

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

I NYOMAN SUDIARTA KUSUMA

AKX. 17. 034



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

2020

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : I Nyoman Sudiarta Kusuma
NPM : AKX.17.034
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada dengan Demam Tifoid
Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan
Termolegulasi di RSUD Ciamis

Menyatakan,

1. Karya Tulis Ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar profesional Ahli Madya di Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis Ilmiah ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan dari Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan 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 di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan



(I Nyoman Sudiarta Kusuma)

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

OLEH

**I NYOMAN SUDIARTA KUSUMA
AKX.17.034**

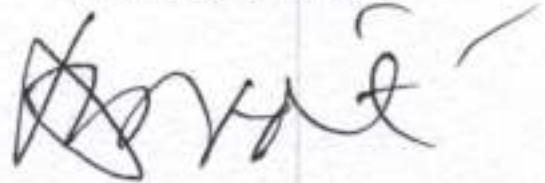
Karya Tulis ilmiah ini Telah disetujui Oleh Panitia Penguji pada Tanggal seperti tertera dibawah ini

Pembimbing Utama




**Hj. Djubaedah,AMK,SPD,MM
NIDK : 9904005169**

Pembimbing Pendamping



**Agus M.D,SPD.,S.Kep.,Ners.,M.Kes
NIDK : 02005020119**

**Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK : 02001020009.**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh:

I NYOMAN SUDIARTA KUSUMA

AKX. 17. 034

Telah diuji

Pada tanggal, 18 Mei 2020

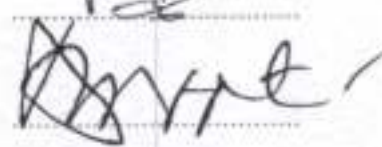
Panitia Penguji

Ketua : Hj. Djubaedah, AMK., Spd., MM

(Pemimbing Utama)

Anggota :

1. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep
(Penguji I)
2. Dedi Mulyadi, S.kep., M.H.Kes., MM
(Penguji II)
3. Agus M.D, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui

Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan,



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

NIDN: 020007020132

ABSTRAK

Latar Belakang: Demam tifoid menempati peringkat pertama di RSUD Ciamis sepanjang tahun 2019 dengan jumlah pasien 967 orang, Sedangkan data di Ruang Melati Jumlah pasien demam tifoid berjumlah 46 orang. Demam tifoid adalah penyakit infeksi usus halus disebabkan oleh *salmonella typhi* yang menular melalui oral, fekal, makanan, dan minuman yang terkontaminasi. Munculnya ketidakefektifan termoregulasi diakibatkan oleh kuman *Salmonella typhi* yang masuk ke saluran gastrointestinal lalu masuk ke aliran darah terjadi kerusakan sel dan merangsang melepas zat epirogen oleh leukosit yang mempengaruhi pusat termoregulator. **Tujuan:** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Demam tifoid dengan ketidakefektifan termoregulasi di RSUD Ciamis. **Metode:** Studi kasus yaitu mengeksplorasi masalah 2 klien yang mengalami Demam Tifoid dengan Ketidakefektifan Termoregulasi di RSUD Ciamis Ruang Melati anak **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan kompres hangat dan intervensi keperawatan lainnya, masalah ketidakefektifan termoregulasi klien 1 dan 2 di hari ke 3 teratasi. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan termoregulasi tidak selalu memiliki respon sama, karena dipengaruhi lama klien terinfeksi, lama perawatan, sehingga perawat melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan klien. **Saran:** Memberikan mutu pelayanan keperawatan nonfarmakologis, khususnya tindakan Kompres Hangat pada axila untuk anak demam tifoid, Disamping tindakan farmakologis

Keyword : Demam Tifoid, Ketidakefektifan Termoregulasi, Kompres Hangat pada axila
Daftar Pustaka : 11 Buku (2010 – 2020), 9 Jurnal (2010 – 2020), 3 Website (2010-2020).

ABSTRACT

Background: Typhoid fever ranks first in Ciamis District Hospital throughout 2019 with 967 patients, while data in Jasmine Room 46 patients have typhoid fever. Typhoid fever is a small intestinal infection caused by salmonella typhi which is transmitted through oral, faecal, contaminated food and drinks. The emergence of thermoregulation ineffectiveness caused by Salmonella typhi bacteria that enter the gastrointestinal tract and then enter the bloodstream occurs cell damage and stimulates the release of epirogen substances by leukocytes that affect the central thermoregulator. Objective: Being able to carry out nursing care for typhoid fever clients with the ineffectiveness of thermoregulation in Ciamis District Hospital. Method: Case study that explores the problem of 2 clients who experience Typhoid Fever with Thermoregulation Ineffectiveness in Ciamis Regional Hospital Jasmine Room children Results: After nursing care is done by giving warm compresses and other nursing interventions, the problem of the ineffectiveness of client thermoregulation 1 and 2 on day 3 is resolved. Discussion: Clients with nursing problems thermoregulative ineffectiveness do not always have the same response, because they are affected by the client's duration of infection, duration of care, so the nurse carries out comprehensive nursing care to deal with the client's nursing problems. Suggestion: Provide quality non-pharmacological nursing services, especially Warm Compress measures on axilla for typhoid fever children, in addition to pharmacological measures

Keyword: Typhoid fever, Ineffective Thermoregulation, Warm compresses on axilla

Bibliography: 11 Books (2010 - 2020), 9 Journals (2010 - 2020), 3 Websites (2010-2020).

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 DENGAN DEMAN TIFOID DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOLEGULASI DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS” dengan sebaik - baiknya.

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

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

1. H.A Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S.Kp., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
4. Dede Nur Aziz M, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Hj. Djubaedah,AMK.,Spd.,MM selaku Pembimbing Utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Agus M.D,Spd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes selaku Pembimbing Pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Nunung Patimah, S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Melati lt 3 yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Kepada mereka yang selalu menjadi penyemangat demi keberhasilan penulis, yaitu Orang tua I Wayan Sarda dan Ni Wayan Sumaryani, dan kakak saya I Putu Endra Setyawan serta Saudara kembar saya I Made Wijaya Kusuma.
11. Kepada Senior, teman seperjuangan Abdurahman Abid, Affan ikhtiar almadani, Anjar Yudiyansah, Meda susetha, M. Fauzan Darmawan, M. Raffi Ardian, Ratnengsih serta Anestesi Angkatan XIII tahun 2020 yang telah memberikan semangat, motivasi, dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
12. 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 ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 2020

I Nyoman Sudiarta Kusuma

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstract	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7

1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar Penyakit	9
2.1.1 Pengertian Demam Tifoid	9
2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan	10
2.1.3 Etiologi.....	21
2.1.4 Patofisiologi	22
2.1.5 Manifestasi Klinik.....	25
2.1.6 Komplikasi	26
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	27
2.1.8 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan	28
2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak.....	30
2.2.1 Pertumbuhan	30
2.2.2 Pertumbuhan pada anak usia prasekolah.....	30
2.2.3 Perkembangan anak usia prasekolah	33
2.2.4 Faktor yang mempengaruhi Tumbuh Kembang	39
2.2.5 Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah.....	43
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	46
2.3.1 Pengkajian	46
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	56
2.3.3 Intervensi	56
2.3.4 Implementasi	61

2.3.5 Evaluasi	61
BAB III METODE PENULISAN KTI	65
3.1 Desain Penelitian.....	65
3.2 Batasan Istilah	65
3.3 Partisipasi/Responden/Subyek Penelitian	67
3.4 Lokasi dan Waktu	67
3.5 Pengumpulan Data	67
3.6 Uji Keabsahan Data.....	68
3.7 Analisa Data	69
3.8 Etik Penelitian	70
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	74
4.1 HASIL	74
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	74
4.1.2 Asuhan Keperawatan	74
4.1.2.1 Pengkajian	74
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	92
4.1.2.3 Intervensi.....	93
4.1.2.4 Implementasi	96
4.1.2.5 Evaluasi	104
4.2 Pembahasan	104
4.2.1 Pengkajian	106
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	110

4.2.3 Intervensi.....	113
4.2.4 Implementasi	114
4.2.5 Evaluasi.....	115
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	117
5.1 Kesimpulan	117
5.2 Saran.....	120

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Salmonella typh</i>	10
Gambar 2.2 Saluran sistem pencernaan	11
Gambar 2.3 Letak usus di Dalam Sistem Pencernaan.....	16

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kuesioner Pra Skrining Perkembangan 60 Bulan.....	34
Tabel 2.2 Denver Development Screening Test	37
Tabel 2.3 Keterangan pemberian Imunisasi pada Anak.....	50
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional	57
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional	58
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional.....	59
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional.....	60
Tabel 4.1 Pengkajian	74
Tabel 4.2 Pola Aktivitas	78
Tabel 4.3 Pemeriksaan fisik	80
Tabel 4.4 Riwayat imunisasi	81
Tabel 4.5 Pemeriksaan fisik klien	81
Tabel 4.6 Pemeriksaan psikologi	85
Tabel 4.7 Pemeriksaan diagnostik.....	86
Tabel 4.8 Program dan rencana pengobatan	87
Tabel 4.9 Analisa data.....	88
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	92
Tabel 4.11 Intervensi	93
Tabel 4.12 Implementasi	96
Tabel 4.13 Evaluasi.....	104

