

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demam Typoid

1. Pengertian

Demam typoid ialah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan. Tipe demam thypoid pada anak, akan terjadi demam naik turun. Demam tinggi biasanya terjadi pada sore dan malam hari kemudian turun pada pagi hari (Ringo et al., 2022).

Demam tifoid dikenal juga dengan sebutan *typhus abdominalis*, *typhoid fever*, atau *enteric fever* yang biasa disebut tifus merupakan penyakit menyerang bagian saluran pencernaan dan merupakan penyakit yang mudah menular dan dapat menyerang banyak orang (Idrus, 2020).

Penyakit sistemik yang bersifat akut atau dapat disebut demam tifoid, mempunyai gejala dengan spektrum klinis yang bervariasi dari ringan berupa demam, lemas serta batuk yang ringan sampai dengan gejala berat seperti gangguan gastrointestinal sampai dengan gejala komplikasi (Sucipta, 2015).

Berdasarkan tiga pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa demam typoid merupakan penyakit yang mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan juga merupakan penyakit yang mudah menular.

2. Etiologi

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut bersifat sistemik yang disebabkan oleh mikroorganisme *Salmonella enterica serotipe typhi* yang dikenal

dengan *Salmonella typhi* (*S. typhi*). Transmisi *Salmonella typhi* kedalam tubuh manusia dapat melalui hal –hal berikut (Idrus, 2020).

- a. Transmisi oral, melalui makanan yang terkontaminasi kuman *salmonella typhi*.
- b. Transmisi dari tangan ke mulut, dimana tangan yang tidak higienis yang mempunyai *salmonella typhi* langsung bersentuhan dengan makanan yang di makan.
- c. Transmisi kotoran, dimana kotoran individu yang mempunyai basil *salmonella typhi* ke sungai atau sumber air yang digunakan sebagai air minum yang kemudian langsung di minum tanpa di masak.

3. Patofisiologi

Patogenesis demam tifoid merupakan proses yang kompleks yang melalui beberapa tahapan. Setelah kuman *Salmonella typhi* tertelan, kuman tersebut dapat bertahan terhadap asam lambung dan masuk ke dalam tubuh melalui mukosa usus pada ileum terminalis. Bakteri melekat pada mikrovili di usus, kemudian melalui barrier usus yang melibatkan mekanisme membrane ruffling, actin rearrangement, dan internalisasi dalam vakuola intraseluler. Kemudian *Salmonella typhi* menyebar ke sistem limfoid mesenterika dan masuk kedalam pembuluh darah melalui sistem limfatik. Bakteremia primer 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 (Idrus, 2020).

Bakteri dalam pembuluh darah ini akan menyebar ke seluruh tubuh dan berkolonisasi dalam organ-organ sistem retikuloendotelial, yakni di hati, limpa, dan sumsum tulang. Kuman juga dapat melakukan replikasi dalam makrofag. Setelah periode replikasi, kuman akan disebarkan kembali kedalam sistem

peredaran darah dan menyebabkan bakteremia sekunder sekaligus menandai berakhirnya periode inkubasi. Bakteremia sekunder 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 sistem retikuloendotelial dan berkesempatan untuk berproliferasi kembali. Menetapnya salmonella dalam tubuh manusia diistilahkan sebagai pembawa kuman atau carrier (Ringo et al., 2022).

4. Tanda dan Gejala

Gejala klinis demam tifoid pada anak biasanya lebih ringan jika dibandingkan dengan penderita dewasa. Masa tunas rata-rata 10-20 hari, yang tersingkat 4 hari jika infeksi terjadi melalui makanan, sedangkan yang terlama sampai 30 hari jika infeksi melalui minuman. Selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala prodormal, yaitu tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing dan tidak bersemangat (Putri et al., 2021).

Demam berlangsung 3 minggu. Minggu pertama: demam ritmen, biasanya menurun pagi hari, dan meningkat pada sore dan malam hari. Pada minggu pertama ini pada anak akan disertai gejala mual, muntah nyeri perut dan nafsu makan menurun. Selain itu lidah anak tampak kotor (terdapat kotoran warna putih). Minggu kedua: demam terus dan pada minggu ketiga: demam mulai turun secara berangsur-angsur, gangguan pada saluran pencernaan, lidah kotor yaitu

ditutupi selaput kecoklatan kotor, ujung dan tepi kemerahan, jarang disertai tremor, hati dan limpa membesar, nyeri pada perabaan, gangguan pada kesadaran, kesadaran yaitu apatis-somnolen (Idrus, 2020).

5. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada demam tifoid adalah perdarahan usus dan perforasi. Perdarahan usus dan perforasi merupakan komplikasi serius dan perlu diwaspadai. Sekitar 5 persen penderita demam tifoid mengalami komplikasi ini. Komplikasi lain yang lebih jarang antara lain pembengkakan dan peradangan pada otot jantung (miokarditis), pneumonia, peradangan pankreas (pankreatitis), infeksi ginjal atau kandung kemih, infeksi dan pembengkakan selaput otak (meningitis), serta timbulnya masalah psikiatri seperti mengigau, halusinasi, dan paranoid psikosis (Nurkhasanah et al., 2019).

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah Tepi

Pada penderita *Thypoid Fever* bisa didapatkan anemia, jumlah leukosit normal, bisa menurun atau meningkat, mungkin didapatkan trombositopenia dan hitung jenis biasanya normal atau sedikit bergeser ke kiri, mungkin didapatkan aneosinofilia dan limfositosis relatif, terutama pada fase lanjut (Sucipta, 2015).

b. Uji Widal

Prinsip uji widal adalah memeriksa reaksi antara antibodi aglutinin dalam serum penderita yang telah mengalami pengenceran berbeda-beda terhadap antigen somatic (O) dan flagela (H) yang ditambahkan dalam jumlah yang sama sehingga terjadi aglutinasi. Pengenceran tertinggi yang masih menimbulkan aglutinasi menunjukkan titer antibodi dalam serum. Teknik aglutinasi ini dapat

dilakukan dengan menggunakan uji hapusan (slide test) atau uji tabung (tube test). Hasil uji widal pada pasien thypoid fever adalah positif baik pada antigen O, H, paratypi A dan B. Pada anak yang mengalami demam thypoid akan mengalami peningkatan pemeriksaan widal dari 1/80 – 1/320 (Sucipta, 2015).

7. Penatalaksanaan demam typoid

Penatalaksanaan deman typoid sampai saat ini di bagi menjadi dua bagian yaitu (Idrus, 2020):

a. Penatalaksanaan medis

Pengobatan kasus demam typoid secara medis terkait dengan pemberian obat-obatan seperti pemberian antibiotika yang meliputi Klorampenikol masih merupakan obat pilihan utama untuk pengobatan typoid fever. Diberikan peroral atau intravena, diberikan sampai hari bebas demam. Penggunaannya kepada anak-anak usia 6-13 tahun tanpa komplikasi masih efektif dalam mengobati typhoid fever ini. Perbaikan klinis biasanya akan nampak dalam waktu 72 jam, dan suhu akan kembali normal dalam waktu 3-6 hari, dengan lama pengobatan antara 7-14 hari. Dosis yang biasa diberikan adalah 50-100 mg/kgBB/hari. Tiampenikol, efektifitas tiampenikol pada typhoid fever hampir sama dengan Klorampenikol. Akan tetapi kemungkinan terjadi anemia aplastik lebih rendah dari Klorampenikol. Diberikan sampai hari ke 5 dan ke 6 bebas demam. Pilihan lain yang analog dengan Kloramfenikol, yang masih digunakan di Indonesia dan masih dianggap efektif untuk menyembuhkan typhoid fever adalah Tiamfenikol. Efek samping hematologis pada penggunaan Tiamfenikol lebih jarang daripada Kloramfenikol. Pada penggunaan Tiamfenikol 75 mg/kgBB/hari, demam pada tifoid turun setelah rata-rata 5-6

hari (Sucipta, 2015).

b. Penatalaksanaan keperawatan

a) Istirahat dan perawatan

Tirah baring dan perawatan profesional bertujuan untuk mencegah komplikasi. Pada anak tirah baring dengan perawatan sepenuhnya di tempat seperti makan, minum, mandi, buang air kecil dan besar akan membantu mempercepat masa penyembuhan. Dalam perawatan demam thypoid pada anak perlu sekali di jaga kebersihan tempat tidur, pakaian dan perlengkapan yang di pakai, khususnya tempat makan (Putra & Adimayanti, 2022).

