

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demam Tifoid

1. Konsep Dasar Penyakit

a. Pengertian Demam Tifoid

Demam tifoid merupakan infeksi sistemik yang disebabkan oleh *Salmonella enterica* serovar typhi (*S typhi*). *Salmonella enterica* serovar paratyphi A, B, dan C juga dapat menyebabkan infeksi yang disebut demam paratifoid. Demam tifoid dan paratifoid termasuk ke dalam demam enterik. Pada daerah endemik, sekitar 90% dari demam enterik adalah demam tifoid (Linson, 2012).

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).

b. Etiologi

Demam tifoid (*tifus abdominalis*) atau lebih populer dengan nama tifus di kalangan masyarakat adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh kuman *Salmonella typhi* yang menyerang saluran pencernaan. Kuman ini masuk ke dalam tubuh melalui makanan atau minuman yang tercemar, baik saat memasak ataupun melalui tangan dan alat masak yang kurang bersih. Selanjutnya, kuman itu diserap oleh usus halus yang masuk bersama makanan, lantas menyebar ke semua organ

tubuh, terutama hati dan limpa, yang berakibat terjadinya pembengkakan dan nyeri. Setelah berada di dalam usus, kuman tersebut terus menyebar ke dalam peredaran darah dan kelenjar limfe, terutama usus halus. Dalam dinding usus inilah, kuman itu membuat luka atau tukak berbentuk lonjong. Tukak tersebut bisa menimbulkan pendarahan atau robekan 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, kuman *Salmonella Typhi* yang masuk ke dalam tubuh juga mengeluarkan toksin (racun) yang dapat menimbulkan gejala demam pada anak. Itulah sebabnya, penyakit ini disebut juga demam tifoid (Fida & Maya, 2012).

c. 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 ke dalam 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.

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 ke dalam 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 system retikuloendotelial dan berkesempatan untuk berproliferasi kembali. Menetapnya Salmonella dalam tubuh manusia diistilahkan sebagai pembawa kuman atau carrier (Linson et al., 2012).

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis demam tifoid pada anak sering kali tidak khas dan sangat bervariasi yang sesuai dengan patogenesis demam tifoid. Spektrum klinis demam tifoid tidak khas dan sangat lebar, dari asimtomatik atau yang ringan berupa panas disertai diare yang mudah disembuhkan sampai dengan bentuk klinis yang berat baik berupa gejala sistemik panas tinggi, gejala septik yang lain, ensefalopati atau timbul komplikasi gastrointestinal berupa perforasi usus atau perdarahan. Hal ini

mempersulit penegakan diagnosis berdasarkan gambaran klinisnya saja. Demam merupakan keluhan dan gejala klinis terpenting yang timbul pada semua penderita demam tifoid.

Demam dapat muncul secara tiba-tiba, dalam 1-2 hari menjadi parah dengan gejala yang menyerupai septisemia oleh karena *Streptococcus* atau *Pneumococcus* daripada *S. typhi*. Menggigil tidak biasa didapatkan pada demam tifoid tetapi pada penderita yang hidup di daerah endemis malaria, menggigil lebih mungkin disebabkan oleh malaria. Namun demikian demam tifoid dan malaria dapat timbul bersamaan pada satu penderita. Sakit kepala hebat yang menyertai demam tinggi dapat menyerupai gejala meningitis, di sisi lain *S. typhi* juga dapat menembus sawar darah otak dan menyebabkan meningitis. Manifestasi gejala mental kadang mendominasi gambaran klinis, yaitu konfusi, stupor, psikotik atau koma. Nyeri perut kadang tak dapat dibedakan dengan apendisitis. Pada tahap lanjut dapat muncul gambaran peritonitis akibat perforasi usus (Risky Vitria Prasetyo, 2009).

