

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Thypoid (Konsep Penyakit)

2.1.1 Pengertian

Typoid adalah penyakit yang terjadi pada sistem *retikuloendotelial*, saluran empedu, dan kandung empedu. Tempat terjadinya infeksi di usus halus, terutama di daerah ileocecal. Salah satu tanda dan gejala penyakit pada anak adalah demam.(Tobing, 2024)

Thypoid adalah infeksi sistemik yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella enterica serovar typhi*. Penyakit ini dapat terjadi melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi. Orang yang terkena penyakit thypoid biasanya mengalami demam, perut tidak nyaman, hilangnya selera makan, konstipasi maupun diare, batuk tidak produktif, letih lesu, dan kemerahan dengan nadi di bawah normal Menurut Aslami, 2019 dalam (Gabriella , Alvira , Bellji, 2023).

Thypoid adalah infeksi sistemik yang bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. ditandai dengan panas berkepanjangan yang di ikuti bakterimia dan invasi bakteri salmonella typhi (Arifin, 2022).

Berdasarkan pengertian diatas peneliti menyimpulkan bahwa thypoid merupakan penyakit infeksi sistemik yang menyerang pada saluran pencernaan lebih spesifiknya pada usus halus yang ditandai panas yang berkepanjangan, nafsu makan menurun yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella enterica serovar typhi*.

2.1.2 Etiologi

Thypoid disebabkan oleh *Salmonella enterica serovar typhi* (S typhi) atau *enterica serovar paratyphi* A, B, atau C, dan merupakan infeksi paling umum menurut Mustofa (2021) dalam (Tobing, 2024).

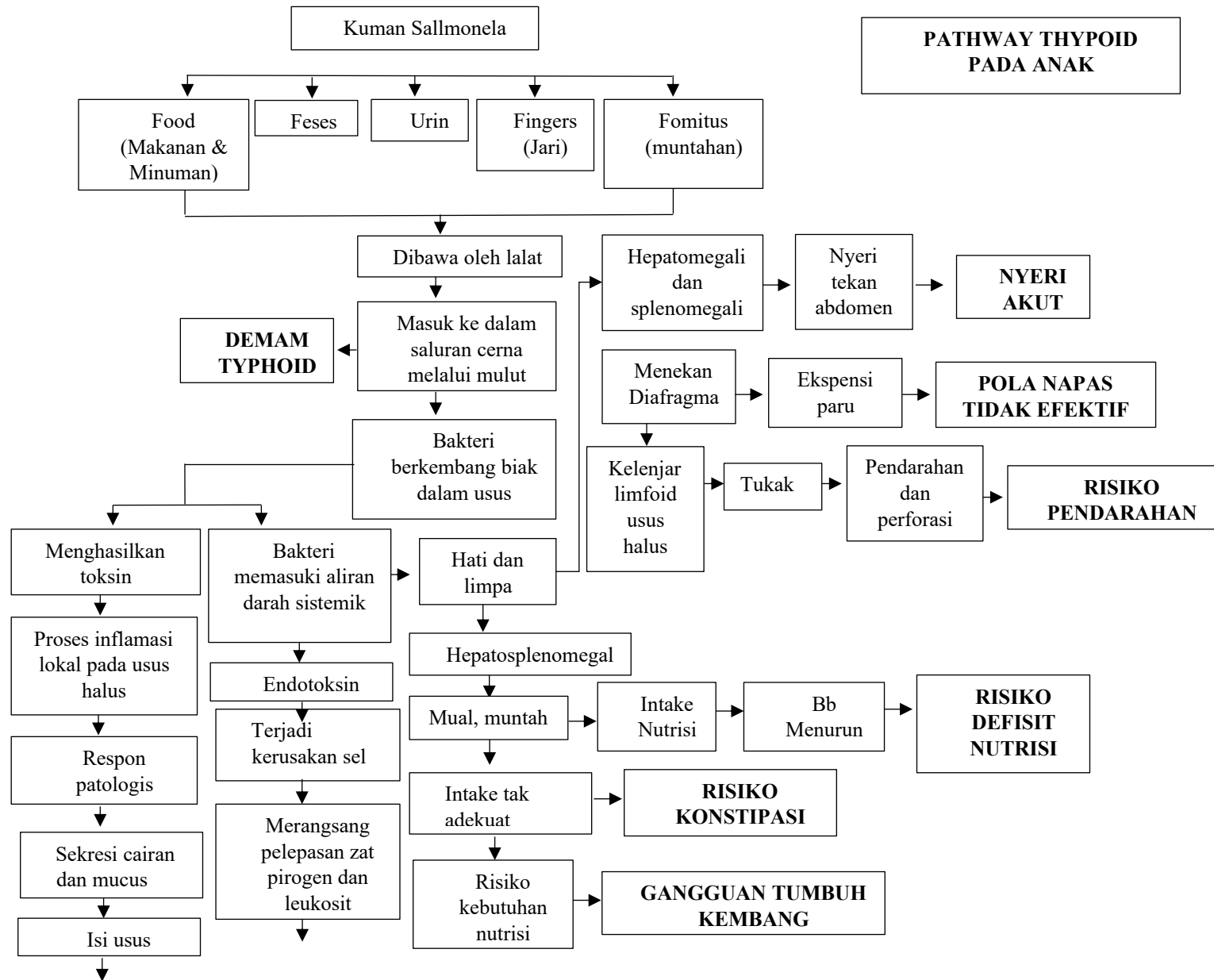
Typhi merupakan mikroorganisme bakteri gram negatif yang bersifat aerob dan tidak mempunyai spora. Bakteri ini memiliki banyak jenis antigen, termasuk antigen dinding sel atau antigen O, *lipopolisakarida*, dan sifat spesifik kelompok. Mereka mengandung protein di flagel yang disebut antigen bendera kelompok atau antigen H. Lalu ada antigen toksik, *polisakarida* yang terdapat di dalam kapsul yang dapat melindungi seluruh permukaan sel. Antigen ini mempengaruhi tingkat bakteri yang menyerang dan efektivitas vaksin. typhi juga dapat mengeluarkan endotoksin, yaitu bagian terluar dinding sel yang tersusun atas antigen O, *lipopolisakarida*, dan lipid A ketiga antigen di atas menimbulkan antibodi terhadap agglutinin dan antigen keempat, protein membranluar, terdapat di sitoplasma membran luar dan di lapisan *peptidoglikan*, batas antara sel dan lingkungan luar.

