

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DEMAM TIFOID
DENGAN HIPERTEMI DI RUANG MELATI
DI RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes
Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

Resianti Fajri

AKX.16.106



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

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Resianti Fajri

NIM : AKX.16.106

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Demam Tifoid Dengan Hipertemi di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan alihan tulisan atau pikiran yang lain saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Resianti Fajri

AKX,16.106

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DEMAM TIFOID DENGAN
HIPERTEMI DI RUANG MELATI
RSUD CIAMIS**

**OLEH
RESIANTI FAJRI
AKX.16.106**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada Tanggal
16 April 2019

Menyetujui,

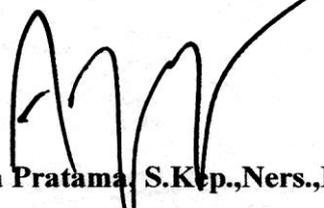
Pembimbing Utama



Djubaedah., S.Pd.,MM

NIK : 10114157

Pembimbing Pendamping

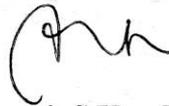


Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK : 10115171

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DEMAM TIFOID DENGAN
HIPERTEMI DI RUANG MELATI
DI RSUD CIAMIS**

Oleh:

**RESIANTI FAJRI
AKX.16.106**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung Pada Tanggal, 16 April 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua: Hj. Djubaedah, Amk., SPd, MM
(pembimbing utama)

(.....)

Anggota:

1. Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep
(penguji 1)

(.....)

2. Agus MD, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes
(penguji 2)

(.....)

3. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(pembimbing pendamping)

(.....)

**Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,**

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



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran 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 DEMAM TIFOID DENGAN HIPERTEMI FI 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 Ahdi Guna Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana Bandung.
4. Djubaedah, S.Pd., MM, selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dukungan moril dan materil serta motivasi yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan, dukungan moril dan materil serta motivasi yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. 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.

7. Nunung Patimah, S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Melati Lt 3 yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Untuk kedua orangtua yaitu Ayahanda Anan Suherman dan Ibunda Sudiati, Kakak tersayang Andi Munadi, Defri Hamzah, Amrilah, Risa Nurmaya, Silvi Rahima serta Kakak Ipar dan serta keluarga besar yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
9. Untuk Cici Reta Setiana Priani dan Annisa Baedillah yang selalu memberikan semangat, motivasi dan dukungan dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis
10. Untuk Anggi, Syifa, Ajeng, Pratama, Agnina, Silvi yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini, serta teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan yang tulus, terimakasih selama 3 tahunnya.

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, 3 April 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : Menurut data *World Health Organization* (2012) diperkirakan terdapat sekitar 17 juta per tahun, angka kematian demam tifoid dan di Asia menempati urutan tertinggi dengan 13 juta kasus setiap tahunnya. Di Indonesia Demam Tifoid diperkirakan ada 600-1,3 juta kasus setiap tahunnya dan di Ruang Melati RSUD Ciamis Demam Tifoid menempati peringkat ke 2 sepanjang tahun 2018 dengan jumlah pasien 267 orang. Demam tifoid adalah penyakit infeksius halus yang disebabkan oleh *salmonella* tipe A,B, C yang dapat menular melalui oral, makanan, dan minuman yang terkontaminasi. Tujuan penulisan ini mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi masalah pada 2 orang Anak Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis, dengan adanya masalah keperawatan Hipertemi pada 2 orang pasien penulis melakukan intervensi dengan menggunakan Kompres Hangat didaerah aksila. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan hipertemi pada kasus ke 1 dan ke 2 selama 3 hari dapat teratasi dengan hasil klien 1 suhu 36,6°C dan klien 2 suhu 36,5°C . **Diskusi :** klien dengan masalah hipertemi tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien demam tifoid hal ini di pengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien, sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien. Saran : diharapkan keluarga dapat melaksanakan tindakan kompres hangat pada aksila dengan diagnosa demam tifoid.

Keyword : *Demam Tifoid, Hipertemi, Kompres Hangat, Asuhan Keperawatan*

Daftar Pustaka : 16 Buku (2011 – 2018), 2 jurnal (2014-2015), 3 Website

Background: According to the *World Health Organization* (2012) estimates there are about 17 million per year, and typhoid fever mortality rates in Asia ranks highest with 13 million cases each year. In Indonesia there are 600 estimate typhoid fever-1.3 million cases annually and in Chamber Jasmine Ciamis typhoid fever HOSPITALS ranked 2 throughout the year 2018 with the number of patients 267 people. Typhoid fever is a disease caused by the subtle infeksius of salmonella types A, B, C can be transmitted through oral, food, and drinks are contaminated. The purpose of this writing is capable of carrying out Nursing care of typhoid fever in children with Hipertemi. **Method:** The case study is to explore the problem on two children typhoid fever with the problem of nursing Hipertemi in Ciamis, HOSPITALS with Budget problems nursing Hipertemi in 2 patients author to intervene by using A warm compress aksila area. **Results:** After done by giving nursing care nursing interventions, nursing problem hipertemi on the case to 1 and 2 to 3 days can be resolved with the results the client 1 temperature of 36.6°C and client 2 temperature 36.5°C. **Discussion:** a client with a problem hipertemi did not always have the same response to every client of typhoid fever this in influence by the condition or health status of clients, so that nurses have to do comprehensive care to handle nursing issues on each client. Suggestions: expected family can carry out actions of a warm compress on aksila with diagnosis of typhoid fever.

Keyword: *Typhoid Fever, Hipertemi, Warm Compresses, Nursing Care*

Bibliography: 16 book (2011 – 2018), 2 journals (2014-2015), 3 Website

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	v
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep penyakit.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi	8
2.1.3 Etiologi.....	18

2.1.4 Patofisiologi	19
2.1.5 Manifestasi Klinik	22
2.1.6 Komplikasi	23
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	24
2.1.8 Penatalaksanaan	25
2.2 Konsep Hipertemi	26
2.3 Konsep Kompres Hangat	27
2.4 Konsep Tumbuh Kembang Anak	27
2.3.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah	27
2.5 Konsep Hospitalisasi Pada Masa Sekolah	30
2.6 Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.5.1 Pengkajian	31
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	44
2.5.3 Perencanaan	45
2.5.4 Implementasi	50
2.5.5 Evaluasi	50
BAB III METODE PENELITIAN	52
3.1 Desain	52
3.2 Batasan Istilah	52
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian	53
3.4 Lokasi dan Waktu	54
3.5 Pengumpulan Data	54
3.6 Uji Keabsahan Data	56
3.7 Analisa Data	56
3.8 Etika Penelitian	58
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	61
4.1 Hasil	61
4.1.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data.....	61
4.1.2 Asuhan Keperawatan	62
4.1.2.1 Pengkajian	62
4.1.2.2 Diagnosa	75

4.1.2.3 Intervensi	78
4.1.2.4 Implementasi	81
4.1.2.5 Evaluasi	88
4.2 Pembahasan	88
4.2.1 Pengkajian	88
4.2.2 Diagnosa	91
4.2.3 Intervensi	93
4.2.4 Implementasi	93
4.2.5 Evaluasi	94
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	95
5.1 Kesimpulan	95
5.2 Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Organ Pencernaan	8
-----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Keterangan Pemberian Imunisasi Pada Anak	37
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Diagnosa Hipertemi	46
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Diagnosa Aktual/Resiko Ketidakseimbangan Nutrisi dari Kebutuhan Tubuh	47
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Diagnosa Nyeri	48
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Diagnosa Konstipasi	49
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Diagnosa Kecemasan	49
Tabel 4.1 Identitas Klien	62
Tabel 4.2 Pola Aktivitas	64
Tabel 4.3 Pertumbuhan dan Perkembangan.....	65
Tabel 4.4 Riwayat Imunisasi	66
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	67
Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologis	70
Tabel 4.7 Pemeriksaan Diagnostik	71
Tabel 4.8 Program dan Rencana Pengobatan	72
Tabel 4.9 Analisa Data	72
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	76
Tabel 4.11 Intervensi	78
Tabel 4.12 Implementasi	82
Tabel 4.13 Evaluasi	88

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi	21
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran II Jurnal

Lampiran III Lembar Justifikasi

Lampiran IV Lembar Observasi

Lampiran V Lembar Bimbingan

Lampiran VI SAP Demam Tifoid

Lampiran VII Leaflet Demam Tifoid

Lampiran IX Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

IGD : Instalasi Gawat Darurat

TTV : Tanda Tanda Vital

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

S : Suhu

R : Respirasi

BB : Berat Badan

TB : Tinggi Badan

Kg : Kilogram

An : Anak

HIV : Human Immunodeficiency Virus

TBC : Tubercle Bacillus

TT : Toksoid Tetanus

WHO : World Health Organization

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

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 merupakan sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Namun, timbulnya suatu penyakit merupakan ancaman terbesar yang beresiko menurunkan derajat kesehatan pada masyarakat di dunia ini. Ancaman penyakit paling berbahaya dalam menurunkan derajat kesehatan anak adalah penyakit menular. Penyakit menular yang paling sering terjadi di Negara berkembang adalah penyakit pada saluran pernafasan dan pencernaan. Salah satunya penyakit pada saluran pencernaan adalah kejadian demam tifoid (Kemenkes RI, 2015).

