

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**PENERAPAN KOMPRES HANGAT UNTUK MENURUNKAN
DEMAM PADA ANAK DENGAN *DEMAM THYPOID* DI
RUANG ANAK RSUD H.HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019**

OLEH :

INDAH PERMATA SARIANA PUTRI

NIM : 1814901636

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
T.A 2018/2019**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah karya saya sendiri dan semua sumber yang digunakan baik yang dikutip atau dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Indah Permata Sariana Putri,S.Kep

NIM : 1814901636

Tanda Tangan :

()

Tanggal

LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Indah Permata Sariana Putri, S.Kep

NIM : 1814901636

Program Studi : Program Studi Profesi Ners Stikes Perintis Padang

Judul KIA-N : **Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Demam Pada Anak Dengan Demam Thypoid Di Ruang Anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa KIA-N yang saya tulis ini benar-benar dari hasil karya yang saya buat sendiri, tidak melakukan pengambilan alihan tulisan maupun pikiran orang lain yang lalu saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa KIA-N ini adalah hasil jiblanan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Jambi, 15 Agustus 2019

Yang Menyatakan

(Indah Permata Sari,S.Kep)

JUDUL
PENERAPAN KOMPRES HANGAT UNTUK MENURUNKAN DEMAM
PADA ANAK DENGAN *DEMAM THYPOID* DI RUANG ANAK RSUD
H.HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019

Oleh:

INDAH PERMATA SARIANA PUTRI S.Kep
NIM : 1814901636

Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan

Muara Bungo , 3 Agustus 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

(YENDRIZAL JAFRI, S.KP, M.BIOMED)
S.KEP)

NIK 142010611893011

(NS. ELLY SURYANI,

NIK 198112152009042001

Mengetahui,
Ketua Prodi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang

(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)

NIK 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

**PENERAPAN KOMPRES HANGAT UNTUK MENURUNKAN DEMAM
PADA ANAK DENGAN *DEMAM THYPOID* DI RUANG ANAK RSUD
H.HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019**

**OLEH :
INDAH PERMATA SARIANA PUTRI, S.Kep
NIM : 1814901636**

**Pada :
HARI/TANGGAL :
JAM :**

**Dan yang bersangkutan dinyatakan
LULUS**

Tim Penguji :

Penguji I : NS.ANDRE FERNANDES, M.KEP.KEP.AN ()
Penguji II : YENDRIZAL JAFRI, SKP.M.BIOMED ()

**Mengetahui,
Ketua Prodi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**

**(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)
NIK 1420101107296019**

**PENERAPAN KOMPRES HANGAT UNTUK MENURUNKAN DEMAM
PADA ANAK DENGAN *DEMAM THYPOID* DI RUANG ANAK RSUD
H.HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019**

Indah Permata Sariana Putri, S.Kep

ABSTRAK

Latar Belakang : Thypoid Merupakan suatu penyakit sistemik yang disebabkan oleh karena bakteri salmonella typhi ataupun salmonella paratyphi. Tanda dan gejala dari penyakit Thypoid adalah demam.

Tujuan : Menerapkan dan memahami asuhan keperawatan dengan pasien Thypoid dengan masalah keperawatan yaitu gangguan kebutuhan Termoregulasi: Hipertermi secara komperhensif.

Metode : Menggunakan desain studikasus deskriptif analitik dengan subyek studi kasus 1 orang pasien yang mengalami gangguan kebutuhan Termoregulasi: Hipertermi.

Hasil : Pada hasil pengkajian didapatkan hasil data suhu pada subyek studi kasus yaitu 38,3°C, warna kulit kemerahan, kulit teraba hangat dan pasien menggigil. Penulis mendapatkan masalah keperawatan yaitu hipertermi yang berhubungan dengan proses penyakit (Thypoid). Penulis menyusun rencana sesuai dengan NIC NOC. Tindakan yang direncanakan telah dilakukan selama 2 x 24 jam sesuai pada rencana keperawatan yang telah dilaksanakan dengan hasil evaluasi masalah hipertermi berhubungan dengan penyakit pada subyek studi kasus masalah teratasi.

Kesimpulan : Kompres hangat bekerja secara efektif menurunkan demam pada pasien thypoid.

Saran : Untuk menurunkan hipertermia pada pasien thypoid di masa mendatang dapat menggunakan obat herbal.

Kata kunci : Hipertermi, Kompres hangat, Thypoid

**APPLICATION OF WARM COMPRESS TO REDUCE FEVER IN
CHILDREN WITH THYPOID FEVER IN CHILDREN ROOM OF
H.HANAFIE MUARA BUNGO HOSPITAL
IN 2019**

Indah Permata Sariana Putri, S.Kep

ABSTRACT

Background: *Typhoid is a systemic disease caused by salmonella typhi or salmonella paratyphi. Signs and symptoms of typhoid disease are fever.*

Objective: *To apply and understand nursing care for typhoid patients with nursing problems impaired needs Thermoregulation: Comprehensive hyperthermia.*

Methods: *Using a descriptive analytic study design with case study subjects 1 patient who experienced impaired needs Thermoregulation: Hypertherm.*

Results: *In the results of the study, the temperature data obtained in the case study subjects were 38.3 ° C, reddish skin color, warm palpable skin and shivering patients. The author gets a nursing problem that is hyperthermia associated with the disease process (typhoid). The author draws plans according to the NIC NOC. The planned action has been carried out for 2 x 24 hours according to the nursing plan that has been prepared with the results of the evaluation of hyperthermic problems related to the disease in case study subjects.*

Conclusion: *Warm compresses effectively reduce fever in typhoid patients.*

Suggestion: *To reduce hyperthermia in typhoid patients in the future can use herbal medicines.*

Keywords: Hypertherm, Warm compresses, Thyphoid

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas Umum

Nama Lengkap : Indah Permata Sariana Putri,S.kep

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat tanggal lahir : Simpang Kungkai,18 Juni 1994

Agama : Islam

Status : Menikah

Alamat : Bangko

Riwayat Pendidikan

Tahun 1998-1999 : TK Negeri Pembina Bangko

Tahun 1999-2005 : SDN 2 Bangko

Tahun 2005-2008 : SMP Negeri Bangko

Tahun 2008-2011 : SMA Negeri 1 Bangko

Tahun 2011-2016 : STIKES Harapan Ibu Jambi

Tahun 2018-2019 : STIKes Perintis Sumatera Barat

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan pembuatan (KIA-N) yang berjudul **(Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Demam Pada Anak Dengan *Demam Thyroid* di Ruang Anak RSUD H Hanafie Muara Bungo Tahun 2019)**.

Shalawat dan salam selalu kita berikan kepada Rasulullah Muhammad SAW, yang telah mengajarkan dan membimbing umatnya dari umat yang tidak mengetahui apa-apa menuju umat yang berbudi luhur dan bermoral serta menjadikan umatnya senantiasa bertaqwa kepada Allah SWT.

(KIA-N) ini disusun untuk suatu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang. Dalam pembuatan (KIA-N) ini peneliti mengucapkan terima kasih terutama kepada Kedua Orang Tua yang telah memberikan semangat dan doanya tanpa henti, untuk selalu menguatkan peneliti sehingga dapat menyelesaikan penulisan study kasus ini. Selanjutnya peneliti sampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Direktur utama RSUD H. Hanafie Muara Bungo dr. Mardiah, Sp.P.
2. Kepala bagian Umum dan Kepegawaian RSUD H. Hanafie Muara Bungo M. Akmal, SE.
3. Kabid Keperawatan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Indra S, SKM.
4. Ketua Stikes Perintis Padang selaku pembimbing (KIA-N), Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed.
5. Ketua Program Profesi Ners Stikes Perintis Padang Ns. Mera Delima, M.Kep.
6. Kepala Instalasi pendidikan dan pelatihan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Suniar, S.Kep
7. Pembimbing Klinik RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Elly Suryani, S.Kep, yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian (KIA-N) ini.

8. Tenaga perawat di ruangan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, yang telah banyak membantu penulisan dalam memperoleh data.

Meskipun semaksimal mungkin usaha yang dilakukan dalam penulisan (KIA-N) ini, namun peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan (KIA-N), karena kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk menyempurnakan (KIA-N) ini.

Semoga Allah SWT, selalu melimpahkann rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin

Ma.Bungo, Agustus 2019

Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang paling baru kesehatan adalah keadaan yang sejahtera badan, jiwa, dan sosial dan memastikan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Pernyataan tersebut cukup luas dan ternilai dinamis jika dibandingkan pada batasan yang sebelumnya mengatakan, bahwa kesehatan merupakan keadaan dan situasi yang sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Untuk batasan yang terdahulu, kesehatan itu hanya mencakup tiga aspek, yakni: fisik, mental, dan sosial tetapi menurut Undang-undang No. 23/1992, kesehatan itu mencakup 4 aspek yakni fisik (badan), mental (jiwa), sosial, dan ekonomi (Notoatmodjo, 2007).

Kesehatan dinilai dari angka kematian (mortalitas) dan kesakitan (morbiditas) selama periode tertentu. Indonesia disebut suatu negara dengan tingkat yang jumlah penduduk terbesar di dunia yang masih menghadapi bermacam masalah kesehatan yang cukup pelik, salah satunya yaitu masalah kesehatan pada anak. Pada masa kanak-kanak, anak harus melalui periode penting, yaitu periode pertumbuhan atau perkembangan yang disebut juga “

Golden Age". Pada masa (tumbang) tumbuh kembang, di usia balita merupakan golongan usia yang paling rentan terhadap penyakit, hal ini berkaitan dengan fungsi protektif atau immunitas anak. Anak merupakan generasi yang nantinya akan jadi sebagai penerus perjuangan bangsa. Oleh karena itu pentingnya menjaga kesehatan anak agar dapat tumbuh menjadi generasi yang sehat dan berkualitas. (Wong, 2008).

Merujuk pada masalah kesehatan yang terjadi pada balita, perawat berperan dalam pemberian asuhan keperawatan secara professional yaitu pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan atraumatic care. Peran perawat atraumatic care yaitu menggunakan pendekatan yang adekuat pada anak untuk mengurangi resiko trauma pada anak. Dengan demikian, atraumatic care yaitu suatu perawatan terapeutik bisa diberikan kepada anak serta keluarga dilakukan dengan mengurangi adanya dampak psikologis dari setiap proses tindakan keperawatan yang diberikan seperti memperhatikan dampak dari setiap tindakan yang diberikan dengan elihita prosedur tiap tindakan atau kemungkinan aspek lain yang memungkinkan adanya trauma. (Hidayat, 2005)

Family-Centered Care didefinisikan oleh Association for the Care of Children's Health yaitu ialah sebagai filosofi sebagai pemberi perawatan kepentingan yang melibatkan peran penting keluarga, dukungan motivasi keluarga akan dapat membangun kekuatan, dapat membantu membuat suatu pilihan terbaik, dan

dapat meningkatkan ataupun mengembalikan pola yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit menjadi normal dan dapat menjalani penyembuhan.

Perawat dapat memberikan pelayanan bersifat promosi kesehatan pada pasien dengan penyakit demam thypoid, cara pencegahan pada penyakit demam thypoid, memberikan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit demam thypoid, dan memberikan pelayanan kesehatan untuk mengembalikan fungsi organ atau bagian tubuh agar sembuh dan dapat berfungsi secara normal. (Depkes, 2010).

Demam thypoid ialah penyakit infeksi yang bersifat akut disebabkan oleh *Salmonella typhi*, penyakit ini ditandai dengan gejala panas yang berkepanjangan, ditopang dengan bakteremia tanpa terlibatnya struktur dari endothelia atau endokardial, dan invasi dari bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan *peyer's patch* dan sehingga mampu dapat menular pada orang lain melalui makanan atau air yang sudah terkontaminasi. (Sumarmo, 2002)

Penyakit menular ini masih dijadikan sebagai masalah kesehatan masyarakat dengan setidaknya jumlah kasus sebanyak 22 juta per tahun terjadi di dunia dan sebagai penyebab 216.000–600.000 kematian. Didaerah urban telah dilakukan studi kasus di beberapa negara di Asia pada anak usia 5–15 tahun menunjukkan bahwa angka kejadian dengan biakan darah positif mencapai 180–

194 per 100.000 anak, untuk daerah pada Asia Selatan pada usia 5–15 tahun sebesar 400–500 per 100.000 penduduk, di Asia Tenggara 100–200 per 100.000 penduduk, dan di Asia Timur Laut kurang dari 100 kasus per 100.000 penduduk. Terdapat hingga 10% komplikasi ditemukan pada kasus demam thypoid, khususnya terjadi pada individu yang sudah lama menderita tifoid lebih dari 2 minggu namun tidak dapat pengobatan yang cukup adekuat. Case Fatality Rate (CFR) memperkirakan 1–4% dengan rasio 10 kali lebih tinggi pada anak usia lebih tua (4%) dibandingkan anak usia ≤ 4 tahun (0,4%). Pada kasus yang tidak mendapatkan pengobatan, CFR dapat meningkat hingga 20%. (Purba, dkk, 2017).

Di Indonesia, tifoid bersifat endemis yang banyak dijumpai di kota besar. Ditemukan penderita demam tifoid anak ditemukan kisaran usia berumur diatas satu tahun. Terhitung lebih dari penderita (80%) yang dirawat di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM Jakarta yaitu yang berumur diatas lima tahun. Pada anak usia 5-15 tahun demam tifoid lebih mudah menyerang dan sering sekali terjadi. Menurut laporan WHO (World Health Organization), kejadian dari demam tifoid pada anak umur 5-15 tahun di Indonesia terjadi 180,3/100.000 kasus pertahun dan dengan prevalensi mencapai 61,4/1000 kasus pertahun

Pada tahun 2014, angka kesakitan tifoid di Indonesia menempati urutan ke tiga dari 10 penyakit terbanyak yang dirawat inap di rumah sakit, yaitu dilaporkan sebesar 80.850 kasus, yang

meninggal sebanyak 1.747 kasus. Hasil penelitian kasus yang dilakukan pada rumah sakit besar di Indonesia membuktikan hasil adanya peningkatan insiden kasus tifoid dari tiap tahunnya dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dan kematian diperkirakan sekitar 0,6–5%. (Purba, dkk, 2017)

Salah satu masalah yang timbul pada pasien demam tifoid yaitu hipertermia, defisit nutrisi, hipovolemia, nyeri akut, dan konstipasi. Hipertermi adalah suatu Keadaan dimana seorang individu mengalami peningkatan suhu tubuh di atas 37,8°C peroral atau 38,8°C perrektal karena factor eksternal (Nurrofiq, 2012). Hipertermi berhubungan dengan proses saat sistem kontrol suhu normal pada tubuh tidak dapat dengan efektif mengatur suhu internal. Selalu terjadi pada saat suhu tubuh tinggi dan akan mendinginkan dengan proses penguapan dari keringat. Namun, di kondisi tertentu (pada suhu udara lebih 95°C atau 35°C dan dengan kelembaban cukup tinggi), proses pendinginan ini jadi kurang efektif. Saat kelembaban udara cukup tinggi, tidak terjadi penguapan dengan cepat, sehingga tubuh tidak dapat melepaskan panas dengan cepat. Lalu, tanpa adanya asupan cairan yang cukup, hilangnya cairan yang berlebihan dan tidak seimbangya elektrolit juga bisa terjadi dehidrasi. Pada kasus tersebut, meningkatnya suhu tubuh seseorang secara cepat. Dapat merusak otak dan bagian vital lainnya akibat suhu tubuh yang sangat tinggi. Kondisi tubuh lain

yang bisa membatasi kemampuan mengatur suhu pada tubuh termasuk penyakit demam tifoid (Librianty, 2014).

Salah satu kebutuhan biologis ialah Menjaga suhu tubuh agar tetap dalam batas normal yang menjadi salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Salah satu sistem tubuh bekerja dalam menjaga suhu tubuh tetap batas normal adalah termoregulasi dengan melakukan kompres hangat agar dapat menurunkan suhu tubuh pada anak. Termoregulasi sendiri itu adalah terjadinya proses homeostatik sebagai fungsi suhu tubuh agar bertahan tetap dalam keadaan normal, untuk mencapai seimbang panas di tubuh dan keluarnya panas yang di keluarkan melalui keringat. (Librianty, 2014).

Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Sri Purwanti dan Winarsih Nur Ambarwati (2017) mengatakan tentang Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta bahwa kompres hangat dapat sebabkan suhu tubuh bagian luar dapat terjadi hangat dan tubuh akan mendapatkan bahwa suhu diluar kulit cukup panas, lalu tubuh menurunkan kontrol otak agar menurunkan suhu supaya meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu hangat di luar kulit maka akan pembuluh darah tepi dikulit akan melebar lalu mengalami vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan terbuka dan memudahkan panas untuk keluar. Sehingga terjadilah suatu

perubahan dari suhu tubuh. Rata-rata suhu tubuh saat sebelum tindakan diberikan kompres hangat $38,9^{\circ}\text{C}$ dengan SD $0,401^{\circ}\text{C}$. setelah dilakuakn dan mendapat tindakan kompres hangat selama 10 menit menjadi $37,9^{\circ}\text{C}$ dengan SD $0,447^{\circ}\text{C}$.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Inawati (2017) Demam tifoid merupakan suatu penyakit dari infeksi bakteri, yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi*. Berdasarkan keterangan tersebut maka tifoid adalah seseorang yang terinfeksi bakteri yang disebut bakteri *Salmonella enterica serovar typhi* (*S typhi*) yang berdampak kepada tubuh seseorang secara menyeluruh ditandai dengan adanya demam. Penyakit ini bisa ditularkan jika mengkonsumsi makanan ataupun minuman yang sudah terkontaminasi oleh tinja atau urin orang yang terinfeksi. Gejala biasanya muncul antara 1 hingga 3 minggu sesudah terkena, dan tanda gejala seperti demam tinggi, malaise, sakit kepala, mual, kehilangan nafsu makan ,sembelit atau diare, bintik-bintik merah muda di dada (Rose spots), serta pembesaran limpa dan hati.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Putra (2012) insiden dari demam tifoid pada anak besar kaitannya dengan kebiasaan anak jajan di sekolah. Hal tersebut disebabkan penyakit demam tifoid merupakan dalam kategori foodborn disease. Dalam kebiasaan jajan anak di sekolah sangat perlu adanya upaya pencegahan akan terjadinya tertular penyakit dari demam tifoid

haruslah diperlukan pengawasan dari orang terdekat, orang tua terutama ibu terhadap kebiasaan jajan anak-anak di sekolah.

Hilda (2016) dalam penelitiannya sebagian besar berusia > 9 tahun (10–12 tahun) terdiagnosis menderita demam tifoid sedangkan sebagian besar berusia \leq 9 tahun (7 hingga 9 tahun) tidak terdiagnosis menderita penyakit demam tifoid. Lalu sebagian besar yang jenis kelamin laki-laki lebih banyak didiagnosis mengalami demam tifoid dibandingkan dengan yang berjenis kelamin perempuan. Insiden dari demam tifoid didapatkan kondisi kebersihan dari kuku jari tangan pendek kotor memiliki risiko 7,79 kali mengalami demam tifoid dari pada kondisi kuku jari tangan pendek bersih.

Sementara di kota Jambi kasus demam thypoid pada balita, tahun 2016 yaitu sebanyak 27.632 yang terjadi demam yang tidak tau apa yang menjadi penyebabnya. Sedangkan di Kabupaten Bungo pada tahun 2016 sebanyak 3.632 yang terjadi dalam 2 tahun terakhir.

Berdasarkan data yang peneliti dapat dari ruang rawat anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo, didapatkan data dari tiga bulan terakhir sebanyak 20 orang anak dengan kasus demam thypoid. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis termotivasi dan tertarik untuk menulis karya ilmiah tentang “Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Demam Pada Anak Dengan Demam Thypoid Di Ruang Anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penulisan ini yaitu “Bagaimana melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan demam thypoid dengan menerapkan kompres hangat?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu memahami dan melakukan penerapan asuhan keperawatan dengan baik dan benar pada An. D dengan gangguan sistem pencernaan : demam thypoid di ruang anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mampu memahami konsep dasar tentang penyakit demam thypoid, perawatan demam thypoid, tumbuh kembang anak, dan peran perawat atraumatic care, serta FCC (family centered care).

- a. Mampu memberikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi pada An. D dengan demam thypoid
- b. Mampu menganalisa jurnal keperawatan yang berhubungan dengan demam thypoid dengan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada An. D dengan demam thypoid

- c. Mampu mengaplikasikan jurnal keperawatan yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan pada An. D dengan demam thypoid

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan penulis tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan demam thypoid dan peneliti juga berharap asuhan keperawatan tentang demam thypoid dan lebih dikembangkan oleh peneliti lain dengan diagnosa keperawatan lainnya.

1.4.2 Bagi RSUD H. Hanafie Muara Bungo

Membantu memberikan pelayanan yang optimal kepada anak dengan demam thypoid dan hasil karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi dan pengetahuan bagi perawat ruang rawat inap anak dan dapat diterapkan sebagai upaya untuk melakukan asuhan keperawatan dalam mengelola anak dengan demam thypoid di RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Bisa dijadikan bahan untuk pelaksanaan pendidikan serta masukan dan perbandingan untuk karya ilmiah lebih lanjut asuhan keperawatan anak dengan demam thypoid.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP TEORI DEMAM THYPOID

2.1.1 Definisi Demam Thypoid

Demam thypoid ialah suatu penyakit infeksi bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*, adapun gejala dari penyakit ini adalah panas berkepanjangan, ditopang dengan bakteremia tanpa adanya terlibat struktur endothelia atau endokardial, dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan *peyer's patch* dan bisa menular kepada orang lain dengan melalui makanan ataupun air yang sudah terkontaminasi bakteri. (Sumarmo, 2002)

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan

Anatomi iyalah berasal dari bahasa latin yaitu, *Ana*: Bagian, memisahkan. *Tomie* (tomie): Potong,iris .Sedangkan Fisiologi ialah dari *fisis* (Physis): cara kerja. *Logos* (logi): Sebagai ilmu pengetahuan. Maka dapat disimpulkan pengertian dari Anatomi dan Fisiologi adalah Ilmu pengetahuan untuk mempelajari mengenai dari susunan atau potongan dari tubuh dan bagaimana alat tubuh itu mampu bekerja.