b) Diet dan terapi penunjang

Diet merupakan hal yang paling penting dalam proses penyembuhan penyakit dengan typhoid fever pada anak, karena makanan yang kurang bersih dan bergizi akan menurunkan keadaan umum dan gizi penderita akan semakin turun dan proses penyembuhan akan menjadi lama. Pada anak dengan demam typhoid diberikan makanan yang halus-halus seperti bubur saring, kemudian ditingkatkan menjadi bubur kasar dan akhirnya di beri nasi, yang perubahan diet tersebut disesuaikan dengan tingkat kesembuhan pasien anak tersebut. Pemberian bubur saring tersebut ditujukan untuk menghindari komplikasi perdarahan saluran cerna atau perforasi usus. Hal ini disebabkan ada pendapat bahwa usus harus diistirahatkan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini yaitu nasi dengan lauk pauk rendah selulosa (menghindari sementara sayuran yang berserat) dapat diberikan dengan aman pada anak yang mengalami typhoid fever (A. F. Lestari et al., 2023).

B. Hipertermia pada demam typhoid

1. Pengertian

Hipertermia merupakan suhu tubuh meningkat di atas rentang normal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Hipertermia yaitu ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas maupun mengurangi produksi panas akibat dari peningkatan suhu tubuh (Ribek et al., 2018). Hipertermi merupakan keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh lebih dari 37,8°C (100°F) per oral atau 38,8°C (101°F) per rektal yang sifatnya menetap karena faktor eksternal (Idrus, 2020).

Hipertermia adalah kondisi kegagalan pengaturan suhu tubuh (termoregulasi) akibat ketidakmampuan tubuh melepaskan atau mengeluarkan panas atau produksi panas yang berlebihan oleh tubuh dengan pelepasan panas dalam laju yang normal. Kriteria hipertermi berdasarkan suhu tubuh meliputi demam: jika bersuhu 37,5⁰ C – 38⁰ C. Febris: jika bersuhu 38⁰ C – 39⁰ C 3), Hipertermi: jika bersuhu >40⁰ C (Koizer et al., 2016).

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 (Nurkhasanah et al., 2019).

2. Manifestasi klinis hipertermia

Beberapa tanda dan gejala pada hipertermi yaitu kenaikan suhu tubuh diatas rentang normal, konvulsi (kejang), kulit kemerahan, penambahan pernapasan, takikardi dan saat disentuh tangan terasa hangat. Manifestasi klinis hipertermia juga tergantung dari fase-fase terjadinya hipertermia yaitu (Wulandari et al., 2022):

- a. Fase awal yang ditandai dengan peningkatan denyut jantung, peningkatan laju dan kedalaman pernapasan, menggigil akibat tegangan dan kontraksi otot, kulit pucat dan dingin karena vasokonstriksi, merasakan sensasi dingin, dasar kuku mengalami sianosis karena vasokonstriksi, rambut kulit berdiri, pengeluaran keringat berlebih dan peningkatan suhu tubuh.
- b. Fase II yaitu merupakan proses demam yang ditandai dengan menggigil lenyap, kulit terasa hangat/panas, merasa tidak panas/dingin, peningkatan nadi & laju pernapasan, peningkatan rasa haus, dehidrasi ringan sampai berat, mengantuk, delirium/kejang akibat iritasi sel saraf, lesi mulut herpetic, kehilangan nafsu makan, kelemahan, kelelahan dan nyeri ringan pada otot akibat katabolisme protein.
- c. Fase III pemulihan ditandai dengan kulit tampak merah dan hangat, berkeringat, menggigil ringan dan kemungkinan mengalami dehidrasi.