Demam Tifoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih dari 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran. Pertimbangan demam tifoid pada anak yang demam dan memiliki salah satu tanda seperti diare (konstipasi), muntah, nyeri perut, dan sakit kepala. Hal ini terutama bila demam telah berlangsung selama 7 hari atau lebih (Sodikin, 2011).

Menurut *World Health Organization* (2012) memperkirakan terdapat sekitar 17 juta jiwa per tahun, angka kematian demam tifoid sedangkan di Asia menempati urutan tertinggi terdapat 13 juta kasus terjadi tiap tahunnya. Di Indonesia sendiri, menurut data survey saat ini memperkirakan ada 600.000-1,3 juta kasus demam tifoid tiap tahunnya dengan lebih dari 20.000 kematian dengan sebaran menurut kelompok umur 120/100.000 penduduk (0-1 tahun), 148,7/100.000 penduduk (2-4 tahun), 180,3/100.000 (5-10 tahun), dan 51,2/100.000 (≥ 10 tahun). Angka ini menunjukkan bahwa penderita terbanyak adalah pada kelompok usia 2-10 tahun.

Berdasarkan peneliti yang dilakukan di Jawa Barat tahun 2009, insidens rate demam tifoid pada masyarakat di daerah semi urban (Masyarakat pedesaan) adalah 357,6 per 100.00 penduduk pertahun sedangkan di daerah urban (Masyarakat Perkotaan) ditemukan 760-810 per 100.000 penduduk pertahun. Insiden demam tifoid bervariasi disetiap daerah karena berhubungan erat dengan penyediaan air bersih yang belum memadai serta sanitasi lingkungan dengan pembuangan sampah yang kurang memenuhi sarat kesehatan lingkungan (Simanjutak, 2009).

Berdasarkan catatan *medical record* RSUD Ciamis periode 01 Januari sampai 31 Desember 2018 di ruang Melati Demam Tifoid dengan jumlah pasien 267 orang. Dari data bagian rekam medic, laporan 10 besar penyakit di ruang melati yaitu yang pertama diare, demam tifoid, bronchopneumonia, kejang demam, asma, dyspepsia, tuberculosis (TB), epilepsy, dan laryngitis. Dan jika perawatan penyakit demam tifoid tidak tepat maka dapat

menimbulkan berbagai komplikasi seperti terjadinya perdarahan usus, perforasi usus, peritonitis. Untuk mengatasi terjadinya masalah tersebut perlu dilakukan tindakan secara tepat, dapat dilakukan secara farmakologi seperti pemberian antibiotik kloramfenikol, tiamfenikol, kotrimoksazol, ampisilin sesuai dosis yang diberikan dokter dan antipiretik seperlunya, secara non farmakologi seperti istirahat dan perawatan, diet serta pemberian kompres.

Hipertemi adalah kondisi dimana terjadinya peningkatan suhu tubuh sehubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas. Salah satu dampak terjadinya hipertemi adalah dehidrasi. Dimana terjadinya dehidrasi disebabkan oleh adanya peningkatan penguapan cairan tubuh saat demam atau hipertemi, sehingga dapat mengalami kekurangan cairan dan merasa lemah (Nuarif&Kusuma, 2015).

Perawat diharapkan mampu mengelola atau tepatnya mengendalikan dan mengontrol demam pada anak yang dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya adalah dengan cara kompres. 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, Sementara itu dalam jurnal penelitian

yang dilakukan Tasnim (2014) menyatakan bahwa pemberian kompres di daerah aksila terdapat reseptor suhu yang mendapatkan pengaruh dari suhu air kompres. Sedangkan pada daerah dahi hanya dekat dengan hypothalamus dan tidak dapat reseptor suhu sehingga lebih lambat dalam menurunkan suhu. Sehingga di simpulkan efektifitas pemberian kompres hangat daerah aksila terhadap penurunan suhu tubuh lebih efektif.

Pada uraian di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul; “Asuhan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2019.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2019.
- b. Menetapkan diagnosa Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2019.

- c. Menyusun rencana tindakan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi tindakan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi di Ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai landasan pengembangan ilmu pengetahuan dalam keperawatan dan menjadi sebuah pengetahuan ilmiah dalam bidang pendidikan keperawatn.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Perawat

Diharapkan karya tulis ini dapat menjadi acuan bagi perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi menggunakan teknik non farmakologi, yaitu kompres hangat pada aksila.

1.4.2.2 Bagi Rumah sakit

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai acuan dan bahan pertimbangan dalam membuat standar oprasional prosedur teknik kompres hangat pada aksila dalam menangani Anak Demam Tifoid dengan masalah keperawatan Hipertemi .

1.4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ini dapat menambah naskah ilmiah yang dapat digunakan oleh mahasiswa-mahasiswi lainnya dan sebagai salah satu dokumentasi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Hipertemi.

1.4.2.4 Bagi Keluarga

Diharapkan karya tulis ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman klien dan keluarga mengenai asuhan keperawatan pada anak Demam Tifoid dengan hipertemi di ruang melati RSUD Ciamis, serta keluarga dapat mempraktekkan kompres hangat pada keluarga yang mengalami demam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Demam Tifoid

Demam Tifoid atau sering disebut dengan tifus abdominalis adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *salmonella typhi* (Muttaqin & Sari, 2013).

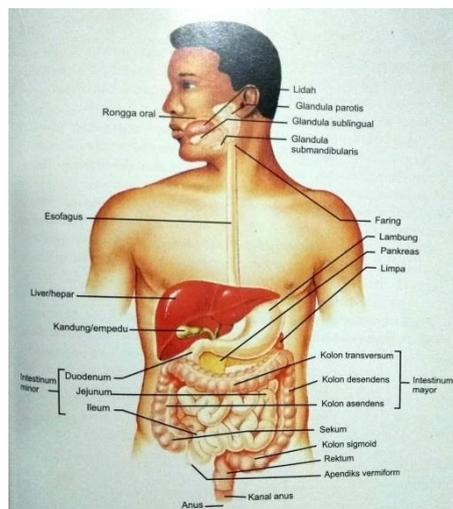
Demam tifoid ialah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran. Penyebab penyakit ini adalah *Shalmonella typhosa*, basil gram negatif yang bergerak dengan bulu getar, tidak berspora (Wulandari & Erawati, 2016).

Penyakit demam tifoid (*typhus abdominalis*) merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella typhosa* dan hanya terdapat pada manusia (Marni, 2016). Tifoid adalah suatu penyakit infeksi usus halus yang disebabkan oleh *salmonella* tipe A, B, C yang dapat menular melalui oral, makanan, dan minuman yang terkontaminasi (Padila, 2013).

Jadi dari beberapa para ahli di atas dapat disimpulkan bahwa demam tifoid adalah penyakit infeksi pada bagian sistem pencernaan

terutama pada usus halus yang sering terjadi pada balita, anak-anak, maupun dewasa yang disebabkan oleh kuman *Salmonella typhi* yang dapat menular melalui oral, makanan dan minuman yang terkontaminasi.

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan



Gambar 2.2 Organ Pencernaan

Sumber : Syaifuddin, 2011

Sistem organ pencernaan adalah sistem organ yang menerima makanan, mencerna untuk dijadikan energi dan nutrient, serta mengeluarkan sisa proses tersebut. Pada dasarnya sistem pencernaan makanan yang terbentang dari mulut atau oris sampai ke anus dalam manusia dibagi menjadi tiga bagian :

- 1) Proses penghancuran makanan yang terjadi dalam mulut sampai ke lambung.
- 2) Proses penyerapan sari makanan yang terjadi di dalam usus.
- 3) Proses pengeluaran sisa-sisa makanan melalui anus.