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi	24
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar bimbingan
Lampiran II	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	Persetujuan Justifikasi
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	Leaflet
Lampiran VII	Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
BCG	: <i>Bacillus Calmette-guerin</i>
CM	: <i>Composmentis</i>
cm	: Centimeter
DPT	: Deferi Pertusi Tetanus
HCL	: Asam Klorida
Ic	: Intracutan
IV	: Intravena
KG	: Kilogram
ml	: Milimeter
ROM	: <i>Range of Mation</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Sc	: Subkutan
TB	: Tinggi Badan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 Jumlah kasus demam tifoid di seluruh dunia diperkirakan terdapat 21 juta kasus dengan 128.000 sampai 161.000 kematian setiap tahun, Studi yang dilakukan di daerah urban di beberapa negara Asia pada anak usia 5–10 tahun menunjukkan bahwa insidensi angka kejadian demam tifoid mencapai 180–194 per 100.000 anak, di Asia Selatan pada usia 5–10 tahun sebesar 400–500 per 100.000 penduduk, di Asia Tenggara 100–200 per 100.000 penduduk, dan di Asia Timur kurang dari 100 kasus per 100.000 penduduk. Di Indonesia sendiri, menurut data survey saat ini memperkirakan ada 600.000 – 1,3 juta kasus demam tifoid tiap tahunnya dengan lebih dari 20.000 kematian dengan sebaran menurut kelompok umur 120/100.000 penduduk (0–1 tahun), 148,7/100.000 penduduk (2–4 tahun), 180,3/100.000 (5-10 tahun), dan 51,2/100.000 (≥ 10 tahun). Angka ini menunjukkan bahwa penderita terbanyak adalah pada kelompok usia 2-10 tahun (Purba et al, 2016).

Anak merupakan generasi penerus bangsa yang diharapkan menjadi sumberdaya manusia yang berkualitas di masa depan dan layak untuk mendapatkan perhatian khusus. Kesehatan anak merupakan “usia emas” dalam pembentukan sumberdaya manusia baik dari segi pertumbuhan fisik maupu

kecerdasan, dimana hal ini harus didukung oleh status gizi yang baik dan lingkungan yang sehat. (Sugeng, 2019)

Lingkungan sehat adalah lingkungan yang terhindar dari hal – hal yang menyebabkan gangguan kesehatan. Secara epidemiologis penyebaran penyakit berbasis lingkungan di kalangan anak di Indonesia masih tinggi. Ancaman penyakit yang banyak dialami pada anak antara lain demam berdarah dengue, diare, cacangan dan demam tifoid (Anugrah,2016).

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

Di Jawa Barat, prevalensi demam tifoid menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2009 adalah 2,14 per 1.000 atau menempati urutan kedua setelah pneumonia. Di Indonesia, demam tifoid merupakan penyakit yang sangat populer baik di kalangan petugas medis bahkan di masyarakat awam.

Menurut catatan *medical record* RSUD Ciamis periode Juli sampai desember 2019 di dapatkan data bahwa penyakit demam tifoid menempati peringkat pertama di ruang rawat inap RSUD Ciamis, dengan jumlah pasien sebanyak 967 orang, Sedangkan data di Ruangan Melati RSUD Ciamis Jumlah pasien demam tifoid diruang Melati berjumlah 46 orang (Sumber : Data *Medical*

Record RSUD Ciamis). Dari data rekam medik, penyakit demam tifoid di RSUD Ciamis menempati peringkat pertama. Hal ini menimbulkan masalah yang kompleks, sebab Menurut Wulandari & Erawati (2016) menjelaskan bahwa demam tifoid dapat menimbulkan komplikasi apabila tidak di tangani dengan cepat dan tepat seperti pendarahan pada usus, perforasi, dan peritonitis. Sedangkan dampak demam tifoid sendiri terhadap tubuh manusia yaitu menimbulkan perasaan tidak enak badan, lesu, pusing, dan tidak bersemangat yang kemudian disusul dengan gejala-gejala klinis seperti nyeri bagian perut, anoreksia, mual muntah, konstipasi, diare, dan demam panas. Untuk mengatasi gejala-gejala yang timbul akibat demam tifoid bagi tubuh, dapat dilakukan tindakan farmakologis seperti pemberian antibiotik kloramfenikol, tiamfenikol, kortrimoksazol, ampilisin sesuai dosis yang dianjurkan dokter. Disamping tindakan farmakologis, dapat diberikan tindakan nonfarmakologis seperti istirahat dan perawatan, diet, serta pemberian kompres.

Penulis memfokuskan termoregulasi pada klien karna ketidakefektifan termoregulasi merupakan fluktuasi suhu diantara hipotermia dan hipertermia, yang bisa menyebabkan klien mengigil ringan, peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal, penurunan suhu tubuh di bawah kisaran normal, pucat sedang, takikardia. Oleh karna itu perawat diharapkan mampu mengelola atau tepatnya mengendalikan dan mengontrol demam pada anak, dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya adalah dengan cara kompres. Pemberian kompres yang disepakati saat ini adalah dengan air hangat dibandingkan tepid sponge, setelah pemberian anti piretik pada kasus demam yang cukup tinggi. Kompres

tubuh anak diketiak menggunakan air hangat lebih dianjurkan. Hal ini dilakukan Berdasarkan prosedur tindakan, terdapat keunggulan yang dimiliki teknik kompres hangat dibandingkan dengan teknik tepid sponge yaitu kecilnya washlap yang kontak dengan tubuh memberikan kenyamanan yang lebih dibandingkan dengan teknik tepid sponge. Ketidaknyamanan ini dapat dilihat dari kegelisahan anak, menangis dan mudah tersinggung. juga karena prosedur tindakan kompres hangat lebih mudah dilakukan dan tidak memerlukan biaya yang cukup besar (Wardiyah,2016)

Penurunan suhu pada kompres dahi dengan kompres axilla yang lebih cepat dalam menurunkan suhu adalah kompres daerah Axilla. Hal ini karena pemberian kompres Axilla terdapat reseptor suhu yang mendapatkan pengaruh dari suhu air kompres. Sedangkan pada daerah dahi hanya dekat dengan hipotalamus dan tidak terdapat reseptor suhu, sehingga pemberian kompres hangat daerah dahi kurang efektif dalam menurunkan suhu tubuh karena tidak terdapat reseptor suhu sehingga lebih lambat dalam menurunkan suhu. (Tasnim,2014). Berdasarkan hasil penelitian Pratiwi (2016) menunjukkan bahwa kompres hangat pada *axilla* dan kompres hangat *servikal* (leher) dapat mempengaruhi penurunan suhu tubuh pada anak yang mengalami demam, Tetapi rata-rata penurunan suhu tubuh pada kelompok kompres hangat *axilla* lebih besar daripada rata-rata penurunan suhu tubuh pada kelompok kompres hangat *servikal* (leher). Hal ini karena reseptor yang memberi sinyal terhadap *hypothalamus* lebih banyak serta terdapat kelenjar keringat apokrin pada kedua daerah *axilla*.

Berdasarkan jurnal penelitian dijelaskan bahwa terjadi penurunan suhu pada kompres *Axilla* karena pemberian kompres *Axilla* terdapat reseptor suhu yang mendapatkan pengaruh dari suhu air kompres. Daerah ketiak (*Axilla*) terdapat vena besar yang memiliki kemampuan proses vasodilatasi yang sangat baik dalam menurunkan suhu tubuh dan sangat dekat dengan otak, didalam otak terdapat sensor pengatur suhu tubuh yaitu hipotalamus. Pemberian kompres hangat pada daerah aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak (Ayu et al, 2015).

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

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

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

1.3.2 Tujuan khusus

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

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

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

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Perawat

Untuk meningkatkan sumber informasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang optimal, khususnya untuk mengatasi masalah Ketidakefektifan Termoregulasi pada anak yang mengalami demam dengan Pemberian kompres hangat pada daerah aksila.

2. Rumah Sakit

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

3. Institusi Pendidikan

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

4. Keluarga Klien dan klien

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Demam Tifoid

Demam tifoid adalah penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh infeksi *salmonella thypi* pada usus kecil dan aliran darah. Organisme ini masuk melalui makanan minuman yang sudah terkontaminasi oleh feses dan urine dari orang yang terkontaminasi kuman *salmonella* (Irianto, 2014). Menurut Sodikin (2011) demam tifoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran cerna, dengan gejala demam kurang lebih 1 minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran. Pertimbangan demam tifoid pada anak yang demam dan memiliki salah satu tanda seperti diare, muntah, nyeri perut, dan sakit kepala. Hal ini terutama bila demam telah berlangsung selama 7 hari atau lebih. Bakteri *Salmonella typhi* ini biasanya hidup pada tubuh manusia dan ditularkan melalui kotoran seseorang seperti feses atau air kencing dan lingkungan yang kotor.