3. Penatalaksanaan hipertermia

a. Farmakologis

Tindakan menurunkan suhu mencakup intervensi farmakologik yaitu dengan pemberian antipiretik. Obat yang umum digunakan untuk menurunkan demam dengan berbagai penyebab (infeksi, inflamasi dan neoplasma) adalah obat antipiretik. Antipiretik ini bekerja dengan mempengaruhi termoregulator pada sistem saraf pusat (SSP) dan dengan menghambat kerja prostaglandin secara perifer. Obat antipiretik antara lain asetaminofen, aspirin, kolin dan magnesium salisilat, kolin salisilat, ibuprofen, salsalat dan obat-obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID). Asetaminofen merupakan obat pilihan, aspirin dan salisilat lain tidak boleh diberikan pada anak-anak dan remaja. Ibuprofen, penggunaannya disetujui

untuk menurunkan demam pada anak-anak yang berusia minimal 6 bulan. Hindari pemakaian aspirin atau ibuprofen pada pasien-pasien dengan gangguan perdarahan (Putri et al., 2021).

b. Tindakan non farmakologis

Tindakan non farmakologis tersebut seperti menyuruh anak untuk banyak minum air putih, istirahat, serta pemberian *water tepid sponge*. Penatalaksanaan lainnya anak dengan demam adalah dengan menempatkan anak dalam ruangan bersuhu normal dan mengusahakan agar pakaian anak tidak tebal (Nurkhasanah et al., 2019).

C. Tepid Sponge

1. Pengertian

Tepid sponge adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah besar superfisial dengan teknik seka (Kusnanto et al., n.d.). Tujuan pemberian *Tepid Sponge* bertujuan untuk membuat pembuluh darah tepi melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori-pori akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas (Suprapti et al., 2020). Manfaat *tepid sponge* menurunkan suhu tubuh, memberikan rasa nyaman, mengurangi nyeri dan ansietas (Lestari et al., 2019).

2. Teknik pemberian *tepid sponge*

Menurut (Yanti, 2020), tahap-tahap pelaksanaan *tepid sponge* adalah sebagai berikut:

a. Tahap persiapan

- 1) Jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara pemberian *tepid sponge*.

- 2) Persiapan alat meliputi ember atau baskom untuk tempat air hangat (35°C), lap mandi/wash lap 6 buah, selimut mandi 1 buah, handuk mandi 1 buah, perlak besar 1 buah, termometer, selimut hipotermi.

b. Pelaksanaan

- 1) Beri kesempatan klien untuk buang air sebelum dilakukan *tepid sponge*.
- 2) Ukur suhu tubuh klien dan catat. Catat jenis dan waktu pemberian antipiretik pada klien.
- 3) Buka seluruh pakaian klien dan alas klien dengan perlak.
- 4) Tutup tubuh klien dengan handuk mandi. Kemudian basahkan wash lap atau lap mandi letakkan lap mandi di dahi, aksila, dan pangkal paha. Lap ekstermitas selama 5 menit, punggung dan bokong selama 10-15 menit. Lakukan melap tubuh klien selama 20 menit.
- 5) Pertahankan suhu air (35°C).
- 6) Apabila wash lap mulai mengering maka rendam kembali dengan air hangat lalu ulangi tindakan seperti diatas.
- 7) Hentikan prosedur jika klien kedinginan atau menggigil atau segera setelah suhu tubuh klien mendekati normal. Selimuti klien dengan selimut mandi dan keringkan. Pakaikan klien baju yang tipis dan mudah menyerap keringat.
- 8) Catat suhu tubuh klien sebelum dan sesudah tindakan

3. Manfaat *tepid sponge* dalam menurunkan keluhan demam pada pasien typhoid

Tepid sponge merupakan alternatif kompres yang menggabungkan antara teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka.

Alternatif kompres ini memanfaatkan media wash lap yang telah direndam air hangat dalam jangka waktu tertentu. Pemanfaatan air hangat dalam teknik kompres ini akan merangsang reseptor suhu perifer dikulit, untuk mengirimkan sinyal kepada hipotalamus anterior melalui sumsum tulang belakang. Selanjutnya hipotalamus akan merangsang pusat vasomotor pada medula oblongata untuk merangsang sistem saraf simpatis agar memberikan respons vasodilatasi atau pelebaran pembuluh darah. Dengan demikian, proses pelepasan panas tubuh melalui metode evaporasi dan konduksi ke lingkungan, dapat terjadi lebih cepat (Wulandari et al., 2022).