Makanan yang dimakan penting sebagai sumber energi, kemudian digunakan oleh sel dalam menghasilkan ATP untuk menjalankan aktivitas, sebagai zat pembangun dan pengganti sel-sel yang rusak. Pembuangan sisa atau sampah tubuh hanya merupakan fungsi kecil dari sistem pencernaan melalui defekasi. Pembuangan lain berlangsung melalui paru, ginjal, dan kulit berupa keringat (Syaifuddin, 2011).

a) Mulut

Mulut merupakan bagian pertama saluran cerna. Bagian atas mulut dibatasi oleh palatum, sedangkan bagian bawah dibatasi oleh mandibula, lidah, dan struktur lain pada dasar mulut. Bagian lateral mulut dibatasi oleh pipi. Sementara itu, bagian depan mulut dibatasi oleh bibir dan bagian belakang oleh lubang yang menuju faring. Palatum terdiri atas dua bagian, yaitu bagian anterior (bagian tulang), disebut palatum durum, dan bagian posterior (tersusun atas membran mukosa), disebut palatum mole. Pipi dibentuk oleh membran mukosa dan muskulus buksinator yang membentang dari maksila sampai mandibular (Sodikin, 2011).

Pada mulut terdapat tiga pasang kelenjar liur, yaitu kelenjar parotis, submandibular, dan sublingual. Kelenjar liur dipersarafi oleh serabut parasimpatis dan simpatis. Kelenjar liur bertanggung jawab, terutama pada proses mekanis, membantu proses bicara, mastikasi, dan menelan, serta mempunyai aksi antiseptik. Kelenjar liur menyekresi

saliva melalui duktus ke dalam mulut. Saliva mengandung air, musin (berfungsi dalam pelumasan dan perlindungan permukaan), dan ptialin (amylase yang merupakan enzim untuk mencerna karbohidrat). Sekresi saliva dirangsang oleh rasa atau pikiran tentang makanan. Sekresi saliva menurun saat demam, sakit, dan pada pasien yang mengalami penyakit kelenjar liur (Sodikin, 2011)

b) Lidah

Lidah tersusun atas otot yang pada bagian atas dan sampingnya dilapisi dengan membran mukosa. Tunas kecap ditemukan pada papilla dan respon mengisap meningkat dengan adanya rasa bahan yang manis. Lidah menempati kavum oris dan melekat secara langsung pada epiglottis dalam faring. Permukaan sepertiga belakang lidah tampak bernodul, permukaannya tidak rata karena adanya nodulus limfatikus (tongsilis lingual). Permukaan atas lidah dipenuhi banyak tonjolan kecil yang disebut sebagai papila lidah. Ada tiga papila utama yang dimiliki manusia yaitu papila filiformis, papila fungiformis, dan papila sirkumvalata. Papilla filiformis melapisi seluruh permukaan lidah, berbentuk langsing tinggi, papilla fungiformis tersebar di antara papilla filiformis, berbentuk menyerupai jamur dan banyak kuncup kecap pada bagian epitelnya, dan papilla sirkumvalata yang jumlahnya pada manusia hanya 10-14 dan tersebar sepanjang sulkus terminalis.

Semua papilla mengandung banyak ujung saraf sensorik untuk merangsang sentuhan., dan kuncup kecap terdapat pada semua papilla

kecuali papilla filiformis. Manusia memiliki empat macam pengecapan dasar, yaitu manis, asam, pahit, serta asin. Senyawa pahit dikecap pada bagian dorsal lidah, asam di sepanjang tepi, manis di ujung, dan asin pada bagian dorsal di anterior. Senyawa asam dan pahit juga dikecap pada palatum bersama sejumlah sensitivitas bagi rasa manis dan asin. Keempat sensasi tersebut dapat diindra pada faring dan epiglottis (Sodikin, 2011).

c) Gigi

Manusia dilengkapi dengan dua set gigi yang tampak pada masa kehidupan yang berbeda-beda. Set pertama adalah gigi primer (gigi susu atau desidua), yang bersifat sementara dan tumbuh melalui gusi selama tahun pertama dan tahun kedua kehidupan, selanjutnya set kedua atau sekunder permanen, menggantikan gigi primer dan mulai tumbuh pada sekitar umur 6 tahun. Gigi mempunyai ukuran dan bentuk yang berbeda. Setiap gigi memiliki tiga bagian, yaitu mahkota yang terlihat di atas gusi, leher yang ditutupi oleh gusi, dan akar yang ditahan dalam soket tulang. Enamel mengelilingi mahkota, jika utuh maka akan menahan aksi bakteri. Sementum melapisi leher dan akar serta mengelilingi lapisan dentin, merupakan bahan padat menyerupai tulang (Sodikin, 2011).

d) Esofagus

Esofagus merupakan tuba otot dengan ukuran 8-10 cm dari kartilago krikoid sampai bagian kardia lambung. Panjangnya

bertambah 3 tahun setelah kelahiran, selanjutnya kecepatan pertumbuhan lebih lambat mencapai panjang dewasa 23-30 cm. Penampang rata-rata saat lahir adalah 5 mm dengan kurvatura yang kurang mencolok dibandingkan dengan orang dewasa. Bagian tersempit esofagus bersatu dengan faring, area ini mudah mengalami cedera jika mengenai peralatan yang dimasukan seperti bougi atau kateter (Sodikin, 2011).

Esofagus turun dan memasuki cavum abdomen melalui suatu avertura dalam diafragma (hiatus esofagus). Setelah sekitar 1,25 cm, membuka ke dalam lambung melalui orivisium kardiak. Tepat di atas orifisium ini terdapat lapisan otot sirluker yang disebut sfingter kardiak, otot ini mampu mengadakan kontraksi yang kuat dan kadang-kadang mengalami spasme atau akalasia. (Sodikin, 2011).

Esofagus dimulai dari leher sebagai sambungan faring, berjalan kebawah leher dan toraks, kemudian melalui sinus sinistra diafragma memasuki lambung. Secara anatomis bagian depan esofagus adalah trakea dan kelenjar tiroid, jantung serta diafragma, sedangkan dibagian belakangnya adalah kolumna vertebralis. Setiap sisinya adalah paru serta pleura. Esofagus tersusun dari lapisan dalam (membrane mukosa), lapisan submukosa yang tebal dan mengandung kelenjar mucus, lapisan otot serat longitudinal dan sirkuler, serta lapisan fibrosa di bagian luar. Penelanan benda asing (seperti mainan kecil), yang kemungkinan terjadi pada anak-anak dapat menyumbat

pada ketiga tempat esofagus yang menyempit. Penyakit serta keadaan–keadaan tersebut dapat menghalangi makanan untuk dapat melalui esofagus (Sodikin, 2011).

e) Lambung

Lambung merupakan bagian saluran pencernaan yang menerima bahan makanan dari esofagus dan menyimpannya untuk sementara waktu. Kapasitas dari lambung antara 30-35 ml saat lahir dan meningkat sampai sekitar 75 ml pada kehidupan minggu ke-2, sekitar 10 ml pada bulan pertama, dan rata-rata pada dewasa kapasitasnya 1000 ml (Sodikin, 2011).

Lambung berbentuk lebar dan merupakan bagian yang dapat berdilatasi dari saluran cerna. Berbentuk lambung bervariasi bergantung dari jumlah makanan di dalamnya. Adanya gelombang peristaltic, tekanan dari organ lain, respirasi, dan postur tubuh. Posisi dan bentuk lambung juga sangat bervariasi, biasanya berbentuk “J”, terletak di kuadran kiri atas abdomen.

Fungsi utama lambung adalah menyiapkan makanan untuk dicerna di usus halus, memecah makanan, penambahan cairan setengah cair, dan meneruskannya ke duodenum. Makanan disimpan di dalam disimpan di dalam lambung lalu dicampur dengan asam, mucus, dan pepsin, kemudian dilepaskan pada kecepatan mantap terkontrol ke dalam duodenum (Sodikin, 2011).

f) Usus Halus

Usus halus adalah tabung yang panjangnya dua setengah meter. Usus halus memanjang dari lambung sampai ke katup ileo-kolika, tempat bersambung dengan usus besar. Usus halus terletak di daerah umbilicus dan dikelilingi oleh usus besar. Usus halus dibagi dalam beberapa bagian :

1) Duodenum

Duodenum atau usus dua belas jari adalah bagian pertama usus halus yang panjangnya 25cm, berbentuk sepatu kuda dan kepalanya mengelilingi kepala pancreas. Bagaian kanan dari duodenum terdapat bagian tempat bermuaranya saluran empedu (duktus kholodukus) dan saluran pancreas (duktus pankreatikus) yang dinamakan papilla vateri. Dinding duodenum mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar Brunner yang memproduksi getah intestinum.

2) Jejunum

Ujung duodenum membelok ke depan dan ke bawah serta berlanjut sebagai jejunum. Bagian jejunum memiliki panjang kurang lebih 1-1,5 m.

