

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demam Typoid

1. Pengertian

Demam typoid adalah suatu kondisi infeksi akut yang umumnya menyerang saluran pencernaan, ditandai dengan gejala demam yang berlangsung selama lebih dari satu minggu dan gangguan pada sistem pencernaan. Pada anak-anak, jenis demam tifoid ini cenderung menunjukkan pola demam naik turun, dengan demam tinggi terjadi pada sore dan malam hari, kemudian mengalami penurunan pada pagi hari. Demam tifoid dan tifus merupakan penyakit berbeda yang disebabkan oleh bakteri yang berbeda. Penyebab demam tifoid adalah bakteri *Salmonella typhi*, sedangkan tifus disebabkan oleh bakteri *Rickettsia* (Ringo et al., 2022).

Demam tifoid, seperti *typhus abdominalis*, *typhoid fever*, atau enteric fever, sering kali merujuk pada penyakit yang menyerang saluran pencernaan dan memiliki karakteristik mudah menular serta dapat menyerang sejumlah orang (Idrus, 2020).

Sebagai penyakit sistemik yang bersifat akut, demam tifoid memiliki spektrum klinis yang bervariasi, mulai dari gejala ringan seperti demam, kelelahan, dan batuk ringan hingga gejala yang lebih serius, seperti gangguan gastrointestinal dan komplikasi lainnya (Sucipta, 2015).

Dengan merinci tiga definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa demam tifoid adalah penyakit yang mempengaruhi saluran pencernaan dengan gejala demam yang berlangsung lebih dari satu minggu, disertai gangguan pada sistem pencernaan, dan memiliki tingkat penularan yang tinggi.

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. Penularan melalui rute oral, terjadi saat mengonsumsi makanan yang terinfeksi bakteri salmonella typhi.
- b. Penularan dari tangan ke mulut, terjadi ketika tangan yang tidak bersih dan mengandung bakteri salmonella typhi menyentuh langsung makanan yang akan dikonsumsi.
- c. Penularan melalui kontaminasi feses, di mana feses individu yang mengandung bakteri salmonella typhi mencemari sungai atau sumber air yang digunakan sebagai sumber air minum, kemudian air tersebut langsung diminum tanpa proses pemasakan.

3. Patofisiologi

Patogenesis demam tifoid melibatkan serangkaian tahapan kompleks. Setelah tertelannya bakteri *Salmonella typhi*, kuman tersebut dapat bertahan melawan asam lambung dan masuk ke dalam tubuh melalui mukosa usus pada ileum terminalis. Bakteri ini kemudian melekat pada mikrovili di usus, melibatkan proses seperti membrane ruffling, rearrangement actin, dan internalisasi dalam vakuola intraseluler. Selanjutnya, *Salmonella typhi* menyebar ke sistem limfoid mesenterika dan memasuki pembuluh darah melalui sistem limfatik. Bakteremia primer terjadi pada tahap ini, biasanya tanpa gejala dan kultur darah umumnya masih menunjukkan hasil negatif. Masa inkubasi mencapai 7-14 hari (Idrus, 2020).

Bakteri dalam darah menyebar ke seluruh tubuh dan mengkolonisasi organ-organ sistem retikuloendotelial, seperti hati, limpa, dan sumsum tulang. Bakteri ini juga dapat mereplikasi diri dalam makrofag. Setelah fase replikasi, bakteri kembali beredar dalam sistem peredaran darah, menyebabkan bakteremia sekunder dan menandai akhir masa inkubasi. Bakteremia sekunder menyebabkan gejala klinis seperti demam, sakit kepala, dan nyeri abdomen. Tanpa pengobatan antibiotik, bakteremia dapat berlangsung beberapa minggu. Pada tahap ini, bakteri menyebar luas di berbagai organ, termasuk hati, limpa, sumsum tulang, kandung empedu, dan *Peyer's patches* di mukosa ileum terminalis. Ulserasi pada *Peyer's patches* dapat terjadi melalui proses inflamasi yang mengakibatkan nekrosis dan iskemia. Komplikasi berupa perdarahan dan perforasi usus dapat timbul setelah ulserasi. Kekambuhan mungkin terjadi jika bakteri masih ada dalam organ-organ sistem retikuloendotelial dan memiliki kesempatan untuk berkembang biak kembali. Kondisi ketika *Salmonella* tetap dalam tubuh manusia disebut 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 (Idrus, 2020).