2.1.3 Patofisiologi

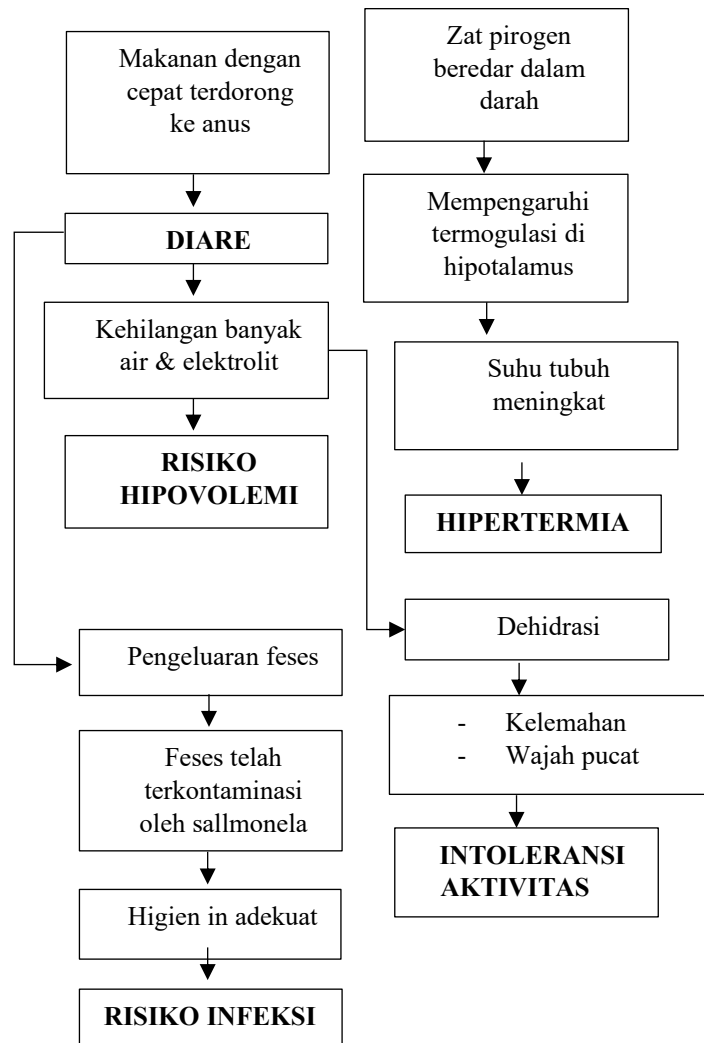
Sebagian besar penyebab dari thypoid ini adalah bakteri typhi masuk ke saluran pencernaan (usus halus) dan invasi ke jaringan limfoid mesenterika sampai menembus sel epitel terutama sel M. bakteri ini akan mengeluarkan endotoksin sehingga menimbulkan gejala demam. Di dalam tubuh, bakteri akan berkembang biak dan terutama hati dan limfa. (Siringoringo, dkk, 2022).

Patofisiologi bergantung pada beberapa faktor antara lain virulensi, imunitas inang, dan load bakteri. Virulensi bakteri typhi sebagai disebabkan karena bakteri typhi dapat memproduksi toksin thypoid, antigen Vi (kapsul polisakarida), antigen liposakarida O, dan antigen flagellar H yang masing-masing memegang peran penting dalam proses infeksi inangnya yaitu manusia (Bhandari, Jenish et al., 2020, dalam Ramadan, 2021).

Dari kedua jurnal dapat disimpulkan patofisiologis disebabkan oleh bakteri typhi yang menyerang di saluran pencernaan manusia yang menyebabkan suhu tubuh meningkat. Proses infeksi bakteri berkembang biak di dalam tubuh terutama di dalam hati dan limfa.



Bagan 2.1 Pathway Thypoid pada anak (Wulandari, 2022) dan (Suriadi & rita y, 2021)



2.1.4 Manifestasi Klinis

Black dan Hawks (2009), dalam Hartoyo, dkk, (2023), Idrus, (2020), Suslawaty, (2022) dalam (Hikmah, 2023) menyebutkan tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Demam: Pola demam dapat berlangsung secara bertahap selama minggu.
- b. Muncul keluhan pusing, nyeri kepala, nyeri otot hingga anoreksia di minggu pertama.
- c. Gejala Gastrointestinal: Pada minggu pertama muncul keluhan mual, dan muntah. Pada minggu kedua pasien mengalami nyeri perut yang menyebar dan nyeri tekan, pada beberapa kasus, terjadi kolik hebat di area kuadran kanan atas.
- d. Bintik-Bintik Merah (Roseolae): Pada minggu kedua pasien mengalami bintik-bintik merah, berwarna merah salmon, pucat, makulopapula dengan diameter 1-4 cm dan jumlahnya kurang dari 5, dan biasanya akan sembuh dalam waktu 2-5 hari.
- e. Distensi Abdomen: Perut menjadi buncit (meteorismus), dan sering terjadi pembesaran limpa dan pembesaran hati yang disertai nyeri pada perabaan, distensi abdomen bisa menjadi parah pada minggu ketiga.

- f. Gangguan Mental: Pada minggu kedua pasien mungkin akan mengalami penurunan kesadaran yang berupa somnolen, stupor, koma, delirium, atau psikosis.
- g. Bradikardia relative dan gejala lain: Bradikardia relative adalah peningkatan suhu tubuh yang tidak diikuti oleh peningkatan frekuensi nadi. Patikan yang sering digunakan adalah bahwa setiap peningkatan 110 celcius tidak diikuti peningkatan frekuensi nadi 8 denyut dalam 1 detik.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi dapat dibagi menjadi dua bagian (Idrus, 2020) yaitu:

a. Komplikasi Usus

1. Perdarahan Usus

Sekitar 25% penderita dapat mengalami perdarahan ringan yang tidak memerlukan transfusi darah. Perdarahan hebat dapat terjadi sampai pasien mengalami syok. Perdarahan darurat bedah akut secara klinis ditegakkan jika terjadi perdarahan sebanyak 5 ml/kg/jam.