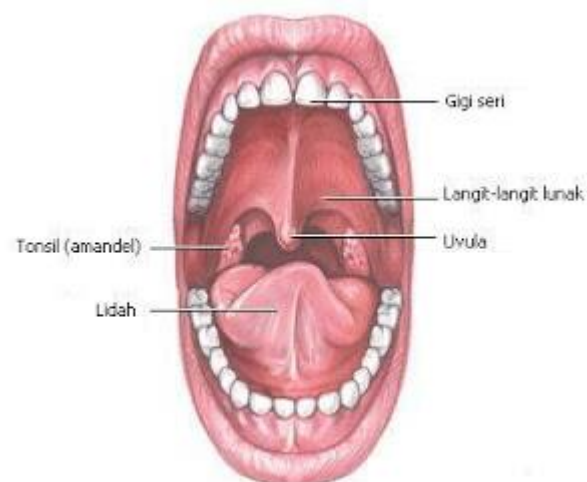
Sistem pencernaan yaitu sistem gastrointestinal (mulai dari mulut hingga anus) yaitu sistem organ dalam tubuh manusia yang berfungsi sebagai penerima makanan, lalu dicerna menjadi zat-zat gizi dan energi, lalu zat-zat gizi diserap ke dalam aliran darah serta bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut dibuang dari tubuh.

Saluran pencernaan terdiri atas:

- 2.1.2.1 Mulut
- 2.1.2.2 Tenggorokan (faring)
- 2.1.2.3 Kerongkongan
- 2.1.2.4 Lambung
- 2.1.2.5 Usus halus
- 2.1.2.6 Usus besar
- 2.1.2.7 Rektum dan Anus.

Struktur Sistem Pencernaan

1. Mulut



Mulut merupakan suatu rongga yang terbuka dan merupakan tempat masuknya makanan dan air pada setiap manusia. Mulut terletak di bagian kepala dan merupakan bagian sistem pencernaan awal lengkap yang berakhir pada anus.

Mulut merupakan suatu jalan masuk pada sistem pencernaan. Bagian dalam pada mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh bagian organ perasa yang terdapat di permukaan bagian lidah. Pengecapan cukup sederhana, terdiri dari manis, asam, asin dan pahit.

Mulut atau oris terdiri atas dua bagian yaitu 1. Bagian luar yang sempit atau vestibula yang didalamnya terdapat gusi, gigi, bibir dan pipi ; 2. Bagian rongga mulut dalam yaitu rongga mulut dibatasi sisinya oleh tulang maksilaris, platum dan mandubularis di sebelah belakang berkaitan sambung dengan faring. Diluar bagian mulut ditutupi oleh bagian kulit dan didalamnya ditutupi oleh selaput lendir atau mukosa. Pada didalam bagian rongga mulut terdapat gigi, kelenjar ludah, dan lidah

a. Gigi

Gigi terdapat 2 macam yaitu

- 1) Gigi susu atau gigi sementara yang mulai tumbuh di usia 6-7 bulan dan lengkap di usia 2 ½ tahun dengan jumlah gigi 20 buah terdiri atas: 8 buah gigi seri atau dens insisivus, 4 buah gigi taring atau dens kaninus, 8 buah gigi geraham atau molare.

2) Gigi tetap atau gigi permanen, yang tumbuh pada usia 6-18 tahun dengan jumlahnya 32 buah terdiri atas: 8 buah gigi susu atau dens insisivus,

Fungsi gigi: gigi seri berfungsi memotong makanan, gigi taring berfungsi memutuskan makanan yang liat dan keras dan gigi geraham guna mengunyah makanan yang sudah dipotong-potong sebelumnya.

b. Kelenjar Ludah

Kelenjar Ludah ialah kelenjar yang mempunyai duktus yang bernama saluran Stenon dan Stenson. Kelenjar ludah dibagi ada 2 yaitu kelenjar submaksilaris (kelenjar ludah bawah rahang) yang sudah terdapat pada bagian bawah tulang rahang atas pada bagian tengah dan kelenjar sublingualis (Kelenjar ludah bawah lidah) yang terdapat di bagian depan dibawah lidah.

Kelenjar ludah diproduksi pada dalam rongga mulut. Disekitar rongga mulut mempunyai 3 buah kelenjar ludah yaitu:

1) Kelenjar parotis terdapat pada bagian bawah di depan telinga pada antara prosesus mastoid kiri dan kanan os mandibular, duktus Stenon. Bagian duktus ini keluar dari glandula parotis menuju ke rongga mulut melalui area pipi (muskulus buksinator)

- 2) Kelenjar submaksilaris terletak pada bagian bawah rongga mulut di belakang,duktus wartoni, bermuara pada rongga mulut dekat frenulum lingua.
- 3) Kelenjar sublingualis terletak pada bagian bawah selaput lendir dasar rongga mulut.

c. Lidah

Lidah terdiri atas otot yang memiliki serat lintang serta dilapisi oleh selaput lendir, kerja otot lidah mampu digerakkan ke segala arah.

Lidah terdapat 3 bagian yaitu radiks lingua atau pangkal lidah, dorsum lingua atau punggung lidah, apeks lingua atau ujung lidah. Di bagian pangkal lidah belakang terdapat epiglottis yang memiliki fungsi menutup jalannya napas pada saat waktu menelan makanan. Di punggung lidah memiliki puting-putting pengecap atau ujung saraf untuk pengecap. Frenulum lingua ialah selaput lendir yang terdapat dibagian tengah,bila lidah digerakkan ke atas saat makan akan terlihat bagian selaput lendir.Di pertengahan flika sublingual terdapat saluran glandula parotis, submaksilaris dan glandula sublingualis.

Fungsi Lidah:

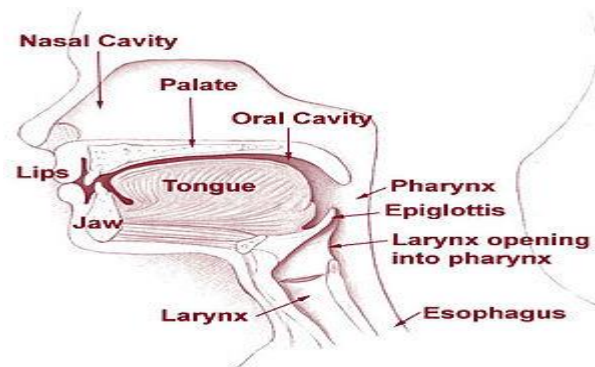
- 1) Sebagai pembersihan bagian gigi serta bagian rongga mulut antara pipi dan gigi

- 2) Mampu mencampur antara makanan dengan ludah
- 3) Sebagai penolak atau pendorong makanan dan minuman kebelakang hingga tertelan
- 4) Sebagai fungsi berbicara
- 5) Untuk mengecap rasa manis, rasa asin dan rasa pahit
- 6) Sebagai perasa dingin dan panas.

Mekanisme sistem pencernaan di mulut

Makanan yang sudah dipotong oleh bagian gigi depan (incisivus) lalu di kunyah gigi belakang (molar, geraham), dan jadi bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Ludah dari sumber kelenjar ludah akan membungkus bagian makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan makanan mulai dicerna. Ludah terdapat kandungan antibodi serta enzim lisozim, berfungsi memecah protein dan juga menyerang bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai saat secara sadar dan berlanjut dengan cara otomatis.

2. Tenggorokan (Faring)



Faring merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Faring sendiri berasal dari bahasa Yunani yaitu Pharynx.

Didalam bagian lengkung faring terdapat tonsil atau amandel yaitu kelenjar limfe banyak mengandung kelenjar limfosit dan salah satu pertahanan pada infeksi, disini terletak bagian simpang antara jalan nafas dan jalan makanan, terletak dibelakang antara rongga mulut dan rongga hidung, pada bagian didepan ruas tulang belakang.

Pada atas bagian depan berhubungan dengan rongga hidung, pada perantaraan lubang bernama koana, posisi tekak berhubungan dengan rongga mulut dengan perantaraan lubang yang disebut isthmus faucium

Tekak terdiri pada; Bagian superior ialah bagian yang sangat tinggi dengan hidung, bagian media ialah bagian yang posisi sama tinggi dengan bagian mulut dan bagian inferior ialah bagian yang sama tinggi dengan bagian laring.

Bagian superior atau nasofaring, bagian nasofaring bermuara tuba sebagai penghubung tekak dengan ruang gendang telinga, Bagian media disebut orofaring, pada bagian ini berbatasan kedepan hingga diakar lidah bagian inferior yang disebut laring gofaring sebagai penghubung orofaring dengan laring

3. Kerongkongan (Esofagus)

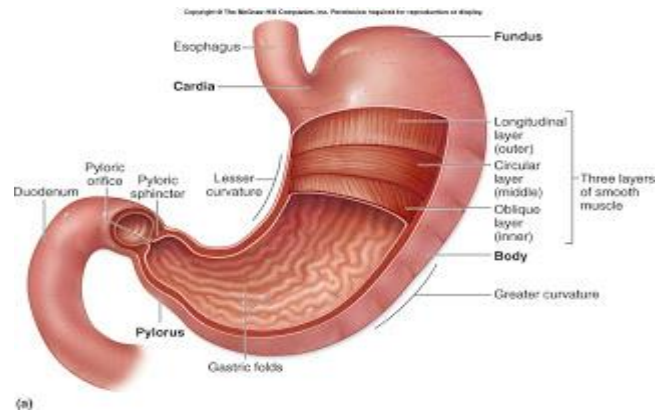
Kerongkongan ialah tabung (tube) memiliki otot di bagian vertebrata yang dilalui saat makanan mengalir dari bagian mulut hingga dalam lambung. Makanan berjalan melewati kerongkongan dengan menggunakan proses peristaltik. Sering juga disebut esofagus (berasal bahasa Yunani: oeso yaitu “membawa”, dan phagus yaitu “memakan”).

Ketika esofagus bertemu faring pada ruas ke-6 tulang belakang. Menurut histologi.

Esofagus terdapat menjadi tiga bagian:

- a. Bagian superior ialah sebagian besar adalah otot rangka
- b. Bagian tengah ialah campuran otot rangka dan otot halus
- c. Serta bagian inferior ialah terutama terdiri dari otot halus.

4. Lambung



Lambung berawal mulai dari esophagus dan lalu berakhir pada duodenum usus halus.

Terdapat dari 3 bagian yaitu:

- a. Kardia pada sekitar sfingter esophageal bawah
- b. Fundus di bagian puncak
- c. Antrum pada bagian bawah

Bagian lambung terdiri dari:

- a. Fundus Ventrikuli adalah bagian menonjol arah keatas terletak pada sebelah kiri osteum kardium dan berisi gas.
- b. Korpus Ventrikuli, adalah suatu lekukan di bagian bawah kurbatura minor.
- c. Antrum pylorus adalah bagian lambung yang berbentuk tabung dan mempunyai otot tebal yang membentuk sfingter pylorus.
- d. Kurvatura minor terdapat pada sebelah kanan lambung, terbentang dari organ osteum kardiakm sampai ke pylorus.

- e. Kurvatura mayor terbentang dari posisi sisi kiri osteum kardiak melalui fundus ventrikuli menuju ke arah kanan sampai ke pilorus inferior. Ligamentum gastrolienalis terbentang dari bagian arah atas kurvatura mayor sampai ke bagian limpa.
- f. Osteum Kardiak merupakan tempat terdapat esofagus bagian abdomen masuk ke bagian lambung. Dan pada bagian ini terdapat orifisium pilorik.

Adapun Cara Kerja Lambung

Makanan yang masuk ke dalam bagian lambung dari kerongkongan melalui otot yang berbentuk cincin (sfinter), yang mampu membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, sfinter menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan.

Lambung berfungsi sebagai tempat gudang makanan, yang berkontraksi dengan ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting yaitu :

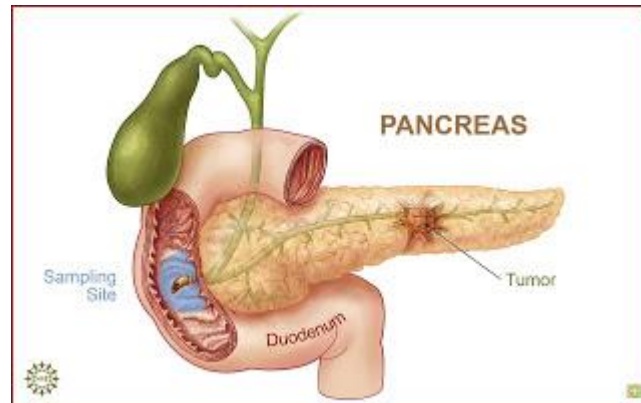
- Lendir yang mampu melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung. Pada kelainan lapisan lendir ini, menyebabkan adanya kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.

- Asam klorida menyebabkan suasana yang sangat asam, yang dibutuhkan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.
- Prekursor pepsin sebagai (enzim yang memecahkan protein)

Pada lambung terjadi pencernaan secara kimiawi dengan bantuan enzim yaitu:

- Amylase saliva melakukan lanjutan pencernaan amilum di bagian fundus
- Pepsin dapat membantu pemecahan protein
- Lipas memecahkan lipid susu (terutama pada bayi dan anak)
- Rennin mampu mencerna susu pada bayi. Rennin dan kalsium menyebabkan koagulasi susu, sehingga bisa lebih lama berada di lambung untuk dicerna.

5. Pankreas



Dari lambung kimus dilanjutkan menuju ke usus halus untuk dicerna lebih lanjut. Pencernaan di bantu oleh Sekret tidak hanya berasal dari usus halus sendiri, tetapi juga berasal dari pancreas, hati, dan kandung empedu.

Pankreas adalah merupakan organ di sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama yaitu penghasil enzim pencernaan serta hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum (usus dua belas jari).

Pankreas terdapat dari 2 jaringan dasar yaitu :

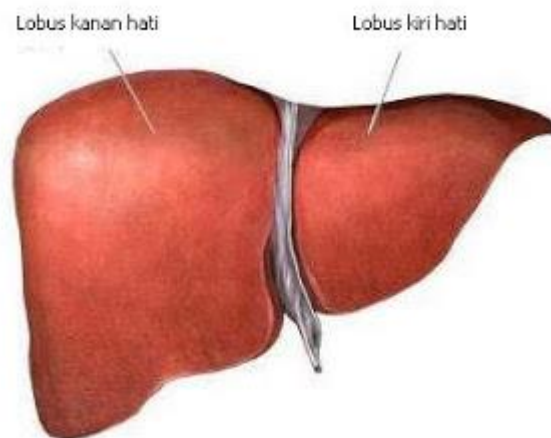
- Asini, sebagai penghasil enzim-enzim pencernaan
- Pulau pankreas, sebagai penghasil hormone

Cara Kerja Pankreas

Pankreas sebagai pelepas enzim pencernaan ke dalam duodenum dan sebagai pelepas hormon ke dalam darah. Enzim yang dilepaskan akan mencerna protein, karbohidrat dan lemak.

Enzim proteolitik memecah protein yang dapat digunakan oleh tubuh dan dilepaskan dalam bentuk inaktif. Enzim ini hanya aktif jika mencapai saluran pencernaan. Pankreas juga melepaskan sebagian besar sodium bikarbonat, berfungsi melindungi duodenum dengan menetralkan asam lambung.

6. Hati



Hati ialah organ yang terbesar di dalam badan manusia dengan memiliki berbagai fungsi, beberapa diantaranya berhubungan dengan pencernaan.

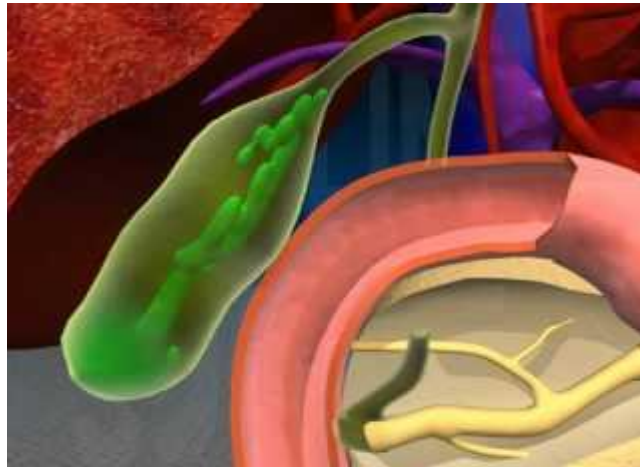
Hati terletak pada bawah diafragma. Hati dibagi menjadi 2 lobus utama yakni lobus kanan dan lobus kiri. Hati dihubungkan rangkaian duktus. Berawal dari duktus hepatikus kanan dan kiri, selanjutnya bergabung menjadi satu pada duktus hepatikus utama. Bergabung dengan duktus kistikus dari kandung empedu, keduanya membentuk duktus empedu. Duktus empedu

menuju duodenum dan bermuara di ampulla hepatopankreatikus bersama-sama dengan duktus pankreatikus

Hati menampilkan 7 fungsi pokok yaitu:

- a. Sebagai penghasil garam empedu, digunakan oleh usus halus untuk mengemulsikan dan menyerap lipid
- b. Sebagai penghasil antikoagulan heparin dan protein plasma seperti protrombin, fibrinogen, dan albumin
- c. Merupakan sel-sel retikuloendotelial hati, sebagai pemangsa sel-sel darah yang telah rusak, juga bakteri
- d. Sebagai penghasil enzim yang memecah racun dan mampu mengubahnya menjadi struktur yang tak berbahaya.
- e. Sebagai Nutrient yang baru diserap lalu dikumpulkan di hati.
- f. Hati sebagai menyimpan glikogen, tembaga, besi, vitamin A, B12, D, E, dan K. Juga sebagai menyimpan racun yang sulit dipecah dan dibuang (misalnya DDT)
- g. Hati dan ginjal sangat berperan dalam aktivasi vitamin D.

7. Kandung Empedu



Kandung empedu (Bahasa Inggris: gallbladder) ialah organ mirip buah pir yang menyimpan sekitar 50 ml empedu yang dibutuhkan tubuh sebagai proses pencernaan. Pada manusia, panjang kandung empedu adalah kurang lebih 7-10 cm dan berwarna hijau gelap, dikarenakan karena warna cairan empedu yang dikandungnya. Organ ini terhubung dengan organ hati dan usus dua belas jari melalui saluran empedu.

Adapun bagian-bagian dari kandung empedu adalah:

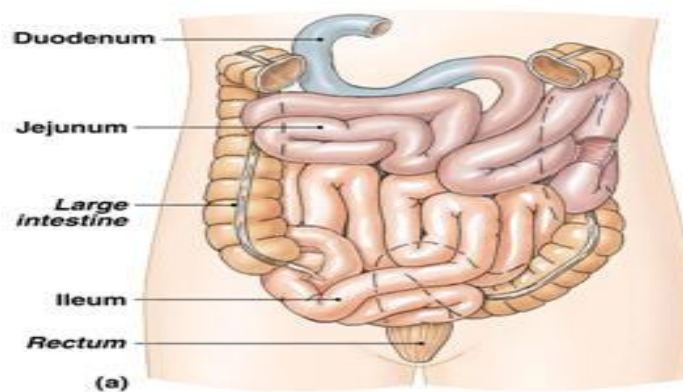
- Fundus vesika felea merupakan bagian pada kandung empedu yang terletak paling akhir setelah korpus vesika felea
- Korpus Vesika Felea ialah bagian yang di dalamnya berisi getah empedu.
- Leher Kandung Kemih yaitu saluran pertama masuknya getah empedu ke dalam kandung empedu.

- Duktus sistikus memiliki panjang sekitar $3\frac{3}{4}$ cm berjalan dari leher kandung empedu dan bersambung dengan duktus hepaticus ,membentuk saluran empedu ke duodenum.
- Duktus Hepaticus merupakan saluran yang keluar dari leher
- Duktus koledokus merupakan saluran pembawa empedu ke duodenum.

Empedu terdapat 2 fungsi penting yaitu:

- Dapat membantu pencernaan dan penyerapan lemak
- Sebagai peran dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama haemoglobin (Hb) yang tentunya berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol.

8. Usus halus (Usus kecil)



Usus halus atau usus kecil merupakan bagian saluran pencernaan yang terletak pada antara lambung dan usus besar. Dinding usus sangat kaya pembuluh darah yang dapat mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta.

Dinding usus mampu melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air. Dinding usus juga mengeluarkan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak.

Lapisan usus halus terdiri atas : ialah lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar (M sirkuler), lapisan otot memanjang (M Longitudinal) dan lapisan serosa (Sebelah Luar)

Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum).

a. Usus dua belas jari (Duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus terdapat setelah lambung dan dihubungkan ke usus kosong (jejunum). Dan di sebut bagian terpendek, dimulai dari bulbo duodenale dan berakhir di ligamentum Treitz. Panjang usus ini sekitar 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri dan lengkungan ini terletak pada pancreas.

Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak ada bungkusannya oleh selaput peritoneum. Dengan pH normal pada derajat 9. Terdapat dua muara saluran yaitu dari pankreas dan kantung empedu.

Adapun Cara Kerja usus duodenum

Lambung melepas makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang bagian pertama dari usus halus.

Makanan masuk ke duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang mampu di cerna usus halus. Saat penuh, duodenum mengirim sinyal kepada lambung agar berhenti mengalirkan makanan.

b. Usus Kosong (jejenum)

Usus kosong atau jejenum adalah bagian yang kedua dari usus halus, pada antara usus dua belas jari (duodenum) dan juga usus penyerapan (ileum). Pada orang dewasa, panjang seluruh usus halus berkisar 2-8 meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong.

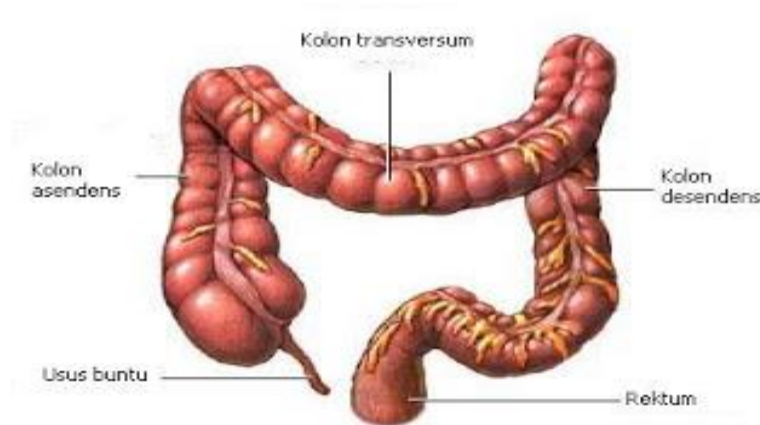
Permukaan dalam usus kosong merupakan membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), mampu memperluas permukaan usus. Histologisnya dapat dibedakan dengan usus dua belas jari, yaitu kurangnya kelenjar dari Brunner. Dengan hitologis mampu membedakan dengan usus penyerapan, yakni sedikitnya sel goblet dan plak Peyeri. Cukup sulit untuk membedakan antara usus kosong dengan usus penyerapan secara makroskopis.

c. Usus Penyerapan (illeum)

Usus penyerapan atau ileum merupakan bagian dari terakhir bagian usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, memiliki panjang kurang lebih 2 hingga 4 m dan terletak lewat duodenum dan jejenum, lalu dilanjutkan oleh usus

buntu. PH Ileum ialah antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) yang berfungsi sebagai penyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu.