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* dapat terjadi kondisi anemia, di mana terjadi penurunan jumlah sel darah merah dalam tubuh. Jumlah leukosit, yang merupakan sel darah putih, dapat menunjukkan keadaan normal, namun bisa juga mengalami penurunan atau peningkatan. Adanya trombositopenia, yaitu penurunan jumlah trombosit, dan pergeseran sedikit ke kiri pada hitung jenis darah adalah kemungkinan lain yang dapat ditemui. Terdapat juga potensi untuk munculnya

aneosinofilia, yaitu peningkatan jumlah eosinofil, dan limfositosis relatif, terutama pada tahap lanjut dari penyakit ini (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

tiamfenikol pada typhoid fever hampir sama dengan Kloramfenikol. Akan tetapi kemungkinan terjadi anemia aplastik lebih rendah dari Kloramfenikol. 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

1) 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 typhoid pada anak perlu sekali di jaga kebersihan tempat tidur, pakaian dan perlengkapan yang di pakai, khususnya tempat makan (Novianto Putra et al., 2022)

2) 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 (Novianto Putra et al., 2022).

B. Hipertermia pada Demam Typoid

1. Pengertian

Hipertermia merupakan suhu tubuh meningkat di atas rentang normal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) . Hipertermia yaitu ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas maupun mengurangi produksi panas akibat dari peningkatan suhu tubuh. 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 (Kozier et al., 2011).

Hipertermi pada typoid 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. Penyebab Hipertermia

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) ada beberapa penyebab dari hipertermia yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. Infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktifitas berlebihan, dan penggunaan inkubator.

3. Manifestasi Klinis Hipertermia

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

a. Gejala dan Tanda Mayor

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

b. Gejala dan Tanda Minor

Kulit merah, kejang, takikardia, takipnea, dan kulit terasa hangat.

Gejala-gejala yang timbul dari demam *typhoid* bervariasi, dalam minggu pertama keluhan dan gejala serupa dengan penyakit infeksi akut pada umumnya yaitu demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual muntah obstipasi atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan epistaxis pada pemeriksaan fisik hanya didapatkan peningkatan suhu tubuh. Dalam minggu kedua gejala-gejala terjadi lebih jelas berupa demam, bradikardi relatif, lidah pada penderita penyakit *typhoid* (kotor, ditengah, tepi dan ujung merah dan tremor). Hepatomegali, splenomegali, metiorisme, gangguan kesadaran berupa salmonella sampai koma, (H. Nabel Ridha, 2017).

4. Penatalaksanaan Hipertermia

a. Farmakologis

Tindakan untuk mengurangi suhu tubuh melibatkan intervensi farmakologis, yang umumnya dilakukan melalui pemberian antipiretik. Obat antipiretik, yang digunakan untuk mengatasi demam yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti infeksi, peradangan, dan neoplasma, bekerja dengan memengaruhi termoregulator pada sistem saraf pusat (SSP) dan menghambat aktivitas prostaglandin secara perifer. Beberapa contoh obat antipiretik meliputi asetaminofen, aspirin, kolin dan magnesium salisilat, kolin salisilat, ibuprofen, salsalat, dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID). Diantara opsi tersebut, asetaminofen menjadi pilihan utama, sedangkan aspirin dan salisilat lainnya tidak disarankan untuk diberikan pada anak-anak dan remaja. Penggunaan ibuprofen, yang disetujui untuk menurunkan demam pada anak-anak berusia minimal 6 bulan, sebaiknya dihindari pada pasien dengan gangguan perdarahan.(Sucipta, 2015)

b. Tindakan non farmakologis

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

C. Tepid Water Sponge

1. Pengertian

Tepid water sponge merupakan suatu metode kompres hangat yang mengintegrasikan teknik kompres blok pada pembuluh darah besar di permukaan kulit dengan metode seka. Tujuan utama dari penerapan *Tepid water Sponge* adalah menciptakan pelebaran pembuluh darah tepi dan menyebabkan vasodilatasi, sehingga pori-pori kulit terbuka dan memfasilitasi pelepasan panas (Suprpti et al., 2020) Selain itu, *Tepid Sponge* memberikan berbagai manfaat seperti menurunkan suhu tubuh, memberikan sensasi kenyamanan, serta mengurangi rasa nyeri dan kecemasan (Lestari, 2019).

