

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DEMAM TIFOID  
DENGAN GANGGUAN TERMOREGULASI DI RUANG  
MELATI V RSUD dr SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Oleh:**

**Afridenola Winekher**

**AKX.17.005**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Afridenola Winekher  
NIM : AKX.17.005  
Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Gangguan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dalam karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Agustus 2020

Yang membuat pernyataan



Afridenola Winekher

AKX.17.005

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DEMAM TIFOID  
DENGAN GANGGUAN TERMOREGULASI DI RUANG  
MELATI V RSUD dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH**

**Afridenola Winekher**

**AKX.17.005**

Karya Tulis Ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing utama**



**Hj. Djubaedah, AMK., S.Pd., MM**

**NIK : 02011050160**

**Pembimbing pendamping**



**Irfan Safarudin A, S.Kep.,Ners**

**NIK: 02014020173**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Dede Nur Aziz M, S.Kep., Ners., M.Kep**

**NIK : 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DEMAM TIFOID  
DENGAN GANGGUAN TERMOREGULASI DI RUANG  
MELATI V RSUD dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH**

**Afridenola Winekher**

**AKX.17.005**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji di hadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, pada 2 September 2020

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Hj. Djubaedah, AMK., S.Pd., MM**

(.....)

**(Pembimbing Utama)**

**Anggota :**

**1. Angga Satria P, M.Kep**

(.....)

**2. Fikri Mourly S.Kep**

(.....)

**3. Irfan Safarudin A, S.Kep.,Ners**

(.....)

**Menyetujui,**

**Universitas Bhakti Kencana Bandung**

**Dekan,**

  
**Rd. Siti Jundiah, S.Kep., M. Kep**

**NIK: 10107064**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DEMAM TIFOID DENGAN GANGGUAN TERMOREGULASI DI RUANG MELATI V RSUD dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA” 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 Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam Penyusunan Karya Tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Hj. Djubaedah, AMK., S.Pd., MM., selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Irfan Safarudin A, S.Kep., Ners., selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes., selaku Direktur Utama RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalani tugas akhir perkuliahan ini.

7. Jajang Zaenal, S.Kep., selaku CI Ruangan Melati V yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
8. Seluruh Dosen Prodi D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi, selaku dosen yang telah memeberikan banyak ilmu dan pengalaman sehingga memberikan semangat positif kepada penulis dalam menyelesaikan Karya tulis ini.
9. Kepada mereka yang selalu menjadi penyemangat demi keberhasilan penulis, yaitu Ayahanda Zulkadri Wilmanto dan Ibunda Kherlinawati, Kakak – Adik tersayang Kak One dan Dhea serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan dan selalu mendoakan semi keberhasilan penulis.
10. Teman – teman Caur, Cibabat Kacau, Azi dan kak Ami yang telah menyemangati penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
11. Seluruh teman kelas B dan teman anestesi angkatan 13 yang telah memberikan semangat, motivasi, dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Bandung, Agustus 2020

Penulis

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** demam tifoid merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella thypi* atau *Salmonella parathypi*, yang masuk ke saluran gastrintestinal. Penyakit ini erat hubungannya dengan lingkungan, terutama lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan serta personal hygiene yang buruk. Berdasarkan data WHO diperkirakan sekitar 17 juta kasus demam tifoid di seluruh dunia. Di Indonesia terdapat 900.000 kasus demam tifoid, sedangkan di Jawa Barat angka prevalensi demam tifoid yaitu sebesar 2,41%, dimana prevalensi tertinggi berada di kabupaten Karawang. Tingginya angka kejadian demam tifoid dapat menimbulkan masalah keperawatan seperti gangguan termoregulasi, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko kekurangan volume cairan dan konstipasi. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan temoregulasi yaitu dengan melakukan kompres hangat pada aksila. **Tujuan:** mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Anak Demam Tifoid dengan Gangguan Termoregulasi. **Metode:** adapun studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada 2 klien yang mengalami demam tidoid dengan gangguan termoregulasi di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya ruang Melati lantai 5. **Hasil:** gangguan termoregulasi: setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan kompres hangat, masalah gangguan termoregulasi pada klien 1 dan 2 teratasi di hari ke-3. **Diskusi:** klien dengan masalah gangguan termoregulasi tidak selalu memiliki respon yang sama, hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya, sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata kunci: Demam Tifoid, Gangguan Termoregulasi, Kompres Hangat, Asuhan Keperawatan.

Daftar Pustaka: 15 Buku (2011 – 2018), 12 Jurnal (2011 – 2019), 2 Website

## ABSTRACT

**Background:** Typhoid fever is an infectious disease caused by salmonella thypi or Salmonella parathypi bacteria, which enter the gastrointestinal tract. The disease is closely related to the environment, especially environments that do not qualify for poor health and personal hygiene. According to WHO data, there are estimated to be about 17 million cases of typhoid fever worldwide. In Indonesia there are 900,000 cases of typhoid fever, while in West Java the prevalence rate of typhoid fever is 2.41%, where the highest prevalence is in Karawang regency. High incidence of typhoid fever can lead to nursing problems such as thermoregulation disorders, acute pain, nutritional imbalances less than the body needs, risk of fluid volume deficiency and constipation. One of the interventions that can be done to overcome temoregulation disorder is to perform a warm compress on the axial. **Goals:** able to carry out Typhoid Fever Child Care with Thermoregulation Disorders. **Method:** As for the case study is a study to explore the issue of nursing care on 2 clients who experience typhoid fever with a thermoregulation disorder in the RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya room Melati 5th Floor. **Result:** Thermoregulation disorder: After nursing care by giving a warm compress, the problem of thermoregulation disorder in clients 1 and 2 is resolved on day 3. **Discussion:** Clients with the problem of thermoregulation disorder do not always have the same response, it is affected by the condition or health status of the previous client, so the nurse should do a comprehensive nursing care to handle nursing problems on each client.

Keywords: Thypoid fever, thermoregulation disorder,, warm compresses, nursing care.

Bibliography: 15 books (2011-2018), 12 journals (2011-2019), 2 websites

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b> .....	i
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xv
<b>BAB I</b> .....	1
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	5
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	5
<b>1.4 Manfaat</b> .....	6
<b>BAB II</b> .....	8
<b>TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
<b>2.1. Konsep Teori</b> .....	8
<b>2.1.1. Pengertian Demam Tifoid</b> .....	8
<b>2.1.2. Anatomi dan Fisiologi</b> .....	9
<b>2.1.3. Etiologi</b> .....	14
<b>2.1.4. Patofisiologi</b> .....	14
<b>2.1.5. Manifestasi Klinik</b> .....	18
<b>2.1.6. Komplikasi</b> .....	18
<b>2.1.7. Klasifikasi</b> .....	19
<b>2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik</b> .....	20
<b>2.1.9. Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan</b> .....	23
<b>2.2. Konsep Tumbuh Kembang</b> .....	25



2.2.1.	Pengertian Anak Usia Sekolah.....	30
2.2.2.	Tahap Petumbuhan Anak Usia Sekolah.....	31
2.2.3.	Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah.....	32
2.2.4.	Hospitalisasi Pada Anak.....	37
2.2.5.	Faktor - Faktor Stress Hospitalisasi pada Anak.....	37
2.2.6.	Peran Perawat dalam Mengatasi Stres Hospitalisasi.....	39
2.3.	Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Demam Tifoid.....	41
2.3.1.	Pengkajian.....	42
2.3.2.	Analisa Data.....	53
2.3.3.	Diagnosa Keperawatan.....	53
2.3.4.	Rencana Keperawatan.....	55
2.3.5.	Impelementasi.....	60
2.3.6.	Evaluasi.....	62
<b>BAB III.....</b>		<b>64</b>
<b>METODE PENELITIAN.....</b>		<b>64</b>
3.1.	Desain Penelitian.....	64
3.2.	Batasan ilmiah.....	64
3.3.	Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	65
3.4.	Lokasi dan Waktu.....	66
3.5.	Pengumpulan Data.....	66
3.6.	Uji Keabsahan Data.....	70
3.7.	Analisa Data.....	71
3.8.	Etik Penelitian.....	73
<b>BAB IV.....</b>		<b>77</b>
<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>		<b>77</b>
4.1	Hasil.....	77
4.1.1	Gambaran lokasi pengambilan data.....	77
4.1.2	Asuhan keperawatan.....	77
4.1.2.1	Pengkajian.....	77
4.1.2.2	Diagnosa keperawatan.....	98
4.1.2.3	Intervensi.....	102
4.1.2.4	Implementasi keperawatan.....	105
4.1.2.5	Evaluasi sumatif.....	115
4.2	Pembahasan.....	115

<b>4.2.1. Pengkajian .....</b>	<b>116</b>
<b>4.2.2. Diagnosa .....</b>	<b>119</b>
<b>4.2.3. Intervensi .....</b>	<b>123</b>
<b>4.2.4. Implementasi .....</b>	<b>125</b>
<b>4.2.5. Evaluasi .....</b>	<b>127</b>
<b>BAB V .....</b>	<b>129</b>
<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>129</b>
<b>5.1. Kesimpulan .....</b>	<b>129</b>
<b>5.2. Saran .....</b>	<b>131</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>133</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Salmonella thypii</i> .....	25
Gambar 2.2 Saluran Sistem Pencernaan .....	26
Gambar 2.3 Letak Usus Halus di Dalam Sistem Pencernaan .....	27

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pads Coma Scale Pediatrik .....	57
Tabel 2.2 Intervensi Dan Rasional .....	67
Tabel 2.3 Intervensi Dan Rasional .....	68
Tabel 2.4 Intervensi Dan Rasional .....	69
Tabel 2.5 Intervensi Dan Rasional .....	70
Tabel 2.6 Intervensi Dan Rasional .....	71
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	89
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	89
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan .....	90
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari – Hari .....	92
Tabel 4.5 Pertumbuhan Klien .....	94
Tabel 4.6 Perkembangan Klien .....	94
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik .....	95
Tabel 4.8 Data Psikologis .....	100
Tabel 4.9 Data Penunjang Klien .....	102
Tabel 4.10 Program Dan Rencana Pengobatan .....	103
Tabel 4.11 Analisa Data .....	104
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan .....	111
Tabel 4.13 Intervensi .....	115
Tabel 4.14 Implementasi .....	119
Tabel 4.15 Evaluasi Sumatif .....	131