3) Ileum

Ileum merentang sampai menyatu dengan usus besar dengan panjang 2-2,5 meter. Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaran lipatan mesenterium. Ujung bawah ileum berhubungan dengan sekum dengan perantaran

lubang yang bernama orifisum ileoseikalis, orifisium ini diperkuat oleh spinter, ileoseikalis dan pada bagian ini terdapat katup seikalis atau vulvula kini yang berfungsi untuk mencegah cairan dalam kolon ascendens tidak masuk kedalam ileum.

Struktur dinding usus halus terdiri atas keempat lapisan yang sama dengan lambung. Dinding lapisan luar adalah membran serosa, yaitu peritoneum yang membalut usus dengan erat. Dinding lapisan berotot terdiri dari atas dua lapis serabut saja., lapisan luar terdiri atas serabut longitudinal, dan di bawah ini ada lapisan tebal terdiri atas serabut sirkuler. Di antara kedua lapisan serabut berotot ini terdapat pembuluh darah, pembuluh limfe dan plexus saraf. Dinding submukosa terdapat antara otot sirkuler dan lapisan yang terdalam yang merupakan perbatasannya. Dinding submukosa ini terdiri atas jaringan areolar dan berisi banyak pembuluh darah, saluran limfe, kelenjar dan plexus saraf yang disebut plexus Meisser. Di dalam duodenum terdapat beberapa kelenjar khas yang dikenal sebagai kelenjar Brunner. Kelenjar-kelenjar ini adalah jenis kelenjar tandan yang mengeluarkan secret cairan kental alkali yang bekerja untuk melindungi lapisan duodenum dari pengaruh isi lambung yang asam (Pearce, 2010).

Di dalam dinding mukosa terdapat berbagai ragam sel, termasuk banyak leukosit, terdapat beberapa nodula jaringan limfe, yang disebut kelenjar soliter. Di dalam ilium terdapat kelompok-kelompok nodula. Mereka membentuk tumpukan kelenjar peyer dan dapat berisi 20

sampai 30 kelenjar soliter yang penajngnya satu sentimeter sampai beberapa sentimeter. Kelenjar-kelenjar ini mempunyai fungsi melindungi dan merupakan tempat peradangan pada demam usus (tifoid) (Pearce, 2010).

Fungsi usus halus adalah mencerna dan mengabsorpsi khime dari lambung , isi duodenumilah alkali. Isinya yang cair (khime) dijadikan oleh serangkai gerakan peristaltik yang cepat. Terdapat juga dua jenis gerakan lain seperti gerakan segmental ialah gerakan yang memisahkan beberapa segmen usus satu dari yang lain karena diikat oleh gerakan konstiksi serabut sirkuler. Dan gerakan pendulum atau ayunan menyebabkan isi usus bercampur. Dua cairan pencernaan masuk duodenum melalui saluran empedu melalui hati dan getah pancreas dari pancreas.

g) Usus Besar

Usus besar atau kolon adalah bagian usus yang terletak di antara usus buntu dan rectum. Usus besar memiliki fungsi menyekresi mukus untuk mempermudah jalannya feses serta mengeluarkan fraksi zat yang tidak terserap seperti zat besi, kalsium, dan fosfat yang ditelan. Fungsi lain dari usus besar adalah absorpsi air, garam, dan glukosa (Sodikin, 2011).

Sebagian besar pembentukan feses berasal dari makanan yang kita makan, akan tetapi terutama dari sekresi usus. Feses akan merangsang terjadinya proses defekasi, keinginan melakukan defekasi timbul bila

tekanan rektum meningkat sekitar 18 mmHg, pada suatu keadaan dimana tekanan tersebut mencapai 55 mmHg, maka sfingter anal eksterna maupun interna berelaksasi dan isi rectum dikeluarkan.

Usus besar berjalan dari katup ileosaekal ke anus. Usus besar dibagi menjadi bagian sekum, kolon asendens, kolon transversum, kolon desendens, dan kolon sigmoid. Panjang usus besar bervariasi, berkisar sekitar ± 180 cm. Sekum adalah kantong besar yang terletak pada fossa iliaka dekstra. Ileum memasuki sisi kiri pada lubang ileosekal dan celah oval yang dikontrol oleh sfingter otot. Apendiks membuka ke dalam sekum di bawah lubang ileosekal. Sekum berlanjut ke atas sebagai kolon asendens.

Kolon asendens, transversum dan desendens membentuk tiga sisi dan tampak menutupi usus kecil, sedangkan kolon sigmoid berlanjut menjadi rectum. Kolon asendens membentang dari sekum pada fossa iliaka dekstra ke sisi kanan abdomen, sampai fleksura kolika dekstra dibawah lobus hepatis dekstra. Kolon transversum, lalu fleksura silica dekstra kolon membelok ke kiri dengan tajam dan menyilang abdomen sebagai kolon transversum dalam lengkungan yang dapat menggantung lebih rendah dari pada umbilicus, dan naik pada sisi kiri berakhir pada fleksura iliaka sinistra dibawah lien (limpa). Kolon desendens, pada fleksura kolika sinistra, kolon membelok kembali menuju kebawah pada sisi kiri abdomen sampai tepi pelvis tempat kolon berlanjut sebagai kolon sigmoid. Kolon sigmoid (pelvikus)

mempunyai beberapa lengkungan didalam pelvis dan berakhir pada sisi yang berlawanan dengan pertengahan sacrum tempatnya berhubungan dengan rectum. Rectum memiliki panjang sekitar 12 cm dan mendapat namanya karena berbentuk lurus atau hampir lurus. Rectum dimulai pada pertengahan sacrum dan berakhir pada kanalis analis (Sodikin, 2011).

h) Rektum

Rektum memiliki panjang sekitar 12 cm dan normalnya kosong kecuali tepat sebelum dan saat defekasi (buang air besar). Di bawah rektum terdapat saluran anus, yang berukuran sekitar 4 cm. Pada dinding saluran anus terdapat dua pasang otot membentuk pipa pendek – sfingter anal internal dan eksternal. Saat defekasi, gelombang peristaltik dalam kolon mendorong tinja ke dalam rektum, yang kemudian memicu refleks defekasi. Kontraksi mendorong tinja, dan sfingter anal berelaksasi untuk memungkinkan tinja keluar dari tubuh melalui anus (Sodikin, 2011).

2.1.3 Etiologi Demam Tifoid

Penyakit Tifoid disebabkan oleh infeksi kuman *Salmonella thypsa/Eberthela thypsa* yang merupakan kuman negative, motil, dan tidak menghasilkan spora, hidup baik sekali pada suhu tubuh manusia maupun suhu yang lebih rendah sedikit serta mati pada suhu 70°C dan antiseptik.

Salmonella thyphosa mempunyai 3 macam antigen yaitu :

- 1) Antigen O : *Ohne Hauch*, yaitu somatic antigen (tidak menyebar).
- 2) Antigen H : *Hauch* (menyebar), terdapat pada flagella dan bersifat termolabil.
- 3) Antigen V : Kapsul, merupakan kapsul yang meliputi tubuh kuman dan melindungi O antigen terhadap fagositosis.

Salmonella parathyphi terdiri dari 3 jenis yaitu A, B, dan C. Ada dua sumber penularan *Salmonella typhi* yaitu pasien dengan demam tifoid dan pasien dengan *carrier*. *Carrier* adalah orang yang sembuh dari demam typhoid dan masih terus mengekskresi *Salmonella typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari satu tahun (Wulandari & Erawati, 2016).