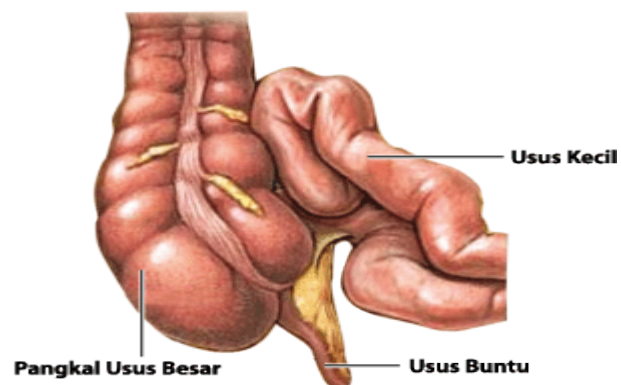
9. Usus Besar (Kolon)



Usus besar atau disebut kolon dalam anatomi ialah bagian usus terletak antara usus buntu dan rektum. Fungsi utamanya adalah menyerap air dari feses.

Usus besar terdiri dari :

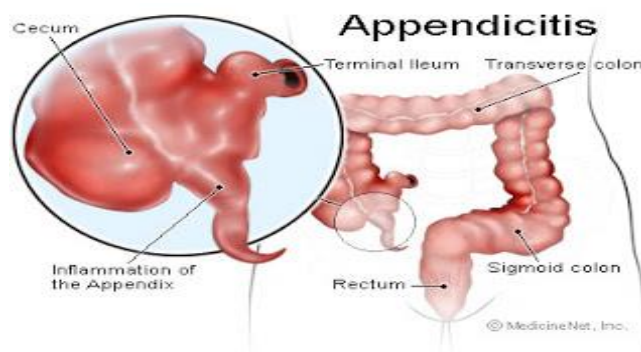
- a. Usus Buntu (sekum)



Usus buntu atau sekum (Dalam Bahasa Latinnya: caecus, “buta”) dalam bahasa anatomi adalah kantung yang

terhubung kepada usus penyerapan dan bagian kolon menanjak dari usus besar. Organ ini dapat ditemukan di makhluk hidup mamalia, burung, serta beberapa jenis reptil. Seanyaknya herbivora punya sekum yang besar, sedangkan makhluk karnivora eksklusif memiliki sekum yang cukup kecil, sebagian atau seluruhnya digantikan oleh umbai cacing.

b. Umbai Cacing (Appendix)



Umbai cacing atau biasa disebut apendiks adalah merupakan organ tambahan di usus buntu. Dalam anatomi manusia, umbai cacing atau pada bahasa Inggris, vermiform appendix (atau hanya appendix) adalah ujung yang buntu berbentuk tabung tersambung dengan caecum.

Umbai cacing terbentuk dari caecum di tahap embrio. pada orang dewasa, Umbai cacing dewasa sekitar 10 cm namun bisa bervariasi dari 2 bahkan hingga 20 cm. Lokasi apendiks selalu tetap dan tidak berpindah, lokasi ujung umbai cacing relatif berbeda – bisa di retrocaecal atau di pinggang (pelvis) yang tetap terletak pada peritoneum.

Adapun fungsi apendiks dalam sistem limfatik.

- Kolon asendens (kanan)

Panjangnya 13 cm posisi di bawah abdomen kanan, membujur keatas dari dari ileum ke bagianbawah hati.

- Kolon transversum

Panjangnya antara 38 cm,membujur dari kolon desendens terletak bagian bawah abdomen, sebelah kanan terletak fleksura hepatica dan bagian kiri terdapat fleksura lienalis.

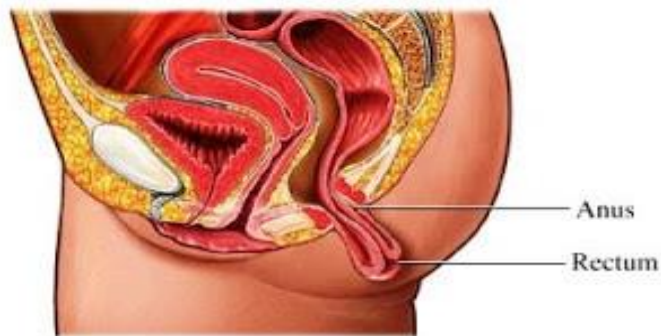
- Kolon desendens (kiri)

Panjangnya berkisar 25 cm ,letak di bawah abdomen bagian kiri membujur dari bagian atas ke bawah dan fleksura lienalis sampai ke bagian depan ileum kiri bersambung dengan bagian kolon sigmoid

- Kolon sigmoid (terhubung dengan rektum)

Kolon sigmoid merupakan lanjutan dari bagian kolon desendens, terletak miring pada dalam rongga pelvis sebelah bagian kiri,berbentuk huruf S,berhubungan dengan rectum pada ujung bawahnya

10. Rektum dan anus



a. Rektum

Rektum (Bahasa Latin: regere, “meluruskan, mengatur”) adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini memiliki fungsi untuk sebagai tempat penyimpanan feses sementara.

Dan rektum ini selalu kosong karena saat tinja disimpan pada tempat yang diketahui lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Bila kolon desendens sudah penuh dan jika tinja masuk ke dalam rektum, lalu maka timbul keinginan rasa buang air besar (BAB).

Pada waktu dinding rektum mengembang karena penumpukan material pada dalam rektum maka dapat menyebabkan sistem saraf menimbulkan keinginan untuk terjadi defekasi. Bila defekasi tidak terjadi, maka material dikembalikan ke daerah usus besar, saat penyerapan air akan

dilakukan kembali. Dan saat defekasi tidak dapat terjadi untuk waktu yang lama, maka akan terjadi konstipasi dan pengerasan feses.

Bagi manusia pada anak dan dewasa yang lebih tua mampu menahan keinginan BAB, namun pada anak dan bayi tidak bisa mengendalikan otot yang penting untuk menunda Buang Air Besar.

b. Anus

Anus merupakan lubang yang berada di ujung saluran pencernaan, disaat bahan limbah keluar dari tubuh. Letak anus ialah di dasar pelvis, dindingnya diperkuat oleh 3 sfingter.

- 1) Sfingter ani internus (sebelah atas), bekerja secara spontan atau tidak mengikuti kehendak.
- 2) Sfingter levator ani , bekerja tidak mengikuti kehendak
- 3) Sfingter ani eksternus (sebelah bawah), bekerja mengikuti kehendak.

Sebagian anus terwujud dari usus dan sebagiannya lagi terwujud dari permukaan tubuh (kulit). Otot sphinkter yang mengatur pembukaan dan penutupan anus. Fungsi utama anus adalah membuang feses dari dalam tubuh dan melalui proses defekasi (buang air besar).

2.1.3 Etiologi Demam Thypoid

Salmonella typhi tidak jauh berbeda dengan *Salmonella* yang lain merupakan bakteri Gram negatif, memiliki flagella, tidak membuat spora, tidak berkapsul, fakultatif anaerob. Mempunyai antigen somatic (O) yang terdiri dari oligosakarid, flagelar antigen (H) yang terdiri dari protein dan envelope antigen (K) yang terdiri dari polisakarida. Mempunyai endotoksin yang dibentuk oleh makromolekular lipopolisakarida kompleks. Plasmid factor-R juga dapat diperoleh oleh *Salmonella typhi* apabila yang berkaitan dengan resistensi terhadap multiple antibiotic.

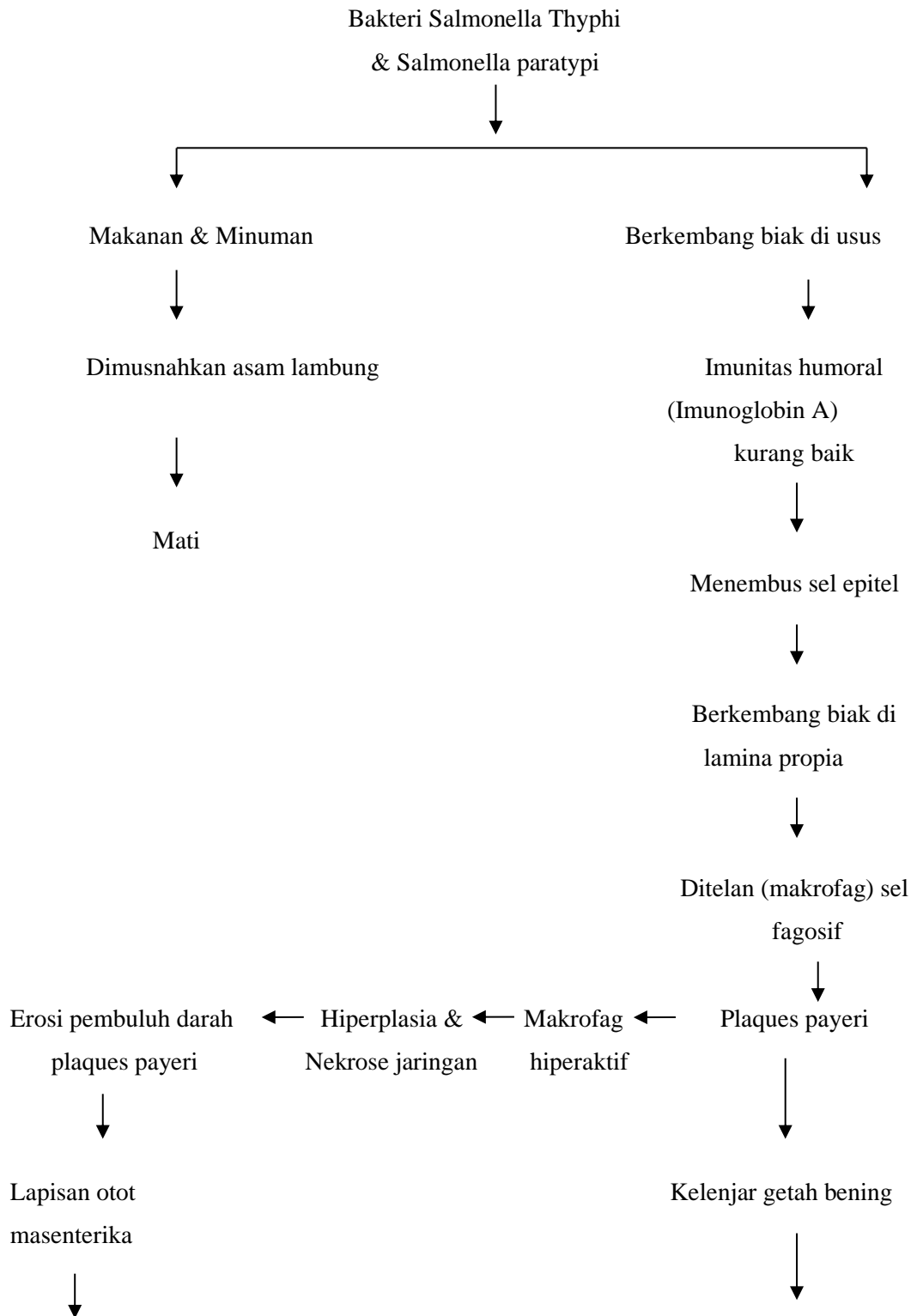
2.1.4 Patofisiologi

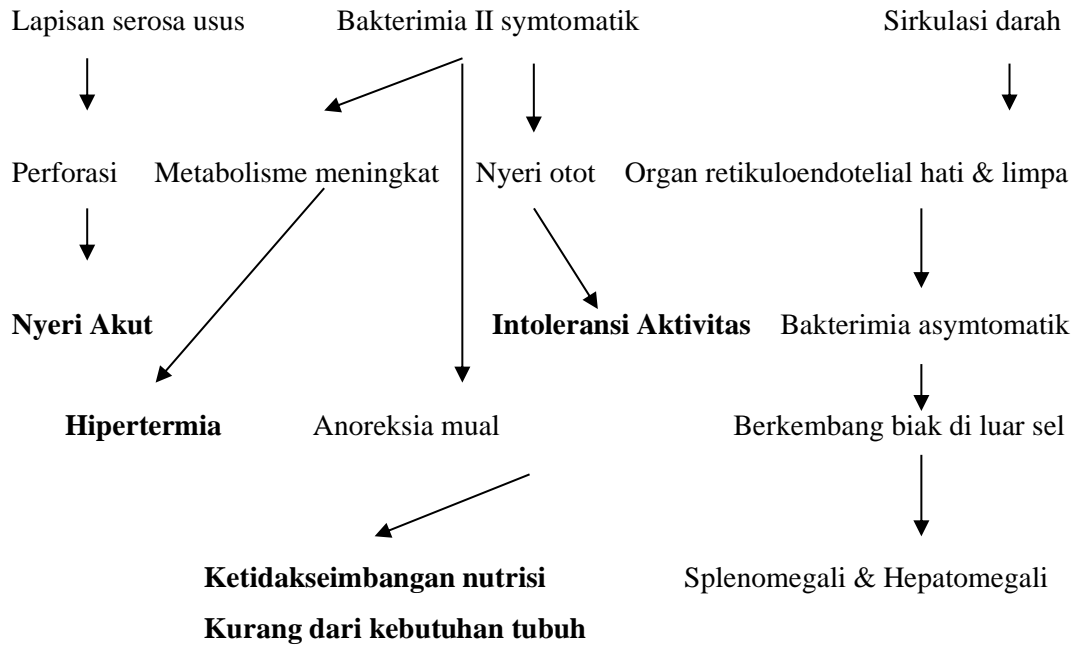
Melalui berbagai cara penularan *Salmonella thypii* dapat ditularkan, yang telah dikenal sebagai 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (kuku/jari tangan), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan juga melalui *Feses*. Kuman *Salmonella thypii* dapat menular kepada orang lain oleh feses dan muntah pada penderita typhoid. Lalat menjadi perantara kuman *Salmonella thypii* dapat ditularkan, dimana lalat menghinggapi makanan yang akan dikonsumsi, dan melalui mulut makanan yang tercemar kuman *Salmonella thypii* masuk ke tubuh.

Melalui saluran pencernaan *Salmonella thyposa* masuk dan kemudian masuk menuju lambung. Setelah basil berhasil masuk ke dalam lambung, maka asam lambung memusnahkan sebagian basil

dan masuk ke bagian distal pada usus halus sebagiannya lagi hingga mencapai jaringan limfoid. Kuman berkembang biak di dalam jaringan limfoid, kemudian masuk menuju aliran darah untuk mencapai sel-sel retikuloendotelial agar kuman dapat dilepaskan ke dalam sirkulasi darah sehingga menimbulkan bakteremia. Selanjut nya kuman menyebar masuk ke limpa, usus halus, kandung empedu, hati (organ utama), serta berkembang biak sehingga organ-organ tersebut menjadi membesar (Ngastiyah 2005)

2.1.5 Pathway





Sumber : Widodo Djoko (2009)

2.1.6 Manifestasi Klinik

1. Gejala pada anak : inkubasi antara 5-40 hari dengan rata-rata 10-14 hari
2. Sampai akhir minggu pertama demam meninggi
3. Minggu keempat demam turun, dapat menyebabkan shock, stupor, dan koma apabila demam tidak tertangani
4. Hari ke 7-10 muncul Ruam dan bertahan selama 2-3 hari
5. Kepala nyeri
6. Nyeri perut
7. Kembung
8. Mual, muntah

9. Diare
10. Konstipasi
11. Pusing
12. Nyeri otot
13. Batuk
14. Epistaksis
15. Bradikardi
16. Lidah yang berselaput (tepi dan ujung merah serta tremorkotor, ditengah kotor)
17. Hepatomegali
18. Splenomegali
19. Metersismus
20. Gangguann mental berupa samnolen
21. Psikosis atau delirium
22. Penyakit dalam akut yag disertai hipotermia dan syok dapat timbul dengan gejala yang tidak tipikal terutama pada bayi muda (Sudoyo Aru, dkk 2009)

Tabel 2.1 Periode infeksi demam thypoid, Gejala dan tanda

Keluhan dan gejala demam thypoid			
Minggu	Keluhan	Gejala	Patologi
Minggu Pertama	Panas berlangsung mencapai 39-40°C, menggigil, dan nyeri kepala	Gangguan saluran cerna	Bakteremia

Minggu Kedua	Rash, nyeri abdomen, diare atau konstipasi, delirium	Rose sport, splenomegali, hepatomegali	Vaskulitis, peyer's patches, nodul tifoid, pada limpa dan hati
Minggu Ketiga	Komplikasi : perdarahan saluran cerna, perforasi, syok	Melena, ilius, ketegangan abdomen, koma	Ulserasi pada payer's patches, nodul tifoid pada limpa dan hati
Minggu Keempat	Keluhan menurun, relaps, penuruna BB	Tampak sakit berat, kakeksia	Kolelitiasis, carrier kronik

Sumber : Penyakit infeksi di Indonesia hal 197

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi demam tifoid dapat dibagi atas dua bagian, yaitu :

1. Komplikasi Intestinal

a. Perdarahan Usus

Perdarahan minor yang dialami penderita demam tifoid hanya sekitar 25% yang tidak perlu tranfusi darah. Penderita dapat mengalami syok yang diakibatkan pendarahan hebat. Apabila mengalami pendarahan mencapai 5 ml/kg/jam maka secara klinis perdarahan akut darurat bedah ditegakkan.

b. Perforasi Usus

Sekitar 3% dapat terjadi kepada penderita. Biasanya pada minggu ketiga akan timbul tetapi dapat timbul pula pada minggu pertama. Penderita akan mengalami nyeri perut hebat terutama pada daerah kuadran kanan dan akan menyebar keseluruh bagian perut. Bukan itu saja, tekan darah menurun, nadi cepat, dan sampai bisa mengalami syok.

2. Komplikasi Ekstraintestinal

- a. Komplikasi kardiovaskuler : thrombosis, tromboflebitis, kegagalan sirkulasi perifer, dan miokarditis.
- b. Komplikasi darah : sindrom uremia hemolitik, koagulasi intravaskuler diseminata, trombositopenia, dan anemia hemolitik.
- c. Komplikasi paru : Pleuritis, empiema, dan pneumoni.
- d. Komplikasi hepar dan kantung kemih : kolelitiasis dan hepatitis.
- e. Komplikasi ginjal : glomerulonefritis, pielonefritis, dan perinefritis.
- f. Komplikasi tulang : osteomyelitis, periostitis, spondylitis, dan artritis.
- g. Komplikasi neuropsikiatrik : Sindrom katatonik, psikosis, meningitis, polineuropati perifer, meningismus, dan delirium.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa pemeriksaan untuk membantu penegakkan diagnosis untuk demam tifoid yaitu:

1. Pemeriksaan darah tepi

Pada hasil pemeriksaan darah penderita umumnya ditemukan anemia, bisa menurunnya dan meningkatnya jumlah leukosit normal, mungkin juga terdapat trombositopenia. Adanya eukopenia dan limfositosis relatif dapat menjadi dugaan kuat untuk diagnosis demam tifoid (Hoffman, 2002).

2. Uji biakan darah

Apabila bakteri salmonella typhi ditemukan berkembang biak dalam darah, urin, feses, sumsum tulang, dan cairan duodenum, dapat ditegakkan diagnosis pasti pada demam tifoid. Pada awal penyakit bakteri lebih mudah ditemukan dalam sumsum tulang dan darah, kemudian di dalam urin dan feses dapat di temukan bakteri salmonella typhi pada stadium berikutnya (Hardi et al., 2002).

3. Uji serologi

Untuk dapat membantu menegakkan diagnosis demam tifoid dapat menggunakan uji serologi dengan cara mendeteksi adanya komponen antigen salmonella typhi memiliki antibody yang spesifik maupun terhadap mendeteksi antigen itu sendiri. Menegakkan diagnosis demam tifoid dapat dilakukan dengan beberapa uji serologis (uji widal dan tubex test).

- a. Uji Widal

Uji widal adalah salah satu cara untuk mendeteksi adanya kuman salmonella typhi terhadap antibody. Reaksi aglutinasi antara antibodi penderita dan antigen kuman Salmonella typhi terjadi ada uji widal. Antigen yang digunakan adalah suspensi biakan Salmonella typhi yang sudah dibasmi dan kemudian telah diolah di dalam laboratorium. Salmonella typhi memiliki 3 antigen, yaitu : antigen O (antigen somatic), antigen H (antigen flagella), dan antigen Vi (antigen kapsul). Ketika ketiga macam antigen tersebut ada di dalam tubuh penderita, maka secara alami tubuh penderita tersebut akan membentuk 3 macam antibodi yang biasa disebut aglutinin (Widodo, 2006). Hanya agglutinin O dan H yang ditentukan titernya untuk diagnosis, semakin tinggi titernya maka semakin kuat penegakkan diagnosa tifoidnya.

b. Pemeriksaan Tubex

Pemeriksaan tubex lebih baik jika dibandingkan dengan pemeriksaan wijal, karena pemeriksaan tubex merupakan metode diagnosis dengan tingkat sensitifikal dan spesifisitas yang lebih baik. Pemeriksaan yang dilakukan lebih sederhana, lebih cepat, dan lebih akurat untuk digunakan. (Rahayu, 2013).

c. Pemeriksaan kuman secara molekuler.

Cara paling ampuh untuk diagnosis demam tifoid dengan teknik hibridasi asam nukleat untuk mendeteksi DNA (asam

nukleat) gen flagellin bakteri salmonella typhi didalam darah atau dengan cara polymerase chain reaction (PCR) untuk amplikasi DNA melalui identifikasi antigen Vi (Liana, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Bedrest kurang lebih 14 hari : mencegah komplikasi perdarahan usus.
- b. Mobilisasi sesuai dengan kondisi.
- c. Untuk mencegah dekubitus setiap 2 jam sekali posisi tubuh harus diubah
- d. Diet

Dimasa lampau, sebelum makan nasi, penderita diberi makan diet (bubur saring, bubur kasar, dan akhirnya nasi) sesuai dengan tingkat kesembuhan penderita. Makanan padat dini dapat dianjurkan kepada penderita yang harus sesuai dengan kondisi penderita dan anjuran ini sebelumnya telah diteliti oleh beberapa peneliti. Kebutuhan makanan penderita harus disesuaikan, seperti kebutuhan protein, kalori, vitamin, elektrolit, mineral, diusahakan makan yang rendah/bebas selulose, dan harus menghindari makanan yang iritatif. Pemasukan makanan harus lebih di perhatikan pada penderita gangguan kesadaran.

2. Penatalaksanaan Medis

Penderita dengan gambaran klinik jelas disarankan untuk mendapat pengobatan lebih optimal dengan dirawat di rumah sakit, karena observasi penyakit lebih mudah, meminimalisasi terjadinya komplikasi, menghindari penularan, dan proses penyembuhan lebih cepat (Menkes RI, 2006). Setelah diagnosis klinik ditegakkan maka antibiotik akan segera diberikan. Memastikan bakteri penyebab infeksi, terlebih dahulu harus dilakukan pemeriksaan spesimen darah atau sumsum tulang, kecuali fasilitas biakan ini benar-benar tidak tersedia dan tidak dapat dilaksanakan (Menkes RI, 2006).