2. Perforasi Usus

Terjadi pada sekitar 3% penderita yang diobati. Biasanya terjadi pada minggu ketiga tetapi dapat juga terjadi pada minggu pertama. Biasanya mengeluh berat sakit perut, terutama di daerah kuadran kanan bawah yang kemudian menyebar ke seluruh lambung. Tanda-tanda lain dari

perforasi adalah denyut nadi cepat. Penurunan tekanan darah dan bahkan syok

b. Komplikasi Ekstraintestinal

1. Komplikasi kardiovaskular, sirkulasi perifer kegagalan (syok, sepsis), miokarditis, thrombosis dan tromboflebitis.
2. Komplikasi darah, anemia hemolitik, trombositopenia, koagulasi intravascular diseminata, dan sindrom uremia hemolitik.
3. Komplikasi paru, pneumonia, empyema dan pleuritis.
4. Komplikasi hati dan kandung kemih, hepatitis dan kolelitiasis.
5. Komplikasi ginjal, glomerulonephritis, pielonefritis, dan perinefritis.
6. Komplikasi tulang, osteomyelitis, periostitis, spondiitis, dan radang sendi.
7. Komplikasi neuropsikiatri, delirium, meningismus, meningitis, polineuritis perifer, psikosis dan katatonisindroma.

Perkembangan saat ini telah jauh lebih baik sejak pengenalan terapi antibiotic sebagai lini utama penatalaksanaan yang secara signifikan menurunkan mortalitas dan morbiditas (Hikmah, 2023)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Black dan Hawks (2009), Kimberlin (2018), dan Willis (2019), dalam (Hikmah, 2023) menjelaskan pemeriksaan penunjang yang biasanya untuk menegakkan diagnose meliputi :

a. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Pada hasil pemeriksaan SGOT dan SGPT biasanya menunjukkan peningkatan, dan menjadi normal ketika pasien sembuh dari penyakit.

b. Tes Widal

Tes widal bertujuan dalam rangka mendeteksi antibody pada bakteri typhi. Dalam tes ini menunjukkan adanya reaksi aglutinasi diantara antigen typhi dengan antibody (agglutinin).

c. Uji Typhidot

Antibodi IgM dan IgG didalam protein membran luar typhi dapat diketahui dengan uji Typhidot. Uji typhidot akan menunjukkan hasil yang positif pada 2-3 hari setelah infeksi.

c. Uji IgM Distick

Metode IgM dipstick-test untuk mendeteksi antibody yang dibentuk karena infeksi S. Typhi pada specimen serum atau darah.

d. Kultur darah

Hasil pengembangbiakan bakteri positif dipastikan mengalami .

e. Polymerase Chain Reaction (Reaksi Berantai Polymerase) telah dipakai untuk mendiagnosa dengan keberhasilan yang bervariasi.

f. Radiografi

Pemeriksaan radiografi pada ginjal, ureter, dan kandung kemih dilakukan jika dicurigai adanya perforasi CT dan MRI.

g. Pemindaian CT dan MRI

Pemeriksaan ini dilakukan jika dicurigai terdapat abses di hati atau tulang.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Kartika, dkk, (2021) secara detail penatalaksanaan pada dapat dilakukan pemberian farmakologis dan non-farmakologis yang akan diberikan adalah sebagai berikut:

a. Perawatan Umum

1. Tirah baring. Tirah baring dengan bedrest total harus dilakukan pada anak dengan. Semua kebutuhan dan kegiatan anak dilakukan di atas tempat tidur.
2. Nutrisi. Diet untuk harus tinggi kalori dan protein, sebaiknya rendah serat (selulose) untuk mencegah terjadinya perdarahan maupun perforasi. Pola kondisi kesadaran menurun dan dipertimbangkan ada tanda-tanda komplikasi perdarahan atau komplikasi, maka nutrisi diberikan secara parenteral.

3. Cairan. Anak dengan harus mendapatkan cairan yang cukup, baik melalui oral maupun parenteral. Pada kondisi yang parah cairan parenteral harus mengandung tinggi kalori dan elektrolit.
4. Terapi simptomatik. Terapi simptomatik diberikan untuk perbaikan keadaan umum pasien, misalnya antipiretik, vitamin dan antiemetik.
5. Monitor anak selama perawatan. Keadaan pasien yang harus mendapatkan perhatian adalah tanda-tanda vital, keseimbangan cairan tubuh, deteksi dini timbulnya komplikasi, efek samping obat, dan kemajuan pasien secara umum.
6. Pemberian antibiotik menjadi pilihan utama paling efektif dalam mengobati demam thypoid. Pengobatan tersebut bisa dilaksanakan di rumah ataupun saat dirumah sakit.
7. Pengobatan dan perawatan komplikasi yang biasanya diberikan di rumah sakit dexametason yang mampu menurunkan kematian pada kasus thypoid berat dengan komplikasi penurunan kesadaran atau syok.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Thypoid

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan awal proses keperawatan dengan mengumpulkan data yang akurat dari pasien untuk mengetahui masalah

kesehatan yang terjadi. Fase pengkajian merupakan fase yang krusial dalam seluruh proses keperawatan. Apabila terdapat data yang tidak akurat, maka capaian keberhasilan dari proses keperawatan tidak akan maksimal (Prabowo, 2017).

