

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Thyphoid merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Sallmonela Typi* yang menyerang saluran pencernaan (Dian Haerani, 2020). Demam *Thyphoid* mengakibatkan gangguan pencernaan dan dapat menurunkan tingkat kesadaran. Penyakit ini di tandai dengan demam berkepanjangan, bakterimia, serta invasi bakteri sekaligus multiplikasi ke dalam sel-sel fagosit mononuklear dari hati, limpa, kelenjar limfe, usus dan peyer's patch (Martha Ardiaria, 2019).

Anak-anak usia sekolah sangat rentan terhadap penularan bakteri atau virus yang penyebarannya melalui makanan dan minuman yang kurang terjaga kebersihannya. Menjaga kesehatan anak menjadi peranan yang sangat penting bagi orang tua, terutama jika terjadi perubahan musim yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan anak (Afifah and Pawenang, 2019). Kondisi anak yang mengalami perubahan akan mengakibatkan tubuh bereaksi untuk meningkatkan suhu tubuh dan biasanya disebut dengan Hipertermi. Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal (Lestari and Karyus, 2020). Masalah utama yang paling umum disebabkan oleh *typhoid* yaitu berupa demam tinggi atau disebut dengan hipertermia. Hipertermi pada *typhoid* merupakan suatu masalah keperawatan yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal yang biasanya disebabkan oleh infeksi akut pada saluran pencernaan (Mulyani and Lestari,

2020).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 kasus demam *thypoid* di seluruh dunia diperkirakan terdapat 21 juta kasus dengan 128.000 sampai 161.000 kematian setiap tahun kasus terbanyak terdapat di Asia Tengah dan Asia Tenggara. Di Indonesia penyakit *Thypoid* dengan hipertermi termasuk kasus tertinggi di Asia dibuktikan pada kasus yang terus mengalami kenaikan di setiap tahun dengan angka kejadian sebesar 81 kasus per 100.0000 populasi. Sedangkan di Jawa Timur pada tahun 2021 pravelensi demam thypoid dengan hipertermi 3,48 % dan kasus tertinggi berada di kabupaten Bondowoso (Rahmawati, 2020). Di Banyuwangi Thypoid menduduki peringkat 23 dengan kasus sebanyak 4754 disemua usia (Dinas kesehatan, Banyuwangi 2017). Di RSUD Blambangan prevelensi pada tahun 2020 jumlah penderita dari bulan Januari sampai Desember sebanyak 105 orang. Sedangkan pada tahun 2021 jumlah penderita dari bulan Januari sampai September 29 orang (RSUD Blambangan,2021).

Thypoid merupakan penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh kuman batang gram negatif *Salmonella typhi* maupun *Salmonella paratyphi* A, B, C. Pada umumnya menyerang pada anak usia 6-12 tahun karean masih usia sekolah dan jajan di sembarang tempat .Penyakit ini ditularkan melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh kuman tersebut, dikenal sebagai penularan tinja-mulut (Fecaloral) (Dewi, 2020). *Salmonella typhi* masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang telah terkontaminasi. Bakteri yang masuk kedalam tubuh akan masuk melalui saluran pencernaan, pada saat di pencernaan bakteri dimusnahkan oleh asam

lambung apabila bakteri tidak mati maka akan masuk ke usus halus dan berkembang biak. Apabila respon imunitas humoral mukosa (IgA) pada usus halus kurang baik maka bakteri akan terus berkembang di usus halus kemudian menuju didalam hati dan limfe sehingga akan mengalami pembengkakan dan menimbulkan rasa nyeri serta tidak nyaman. Pada saat di hati dan limfe bakteri akan terus berkembang biak kemudian bakteri masuk kembali ke peredaran darah, hal tersebut menyebabkan terjadinya bakterimia yang disertai tanda dan gejala infeksi sistemik seperti hipertermi, malaise dan rasa sakit pada kepala (Qurohman, 2020).

Hipertermi pada *Thypoid* terjadi dikarenakan pada saat bakteri kembali ke peredaran darah bakteri akan mengeluarkan endotoksin sehingga ada peningkatan peradangan lokal dan terjadi gangguan pada pusat termogulasi (pusat pengaturan suhu tubuh), hal tersebut yang menyebabkan terjadinya hipertermi (Ribek, Labir and Narayana, 2018).

Menurut Harry Setiawan (2013), *Thypoid* merupakan penyakit infeksi bakteri yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi*. Berdasarkan penjelasan tersebut *Thypoid* adalah seseorang yang terinfeksi bakteri *Salmonella typhi* dan menyebar keseluruh tubuh melalui aliran darah dan biasanya teradi tanda dan gejala demam. Penyebaran penyakit *Thypoid* ini melalui 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (Jari tangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan *Faeces* (tinja). Gejala yang biasanya muncul pada penderita *Thypoid* selama 1-3 minggu yaitu suhu tubuh meningkat, sakit kepala atau pusing, mual, muntah, kehilangan nafsu makan, diare, bintik-bintik merah pada dada (Pratamawati, 2019).

Upaya pencegahan *Thypoid* dalam promotif dapat dilakukan dengan cara memberikan sosialisasi seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, merebus air sampai mendidih sebelum diminum, sedangkan pencegahan *Thypoid* dengan preventif dapat dilakukan menyediakan air bersih, membuat jamban yang bersih dan sehat, dan dilakukan pemberantasan lalat (Nuruzzaman and Syahrul, 2019). Penatalaksanaan medis yang di berikan pada klien dengan *Thypoid* adalah memberikan makanan yang cukup kalori dan tinggi protein, pada penderita *Thypoid* yang mengalami nyeri pada abdomen dapat diberikan bubur dan pemberian obat antibiotik untuk mengatasi infeksi bakteri *Salmonella typhi* (Lestari and Karyus, 2020).

Pada penatalaksanaan keperawatan pada klien dengan *Thypoid* apabila terjadi peningkatan suhu tubuh, proses penyembuhannya di bagi menjadi 2 yaitu dengan teknik farmakologis seperti obat-obatan yang digunakan untuk menurunkan suhu tubuh dan untuk teknik nonfarmakologis diberikan kompres, kompres yang dapat digunakan dalam menurunkan suhu tubuh kompres air hangat kompres (Windawati and Alfiyanti, 2020) .Kompres hangat merupakan tindakan menurunkan suhu tubuh dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman (Mulyani and Lestari, 2020).

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada “Asuhan Keperawatan Pada Anak *Tyfoid* dengan Masalah Keperawatan Hipertermia Di Ruang Anak RSUD Blambangan Tahun 2021”.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Anak *Tyfoid* dengan Masalah Keperawatan Hipertermia di Ruang Anak RSUD Blambangan Tahun 2021?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan Pada Anak *Tyfoid* dengan Masalah Keperawatan Hipertermia di Ruang Anak RSUD Blambangan Tahun 2021.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Terlaksana pengkajian keperawatan pada anak *Tyfoid* dengan masalah keperawatan hipertermia di ruang anak RSUD Blambangan tahun 2021.
2. Tersusun diagnosis keperawatan pada anak *Tyfoid* dengan masalah keperawatan hipertemia di ruang anak RSUD Blambangan tahun 2021.
3. Tersusun perencanaan keperawatan pada anak *Tyfoid* dengan masalah keperawatan hipertermia di ruang anak RSUD Blambangan tahun 2021.
4. Terlaksana tindakan keperawatan pada anak *Tyfoid* dengan masalah keperawatan hipertermia di ruang anak RSUD Blambangan tahun 2021.
5. Terlaksana evaluasi pada anak *Tyfoid* dengan masalah keperawatan hipertermia di ruang anak RSUD Blambangan tahun 2021.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus di harapkan hasil penelitian ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dalam hal mengkaji pasien anak dengan *Tyfoid* dan menetapkan asuhan keperawatan yang tepat.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Studi kasus ini di harapkan dapat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan dalam rangka upaya meningkatkan pemeberian asuhan keperawatan pada anak *Tyfoid* dengan masalah keperawatan hipertermia.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk tenaga kesehatan di RSUD untuk menetapkan dan memaksimalkan menggunakan kompres hangat dalam penanganan pasien anak *Tyfoid* dengan hipertermia. Sebagai masukan bagi perawat petingnya menjaga suhu tubuh agar tidak terjadi hipertermia pada anak yang mengalami *Tyfoid*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi untuk menambah literatur dalam penanganan pada anak *Tyfoid* dengan masalah keperawatan hipertermi.

4. Bagi Klien

Studi kasus ini di harapkan dapat menambah pengetahuan bagi klien

dan keluarga tentang penyakit *Thypoid* . Dan klien atau keluarga mampu mencegah terjadinya penyakit serta penyakit komplikasi yang di sebabkan oleh *Thypoid* , secara mandiri di rumah.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Fisiologi

2.1.1 Anatomi Pencernaan

Sistem pencernaan adalah organ dalam tubuh manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi energi dan gizi, serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna. Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan anus (Amalina, 2017).

