. Klasifikasi | 32 |
| 8. Pemeriksaan Diagnostik | 33 |
| 9. Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan | 34 |
| B. Konsep Tumbuh Kembang Anak..... | 37 |
| 1. Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak | 37 |
| 2. Tahapan tumbuh kembang anak masa prasekolah..... | 39 |
| 3. Pertumbuhan pada anak masa prasekolah..... | 39 |

| | |
|--|------------|
| 4. Perkembangan pada anak..... | 42 |
| 5. Hospitalisasi | 43 |
| C. Konsep Asuhan Keperawatan | 45 |
| 1. Pengkajian | 45 |
| 2. Analisa Data | 59 |
| 3. Diagnosa Keperawatan..... | 60 |
| 4. Intervensi | 60 |
| 5. Implementasi | 65 |
| 6. Evaluasi..... | 65 |
| BAB III METODE PENULISAN KTI..... | 67 |
| A. Desain..... | 67 |
| B. Batasan Istilah | 68 |
| C. Unit Analisis | 69 |
| D. Lokasi dan Waktu | 69 |
| E. Pengumpulan Data | 70 |
| F. Uji Keabsahan Data..... | 71 |
| G. Analisa Data | 72 |
| H. Etik Penelitian | 75 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 76 |
| A. HASIL..... | 76 |
| 1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data..... | 76 |
| 2. Pengkajian | 77 |
| 3. Analisa Data | 85 |
| 4. Diagnosa Keperawatan..... | 87 |
| 5. Intervensi..... | 89 |
| 6. Implementasi | 90 |
| 7. Evaluasi | 92 |
| B. Pembahasan | 93 |
| 1. Pengkajian | 94 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 97 |
| 3. Intervensi..... | 101 |
| 4. Implementasi | 102 |
| 5. Evaluasi | 103 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... | 105 |
| A. Kesimpulan..... | 105 |
| B. Saran..... | 108 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 Saluran Sistem Pencernaan | 9 |
| Gambar 2.2 Struktur Rongga Mulut | 11 |
| Gambar 2.3 Lidah dan Bagian-bagiannya..... | 12 |
| Gambar 2.3 Lidah dan Bagian-bagiannya..... | 14 |
| Gambar 2.3 Lidah dan Bagian-bagiannya..... | 15 |
| Gambar 2.6 Anatomi Tenggorokan | 16 |
| Gambar 2.7 Kerongkongan manusia..... | 17 |
| Gambar 2.8 Lambung dan bagian – bagiannya..... | 19 |
| Gambar 2.9 Letak usus halus di dalam sistem pencernaan | 20 |
| Gambar 2.10 Usus Buntu (Cecum) | 24 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 Periode infeksi demam tifoid | 31 |
| Tabel 2.2 Keterangan Pemberian Imunisasi pada Anak | 52 |
| Tabel 2.3 <i>Glasglow Coma Scale Pediatrik</i> | 54 |
| Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional | 61 |
| Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional | 62 |
| Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional | 63 |
| Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional | 63 |
| Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional | 64 |
| Tabel 4.1 Pengkajian | 76 |
| Tabel 4.2 Analisa Data | 84 |
| Tabel 4.3 Diagnosa Keperawatan | 87 |
| Tabel 4.4 Intervensi..... | 89 |
| Tabel 4.5 Implementasi | 91 |
| Tabel 4.6 Evaluasi..... | 93 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|-------------------------------|----|
| Bagan 2.1 Patofisiologi | 29 |
|-------------------------------|----|

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---------------|------------------------------|
| Lampiran I | Lembar bimbingan |
| Lampiran II | Lembar Persetujuan Responden |
| Lampiran III | Persetujuan Justifikasi |
| Lampiran IV | Lembar Observasi |
| Lampiran V | Satuan Acara Penyuluhan |
| Lampiran VI | Leaflet |
| Lampiran VII | Jurnal |
| Lampiran VIII | Daftar Riwayat Hidup |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------|--|
| BAB | : Buang Air Besar |
| BB | : Berat Badan |
| HCl | : Asam Klorida |
| IgM | : <i>Imunoglobulin M</i> |
| MDR | : <i>Multi Drug Resistant</i> |
| Riskesmas | : Riset Kesehatan Dasar |
| RSUD | : Rumah Sakit Umum Daerah |
| SGOT | : <i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i> |
| SGPT | : <i>Serum Glutamic Pyruvic Transaminase</i> |
| TB | : Tinggi Badan |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di negara Indonesia. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Berdasarkan alasan tersebut, masalah kesehatan anak diprioritaskan dalam perencanaan atau penataan pembangunan bangsa Hidayat (2009).

Menjaga kesehatan anak menjadi perhatian khusus para ibu, terlebih saat pergantian musim yang umumnya disertai dengan berkembangnya berbagai penyakit. Berbagai penyakit itu biasanya makin mewabah pada musim peralihan, baik dari musim kemarau ke penghujan maupun sebaliknya. Terjadinya perubahan cuaca tersebut mempengaruhi perubahan kondisi kesehatan anak. Kondisi anak dari sehat menjadi sakit mengakibatkan tubuh bereaksi untuk meningkatkan suhu yang biasa disebut demam (Mohamad, 2012).

Maryunani (2010) mengatakan demam merupakan suatu keadaan dimana suhu tubuh lebih tinggi dari biasanya, dan merupakan gejala dari suatu penyakit. Sebagian besar demam berhubungan dengan infeksi yang dapat berupa infeksi lokal atau sistemik. Paling sering demam disebabkan oleh penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernafasan atas, infeksi saluran

pernafasan bawah, gastrointestinal, dan sebagainya. Ada beberapa kasus, penyakit infeksi yang menyerang sistem gastrointestinal pada anak - anak, salah satunya adalah Tifoid Abdominalis atau dikenal dengan istilah Demam Tifoid. Adapun definisi Demam Tifoid menurut Sodikin (2011) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran. Pertimbangkan demam tifoid pada anak yang demam dan memiliki salah satu tanda seperti diare, muntah, nyeri perut, dan sakit kepala. Hal ini terutama bila demam telah berlangsung selama 7 hari atau lebih.

World Health Organization (2003) memperkirakan terdapat sekitar 17 juta kematian terjadi tiap tahun pada kasus Tifoid sedangkan di Asia menempati urutan tertinggi terdapat 13 juta kasus terjadi tiap tahunnya adapun Indonesia diperkirakan antara 800-100.000 orang yang terkena penyakit Demam Tifoid sepanjang tahun Kasus Tifoid di derita oleh anak – anak sebesar 91% berusia 3-19 tahun dengan angka kematian 20.000 pertahunnya (Saputra et al, 2017).

Demam Tifoid merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting karena penyebarannya berkaitan erat dengan urbanisasi, kepadatan penduduk, kesehatan lingkungan, sumber air dan sanitasi yang buruk serta standar kebersihan industri pengolahan makanan yang masih rendah. Penularan penyakit ini hampir selalu melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Saputra et al, 2017).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) provinsi Jawa Barat tahun 2007 yaitu prevalensi Tifoid di Jawa Barat adalah (2,1%) untuk usia 1 – 4 tahun adalah (1,6%). Adapun prevelensi tertinggi untuk Tifoid adalah di Kabupaten Kerawang (5,0%), menyusul Kota Bogor (4,9%) dan Kabupaten Cianjur (4,5%). Untuk rentan tifoid rata – rata ada pada kelompok anak – anak usia sekolah.

Berdasarkan catatan *medical record* RSUD Ciamis periode 26 Januari 2017 sampai 29 Desember 2017 di ruang Melati Demam tifoid dengan jumlah pasien sebanyak 371 orang sedangkan untuk usia prasekolah sebanyak 144 orang, Dari data bagian rekam medik, penyakit demam tifoid di RSUD Ciamis menempati peringkat ke 2, adapun yang di peringkat utama ditempati oleh penyakit Diare. Hal ini dapat menimbulkan permasalahan yang kompleks karena dapat menimbulkan gejala yang biasanya terjadi seperti demam tinggi, nyeri kepala, nyeri perut, kembung, mual, muntah, diare, konstipasi, pusing, bradikardi, nyeri otot, batuk, epistaksis, hepatomegali, splenomegali, meteroismus dll (Aru, 2009 dikutip dalam Nurarif, 2015).

Perawat diharapkan mampu mengelola atau tepatnya mengendalikan dan mengontrol demam pada anak dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya adalah dengan cara kompres. Selama ini kompres dingin atau es menjadi kebiasaan yang diterapkan para ibu saat anaknya demam. Namun kompres menggunakan es sudah tidak dianjurkan karena pada kenyataannya demam tidak turun bahkan naik dan dapat menyebabkan anak menangis, menggigil dan kebiruan, oleh karena itu, kompres menggunakan air hangat

lebih dianjurkan. Hal ini dilakukan juga karena tindakan kompres hangat lebih mudah dilakukan dan tidak memerlukan biaya yang cukup besar. (Mohammad, 2012).

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan Ayu et al (2015) didapat bahwa Pemberian kompres air hangat pada daerah aksila (ketiak) lebih efektif dibandingkan dengan kompres hangat pada dahi karena pada daerah aksila banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak.

Pada uraian di atas maka peneliti tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul; “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis Tahun 2018”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis Tahun 2018.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis Tahun 2018.

2. Tujuan khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada anak yang mengalami Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada anak yang mengalami Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada anak yang mengalami Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan anak yang mengalami Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- 5) Melakukan evaluasi pada anak yang mengalami Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati RSUD Ciamis

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis ini ditujukan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan khususnya pada kasus Demam Tifoid pada anak yang mengalami masalah keperawatan Ketidakefektifan Termoregulasi dengan penanganan kompres hangat.

2. Manfaat Praktis

1) Perawat

Untuk meningkatkan sumber informasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan keperawatan optimal, khususnya untuk mengatasi masalah Ketidakefektifan Termoregulasi pada pasien dengan penyakit Demam Tifoid pada anak.

2) Rumah Sakit

Laporan kasus ini dapat menjadi masukan dalam peningkatan pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit khususnya untuk mengatasi masalah Ketidakefektifan Termoregulasi pada pasien dengan penyakit Demam Tifoid pada anak.

3) Institusi Pendidikan

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pihak institusi pendidikan khususnya untuk mengatasi masalah Ketidakefektifan Termoregulasi pada pasien dengan penyakit Demam Tifoid pada anak.

4) Klien

Memperoleh pengetahuan tentang Demam Tifoid dan untuk mengatasi masalah Ketidakefektifan Termoregulasi pada pasien dengan penyakit Demam Tifoid pada anak.