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 (Putra et al., 2012).

e. 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 (Tjipto et al., 2009).

f. Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis dini demam tifoid dan pemberian terapi yang tepat bermanfaat untuk mendapatkan hasil yang cepat dan optimal sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi. Pengetahuan mengenai gambaran klinis penyakit sangat penting untuk membantu mendeteksi dini penyakit ini. Pada kasus-kasus tertentu, dibutuhkan pemeriksaan tambahan dari laboratorium untuk membantu menegakkan diagnosis. Gambaran darah tepi pada permulaan penyakit dapat berbeda dengan pemeriksaan pada keadaan penyakit yang lanjut. Pada permulaan penyakit, dapat dijumpai pergeseran hitung jenis sel darah putih ke kiri, sedangkan pada stadium lanjut terjadi pergeseran darah tepi ke kanan (limfositosis relatif).

Ciri lain yang sering ditemukan pada gambaran darah tepi adalah aneosinofilia (menghilangnya eosinofili). Diagnosis pasti demam tifoid berdasarkan pemeriksaan laboratorium didasarkan pada 3 prinsip, yaitu: Isolasi bakteri, deteksi antigen mikroba dan titrasi antibodi terhadap organisme penyebab.

Kultur darah merupakan gold standard metode diagnostik dan hasilnya positif pada 60-80% dari pasien, bila darah yang tersedia cukup (darah yang diperlukan 15 mL untuk pasien dewasa). Untuk daerah endemik dimana sering terjadi penggunaan antibiotik yang tinggi, sensitivitas kultur darah rendah (hanya 10-20% kuman saja yang terdeteksi).

Peran pemeriksaan Widal (untuk mendeteksi antibodi terhadap antigen *Salmonella typhi*) masih kontroversial. Biasanya antibodi antigen O dijumpai pada hari 6-8 dan antibodi terhadap antigen H dijumpai pada hari 10-12 setelah sakit. Pada orang yang telah sembuh, antibodi O masih tetap dapat dijumpai setelah 4-6 bulan dan antibodi H setelah 10-12 bulan. Karena itu, Widal bukanlah pemeriksaan untuk menentukan kesembuhan penyakit. Diagnosis didasarkan atas kenaikan titer sebanyak 4 kali pada dua pengambilan berselang beberapa hari atau bila klinis disertai hasil pemeriksaan titer Widal di atas rata-rata titer orang sehat setempat.

Pemeriksaan Tubex dapat mendeteksi antibodi IgM. Hasil pemeriksaan yang positif menunjukkan adanya infeksi terhadap *Salmonella*. Antigen yang dipakai pada pemeriksaan ini adalah O9 dan hanya dijumpai pada *Salmonella* serogroup D. Pemeriksaan lain adalah dengan Typhidot yang dapat mendeteksi IgM dan IgG. Terdeteksinya IgM menunjukkan fase akut demam tifoid, sedangkan terdeteksinya IgG dan IgM menunjukkan demam tifoid akut pada fase pertengahan. Antibodi IgG dapat menetap selama 2 tahun setelah infeksi, oleh karena itu, tidak dapat untuk membedakan antara kasus akut dan kasus dalam masa penyembuhan (Linson et al., 2012).

2. Diare Pada Demam Tifoid

a. Pengertian Diare

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk, konsistensi tinja melembek sampai cair, dan bertambahnya frekuensi berak lebih dari biasanya (3 kali atau lebih dalam sehari) (Amaliah, 2008). Diare menyerang anak pada tahun-tahun pertama kehidupannya. Insidensi diare tertinggi pada anak di bawah usia dua tahun, dan akan menurun seiring bertambahnya usia (Hakim et al., 2013).

Diare didefinisikan sebagai buang air besar yang tidak berbentuk atau dalam konsistensi cair dengan frekwensi yang meningkat, umumnya frekwensi > 3 kali/hari, atau dengan perkiraan volume tinja > 200gr/hari. Durasi diare sangat menentukan diagnosis, diare akut jika durasinya kurang dari 2 minggu, diare persistent jika durasinya antara 2 - 4 minggu, dan diare kronis jika durasi lebih dari 4 minggu. Diare merupakan permasalahan yang umum diseluruh dunia, dengan insiden yang tinggi baik di Negara industri maupun di Negara berkembang. Biasanya ringan dan sembuh sendiri, tetapi diantaranya ada yang berkembang menjadi penyakit yang mengancam nyawa. Diare juga dikatakan penyebab morbiditas, penurunan produktifitas kerja, serta pemakaian sarana kesehatan yang umum (Wiryan & Wibawa, 2007).

