

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A USIA
SEKOLAH (10 TAHUN) DENGAN THYPOID DAN
INTERVENSI KOMPRES HANGAT DI RUANG NUSA
INDAH BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa
Husada Garut

SHALMA ISLAMI PUTRI., S.Kep

KHGD22093



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A
USIA SEKOLAH (10 TAHUN) DENGAN THYPOID DAN
INTERVENSI KOMPRES HANGAT DI RUANG NUSA
INDAH BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SHALMA ISLAMI PUTRI., S.Kep

NIM : KHGD22093

Garut , September 2023

Menyetujui,

Pembimbing



Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A
USIA SEKOLAH (10 TAHUN) DENGAN THYPOID DAN
INTERVENSI KOMPRES HANGAT DI RUANG NUSA
INDAH BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SHALMA ISLAMI PUTRI., S.Kep

NIM : KHGD22093

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, S.Kep.Ners.,M.Kep

Penguji II



Tanti Surywantie, S.Kep.Ners,M.H.Kes

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut



Sri Yekti Widadi,S.Kep.,Ners,M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



Eva Daniati, S.Kep.,Ners, M.Pd

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Pembuat Pernyataan

Shalma Islami Putri., S.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 83 Halaman, 12 Tabel

Typhoid merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang terdapat didalam makanan dan minuman yang terkontaminasi atau bisa juga berasal dari muntahan atau feses seseorang yang mengalami *Typhoid*. *Typhoid* banyak menyerang anak usia 6-12 tahun (usia sekolah) dikarenakan pada usia ini anak banyak beraktivitas di luar rumah dan kurang menjaga kesehatan dan kebersihan makanan serta minuman yang dikonsumsi, oleh sebab itu kasus *typhoid* membutuhkan penanganan yang cepat dan baik, untuk menghindari terjadinya kondisi yang memburuk sehingga dapat menyebabkan komplikasi dan dapat mengancam jiwa. Hal tersebut menjadi alasan yang melatar belakangi penulis untuk menjadikan kasus *Typhoid* sebagai sebuah karya tulis ilmiah. Tujuan dari penulisan ini yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan dengan cara pendekatan proses keperawatan secara langsung dan komprehensif, yang meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Metode yang digunakan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu studi kasus. Hasil yang didapatkan dari pengkajian yaitu klien demam ($38,7^{\circ}\text{C}$), mual, lemas, Uji Tubex positif (8), nafas dan mulut klien berbau tidak sedap serta lidah tampak kotor. Masalah keperawatan yang muncul yaitu hipertermia, kelelahan dan resiko defisit nutrisi. Intervensi dan implementasi yang penulis lakukan yaitu manajemen hipertermia, manajemen energi dan manajemen nutrisi dengan hasil evaluasi semua masalah masalah teratasi pada hari ke-4. Sehingga dapat disimpulkan bahwa setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari semua masalah keperawatan yang muncul pada klien dapat teratasi. Saran bagi masyarakat terkhususnya keluarga An.A lebih meningkatkan lagi pola hidup sehat dan bersih serta hindari jajan sembarangan untuk menghindari terjadinya *Typhoid*.

Kata Kunci : *Typhoid*

Kepustakaan : 17 sumber (2016-2023)

ABSTRACT

IV CHAPTERS, 83 Pages, 12 Tables

Typhoid is a disease caused by salmonella typhi bacteria found in contaminated food and drinks or can also come from vomit or feces of someone who has Typhoid. Typhoid attacks many children aged 6-12 years (school age) because at this age children do a lot of activities outside the home and do not maintain the health and cleanliness of food and drinks consumed, therefore typhoid cases require fast and good handling, to avoid the occurrence of worsening conditions that can cause complications and can be life-threatening. This is the reason behind the author to make the Typhoid case a scientific paper. The purpose of this writing is to carry out nursing care by means of a direct and comprehensive nursing process approach, which includes bio-psycho-social-spiritual aspects. The method used in writing this Scientific Paper is a case study. The results obtained from the assessment were the client's fever (38.7 °C), nausea, weakness, positive Tubex Test (8), the client's breath and mouth smelled bad and the tongue looked dirty. Nursing problems that arise are hyperthermia, fatigue and the risk of nutritional deficits. The intervention and implementation that the author carried out were hyperthermia management, energy management and nutrition management with the results of evaluating all problem problems resolved on day 4. So it can be concluded that after 4 days of nursing care, all nursing problems that arise in clients can be resolved. Advice for the community, especially An.A's family, further improve a healthy and clean lifestyle and avoid snacking carelessly to avoid Typhoid.

Keywords: Typhoid

Bibliography : 17 sources (2016-2023)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Dengan memanjatkan puji serta syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga tercurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muahmmad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya seta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) Dengan *Thypoid* dan Intervensi Kompres Hangat Di Ruang Nusa Indah BAWAH RSUD dr. Slamet Garut”

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh Pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinngi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep.,Ners.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

4. Ibu Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd., selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu K. Dewi Budiarti,S.Kep.,Ners.,M.Kep., selaku penguji I KIA yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini
6. Ibu Tanti Suryawantie, S.kep.,Ners.,M.H.Kes., selaku penguji II KIA yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini
7. Seluruh staff dan dosen STIKes Karsa Husada Garut

Semoga Allah senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan KIA ini masih jauh dari kata sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman serta pengetahuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan demi perbaikan. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Juli 2023
Pembuat Pernyataan

Shalma Islami Putri., S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Metode Penulisan	6
1.4 Manfaat Penulisan	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1 Konsep Dasar Tifoid	8
2.1.1 Pengertian Tifoid	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi	9
2.1.4 Pathway	11
2.1.5 Manifestasi Klinis	12
2.1.6 Penatalaksanaan	12
2.1.7 Dampak Tifoid Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	15
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik	17
2.1.9 Komplikasi	19
2.2 Konsep Anak	20
2.1.1 Definisi Anak	20
2.1.2 Tumbuh Kembang Anak	20
2.1.3 Tahapan Tumbuh Kembang Anak	21
2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak	27
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	28
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	28
2.3.2 Analisa Data	33
2.3.3 Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul	35
2.4 <i>Evidence Base Practice</i> (EBP)	41
2.4.1 Pengertian EBP	41
2.4.2 Tujuan EBP	41

2.4.3 Langkah Dalam Membuat EBP	41
2.4.4 Analisis Jurnal Terkait	42
2.5 Konsep Kompres Hangat	45
2.5.1 Definisi kompres hangat	45
2.5.2 Manfaat Kompres Hangat	46
2.5.3 Satuan Operasional Prosedur (SOP) Kompres Hangat	46
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	49
3.1 Tinjauan kasus	49
3.1.1 Pengkajian	49
3.1.2 Intervensi keperawatan	60
3.1.3 Implementasi dan Evaluasi.....	63
3.1.4 Catatan Perkembangan	64
3.2 Pembahasan	68
3.2.1 Analisis Pembahasan Evidence Base Practice.....	75
3.2.2 Pembahasan Analisis Evidence Base Practice.....	77
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	80
5.1 Kesimpulan	80
5.2 Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Daftar 10 Besar Jenis Penyakit di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Slamet Garut Periode Bulan Januari – April 2023	2
Tabel 2.1. Analisa Data	33
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	36
Tabel 3.1 Riwayat imunisasi	51
Tabel 3.2 Pola nutrisi dan aktivitas sehari hari	52
Tabel 3.3 Pemeriksaan laboratorium	57
Tabel 3.4 Therapy obat	58
Tabel 3.5 Analisa Data	58
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan	60
Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi	63
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan	64
Tabel 3.9 Analisis Artikel Teknik Kompres Hangat Terhadap Typhoid	75

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Web Of Caussion Typhoid</i>	11
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi saat ini masih menjadi masalah serius di beberapa negara berkembang salah satunya yaitu Indonesia. Kejadian infeksi yang cukup tinggi di Indonesia didominasi oleh infeksi saluran pernafasan dan pencernaan, salah satunya yaitu *Typhoid*. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nuruzzaman (2021) menyatakan bahwa anak yang memiliki frekuensi jajan sering lebih beresiko 3,67 kali mengalami *Typhoid* dibandingkan dengan anak yang memiliki kebiasaan jajan yang jarang. Pada saat ini hampir seluruh anak-anak pernah mengalami infeksi saluran pencernaan seperti diare dan *Typhoid* yang erat kaitannya dengan kebersihan jajanan yang mereka makan (Pristyanti, 2020).

Typhoid merupakan penyakit yang menyerang saluran pencernaan. Selama terjadi infeksi, kuman tersebut bermultipikasi dalam sel fagositik mononuclear dan secara berkelanjutan dilepaskan ke aliran darah. *Typhoid* yaitu salah satu penyakit infeksi yang bersifat sistematik dan disebabkan oleh mikroorganisme *salmonella enterica serotipe typhi* atau dikenal dengan *salmonella typhi*. Penyakit ini sering dijumpai di negara berkembang yang terletak di sub tropis dan daerah tropis seperti Indonesia (Hidayani, 2020).

Kasus *Typhoid* sebagian besar terjadi di wilayah Asia Tenggara, Asia Selatan, dan Afrika Sub-Sahara dengan angka kematian akibat *Typhoid* mencapai 600.000 dan 70% nya terjadi di Asia (WHO, 2021). Di Indonesia sendiri kasus *Typhoid* sebanyak 55.098 jiwa, dengan angka kematian 2,06% dari jumlah

penderita. Sehingga penyakit *Typhoid* berada pada peringkat 10 penyakit terbesar yang ada di Indonesia (Kemenkes RI, 2020). Provinsi Jawa Barat saat ini menduduki peringkat ke-3 dengan kasus *Typhoid* tertinggi setelah Bengkulu dengan nilai 21,4%. (Risikesdas, 2021). Sedangkan di Kabupaten Garut sendiri tepatnya di RSUD dr. Slamet Garut jumlah penderita *Typhoid* selalu meningkat setiap tahunnya, pada tahun 2021 jumlah penderita *Typhoid* mencapai 958 jiwa dengan kasus yang terjadi pada anak sebanyak 251 jiwa sedangkan pada tahun 2022 mengalami peningkatan dengan jumlah penderita typhoid 1.369 jiwa dengan kasus yang terjadi pada anak sebanyak 362 jiwa (Dinkes, 2022).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut di Ruang Rawat Inap Anak periode Januari sampai April tahun 2023 perbandingan penyakit *Typhoid* dengan penyakit lainnya yang ada di RSUD dr. Slamet Garut sebagai berikut :

Tabel 1.1
Daftar 10 Besar Jenis Penyakit di Ruang Rawat Inap Anak RSUD
Dr. Slamet Garut Periode Bulan Januari – April 2023

No	Jenis Penyakit	Frekuensi	Presentase (%)
1.	BHP (<i>Bronchopneumonia</i>)	200	41,49%
2.	DHF	83	17,21%
3.	Diare	52	10,78%
4.	<i>Typhoid</i>	41	8,50%
5.	<i>Morbilli</i>	21	4,35%
6.	<i>Meningitis</i>	20	4,14%
7.	<i>Dyspepsia</i>	18	3,73%
8.	TB	18	3,73%
9.	KDK	17	3,52%
10.	<i>Anemia</i>	12	2,44%
Jumlah		482	100%

(sumber : Rekam Medik Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Slamet Garut 2023)

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa jumlah penderita *Typhoid* di RSUD Dr. Slamet Garut termasuk kedalam 10 penyakit terbanyak diruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Slamet Garut dimana penyakit *Typhoid* menduduki urutan ke-4 dengan jumlah penderita sebanyak 41 anak (8,50%). Urutan ini masih terbilang cukup tinggi, oleh sebab itu kasus *typhoid* membutuhkan penanganan yang cepat dan baik, untuk menghindari terjadinya kondisi yang memburuk sehingga dapat menyebabkan komplikasi seperti perforasi intestinal dan penurunan kesadaran yang dapat mengancam jiwa.