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 patofisiologi demam tifoid .....	33
--	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Justifikasi
Lampiran III	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Jurnal
Lampiran VI	Leaflet
Lampiran VII	SAP
Lampiran VIII	Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

BAB	:	Buang Air Besar
BAK	:	Buang Air Kecil
BB	:	Berat Badan
CHF	:	<i>Congestive Heart Failure</i>
CKD	:	<i>Chronic Kidney Disease</i>
cm	:	<i>Centimeter</i>
DHF	:	<i>Dengue Hemoragic Fever</i>
IgM	:	Imunoglobulin M
IMT	:	Indeks Masa Tubuh
IV	:	Intravena
Kg	:	kilogram
KTI	:	Karya Tulis Ilmiah
Mg	:	Miligram
PCS	:	<i>Pads Coma Scale</i>
RES	:	<i>Reticulo endothelial system</i>
RL	:	Ringer Laktat
ROM	:	Range Of Motion
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
SGPT	:	<i>Serum Glutamic Pyruvate Transaminase</i>
SGOT	:	<i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i>
TB	:	Tinggi Badan

TTV : Tanda-tanda Vital

WHO : *World Health Organization*



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1. 1 Latar belakang**

Anak merupakan generasi penerus bangsa. Awal kokoh atau rapuhnya suatu negara dapat dilihat dari kualitas para generasi penerusnya. Pemenuhan kebutuhan dasar anak yang baik akan membuat kesehatan anak menjadi terjaga dan juga perkembangannya menjadi tidak terganggu. Suatu negara tidak akan berkembang optimal jika terdapat anak – anak dengan derajat kesehatan yang rendah (Karimah, 2014).

Ancaman yang paling berbahaya dalam menurunkan derajat kesehatan anak adalah penyakit menular. Penyakit yang paling sering terjadi di negara berkembang adalah penyakit pada saluran pernafasan dan saluran pencernaan. Salah satu diantaranya adalah penyakit demam tifoid. Demam tifoid adalah infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam lebih dari satu minggu, mengakibatkan gangguan pencernaan dan dapat menurunkan tingkat kesadaran. Penyakit ini disebabkan oleh *Salmonella thypi* (Ardiaria, 2019).

Penyakit ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting karena Indonesia memiliki jumlah penduduk yang banyak sehingga penyebarannya berkaitan erat dengan urbanisasi, kepadatan penduduk, kesehatan lingkungan, sumber air dan sanitasi yang buruk serta standar kebersihan industri pengolahan makanan yang masih rendah. Penularan

penyakit ini menular melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Rangki, 2019).

Demam tifoid dapat berakibat fatal jika tidak dirawat. Penyakit ini dapat berlangsung selama tiga minggu hingga sampai satu bulan. Penyebab paling umum kematian akibat demam tifoid adalah perforasi usus atau perdarahan usus, yang selanjutnya menimbulkan peritonitis. Terdapat 5% pasien yang mengalami komplikasi ini, biasanya terjadi pada hari ke-21 sejak awal penyakit, dengan angka kematian 45%. Demam tifoid yang berupa syok septik atau komplikasinya berupa koma, juga mempunyai angka kematian tinggi (Ulfa,2018).

*World Health Organization* (WHO) tahun 2013 memperkirakan angka kejadian di seluruh dunia sekitar 17 juta jiwa per tahun, angka kematian demam tifoid mencapai 600.000 orang dan 70% kematiannya terjadi di Asia. Diperkirakan angka kejadian dari 150/100.00 per tahun di Amerika Selatan dan 900/100.000 per tahun di Asia.

Angka kejadian kasus demam tifoid di Indonesia diperkirakan rata – rata 900.000 kasus pertahun dengan lebih dari 20.000 kematian. Jumlah kejadian demam tifoid pada tahun 2011 di rumah sakit adalah 80.850 kasus pada penderita demam tifoid sejumlah 41.081 kasus pada penderita rawat inap dan jumlah pasien meninggal dunia sebanyak 276 jiwa. Angka kematian diperkirakan sekitar 6-5% sebagai akibat dari keterlambatan mendapat pengobatan serta kurang sempurnanya proses pengobatan. Secara umum

insiden demam tifoid pada anak – anak biasanya diatas 1 tahun dan terbanyak pada usia sekolah (Profil Kesehatan Indonesia, 2013).

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) menyebutkan prevalensi demam tifoid di Jawa Barat yaitu sebesar 2,14%, dimana angka tersebut lebih tinggi daripada prevalensi demam tifoid nasional yaitu 1,60%. Menurut Astri (2018) prevelensi tertinggi untuk demam tifoid adalah di Kabupaten Karawang (5,0%) dan terendah di Kabupaten Cianjur (4,5%). Untuk rentan tifoid rata-rata ada pada kelompok anak-anak usia sekolah (Adiputra, 2013).

Menurut data rekam medik RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode Januari sampai dengan Desember 2018 didapatkan 10 besar di Rawat Inap dengan hasil, penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) dengan jumlah pasien 816 (17,43%), TB Paru dengan jumlah pasien 769 (16,43%), Diare dengan jumlah pasien 665 (14,21%), *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan jumlah pasien 657 (14,04%), Anemia dengan jumlah pasien 535 (11,43%), *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan jumlah pasien 349 (7,45%), Demam Tifoid dengan jumlah pasien 341 (7,28%), *Soft Tissue Tumor* (STT) dengan jumlah pasien 299 (5,30%), Pneumonia dengan jumlah pasien 248 (5,30%). Berdasarkan data rekam medik yang diperoleh maka angka kejadian Demam Tifoid di RSUD dr. Soekardjo mencapai peringkat ke-7 dengan jumlah pasien 341 (7,28%) dalam kurun waktu 1 tahun terakhir.

Tingginya angka kejadian demam tifoid dapat menimbulkan permasalahan yang kompleks karena dapat menimbulkan gejala yang

biasanya terjadi seperti demam tinggi, nyeri kepala, nyeri perut, kembung, mual, muntah, diare, konstipasi, pusing, bradikardi, nyeri otot, batuk, epistaksis, hepatomegali, splenomegali, meteorismus. Adapun masalah keperawatan yang lazim muncul pada klien demam tifoid seperti ketidakefektifan termoregulasi, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko kekurangan volume cairan dan konstipasi (Nurarif & Kusuma, 2015).

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, dapat dilakukan dengan beberapa cara baik secara farmakologi maupun secara non farmakologi. Obat yang sering digunakan pada pasien demam tifoid yakni pemberian obat antimikroba, obat antipiretik, dan juga vitamin B kompleks serta vitamin C. tirah baring dan perawatan professional serta diet merupakan hal yang cukup penting dalam proses penyembuhan penyakit demam tifoid (Wulandari, 2016).

Perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah secara komprehensif yang meliputi bio-psiko-sosial-kultural. Selain itu untuk mencegah hal-hal tersebut, maka perawat sebagai pendidik, koordinator, pelaksana, supervisor, advokat, fasilitator, dan peneliti dapat memberikan peranan penting terhadap pemenuhan kebutuhan dengan cara melakukan asuhan keperawatan salah satunya adalah melakukan kompres hangat dengan tujuan untuk menurunkan suhu tubuh.

Jurnal penelitian yang dilakukan Ayu et al (2015) didapatkan bahwa pemberian kompres hangat pada daerah aksila (ketiak) lebih efektif

dibandingkan dengan kompres hangat pada dahi karena pada daerah aksila banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak 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.

Maka dari itu, masalah yang timbul seperti suhu tubuh yang tinggi dan pentingnya peran perawat dalam melakukan kompres hangat, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Anak Demam Tifoid Dengan Gangguan Termoregulasi Di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya**”.

## **1. 2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas dirumuskan Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Anak Demam Tifoid dengan Gangguan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

## **1. 3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Anak Demam Tifoid dengan Gangguan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada anak Demam Tifoid dengan gangguan termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak Demam Tifoid dengan gangguan termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada anak Demam Tifoid dengan gangguan termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan anak Demam Tifoid dengan gangguan termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
5. Melakukan evaluasi pada anak anak Demam Tifoid dengan gangguan termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

## **1. 4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Manfaat teoritis ini ditujukan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan khususnya pada anak yang mengalami demam dengan masalah keperawatan Gangguan Termoregulasi dengan penanganan Kompres Hangat.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Perawat**

Untuk meningkatkan sumber informasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang optimal, khususnya untuk mengatasi masalah Gangguan Termoregulasi pada anak yang mengalami demam tifoid menggunakan teknik Kompres Hangat.

#### **2. Rumah Sakit**

Karya tulis ini dapat menjadi masukan dalam peningkatan pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit khususnya untuk mengatasi masalah gangguan termoregulasi pada anak yang mengalami demam tifoid dengan teknik kompres hangat sebagai salah satu intervensi yang bisa dilakukan oleh perawat.

#### **3. Institusi pendidikan**

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pihak institusi pendidikan khususnya untuk mengatasi masalah Gangguan Termoregulasi pada anak yang mengalami demam tifoid menggunakan teknik Kompres Hangat.