Manfaat pemberian *tepid sponge* terhadap penurunan suhu tubuh anak yang mengalami demam telah banyak dibuktikan oleh beberapa penelitian sebelumnya seperti studi di Rumah Sakit Umum Pringadi Medan yang menunjukkan rerata suhu tubuh anak sebelum diberikan *tepid sponge* mayoritas Febris/Pireksia $37,5^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$ sebanyak 30 orang (93,8%) dan minoritas Hipertermi $> 40^{\circ}\text{C}$ sebanyak 2 orang (6,3%). Rerata suhu tubuh anak sesudah diberikan *tepid sponge* selama 30 menit mayoritas febris/pireksia $37,5^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$ sebanyak 18 orang (56,3%) dan minoritas normal $36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ sebanyak 14 orang (43,8%). Ada pengaruh yang signifikan antara pemberian *tepid sponge* terhadap penurunan demam pada anak usia 1-5 tahun di Rumah Sakit Umum Pringadi Medan (Bangun, 2017). Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Lingkar Barat Kota Bengkulu juga menunjukkan ada hubungan signifikan antara sebelum dilakukan terapi tepid sponge dan setelah dilakukan terapi tepid sponge pada responden (anak) yang mengalami demam (Iskandar & Indaryani, 2022).

D. Asuhan Keperawatan

Menurut Potter (2011) proses asuhan keperawatan terdiri dari lima tahapan yang meliputi:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan informasi subjektif dan objektif, peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik. Pengkajian adalah pendekatan sistemik untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan perawatan pasien tersebut. Pengkajian adalah suatu langkah pertama yang akan dilakukan dalam pengambilan data mengenai identitas pasien. Pengkajian ini dilakukan agar mendapatkan data dasar dan semua informasi yang diperlukan perawat untuk mengevaluasi masalah pasien. Pengkajian yang dilakukan pada anak demam (febris) antara lain (Putri et al., 2021):

a. Identitas

Identitas harus didapatkan sebelum melakukan wawancara agar untuk memastikan bahwa klien yang diperiksa itu benar yang dimaksud dan tidak ada kekeliruan.

- 1) Identitas pasien: nama, umur, jenis kelamin, anak keberapa, alamat.
- 2) Identitas penanggung jawab: nama orang tua, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien, agama.

b. Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan oleh pasien, sehingga menjadi alasan mengapa pasien dibawa ke rumah sakit, dan keluhan utama pada kasus febris adalah panas dan rewel.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang untuk mengetahui kapan terjadinya demam, sudah berapa hari demam terjadi, karakteristik demam (pagi hari, siang hari, malam hari, atau sepanjang hari), dan keluhan lain yang dirasakan pada saat demam (mual, muntah, batuk, pilek).

d. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah dirawat dengan penyakit yang sama atau tidak. apakah klien pulang dengan keadaan sehat atau masih sakit. apakah klien memiliki riwayat penyakit kronis atau tidak.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti yang diderita klien saat ini. Riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung.

f. Riwayat imunisasi

Status imunisasi anak adalah dimana anak pernah mendapatkan imunisasi seperti BCG, difteri, pertussis, tetanus, polio dan campak atau tambahan imunisasi lainnya yang di anjurkan oleh petugas.

g. Pertumbuhan dan perkembangan

1) Pertumbuhan fisik

Menentukan pertumbuhan fisik anak, perlu dilakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan fisik. Pengukuran antropometri yang sering digunakan di lapangan untuk mengukur pertumbuhan anak adalah TB, BB, dan lingkar kepala. Sedangkan lingkar lengan dan lingkar dada baru digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak

2) Perkembangan anak

Mengkaji keadaan perkembangan anak usia 1 bulan – 72 bulan, dapat dilakukan dengan menggunakan Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), untuk menilai dalam 4 sektor perkembangan pada anak yang meliputi: motorik kasar, motorik halus, bicara/bahasa dan sosialisasi/kemandirian.

h. Pengkajian pola fungsi Gordon

1) Pola persepsi kesehatan manajemen kesehatan

Kaji bagaimana pola sehat-sejahtera yang dirasakan, pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat, pengetahuan tentang praktik kesehatan preventif, ketaatan pada ketentuan media dan keperawatan. Biasanya anak-anak belum mengerti tentang manajemen kesehatan, sehingga perlu perhatian dari orang tuanya.