Kasus *Typhoid* sering ditemukan pada rentang usia 3-19 tahun. Dengan rentang usia terbanyak berada pada anak usia sekolah yaitu usia 6-12 tahun, dimana kelompok usia tersebut banyak melakukan aktivitas diluar rumah sehingga mereka lebih rentan mengalami *Typhoid* karena daya tahan tubuhnya yang belum sekuat orang dewasa dan kurangnya menjaga kebersihan makanan dan minuman yang mereka konsumsi. Pada anak usia tersebut juga sering mengabaikan mencuci tangan sebelum makan, setelah buang air kecil maupun buang air besar, sehingga mereka lebih berisiko terkena *Typhoid* (Pristyanti, 2020).

Demam merupakan gejala khas yang timbul pada semua penderita *Typhoid*. Demam dapat diturunkan dengan cara farmakologi seperti menggunakan obat-obatan (antipiretik). Sedangkan terapi non farmakologi yang bisa digunakan untuk menurunkan demam akibat *Typhoid* salah satunya yaitu kompres hangat yang dilakukan di area temporal atau di axila, karena area tersebut lebih dekat dengan hipotalamus di otak yang berperan sebagai pusat pengatur suhu tubuh.

Dengan demikian hipotalamus akan merespon dengan menurunkan suhu tubuh menjadi dalam batas normal (Nuruzzaman & Syahrul, 2021).

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk meminimalisir angka kejadian *Typhoid*, dengan menggunakan aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan meliputi pengertian, penyebab, tanda gejala dan cara mencegah terjadinya *Typhoid* sehingga dapat meminimalisir bertambahnya jumlah penderita *Typhoid*. Upaya preventif yaitu bagaimana seorang perawat melakukan tindakan dalam mencegah terjadinya demam *Typhoid* seperti pengecekan sanitasi lingkungan secara berkala. Pada upaya kuratif seorang perawat harus mampu memberikan pengobatan dalam upaya penyembuhan demam *Typhoid*, seperti memberikan antipiretik atau memberikan kompres hangat untuk menurunkan demam. Sedangkan upaya rehabilitatif yaitu bagaimana seorang perawat mampu membantu proses pemulihan terhadap penderita yang telah sembuh dari *Typhoid*, seperti menganjurkan istirahat yang cukup dan memenuhi nutrisi yang seimbang serta mengajarkan cara perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang benar untuk mencegah terjadinya demam *Typhoid* berulang (Pristyanti, 2020).

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dan menganalisis intervensi pada An. A dengan typhoid dengan judul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.A USIA SEKOLAH (10 TAHUN) DENGAN TYPHOID DAN INTERVENSI

KOMPRES HANGAT DI RUANG NUSA INDAH BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT”

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan, menganalisis dan mendokumentasikan asuhan keperawatan pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) dengan *typhoid* dan intervensi kompres hangat di ruang Nusa Indah Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) dengan *typhoid* di ruang Nusa Indah Bawah RSUD dr. Slamet Garut
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) dengan *typhoid* di ruang Nusa Indah Bawah RSUD dr. Slamet Garut
3. Penulis mampu menyusun rencana/intervensi pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) dengan *typhoid* dan intervensi kompres hangat di ruang Nusa Indah Bawah RSUD dr. Slamet Garut
4. Penulis mampu melakukan implementasi pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) dengan *typhoid* dan intervensi kompres hangat di ruang Nusa Indah Bawah RSUD dr. Slamet Garut
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) dengan *typhoid* dan intervensi kompres hangat di ruang Nusa

Indah Bawah RSUD dr. Slamet Garut

6. Penulis mampu melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada An. A Usia Sekolah (10 Tahun) dengan *typhoid* dan intervensi kompres hangat di ruang Nusa Indah Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.3 Metode Penulisan

Metode penulisan karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dalam asuhan keperawatan klien dengan *typhoid*.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan klien dengan *typhoid*.

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis menggunakan sistematika penulisan, antara lain :

Bagian awal, membuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar dan daftar isi.

BAB I Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan dengan gangguan sistem pencernaan *typhoid*.

BAB III Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, evaluasi dan *evidence base practice* serta pembahasan tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan lapangan

BAB V Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran

Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Tifoid

2.1.1 Pengertian Tifoid

Tifoid fever atau demam tifoid adalah penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dan dengan gangguan kesadaran (Wijayar, 2013).

Tifoid adalah penyakit infeksi sistemik akut yang disebabkan infeksi salmonella Tifoid. Organisme ini masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh feses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman salmonella (Smeltzer, S.C. & Bare, 2013).

Tifoid atau *enteric fever* adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran. Demam tifoid disebabkan oleh infeksi salmonella typhi (Lestari, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas disimpulkan bahwa tifoid adalah penyakit pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri salmonella typhi yang masuk melalui makanan dan minuman yang sudah berkontaminasi oleh feses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman salmonella.

2.1.2 Etiologi

Penyebab utama demam tifoid ini adalah bakteri samonella typhi. Bakteri salmonella typhi adalah berupa basil gram negatif, bergerak dengan rambut getar,

tidak berspora, dan mempunyai tiga macam antigen yaitu antigen O (somatik yang terdiri atas zat kompleks lipopolisakarida), antigen H (flagella), dan antigen VI. Dalam serum penderita, terdapat zat (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut. Kuman tumbuh pada suasana aerob dan anaerob pada suhu 15-41 derajat celsius (optimum 37 derajat celsius) dan pH pertumbuhan 6-8. Faktor pencetus lainnya adalah lingkungan, sistem imun yang rendah, feses, urin, makanan/minuman yang terkontaminasi, formalitas dan lain sebagainya (Lestari, 2016).

2.1.3 Patofisiologi

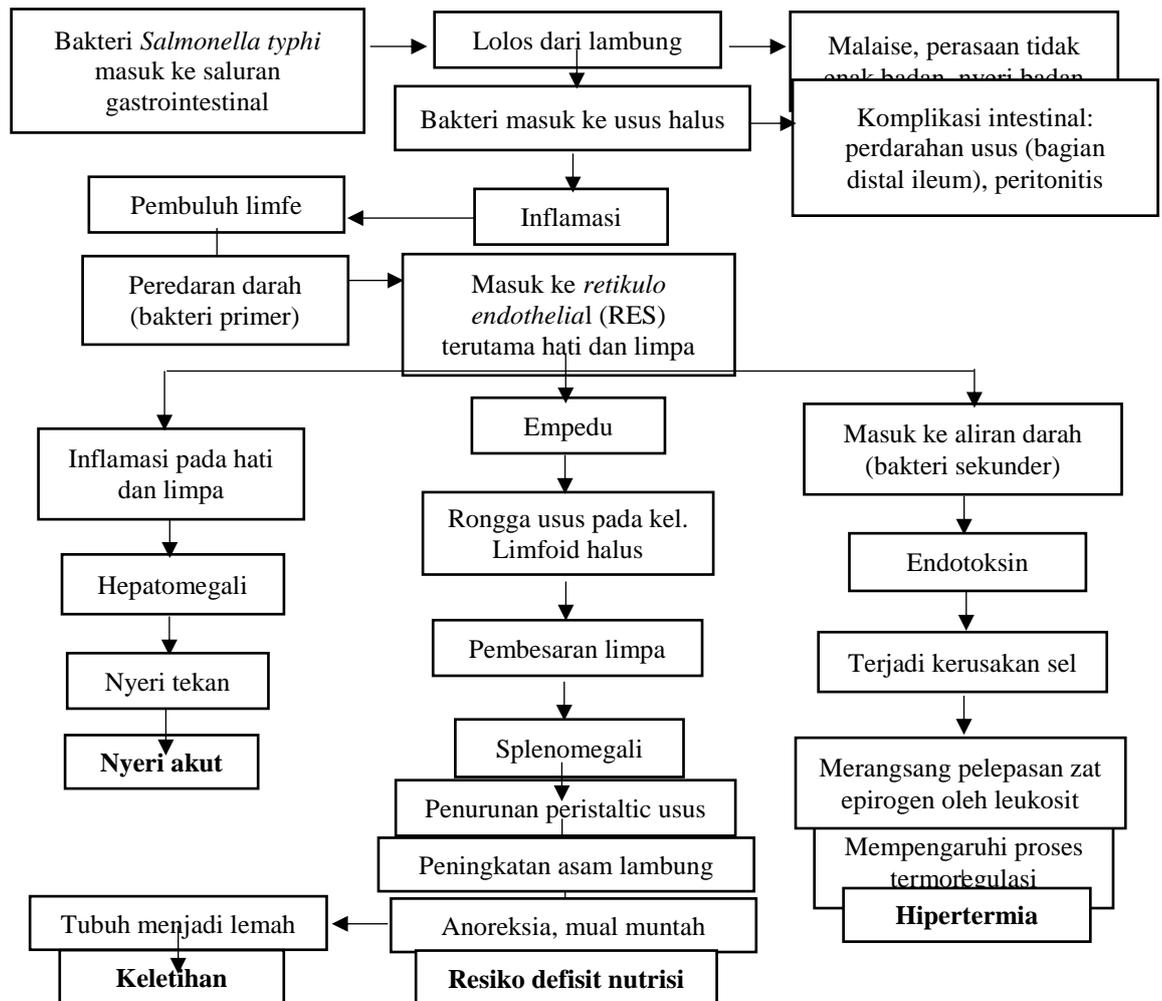
Masuknya kuman salmonella typhi (S.Typhi) dan salmonella paratyphi (S.Paratyphi) kedalam tubuh manusia, terjadi melalui makanan yang terkontaminasi kuman. Sebagai kuman di musnahkan dalam lambung, sebagai lolos masuk ke dalam usus dan usus selanjutnya berkembang biak. Bila respons imunitas humoral mukosa (IgA) usus kurang baik, maka kuman akan menembus sel-sel epitel (terutama sel-M) dan selanjutnya ke lamina propia. Di lamina propia kuman berkembang biak dan di fagosit oleh sel-sel fagosit terutama oleh makrofag, kuman dapat hidup dan berkembang biak di dalam makrofag dan selanjutnya di bawa ke plak payeri ileum distal dan kemudian ke kelenjar getah bening mesenterika. Selanjutnya melalui duktus kuman yang terdapat di dalam makrofag. Ini masuk ke dalam sirkulasi darah (mengakibatkan bakterimia pertama yang asimtomatik) dan menyebar ke seluruh organ retikuloendotelial tubuh terutama hati dan limpa (Sylvia & M, 2015).