#### **4. Klien**

Memperoleh pengetahuan tentang Demam Tifoid dan cara mengatasi masalah Gangguan Termoregulasi pada anak yang mengalami demam dengan teknik Kompres Hangat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

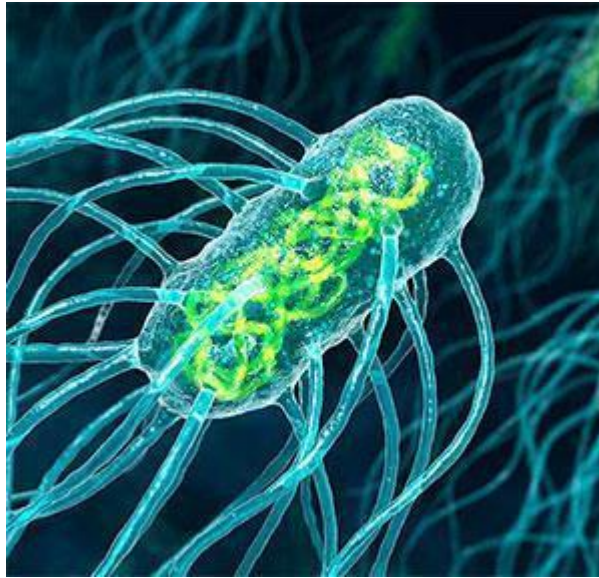
#### **2.1. Konsep Teori**

##### **2.1.1. Pengertian Demam Tifoid**

Demam tifoid adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri bernama *Salmonella typhi*. *Salmonella typhi* hidup didalam badan manusia, dimana kuman ini ditemukan didalam pembuluh darah dan saluran pencernaan penderita (Cita, 2011). Menurut Muttaqin (2011) demam tifoid atau sering disebut dengan tifus abdominalis adalah infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Sedangkan definisi Demam Tifoid menurut Sodikin (2011) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran.

Dapat disimpulkan bahwa Demam Tifoid merupakan penyakit infeksi akut pada pembuluh darah dan saluran pencernaan yang disebabkan oleh *Salmonella typhi* dengan gejala demam selama 1 minggu dan dapat mengakibatkan gangguan pencernaan dan kesadaran.



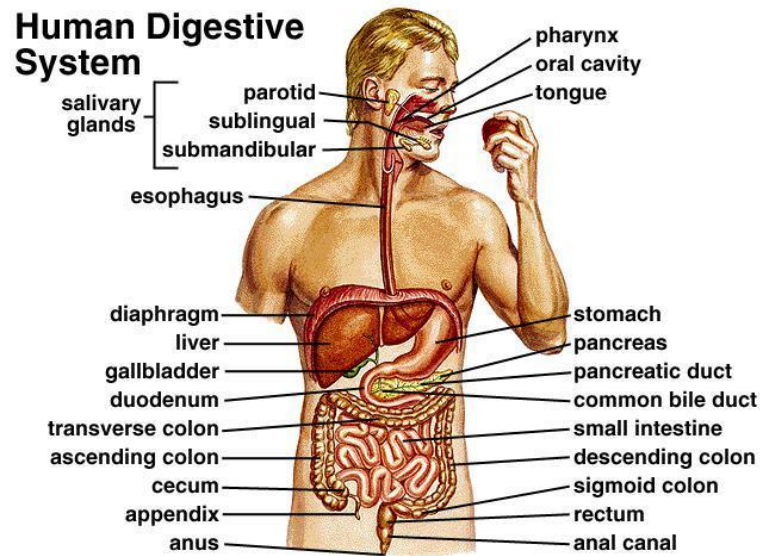


**Gambar 2.1** *Salmonella typhi*

### **2.1.2. Anatomi dan Fisiologi**

Sistem pencernaan atau *sistem gastrointestinal* (mulai dari mulut sampai anus) adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses pencernaan (Marni, 2016).

Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum, dan anus. Sistem pencernaan juga meliputi organ-organ yang terletak diluar saluran pencernaan, yaitu pankreas, hati, dan kandung empedu (Marni, 2016).



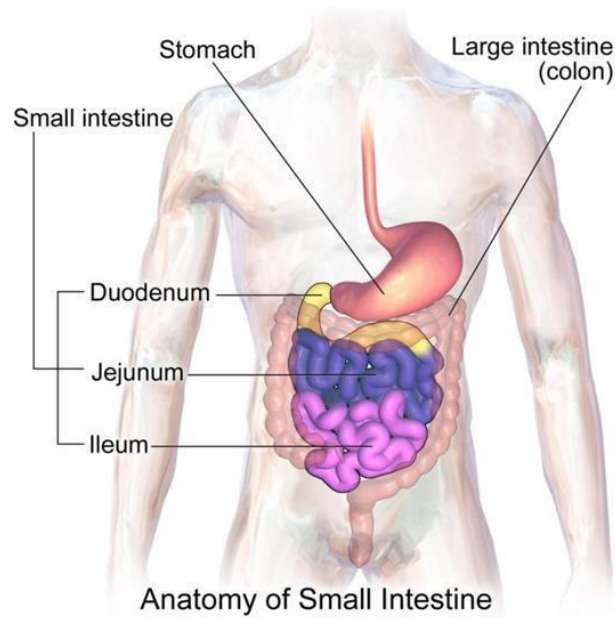
**Gambar 2.2 Saluran Sistem Pencernaan**

#### 2.1.2.1. Usus Halus

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

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

lapisan serosa. Secara anatomi, usus halus terdiri dari tiga bagian, yaitu *duodenum*, *jejunum*, dan *illeum* (Mardalena, 2018).



**Gambar 2.3 Letak Usus Halus dalam Sistem Pencernaan**

#### **a Usus *Duodenum***

Usus duodenum atau usus dua belas jari adalah bagian usus halus yang terletak setelah lambung, dan berhubungan langsung dengan usus jejunum. Usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari *bulbo duodenale* dan berakhir di *ligamentum treitz* (Mardalena, 2018).

Usus dua belas jari merupakan organ *retroperitoneal*, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. Kadar pH normal dalam usus dua belas jari berkisar pada

derajat sembilan. Pada usus ini terdapat dua muara saluran, yaitu dari pankreas dan dari kantung empedu (Mardalena, 2018).

Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari melalui *sphincter pilorus* dalam jumlah yang mampu dicerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan (Mardalena, 2018).

#### **b Usus Jejunum**

Usus jejunum atau usus kosong merupakan bagian kedua dari usus halus. Bagian ini terletak antara usus *duodenum* dan *ileum*. Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2 hingga 8 meter, dimana 1-2 meter adalah bagian usus *jejunum*. Usus *jejunum* dan usus *ileum* digantung dalam tubuh dengan bantuan *mesenterium* (Mardalena, 2018).

Permukaan dalam usus jejunum berupa membran mukus dimana terdapat jonjot usus (*vili*), yang bertugas memperluas permukaan dari usus. Secara histologis, perbedaan antara usus jejunum dengan usus dua belas jari adalah pada berkurangnya kelenjar *Brunner*. Kelenjar *brunner* adalah kelenjar submukosa yang berada di usus duabelas jari. Fungsi utamanya adalah memproduksi sekresi alkalis yang mengandung bikarbonat untuk melindungi usus duabelas jari dari zat

makanan (kim), memberikan kondisi alkalis untuk enzim usus agar dapat aktif, dan sebagai pelumas dinding usus. Sementara perbedaan usus jejunum dengan usus illeum terlihat dari sedikitnya sel goblet dan plak peyeri (Mardalena, 2018).

**c Usus *Illeum***

Usus *illeum* atau usus penyerapan merupakan bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, usus *illeum* memiliki panjang 2-4 meter dan terletak setelah *duodenum* dan *jejunum*. *Illeum* yang memiliki pH antara 7 dan 8, yaitu netral dan sedikit basa, berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu. *Illeum* berbatasan langsung dengan usus besar (Mardalena, 2018).

**2.1.2.2. Usus Besar**

Usus besar berawal dari usus buntu dan berakhir sebagai rektum. Usus besar memiliki fungsi mensekresi 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. 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 rectum meningkat sekitar 18 mmHg pada suatu keadaan dimana tekanan tersebut mencapai 55 mmHg, maka sfingter anal eksterna

maupun interna berelaksasi dan isi rectum dikeluarkan (Sodikin, 2011).

### 2.1.3. Etiologi

Demam tifoid disebabkan oleh infeksi kuman *Salmonella typhi* yang merupakan kuman negatif, motil, dan tidak menghasilkan spora, hidup baik sekali pada suhu manusia maupun suhu yang lebih rendah sedikit serta mati pada suhu 70°C. *Salmonella typhi* mempunyai tiga macam antigen yaitu:

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

*Salmonella paratyphi* terdiri dari tiga 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 tifoid dan masih terus mengekskresi salmonella *typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari satu tahun (Wulandari, 2016).

### 2.1.4. Patofisiologi

Kuman *Salmonella typhi* masuk ke tubuh manusia yang sehat melalui mulut kemudian kuman masuk kedalam lambung, sebagian kuman akan dimusnahkan oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus.

Kuman *Salmonella typhi* yang masuk ke saluran gastrointestinal akan di telan oleh sel-sel fagosit ketika masuk melewati mukosa dan oleh makrofag yang ada di dalam *lamina propria*. Sebagian dari *Salmonella typhi* ada yang dapat masuk ke dalam usus halus mengadakan invasi ke jaringan limfoid *mesentrika*. Kemudian *Salmonella typhi* masuk melalui folikel limpa ke saluran limpatik dan sirkulasi darah sistemik sehingga terjadi bakterimia. Bakterimia pertama-tama menyerang sistem *retikulo endotelial system* (RES) yaitu: hati, limpa, dan tulang, kemudian selanjutnya mengenai saluran organ di dalam tubuh antara lain system saraf pusat, ginjal, dan jaringan limpa (Muttaqin, 2013).