1. Mulut

Mulut adalah saluran pencernaan yang bertugas mencerna makanan untuk pertama kalinya, fungsi utama mulut yaitu untuk menghancurkan makanan menjadi ukuran yang lebih kecil gara lebih mudah ke dalam perut.

2. Tenggorokan

Tenggorokan adalah organ penghubung antara mulut dan kerongkongan, fungsi dari kerongkongan untuk menyalurkan makanan menuju ke lambung.

3. Kerongkongan

Kerongkongan adalah organ berbentuk tabung yang menghubungkan antara tenggorokan dan lambung, organ ini berfungsi untuk menyalurkan makanan dari mulut ke lambung.

4. Lambung

Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (sfingter), yang bisa membuka dan menutup. Lambung berfungsi sebagai gudang makanan dimana makanan dari mulut akan dicerna kembali sehingga menjadi bagian yang lebih kecil.

5. Usus Halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Salah satu bagian usus halus adalah usus dua belas jari atau duodenum, makanan masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa dicerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

Bakteri yang berasal dari lambung dan masih hidup akan mencapai usus halus, melekat pada sel mukosa kemudian menginvasi dan menembus dinding usus tepatnya di ileum dan yeyunum. Sel epitel yang melapisi *Peyer's patch* merupakan tempat bertahan hidup dan multiplikasi *Salmonella Typhi*. Kemudian kuman menembus kelenjar limfid intestinal dan duktus torasikus masuk ke dalam aliran darah sistemik. Setelah 24-72 jam terjadi bakteremia primer namun jumlah kuman belum terlalu banyak maka gejala klinis belum tampak. Bakteriemia akan berakhir ketika kuman masuk ke dalam organ *retikulo endotelial system (RES)* yang berada di hati limpa,

kelenjar getah bening dan limfoid intestinal untuk berkembang biak. Di dalam organ ini bakteri akan menjalani masa inkubasi selama 10-14 hari, dalam organ *RES* bakteri akan berkembang pesat dan masuk ke peredaran darah dan menimbulkan bakteremia sekunder, setelah proses ini akan ditemukan gejala-gejala klinis dari dema *Thypoid*.

6. Usus Besar

Usus besar merupakan kelanjutan dari usus halus yang memiliki tambahan usus yang berupa umbai cacing (appedix). Usus besar terdiri dari tiga bagian yaitu bagian naik (ascending), mendatar (tranverse), dan menurun (descending). Pada usus besar tidak terjadi pencernaan. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses.

7. Rektum

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses.

8. Anus

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar – BAB), yang merupakan fungsi utama anus.

2.2 Konsep *Thypoid*

2.2.1 Pengertian *Thypoid*

Demam *Thypoid* adalah suatu penyakit infeksi yang bersifat akut dan disebabkan oleh *Salmonella typh* (HIDAYAH, 2019). Demam *Thypoid* atau yang umum dikenal dengan Tifus abdominalis merupakan penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* (Reza, 2019).

Demam *Thypoid* adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi* A, B dan C. Penularan demam tifoid melalui fecal dan oral yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Williams, 2018).

2.2.2 Etiologi *Thypoid*

Demam *Thypoid* (tifus abdominalis) atau lebih populer dengan nama tifus di kalangan masyarakat adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* yang menyerang saluran pencernaan. Bakteri ini masuk ke dalam tubuh melalui makanan atau minuman yang tercemar, baik saat memasak ataupun melalui tangan dan alat masak yang kurang bersih. Selanjutnya, bakteri ini masuk melalui pencernaan dan menuju oleh usus halus yang masuk bersama makanan, kemudian menyebar ke seluruh organ tubuh, terutama hati dan limpa, yang berakibat terjadinya pembengkakan dan nyeri. Setelah berada di dalam usus halus, bakteri tersebut terus menyebar ke dalam peredaran darah dan kelenjar limfe, terutama usus halus.

Dalam dinding usus inilah, bakteri itu membuat luka atau tukak yang berbentuk lonjong. Tukak tersebut bisa menimbulkan pendarahan atau cccrobekan yang mengakibatkan penyebaran infeksi ke dalam rongga perut. Jika kondisinya sangat parah, maka harus dilakukan operasi untuk mengobatinya. Bahkan, tidak sedikit yang berakibat fatal hingga berujung kematian. Selain itu, bakteri *Salmonella Typhi* yang masuk ke dalam tubuh juga mengeluarkan toksin (racun) yang dapat menimbulkan gejala demam pada anak. Itulah sebabnya terjadi demam pada penderita *Thypoid* (Widura, 2020).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Menurut Artha Ardiaria (2019) masa inkubasi terjadi 7-14 hari, selama masa inkubasi ditemukan beberapa gejala prodromal (Gejala awal tumbuhnya penyakit atau gejala yang tidak sering dialami) yaitu:

1. Merasakan tidak enak badan
2. Nyeri pada kepala
3. Pusing
4. Diare
5. Anoreksia
6. Batuk
7. Nyeri pada otot

Thypoid terjadi sekita 3 minggu. Minggu pertama bsiasanya terjadi demam rimiten, suhu tubuh dapat menurun di pagi hari, dan dapat meningkat pada sore dan malam hari.

Minggu kedua demam terjadi terus-menerus belum mencapai

suhu normal. Minggu ketiga demam mulai turun secara bertahap terjadi gangguan pencernaan, lidah kotor atau tertutupi limpa membesar nyeri pada saat diraba dan bisa terjadi gejala yang lainnya seperti Roseola (Bintik-bintik kemerahan karena emboli hasil dari kulit (Hadi and Amaliyah B,2020).

2.2.4 Cara Penularannya

Penularan demam *Thypoid* dapat terjadi melalui berbagai cara, yaitu dikenal dengan 5F yaitu (*food, finger, fomitus, fly, feses*) Feses dan muntahan dari penderita demam tifoid dapat menularkan bakteri *Salmonella typhi* kepada orang lain. Bakteri tersebut ditularkan melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi dan melalui perantara lalat, di mana lalat tersebut akan hinggap di makanan yang akan dikonsumsi oleh orang sehat. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan dan makanan yang tercemar oleh bakteri *Salmonella typhi* masuk ke tubuh orang yang sehat melalui mulut selanjutnya orang sehat tersebut akan menjadi sakit (Nuruzzaman and Syahrul, 2019).

