

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH
DEMAM TYPHOID DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOREGULASI
DI RUANG MELATI V RUMAH SAKIT UMUM DAERAH 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

PUTRI ANGGRAINI

AKX.17.067



**PROGRAM STUDI DII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHATI KENCANA BANDUNG**

2020

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Putri Anggraini

NPM : AKX.17.067

Program studi : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Pra Sekolah Demam Typoid Dengan Ketidakefektifan Termoregulasi Di Ruang Melati V Rsud Dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional ahli madya (Amd) di program studi DIII Keperawatan Universitas bhakti kencana bandung maupun di perguruan tinggi lainnya
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing

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

Bandung, agustus 2020

Ya
PUTERAI
YEMPEL
C'ESSAH 7010
6000
Putri Anggraini

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH DEMAM
TYPOID DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOREGULASI

DI RUANGAN MELATI V

RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

PUTRI ANGGRAINI

AKX.17.067

Karya tulis ini telah disetujui oleh penguji

TANGGAL, 06 SEPTEMBER 2020

Menyetujui

Pembimbing utama



Djubaedah, S.Pd, MM

NIK:10114157

Pembimbing pendamping



Irfan Safarudin A,S.Kep, Ners

NIK : 10114152

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep

NIDN:0200102009

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH DEMAM
TYPOID DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOREGULASI DI
RUANGAN MELATI V RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

OLEH :

PUTRI ANGGRAINI

AKX.17.067

Telah diuji

Pada tanggal, 06 september 2020

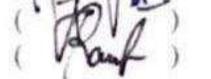
Panitia penguji

Ketua : Hj. Djubaedah, AMK., S.pd., MM

(Pembimbing utama)

Anggota :

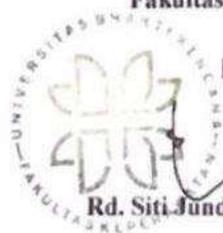
1. Angga Satria Pratama, S.kep., Ners., M.Kep
2. Widyawati, S.Kp
3. Irfan safarudin A, S.Kep., Ners
(pembimbing pendamping)

()
()
()

Mengetahui,

Fakultas Keperawatan

Ketua



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

NIDN: 020007020132

ABSTRAK

Latar Belakang : Berdasarkan catatan *medical record* RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode januari 2019 sampai desember 2019 di ruang melati V demam typhoid dengan jumlah pasien sebanyak 341 orang, Demam typhoid adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Salmonella typhi*, dan penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran. Demam typhoid memiliki satu tanda seperti diare, muntah, nyeri perut, dan sakit kepala. Hal ini terutama bila demam telah berlangsung selama 2 minggu atau lebih, dengan masalah ketidakefektifan Termoregulasi. **Tujuan :** pembuatan karya tulis ini untuk Melaksanakan tindakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. **Metode :** studi kasus yang dilakukan pada dua orang pasien anak demam Typoid dengan masalah ketidakefektifan Termoregulasi. demam typhoid adalah penyakit yang menyerang pada sistem saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* tipe A, B dan C yang dapat menular melalui oral, feses, makanan dan minuman yang terkontaminasi **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah ketidakefektifan termoregulasi pada klien 1 dan 2 teratasi. **Diskusi :** Pasien anak dengan demam typhoid tidak selalu memiliki respon yang sama. Sehingga disarankan kepada perawat dapat memberikan asuhan yang komprehensif dan edukasi kepada keluarga klien yang anaknya mengalami demam typhoid. **Saran :** Memberikan mutu pelayanan keperawatan secara optimal, khususnya dalam tindakan *tepid sponge* untuk anak demam.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Demam Typoid, Ketidakefektifan Termoregulasi.

ABSTRACT

Background: Based on medical record, Dr. RSUD Soekardjo Tasikmalaya Period January 2019 until December 2019 in the room Jasmine V typhoid fever with the number of patients as many as 341 people, typhoid fever is an acute fever disease caused by a bacterial infection of *Salmonella typhi*, and acute infectious diseases that are usually about the gastrointestinal tract, with fever symptoms approximately 1 week, Gangguann on digestion, and impaired consciousness. Typhoid fever has a single sign such as diarrhea, vomiting, abdominal pain, and headaches. This is especially when the fever has lasted for 2 weeks or more, with thermoregulation ineffectiveness problems. **Purpose:** The manufacture of this paper to implement the action of nursing care in children with Typoid fever with the problem of nursing ineffectiveness thermoregulation in room Melati V RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. **Method:** Case study conducted on two patients with Typoid fever of children with thermoregulation ineffectiveness problems. Typhoid fever is a disease that attacks on the digestive tract system caused by *Salmonella typhi* bacteria type A, B and C that can be transmitted through oral, feces, food and beverage contaminated, **results:** After a 3 x 24 hour nursing care by providing nursing intervention, thermoregulation ineffectiveness problems in clients 1 and 2 are resolved. **Discussion:** Child patients with typhoid fever do not necessarily have the same response. So it is advisable that nurses can provide comprehensive care and education to the family of clients whose children have typhoid fever. Advice: Provide the optimal nursing service quality, especially in the action of the sponge border for children fever. **Keywords:** nursing care, Typhoid fever, thermoregulation ineffectiveness.

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 USIA PRA SEKOLAH DEMAM TYPHOID DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOREGULASI DI RUANGAN 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 Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik 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 Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Djubaedah, S.Pd, MM, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Irfan Safarudin A,S.Kep, Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ini.
7. Dr. H Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya. yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Jajang Zaenal, S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Melati yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan

selama praktik keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

9. Staf dosen, staf perpustakaan serta karyawan/i di Prodi D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat STIKes Bhakti Kencana Bandung, segala ilmu yang telah diberikan selama menempuh pendidikan akan tetap mengalir dan semoga berkah di dunia dan di akhirat.
10. Seluruh dosen, staf perpustakaan serta staf program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat.
11. kedua orang tua tercinta bapak dan ibu yang membesarkan dan membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini, kepada mas depot kurniawan dan ayuk erlina dewi kasmiyanti yang telah memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
12. untuk para sahabat Ajeng Mutiara, Marini Aprilia, Nadila dwi oktarina, Nia fitriani, zuliyah, dan ferrando yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
13. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

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

Putri Anggraini

DAFTAR ISI

JUDUL	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstract	vi
Kata Pengantar	v
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Bagan	xiii
Daftar Singkatan.....	xv
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	3
1.4. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Konsep penyakit.....	6
2.2. konsep tumbuh kembang anak.....	22
2.3. konsep asuhan keperawatan demam typhoid	26
BAB III METODE PENULISAN KTI.....	47
3.1. Desain Penelitian.....	47
3.2. Batasan Istilah	47

	3.3. Partisipan	48
3.4. Lokasi Dan Waktu Penelitian		48
3.5. Pengumpulan Data		48
3.6. Uji Keabsahan Data.....		49
	3.7. Analisa Data	50
3.8. Etik Penelitian		52
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		55
	4.1. Hasil	55
	4.2. Pembahasan	98
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		106
	5.1. Kesimpulan	106
	5.2. Saran	108
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Keterangan Pemberian Imnunisasi Pada Anak	32
Tabel 2.2 Intervensi Dan Rasional	38
Tabel 2.3 Intervensi Dan Rasional	39
Tabel 2.4 Intervensi Dan Rasional	42
Tabel 2.5 Intervensi Dan Rasional	43
Tabel 4.1 Pengkajian	56
Tabel 4.2 Pola Aktivitas	60
Tabel 4.3 Pertumbuhan Dan Perkembangan	62
Tabel 4.4 Perkembangan	62
Tabel 4.5 Riwayat Imunisasi	64
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	65
Tabel 4.7 Data Psikologis.....	69
Tabel 4.8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	71
Tabel 4.9 Terapi	72
Tabel 4.10 Analisa Data	73
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan	80
Tabel 4.12 Intervensi.....	85
Tabel 4.13 Implementasi.....	91
Tabel 4.14 Evaluasi	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian Usus Halus	7
------------------------------------	---

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Phathway Demam Typoid.....	12
--------------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