Proses infeksi yang terjadi pada organ-organ ini bakteri salmonella typhi meninggalkan sel-sel fagosit dan kemudian berkembang biak di luar sel atau di ruang sinusoid dan selanjutnya masuk ke dalam sirkulasi darah lagi, mengakibatkan bakterimia yang kedua kalinya yang disertai tanda-tanda dan gejalanya penyakit infeksi sistemik. Di dalam hari, kuman masuk kedalam kandung empedu, baik berkembang biak, dan bersama cairan empedu diekresikan secara intermiten ke dalam lumen usus. Sebagian kuman dikeluarkan melalui feses dan sebagian masuk lagi ke dalam sirkulasi setelah menembus usus. Proses yang sama terulang kembali, berhubungan makrofag telah teraktivitas dan hiperaktif maka pada saat fagositosis kuman salmonella terhadap pelepasan beberapa mediator inflamasi yang selanjutnya akan menimbulkan gejala reaksi inflamasi sistemik seperti demam, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskular, gangguan mental dan koagulasi (Sylvia & M, 2015).

Di dalam plak peyer makrofag hiperaktif menimbulkan reaksi hyperplasia jaringan (S.Typhi intra makrofag menginduksi reaksi hipersensitivitas tipe lambat, hyperplasia jaringan dan nekrosis organ) perdarahan saluran cerna dapat terjadi akibat erosi pembuluh darah sekitar plague peyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hyperplasia akibat akumulasi sel-sel mononuclear di dinding usus (Sylvia & M, 2015). Proses patologis jaringan limfoid ini dapat berkembang hingga ke lapisan otot, serosa usus ,dan dapat mengakibatkan perforasi. Endotoksin dapat menempel di reseptor sel endotel ka kapiler dengan akibat timbulnya komplikasi seperti gangguan neuropsikiatrik, kardiovaskuler, pernafasan dan gangguan organ lainnya . Untuk melihat lebih jelas tentang

dampak tifoid terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dapat dilihat pada bagan 2.1 dibawah ini;

2.1.4 Pathway



Bagan 2.1 Web Of Caussion Typhoid
(Sumber: Lestari (2016) & SDKI (2017))

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Mansjoer (2011), gejala klinis yang biasanya di temukan yaitu:

1. Demam yang berlangsung 3 minggu, selama seminggu suhu tubuh berangsur angsur meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dan minggu kedua penderita terus berada di keadaan demam. Dalam minggu ketiga berangsur mulai menurun.
2. Gangguan pada pencernaan pada mulut terdapat bau yang tidak sedap, bibir kering dan pecah pecah, lidah ditutupi selaput putih kotor, ujung ditemui kemerahan, jarang ditemui tremor. Pada abdomen mungkin ditemui perut kembung, limfa membesar di sertai nyeri pada perabaan, biasanya didapatkan konstipasi akan tetapi mungkin pula normal bahkan mungkin terdapat juga diare.
3. Gangguan kesadaran, Umumnya kesadaran penderita menurun walaupun tidak seberapa yaitu apatis ataupun somnollen. Jarang stupor koma atau gelisah. Mungkin pula ditemukan gejala lain pada punggung dan anggota gerak yaitu bintik bintik kemerahan, biasanya ditemukan pada minggu pertama, bakteri ini dapat menyebarkan kuman ke makanan, susu, buah, dan sayuran yang sering dimakan tanpa di cuci. Sehingga dapat terjadi penularan penyakit, Masa inkubasi demam tifoid berangsur sehingga 7 sampai 14 hari(bervariasi 3 sampai 60 hari).

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Sudoyo (2010) dan Smeltzer 2013), penatalaksanaan tifoid / demam tifoid terdiri dari 3 bagian yaitu:

a. Perawatan

Penderita tifus perlu dirawat di rumah sakit untuk isolasi, observasi dan pengobatan. Penderita harus tirah baring dengan perawatan sepenuhnya di tempat sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih 14 hari, akan membantu dan mempercepat masa penyembuhan. Maksud tirah baring adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi pendarahan usus atau perforasi yaitu :

- 1) Duduk (waktu makan) : Pada hari kedua bebas panas.
- 2) Berdiri : Pada hari ke tujuh bebas panas
- 3) Berjalan : Pada hari ke sepuluh bebas panas

Penderita dengan kesadarannya menurun, posisi tubuhnya harus di ubah ubah pada waktu waktu tertentu untuk menghindari komplikasi pneumonia hipostatik dan dekubitus. Defekasi dan buang air kecil perlu di perhatikan, karena kadang kadang terjadi obstipasi dan retensi rutin.

b. Diet

- 1) Harus cukup kalori,protein,cairan dan elektrolit,
- 2) Mudah di cerna dan halus
- 3) Kebutuhan 2500 kal, 100 gr protein, 2 sampai 3 liter cairan,
- 4) Tifoid diet 1 : bubur susu/cair tidak diberikan pada pasien yang demam tanpa komplikasi
- 5) Tifoid diet 11 : Bubur saring
- 6) Tifoid diet 111 : Bubur biasa
- 7) Tifoid diet Iv : Nasi
- 8) Prinsip pengelolaan dietetik pada tifus pedat dini, Rendah serat selulosa.

- 9) Tifoid diet biasanya dimulai dari TD 11, setelah 3 hari bebas demam menjadi TD 111, Sampai 3 hari kemudian dapat diganti kembali menjadi TD Iv
- 10) Harus diberikan rendah serat karena pada typhus abdominalis ada luka di ileum terminale bila banyak selulosa maka akan menyebabkan peningkatan kerja usus, hal ini menyebabkan luka makin hebat

c. Obat

Obat-obatan antimikroba yang sering dipergunakan ialah:

1) Kloramfenikol

Di Indonesia, kloramfenikol masih merupakan obat pilihan utama untuk typhus abdominalis, belum ada obat antimikroba lain yang dapat menurunkan demam lebih cepat dibandingkan obat kloramfenikol. Dosis orang dewasa 4 kali 500 mg sehari per oral atau intravena, sampai 7 hari bebas demam, penyuntikan kloramfenikolsuksinat intramuskular tidak dianjurkan karena hidrosis ester ini tidak dapat diprediksi dan tempat suntik terasa nyeri demam pada tifoid turun rata-rata setelah 5 hari.

2) Tiamfenikol

Dosis dan efektivitas tiamfenikol pada tifoid sama dengan kloramfenikol. Komplikasi hematologis dan penggunaan tiamfenikol lebih jarang dari pada kloramfenikol. Dengan tiamfenikol demam pada tifoid turun setelah rata-rata 5 sampai 6 hari.

3) Kontrimoksazol (kombinasi trimetoprin dan sulfametoksazol)

Efektivitas kontrimoksazol kurang lebih sama dengan kloramfenikol. Dosis untuk orang dewasa, 2 x 2 tablet per hari, digunakan sampai 7 hari bebas demam (1 tablet mengandung 80 mg trimetoprim dan 400 mg sulfametoksazol) dengan kontrimoksazol demam pada tifus turun rata rata setelah 5 sampai 6 hari.

4) Amplisilin dan amoksisilin

Dalam hal kemampuannya untuk menurunkan demam, efektivitas ampisilin dan amoksisilin lebih kecil dibandingkan dengan kloramfenikol. Indikasi mutlak penggunaannya adalah penderita tifoid dengan leukopeni. Dosis yang dianjurkan berkisar antara 75 sampai 150 mg/kg berat badan sehari, digunakan sampai 7 hari bebas demam. Dengan amoksisilin atau amplisilin demam pada tifoid turun rata rata setelah 7 sampai 9 hari (Sudoyo, 2010).

2.1.7 Dampak Tifoid Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Nuralif (2015), dampak tifoid terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia adalah sebagai berikut;

a. Hipertermi

Masuknya salmonella ke dalam usus sehingga terjadi agitasi antara antigen dan antibodi maka terjadilah peningkatan suhu tubuh.

b. Intoleransi Aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah suatu keadaan dimana individu mengalami insufisiensi energi fisiologi atau psikologis untuk melakukan aktivitas sehari-

hari yang dibutuhkan atau di inginkan. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, letargi dan malaise.

c. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolic.

d. Gangguan Istirahat Tidur

Suplai oksigen ke otak menurun sehingga terjadi pusing dan dapat merangsang RAS maka menyebabkan klien terjaga sehingga terjadi gangguan istirahat tidur.

e. Gangguan Rasa Aman Cemas

Kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakit tifoid menyebabkan stressor meningkat sehingga klien bertanya-tanya maka terjadi cemas.

f. Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

Reaksi peradangan usus halus menyebabkan kerusakan mukosa usus halus dan merangsang reseptor nyeri, mengeluarkan neurotransmitor, bradikinin, serotonin, histamine, nyeri dipersepsikan.

g. Gangguan Eliminasi

Proses infeksi dalam usus halus dapat meningkatkan peristaltic usus dan absorbs terganggu sehingga air keluar bersama feses dan BAB mencret maka terjadilah gangguan eliminasi.