Menurut Kamus Saku Kedokteran Dorland (2013) secara sistematis mikroorganisme dapat menghasilkan zat kimiawi yang merupakan antibiotik, dan antibiotik mempunyai kemampuan untuk menghambat pertumbuhan atau membunuh mikroorganisme lain, dimana antibiotik bersifat kurang toksik untuk penjamuannya. Beberapa antibiotik telah dikenal luas memiliki sensitifitas dan efektifitas tinggi untuk mengobati demam tifoid berdasarkan pedoman pengendalian demam tifoid yang dikeluarkan oleh WHO (2011) seperti pada Tabel 2.2

Tabel 2.2 Antibiotik untuk Demam Tifoid

Antibiotik	Dosis	Penjelasan
Ciprofloxacin atau Ofloxacin	15 mg/kgBB per hari selama 5-7 hari	1. Cepat menurunkan suhu tubuh

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Ampuh mencegah karier dan relaps 3. Tidak dianjurkan untuk anak karena memiliki efek samping pada pertumbuhan tulang
Cefixime	15-20 mg/kgBB perhari selama 7-14 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian secara per oral 2. Rekomendasi untuk MDR
Azithromycin	8-10 mg/kgBB perhari selama 7 har	Untuk pasien yang resisten antibiotik quinolon
Kloramfenikol	100 mg/kgBB perhariselama 14-21 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah lama dikenal efektif dan sering digunakan 2. Murah 3. Sensitivitas masih tinggi 4. Pemberian per oral atau intravena
Ceftriaxone	75 mg/kgBB perhariselama 10-14 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama pemberian pendek 2. Dapat digunakan dengan dosis tunggal 3. Aman untuk anak-anak 4. Pemberian secara intravena

Amoxicilin	75-100 mg/kgBBselama 14 hari	Spektrum luasdan aman bagi ibu hamil
Cefotaxime	80 mg/kgBB selama 10- 14 hari	
Kotrimoksazol	8-40mg/kgBBselama14 hari	1. Tidak mahal 2. Pemberian secara per oral
Fluoroquinolon	20 mg/kgBBselama 7- 14 hari	Tidak diberikan pada anak- anak karena dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan kerusakan sendi

Sumber: *Guidelines for the Management of Typhoid Fever WHO 2011*

1. Ciprofloxacin dan ofloxacin

Antibiotik golongan fluoroquinolone (ciprofloxacin, ofloxacin, dan pefloxacin) adalah terapi untuk demam tifoid yang efektif, dengan tingkat kesembuhan klinis 98%, 4 hari waktu untuk penurunan demam, dan kurang dari 2% tingkat kekambuhan dan fecal carrier, namun diperuntukan demam tifoid

yang disebabkan karena fluoroquinolone dengan isolate tidak resisten.

2. Cefixime

Cefixime saat ini sering digunakan sebagai alternatif. Obat ini diberikan jika ada indikasi penurunan jumlah leukosit hingga $< 2000/\mu\text{l}$ atau dijumpai adanya resistensi terhadap *Salmonella typhi*. Obat ini diberikan secara per oral (Dahlan dan Aminullah, 2007).

3. Azithromycin

Azithromycin dan cefixime mempunyai sebesar 90% lebih angka kesembuhan klinis, 5-7 hari waktu penurunan demam, 4% angka kekambuhan serta fecal carrier terjadi, dan durasi pemberian lama (14 hari) (Bhan et al., 2005).

4. Kloramfenikol

Banyak penelitian membuktikan bahwa kloramfenikol masih sensitif terhadap *Salmonella typhi* (Chowta, 2005). Salah satu kekurangannya dari obat ini adalah tingginya angka relaps dan karier (Dahlan dan Aminullah, 2007).

5. Ceftriaxone

Merupakan generasi ketiga antibiotic golongan sefalosporin yang telah terbukti efektif dalam mengobati pasien demam tifoid. Ceftriaxone diberikan secara parenteral (Muliawan dan Suryawidjaya, 1999).

6. Amoxicilin

Amoxicilin memiliki efek penyembuhan yang setara dengan kloramfenikol namun waktu penurunan demamnya lebih lambat. Obat ini berspektrum luas sehingga banyak yang menggunakannya untuk mengobati infeksi yang lainnya, akibatnya kemungkinan resistensi semakin meningkat. Namun ibu hamil aman menggunakan obat ini (Menkes RI, 2006).

7. Cefotaxime

Sampai saat ini di Indonesia belum mendapatkan laporan bahwa terapi demam tifoid berhasil dengan cefotaxime, meskipun telah tertera cefotaxime untuk terapi demam tifoid (Nelwan, 2012).

8. Kotrimoksazol

Kotrimoksazol adalah kombinasi dari trimetoprim dan sulfametoksazol dalam perbandingan 1:5. Efektifitas obat ini hampir setara dengan kloremfenikol (Widodo, 2006). Obat ini juga banyak digunakan untuk infeksi lainnya sehingga meningkatkan resiko resistensi (Muliawan dan Suryawidjaya, 1999).

9. Fluorokuinolon

Fluoroquinolone yang saat ini telah diteliti dan memiliki efektivitas yang baik adalah levofloxacin. Efikasi klinis yang dijumpai pada studi ini adalah 100% dengan efek samping yang minimal (Nelwan, 2012).

2.2 KONSEP TUMBUH KEMBANG ANAK

2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang

Pertumbuhan (*growth*) merupakan peningkatan besar dan jumlah sel pada seluruh tubuh selama sel-sel membelah diri dan mensintesis protein-protein baru, menghasilkan penambahan berat dan jumlah secara keseluruhan/sebagian. Pertumbuhan manusia juga mengalami perubahan ukuran, tinggi badan, berat badan, ukuran gigi dan tulang, serta perubahan secara kuantitatif dan perubahan fisik pada diri manusia. Peristiwa percepatan dan perlambatan juga terjadi dalam proses pertumbuhan manusia.

Pertumbuhan terjadi secara bertahap yang dialami pada setiap orang merupakan proses alamiah dalam pertumbuhan, seperti tinggi dan besar semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara psikososial, kognitif maupun spiritual (Supartini, 2010).

Perkembangan (*development*) berangsur-angsur mengalami perubahan dan fungsi alat tubuh bertambah sempurna, kapasitas seseorang meningkat dan meluas melalui pertumbuhan, kedewasaan atau kematangan (*maturation*), dan pemebelajaran (*learning*). Perkembangan manusia berkesinambungan dengan perkembangan di masa lalu dan berjalan secara sistematis, dan progresif. Perkembangan mengalami perubahan dalam bentuk dan fungsi kematangan organ. Kemampuan secara symbol dan abstrak seperti berbicara dan berhitung,

menunjukkan adanya perkembangan intelektual. sedangkan perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku sosial.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Setiap pertumbuhan dan perkembangan yang di alami manusia berbeda-beda setiap individunya, bisa dengan cepata bahkan bisa dengan lambat. Proses ini di pengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya :

a. Faktor heriditer/genetik

Faktor heriditer adalah proses alamiah pada pertumbuhan yang terjadi pada setiap individu, terjadi secara bertahap seperti bertambahnya tinggi dan berat anak, dan berfungsi baik secara psikososial, kognitif maupun spiritual mengalami peningkatan secara simultan.

Gen orang tua akan diturunkan terhadap anaknya merupakan faktor keturunan secara genetika yang juga disebut faktor heriditer, dan tidak akan dapat berubah seumur hidup, bisa menunjukan beberapa karakteristik yang berbeda seperti jenis kelamin, ras, warna mata, rambut, pertumbuhan fisik, bahkan sikap dan sifat (temperamen).

Faktor heriditik bisa ditentukan dengan adanya pembelahan sel telur yang cepat, intensitas, tingginya kualitas sensitifitas jaringan terhadap adanya sebuah rangsangan, pubertas, dan terhentinya pertumbuhan pada tulang. Untuk memperoleh hasil yang optimal

harus memiliki potensi genetika yang berkualitas baik dengan berinteraksi dalam lingkungan yang lebih positif.

b. Faktor Lingkungan/eksternal

Lingkungan adalah faktor yang setiap hari (mulai lahir sampai mati) sangat mempengaruhi agar potensi yang sesuai dengan genetika dan telah ada pada setiap diri manusia dapat tercapai atau tidak. Secara garis besar faktor ini dibagi 2 yaitu :

1) Lingkungan prenatal (lingkungan saat masih di dalam kandungan)

Faktor prenatal yang berpengaruh seperti radiasi, infeksi, imunitas, stress, anoksia, endokrin, zat kimia, faktor mekanis dan gizi ibu waktu hamil.

2) Lingkungan postnatal (lingkungan setelah kelahiran)

Lingkungan postnatal dapat di golongkan menjadi :

- a) Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, penyakit kronis, fungsi metabolisme, dan perawatan kesehatan.
- b) Lingkungan fisik, meliputi radiasi, keadaan rumah, cuaca, dan sanitasi.
- c) Lingkungan psikososial, meliputi interaksi anak dengan orang tua, cinta kasih, stimulasi, motivasi, teman, dan sekolah.

d) Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pendidikan orang tua, kepribadian orang tua, stabilisasi keluarga, dan pekerjaan atau pendapatan keluarga.

c. Faktor Status Sosial Ekonomi

Pada pertumbuhan anak status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Tumbuh kembang anak yang dibesarkan di lingkungan status sosial ekonomi yang tinggi lebih dapat tercukupi kebutuhan gizinya dibandingkan tumbuh kembang anak yang dibesarkan di lingkungan status sosial yang rendah.

d. Faktor nutrisi

Dalam proses tumbuh kembang diperlukan nutrisi untuk menunjang kelangsungan proses, karena nutrisi merupakan komponen terpenting dalam menunjang proses tumbuh kembang. Jika kebutuhan nutrisi (zat gizi seperti karbohidrat, protein, karbohidrat, lemak, mineral, mineral, vitamin, vitamin, dan air) tidak terpenuhi maka dalam proses tumbuh kembang akan terhambat.

e. Faktor kesehatan

Pencapaian tumbuh kembang dapat berpengaruh pada status kesehatan. Dimana pencapaian tumbuh kembang sangat mudah (cepat) pada kondisi tubuh yang sehat, dan begitu juga sebaliknya,

pencapaian tumbuh kembang akan sulit (terlambat) pada kondisi tubuh kurang baik.

2.2.3 Ciri Proses Tumbuh Kembang

Menurut *Soetjiningsih*, dimasa konsepsi tumbuh kembang anak dimulai sampai dewasa dan memiliki cirri-ciri tersendiri yaitu :

- a. Faktor lingkungan dan bawaan mem pengaruhi proses tumbuh kembang yang bersifat kontinyu (sejak konsepsi samapai dewasa).
- b. Proses tumbuh kembang di setiap organ tubuh yang berbeda akan mengalami percepatah dan perlambatan dalam periode tertentu.
- c. Percepatan perkembangan anak berbeda antara satu dengan yang lain, namun memiliki pola perkembangan yang sama
- d. Respon tubuh yang khas oleh setiap organ akan menggantikan aktivitas seluruh tubuh.

Secara garis besar tumbuh kembang anak dibagi menjadi 3 yaitu :

a. Tumbuh kembang fisis

Perubahan dalam skala ukuran besar dan perubahan fungsi organisme/individu merupakan cakupan tumbuhan kembang fisis. Perubahan yang terjadi bervariasi dari fungsi tingkat molekular yang sederhana (seperti aktisifasi enzim terhadap diferensi sel), hingga proses metabolisme yang kompleks dan dimasa pubertas mengalami perubahan bentuk fisik.

b. Tumbuh kembang intelektual

Tumbuh kembang intelektual meliputi kemampuan untuk menangani materi yang bersifat abstrak dan simbolik, dan kepandaian berkomunikasi.

c. Tumbuh kembang emosional

Dalam proses tumbuh kembang emosional bergantung pada kemampuan untuk bercinta kasih, dan kemampuan bayi untuk membentuk ikatan batin.

Prinsip tumbuh kembang yaitu :

Perkembangan adalah hal yang kompleks, teratur, dapat di prediksi, terarah, berlangsung terus menerus, dan mengikuti rangkaian pola tertentu seperti Cephalocaudal (perkembangan berlangsung terus dari kepala ke arah bawah bagian tubuh), Proximodistal (Perkembangan berlangsung terus dari daerah pusat/proksimal ke arah luar tubuh/distal), dan Differentiation (perkembangan berlangsung terus dari yang mudah ke arah yang kompleks).

2.2.4 Tahap pertumbuhan dan Perkembangan Pada Usia Sekolah

Masa usia sekolah (6-12 tahun)

Dalam Islam, pada periode ini disebut masa tamyiz (mulai usia 7 tahun), dimana anak sudah bisa membedakan mana yang baik dan buruk, berdasarkan analar anak tu sendiri, dan pada masa tamyiz anak sudah di perintahkan untuk mendirikan solat.

1. Aspek Kognitif

Piaget berpendapat bahwa anak diusia 6-12 tahun berada dalam tahap Operasional Konkret dan sudah bisa memecahkan masalah sederhana, dimana akan ditandai dengan tiga kemampuan baru yang akan dikuasai (mengklasifikasikan/mengelompokkan, menyusun, dan mengasosiasikan/menghubungkan/menghitung).

Pada masa ini merupakan dasar diberinya ilmu kepada anak seperti, membaca, menulis, berhitung, dan mengembangkan nalar (anak dilatih untuk mampu mengungkapkan berbagai hal)

2. Aspek Fisik/Motorik

Pada awal periode (usia 6 tahun) anak masih nampak seperti anak kecil, karena perubahan fisik pada masa ini berjalan lebih lambat di bandingkan masa bayi dan masa kanak-kanak, namun pada akhir periode (usia 12 tahun) anak tampak seperti orang dewasa, bahkan ada beberapa anak yang sudah mengalami pubertas.

Pada masa usia sekolah, anak telah siap menerima pelajaran keterampilan yang berkaitan dengan motorik (menulis, menggambar, melukis, mengetik, berolahraga dan atletik).

3. Aspek Bahasa

Kemampuan pada masa usia anak sekolah mengalami perkembangan yang sangat pesat, dimana anak mampu mengenal dan menguasai perbendaharaan kata (vocabulary). Pada masa ini tingkat pikir anak meningkat lebih maju, yang ditandai dengan anak mulai banyak bertanya soal sebab akibat dan waktu. Pelajaran

bahasa diterabkan pada masa ini agar anak memiliki keterampilan untuk mengolah informasi yang di dpapat dan diterima, serta berfikir, dan dapat menyatakan gagasannya sendiri.

4. Aspek Sosio-Emosional

Erikson mengemukakan bahwa anak pada usia 6-12 tahun akan lebih banyak keluar ke lingkungan sekolah dibandingkan lingkungan keluarga, karena anak memasuki tahap Industrial vs Inferioritas. Pada usia ini semua aspek berperan penting bagi anak (dorongan orang tua, perhatian guru, teman yang dapat menerima kehadirannya), namun anak tidak akan selalu mendapatkan semua itu.

Pada usia ini anak memiliki lingkungan yang lebih luar, anak akan dituntun untuk bisa merasakan bagaimana rasanya sebuah keberhasilan, dan dapat mengembangkan sikap rendah diri apabila mendapatkan kekalahan dan merasa tidak mampu.

Peran orang tua diperlukan untuk mencegah anak berkembang sebagai anak yang rendah diri (tidak menyukai belajar, tidak mau menyelesaikan tugas yang bersifat intelektual, tidak ada kepercayaan untuk dapat mengatasi dan menghadapi masalah yang dialami. Peran orang tua, diantaranya dukungan dari orang tua kepada anaknya, menyemangati anak agar mampu menyelesaikan tugas-tugasnya, komunikatif, tetap membuat anak produktif dalam mengerjakan tugas dirumah, selalu memberikan memotivasi, menerima dan menghargai usah yang telah anak

lakukan, tidak terlalu banyak mengkritik anak, terus menggali minat anak, aktif cari tahu kondisi sekolah anak/teman-teman dlsb, ikut bersahabat dengan teman-teman anak, tetap pantau kegiatan-kegiatan anak, melindungi anak dari kejahatan seksual/pornografi/pornoaksi, dan mengajak anak berpendapat/bermusyawarah.

2.2.5 Prinsip Perawatan Atraumatic Care Pada Anak

Seorang perawat adalah individu yang bertanggung jawab dan berwenang dalam memberikan pelayanan keperawatan. Tersedianya sarana dan prasarana yang lengkap dapat mempelancar kegiatan seperti peralatan medis (obat-obatan, set infus, kateter), peralatan keperawatan (materi pencegah infeksi, pencegah trauma), dan peralatan pendukung keperawatan, merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. (Herymrt, 2008: 56).

Hospitalisasi pada anak adalah proses, karena sebuah alasan darurat yang mengharuskan anak menjalani perawatan dan terapi untuk tinggal di Rumah Sakit sampai anak sehat dan dapat dipulangkan kembali. Anak dapat mengalami berbagai kejadian selama proses tersebut, seperti sangat trauma dan penuh stress. (Nursalam, 2005: 25).

Apapun bentuknya tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah pada anak harus berlandaskan terhadap prinsip

atraumatik care atau asuhan yang bertujuan sebagai terapi terhadap anak. Peran serta orang tua tidak pernah lepas dalam perawatan atraumatik pada anak (Supartini, 2004:22).

Salah satu faktor dapat menjadi stressor pada anak yang menimbulkan/menyebabkan trauma adalah lingkungan psikosial dan fisik Rumah sakit. Ada 5 komponen prinsip dasar dalam perawatan atraumatik yang harus dimiliki setiap perawat yang meliputi mencegah perpisahan keluarga, menaikan atau meningkatkan kemampuan orang tua untuk mengontrol perawatan/terapi anak, mengurangi atau mencegah terjadinya nyeri dan cedera, memodifikasi lingkungan fisik dan tidak melakukan kekerasan pada anak. Selain itu perilaku petugas dan ruangan perawatan anak tidak dapat disamakan seperti orang dewasa (Hidayat, 2005: 32).

2.2.6 Peran Perawatan Anak

Menurut Nursalam (2005:57) salah satu peran penting seorang perawat yaitu sebagai pendidik baik secara langsung (memberi penyuluhan atau pendidikan kesehatan kepada orang tua) maupun secara tidak langsung (menolong orang tua dalam memahami pengobatan dan perawatan anak). Melalui pendidikan kesehatan seorang perawat dapat mengubah tiga aspek domain yaitu keterampilan, pengetahuan, juga sikap keluarga terhadap kesehatan. Sebagai konselor, perawat bisa memberikan konselling keperawatan

karena pada suatu waktu anak dan keluarga membutuhkan dukungan atau dorongan mental.

Tuntutan peran sebagai orang yang bijak dalam mengambil keputusan yang etik ditujukan kepada perawat, keputusan yang diambil harus didasari nilai moral yang diyakini dapat menekan hak pasien agar mendapatkan otonomi, menghindari segala hal yang dapat merugikan pasien, dan asuhan keperawatan, yakni meningkatkan kesejahteraan pasien. Tentang layanan keperawatan anak hanya perawat yang paling memahami dan mengerti. Oleh sebab itu, perawat anak hendaknya harus dapat berpegang teguh dan yakin bahwa kebijakan usulan/gagasan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan bisa memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

Hidayat (2005:77) berpendapat bahwa sebagai perawat anak harus memahami prinsip-prinsip dalam perawatan anak agar peran yang dijalani perawat anak dapat terlaksana dengan baik. Adapun prinsip-prinsip dalam perawatan anak adalah sebagai berikut:

1. Anak merupakan individu yang unik dan bukan sebuah miniature bagi. Prinsip ini memiliki arti bahwasanya tidak boleh memandang anak dari ukuran fisik saja, karena anak mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
2. Anak memiliki kebutuhan yang sesuai dengan fase perkembangannya dan anak merupakan individu yang unik.

3. Pelayanan pada keperawatan anak harus bertujuan dalam upaya pencegahan terhadap penyakit dan meningkatkan kualitas kesehatan untuk menurunkan bertambahnya angka kesakitan dan angka kematian.
4. Ilmu kesehatan yang berfokus dengan kesejahteraan anak merupakan seorang keperawatan anak dan seorang perawat bertanggung jawab komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak, misalnya anak tidak merasakan gangguan psikologis, rasa cemas dan takut.
5. Dalam praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dengan keluarga untuk mencegah, mengintervensi, mengkaji, dan meningkatkan kesejahteraan, dengan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etika) dan aspek hukum (legal).
6. Keperawatan anak dan remaja bertujuan untuk meningkatkan kematangan atau maturasi yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biosikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat.
7. Pada masa yang akan datang nanti kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang.

2.2.7 Prinsip Perawatan Atraumatic Pada Anak

1. Definisi Perawatan Atraumatic Pada Anak

Hidayat (2005:12) berpendapat bahwa perawatan yang tidak menimbulkan terjadinya trauma kepada anak dan keluarganya adalah atraumatic care. Perawatan ini menfokuskan dalam pencegahan adanya trauma, karena trauma merupakan bagian dalam keperawatan anak. Proses menuju kematangan anak yang masih dalam usia tumbuh kembang anak sangat penting memberikan perhatian khusus untuk mendukung proses kematangan.

Oleh karena itu, atraumatic care sebagai bentuk perawatan terapeutik bisa diberikan kepada anak dan keluarga serta menurunkan/mengurangi terjadinya trauma (dampak psikologis dari tindakan keperawatan yang diberikan) seperti memperhatikan dampak tindakan yang diberikan dengan melihat prosedur tindakan atau aspek lain yang kemungkinan adanya trauma (Hidayat, 2005:10).

Menurut Wong (2005:22) atraumatic care adalah sebuah ketetapan dan kepedulian dari kelompok pelayanan kesehatan yang telah melalui intervensi dan dapat mengurangi/meminimalkan/meniadakan adanya stressor yang akan dialami oleh anak dan keluarga di Rumah Sakit baik psikis maupun fisik. Perawatan terapeutik bisa disebut juga Perawatan atraumatik yang mencakupi hasil diagnose, pencegahan trauma, dan meminimalkan/mengurangi dampak dari segala kondisi yang akut dan kronis. Anak sering mengalami Stressor lingkungan salah

satunya adalah tidak nyamannya lingkungan Rumah Sakit bagi mereka dan berdampak yang menimbulkan stress pada anak selama dirawat di Rumah Sakit.