Pengkajian yang dapat dilakukan terhadap pasien thypoid meliputi:

a. Identitas

Berisi data pribadi pasien serta penanggung jawab pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, status perkawinan, alamat dan tanggal masuk rumah sakit (Hikmah, 2023).

b. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Alasan masuk rumah sakit merupakan alasan dari perkembangan kondisi awal sampai saat ini. Pada penderita thypoid biasanya merasakan demam, perut terasa mual dan kembung, nafsu makan menurun, diare/konstipasi, nyeri kepala.

b) Keluhan Utama Saat Di kaji

Keluhan utama yang biasa muncul pada pasien dengan hipertermia, antara lain : demam, perut terasa mual dan

kembung, nafsu makan menurun, diare/konstipasi, nyeri kepala. (Hikmah, 2023)

2. Riwayat kehamilan dan kelahiran

- a) Riwayat kehamilan: penyakit infeksi yang pernah di derita ibu selama hamil, perawatan ANC, imunisasi TT.
- b) Riwayat persalinan: apakah usia kehamilan cukup, lahir premature, bayi kembar, penyakit persalinan, *apgar score*.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada anak thypoid biasanya menderita demam yang naik turun, memiliki riwayat penyakit campak atau pertussis serta memiliki faktor pemicu thypoid misalnya makanan yang sembarangan dan tidak menjaga kebersihan.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Identifikasi apakah ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama.

c. Pola aktivitas sehari-hari

1. Nutrisi

Anak dengan thypoid rentan mengalami penurunan nafsu makan, anoreksia, mual dan muntah akibat dari peningkatan agen toksik.

2. Eliminasi

Anak dengan thypoid rentan mengalami defiensi volume urine karena perpindahan cairan dari evaporasi akibat demam.

3. Istirahat tidur

Anak dengan thypoid mengalami gangguan tidur akibat panas secara tiba-tiba saat tidur.

4. Personal higiene

Anak dengan thypoid akan lebih cenderung berdiam diri, sehingga untuk kebutuhan personal higiene nya perlu bantuan minimal.

5. Aktivitas

Anak dengan thypoid akan sering berdiam diri, sering menangis serta gelisah.

d. Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan anak dilakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan fisik. Pengukuran antropometri yang sering digunakan di lapangan untuk mengukur pertumbuhan anak adalah TB, BB, dan lingkar kepala. Pengukuran lingkar lengan dan lingkar dada digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak.

2. Perkembangan anak

Pengkajian perkembangan pada anak usia 3 bulan – 71 bulan, menilai empat sektor perkembangan anak meliputi: motorik kasar, motorik halus, bicara/bahasa, sosialisasi/kemandirian (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Interpretasi hasil KPSP dapat dihitung dengan cara menghitung jumlah ‘Ya’, yakni:

- i. Jumlah jawaban ‘Ya’ = 9 atau 10, menyatakan perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangan.
- ii. Jumlah jawab ‘Ya’, = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan
- iii. Jumlah jawaban ‘Ya’, = 6 atau 5, kemungkinan ada penyimpangan.

Untuk jawaban ‘Tidak’, perlu dirinci jumlah jawaban ‘Tidak’ menunjukkan jenis keterlambatan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

e. Riwayat Imunisasi

Imunisasi adalah sebuah metode meningkatkan kekebalan tubuh terhadap invasi bakteri dan virus yang mengakibatkan infeksi sebelum bakteri dan virus yang tersebut mempunyai kesempatan menyerang tubuh kita. Melalui imunisasi, tubuh kita akan terlindungi dari infeksi

bakteri dan virus begitu pun orang lain tidak akan tertular dari kita (Hikmah, 2023).

f. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Anak dengan Thypoid, suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 39-40 C⁰ dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, kadang-kadang disertai muntah dan diare. Demam biasanya tidak ditemukan pada permulaan penyakit, tetapi setelah beberapa hari badan menjadi lemas dan tak berdaya (Hikmah, 2023).

2. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Anak dengan thypoid akan mengalami demam yang naik turun biasanya suhu tubuhnya 38-40 C⁰ yang disebabkan karena adanya imflamasi dialveoli pada pencernaan.

3. Pemeriksaan Head to Toe

Menurut (Cladia, 2020) pemeriksaan fisik *Head to Toe* yang dilakukan antara lain:

a) Kepala

Inspeksi bentuk kepala (dolicephalus atau lonjong, brakhiocephalus atau bulat), dan kesimetrisan. Adakah hirocephalus atau pembesaran kepala. Palpasi nyeri tekan, fontanella cekung atau tidak.

b) Wajah

Inspeksi ekspresi wajah pasien, warna dan kondisi wajah pasien, struktur wajah pasien, sembab atau tidak, ada kelumpuhan otot-otot fasialis atau tidak.

c) Mata

Kaji apakah konjungtiva anemis, pada anak dengan thypoid.

d) Telinga

Amati bagian telinga luar, bentuk, ukuran, warna, lesi, nyeri tekan, adakah peradangan atau penumpukan serumen. Dengan otoskop kaji warna, bentuk, transparansi, perdarahan, dan perforasi.

e) Hidung

Kebersihan hidung, penggunaan cuping hidung, bentuk apakah ada kelainan dan tanda-tanda peradangan pada mukosa hidung.

f) Mulut

Amati bibir, untuk mengetahui kelainan kongenital, warna bibir pucat atau merah, adakah lesi atau massa. Amati gigi, gusi, lidah, adakah karies, kotoran, kelengkapan gigi, warna lidah, abses.

g) Leher

Periksa leher akan adanya pembengkakan, lipatan kulit tambahan, distensi vena. Palpasi area trakea: dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk. Palpasi area kelenjar tiroid: pemeriksa di belakang pasien, letakkan jari-jari anda diatas kelenjar. Palpasi kelenjar tiroid saat anak menelan. Amati pergerakan leher apabila terjadi keterbatasan dalam pergerakannya maka kemungkinan terjadi kelainan pada tulang leher, seperti kelainan tiroid, hemangioma, dan lain-lain.

h) Dada

Keluhan sesak nafas, bentuk dada simetris, irama nafas reguler atau ireguler.

i) Abdomen

i Inspeksi: Bentuk simetris atau ada kelainan

ii Auskultasi: Bising usus biasanya diatas normal (5-35x/menit)

iii Palpasi: Terdapat nyeri tekan pada bagian epigastrium

iv Perkusi: Hipertimpani

j) Punggung dan Bokong

Inspeksi adanya kurvatura dan simetrisitas tulang belakang, periksa adanya skoliosis.

k) Genitalia

Pada wanita palpasi adanya massa, inspeksi meatus uretra, inspeksi dan palpasi orifisium vaginalis dan kelenjar bartholin. Dan pada laki-laki palpasi adanya masa, inspeksi meatus uretra, inspeksi dan palpasi skrotum dan testis.