2.1.4 Patofisiologi Demam Tifoid

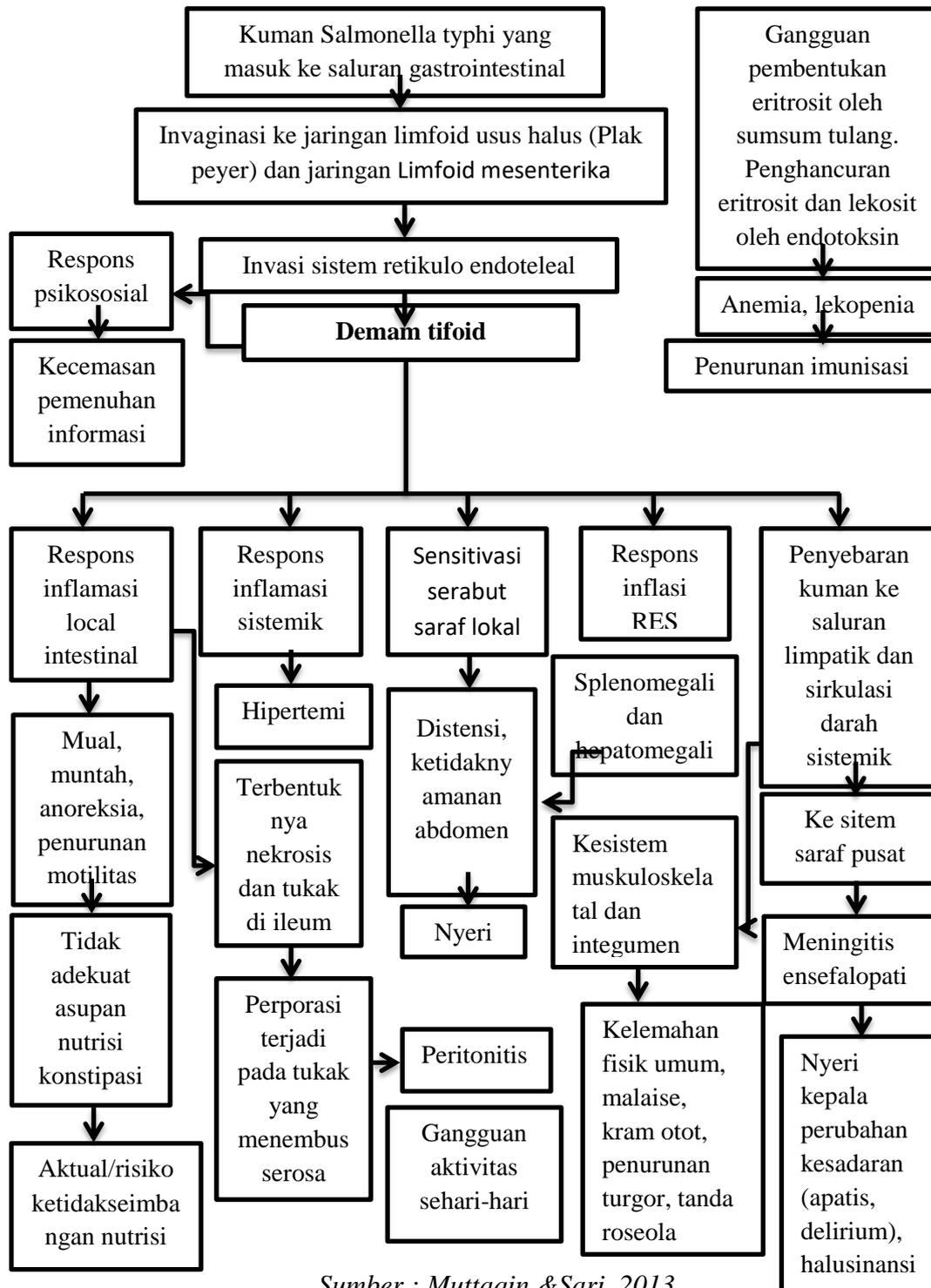
Kuman *Salmonella typhi* masuk ke tubuh manusia yang sehat melalui mulut kemudian kuman masuk kedalam lambung, sebagian kuman akan di musnahkan oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus. Kuman *Salmonella typhi* yang masuk ke saluran gastrointestinal akan ditelan oleh sel-sel fagosit ketika masuk melewati mukosa dan oleh makrofag yang di dalam lamina propia. Sebagian dari *Salmonella typhi* ada yang dapat masuk ke usus halus mengadakan invaginasi ke jaringan limfoid usus halus dan jaringan limfoid mesenterika. Kemudian *Salmonella typhi* masuk melalui folikel limpa ke saluran limpatik dan sirkulasi darah sistemik sehingga terjadi bakterimia. Bakterimia pertamam menyerang sistem retikulo endothelial (RES) yaitu : hati, limpa, dan

tulang, kemudian selanjutnya mengenai seluruh organ di dalam tubuh antara lain sistem saraf pusat, ginjal, dan jaringan limpa (Muttaqin, 2013).

Usus yang terserang tifus umumnya ileum distal, tetapi kadang bagian lain usus halus dan kolon proksimal juga dihinggapi. Pada mulanya, plak Peyer penuh dengan fagosit, membesar, menonjol, dan tampak seperti infiltrate atau hiperplasia di mukosa usus. Pada akhirnya minggu pertama infeksi, terjadi nekrosis dan tukak. Tukak ini lebih besar di ileum dari pada di kolon sesuai dengan ukuran plak Peyer yang ada di sana. Kebanyakan tungkaknya dangkal, tetapi kadang lebih dalam sampai menimbulkan perdarahan. Perforasi terjadi pada tukak yang menembus serosa. Setelah penderita sembuh, biasanya ulkus membaik tanpa meninggalkan jaringan parut dan fibrosa (Muttaqin, 2013).

Masuknya kuman ke dalam intestinal terjadi pada minggu pertama dengan tanda dan gejala suhu tubuh naik turun khususnya suhu akan naik pada malam hari dan akan menurun menjelang pagi hari. Demam yang terjadi pada masa ini disebut *demam intermiten* (suhu yang tinggi, naik-turun, dan turunnya dapat mencapai normal. Di samping peningkatan suhu tubuh, juga akan terjadi obstipasi sebagai akibat penurunan motilitas suhu, namun hal ini tidak selalu terjadi dan dapat pula terjadi sebaliknya. Setelah kuman melewati fase awal intestinal, kemudian masuk ke sirkulasi sistemik dengan tanda peningkatan suhu tubuh yang sangat tinggi dan tanda-tanda infeksi pada RES seperti nyeri perut kanan atas, splenomegaly, dan hepatomegaly (Muttaqin & Sari, 2013)

Bagan 2.1 Patofisiologi Demam Tifoid



2.1.5 Manifestasi Klinik

Gejala klinis demam tifoid pada anak biasanya lebih ringan jika dibandingkan dengan penderita dewasa. Masa tunas rata-rata 10-20 hari. Masa tunas tersingkat adalah empat hari, jika infeksi terjadi melalui makanan. Sedangkan, infeksi melalui minuman masa tunas terlama berlangsung 30 hari. Selama masa inkubasi, mungkin ditemukan gejala prodromal, yaitu perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing, dan tidak bersemangat, yang kemudian disusul dengan gejala-gejala klinis (Wulandari & Erawati, 2016).

1) Minggu Pertama

Pada umumnya demam berangsur naik, terutama sore hari dan malam hari dengan keluhan dan gejala nyeri otot, nyeri tekan pada abdomen, anoreksia, mual muntah, bising usus melemah, konstipasi, diare dan perasaan tidak enak diperut.

2) Minggu Kedua

Pada minggu kedua gejala sudah jelas dapat berupa demam, lidah yang khas putih dan kotor, bibir kering, hepatomegali, splenomegali disertai nyeri pada perabaan dan penurunan kesadaran.

3) Minggu Ketiga

Suhu badan berangsur - angsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga.

2.1.6 Komplikasi

Menurut Wulandari (2016) komplikasi demam tifoid dapat dibagi dalam 2 bagian, yaitu :

1) Komplikasi Intestinal

(1) Perdarahan Usus

Apabila perdarahan terjadi dalam jumlah sedikit, perdarahan tersebut dapat diketahui dengan pemeriksaan feses dengan benzidin. Dapat terjadi melena, disertai nyeri perut dengan tanda renjatan.

(2) Perporasi Usus

Perporasi usus biasanya timbul pada minggu ketiga bagian distal ileum. Perporasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila ada udara di hati dan diafragma pada foto rontgen abdomen posisi tegak.

(3) Peritonitis

Peritonitis biasanya menyertai perforasi, namun dapat juga terjadi tanpa perforasi usus. Ditemukan gejala abdomen akut seperti nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang (*defence musculair*), dan nyeri tekan.

2) Komplikasi Ekstraintestinal

Terjadi lokalisasi peradangan akibat sepsis (bakterimia), yaitu meningitis, kolesistitis, ensefalopati, dan lain-lain. Komplikasi di luar usus ini terjadi karena infeksi sekunder.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

1) Pemeriksaan Darah

Untuk mengidentifikasi adanya anemia karena asupan makanan yang terbatas malabsorpsi, hambatan pembentukan darah dalam sumsum, dan penghancuran sel darah merah dalam peredaran darah. Leukopenia dengan jumlah leukosit antara 3000-4000/mm³ ditemukan pada fase demam. Hal ini diakibatkan oleh penghancuran leukosit oleh endotoksin aneosinofilia yaitu hilangnya eosinofil dari darah tepi. Trombositopenia terjadi pada stadium panas yaitu pada minggu pertama. Limfositosis umumnya jumlah limfosit meningkat akibat rangsangan endotoksin. Laju endap darah meningkat.