An	:Anak
BAB	:Buang air besar
BAK	:buang air kecil
BB	:berat badan
BBI	:berat badan ideal
BBL	:berat badan lahir
BCG	:bacillus calmette guerin
CRT	:capillary refill time
DPT	:difteri pertusis tetanus
HB-1	:hepatitis b-1
HIB-1	:Haemophilus influenza type
IGD	:instalasi gawat darurat
PCT	:paracetamol
TTV	:tanda-tanda vital
RR	:respirasi rate
TD	:tekanan darah
S	:suhu
TB	:tinggi badan
TPM	:tetes per menit
Tn	:tuan
Ny	:nyonya
WIB	:waktu indonesia bagian barat
Cm	:centimeter
dkk	:dan kawan-kawan

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Bimbingan
Lampiran II	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	Persetujuan Justifikasi
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Satuan Observasi
Lampiran VI	leaflet
Lampiran VII	Jurnal
Lampiran VIII	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Anak merupakan hal yang penting artinya bagi sebuah keluarga. Selain sebagai penerus keturunan, anak pada akhirnya juga sebagai generasi penerus bangsa, menjaga kesehatan anak menjadi perhatian khusus terlebih juga saat pergantian musim yang pada umumnya disertai dengan berbagai penyakit, dengan gejala yang mengakibatkan anak dari sehat menjadi sakit mengakibatkan tubuh bereaksi untuk meningkatkan suhu tubuh yang biasa disebut demam, Oleh karena itu tidak satupun orang tua yang menginginkan anaknya jatuh sakit, lebih-lebih bila anaknya mengalami demam tifoid (Erawati, 2016).

Menurut data WHO (*world health organization, 2013*) memperkirakan angkakejadian di seluruh dunia terdapat sekitar 17 juta per tahun dengan 600.000 orang meninggal karena penyakit 70% kematiannya terjadi di Asia. Diperkirakan angka kejadian dari 150/100.000 per tahun di Amerika selatan dan 900/100.000 per tahun di Asia. Salah satu negara di Asia Tenggara dengan kasus demam typoid yang tinggi adalah Kamboja, di Kamboja demam typoid banyak ditemukan pada anak. Prevalensi kasus demam typoid dari 11,36 per 1.000 penduduk, terjadi pada anak usia kurang dari 7 tahun (ilmiah 2016).

Angka kejadian demam typoid di indonesia diperkirakan sekitar 350-810 per 100.000 penduduk dan morbiditas yang cenderung meningkat setiap tahun seitar 500-100.000 penduduk dengan angka kematian sekitar 0,6-5% angka kejadian demam typoid berbeda setiap daerah (Dinkes 2014; dinkes 2015). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Simanjuntak tahun 2009 (dikutip oleh Adiputra 2013) di Jawa Barat insidensi rata-rata demam tifoid pada masyarakat di daerah semi urban adalah 357,6 per 100.000 penduduk pertahun sedangkan di daerah urban ditemukan 760-810 per 100.000 penduduk pertahun.

Berdasarkan catatan *medical record* RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode januari 2019 sampai desember 2019 di ruang melati V demam typoid dengan jumlah pasien sebanyak 341 orang

Pada penderita demam typoid tanda dan gejala yang sering muncul adalah demam, baik pada orang dewasa maupun anak-anak. Demam adalah peningkatan suhu tubuh yang lebih besar dari jangkauan normal. Pada anak-anak demam merupakan suatu hal yang membuat resah orang tua, karena dengan adanya demam atau peningkatan suhu tubuh, anak mengalami perubahan-perubahan sikap, perilaku, nafsu makan, dan kebiasaan. Hal ini yang membuat orang tua menjadi khawatir akan keadaan anak yang terkena demam typoid. Demam yang tidak ditangani dengan benar, pada anak akan berisiko mengalami kejang serta kerusakan otak, otot, darah dan ginjal bila suhu tubuh mencapai 39-41⁰C (Marilynn E, 2012; Wulandari,2016).

Untuk meminimalisir kejadian demam tifoid, menurut Marni (2016) penanganan yang dilakukan dapat berupa terapi farmakologis dan non-farmakologis. Terapi farmakologis meliputi pemberian antibiotik dan pemberian terapi simptomatik. Beberapa antibiotik yang biasanya diberikan yaitu: kloramfenikol, seftriaxon, ampisilin, dll. Adapun terapi non-farmakologis yang dapat diberikan untuk mengontrol demam pada anak yang dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, salah satunya adalah kompres. Cara melakukan kompres bisa dengan berbagai macam cara yaitu kompres dingin, kompres hangat dan kompres menggunakan alkohol. Dengan terapi tersebut, perawat diharapkan mampu mengelola, mengendalikan, dan mengontrol demam pada anak yang dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya dengan cara *water tepid sponge*. Menurut (Hidayati, 2014) *Water tepid sponge* adalah salah satu tindakan untuk meningkatkan kontrol kehilangan panas tubuh melalui evaporasi dan konduksi, yang biasanya dilakukan pada pasien yang mengalami demam tinggi (Hidayati, 2014).

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Dewi, A.K (2016) didapat bahwa pemberian water tepid sponge lebih efektif dalam menurunkan suhu tubuh anak yang demam dibandingkan dengan kompres air hangat. Hal

ini disebabkan adanya seka tubuh pada teknik tersebut akan mempercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer di sekujur tubuh sehingga evaporasi panas dari kulit ke lingkungan sekitar akan lebih cepat dibandingkan hasil yang diberikan oleh kompres air hangat.

Pada uraian di atas maka peneliti tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul; “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan, bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- 2) Menetapkan diagnosis Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- 3) Menyusun rencana tindakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

- 4) Melaksanakan tindakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan pembaca dan sebagai referensi peneliti selanjutnya dalam pengembangan ilmu pengetahuan mengenai Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.4.2. Manfaat Praktis

1) Perawat

Diharapkan karya tulis ini dapat menjadi referensi bagi perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

2) Rumah Sakit

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai acuan dan bahan pertimbangan dalam membuat standar operasional prosedur teknik kompres hangat *water tepid sponge* dalam menangani klien dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

3) 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 Demam Typoid dengan masalah keperawatan

ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.diharapkan institusi pendidikan melengkapi literatur-litelatur, buku-buku 10 tahun tentang demam Typoid.

4) Klien

Diharapkan karya tulis ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman klien dan keluarga mengenai Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam Typoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1. Pengertian Demam Typoid

Demam typoid atau sering disebut dengan tifus abdominalis adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multi sistemik yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* (muttaqin, A & kumala, S. 2010).

Menurut sodikin (2011) demam typoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran.

Typoid adalah suatu penyakit infeksi usus halus yang disebabkan oleh *salmonella typhi* A, B dan C yang dapat menular melalui oral, makanan, minuman yang terkontaminasi (wulandari, 2016)

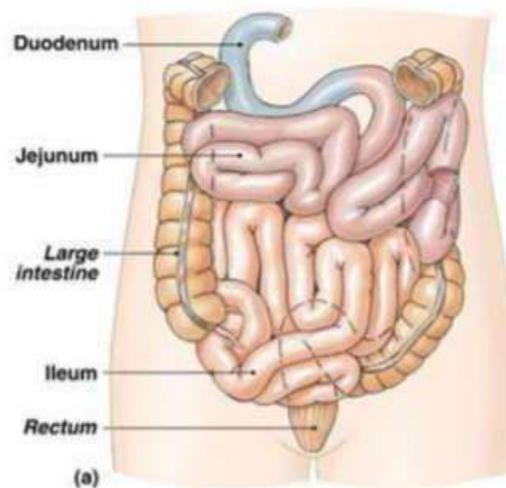
Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian demam typoid adalah penyakit yang menyerang pada sistem saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* tipe A, B dan C yang dapat menular melalui oral, feses, makanan dan minuman yang terkontaminasi.