l) Anus

Inspeksi kondisi kulit, dan penampilan umum, munculkan dengan mengerutkan atas meregangkan area perianal dengan perlahan.

m) Ekstremitas

Inspeksi sendi kesimetrisan, ukuran, suhu, warna, mobilitas, nyeri tekan. Uji kekuatan tangan dan kaki. Bagaimana kondisi tangan dan kaki tersebut.

g. Data Psikologis

Berisi pengkajian yang meliputi masalah psikologis yang dialami pasien atau keluarga pasien yang berhubungan dengan keadaan sosial maupun keluarga.

h. Data Sosial

Anak dengan masalah thypoid akan lebih sering berdiam diri, enggan bersosialisasi dan lebih banyak berinteraksi dengan orang tuanya.

i. Data spiritual

Nilai keyakinan meningkat setelah anak sembuh dan mendapatkan sumber kesehatan.

j. Data hospitalisasi

1. Anak

Krisis hospitalisasi, mekanisme koping yang terbatas dipengaruhi oleh: usia, pengalaman sakit, perpisahan, adanya support, keseriusan penyakit.

2. Orang tua

Reaksi orang tua terhadap penyakit anaknya dipengaruhi:

- a) Keseriusan ancaman terhadap anaknya
- b) Pengalaman sebelumnya
- c) Prosedur medis yang akan dilakukan pada anaknya
- d) Adanya suportif dukungan
- e) Agama, kepercayaan dan adat
- f) Pola komunikasi dalam keluarga

k. Data Penunjang

1. Pemeriksaan Leukosit

Pada kebanyakan kasus, jumlah leukosit pada sedimen darah tepi berada pada batas-batas normal bahkan kadang-kadang terdapat leukopenia dan limposistosis walaupun tidak ada komplikasi atau infeksi sekunder.

2. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT pada sering kali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya thypoid.

3. Biakan Darah

Bila biakan darah positif hal itu menandakan, tetapi bila biakan darah negatif tidak menutup kemungkinan akan terjadi.

4. Uji Widal

Untuk menentukan adanya agglutinin dalam serum pasien yang disangka menderita thypoid.

2.2.2 Diagnosa

Diagnosa yang mungkin muncul pada Thypoid menurut (Wulandari, 2022) dan (Suriadi & rita y, 2021) dalam kutipan PPNI (2016) adalah sebagai berikut:

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
- b. Pola nafas Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan energi (D.0005)
- c. Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan (D.0034)
- d. Risiko konstipasi berhubungan dengan perubahan kebiasaan makan (D.0052)
- e. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)

- f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (D.0077)
- g. Risiko Infeksi berhubungan dengan ke tidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (D.0142)
- h. Risiko Perdarahan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan (D.0012)
- i. Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan efek ke tidak mampuan fisik (D.0106)
- j. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan (D.0032)
- k. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan tirah baring (D.0056)

2.2.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan yaitu segala sesuatu atau langkah-langkah yang dilakukan perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis dalam mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI DPP PPNI 2018) (SLKI DPP PPNI 2019).

Tabel 2.1 Intervensi Thypoid

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1	Hipertermia berhubungan dengan peroses penyakit (D.0130)	Termoregulasi Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan termoregulasi pasien membaik dengan kriteria hasil: 1. Mengigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Kulit merah menurun 4. Pucat menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor Keluaran urine 5. Monitor akibat hipertemia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan kulit 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia, kompres dingin pada dahi, leher, dada atau aksila) Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab dari hipertermia 2. Untuk mengetahui suhu tubuh (misalnya: panas seperti kebakar dan suhu tubuh meningkat) 3. Untuk mengetahui elektrolit yang ada pada pasien 4. Untuk mengetahui cairan yang keluar dari tubuh yang keluar dari urine 5. Untuk mengetahui komplikasi yang terjadi akibat hipertermia Terapeutik 1. Untuk membantu penurunan suhu tubuh 2. Membuat merasa nyaman 3. Untuk membantu meredakan panas yang dirasa 4. Untuk menggantikan cairan yang keluar dari keringat dan urine

					elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>	5. Membuat merasa nyaman saat istirahat 6. Untuk membantu penurunan panas dengan menggunakan (misalnya: kompres, selimut) Edukasi 1. Untuk menjaga kestabilan tubuh agar metabolisme tubuh optimal Kolaborasi 1. Untuk membantu penurunan panas lebih cepat
2	Pola nafas Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan energi (D.0005)	Pola nafas (L.010064) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola nafas pasien mambaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Frekuensi naps mambaik 3. Penggunaan alat bantu napas menurun Pernapas cuping hidung menurun	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi panas tambahan (mis:gurgling, mengi, wheezing, ronkhi 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Posisikan semi fowler/fowler 2. Berikan minum hangat 3. Lakukan fisioterpi dada, <i>jika perlu</i>	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1. Untuk mengetahui pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Untuk mengetahui bunyi napas tambahan (misalnya: mengi, gurgling, ehrrzing, roncki) 3. Untuk mengidentifikasi sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Untuk membantu		

				4. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i>		pengeluaran dahak
				Edukasi		2. Untuk membantu pengeluaran dan mengurangi dahak
				1. Anjurkan asupan cairan 200ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i>		3. Untuk membantu mengeluarkan dahak yang tersumbat
				2. Ajarkan Teknik batuk efektif		4. Untuk membantu kebutuhan oksigen
				Kolaborasi		Edukasi
				1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, <i>jika perlu</i>		1. Untuk menjaga kestabilan cairan tubuh agar metabolisme sel tubuh optimal
						2. Agar pasien dapat melakukan batuk efektif secara mandiri
						Kolaborasi
						Untuk membantu memudahkan pola napas
3	Resiko berhubungan dengan kekurangan intake cairan (D.0034)	Hipovolemia dengan intake cairan	Status cairan (L.03028) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Membrane mukosa lembab 2. Turgor kulit membaik 3. Tekanan darah normal Kekuatan nadi normal	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Untuk mengetahui tanda gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering) 2. Untuk mengetahui intake dan output cairan	