h. Defisit perawatan diri

Kurang pengetahuan klien tentang adanya kebersihan dirinya sendiri, menyebabkan klien tidak bisa memperhatikan keadaan kebersihannya dan adanya kelemahan fisiknya.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sudoyo (2010) dan Smeltzer (2013), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami tifoid sebagai berikut;

a. Pemeriksaan Darah Rutin

Walaupun pada pemeriksaan darah perifer lengkap sering ditemukan leukopenia, dapat pula terjadi kadar leukosit normal atau leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Selain itu pula dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Selain itu pula dapat ditemukan anemia ringan dan trombositopenia. Pada pemeriksaan hitung jenis leukosit dapat terjadi aneosinofia maupun limfopenia. Laju endap darah pada demam tifoid dapat meningkat.

b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Seringkali meningkat tetapi akan kembali menjadi normal setelah sembuh. Kenaikan SGOT dan SGPT tidak memerlukan penanganan khusus.

c. Uji Widal

Uji widal dilakukan untuk deteksi antibodi terhadap kuman *S.typi*. pada uji widal terjadi suatu reaksi aglutinasi antara *S.typi* dengan antibodi yang disebut agglutinin. Antigen antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspensi salmonella yang sudah di matikan dan di olah di laboratorium.

d. Uji Tubex

Merupakan uji semi kuantitatif kolometrik yang cepat (beberapa menit) dan mudah untuk dikerjakan. Uji ini mendeteksi antibody anti *S. Tifoid* 09 pada serum pasien, dengan cara menghambat ikatan antara Ig.M anti 09 yang terkonjugasi pada partikel latex yang berwarna dengan lipopolisakarida *s.tifoid* yang terkonjugasi pada partikel magnetic latek. Hasil positif uji tubex ini menunjukkan terdapat infeksi *sallmonela sorogroup* walau tidak secara spesifik menunjukkan pada *S.tifoid*. infeksi oleh *S.paratyphi* akan memberikan hasil negatif.

e. Uji Ig.M Dipstick

Uji ini secara khusus mendeteksi antibody igM spesifik terhadap *S.typhi* pada spesimen serum atau *whole blood*. Uji ini menggunakan strip yang mengandung antigen lipopolisakarida (LPS) *S,tifoid* anti igM (sebagai kontrol) reagen deteksi yang mengandung antibody anti igM yang dilekati dengan lateks pewarna Cairan membasahi strip sebelum diinkubasi dengan reagen dan serum pasien tabung uji, komponen kelengkapan ini stabil untuk disimpan selama 2 tahun pada suhu 4 sampai 25°C di tempat kering tanpa paparan sinar matahari.

f. Kultur darah

Hasil biakan darah yang positif memastikan demam tifoid akan tetapi hasil negatif tidak menyingkirkan demam tifoid, karena mungkin disebabkan beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Telah mendapatkan terapi antibiotik. Bila pasien sebelum dilakukan kultur darah telah mendapatkan antibiotik, pertumbuhan kuman dalam media biakan akan terhambat dan hasil mungkin akan negative
- 2) Volume darah yang kurang (diperlukan kurang lebih 5cc darah). Bila darah yang dibiak terlalu sedikit hasil biakan bisa negative. Darah yang diambil baiknya secara bedside langsung dimasukkan kedalam media cair empedu (oxgall) untuk pertumbuhan kuman.
- 3) Riwayat vaksinasi. Vaksinasi di masa lampau menimbulkan antibody (agglutinin) ini dapat menekan bakterimia hingga biakan darah dapat negatif.
- 4) Saat pengambilan darah setelah minggu pertama, pada saat agglutinin semakin meningkat.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Mansjoer (2011) dan Smeltzer 2013), komplikasi tifoid dibagi dalam 2 bagian, yaitu:

a. Komplikasi insternal

- 1) Perdarahan usus diketahui dengan pemeriksaan tinja dengan benzidin. Dapat terjadi melena, disertai nyeri perut dengan tanda renjatan.
- 2) Perforasi usus biasa terjadi pada minggu ke tiga bagian distal ileum. Perforasi yang tidak disertai peritonitis terjadi apabila ada udara di hati dan diafragma pada foto rontge abdomen posisi tegak.
- 3) Peritonitis gejala akut abdomen yang ditemukan nyeri perut hebat, dinding abdomen tegang, dan nyeri tekan.

b. Komplikasi eksternal

- 1) Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi perifer (renjatan, sepsis), miokarditis, thrombosis, dan tromboflebitis.
- 2) Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia, atau koagulasi intravaskuler diseminata dan sindrom uremia hemolitik.
- 3) Komplikasi paru : pneumonia, epinemia, dan pleutitis.
- 4) Komplikasi hepar dan kandung kemih : hepatitis dan kolelitis.
- 5) Komplikasi ginjal : glomerulonefritis, pielonefritis, dan perinefritis.
- 6) Komplikasi tulang : osteomielitis, periostitis, spondylitis, dan arthritis.
- 7) Komplikasi neuropsikiatrik : delirium, meningismus, meningitis, feriper, dan sindrom *katstonia*.

2.2 Konsep Anak

2.1.1 Definisi Anak

Menurut UU No. 23 Tahun 2022. Anak adalah seseorang yang belum mencapai usia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan, dan belum pernah menikah. Anak merupakan individu yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhannya khusus baik berbentuk fisik, psikologis, social, dan spiritual (Wulandari & Erawati, 2016).

2.1.2 Tumbuh Kembang Anak

Tumbuh kembang merupakan istilah dari dua peristiwa yang berbeda tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan yaitu perubahan fisik dan bertambahnya sel-sel, organ maupun individu. Sedangkan perkembangan yaitu penambahan kemampuan struktur dan

fungsi tubuh yang lebih kompleks dan adanya proses diferensiasi sel-sel, jaringan, organ dan system organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya (Wulandari, 2016).

2.1.3 Tahapan Tumbuh Kembang Anak

Tahapan tumbuh kembang anak menurut Anggeriyane et al., (2022) dikelompokkan menjadi 6 kategori antara lain:

a. Neonatus (Lahir – 4 Minggu)

Tumbuh – kembang fisik neonatus ditandai dengan menangis, bernapas dengan cepat dan tidak teratur, nadi cepat, tonus otot kuat, bereaksi terhadap stimulasi, dan warna kulit merah muda. Kepala tampak besar dibandingkan dengan badan, wajah bulat dengan tumpukan lemak pada pipi dan rahang bawah, dan dada berbentuk silinder dengan kaki yang tampak pendek jika diperhatikan dalam proporsi tubuh secara keseluruhan. Selama empat minggu pertama kehidupan, berat badan neonatus bertambah 0,5-0,7 kg dengan panjang badan bertambah lebih kurang 2,5 cm dari ukuran ketika baru lahir.

Perkembangan psikososial neonatus secara umum ditandai dengan ketergantungan pemenuhan kebutuhan yang sangat tinggi terhadap kasih sayang, kehangatan, kebersihan, makan minum, dan perlindungan dari orangtuanya. Perkembangan kognitif neonatus pada dasarnya masih bersifat sensorimotorik, yaitu gerakan seperti mengisap dan memegang sesuatu.

b. Bayi (1-12 Bulan)

Tumbuh kembang tercepat terjadi pada masa bayi yang terlihat melalui

peningkatan kendali motorik yang mengikuti prinsip tumbuh kembang, yaitu pola sefalokaudal dan proksimodistal. Koordinasi mata tangan sehingga bayi dapat mengambil dan memegang sesuatu pada usia 6 bulan. Begitu juga pada usia yang sama sudah dapat berguling yang selanjutnya secara bertahap belajar berjalan pada usia sekitar 12 bulan. Perkembangan psikososial pada bayi melibatkan semua aspek utama perkembangan yang penting untuk proses maturasi pada tahap yang lebih lanjut, yaitu perkembangan emosi, kognitif, dan moral. Pada usia 7 hingga 9 bulan, bayi mulai menyadari bahwa dirinya merupakan bagian terpisah dari orang tuanya. Bayi akan menangis jika dipisahkan dari orang tua atau pengasuhnya. Harga diri terbentuk melalui kegiatan fisik dan reaksi orang lain terhadap bayi.

c. *Todler* (1-3 Tahun)

Anak usia *todler* mulai mengembangkan kemandiriannya dengan lebih memahirkan keterampilan yang telah dipelajarinya ketika masih bayi, seperti berjalan, berbicara, dan menyuap makanan sendiri. Keseimbangan tubuh sudah lebih berkembang terutama dalam berjalan yang sangat diperlukan untuk menguatkan rasa otonomi untuk mengendalikan kemauannya sendiri. Tumbuh kembang yang paling nyata pada tahap ini adalah kemampuan untuk mengeksplor dan memanipulasi lingkungan tanpa bergantung pada orang lain. Tampak saling keterkaitan antara perkembangan dan pertumbuhan fisik dengan psikososial.

d. Pra sekolah (3-5 Tahun)

Anak prasekolah telah menguasai keterampilan motorik kasar dan halus, serta sudah mengembangkan kemampuan berkomunikasi baik secara verbal maupun nonverbal. Selama tahap ini, anak terus menghaluskan keterampilannya dan belajar keterampilan lain dalam persiapannya agar dapat meluaskan dunianya ke lingkungan tetangga dan sekolah. Anak prasekolah memfokuskan pengembangan kemampuan motorik halus melalui gerakan, seperti menggunakan pensil dan menggambar. Bermain bersama teman sebaya merupakan media pengembangan keterampilan fisik dan sosial yang paling baik bagi anak pra-sekolah.

e. Usia Sekolah (6-12 Tahun)

1) Pertumbuhan Anak Usia Sekolah

Pertumbuhan fisik anak usia SD bila dibanding dengan masa usia remaja dan usia dini cenderung lebih lambat dan bersifat konsisten.. Tinggi dan berat badan anak secara bertahap terus bertambah, penambahan itu diperkirakan berkisar 2,5 - 3,5 kg dan 5 – 7 cm pertahun. Kaki anak lazimnya menjadi bertambah panjang dan tubuhnya bertambah kurus. Kekuatan fisik umumnya meningkat dua kali lipat. Selain faktor kematangan, unsur latihan juga sangat membantu proses peningkatan dalam kekuatan otot.

2) Perkembangan Anak Usia Sekolah

a) Motorik

Anak Usia 6 Tahun

- (1)Ketangkasan meningkat
- (2)Melompat tali
- (3)Mengetahui kanan dan kiri
- (4)Mungkin bertindak menentang dan tidak sopan

Mampu Anak Usia 7 Tahun

- (1)Mulai membaca dengan lancar
- (2)Cemas terhadap kegagalan

Kadang Malu atau sedih Anak Usia 8 – 9 Tahun

- (1)Kecepatan dan kehalusan aktivitas motorik meningkat
- (2)Ketrampilan lebih individual
- (3)Ingin terlibat dalam sesuatu
- (4)Menyukai kelompok dan mode
- (5)Mencari teman secara aktif.