2) Pemeriksaan serologis

Untuk mengevaluasi reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutinin). Respon antibodi yang dihasilkan tubuh akibat infeksi kuman salmonella typhi adalah antibodi O dan H. Apabila titer antibody O adalah 1:2 atau lebih pada minggu pertama atau terjadi peningkatan titer antibody yang progresif (lebih dari 4 kali). Pada pemeriksaan ulangan 1 atau 2 minggu kemudian menunjukkan diagnosis positif dari infeksi Salmonella typhi.

3) Pemeriksaan Urine

Didapatkan proteinuria ringan (<2 gr/liter) juga didapatkan peningkatan leukosit dalam urine.

4) Pemeriksaan Feses

Didapatkan adanya lendir dan darah, dicurigai akan bahaya perdarahan usus dan perforasi.

5) Pemeriksaan Bakteriologi

Untuk identifikasi adanya kuman salmonella typhi pada biakan darah tinja, urine, cairan empedu, atau sumsum tulang.

6) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan ini untuk mengetahui apakah ada kelainan atau komplikasi akibat demam tifoid.

2.1.8 Pentalaksanaan

Menurut Marni (2016) penatalaksanaan penyakit demam typhoid yaitu :

1) Istirahat

Pasien demam tifoid memerlukan istirahat selama 5-7 hari, selain itu , pengawasan ketat perlu dilakukan bertujuan untuk mencegah komplikasi. Pasien boleh bergerak sewajarnya, misalnya ke kamar mandi, duduk diteras, mandi sendiri, dan makan sendiri, yang prinsipnya adalah tidak melakukan aktivitas berat yang membutuhkan banyak energi

2) Diet

Diet merupakan hal yang cukup penting dalam proses penyembuhan penyakit demam tifoid, karena makanan yang kurang akan menurunkan keadaan umum dan gizi penderita akan semakin turun dan proses penyembuhan akan menjadi lama. Di masa lampau

penderita demam tifoid diberi bubur saring, kemudian ditingkatkan menjadi bubur kasar dan akhirnya diberi nasi, perubahan diet tersebut disesuaikan dengan tingkat kesembuhan pasien. Pemberian bubur saring tersebut ditujukan untuk menghindari komplikasi perdarahan saluran cerna atau perforasi usus.

- 3) Pemberian Antibiotik dapat diberikan jika diagnosis sudah ditegakkan. Antibiotik yang dapat mengatasi penyakit demam tifoid yang sering kali digunakan yaitu kloramfenikol, kotrimoksazol, ampisilin, amoksisilin, dan seftriakson. Obat yang paling efektif mengatasi infeksi ini yaitu kloramfenikol yang diberikan dengan dosis 50-100 mg/kg/BB/hari.
- 4) Selain pemberian antipiretik pada pasien demam, juga dapat dilakukan kompres hangat didaerah ketiak, leher, maupun selangkangan.

2.2 Konsep Hipertemi

Hipertemi adalah peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas. Zat yang menyebabkan hipertemi adalah pirogen. Ada 2 jenis pirogen yaitu pirogen eksogen dan endogen. Pirogen eksogen berasal dari luar tubuh dan berkemampuan untuk merangsang interleukin-1. Sedangkan pirogen endogen berasal dari dalam tubuh dan memiliki kemampuan untuk merangsang hipertemi dengan mempengaruhi kerja pusat pengaturan suhu di hipotalamus (Sodikin, 2012)

2.3 Konsep Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh. Pemberian kompres hangat pada daerah aksila lebih efektif karena pada daerah tersebut 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 (Ayu dkk, 2015).

2.4 Konsep Tumbuh Kembang Anak

2.2.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah (6-12 Tahun)

a. Pertumbuhan Anak Usia Sekolah (6-12)

Pertumbuhan adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ, maupun individu. Anak tidak hanya bertambah besar secara fisik, melainkan juga ukuran dan struktur organ-organ tubuh dan otak. Sebagai contoh, hasil dari perymbuhan otak adalah anak mempunyai kapasitas lebih besar untuk belajar, mengingat, dan mempergunakan akalnyanya. Jadi anak tumbuh baik secara fisik maupun mental. Pertumbuhan fisik dapat dinilai dengan ukuran berat, ukuran panjang, umur tulang, dan tanda-tanda seks sekunder (Soetjiningsih, 2013)

1) Kebutuhan nutrisi umur 6-12 tahun

Mengenai kebutuhan nutrisi perlu diperhatikan kebutuhan kalori yang lebih banyak karena mereka lebih banyak melakukan

aktivitas jasmani, misalnya olahraga untuk anak yang mampu dan bekerja membantu orangtua di rumah atau di lading dengan anak desa.

2) Pertumbuhan Fisik

- (1) Berat badan meningkat 2-3 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6-7 cm/tahun
- (2) Pertumbuhan wajah bagian tengah dan bawah bertahap, kehilangan gigi desidua
- (3) Organ seks belum matang namun minat lawan jenis meningkat secara progresif

b. Perkembangan Anak Usia Sekolah (6-12 tahun)

Perkembangan adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan/maturitas. Perkembangan menyangkut proses diferensiasi sel tubuh, jaringan tubuh, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan kognitif, bahasa, motoric, emosi, dan perkembangan perilaku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjningsih, 2013)

1) Perkembangan Intelektual

Anak sudah dapat mereaksi rangsangan intelektual atau melaksanakan tugas-tugas belajar yang menuntut kemampuan intelektual atau kemampuan kognitif seperti menggambar dengan bentuk proposional, memakai dan mengancing baju, membaca lancar, menulis, menghitung.

2) Perkembangan Bahasa

Masa berkembang pesatnya kemampuan mengenal dan menguasai perbendaharaan kata. Anak sudah menguasai sekitar 2500 kata dan anak sudah gemar membaca atau mendengarkan cerita yang bersifat kritis (petualangan, riwayat para pahlawan) dengan adanya penguasaan komunikasi.

3) Perkembangan Sosial

Ditandai dengan adanya perluasan hubungan, disamping dengan keluarga juga mulai membentuk ikatan baru dengan teman sebaya, sehingga ruang gerak hubungan sosialnya telah bertambah luas.

4) Perkembangan Emosi

Anak mulai belajar untuk mengendalikan dan mengontrol ekspresi emosinya. Kemampuan ini di peroleh anak melalui peniruan dan latihan. Peran orang tua dalam proses peniruan untuk mengendalikan emosi sangatlah berpengaruh. Jika lingkungan yang tercipta dalam keluarga suasananya emosional stabil maka

perkembangan emosinya stabil. Emosi-emosi secara umum yang dialami pada tahap ini adalah marah, rasa takut, cemburu, iri hati, kasih sayang, rasa ingin tahu dan gembira

5) Perkembangan Moral

Anak sudah dapat mengikuti tuntutan dari orangtua atau lingkungan sosialnya. Sudah dapat memahami alasan yang mendasari sebuah peraturan, mengasosiasikan setiap bentuk perilaku dengan konsep benar-salah atau baik-buruk.

6) Perkembangan Motorik

Pada masa ini ditandai dengan kelebihan gerak atau aktivitas motorik yang lincah. Merupakan masa yang ideal untuk belajar keterampilan seperti :

(1) Motorik Kasar

Loncat tali 25 cm, badminton, bola volly

(2) Motorik Halus

Menunjukkan keseimbangan koordinasi mata dan tangan.

Bermain bola bekel, bermain instrument music

2.5 Konsep Hospitalisasi Pada Masa Sekolah (6-12 tahun)

Perawatan di rumah sakit memaksakan anak meninggalkan lingkungan yang dicintai, keluarga, kelompok sosial sehingga menimbulkan kecemasan. Kehilangan kontrol berdampak pada perubahan peran dalam keluarga, kehilangan kelompok sosial, perasaan takut mati,

dan kelemahan fisik. Reaksi nyeri dapat digambarkan dengan verbal dan non verbal (Wulandari & Erawati, 2016)

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Demam Tifoid

Proses keperawatan adalah metode di mana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini dapat disebut sebagai suatu pendekatan untuk memecahkan masalah (*problem-solving*) yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap-tahap tersebut berintegritasi terhadap fungsi intelektual *problem-solving* dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nursalam, 2013)

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan untuk 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 (Rohmah, 2012).

Pengumpulan data ada 4 macam, yaitu :

- a) Data dasar adalah seluh informasi tentang status kesehatan klien, meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pla fungsi kesehatan dan pemeriksaan.
- b) Data focus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang meyim pang dari keadaan normal berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langusng oleh perawat.
- c) Data subjektif adalah data ynag didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasidan kejadian. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen teteapi melalui suatu interaksi atau komunikasi.
- d) Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan dikukur oleh perawat. Data ini diperoleh melalui kepekaan perawat selama melakukan pemerikaaan fisik .