			1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: RL, Nacl) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis: albumin, plasmanate)	pasien Terapeutik 1. Untuk mengerhui cairan yang dibutuhkan 2. Untuk menjaga kestabilan cairan tubuh Edukasi 1. Untuk membantu menjaga kestabilan cairan tubuh Kolaborasi 1. Untuk membantu kestabilan cairan tubuh Untuk membantu menambahkan cairan yang kurang di tubuh
4	Resiko konstipasi berhubungan dengan perubahan kebiasaan makan (D.0052)	Eliminasi fekal (L.04033) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Nyeri abdomen menurun 4. Konsistensi feses membaik 5. Srekuensi BAB membaik Peristaltik usus membaik	Pencegahan (I.04160) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis: asupan serat adeuat, asupan cairan tidak adekuata) 2. Monitor tanda gejala konstipasi (mis: defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama/sulit, feses keras, peristaltic) 3. Identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan 4. Identifikasi penggunaan obat-obatan yang	Konsitipasi Pencegahan (I.04160) Observasi 1. Untuk mengetahui faktor risiko konstipasi 2. Untuk mengetahui tanda gejala konstipasi 3. Untuk mengetahui status kognitif 4. Untuk mengetahui obat-obatan yang menyebabkan konstipasi Terapeutik 1. Untuk mencegah konstipasi 2. Untuk membantu

			menyebabkan konstipasi Terapeutik 1. Batasi minuman yang mengandung kafein dan alkohol 2. Jadwalkan rutinitas BAK 3. Lakukan masase abdomen 4. Berikan terapi akupresur Edukasi 1. Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gram/hari) 3. Anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 mL/hari) 4. Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses BAB Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu	pengeluaran BAK secara normal 3. Untuk membantu pengeluaran feses 4. Untuk membantu dan meringankan kembung Edukasi 1. Membantu pasien mengetahui penyebab dan faktor resiko dari konstipasi 2. Untuk membantu pengeluaran feses dengan mengkonsumsi makanan yang berserat 3. Untuk membantu dan menjaga kestabilan cairan tubuh 4. Untuk membantu dan mempercepat proses BAB Kolaborasi Untuk membantu kebutuhan nutrisi pasien
5	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)	Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan pasien membaik dengan	Pemantauan cairan (I.03121) Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor berat badan	Pemantauan cairan (I.03121) Observasi 1. Untuk mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi

kriteria hasil:	4. Monitor elastisitas/turgor kulit	2. Untuk mengetahui tekanan darah
1. Membrane mukosa lembab	5. Monitor warna dan berat jenis urine	3. Untuk memantau berat badan
2. Dehidrasi menurun	6. Monitor intake output cairan	4. Untuk mengetahui turgor kulit pasien < 2 detik atau lebih
3. Intake cairan membaik	7. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia	5. Untuk mengetahui kekurangan cairan pada tubuh
4. Output urine membaik	8. Identifikasi faktor resiko ketidak seimbangan cairan	6. Untuk menjaga kestabilan cairan yang masuk dan keluar pada tubuh
5. Turgor kulit membaik	Terapeutik	7. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda hypovolemia
	1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien	8. Untuk mengetahui faktor resiko ketidak seimbangan cairan
	2. Dokumentasikan hasil pemantauan	Terapeutik
	Edukasi	1. Untuk membantu dalam menjaga kestabilan cairan pasien
	1. Jelaskan dan prosedur pemantauan	2. Untuk mengarsipkan hasil pemantauan
	Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>	Edukasi
		1. Untuk membantu menjelaskan prosedur dari pemantauan

				Untuk memberikan informasi kepada pasien	
6	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik 1. Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Untuk mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik nyeri, frekuensi nyeri, kualitas nyeri, dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skal nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Untuk mengetahui pengetahuan tentang nyeri 5. Untuk menangani efek samping dari penggunaan analgetic Terapeutik 1. Untuk memperingan rasa nyeri yang dirasakan 2. Untuk membantu meringankan nyeri Edukasi	

				1. Membantu menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Membantu meredakan nyeri secara mandiri 3. Mengajarkan teknik meredakan nyeri secara mandiri Kolaborasi Untuk membantu meredakan nyeri pasien
7	Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (D.0142)	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi pasien menurun dengan kriteria hasil: 1. Demam pasien menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun Nafsu makan membaik	Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan Kolaborasi	Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi 1. Untuk mengetahui gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1. Untuk mencegah pada pasien 2. Untuk membantu terjangkitnya infeksi Edukasi 1. Untuk memberikan informasi tanda dan gejala infeksi 2. Untuk mencegah infeksi dengan mencuci tangan yang benar

				Anjurkan pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>	3. Untuk menjaga metabolisme tubuh agar optimal
					Kolaborasi
					1. Membantu pencegahan infeksi
8	Resiko Perdarahan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan (D.0012)	Tingkat perdarahan (L.02017) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menuru dengan kriteria hasil: 1. Membrane mukosa lembab 2. Kelembapan kulit Hematemesis menurun	Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik Terapeutik 1. Pertahankan bed rest selama perdarahan 2. Batasi Tindakan invasive, <i>jika perlu</i> Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin k 4. Anjurkan segera melapor	Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala perdarahan 2. Untuk mengetahui hematokrit/hemoglobin pasien 3. Untuk mengetahui tekanan darah pasien Terapeutik 1. Untuk mengurangi perdarahan yang terjadi 2. Untuk membantu penurunan perdarahan Edukasi 1. Memberikan informasi tentang tanda dan gejala perdarahan 2. Untuk meningkatkan dan kestabilan tubuh	

			jika terjadi perdarahan		
			Kolaborasi		agar tidak konstipasi
			Kolaborasi pemberian obat		3. Untuk menjaga stabilan dan meningkatkan imunitas tubuh
			pengontrol perdarahan, <i>jika perlu</i>		4. Untuk membantu secara cepat bila terjadi perdarahan
				Kolaborasi	
				1. Untuk memberikan obat pengontrol darah	
9	Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan efek ketidak mampuan fisik (D.0106)	Status perkembangan (L.10101) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status perkembangan pasien membaik dengan kriteria hasil: 1. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat 2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat 3. Respon sosial meningkat Kemerahan menurun	Perawatan perkembangan (I.10339) Observasi 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal 2. Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain 3. Sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya 4. Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya	Perawatan perkembangan (I.10339) Observasi 1. Untuk mengetahui pencapaian perkembangan anak Terapeutik 1. Untuk membantu dan mendukung perkembangan optimal 2. Untuk membantu anak dapat interaksi dengan anak lain 3. Untuk meningkatkan perkembangan pada anak 4. Untuk membuat anak lebih percaya diri 5. Untuk melatih keterampilan pada anak dengan melakukan (mis:	