Anak Usia 10 – 12 Tahun

- (1)Perubahan sifat berkaitan dengan berubahnya postur tubuh yang berhubungan dengan pubertas mulai tampak
- (2)Mampu melakukan aktivitas rumah tangga, seperti mencuci, menjemur pakaian sendiri , dll.
- (3)Adanya keinginan anak unuk menyenangkan dan membantu orang lain
 - Mulai tertarik dengan lawan jenis.
- (4)Anak usia 6-12 tahun memiliki kebiasaan yang kurang baik dalam PHBS. Dimana anak dengan usia ini sering jajan sembarangan dan kurang memperhatikan kebersihan dari makanan dan minuman yang

dikonsumsinya serta anak kurang memperhatikan kebiasaan mencuci tangan.

b) Perkembangan Kognitif

Anak usia 6-12 tahun masuk ke dalam tahap Operasional Konkret yang artinya anak memiliki kecakapan berpikir logis, akan tetapi hanya dengan benda-benda yang bersifat konkret. Anak mampu mengklasifikasi benda dan perintah, menyelesaikan masalah secara konkret dan sistematis berdasar apa yang mereka terima dari lingkungannya. Anak juga dapat berpikir konsep tentang waktu, mengingat kejadian yang lalu, dan menyadari kegiatan yang dilakukan berulang-ulang namun pemahamannya belum mendalam.

c) Perkembangan Bahasa

Anak usia 6 tahun menguasai 2.500 kata dan pada usia 11-12 tahun dapat meningkat hingga 50.000 kata. Tingkat berpikir anak semakin maju dan kritis. Anak akan bertanya mengenai waktu, sebab akibat, mengolah informasi yang ia terima, juga menyatakan ide atau gagasan.

d) Perkembangan Sosial-Emosional

Menurut Erikson, anak usia 6-12 tahun lebih banyak keluar ke lingkungan yang lebih luas. Anak belajar bekerja sama melalui bersaing dengan temannya baik di bidang akademis maupun pertemanan. Anak pun memiliki kebutuhan untuk mendapat tempat dalam kelompok seusianya. Bila ia diterima, akan membangun citra diri positif. Namun, bila terlalu banyak tuntutan dari luar dan anak tidak dapat memenuhinya, akan timbul perasaan rendah diri (*inferior*).

e) Perkembangan Nilai Moral dan Agama

Menurut Kohlberg, anak usia 10-13 tahun, anak mengalami peningkatan keinginan untuk menyenangkan orang lain. Anak pun mulai memahami aturan apa yang harus dilakukan. Seperti dalam Islam usia 7 tahun anak diajak salat, belajar berwudhu dengan benar, menjaga diri dari najis dan hal – hal yang membatalkan shalat (Helena, 2022).

f. Remaja (12-18 Tahun)

Pertumbuhan fisik yang terjadi pada anak usia remaja putri tingginya bertambah 5 cm sampai 20 cm dan berat bertambah 7 kg hingga 25 kg yang dialami 2 tahun lebih awal daripada remaja putra. Pengaruh hormonal pada pertumbuhan dan perubahan fisik remaja sangat nyata terutama pada fungsi seksual atau karakteristik seks sekunder. Pertumbuhan reproduktif berakhir pada usia 17 tahun. Kelompok sebaya memberi pengaruh utama dalam kehidupan remaja. Remaja menjadi lebih mandiri dan sering kali merasa bingung dengan perilaku orang tuanya.

Tugas psikososial pada masa ini adalah mengembangkan identitas kelompok dan rasa identitas pribadi dan menjalin hubungan personal yang akrab, baik dengan teman pria maupun teman wanita. Proses pengembangan identitas diri merupakan fenomena yang kompleks yang mencerminkan keturunan, nilai keluarga, pengalaman kehidupan masa lalu, Orang tua perlu memahami konflik yang pada umumnya dialami remaja, yaitu konflik antara keinginan untuk menunjukkan identitas dirinya melalui kemandirian dengan perasaan masih

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Faktor yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak menurut Wulandari (2016), yaitu:

a. Faktor Genetik

Merupakan faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan. Adapun yang termasuk kedalam faktor ini antara lain:

1) Faktor bawaan yang abnormal atau patologis, seperti kelainan kromosom (*Sindrom Down*), kelainan bibir sumbing.

2) Jenis kelamin

Anak dengan jenis kelamin laki-laki pada umumnya pertumbuhannya lebih cepat daripada anak perempuan. Namun dari segi kedewasaan perempuan lebih dini, dimana *adolesensi* perempuan pada umur 10 tahun sedangkan laki-laki 12 tahun.

3) Keluarga, dijumpai dalam satu keluarga ada yang tinggi dan ada yang pendek.

4) Umur, kecepatan pertumbuhan yang paling besar ditentukan pada masa fetus, masa bayi, dan masa *adolisensi* (remaja)

b. Faktor Internal

Faktor internal sendiri terdapat dalam diri anak yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan antara lain, kecerdasan (*IQ*), hormonal (hormon Somatotropin, hormon *Tyroid*, hormon *Gonadotropin* atau hormon *Seks*), pengaruh emosi, dan proses maturase atau pematangan kepribadian anak.

c. Faktor Eksternal

1) Lingkungan *pra-natal*

Pertumbuhan dan perkembangan pada janin dapat dipengaruhi oleh gangguan gizi, gangguan endokrin pada ibu (diabetes melitus), ibu yang mengalami *rubella*, *toxoplasmosis*, *sifilism*, dan herpes.

2) Lingkungan *post-natal*

Lingkungan setelah bayi lahir yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan antara lain status gizi, budaya, lingkungan, status sosial dan ekonomi, iklim atau cuaca, olahraga, posisi anak dalam keluarga, status kesehatan anak.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, pisiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2017).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan oleh karena itu pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi.

1. Identitas

- a. Identitas Klien: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk, tanggal pengkajian, ruang rawat, no medrek, diagnosa medis dan alamat.
- b. Identitas Penanggung Jawab: Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Fokus pada apa yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. Pada klien tifoid dengan keluhan demam, dimana pada minggu pertama demam dirasakan pada malam hari dan turun pada pagi hari. Pada minggu kedua klien terus ada apa keadaan demam dan minggu ketiga demam berangsur-angsur turun dan normal. Dan biasanya demam disertai dengan nyeri kepala, nyeri otot, mual, muntah dan juga nafsu makan berkurang.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Merupakan kondisi pasien dari awal keluhan sampai dirawat di rumah sakit. Berkaitan dengan keluhan utama yang dijabarkan dengan PORST yang meliputi hal-hal yang meringankan dan memberatkan.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien dengan tifoid biasanya di dapat riwayat pernah kontak dengan penderita penyakit tifoid atau mengkonsumsi makanan yang terbuka.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan yang diderita klien saat ini dan apakah ada keluarga klien yang mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit. (Dermawan,2018).

a. Keadaan umum

Kesadaran komposmentis atau terjadi penurunan kesadaran, klien tampak lemah

b. TTV

- 1) Tekanan Darah : Meningkat dengan sistol ≥ 140 dan diastolic ≥ 100 .
- 2) Nadi : Meningkat > 100 x/menit
- 3) Respirasi : Meningkat > 24 x/menit
- 4) Suhu : Suhu tubuh tinggi $> 37,5$ °C

c. Kepala

Pada pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah. Biasanya pada pasien typhoid umumnya bentuk kepala normal cephalik, rambut tampak kotor dan kusam.

d. Mata

Pada pemeriksaan mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, konjungtiva, cornea, ketajaman pengelihatan. Pada pasien typhoid dengan serangan berulang umumnya pupil tampak isokor, reflek pupil positif, konjungtiva anemis, adanya kotoran atau tidak.

e. Hidung

Pada pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent. Ada tidaknya nyeri pada saat sinus ditekan.

f. Telinga

Pada pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran. Pada pasien typhoid umumnya simetris, ada tidaknya serumen/kotoran telinga.

g. Leher

Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada pasien typhoid umumnya kaku kuduk jarang terjadi, ada tidaknya bendungan vena jugularis, ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan ada tidaknya deviasi trakea.

h. Thorax

1) Paru – paru

Pada pemeriksaan thorax meliputi inspeksi (tampak atau tidak penggunaan otot bantu nafas diafragma, tampak rektaksi interkosta,

peningkatan frekuensi pernafasan, sesak nafas), palpasi (taktil fremitus teraba sama kanan dan kiri, taktil fremitus teraba lemah), perkusi (terdengar suara sonor pada ICS 1-5 dextra dan ICS 1-2 sinistra)), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan). Jika terjadi nyeri frekuensi napas cenderung meningkat lebih dari 24x/menit, jalan napas bersih, irama napas vesikuler, gerakan dada simetris kiri dan kanan. Pada pasien dengan anestesi umum biasanya ada keluhan batuk tapi tidak semua.

2) Jantung

Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus cordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (bunyi jantung).

i. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen di temukan perut kembung.

j. Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia pada pasien typhoid adanya hemoroid atau tidak, bersih atau kotor, terdapat pendarahan atau tidak, terdapat massa atau tidak, pada pasien typhoid umumnya tidak terdapat hemoroid atau peradangan pada genetalia kecuali pasien yang mengalami komplikasi penyakit lain.

k. Anus

Pada pemeriksaan anus diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap, hemoglobin menurun, leukosit menurun, uji widal positif, dan LED meningkat.