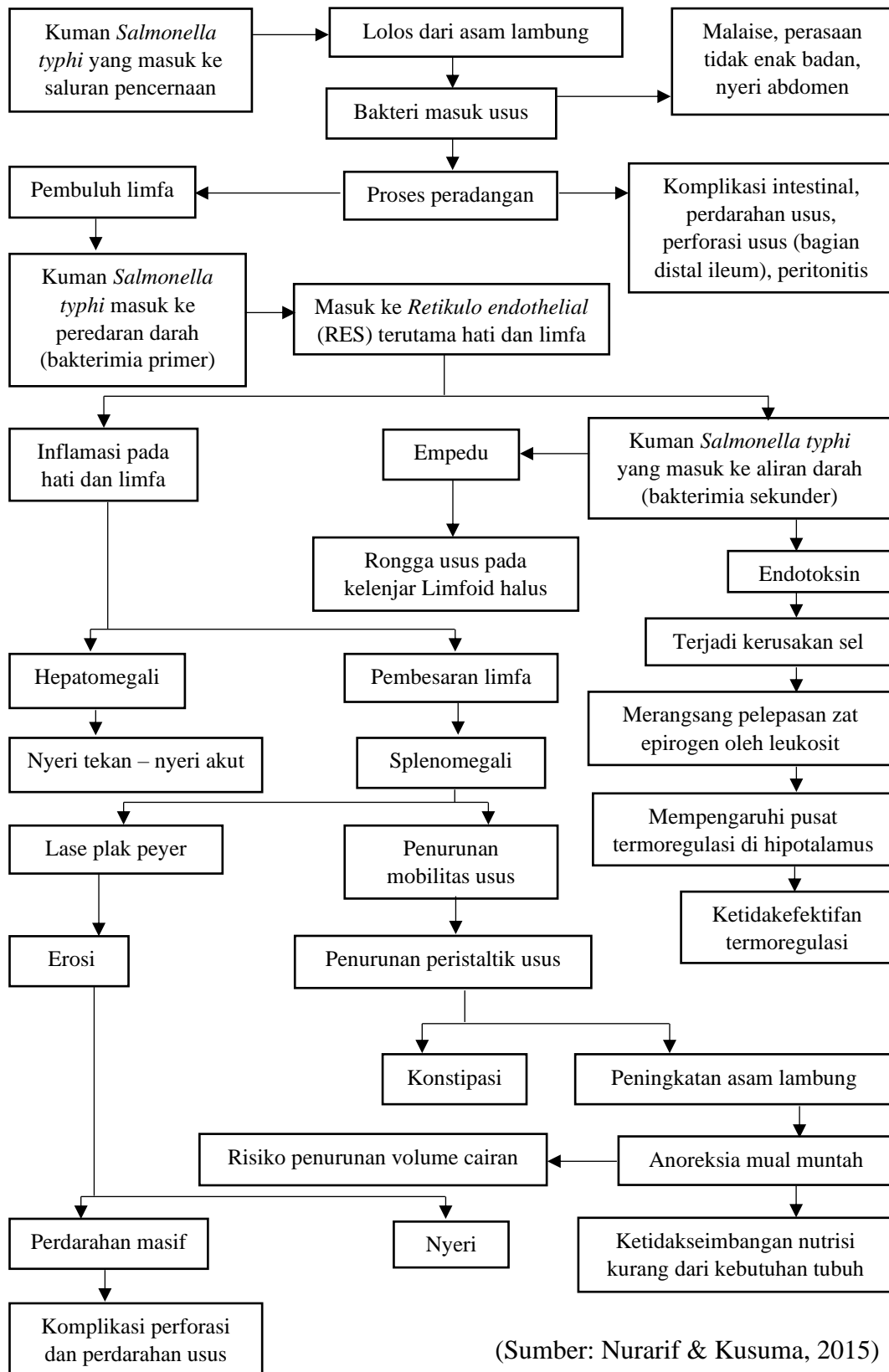
Usus yang terangsang tifus umumnya ileum distal, tetapi kadang bagian lain usus halus dan kolon proksimal juga di hinggapi. pada mulanya, plak peyer penuh dengan fagosit, membesar, menonjol, dan tampak seperti infiltrat atau hiperplasia di mukosa usus. Pada akhir minggu pertama infeksi, terjadi nekrosis dan tukak. Tukak ini lebih besar di ileum dari pada di kolon sesuai dengan ukuran plak peyer yang ada di sana. Kebanyakan tukaknya 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 (Muttaqin, 2013).

Masuknya kuman kedalam 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). Disamping peningkatan suhu tubuh, juga akan terjadi gejala nyeri otot, anoreksia, mual muntah, bising usus melemah, konstipasi, diare, dan perasaan tidak enak diperut. Pada minggu kedua setelah kuman melewati fase awal intestinal, kemudian masuk ke sirkulasi sistemik dengan tanda peningkatan suhu tubuh yang sangat tinggi, lidah yang khas dan kotor, dan tanda-tanda infeksi pada RES seperti nyeri perut kanan atas, splenomegali, hepatomegali dan penurunan kesadaran (Muttaqin, 2013).



**Bagan 2.1 Patofisiologi**



(Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015)

### **2.1.5. Manifestasi Klinik**

Demam tifoid mengakibatkan 3 keluhan pokok, yaitu: Demam berkepanjangan, Gangguan sistem pencernaan, Gangguan kesadaran. Demam lebih dari tujuh hari merupakan gejala yang paling menonjol. Demam ini bisa diikuti oleh gejala tidak khas lainnya, seperti anoreksia atau batuk. Gangguan saluran pencernaan yang sering terjadi adalah konstipasi dan obstipasi (sembelit), meskipun diare bisa juga terjadi. Gejala lain pada saluran pencernaan adalah mual, muntah, atau perasaan tidak enak di perut. Pada kondisi yang parah, demam tifoid bisa disertai dengan gangguan kesadaran yang berupa penurunan kesadaran ringan, apatis, somnolen, hingga koma (Marni, 2016).

### **2.1.6. Komplikasi**

#### **2.1.6.1. Pendarahan Usus**

Pendarahan dalam jumlah sedikit ditemukan ketika dilakukan pemeriksaan tinja dengan benzidin. Jika pendarahan banyak terjadi melena, dapat disertai nyeri perut dengan tanda – tanda renjatan (Marni, 2016).

#### **2.1.6.2. Perforasi Usus**

Timbul biasanya pada minggu ketiga dan biasanya terjadi pada bagian distal ileum. Perforasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara di rongga peritoneum. Dalam

kondisi ini pekak hati menghilang dan terdapat udara di antara hati dan diafragma. Kondisi ini dapat terlihat pada foto abdomen yang dibuat dalam keadaan tegak (Marni, 2016).

#### **2.1.6.3. Peritonitis**

Biasanya menyertai perforasi tetapi dapat terjadi tanpa perforasi usus. Pemeriksaan mungkin menemukan gejala abdomen akut yaitu nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang dan nyeri tekan (Marni, 2016).

#### **2.1.6.4. Komplikasi Luar Usus**

Hal ini terjadi karena lokalisasi peradangan akibat sepsis meningitis, koleistisis, ensefalopati, dan lain-lain. Komplikasi lain yang juga mungkin terjadi karena infeksi sekunder adalah bronkopneumonia (Marni, 2016).

### **2.1.7. Klasifikasi**

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

#### **2.1.7.1. Demam Tifoid Akut Non Komplikasi**

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

selama periode demam, sampai 25% penyakit menunjukkan adanya resespot pada dada, abdomen dan punggung (Marni, 2016).

#### **2.1.7.2. Demam Tifoid dengan Komplikasi**

Pada demam tifoid akut keadaan mungkin dapat berkembang menjadi komplikasi parah. Bergantung pada kualitas pengobatan dan keadaan kliniknya, hingga 10% pasien dapat mengalami komplikasi, mulai dari melena, perforas usus dan peningkatan ketidaknyamanan abdomen (Marni, 2016).

#### **2.1.7.3. Keadaan Karier**

Keadaan karier tifoid terjadi pada 1-5% pasien, tergantung umur pasien. Karier tifoid bersifat kronis dalam hal sekresi *Salmonella typhi* di feses (Marni, 2016).

### **2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik**

#### **2.1.8.1. Pemeriksaan Darah**

Untuk mengidentifikasi adanya anemia karena asupan makanan yang terbatas (malaborpsi), hambatan pembentukan darah dalam sumsum tulang belakang, dan penghancuran sel darah merah dalam peredaran darah. Leukopenia dengan jumlah leukosit antara 3000-4000/mm<sup>3</sup> 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 (Muttaqin, 2013).

#### **2.1.8.2. Pemeriksaan Urin**

Didapatkan proteinuria ringan (<2 gr/liter) juga didapatkan peningkatan leukosit dalam urine (Muttaqin, 2013).

#### **2.1.8.3. Pemeriksaan Feses**

Didapatkan adanya lendir dan darah, dicurigai akan bahaya perdarahan usus dan perforasi (Muttaqin, 2013).

#### **2.1.8.4. Pemeriksaan Bakteriologi**

Untuk identifikasi adanya kuman *Salmonella typhi* pada biakan darah tinja, urine, cairan empedu, atau sumsum tulang (Muttaqin, 2013).

#### **2.1.8.5. Uji IgM Dipstick**

Uji ini digunakan untuk mengidentifikasi IgM spesifik *S. typhi* pada spesimen serum atau darah dengan menggunakan strip

yang mengandung lipopolisakarida *S. typhi* dan anti IgM sebagai kontrol. Sensitivitas uji ini sebesar 65 – 77% dan spesifitasnya sebesar 95 - 100% (Muttaqin, 2013).

#### **2.1.8.6. Pemeriksaan Serologis Widal**

Tes serologis widal adalah reaksi antara antigen dengan aglutinin yang merupakan antibodi spesifik terhadap komponen basil salmonella di dalam darah manusia. Prinsip tesnya adalah terjadinya reaksi aglutinasi antara antigen dan aglutinin yang dideteksi yakni aglutinin O dan H (Muttaqin, 2013).

Aglutinin O mulai dibentuk pada akhir minggu pertama demam sampai puncaknya pada minggu ke 3 – 5. Aglutinin ini dapat bertahan sampai lama 6 – 12 bulan. Aglutinin H mencapai puncak lebih lambat, pada minggu ke 4 – 6 dan menetap dalam waktu yang lebih lama, sampai 2 tahun kemudian (Muttaqin, 2013).

Interprestasi Reaksi Widal : Batas titer yang dijadikan diagnosis, hanya berdasarkan kesepakatan atau perjanjian pada suatu daerah, dan berlaku untuk daerah tersebut. Kebanyakan pendapat bahwa titer O 1/320 sudah menyokong kuat diagnosis demam tifoid (Muttaqin, 2013).