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, diagnose medis, alamat klien.

(b) Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamain, agama, pendidikan, pekerjaan, hbungan keluarga dengan klien, alamat.

(c) Riwayat kesehatan adalah lebih dari sekedar informasi sederhana, namun dari riwayat kesehatan inilah kita dapat memperoleh informasi lebih banyak namun memerlukan waktu yang lama untuk mendapatkan riwayat kesehatan ini (Rohmah, 2012).

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Secara umum keluhan utama pada klien dengan demam tifoid didapatkan demam dengan atau tidak disertai menggigil, dimana perjalanan penyakit pada minggu pertama akan didapatkan keluhan inflamasi yang belum jelas, sedangkan pada minggu kedua keluhan akan terlihat jelas. Keluhan lain yang menyertai demam yang lazim didapatkan berupa gangguan saluran pencernaan seperti nyeri pada perabaan, konstipasi, diare, anoreksia dan mual muntah (Wulandari, 2016).

b) Keluhan Utama Saat di Kaji

Keluhan yang dikemukakan dari permulaan klien sampai di bawa ke RS dan masuk ke ruang perawatan, komponen ini terdiri dari PQRST yaitu :
P : *Paliatif*, apa yang menyebabkan gejala. Apa yang bisa memperberat dan 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.

Q : *Quality-Quantity*, bagaimana gejala dirasakan, sejauh mana dirasakan. Biasanya demam hilang timbul dan kadang disertai dengan menggigil.

R : *Region*, dimana gejala dirasakan, apa menyebar. Pada klien demam tifoid, demam dirasakan pada seluruh tubuh.

S : *Scale*, seberapa parah tingkat keparahannya, pada skala berapa. Suhu biasanya dapat mencapai 39-41°C.

T : *Time*, kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala itu dirasakan. Biasanya demam terjadi sore menjelang malam hari, dan menurun pada pagi hari.

(d) 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.

(e) Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji apakah klien pernah menderita penyakit infeksi yang menyebabkan sistem imun menurun dan tentang adanya riwayat penyakit demam tifoid sebelumnya.

(f) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, penyakit yang serupa pada periode 6 bulan terakhir, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga (Romah, 2012).

(g) Aktivitas sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Kebiasaan klien dalam memenuhi nutrisi sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi: jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makanan, porsi, makanan yang disukai dan keluhan yang berhubungan dengan nutrisi. Pada klien demam tifoid terdapat keluhan anoreksia dan mual muntah yang berpengaruh pada perubahan pola nutrisi klien demam tifoid (Wulandari, 2016)

2) Pola Eliminasi

Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi: frekuensi, konsistensi, warna, bau. Pada klien demam tifoid didapatkan klien dengan konstipasi atau diare (Wulandari, 2016).

3) Pola Istirahat Tidur

Diisi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat sakit, meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat pengantar tidur, atau masalah tidur.

4) Pola Personal Hygiene

Diisi dengan bagaimana kebersihan diri dari sejak sehat dan saat sakit

5) Aktivitas

Aktivitas rutin yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali termasuk penggunaan waktu senggang.

(h) Pertumbuhan dan perkembangan

1) Pertumbuhan

Tanyakan 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,

lingkar lengan atas, lingkaran dada, lingkaran kepala (Soetjningsih, 2015).

2) Perkembangan

Tanyakan tentang perkembangan bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan sosial. Data ini juga dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan (Soetjningsih, 2015).

(i) Riwayat Imunisasi

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

Tabel 2.1

Keterangan Pemberian Imunisasi pada Anak

Umur	Vaksin	Keterangan pemberian
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 HB1g 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 diberikaan HB-1g 0,5 ml sebelum bayi umur 7 hari.
	Polio-0	Polio-0 diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RB/RS polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain).
1 bulan	HB-2	HB-2 diberikan pada umur 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan.
0-2 bulan	BCG (Bacillus Calmette Guerrin)	BCG dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan pada umur >3 bulan sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu dan BCG

		diberikan apabila uji tuberculin negative
2 bulan	DTP-1 (Difteri Pertusis Tetanus)	DTP diberikan pada umur lebih dari 6 minggu, dapat dipergunakan DTwP atau DTaP atau diberikan secara kombinasi dengan Hib (PRP-T).
	Hib-1	Hib diberikan mulai umur 2 bulan dengan interval 2 bulan. Hib dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan DTP
	Polio-1	Polio-1 dapat diberikan bersamaan dengan DTP-1
	PCV-1	PCV-1 diberikan pada umur 2 bulan
4 bulan	DTP-2	DTP-2 (DTwP atau DTaP) dapat diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-2 (PRP-T)
	Hib-2	Hib diberikan mulai umur 2 bulan dengan interval 2 bulan. Hib dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan DTP.
	Polio-2	Polio-2 diberikan bersamaan dengan DTP-2
	PCV-2	PCV-2 diberikan pada umur 4 bulan
6 bulan	DTP-3	DTP-3 dapat diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-3 (PRP-T)
	Hib-3	Apabila mempergunakan Hib-OMP, Hib-3 pada umur 6 bulan tidak perlu diberikan
	Polio-3	Polio-3 diberikan bersamaan dengan DTP-3
	PCV-3	PCV-3 diberikan pada umur 6 bulan
6 bulan	Hepatitis B-3	HB-3 diberikan umur 3-6 bulan. Untuk mendapat respons imun optimal interval HB-2 dan HB-3 minimal 2 bulan, terbaik 5 bulan
6-23 bulan	Influenza	Influenza dapat diberikan sejak umur 6 bulan
9 bulan	Campak	Campak-1 diberikan pada umur 9 bulan, campak-2 merupakan program BIAS pada umur 6 bulan. Apabila telah mendapatkan MMR [ada umur 15 bulan campak-2 tidak perlu diberikan
12 bulan	Varisela	Vaksin Varisela (cacar air) disuntikan mulai umur 1 tahun
12-15 bulan	PCV-4	Ulang PCV-4 diberikan 1 dosis, 12-15 bulan

bulan		
15-18 bulan	MMR	Apabila samapi umur 12 bulan belum mendapatkan imunisasi campak, MMR dapat diberikan pada umur 12 bulan.
18 bulan	Hib-4	Hib-4 diberikan pada 15 bulan (PRP-T atau PRPOMP)
	DTP-4	DTP-4 (DTwP atau DTaP) diberikan 1 tahun setelah DTP-3
	Polio-4	Polio-4 diberikan bersamaan dengan DTP-4
2 tahun	Hepatitis A	Vaksin HepA direkomendasikan pada umur > 2 tahun, diberikan dua kali dengan interval 6-12 bulan.
2-3 tahun	Tifoid	Vaksin tifoid polisakarida injeksi direkomendasikan untuk umur >2 tahun. Imunisasi tifoid polisakarida injeksi perlu diulang setiap 3 tahun.
5 tahun	DTP-5	DTP-5 diberikan pada umur 5 tahun (DTwP/DTaP)
	Polio-5	Polio-5 diberikan bersamaan dengan DTP-5
6 tahun	MMR	Diberikan untuk catch-up immunization pada anak yang belum mendapat MMR-1.
10 tahun	dT/TT	Menjelang pubertas vaksin tetanus ke-5 (dT atau TT) diberikan untuk mendapat imunitas selama 25 tahun.

Sumber : Satgas Imunisasi PP IDAI, 2014

(j) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan atau Penampilan

Mengkaji keadaan atau penampilan klien lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel.

2) Tingkat kesadaran

Pada fase awal penyakit biasanya tidak didapatkan adanya perubahan. Pada fase lanjut, secara umum klien

terlihat sakit berat dan sering didapatkan penurunan tingkat kesadaran yaitu apatis dan delirium (Mutaqqin & Sari, 2013)

3) Tanda-tanda vital

Pada fase 7-14 hari didapatkan suhu tubuh meningkat 39-41°C pada malam hari dan biasanya turun pada pagi hari (Mutaqqin & Sari, 2013).

4) Pemeriksaan *head to toe*

(1) Kepala

Pada pasien dengan Demam typhoid biasanya ditemukan rambut agak kusam dan lengket, kulit kepala kotor (Mutaqqin & Sari, 2013).

(2) Mata

Didapatkannya ikterus pada sklera terjadi pada kondisi berat (Mutaqqin & Sari, 2013).

(3) Telinga

Kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran

(4) Hidung

Pemeriksaan kebersihan, sekresi, dan pernafasan cuping hidung.

(5) Mulut

Pada pasien dengan demam tifoid biasanya ditemukan bibir kering dan pecah-pecah, lidah tertutup selaput putih kotor (*coated tongue*) gejala ini jelas nampak pada minggu ke II berhubungan dengan infeksi sistemik dan endotoksin kuman (Muttaqin & Sari, 2013).