2.3.2 Analisa Data

Tabel 2.1. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Mayor</p> <p>DS:</p> <p>Keluarga klien mengatakan anaknya demam</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien akan mengeluh demam naik turun terutama saat menjelang sore - malam Klien akan mengeluh tubuhnya berkeringat banyak <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak lemah Dalam pemeriksaan suhu tubuh dapat terjadinya peningkatan suhu tubuh Frekuensi nadi yang meningkat Pola pernafasan yang cepat dan dangkal Akral hangat Kulit tampak kemerahan 	<p>Kuman salmonella typhi yang masuk ke usuh halus yang menyebabkan peradangan masuknya bakteri kedalam sirkulasi darah yang menyebabkan bakteri tersebut mengeluarkan endotoksin. Sehingga akan merangsang sintesis dan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang impuls tersebut disampaikan pada hipotalamus bagian termoregulasi melalui duktus torasikus sehingga terjadilah peningkatan suhu tubuh.</p>	Hipertermi
2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien akan mengeluh tidak nafsu makan Klien akan mengeluh lidahnya terasa pahit <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Porsi makan habis Penurunan berat badan Kurang minat ada 	<p>Anoreksia dan demam yang terlalu lama, menyebabkan kurangnya makanan yang masuk ke usus halus yang menyebabkan penurunan nutrisi atau cairan sehingga kebutuhan nutrisi yang penting untuk masa penyembuhan berkurang. Dan adanya tukak-tukak</p>	Nyeri Akut

	<p>makanan</p> <p>d. Lidah kotor</p> <p>e. Kurang makanan</p> <p>3 DS :</p> <p>a. Klien akan mengeluh badannya terasa lemas dan tidak bertenaga</p> <p>b. Klien akan mengeluh kepalanya terasa pusing</p> <p>c. Klien akan mengeluh lemas saat melakukan aktifitas di tempat tidur</p> <p>DO :</p> <p>a. Klien tampak lemah</p> <p>b. ADL di bantu</p> <p>c. Aktivitas terbatas</p> <p>d. Terdapat penurunan kekuatan otot</p> <p>e. Klien tampak terbaring terus di tempat tidur</p>	<p>pada usus halus yang menyebabkan penurunan kemampuan absorpsi makanan sehingga sari-sari makanan tidak di serap dengan baik.</p> <p>Keadaan fisik yang lemah akibat peningkatan suhu tubuh menyebabkan kemampuan untuk beraktifitas dibatasi karena pada penyakit tifoid harus bedrest total.</p>	Keletihan
	<p>4 DS :</p> <p>a. Klien akan mengeluh sulit tidur</p> <p>b. Klien akan mengeluh sering terbangun</p> <p>c. Klien akan mengeluh kepalanya terasa pusing</p> <p>DO :</p> <p>a. Klien tampak lemas</p> <p>b. Konjungtiva pucat</p> <p>c. Sering terbangun waktu tidur</p> <p>d. Wajah klien tampak sayu</p>	<p>Stimulasi demam dapat mengaktifkan noreplephrine dan saraf simpatis terangsang untuk memasuki RAS sehingga pasien terjaga</p>	Resiko Defisit Nutrisi

2.3.3 Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

Menurut Nuralif (2015) diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami tifoid antara lain;

- a. Hipertermi berhubungan dengan adanya proses infeksi salmonella tifoid.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
- c. Keletihan berhubungan dengan kelemahan
- d. Resiko deficit nutrisi berhubungan dengan anoreksia

1. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2019). Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2018).

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Hipertermia b.d imflamsai penyakit</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan anaknya demam <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh di atas nilai normal (37,5°C) - Kulit kemerahan - Kejang - Takikardi - Takipnea - Kulit teraba hangat 	<p>Termoregulasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan</p> <p>Termogulasi klien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah menurun 2. Takikardi menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Menggigil (-) Ttv di batas normal 	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan yang dingin 6. Longarkan atau lepaskan pakaian 7. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 8. Ganti linen jika klien mengalami kringat berlebih 9. Lakukan kompres hangat di daerah (dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pemberian obat, cairan dan elektrolit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab hipertermia klien 2. Megetahui suhu tubuh klien 3. Mengetahui kadar elektrolit klien 4. Mencegah kondisi memburuk 5. Supaya tidak memperburuk hipertermi 6. Membantu menurunkan suhu tubuh 7. Menurunkan demam klien 8. Supaya klien nyaman 9. Menurunkan suhu tubuh 10. Meminimalisir kerusakan fungsi organ 11. Menurunkan demam klien
2.	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan:</p>	<p>Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi dan krakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui seberapa

	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - Nafsu makan berubah 	<p>menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pemberian analgetik 	<p>kuat nyeri yang dirasakan oleh klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk seberapa berat nyeri yang dirasakan klien 4. Untuk mengetahui seberapa berat nyeri mengganggu klien 5. Untuk membantu klien mengurangi nyeri dan membantu klien agar tetap rileks 6. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien 7. Agar istirahat dan tidur klien bisa terpenuhi 8. Agar klien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan oleh klien 9. Supaya klien dapat mengontrol nyeri secara mandiri 10. Untuk mengurangi rasa nyeri pasien 11. Untuk membantu meredakan dan mengurangi nyeri
3.	<p>Keletihan b.d kelemahan dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p>	<p>Toleransi Aktivitas</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Toleransi aktivitas meningkat</p>	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelemahan 2. Monitor kelemahan fisik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab kelemahan 2. Mengetahui kelemahan fisik klien 3. Mengetahui pola tidur klien

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien merasa kurang tenaga - Mengeluh lelah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu mempertahankan aktivitasa rutin - Tampak lesu - Kebutuhan istirahat meningkat 	<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi membaik 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat 3. Keluhan lemah menurun 4. Perasaan lemah menurun 5. Ttv di batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor pola tidur 4. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan yang nyaman 6. Lakukan latihan rentan gerak pasif atau aktif 7. Berikan aktivitas diktraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi dengan ahli gizi 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengetahui lokasi yang tidak nyaman klien saat melakukan aktivitas 5. Supaya klien nyaman melakuak aktivitas 6. Melatih gerak klien agar bis amelakukan kativitas secar abertahap 7. Supaya klien tenang 8. Supaya klien tidak berbaring ditempat tidur terus 9. Meminimalisir kerusakan fungsi organ 10. Supaya klien mandiri dalam melakukan aktivitas 11. klien tau car amengatasi kelelahan 12. Meningkatkan asupan maknan klien
--	---	--	--	---

4.	<p>Resiko defisit nutrisi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan mencerna makanan - Nafsu makan menurun - Mukosa bibir pucat - Lidah tampak kotor - Mual dan muntah 	<p>Status Nutrisi</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi klien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Tidak ada mual 3. Membrane mukosa membaik 4. Ttv dibatas normal 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi 3. Monitor berat badan 4. Moitor hasil pemeriksaan labolatorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan makanan tinggi serat 6. Berikan makana tinggi kalori dan protein 7. Berikan suplemen makan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan posisi duduk 9. Ajarkan diet yang deprogram <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi dengan ahli gizi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status nutrisi klien 1. Mengetahui kebutuhan kalori dan nutrisi klien 2. Mengetahui berat badan klien 3. Mengetahui hasil lanolatorium klien 4. Mencegah konstipasi 5. Untuk mencegah mual 6. Menambah nafsu makan klien 7. Meningkatkan nafsu makan 8. Supaya tidak memperburuk kondisi klien 9. Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan klien
----	---	--	--	--

Sumber : (SIKI, 2018; SLKI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari intervensi untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi sendiri yaitu membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan mempalisitasi klien (Febriyanto, 2022).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Febriyanto, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai sesuai dengan tujuan yang telah dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subjektif), O (objektif), A (analisis), P (perencanaan terhadap analisis) (Febriyanto, 2022).

2.4 Evidence Base Practice (EBP)

2.4.1 Pengertian EBP

Evidence based practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu *up to date* atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Pentingnya *evidence based practice* dalam kurikulum undergraduate juga dijelaskan didalam (Sin & Bleques, 2017 dalam Novi 2019) menyatakan bahwa pembelajaran *evidence based practice* pada *undergraduate student* merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai *registered nurses* (RN).

2.4.2 Tujuan EBP

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2012 dalam nofi 2019).

2.4.3 Langkah Dalam Membuat EBP

1. Menumbuhkan semangat menyelidiki
2. Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/PICOT format.
3. Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling

relevan dengan PICO/PICOT.

4. Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian) paling relevan dengan PICO/PICOT
5. Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan. Satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya.
6. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.
7. Menyebarkan hasil dari EBP.

2.4.4 Analis Jurnal Terkait

Demam typhoid merupakan penyakit yang di sebabkan oleh bakteri salmonella typhi. Demam typhoid atau yang lebih sering di sebut tipes adalah penyakit infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh bakteri Salmonella typhoia. Bakteri ini di tularkan melalui makanan dan minuman. Bakteri Samonella di temukan dalam tinja dan air kemih penderita. Mencuci tangan tidak bersih setelah buang air besar atau air kecil meningkatkan resiko tertularnya penyakit ini. Selain itu, lalat merupakan carrier (pembawa) yang dapat memindahkan bakteri secara langsung dari tinja makanan (Swasanti, 2013). Gejala yang terjadi pada penderita demam typhoid biasanya peningkatan suhu di atas normal atau hipertermi, Menurut Herdman (2017)hipertermia merupakan peningkatan suhu tubuh di atas normal yang di tandai adanya suhu tubuh meningkat, kulit kemerahan, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat, adanya konvulsi. Untuk menurunkan hipotermi

biasanya dilakukan tindakan kompres hangat Menurut Irwanti (2015) kompres hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh. Pemberian kompres hangat pada aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak.

Firda Nofitasari, Wahyuningsih (2019) yang melakukan penelitian tentang “Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Dengan Demam Typoid” menyatakan hasil studi kasus pasien I dan pasien II terjadi penurunan suhu tubuh. jadi dapat disimpulkan bahwa terapi kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh pada anak demam typoid yang mengalami hipertermia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Baig Fitrihan Rukmana dkk (2022) yang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Typhoid Fever” hasil penelitian menunjukkan Hasilnya data tidak berdistribusi normal sebab nilai signifikansi pre-test = 0.017 dan nilai signifikansi post-test = 0.000. Keduanya lebih kecil dari 0.05. Jadi, analisis lanjut menggunakan uji Wilcoxon diperoleh p value = 0,000 atau $p < 0,05$ yang berarti ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever di Puskesmas Pringgarata.

Hasil penelitian Rahmalia Maharningtyas, Dewi Setyawati (2021) “Penerapan

kompres air hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid” menyatakan bahwa kompres dengan air hangat dapat menurunkan suhu tubuh anak demam karena tubuh dapat melepaskan panas melalui empat cara yaitu radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi. Pada proses kompres hangat ini merupakan pelepasan panas melalui cara evaporasi yaitu dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan agar pembuluh darah tepi kulit melebar hingga pori-pori terbuka yang memudahkan pengeluaran panas dalam tubuh.