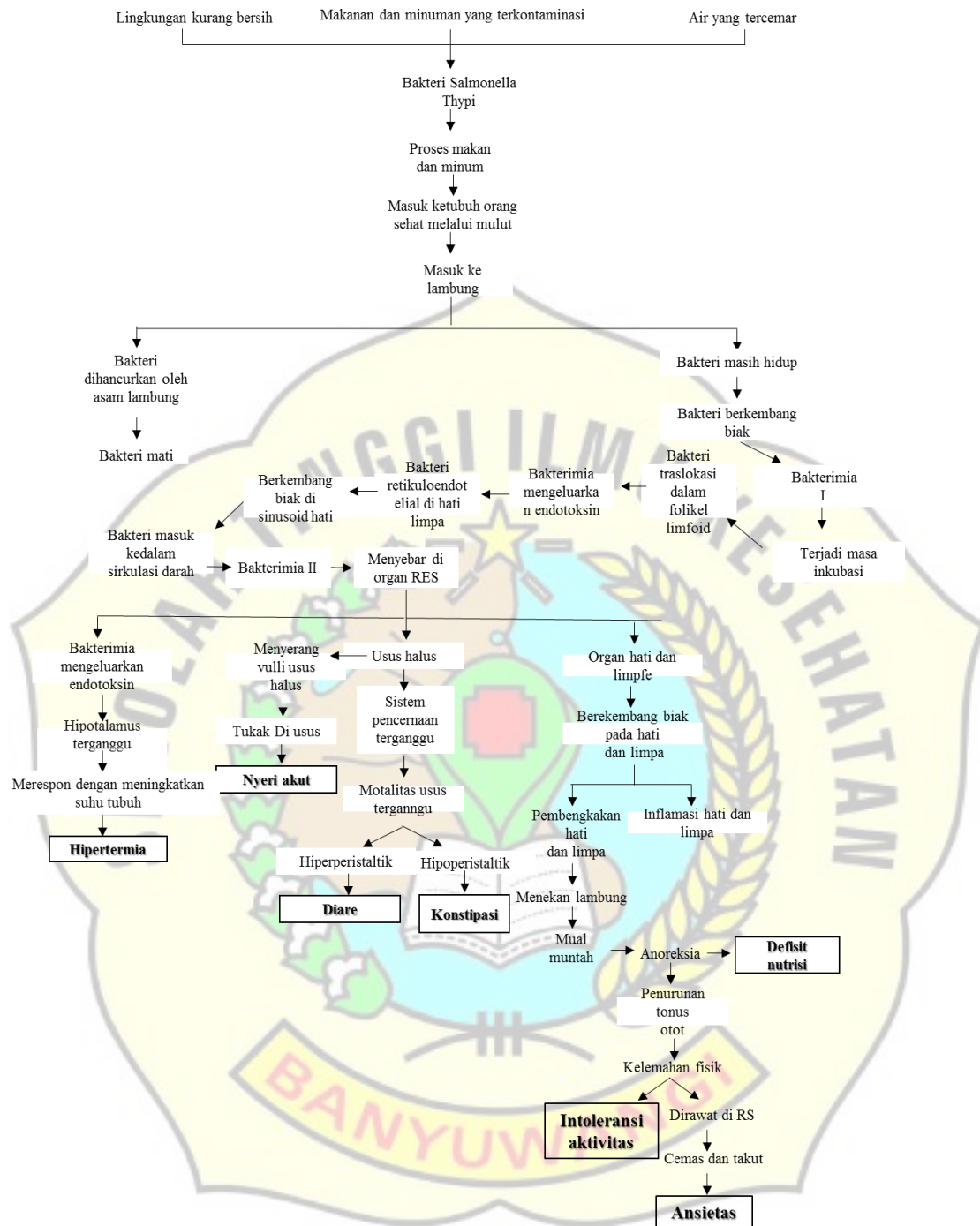
2.2.5 Patofisiologi

Bakteri *Salmonella typhi* masuk bersama makanan atau minuman ke dalam tubuh melalui mulut. Bakteri *Salmonella typhi* masuk ke pencernaan dan sampai ke lambung, pada saat melewati lambung dan suasana asam ($\text{pH} < 2$) maka bakteri banyak yang mati. Bakteri yang masih hidup akan mencapai usus halus dan masuk ke dalam tubuh melalui mukosa usus pada ileum terminalis. Bakteri melekat pada

mikrovili di usus, kemudian melalui ruffling, actin rearrangement, dan internalisasi dalam vakuola intraseluler. Kemudian *Salmonella typhi* menyebar ke sistem limfoid mesenterika dan masuk ke dalam pembuluh darah melalui sistem limfatik. Bakteremia I terjadi pada tahap ini dan biasanya tidak didapatkan gejala dan kultur darah biasanya masih memberikan hasil yang negatif. Periode inkubasi ini terjadi selama 7- 14 hari (Gide, 2019).

Bakteri dalam pembuluh darah ini akan menyebar ke seluruh tubuh dan berkolonisasi dalam organ-organ sistem retikuloendotelial, yakni di hati, limpa, dan sumsum tulang. Bakteri juga dapat melakukan replikasi dalam makrofag. Setelah periode replikasi, bakteri akan disebarkan kembali ke dalam sistem peredaran darah dan menyebabkan bakteremia II sekaligus menandai berakhirnya periode inkubasi. Bakteremia II menimbulkan gejala klinis seperti demam, sakit kepala, dan nyeri abdomen. Bakteremia dapat menetap selama beberapa minggu bila tidak diobati dengan antibiotik. Pada tahapan ini, bakteri tersebar luas di hati, limpa, sumsum tulang, kandung empedu, dan Peyer's patches di mukosa ileum terminal. Ulserasi pada Peyer's patches dapat terjadi melalui proses inflamasi yang mengakibatkan nekrosis dan iskemia. Komplikasi perdarahan dan perforasi usus dapat menyusul ulserasi. Kekambuhan dapat terjadi bila kuman masih menetap dalam organ-organ system retikuloendotelial dan berkesempatan untuk berproliferasi kembali. Menetapnya *Salmonella* dalam tubuh manusia diistilahkan sebagai pembawa kuman atau carrier (Mauliyah, 2018).

2.2.6 WOC THYPOID DENGAN MASALAH KEPERAWATAN



Bagan 2.1 WOC THYPOID

Sumber :Qurohman (2020)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Terdapat sejumlah pemeriksaan laboratorium yang dilakukan untuk menunjang diagnosis demam tifoid. Pemeriksaan penunjang antara lain yaitu :

1) Pemeriksaan Leukosit

Pada penderita demam *Thyroid* akan terjadi penurunan jumlah leukosit (leukopenia) dan limfositosis relatif yang menjadi dugaan kuat diagnosis demam *Thyroid*. Pada pasien penderita demam *Thyroid* pada 2 minggu pertama sakit jumlah leukosit antara 4.000-6.000/mm³ dan akan turun kembali pada 2 minggu berikutnya hingga 3.000-5.000/mm³. Leukosit diproduksi di dalam sumsum tulang dan berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap adanya infeksi atau bakteri. Bila bakteri masuk sampai kesumsum tulang maka akan menghambat pembentukan leukosit, hal ini jugadisebabkan adanya endotoksin dari bakteri sehingga pada kasus demam *Thyroid* sering terjadinya penurunan jumlah leukosit (Renowati and Soleha, 2019).

2) Pemeriksaan SGOT dan SPGT

Pada penderita demam *Thyroid* dapat terjadi peningkatan kadar SGOT (*Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*) dan kadar SGPT (*Serum Glutamic Pyruvic Transaminase*). Peningkatan kadar SGOT dan SGPT dapat menyebabkan terjadinya komplikasi pada hati misalkan *hepatitis typhoid*.

SGOT dan SGPT seringkali meningkat tetapi kembali normal setelah sembuhnya demam *typhoid* (Sarira and Setiawan, 2020).

3) Biakan darah

Diagnosis terkena *Thyphoid* dapat ditegakkan bila ditemukan bakteri *Salmonella typhi* dalam biakan dari darah, urine, feses, sumsum tulang, cairan duodenum.

4) Apabila hasil biakan darah positif bisa dipastikan demam *Thyphoid* , akan tetapi jika hasil negatif tidak menutup kemungkinan mengalami demam *Thyphoid* , karena hasilnya tergantung pada beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil biakan meliputi jumlah darah yang diambil, perbandingan volume darah dari media empedu dan waktu pengambilan darah

5) Uji widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap *Salmonella typhi* terdapat dalam serum klien dengan *Thyphoid* dan juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasi.

Antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspensi *Salmonella* yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium. Tujuan dari widal ini adalah untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum klien yang di diagnosa menderita *Thyphoid* . Akibat dari infeksi

Salmonella typhi, klien membuat antibodi atau aglutinin yaitu :

- a. Aglutinin O, yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh bakteri)
- b. Aglutini H, yang dibuat karena rangsangan antigen H (berasal dari flagel bakteri)
- c. Aglutinin Vi, yang dibuat karena rangsangan antigen Vi.

Dari Keiga aglutinin tersebut hanya aglutini O dan H yang di tentukan titernya untuk diagnosa, makin tinggi titrnya semakin besar klien terkena *Thypoid* .

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut Lestari titik (2016), penatalaksanaan pada demam typhoid yaitu:

- 1) Perawatan
 - a. Klien diistirahatkan 7 hari sampai 14 hari untuk mencegah komplikasi perdarahan usus.
 - b. Mobilisasi bertahap bila tidak ada panas, sesuai dengan puluhnya tranfusi bila ada komplikasi perdarahan.
- 2) Diet
 - a. Diet yang sesuai, cukup kalori dan tinggi protein.
 - b. Pada penderita yang akut dapat diberikan bubur saring.
 - c. Setelah bebas demam diberi bubur kasar selama 2 hari lalu nasi tim.
 - d. Dilanjutkan dengan nasi biasa setelah penderita bebas dari

demam selama 7 hari.

3) Obat-obat

Antibiotika umum digunakan untuk mengatasi penyakit typhoid. Waktu penyembuhan bisa makan waktu 2 minggu hingga satu bulan. Antibiotika, seperti ampicilin, kloramfenikol, trimethoprim sulfamethoxazole dan ciproloxacin sering digunakan untuk merawat demam typhoid di negara-negara barat. Obat-obatan antibiotik adalah:

- a. Kloramfenikol diberikan dengan dosis 50 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali pemberian, oral atau intravena, selama 14 hari.
- b. Bilamana terdapat kontra indikasi pemberian kloramfenikol, diberikan ampicilin dengan dosis 200 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3- 4 kali. Pemberian intravena saat belum dapat minum obat, selama 21 hari.
- c. Amoksisilin dengan dosis 100 mg/kgBB/ hari, terbagi dalam 3-4 kali. Pemberian oral/intravena selama 21 hari.
- d. Kotrimoksazol dengan dosis 8 mg/kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian, oral, selama 14 hari.
- e. ada kasus berat, dapat diberi ceftriakson dengan dosis 50 mg/kgBB/hari dan diberikan 2 kali sehari atau 80 mg/kgBB/hari, sehari sekali, intravena selama 5-7 hari.
- f. Pada kasus yang diduga mengalami MDR, maka pilihan antibiotika adalah meropenem, azithromisin, dan

fluoroquinolon.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien yang mengalami *hipertermi* adalah dengan menggunakan kompres hangat basah. Kompres hangat adalah bahan yang dipakai untuk mengompres biasanya kain yang dapat menyerap air dengan baik, seperti kain handuk. Kain kompres ini dicelupkan ke dalam air hangat. kompres hangat dipakai untuk menurunkan suhu tubuh. Ada beberapa macam kompres hangat yang bisa diberikan untuk menurunkan suhu tubuh bila seseorang mengalami hipertermia, salah satunya yaitu kompres air hangat. Kompres air hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi.