2.1.2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

1. Usus Halus

Usus halus terbagi menjadi duo denum, jejunum, dan ileum. usus halus memiliki panjang 300-350cm saat lahir, mengalami peningkatan sekitar 50% selama tahun pertama kehidupan, dan berukuran ± 6 m saat dewasa. Duo denum merupakan bagian terpendek dari usus halus yaitu sekitar 7,5-10 cm dengan diameter 1-1,5 cm. Dinding usus terbagi menjadi

4 lapisan yaitu mukosa, submukosa, muskuler, dan serosa (peritoneal). Lapisan mukosa tersusun atas vili usus dan lipatan sirkuler. Vili usus merupakan tonjolan yang mirip jari dan menonjol ke permukaan dalam usus. Lipatan sirkuler terdapat disekeliling bagian dalam usus halus. Ukuran dan jumlah lipatan ini disepanjang usus halus bervariasi. Di bagian bawah ileum, bila ada lipatan ini berukuran kecil dan berjumlah sedikit. Lipatan sirkuler meningkatkan area permukaan absorpsi usus (Sodikin, 2011).



Gambar 2.1 bagian usus halus

Sumber : muttaqin, 2011

1) Usus Duodenum

Duodenum merupakan bagian pertama usus halus. Organ ini disebut juga usus 12 jari panjangnya 25-30 cm berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri pada lengkungannya terdapat pankreas yang menghasilkan amylase yang berfungsi mencerna hidrat arang menjadi disakarida. Duodenum merupakan bagian yang terpendek dari usus halus.

Usus duodenum atau usus dua belas jari adalah bagian usus halus yang terletak setelah lambung, dan berhubungan

langsung dengan usus jejunum. Usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari *bulbo duodenale* dan berakhir di *ligamentum treitz*. Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. Kadar pH normal dalam usus dua belas jari berkisar pada derajat sembilan. Pada usus ini terdapat dua muara saluran, yaitu dari pankreas dan dari kantung empedu.

2) Usus Jejunum

Bagian jejunum memiliki panjang kurang lebih 1-1,5 m, Usus jejunum dan usus ileum digantung dalam tubuh dengan bantuan mesenterium. Permukaan dalam usus jejunum berupa membran mukus dimana terdapat jonjot usus (*vili*), yang bertugas memperluas permukaan dari usus. Secara histologis, perbedaan antara usus jejunum dengan usus dua belas jari adalah pada berkurangnya kelenjar Brunner. Sementara perbedaan usus jejunum dengan usus ileum terlihat dari sedikitnya sel goblet dan plak peyeri.

3) Usus Ileum

Usus *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.

2.13. 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 54,4 °C dalam 1 jam atau 70°C dalam 15 menit . *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).

2.14. Manifestasi Klinis

Masa tunas thypus abdominalis berlangsung antara 10-14 hari. Gejala klinis yang timbul sangat bervariasi dari ringan sampai berat, dari asimtomatik hingga gambaran penyakit yang khas disertai komplikasi hingga kematian. Pada minggu pertama gejala klinis penyakit ini ditemukan keluhan dengan gejala serupa penyakit infeksi akut pada umumnya yaitu : demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, obstipasi, atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan epitaksis. Pada pemeriksaan fisik hanya didapatkan suhu badan meningkat. Sifat demam adalah meningkat perlahan-lahan dan terutama pada sore hari hingga malam hari. Dalam seminggu kedua gejala menjadi lebih jelas berupa demam, bradikardia relative (bradikardia relative adalah peningkatan suhu 1°C tidak di sertai peningkatan denyut nadi

8x/menit), lidah yang berselaput (kotor ditepi, ditengah dan di ujung serta tremor). Hepatomegali splenomegali, meteorismus, gangguan mental berupa sanmolen, stupor, koma, delirium, atau psikosis (Sudoyo W, 1725 : 2010)

2.15. Patofisiologi demam Typoid

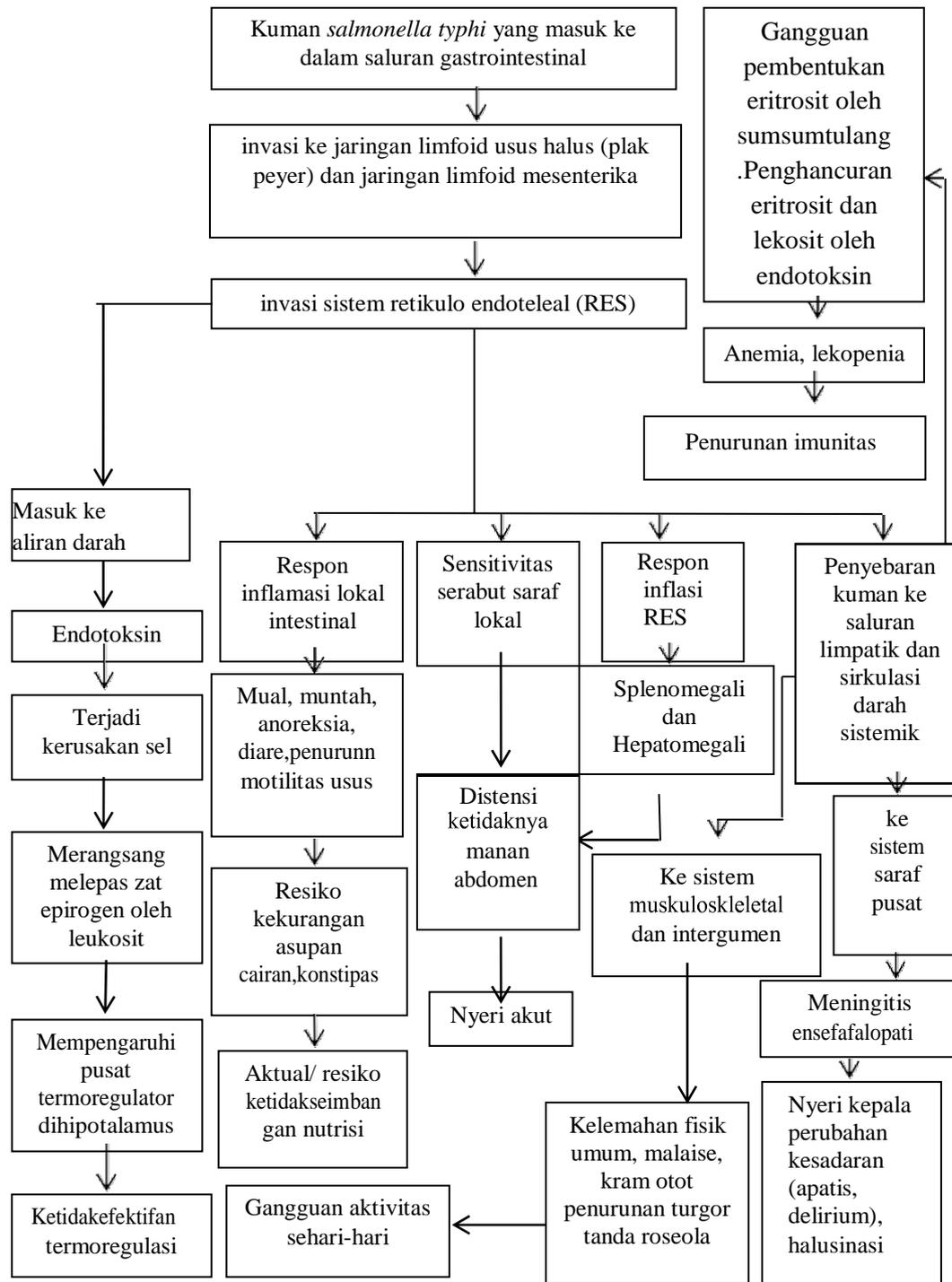
Kuman masuk melalui mulut. Sebagian kuman akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus, kejaringan limfoid dan berkembang biak menyerang vili usus halus kemudian kuman masuk keperedaran darah (bacteria primer), dan mencapai sel-sel retikkulo endoteleal, hati, limpa dan organ-organ lainnya. Proses ini terjadi dalam masa tunas dan akan berakhir saat sel retikulo endoteleal melepaskan kuman kedalam peredaran darah dan menimbulkan bakterimia untuk kedua kalinya. Selanjutnya kuman masuk kebeberapa jaringan organ tubuh, terutama limpa, usus dan kandung empedu. (Suriadi, 2014).

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 & Sari, 2013).