Suatu penyakit infeksi usus halus yang disebabkan oleh salmonella tipe A,B,C yang dapat menular melalui oral, fekal, makanan, dan minuman yang terkontaminasi (Wulandari & Erawati, 2016).

Dapat disimpulkan bahwa Demam tifoid adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan salmonella typhi, di tandai adanya demam 7 hari atau lebih, gejala saluran pencernaan dan gangguan pada sistem saraf pusat (sakit kepala, kejang, dan gangguan kesadaran).



Gambar 2.1 salmonella typhi

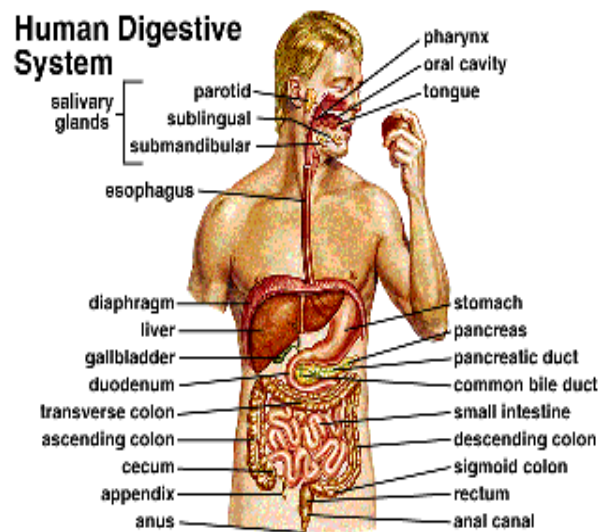
Sumber : (<https://www.halodoc.com/selain-tifus-ini-penyakit-yang-ditularkan-bakteri-salmonella-typhi>)

Diakses pada tanggal (10 April 2020)

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan atau 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 tersebut dari tubuh. (Judha, M, 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.



Gambar 2.2 Saluran sistem pencernaan

(Sumber : <https://www.dictio.id/t/bagaimana-sistem-pencernaan-pada-manusia/13773/2>)

Diakses pada tanggal (10 April 2020)

2.1.2.1 Mulut

Mulut merupakan suatu rongga terbuka tempat masuknya makanan padat dan cairan serta menjadi “gerbang masuk” bagi sistem pencernaan. Kerja sistem pencernaan berawal dari mulut. Mulut memuat gigi untuk mengunyah makanan, makanan dipotong-potong oleh gigi depan (incisivus) dan dikunyah oleh gigi belakang (molar, geraham), menjadi bagian-bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Ludah dari kelenjar ludah akan membungkus bagian-bagian

dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan memulai mencernanya. Ludah yang mengandung antibodi dan enzim (misal lisozim), yang bekerja memecah protein sekaligus menyerang bakteri secara langsung, Proses menelan dimulai secara sadar dan berlanjut secara otomatis.

Mulut dibatasi oleh palatum durum dan palatum mole pada bagian atas. Pada bagian bawah dibatasi oleh mandibular, lidah, dan struktur lain pada dasar mulut antara lain pada bagian lateral oleh pipi, depan oleh bibir, dan bagian belakang oleh lubang yang menuju faring (Pearce,E,2011).

2.1.2.2 Lidah

Lidah berfungsi untuk mencerna makanan secara mekanik, Lidah terdiri atas dua kelompok otot. Otot *instrinsik* lidah melakukan semua gerakan halus, sementara otot ekstrinsik mengaitkan lidah pada bagian-bagian sekitarnya serta melaksanakan gerakan-gerakan kasar yang sangat penting pada saat mengunyah dan menelan. Selaput lendir (membran mukosa) lidah selalu lembab, dan pada waktu sehat berwarna merah jambu.

Permukaan atas lidah dipenuhi banyak tonjolan kecil yang disebut papil lidah, yang terdiri atas tiga jenis yaitu papila filiformis, papila fungiformis, dan papila sirkumvalata. Papila filiformis yang terbanyak dan menyebar pada seluruh permukaan lidah. Papila fungiformis

memiliki bentuk seperti jamur menyebar pada permukaan ujung dan sisi lidah. Papila sirkumvalata ada delapan hingga dua belas buah jenis ini yang terletak pada bagian dasar lidah.

Perasa pada lidah dibagi menjadi empat pengecapan dasar, yaitu manis, asam, pahit serta asin. Senyawa pahit dikecap pada bagian dorsal lidah, asam disepanjang tepi, manis diujung, dan asin pada bagian dorsal di anterior. Senyawa asam dan pahit juga dikecap pada palatum bersama sejumlah sensitivitas bagi rasa manis dan asin. Kebanyakan senyawa manis bersifat organik. Sukrosa, maltosa, laktosa, dan glukosa merupakan sumber rasa manis yang paling banyak dikenal (Pearce,E,2011).

2.1.2.3 Gigi

Gigi merupakan struktur keras yang menyerupai tulang. Sebuah gigi mempunyai mahkota, leher, dan akar. Mahkota gigi menjulang diatas gigi, lehernya dikelilingi gusi, dan akarnya berada di bawahnya. Gigi dibuat dari bahan yang sangat keras, yaitu dentin. Di dalam pusat strukturnya terdapat rongga pulpa. Pulpa gigi berisi sel jaringan ikat, pembuluh darah, dan serabut saraf. Bagian gigi menjulang diatas gusi ditutupi email, yang jauh lebih keras dari pada dentin.

Bentuk gigi terbagi menjadi gigi seri yang berfungsi untuk menggigit dan memotong, tepi rata dan tajam, serta hanya memiliki satu akar. Gigi taring berfungsi untuk mengoyak makanan, mahkota meruncing, serta hanya memiliki satu akar. Geraham depan berfungsi

untuk mengoyak dan menggiling, mempunyai dua gerigi di permukaan dan satu akar yang sering kali bercabang dua. Kemudian gigi geraham belakang berfungsi untuk menggiling dan melumatkan makanan, memiliki permukaan yang lebar dan tidak rata (Pearce,E,2011).

2.1.2.4. Tenggorokan (Faring)

Faring merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Berasal Yunani yaitu pharynx. Didalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kelenjar limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi, disini terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang. Keatas bagian depan berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantara lubang koana, keadaan tekak berhubungan dengan rongga mulut dengan perantara lubang yang disebut *isthmus faucium*. (Judha,M,2016)

2.1.2.5 Kerongkongan (Esofagus)

Menurut (Judha,M,2016) Kerongkongan adalah tabung (tube) berotot pada vertebrata yang dilalui sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut ke dalam lambung. Makanan berjalan melalui kerongkongan dengan menggunakan proses peristaltik. Sering juga disebut esofagus. Esofagus bertemu dengan faring pada ruas ke-6

tulang belakang. Menurut histologi, esofagus dibagi menjadi tiga bagian

:

a Bagian superior (Sebagian besar adalah otot rangka)

b Bagian tengah (Campuran otot rangka dan otot halus)

c Bagian inferior (Terutama terdiri dari otot halus)

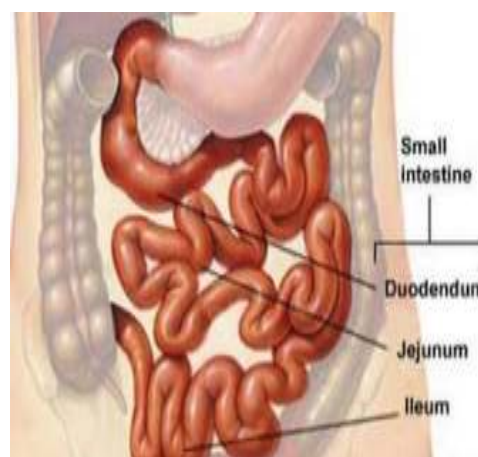
2.1.2.6 Lambung

Lambung atau *ventrikulus* berupa suatu kantong yang terletak dibawah sekat rongga badan. Fungsi lambung secara umum adalah tempat dimana makanan dicerna dan sejumlah kecil sari-sari makanan diserap. Lambung dapat dibagi menjadi tiga daerah, yaitu daerah *kardia*, *fundus*, dan *pilorus*. *Kardia* adalah bagian atas daerah pintu masuk makanan dari kerongkongan. *Fundus* adalah bagian tengah, bentuknya membulat. *Pilorus* adalah bagian bawah, daerah yang berhubungan dengan usus 12 jari duodenum. Di bagian dinding lambung sebelah dalam terdapat kelenjar-kelenjar yang menghasilkan getah lambung. Aroma, bentuk, warna, dan selera terhadap makanan secara refleksi akan menimbulkan sekresi getah lambung. Getah lambung mengandung asam lambung (HCL), pepsin, musin, dan renin. Asam lambung berperan sebagai pembunuh mikroorganisme dan mengaktifkan enzim pepsinogen menjadi pepsin. *Pepsin* merupakan enzim yang dapat mengubah protein menjadi molekul yang lebih kecil. *Musin* merupakan mukosa protein

yang melicinkan makanan. *Renin* merupakan enzim khusus yang hanya terdapat pada mamalia, berperan sebagai kasinogen menjadi kasein. (Judha,M,2016)

2.1.2.7 Usus halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula, dan lemak. Lapisan usus halus terdiri dari lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar (sirkuler), lapisan otot memanjang (Longitudinal) dan lapisan serosa (sebelah luar). Secara anatomi, usus halus terdiri dari tiga bagian, yaitu *duodenum*, *jejunum*, dan *illeum*. (Judha,M,2016)



Gambar 2.3 Letak usus di Dalam Sistem Pencernaan
(Sumber: <https://budisma.net/2015/01/bagian-dan-fungsi-usus-halus-pada-manusia.html>)
Diakses pada tanggal (10 April 2020)

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* (Judha,M,2016).