BAB II

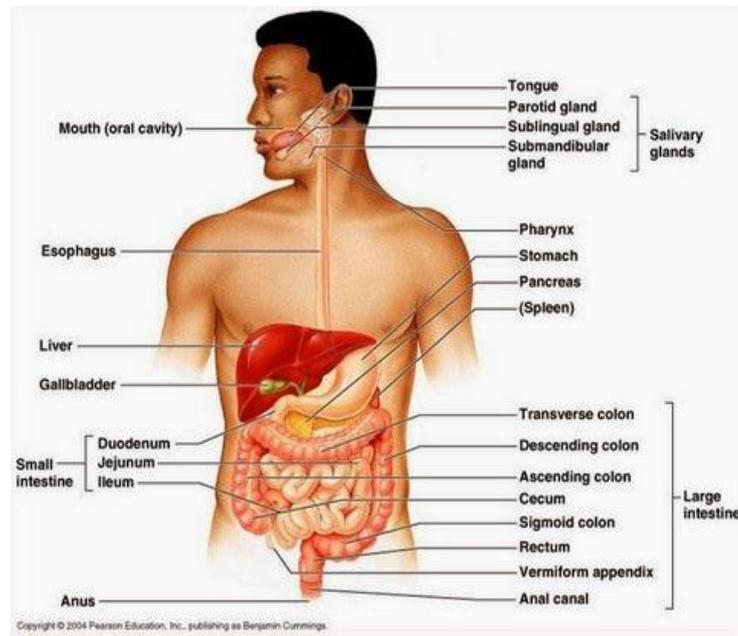
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian Demam Tifoid

Demam tifoid merupakan infeksi menular yang terjadi pada anak maupun dewasa. Anak merupakan yang paling rentan terkena demam tifoid, yang biasanya banyak terjadi pada anak usia 5 – 19 tahun. Penyakit ini berhubungan erat dengan personal hygiene dan sanitasi lingkungan. Kematian demam tifoid pada anak lebih rendah bila dibanding dengan dewasa (Dewi, 2011). Sedangkan definisi Demam Tifoid menurut sodikin (2011) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran. Pertimbangkan demam tifoid pada anak yang demam dan memiliki salah satu tanda seperti diare, muntah, nyeri perut, dan sakit kepala. Hal ini terutama bila demam telah berlangsung selama 7 hari atau lebih. Dapat disimpulkan bahwa Demam Tifoid merupakan penyakit infeksi menular yang menyerang pada sistem saluran pencernaan yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*, bakteri ini biasanya hidup pada tubuh manusia dan ditularkan melalui kotoran seseorang seperti feses atau air kencing dan lingkungan yang kotor.

2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan



Gambar 2.1 Saluran Sistem Pencernaan
(Sumber : Sodikin, 2011)

Sistem pencernaan terdiri dari sekelompok organ dan kelenjar yang bekerja memecah makanan agar dapat menyerap nutrisi. Nutrisi dalam makanan digunakan oleh tubuh sebagai bahan bakar untuk menjaga agar semua sistem tubuh tetap bekerja sebagaimana mestinya. Bagian sisa makanan yang tidak bisa dipecah, dicerna, atau diserap akan diekskresikan sebagai tinja.

Agar dapat menyerap nutrisi, tubuh kita harus memecah makanan menjadi molekul-molekul yang lebih kecil sehingga dapat diproses. Pemecahan makanan ini juga bertujuan agar tubuh dapat mengeluarkan sisa-sisa makanan sebagai sampah. Umumnya organ-organ pencernaan (misalnya lambung dan usus) berbentuk mirip

tabung agar dapat menerima makanan yang akan diproses. Sistem pencernaan pada prinsipnya berupa saluran panjang dan melingkar dari mulut hingga anus, ditambah dengan beberapa organ lain (seperti hati dan pankreas) yang memproduksi atau menyimpan zat-zat kimia pencernaan.

1. Organ-organ sistem pencernaan

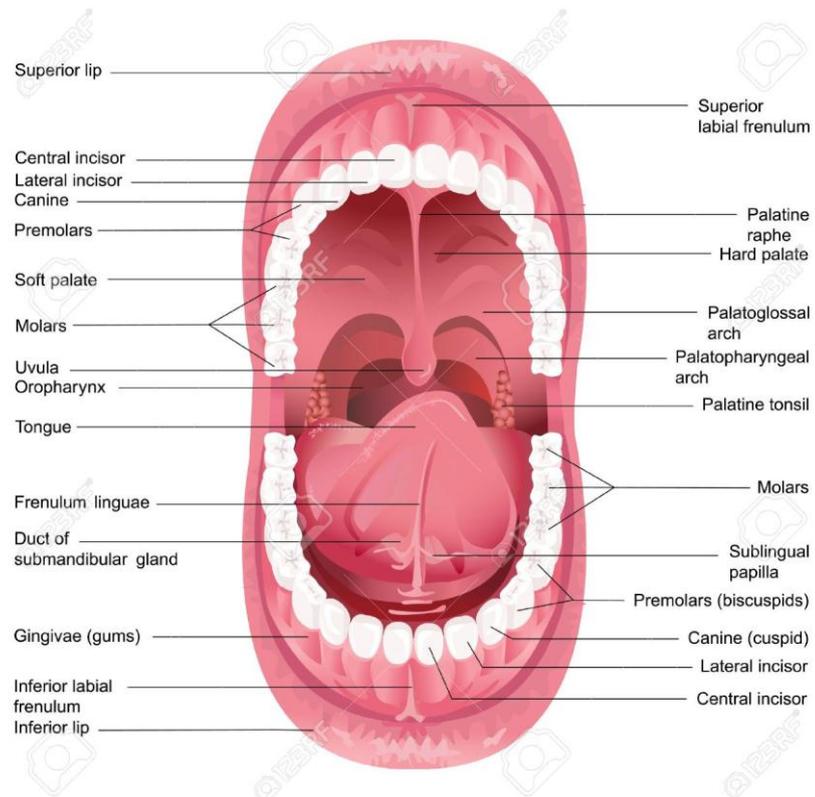
Sistem pencernaan memiliki beberapa organ dan setiap organ memiliki peran dalam memcuh makanan dan mengelola sisa-sisa makanan tersebut. Saluran pencernaan membentuk satu tabung panjang dan menerus melalui tubuh, berawal dari mulut dan berakhir di anus. Terdapat pula beberapa *sfincter* antar organ untuk menjaga agar makanan bergerak ke arah yang benar. *Sfincter* adalah kumpulan serabut otot berbentuk seperti cincin yang bekerja untuk menutup jalur atau pembukaan alamiah pada tubuh.

Sesuai urutan makanan yang melewatinya, organ-organ sistem pencernaan adalah:

a. Mulut

Mulut merupakan suatu rongga terbuka tempat masuknya makanan padat dan cairan serta menjadi “gerbang masuk” bagi sistem pencernaan. Kerja sistem pencernaan sebenarnya sudah dimulai sejak dari mulut, sewaktu makanan dikunyah. Di dalam mulut makanan dipotong-potong oleh gigi depan (*incisivus*) dan dikunyah oleh gigi belakang (*molar/geraham*) menjadi bagian-

bagian kecil agar lebih mudah dicerna oleh air liur. Enzim dalam air liur disebut amilase, berfungsi memecah karbohidrat tertentu menjadi bentuk yang lebih sederhana.



Gambar 2.2 Struktur Rongga Mulut
(Sumber: jouefct.com)

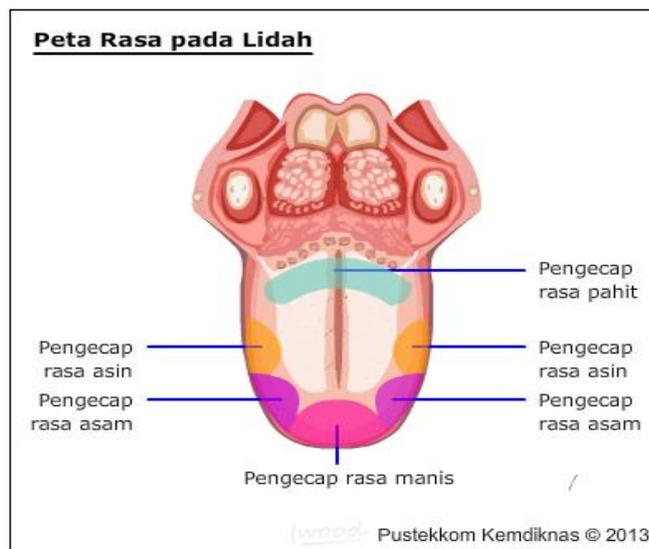
Ludah dari kelenjar ludah membungkus potongan-potongan kecil dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan, dan kemudian mulai mencernanya. Ludah juga mengandung antibodi dan enzim (contohnya, lisozim), yang bekerja memecah protein sekaligus menyerang bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai secara sadar dan berlanjut secara otomatis.

Rasa makanan dirasakan oleh saraf pengecap yang menyebar di permukaan lidah. Fungsinya relatif sederhana, yaitu merasakan rasa manis, asam, asin, dan pahit. Sementara itu, penciuman dirasakan oleh saraf olfaktorius di hidung dan fungsinya lebih rumit karena harus mencium berbagai macam bau.

Organ-organ utama dalam rongga mulut adalah:

1) Lidah

Lidah berfungsi untuk mencerna makanan secara mekanik, membantu proses mengunyah, menelan, membedakan bermacam rasa. Untuk mendukung fungsi mengenali rasa, pada permukaan lidah terdapat papila-papila yang didalamnya terdapat puting-puting pengecap rasa. Macam rasa yang dapat dibedakan oleh lidah adalah manis, asam, asin, dan pahit. Selain itu, lidah juga peka terhadap panas, dingin, dan tekanan.



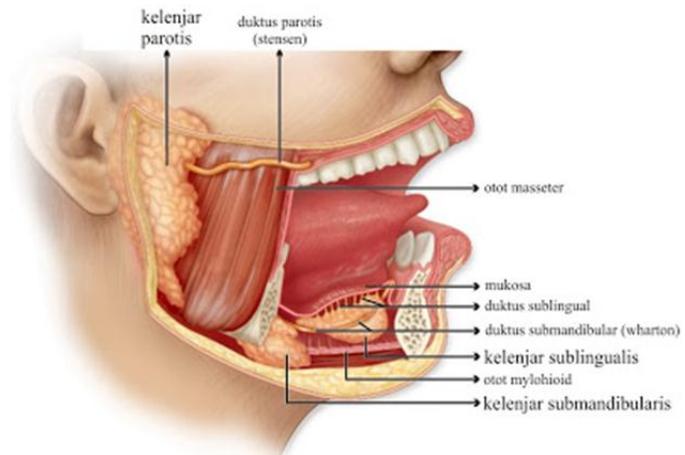
Gambar 2.3 Lidah dan Bagian-bagiannya
Sumber: Pustekkom Kemdiknas, 2013

2) Kelenjar Ludah

Organ ini merupakan kelenjar penghasil ludah atau air liur (saliva) yang terdiri dari tiga pasang.

- a) Kelenjar parotis berada di bawah telinga, yang berfungsi menghasilkan ludah berbentuk cair.
- b) Kelenjar submandibularis berada di rahang bagian bawah, berfungsi menghasilkan getah yang mengandung air dan lendir.
- c) Kelenjar sublingualis berada di bawah lidah, berperan menghasilkan getah yang mengandung air dan lendir.