2. Prinsip Perawatan Atraumatik Pada Anak

Rasa takut terhadap dokter maupun perawat (apalagi jika anak telah mempunyai pengalaman mendapatkan imunisasi) timbul pada anak yang umumnya dirawat di Rumah Sakit. Dalam hayalannya, bahwa perawat atau dokter ingin menyakiti dan menyuntiknya. Selain itu hubungan anak dengan orang tua dan saudaranya terasa terganggu. Lingkungan di rumah tidak lah sama dan tentu berbeda bentuk dan suasana dengan ruang perawatan. Ketakutan menjadi reaksi pertama, selain itu menangis bahkan tidak mau makan dan minum adalah reaksi yang ditunjukkan. Perawatan atraumatik diberikan bertujuan untuk mengatasi masalah tersebut. Perawat anak harus memiliki beberapa prinsip perawatan atraumatik yang ada menurut Hidayat (2005:44), prinsip tersebut yaitu :

- a. Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dengan orang tua

Dampak perpisahan anak dari keluarga, anak dapat mengalami beberapa gangguan psikologis seperti ketakutan, kecemasan, kasih sayang berkurang, proses penyembuhan anak dapat terhambat dan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terganggu dikarenakan gangguan tersebut. Saat

anak harus dirawat di Rumah Sakit dan selama anak dirawat tidak diperbolehkan untuk berhubungan dengan orangtuanya dan keluarganya, maka anak akan merasa dirinya ditolak oleh keluarganya sendiri dan mengakibatkan anak menjadi cenderung emosi pada saat kembali pada dengan keluarganya. Saat waktunya anak pulang ke rumah anak ada umumnya bereaksi negative. Keluarga merupakan peran yang bermain penting dan bersifat mendukung seperti cinta kasih sayang, rasa aman, perhatian, dukungan materil berupa usaha keluarga dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarga dapat terpenuhi, dan diperuntukkan hanya selama anak berada di saat keharusan mengalami hospitalisasi. Keberhasilan penyembuhan sangat berkurang yang dipengaruhi terhadap.

Usaha yang dapat dilakukan untuk mencegah atau meminimalkan terjadinya dampak perpisahan anak dari keluarga dengan cara menurutsertakan orang tua supaya berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara memperbolehkan orang tua selama 24 jam (rooming in) dapat tinggal bersama anaknya, jika tidak memungkinkan untuk dapat melakukan rooming in, maka beri kesempatan kepada orang tua untuk bisa melihat anaknya setiap saat dengan maksud untuk mempertahankan kontak antar anak dan orang tua dan mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah

(diantaranya dengan memfasilitasi pertemuan dengan guru, teman sekolah dan lain-lain) (Supartini, 2004:66).

- b. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak

Dihadapkan dengan adanya peningkatan kontrol orang tua ke pada anaknya supaya anak akan selalu bersikap hati-hati dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan selalu bersikap waspada dalam segala hal. Serta dapat diberikan pendidikan kepada orang tua terhadap kemampuan, keterampilan dan keahlian orang tua dalam mengawasi perawatan anak. Upaya yang dapat mengurangi adanya ketergantungan maka intervensi keperawatan harus lebih difokuskan dalam upaya tersebut dengan cara memberi anak untuk dapat kesempatan dalam mengambil keputusan dan tetap melibatkan peranan orang tua.

- c. Mencegah atau mengurangi cedera dan nyeri

Dalam keperawatan anak tindakan untuk mengurangi/mencegah terjadinya nyeri merupakan yang dalam keperawatan anak harus untuk dilakukan. Nyeri tidak akan bias dihilangkan langsung secara cepat namun proses pengurangan dapat dikurangi melalui berbagai teknik, misalnya: relaksasi, imaginary, dan distraksi. Cedera dan nyeri dapat berlangsung lama apabila tindakan pencegahan

tidak dilakukan sehingga dapat mengganggu perkembangan dan pertumbuhan anak.

Mempersiapkan psikologis anak dan orang tua dapat meminimalkan rasa takut akan terjadinya cedera tubuh dan rasa nyeri dengan melalui psikologi yang disiapkan dari tindakan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, yaitu dengan menjelaskan dan menerangkan apa yang akan dilakukan dalam prosedur dan memberikan dukungan psikologis kepada orang tua. Lakukan permainan pada anak terlebih dahulu sebelum melakukan persiapan fisik anak, misalnya dengan bercerita/mendongeng sesuatu yang berkaitan dengan tindakan atau prosedur yang akan dilakukan pada anak.

Aktivitas bermain jika dilakukan oleh perawat pada anak akan dapat memberikan beberapa keuntungan seperti bertambah baiknya hubungan antara anak, keluarga dan perawat karena alat yang paling efektif untuk membuat komunikasi antara perawat dan klien jadi lebih baik adalah bermain. Dengan adanya aktivitas bermain anak yang lebih terprogram dapat memulihkan/mengembalikan rasa mandiri pada anak dan anak bisa lebih mengekspresikan dirinya. Apabila anak menangis saat melihat prosedur yang menimbulkan rasa nyeri dan bahkan tidak dapat mengontrol atau menahan diri, maka sesuai pertimbangan yang telah

dipertimbangkan terdahulu yaitu untuk menghadirkan orang tua disaat prosedur dilakukan. Dalam kondisi yang seperti ini maka tawarkan kepada pada anak dan orang tua untuk mempercayakan sepenuhnya kepada perawat menjadi sebagai pendamping bagi anak.

d. Tidak melakukan kekerasan pada anak

Kekerasan secara umum dapat didefinisikan sebagai suatu tindakan yang dilakukan oleh individu terhadap individu lain yang dapat menyebabkan/mengakibatkan terganggunya fisik dan psikis seseorang. Bisa dinamakan kekerasan pada jika terjadi tindakan yang dilakukan seseorang atau individu terhadap individu lain yang usianya genap belum 18 tahun yang menyebabkan kondisi fisik dan psikis terganggu (Sugiarno, 2007:11).

Psikologis anak yang mengalami kekerasan dapat menimbulkan gangguan yang sangat berarti dalam kehidupan anak. Pencapaian kematangan dapat terhambat dikarenakan dampak dari anak yang masih dalam proses tumbuh kembang yang mendapatkan kekerasan (bersifat mengganggu fisik dan psikis), oleh sebab itu tindakan yang berbentuk kekerasan pada anak sangat tidak dianjurkan dan tidak diperbolehkan karena dapat memperberat keadaan/kondisi anak seperti pemasangan IVFD berulang-

ulang yang dilakukan oleh keperawatan merupakan tindakan kekerasan.

e. Modifikasi lingkungan fisik

Salah satunya dengan memodifikasi lingkungan fisik Rumah Sakit menjadi nuansa yang sesuai dengan keinginan setiap anak akan dapat meningkatkan keceriaan, perasaan aman dan nyaman bagi anak dan lingkungan pada anak, dengan demikian anak dapat selalu berkembang dan merasa nyaman terhadap lingkungannya. Modifikasi ruangan perawatan yang terlihat menenangkan bagi anak menjadi ruangan yang terlihat menyenangkan bagi anak dengan cara membuat/mengubah situasi dalam ruang rawat menjadi seperti situasi di rumah dan ruangan tersebut didekorasi penuh dengan nuansa anak, seperti adanya gambar tempelan dinding berupa gambar bunga, binatang, dan yg lain namun sesuai dengan yang disenangi semua anak, tirai dan sprei serta sarung bantal bercorak sesuatu yang disenangi semua anak dan penuh warna, cat dinding yang berwarna serta tangga yang pengangannya berwarna ceria.

Wong (2005:221) mengungkapkan bahwa didalam merawat pasien anak tim kesehatan harus dimiliki 3 prinsip perawatan atraumatik yaitu diantaranya adalah meminimalkan atau mencegah terjadinya stressor fisik dan psikis saat prosedur menyakitkan berlangsung (seperti

suntikan, kegelisahan, ketidak berdayaan, tidur yang tidak nyaman, pengekangan, suara bising, bau yang tidak sedap dan lain-lain), mencegah akan adanya dampak perpisahan orang tua dan anggota keluarga yang lain, bersikap empati keluarga dan anak yang sedang dirawat serta membagikan pendidikan akan kesehatan tentang kondisi sakit yang dialami anak.

3. Pencegahan Kecelakaan Pada Anak

Menurut Sacharin (1996:77) ada beberapa cara pencegahan kecelakaan terhadap anak, yaitu :

a. Jatuh dari tempat tidur

Jatuh dari tempat tidur adalah kecelakaan yang umum dan sering terjadi di bangsal Rumah Sakit, dan untuk mencegahnya Rumah Sakit harus memiliki tempat tidur yang telah dirancang khusus dengan bagian sisi tempat tidur dapat dikunci.

b. Mandi

Suhu air harus aman bagi anak untuk mencegah anak tersedu air panas. Pengawasan yang konstan selama anak mandi diperlukan untuk mencegah anak tenggelam. Semua ini untuk mencegah konsekuensi dari prosedur yang sembrono.

c. Obat-obatan

Obat-obatan harus disimpan secara aman sesuai yang tertera di obat-obatan tersebut, dan merupakan ketentuan hukum yang mengikat semua perawat. Obat-obatan harus dibawah pengawasan dokter sebelum dibagikan.

d. Peralatan (Rumah Sakit)

Setiap peralatan harus dalam kondisi siap pakai, secara mekanis dan listrik dalam keadaan aman sebelum digunakan

4. Pengelompokan Masalh Keperawatan Anak yang Dirawat di Rumah Sakit

a. Masalh fisik

Masalah fisik yang terjadi biasanya mengalami bias berupa perubahan tanda-tanda vital : tekanan darah dan nadi, suhu, pernapasan, gangguan terhadap aktivitas dan istirahat, gangguan terhadap kebutuhan cairan dan nutrisi, dan penurunan respon imun.

b. Masalah psikis

Masalah psikis yang sering terjadi pada anak adalah takut kepada lingkungan yang belum dikenal/baru (sikap petugas kesehatan, peraturan, dan alat-alat disekitar), dan perpisahan dengan keluarga/pengasuh menyebabkan perasaan tidak berdaya (cemas, protes, apatis, penolakan)

Masalah sosial yang sering terjadi pada anak adalah suka menyendiri akibat perasaan terisolasi. Sedangkan

masalah ketergantungan bias berupa perasaan bersalah dan membutuhkan sebuah pertolongan.

2.2.8 Family Centered Care

1. Definisi

Family-Centered Care adalah sebagai filosofi dimana selama anak sakit dalam menjalani proses penyembuhan diberikan perawatan melibatkan dan mementingkan peran keluarga, karena dukungan dari keluarga dapat membangun kekuatan, dapat membuat dan membantu memilih pilihan yang terbaik, dan dapat meningkatkan pola normal kesehariannya, ini merupakan definisi dari *Association for the Care of Children's Health*.

C. Everest Kopp dalam *Surgeon General's Report: Children With Special Health Care Needs* mengemukakan adanya delapan element *Family-Centered Care* yang telah diidentifikasi oleh ACCH pada tahun 1987, dan telah mendapatkan perhatian social dan cultural dari keluarga. *Family-Centered Care* bukan hanya di khususkan untuk standar praktik perawatan pada anak sakit tetapi mendapatkan dukungan dari USA dengan tindakan yang telah dilakukan legislatifnya.

2. Alasan Dilakukan Family-Centered Care

- a. Membangun system kolaborasi dari pada kotrol
- b. Tidak berfokus pada kelemahan keluarga tetapi pada sumber-sumber dan kekuatan keluarga

- c. Mengakui keahlian keluarga dalam merawat anak seperti sebagaimana profesional
- d. Membangun pemberdayaan dari pada ketergantungan
- e. Informasi tidak hanya diketahui oleh profesional saja, akan tetapi untuk meningkatkan informasi lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga, dan pelayanan
- f. Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku

Sembilan element *Family-Centered Care* yang telah teridentifikasi oleh ACCH :

- a. Keluarga dipandang sebagai sebuah unsure yang konstan sementara kehadiran profesi kesehatan fluktuatif.
- b. Memfasilitasi kolaborasi keluarga-profesional pada semua level perawatan kesehatan.
- c. Mempertimbangkan metode-metode alternative pada coping dan meningkatkan kekuatan keluarga.
- d. Memberikan informasi lebih komplit dan memperjelas hal yang kurang jelas tentang perawatan anak yang tepat.
- e. Menimbulkan kelompok support antara orang tua.
- f. Memanfaatkan system pelayanan dalam memenuhi kebutuhan perkembangan keluarga.
- g. Melaksanankan kebijakan dan program yang tepat, komprehensif (dukungan emosional dan financial dalam memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga).

- h. Menunjukkan desain transportasi perawatan kesehatan accessible, fleksibel dan responsive terhadap kebutuhan pasien.
- i. Implementasi program yang tepat komprehensif (dukungan emosional dengan staff) dan kebijakannya.

3. Konsep Dari Family Centered Care

a. Martabat dan kehormatan

Praktisi keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan pasien. Pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan intervensi keperawatan

b. Berbagi informasi

Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

c. Partisipasi

Pasien dan keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.

d. Kolaborasi

Pasien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan

4. Konsep Perawatan

Perawatan merupakan suatu proses yang mengharuskan anak untuk tinggal dirumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulihan kembali dari rumah sakit.

a. Stressor dan reaksi anak saat perawatan

Stressor pada anak-anak dirawat dirumah sakit adalah;

- 1) Cemas perpisahan,
- 2) Perasaan kehilangan kontrol,
- 3) Nyeri dan cedera tubuh

Reaksi anak terhadap perpisahan adalah;

- 1) menolak makan,
- 2) kesulitan tidur,
- 3) menangis,

- 4) menanyakan kapan orangtua akan menengok,
- 5) menyendiri.

Ekspresi kemarahan anak dimanifestasikan dengan merusak boneka, menendang, menolak dilakukan tindakan. Perasaan kehilangan kontrol pada pra- sekolah terjadi akibat pembatasan aktivitas, perubahan rutinitas, dan kondisi yang menyebabkan ketergantungan⁸. Perasaan kehilangan kontrol mengakibatkan anak merasa kehilangan kemampuan atau kekuatan dirinya. Anak memiliki karakteristik egosentris dan pemikiran magis. Karakteristik ini membatasi pemahaman anak, karena anak berfikir dari sudut pandang dirinya sendiri. Anak mempersepsikan sakit adalah hukuman bagi anak. Respon yang timbul pada anak anak adalah malu, bersalah dan takut. Anak pra sekolah memiliki pemikiran pre-operasional yang berarti penjelasan diberikan pada anak untuk suatu kejadian yang nyata. Anak juga memiliki pemikiran transduktif, anak menggeneralisasikan sesuatu. Apabila anak merasa disakiti oleh perawat, anak akan mempersepsikan semua perawat menyakiti.

Pemahaman anak terhadap nyeri dipengaruhi perkembangan kognitif anak yang berada pada tahap pre-operasional. Anak memahami kejadian sakit berasal dari luar, takut disuntik karena berfikir semua darah akan keluar, kehilangan anggota badan merupakan ancaman bagi anak

seperti sirkumsisi, pengambilan tonsil. Anak akan mamampu melokalisasi nyeri dan perawat dapat menggunakan skala nyeri untuk anak.

b. Reaksi orangtua saat anak perawatan

Reaksi orang tua terhadap kondisi anak yang mengalami perawatan diantaranya adalah; tidak percaya, marah, berseih, takut, cemas, frustrasi dan depresi. Faktor yang mempengaruhi reaksi orang tua terhadap kondisi sakit anak adalah; keseriusan penyakit, pengalaman perawatan sebelumnya, prosedur medik, diagnosa dan penatalaksanaan, support sistem, kekuatan ego, kemampuan koping, stres tambahan dalam keluarga, keyakinan kultural dan religi, dan pola komunikasi diantara anggota keluarga.

Reaksi sibling saudara kandung meliputi ketakutan, cemburu, kespeian, marah dan bersedih. Faktor yang mempengaruhi sibling diantaranya perubahan pengalaman, perubahan pemberi perawatan, sedikit informasi tentang saudara yang sakit, ancaman perubahan pengasuhan.

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN DEMAM THYPOID

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas

Di dalam identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, No. Registrasi, status perkawinan, agama, pekerjaan, tinggi badan, berat badan dan tanggal MRS.

2. Keluhan utama

Pada pasien Typhoid akan mengalami menurunnya nafsu makan, perut terasa kembung dan mual, panas dan demam.

3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien dulunya pernah mengalami sakit demam typhoid dan menderita penyakit lainnya atau tidak.

4. Riwayat penyakit sekarang

Pasien yang mengalami demam thypoid akan merasakan perut tidak enak, pucat, mual, muntah, diare, pusing, nyeri pada otot, lidah kotor, bahkan gangguan kesadaran sampai koma.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam sebuah keluarga pernahkah mengalami demam thypoid dan penyakit lainnya atau tidak.

6. Riwayat psikososial

Psikologis pasien sangat berpengaruh pada kesehatan, dimana pasien harus menerima keadaan yang dideritanya.

7. Pola-pola fungsi kesehatan

Mengalami mual dan muntah-muntah, selama sakit nafsu makan menurun, lidah kotor dimana saat makan terasa pahit dan mempengaruhi perubahan pada status nutrisi.

2.3.2 Pemeriksaan Fifik

1. Keadaan umum

Biasanya pasien tidak terdapat perubahan di fase awal penyakit, namun tingkat kesadaran menurun (apatis, delirium), dan sakit berat pada pasien di fase lanjut (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 491).

a. Tanda – tanda vital :

Pada fase 7-14 hari akan di dapatkan penurunan frekuensi nadi (bradikardi relative), pada malam hari meningkatnya suhu tubuh hingga 39-41°C dan pada pagi hari biasanya menurun. (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 491)

b. Head to Toe

1) Sistem pernapasan

Pada system pernapasan kelainan biasanya tidak didapatkan, tetapi dapat berubah jika terjadi respons akut dengan gejala bentuk kering, namun di beberapa kasus yan berat bisa didapatkan adanya komplikasi tanpa dan gejala pneumonia (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 491).

2) Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler biasanya tidak terdapat kelainan. Pada beberapa kasus yang berat bisa didapatkan tanda dan gejala tromboflebitis dan miokarditis. (Sudoyo dkk, 2010, hal. 2802)

3) Sistem persarafan

Pada pasien dehidrasi berat akan menyebabkan penurunan perfusi serebral dengan manifestasi sakit kepala, penurunan tingkat kesadaran. (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 491).

4) Sistem perkemihan

Pada kondisi berat didapatkan curah jantung menurun yang menyebabkan menurunnya urine output respons (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 491).

5) Sistem pencernaan

Pada sistem pencernaan akan didapatkan perut kembung (meteorismus), bahkan bisa mengalami diare, dan terjadi konstipasi hati dan limpa disertai nyeri pada perabaan. (Nursalam, 2013, hal. 153).

6) Sistem integuman

Didapatkan roseola (bintik merah di leher, pnggung dan paha), pucat, kulit kering, dan turunnya turgor kulit. (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 492).

7) Sistem muskuluskeletal

Didapatkan malaise, kelemahan fisik, dan nyeri otot ekstremitas yang disebabkan respon sistemik. (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 492).

8) Sistem endokrin

Pada pasien demam thypoid biasanya mengalami demam atau hipertermi yang dikarenakan kuman masuk kealiran darah, mengeluarkan endotoksin sehingga terjadinya kerusakan sel yang akhirnya merangsang pelepasan zat efirogen dan mempengaruhi pusat termuglator di hipitamus (Nurarif & Kusuma, 2015, hal. 181)

9) Sistem reproduksi

Pada pasien akan terjadi menurunnya gairah sek, yang disebabkan tubuh pasien melemah, lemas, tidak bergairah untuk beraktivitas, dan pasien juga mengalami demam tinggi (Marni, 2016, hal. 19).

10) Sistem pengindraan

Pada pasien didapatkan ikerus pada sklera saat kondisi berat (Muttaqin & Sari, 2011, hal. 491).

11) Sistem imunitas

Pada pasien biasanya didapatkan splenomegali yang disebabkan oleh kuman masuk melalui pembuluh limfe, dan menginvasi jaringan limfoid (Marni, 2016, hal. 15).

2. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015, hal. 179) Pemeriksaan penunjang demam thypoid sebagai berikut :

a. Pemeriksaan darah perifel lengkap

Bisa ditemukan leukopeni, leukositosis atau leukosit (bisa terjadi walaupun tanda disertai infeksi skunder).

b. Pemeriksaan SGOT dan SGOT

Pemeriksaan SGOT dan SGOT sering meningkat, bisa kembali normal setelah sembuh, dan tidak membutuhkan penanganan khusus.

c. Pemeriksaan uji widal

Mendeteksi adanya antibodi terhadap bakteri salmonella thypi maka dilakukan uji widal

d. Kultur

Kultur darah : pada minggu pertama bisa positif

Kultur urine : pada minggu kedua bisa positif

Kultur feses : dari minggu kedua sampai minggu ketiga bisa positif

e. Anti Salmonella typhi IgM

Pemeriksaan dilakukan untuk mendeteksi infeksi akut salmonella typhi, dan akan terjadi demam pada hari 3-4 dikarenakan munculnya antibodi

3. Penatalaksanaan

a. Istirahat dan perawatan.

Tujuan dari tirah baring dengan perawatan untuk mencegah terjadinya komplikasi dan mempercepat masa penyembuhan. Tirah baring perawatan yang disarankan seperti makan, minum, mandi, buang air kecil dan buang air besar. (Sudoyo dkk, 2010, hal. 2800).

b. Diet dan terapi penunjang

Diet sangat dianjurkan kepada pasien, karena usus harus beristirahat, dan beberapa berpendapat bahwa diet dapat menurunkan keadaan gizi pasien turun sehingga proses penyembuhan menjadi lama. Pada masa lampau diet bubur sarnng dianjurkan kepada pasien karena dapat menghindari komplikasi perdarahan saluran cerna atau perforasi usus, dan beberapa penelita menganjurkan pasien untuk diet makanan padat dini (nasi dengan lauk pauk rendah selulosa) (Sudoyo dkk, 2010, hal. 2800).

c. Pemberian antimikroba

Obat-obat antimikroba yang sering digunakan untuk mengobati demam typhoid adalah sebagai berikut:

- 1) Kloramfenikol
- 2) Tiamfenikol
- 3) Efektifitas obat ini hampir sama dengan kloramfenikol.
- 4) Ampisilin dan amoksilin

- 5) Sepalosporin generasi ketiga.
- 6) Golongan fluorokuinolon seperti:
 - Norfloksasin
 - Siprofloksasin
 - Ofloksasin
 - Perfloksasin
 - Fleroksasin
- 7) Azitromizin(Sudoyo dkk, 2010, hal. 2081).

2.3.3 Diagnosa keperawatan

1. Hipertermi (Tim pokja SDKI PPNI, 2017, p. 284)

Definisi : suhu tubuh meningkat diatas rentan normal tubuh.