Usus dua belas jari merupakan organ *retroperitoneal*, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. Kadar pH usus dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Fungsi usus dua belas jari bertanggung jawab untuk menyalurkan makanan ke usus halus. Secara histologis, terdapat kelenjar Brunner yang menghasilkan lendir. Dinding usus dua belas jari tersusun atas lapisan-lapisan sel yang sangat tipis yang membentuk mukosa otot. (Judha,M,2016).

b. Usus jejunum

Usus jejunum atau usus kosong merupakan bagian kedua dari usus halus. Bagian ini terletak antara usus *duodenum* dan *illeum*. Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2 hingga 8 meter, dimana 1-2 meter adalah bagian usus *jejunum*. Usus *jejunum* dan usus *illeum* digantung dalam tubuh dengan bantuan *mesenterium* (Judha,M,2016).

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*. Secara histologis pula dapat dibedakan dengan usus *illeum*, yakni sedikitnya sel goblet dan plak peyeri. (Judha,M,2016).

c. Usus *illeum*

Usus penyerapan atau *illeum* adalah bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, ini memiliki panjang sekitar 2-4 m dan terletak setelah *duodenum* dan *jejunum*, dan dilanjutkan oleh usus buntu. *Illeum* memiliki pH antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) dan berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu. (Judha,M,2016).

2.1.2.8 Usus Besar

Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dalam feses. Pada manusia, kolon terdiri dari kolon menanjak (*ascending*), kolon melintang (*transverse*), kolon menurun (*descending*), kolon sigmoid, dan rektum. Fungsi usus besar yaitu menyimpan dan eliminasi sisa makanan, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, dengan cara menyerap air, mendegradasi bakteri.

Ukuran usus besar kira-kira satu setengah meter panjangnya merupakan sumbangan dari usus halus. Sebagian besar pembentukan feses berasal dari makanan yang kita makan, akan tetapi terutama dari sekresi usus. Feses akan merangsang terjadinya proses defekasi, Refleksi gastrokolik terjadi ketika makanan masuk lambung dan menimbulkan

peristaltik didalam usus besar, reflek ini menyebabkan defekasi atau pembuangan air besar (Pearce,E,2011).

2.1.2.9 Rektum

Rektum adalah sebuah ruangan yang berasal dari ujung usus besar dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan ditempat yang lebih tinggi, yaitu kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk kedalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material didalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi, jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, dimana penyerapan air akan kembali dilakukan (Judha,M,2016).

2.1.2.10 Anus

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar), yang merupakan fungsi utama anus (Judha,M,2016).

2.1.2.11 Hepar (Hati)

Hati atau hepar merupakan sebuah organ yang terbesar di dalam tubuh manusia dan memiliki berbagai fungsi, beberapa diantaranya

berhubungan dengan pencernaan. Organ ini memainkan peran penting dalam metabolisme dan memiliki beberapa fungsi dalam tubuh termasuk penyimpanan glikogen, sintesis protein plasma, dan penetralan obat. Hati juga memproduksi bile, yang penting dalam pencernaan.

Zat-zat gizi dari makanan diserap ke dalam dinding usus yang kaya akan pembuluh darah kapiler. Pembuluh kapiler ini mengalirkan darah ke dalam vena yang bergabung dengan vena yang lebih besar, dan pada akhirnya masuk ke dalam hati sebagai vena porta. Vena porta terbagi menjadi pembuluh-pembuluh kecil di dalam hati, dimana darah yang masuk diolah. Hati melakukan proses tersebut dengan kecepatan tinggi, setelah darah diperkaya dengan zat-zat gizi, darah dialirkan ke dalam sirkulasi umum (Judha,M,2016).

2.1.2.12 Pankreas

Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama, yaitu menghasilkan enzim pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum. Pankreas terdiri dari 2 jaringan dasar, yaitu : Asini, menghasilkan enzim-enzim pencernaan dan pulau Pankreas, menghasilkan hormon. Pankreas melepaskan enzim pencernaan ke dalam duodenum dan melepaskan hormon ke dalam darah. Enzim yang dilepaskan oleh pankreas akan mencerna protein, karbohidrat, dan lemak. Enzim proteolitik memecah protein ke dalam bentuk yang dapat digunakan oleh tubuh dan dilepaskan dalam bentuk

inaktif. Enzim ini hanya akan aktif jika telah mencapai saluran pencernaan (Judha,M,2016).

2.1.2.13 Kandung Empedu

Kandung empedu adalah organ berbentuk buah pir yang dapat menyimpan sekitar 50 ml empedu yang dibutuhkan tubuh untuk proses pencernaan. Pada manusia, panjang kandung empedu adalah sekitar 7-10 cm dan berwarna hijau gelap. Organ ini terhubung dengan hati dan usus dua belas jari melalui saluran empedu. Empedu memiliki 2 fungsi penting, yaitu : Membantu pencernaan dan penyerapan lemak serta berperan dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama haemoglobin yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol (Judha,M,2016).

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 (menyebar) 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 & Erawati, 2016)..

2.1.4 Patofisiologi

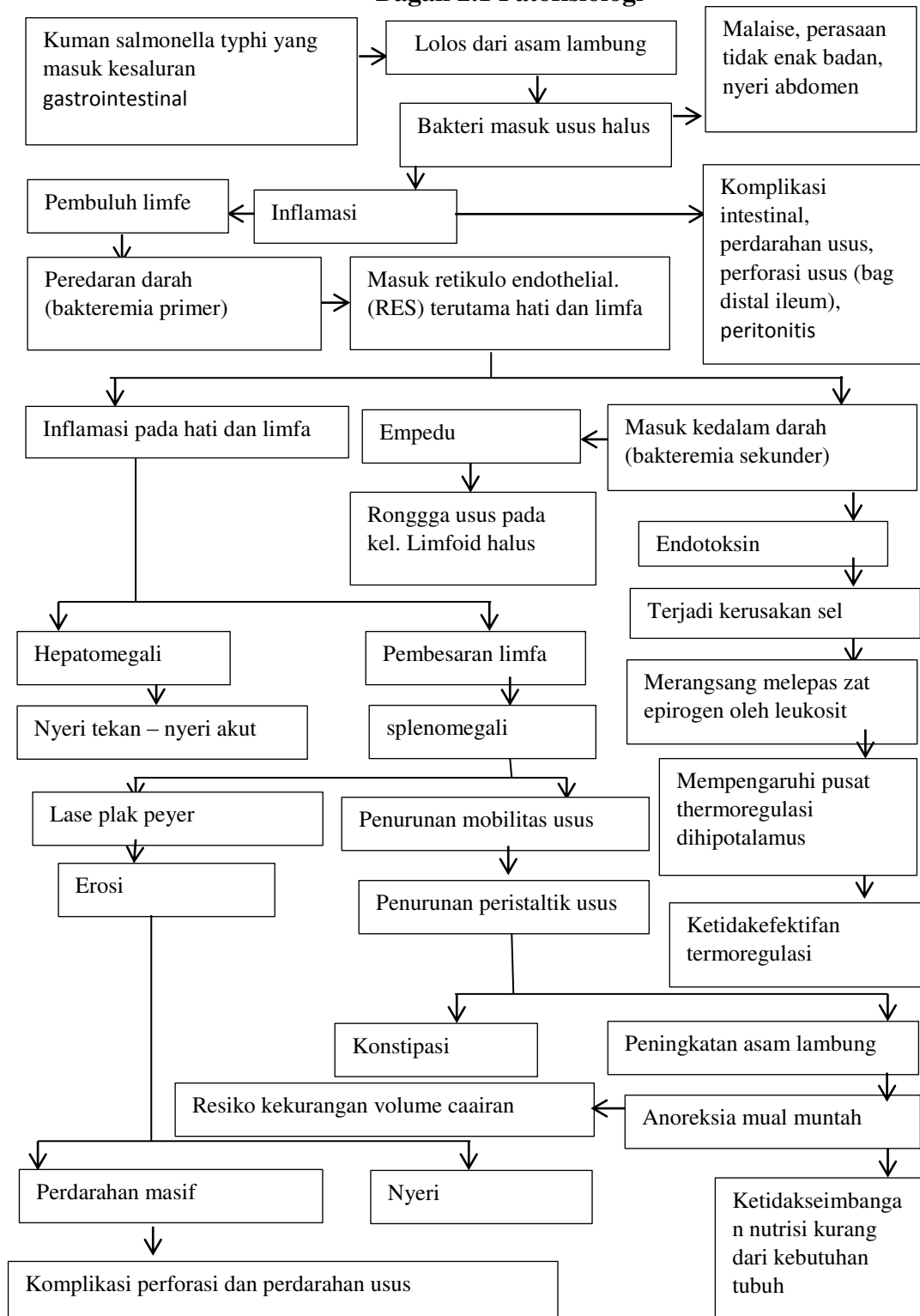
Penularan salmonella *thypi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu : *food* (makanan), *fingers* (jari tangan/kuku), *formitus* (muntah), *fly* (lalat), dan melalui feses.