2) Pola nutrisi/metabolic

Kaji makanan yang dikonsumsi oleh klien, porsi sehari, jenis makanan, dan volume minuman perhari, makanan kesukaan sebelum di rumah sakit dan saat menjalani rawat inap.

3) Pola eliminasi

Kaji frekuensi BAB dan BAK, ada nyeri atau tidak saat BAB/BAK dan warna

4) Pola aktivitas dan latihan

Kaji kemampuan klien saat beraktivitas dan dapat melakukan mandiri, dibantu atau menggunakan alat seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. (0: Mandiri, 1: Alat bantu, 2: Dibantu orang lain, 3: Dibantu orang lain dan alat, 4: Tergantung total).

5) Pola tidur dan istirahat

Kaji pola istirahat, kualitas dan kuantitas tidur, kalau terganggu kaji penyebabnya

6) Pola kognitif-perseptual

Status mental klien, kaji pemahaman tentang penyakit dan perawatan

7) Pola persepsi diri

Pola persepsi diri perlu dikaji, meliputi; harga diri, ideal diri, identitas diri, gambaran diri.

8) Pola seksual dan reproduksi

Kaji efek penyakit terhadap seksualitas anak

9) Peran dan pola hubungan

Bertujuan untuk mengetahui peran dan hubungan sebelum dan sesudah sakit. Perubahan pola biasa dalam tanggung jawab atau perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.

10) Manajemen coping stress

Adanya faktor stress lama, efek hospitalisasi, anak belum mampu untuk mengatasi stress sehingga sangat dibutuhkan peran dari keluarga terutama orang tua untuk selalu mendukung anak

11) Pola keyakinan dan nilai

Menerangkan sikap, keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya dalam keseharian. Dengan ini diharapkan perawat dalam memberikan motivasi dan pendekatan terhadap klien dalam upaya pelaksanaan ibadah

i. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan umum yang lengkap perlu dilakukan. Hasil pemeriksaan fisik yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut ini:

1) Kepala dan wajah

Inspeksi: Kepala simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada kepala.

Ukuran kepala normal sesuai dengan umur. wajah terlihat kemerahan.

Palpasi: tidak terjadi nyeri pada kepala

2) Mata

Inspeksi: Pupil sama, bulat, reaktif terhadap cahaya dan akomodasi,

Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik. mata tampak simetris kiri dan kanan.

Palpasi: tidak ada pembengkakan pada mata

3) Telinga

Inspeksi: Simetris telinga kiri dan kanan, terlihat bersih tanpa serumen. telinga tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada tampak pembengkakan.

Palpasi: Tidak ada nyeri pada daun telinga, pembengkakan pada daun telinga tidak ada.

4) Hidung

Inspeksi: Hidung tampak simetris, tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat polip..

Palpasi: Tidak adanya nyeri saat diraba pada hidung, pembengkakan tidak ada.

5) Mulut

Inspeksi: terdapat nafas yang berbau tidak sedap serta bibir kering dan pecah-

pecah. Lidah tertutup selaput kotor yang biasanya berwarna putih, sementara ujung tepi lidah berwarna kemerahan.

Palpasi: Tidak ada nyeri pada mulut, tidak adanya pembengkakan pada mulut

6) Leher

Inspeksi: Posisi trakea apakah mengalami kemiringan atau tidak, vena jugularis tidak terlihat.

Palpasi: Tidak teraba nodul pada leher, tidak terjadi pembengkakan, apakah terjadi pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe ada pembesaran atau tidak

7) Paru-paru

Inspeksi: Simetris kiri dan kanan, tidak adanya lesi, ada atau tidaknya retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan.