Pada minggu selanjutnya di mana infeksi lokal intestinal terjadi dengan tanda-tanda suhu tubuh masih tetap tinggi, tetapi nilainya lebih rendah dari fase bakterimia dan berlangsung terus-menerus (demam kontinu), lidah kotor, tepi lidah hiperemis, penurunan peristaltik, gangguan digesti dan absorpsi sehingga akan terjadi distensi, diare dan pasien tidak merasa nyaman. Pada masa ini dapat terjadiperdarahan usus, perforasi, dan peritonitis dengan tanda distensi abdomen (Muttaqin & Sari, 2013)

Bagan 2.1 Patofisiologi Demam *Typhoid*



Sumber: Nurarif, 2011

2.1.6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang typhoid dapat dilakukan dengan 5 cara sebagai berikut (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Pemeriksaan Darah Perifer Lengkap

Dapat ditemukannya leukopeni, dapat pula leukositosis atau kadar leukosit normal. Leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa infeksi sekunder.

2. Pemeriksaan SGOT (*serum glutamic oxaloacetic transaminase*) dan SGPT (*serum glutamic pyruvic transaminase*)

SGOT dan SGPT sering meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh. Peningkatan SGOT dan SGPT ini tidak memerlukan penanganan khusus.

3. Pemeriksaan Uji Widal

Uji Widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap bakteri *Salmonella typhi*. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum penderita demam typhoid. Akibat adanya infeksi oleh *Salmonella typhi* maka penderita membuat antibodi (aglutinin).

4. Kultur

kultur darah: bisa positif pada minggu pertama Kultur urin: bisa positif pada akhir minggu kedua

Kultur feses: bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga

5. Anti *Salmonella Typhi* IgM

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut *Salmonella typhi*, karena antibodi IgM muncul pada hari ke-3 dan hari ke-4 terjadinya demam. (Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, 2015).

2.1.7. Komplikasi

Menurut sodikin (2011) komplikasi biasanya terjadi pada usus halus, namun hal tersebut jarang terjadi. Apabila komplikasi ini terjadi pada seorang anak, maka dapat berakibat fatal. Gangguan pada usus halus dapat berupa :

1) Pendarahan usus

Apabila pendarahan terjadi dalam jumlah sedikit, pendarahan tersebut hanya dapat ditemukan jika dilakukan pemeriksaan feses dengan benzidin, jika pendarahan banyak maka dapat terjadi melena yang bisa disertai nyeri perut dengan tanda-tanda renjatan. Perfusi usus biasanya timbul pada minggu ketiga atau setelahnya dan terjadi pada bagian usus distal ileum.

2) Perforasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara di rongga peritoneum, yaitu pekak hati menghilang dan terdapat udara diantara hati dan diafragma pada foto rontgen abdominalis yang dibuat dalam keadaan tegak.

3) Peritonitis

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

4) Komplikasi diluar usus

Terjadi lokalisasi peradangan akibat sepsis (bacterimia), yaitu meningitis, kolesistitis, ensefalopati, dan lain-lain komplikasi diluar usus ini terjadi karena infeksi sekunder, yaitu bronkopneumonia.

2.18. Penatalaksanaan Medik Dan Implikasi Keperawatan

Penderita yang dirawat dengan diagnosis typhus abdominalis terus mendapatkan penanganan sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan secara medik
 - a. Isolasi pasien bertujuan agar penderita tidak terjangkau penyakit lain disekitarnya
 - b. Perawatan yang lebih baik untuk menghindari komplikasi, mengingat sakit yang lama, lemah anoreksia, dll
 - c. Istirahat selama demam sampai dengan 2 minggu berfungsi untuk mencegah pendarahan usus, setelah suhu normal kembali.
 - d. Diit : TKTP (tinggi kalori tinggi protein), tidak merangsang dan tidak menimbulkan gas. Susu 2x satu gelas. Diit typhus abdominalis akut : “bubur saring”. Setelah demam turun diberi bubur kasar 2 hari, kemudian nasi tim dan (nasi biasa, setelah bebas dari demam 7 hari). Untuk penderita dengan kesadaran menurun : makan cair lewat Naso gastric tube. Bila kesadaran baik berikan makanan lunak (rahayuningsih, 112: 2010)
2. Terapi obat
 - a. Kloramfenikol dosis tinggi yaitu 100mg/kg BB/hari oral atau IM/IV bila dianjurkan
 - b. Tiamfenikol
Dengan pemberian tiamfenikol demam turun setelah 5-6 hari. Komplikasi hematologi pada pengguna tiamfenikol jarang terjadi. Dosis oral yang dianjurkan 50-100 mg/kg BB/hari, selama 10-14 hari.
 - c. Kotrimoxazol
Kelebihan kotrimoxazol bagi penderita typhus abdominalis antara lain digunakan untuk kasus yang resisten terhadap kloramfenikol, penyerapan diusus cukup baik, dan kemungkinan kekambuhan pengobatan lebih kecil dibandingkan dengan

kloramfenikol. Kelemahannya adalah dapat terjadi skin rash (1-5%), sindrom steven jhonsen, trombositopenia, anemia megaloblastik.

d. Ampixilin dan amixilin

Ampixilin mempunyai daya bakteri yang lambat untuk menurunkan demam dibanding dengan kloramfenikol tapi lebih efektif untuk mengobati karier serta kurang toksis. Kelemahannya dapat terjadi skin rash (3-18%), dan diare (11%) Amoxilin mempunyai daya bakteri yang sama dengan ampixilin, tapi penyebaran per oral lebih baik sehingga kadarobat yang tercapai 2 kali lebih tinggi, dan lebih sedikit timbulnya kekambuhan (2-5%) dan karier (0-5%) dosis yang dianjurkan adalah :

- 1) Ampixilin 100-200 mg/ kg BB/ hari, selama 10-14 hari
- 2) Amoxilin 100 mg/ kg BB/ hari, selama 10-14 hari

(T. H Rampegan, 60 : 2010)

e. Ceftriaxon

Pada kasus berat dapat diberikan ceftriaxon dengan dosis 50mg/kg BB/ hari, sekali sehari, intravena, selama 5-7 hari (Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.2 Konsep Tumbuh kembang Anak Usia Prasekolah (3-6 tahun)

Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan peningkatan ukuran pertumbuhan dapat diukur secara kuantitatif. Indikator pertumbuhan meliputi tinggi badan, ukuran tulang, dan pertumbuhan gigi. Pada pertumbuhan fisiologis sama untuk semua orang, akan tetapi laju pertumbuhan bervariasi pada tahap pertumbuhan danperkembangan berbeda. Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan kemajuan keterampilan yang dimiliki individu untuk beradaptasi dengan lingkungan. Perkembangan merupakan aspek perilaku dari pertumbuhan, misalnya individu mengembangkan kemampuannya untuk berjalan, berbicara dan berlari serta melakukan aktivitas yang semakin kompleks (Beherman, Kligman & Arivin, 2000; Supartini, 2004; Potter Dan Perry,

2005; Wong, Hockenberry-Eatson, Wilson, Winkelstein & Schwartz, 2009; Kozier, Erb, Berman & Snyder 2011)

Istilah pertumbuhan dan perkembangan keduanya mengacu pada proses dinamis. Pertumbuhan dan perkembangan walaupun sering digunakan secara bergantian, keduanya memiliki makna yang berbeda. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkelanjutan, teratur dan berurutan yang dipengaruhi oleh faktor maturasi, lingkungan dan genetik (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011)

2.2.1 Pengertian Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah adalah anak yang berusia antara 3-6 tahun, pada periode ini pertumbuhan fisik melambat dan perkembangan psikososial serta kognitif mengalami peningkatan. Anak mulai mengembangkan rasa ingin tahunya, dan mampu berkomunikasi dengan baik. Permainan merupakan cara yang digunakan anak untuk belajar dan mengembangkan hubungannya dengan orang lain (DeLaune & Lauder, 2011)

Usia prasekolah merupakan periode yang optimal bagi anak untuk mulai menunjukkan minat dalam kesehatan, anak mengalami perkembangan bahasa dan berinteraksi terhadap lingkungan sosial, mengeksplorasi pemisahan emosional, bergantian antara keras kepala dan keceriaan, antara eksplorasi berani dan ketergantungan. Anak usia prasekolah mereka tahu bahwa dapat melakukan sesuatu yang lebih, tetapi mereka juga sangat menyadari hambatan pada diri mereka dengan orang dewasa serta kemampuan mereka sendiri yang terbatas (Kliegman, Behrman, Jenson, & Stanton, 2013).