Feses dan muntah pada penderita thypoid dapat menularkan kuman *salmonella thypi* kepada orang lain. Kuman tersebut dapat ditularkan melalui perantara lalat, dimana lalat akan hinggap di makanan yang akan dikonsumsi oleh orang sehat. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan dan makanan yang tercemar kuman *salmonella thypi* masuk ke tubuh orang yang sehat melalui mulut. Kemudian kuman masuk ke dalam lambung, sebagian kuman akan dimusnahkan oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus ke bagian distal dan mencapai jaringan limfoid. Didalam jaringan limfoid kuman berkembang biak, lalu masuk ke aliran darah dan mencapai sel-sel retikuloendotelial. Sel-sel retikuloendotelial ini kemudian

melepaskan kuman kedalam sirkulasi darah dan menimbulkan bakterimia, kuman selanjutnya masuk limpa, usus halus dan kandung empedu. Semula disangka demam dan gejala toksimia pada tifoid disebabkan oleh endotoksemia. Akan tetapi berdasarkan penelitian eksperimental disimpulkan bahwa endotoksemia bukan merupakan penyebab utama demam pada tifoid. Endotoksemia berperan pada pathogenesis tifoid, karena membantu proses inflamasi lokal pada usus halus. Demam disebabkan karena *salmonella typhi* dan endotoksinya merangsang sintesis dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang. Patogenesis (tata cara masuknya kuman thypoid ke dalam tubuh) pada penyakit thypoid dibagi atas dua bagian yaitu :

1. Menembus dinding usus masuk kedalam darah kemudian dipatogenesis oleh kuman RES (reticulo Endothelial system) dalam hepar dan lien. Disini kuman berkembang biak dan masuk kedalam darah lagi dan menimbulkan infeksi diusus lagi.
2. Basil melalui tonsil secara lymphogen dan heamophogen masuk kedalam hepar dan lien kecil, basil mengeluarkan toksin, toksin inilah yang menimbulkan gejala klinis (Wulandari & Erawati, 2016)..

Bagan 2.1 Patofisiologi



(Sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.5 Manifestasi Klinik

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

1) Minggu Pertama

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

2) Minggu Kedua

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

3) Minggu Ketiga

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

2.1.6 Komplikasi

Menurut Wulandari & Erawati (2016) komplikasi demam tifoid dapat dibagi menjadi 2 bagian yaitu :

2.1.6.1 Komplikasi Intestinal

- a. Perdarahan Usus : Apabila perdarahan terjadi dalam jumlah sedikit, perdarahan tersebut dapat diketahui dengan pemeriksaan feses dengan benzidin. Dapat terjadi melena, disertai nyeri perut dengan tanda renjatan.
- b. Perporasi Usus Perporasi usus : biasanya timbul pada minggu ketiga bagian distal ileum. Perporasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila ada udara di hati dan diafragma pada foto rontgen abdomen posisi tegak.
- c. Peritonitis : Peritonitis biasanya menyertai perforasi, namun dapat juga terjadi tanpa perforasi usus. Ditemukan gejala abdomen akut seperti nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang (*defence musculair*), dan nyeri tekan.

2.1.6.2 Komplikasi Ekstraintestinal

- a. Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi perifer (renjatan, sepsi), miokarditis, trombosis.
- b. Komplikasi darah : anemia haemolitik, trombositopenia.
- c. Komplikasi paru : pneumonia, empiema
- d. Komplikasi hepar dan kandung kemih: hepatitis dan kolelitiasis
- e. Komplikasi ginjal : glomerulonefritis

- f. Komplikasi tulang : osteomilitis,arthritis

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada klien dengan Demam tifoid menurut (IDAI,2016) adalah pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari:

- a) Pemeriksaan Darah

Leukopeni sering dijumpai namun bisa terjadi leukositosis pada keadaan adanya penyulit misalnya perforasi. Trombositopenia dapat terjadi, namun bersifat reversibel. Anemia pada demam tifoid dapat disebabkan depresi sumsum tulang dan perdarahan intra intestinal. Pada hitung jenis dapat ditemukan aneosinofilia dan limfositosis relatif. Pada demam tifoid dapat terjadi hepatitis tifosa ditandai peningkatan fungsi hati tanpa adanya penyebab hepatitis yang lain.

- b) Pemeriksaan Urine

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

- c) Pemeriksaan Feses

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

- d) Pemeriksaan Bakteriologi

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

e) Pemeriksaan Serologis

Pemeriksaan serologis demam tifoid secara garis besar terbagi atas pemeriksaan antibodi dan pemeriksaan antigen. Pemeriksaan antibodi paling sering dilakukan saat ini, termasuk didalamnya adalah test Widal, test Hemagglutinin (HA), Countercurrent immunoelectrophoresis (CIE), dan test cepat/ rapid test (Typhidot, TUBEX). Sedangkan pemeriksaan antigen *S. Typhi* dapat dilakukan melalui pemeriksaan protein antigen dan protein Vibaiik menggunakan ELISA/ koaglutinasi namun sampai saat ini masih dalam penelitian jumlah kecil.

f) Pemeriksaan Radiologi

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

2.1.8 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan penyakit tifoid menurut (Wulandari dan Erawati,2016) dibagi menjadi tiga yaitu:

1) Istirahat dan perawatan

Tirah baring dan perawatan profesional bertujuan untuk mencegah komplikasi. Dalam perawatan perlu sekali dijaga kebersihan tempat tidur, pakaian dan perlengkapan yang dipakai. Posisi perlu diawasi untuk mencegah dekubitus dan pneumonia ortostatik serta hygiene perorangan tetap perlu diperhatikan dan dijaga.

2) Diet dan terapi penunjang

Diet merupakan hal yang cukup penting karena makanan yang kurang akan menurunkan keadaan umum dan gizi penderita akan semakin turun dan proses penyembuhan akan menjadi lama. Penderita tifoid diberi bubur saring, kemudian ditingkatkan menjadi bubur kasar dan akhirnya diberi nasi, perubahan diet tersebut disesuaikan dengan tingkat kesembuhan penderita. Pemberian bubur saring tersebut bertujuan untuk menghindari komplikasi perdarahan saluran cerna atau perforasi usus. Tetapi, beberapa peneliti menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini yaitu nasi dengan lauk pauk rendah selulosa (menghindari sementara sayuran yang berserat) dapat diberikan dengan aman pada penderita demam tifoid.

3) Pemberian antibiotik

a) Antimikroba

1. Kloramfenikol 4 X 500 mg sehari/IV
2. Tiamfenikol 4 X 500 mg sehari oral
3. Kortimoksazol 2 X 2 tablet sehari oral (1 tablet = sulfametokazol 400 mg + trimetoprim 80 mg atau dosis yang sama IV dilarutkan dalam 250 ml cairan infus)
4. Ampisilin atau amoksilin 100 mg/kg BB sehari oral/IV dibagi dalam 3 atau 4 dosis.
5. Antimikroba diberikan selama 14 hari atau sampai 7 hari bebas demam.

- b) Antipiretik seperlunya.
 - c) Vitamin B kompleks dan Vitamin C (Wulandari & Erawati, 2016).
- 4) Kompres hangat

Kompres hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh, pemberian kompres hangat pada daerah axilla lebih efektif karena pada daerah axila Terdapat pembuluh darah besar dan banyak Terdapat kelenjar keringat yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit (Ayu et al, 2015).