Reaksi widal negative tidak menyingkirkan diagnosis tifoid. Diagnosis demam tifoid dianggap diagnosis pasti adalah bila didapatkan kenaikan titer 4 kali lipat pada pemeriksaan ulang dengan

interval 5-7 hari. Perlu diingat bahwa banyak faktor yang mempengaruhi reaksi widal sehingga mendatangkan hasil yang keliru baik negative palsu atau positif palsu. Hasil tes negative palsu seperti pada keadaan pembentukan antibodi yang rendah yang dapat ditemukan pada keadaan gizi buruk, konsumsi obat-obat immunosupresif, penyakit leukemia,dll. Hasil tes positif palsu dapat dijumpai pada keadaan pasca vaksinasi, mengalami infeksi sub – klinis beberapa waktu yang lalu, aglutinasi silang, dll (Muttaqin, 2013)

#### **2.1.8.7. Pemeriksaan Radiologi**

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau komplikasi akibat demam tifoid (Marni, 2016).

#### **2.1.9. Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan**

##### **2.1.9.1. Pengobatan**

Pemberian Antibiotik :

1. Kloramfenikol 100 mg/kg berat badan/hari/4 kali selama 14 hari.
2. Amoksilin 100 mg/kg berat badan/hari/4 kali.
3. Kotrimoksazol 480 mg, 2 x 2 tablet selama 14 hari.

4. Sefalosporin generasi II dan III (ciprofloxacin 2 x 500 mg selama 6 hari; ofloxacin 600 mg/hari selama 7 hari; ceftriaxone 4 gram/hari selama 3 hari)

#### **2.1.9.2. Istirahat dan Perawatan**

Langkah ini dimaksudkan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Penderita sebaiknya beristirahat total di tempat tidur selama 1 minggu setelah bebas dari demam. Mobilisasi dilakukan secara bertahap, sesuai dengan keadaan penderita. Mengingat mekanisme penularan penyakit ini, kebersihan perorangan perlu dijaga karena ketidakberdayaan pasien untuk buang air besar dan air kecil. (Marni, 2016)

#### **2.1.9.3. Terapi Penunjang secara Simtomatis, Supportif, dan Diet**

Agar tidak memperberat kerja usus, pada tahap awal penderita diberi makanan berupa bubur saring. Selanjutnya penderita dapat diberi makanan yang lebih padat dan akhirnya nasi biasa, sesuai dengan kemampuan dan kondisinya. Pemberian kadar gizi dan mineral perlu dipertimbangkan agar dapat menunjang kesembuhan penderita. (Marni, 2016)



## 2.2. Konsep Termoregulasi

Salah satu kebutuhan fisiologis harus dipertahankan oleh individu adalah kebutuhan termoregulasi. Tubuh memiliki mekanisme untuk mempertahankan suhu tubuh pada kondisi normal. Temperature tubuh dikontrol oleh pusat termoregulasi dalam hipotalamus yang menerima input dari 2 set termoreseptor yaitu reseptor di hipotalamus sendiri yang memonitor temperature darah yang melewati otak dan reseptor di kulit yang memonitor temperature eksternal. Kedua sel informasi ini dibutuhkan agar tubuh dapat membuat penyesuaian yang tepat. Dalam keadaan normal thermostat di hipotalamus selalu diatur pada set point  $37^{\circ}\text{C}$ , setelah informasi tentang suhu diolah di hipotalamus selanjutnya ditentukan pembentukan dan pengeluaran panas sesuai dengan perubahan set point (Susanti, 2012).

Hipotalamus posterior berperan meningkatkan produksi dalam bentuk shivering dan mengurangi pengeluaran panas dengan vasodilatasi pembuluh darah kulit untuk mengurangi produksi keringat oleh kelenjar keringat. Sedangkan hipotalamus anterior berperan menurunkan suhu tubuh dengan cara mengeluarkan panas. Bila suhu lingkungan tinggi dari suhu tubuh maka hipotalamus anterior merespon dengan meningkatkan pengeluaran panas melalui vasodilatasi kulit dan menambah produksi keringat (Susanti, 2012).

Demam adalah kenaikan suhu tubuh di atas normal. Kenaikan suhu tubuh merupakan bagian dari reaksi biologis kompleks, yang diatur dan

dikontrol oleh susunan saraf pusat. Demam sendiri merupakan gambaran karakteristik dari kenaikan suhu tubuh oleh karena berbagai penyakit infeksi dan non infeksi (Sarasvati, 2010).

Durasi dan derajat bergantung pada kekyatan pirogen dan kemampuan individu untuk berespon. Pola demam antara lain:

1. Terus menerus

Tingginya menetap lebih dari 24 jam bervariasi 10°C sampai 20°C.

2. Intermitten

Demam memuncak secara berseling dengan suhu normal. Suhu kembali normal paling sedikit sekali dalam 24 jam.

3. Remiten

Demam memuncak dan turun tanpa kembali ke tingkat suhu normal.

4. Relaps

Periode episode demam diselingi dengan tingkat suhu normal.

Episode demam dan normotermia dapat memanjang lebih dari 24 jam.

Menurut Nelwan (2007) ada beberapa tipe demam yang mungkin dijumpai antara lain:

1. Demam septik

Pada tipe demam septik, suhu badan berangsur naik ke tingkat yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ke tingkat di atas normal pada pagi hari. Sering disertai menggigil dan berkeringat. Bila demam yang tinggi tersebut turun ke tingkat yang normal dinamakan juga demam hektik.

## 2. Demam remiten

Pada tipe demam remiten, suhu badan dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah mencapai suhu badan normal. Perbedaan suhu yang mungkin tercatat dapat mencapai dua derajat dan tidak sebesar perbedaan suhu yang dicatat pada demam septik.

## 3. Demam intermiten

Pada demam intermiten, suhu badan turun ke tingkat yang normal selama beberapa jam dalam satu hari. Bila demam seperti ini terjadi setiap dua hari sekali disebut tersiana dan bila dua hari bebas demam diantara dua serangan demam disebut kuartana.

## 4. Demam kontinyu

Pada tipe demam kontinyu variasi suhu sepanjang hari tidak berbeda lebih dari satu derajat. Pada tingkat demam yang terus menerus tinggi sekali disebut hiperpireksia.

## 5. Demam siklik

Pada tipe demam siklik, terjadi kenaikan suhu badan selama beberapa hari yang diikuti oleh periode bebas demam untuk beberapa hari yang kemudian diikuti oleh kenaikan suhu seperti semula.

Menurut Samuelson (2007), jenis demam terdiri dari:

### 1. Demam fisiologis

Demam ini cenderung normal dan sebagai penyesuaian terhadap fisiologis tubuh, misalnya pada orang yang mengalami dehidrasi dan tingginya aktivitas tubuh (olahraga).

## 2. Demam patologis

Demam ini tidak lagi dikatakan sebagai demam yang normal. Demam yang terjadi sebagai tanda dari suatu penyakit.

Menurut Potter dan Perry (2005) banyak factor yang mempengaruhi suhu tubuh yakni usia, stress, dan lingkungan. Adapun beberapa penatalaksanaan demam menurut susanti (2012) seperti:

### 1. Kompres dingin

Kompres dingin menurunkan temperature kulit lebih cepat daripada temperature tubuh, sehingga merangsang vasokonstriksi dan shivering. Shivering mengakibatkan gangguan metabolisme karena meningkatkan konsumsi oksigen dan volume respirasi, meningkatkan presentase karbon dioksida dalam udara ekspirasi dan meningkatkan aktifitas system saraf simpatis.

### 2. Kompres hangat

Kompres hangat adalah melapisi permukaan kulit dengan handuk yang telah dibasahi air hangat dengan terperatur maksimal 43°C. Lokasi kulit tempat mengompres biasanya di wajah, leher, tangan, dan ketiak. Diantara lokasi tempat pengompresan hangat tersebut, lokasi pada aksila (ketiak) paling efektif karena karena pada daerah aksila banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh dengan penurunan

suhu hingga 0,234°C. Kompres hangat pada dapat dilakukan selama 20 menit, 2 jam sebelum pemberian antipiretik (Ayu, 2015).

### **2.3. Konsep Tumbuh Kembang**

Tumbuh kembang anak sejak dari lahir sampai dewasa, pada umumnya, akan mengikuti pola tertentu yang teratur dan koheren. Tumbuh kembang dipengaruhi, selain oleh faktor genetik, juga oleh faktor lingkungan. Ada faktor yang menunjang dan ada yang menghambat. Tumbuh kembang akan optimal bila anak mendapatkan lingkungan yang kondusif. (Terri & Carman, 2014)

Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan peningkatan ukuran. Pertumbuhan dapat diukur secara kuantitatif. Indikator pertumbuhan meliputi tinggi badan, berat badan, ukuran tulang, dan pertumbuhan gigi. Pola pertumbuhan fisiologis sama untuk semua orang.

Perkembangan merupakan aspek perilaku dari pertumbuhan, misalnya individu mengembangkan kemampuan untuk berjalan, berbicara, dan berlari dan melakukan suatu aktivitas yang semakin kompleks (Berman & Snyder, 2011).

Istilah pertumbuhan dan perkembangan keduanya mengacu pada proses dinamis. Pertumbuhan dan perkembangan walaupun sering digunakan secara bersamaan, keduanya memiliki makna yang berbeda. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkelanjutan,

teratur, dan berurutan yang dipengaruhi oleh faktor maturasi, lingkungan, dan genetik (Berman & Snyder, 2011).

### **2.3.1. Pengertian Anak Usia Sekolah**

Anak usia sekolah adalah waktu berlanjutnya maturasi/kematangan karakteristik fisik, sosial, dan psikologis anak. Selama ini anak bergerak ke arah berpikir abstrak dan mencari pengakuan dari teman sebaya, guru, dan orang tua. Koordinasi mata-tangan-otot mereka memungkinkan untuk berpartisipasi dalam olahraga yang terorganisasi di sekolah atau komunitas. Anak usia sekolah biasanya menghargai kehadiran di sekolah dan aktivitas di sekolah. Adapun kebutuhan tidur anak usia sekolah 7-12 tahun ialah 10 – 11 jam, terdiri dari 8-9 jam tidur malam dan 2 jam di siang hari (Terry & Carman, 2014).