Usia tiga hingga lima tahun disebut *The Wonder Years* yaitu masa dimana seorang anak memiliki rasa keingintahuan yang tinggi terhadap sesuatu, sangat dinamis dari kegembiraan ke rengekan, dari amukan ke pelukan. Anak usia prasekolah adalah penjelajah, ilmuwan, seniman, dan

peneliti. Mereka suka belajar dan terus mencari tahu, bagaimana menjadi teman, bagaimana terlibat dengan dunia, dan bagaimana mengendalikan tubuh, emosi, dan pikiran mereka. Dengan sedikit bantuan dari Anda, periode ini akan membangun fondasi yang aman dan tidak terbatas untuk seluruh masa kecil putra atau putri Anda (Markham, 2019).

2.2.2 Tahap Petumbuhan Anak Usia Sekolah

Tubuh anak usia prasekolah akan tumbuh 6,5 hingga 7,8 cm per tahun. Tinggi rata-rata anak usia 3 tahun adalah 96,2 cm, anak-anak usia 4 tahun adalah 103,7 cm dan rata-rata anak usia 5 tahun adalah 118,5 cm. Pertambahan berat badan selama periode usia prasekolah sekitar 2,3 kg per tahun. Rata-rata berat badan anak usia 3 tahun adalah 14,5 kg dan akan mengalami peningkatan menjadi 18,6 kg pada usia 5 tahun. Tulang akan tumbuh sekitar 5 hingga 7,5 sentimeter per tahun Lemak bayi yang hilang dan pertumbuhan otot selama tahun-tahun prasekolah menjadikan penampilan anak terlihat lebih kuat dan dewasa. Panjang tengkorak juga bertambah sedikit, dengan rahang bawah menjadi lebih jelas. Rahang atas melebar selama tahun prasekolah sebagai persiapan untuk munculnya gigi permanen, biasanya mulai sekitar usia 6 Tahun (Kyle, 2012; MedlinePlus, 2019).

2.2.3. Tahapan tumbuh kembang Usia Prasekolah

1. Perkembangan Keterampilan Motorik Kasar

Keterampilan motorik kasar (fisik) adalah keterampilan yang membutuhkan gerakan seluruh tubuh dan yang melibatkan otot-otot besar untuk melakukan fungsi sehari-hari, seperti berdiri dan berjalan, berlari dan melompat, dan duduk tegak di meja. Keterampilan koordinasi mata-tangan seperti keterampilan bola (melempar, 30 menangkap, menendang) serta mengendarai sepeda atau skuter dan berenang (childdevelopment, 2019). Ketika sistem muskuloskeletal anak prasekolah terus matang, keterampilan motorik yang ada menjadi lebih

baik dan yang baru berkembang. Anak usia prasekolah memiliki kontrol yang lebih besar atas gerakannya dan kurang grogi daripada anak balita. Perbaikan yang signifikan pada aspek keterampilan motorik terjadi selama periode usia prasekolah.

Keterampilan Motorik Kasar Anak prasekolah gesit sambil berdiri, berjalan, berlari, dan melompat. Dia bisa naik, turun tangga dan berjalan maju dan mundur dengan mudah. Berdiri berjinjit atau dengan satu kaki masih membutuhkan konsentrasi ekstra. Anak usia prasekolah tampaknya berada pada gerakan konstan. Ia juga menggunakan tubuh untuk memahami konsep-konsep baru (seperti menggunakan lengan dalam gerakan “menenggak”) Mengapa keterampilan motorik kasar penting? Keterampilan motorik kasar penting untuk memungkinkan anak-anak melakukan fungsi sehari-hari, seperti berjalan dan berlari, keterampilan bermain (mis. Memanjat) dan keterampilan olahraga (mis. Menangkap, melempar dan memukul bola dengan tongkat). Namun, hal ini sangat penting untuk keterampilan perawatan diri sehari-hari seperti berpakaian (di mana Anda harus bisa berdiri dengan satu kaki untuk meletakkan kaki Anda ke kaki celana tanpa terjatuh) dan memanjat masuk dan keluar mobil atau bahkan masuk dan keluar tempat tidur. (childdevelopment, 2019) 31 Kemampuan motorik kasar juga memiliki pengaruh pada fungsi sehari-hari lainnya. Sebagai contoh, kemampuan anak untuk mempertahankan postur berdiri tegak. Apabila tidak terpenuhi maka akan mempengaruhi kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam keterampilan motorik halus (misalnya menulis, menggambar dan memotong) dan duduk tegak untuk menghadiri pelajaran di kelas, yang kemudian berdampak pada proses pembelajaran akademik mereka. Keterampilan motorik kasar berdampak pada daya tahan Anda untuk menghadapi satu hari penuh sekolah (duduk tegak di meja, bergerak di antara ruang kelas, membawa tas sekolah yang berat). Mereka juga memengaruhi kemampuan Anda untuk bergerak di lingkungan Anda (mis. Berjalan-jalan di sekitar barang-barang kelas

seperti meja, menaiki bukit taman bermain yang miring atau untuk naik turun eskalator yang bergerak). Tanpa keterampilan motorik kasar yang seimbang, seorang anak akan banyak berusaha keras untuk melakukan tugas sehari-hari seperti makan, merapikan mainan mereka, dan buang air kecil atau buang air besar (childdevelopment, 2019).

2. Keterampilan Motorik Halus

Keterampilan motorik halus berbeda dari keterampilan motorik kasar, Keterampilan motorik halus diperlukan untuk banyak aspek perawatan diri seperti anak-anak, misalnya: mengenakan sepatu, makan sendiri, membersihkan gigi sendiri. Perkembangan motorik halus merupakan komponen penting dari kesejahteraan anak-anak. Sejak lahir hingga usia anak delapan tahun, anak-anak secara terus-menerus mendapatkan, memperbaiki, dan menggabungkan fungsi dan keterampilan motorik mereka dan mengintegrasikan keterampilan mereka. Perkembangan motorik halus memiliki implikasi penting bagi keterlibatan anak-anak dalam seni rupa, menggambar, dan pengalaman menulis yang muncul. Menulis adalah proses kompleks yang membutuhkan pengembangan bahasa, informasi visual, pengetahuan huruf alfabet, pengetahuan kata dan konsep cetak, untuk beberapa nama. Kontrol motorik untuk menghasilkan teks melalui menggambar, membuat tanda dan representasi simbol dari huruf sangat penting dalam mengkomunikasi pesan. Pengembangan motorik halus sangat penting dalam mengembangkan kemampuan membuat tanda dan 33 menulis secara efektif, sehingga pesan dapat dikomunikasikan (State Government of Victoria, 2018).

Anak berusia 3 tahun dapat menggerakkan masing-masing jari secara independen dan mampu menggenggam peralatan dan krayon seperti cara orang dewasa, dengan ibu jari satu sisi dan jari-jari di sisi lain. Ia juga dapat menulis dengan bebas, menyalin lingkaran, menelusuri kotak, dan makan sendiri tanpa banyak makanan yang ditumpahkan. Sekitar

usia 3 hingga 4 tahun, anak-anak mulai menggunakan ritsleting dan kancing, dan terus mendapatkan kemandirian dalam berpakaian dan membuka pakaiannya sendiri. Pada usia ini, anak-anak juga dapat mulai menggunakan gunting untuk memotong kertas. Pengasuh harus yakin untuk memberikan anak-anak gunting “anak” yang tumpul untuk alasan keamanan (Oswalt, 2019).

Anak berusia 3 hingga 4 tahun terus mengasah keterampilan makan mereka dan dapat menggunakan peralatan seperti garpu dan sendok. Anak juga dapat menggunakan alat tulis yang lebih besar, seperti krayon, dalam pegangan menulis daripada hanya menggenggam mereka dengan kepalan tangan mereka. Mereka juga dapat menggunakan gerakan memutar dengan tangan mereka, berguna untuk membuka kenop pintu atau memutar tutup wadah. Karena anak-anak sekarang dapat membuka wadah dengan tutup, pengasuh harus memastikan bahwa zat-zat berbahaya seperti pembersih dan obat-obatan disimpan jauh dari jangkauan di area yang terkunci untuk mencegah keracunan yang tidak disengaja (Oswalt, 2019).