Adapun hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati Mohamad (2019), tentang “Efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam Pada Pasien Typhoid Abdominalis Di Ruang G1 Lt.2 RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo” dengan Metode penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen. Jumlah responden sebanyak 19 orang, yang diobservasi sebelum dan setelah dilakukan tindakan kompres hangat. Penelitian ini menggunakan metode purposive sampling, dengan menggunakan kriteria inklusi. Analisis data pada penelitian ini menggunakan uji statistik “Sign test.” Mendapatkan hasil nilai $\sum b(x ; n, p) < 0,05$ ($0,0318 < 0,05$). Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa: pernyataan H_0 ditolak, yang artinya pernyataan bahwa tindakan kompres hangat dapat menurunkan demam pada pasien demam typhoid dapat diterima.

Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yanti Wulandari, Arif Nuriman (2022). Tentang “Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Typhoid” yang memperoleh hasil

rata-rata suhu tubuh sebelum dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara 37,8°C - 39°C. Rata-rata suhu tubuh sesudah dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara 36°C - 37,27 °C. Penerapan kompres hangat efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan typhoid dengan nilai p-value < 0,05.

Dari beberapa hasil penelitian diatas yang menyatakan bahwa pemberian kompres hangat dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan suhu pada anak yang menderita demam typhoid.

2.5 Konsep Kompres Hangat

2.5.1 Definisi kompres hangat

Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu yang memerlukan (Prihandhani,2016). Terapi kompres hangat merupakan tindakan dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Sultoni, 2018).

Menurut Yepi (2017) kompres hangat yaitu memberikan rasa hangat untuk memenuhi kebutuhan untuk rasa nyaman. Membebaskan atau mengurangi rasa nyeri. Mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu.

2.5.2 Manfaat Kompres Hangat

Manfaat kompres hangat stimulasi kompres panas atau hangat dapat menimbulkan respon fisiologis yang berbeda. Pada umumnya kompres panas atau hangat berguna untuk pengobatan, meningkatkan aliran darah ke bagian yang cedera. Manfaat diberikannya kompres hangat adalah sebagai berikut : (Potter & Perry, 2018)

1. Respon fisiologi pada vasodilatasi memberikan keuntungan yaitu untuk meningkatkan aliran darah ke bagian tubuh yang mengalami cedera, meningkatkan pengiriman nutrisi dan pembuangan zat sisa, mengurangi kongesti vena di dalam jaringan yang mengalami cedera.
2. Pada viskositas darah menurun, sehingga meningkatkan pengiriman leukosit dan antibiotik ke daerah luka.
3. Ketegangan otot menurun, menyebabkan meningkatnya relaksasi otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan.
4. Metabolisme jaringan meningkat, menyebabkan meningkatnya aliran darah dan memberikan rasa hangat local
5. Permeabilitas kapiler meningkat yang menyebabkan meningkatnya pergerakan zat sisa dan nutrisi.

2.5.3 Satuan Operasional Prosedur (SOP) Kompres Hangat

1. Pengertian Kompres Hangat

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian

tubuh yang dilakukan kompres.

2 Tujuan

- a. Memperlancar sirkulasi darah
- b. Menurunkan suhu tubuh
- c. Mengurangi rasa sakit
- d. Memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang pada klien
- e. Memperlancar pengeluaran eksudat
- f. Merangsang peristaltik usus

3 Indikasi

- a. Klien yang kedinginan (suhu tubuh rendah)
- b. Spasme otot
- c. Adanya abses, hematoma
- d. Klien dengan nyeri

4 Alat Dan Bahan

- a. Baskom berupa air hangat dengan suhu 37- 40 C
- b. Handuk/ waslap
- c. Handuk pengering
- d. Termometer

5 Prosedur Tindakan

- a. Beritahu klien, dekatkan alat
- b. Cuci tangan
- c. Atur posisi klien

- d. Ukur suhu tubuh klien
- e. Basahi waslap dengan air hangat, peras lalu letakkan pada punggung bagian bawah
- f. Tutup waslap yang digunakan untuk kompres dengan handuk kering agar air tidak menetes
- g. Apabila kain terasa kering atau suhu kain menjadi rendah, masukkan kembali waslap pada air hangat
- h. Lakukan berulang selama 20 menit
- i. Setelah selesai, keringkan punggung bagian bawah yang basah dengan handuk kering

6. Evaluasi

- a. Respon klien
- b. Kompres terpasang dengan benar
- c. Skala nyeri klien menurun

7. Dokumentasi

- a. Waktu pelaksanaan
- b. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi.

BAB III
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan kasus

3.1.1 Pengkajian

a. Identitas klien

Nama : An. A
Tanggal lahir : 12-07-2012 (10 tahun 8 bulan)
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : SD
Agama : Islam
Status perkawinan : Belum kawin
Alamat : Sirnajaya RT/RW 03/15 Tarogong Kaler
Diagnos medis : *TYPHOID*
No RM : 01355401
Tanggal masuk : 02-04-2023
Tanggal pengkajian : 03-04-2023

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. K
Umur : 40 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Sirnajaya RT/RW 03/15 Tarogong Kaler

Hubungan dengan klien : Ibu klien

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Ibu klien mengatakan anaknya demam

2) Riwayat kesehatan sekarang

Klien demam sejak 2 minggu yang lalu, saat dikaji klien masih demam dengan suhu 38,7°C, kulit teraba hangat, tampak kemerahan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Ibu klien mengatakan keluhan serupa berulang setahun yang lalu tetapi tidak dibawa ke unit pelayanan kesehatan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit serupa dan tidak mempunyai penyakit keturunan.

5) Riwayat kehamilan dan persalinan

a) Prenatal

Ibu klien mengatakan usia kehamilan 38 minggu, anak ke 3 dari 3 bersaudara, ibu klien mengatakan melakukan ANC 6x selama hamil.

b) Intranatal

Ibu klien mengatakan klien lahir pada jam 10:00 WIB di bidan dengan jenis persalinan spontan, dan ibu klien mengatakan tidak

ada komplikasi saat lahir.

c) Post-natal

Ibu klien mengatakan bayi langung menangis, berat badan saat lahir 2,3kg, panjang badan 50cm bayi BAB dan BAK.

6) Riwayat imunisasi

Ibu klien mengatakan sudah memberikan imunisasi lengkap pada anaknya dan sesuai dengan usia klien.

Tabel 3.1 Riwayat imunisasi

No	Jenis Imunisasi	Usia Saat di Imunisasi
1	Hepatitis B	0 bulan
2	BCG	1 bulan
3	Polio	1,2,3, dan 4 bulan
4	DPT	2,3,4, dan 18 bulan
5	Campak	9 bulan
6	Campak ulang	18 bulan

7) Pertumbuhan dan perkembangan

Riwayat pertumbuhan dan perkembangan pada An. A dengan usia sekolah (10 tahun) :

a) Pertumbuhan

Menurut ibu klien berat badan lahir 2,3kg dan pada saat di kaji berat badan klien 30kg, tinggi badan 125cm, lingkar kepala 55cm, lingkar dada 51cm dan lingkar lengan atas 23cm.

b) Perkembangan

Perkembangan motorik kasar: klien bisa bersepeda, berolahraga, dan berlari. Sedangkan dalam motorik halus: klien bisa menulis

tanpa merangkai huruf, klien menguasai keterampilan seperti menyanyi dan berpuisi.

c) Antropometri

Berat badan sebelum sakit : 30kg

Berat badan saat di kaji : 30kg

Tinggi badan : 125cm

Rumus BMI (*body mass indeks*)

$$BMI = \frac{BB(kg)}{(TB(m))^2}$$

Nilai normal BMI : 18,5-24,99

$$BMI = \frac{30}{(1,25)^2} = 19,23$$

d. Pola nutrisi dan aktivitas sehari-hari

Tabel 3.2 Pola nutrisi dan aktivitas sehari hari

No.	Pola aktivitas	Sebelum masuk RS	Selama di RS
1	Pola nutrisi		
	a. Pola makan		
	Jenis	Nasi dan lauk pauk	Bubur
	porsi	1 porsi	½ porsi
	Frekuensi	3x/ hari	3x/ hari
	Keluhan	Mual	Mual
	b. Pola minum		
	Jenis	Air putih/the	Air putih
	Porsi	± 2 L	± 2 L
	keluhan	Tidak ada	Tidak ada

2	Pola eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Keluhan b. BAK Frekuensi Warna keluhan	1-2x/ hari Lembek Khas feses Tidak ada 3-4x/ hari Kuning pucat Tidak ada	1-2x/ hari Lembek Khas feses Tidak ada 3-5x/ hari Kuning cerah Tidak ada
3	Pola istirahat tidur Siang Malam keluhan	1-2 jam ± 5-6 jam Tidak ada	3-4 jam ± 4-5 jam Sering terbangun
4	Personal hygiene Mandi Sikat gigi Keramas Ganti baju	2x/ hari 2x/ hari 1x/ hari 2x/ hari	Tidak mandi 1x/ hari Tidak pernah 1x/ hari
5	Aktivitas sehari-hari	Semua aktivitas dilakukan sendiri	Semua kebutuhan dipenuhi oleh keluarga dan perawat

e. Psikologi dan spiritual

1) Psikologi

Klien mengatakan takut kondisinya semakin parah dan tidak bisa masuk sekolah

2) Spiritual

Klien mengatakan beragama islam. Dan klien mengatakan jika di rumah selalu di biasakan sholat 5 waktu oleh ayahnya.

f. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis

b. Tanda-tanda vital

TD : 94/59 mmHg

Nadi : 120x/ menit

Respirasi : 20x/ menit

SPO2 : 99%

Suhu : 38,7°c

c. Pemeriksaan head to to

a) Kepala

Bentuk kepala normal

a. Rambut

Warna rambut hitam, panjang, bersih, tidak berketombe, di kulit kepala tidak ada luka dan rambut klien rontok.

b. Muka

Bentuk muka oval, agak pucat

c. Mata

Mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis

d. Hidung

Hidung simetris, tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada polip dan fungsi penciuman baik.

e. Mulut, gigi dan lidah

Mulut simetris, mukosa bibir tampak kering, nafas berbau tidak sedap, lidah tampak kotor

f. Telinga

Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada luka dan fungsi pendegaran baik

g. Leher

Bersih, tidak ada lesi, leher dapat digerakan ke segala arah, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan tidak ada peningkatan *jugularis venous pressure (JVP)*

1. Thorax

Bersih, simetris, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak ada nyeri tekan.

a. Paru-paru

Fremitus taktil teraba sama kanan dan kiri, irama nafas regular, terdengar sonor di kedua lapang paru dan suara nafas veskuler.

b. Jantung

Ictus cordis teraba di intercostal 5, bunyi jantung S1 S2 (lup dup) dan iramanya regular.