Penyebab

- 1) Dehidrasi
- 2) Terpapar lingkungan panas
- 3) Proses penyakit(mis. Infeksi, kanker)
- 4) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- 5) Peningkatan laju metabolisme
- 6) Respon trauma
- 7) Aktivitas berlebihan
- 8) Penggunaan inkubator

Gejala tanda mayor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif

- Suhu tubuh diatas nilai normal
- Gejala tanda minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif

- Kulit merah
- Kejang
- Takikardi
- Takipnea
- Kulit terasa hangat

Terkait kondisi klinis.

- Proses infeksi
- Hipertiroid
- Stroke
- Dehidrasi
- Trauma
- Prematuritas

2. Defisit nutrisi (PPNI, 2017, hal. 56).

Definisi: memenuhi kebutuhan metabolisme, karena asupan nutrisi
yng tidak cukup

Penyebab

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi

- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 5) Faktor ekonomi (mis, financial tidak mencukupi)
- 6) Faktor psikologis (mis. Stres, keengganan untuk makan)

Gejala dan faktor mayor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif

- Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- Cepat kenyang setelah makan
- Kram/nyeri abdomen
- Nafsu makan menurun

Objektif

- Bising usus hiperaktif
- Otot pengunyah lemah
- Otot menelan lemah
- Membran mukosa pucat
- Sariawan
- Serum albumin turun
- Rambut rontok berlebihan
- Diare

Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke

- 2) Parkinson
- 3) Mobius syndrome
- 4) Cerebral palsy
- 5) Cleft lip
- 6) Cleft palate
- 7) Amyotrophic lateral sclerosis
- 8) Luka bakar
- 9) Kanker
- 10) Infeksi
- 11) AIDS
- 12) Penyakit Crohn's

3. Hipovolemia (PPNI, 2017, hal. 64).

Definisi: penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan atau intraselular.

Penyebab

- 1) Kehilangan cairan aktif
- 2) Kegagalan mekanisme regulasi
- 3) Peningkatan permeabilitas kapiler
- 4) Kekurangan intake cairan
- 5) Evaporasi

Tanda mayor dan gejala

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif

- Frekuensi nadi meningkat
- Nadi teraba lemah
- Tekanan darah menurun
- Tekanan nadi menyempit
- Turgor kulit menurun
- Membran mukosa kering
- Volume urin menurun
- Hematokrit meningkat

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- Merasa lemah
- Mengeluh haus

Objektif

- Pengisian vena menurun
- Status mental berubah
- Suhu tubuh meningkat
- Konsentrasi urin meningkat
- Berat badan turun tiba-tiba

Kondisi klinis terkait

- 1) Penyakit Addison
- 2) Trauma/perdarahan
- 3) Luka bakar
- 4) AIDS
- 5) Penyakit crohn

- 6) Muntah
- 7) Diare
- 8) Kolitis ulseratif
- 9) Hipoalbuminemia

4. Nyeri akut (PPNI, 2017, hal. 172).

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Penyebab

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisisk (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. Waspada posisimenghindari nyeri)

- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola nafas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berfikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

Kondisi Klinis Terkait

- Kondisi pembedahan
- Cidera traumatis
- Infeksi
- Sindrom koroner akut
- Glaukoma

5. Konstipasi (PPNI, 2017, hal. 113).

Definisi : penurunan defekasi yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak

Penyebab

Fisiologis

- 1) Penurunan motilitas gastrointestinal
- 2) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
- 3) Ketidacukupan diet
- 4) Ketidacukupan asupan serat
- 5) Ketidacukup asupan cairan
- 6) Aganglionik (mis. Penyakit *Hirschsprung*)
- 7) Kelemahan otot abdomen

Psikologis

- 1) Konfusi
- 2) Depresi
- 3) Gangguan emosional

Situasional

- 1) Perubahan kebiasaan makan (mis. Jenis makanan, jadwal makan)
- 2) Ketidak adekuatan toileting
- 3) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
- 4) Penyalahgunaan laktasif
- 5) Efek agen farmakologis
- 6) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi
- 7) Kebiasaan menahan dorongan defekasi
- 8) Perubahan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
- Pengeluaran feses lama dan sulit

Objektif

- Feses keras
- Peristaltik usus menurun

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- Mengejan saat defekasi

Objektif

- Distensi abdomen
- Kelemahan umum
- Terasa massa pada rektal Teraba massa pada rektal

Kondisi Klinis Terkait

- Lesi/cidera pada medula spinalis
- Spina bifida
- Stroke
- Sklerosis multipel

2.3.4 Intervensi

1. Hipertermi

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam terjadi penurunan suhu tubuh.

Kriteria hasil :

Termogulasi : keseimbangan antara produksi panas, penigkatan panas, dan kehilangan panas.

Termogulasi: Neonatus: keseimbangan antara produksi panas, peningkatan panas, dan kehilangan panas selama 28 hari pertama kehidupan.

Tanda – tanda vital : nilai suhu denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah dalam normal.

Intervensi (NIC)

Aktivitas keperawatan

- 1) Pantau aktivitas kejang
- 2) Pantau dehidrasi (misalnya, turgor kulit, kelembapan membran mukosa)
- 3) Pantau tekanan darah, denyut nadi dan frekuensi pernafasan
- 4) Kaji ketepatan jenis pakaian yang digunakan, sesuai dengan suhu lingkungan.

Penyuluhan untuk pasien/keluarga

- 1) Ajarkan pasien/keluarga dalam mengukur suhu untuk mencegah dan mengenali secara dini hipertermia (misalnya, sengatan panas, dan keletihan akibat panas)
- 2) Regulasi suhu (NIC) : ajarkan indikasi keletihan akibat panas dan tindakan kedaruratan yang diperlukan

Regulasi suhu (NIC)

- 1) Pantau dan laporkan tanda atau gejala hipotermia serta hipertermia

Aktivitas kolaboratif

- 1) Regulasi suhu (NIC)
- 2) Berikan obat antipiretik , jika perlu
- 3) Gunakan matras dingin dan mandi air hangan untuk mengatasi suhu tubuh (Wilkinson & Ahern, 2013, hal. 390-393)

2. Ketidakseimbangan Nutrisi

Tujuan : dalam 3×24 jam pasien akan mempertahankan kebutuhan nutrisi yang adekuat

Kriteria hasil:

- Membuat pilihan diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dalam situasi individu
- Menunjukkan peningkatan BB

Intervensi (NIC)

Aktivitas keperawatan

- 1) Tentukan motivasi pasien untuk mengubah kebiasaan makan.
- 2) Pantau nilai laboratorium, khususnya transferin, albumin, dan elektrolit.

Menejemen nutrisi (NIC) :

- 1) Ketahui makanan kesukaan pasien
- 2) Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.
- 3) Pantau kandungan nutrisi dan kalori pada catatan asupan.

- 4) Timbang pasien pada interval yang tepat.

Penyuluhan untuk pasien/keluarga

- 1) Ajarkan metode untuk perencanaan makan.
- 2) Ajarkan pasien atau keluarga tentang makanan yang bergizi dan tidak mahal.
- 3) *Menejeman nutri (NIC)* : berikan informasi yang tepat tentang keseimbangan nutrisi dan bagaimana memenuhinya.

Aktivitas kolaboratif

- 1) Diskusikan dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan protein pasien yang mengalami ketidakadekuatan asupan protein atau kehilangan protein (misal, pasien anoreksia nervosa atau pasien penyakit glomerular/dialisis peritoneal)
- 2) Diskusikan dengan dokter kebutuhan stimulasi nafsu makan, makanan pelengkap, pemberian makanan melalui selang, atau nutrisi perenteral total agar asupan kalori yang adekuat dapat dipertahankan.
- 3) Rujuk ke dokter untuk menentukan penyebab gangguan nutrisi.
- 4) Rujuk ke program gizi di komunitas yang tepat, jika pasien tidak dapat membeli atau menyiapkan makanan yang adekuat.

Manajemen nutrisi (NIC): tentukan dengan melakukan kolaborasi bersama ahli gizi, jika diperlukan, jumlah kalori dan jenis zat gizi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (khususnya

untuk pasien dengan kebutuhan energi tinggi, seperti pasien pasca bedah dan luka bakar trauma demam, dan luka) (Wilkinson & Ahern, 2013, hal. 503-508)

3. Risiko kekurangan volume cairan

Tujuan : Mengatasi volume cairan yang kurang dengan dibuktikan oleh keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam-basa, status nutrisi (asupan makanan dan cairan adekuat), dan hidrasi yang adekuat

Kriteria hasil:

Pasien akan:

- 1) Memiliki konsentrasi urine yang normal.
- 2) Memiliki hematocrit dan hemoglobin dalam keadaan batas normal.
- 3) Memiliki tekanan sentral dan pulmonal dalam rentang yang diharapkan
- 4) Tidak mengalami haus yang berlebihan
- 5) Memiliki haluaran yang seimbang dengan keseimbangan asupan
- 6) Menampilkan hidrasi yang baik (membrane mukosa lembap, mampu berkeringat)
- 7) Memiliki intravena yang adekuat dan asupan cairan oral

Intervensi NIC

Aktivitas keperawatan

- 1) Mengontrol warna, jumlah, dan frekuensi kehilangan cairan

- 2) Observasi terhadap kehilangan cairan yang tinggi elektrolit (minalnya drainase luka, pengisapan nasogastric, diaphoresis, drainase ileostomi dan diare)
- 3) Mengontrol perdarahan (periksa semua secret dari terdapatnya darah nyata atau darah samar)
- 4) Indektifikasi faktor berpengaruh bertambah buruknya dehidrasi (minalnya demam, stress, program pengobatan, dan obat-obatan)
- 5) Mengontrol hasil laboratorium secara relevan dengan keseimbangan cairan (minalnya berat jenis urine, kadar hematocrit, BUN, albumin, Protein total, dan osmolatitas serum)
- 6) Riset adanya hipotensi postural atau vertigro
- 7) Riset orientasi terhadap tempat, waktu, dan orang.
- 8) Tinjau arahan lanjut klien untuk menentukan apakah penggantian cairan tepat dilakukan\

Manajemen cairan NIC

- 1) Pantau status hidrasi (seperti tekanan darah ortostatik, keadaan kekuatan nadi, membrane mukosa, kelembapan)
- 2) Pantau kecenderungan berat badan dengan menimbang berat badan setiap hari
- 3) Pertahankan ke akuratan catatan haluaran dan asupan

Penyuluhan untuk pasien/keluarg

- 1) Anjurkan pasien untuk menginformasikan perawat bila haus

Aktivitas kolaboratif

- 1) Laporkan dan catat haluaran kurang dari.....ml
- 2) Laporkan haluaran lebih dari.....ml
- 3) Laporkan abnormalitas elektrolit

Manajemen cairan NIC:

- 1) Atur ketersediaan produk darah untuk transfuse, bila perlu
- 2) Memberikan ketentuan terhadap penggantian nasogastric berdasarkan haluaran, dan sesuai dengan kebutuhan
- 3) Memberikan terapi IV sesuai program (**Wilkinson & Ahern, 2013, hal. 309-314**)

4. Nyeri akut

Tujuan : memperlihatkan pengendalian nyeri, yang dibuktikan oleh indicator (beri nilai 1-5 : tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, selalu), mengenali awitan nyeri, menggunakan tindakan untuk pencegahan, melaporkan yang dapat dikendalikan.

Kriteria hasil :

- 1) Mampu mengenali serangan nyeri.
- 2) Mampu mendeteksi penyebab nyeri.
- 3) Mampu menggunakan teknik pencegahan nyeri.
- 4) Melaporkan perubahan gejala nyeri secara periodic kepada tenaga kesehatan.
- 5) Menunjukkan gejala terhadap nyeri (diaphoresis, penurunan konsentrasi, nafsu makan hilang, nausea, keluhan, menangis,

ekspresi wajah, gerakan lokalisir, gangguan tidur, agitasi, iritabilitas meningkat).

- 6) Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, radial heart rate, apical heart rate, respiratory rate).
- 7) Menunjukkan perubahan dampak dari nyeri (disruptive effects), antara lain penurunan konsentrasi, penurunan motivasi, gangguan tidur, kerusakan mobilitas fisik, gangguan pemenuhan ADL, dan kerusakan eliminasi urine dan alvi.

Nursing Interventions Classification (NIC) :

Aktifitas Keperawatan

- 1) Kaji nyeri (karakteristik, lokasi, frekuensi, kualitas, intensitas, onset/durasi, dan faktor presipitasi dari nyeri).
- 2) Kaji pengetahuan klien tentang nyeri dan pengalaman nyeri.
- 3) Kaji dampak nyeri (nafsu makan menurun, susah tidur, aktifitas terganggu, konsentrasi menurun).
- 4) Memberi klien lingkungan yang nyaman.
- 5) Pola manajemen nyeri di ajarkan kepada klien.
- 6) Ajari kepada klien untuk mengurangi nyeri menggunakan teknik non farmakologis.
- 7) Lakukan teknik PCA (Patient Controlled Analgesia) sesuai kebutuhan.
- 8) Untuk mengurangi intensitas nyeri, selalu beri anjuran kepada klien untuk mendapatkan istirahat yang cukup.

- 9) Monitoring kepuasan pasien atas pelaksanaan manajemen nyeri.

Penyuluhan pasien/keluarga

- 1) Sertakan dalam instruktur pemulangan pasien obat khusus yang harus diminum, efek samping, frekuensi pembelian, interaksi obat, kewaspadaan khusus, orang yang dapat dihubungi bila terjadi nyeri membandel.
- 2) Instruksikan kepada pasien jika peredaan nyeri tidak bisa mereda untuk segera menginformasikan kepada perawat.
- 3) Informasikan kepada pasien terhadap prosedur yang dapat meningkatkan nyeri dan berikan tawaran strategi komping yang disarankan.
- 4) Memperbaiki persepsi yang salah tentang analgesic narkotik atau opioid (seperti ketergantungan atau overdosis)
- 5) Manajemen Nyeri (NIC): memberikan segala informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, lama keberlangsungan nyeri, dan antisipasi.
- 6) Mnajemen Nyeri (NIC); mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (umpan-balik biologis, hypnosis, imajinasi terbimbing, imajinasi, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), distraksi, terapi music, kompres hangat atau dingin, terapi bermain, masase, terapi aktivitas, dan akupresur) sebelum, sesudah, dan jika memungkinkan, apabila

aktivitas menimbulkan nyeri atau meningkat dan bersama penggunaan tindakan peredaran nyeri lain.

Aktifitas kolaboratif

- 1) Memberikan tindakan pengendalian nyeri diperlukan sebelum nyeri lebih berat , Jika keluhan merupakan perubahan dari pengalaman nyeri masa lalu dan tindakan tidak berhasil segera laporkan kepada dokter (Wilkinson & Ahern, 2013, hal. 530-535)

5. Konstipasi

Tujuan: konstipasi menurun

Contoh hasil: feses lunak, berbentuk, dan bisa mengeluarkan tanpa bantuan.

Aktivitas keperawatan

- 1) Terlebih dahulu dapatakan data dasar mengenai pola kebiasaan , program defekasi, pengobatan dan aktivitas.
- 2) Kaji dan dokumentasikan:
 - Konsistensi feses pertama pasca operasi dan warna
 - Frekuensi, konsistensi feses dan warna
 - Keluarnya flatus
 - Adanya impaksi
 - Ada atau tidak ada bising usus dan distensi abdomen keempat kuadran abdomen

Manajemen konstipasi (NIC):

- 1) Pantau tandan dan gejala ruptur usus atau peritonitis
- 2) Identifikasi faktor (misalnya, diet, pengobatan dan tirah birang) yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadap konstipasi

Penyuluhan untuk pasien/keluarga

- 1) Informasikan kemungkinan konstipasi akibat obat kepada pasien
- 2) Instruksikan mengenai bantuan eliminasi defekasi yang bisa meningkatkan pola defekasi yang optimal dirumah kepada pasien
- 3) Ajarkan kepada pasien tentang efek diet
- 4) Instruksikan pasien tentang konstipasi penggunaan laktasif jangka panjang
- 5) Tegaskan pentingnya untuk menghindari perubahan pada tanda vital, lambung atau perdarahan dengan menghindari mengejan selama defekasi
- 6) *Manajemen konstipasi/impaksi (NIC)Manajemen:* jelaskan etiologi masalah dan rasional tindakan terhadap pasien

Aktivitas kolaboratif

- 1) Untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diet disarankan berkonsultasi dengan ahli gizi ahli.
- 2) Eliminasi, seperti diet tinggi serat, pelunak feses, enema, dan laktasif, minta program dari dokter untuk mempermudah eliminasi.

3) *Pelaksanaan konstipasi/impaksi (NIC):*

- Konsultasi terlebih dahulu tentang peningkatan frekuensi bising usus atau penuruanan dengan dokter
- Apabila terjadi konstipasi atau impaksi sarankan pasien berkonsultasi dengan dokter (Wilkinson & Ahern, 2013, hal. 152-157)

BAB III

TINJAUAN KASUS

PENERAPAN KOMPRES HANGAT UNTUK MENURUNKAN DEMAM

PADA ANAK DENGAN *DEMAM THYPOID* DI RUANG ANAK

RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO

TAHUN 2019

Ruang/kamar: Anak/Melati II

No. RM : 014.77.28

3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Data

Inisial Klien : An. D
Alamat : Jl. Sungai Buluh, RT 03 / RW 10
TTL : Bungo, 05 November 2006
Agama : Islam
Usia : 12 tahun
Suku Bangsa : Melayu
Nama Ayah/Ibu : Tn. T / Ny. M
Pendidikan Ayah : SMA
Pekerjaan Ayah : Tani
Pendidikan Ibu : SMP
Pekerjaan Ibu : IRT

2. Keluhan Utama

Keluhan Utama Saat Pengkajian: Klien masuk ke rumah sakit karena mengeluh demam semnjak 7 hari yang lalu. Suhu naik turun, suhu klien naik terutama saat malam hari. Ibu klien mengatakan anaknya menggigil, tidak ada BAB selama sakit kurang lebih 7 hari yang lalu, perut terasa panas.

Klien mengatakan terasa mual, dan sekali-kali muntah. Ibu klien mengatakan saat belum masuk rumah sakit anaknya muntah ± 6x/hari, dan akan muntah setiap klien makan dan minum.

Keadaan umum klien lemah, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, turgor kulit jelek, CRT < 3 detik. Akral teraba hangat, klien tampak gelisah.

Tanda–tanda vital : TD : 100/60 mmHg, HR : 89x/i, RR : 18x/i, S : 39,8°C.

3. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran :

a. Prenatal

1) Kesehatan ibu waktu hamil

Ibu tidak mengalami penyakit yang serius, ibu tidak menderita/mengalami sesak napas saat kehamilan.

2) Pemeriksaan kehamilan

Selama kehamilan, Ny. M rutin dalam melakukan pemeriksaan kehamilan yaitu 1 bulan sekali , diperiksa oleh bidan, atau ke

puskesmas, dan pemeriksaan USG pada saat kehamilan 2 bulan dan 8 bulan. Imunisasi TT tidak ada dilakukan.

3) Riwayat pengobatan selama kehamilan

Ibu tidak ada mengalami sakit selama hamil, tidak ada mengkonsumsi obat yang dijual bebas, vitamin yang diberikan ada diminum.

b. Intranatal

Ibu klien mengatakan Usia kehamilan saat lahir :35-36 minggu, cara persalinan normal, di rumah bidan ditolong oleh bidan. Lahir segera menangis. BBL : 2800 gr, PBL : 40 cm, lingkar kepala tidak diketahui ibu, pengobatan yang didapatkan tidak ingat.

c. Post natal

Cacat kongenital tidak ada, ikhterus tidak ada, kejang tidak ada, perdarahan tidak ada, trauma persalinan tidak ada.

4. Riwayat Masa Lalu

a. Penyakit Waktu kecil

Berdasarkan keterangan dari ibu dan ayah An. D pernah mengalami demam biasa. Hal tersebut terjadi hampir setiap tahun sejak klien berumur 2 tahun.

b. Pernah Dirawat di Rumah Sakit

Ibu klien mengatakan bahwa klien dulu pernah dirawat di rumah sakit saat usia 2 tahun karna demam biasa.

c. Obat-obat yang digunakan

Ibu klien mengatakan saat klien demam klien slalu menyiapkan obat penurun panas seperti sanmol (Paracetamol).

d. Tindakan/ Operasi

Tidak ada riwayat operasi sebelumnya

e. Alergi

An. D tidak mempunyai riwayat alergi makanan, obat, dan lain sebagainya.

f. Kecelakaan

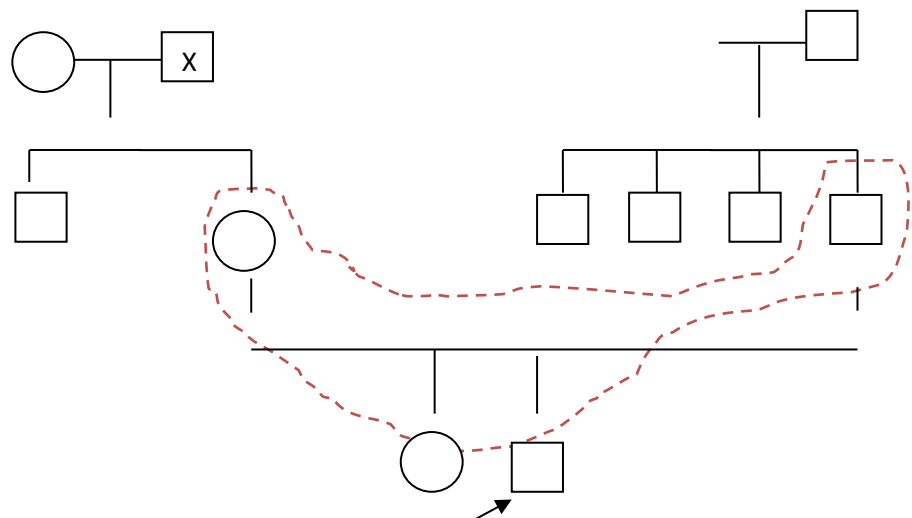
Ibu dan Ayah klien mengatakan An. D tidak ada riwayat kecelakaan sebelumnya.

g. Imunisasi

Ibu klien mengatakan imunisasi anaknya lengkap.

5. Riwayat Keluarga (Disertai Genogram)

Ibu klien mengatakan tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes melitus, Asma, ataupun penyakit menular.



Keterangan :

: Laki-laki
 : Perempuan

: meninggal

➤ : klien

----- : Tinggal dalam satu rumah

6. Riwayat Sosial

a. Yang Mengasuh : saat lahir sampai usia saat ini An. D dirawat oleh orang tuanya dan neneknya. Saat ini klien tinggal bertiga (ayah, ibu , kakak dan An. D).

b. Hubungan dengan anggota keluarga :

Klien bersosialisasi dengan baik dengan keluarganya.