3. Perkembangan Sensorik

Pendengaran utuh saat lahir dan harus tetap demikian sepanjang usia prasekolah. Indera penciuman dan sentuhan terus berkembang sepanjang tahun-tahun prasekolah. Anak usia prasekolah yang masih muda mungkin memiliki indera perasa yang tidak terlalu membedakan daripada anak yang lebih besar, mereka berisiko lebih tinggi untuk menelan benda asing secara tidak sengaja. Ketajaman visual terus mengalami kemajuan dan harus sama secara bilateral. Pada usia 5 tahun memiliki ketajaman visual 20/40 atau 20/30. Penglihatan warna masih utuh pada usia ini. Permainan sensorik bisa menciptakan kesenangan dan pengalaman belajar yang kreatif untuk buah hati. Anak-anak akan belajar keterampilan penting seperti memecahkan masalah dan berpikir kreatif. Caranya, dengan memanfaatkan benda-benda yang

ada di rumah. Justru dengan memanfaatkan barang yang selalu digunakannya anak akan lebih mengerti. Permainan ini punya efek dahsyat bagi kemampuan kognitif, linguistik dan sosial anak (Nugraheni, 2017).

4. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Akuisisi bahasa memungkinkan anak usia prasekolah untuk mengekspresikan pikiran dan kreativitas. Periode usia prasekolah merupakan masa penyempurnaan keterampilan bahasa. Anak berusia 3 tahun menggunakan kalimat pendek yang hanya berisi informasi penting. Kosakata pada anak usia 3 tahun terdiri dari sekitar 900 kata. Anak usia prasekolah dapat memperoleh sebanyak 10 hingga 20 kata baru per hari dan pada usia 5 tahun biasanya memiliki kosakata 2.100 kata (Taylor et al., 2011).

5. Perkembangan Emosional Dan Sosial

Anak usia prasekolah cenderung memiliki emosi yang kuat. Mereka sangat bersemangat, bahagia, dan bingung dalam satu saat, kemudian merasa sangat kecewa setelahnya. Anak usia prasekolah memiliki imajinasi yang jelas, dan ketakutan sangat nyata. Sebagian besar anak seusia ini telah belajar mengendalikan perilaku mereka. Mereka dapat menyebutkan perasaan yang mereka miliki untuk bertindak berdasarkan perasaan itu. Kuatnya perasaan dapat diekspresikan melalui tanah liat, permainan air, menggambar atau melukis, atau permainan dramatis seperti dengan boneka. Anak usia prasekolah sedang mengembangkan rasa identitas, mereka menyadari bahwa mereka adalah laki-laki atau perempuan. Mereka tahu bahwa mereka memiliki keluarga, komunitas, atau budaya tertentu (Kyle, 2012).

2.2.4. Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah pengalaman penuh cemas baik bagi anak maupun keluarganya. Kecemasan utama yang dialami dapat berupa perpisahan dengan keluarga, kehilangan kontrol, lingkungan yang asing,

kehilangan kemandirian dan kebebasan. Reaksi anak dapat dipengaruhi oleh perkembangan usia anak, pengalaman terhadap sakit diagnosa penyakit, sistem dukungan dan coping terhadap cemas (Nursalam, 2013).

Menurut Wong, 2011 hospitalisasi adalah keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat dirumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak mengalami perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan serta mekanisme coping yang terbatas dalam menghadapi stresor. Stresor utama dalam hospitalisasi adalah perpisahan, kehilangan kendali dan nyeri.

2.2.4.1 . Faktor - Faktor Hospitalisasi

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. 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).

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).

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).

2.2.4.2. reaksi terhadap hospitalisasi

Reaksi yang timbul akibat hospitalisasi

1) Raksi anak

Secara umum, anak lebih rentan terhadap efek penyakit dan hospitalisasi karena kondisi ini merupakan perubahan dari status kesehatan dan rutinitas umum pada anak. Hospitalisasi menciptakan serangkaian peristiwa traumatik dan penuh kecemasan dalam iklim ketidakpastian bagi anak dan keluarganya. Baik itu merupakan prosedur elektif yang telah direncanakan sebelumnya ataupun akan situasi darurat yang telah terjadi akibat trauma komplikasi (Kyle & Carman, 2015).

2) Reaksi orang tua

Hampir semua orang tua berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi anak dengan reaksi yang luar biasa. Pada awalnya orang tua dapat bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul tiba-tiba dan serius. Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang digunakan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak (Wong, 2010)

3) Reaksi saudara kandung (sibling)

Reaksi saudara kandung terhadap anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit adalah kesiapan, ketakutan, khawatiran, marah, cemburu, benci, iri dan merasa bersalah. Orang tua sering kali memberikan perhatian yang lebih pada anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal tersebut menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan merasa ditolak (Nursalam, 2013)

4) Perubahan peran keluarga

Selain dampak perpisahan terhadap peran keluarga. Kehilangan

peran orang tua dan sibling. Hal ini dapat mempengaruhi setiap anggota keluarga dengan cara yang berbeda salah satu reaksi orang tua yang paling banyak adalah perhatian khusus dan intersif terhadap anak yang sedang sakit (Wong,2010)

2.2.4.3. Peran Perawat dalam Mengatasi Stres Hospitalisasi

Mencegah atau meminimalkan dampak dari perpisahan

1) Rooming In

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

2) Partisipasi Orang Tua

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

3) 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).

4) 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 Konsep Asuhan Keperawatan Demam Typoid

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis berkesinambungan 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 atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Rohmah, N dan Walid, S. 20010).

Suhu tubuh yang meningkat lebih dari normal atau demam merupakan suatu pertanda adanya gangguan kesehatan dan disebut sebagai diagnosis. Suhu tubuh pada kondisi demam dapat digunakan sebagai salah satu ukuran mengenai membaik atau memburuknya kondisi klien. Demam atau suhu tubuh yang meningkat dapat diturunkan dengan berbagai cara salah satunya dengan menggunakan cara non farmakologi yaitu kompres tepid sponge.

Menurut jurnal karya Siti Haryam (2018) pada proses pemberian kompres tepid sponge ini mekanisme kerja pada kompres tersebut memberikan efek adanya penyaluran sinyal ke hipotalamus melalui keringat dan vasodilatasi perifer sehingga proses perpindahan perpindahan panas yang diperoleh dari kompres tepid sponge ini berlangsung melalui dua proses konduksi dan evaporasi.

Menurut penelitian yang dilakukan Dewi, A.K (2016) Pemberian tepid sponge bath lebih efektif dalam menurunkan suhu tubuh anak, hal ini disebabkan adanya seka tubuh pada teknik tersebut akan mempecepat vasodilatasi pembuluh darah erifer di sekujur tubuh hingga evaporasi panas dari kulit ke lingkungan sekitar.

2.3.1. 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:

- 1) Data dasar adalah seluh informasi tentang status kesehatan klien, meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pla fungsi kesehatan dan pemeriksaan.
- 2) Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang meyimang dari keadaan normal berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat.
- 3) 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.
- 4) 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 :

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) Identitas penanggung jawab

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

3) Keluhan Utama

Demam lebih dari 1 minggu, gangguan kesadaran: apatis sampai samnolen, dan gangguan saluran pencernaan seperti perut kembung atau tegang dan nyeri daerah perut, konstipasi, anoreksia dan mual.

4) Riwayat Kesehatan

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 : 23).

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Secara umum keluhan utama pada klien dengan demam *typhoid* 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 : 238).

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 *typhoid* 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 *typhoid*, 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.

c. Riwayat kesahatan dahulu

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

d. 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 anatar anggota keluarga (Romah, 2012).