2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak

2.2.1 Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambah jumlah dan besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, adanya perubahan jumlah akibat penambahan sel dan pembentukan protein baru sehingga meningkatkan jumlah dan ukuran sel diseluruh tubuh. Pertumbuhan lebih ditekankan pada penambahan ukuran fisik seseorang menjadi lebih besar lebih matang bentuknya seperti penambahan ukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala (Sembiring,2019).

2.2.2 Pertumbuhan Anak Usia Prasekolah (3–6 Tahun)

2.2.2.1 Berat Badan Anak (3-6 Tahun)

Berat badan merupakan salah satu ukuran antropometri yang terpenting untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak karena berat badan sensitif terhadap perubahan walaupun sedikit. Berat badan merupakan hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh antara lain tulang, otot, lemak, cairan tubuh, dan lain-lain. Selain itu, dipakai untuk memeriksa kesehatan anak pada semua kelompok umur, misalnya apakah anak dalam keadaan normal dan sehat. Selain itu, berat badan juga biasa digunakan untuk menentukan dasar perhitungan dosis obat (Sembiring,2019).

Rumus dari Behrman (1992) yang dikutip (Sembiring,2019), sebagai berikut :

- a) Berat badan lahir rata – rata 3, 25 kg
- b) Berat badan usia 1 – 6 tahun, menggunakan rumus :

$$(\text{Umur (tahun)} \times 2) + 8 = 2n + 8$$

Ket : n adalah usia anak

Untuk menentukan umur anak dalam bulan, bila lebih 15 hari dibulatkan ke atas, sedangkan kurang atau sama dengan 15 hari di hilangkan. Bila anak berumur 5 tahun , perkiraan berat badannya adalah $(5 \text{ tahun} \times 2) + 8 = 18 \text{ kg}$

2.2.2.2 Tinggi Badan (3-6 Tahun)

Tinggi badan merupakan ukuran antropometri kedua terpenting. Selain itu, tinggi badan merupakan indikator yang baik untuk pertumbuhan fisik yang sudah lewat (stunting) dan Pengukuran tinggi

badan bisa juga untuk menilai status perbaikan gizi disamping faktor genetik.

Seperti halnya berat badan, tinggi badan juga dapat diperkirakan berdasarkan rumus dari Behrman (1992) yang dikutip oleh (Sembiring,2019) sebagai berikut :

- a) Perkiraan panjang lahir = 50 cm
- b) Perkiraan tinggi badan usia 2 – 12 tahun = (umur x 6) + 77 = 6n + 77

Keterangan : n adalah usia anak dalam tahun, bila usia lebih enam bulan dibulatkan keatas, bila enam bulan kurang dihilangkan (Sembiring,2019).

2.2.2.3 Lingkar Kepala (3-6 Tahun)

Ukuran lingkar kepala dimaksudkan untuk menafsir pertumbuhan otak. Pertumbuhan ukuran lingkar kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga apabila ada hambatan atau gangguan pertumbuhan lingkar kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat.

Secara normal, penambahan ukuran lingkar kepala setiap tahap relatif konstan dan tidak dipengaruhi faktor ras, bangsa dan letak geografis. Saat lahir, ukuran lingkar kepala normalnya 34 – 35 cm. Pada tahun pertama, lingkar kepala bertambah tidak lebih dari 5 cm. Pada dua tahun pertama, pertumbuhan otak relatif pesat. setelah itu, sampai usia 18 tahun lingkar kepala hanya bertambah ± 10 cm (Sembiring,2019).

2.2.2.4 Lingkar Lengan Atas (3-6 Tahun)

Ukuran lingkar lengan atas mencerminkan pertumbuhan jaringan lemak dan otot yang tidak terpengaruh oleh keadaan cairan tubuh dan berguna untuk menilai keadaan gizi dan pertumbuhan anak prasekolah. Pertambahan lingkar lengan atas ini relatif lambat. Saat lahir, lingkar lengan atas sekitar 11 cm dan pada tahun pertama menjadi 16 cm. Selanjutnya, tidak banyak berubah sampai usia tiga tahun (Sembiring,2019).

2.2.2.5 Lingkar Dada (3-6 Tahun)

Saat lahir, diameter transversal dan anteroposterior hampir sama yaitu sekitar 34 – 35 cm sehingga bentuk dadanya seperti silinder. Dengan bertambahnya usia, ukuran diameter transversal menjadi lebih besar dibanding diameter anteroposterior (Sembiring,2019).


2.2.3 Perkembangan Anak Usia Prasekolah (3–6 Tahun)

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur/ fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola teratur, serta dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ – organ, dan sistem terorganisasi. Aspek perkembangan ini sifatnya kualitatif, yaitu penambahan kematangan fungsi dari masing- masing bagian tubuh (Sembiring,2019).

Menilai perkembangan anak dapat menggunakan KPSP (*Kuesioner Pra Skrining Perkembangan*) dan DDST (*Denver Development Screening Test*)

untuk memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik yang dapat digunakan bagi anak usia 0 – 72 bulan. KPSP digunakan berdasarkan kuesioner yang berisi 10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak, sedangkan DDST digunakan berdasarkan perkembangan, motorik kasar, motorik halus, pengamatan, bicara dan sosialisasi dapat dilihat dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2.1
Kuesioner Pra Skrining Perkembangan 60 bulan

No	Perkembangan	Aspek	Hasil
1	Jangan membantu anak dan jangan memberitahu nama gambar ini, suruh anak menggambar seperti contoh ini di kertas kosong yang tersedia. Berikan 3 kali kesempatan. Apakah anak dapat menggambar seperti contoh ini? 	Gerak halus	Ya Tidak
2	Ikuti perintah ini dengan seksama. Jangan memberi isyarat dengan telunjuk atau mata pada saat memberikan perintah berikut ini: "Letakkan kertas ini di atas lantai". "Letakkan kertas ini di bawah kursi". "Letakkan kertas ini di depan kamu". "Letakkan kertas ini di belakang kamu". Jawab YA hanya jika anak mengerti arti "di atas", "di bawah", "di depan" dan "di belakang".	Gerak halus	Ya Tidak
3	Apakah anak bereaksi dengan tenang dan tidak rewel (tanpa menangis atau menggelayut pada anda) pada saat anda meninggalkannya ?	Sosialisasi dan kemandirian	Ya Tidak

- 4 Jangan menunjuk, membantu atau membetulkan, katakan pada anak : Pengamata n Ya Tidak



"Tunjukkan segi empat merah"

"Tunjukkan segi empat kuning"

"Tunjukkan segi empat biru"

"Tunjukkan segi empat hijau"

Dapatkah anak menunjuk keempat warna itu dengan benar?

-
- 5 Suruh anak melompat dengan satu kaki beberapa kali tanpa berpegangan (lompatan dengan dua kaki tidak ikut dinilai). Apakah ia dapat melompat 2-3 kali dengan satu kaki? Gerak kasar Ya Tidak

-
- 6 Dapatkah anak sepenuhnya berpakaian sendiri tanpa bantuan? Sosialisasi dan kemandirian Ya Tidak

-
- 7 Suruh anak menggambar di tempat kosong yang tersedia. Katakan padanya: "Buatlah gambar orang". Pengamata n Ya Tidak
- Jangan memberi perintah lebih dari itu. Jangan bertanya/ mengingatkan anak bila ada bagian yang belum tergambar. Dalam memberi nilai, hitunglah berapa bagian tubuh yang tergambar. Untuk bagian tubuh yang berpasangan seperti mata, telinga, lengan dan kaki, setiap pasang dinilai satu bagian. Dapatkah anak menggambar sedikitnya 3 bagian tubuh?
-

8	Pada gambar orang yang dibuat pada nomor 7, dapatkah anak menggambar sedikitnya 6 bagian tubuh?	Pengamatan	Ya	Tidak
9	Tulis apa yang dikatakan anak pada kalimat-kalimat yang belum selesai ini, jangan membantu kecuali mengulang pertanyaan: "Jika kuda besar maka tikus "Jika api panas maka es "Jika ibu seorang wanita maka ayah seorang Apakah anak menjawab dengan benar (tikus kecil, es dingin, ayah seorang pria) ?	Bicara dan bahasa	Ya	Tidak
10	Apakah anak dapat menangkap bola kecil sebesar bola tenis/bola kasti hanya dengan menggunakan kedua tangannya? (Bola besar tidak ikut dinilai).	Gerak kasar	Ya	Tidak

PEMERIKSAAN

Tanyakan secara berurutan pertanyaan satu persatu. Setiap pertanyaan hanya ada satu jawaban, ya atau tidak catat jawaban tersebut pada formulir. Lakukan pertanyaan pada ibu atau perintah pada anak sampai 10 pertanyaan selesai.