b. Jenis-jenis Diare

Jenis – jenis diare dibagi menjadi dua yaitu diare akut dan diare kronis. Diare akut jelas masalahnya baik dari segi patofisiologi maupun terapi, diare akut

berlangsung selama kurang dari 2 minggu, sedangkan diare kronis berlangsung lebih dari 2 minggu. Diare kronis yang diagnosis maupun terapinya lebih rumit dari diare akut. Bahkan dilaporkan sekitar 20% diare kronik tetap tidak dapat diketahui penyebabnya walaupun telah dilakukan pemeriksaan intensif selama 2 – 6 tahun. Diare kronik bukan suatu kesatuan penyakit, melainkan suatu sindrom yang penyebab dan patogenesisnya multikompleks. Mengingat banyaknya kemungkinan penyakit yang dapat mengakibatkan diare kronik dan banyaknya pemeriksaan yang harus dikerjakan maka dibuat tinjauan pustaka ini untuk dapat melakukan pemeriksaan lebih terarah. Kemungkinan penyebab diare kronik sangat beragam, dan tidak selalu disebabkan kelainan pada usus. Di negara maju, sindrom usus iritatif dan penyakit radang usus non spesifik (inflammatory bowel disease) merupakan penyebab utama diare kronik.

Diare kronis dapat terjadi pada kelainan endokrin, kelainan pankreas, kelainan hati, infeksi, keganasan, dan sebagainya. Berdasarkan mekanisme patofisiologi yang mendasari terjadinya, diare kronis diklasifikasikan menjadi 3 golongan yaitu: diare sekretorik, diare osmotik dan diare inflamasi. Klasifikasi lain ada juga yang membagi menjadi 3 jenis yaitu diare cair (watery diarrhea), yang mencakup diare sekretorik dan diare osmotik, diare inflamasi dan diare berlemak (fatty diarrhea) (Wiryan & Wibawa, 2007).

c. Diare Pada Demam Tifoid

Diare pada demam tifoid yang berlangsung beberapa saat tanpa penanggulangan medis adekuat dapat menyebabkan kematian karena kekurangan

cairan tubuh yang mengakibatkan renjatan hipovolemik atau karena gangguan biokimiawi berupa asidosis metabolik lanjut. Kehilangan cairan menyebabkan haus, berat badan berkurang, mata cekung, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun, serta suara serak. Keluhan dan gejala ini disebabkan deplesi air yang isotonik. Kehilangan bikarbonat akan menurunkan pH darah. Penurunan ini akan merangsang pusat pernapasan, sehingga frekuensi napas lebih cepat dan lebih dalam (Kussmaul). Reaksi ini adalah usaha tubuh untuk mengeluarkan asam karbonat agar pH dapat naik kembali normal. Pada keadaan asidosis metabolik yang tidak dikompensasi, bikarbonat standar juga rendah, pCO₂ normal, dan base excess sangat negative (Amin, 2015).

B. Asuhan Keperawatan Anak Demam Tifoid Dengan Diare

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual (Tarwoto & Wartonah, 2015). Teori pengkajian pada anak demam thypoid menurut (Rekawati & Nursalam, 2013) yaitu :

- a. Identitas. Sering ditemukan pada anak berumur sering ditemukan pada anak berumur diatas 1 tahun.
- b. Keluhan utama seperti perasaan tidak enak badan, lesu, pusing, nyeri kepala dan kurang bersemangat, serta nafsu makan menurun (teutama pada saat masa inkubasi)

c. Status Imunisasi Anak

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.

d. Pertumbuhan dan Perkeembangan

1) Pertumbuhan Fisik

Untuk 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 lingkaran kepala. Sedangkan lingkaran lengan dan lingkaran dada baru digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak.