Menurut Puspitasari (2010), pola perkembangan anak, usia yang paling rawan adalah usia anak SD (7-12 tahun). Pada usia 7-12 tahun, mereka sedang dalam perkembangan pra-remaja, yang mana secara fisik maupun psikologis pada masa ini mereka sedang menyongsong pubertas. Perkembangan aspek fisik, kognitif, emosional, mental, dan sosial anak SD membutuhkan cara-cara penyampaian dan intensitas pengetahuan tentang seks dan kesehatan reproduksi yang berbeda dengan tahap-tahap usia yang lain (Amaliyasari & Puspitasari, 2010).

Dapat disimpulkan bahwa anak usia sekolah adalah suatu periode terjadinya kematangan fisik, kognitif, sosial, emosional, dan mental anak,

dimana usia 7 – 12 tahun adalah usia yang paling rawan karena pada tahap ini mereka dalam masa pubertas, sehingga penting memberikan penyampaian tentang pengetahuan seks dan kesehatan reproduksi.

## **2.3.2. Tahap Petumbuhan Anak Usia Sekolah**

### **2.3.2.1. Berat Badan Anak (7 – 12 tahun)**

Anak laki-laki usia 7 tahun, cenderung memiliki berat badan sekitar 21 kg, kurang lebih 1 kg lebih berat dari pada anak perempuan. Rata-rata kenaikan berat badan anak usia sekolah 7 – 12 tahun sebesar 3,2 kg per tahun. Pada periode ini, perbedaan individu pada kenaikan berat badan disebabkan oleh faktor genetik, nutrisi, dan lingkungan. (Kozier & Snyder, 2011).

Sedangkan, menurut Terri & Carman (2014) pada masa usia sekolah, kenaikan berat badan rata-rata adalah 3 – 3,5 kg/tahun, yang kemudian dilanjutkan oleh masa tumbuh adolensien. Dibandingkan anak laki-laki, pacu tumbuh anak perempuan mulai lebih cepat, yaitu pada sekitar umur 8 tahun, sedangkan anak laki-laki baru memasuki masa ini pada umur sekitar 10 tahun.

#### **Rumus perkiraan berat badan dalam kilogram :**

$$\text{Umur (tahun)} \times 7 - 5$$

### **2.3.2.2. Tinggi Badan Anak (7 – 12 tahun)**

Tinggi badan anak usia 7 tahun, baik laki-laki maupun perempuan memiliki tinggi badan yang sama, yaitu kurang lebih 115 cm. Setelah usia 12 tahun, tinggi badan kurang lebih 150 cm. Namun, sering terjadi suatu kenaikan kecil antara 6 – 8 tahun. (Kozier & Snyder, 2011).

#### **Rumus perkiraan tinggi badan dalam sentimeter:**

$$\text{Umur (tahun)} \times 6 + 77$$

### **2.3.2.3. Pertumbuhan Fisik**

Lingkar kepala pada usia sekolah tumbuh hanya 2-3 cm, menandakan pertumbuhan otak yang melambat karena proses mielinisasi sudah sempurna pada usia 7 tahun. Pertumbuhan wajah bagian tengah dan bawah terjadi secara bertahap. Kehilangan gigi desidua (bayi) merupakan tanda maturasi yang lebih dramatis, mulai sekitar usia 6 tahun setelah tumbuhnya gigi-gigi molar pertama. Penggantian dengan gigi dewasa terjadi pada usia 4 tahun (Behrman & Arvin, 2010).

### **2.3.3. Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah**

#### **2.3.3.1. Perkembangan Kognitif (7 – 12 Tahun)**

Tahap perkembangan kognitif untuk anak usia 7 sampai 12 tahun adalah periode pemikiran operasional konkret. Dalam mengembangkan operasi konkret, anak mampu mengasimilasi dan mengkoordinasi informasi tentang dunianya dari dimensi berbeda.



Anak mampu melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain dan berpikir melalui suatu tindakan, mengantisipasi akibatnya dan kemungkinan untuk harus memikirkan kembali tindakan. Ia mampu menggunakan ingatan pengalaman masa lalu yang disimpan untuk mengevaluasi dan mengintrepassikan situasi saat ini (Terry & Carman, 2014).

Anak usia sekolah juga mengembangkan kemampuan untuk mengklasifikasikan atau mambagi beberapa hal kedalam set berbeda dan mengidentifikasi hubungan mereka antara satu sama lain. Anak usia sekolah mampu mengklasifikasikan anggota-anggota dari empat generasi dalam sebuah pohon keluarga secara vertikal dan horizontal, dan pada saat yang sama melihat bahwa seseorang dapat menjadi ayah, anak, paman, dan cucu (Terry & Carman, 2014).

Pada saat inilah, anak usia sekolah mengembangkan ketertarikan dalam mengumpulkan benda-benda. Anak mulai mengumpulkan berbagai benda dan menjadi lebih selektif saat ia berusia lebih besar. Selain itu, selama berpikir operasional konkret, anak usia sekolah mengembangkan pamahaman tentang prinsip konservasi, bahwa sesuatu tidak mengalami perubahan ketika bentuknya berubah (Terry & Carman, 2014).

### **2.3.3.2. Perkembangan Psikoseksual (7 – 12 Tahun)**

Pada fase laten, anak perempuan lebih menyukai teman dengan jenis kelamin perempuan, dan laki-laki dengan laki-laki. Pertanyaan anak tentang seks semakin banyak dan bervariasi, mengarah pada sistem reproduksi. Orangtua harus bijaksana dalam merespon pertanyaan-pertanyaan anak, yaitu menjawabnya dengan jujur dan hangat dan disesuaikan dengan maturasi anak. Anak mungkin dapat bertindak coba-coba dengan teman sepermainan karena seringkali begitu penasaran dengan seks. Peran ibu dan ayah sangat penting dalam melakukan pendekatan dengan anak, termasuk mempelajari apa yang sebenarnya sedang dipikirkan anak berkaitan dengan seks (Terry & Carman, 2014).

### **2.3.3.3. Perkembangan Moral (7 – 12 Tahun)**

Pada fase konvensional, anak sudah mampu bekerjasama dengan kelompok dan mempelajari serta mengadopsi norma-norma yang ada dalam kelompok. Anak mempersepsikan perilakunya sebagai suatu kebaikan ketika perilaku anak menyebabkan mereka diterima oleh keluarga atau teman sekelompoknya. Anak akan mempersiapkan perilakunya sebagai suatu keburukan ketika tindakannya mengganggu hubungannya dengan keluarga, temannya, atau kelompoknya. Anak melihat keadilan sebagai hubungan yang saling menguntungkan antar individu. Anak mempertahankannya

dengan menggunakan norma tersebut dalam mengambil keputusannya, oleh karena itu penting sekali adanya contoh karakter yang baik, seperti jujur, setia, murah hati, baik dari keluarga maupun teman kelompoknya (Terry & Carman, 2014).

#### **2.3.3.4. Perkembangan Psiko-Sosial (7 – 12 Tahun)**

Erikson (2016) mengidentifikasi perkembangan kesehatan membutuhkan peningkatan pemisahan dari orangtua dan kemampuan menemukan penerimaan dalam kelompok yang sepadan serta merundingkan tantangan-tantangan yang ada diluar. Anak akan belajar untuk bekerjasama dan bersaing dengan anak lainnya melalui kegiatan yang dilakukan, baik dalam kegiatan akademik maupun dalam pergaulan.

Otonomi mulai berkembang pada anak di fase ini, terutama awal usia 7 tahun dengan dukungan keluarga terdekat. Perubahan fisik, emosi, dan sosial pada anak yang terjadi mempengaruhi gambaran anak terhadap tubuhnya (*body image*). Interaksi sosial dilakukan dengan keluarga juga kerabat terdekat, lebih luas lagi dengan teman dan orang-orang yang baru ia kenal., umpan balik berupa kritik dan evaluasi dari teman atau lingkungannya mencerminkan penerimaan dari kelompok akan membantu anak semakin mempunyai konsep diri yang positif (Terry & Carman, 2014).

### 2.3.3.5. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Keterampilan bahasa terus meningkat selama masa usia sekolah dan kosa kata meningkat. Anak usia sekolah yang belajar membaca dan kecakapan membaca meningkatkan keterampilan bahasa. Keterampilan membaca meningkat seiring dengan peningkatan pajanan terhadap bacaan. Anak usia sekolah mulai menggunakan lebih banyak bentuk kata bahasa yang kompleks seperti kata jamak dan kata benda. Anak usia 7 tahun sudah dapat mengemukakan kegemarannya terhadap materi sekolah yang baru ia dapatkan. Mereka juga mulai menekuni pelajaran yang mereka anggap menyenangkan dan menantang (Terry & Carman, 2014).

Di usia 7 dan 8 tahun anak-anak sangat senang berimajinasi dan mau mengungkapkan tentang imajinasi tersebut, seperti cita-citanya, hobinya, harapannya, dll. Selain itu, mereka mengembangkan kesadaran metalingusitik – kemampuan untuk berpikir tentang bahasa dan komentar mengenai sifatnya. Ini memungkinkan mereka untuk menikmati lelucon dan teka-teki karena pemahaman mereka tentang makna ganda dan maimainkan kata-kata dan suara. Anak usia sekolah dapat berekspreimen dengan kata kotor dan lelucon kotor jika terpajan. Kelompok usia ini cenderung meniru orang tua, anggota keluarga, atau orang lain (Terry & Carman, 2014).