KESIMPULAN

Menghitung jumlah YA pada formulir KPSP

Skor 9-10 : Sesuai

Skor 7-8 : Meragukan

Skor < 6 : Penyimpangan

Sumber : (Garna dan Nata,2012)

Tabel 2.2
Denver Development Screening Test

Usia	Gerakan Kasar	Gerakan Halus	Pengamatan	Bicara	Sosialisasi
0-4 bulan	Mampu menumpu dengan kedua lengan dan berusaha mengangkast kepala	Mampu bermain dengan kedua tangan dan kaki	Anak mampu mengamati mainan	Mampu mendengar suara kertas diremas dan bermain bibir sambil mengeluarkan air liur	Mampu tersenyum pada ibunya
8 bulan	Mampu duduk sendiri dan mengambil posisi ongkong-ongkong	Mampu menggenggam balok mainan dengan seluruh permukaan tangan	Mampu memperhatikan dan mencari mainan yang jatuh	Mampu mengeluarkan suara Ma...ma... ta...ta... da...da...	Mampu bermain ciluk... baaaa
12 bulan	Mampu berdiri sendiri dan berjalan dengan berpegangan	Mampu mengambil benda kecil dengan ujung ibu jari dan telunjuk	Dapat menunjukkan roda mobil-mobilan (anak laki-laki) dan menunjukkan boneka (anak perempuan)	Mampu mengucapkan satu kata atau lebih dan tahu artinya	Mampu memberikan mainan pada ibu atau bapak
18 bulan	Mampu berlari tanpa jatuh	Mampu menyusun tiga balok	Mampu menutup gelas	Mampu mengucapkan 10 kata atau	Mampu menyebutkan namanya bila

		mainan		lebih dan tahu artinya	ditanya
24 bulan	Mampu melompat dengan dua kaki sekaligus	Mampu membuka botol dengan memutar tutupnya	Dapat menyebutkan 6 bagian tubuh	Mampu menjawab dengan kalimat dua kata	Mampu meniru kegiatan orang dewasa
36 bulan	Mampu turun tangga dengan kaki bergantian tanpa berpeganga n	Mampu meniru garis tegak, garis datar dan lingkaran	Mampu memberi nama warna	Mampu bertanya dengan menggunakan kata apa, siapa, dimana?	Mampu bermain bersama teman
48 bulan	Mampu melompat dengan satu kaki di tempat	Mampu memegang pensil dengan ujung jari	Mampu menghitung balok mainan dengan cara menunjuk	Mampu menggunakan kalimat lengkap	Mampu bermain dengan teman satu permainan
60 bulan	Mampu berdiri dengan satu kaki selama 6 detik	Mampu meniru tanda titik dan kotak	Mampu menggambar orang	Mampu bercerita dan bermakna	Mampu bermain bersama teman dan mengikuti urutan permainan

Sumber : (Garna dan Nata,2012)

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Menurut (Wulandari & Erawati, 2016)., faktor – faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan pada anak yaitu:

a. Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan yaitu suku, ras, dan jenis kelamin. Faktor genetik merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Yang termasuk faktor genetik adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga diperoleh hasil akhir yang optimal. Gangguan pertumbuhan di negara maju lebih sering diakibatkan oleh faktor genetik ini. Sedangkan di negara yang sedang berkembang, gangguan pertumbuhan selain diakibatkan oleh faktor genetik juga faktor lingkungan yang kurang memadai.

b. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan bio psiko sosial yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

Faktor lingkungan ini terdiri dari:

1) Faktor lingkungan yang mempengaruhi anak pada waktu masih di dalam kandungan (faktor prenatal), terdiri dari:

a) Gizi Ibu pada Waktu Hamil

Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.

b) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti *club foot*.

c) Toksin / Zat Kimia

Aminoprotein dan obat kontrasepsi dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d) Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hiperplasia adrenal.

e) Radiasi

Paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin.

f) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH dan PMS.

g) Psikologis

Kehamilan yang diinginkan, perilaku salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

h) Imunitas

Rhesus ABO inkompabilitas sering menyebabkan abortus, kerm ikterus, hydrops fetails atau lahir mati

i) Anoksia Embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta yang menyebabkan pertumbuhan terganggu.

2) Faktor lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang anak setelah lahir (faktor postnatal), terdiri dari:

a) Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

b) Penyakit Kronis/Kelainan Kongenital

Tuberculosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani

c) Lingkungan fisik dan kimia

Sanitas lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktifn, zat kimia serta mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

d) Psikologis

Hubungan anak dengan lingkungan sekitar.

e) Endokrin

Gangguan hormon misalnya pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

f) Sosio-Ekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek, dan ketidaktahuan akan menghambat pertumbuhan anak.

g) Lingkungan Pengasuh

Pada lingkungan pengasuh, interaksi ibu dan anak sangat mempengaruhi tumbuh dan kembang anak.

h) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan, khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak dan lain-lain.

i) Obat – obatan

Pemakaian kortikosteroid dalam jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf pusat yang menyebabkan terhambatnya hormon pertumbuhan.

2.2.5 Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah (3 – 6 Tahun)

Anak membutuhkan perawatan yang kompeten untuk meminimalisasi efek negatif dari hospitalisasi dan mengembangkan efek yang positif. Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal dirumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orangtua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stres. Perasaan yang sering muncul yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah. Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasanya aman. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak prasekolah adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis walaupun perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan (Wulandari dan Erawati, 2016)

a. Stresor Umum pada Hospitalisasi

- 1) Rasa takut, berusaha memahami tentang penyebab penyakit, rasa takut ditunjukkan dengan ekspresi verbal dan non verbal.
- 2) Ansietas, paham alasan dipisahkan tetapi masih butuh keberadaan orangtua dan lebih peduli terhadap rutinitas sekolah dan teman-teman.
- 3) Tidak berdaya, anak marah dan frustrasi, lama imobilisasi dihubungkan dengan menarik diri, bosan, perasaan antipati.

Anak sensitif terhadap kehilangan kontrol emosi dengan menunjukkan sikap menangis karena malu yang berlebihan akibat pengobatan.

- 4) Gangguan citra diri, anak sensitif terhadap perubahan tubuh, dapat mengalihkan rasa nyeri dengan mengalihkan perhatian.

b. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Hospitalisasi pada Anak

- 1) Berpisah dengan orangtua dan sparing
- 2) Fantasi – fantasi, tentang kegelapan, monster, pembunuhan, dan binatang buas diawali dengan yang asing
- 3) Gangguan kontak sosial jika pengunjung tidak diizinkan
- 4) Nyeri dan komplikasi akibat pembedahan atau penyakit
- 5) Prosedur yang menyakitkan dan takut akan cacat dan kematian.

c. Pendekatan yang digunakan dalam Hospitalisasi Anak

1. Pendekatan Empirik

Pendekatan empirik digunakan dengan menanamkan kesadaran diri terhadap para personil yang terlibat dalam hospitalisasi. Metode pendekatan empirik menggunakan strategi, yaitu :

- (a) Melalui dunia pendidikan yang ditanamkan secara dini kepada peserta didik.
- (b) Melalui penyuluhan atau sosialisasi yang diharapkan meningkatnya kesadaran diri mereka sendiri dan peka terhadap lingkungan sekitar.

2. Pendekatan melalui Metode Permainan.

Metode permainan merupakan cara alamiah bagi anak untuk mengungkapkan konflik dalam dirinya yang tidak disadari. Kegiatan yang dilakukan sesuai keinginan sendiri untuk memperoleh kesenangan. Bermain merupakan kegiatan menyenangkan yang di nikmati anak berupa kegiatan fisik, intelektual, emosi, sosial, dan perkembangan mental.

Prinsip bermain dirumah sakit adalah sebagai berikut:

- (a) Tidak membutuhkan banyak energi
 - (b) Waktunya singkat
 - (c) Mudah dilakukan
 - (d) Aman
 - (e) Kelompok umur
 - (f) Tidak bertentangan dengan terapi
- a. Manajemen asuhan keperawatan anak usia prasekolah dengan hospitalisasi meliputi:
- 1) Batasi aturan dan dorongan pada perilaku
 - 2) Anjurkan orangtua merencanakan kunjungan dengan anak
 - 3) Ijinkan anak memilih dalam batasan yang dapat diterima
 - 4) Berikan cara-cara anak dapat membantu pengobatan dan puji atas kerja sama anak.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

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.

2.3.1 Pengkajian

2.3.3.1 Identitas diri

Meliputi pengkajian nama, umur (Rempeng dan Laurentz) memperkirakan insiden demam tifoid di Indonesia adalah pada umur 0 – 4 tahun 25,32%, umur 5 – 9 tahun 35,59% dan umur 10 – 14 tahun 39,09%, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, no medrec, diagnosa medis, alamat klien (wulandari dan Erawati 2016).

2.3.3.2 Identitas penanggung jawab

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

2.3.3.3 Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Pada anak penderita tifoid didapatkan bahwa penderita mengalami demam lebih dari 1 minggu, gangguan kesadaran apatis sampai samnolen

dan gangguan sistem pencernaan seperti perut kembung, atau tegang dan nyeri pada perabaan, mulut bau, konstipasi atau diare, tinja berdarah dengan atau tanpa lendir, anoreksia dan muntah (Wulandari dan Erawati 2016).