Ludah dalam pencernaan makanan berperan untuk memudahkan dalam menelan makanan dengan cara membasahi dan melumasi makanan. Ludah mengandung enzim ptyalin (amilase) yang berperan mengubah zat karbohidrat (amilum) menjadi maltosa (gula sederhana). Enzim ptyalin akan berfungsi maksimal jika berada pada pH 6,8-7 dan pada suhu 37°C

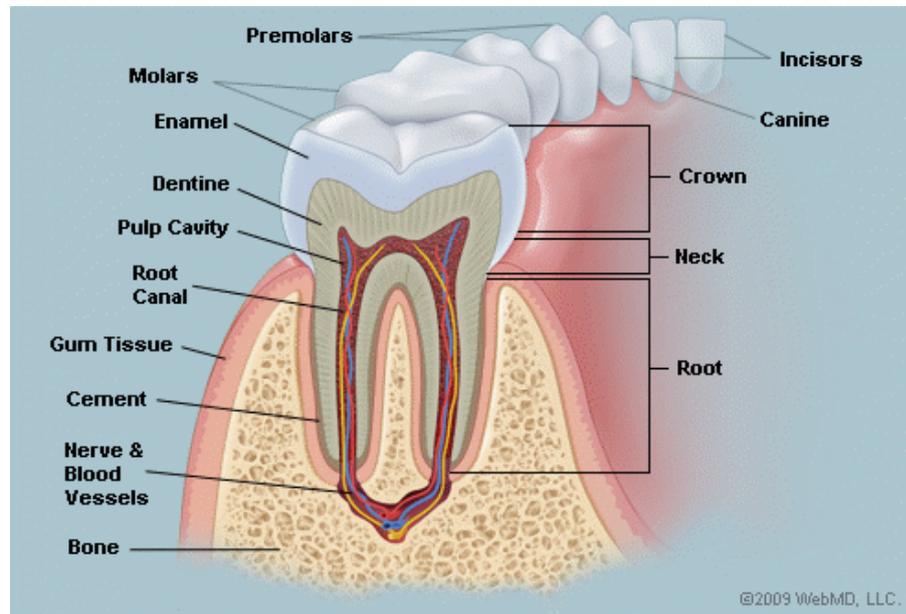


Gambar 2.4 Anatomi Kelenjar Ludah
(Sumber: parotidsurgerymd)

3) Gigi

Gigi berfungsi untuk memotong dan mengoyak makanan yang masuk ke mulut (sebagai alat pencernaan mekanik). Tujuan makanan dipotong dan dikoyak menjadi lebih kecil agar mudah untuk dicerna oleh lambung. Perkembangan gigi dimulai saat anak berusia sekitar enam bulan. Gigi yang pertama kali tumbuh disebut gigi susu. Selanjutnya, pada usia 6-14 tahun gigi susu akan diganti menjadi gigi sulung, selanjutnya akan berkembang menjadi gigi tetap.

Gigi susu terdiri dari 4 gigi geraham belakang, 2 gigi taring, dan 4 gigi seri pada rahang atas. Pada rahang bawah terdiri dari 4 gigi geraham belakang, 2 gigi taring, dan 4 gigi seri. Gigi tetap memiliki rumusan 6 gigi geraham belakang, 4 gigi geraham depan, 2 gigi taring, dan 4 gigi seri pada masing-masing rahang, baik rahang atas maupun rahang bawah.



Gambar 2.5 Anatomi Gigi
(Sumber: webmd.com)

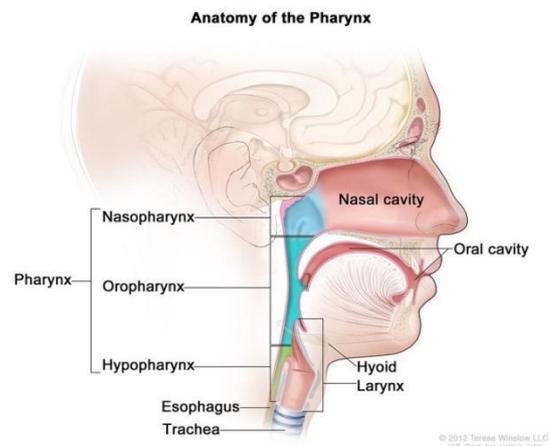
b. Tenggorokan (Faring)

Tenggorokan merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Tenggorokan memiliki rongga persimpangan antara jalan napas dan jalan makanan, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang. Di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel), yaitu limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi.

Bagian depan atas tenggorokan berhubungan dengan rongga hidung, dan memiliki lubang perantara yang disebut koana. Sementara itu, tekak atau anak lidah berhubungan dengan rongga

mulut dengan perantara lubang yang disebut ismus fausium. Tekak terdiri dari:

- 1) Bagian Superior (Nasofaring). Bagian ini terletak lebih tinggi daripada hidung. Nasofaring bermuara pada saluran yang menghubungkan tekak dengan ruang gendang telinga.
- 2) Bagian Tengah (Orofaring). Bagian ini sama tingginya dengan mulut, dan berbatas kedepan sampai di akar lidah.
- 3) Bagian Inferior (hypofaring). Bagian ini sama tingginya dengan laring, dan berfungsi menghubungkan orofaring dan laring.



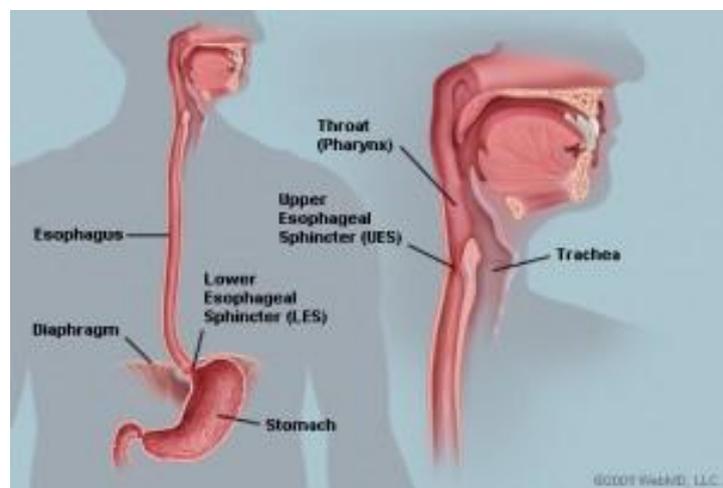
Gambar 2.6 Anatomi Tenggorokan
(Sumber: Terese Winslow LLC, 2012)

c. Kerongkongan (Esofagus)

Esofagus adalah otot berbentuk tabung yang berada di dalam tenggorokan bagian belakang. Faring dan esofagus bertemu pada ruas ke-6 tulang belakang. Setelah dikunyah dan ditelan, makanan menyusuri esofagus dan didorong menuju lambung oleh gerak

peristaltik. Berdasarkan histologi, esofagus dibagi menjadi tiga bagian sebagai berikut:

- 1) Bagian Superior. Hampir semua bagian ini adalah otot rangka.
- 2) Bagian Tengah. Bagian ini merupakan campuran otot rangka dan otot polos.
- 3) Bagian inferior, hampir semuanya terdiri dari otot polos.



Gambar 2.7 Kerongkongan manusia
(Sumber: webmd.com)

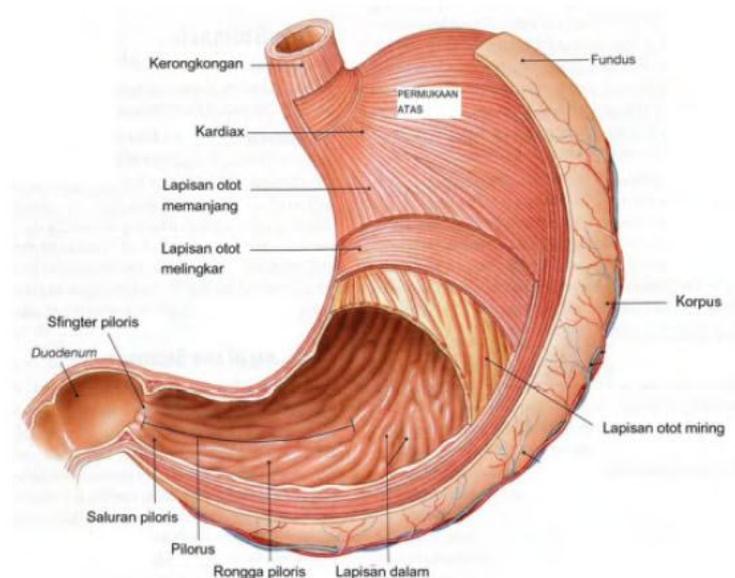
d. Lambung

Setelah makanan masuk ke dalam perut, proses pencernaan terus berlanjut di dalam lambung. Lambung adalah otot berongga berukuran besar dan terdiri dari 3 bagian, yaitu kardia, fundus, dan antrum. Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (*sfincter*), yang bisa membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, *sfincter* menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan. *Sfincter* bagian atas disebut *sfincter kardia*.

Di dalam lambung, makanan pun bercampur dengan asam dan enzim yang disekresikan dari dinding perut. Setelah benar-benar hancur, makanan kemudian dipindahkan ke dalam usus kecil melalui *sfincter pylorus*. Fungsi lambung mirip gudang makanan yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim.

Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan tiga zat penting:

- 1) Lendir untuk melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung. Setiap kelainan pada lapisan lendir ini bisa menyebabkan kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.
- 2) Asam klorida (HCl) menciptakan suasana yang sangat asam. Suasana asam ini dibutuhkan oleh enzim pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.
- 3) Prekursor pepsin. Ini adalah enzim yang bertugas memecah protein dalam makanan.



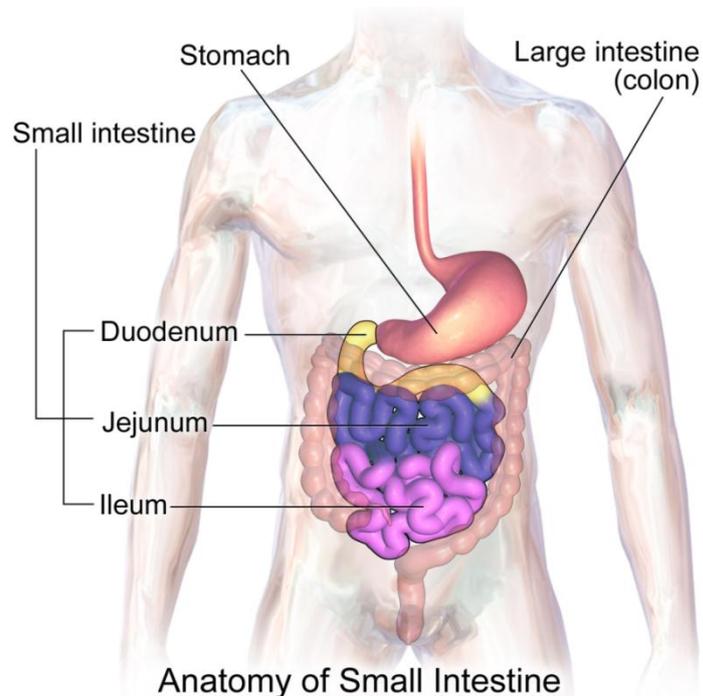
Gambar 2.8 Lambung dan bagian – bagiannya
(Sumber: DosenBiologi.com)

e. Usus halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Usus halus berbentuk tabung panjang dimana sebagian besar vitamin dan nutrisi diserap dari makanan ke dalam aliran darah. Dinding usus halus dipenuhi pembuluh darah yang bertugas mengangkut zat-zat untuk diserap ke hati melalui vena porta (Syaifudin, 2006 dikutip dalam Mardalena, 2018)

Dinding usus melepaskan lendir untuk melumasi isi usus, dan air untuk membantu melarutkan makanan yang telah dicerna. Saat makanan bergerak melalui usus halus, sejumlah enzim dilepaskan yang mencerna protein, karbohidrat, dan lemak. Lapisan usus halus terdiri dari lapisan mukosa, lapisan otot melingkar (m

sirkuler), dan lapisan otot memanjang (m longitudinal) serta lapisan serosa.