#### **2.3.4. Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah**

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan keterampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua. Pada usia ini anak berusaha independen dan produktif. Akibat dirawat di rumah sakit menyebabkan perasaan kehilangan kontrol dan ketakutan. Hal ini terjadi karena adanya perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati, dan kehilangan kegiatan dalam kelompok serta akibat kegiatan rutin rumah sakit seperti bedrest, kurangnya privacy, pemakaian kursi roda, dll. (Hastuti, 2015)

Anak telah dapat mengekspresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri atau sakit dengan cara menggigit bibir atau menggenggam sesuatu dengan erat. Anak ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan pada dirinya, sehingga ia selalu mengamati apa yang dilakukan perawat. Anak akan merasa takut terhadap mati pada waktu tidur (Hastuti, 2015).

#### **2.3.5. Faktor - Faktor Stress Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah**

##### **2.3.5.1. Lingkungan**

Saat dirawat di Rumah Sakit klien akan mengalami lingkungan yang baru bagi dirinya dan hal ini akan mengakibatkan stress pada anak (Hastuti, 2015).

#### **2.3.5.2. Berpisah dengan Keluarga**

Klien yang dirawat di rumah sakit akan merasa sendiri dan kesepian, jauh dari keluarga dan suasana rumah yang akrab dan harmonis (Hastuti, 2015).

#### **2.3.5.3. Kurang Informasi**

Anak akan merasa takut karena dia tidak tahu apa yang akan dilakukan oleh perawat atau dokter. Anak tidak tahu tentang penyakitnya dan khawatir akan akibat yang mungkin timbul karena penyakitnya (Hastuti, 2015).

#### **2.3.5.4. Masalah Pengobatan**

Anak takut akan prosedur pengobatan yang akan dilakukan, karena anak merasa bahwa pengobatan yang akan diberikan itu akan menyakitkan. Dengan mengerti kebutuhan anak sesuai dengan tahap perkembangannya dan mampu memenuhi kebutuhan tersebut, perawat dapat mengurangi stress akibat hospitalisasi dan dapat meningkatkan perkembangan anak ke arah yang normal (Hastuti, 2015).

## **2.3.6. Peran Perawat dalam Mengatasi Stres Hospitalisasi**

### **2.3.6.1. Mencegah atau meminimalkan dampak dari perpisahan**

#### **a Rooming In**

Yaitu orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak komunikasi antar orang tua dan anak (Hastuti, 2015).

#### **b Partisipasi Orang Tua**

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit, terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan (Hastuti, 2015).

#### **c Membuat Ruang Perawatan**

Membuat ruang perawatan seperti situasi di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada diruang tersebut (Hastuti, 2015).

#### **d Membantu Anak Mempertahankan Kontak dengan**

##### **Kegiatan Sekolah**

Dengan mendatangkan tutor khusus atau melalui kunjungan teman-teman sekolah, surat menyurat atau melalui telepon (Hastuti, 2015).

#### **2.3.6.2. Mencegah Perasaan Kehilangan Kontrol**

Adanya gangguan dalam memenuhi kegiatan sehari-hari , terutama untuk anak usia sekolah dapat dilakukan dengan cara “*Time Structuring*”. Hal ini meliputi pembuatan jadwal kegiatan penting bagi perawat dan anak, misal : Prosedur pengobatan, latihan, nonton TV, waktu bermain, dll. Jadwal tersebut dibuat dengan kesepakatan antara perawat, orang tua, dan anak (Hastuti, 2015).

#### **2.3.6.3. Meminimalkan Rasa Takut terhadap Perlakuan Tubuh dan Rasa Nyeri**

Persiapan anak terhadap prosedur yang menimbulkan rasa nyeri adalah penting untuk mengurangi ketakutan. Perawat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang dapat ditemui anak jika dia merasa takut , dll. Memanipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh (Hastuti, 2015).

#### **2.3.6.4. Memaksimalkan Manfaat dari Hospitalisasi**

Walaupun hospitalisasi merupakan stressfull bagi anak dan keluarga, tapi juga membantu memfasilitasi perubahan kearah positif antara anak dan anggota keluarga dengan cara membantu perkembangan hubungan orang tua – anak, memberi kesempatan untuk pendidikan, meningkatkan *self – mastery*, dan memberi kesempatan untuk sosialisasi (Hastuti, 2015).



#### **2.3.6.5. Memberi Support pada Anggota Keluarga**

Memberi Informasi, salah satu intervensi keperawatan yang penting adalah memberikan informasi sehubungan dengan penyakit, pengobatan, serta prognosa, reaksi emosional anak terhadap sakit dan dirawat, serta reaksi emosional anggota keluarga terhadap anak yang sakit dan dirawat (Hastuti, 2015).

#### **2.4. Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Demam Tifoid**

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

Menurut Sollu (2018) mengatakan suhu tubuh didefinisikan sebagai salah satu tanda vital yang menggambarkan status kesehatan seseorang. Manusia mempunyai kemampuan yang lebih besar untuk mentolerer suhu tinggi oleh karena banyaknya kelenjar keringat, dan kulitnya hanya ditumbuhi oleh rambut halus. Di dalam tubuh energi panas dihasilkan oleh jaringan aktif terutama dalam otot, kemudian juga dalam lemak, tulang, jaringan ikat, serta saraf. Energi panas yang dihasilkan didistribusikan ke

seluruh tubuh melalui sirkulasi darah, namun suhu bagian-bagian tubuh tidak merata.

Terdapat perbedaan yang cukup besar (sekitar 4°C) antara suhu inti dan suhu permukaan tubuh. Sistem termoregulator tubuh harus dapat mencapai dua gradien suhu yang sesuai, yaitu: antara suhu inti dengan suhu permukaan dan antara suhu permukaan dengan suhu lingkungan. Dari keduanya, suhu inti dengan suhu permukaan adalah yang terpenting untuk kelangsungan fungsi tubuh yang optimal. Pemahaman tentang besaran suhu dan pengaruhnya terhadap mekanisme homeostatis tubuh melalui pendekatan hukum-hukum fisika setidaknya memberi kontribusi yang berarti pada bidang ilmu klinis terapan (Guyton & Hall, 2012).

#### **2.4.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Rohmah, 2012). Pokok utama pengkajian, meliputi:

#### **2.4.1.1. Identitas diri**

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

#### **2.4.1.2. Identitas Penanggung Jawab**

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

#### **2.4.1.3. Keluhan Utama**

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

#### **2.4.1.4. Riwayat Kesehatan Sekarang**

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

- a. P (Provokatus – Paliatif) yaitu apa yang menyebabkan gejala, apa yang bisa memeperberat, apa yang bisa mengurangi. Pada

klien demam tifoid biasanya keluhan utama yang dirasakan adalah demam. Demam bertambah apabila klien banyak melakukan aktivitas atau mobilisasi dan berkurang apabila klien beristirahat dan setelah diberi obat.

- b. Q (Qualitas – Quantitas) yaitu bagian gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan. Biasanya demam hilang timbul dan kadang disertai dengan menggigil.
- c. R (Region – Radiasi) yaitu dimana gejala dirasakan, apakah menyebar. Pada demam tifoid dirasakan pada seluruh tubuh.
- d. S (Skala – Sererity) yaitu Seberapakah tingkat keparahan dirasakan, pada skala berapa. Suhu biasanya dapat mencapai 39-40°C.
- e. T (Time) yaitu kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, seberapa lama gejala dirasakan. Biasanya demam terjadi sore menjelang malam hari, dan menurun pada pagi hari.

#### **2.4.1.5. Riwayat Kesehatan Dahulu**

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

#### **2.4.1.6. Riwayat Kesehatan Keluarga**

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

#### **2.4.1.7. Aktivitas Sehari-Hari**

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

a. Nutrisi

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

b. Eliminasi

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

c. Istirahat Tidur

Menggambarkan pola istirahat klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi: lamanya tidur dan kualitas tidur.

d. Personal Hygiene

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

e. Aktivitas

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

**2.4.1.8. Pertumbuhan dan Perkembangan**

a. Pertumbuhan

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

b. Perkembangan

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

**2.4.1.9. Pemeriksaan Fisik Head to Toe**

a Keadaan atau Penampilan Umum

Lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel.

### b 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. Untuk menilai kesadaran seorang anak menggunakan penilaian PCS (*Pads Coma Scale*) (Wijayaningsih, 2013)

**Tabel 2.1 *Pads Coma Scale* Pediatrik**

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

*Sumber: Marni, 2016*

### c Tanda - Tanda Vital

Pada fase 7-14 hari didapatkan suhu tubuh meningkat 38-40°C pada malam hari dan biasanya turun pada pagi hari (Mutaqqin, 2013).

d Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Pada pasien demam tifoid biasanya ditemukan rambut agak kusam dan lengket, kulit kepala kotor (Mutaqqin, 2013).

2) Mata

Biasanya pada klien demam tifoid didapatkannya ikterus pada sklera terjadi pada kondisi berat, konjungtiva anemia, mata cekung (Mutaqqin, 2013).

3) Telinga

Kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran.

4) Hidung

Pemeriksaan kebersihan, sekresi, dan pernafasan cuping hidung.

5) Mulut

Pada pasien 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 (Mutaqqin, 2013).

6) Leher

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

8) Abdomen

Pada pasien 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, 2013).

9) Punggung dan Bokong

Pada pasien demam tifoid biasanya ditemukan tanda roseola yaitu bintik merah pada punggung dan bokong,

yang sedikit menonjol dengan diameter 2-4 mm (Muttaqin, 2013).

#### 10) Ekstremitas

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

### **2.4.1.10. Data Psikologis**

#### a Gambaran Diri

Sikap individu terhadap dirinya yang meliputi persepsi masa lalu atau sekarang secara dinamis karena berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman-pengalaman baru (Riadi, 2013).

Gambaran diri pada anak usia sekolah biasanya akan bersifat negative. Mereka tidak pernah suka dengan penampilannya ketika sakit, mereka selalu merasa bahwa mereka mempunyai pandangan negative terhadap tubuhnya sendiri. Anak merasa minder dengan teman-temannya yang sehat (Suwargarini, 2014).