2.3.3.4 Keluhan Utama saat dikaji

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 bekurang 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 39-41°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.

2.3.3.5 Riwayat Kehamilan dan kelahiran

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

2.3.3.6 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 dan lain-lain.

2.3.3.7 Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit keturunan dan penyakit yang serupa dengan klien pada periode 6 bulan terakhir, serta penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar keluarga.

2.3.3.8 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. Pada klien demam tifoid terdapat keluhan anoreksia dan mual

muntah yang berpengaruh pada perubahan pola nutrisi klien demam tifoid (Wulandari dan Erawati 2016).

b) Eliminasi

Menggambarkan pola eliminasi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi Frekuensi, konsistensi, warna, bau dan masalah. Pada klien demam tifoid didapatkan klien dengan konstipasi atau diare (Wulandari dan Erawati 2016).

c) Istirahat tidur

Menggambarkan pola eliminasi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi lamanya tidur, tidur siang, tidur malam, masalah dan jam 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. Aktivitas klien demam tifoid sedikit terganggu berhubungan dengan tindakan keperawatan yaitu tirah baring dan perawatan profesional untuk mencegah komplikasi (Wulandari dan Erawati,2016)

2.3.3.9 Petumbuhan dan Perkembangan

a. Pertumbuhan

Tanyakan tentang status pertumbuhan pada anak, pernah terjadi gangguan dalam pertumbuhan dan terjadinya pada saat umur berapa dengan menanyakan atau melihat catatan kesehatan tentang berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran dada, lingkaran kepala (Sembiring,2019).

b. Perkembangan

Tanyakan tentang perkembangan bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan personal sosial. Data ini juga dapat diketahui melalui penggunaan Skala Denver II (Sembiring,2019).

2.3.3.10 Riwayat Imunisasi

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

Tabel 2.3
Keterangan pemberian Imunisasi pada Anak

Usia	Imunisasi yang diberikan
0 bulan	Hepatitis B 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4
9 bulan	Campak
18 bulan	DPT-HB-Hib
24 bulan	Campak

Sumber : (Wulandari & Erawati, 2016)

2.3.3.11 Pemeriksaan Fisik Head to Toe

a. Keadaan atau Penampilan Umum

Mengkaji keadaan atau penampilan klien lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel. Biasanya pada klien demam tifoid mengalami kelemahan, pucat atau wajahnya yang kemerahan karena suhu tubuh yang tinggi.

b. Tingkat Kesadaran

Pada tingkat kesadaran dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang di pilih sesuai dengan kondisi klien (Rohmah, 2012). Untuk menilai kesadaran seseorang, menggunakan penilaian GCS (*Glasgow Coma Scale*).

c. Tanda - tanda Vital

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

d. Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Pada klien dengan demam tifoid biasanya ditemukan rambut agak kusam dan lengket, kulit kepala kotor (Haryono,2012)

2) Mata

Biasanya pada klien anemia demam tifoid didapatkan konjungtiva anemia, mata cekung, ikterus pada sklera terjadi pada kondisi berat (Haryono,2012)

3) Telinga

Kaji kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran.

4) Hidung

Kaji kebersihan, sekresi, dan pernafasan cuping hidung.

5) Mulut

Pada pasien dengan Demam tifoid biasanya ditemukan bibir kering dan pecah-pecah, tertutup selaput putih kotor (*coated tongue*) gejala ini jelas nampak pada minggu ke II berhubungan dengan infeksi sistemik dan endotoksin kuman (Haryono,2012).

6) Leher

Pada klien demam tifoid biasanya ditemukan tanda rosela (bintik merah) dengan diameter 2-4 mm (Haryono,2012).

7) Dada

Pada saat di inspeksi klien demam tifoid biasanya ditemukan tanda rosela (bintik merah) 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 pnemonia (Haryono,2012).

8) Abdomen

Pada pemeriksaan klien dengan demam tifoid pada saat di inspeksi biasanya ditemukan tanda roseola berdiameter 2-4 mm yang didalamnya mengandung kuman *Salmonella typhi*, distensi abdomen, merupakan tanda yang diwaspadai terjadinya perforasi dan peritonitis. Pada saat dipalpasi terdapat nyeri tekan abdomen, hepatomegali, splenomegali, mengidentifikasi infeksi RES yang mulai terjadi pada minggu kedua. Pada saat dilakukan auskultasi didapatkan penurunan bising usus kurang dari 5 kali/menit pada minggu pertama dan terjadi konstipasi, selanjutnya meningkat akibat diare. (Haryono,2012).

9) Punggung dan Bokong

Pada pasien dengan demam tifoid biasanya ditemukan tanda roseola yaitu bintik merah pada punggung dan bokong, yang sedikit menonjol dengan diameter 2-4 mm (Haryono,2012).

10) Ekstremitas

Pada pasien dengan Demam tifoid biasanya ditemukan kelemahan fisik umum dan kram pada ekstermitas (Haryono,2012).

e. Data psikologis

1) *Body Image*

Persepsi atau perasaan tentang penampilan dari segi ukuran dan bentuk.

2) Ideal Diri

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

3) Identitas Diri

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

4) Peran Diri

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

f. Data sosial

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

g. Data spiritual

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

h. 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.

i. Data penunjang

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

e. Terapi

Bed rest, Diet dan Obat seperti Kloramfenikol, dosis 50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 - 4 kali pemberian oral/ iv selama 14 hari. Bila ada kontraindikasi kloramfenikol diberikan ampisilin dengan dosis 200 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3 - 4 kali. Pemberian intravena saat belum dapat minum obat, selama 21 hari, atau amoksilin dengan dosis 100mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3 - 4 kali. Pemberian oral/ iv selama 21 hari kotrimaksazol dengan dosis (tmp) 8mg / kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian. Oral, selama 14 hari. Pada kasus berat, dapat diberikan ceftriaxon dengan dosis 50mg/kgBB/kali dan diberikan 2 kali sehari atau 80mg/kgBB/hari, sekali sehari, intravena, selama 5 - 7 hari. Pada kasus yang diduga mengalami

MDR, maka pilihan antibiotika adalah meropenem, azithromisin dan fluoroquinolon (Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.3.2 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

Di bawah ini adalah diagnosa keperawatan menurut (Nurarif, 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. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal .

2.3.3 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. Rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan menurut Nurarif dan Kusuma (2015) dan rasional menurut (Marni,2016) :

- a. Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan proses penyakit.

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

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Observasi suhu tubuh	1. Digunakan untuk mengetahui perubahan suhu tubuh
2. Selimuti klien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh	2. Untuk mencegah terjadinya hipotermi
3. Berikan kompres pada daerah axila.	3. Daerah ketiak (axilla) terdapat vena besar yang memiliki kemampuan proses vasodilatasi yang sangat baik dalam menurunkan suhu tubuh dan sangat dekat dengan otak, di dalam otak terdapat sensor pengatur suhu tubuh yaitu hipotalamus.

4. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat.	4. Untuk menjaga kebersihan badan, agar klien merasa nyaman, pakaian tipis akan membantu mempercepat penguapan tubuh
5. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi.	5. Untuk mengganti cairan dan elektrolit yang hilang akibat demam
6. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti piretik.	6. Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus.

b. Nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan.

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam nyeri klien berkurang.

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi	1. Untuk mengetahui dengan jelas nyeri klien
2. Kontrol lingkungan	2. Meningkatkan rasa nyaman pada klien dan menurunkan

yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.	tingkat stres dan ketidaknyamanan
3. Ajarkan teknik non farmakologi	3. Meningkatkan rasa nyaman, dapat menurunkan rasa nyeri dan meningkatkan penyembuhan.
4. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	4. Untuk memberikan penghilang rasa nyeri.

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

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam klien dapat mempertahankan

kebutuhan nutrisi yang adekuat Kriteria hasil :

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

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Kaji keluhan mual atau nyeri pada anak.	1. Informasi ini menentukan data dasar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan.
2. Observasi status nutrisi anak.	2. Untuk mengetahui tingkat gizi pada pasien.
3. Anjurkan orang tua untuk memberikan makan dengan porsi sedikit tetapi sering.	3. Makanan dalam jumlah sedikit dalam waktu sering akan memerlukan pengeluaran energi dan

	penggunaan pernapasan sedikit. Anak akan menghabiskan makanan dalam jumlah banyak setiap kali makan.
4. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antiemetik.	4. Digunakan untuk mengurangi mual dan muntah.

d. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal.

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

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional

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

2.3.4 Implementasi

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

2.3.5 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 :

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.
- c. Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Menurut (Rohmah, 2012) jenis evaluasi :

- a. Evaluasi Formatif

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

- b. 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-Asseement.

1) Data Subjektif

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

2) Data Objektif

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

3) 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.

4) Planning

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

5) Implementasi

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

6) Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

7) Reassessment

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