2.3 Konsep Masalah Keperawatan Hipertermi

2.3.1 Definisi

Menurut SDKI (2017), Hipertermi merupakan suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

Hipertermi merupakan peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas. Hipertermi terjadi karena adanya ketidak mampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. Hipertermia dapat di definisikan dengan suatu keadaan dimana suhu tubuh melebihi set, yang biasanya diakibatkan oleh kondisi tubuh eksternal yang menciptakan panas daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh (Ulfa and Handayani,

2018).

Hipertermi disebabkan karena adanya faktor endogen, pengurangan kehilangan panas, akibat terpajan lama lingkungan bersuhu tinggi (sengatan panas), ada juga yang menyebutkan bahwa hipertermia atau demam pada anak terjadi karena reaksi transfusi, imunisasi, dehidrasi, adanya penyakit, adanya pirogen seperti bakteri atau virus dan juga karena adanya pengaruh obat prosencephalon (Ghassani, 2019).

2.3.2 Tanda dan Gejala Hipertermi

Menurut SDKI (2017), berbagai kondisi dapat menyebabkan Hipertermia :

1) Suhu tubuh diatas nilai normal

Hal ini berhubungan dengan adanya produksi panas yang berlebih, kehilangan panas berlebihan, produksi panas minimal, kehilangan panas minimal, atau kombinasi antara keduanya.

2) Kulit kemerahan

Tanda pada hipertermia seperti kulit kemerah-merahan disebabkan karena adanya vasodilatasi pembuluh darah.

3) Terjadi konvulsi (Kejang)

Suatu kondisi medis saat otot tubuh mengalami fluktuasi kontraksi dan peregangan dengan sangat cepat sehingga menyebabkan gerakan yang tidak terkendali seperti kejang.

4) Takikardi

Takikardia merupakan tanda-tanda dini dari gangguan atau

ancaman syok, pernapasan yang memburuk, atau nyeri.

5) Takipnea

Takipnea merupakan tanda-tanda dini dari gangguan atau ancaman syok, pernapasan yang memburuk, atau nyeri.

6) Kulit terasa hangat

Fase dingin pada hipertermia akan hilang jika titik pengaturan hipotalamus baru telah tercapai., dingin akan hilang dan anak akan merasa hangat. Hal ini juga terjadi karena adanya vasodilatasi pembuluh darah sehingga kulit menjadi hangat.

Fase-fase terjadinya hipertermia

Fase I awal

- a. Peningkatan denyut jantung
- b. peningkatan laju dan kedalaman pernapasan
- c. Mengkil akibat tegangan dan kontraksi otot
- d. Kulit pucat dan dingin karena vasokonstriksi
- e. Merasakan sensasi dingin
- f. Dasar kuku mengalami sianosis
- g. Rambut kulit berdiri
- h. pengeluaran keringat berlebih
- i. peningkatan suhu Fase

II : Proses demam

- a. Proses menggil lenyap
- b. Kulit terasa hangat/panas
- c. Merasa tidak panas/dingin

- d. Peningkatan nadi dan laju pernapasan
- e. peningkatan rasa haus
- f. dehidrasi ringan samapi berat
- g. Mengantuk, delirium/kejang akibat iritasi sel saraf
- h. Lesi mulut herpetik
- i. Kehilangan nafsu makan
- j. Kelemahan, kelelahan dan nyeri ringan pada otot akibat katabolisme protein.

2.3.3 Etiologi Hipertermi

Menurut (Gide, 2019). Hipertrmi dapat disebabkan oleh beberapa faktor:

a. Adanya proses infeksi

Infeksi tersebut seperti infeksi pada saluran pernapasan,infeksi pada saluran kemih, otitis media (infeksi pada telinga), sinusitis (Peradangan disekitar rongga hidung), pneumonia (radang paru-paru), dan gastroenteritis.

Infeksi tersebut karena adanya mikroorganisme yang hidup dalam tubuh. Akibatnya akan mengalami beberapa perubahan, mikroorganisme tersebut memperbanyak diri dengan carin sendiri-sendiri dan menyebabkan cedera jaringan dengan berbagai mekanisme yang mereka punya, salah satunya adalah mengeluarkan toksin (zat beracun).

b. Terpajang pada lingkungan yang panas dalam waktu yang lama atau paparan panas yang berlebihan (overhating) bisa

mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan. Karena dengan kehilangan cairan dapat mempengaruhi mekanisme pengeluaran panas.

- c. Menurunnya kemampuan berkeringat karena kehilangan elektrolit
- d. Olahraga atau aktivitas yang berlebihan akan dapat meningkatkan suhu tubuh. Dengan kondisi tersebut akan mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan.
- e. Penyakit atau trauma dapat mengganggu fungsi pengaturan suhu tubuh
- f. Reaksi imun

Reaksi imun atau respon imun merupakan sistem kekebalan tubuh. Jika sistem kekebalan melemah kemampuannya melindungi tubuh akan berkurang, termasuk virus yang menyebabkan penyakit, akibatnya akan menyebabkan munculnya infeksi atau penyakit defisiensi imun (berbagai penyakit yang memiliki satu atau lebih dari ketidaknormalan sistem imun) kemampuannya melindungi tubuh akan berkurang, termasuk virus yang menyebabkan penyakit, akibatnya akan menyebabkan munculnya infeksi atau penyakit defisiensi imun (berbagai penyakit yang memiliki satu atau lebih dari ketidaknormalan sistem imun).

2.3.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Tim Pok Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) gejala dan tanda hipertermia,yaitu:

1) Gejala dan Tanda Mayor

Suhu tubuh di atas nilai normal ($> 37,5^{\circ}\text{C}$)

2) Gejala dan Tanda Minor

a. Kulit merah

Saat demam kulit akan terlihat merah karena penurunan suhu yang ditandai dengan vasodilatasi pembuluh darah dan berkeringat yang berusaha untuk menghilangkan panas sehingga tubuh akan berwarna kemerahan

b. Kejang

Jika peningkatan suhu tubuh yang tinggi maka otot tubuh mengalami fluktuasi kontraksi dan peregangan dengan sangat cepat sehingga gerakan yang tidak terkendali atau terkontrol menyebabkan terjadinya kejang.

c. Takikardia

Takikardia merupakan suatu keadaan detak jantung lebih cepat dari detak jantung orang normal. Takikardia pada demam terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh yang membuat kerja jantung meningkat akibat pembuatan produksi panas.

d. Takipnea

Takipnea merupakan frekuensi pernapasan yang jumlahnya meningkat di atas frekuensi pernapasan normal. Takipnea terjadinya karena peningkatan metabolisme yang membuat kebutuhan oksigen menjadi meningkat.

- e. Kulit terasa hangat.

Produksi panas yang berlebihan di area preoptik hipotalamus anterior menyebabkan pengeluaran keringat dan kulit menjadi hangat karena vasodilatasi di semua tempat.

2.4 Konsep Tumbuh Kembang

2.4.1 Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan (growth) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ, maupun individu. Anak tidak hanya bertambah besar secara fisik, melainkan juga ukuran dan struktur organ-organ tubuh dan otak. Sebagai contoh, hasil dari pertumbuhan otak seorang anak adalah mempunyai kapasitas lebih besar untuk belajar, mengingat, dan mempergunakan akalannya. Pertumbuhan fisik dapat dinilai dengan satuan berat (gram, kilogram), satuan panjang (cm, meter), umur, tulang, dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen dalam tubuh)

Sedangkan perkembangan (development), adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkat dan meluasnya kapasitas seseorang melalui

pertumbuhan, kematangan, atau kedewasaan, dan pembelajaran. Perkembangan dapat diartikan sebagai akibat dari perubahan kematangan dan kesiapan fisik yang memiliki potensi untuk melakukan suatu aktivitas, sehingga individu telah mempunyai suatu pengalaman. Dengan pengalaman ini, ia akan dapat melakukan suatu aktivitas yang sama dalam waktu mendatang. Tolok ukur untuk melihat adanya perkembangan seseorang individu ialah pada aspek kemampuan yang dimiliki sesuai dengan tahap perkembangannya (Hidayati, 2017).