Gambar 2.9 Letak usus halus di dalam sistem pencernaan
(Sumber: wikimedi.org)

Secara anatomi, usus halus terdiri dari tiga bagian, yaitu duodenum, jejunum, dan illeum.

1) Usus Duodenum

Usus duodenum atau usus dua belas jari adalah bagian usus halus yang terletak setelah lambung, dan berhubungan langsung dengan usus jejunum. Usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari *bulbo duodenale* dan berakhir di *ligamentum treitz*.

Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. Kadar

pH normal dalam usus dua belas jari berkisar pada derajat sembilan. Pada usus ini terdapat dua muara saluran, yaitu dari pankreas dan dari kantung empedu.

Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari melalui *sfincter pilorus* dalam jumlah yang mampu dicerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

2) Usus Jejunum

Usus jejunum atau usus kosong merupakan bagian kedua dari usus halus. Bagian ini terletak antara usus duodenum dan ileum. Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2 hingga 8 meter, dimana 1-2 meter adalah bagian usus jejunum. Usus jejunum dan usus ileum digantung dalam tubuh dengan bantuan mesenterium.

Permukaan dalam usus jejunum berupa membran mukus dimana terdapat jonjot usus (*vili*), yang bertugas memperluas permukaan dari usus. Secara histologis, perbedaan antara usus jejunum dengan usus dua belas jari adalah pada berkurangnya kelenjar Brunner. Sementara perbedaan usus jejunum dengan usus ileum terlihat dari sedikitnya sel goblet dan plak peyeri.

3) Usus Ileum

Usus ileum atau usus penyerapan merupakan bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, usus

ileum memiliki panjang 2-4 meter dan terletak setelah duodenum dan jejunum. Ileum yang memiliki pH antara 7 dan 8, yaitu netral dan sedikit basa, berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu. Ileum berbatasan langsung dengan usus besar.

f. Usus besar

Usus besar atau kolon adalah bagian usus yang terletak di antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses (tinja). Setelah bergerak melalui usus kecil, makanan kemudian sebagian dicerna dan sebagian lagi dalam bentuk cair didorong melewati *sfincter*, disebut katup ileoskal, agar memasuki usus besar. Di dalam usus besar sebagian air diserap dari bahan limbah. Pada saat feses/tinja mencapai ujung usus besar, bentuknya sudah menjadi lebih padat.

Usus besar terdiri dari:

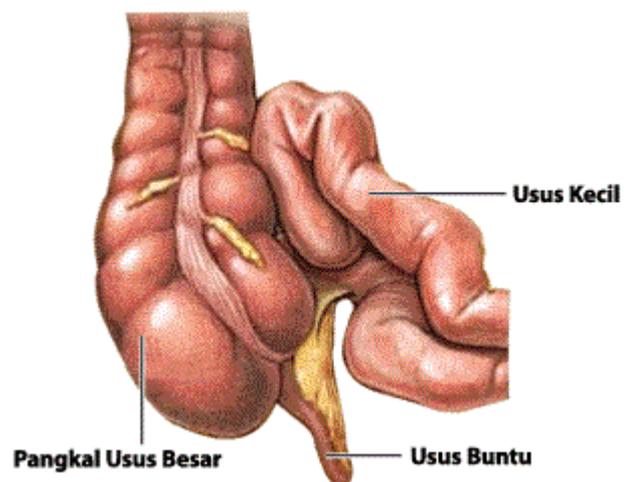
- a. Kolon asenden (naik)
- b. Kolon transversum
- c. Kolon desendens (kiri)
- d. Kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum)

Di dalam usus besar terdapat banyak bakteri. Tugas bakteri-bakteri ini adalah untuk mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat-zat gizi. Bakteri di dalam usus besar juga berfungsi memproduksi zat-zat penting seperti vitamin K

sehingga penting untuk fungsi normal usus. Beberapa penyakit serta zat antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri di dalam usus besar. Akibatnya terjadi irtasi yang bisa menyebabkan diproduksi lendir dan air secara besar-besaran, dan terjadilah diare.

g. Usus buntu (Cecum)

Usus buntu atau cecum/sekum adalah suatu kantung yang terhubung pada usus illeum serta menjadi bagian kolon yang menanjak dari usus besar. Organ ini umumnya ditemukan pada mamalia, burung, dan beberapa jenis reptil. Sebagian besar herbivora memiliki sekum yang besar, sedangkan karnivora eksklusif memiliki sekum yang kecil, yang sebagian atau seluruhnya digantikan oleh umbai cacing.



Gambar 2.10 Usus Buntu (Cecum)
(Sumber: gejalapenyakit.com)

h. Umbai cacing (Appendiks)

Umbai cacing atau Appendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Secara anatomi, umbai cacing merupakan tabung berujung buntu yang menyambung dengan *caecum*. Umbai cacing terbentuk dari *caecum* pada tahap embrio. Infeksi pada organ ini disebut apendisitis atau radang usus buntu. Apendisitis yang parah dapat menyebabkan appendiks pecah dan membentuk nanah di dalam rongga abdomen atau dikenal dengan infeksi rongga abdomen (peritonitis).

Pada orang dewasa, umbai cacing rata-rata berukuran sekitar 10 cm tetapi bisa juga bervariasi dari 2 sampai 20 cm. Walaupun lokasi appendiks selalu tetap, lokasi ujung umbai cacing bisa berbeda-beda, mungkin berada di *retrocaecal* atau di pinggang (pelvis), namun yang jelas tetap terletak di *peritoneum*.

Banyak orang percaya bahwa umbai cacing adalah organ *vestigial* (sisihan) yang tidak berguna. Sebagian lagi percaya bahwa Appendiks mempunyai fungsi dalam sistem limfatik. Operasi membuang umbai cacing dikenal dengan *appendectomy*.

i. Rektum

Bagian akhir usus besar disebut rektum, yakni semacam “waduk” yang menampung tinja sebelum bisa keluar tubuh. Rektum berbentuk sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kokon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini

berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Saat penuh dengan tinja, rektum memberi sinyal pada otak sehingga muncul rangsangan ingin buang air besar.

Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf dan menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, seringkali material akan dikembalikan ke usus besar, dimana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, maka feses akan mengeras dan terjadilah konstipasi.

j. Anus

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Anus memiliki dua otot *sfincter* yang berfungsi menahan tinja di dalam tubuh sampai tiba saatnya keluar. Ketika seseorang secara sadar melemaskan *sfincter* eksternal, tinja kemudian bisa meninggalkan tubuh.

Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lagi dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh *sfincter*. Fungsi utama anus adalah membantu defekasi (buang air besar).

k. Pankreas

Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama, yaitu menghasilkan enzim pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum (usus dua belas jari).

Pankreas melepaskan enzim pencernaan ke dalam duodenum dan melepaskan hormon ke dalam darah. Enzim yang dilepaskan oleh pankreas akan mencerna protein, karbohidrat, dan lemak. Enzim proteolitik memecah protein ke dalam bentuk yang dapat digunakan oleh tubuh dan dilepaskan dalam bentuk inaktif. Enzim ini hanya akan aktif jika telah mencapai saluran pencernaan. Pankreas juga melepaskan sejumlah besar sodium bikarbonat, yang berfungsi melindungi duodenum dengan cara menetralkan asam lambung.

Pankreas terdiri dari dua jaringan dasar yaitu:

- a. Asini, menghasilkan enzim-enzim pencernaan.
- b. Pulau pankreas, menghasilkan hormon.

l. Hati (Hepar)

Hati atau hepar merupakan sebuah organ yang terbesar di dalam tubuh manusia dan memiliki berbagai fungsi, beberapa diantaranya berhubungan dengan pencernaan. Organ ini memainkan peran penting dalam metabolisme dan memiliki

beberapa fungsi dalam tubuh termasuk penyimpanan glikogen, sintesis protein plasma, dan penetralan obat. Hati juga memproduksi *bile*, yang penting dalam pencernaan.

Zat-zat gizi dari makanan diserap ke dalam dinding usus yang kaya akan pembuluh darah kapiler. Pembuluh kapiler ini mengalirkan darah ke dalam vena yang bergabung dengan vena yang lebih besar, dan pada akhirnya masuk ke dalam hati sebagai vena porta. Vena porta terbagi menjadi pembuluh-pembuluh kecil di dalam hati, dimana darah yang masuk diolah. Hati melakukan proses tersebut dengan kecepatan tinggi, setelah darah diperkaya dengan zat-zat gizi, darah dialirkan ke dalam sirkulasi umum.

m. Kandung Empedu

Kandung empedu adalah organ berbentuk buah pir yang dapat menyimpan sekitar 50 ml empedu yang dibutuhkan tubuh untuk proses pencernaan. Pada manusia, panjang kandung empedu sekitar 7-10 cm dan berwarna hijau gelap. Ini bukan warna jaringan, melainkan karena warna cairan empedu yang dikandungnya. Organ ini terhubung dengan hati dan usus dua belas jari melalui saluran empedu.

Empedu memiliki fungsi membantu pencernaan lemak. Empedu juga amat berperan dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama haemoglobin (Hb) yang berasal dari

penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol (Mardalena, 2018).