Terlihat saat nenek dan keluarga lain datang klien tampak senang.

c. Hubungan dengan teman sebaya :

Ibu klien mengatakan anaknya setiap hari bermain dengan teman sebayanya disekitar rumah, An. D anak yang aktif di lingkungan dan di rumahnya.

d. Pembawaan secara umum:

An. D merupakan anak yang mandiri, dan bertanggung jawab. An. D ialah sebagai anak kedua dari dua bersaudara.

e. Lingkungan rumah

Ibu klien mengatakan mereka tinggal di sungai buluh, dengan lingkungan tempat tinggal yang sangat bersahabat, dan dengan ikatan kekeluargaan yang kuat antara tetangganya.

7. Kebutuhan Dasar

- a. Makanan yang disukai/ yang tidak disukai : ibu klien mengatakan An. D suka makan Ayam Bumbu dan kurang suka makan sayur.
- b. Alat makan yang dipakai : piring, sendok, dan gelas
- c. Pola makan/ jam : tidak tentu/ kapan klien mau makan
- d. Pola tidur : klien tidur malam \pm 8 jam.
- e. Kebiasaan sebelum tidur : klien ditemani oleh ibunya.
- f. Tidur siang : Kadang tidur siang \pm 1 sampai 2 jam.
- g. Mandi : Sebelum sakit klien mandi 2 kali sehari. Selama dirawat dirumah sakit klien tidak mandi dan hanya di lap dengan air hangat oleh ibu klien pada saat sore hari.
- h. Aktivitas bermain : selama di rumah sakit ayah dan ibu klien membawakan mainan yang disukainya seperti mobil-mobilan dan robot. Terkadang An. D tampak sesekali menonton kartun melalui telepon genggam milik ayahnya.
- i. Eliminasi : selama sakit klien belum pernah BAB dan BAK 2-3 kali/ sehari

8. Keadaan Kesehatan Saat ini

- a. Diagnosa medis : Demam Thypoid
- b. Tindakan Operasi : tidak ada rencana tindakan operasi
- c. Status Nutrisi : Selama dirawat klien sulit sekali diajak makan. Kadang makan dengan porsi 2 hingga 3 sendok makan saja dari porsi yang disediakan rumah sakit, dan langsung dimuntahkan keluar setelah makan.
- d. Status cairan : Saat ini klien terpasang infuse RL 20 tpm. Ibu klien mengatakan anaknya susah sekali diminta untuk minum.
- e. Obat-obatan :
- Inj Ceftriaxone 2x1
 - Inj Ranitidine 2x1
 - Paracetamol tab 1x500 mg
 - Domperidone tab 3x1
- f. Aktivitas : Klien tampak beraktivitas diatas tempat tidur. Saat ini ` klien terbaring di tempat tidur.
- g. Tindakan keperawatan :
- 1) Menganjurkan ibu untuk kompres hangat pada area kepala, lipatan paha dan aksila.
 - 2) Menganjurkan ibu untuk membujuk anak untuk meningkatkan masukan oral seperti cairan dan makanan.
- h. Hasil laboratorium

Tanggal : 04 Oktober 2018

Pemeriksaan	Nilai	Satuan	Nilai Normal
-------------	-------	--------	--------------

Hemoglobin	10,6	Gr/dl	11-12 gr/dl
Hematokrit	32	%	31-34 %
Leukosit	14.000	mm ³	9000-11000 mm ³
Eritrosit	3,8	Jt	4-5 juta
Trombosit	68000	Sel/mm ³	150.000-400.000

- i. Hasil Ronsen : tidak dilakukan pemeriksaan diagnostic seperti rontgen
- j. Data tambahan : Widal test (+)

9. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum: klien tampak lemah, pucat, kesadaran composmentis
- b. TB/BB : 120 cm
BB sebelum sakit : 34 kg
BB setelah sakit : 33 kg
- c. IMT : 22,91 (berat badan ideal)
- d. Lingkar Kepala: ± 50 cm
- e. Mata : (I) mata terlihat cekung, konjungtiva anemis.
- f. Hidung : Bentuk hidung simetris. Struktur bagian dalam berwarna merah muda.
- g. Mulut : Mukosa bibir kering, pucat, mulut tampak kotor

- h. Telinga : Telinga klien simetris kiri dan kanan. Struktur bagian dalam berwarna kuning, tampak adanya serumen pada liang telinga, telinga klien tampak kotor, Lesi tidak ada
- i. Tengkluk : Klien mampu memfleksi dan ekstensi lehernya, tidak ada pembesaran kelenjar tiroin, nyeri tekan tidak ada pada leher klien, tidak ada massa, klien mampu menelan dengan baik, tidak ada nyeri ketika menelan makanan dan minuman.
- j. Dada : Dada/thoraks
1. Inspeksi : Dada terlihat simetris kiri dan kanan, Pernafasan klien 18x/i.
 2. Palpasi : Tidak teraba benjolan, nyeri tekan tidak ada
 3. Perkusi : Perkusi paru terdengar sonor
 4. Auskultasi : Vesikuler
- j. Kardiovaskuler
1. Inspeksi : iktus kordis tidak terlihat
 2. Palpasi : iktus kordis teraba
 3. Perkusi : Perkusi jantung pekak
 4. Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler.
- k. Abdomen
1. Inspeksi : Saat diinspeksi kulit abdomen tampak normal, tidak ada lesi.
 2. Auskultasi : Bising usus (+) 6 kali/menit
 3. Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

4. Perkusi : tympani

l. Muskuloskeletal

Tidak ada kecacatan dan trauma maupun deformitas serta kekuatan otot normal

$$\begin{array}{c} 55555 | 55555 \\ \hline 55555 \quad 55555 \end{array}$$

m. Integumen/kulit

Warna kulit sawo matang, mukosa bibir tampak kering

n. Tanda-tanda vital : TD : 100/60 MmHg RR: 18x/I N: 89x/I S:
39,8 °C

10. Lembar Perkembangan Anak

a. Riwayat Tumbuh Kembang

Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami keterlambatan dalam proses tumbuh dan kembangnya

3.2 ANALISA DATA

Nama klien : An. D

Umur : 12 tahun

Tabel 3.1

Analisa data

Data (symtomp)	Penyebab (etiologi)	Masalah (problem)
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan bahwa anaknya demam \pm 7 hari sebelum masuk rumah sakit, demamnya naik turun. - Ibu klien mengatakan selama di rumah sakit demam anaknya masih naik turun - Ibu klien mengatakan anaknya menggigil - Ibu klien mengatakan ketika suhu tubuhnya naik, pada kening dan daerah lipatan terasa seperti bara api 	<p>Proses penyakit (infeksi)</p>	<p>Hipertermi (00007)</p>

Data (symtomp)	Penyebab (etiologi)	Masalah (problem)
Do : <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Akral teraba hangat - Kulit klien tampak memerah - Membran mukosa kering - Klien tampak pucat - Konjungtivas anemis - S : 39,8 °C - RR : 18 x/i - Leukosit : 14.000 mm³ - Ht : 32% - Hb : 10,6 gr/dl - Klien tampak gelisah 		

Data (symtomp)	Penyebab (etiologi)	Masalah (problem)
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya mual, dan muntah sebanyak \pm 6 kali sebelum masuk rumah sakit, dan selalu dimuntahkan apapun yang dimakannya. - Ibu klien mengatakan selama di rumah sakit anaknya masih muntah ketika makan - Ibu klien mengatakan anaknya makan hanya 2-3 sendok makan makanan dari rumah sakit, dan itupun langsung dimuntahkannya <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Klien tampak pucat - Konjungtiva anemis 	<p>Kurang asupan makanan</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

Data (symtomp)	Penyebab (etiologi)	Masalah (problem)
<ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit jelek - Membran mukosa kering - Hb : 10,6 - Ht : 32 % - Leukosit : 14.000 - Trombosit : 68.000 - Eritrosit : 3,8 jt - TTV : TD : 100/60 mmHg HR : 89x/i RR : 18x/i S : 39,8°C - BB sebelum sakit 34 kg - BB setelah sakit 33 kg - IMT : 22,91 (BB ideal) 		

Data (symtomp)	Penyebab (etiologi)	Masalah (problem)
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan kurang tahu informasi mengetahui tentang penyakit anaknya - Ibu klien juga tidak tahu mengapa panas/demam anaknya turun naik - Ibu klien mengatakan tidak mengetahui apa yang menjadi penyebab dari penyakit anaknya - Ibu klien mengatakan selalu memberikan anaknya makan-makanan yang bergizi. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien tampak kebingungan - ibu klien tampak tidak mengetahui ketika ditanya perawat tentang penyakit anaknya 	Kurang informasi	Defisiensi pengetahuan (00126)

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermia
2. Defisit Nutrisi
3. Defisiensi Pengetahuan

3.4 Intervensi Keperawatan

No	Kode Diagnosa	Diagnosa Keperawatan	Noc		Nic	
			Kode	Kriteria	Kode	Intervensi
1	(00007)	Hipertermia		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka didapatkan kriteria hasil	3740 4120 3900	1. perawatan demam 2. manajemen cairan 3. pengaturan suhu
			0800	1. termoregulasi	6680	4. monitor tanda tanda vital
			0802	2. tanda tanda vital		
			2010	3. status nyaman : fisik		
			0703	4. keparahan infeksi		
2		Defisit Nutrisi		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka didapatkan kriteria hasil	1100 1240 1160	1. manajemen nutrisi 2. bantuan peningkatan berat badan 3. monitor nutrisi
			1009	1. status nutrisi : asupan nutrisi	1030	4. manajemen gangguan makan

			1014	2. nafsu makan	4120	5. manajemen cairan
			1006	3. berat badan : massa tubuh		
			1000	4. keberhasilan menyusui : bayi		
3	(00126)	Defisiensi Pengetahuan	1844	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka didapatkan kriteria hasil 1. pengetahuan : manajemen penyakit akut	5510	1. memberikan pendidikan kesehatan tentang demam thypoid
			1842	2. pengetahuan : manajemen infeksi		
			1823	3. pengetahuan : promosi kesehatan		

3.5 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi
Jumat 05/10/2018 Shift pagi	Hipertermia (00007)	08.30 08.45 09.00	<p>1. monitor tanda tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital Memonitor, nadi, pernapasan, suhu dan SpO2. Nadi: 90x/i/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 38,2° C, Td : 90/60 mmHg <p>2. perawatan demam</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan kompres hangat : <p>Pengaruh kompres hangat terhadap pada perubahan</p>	14.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan masih terasa panas pada badan anaknya - Ibu klien mengatakan anaknya masih menggigil ketika suhu badannya tinggi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak merah - Klien tampak gelisah

			<p>suhu tubuh yang terjadi pada pasien anak hipertermia di ruang rawat inap RSUD. dr. Moewardi Surakarta</p> <p>3. manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu klien memberikan kompres hangat pada anaknya - Akral teraba hangat - TTV: Td : 90/70 mmHg, nadi: 94x/menit, RR: 22x/menit, suhu: 37,8°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi 1,2,3 dilanjutkan
Jumat 05/10/2018	Defisit Nutrisi	09.00	<p>1. manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - menimbang BB : 34 kg 	12.00 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. D

Shift pagi		09.10	<ul style="list-style-type: none"> - atur diet yang diperlukan: TKTP <p>2.manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 	<p>mengalami penurunan BB, BB saat sebelum sakit 34 kg menjadi 33kg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An.D masih muntah ketika dipaksakan makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir tampak kering - Konjungtiva anemis - Turgor kulit jelek - Klien tampak lemah - BB sebelum sakit 34 kg - BB sekarang 33 kg - TTV: Td : 90/70 mmHg, nadi:
------------	--	-------	--	--

					<p>94x/menit, RR: 22x/menit, suhu: 37,8°C</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi 1,2 dilanjutkan
<p>Jumat 05/10/2018 Shift pagi</p>	<p>Defisiensi pengetahuan (00126)</p>	12.30	<p>1. pendidikan kesehatan</p> <p>a. pendidikan kesehatan :</p> <p>Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Balita Dengan Perilaku Pencegahan Penyakit</p>	<p>13.00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan mulai dapat mengetahui tentang penyakit anaknya - Ibu klien mengatakan sudah mengetahui penyebab

			Demam Thypoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Putri Ayu Tahun 2013	penyakit anaknya O : <ul style="list-style-type: none">- Tampak ibu mendengarkan dan memperhatikan penjelasan materi- Ibu dapat menjelaskan kembali materi atau penkes yang telah disampaikan- Ibu dapat menyimpulkan kembali materi yang telah disampaikan A : <ul style="list-style-type: none">- Defisiensi pengetahuan
--	--	--	--	---

			<p>tubuh pada pasien anak hipertermia di ruang rawat inap RSUD. dr. Moewardi Surakarta</p> <p>3. manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak rewel - Tampak ibu klien memberikan kompres hangat pada anaknya - Akral teraba hangat - TTV: td : 110/60 mmHg, nadi: 88x/menit, RR: 17x/menit, suhu: 36,5°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1, 2, dan 3
--	--	--	---	--

<p>Jumat 05/10/2018 Shift sore</p>	<p>Defisit Nutrisi</p>		<p>1. manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - menimbang BB : 34 kg - atur diet yang diperlukan: TKTP <p>2.manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. D mengalami penurunan BB, BB sebelum sakit 34 kg menjadi 33 kg - Ibu klien mengatakan An. D tidak ada lagi muntah, tetapi masih mual - Ibu klien mengatakan anaknya masih tidak ada nafsu makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir tampak kering - Konjungtiva anemis

				<ul style="list-style-type: none">- Turgor kulit jelek- BB sebelum sakit 34 kg- BB sekarang 33 kg- Klien tampak makan hanya 2 sendok makan dengan porsi sedikit- TTV: TD : 110/70 mmHg, nadi: 88x/menit, RR: 17x/menit, suhu: 36,5°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">- Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi 1,2 dilanjutkan
--	--	--	--	---

			mikro		<ul style="list-style-type: none">- Ibu klien mengatakan anaknya masih tidak ada nafsu makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Mukosa bibir tampak kering- Konjungtiva anemis- Turgor kulit jelek- BB sebelum sakit 34 kg- BB sekarang 33 kg- Klien tampak makan hanya 2 sendok makan dengan porsi sedikit- TTV: TD : 110/70 mmHg, nadi: 85x/menit, RR: 17x/menit, suhu: 37,7°C
--	--	--	-------	--	--

					<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi 1,2 dilanjutkan
<p>Sabtu 06/10/2018 Shift Pagi</p>	<p>Defisiensi Pengetahuan (00126)</p>	11.00	<p>1. Pendidikan kesehatan</p> <p>b. pendidikan kesehatan :</p> <p>Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Balita Dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Demam Thypoid Di Wilayah Kerja Puskesmas</p>	14.00 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit anaknya - Ibu klien mengatakan sudah mengetahui penyebab penyakit anaknya

			Putri Ayu Tahun 2013		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak ibu mendengarkan dan memperhatikan penjelasan materi- Ibu dapat menyebutkan kembali materi yang telah disampaikan- Ibu dapat menyimpulkan tentang materi yang telah disampaikan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Defisiensi pengetahuan teratasi
--	--	--	-----------------------------	--	--

					<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
<p>Sabtu 06/10/2018 Shift Sore</p>	<p>Hipertermia (00007)</p>	<p>15.00</p> <p>16.00</p> <p>17.00</p>	<p>1. Monitor tanda tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor, nadi, pernapasan, suhu. Td : 110/60 mmHg, Nadi: 87x/menit, RR: 18x/menit, Suhu: 37,5° C <p>3. perawatan demam</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan kompres hangat : <p>Pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien anak hipertermia di ruang rawat</p>	<p>18.00</p> <p>WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya demam masih naik turun - Ibu klien mengatakan ketika diberi obat, panasnya akan turun, setelah beberapa jam, panasnya kembali naik - ibu klien mengatakan badan anaknya masih teraba hangat <p>O :</p>

			<p>inap RSUD. dr. Moewardi</p> <p>Surakarta</p> <p>4. manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 		<ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak merah - Klien tampak rewel - Tampak ibu klien memberikan kompres hangat pada anaknya - Akral teraba hangat - TTV: nadi: 95x/menit, RR: 21x/menit, suhu: 37°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
Sabtu	Defisit Nutrisi	16.30	1. Manajemen nutrisi	18.00	S:

<p>06/10/2018</p> <p>Shift Sore</p>		<p>16.40</p>	<ul style="list-style-type: none"> - menimbang BB : 33 kg - atur diet yang diperlukan: TKTP <p>2. Manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 	<p>WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. D tidak ada lagi muntah, tetapi masih mual - Ibu klien mengatakan anaknya masih tidak ada nafsu makan - Ibu klien mengatakan ketika diberika makan maka harus dipaksa dulu untuk makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir tampak kering - Konjungtiva anemis - Turgor kulit jelek - BB sebelum sakit 34 kg - BB sekarang 33 kg
-------------------------------------	--	--------------	---	------------	--

					<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak makan hanya 2 sendok makan dengan porsi sedikit - TTV: TD : 110/70 mmHg, nadi: 95x/menit, RR: 21x/menit, suhu: 37°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi 1,2 dilanjutkan
Minggu 07/10/2018	Hipertermia (00007)	08.00	1. monitor tanda tanda vital - Memonitor, nadi, pernapasan,	14.00 WIB	S: - Ibu klien mengatakan

Shift Pagi		09.00	<p>suhu.</p> <p>Td : 100/60 mmHg, Nadi: 93x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 37,2° C</p> <p>2. perawatan demam</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan kompres hangat : <p>Pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien anak hipertermia di ruang rawat inap RSUD. dr. Moewardi Surakarta</p> <p>3. manajemen cairan</p>		<p>anaknya demam lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan badan anaknya masih teraba hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak merah - Klien tampak diam - Tampak ibu klien memberikan kompres hangat pada anaknya - Akral teraba hangat - TTV: nadi: 85x/menit, RR: 17x/menit, suhu: 37°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia belum teratasi
------------	--	-------	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
<p>Minggu 07/10/2018 Shift Pagi</p>	Defisit Nutrisi	<p>09.10</p> <p>10.00</p>	<p>1. Manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - menimbang BB : 33 kg - atur diet yang diperlukan: TKTP <p>2. Manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 	<p>14.00</p> <p>WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. D tidak ada lagi muntah, dan mual - Ibu klien mengatakan anaknya masih sudah ada nafsu makan - Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau makan sedikit demi sedikit <p>O :</p>

					<ul style="list-style-type: none">- Mukosa bibir tampak kering- Konjungtiva anemis- Turgor kulit jelek- BB sebelum sakit 34 kg- BB sekarang 33 kg- Klien tampak makan hanya 2 sendok makan dengan porsi sedikit, dan sudah mau makan buah buahan- TTV: TD : 100/70 mmHg, nadi: 85x/menit, RR: 17x/menit, suhu: 37°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">- Defisit nutrisi belum teratasi
--	--	--	--	--	--

			<p>hipertermia di ruang rawat inap RSUD. dr. Moewardi Surakarta</p> <p>3. manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 		<ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba hangat - TTV: nadi: 95x/menit, RR: 22x/menit, suhu: 36,2°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
Minggu 08/10/2018 Shift Sore	Defisit Nutrisi	16.00 17.00	<p>1. Manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - menimbang BB : 33 kg - atur diet yang diperlukan: TKTP 	18.00 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. D sudah mau makan sedikit demi sedikit - Ibu klien mengatakan An.D

			<p>2. Manajemen cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infuse RL 20 tpm mikro 	<p>sudah ada nafsu makannya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya mau makan-makanan dari rumah sakit, dan memakan buah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir tampak kering - Konjungtiva anemis - Turgor kulit jelek - BB sebelum sakit 34 kg - BB sekarang 33 kg - Klien tampak makan hanya 4 sendok makan dengan porsi sedikit
--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none">- Klien tampak memakan buah-buahan yang sukainya- TTV: TD : 110/70 mmHg, nadi: 95x/menit, RR: 22x/menit, suhu: 36,2°C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">- Defisit nutrisi teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi dihentikan
--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada tahap ini penulis menganalisa teori, jurnal, dan kasus yang berhubungan dengan asuhan keperawatan yang penulis lakukan kepada An. D dengan Demam Thypoid.

Demam thypoid ialah suatu penyakit yang menginfeksi dan bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*, penyakit ini ditandai dengan gejala panas berkepanjangan, diserang bakteremia tanpa keterlibatan struktur endothelia atau endokardial, dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan *peyer's patch* dan dapat sangat mudah menular pada orang lain melalui makanan atau air yang terkontaminasi. (Sumarmo, 2002)

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah paling awal tiap dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang tersusun dalam pengambilan data dari berbagai setiap sumber data untuk dapat mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Potter dan perry, 2005).

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan, banyak sekali tanda dan gejala serta penyebab yang sama dengan teori tanda seseorang menderita Demam Thypoid.

Demam tifoid merupakan suatu penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh salmonella typhi. Demam tifoid di jumpai dalam cakupan luas pada berbagai negara berkembang yang terutama terletak di daerah tropis dan subtropis. Disebutkan bahwa data dari World Health Organization (WHO) tahun 2003 bahwa terdapat sekitar 17 juta kasus demam tifoid di seluruh dunia dengan insiden 600.000 kasus kematian tiap tahun (Riyanto, 2011).

Hingga saat ini penyakit demam tifoid masih merupakan masalah kesehatan di negara-negara tropis termasuk Indonesia. Kejadian demam tifoid di dunia sekitar 16 juta kasus setiap tahunnya, 7 juta kasus terjadi di Asia Tenggara, dengan angka kematian 600.000 kejadian demam tifoid di Indonesia sekitar 760-810 kasus per 100.000 pertahun, dengan angka kematian 3,1-10,4% (Nasronudin, 2007).

Bila dilihat dari penelitian Inawati (2017) Demam tifoid adalah penyakit infeksi bakteri, yang disebabkan oleh Salmonella typhi. Berdasarkan keterangan tersebut maka tifoid adalah seseorang yang terinfeksi bakteri yang disebut bakteri Salmonella enterica serovar typhi (S typhi) yang berdampak kepada tubuh seseorang secara menyeluruh ditandai dengan adanya demam. Penyakit ini bisa melalui konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh tinja atau urin orang yang terinfeksi. Gejala biasanya muncul 1-3 minggu setelah terserang, dengan gejala seperti malaise, demam tinggi, mual, sakit kepala, kehilangan nafsu makan, diare, sembelit, bintik-bintik merah muda di dada (Rose spots), bahkan pembesaran limpa dan hati.

Menurut Sumarno (2002), demam thypoid merupakan suatu penyakit infeksi yang bersifat akut disebabkan oleh *Salmonella typhi*, penyakit ini ditandai oleh panas berkepanjangan, diserang bakteremia tanpa terlibatnya struktur endothelia atau endokardial, dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan *peyer's patch* dan sangat mudah menular pada orang lain lewat makanan atau air yang sudah terkontaminasi. Penyebab dari demam thypoid yaitu *Salmonella typhi* sama dengan Salmonella yang lain adalah bakteri Gram negatif, mempunyai flagella, tidak berkapsul, tidak membentuk spora, fakultatif anaerob.