(6) Leher

Pada pasien dengan demam tifoid biasanya ditemukan tanda roseola (bintik merah) dengan diameter 2-4 mm (Muttaqin & Sari, 2013).

(7) Dada

Pada saat di inspeksi pasien dengan demam tifoid biasanya ditemukan tanda roseola atau bintik kemerahan dengan diameter 2-4 mm. Pada paru-paru tidak terdapat kelainan, tetapi akan mengalami perubahan apabila terjadi respon akut dengan gejala batuk kering dan pada kasus berat didapatkan adanya komplikasi pneumonia (Muttaqin & Sari, 2013)

(8) Abdomen

Pada pasien dengan demam tifoid pada saat di inspeksi biasanya ditemukan tanda roseola yang berdiameter 2-4 mm yang didalamnya mengandung

kuman *salmonella typhi*, distensi abdomen, merupakan tanda yang diwaspadai terjadinya perforasi dan peritonitis. Pada saat di palpasi terdapat nyeri tekan abdomen, hepatomegali dan splenomegali, mengindikasikan infeksi RES yang mulai terjadi pada minggu ke dua. Pada saat dilakukan auskultasi didapatkan penurunan bising usus kurang dari 5 kali/menit pada minggu pertama dan terjadi kontipasi, selanjutnya meningkat akibat diare (Muttaqin & Sari, 2013).

(9) Punggung dan Bokong

Pada pasien dengan demam tifoid biasanya ditemukan tanda roseola yaitu bintik merah pada punggung dan bokong, yang sedikit menonjol dengan diameter 2-4 mm (Muttaqin & Sari, 2013).

(10) Ekstremitas

Pada pasien dengan demam tifoid biasanya ditemukan kelemahan fisik umum dan kram pada ekstermitas (Muttaqin & Sari, 2013)

(k) Data Psikologis

1) *Body Image*

Persepsi atau perasaan tentang penampilan dari segi ukuran dan bentuk.

2) Ideal Diri

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

3) Identitas Diri

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

4) Peran Diri

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

(l) Data Sosial

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

(m) Data Spritual

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup dan dampak pada kesehatan. Termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit.

(n) 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.

(o) Data Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

Untuk mengidentifikasi adanya anemia karena asupan makanan yang terbatas, malabsorpsi, hambatan pembentukan darah dalam sumsum, dan penghancuran sel darah merah dalam peredaran darah. Pemeriksaan darah ditemukan leukopenia antara 3000-4000/mm³ pada fase demam dan trombositopenia terjadi pada stadium panas yaitu pada minggu pertama (Muttaqin & Sari, 2013).

b) Pemeriksaan Serologi

Respon antibodi yang dihasilkan tubuh akibat infeksi kuman *salmonella* adalah antibodi O dan H. Apabila titer antibodi O adalah 1:320 atau lebih pada minggu pertama atau terjadi peningkatan titer antibodi yang progresif yaitu

lebih dari 4 kali menyokong diagnosis (Muttaqin & Sari, 2013).

(p) Terapi

Istirahat dan perawatan, klien tirah baring dengan perawatan sepenuhnya ditempat seperti makan, minum, mandi, buang air kecil/besar. Diet makanan harus mengandung cukup cairan, kalori, dan tinggi protein. Bahan makanan tidak boleh mengandung banyak serat, tidak merangsang, dan tidak menimbulkan banyak gas. Pemberian antibiotik kloramfenikol 4x500 mg sehari/IV, tiamfenikol 4x500 mg sehari secara peroral, kotrimoksazol 2x2 tablet sehari secara oral, amoksilin 100 mg/kg BB/hari secara peroral, antibiotik diberikan sampai 7 hari bebas demam.

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam, 2013).

Dibawah ini adalah diagnosa yang muncul pada demam tifoid menurut Muttaqin & Sari (2013) :

- 1) Hipertemi berhubungan dengan respons sistemik dari inflamasi

Gastrointestinal

- 2) Aktual/Resiko ketidakseimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang tidak adekuat.
- 3) Nyeri berhubungan dengan iritasi saluran gastrointestinal
- 4) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal (penurunan motilitas usus).
- 5) Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit, misinterpretasi informasi

2.6.3 Perencanaan Keperawatan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan, desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien.

Rencana keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan menurut (Muttaqin & Sari, 2013)

- 1) Hipertemi berhubungan dengan respons sistemik dari inflamasi gastrointestinal.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu dalam batas normal, dengan kriteria hasil:

- (1) Suhu tubuh normal : 36,5-37,5°C

(2) Pasien tidak mengeluh demam

(3) Tidak ada perubahan warna kulit

Tabel 2.2
Intervensi dan rasional

Intervensi	Rasional
Monitor tanda-tanda vital	Sebagai pengawasan terhadap adanya perubahan umum pasien sehingga dapat dilakukan penanganan dan perawatan secara tepat dan cepat.
Lakukan tirah baring total	Penurunan aktivitas akan menurunkan laju metabolisme yang tinggi pada fase akut, dengan demikian membantu menurunkan suhu tubuh
Observasi turgor kulit	Untuk mengetahui tanda dehidrasi akibat panas
Berikan kompres pada daerah aksila, lipat paha, dan temporal	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 penagtur suhu tubuh yaitu hipotalamus.
Tingkatkan intake cairan	Untuk mengganti cairan dan elektrolit yang hilang akibat demam.
Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat seperti katun	Pengeluaran suhu tubuh dengan cara evaporasi berkisar 22% dari pengeluaran suhu tubuh. Pakaian yang mudah menyerap keringat sangat efektif meningkatkan efek dari evaporasi.
Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipetik	Antipetik bertujuan untuk memblok respon panas sehingga suhu tubuh pasien dapat lebih cepat menurun.

2) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang tidak adekuat

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam klien diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi, dengan 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 2.3
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
Kaji adanya alergi makanan	Untuk mengidentifikasi adanya alergi pada makanan
Berikan makanan yang terpilih (yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	Memberikan makanan yang terpilih seperti makanan kesukaan untuk menambah intake makanan
Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien.	Agar kebutuhan gizi klien sesuai dengan yang dibutuhkan
Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering	Agar kebutuhan nutrisi terpenuhi
Monitor perkembangan berat badan	Penimbangan berat badan dilakukan sebagai evaluasi terhadap intervensi yang diberikan
Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat pencegah mual muntah	Membantu meredakan gejala mual muntah yang membuat intake nutrisi kurang.

3) Nyeri berhubungan dengan iritasi saluran gastrointestinal

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 2.4
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
Ajarkan teknik relaksasi penapasan dalam pada saat nyeri muncul	meningkatkan asupan oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia spina.
Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri	Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulasi internal.
Manajemen lingkungan : lingkungan tenang	Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal.

- 4) Kontipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal (penurunan motilitas usus).

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 2.5
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
Monitor bising usus	Bunyi usus secara umum meningkat pada diare dan menurun pada konstipasi
Monitor tanda dan gejala konstipasi	Untuk mengidentifikasi dan intervensi yang tepat
Anjurkan klien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses	Membantu mengidentifikasi penyebab atau faktor pemberat dan intervensi yang tepat
Dorong asupan peningkatan cairan	Membantu dalam memperbaiki konsistensi feses bila konstipasi
Kolaborasi dengan dokter pemberian pelembek feses atau laksatif	Memperudahkan defekasi bila konstipasi terjadi.

5) Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit, misinterpretasi informasi

Tujuan : dalam waktu 1 x40 menit cemas berkurang dengan kriteria hasil

- (1) Cemas pada keluarga dan klien berkurang
- (2) Klien dan keluarga tampak rileks atau tenang
- (3) Klien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit, cara pencegahan dan perawatannya.

Tabel 2.6
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
------------	----------

Kaji tingkat kecemasan orang tua	Mengetahui sejauh mana kecemasan pada orang tua
Kaji tingkat pengetahuan orang tua klien mengenai demam tifoid	Untuk mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuan orangtua klien tentang demam tifoid
Berikan pendidikan kesehatan mengenai demam tifoid	Untuk meningkatkan pengetahuan pada klien dan keluarga mengenai demam tifoid

2.6.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan, dan menilai data yang baru. Dalam pelaksanaan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, psikomotor. (Rohmah, 2012).

2.6.5 Evaluasi

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

Tujuan dari evaluasi adalah untuk :

- 1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- 2) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.

3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Menurut (Rohmah, 2012) jenis evaluasi :

(1) Evaluasi Formatif

Menyatakan evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dan dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan selesai.

(2) Evaluasi Sumatif

Merupakan evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, serta merupakan rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.