3. Etiologi

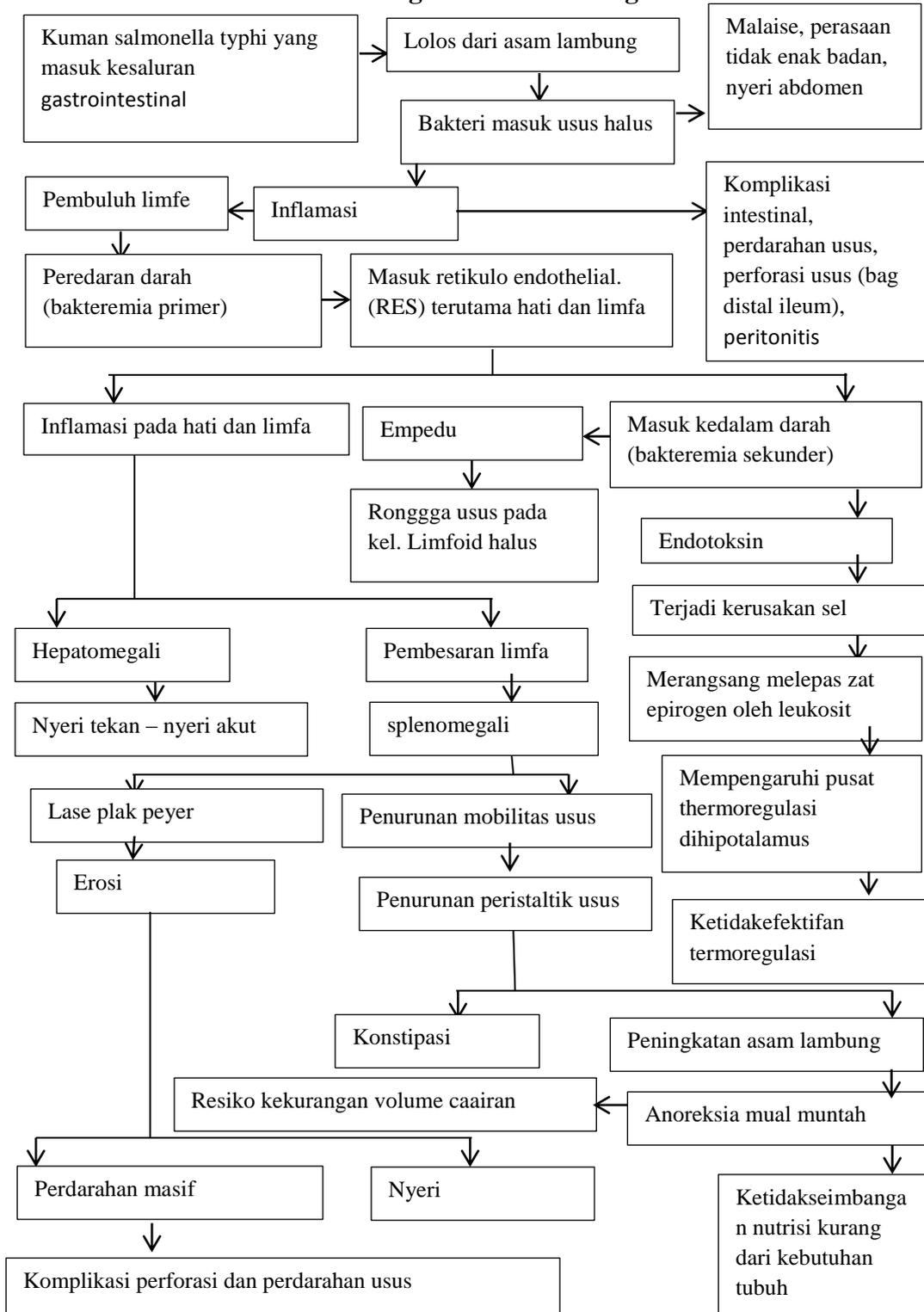
Etiologi dari demam tifoid adalah *salmonella typhi*, termasuk dalam genus *salmonella*. *Salmonella* bersifat bergerak, berbentuk batang, tidak membentuk spora, tidak berkapsul, gram (-). Tahan terhadap berbagai bahan kimia, tahan beberapa hari / minggu pada suhu kamar, bahan limbah, bahan makan kering, bahan farmasi dan tinja. *Salmonella* mati pada suhu 54.4° C dalam 1 jam, atau 60° C dalam 15 menit. (Widago, 2011).

Penyebab penyakit ini adalah *salmonella typhosa*, yang mempunyai ciri - ciri sebagai berikut:

- a. Basil gram negatif yang bergerak dengan bulu getar dan tidak berspora.
- b. Mempunyai sekurang – kurangnya 3 macam antigen, yaitu antigen O (somatik yang terdiri zat kompleks lipoposakarida), antigen H (flagela), dan antigen Vi. Dalam serum pasien terdapat zat anti (aglutinin) terhadap ketiga macam anti gen tersebut (Ambarwati, 2012).

4. Patofisiologi

Bagan 2.1 Patofisiologi



(Sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015)

5. Manifestasi klinik

- a. Gejala pada anak: inkubasi antara 5-40 hari dengan rata – rata 10 -14 hari.
- b. Demam meninggi sampai akhir
- c. Demam turun pada minggu ke 4, kecuali demam tidak tertangani akan menyebabkan syok, stupor dan koma.
- d. Ruam muncul pada hari ke 7- 10 dan bertahan selama 2-3 hari.
- e. Nyeri kepala, nyeri perut.
- f. Kembung, mual, muntah, diare, konstipasi.
- g. Pusing, bradikardi, nyeri otot
- h. Batuk
- i. Epistaksis
- j. Lidah yang berselaput (kotor ditengah, tepid dan ujung merah serta tremor)
- k. Hepatomegali, splenomegali, metoroismus
- l. Gangguan mental berupa samnolen
- m. Delirium atau psikosis
- n. Dapat timbul dengan gejala yang tidak tipikal terutama pada bayi muda sebagai penyakit demam akut dengan disertai syok dan hipotermia.

(Aru, dkk 2009 dikutip dalam Nurarif dan Kusuma, 2015)

Periode infeksi demam tifoid, gejala dan tanda:

**Tabel 2.1 Periode infeksi demam tifoid
(Sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015)**

| Keluhan dan gejala demam tifoid | | | |
|---------------------------------|--|--|---|
| Minggu | Keluhan | Gejala | Patologi |
| Minggu pertama | Panas berlangsung insidious, tipe panas stepladder yang mencapai 39 – 40°C. Menggigil, nyeri kepala. | Gangguan saluran cerna | Bakteremia |
| Minggu kedua | Rash, nyeri abdomen, diare, atau konstipasi dan delirium. | Rose sport, splenomegali, hepatomegali | Vaskulitis, hiperplasi pada peyers patches, nodul tifoid pada limpa dan hati. |
| Minggu ketiga | Komplikasi: perdarahan saluran cerna, perforasi, syok. | Melena, ileus ketegangan abdomen, koma | Ulserasi pada payer's patches, nodul tifoid pada limpa dan hati. |
| Minggu empat, dst | Keluhan menurun, penurunan BB | relaps, Tampak sakit berat, kakeksia | Kolelitiasis, carrier kronik |

Manifestasi klinik menurut Arif mansjoer (2003) menyatakan bahwa masa inkubasi 7 – 14 hari, selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala prodnormal berupa rasa tidak enak di badan. Pada kasus khas terdapat demam remiten pada minggu pertama, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat pada sore dan malam hari. Dalam minggu kedua, klien terus berada dalam keadaan demam, yang turun secara berangsur – angsur pada minggu ke tiga.

6. Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi pada usus halus, meskipun jarang terjadi.

Akan tetapi, bila terjadi komplikasi total menyebabkan:

- a. Pendarahan usus. Pendarahan dalam jumlah sedikit ditemukan ketika dilakukan pemeriksaan tinja dengan benzidin. Jika pendarahan banyak terjadi melena, dapat disertai nyeri perut dengan tanda – tanda renjatan.

- b. Perporasi usus. Timbul biasanya pada minggu ketiga dan biasanya terjadi pada bagian distal ileum. Perforasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara di rongga peritoneum. Dalam kondisi ini pekak hati menghilang dan terdapat udara di antra hati dan diafragma. Kondisi ini dapat terlihat pada foto abdomen yang dibuat dalam keadaan tegak.
- c. Peritonitis, biasanya menyertai perforasi tetapi dapat terjadi tanpa perforasi usus. Pemeriksaan mungkin menemukan gejala abdomen akut yaitu nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang dan nyeri tekan.
- d. Komplikasi luar usus terjadi karena lokalisasi peradangan akibat sepsis meningitis, koleistitis, ensefalopati, dan lain – lain. Komplikasi lain yang juga mungkin terjadi karena infeksi sekunder adalah bronkopneumonia (Mardalena, 2018).

7. **Klasifikasi**

Menurut *World Health Organization* (2003), ada 3 macam klasifikasi demam tifoid dengan perbedaan gejala klinis:

- a. Demam tifoid akut non komplikasi

Demam tifoid akut dikarakterisasi dengan adanya demam berkepanjangan abnormalis fungsi bowel (konstipasi pada pasien dewasa, dan diare pada anak-anak), sakit kepala, malaise, dan anoksia. Bentuk bronchitis biasa terjadi pada fase awal penyakit

selama periode demam, sampai 25% penyakit menunjukkan adanya resespot pada dada, abdomen dan punggung.

b. Demam tifoid dengan komplikasi

Pada demam tifoid akut keadaan mungkin dapat berkembang menjadi komplikasi parah. Bergantung pada kualitas pengobatan dan keadaan kliniknya, hingga 10% pasien dapat mengalami komplikasi, mulai dari melena, perforas usus dan peningkatan ketidaknyamanan abdomen.

c. Keadaan karier

Keadaan karier tifoid terjadi pada 1-5% pasien, tergantung umur pasien. Karier tifoid bersifat kronis dalam hal sekresi *Salmonella typhi* di feses.

8. Pemeriksaan diagnostik

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 SGPT ini tidak memerlukan penanganan khusus.

c. Pemeriksaan uji widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi 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 antibodi (aglutinin)

d. Kultur

Kultur darah bisa positif pada minggu pertama, Kultur Urine bisa positif pada akhir minggu kedua, Kultur feses bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga

e. Anti salmonella typhi IgM

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut salmonella typhi, karena antibodi IgM muncul pada hari ke 3 dan 4 terjadinya demam.

9. Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan

a. Obat

Kloramfenikol, dosis 50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 - 4 kali pemberian oral/ iv selama 14 hari. Bila ada kontraindikasi kloramfenikol diberikan ampisilin dengan dosis 200 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3 - 4 kali. Pemberian intravena saat belum dapat minum obat, selama 21 hari, atau amoksilin dengan dosis 100mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3 - 4 kali. Pemberian oral/

iv selama 21 hari kotrimaksasol dengan dosis (tmp) 8mg / kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian. Oral, selama 14 hari. Pada kasus berat, dapat diberikan ceftriaxon dengan dosis 50mg/kgBB/kali dan diberikan 2 kali sehari atau 80mg/kgBB/hari, sekali sehari, intravena, selama 5 - 7 hari. Pada kasus yang diduga mengalami MDR, maka pilihan antibiotika adalah meropenem, azithromisin dan fluoroquinolon (Nurarif dan Kusuma, 2015).

b. Diet

Pasien demam tifoid diberi bubur saring, kemudian bubur kasar dan akhirnya diberi nasi. Beberapa peneliti menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini, yaitu nasi dengan lauk pauk rendah selulosa (pantang sayuran dengan serat kasar) dapat diberikan dengan aman pada pasien demam tifoid (Inawati, 2008).

c. Perawatan umum

Pasien demam tifoid perlu dirawat dirumah sakit untuk isolasi, observasi dan pengobatan. Pasien harus tirah baring absolut sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari. Maksud tirah baring adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus. Mobilisasi pasien harus dilakukan secara bertahap, sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien.

Pasien dengan kesadaran menurun, posisi tubuhnya harus diubah - ubah pada waktu tertentu untuk menghindari komplikasi

pneumonia hipostatik dan dekubitus. Defekasi dan buang air kecil harus diperhatikan karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan retensi air kemih.

Pengobatan simptomik diberikan untuk menekan gejala-gejala simptomatik yang dijumpai seperti demam, diare, sembelit, mual, muntah, dan meteorismus. Sembelit bila lebih dari 3 hari perlu dibantu dengan paraffin atau lavase dengan glistering. Obat bentuk laksan ataupun enema tidak dianjurkan karena dapat memberikan akibat perdarahan maupun perforasi intestinal.