5) Riwayat kehamilan dan kelahiran

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

6) Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Menurut Wulandari, 2016 Pada klien demam *typhoid* terdapat keluhan anoreksia dan mual muntah yang berpengaruh pada perubahan pola nutrisi klien demam *typhoid*.

b) Pola Eliminasi

Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi: frekuensi, konsistensi, warna, bau. Pada klien demam *typhoid* didapatkan klien dengan konstipasi atau diare (Wulandari, 2016 : 240).

c) Pola Istirahat Tidur

Jika demam tinggi atau mengigil yang membuat tidak nyaman, maka pola tidur akan terganggu. Karena anak merasakan ketidaknyamanan.

d) Pola Personal Hygiene

Diisi dengan bagaimana kebersihan diri dari sejak sehat dan saat sakit.

e) Aktivitas

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

7) Pertumbuhan dan perkembangan

a) Pertumbuhan

Menurut Soetjiningsih, 2015 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, lingkaran lengan atas, lingkaran dada, lingkaran kepala.

b) Perkembangan

Manurut Soetjiningsih, 2015 Tanyakan tentang perkembangan bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan sosial. Data ini juga dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan.

8) Riwayat Imunisasi

Keterangan Pemberian Imunisasi pada Anak

Tabel 2.1

No	Vaksin	Keterangan pemberian
1	Hepatitis B	Hepatitis B diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 3-6 bulan
2	Polio	Polio diberikan pada saat kunjungan pertama.
3	BCG(Bacillus Calmette Guerrin)	Diberikan sejak lahir
4	DPT (Difteri Pertusis Tetanus)	Diberikan pada umur > 6 minggu, dan diberikan kembali pada umur 18 bulan, 1 tahun dan 5 tahun.
5	Hib	Diberikan umur 2 bulan dengan interval 2 bulan
6	Campak	Campak 1 diberikan pada umur 9 bulan dan campak2 diberikan pada usia 6 tahun
7	MMR	Diberikan pada 12 bulan
8	PCV	Diberikan pada umur 2,4,6 bulan dan umur 1 Tahun
9	Influenza	Umur <8 tahun yang mendapat vaksin influenza pertama kali harus mendapat 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu
10	Hepatitis A	Hepatitis A diberikan pada umur <2 tahun di berikan sebanyak dua kali dengan interval 6-12 bulan.
11	Typhoid	Diberikan pada umur 2 tahun dan diulangi setiap 3 tahun.
12	Dt/TT	Menjelang pubertas, vaksin tetanus ke 5 (dT atau TT) diberikan kepada anak untuk mendapatkan imunisasi selama 25 tahun, DT atau TT diberikan pada umur 10 Tahun.

9) Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan atau penampilan umum

Mengkaji keadaan atau penampilan klien lemah, sakit berat, sakit ringan, 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 (Wijayaningsih, 2013:49)

10) 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, 2013).

11) Pemeriksaan *head to toe*

1. Kepala

Pada klien demam typhoid dikaji warna rambut, distribusi rambut, kebersihan, kutu dan ketombe.

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

3. Telinga

Kebersihan telinga, sekresi dan pemeriksaan pendengaran

4. Hidung

Pemeriksaan kebersihan, sekresi, dan pernafasan cuping hidung.

5. Mulut

Pada pasien dengan Demam *typhoid* 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, 2013).

6. Leher

Pada klien demam typhoid dikaji adakah pembesaran kelenjar limfe, tiroid, posisi trakea, distensi vena jugularis dan kaku kuduk (rohmah, 2012)

7. Dada

Pada saat di inspeksi pasien dengan demam *typhoid* 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 dengan demam typhoid biasanya ditemukan tanda ruam dan roseloa (bintik merah pada bungung dan bokong) (nurarif dan Kusuma, 2015)

10. Ekstermitas

Pada pasien dengan Demam *typhoid* biasanya ditemukan kelemahan fisik umum dan kram pada ekstermitas (Muttaqin, 2013)

12) Data Psikologis

1) Body image

Perasaan tentang penampilan dari segi ukuran dan bentuk

2) Ideal diri

Perasaan tentang bagaimana diri harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi

3) Identitas diri

Persepsi individu tentang jenis kelamin

4) Peran diri

Prilaku yang diharapkan secara sosial yang dihubungkan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok.

13) Data Sosial

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

14) Data spiritual

Di isi 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.

15) 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.

16) Data penunjang

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. Pemeriksaan darah ditemukan leukopenia antara 3000-4000/mm³ pada fase demam dan trombositopenia terjadi pada stadium panas yaitu pada minggu pertama (Muttaqin, 2013).

2. 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).

17) 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.

2.3.2 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).

2.3.3 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).

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasikan masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit, faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah dan kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.

Rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan menurut NIC-NOC (Nurarif, 2015):

- 1) Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan reaksi inflamasi Tujuan: Dalam waktu 3x24 jam suhu tubuh akan kembali normal. Kriteria Hasil:

- a) Keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas.
- b) Temperatur stabil: 36,5-37 °C.
- c) Tidak ada kejang.
- d) Tidak ada perubahan warna kulit.

Tabel 2.2
Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan Termoregulasi

Intervensi (1)	Rasional (2)
NIC	
Temperature regulation	
1. Monitor suhu minimal tiap 2 jam.	1. Mengetahui perubahan suhu.
2. Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu.	2. Suhu 38,9 – 41,1 menunjukkan adanya proses infeksius akut. Pola demam dapat membantu dalam diagnosis. Mengetahui penyakit dengan nilai suhu dan membantu dalam menetapkan intervensi tindakan.
3. Monitor TD, nadi dan RR.	3. TTV merupakan aluan untuk mengetahui keadaan umum pasien.
4. Monitor warna dan suhu kulit.	4. Untuk melihat keadaan kulit.
5. Monitor tanda tanda hipotermi dan hipertermi.	5. Membantu dalam melaksanakan diagnosa.
6. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi.	6. Agar cairan dan nutrisi terpenuhi sesuai kebutuhan.
7. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh.	7. Untuk mencegah hilangnya kehangatan.
8. Ajarkan pada pasien cara mencegah keletihan akibat panas.	8. Untuk memberikan informasi ke pasien tentang cara mencegah keletihan akibat panas.
9. Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negative dari kedinginan	9. Agar pasien dapat mengerti apa efek negatif kedinginan.
10. Beritahu tentang indikasi terjadinya keletihan dan penanganan emergency yang diperlukan	10. Agar dapat menangani keletihan itu sendiri.
11. Ajarkan indikasi dari hipotermi dan penanganan yang diperlukan	11. Memberikan pedoman untuk menangani hipertermi dan hipotermi pada waktu yang tepat.
12. Berikan anti piretik jika perlu	12. Obat antipiretik bekerja sebagai pengatur kembali pusat pengatur panas. (Deliwan, 2017)

2) Nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan.

Tujuan: Dalam waktu 2x24 jam nyeri klien berkurang.

Kriteria Hasil:

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkembang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Tabel 2.3
Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi (1)	Rasional (2)
NIC	
Pain Managemant	
1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	1. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan rasa nyeri yang dirasakan oleh klien sehingga dapat dijadikan intervensi selanjutnya (dongoes,2000).
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.	2. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya (Bakri, 2017).
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	3. Menurunkan rasa takut yang dapat meningkatkan relaksasi atau kenyamanan (Bakri, 2017).
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.	4. Untuk mengetahui penyebab nyeri dan dapat memberikan informasi tentang perkembangan atau resolusi penyakit (Dongoes,2010).
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.	5. Pengalaman nyeri masa lampau merupakan faktor respon terhadap penerimaan nyeri masa sekarang (Bakri, 2017).
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.	6. Untuk mengetahui tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau, sehingga bisa menentukan intervensi yang lebih tepat dan menghindari faktor presipitasi (Bakri, 2017).
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	7. Dukungan keluarga bisa meningkatkan kenyamanan pasien (Bakri, 2017).