				5. Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (mis. Makanan, sikat gigi, cuci tangan, memakai baju)	makan, minum, mandi, secara sendiri)	
				Edukasi	Edukasi	
				1. Jelaskan orang tua / pengasuh tentang <i>milestone</i> perkembangan anak dan perilaku anak	1. Untuk memeberikan tingkat kepercayaan keluarga kepada perawat	
				2. anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya	2. Untuk membantu meningkatkan perkembangan pada anak	
				3. ajarkan anak keterampilan berinteraksi	3. Untuk membantu anak meningkatkan kepercayaan diri dan inovasi	
				4. ajarkan anak Teknik asertif	4. Untuk membuat anak menjadi mandiri (misalnya: cuci tangan sendiri, pakai baju sendiri)	
				kolaborasi	Kolaborasi	
				Rujuk untuk konseling, <i>jika perlu</i>	Untuk membantu kebutuhan yang tepat untuk anak	
10	Resiko berhubungan keengganan untuk	Defisit	Nutrisi dengan makan	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi pasien meningkat dengan kriteria hasil: 1. Nafsu makan meningkat 2. Membran mukosa membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi 1. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi anak 2. Untuk mengetahui alergi dan intoleransi makanan 3. Untuk mengetahui makanan yang disukai

3. IMT membaik 4. Frekuensi makan membaik		penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor pemeriksaan hasil laboratorium	4. Untuk mengetahui kalori dan jenis nutrient 5. Untuk mengetahui perlunya penggunaan selang nasogastik 6. Untuk mengontrol asupan makanan 7. Untuk mengontrol berat badan 8. Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium
	Terapeutik 1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i> 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, <i>Jika perlu</i>	Terapeutik 1. Untuk menjaga kebersihan sebelum makan 2. Untuk mencegah kesalahan dan membantu menentukan pedoman diet 3. Untuk meningkatkan nafsu makan 4. Untuk mencegah konstipasi 5. Untuk menjaga metabolisme tubuh 6. Untuk meningkatkan nafsu makan	
	Edukasi 1. Ajarkan diet yang di program 2. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i>	Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), <i>jika perlu</i>	
			Edukasi 1. Untuk membantu dan meningkatkan metabolisme tubuh

				Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>	2. Untuk mencegah tersedak Kolaborasi 1. Untuk menurunkan asam lambung yang naik Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
11	Intoleransi berhubungan dengan tirah baring (D.0056)	Aktifitas	Toleransi aktivitas Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelehan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan Latihan rentang gerak pasif atau aktif 3. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan strategi koping	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Untuk memonitor kelehan fisik dan emosional 3. Untuk menegtahui pola dan jam tidur 4. Untuk mengetahui lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Untuk menjaga ketenangan lingkungan 2. Untuk membantu peregangan tubuh 3. Untuk melatih ketengan Edukasi 1. Sebagai pemulihan

	untuk mengurangi	energi
	kelelahan	2. Untuk mencegah kelelahan yang berlebih
Kolaborasi		3. Untuk membantu dan mencegah kelelahan
Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan		Kolaborasi
		Untuk membuat program tentang meningkatkan asupan makanan

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah fase ketika perawat melaksanakan rencana atau perencanaan keperawatan. Pelaksanaan terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan. Perawat melakukan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk rencana yang disusun dalam tahap rencana dan kemudian mengakhiri tahap pelaksanaan dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut (Hikmah, 2023).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah diberikan dan fokusnya adalah pada kualitas hubungan terapeutik. Karena hubungan adalah pusat perawatan yang afektif, jenis evaluasi harus dilakukan pada dua tingkat. Tingkat evaluasi pertama berfokus pada perawat dan partisipasi perawat dalam hubungan. Tingkat evaluasi kedua berfokus pada perilaku pasien dan perubahan perilaku yang harus difasilitasi oleh perawat (Hikmah, 2023).

S: Respons subjek pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O: Respons objek pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

A: Analisa terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada/tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P: Perencanaan tindak lanjut berdasarkan analisa respons pasien.

2.3 Konsep Hipertermia Pada Pasien Thypoid

2.3.1 Pengertian hipertermia

Hipertermia merupakan tanda adanya kenaikan *set-point* di *hipotalamus* akibat infeksi atau adanya ketidakseimbangan antara produksi dan pengeluaran panas, demam yang tinggi memacu *metabolisme* yang sangat cepat, jantung dipompa lebih kuat dan cepat, frekuensi napas lebih cepat. Dan jika demam tidak diturunkan dapat mengakibatkan dehidrasi akibat penguapan kulit dan paru disertai dengan ketidak seimbangan *elektrolit*, kekurangan oksigen, kejang demam, kerusakan neurologis bahkan bisa terjadi kematian (Nogita, 2024). Maka dari itu peneliti mengambil diagnosa hipertermia pada pasien thypoid ini dan hipertermi dapat ditangani secara mandiri dan sangat mudah yaitu dengan Kompres bawang merah.

2.3.2 Penyebab Hipertermia

Hipertermia dapat disebabkan oleh beberapa faktor oleh paparan sinar matahari yang berlebihan (*overhating*), dehidrasi, dan infeksi (Fatmawati, Haritami, 2024). Menurut (Hikmah, 2023) menyebutkan tanda dan gejala Hipertermia sebagai berikut: Demam: Bintik-Bintik Merah (*Roseolae*), berwarna merah salmon, pucat, dan bradikardia relative. Bradikardia adalah peningkatan suhu tubuh yang tidak diikuti oleh peningkatan frekuensi nadi.