2) Perkembangan Anak

Untuk mengkaji keadaan perkembangan anak usia 1 bulan – 72 bulan, dapat dilakukan dengan menggunakan Kuisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), untuk menilai dalam 4 sektor perkembangan pada anak yang meliputi : motoric kasar, motoric halus, bicara / bahasa dan sosialisasi / kemandirian (Kementerian kesehatan RI, 2016).

e. Suhu tubuh.

Pada kasus yang khas, demam berlangsung selama 3 minggu, bersifat febris remiten, dan suhunya tidak tinggi sekali. Selama minggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur naik setiapa harinya, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat pada sore menjelang malam hari. Pada minggu kedua, pasien terus dalam

keadaan demam, dan pada minggu ketiga demam berangsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga.

f. Kesadaran

Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak berapa dalam, yakni apatis dan somnolen. Selain gejala-gejala yang di uraikan diatas mungkin terdapat gejala lainnya seperti pada punggung dan anggota gerak lainnya ditemukan bintik-bintik warna kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat minggu pertama demam.

g. Pengkajian Pola Fungsional Gordon

1) Pola persepsi kesehatan manajemen kesehatan

Yang perlu dikaji adalah 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

Yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan klien, tipe makanan dan cairan, peningkatan/ penurunan berat badan, pilihan makan.

3) Pola eliminasi

Yang perlu dikaji adalah pola defekasi klien, berkemih, penggunaan alat bantu, penggunaan obat-obatan.

4) Pola aktivitas latihan

Yang perlu dikaji adalah pola aktivitas klien, latihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari (merawat diri, bekerja) dan respon kardiovaskuler serta pernapasan saat melakukan aktivitas.

5) Pola istirahat tidur

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola tidur klien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidur klien, apa ada gangguan tidur dan penggunaan obat-obatan untuk mengatasi gangguan tidur.

6) Pola kognitif persepsi

Yang perlu dikaji adalah fungsi indra klien dan kemampuan persepsi klien.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Yang perlu dikaji 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 tskut, cemas karena dirawat di RS.

8) Pola peran hubungan

Kaji kemampuan klien dalam berhubungan dengan orang lain. Bagaimana kemampuan dalam menjalankan perannya.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

Kaji efek penyakit terhadap seksualitas anak

10) Pola coping dan toleransi stress

Yang perlu dikaji adalah bagaimana kemampuan klien dalam menghadapi stress dan adanya sumber pendukung. Anak belu, mampu untuk mengatasi stress,

sehingga sangat dibutuhkan peran dari keluarga terutama orang tua untuk selalu mendukung anak.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Kaji bagaimana kepercayaan klien. Anak-anak belum mengerti tentang kepercayaan yang dianut. Anak-anak hanya mengikuti dari orang tua.

h. Pemeriksaan fisik :

- 1) Mulut, 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.
- 2) Abdomen, dapat ditemukan keadaan perut kembung. Bisanya terjadi konstipasi, atau diare dan bahkan bisa saja normal.
- 3) Hati dan limpa membesar yang disertai dengan nyeri pada perabaan.

i. Pemeriksaan laboratorium :

- 1) Pada pemeriksaan darah tepi terdapat gambaran leukopenia, limfositosis relative, dan aneosinofilia pada permukaan sakit.
- 2) Darah untuk kultur (biakan, empedu) dan widal.
- 3) Biakan empedu basil salmonella thyphosa dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya, lebih sering ditemukan dalam urine dan faeces.
- 4) Pemeriksaan widal. Untuk membuat diagnosis, pemeriksaan yang diperlukan ialah titer zat anti terhadap antigen O. titer yang bernilai 1/200 atau lebih menunjukkan kenaikan yang progresif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai repons 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 (PPNI, 2016).

Diare adalah buang air besar yang terjadi pada bayi dan anak yang sebelumnya nampak sehat, dengan frekuensi tiga kali atau lebih per hari, disertai perubahan tinja menjadi cair, dengan atau tanpa lendir dan darah (Yusuf, 2016). Diare merupakan pengeluaran fese yang sering, lunak dan tidak berbentuk (PPNI, 2016).