2.4.2 Tahap Tumbuh Kembang

Tahap tumbuh kembang anak dapat ditentukan oleh masa ataupun waktu kehidupan seorang anak. Menurut Soetjiningsih (2018). Secara umum ada beberapa tahapan tumbuh kembang anak antara lain yaitu:

- 1) Masa pranatal
 - a. Masa embrio : konsepsi – 8 minggu
 - b. Masa janin : 9 minggu – lahir
- 2) Masa bayi : usia 0 – 1 tahun
 - a. Masa neonatal : usia 0- 28 hari
 - 1 Masa neonatal dini : 0 – 7 hari
 - 2 Masa neonatal lanjut : 8 – 28 hari
 - b. Masa pasca neonatal : 29 hari – 1 tahun
- 3) Masa pra-sekolah : Usia 1 – 6 tahun

4) Masa sekolah : Usia 6 – 12/20 tahun

a. Masa pra-remaja

b. Masa remaja

1 Masa remaja dini :

a) Wanita usia 8 – 13 tahun

b) Pria usia 10 – 15 tahun

2 Masa remaja lanjut:

a) Wanita usia 13 – 18 tahun

b) Pria usia 15 – 20 tahun

2.4.3 Ciri-ciri Pertumbuhan dan Perkembangan

Proses tumbuh kembang anak mempunyai beberapa ciri-ciri yang saling berkaitan. Menurut Soetjiningsih (2018), ciri ciri tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Perkembangan menimbulkan perubahan. Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.
- 2) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Setiap anak tidak akan bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Sebagai contoh, seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia bisa berdiri. Seorang anak tidak akan bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang

terkait dengan fungsi berdiri anak terhambat. Karena itu perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.

- 3) Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda. Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan mempunyai kecepatan yang berbedabeda, baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ dan perkembangan pada masing-masing anak.
- 4) Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan. Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain- lain. Anak sehat, bertambah umur, bertambah berat dan tinggi badannya serta bertambah kepandaiannya.
- 5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap. Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu:
 - a. perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (pola sefalokaudal).
 - b. Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari- jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal).
- 6) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan. Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan

berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kotak, anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya.

2.4.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain:

1) Faktor dalam (internal) yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

a. Ras/etnik atau bangsa.

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika, maka ia tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

b. Keluarga.

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.

c. Umur.

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

d. Jenis kelamin.

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki laki. Tetapi setelah melewati

masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

e. Genetik.

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak seperti kerdil.

2) Faktor luar (eksternal).

a) Faktor Prenatal

1. Gizi

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

2. Mekanis

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

3. Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti Amlnopterin, Thalldomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

4. Endokrin

Diabetes melitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, hiperplasia adrenal.

5. Radiasi

Paparan radium dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida,

retardasi mental dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, kelainan jantung.

6. Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Sitomegalo virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin: katarak, bisu tuli, mikros efali, retardasi mental dan kelainanjantung kongenital.

7. Kelainan imunologi

Eritobaltosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kembar icterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

8. Anoksia embrio

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

9. Psikologi ibu

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

- b) Faktor Persalinan Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan

jaringan otak.

c) Faktor Pasca Persalinan

1 Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

2 Penyakit kronis/ kelainan kongenital, Tuberkulosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

3 Lingkungan fisis dan kimia.

Lingkungan sering disebut melieu adalah tempat anak tersebut hidup yang berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif, zat kimia tertentu (Pb, Merkuri, rokok, dll) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

4 Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

5 Endokrin

Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak mengalami hambatan

pertumbuhan.

6 Sosio-ekonomi

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

7 Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak.

8 Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan/stimulasi khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.

9 Obat-obatan

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

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Menurut Amalina (2017), pengkajian merupakan tahap awal dalam keperawatan yang melingkupi pengumpulan data secara sistematis dan cermat untuk mendapatkan status kesehatan klien sekarang dan status kesehatan sebelumnya, serta menetapkan status fungsional klien dan mengevaluasi pola keseharian klien sekarang

maupun sebelumnya. pengumpulan data didapatkan dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, melakukan pemantauan catatan dan laporan diagnosa, serta berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain.

1) Identitas klien meliputi :

a Umur

Klien yang terkena demam *Thypoid* pada umumnya berusia 3- 19 tahun , pada usia tersebut sangat rentan karena berhubungan dengan pola hidup sehat dan konsumsi jenis makanan yang dikonsumsi lebih bervariasi yang berisiko menjadi faktor pemicu terpapar bakteri *Salmonella typhi* (Amalina, 2017).

b Jenis kelamin

Pada penderita yang terkena *Thypoid* lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan (Amalina, 2017)

2) Riwayat kesehatan meliputi :

a. Keluhan utama

Pada klien *Thypoid* biasanya memiliki keluhan perut terasa mual, muntah, perut kembung, nafsu makan menurun, suhu tubuh meningkat, nyeri pada ulu hati, pusing (Wijayanti and Anugrahati, 2019).

b. Riwayat penyakit dahulu

Klien yang pernah mengalami penyakit *Thypoid* bisa

saja mengalami penyakit *Thypoid* kembali, dikarenakan bisa pola makan dan kebersihan dari seseorang tersebut (Wijayanti and Anugrahati, 2019).

c. Riwayat penyakit sekarang

Pada umumnya penyakit pada klien yang mengalami *Thypoid* diawali dengan keluhan demam, anoreksia diikuti rasa mual, muntah, mengalami diare, pucat, lidah kotor, dan terjadi gangguan kesadaran (Wijayanti and Anugrahati, 2019)

d. Riwayat kesehatan keluarga

Thypoid bukan penyakit keturunan yang dibawa oleh gen, melainkan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* dikarenakan makanan dan minuman yang kurang terjaga kebersihannya atau lingkungan kebersihannya kurang baik.

Pada riwayat penyakit *Thypoid* keluarga sangat berpengaruh karena terjadi penularan yang dialami akan melalui jalan yang sama dan risiko tertular akan semakin cepat, hal tersebut di sebabkan keluarga dimana seseorang sering melakukan aktivitas sehari-hari dan berinteraksi setiap hari dengan keluarga dan banyak terjadi kontak secara langsung maupun tidak langsung yang dapat menyebabkan terjadinya penularan pada *Thypoid* (Wijayanti and Anugrahati, 2019).

e. Riwayat tumbuh kembang

Pada anak atau klien yang mengalami *Thypoid* pada umumnya tidak ada masalah pada tumbuh kembangnya, kecuali jika anak tersebut mempunyai masalah gangguan nutrisi buruk seperti halnya kwashiorkor dan marasmus (Wijayanti and Anugrahati, 2019).

3) Pola fungsi kesehatan :

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Anak dengan *Thypoid* mengalami penurunan nafsu makan selama sakit karena terjadi mual dan muntah saat makan sehingga makan hanya sedikit dan mempengaruhi status nutrisi pada klien (Wahyuni, 2020).

b. Pola eliminasi

Anak dengan *Thypoid* biasanya mengalami diare karena terjadi penurunan peristaltik usus. Sedangkan eliminasi urine tidak mengalami gangguan, hanya warna urine menjadi kuning kecoklatan. Klien dengan demam tifoid terjadi peningkatan suhu tubuh yang berakibat keringat banyak keluar dan merasa haus, sehingga dapat meningkatkan kebutuhan cairan tubuh

Anak dengan *Thypoid* dapat terjadi konstipasi karena terjadinya proses inflamasi yang menyebabkan hiperplasia *Peyer's patch* dan menyempitnya lumen (diameter dalam)

usus, hal tersebut membuat kerja peristaltik usus menurun dan menyebabkan kesulitan buang air besar (Wahyuni, 2020).

c. Pola aktivitas, latihan dan bermain.

Anak dengan *Thyphoid* pola aktivitas, latihan dan bermain klien akan terganggu karena harus tirah baring total, agar tidak terjadi komplikasi maka segala kebutuhan klien dibantu oleh keluarga atau perawat (Wahyuni, 2020).

d. Pola tidur dan istirahat

Anak dengan *Thyphoid* pola tidur dan istirahat terganggu sehubungan peningkatan suhu tubuh, nyeri pada abdomen, ansietas (Wahyuni, 2020)

e. Pola persepsi diri dan konsep diri

Anak dengan *thyphoid* yang perlu dikaji pada pola persepsi diri dan konsep diri adalah bagaimana sikap klien mengenai dirinya, persepsi klien tentang kemampuannya, pola emosional, citra diri, identitas diri, ideal diri, harga diri dan peran diri. Biasanya anak akan mengalami gangguan emosional seperti takut, cemas karena dirawat di RS (Wahyuni, 2020).

f. Pola coping dan toleransi stress

Anak dengan *thyphoid* yang perlu dikaji pada pola coping stress dan toleransi stress adalah bagaimana kemampuan klien dalam menghadapi stress dan juga adanya sumber pendukung. Anak belum mampu untuk mengatasi stress, sehingga sangat

dibutuhkan peran dari keluarga terutama orangtua untuk selalu mendukung anak (Wahyuni, 2020).

g. Pola nilai dan kepercayaan

Anak dengan *thypoid* pada nilai dan kepercayaan dikaji bagaimana kepercayaan klien. Biasanya anak-anak belum terlalu mengerti tentang kepercayaan yang dianut. Anak-anak hanya mengikuti dari orang tua (Wahyuni, 2020).