-
- | | |
|---|--|
| <p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin.</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.</p> <p>15. Tingkatkan istirahat.</p> <p>16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.</p> <p>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</p> | <p>8. Lingkungan yang tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal (Muttaqin, 2013).</p> <p>9. Dengan mengurangi faktor pemicu nyeri diharapkan terjadi kenyamanan pasien (Bakri, 2017).</p> <p>10. Untuk menurunkan nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan membantu pasien untuk istirahat lebih efektif (Bakri, 2017).</p> <p>11. Membantu dalam mengidentifikasi derajat nyeri dan kebutuhan untuk analgesic (Bakri, 2017).</p> <p>12. Relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan intake oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia jaringan local, Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal (Muttaqin, 2013).</p> <p>13. Analgetik dapat memblok rangsangan nyeri sehingga nyeri tidak dipersepsikan (dongoes,2000).</p> <p>14. Untuk memastikan pasien sudah tidak merasa nyeri setelah diberikan manajemen kontrol nyeri (Bakri, 2017).</p> <p>15. Istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tegangan otot abdominal sehingga menurunkan respon nyeri pacabedah (Muttaqin, 2013).</p> <p>16. Nyeri hebat yang tidak berkurang dengan tindakan rutin dapat mengindikasikan adanya komplikasi dan perlu intervensi lebih lanjut (Dongoes,2010).</p> <p>17. Untuk mengetahui apakah nyeri sudah berkurang (Mades,2015).</p> |
|---|--|

Analgesic Administration

- | | |
|--|--|
| <p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum bpemberian obat</p> <p>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>3. Cek riwayat alergi.</p> <p>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p> <p>7. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pemberian obat nyeri secara</p> | <p>1. Dapat menentukan medikasi yang tepat agar tujuan tercapai maksimal (Mades,2015).</p> <p>2. Untuk memenuhi prinsip ketepatan pemberian obat (Yana,2017).</p> <p>3. Mencegah terjadinya alergi ketika pemberian medikasi (Mades,2015).</p> <p>4. Dapat mengoptimalkan penggunaan analgesic dalam upaya mengurangi skala nyeri klien (Mades,2015).</p> <p>5. Penggunaan tipe analgesik yang sesuai dengan beratnya nyeri akan dapat mengatasi nyeri secara adekuat (Mades, 2015).</p> <p>6. Untuk memenuhi prinsip ketepatan pemberian obat (Yana,2017).</p> <p>7. Untuk memenuhi prinsip ketepatan pemberian obat (Yana,2017).</p> |
|--|--|
-

<p>teratur</p> <p>8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</p> <p>10. Evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala</p>	<p>8. Mengetahui adanya perubahan tanda-tanda vital sebelum dan setelah diberikan analgesik sehingga dapat menentukan kondisi klien saat ini (Mades,2015).</p> <p>9. Penanganan nyeri secara cepat dapat mencegah komplikasi dan meningkatkan kenyamanan pasien (Mades,2015).</p> <p>10. Untuk menentukan keberlanjutan pemakaian analgesik (Mades,2015).</p>
---	---

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) Adanya peningkatan berat badan.
- b) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
- c) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- d) Tidak ada tanda tanda malnutrisi.
- e) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan.
- f) Tidak terjadi penurunan berat badan yg berarti.

Tabel 2.4
Intervensi dan Rasional Ketidakseimbangan Nutrisi

Intervensi (1)	Rasional (2)
NIC	
Nutrition Management	
1. Kaji adanya alergi makanan.	1. Memantau efektivitas rencana diet (Dongoes,2010).
2. Kolaborasi dengan ahlli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.	2. Merencanakan diet dengan kandungan nutrisi yang adekuat untuk memenuhi peningkatan kebutuhan energi dan kalori sehubungan dengan perubahan metabolik pasien (Muttaqin, 2013).
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe.	3. Zat besi dibutuhkan untuk sintesi hemoglobin (Irene, 2018).
4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C.	4. Protein dan vitamin C diperlukan untuk pembentukkan kolagen (Irene, 2018).
5. Berikan substansi gula.	5. Substansi gula (karbohidrat) merupakan sumber energi utama tubuh, sehingga pemenuhannya didalam tubuh sangat penting (Irene, 2018).
6. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).	6. Untuk membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan pasien (Arinda, 2017).
7. Ajarka pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.	7. Melibatkan klien dalam perencanaan memungkinkan klien untuk memahami kontrol dan anjuran makan (Dongoes,2010).
8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.	8. Memvalidasi dan menetapkan masalah untuk menentukan pilihan intervensi yang tepat (Muttaqin, 2013).
9. Monitor informasi tentang kebutuhan nutrisi.	9. Informasi yang diberikan dapat memotivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi (Muttaqin, 2013).
10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.	10. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan (Arinda, 2017).
Nutrition Monitoring	Monitoring status nutrisi bertujuan untuk memvalidasi dan menetapkan masalah untuk menentukan pilihan intervensi yang tepat (Muttaqin, 2013).

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

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

Kriteria Hasil:

- a) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal.
- b) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal.
- c) Tidak ada tanda tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembap, tidak ada rasa haus yg berlebihan.

Tabel 2.5
Intervensi dan Rasional Resiko Kekurangan Volume Cairan

Intervensi (1)	Rasional (2)
NIC	
Fluid Management	
1. Timbang popok/ pembalut jika diperlukan.	1. Mengetahui output (Rama,2016).
2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.	2. Memberikan informasi tentang status cairan dan volume yang bersirkulasi dan kebutuhan penggantian (Dongoes, 2010).
3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan.	3. Perubahan status hidrasi, membrane mukosa, turgor kulit menggambarkan berat ringannya kekurangan cairan (Dongoes,2010).
4. Monitor vital sign.	4. Perubahan tanda vital dapat menggambarkan keadaan umum klien (Rama,2016).
5. Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.	5. Mengetahui status nutrisi dan kalori yang dibutuhkan pasien (Rama,2016).
6. Kolaborasikan pemberian cairan IV.	6. Mempertahankan volume yang beredar dan memperbaiki ketidakseimbangan (Dongoes, 2010).
7. Monitor status nutrisi.	7. Vitamin K menyediakan penggantian faktor yang diperlukan untuk proses pembekuan darah, sehingga tidak kehilangan darah berlebih (Rama,2016).
8. Berikan cairan IV pada suhu ruangan.	8. Untuk mencegah terjadinya hipotermia dan vasokonstriksi (Rama,2016).
9. Dorong masukan oral.	9. Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh (Rama,2016).

-
10. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.
 11. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.
 12. Tawarkan snack (jus buah, buah segar).
 13. Kolaborasi dengan dokter.
 14. Atur kemungkinan transfusi.

Hypovolemia Management

1. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan.
2. Pelihara IV line.
3. Monitor tingkat Hb dan Ht.
4. Monitor tanda vital.
5. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan.
6. Monitor BB.
7. Dorong pasien untuk menambah intake oral.
8. Pemberian cairan IV monitor adanya tanda dan gejala kelebihan volume cairan.
9. Monitor adanya tanda gagal ginjal.

10. Pemberian intake harus disesuaikan dengan output yang hilang untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan (Rama,2016).
11. Keluarga sebagai pendorong pemenuhan kebutuhan cairan pasien (Rama,2016).
12. Membantu memenuhi masukan oral (Rama,2016).
13. Pemberian cairan IV untuk memenuhi kebutuhan cairan (Rama,2016).
14. Mengganti kehilangan banyak cairan/darah (Rama,2016).

1. Memberikan informasi tentang status cairan dan volume yang bersirkulasi dan kebutuhan penggantian (Dongoes, 2010).
 2. Untuk mendapatkan tetesan infuse yang lancar (Putra,2017).
 3. Mengidentifikasi derajat hemokonsentrasi yang disebabkan oleh perpindahan cairan (Rama,2016).
 4. Mengetahui keadaan tanda-tanda vital pasien (Rama,2016).
 5. Untuk mengetahui adanya perbaikan volume cairan tubuh (Rama,2016).
 6. Penambahan BB bermakna dan tiba-tiba menunjukkan retensi cairan (Rama,2016).
 7. Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh (Rama,2016).
 8. Penggantian cairan memperbaiki hipovolemia harus diberikan hati-hati untuk mencegah kelebihan beban (Rama,2016).
 9. Gagal ginjal ditandai dengan gejala retensi cairan, seperti pitting udem + (Rama,2016).
-

2.3.4 Implementasi

Tahap implementasi atau 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).

2.3.5 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.

Dewi, A. K (2016) menyatakan perbedaan dalam pengaruh penurunan suhu tubuh dapat disimpulkan bahwa pemberian tepid sponge lebih efektif dalam menurunkan suhu tubuh anak dengan demam dibandingkan dengan kompres hangat. Hal ini disebabkan adanya seka tubuh pada teknik tersebut akan mempercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer di sekujur tubuh sehingga evaporasi panas dari kulit ke lingkungan sekitar akan lebih cepat.