2.3.3 Pengaturan Termoregulasi pada Hipertermia

Termoregulasi adalah suatu mekanisme makhluk hidup dalam mempertahankan suhu internal agar berada di dalam kisaran yang dapat ditolerir. Termoregulasi manusia berpusat pada hypothalamus anterior terdapat tiga komponen pengatur atau penyusun sistem pengaturan panas, yaitu termoreseptor, hypothalamus, dan saraf eferen serta termoregulasi dapat menjaga suhu tubuhnya, pada suhu-suhu tertentu yang konstan biasanya lebih tinggi dibandingkan, lingkungan sekitar (M.Rezaalf, 2021). Hipertermia merupakan keadaan dimana suhu tubuh melebihi titik tetap (set poin) lebih dari 37,5C (PPNI, 2017) dalam (Syafira, 2024). Beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan melalui tindakan farmakologis dan non farmakologis. Salah satu intervensi non-farmakologis yang sering dilakukan adalah pemberian kompres air hangat. Selain itu, pemberian kompres bawang merah juga dianggap sebagai metode alternatif yang efektif dalam menurunkan demam (Nogita, 2024).

2.3.4 Penatalaksanaan Hipertermia

Ada beberapa cara dalam penatalaksana untuk mengatasi masalah terkait penanganan hipertermia diantaranya yaitu seperti pemberian farmakologis dan non-farmakologis, pemberian obat antipiretik seperti paracetamol yang biasanya diberi untuk penanganan hipertermia (PPNI, 2017). Adapun pemberian beberapa penatalaksan keperawatan yaitu seperti, mengecek turgor kulit pasien, berikan kompres hangat pada daerah aksila, lipat paha, dan temporal, anjurkan untuk memakaikan

pakaian yang dapat menyerap keringat seperti katun, Adapun terapi tradisoanal seperti kompres bawang merah yang dapat menurunkan hipertermia (Nogita, 2024).

Untuk terapi yang peneliti gunakan sebagai tatalaksanaan pada anak thypoid adalah Kompres bawang merah:

a. Kompres Bawang Merah

Kompres bawang merah adalah Tindakan non-famakologis dan tradisional yang dikompreskan pada bagian telapak kaki atau seluruh tubuh pada anak selama 30 menit, bawang merah mengandung senyawa sulfur organik, yaitu Allylcysteine sulfoxide (Alliin), yang berfungsi dalam melancarkan sirkulasi darah dengan cara menghancurkan pembekuan darah. Alliin memiliki sifat mudah menguap pada suhu 20°C hingga 40°C, yang mendukung proses penurunan panas tubuh secara efektif. (Nogita, 2024) Menurut (Fatmawati, Haritami, 2024) kompres bawang merah anak usia 1 -5 tahun dengan menempelkan pada punggung, telapak kaki selama 15-30 menit dengan 3-5 siung bawang merah pada dapat menurunkan demam pada pasien.

b. Tujuan Kompres Bawang Merah

1. Menurunkan suhu tubuh
2. Memperlancar sirkulasi darah

c. Prosedur Tindakan Kompres Bawang Merah

Persiapan alat dan bahan:

- a. Bawang merah segar 3-5 siung
- b. Kain atau handuk kecil
- c. Termometer digital

Prosedur kerja kompres bawang merah antara lain sebagai berikut:

1. Kompres bawang merah

Kompres bawang merah merupakan tindakan dengan pengompresan bawang merah yang sudah di haluskan dan dikompreskan pada bagian telapak kaki atau seluruh tubuh dalam 30 menit untuk menurunkan demam pada anak.

- a) Cuci tangan
- b) Jelaskan pada pasien prosedur yang akan dilakukan
- c) Sediakan bawang merah yang sudah di haluskan secukupnya
- d) Cek suhu terlebih dahulu
- e) Lakukan pengompresan bawang merah selama 30 menit
- f) Setelah pelaksanaan kompres bawang merah lakukan pengecekan suhu tubuh.

2.3.5 Edukasi Hipertermia

Menurut SDKI edukasi Hipertermia pada intervensi manajemen hipertermia (I.15506) yaitu:

a. Anjurkan tirah baring

Tirah baring adalah bentuk perawatan yang menganjurkan pasien untuk beristirahat, di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari akibat kehilangan fungsi tubuh atau adanya ke tidak mapan untuk melakukan mobilitas.

2.4 Konsep Anak

Anak adalah individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 th), usia bermain/ toddler (1-2,5 th), Pra sekolah (2,5 th), usia sekolah (5-11 th), remaja (11-18 th) (Lufianti, Anggraeni, 2022)

2.4.1 Paradigma keperawatan anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan (Lufianti, Anggraeni, 2022). Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit, dan lingkungan yang dapat digambarkan seperti berikut:

a. Manusia (anak)

Individu dalam keperawatan anak adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologi, sosial, dan spiritual.

b. Sehat-sakit

Suatu kondisi yang berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal merupakan Batasan rentang sehat-sakit yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak.

c. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak.

d. Keperawatan

Bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam menciptakan pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga secara langsung karena keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan.

2.4.2 Prinsip Perawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan banyak yang perlu diperhatikan dan disesuaikan dengan usia serta pertumbuhan dan perkembangan anak karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik pada anak itu sendiri. Menurut (Lufianti, Anggraeni, 2022) prinsip perawat yang harus di pahami dalam peran asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

- a. Tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Dapat memenuhi berbagai kebutuhan berbeda satu dengan yang lain sesuai dengan tumbuh kembang anak. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembang.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat Kesehatan.
- d. Perawat anak yang bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak dengan mengutamakan kepentingan anak dan selalu melibatkan keluarga.
- e. Praktik keperawatan anak yang harus semua proses keperawatannya sesuai dengan aspek moral (*etik*) dan aspek hukum (*llegal*).
- f. Tujuan keperawatan anak adalah untuk meningkatkan maturase atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja.

2.4.3 Peran Perawat Anak

Peran perawat dalam berbagai aspek dalam memberikan pelayanan Kesehatan dan bekerja sama dengan anggota tim lain, dengan keluarga terutama dalam membantu memecahkan masalah yang

berkaitan dengan perawatan anak (Lufianti, Anggraeni, 2022). Beberapa peran penting seorang perawat, meliputi:

- a. Sebagai pendidik
- b. Sebagai konselor
- c. Melakukan koordinasi atau kolaborasi
- d. Sebagai pembuat keputusan etik
- e. Sebagai peneliti