Dengan kondisi ini dapat dikatakan bahwa keluarga kurang mengetahui penyebab penyakit yang diderita oleh anaknya, dan ada hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu balita terhadap perilaku pencegahan penyakit demam thypoid.

Berdasarkan analisa dari teori, jurnal, dan kasus, maka pada kasus ini penulis menemukan kesamaan antara teori jurnal dan kasus penyebab dan gejala khas dari Demam Thypoid pada An.D.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan hasil pengkajian aktual atau potensial dari pasien terhadap masalah kesehatan dan perawat dan juga mempunyai izin dan berkompeten untuk mampu mengatasinya. Respon aktual dan potensial pasien diketahui dari data dasar yang didapat hasil pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, riwayat

medis pasien pada masa lalu yang dikumpulkan selama pengkajian (Potter dan Perry, 2005).

Berdasarkan teori PPNI, Asuhan Keperawatan Anak dengan Demam Thypoid terdapat 5 diagnosa prioritas yaitu :

- a. Hipertermi
- b. Defisit Nutrisi
- c. Hipovolemia
- d. Nyeri Akut
- e. Konstipasi

Dari hasil pengkajian yang telah penulis kumpulkan, mulai dari pengkajian awal, pengelompokan data, mengidentifikasi masalah pasien, hingga perumusan diagnosa keperawatan. Penulis menemukan 5 diagnosa keperawatan pada pasien dengan Demam Thypoid yaitu sebagai berikut :

- a. Hipertermia b.d proses penyakit (infeksi)
- b. Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan
- c. Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi

Dengan diangkatnya 3 diagnosa keperawatan diatas, diharapkan dapat mengatasi semua keluhan yang terjadi pada klien.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang penulis temukan pada kasus An.D penulis menemukan kesamaan dengan diagnosa teori asuhan keperawatan.

- a. Hipertermia b.d proses penyakit (infeksi)

Pada saat pengkajian, penulis menemukan keluhan dari ibu An.D dimana ibu klien mengatakan badan anaknya terasa panas. Dari

hasil pemeriksaan didapatkan klien tampak lemah, akral An. D hangat, klien tampak pucat, Konjungtivas anemis, S:39,8⁰C, RR : 18 x/i, Leukosit : 3.900 mm³. Ht : 32%, Hb : 10,6 gr/dl. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosa keperawatan Hipertermia

Berdasarkan dari teori dengan diagnosa Hipertermi (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017, p. 284). Definisi : suhu tubuh meningkat diatas rentan normal tubuh. Penyebab dari hipertermi yaitu : dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit(mis. Infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebih, penggunaan inkubator. Sedangkan tanda dan gejala : Suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.

Berdasarkan dari kasus diatas perbandingan antara kasus dan teori ditemukan adanya kesamaan tanda dan gejala yang didapat dari An. D yaitu badannya terasa panas atau kenaikan suhu tubuh 39,8⁰C, klien tampak lemah,kulit memerah.

b. Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan

Pada saat pengkajian penulis menemukan data yang sangat sesuai dengan diagnosa Defisit nutrisi dimana ibu klien mengatakan saat ini An.D masih mual dan muntah, sebelum masuk rumah sakit An.D muntah ± 6x, ibu klien juga mengatakan An.D mengalami penurunan BB, BB sebelum sakit 34 kg menjadi 33 kg. Dari hasil pemeriksaan didapatkan mukosa bibir tampak kering, BB sebelum

sakit 34 kg, BB sekarang 33 kg, klien tampak lemah, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, turgor kulit jelek, membran mukosa kering, Hb : 10,6, Ht : 32 %, Leukosit : 3.900, Trombosit : 68.000, Eritrosit : 3,8 jt.

Berdasarkan dari teori diagnosa defisit nutrisi (PPNI, 2017, hal. 56). Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penyebab : ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan dalam mencerna makanan, ketidakmampuan dalam mengabsorpsi nutrisi, meningkatnya kebutuhan metabolisme dalam tubuh, faktor ekonomi (Finansial yang tidak cukup), faktor psikologis (Stres, tidak mau untuk makan). Sedangkan tanda dan gejala : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

Terdapat kesamaan antara teori dan kasus tanda dan gejala dari diagnosa defisit nutrisi pada An.D yaitu : membran mukosa pucat, nafsu makan menurun, turgor kulit jelek, terdapat penurunan BB, klien tampak lemah, Hb : 10,6, Ht : 32 %, Leukosit : 3.900, Trombosit : 68.000, Eritrosit : 3,8 jt.

Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosa keperawatan defisit nutrisi.

c. Defisiensi Pengetahuan b.d kurang informasi

Pada saat pengkajian penulis menemukan data yang sangat sesuai dengan diagnosa defisiensi pengetahuan, dimana Ibu klien mengatakan kurang mengetahui mengenai sakit yang diderita anaknya dan ibu klien mengatakan ingin mengetahui tentang penyakit yang diderita anaknya, klien tampak bertanya-tanya mengenai penyakit anaknya. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosa defisiensi pengetahuan karena keluarga An.D kurang mendapatkan informasi kesehatan terkait penyakit An.D

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi (perencanaan) adalah kategori dalam perilaku keperawatan dimana tujuan yang terpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan dan ditetapkan sehingga perencanaan keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter dan Perry, 2005).

Selama perencanaan, dibuat prioritas terhadap intervensi pada An.D Hasil yang diharapkan dirumuskan berdasarkan NANDA, NIC dan NOC menurut PPNI dengan sasaran spesifik masing-masing diagnosa dan perencanaan tujuan, dengan membuat implementasi berdasarkan intervensi.

Untuk intervensi dari diagnosa keperawatan hipertermia berupa perawatan demam, manajemen cairan, monitor tanda tanda vital. Untuk intervensi dari diagnosa keperawatan defisit nutrisi berupa manajemen nutrisi, manajemen cairan. Untuk intervensi dari diagnosa keperawatan defisiensi

pengetahuan berupa pendidikan kesehatan yang dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit klien.

Dari intervensi yang telah dilakukan pada An. D dengan diagnosa hipertermia yaitu tidak ada perbedaan yang signifikan terjadi, pada teori pantau adanya kejang tetapi pada kasus An.D tidak ditemukan adanya kejang yang terjadi pada An. D yaitu dengan intervensi melakukan kompres hangat dan memenejemen cairan, ketika cairan terpenuhi akan dapat menurunkan suhu tubuh pada anak.

Penelitian yang dilakukan oleh Sri Purwanti (2008) mengenai Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta berdasarkan intervensi yang telah dilakukan penelitian yaitu memberikan banyak minum, melakukan kompres hangat, dan memberikan obat antipiretik pada anak untuk menurunkan suhu tubuh pada anak, intervensi diatas sangat efektif dalam menurunkan panas pada klien.

Dilakukan kompres hangat membuat suhu tubuh bagian luar akan terjadi menginterpretasikan bahwa suhu diluar tubuh cukup panas, sehingga tubuh menurunkan kontrol yang mengatur suhu di otak agar tidak meningkatkan suhu pada tubuh, dengan suhu yang hangat maka membuat pembuluh darah tepi pada kulit dapat melebar dan terjadi vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan terbuka dan memudahkan panas untuk keluar. Sehingga akan terjadi perubahan pada suhu tubuh.

Intervensi dengan diagnosa defisit nutrisi tidak ada perbedaan yang terjadi di teori dan kasus yaitu dengan manajemen nutrisi dan manajemen

cairan. Memberikan nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh klien, dan memberikan cairan pada klien agar tidak terjadinya dehidrasi pada klien akibat dari hipertermi pada klien.

Sedangkan intervensi dengan diagnosa defisiensi pengetahuan yaitu dengan melakukan pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga untuk mengatasi masalah keperawatan defisiensi pengetahuan/kurangnya pengetahuan terhadap penyakit demam thypoid yang dialami oleh An. D.

Penelitian yang dilakukan oleh Rita Rahim, Yulinda Fetritura dan Suroso tahun 2013 mengenai Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita dengan Peilaku Pencegahan Penyakit Demam thypoid di Wilayah Kerja Puskesmas Putri Ayu Tahun 2013 membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu balita terhadap perilaku pencegahan penyakit demam thypoid dengan intervensi memberikan pendidikan kesehatan kepada orang tua atau keluarga, karena keluarga sangat berperan penting dalam mengatasi penyebab yang terjadi pada klien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah susunan aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah kesehatan dari status yang bermasalah menuju status kesehatan yang lebih baik dengan gambaran kriteria hasil yang di harapkan. Berdasarkan dari implementasi keperawatan kepada pasien, penulis melakukan beberapa aktifitas seperti komunikasi setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan, pendidikan kesehatan dan

memberikan asuhan keperawatan langsung, serta memberikan motivasi baik secara psiko sosial dan spiritual pada keluarga An.D. Komunikasi yang digunakan adalah komunikasi terapeutik dimana penulis dan keluarga An.D menjalin hubungan saling percaya, sehingga pasien nyaman saat dilakukan tindakan.

Asuhan keperawatan berupa tindakan yang telah dilakukan pada An.D dengan diagnosa sebagai berikut :

4.4.1 Hipertermia b.d proses penyakit (infeksi)

Pada intervensi keperawatan NANDA NIC-NOC, implementasi dari diagnosa Hipertermia yang diberikan pada An.D yaitu :

- 1) Memonitor tanda-tanda vital: nadi, pernapasan, suhu.
- 2) perawatan demam: memberikan kompres hangat pada bagian kening, aksila, leher, lipatan-lipatan tangan dan kaki selama ± 10 menit
- 3) manajemen cairan: terpasang infuse RL 20 tpm

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sri Purwanti dan Winarsih (2008) mengenai Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta membuktikan bahwa ada pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Tri Redjeki (2002), di RSUD Tidar Magelang mengemukakan bahwa kompres hangat

lebih banyak menurunkan suhu tubuh dibandingkan dengan kompres air dingin, karena akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah.

Hal ini sesuai pada kasus An.D dengan keluhan demam, dimana Intervensi yang dilakukan pada pasien dalam hal perawatan demam yaitu dengan memberikan kompres hangat pada bagian kening, aksila, leher, lipatan-lipatan tangan dan kaki selama \pm 10 menit yang dapat menurunkan panas dari 37,8°C turun menjadi 36,5 °C, lebih kurang dalam 24 jam. Keluarga juga mengungkapkan akan menerapkan terapi ini sewaktu pulang kerumah ketika anak atau keluarganya demam.

Dari jurnal, dan kasus pada An.D diatas dapat disimpulkan bahwa terapi kompres hangat sangat berpengaruh terhadap penurunan panas An.D dan memberikan pengetahuan terhadap pengembangan ilmu keperawatan. Selain kompres hangat, untuk diagnosa hipertermi ini penulis telah memberitahukan keluarga agar selalu memantau panas An.D dan mengompres hangat An.D apabila terjadi demam berulang.

4.4.2 Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan

Pada intervensi keperawatan NANDA NIC-NOC, implementasi dari diagnosa Risiko defisit nutrisi yang diberikan pada An.D yaitu :

- 1) Manajemen nutrisi: atur diet yang diperlukan: TKTP
- 2) Manajemen cairan: terpasang infuse RL 20 tpm

4.4.3 Defisiensi Pengetahuan b.d kurang informasi

Pada intervensi keperawatan NANDA NIC-NOC, implementasi dari diagnosa Defisiensi Pengetahuan yang diberikan pada An.D yaitu :

- 1) Memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga An.D mengenai penyakit demam thypoid

Teori yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO) bahwa perilaku seseorang dipengaruhi salah satunya oleh pengetahuan. Sama halnya yang dikemukakan teori Lawrence Green bahwa perilaku seseorang ditentukan salah satunya yaitu pengetahuan. (*predisposing factors*).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rita Rahim, Yulinda Fetritura dan Suroso tahun 2013 mengenai Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita dengan Peilaku Pencegahan Penyakit Demam thypoid di Wilayah Kerja Puskesmas Putri Ayu Tahun 2013 membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu balita terhadap perilaku pencegahan penyakit demam thypoid. Dari jurnal yang telah didapati bahwa pendidikan kesehatan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan keluarga dengan demam thypoid, maka dari itu penulis memberikan penyuluhan kesehatan mengenai apa itu thypoid, penyebab dari demam thypoid, tanda dan gejala demam thypoid, dan cara pencegahan demam thypoid.

Berdasarkan uraian diatas hal ini sangat sesuai dengan kasus pada An.D dimana keluarga kurang mengetahui mengenai penyakit yang diderita oleh anaknya. Intervensi yang telah dilakukan pada keluarga An.D adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan, dan setelah diberikan pendidikan kesehatan keluarga mengerti dan banyak sekali keingintahuan keluarga mengenai penyakit demam thypoid. Kurangnya pengetahuan keluarga ditemukan dari banyaknya pertanyaan keluarga yang muncul pada saat pendidikan kesehatan berlangsung.

Pendidikan kesehatan diberikan selama \pm 30 menit, Respon keluarga terhadap penyuluhan sangatlah aktif, keluarga pasien banyak memberikan pertanyaan, terutama mengenai penyebab dari demam thypoid.

Dari jurnal, dan kasus pada An.D diatas dapat disimpulkan bahwa berpengaruh sekali terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan oleh penulis kepada keluarga An.D terhadap status kesehatan An.D Serta memberikan pengetahuan terhadap pengembangan ilmu keperawatan khususnya bahwa ada hubungan antara pendidikan kesehatan dengan pengetahuan keluarga terhadap penderita demam thypoid.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan yang sudah berhasil dicapai.

4.5.1 Hipertermia b.d proses penyakit (infeksi)

Dari hasil evaluasi penulis, masalah dapat teratasi dalam waktu 1 x 24 jam. Jika dibandingkan dengan batasan kriteria hasil menurut nanda, nic, dan noc yaitu tanda-tanda vital dalam rentang normal.

Hal ini sesuai pada kasus An.D dengan keluhan demam, dimana Intervensi yang dilakukan pada pasien dalam hal perawatan demam yaitu dengan memberikan kompres hangat pada bagian kening, aksila, leher, lipatan-lipatan tangan dan kaki selama \pm 10 menit yang dapat menurunkan panas dari 37,8°C turun menjadi 36,5 °C, masalah dapat teratasi lebih kurang dalam 24 jam. Keluarga juga mengungkapkan akan menerapkan terapi ini sewaktu pulang kerumah ketika anak atau keluarganya demam.

4.5.2 Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan

Dari hasil evaluasi penulis, masalah dapat teratasi dalam waktu 5 x 24 jam. Jika dibandingkan dengan batasan kriteria hasil menurut nanda, nic, dan noc yaitu status nutrisi dan cairan dapat terpenuhi.

Hasil observasi selama klien dirawat di ruang anak didapatkan, makan \pm 2 sendok makan dan masalah dapat teratasi.

4.5.3 Defisiensi Pengetahuan b.d kurang informasi

Dari hasil evaluasi penulis, masalah dapat teratasi dalam waktu 1 x 24 jam. Jika dibandingkan dengan batasan kriteria hasil menurut nanda, nic, dan noc yaitu pengetahuan terhadap penyakit meningkat.

Pendidikan kesehatan diberikan selama \pm 30 menit, Respon keluarga terhadap penyuluhan sangatlah aktif, keluarga pasien banyak memberikan pertanyaan, terutama mengenai penyebab dari demam thypoid.

Hasil evaluasi, keluarga dapat mengerti dan memahami tentang penyakit demam thypoid, dan masalah dapat teratasi.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada An. D dengan Demam Thypoid di Ruang Anak RSUD H. Hanafie Muara Bungo, maka dapat disimpulkan bahwa :

- 5.1.1** Berdasarkan analisa kasus yang dilakukan pada klien An.D didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang ditemukan meliputi hipertermi b/d proses penyakit, defisit nutrisi b/d kurangnya asupan makanan, dan defisiensi pengetahuan b/d kurangnya informasi.
- 5.1.2** Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Sri Purwanti dan Winarsih Nur Ambarwati (2017) tentang Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta menyatakan bahwa dengan dilakukannya kompres hangat mampu membuat suhu pada tubuh diluar menjadi hangat sehingga tubuh mampu menginterpretasikan kondisi hangat sehingga mampu menurunkan pengatur suhu di otak agar tidak meningkatkan suhu pada pengatur tubuh, dengan suhu hangat maka akan membuat pembuluh darah tepi dikulit menjadi lebar dan terjadi vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan terbuka dan memudahkan pengeluaran panas.

5.1.3 Berdasarkan analisa kasus dan jurnal didapatkan terjadi perubahan suhu tubuh pada klien An.D, dengan menerapkan komres hangat untuk menurunkan suhu tubuh yang meningkat.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan peneliti tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan demam thypoid dan peneliti juga berharap asuhan keperawatan tentang demam thypoid dan lebih dikembangkan oleh peneliti lain dengan diagnosa keperawatan lainnya.

5.2.2 Bagi RSUD H. Hanafie Muara Bungo

Diharapkan hasil penelitian ini dapat membantu memberikan pelayanan yang optimal kepada anak dengan demam thypoid dan hasil karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi dan pengetahuan bagi perawat ruang rawat inap anak dan dapat diterapkan sebagai upaya untuk melakukan asuhan keperawatan dalam mengelola anak dengan demam thypoid di RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam komunikasi terapeutik dengan pasien sehingga intervensi yang dilakukan mendapatkan hasil yang maksimal.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan untuk pelaksanaan pendidikan serta masukan dan perbandingan untuk karya ilmiah lebih lanjut asuhan keperawatan anak dengan demam thypoid.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S..Evaluasi Pendidikan. Jakarta: Rineka Cipta; 1994
- Gita Marini dan Yuanita Wulandari. 2012. *Efektifitas Fisioterapi Dada (Clapping) Untuk Mengatasi Masalah Bersihan Jalan Napas Pada Anak Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Anak RSUD DR. M. Soewandhi Surabaya*. Fakultas IlmuKesehatan-UMSby.
- Herimanto W. Ilmu Sosial dan Budaya Dasar. Jakarta: Bumi Aksara; 2008
- Hartadi. 2013. *Sistem Respirasi Edisi kedua*. Erlangga Medical Series : Jakarta.
- Herdman. 2018. *Nanda I Diagnosis Keperawatan*. EGC : Jakarta
- Kemenkes RI. 2015. *Riset Kesehatan Dasar (RIKERDAS)*. Kemenkes RI : Jakarta.
- Kemenkes RI. 2016. *Riset Kesehatan Dasar (RIKERDAS)*. Kemenkes RI : Jakarta.
- Mansjoer Arif. 2009. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2, Edisi ketiga*. FKUI : Jakarta.
- Nelson. 2009. *Ilmu Kesehatan Anak. Edisi 15, Volume 2*. EGC : Jakarta.
- Ngastiah. 2009. *Perawatan Anak Sakit*. EGC : Jakarta.

- Notoatmodjo. 2007. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Rita Rahim, Yulinda Fetritura dan Suroso. 2013. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita dengan Peilaku Pencegahan Penyakit Pneumonia di Wilayah Kerja Puskesmas Putri Ayu*. Fakultas Kedokteran Ilmu Kesehatan.
- Sri Purwanti dan Winarsih. 2008. *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta*.FIK UMS.
- WHO. 2009. *Buku Saku : Pelayanan Kesehatan Anak Di Rumah Sakit, Alih Bahasa Tim Adaptasi Indonesia*. WHO : Jakarta.
- Wijayaningsih. 2013. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Edisi 9*. EGC : Jakarta.
- Wong D.L. 2008. *Pedoman Klinis : Keperawatan Pediatrik*. Edisi Ke 4. EGC : Jakarta.
- <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/5666>
- <http://eprints.ums.ac.id/34198/1/Naskah%20Publikasi.pdf>
- <http://www.pdpersi.co.id/peraturan/kepmenkes/kmk3642006.pdf>
- http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2014/1509_Jambi_Kab_Bungo_2014.pdf
- Herymrt.(2008).“Pelayanan Rumah Sakit yang Bermutu”.http://app.healthsciencepro.gov.sg/nursing/research-local_research.asp diakses tanggal 23 Desember 2010
- Hidayat, A.A. 2005. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. dkk. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika

- Sacharin, R.N. 1996. *Prinsip Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC
- Sugiarno. (2007). “ Aspek Klinis Kekerasan Pada Anak dan Upaya Pencegahannya” .<http://etd.eprints.kekerasan-padaanak.umsu.ac.id/907/> diakses tanggal 7 Desember 2010
- Firdaus, K. J. (2012). *Asuhan Keperawatan Penyakit Tropis*. Jakarta: CV. TRANS INFO MEDIA.
- Khrisna, A. (2015). *Mengenal keluhan Anda*. Jakarta: Informasi Media.
- Marni. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak Pada Penyakit Tropis*. Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2011). *Gangguan Gastrointestinal:Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmidjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
- Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
- Nuratif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplkasi Asuhan kepeperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta: Mediaction.
- Nursalam. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta : Salemba Medika.
- Profil Kesehatan Indonesia 2008. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Rachmawati E. Waspada! Jajanan Anak di Sekolah. Jakarta: Penerbit Buku Kompas;2006.
- Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Binarupa Aksara; 1995

- Siti F. Higiene dan Sanitasi Makanan. Semarang: Universitas Negeri Semarang Press;2005.24.Arisman. Keracunan Makanan : Buku Ajar Ilmu Gizi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC;2009.
- Soegijanto,S. Ilmu Penyakit Anak, Diagnosa & Penatalaksanaan. Jakarta: Salemba Medika;2002.14.
- Sudigdo S, Noerhamzah W. Buku Kumpulan Sajian Kasus. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 1996.
- Sumarmo S, Garna H, Sri RSH, Hindra IS. Buku Ajar Infeksi & Pediatrik Tropis. Jakarta: Badan Penerbit IDAI;2002.
- Supartini. Y. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Wawan A, Dewi M. Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
- Widodo, D. (2010). *Ilmu Penyakit Dalam jilid 3 eds 5*. Jakarta: Internal Publishing.
- Wilkinson, J. M. (2011). *Diagnosis Keperawatan edisi 9*. Jakarta: EGC
- Widodo D. Demam Tifoid. In; Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiadi S, editors, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III. 5th ed. Jakarta Interna Publishing,2009;p.2797-805
- World Health Organization. Fact sheet on Typhoid. 2008. [cited 2011 Oktober 5] Availablefrom:www.who.int/immunization/topics/typhoid/en/index.htm
- 12.Typhoid fever in: Control of Communicable Diseases. An officialreport of the American public health association Washington, DC 17th edition.2000:535-41.3.Crump JA, Mintz ED. The Global Burden of Typhoid Fever. Bulletin of the World Health Organization.
- Wong, D.L. 2005. Pedomam Klinis Keperawatan Pediatrik.Jakarta: EGC