Pengobatan suportif dimaksudkan untuk memperbaiki keadaan penderita, misalnya pemberian cairan, elektrolit, bila terjadi gangguan keseimbangan cairan, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan oleh tubuh dan kortikosteroid untuk mempercepat penurunan demam.

Pengobatan suportif dimaksudkan untuk memperbaiki keadaan penderita, misalnya pemberian cairan, elektrolit, bila terjadi gangguan keseimbangan cairan, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan oleh tubuh dan kortikosteroid untuk mempercepat penurunan demam (Inawati, 2008).

B. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan dan perkembangan anak terjadi mulai dari pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, intelektual, maupun emosional. Pertumbuhan dan perkembangan secara fisik dapat berupa perubahan ukuran besar kecilnya fungsi organ mulai dari tingkat sel hingga perubahan organ tubuh. Pertumbuhan dan perkembangan intelektual pada anak dapat dilihat dari kemampuan secara simbolik maupun abstrak, seperti berbicara, bermain, berhitung, membaca, dan lain –lain. Pertumbuhan dan perkembangan secara emosional anak dapat dilihat dari perilaku sosial di lingkungan anak (Behrman, 2000 dikutip dalam buku Hidayat, 2008).

1. Faktor – faktor yang memepengaruhi tumbuh kembang anak

Dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak, setiap individu akan mengalami siklus yang berbeda pada kehidupan manusia. Peristiwa tersebut dapat secara cepat maupun lambat tergantung dari individu atau lingkungan. Proses percepatan dan perlambatan tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor herediter, faktor lingkungan, dan faktor hormonal.

a. Faktor herediter

Faktor herediter merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar dalam mencapai tumbuh kembang anak disamping faktor – faktor lain. Faktor herediter meliputi bawaan, jenis kelamin, ras, dan suku bangsa. Faktor ini dapat ditentukan dengan

intensitas, kecepatan dalam perubahan sel telur, tingkat sensitif jaringan terhadap rangsangan, usia pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang.

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan merupakan faktor yang memegang peranan penting dalam menentukan tercapai dan tidaknya potensi yang sudah dimiliki. Faktor lingkungan ini dapat meliputi lingkungan prenatal (yaitu lingkungan dalam kandungan), dan lingkungan postnatal (yaitu lingkungan setelah bayi lahir).

- 1) Lingkungan prenatal merupakan lingkungan dalam kandungan, mulai dari konsepsi hingga lahir yang meliputi gizi pada waktu ibu hamil, lingkungan mekanis (segala hal yang mempengaruhi janin atau posisi janin dalam uterus).
- 2) Lingkungan postnatal, lingkungan setelah lahir juga dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak, seperti budaya lingkungan, sosial ekonomi keluarga, nutrisi, iklim, olahraga, posisi anak dalam keluarga, dan status kesehatan (Hidayat, 2008).

c. Faktor hormonal

Faktor hormonal yang berperan dalam tumbuh kembang anak antara lain hormon somatotropin, tiroid, dan glukokortikoid.

- 1) Hormon somatotropin (*growth hormone*) berperan dalam mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan dengan

menstimulasi terjadinya proliferasi sel kartilago dan sistem skeletal.

- 2) Hormon tiroid berperan menstimulasi metabolisme tubuh.
- 3) Hormone glukokortikoid mempunyai fungsi menstimulasi pertumbuhan sel interstisial dari testis (untuk memproduksi testoteron) dan ovarium (untuk memproduksi estrogen), selanjutnya hormone tersebut akan menstimulasi perkembangan seks, baik pada anak laki laki maupun perempuan yang sesuai dengan peran hormonnya (Wong, 2000 dikutip dalam buku Hidayat, 2008)

2. Tahapan tumbuh kembang anak masa prasekolah (2 - 5 tahun)

Perkembangan pada masa ini dapat berlangsung stabil dan masih terjadi peningkatan pertumbuhan serta perkembangan, khususnya pada aktivitas fisik dan kemampuan kognitif (Hidayat, 2008).

3. Pertumbuhan pada anak masa prasekolah (2 – 5 tahun)

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, Pertumbuhan pada anak dilihat dari pertumbuhan berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkaran dada dan lingkaran lengan atas.

a) Berat badan

Pada masa pertumbuhan berat badan bayi dibagi menjadi dua, yaitu usia 0 - 6 bulan dan usia 6 – 12 bulan. Untuk usia 0 - 6 bulan pertumbuhan berat badan akan mengalami penambahan setiap

minggu sekitar 140 – 200 gram dan berat badannya akan menjadi dua kali berat badan lahir pada akhir bulan ke – 6. Sedangkan pada usia 6 – 12 bulan terjadi penambahan setiap minggu sekitar 25 – 40 gram dan pada akhir bulan ke – 12 akan terjadi penambahan tiga kali lipat berat badan lahir.

Pada masa bermain, terjadi penambahan berat badan sekitar empat kali lipat dari berat badan lahir pada usia kurang lebih 2,5 tahun serta penambahan berat badan setiap tahunnya adalah 2 -3 kg.

Pada masa prasekolah dan sekolah akan terjadi penambahan berat badan setiap tahunnya kurang lebih 2-3 kg.

b) Tinggi badan

Pada usia 0 - 6 bulan bayi akan mengalami penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Pada usia 6 -12 bulan mengalami penambahan tinggi badan hanya sekitar 1,25 cm setiap bulannya. Pada akhir tahun pertama akan meningkat kira – kira 50% dari tinggi badan waktu lahir.

Pada masa bermain penambahan selama tahun ke – 2 kurang lebih 12 cm, sedangkan penambahan untuk tahun ke – 3 rata – rata 4 – 6 cm.

Pada masa prasekolah, khususnya di akhir usia 4 tahun, terjadi penambahan rata – rata dua kali lipat dari tinggi badan waktu lahir

dan mengalami penambahan setiap tahunnya kurang lebih 6 – 8 cm.

Pada masa sekolah akan mengalami penambahan setiap tahunnya. Setelah usia 6 tahun tinggi badan bertambah rata – rata 5 cm, kemudian pada usia 13 tahun bertambah lagi menjadi rata – rata tiga kali lipat dari tinggi badan waktu lahir.

c) Lingkar kepala

Pertumbuhan pada lingkar kepala ini terjadi dengan sangat cepat sekitar enam bulan pertama yaitu dari 35 – 43 cm. pada usia – usia selanjutnya pertumbuhan lingkar kepala mengalami perlambatan. Pada usia 1 tahun hanya mengalami pertumbuhan kurang lebih 46,5 cm. Pada usia 2 tahun mengalami pertumbuhan kurang lebih 49 cm, kemudian akan bertambah 1 cm sampai dengan usia tahun ke 3 dan bertambah lagi kurang lebih 5 cm sampai dengan usia remaja (Hidayat, 2008).

d) Lingkar Lengan atas

Lingkar lengan atas (LLA) mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh banyak oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan. LLA dapat dipakai untuk menilai keadaan gizi/ tumbuh kembang pada kelompok umur prasekolah. Laju tumbuh lambat dari 11 cm pada saat lahir menjadi 16 cm pada umur satu tahun. Selanjutnya tidak banyak berubah selama 1 – 3 tahun (Soetjiningsih, 2012).

4. Perkembangan pada anak

Perkembangan pada anak mencakup perkembangan motorik halus, perkembangan motorik kasar, perkembangan bahasa, dan perkembangan perilaku/ adaptasi sosial.

a. Motorik halus pada anak masa prasekolah (2 – 5 tahun)

Perkembangan motorik halus dapat dilihat pada anak, yaitu mulai memiliki kemampuan menggoyangkan jari – jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, memilih garis yang lebih panjang dan menggambar orang, melepas objek dengan jari lurus, mampu menjepit benda, melambaikan tangan, menggunakan tangannya untuk bermain, menempatkan objek ke dalam wadah, makan sendiri, minum dari cangkir dengan bantuan, menggunakan sendok dengan bantuan, makan dengan jari, serta membuat coretan diatas kertas (Wong 2000 di kutip dalam Hidayat 2008).

b. Motorik kasar pada anak masa prasekolah (2 – 5 tahun)

Perkembangan motorik kasar pada masa prasekolah ini dapat diawali dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1 – 5 detik, melompat dengan satu kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, menjelajah, membuat posisi merangkak, dan berjalan dengan bantuan (Wong, 2000 di kutip dalam Hidayat, 2008).

c. Perkembangan bahasa pada anak masa prasekolah (2 – 5 tahun)

Perkembangan bahasa diawali dengan adanya kemampuan menyebutkan hingga empat gambar, menyebutkan satu hingga dua

warna, menyebutkan kegunaan benda, menghitung, mengartikan dua kata, mengerti empat kata depan, mengerti beberapa kata sifat dan jenis kata lainnya, menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, orang dan aktivitas, menirukan berbagai bunyi kata, memahami arti larangan, serta merespon panggilan orang dan anggota keluarga dekat.

d. Perkembangan perilaku/ adaptasi sosial pada anak masa prasekolah (2 – 5 tahun)

Perkembangan adaptasi sosial pada masa prasekolah adalah adanya kemampuan bermain dengan permainan sederhana, menangis jika dimarahi, membuat permintaan sederhana dengan gaya tubuh, menunjukkan peningkatan kecemasan terhadap perpisahan, serta mengenali anggota keluarga (Wong, 2000 dikutip dalam Hidayat, 2008).

5. Hospitalisasi pada Anak usia Prasekolah (2 – 5 tahun)

a. Pengertian Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan keadaan yang mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan karena suatu alasan yang berencana maupun kondisi darurat. Tinggal di rumah sakit dapat menimbulkan stres bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka.

Tinggal di rumah sakit bisa sulit bagi anak pada usia berapa pun. Penyakit dan rumah sakit berpotensi besar membuat anak

mengalami stres. Proses hospitalisasi dapat dikatakan mengganggu kehidupan anak dan dapat mengganggu perkembangan normal. Ketika anak-anak menjalani perawatan di rumah sakit, mereka mungkin kehilangan teman-teman dan keluarga. Mereka mungkin bosan atau takut. Anak-anak mungkin tidak mengerti mengapa mereka berada di rumah sakit atau mereka mungkin memiliki keyakinan yang salah tentang apa yang terjadi (Mendri, 2018).

b. Dampak hospitalisasi fase 2 – 5 tahun

Perawatan anak pada usia ini membuat anak mengalami stres karena merasa berada jauh dari rumah dan kehilangan rutinitas yang familiar. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia ini adalah dengan menolak makan, menolak perawatan yang dilakukan, menangis perlahan, dan tidak kooperatif terhadap perawat.

Sebagian besar anak-anak dalam kelompok usia ini siap untuk mandiri dan ingin membuat pilihan. Usia ini juga adalah usia di mana imajinasi dan pemikiran berjalan liar sehingga dapat menyebabkan ketakutan dan mimpi buruk. Proses hospitalisasi dapat dipersepsikan sebagai proses perampasan kebebasan, konsistensi, dan pilihan anak.