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kesadaran umum

1. Keadaan umum : klien tampak lemas Kesadaran :

Composmentis

Tanda Vital : Suhu tubuh tinggi $>37,5^{\circ}\text{C}$

Nadi dan frekuensi nafas menjadi lebih cepat (Wirawati, 2017).

2. Pemeriksaan kepala

Inspeksi: Pada klien demam *Thypoid* umumnya bentuk kepala normal, rambut tampak kotor dan kusam

Palpasi: Pada pasien demam *Thypoid* dengan hipertermia umumnya terdapat nyeri kepala (Wirawati, 2017).

3. Mata

Inspeksi: Pada klien demam *Thypoid* besar pupil tampak isokor, reflek pupil positif, konjungtiva

anemis, adanya kotoran atau tidak.

Palpasi: Umumnya bola mata teraba kenyal dan melenting (Wirawati, 2017).

4. Hidung

Inspeksi: Pada klien demam *Thypoid* umumnya lubang hidung simetris, ada tidaknya produksi secret, adanya pendarahan atau tidak, ada tidaknya gangguan penciuman.

Palpasi: Ada tidaknya nyeri pada saat sinus di tekan (Wirawati, 2017).

5. Telinga

Inspeksi: Pada klien demam *Thypoid* umumnya simetris, ada tidaknya serumen.

Palpasi: Pada klien demam *Thypoid* umumnya tidak terdapat nyeri tekan pada daerah tragus (Wirawati, 2017).

6. Mulut

Inspeksi: Lihat kebersihan mulut dan gigi, pada klien demam *Thypoid* umumnya lidah tampak kotor, mukosa bibir kering (Wirawati, 2017).

7. Kulit dan Kuku

Inspeksi: Pada klien demam *Thypoid* umumnya muka tampak pucat, kulit kemerahan, kulit kering,

turgor kulit menurun

Palpasi: Pada klien demam *Thypoid* umumnya turgor kulit kembali (Wirawati, 2017).

8. Leher

Inspeksi: Pada klien demam *Thypoid*

umumnya kaku kuduk jarang terjadi, lihat kebersihan kulit sekitar leher

Palpasi: Ada tidaknya bendungan vena jugularis, ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, ada tidaknya deviasi trakea (Wirawati, 2017).

9. Thorax (dada) Paru - paru

Inspeksi : Tampak penggunaan otot bantu nafas diafragma atau tidak, tampak Retraksi interkosta, peningkatan frekuensi pernapasan, sesak nafas

Perkusi :Terdengar suara sonor pada ICS 1-5 dextra dan ICS 1-2 sinistra

Palpasi : Taktil fremitus teraba sama kanan dan kiri, taktil fremitus teraba lemah

Auskultasi : Pemeriksaan bisa tidak ada kelainan seperti terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada pasien dengan peningkatan produksi secret, kemampuan batuk yang menurun pada klien yang mengalami penurunan kesadaran (Wirawati, 2017).

10. Abdomen

Inspeksi : Persebaran warna kulit merata, terdapat distensi perut atau tidak, pada klien demam *Thyroid* umumnya tidak terdapat distensi perut kecuali ada komplikasi lain

Palpasi : Ada/tidaknya asites, pada klien demam *Thyroid* umumnya terdapat nyeri tekan pada epigastrium, pembesaran hati (hepatomegali) dan limfe

Perkusi : Untuk mengetahui suara yang dihasilkan dari rongga abdomen, apakah timpani atau dullness yang mana timpani adalah suara normal dan dullness menunjukkan adanya obstruksi.

Auskultasi : Pada klien demam *Thyroid* umumnya, suara bising usus normal >15x/menit. Musculoskeletal

Inspeksi : Pada klien demam *thyroid* umumnya, dapat menggerakkan ekstremitas secara penuh

Palpasi : periksa adanya edema atau tidak pada ekstremitas atas dan bawah. Pada klien demam *Thyroid* umumnya, akral teraba hangat, nyeri otot dan sendi serta tulang (Wirawati, 2017).

11. Genetalia dan Anus

Inspeksi : Bersih atau kotor, adanya hemoroid atau

tidak, terdapat perdarahan atau tidak, terdapat massa atau tidak. Pada klien demam *Thypoid* umumnya tidak terdapat hemoroid atau peradangan pada genitalia kecuali klien yang mengalami komplikasi penyakit lain

Palpasi : Terdapat nyeri tekanan atau tidak. Pada klien demam *Thypoid* umumnya, tidak terdapat nyeri kecuali klien yang mengalami komplikasi penyakit lain (Wirawati, 2017).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

- 1 Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.
Pada anak dengan *Thypoid* akan mengalami hipertermia karena terjadi suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.
- 2 Nyeri Akut berhubungan dengan agen pecedera fisiologis.
Pada anak dengan *Thypoid* biasanya muncul diagnosa nyeri akut dikarenakan bakteri *Salmonella thpy* yang masuk kedalam usus halus akan berkembang biak dan menyerang vulli pada usus halus yang menyebabkan terjadinya tukak pada usus.
- 3 Diare berhubungan dengan proses infeksi.
Pada anak dengan *Thypoid* muncul diagnosa diare dikarenakan bakteri *Salmonella Thypi* yang masuk dalam pencernaan

bersama makanan atau minuman yang terkontaminasi, bakteri yang tidak mati pada saat dilambung akan menuju usus halus dan membuat motilitas usus terganggu sehingga menyebabkan hiperperistaltik.

- 4 Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal.

Pada anak dengan *Thypoid* terdapat diagnosa konstipasi dikarenakan terjadinya proses inflamasi yang menyebabkan hiperplasia *Peyer's patch* dan menyempitnya lumen (diameter dalam) usus,hal tersebut membuat kerja peristaltik usus menurun.

- 5 Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya nutrisi.

Pada anak dengan *Thypoid* teradapat diagnosa defisit nutrisi dikarenakan bakteri *Salmonella typhi* yang masuk kedalam organ RES akan berkembang di hati dan limfe kemudian mengalami pembengkakan yang dapat menekan lambung kemudian terjadi mual dan muntah.

- 6 Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.

Pada anak dengan *Thypoid* biasanya muncul diagnosa ansietas dikarenakan anak akan merasa ketakutan dan cemas pada saat rawat inap di RS.

- 7 Intoleransi Aktifititas berhubungan dengan kelemahan.

Pada anak dengan *Thypoid* akan mengalami kelemahan yang diakibatkan dari penurunan tonus otot.



2.5.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan (PPNI,2017)

No	Diagnosa SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi SIKI	Rasional	ttd																														
1	<p>Kode : D.0130 Hipertermia b/d proses penyakit d/d Suhu tubuh diatas nilai normal.</p>	<p>Termogulasi : L14134 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan Termogulasi klien membaik dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit merah</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kejang</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Takipnea</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang</p>	Indikator	Nilai					Kulit merah	5	4	3	2	1	Kejang	5	4	3	2	1	Takikardi	5	4	3	2	1	Takipnea	5	4	3	2	1	<p>Manajemen hipertermia (L15508) Observasi a. Identifikasi penyebab hipertermia (adanya infeksi) b. Monitor suhu tubuh c. Monitor kadar elektrolit Teraupetik a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian c. Basahi dan kipasi permukaan tubuh d. Berikan cairan oral e. Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Edukasi a. Anjurkan tirah baring Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui penyebab terjadinya hipertermia Untuk mencegah adanya peningkatan suhu tubuh Mengetahui kadar elektrolit pada klien Untuk mengetahui haluaran urine mempertahankan suhu tubuh agar tetap dingin Pakaian tipis membntu penguapan lebih lancar Membantu menurunkan suhu tubuh Memenuhi kebutuhan cairan pasien Melakukan kompres hangat untuk mendilatasi pembuluh darah 	
Indikator	Nilai																																		
Kulit merah	5	4	3	2	1																														
Kejang	5	4	3	2	1																														
Takikardi	5	4	3	2	1																														
Takipnea	5	4	3	2	1																														