#### b Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan, atau nilai pribadi (Riadi, 2013).

c Identitas Diri

Kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian dirinya dan menyadari bahwa dirinya berbeda dengan orang lain (Riadi, 2013).

d Peran Diri

Serangkaian pola sikap, perilaku, nilai, dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu di dalam kelompok sosial (Riadi, 2013).

**2.4.1.11. Data Spiritual**

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

**2.4.1.12. 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.

**2.4.1.13. 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/mm<sup>3</sup> pada fase demam dan trombositopenia terjadi pada stadium panas yaitu pada minggu pertama (Muttaqin, 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, 2013).

**2.4.1.14. Terapi**

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

(tmp) 8mg / kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian. Oral, selama 14 hari (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Pada kasus berat, dapat diberikan ceftriaxon dengan dosis 50mg/kgBB/kali dan diberikan 2 kali sehari atau 80mg/kgBB/hari, sekali sehari, intravena, selama 5 - 7 hari. Pada kasus yang diduga mengalami MDR, maka pilihan antibiotika adalah meropenem, azithromisin dan fluoroquinolon (Nurarif dan Kusuma, 2015).

#### **2.4.2. Analisa Data**

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Nursalam, 2013).

#### **2.4.3. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat

memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah, 2012).

Perumusan diagnosa keperawatan didasarkan pada identifikasi masalah dan kemungkinan penyebab. Selain itu perumusan diagnosa keperawatan juga sesuai dengan kebutuhan klien. Saat menentukan prioritas diagnosa keperawatan digunakan standar prioritas kebutuhan dari Maslow (Manurung, 2011), sebagai berikut:

Prioritas 1: masalah yang berpengaruh pada kebutuhan fisiologis seperti, respirasi, sirkulasi, suhu, hidrasi, menghindari nyeri, nutrisi, perawatan kulit, istirahat/mobilisasi dan eliminasi.

Prioritas 2: masalah yang berpengaruh pada keamanan dan keselamatan seperti, lingkungan yang bebas dari bahaya, kondisi tempat tinggal yang stabil, bebas dari ancaman, pakaian, perlindungan, bebas dari infeksi dan bebas dari rasa takut.

Prioritas 3: masalah yang berpengaruh terhadap cinta dan rasa memiliki seperti, kasih sayang/seksualitas, afiliasi kelompok, hubungan dengan teman, keluarga dan sebaya dalam masyarakat.

Prioritas 4: masalah yang berpengaruh pada harga diri seperti, mendapat respek dari kolega, perkembangan perasaan kompeten, dan perasaan menghargai diri sendiri dan pengakuan diri.

Prioritas 5: masalah yang berpengaruh terhadap aktualisasi diri seperti, semua kebutuhan dari tingkat sebelumnya sudah terpenuhi dan kepuasan terhadap diri dan lingkungan.

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

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

#### **2.4.4. Rencana Keperawatan**

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan, desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien (Rohmah, 2012). Rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan menurut Nurarif dan Kusuma (2015) dan rasional menurut (Marni, 2016) :

#### 2.4.4.1. Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan reaksi inflamasi.

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

Kriteria hasil :

- a Suhu tubuh antara 36,5°C-37,5°C, respirasi dan nadi dalam batas normal.
- b Tidak teraba panas.
- c Keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas.

**Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1 Observasi tanda – tanda vital	Proses peningkatan menunjukkan proses inflamasi dan tanda – tanda vital dapat memberikan gambaran umum klien
2 Monitor warna dan suhu kulit	Kulit kemerahan dan badan teraba hangat menandakan terjadinya hipertermi
3 Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh	untuk mencegah terjadinya penguapan panas yang berlebihan
4 Ajarkan pasien cara mencegah keletihan akibat panas	Membantu klien agar tidak terjadi keletihan yang disebabkan panas
5 Lakukan kompres hangat pada aksila	daerah aksila terdapat vena besar yang memiliki kemampuan proses vasodilatasi yang sangat baik dalam menurunkan suhu tubuh dan sangat dekat dengan otak, di dalam otak terdapat sensor pengatur suhu tubuh yaitu hipotalamus.
6 Melakukan terapi sesuai saran dokter dalam pemberian antipiretik	mengatasi demam secara farmakologi
7 Tingkatkan intake cairan dan nutrisi	untuk mengganti cairan tubuh yang hilang saat demam.



#### 2.4.4.2. Nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan.

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam nyeri klien berkurang.

Kriteria hasil :

- a Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- c Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).

**Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional**

Intervensi	Rasional
1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi.	Untuk mengetahui dengan jelas nyeri klien
2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan	Untuk menentukan adanya nyeri
3 Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	Untuk mengetahui pengalaman nyeri klien
4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	Meningkatkan rasa nyaman pada klien dan menurunkan tingkat stress dan ketidaknyamanan
5 Ajarkan teknik non farmakologi	Meningkatkan rasa sehat dan dapat menurunkan kebutuhan analgetik dan meningkatkan penyembuhan
6 Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik	Untuk memberikan penghilang nyeri/ketidaknyamanan

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

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

Kriteria hasil:

- a. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- b. Menunjukkan peningkatan BB.
- c. Tidak ada tanda – tanda melnutrisi.
- d. Tidak terjadi penurunan BB yang berarti.

**Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1 Kaji keluhan mual atau nyeri pada anak	Informasi ini menentukan data besar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan
2 Observasi status nutrisi anak	Untuk mengetahui tingkat gizi pada pasien
3 Anjurkan orang tua memeberikan makan dengan porsi sedikit tapi sering	Makanan dalam jumlah sedikit dalam waktu sering akan memerlukan pengeluaran energy dan penggunaan pernapasan sedikit. Anak akan menghabiskan makanan dalam jumlah banyak setiap kali makan
4 Klaborasi dengan dokter untuk pemberian antiemetik	Digunakan untuk mengurangi mual dan muntah

**2.4.4.4. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat dan peningkatan suhu tubuh**

Tujuan: dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi kekurangan volume cairan.

Kriteria hasil:

- a. Klien mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan berat badan.
- b. Tanda – tanda vital dalam batas normal.
- c. Tidak ada tanda – tanda dehidrasi, turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

**Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1 Observasi tanda- tanda kekurangan cairan (bibir pecah-pecah, produksi urin sedikit dan turgor kulit tidak elastis).	Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien.
2 Observasi tanda – tanda vital (suhu tubuh setiap 4 jam).	Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan vena sentral dan penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hypovolemia yang mengarah pada penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompensasi pada hipoksia jaringan.
3 Berikan minum yang banyak sesuai toleransi anak.	Untuk mencegah tanda- tanda dehidrasi.
4 Kolaborasi pemberian cairan IV.	Untuk memenuhi asupan cairan selain dibantu dengan asupan cairan melalui oral.
5 Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.	Sebagai evaluasi penting dari intervensi hidrasi dan mencegah terjadinya overdosis.

#### **2.4.4.5. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal**

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

Kriteria hasil:

- a. Mempertahankan bentuk feses lunak 1-3 hari.
- b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi.
- c. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi.
- d. Feses lunak dan berbentuk.

**Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1 Monitor bising usus	Bunyi bising usus secara umum meningkat pada diare dan menurun pada konstipasi.
2 Monitor tanda dan gejala konstipasi	Untuk mengidentifikasi dan intervensi yang tepat.
3 Dorong peningkatan asupan cairan.	Membantu dalam memperbaiki konsistensi feses bila konstipasi.
4 Anjurkan klien melakukan ROM minimal.	Aktivitas fisik regular membantu eliminasi dengan memperbaiki tonus otot abdomen dan merangsang nafsu makan dan peristaltic.
5 Anjurkan klien makan makanan yang mengandung rendah serat.	Diit seimbang rendah serat yang merangsang peristaltic dan eliminasi regular.
6 Kolaborasi dengan dokter pemberian pelembek feses atau laksatif.	Mempermudah defekasi bila terjadi konstipasi.

#### **2.4.5. Impelementasi**

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).

Pelaksanaan yang dilakukan untuk diagnosa ketidak efektifan termoregulasi yaitu : Mengobservasi suhu tubuh, pernapasan, denyut nadi, dan tekanan darah, menyelimuti klien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh, Memberikan kompres hangat, menganjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat, meningkatkan intake cairan dan nutrisi, dan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti piretik.

Pelaksanaan yang dilakukan untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan, yaitu : Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, mengajarkan teknik non farmakologi, dan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.

Pelaksanaan yang dilakukan untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, yaitu : Mengkaji keluhan mual atau nyeri pada anak, mengobservasi status nutrisi anak, menganjurkan orang tua untuk memberikan makan dengan

porsi sedikit tetapi sering, memberikan susu 2 gelas sehari, dan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian antiemetik.

Pelaksanaan yang dilakukan untuk diagnosa resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan peningkatan suhu tubuh, yaitu : Mengobservasi tanda-tanda kurang cairan (bibir pecah-pecah, produksi urin turun, dan turgor kulit tidak elastis), mengobservasi tanda-tanda vital (suhu tubuh) setiap 4 jam, memberikan minum yang banyak sesuai toleransi anak, dan mempertahankan catatan intake dan output yang akurat.

Pelaksanaan yang dilakukan untuk diagnosa Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal, yaitu: Memonitor bising usus, memonitor tanda dan gejala konstipasi, mendorong peningkatan asupan cairan, menganjurkan klien melakukan ROM minimal, menganjurkan klien makan makanan yang mengandung rendah serat, dan berkolaborasi dengan dokter pemberian pelembek feses atau laksatif.

#### **2.4.6. 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: mengakhiri rencana tindakan

keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan. Menurut Rohmah (2012) Jenis-Jenis Evaluasi:

#### **2.4.6.1. Evaluasi Formatif**

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

#### **2.4.6.2. 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.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP atau SOAPIE atau SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat, yang dimaksud SOAPIER yaitu : Subjektif Data, Objektif Data, Analisa atau Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Re-Assement.

##### **a Data Subjektif**

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b Data Objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c Analisa data

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

e Implementasi

Merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan), tuliskan tanggal dan jam perencanaan.

f Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g Reassessment



Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.