Anak - anak mungkin takut mereka akan terluka oleh prosedur rumah sakit. Ketakutan anak terhadap perlukaan muncul karena

menganggap tindakan dan prosedur perawatan mengancam integritas tubuhnya. Selain itu, anak-anak mungkin percaya bahwa mereka melakukan sesuatu yang salah dan itulah sebabnya mereka berada di rumah sakit. Perawatan dipersepsikan sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah, dan takut. Anak-anak pada usia ini juga lebih sering bertanya karena mereka mungkin tahu lebih banyak tentang tubuh mereka, tetapi pemahaman mereka masih terbatas (Mendri, 2018).

C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Demam Tifoid

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan. (Rohmah, 2012)

Menurut jurnal karya Kukus et al (2009) mengatakan Suhu tubuh didefinisikan sebagai salah satu tanda vital yang menggambarkan status kesehatan seseorang. Manusia mempunyai kemampuan yang lebih besar untuk mentolerer suhu tinggi oleh karena banyaknya kelenjar keringat, dan kulitnya hanya ditumbuhi oleh rambut halus. Di dalam tubuh energi panas dihasilkan oleh jaringan aktif terutama dalam otot, kemudian juga dalam

alat keringat, lemak, tulang, jaringan ikat, serta saraf. Energi panas yang dihasilkan didistribusikan ke seluruh tubuh melalui sirkulasi darah, namun suhu bagian-bagian tubuh tidak merata. Terdapat perbedaan yang cukup besar (sekitar 4°C) antara suhu inti dan suhu permukaan tubuh.^{6,7} Sistem termoregulator tubuh harus dapat mencapai dua gradien suhu yang sesuai, yaitu:

- 1) antara suhu inti dengan suhu permukaan,
- 2) antara suhu permukaan dengan suhu lingkungan.

Dari keduanya, suhu inti dengan suhu permukaan adalah yang terpenting untuk kelangsungan fungsi tubuh yang optimal. Pemahaman tentang besaran suhu dan pengaruhnya terhadap mekanisme homeostatis tubuh melalui pendekatan hukum-hukum fisika setidaknya memberi kontribusi yang berarti pada bidang ilmu klinis terapan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat di

identifikasi (Rohmah, 2012). Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data, pengumpulan data itu sendiri yaitu kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien baik yang normal maupun yang senjang hendaknya dapat dikumpulkan. Hal ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi pola fungsi kesehatan klien, baik yang optimal maupun yang bermasalah (Rohmah, 2008). Pengumpulan data ada 4 macam, yaitu:

- a. Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan klien, meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan.
- b. Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat.
- c. Data subjektif merupakan ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien maupun tak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan klien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi pada perawat
- d. Data objektif diperoleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien (Rohmah, 2012).

Pokok utama pengkajian, meliputi:

a. Identitas diri

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/ bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, no medrec, diagnosa medis, alamat klien.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien, alamat.

c. Keluhan utama

Untuk mendapatkan alasan utama individu mencari bantuan professional kesehatan. Selain itu mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan klien membutuhkan pertolongan sehingga klien dibawa ke RS dan menceritakan kapan klien mengalami perasaan tidak enak badan, pusing, nyeri kepala, lesu dan kurang bersemangat, nafsu makan kurang (terutama selama masa inkubasi).

d. Riwayat kesehatan sekarang

Mengungkapkan keluhan yang paling sering dirasakan oleh klien saat pengkajian dengan menggunakan metode PQRST.

1) P (*Provokatus – Paliatif*) yaitu Apa yang menyebabkan gejala, apa yang bisa memeperberat, apa yang bisa mengurangi. Pada klien demam tifoid biasanya keluhan utama yang dirasakan adalah demam. Demam bertambah

apabila klien banyak melakukan aktivitas atau mobilisasi dan berkurang apabila klien beristirahat dan setelah diberi obat.

- 2) Q (*Qualitas – Quantitas*) yaitu Bagian gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan. Biasanya demam hilang timbul dan kadang disertai dengan menggigil.
 - 3) R (*Region – Radiasi*) yaitu Dimana gejala dirasakan, apakah menyebar. Pada demam tifoid dirasakan pada seluruh tubuh.
 - 4) S (*Skala – Sererity*) yaitu Seberapakah tingkat keparahan dirasakan, pada skala berapa. Suhu biasanya dapat mencapai 39-40°C.
 - 5) T (*Time*) yaitu Kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, tiba – tiba atau bertahap, seberapa lama gejala dirasakan. Biasanya demam terjadi sore menjelang malam hari, dan menurun pada pagi hari.
- e. Riwayat kehamilan dan kelahiran

Mengkaji riwayat ibu klien hamil, bersalin, nifas. Meliputi data urutan kehamilan, pemeriksaan kehamilan dan imunisasi, keluhan selama kehamilan, proses persalinan, keluhan masa nifas, keadaan bayi, dan berat badan bayi.

f. Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji penyakit yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang. Untuk mendapatkan profil penyakit, yang dialami individu sebelumnya. Adanya riwayat kejang demam atau riwayat masuk rumah sakit sebelumnya dll.

g. Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengidentifikasi adanya sifat genetik atau penyakit yang memiliki kecenderungan familial; untuk mengkaji kebiasaan keluarga dan terpapar penyakit menular yang dapat mempengaruhi anggota keluarga.

h. Aktivitas sehari – hari

Mengungkapkan pola aktivitas klien sebelum sakit dan sesudah sakit. Yang meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktivitas.

1) Nutrisi

Menggambarkan pola nutrisi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi frekuensi makan, jenis makanan, porsi makan, frekuensi minum serta jenis minuman, porsi dan berapa gelas/hari.

2) Eliminasi

Menggambarkan pola eliminasi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi Frekuensi, konsistensi, warna, bau dan masalah.

3) Istirahat Tidur

Menggambarkan pola istirahat klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi Lamanya tidur, tidur siang, tidur malam, masalah dan jam tidur.

4) Personal Hygiene

Menggambarkan personal hygiene klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi Frekuensi mandi, gosok gigi, keramas dan gunting kuku.

5) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi Meliputi rutinitas sehari-hari.

i. Pertumbuhan dan Perkembangan

a) Pertumbuhan

Pengkajian tentang status pertumbuhan pada anak, pernah terjadi gangguan dalam pertumbuhan dan terjadinya pada saat umur berapa dengan menanyakan atau melihat catatan kesehatan tentang berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran dada, lingkaran kepala.

b) Perkembangan

Pengkajian tentang perkembangan bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan personal - sosial. Data ini juga dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan.

j. Riwayat imunisasi

Tanyakan tentang riwayat imunisasi dasar seperti Bacilus Calmet Guirnet (BCG), Difteri Pertusis Tetanus (DPT), polio, hepatitis, campak, maupun imunisasi ulangan.

Tabel 2.2 Keterangan Pemberian Imunisasi pada Anak
Sumber: Proverawati, 2010

| No | Umur | Vaksin | Keterangan pemberian |
|----|-------------|------------------------------------|--|
| | 1 | 2 | 3 |
| 1 | Saat lahir | Hepatitis B – 1 | HB – 1 harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 6 bulan. Apabila status HbsAg – B ibu positif, dalam waktu 12 jam setelah lahir diberikan HBIG 0,5 ml bersamaan dengan vaksin HB – 1. Apabila semula status HbsAg ibu tidak diketahui dan ternyata dalam perjalanan selanjutnya diketahui bahwa ibu HbsAg positif maka masih dapat diberikan HBIG 0,5 ml sebelum bayi berumur 7 hari. |
| | | Polio – 0 | Polio diberikan pada saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RB/ RS polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain). |
| 2 | 1 bulan | Hepatitis B – 2 | Hb – 2 diberikan pada umur 1 bulan, interval HB – 1 dan HB – 2 adalah 1 bulan |
| 3 | 0 – 2 bulan | BCG (Bacilus Calmet Guirnet) | Diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan pada umur > 3 bulan sebaiknya dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu dan BCG diberikan apa bila uji tuberkulin negatif. |
| 4 | 2 bulan | DPT (difteri pertusis tetanus) – 1 | Diberikan pada umur > 6 minggu, dapat dipergunakan DTwp atau Dtap. DPT – 1 diberikan secara kombinasi dengan Hib – 1 (PRP – T) |
| | | Hib -1 | Diberikan umur 2 bulan dengan interval 2 bulan. Hib – 1 dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan DPT – 1. |
| | | Polio – 1 | Polio – 1 dapat diberikan bersamaan dengan DPT – 1 |
| 5 | 4 bulan | DPT – 2 | DPT – 2 dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib – 2 (PRP – T) |
| | | Hib – 2 | Hib – 2 dapat diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan DPT – 2 |
| | | Polio – 2 | Polio – 2 diberikan bersamaan dengan DPT – 2. |

| | 1 | 2 | 3 |
|----|---------------|-------------|---|
| 6 | 9 bulan | Campak 1 | Campak 1 diberikan pada umur 9 bulan dan campak 2 diberikan pada usia 6 Tahun. |
| 7 | 15 – 18 bulan | MMR | Diberikan pada 12 bulan |
| | | Hib – 4 | Hib – 4 diberikan pada 15 bulan |
| 8 | 18 bulan | DPT – 4 | DPT – 4 diberikan 1 tahun setelah DPT -3 |
| | | Polio – 4 | Polio 4 diberikan bersamaan dengan DPT – 4 |
| 9 | 2 tahun | Hepatitis A | Hepatitis A diberikan pada umur < 2 tahun di berikan sebanyak dua kali dengan interval 6-12 bulan |
| 10 | 2 – 3 tahun | Tifoid | Diberikan pada umur > 2 tahun dan diulangi setiap 3 tahun |
| 11 | 5 tahun | DPT – 5 | Diberikan pada umur 5 tahun |
| | | Polio – 5 | Polio 5 diberikan bersamaan dengan DPT – 5 |
| 12 | 6 tahun | MMR | Diberikan untuk mencakup <i>immunization</i> pada anak yang belum mendapat MMR -1 |
| 13 | 10 tahun | Dt/TT | Menjelang pubertas, vaksin tetanus ke 5 (dT atau TT) diberikan kepada anak untuk mendapatkan imunitas selama 25 tahun. DT atau TT diberikan pada umur 10 tahun. |
| | | Varisela | Diberikan pada umur 10 tahun |

k. Pemeriksaan fisik head to toe

a) Keadaan atau Penampilan Umum

Mengkaji keadaan atau penampilan klien lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel. Biasanya pada klien demam tifoid mengalami kelemahan, pucat.

b) Tingkat Kesadaran

Pada tingkat kesadaran dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang di pilih sesuai dengan konsidi klien (Rohmah, 2012).