Auskultasi: Vesikuler dikedua lapang paru

Perkusi: Sonor dikedua lapang paru

Palpasi: Ada pergerakan dinding dada, taktil fremitus teraba jelas

8) Jantung

Inspeksi: Iktus kordis terlihat atau tidak, lesi di area jantung atau tidak, pembengkakan pada jantung atau tidak

Palpasi: Pada area ICS II, ICS V kiri, dan Area midclavicula untuk menentukan batas jantung, tidak terjadi pembesaran pada jantung

Perkusi: Redup

Auskultasi: Normalnya bunyi jantung 1 lebih tinggi dari pada bunyi jantung II, tidak adanya bunyi tambahan seperti mur-mur.S2 (dub) terdengar pada ICS II ketika katup aorta dan pulmonal menutup pada saat awal sistolik, terdengar suatu split yang mengakibatkan dua suara katup, ini diakibatkan

penutupan aorta dan pulmonal berbeda pada waktu respirasi. S1 (lub) terdengar pada ICS V ketika katup mitral dan katup trikuspidalis tertutup pada saat awal sistolik. Terdengar bagus pada apex jantung dan didengar dengan diafragma stetoskop dimana terdengar secara bersamaan.

9) Abdomen

Inspeksi: tidak adanya pembengkakan pada abdomen/asites

Palpasi: tidak adanya distensi pada abdomen

Perkusi: Tympani

Auskultasi: bising usus normal

10) Ekstremitas

Inspeksi: tidak adanya pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah, tidak ada luka

Palpasi: kekuatan otot baik disemua ekstremitas

j. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan darah tepi, tes widal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan yang menjadi prioritas yang dikupas tuntas dalam karya ilmiah ini adalah hipertermia. Hipertermia merupakan suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Hipertermia (D.0130) termasuk kedalam kategori lingkungan dengan subkategori keamanan dan proteksi. Diagnosis aktual menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan yang dapat menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Perumusan diagnosis aktual menggunakan penulisan tiga bagian yaitu masalah (P) berhubungan dengan penyebab (E) dibuktikan dengan tanda gejala (S), jadi perumusan diagnosis dalam penelitian ini menjadi hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (typhoid) dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal.

Gejala dan tanda mayor dari hipertermia yaitu sebagai berikut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018):

- a. Subjektif : tidak tersedia
- b. Objektif : suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan tanda minor dari hipertermia adalah sebagai berikut:

- a. Subjektif : tidak tersedia
- b. Objektif : kulit merah, kejang, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat

Kondisi klinis terkait pada hipertermia yaitu proses infeksi, hipertiroid, stroke, dehidrasi, trauma, prematuritas.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah selanjutnya setelah ditegakkannya diagnosis keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Penyusunan intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan

Indonesia (SIKI). Perencanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan diagnosis keperawatan hipertermia dapat dijabarkan sebagai berikut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

Tabel 1
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Diagnosa Hipertermia

Hari/ Tangg al	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh di atas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, dan takipnea, kulit terasa hangat.	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Kulit merah menurun 2. Kejang menurun 3. Takikardi menurun 4. Takipnea menurun 5. Suhu tubuh membaik 6. Suhu kulit membaik	1. Manajemen hipertermia (I.15506) Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi 1) Observasi ✓ Identifikasi penyebab hipertermia. ✓ Monitor suhu tubuh ✓ Monitor kadar elektrolit ✓ Monitor haluaran urine ✓ Monitor komplikasi akibat hipertermi 2) Terapeutik ✓ Sediakan lingkungan yang dingin ✓ Longgarkan atau lepaskan pakaian ✓ Basahi atau kipasi permukaan tubuh ✓ Berikan cairan oral ✓ Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin/hangat pada dahi, leher, dada, abdomen, axila) ✓ Berikan oksigen, jika perlu 3) Edukasi ✓ Anjurkan tirah baring 4) Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Sumber: (Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang

sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya. Implementasi utama yang diangkat dalam laporan ini adalah pemberian *tepid sponge* sebagai salah satu upaya untuk menurunkan demam pada anak yang menderita typhoid.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi asuhan keperawatan didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dimana dalam standar ini menjelaskan definisi dan kriteria hasil keperawatan yang dituju sesuai dengan diagnosis keperawatan yang diangkat. Menurut tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan setelah tindakan yang diberikan untuk hipertermia dengan luaran utama termoregulasi ialah sebagai berikut: a. Kulit merah menurun b. Kejang menurun c. Takikardi menurun d. Takipnea menurun e. Suhu tubuh membaik f. Suhu kulit membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).