Menurut (PPNI, 2016), diagnosa keperawatan mengenai demam tifoid pada anak dengan diare yaitu :

Tabel 1
Diagnosa Keperawatan Pada Anak Demam Tifoid Dengan Diare

Gejala dan Tanda	Penyebab	Masalah
(1)	(2)	(3)
Gejala dan Tanda Mayor	<i>Fisiologis :</i>	Diare
a. Subjektif (<i>tidak tersedia</i>)	a. Inflamasi gastrointestinal	a. Kategori : Fisiologis
b. Objektif :	b. Iritasi gastrointestinal	b. Subkategori : Nutrisi dan cairan
1) Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam	c. Proses infeksi	c. Definisi : Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk
2) Feses lembek atau cair	d. Malabsorpsi	
Gejala dan Tanda Minor	<i>Psikologis :</i>	
a. Subjektif :	a. Kecemasan	
	b. Tingkat stress tinggi	
	<i>Situasional :</i>	
	a. Terpapar kontaminan	

1) <i>Urgency</i>	b. Terpapar toksin
2) Nyeri / kram abdomen	c. Penyalahgunaan laksatif
b. Objektif :	d. Penyalahgunaan zat
1) Frekuensi peristaltik meningkat	e. Program pengobatan (Agen tiroid, analgesic, pelunak feses, ferosulfat, antasida, <i>cimetidine</i> dan antibiotic)
2) Bising usus hiperaktif	f. Perubahan air dan makanan
	g. Bakteri pada air

(Sumber : SDKI PPNI, 2016)

3. Perencanaan

Perencanaan merupakan fondasi awal yang sangat penting dan mendukung kelancaran proses pelaksanaan / implementasi (Setiadi, 2016). Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan. Tahapan perencanaan dapat dikatakan sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa akan melakukan tindakan keperawatan (Nauli Hutagalung, 2019).

Berikut ini adalah intervensi untuk pasien anak demam tifoid dengan diare (PPNI, 2016), yaitu :

Tabel 2
Perencanaan Keperawatan Anak Demam Tifoid Dengan Diare

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Diare	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Eleminasi Fekal membaik dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontrol pengeluaran feses meningkat Keluhan defekasi lama dan sulit menurun Mengejan saat defekasi menurun Distensi abdomen menurun Teraba massa pada rektal menurun <i>Urgency</i> menurun Nyeri abdomen menurun Kram abdomen menurun Konsistensi feses membaik Frekuensi defekasi membaik Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen Diare :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan , pemberian botol susu) Identifikasi riwayat pemberian makanan Identifikasi gejala invigasi (mis, tangisan keras, kepuccatan pada bayi) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis, takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal Monitor jumlah pengeluaran diare Monitor keamanan penyiapan makanan <p>Terapeutik :</p>

-
- a. Berikan asupan cairan oral (mis, larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte)
 - b. Pasang jalur intravena
 - c. Berikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat), *jika perlu*
 - d. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
 - e. Ambil sampel feses untuk kultur, *jika perlu*

Edukasi :

- a. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
- b. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
- c. Anjurkan lanjutan pemberian ASI

Kolaborasi :

- a. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, difenoksilat)
- b. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic / spasmolitik (mis, papaverin, ekstak belladonna, mebeverine)
- c. Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis, atapulgit, smektit, kaolin-pektin)

(Sumber : SIKI SLKI PPNI, 2018)

4. Pelaksanaan

Implementasi atau pelaksanaan merupakan kelanjutan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal, pelaksanaan adalah tujuan keperawatan pada tahap perencanaan (Wahid & Suprpto, 2013). Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan pada tahap intervensi/perencanaan.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Berikut ini adalah kriteria hasil untuk pasien anak dengan demam tifoid dengan diare (SLKI PPNI, 2018), yaitu :

- a. Kontrol pengeluaran feses meningkat
- b. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- c. Mengejan saat defekasi menurun
- d. Distensi abdomen menurun
- e. Teraba massa pada rektal menurun
- f. Urgency menurun
- g. Nyeri abdomen menurun
- h. Kram abdomen
- i. Konsistensi feses membaik
- j. Frekuensi defekasi membaik

k. Peristaltik usus membaik