		<p>4. Cukup menurun 5. menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu tubuh</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> memburuk cukup memburuk sedang cukup membaik membaik 	Indikator	Nilai					Suhu tubuh	5	4	3	2	1	Suhu kulit	5	4	3	2	1									
Indikator	Nilai																												
Suhu tubuh	5	4	3	2	1																								
Suhu kulit	5	4	3	2	1																								
2	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pcedera fisiologis	<p>Tingkat Nyeri :L.08066</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan tingkat nyeri klien membaik</p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Nilai					Keluhan nyeri	5	4	3	2	1	Gelisah	5	4	3	2	1	Meringis	5	4	3	2	1	<p>Manajemen Nyeri: I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas rasa nyeri . Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat/dingin) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Fasilitasi istirahat tidur 	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui lokasi rasa nyeri Mengetahui skala nyeri yang dirasakan Agar engetahui faktor yang memperberat dan memmperingan rasa nyeri untuk mengurangi rasa nyeri Agara mengurangi rasa nyeri Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Agar klien menambah rasa nyeri klien Untuk membuat klien merasa nyaman Membuat strategi mengurangi rasa nyeri lien 	
Indikator	Nilai																												
Keluhan nyeri	5	4	3	2	1																								
Gelisah	5	4	3	2	1																								
Meringis	5	4	3	2	1																								

		<table border="1"> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> Meningkat Cukup meningkat Sedang Cukup menurun menurun <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> memburuk cukup memburuk sedang cukup membaik membaik 	Kesulitan tidur	5	4	3	2	1	Indikator	Nilai					Tekanan darah	5	4	3	2	1	Nafsu makan	5	4	3	2	1	<p>d. Pertimbangkan jenis nyeri dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri Jelaskan strategi rasa nyeri Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> Menegtahui penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakan Strategi dapat menurangi rasa nyeri teknik nonfarmakologi mengurangi rasa nyeri seprti kompres hangat Untuk mmbantu meredakan rasa nyeri 	
Kesulitan tidur	5	4	3	2	1																								
Indikator	Nilai																												
Tekanan darah	5	4	3	2	1																								
Nafsu makan	5	4	3	2	1																								
3	Diare berhubungan dengan proses infeksi	<p>Eliminasi fekal: L.04033</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapaneliminasi fekal klien membaik</p>	<p>Manajamen Diare:I.03101</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab diare Monitor warna, volume, frekuensi tinja Monitor adanya tanda dan gejala hipevolemia 	<ol style="list-style-type: none"> Agar klien mengetahui penyebab terjadinya diare Untuk mengetahui warna dan frekuensi tinja Mengetahui adahak tanda-tanda hipovolemia 																									

	<p>dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="568 276 1108 515"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri abdomen</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. menurun <table border="1" data-bbox="568 826 1108 1066"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik 	Indikator	Nilai					Nyeri abdomen	5	4	3	2	1	Distensi abdomen	5	4	3	2	1	Indikator	Nilai					Frekuensi defekasi	5	4	3	2	1	Peristaltik usus	5	4	3	2	1	<p>d. Monitor jumlah pengeluaran diare</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan asupan cairan oral b. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengetahui jumlah pengeluaran diare 5. agar tidak terjadi kekurangan cairan 6. Untuk mengobservasi sampel darah klien 7. Anjurkan makan secara bertahap dengan porsi kecil 8. Kolaborasi pemberian obat penguas feses 	
Indikator	Nilai																																							
Nyeri abdomen	5	4	3	2	1																																			
Distensi abdomen	5	4	3	2	1																																			
Indikator	Nilai																																							
Frekuensi defekasi	5	4	3	2	1																																			
Peristaltik usus	5	4	3	2	1																																			

4	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal	<p>Eliminasi fekal: L.04033</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal klien membaik</p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="568 507 1106 807"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan defekasi lama dan sulit</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nyeri abdomen</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. menurun <table border="1" data-bbox="568 1110 1106 1257"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi tinja</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p>	Indikator	Nilai					Keluhan defekasi lama dan sulit	5	4	3	2	1	Nyeri abdomen	5	4	3	2	1	Indikator	Nilai					Konsistensi tinja	5	4	3	2	1	<p>Manajemen konstipasi:I.04160</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a Periksa tanda dan gejala konstipasi b Periksa pergerakan usus c Identifikasi faktor resiko konstipasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a Anjurkan diet serat tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan b Anjurkan peningkatan asupan cairan c Ajarkan cara mengatasi konstipasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan /peningkatan frekuensi usus 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Mengetahui faktor risiko konstipasi 2 Agar memahami tanda dan gejala konstipasi 3 Untuk mengetahui frekuensi peristaltik usus 4 Mengetahui faktor padakonstipasi 5 Penyebab dari konstipasi karena terdapat masalah pada saluran pencernaan 6 Anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan (1500-200MI/hari) 7 Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat 8 Kolaborasi dengan ahli gizi 	
Indikator	Nilai																																		
Keluhan defekasi lama dan sulit	5	4	3	2	1																														
Nyeri abdomen	5	4	3	2	1																														
Indikator	Nilai																																		
Konsistensi tinja	5	4	3	2	1																														

		<ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik 																			
5	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien	<p>Status Nutrisi :L.03030</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="568 662 1108 874"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porsi makan yang dihabiskan</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat <table border="1" data-bbox="568 1241 1108 1299"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Nilai					Porsi makan yang dihabiskan	5	4	3	2	1	Indikator	Nilai			<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a Identifikasi status nutrisi b Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a Lakukan oral hygiene sebelum makan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a Ajarkan diet yang di programkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> b Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status nutrisi 2. Mengetahui status alergi dan intoleransi makanan pada klien 3. Untuk menjaga asupan makanan pada klien 4. Untuk menjaga kebersihan mulut 5. Ajarkan diet yang di programkan 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan 	
Indikator	Nilai																				
Porsi makan yang dihabiskan	5	4	3	2	1																
Indikator	Nilai																				

		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Membran mukosa</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> memburuk cukup memburuk sedang cukup membaik membaik 	Berat badan	5	4	3	2	1	Frekuensi makan	5	4	3	2	1	Nafsu makan	5	4	3	2	1	Membran mukosa	5	4	3	2	1		
Berat badan	5	4	3	2	1																							
Frekuensi makan	5	4	3	2	1																							
Nafsu makan	5	4	3	2	1																							
Membran mukosa	5	4	3	2	1																							
6	<p>Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan</p>	<p>Tingkat Ansietas :L09093</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak lagi mengalami ansietas.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Nilai					Perilaku gelisah	5	4	3	2	1	Perilaku tegang	5	4	3	2	1	<p>Terapi Relaksasi :I.09326</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penurunan tingkat energy Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu Monitor respon terhadap relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 	<ol style="list-style-type: none"> mengetahui adanya penurunan tingkat energy Mengetahui ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu Mengetahui respon terhadap relaksasi Untuk membuat klien merasa lebih tenang Agar mengetahui tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi relaksasi sebagai strategi penunjang analgetik atau tindakan medis lain, jika perlu 						
Indikator	Nilai																											
Perilaku gelisah	5	4	3	2	1																							
Perilaku tegang	5	4	3	2	1																							

		<p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pola tidur</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik 	Indikator	Nilai					Konsentrasi	5	4	3	2	1	Pola tidur	5	4	3	2	1	<p>c. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (misal music, meditasi, napas dalam) b. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman c. Anjurkan rileks d. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Tujuan dan manfaat relaksasi untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan pada klien 9. Agar pasien nyaman selama menjalani teknik relaksasi 10. Anjurkan rileks 11. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi 	
Indikator	Nilai																						
Konsentrasi	5	4	3	2	1																		
Pola tidur	5	4	3	2	1																		
7	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan	<p>Toleransi Aktivitas : L.050447</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak lagi mengalami toleransi aktivitas.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Nilai			<p>Manejemen Energi 1.05178</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kelelahan fisik dan emosional b. Monitor pola jam tidur c. Monitor ketidaknyaman selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kelemahan dan emosiona pada klien 2. Pola tidur dapat berpengaruh terjadi kelelahan 3. Mengetahui adanya ketidaknyaman selama melakukan aktivitas 															
Indikator	Nilai																						

	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Saturasi oksigen</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kemudahan melakukan aktivitas</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> menurun cukup menurun sedang cukup meningkat meningkat <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th colspan="5">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengeluh lelah</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> meningkat cukup meningkat sedang cukup menurun menurun 	Saturasi oksigen	5	4	3	2	1	Kemudahan melakukan aktivitas	5	4	3	2	1	Indikator	Nilai					Mengeluh lelah	5	4	3	2	1	Perasaan lemah	5	4	3	2	1	<p>a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan belum berkurang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan gizi . 	<ol style="list-style-type: none"> Memastikan lingkungan klien nyaman Untuk memulihkan tenaga klien dengan tirah baring Dengan melakukan aktivitas secara bertahap tidak memaksakan klien untuk melatih gerak tubuhnya Agar jika tanda dan gejala kelemahantidak berkurang akan segera dilakukan tindakan kembali Untuk memenuhi asupan gizi klien 	
Saturasi oksigen	5	4	3	2	1																													
Kemudahan melakukan aktivitas	5	4	3	2	1																													
Indikator	Nilai																																	
Mengeluh lelah	5	4	3	2	1																													
Perasaan lemah	5	4	3	2	1																													

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang ditetapkan. Selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat secara mandiri atau dengan kolaboratif. Selama melakukan kegiatan perawatan akan mengawasi dan memonitor kemajuan kesehatan yang dialami klien (Mugianti, 2016).

1. Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Seperti menciptakan lingkungan yang tenang, memberi kompres hangat saat klien demam, menganjurkan keluarga untuk memakaikan baju yang tipis pada klien, memeriksa tanda-tanda vital klien, menganjurkan klien minum air putih, menganjurkan anak untuk tirah baring.

2. Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain dalam membuat keputusan untuk mengatasi pada anak *Thypoid* dengan hipertemi, dengan cara laboratorium untuk mengetahui perkembangan anak setelah dilakukan tindakan, memberi suntikan

injeksi dan cairan intravena sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh dokter.

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan dan respon klien terhadap intervensi keperawatan dan kemudian membandingkan respon tersebut dengan standar. Standar ini sering disebut sebagai “outcome criteria” perawat menilai sejauh mana tujuan atau hasil keperawatan telah tercapai. Selanjutnya semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam format implementasi dan dievaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP (*subjective, objective, analyses, planning*) (Mugianti, 2016).

1. Tanda-tanda vital normal

RR: 20-30×/menit

Nadi: 80-90×/menit

Suhu: 36° C-37° C

2. Membran mukosa tidak kering

3. Kulit tidak kemerahan

4. Akral hangat

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Menurut Sugiyono (2017) desain penelitian adalah keseluruhan dan perencanaan k menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selam proses penelitian Hal ini penting karena desain penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan peneliti dan sebagai alat untuk mengontrol variable yang berpengaruh dalam penelitian. Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, studi kasus ini adalah studi untuk mempelajari asuhan keperawatan pada anak dengan *Thypoid* yang mengalami Hipertermi di Ruang Anak RSUD Blambangan Banyuwangi pada tahun 2021.

3.2 Batasan Istilah

Tabel 3.1 Batasan Istilah

Definisi <i>Thypoid</i>	<i>Thypoid</i> adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri <i>Salmonella Typi</i> yang menyerang saluran pencernaan. Tanda dan gejala pada <i>Thypoid</i> yaitu demam, nyeri kepala, pusing, diare.
Definisi Hipertermi	Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh di atas rentang normal dan tidak

	teratur, dan disebabkan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas
--	---

3.3 Partisipan

Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah dua klien dengan usia 6-12 tahun dan didampingi oleh keluarga klien, kemudian membandingkan dua klien dengan *Thypoid* yang mengalami hipertermi di Ruang anak RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2021.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1) Lokasi

Tempat penelitian dilakukan di Ruang Anak RSUD Blambangan Banyuwangi

2) Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada saat klien masuk ke rumah sakit dan selama minimal tiga hari dilakukan intervensi dan implementasi, jika dalam waktu kurang dari tiga hari klien sudah keluar dari Rumah Sakit maka intervensi dapat dilakukan dengan cara home care yang dilakukan oleh perawat selama kurangnya intervensi. Dalam penelitian ini waktu penelitian dibagi menjadi dua tahap sebagai berikut :

a) Tahap persiapan yang meliputi :

- 1) Penyusunan proposal : 26 September 2021
- 2) Seminar Proposal : 28 Desember 2021

b) Tahap pelaksanaan yang meliputi:

- 1) Pengajuan ijin : 08 Oktober 2021
- 2) Pengumpulan data : 23 Mei 2022

3.5 Pengumpulan Data

1) Wawancara

Wawancara atau interview merupakan salah satu wujud dari komunikasi interpersonal dimana merupakan suatu bentuk komunikasi yang langsung tanpa perantara media antar individu, dalam hal ini peran sebagai pembicara dan pendengar dilakukan secara bergantian, serta sering kali peran itu menyatu. Wawancara keperawatan mempunyai tujuan yang spesifik meliputi pengumpulan dari satu set yang spesifik Anamnese dilakukan secara langsung antara peneliti dengan pasien meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga klien. Sumber informasi dan keluarga, dan perawat lainnya. Alat yang dilakukan untuk wawancara dalam pengumpulan data dapat berupa alat tulis, buku catatan, kamera ataupun perekam suara.

2) Observasi dan Pemeriksaan fisik

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung kepada klien untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan pemeriksaan fisik meliputi: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada sistem tubuh klien yang dilakukan secara head to toe menggunakan nursing kit. Terutama pada data yang

mendukung asuhan keperawatan pada anak dengan *Thypoid* yang mengalami Hipertermi.

3) Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan cara mendokumentasikan foto hasil pemeriksaan diagnostik, hasil evaluasi asuhan keperawatan, hasil data dari rekam medik, dan hasil data dari buku catatan ruang anak di RSUD Blambangan Banyuwang tahun 2018.

3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk mencapai kesimpulan yang valid, maka dilakukan uji keabsahan data terhadap semua data yang terkumpul. Uji keabsahan data ini dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi sumber. Jenis triangulasi terdiri dari triangulasi data, triangulasi metode, triangulasi sumber, triangulasi teori, triangulasi peneliti. Pada peneliti ini teknik yang digunakan adalah dengan triangulasi sumber, data diperoleh dari klien, keluarga klien yang mengalami *Thypoid* dan perawat. Data utama klien dan keluarga dalam penelitian dilakukan dengan cara membandingkan dan mengobservasi perkembangan kesehatan klien. Data utama perawat digunakan untuk menyamakan persepsi antara klien dan perawat (Hasanah, 2017).

3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena dengan menganalisis data, data tersebut dapat diberi arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian.

Pengumpulan data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara , Observasi, Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.8 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika dalam penelitian karena penelitian yang akan dilakukan menggunakan subjek manusia, dimana setiap manusia mempunyai hak masing-masing yang tidak dapat dipaksa. Beberapa etika dalam melakukan penelitian.

Berikut hal-hal yang dalam etika penelitian yang mendasari penyusunan studi kasus :

3.8.1 *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Menurut Nursalam (2016), *Informed consent* adalah suatu bentuk persetujuan antara seorang peneliti dengan klien penelitian dengan memberikan sebuah lembar penelitian. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan kepada klien dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan dari *informed consent* ini yaitu agar klien mengerti maksud dan tujuan dari penelitian serta mengetahui dampaknya. Apabila klien bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan yang diberikan, tetapi apabila responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak dan pilihan

responden. Informasi yang harus ada didalam *informed consent* tersebut yaitu: partisipasi klien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lainnya.

3.8.2 Anaonimity (tanpa nama)

Anaonimity adalah kiasan yang menggambarkan seseorang tanpa nama atau tanpa identitas pribadi. Dalam pendokumentasian asuhan keperawatan istilah *anonimity* dipakai untuk menyembunyikan identitas pasien

Contoh : nama klien Safira Sahara, dapat pendokumentasian asuhan keperawatan, nama klien ditulis dalam inisial yaitu An. S.

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality atau kerahasiaan adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan dapat mencapai informasi berhubungan data yang diberikan ke pihak lain untuk keperluan tertentu dan hanya diperbolehkan untuk keperluan tertentu tersebut. Contoh data-data yang sifatnya pribadi (seperti nama, tempat, tanggal lahir, social security number, agama, status perkawinan, penyakit yang pernah diderita, dan sebagainya) harus dapat di proteksi dalam penggunaan dan penyebarannya.

3.8.4 *Respek*

Respek diartikan sebagai perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarga. Perawat harus menghargai hak-hak klien.

3.8.5 *Otonomi*

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat keterbatasan, terutama terkait dengan situasi dan kondisi, latar belakang, individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan profesional yang ada.

3.8.6 *Beneficence (Kemurahan hati)*

Beneficence berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Apabila prinsip kemurahan mengalahkan prinsip *otonomi*, maka disebut paternalisme. Paternalisme adalah perilaku yang berdasarkan pada apa yang dipercayai oleh profesional kesehatan untuk kebaikan klien, kadang kadang tidak melibatkan keputusan dari klien.

3.8.7 *Non – malefence*

Prinsip ini berkaitan dengan kewajiban perawatan untuk Fidelity tidak menimbulkan kerugian atau cedera pada klien.

3.8.8 *Veracity* (Kejujuran)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk mengatakan suatu kebenaran dan tidak berbohong atau menipu orang lain.

3.8.9 *Fidelity* (Kesetiaan)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat perawat harus memegang janji yang diniatkan pada klien.

3.8.10 *Justice* (Keadilan)

Prinsip keadilan berkaitan dengan kewajiban perawat untuk berlaku adil pada semua orang dan tidak memihak atau berat sebelah.