Dewi (2015) menyatakan penilaian tingkat kesadaran pada anak bisa dilakukan dengan GCS, yaitu:

**Tabel 2.3 Glasgow Coma Scale Pediatrik
(sumber: Dewi, 2016)**

| Kategori | Rincian | Nilai |
|---------------------|--------------------------|-------|
| Respon Membuka Mata | Spontan | 4 |
| | Dengan Perintah Verbal | 3 |
| | Dengan Nyeri | 2 |
| | Tidak Ada Respon | 1 |
| Respon Motorik | Menurut Perintah | 6 |
| | Dapat Melokalisasi Nyeri | 5 |
| | Fleksi Terhadap Nyeri | 4 |
| | Fleksi Abnormal | 3 |
| | Ekstensi | 2 |
| | Tidak Ada Respon | 1 |
| Respon Verbal | Orientasi baik, mengoceh | 5 |
| | Iritabel, menangis | 4 |
| | Menangis dengan nyeri | 3 |
| | Mengerang dengan nyeri | 2 |
| | Tidak ada respon | 1 |

c) Tanda - tanda Vital

Pada klien demam tifoid didapatkan suhu tubuh meningkat 39-40°C pada sore dan malam hari biasanya turun pada pagi hari, menghitung nadi permenit, dan menghitung frekuensi pernapasan permenit, kaji BB sebelum dan sesudah sakit serta hitung BBI dengan cara:

(1) Bayi baru lahir: 2500 – 4000 gram

(2) 6 bulan : 2 x BBL

(3) 12 bulan : 3 x BBL

(4) 12 – 24 bulan : $n(\text{umur dalam bulan}) + 4 / 2$

(5) 2 – 12 tahun : $2n (\text{umur dalam tahun}) + 8$

d) Pemeriksaan *Head To Toe*

(1) Kepala

Kaji warna rambut, distribusi rambut, kebersihan, kutu, dan ketombe.

(2) Mata

Biasanya pada klien demam tifoid didapatkannya ikterus pada sklera terjadi pada kondisi berat, konjungtiva anemia, mata cekung (Mardalena, 2018)

(3) Telinga

Kaji kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran.

(4) Hidung

Kaji kebersihan, sekresi, dan pernafasan cuping hidung.

(5) Mulut

Pada pasien dengan Demam tifoid bibir pucat, bibir kering, nafas bau, lidah kotor, dan bagian tepi dan tengah kemerahan (Mardalena, 2018)

(6) Leher

Kaji adakah pembesaran kelenjar limfe, tiroid, posisi trakea, distensi vena jugularis dan kaku kuduk (Rohmah, 2012).

(7) Dada

Inspeksi diameter anteroposterior dalam proporsi terhadap diameter lateral (bentuk dada), ekspansi dada,

gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman), penggunaan otot pernapasan. Palpasi massa otot dan tulang torak meliputi bengkak, nyeri, massa, pulsasi, krepitasi, ekspansi dinding dada, fremitus raba, impuls apical, dan getaran *thrill*. Perkusi perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan. Auskultasi suara napas, suara napas tambahan, dan suara jantung (Rohmah, 2018).

(8) Abdomen

Inspeksi warna, striae, jaringan parut, lesi, kemerahan, umbilicus, dan garis bentuk abdomen. Auskultasi frekuensi, nada dan intensitas bising usus. Palpasi adanya spasme otot, nyeri tekan, dan adanya massa. Perkusi bunyi yang dihasilkan (Rohmah, 2012).

Pada pemeriksaan klien dengan demam tifoid biasanya ditemukan nyeri tekan didaerah abdomen.

(9) Punggung dan Bokong

Pada pasien dengan demam tifoid biasanya ditemukan tanda ruam dan roseola yaitu bintik merah pada punggung dan bokong (Nurarif dan Kusuma, 2015).

(10) Ekstremitas

Pada pasien dengan Demam tifoid biasanya ditemukan kelemahan fisik umum, nyeri otot dan ekstermitas (Nurarif dan Kusuma, 2015).

l. Data psikologis

a) Body Image

Persepsi atau perasaan tentang penampilan dari segi ukuran dan bentuk.

b) Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan, atau nilai pribadi.

c) Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri.

d) Peran Diri

Perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok.

m. Data sosial

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, faktor sosiokultural serta keadaan lingkungan sekitar dan rumah.

n. Data spiritual

Di isi dengan nilai – nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan. Termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit.

o. Data hospitalisasi

Data yang diperoleh dari kemampuan pasien menyesuaikan dengan lingkungan rumah sakit, kaji tingkat stres pasien, tingkat pertumbuhan dan perkembangan selama di rumah sakit, sistem pendukung, dan pengalaman.

p. Data penunjang

- a) Pada pemeriksaan darah tepi terdapat gambaran leukopenia, limfositosis relatif, dan aneosinofilia pada permukaan sakit.
- b) Kultur darah (biakan, empedu) dan widal.
- c) Biakan empedu basil *Salmonella tyhosa* dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya, lebih sering ditemukan dalam urine dan feses.
- d) Pemeriksaan widal, pemeriksaan yang diperlukan adalah titer zat anti terhadap antigen O. Titer yang bernilai 1/200 atau lebih merupakan kenaikan yang progresif. (Sodikin, 2011).

q. Terapi

Bed rest, Diet dan Obat seperti Kloramfenikol, dosis 50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 - 4 kali pemberian oral/ iv selama 14 hari. Bila ada kontraindikasi kloramfenikol diberikan ampisilin dengan dosis 200 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3 - 4 kali. Pemberian intravena saat belum dapat minum obat, selama 21 hari, atau amoksilin dengan dosis 100mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3 - 4 kali. Pemberian oral/ iv selama 21 hari kotrimaksazol dengan dosis (tmp) 8mg / kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian. Oral, selama 14 hari.

Pada kasus berat, dapat diberikan ceftriaxon dengan dosis 50mg/kgBB/kali dan diberikan 2 kali sehari atau 80mg/kgBB/hari, sekali sehari, intravena, selama 5 - 7 hari.

Pada kasus yang diduga mengalami MDR, maka pilihan antibiotika adalah meropenem, azithromisin dan fluoroquinolon (Nurarif dan Kusuma, 2015).

2. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman, dan dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses keperawatan (Nursalam, 2013).

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah, 2012).

Di bawah ini adalah diagnosa keperawatan menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015) :

- a) Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan fluktuasi suhu lingkungan, preses penyakit.
- b) Nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan.
- c) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.
- d) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan peningkatan suhu tubuh.
- e) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal .

4. Intervensi

Intervensi atau perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah masalah yang telah di identifikasi dalam diagnosis keperawatan.

Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah, 2012).

Rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan menurut Nurarif dan Kusuma (2015):

- a. Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan proses penyakit.

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam suhu tubuh akan kembali normal.

Kriteria hasil :

- 1) Temperature 36,5°C-37°C
- 2) Tidak ada kejang.
- 3) Tidak ada perubahan warna kulit
- 4) Keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas.

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional

| Intervensi | Rasional |
|---|---|
| 1. Monitor tanda – tanda hipotermi dan hipertermi | 1. Digunakan untuk mengetahui perubahan suhu tubuh |
| 2. Selimuti klien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh | 2. Untuk mencegah terjadinya hipotermi |
| 3. Berikan kompres pada daerah axila, lipat paha, temporal. | 3. Daerah ketiak (axilla) terdapat vena besar yang memiliki kemampuan proses vasodilatasi yang sangat baik dalam menurunkan suhu tubuh dan sangat dekat dengan otak, di dalam otak terdapat sensor pengatur suhu tubuh yaitu hipotalamus. |
| 4. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat. | 4. Untuk menjaga kebersihan badan, agar klien merasa nyaman, pakaian tipis akan membantu mempercepat penguapan tubuh |
| 5. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi. | 5. Untuk mengganti cairan dan elektrolit yang hilang akibat demam |
| 6. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti piretik. | 6. Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus. |

b. Nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan.

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam nyeri klien berkurang.

Kriteria hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional

| Intervensi | Rasional |
|---|---|
| 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi | 1. Untuk mengetahui dengan jelas nyeri klien |
| 2. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. | 2. Meningkatkan rasa nyaman pada klien dan menurunkan tingkat stres dan ketidaknyamanan |
| 3. Ajarkan teknik non farmakologi | 3. Meningkatkan rasa nyaman, dapat menurunkan rasa nyeri dan meningkatkan penyembuhan. |
| 4. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil | 4. Untuk memberikan penghilang rasa nyeri. |

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam klien dapat mempertahankan kebutuhan nutrisi yang adekuat

Kriteria hasil :

- 1) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- 2) Menunjukkan peningkatan BB
- 3) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- 4) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional

| Intervensi | Rasional |
|---|--|
| 1. Kaji adanya alergi makanan | 1. Untuk mengidentifikasi adanya alergi pada makanan |
| 2. Berikan makanan yang terpilih (yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) | 2. Memberikan makanan yang terpilih seperti makanan kesukaan untuk menambah intake makanan |
| 3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk | 3. Diet tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi |
| 4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien | 4. Agar kebutuhan gizi klien sesuai dengan yang dibutuhkan. |

- d. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan peningkatan suhu tubuh.

Tujuan : Dalam waktu 2x24 jam tidak terjadi kekurangan volume cairan.

Kriteria hasil:

- 1) Klien mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan berat badan
- 2) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
- 3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional

| Intervensi | Rasional |
|---|---|
| 1. Monitor tanda-tanda vital | 1. Untuk mengetahui derajat kekurangan cairan |
| 2. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi, tekanan darah). | 2. Untuk mengetahui membran mukosa yang kering sebagai tanda kekurangan asupan cairan, nadi dan tekanan darah sebagai barometer status hidrasi klien. |
| 3. Dorong masukan cairan oral | 3. Untuk memenuhi asupan cairan klien |
| 4. Kolaborasi pemberian cairan IV | 4. Untuk memenuhi asupan cairan selain dibantu dengan asupan cairan melalui oral. |
| 5. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat | 5. Sebagai evaluasi penting dari intervensi hidrasi dan mencegah terjadinya over dosis |

d. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal .

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi konstipasi pada klien.

Kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan bentuk feses lunak 1-3 hari.
- 2) Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi
- 3) Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi
- 4) Feses lunak dan berbentuk.

Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional

| Intervensi | Rasional |
|--|---|
| 1. Monitor bising usus | 1. Bising usus secara umum meningkat pada diare dan menurun pada konstipasi. |
| 2. Monitor tanda dan gejala konstipasi | 2. Untuk mengidentifikasi dan memberikan intervensi yang tepat. |
| 3. Anjurkan klien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses. | 3. Membantu mengidentifikasi penyebab atau faktor pemberat dan intervensi yang tepat. |
| 4. Dorong peningkatan asupan cairan | 4. Membantu dalam memperbaiki konsistensi feses bisa konstipasi |
| 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian pelembek feses atau laksatif | 5. Mempermudah defekasi bila konstipasi terjadi. |

4. Implementasi

Tahap pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, 2012).

5. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2012).

Macam – macam evaluasi terdiri dari:

a. Evaluasi proses (formatif)

- 1) Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan.
- 2) Berorientasi pada etiologi
- 3) Dilakukan secara terus – menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi hasil (sumatif)

- 1) Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna.
- 2) Berorientasi pada masalah keperawatan.
- 3) Menjelaskan keberhasilan/ ketidak berhasilan.
- 4) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Ayu et al, 2015 menyatakan demam atau suhu tubuh yang tinggi dapat diturunkan dengan berbagai cara. Cara yang paling sering digunakan adalah meminum obat penurun demam seperti Paracetamol ataupun Ibuprofen. Selain itu adalah dengan mengobati penyebab demam dan apabila ternyata demamnya karena infeksi oleh bakteri maka diberikan antibiotik untuk membunuh bakteri. Tetapi obat – obatan saja tidak cukup, sehingga perlu dilakukan kompres untuk membantu menurunkan suhu tubuh saat demam.