2. Teknik Pemberian *Tepid Water Sponge*

Menurut (Suprpti et al., 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 demam 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

(Suprapti et al., 2020)

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 rata-rata suhu tubuh anak sebelum diberikan *tepid sponge* mayoritas Febris/Pireksia 37,5°C - 40°C sebanyak 30 orang (93,8%) dan minoritas Hipertermi > 40°C sebanyak 2 orang (6,3%). Rata-rata suhu tubuh anak sesudah diberikan *tepid sponge* selama 30 menit mayoritas febris/pireksia 37,5°C – 40 °C sebanyak 18 orang (56,3%) dan minoritas normal 36°C – 37,5 °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 yang dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Abianseal I dan Puskesmas Mengwi I menunjukkan rata-rata suhu tubuh sebelum tindakan yaitu 38,6°C dan rata-rata suhu 30 menit setelah dilakukan tindakan kompres *tepid water sponge* yaitu 37,6°C. Penelitian tersebut menunjukkan terdapat perbedaan efektifitas pengaturan suhu tubuh dengan metode kompres *tepid water sponge* dan kompres hangat. (Yunianti SC et al., 2019).

D. Asuhan Keperawatan

Menurut (Potter, & Perry, 2010) 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 & Sagita, 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 berapa, 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 lingk kepala. Sedangkan lingk lengan dan lingk 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 Kuisiioner 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/metabolik

Kaji makanan yang dikonsumsi oleh klien, porsi sehari, jenis makanan, dan volume minuman sehari, 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 koping 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. 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 midclavícula 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 ektremitas

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, 2016)

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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

- 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/ Tanggal	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, takipnea, dan kulit terasa hangat.	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan suhu tubuh pasien menurun dengan kriteria hasil : SLKI Label : Termoregulasi 1. Menggigil menurun (skor 5) 2. Suhu tubuh membaik (skor 5) 2. Suhu kulit menurun (skor 5)	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 hipertermia 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 dalam asuhan keperawatan adalah segmen dari proses keperawatan yang mencakup berbagai perilaku perawat. Ini melibatkan pelaksanaan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang telah direncanakan sebelumnya dalam pelayanan keperawatan. Konsep ini menyoroti bahwa implementasi melibatkan pelaksanaan atau penyelesaian tindakan yang telah direncanakan pada tahap sebelumnya dalam proses keperawatan. Dalam konteks

laporan ini, implementasi yang sangat ditekankan adalah pemberian *tepid water sponge* sebagai salah satu langkah untuk mengatasi demam pada anak yang mengalami demam tifoid. Fokus pemberian implementasi keperawatan untuk mengatasi masalah hipertermia dengan tindakan non farmakologi *tepid water sponge* atau kompres hangat. Tindakan pemberian *tepid water sponge* dilakukan 10-15 menit, dengan cara menyekah seluruh permukaan tubuh dengan menggunakan washlap yang sudah di rendam di air hangat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengevaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilakukan serta perkembangan klien menuju pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi asuhan keperawatan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yang menjelaskan definisi dan kriteria hasil keperawatan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang sedang ditangani. Sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan setelah intervensi untuk hipertermia dengan fokus utama pada termoregulasi, hasil evaluasi yang diinginkan melibatkan: a. Penurunan kemerahan pada kulit b. Penurunan serangan kejang c. Penurunan denyut jantung yang tinggi (takikardi) d. Penurunan frekuensi pernapasan (takipnea) e. Perbaikan suhu tubuh f. Perbaikan suhu kulit. (Pokja SLKI DPP PPNI, 2017).