2. Abdomen

Bising usus terdengar kuat dengan frekuensi 11x/menit perkusi abdomen daerah usus terdengar timpani sedangkan pada daerah hepar dan limpa terdengar dullness (redup)

3. Ekstermitas

a. Ekstremitas atas

Simetris, tidak ada edema, tidak ada varices, rentang gerak terbatas, terpasang infus ringer laktat 20 tetes/menit di ekstermitas atas bagian kiri. Keadaan kuku bersih, tidak ada sianosis, tugor kulit baik, reflek bisep (+) pada ekstremitas kanan dan kiri, refleks trisep (+) pada ekstremitas kanan dan kiri. Kekuatan otot

4		4
—————		

b. Ekstremitas bawah

Simetris, tidak ada luka, kuku bersih, tidak ada varices, tidak ada sianosis, tugor kulit baik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tanda homan (-) reflek patella (+), kekuatan otot

4		4
—————		

4. Genetalia, dan anus

Tidak terpasang alat bantu seperti cateter, pada anus tidak terdapat hemoroid.

g Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Nama : An.A Tanggal : 03-04-2023

Usia : 10 tahun

Tabel 3.3
Pemeriksaan laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13,6	g/dl	11,5-13,5
Hematokrit	37	%	35-45
Jumlah leukosit	5.200	/mm ³	4.500-13500
Jumlah trombosit	155.00	/mm ³	15.00-440.00
Jumlah eritrosit	4.56	Juta/mm ³	443-602
KIMIA KLINIK			
GDS	94	mg/dl	< 140
SGOT	28	u/L	0-31
SGPT	29	u/L	< 51
IMUNOLOGI			
Dengue 19g	Negatif		Negatif
Dengue 19n	Negatif		Negatif
Tubek	Positif (8)		Negatif
WIDAL			
Anti.S. Thypi H	1/160		Negatif
Anti.S. Thypi O	1/320		Negatif

Sumber: Rekam medik

h. Therapy Medis

Tabel 3.4
Therapy obat

Nama obat	Dosis	Jalur pemberian
Infus asering	20 tpm	IV
Ceftriaxone	2x1 gr	IV
Omeprazole	1x400 mg	IV
Ondansetron	2x4 mg	IV
Paracetamol	3x500 mg	IV (Panas)
Dexametason	3x3 mg	IV

i. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

Data	Etiologi	Problem
DS : Ibu klien mengatakan anaknya demam DO : 1. Demam, suhu 38,7°C 2. Kulit kemerahan 3. Menggigil 4. Kulit terasa hangat	<i>Salmonella typhi</i> Saluran pencernaan <i>Lamonia profia</i> Inflamasi Demam ↓ Hipertermia	Hipertermia
DS : - Klien mengatakan lemah, dan tidak kuat duduk DO : - Klien lemah - Semua kebutuhan klien dipenuhi oleh keluarga dan perawat - Nadi 120x/ menit (Takikardi) - Tangan kanan terpasang infus 4 5 5 5	<i>Salmonella thypi</i> ↓ Saluran pencernaan ↓ <i>Lamania profia</i> ↓ Lemah ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas

<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan menurun - Berat badan 30 kg - Mual - Nafas dan mulut berbau tidak sedap - Lidah tampak kotor 	<p><i>Salmonella thypi</i></p> <p>Saluran pencernaan</p> <p>Imflamasi</p> <p>Penurunan nafsu makan</p> <p>↓</p> <p>Mual</p> <p>↓</p> <p>Resiko defisit nutrisi</p>	<p>Resiko defisit nutrisi</p>
--	--	-------------------------------

a. Diagnosa Keperawatan

- 1) Hipertemia berhubungan dengan imflamasi penyakit.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- 3) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kehilangan nafsu makan

3.1.2 Intervensi keperawatan

Tabel 3.6
Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Hipertermia b.d imflamsai penyakit</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya demam <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam, suhu 38,7°c - Kulit kemerahan - Menggigil - Kulit teraba hangat 	<p>Termoregulasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Termogulasi klien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah menurun 2. Takikardi menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Menggigil (-) 5. Ttv di batas normal 	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan yang dingin 6. Longarkan atau lepaskan pakaian 7. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 8. Ganti linen jika klien mengalami kringat berlebih 9. Lakukan kompres hangat di daerah (dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pemberian obat, cairan dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab hipertermia klien 2. Megetahui suhu tubuh klien 3. Mengetahui kadar elektrolit klien 4. Mencegah kondisi memburuk 5. Supaya tidak memperburuk hipertermi 6. Membantu menurunkan suhu tubuh 7. Menurunkan demam klien 8. Supaya klien nyaman 9. Menurunkan suhu tubuh 10. Meminimalisir kerusakan fungsi organ 11. Menurunkan demam klien

2.	<p>Keletihan kelemahan b.d</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemah, lesu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien lemah - Semua kebutuhan klien dipenuhi oleh keluarga dan perawat - Nadi 120x/menit(Takikardi) - Tangan kanan terpasang infus <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> </tr> </table> </p>	4	5	5	5	<p>Toleransi Aktivitas</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi membaik 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat 3. Keluhan lemah menurun 4. Perasaan lemah menurun 5. Ttv di batas normal 	<p>elektrolit</p> <p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelemahan 2. Monitor kelemahan fisik 3. Monitor pola tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan yang nyaman 6. Lakukan latihan rentan gerak pasif atau aktif 7. Berikan aktivitas diktraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi dengan ahli gizi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab kelemahan 2. Mengetahui kelemahan fisik klien 3. Mengetahui pola tidur klien 4. Mengetahui lokasi yang tidak nyaman klien saat melakukan aktivitas 5. Supaya klien nyaman melakukan aktivitas 6. Melatih gerak klien agar bisa melakukan aktivitas secara bertahap 7. Supaya klien tenang 8. Supaya klien tidak berbaring ditempat tidur terus 9. Meminimalisir kerusakan fungsi organ 10. Supaya klien mandiri dalam melakukan aktivitas 11. klien tau cara mengatasi kelelahan
4	5							
5	5							

3.	<p>Resiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan menurun - Bibir pucat - Mual - Berat badan 30 kg - Nafas dan mulut berbau tidak sedap - Lidah tampak kotor 	<p>Status Nutrisi Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi klien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Tidak ada mual 3. Membrane mukosa membaik 4. Ttv dibatas normal 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi 3. Monitor berat badan 4. Monitor asupan makan 5. Moitor hasil pemeriksaan labolatorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan makanan tinggi serat 7. Berikan makana tinggi kalori dan protein 8. Berikan suplemen makan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan posisi duduk 10. Ajarkan diet yang diprogram <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi dengan ahli gizi 	<p>12. Meningkatkan asupan maknan klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status nutrisi klien 2. Mengetahui kebutuhan kalori dan nutrisi klien 3. Mengetahui berat badan klien 4. Mengetahui asupan makan klien 5. Mengetahuihasil lanolatorium klien 6. Mencegah konstipasi 7. Untuk mencegah mual 8. Menambah nafsu makan klien 9. Meningkatkan nafsu makan 10. Supaya tidak memperburuk kondisi klien 11. Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan klien
----	---	--	---	---

3.1.3 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.7
Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa keperawatan	Waktu dan tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Hipertermia b.d inflamasi penyakit	03-04-2023 08.00 08.15 09.00	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab hipertermia Memonitor suhu tubuh Melongarkan pakaian klien Melakukan kompres hangat kepada klien Menganti linen Menganjurkan tirah baring Berkolaborasi pemberian obat dan memberikan obat <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxone 2x1 gr (IV) Paracetamol 3x500 mg (IV) Dexamethasone 3x3 mg (IV) 	<p>Jam 13.30</p> <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya masih demam</p> <p>O : - Suhu tubuh 38,5°C - N: 102x/menit - Kulit kemerahan - Tidak menggigil - Kulit teraba hangat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,5</p>	Shalma
2	Keletihan b.d kelemahan	03-04-2023 09.10-10.10	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab Memonitor kelemahan fisik Melatih rentan gerak Memfasilitasi duduk ditempat tidur Mengajarkan latihan gerak Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Berkolaborasi dengan ahli gizi 	<p>S : Klien mengatakan lemas</p> <p>O : - Klien lemah - Semua kebutuhan dipenuhi keluarga dan perawat - Nadi 99x/ menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Shalma
3	Resiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun	03-04-2023 10.20-11.15	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi status nutrisi Memonitor berat badan klien Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium Memberikan suplemen makan Mengajarkan diet 	<p>S : Klien mengatakan masih mual</p> <p>O : - Bibir klien pucat - Mual - Berat badan 30 kg</p> <p>A :</p>	Shalma

			terprogram 6. Berkolaborasi dengan ahli gizi 7. Meberikan obat - Omeprazole 2x1 gr (IV) - Ondansetrone 2x4 mg (IV)	Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	---	--

3.1.4 Catatan Perkembangan

2Nama :An.A

Tanggal lahir: 12-07-2012 (10 tahun 8 bulan)

Alamat : Sirnajaya RT/RW 03/15 Tarogong Kaler

No RM : 01355401

Tabel 3.8
Catatan Perkembangan

NO	Diagnosa Keperawatan	Waktu dan tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1.	Hipertermia b.d imflamasi penyakit	04-04-2023 Dinas pagi	S : Klien mengatakan demam O : - Nadi 96x/ menit - Kulit kemerahan - Suhu 37,8°C - Akral teraba hangat A : Hipertermia P : - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh - Longarkan pakaian klien - Lakukan kompres hangat kepada klien - Kolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Berikan Ceftriaxone 2x1gr (IV) - Berikan Paracetamol 3x500 mg (IV) - Berikan Dexamethasone 3x3 mg (IV) I : - Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memoonitor suhu tubuh - Melongarkan pakaian klien - Melakukan kompres hangat kepada klien - Berkolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Memberikan Ceftriaxone 2x1gr (IV) - Memberikan Paracetamol 3x500 mg (IV) - Memberikan Dexamethasone 3x3 mg (IV) E : Masalah belum teratasi	Shalma

2.	Keletihan b.d kelemahan	04-04-2023 Dinas pagi	<p>S : Klien mengataka pusing dan lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran composmentis - Klien lemah - Tekanan darah 95/65 mmHg - Nadi 96x/ menit - Klien perlahan melakukan aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Intoleransi aktivitas</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab kelemahan - Monitor kelemahan fisik - Ajarkan latihan gerak <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab kelemahan - Memonitor kelemahan fisik - Mengajarkan latihan gerak <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	4	5	5	5	Shalma
4	5							
5	5							
3.	Resiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun	04-04-2023 Dinas pagi	<p>S : Klien mengatakan masih mual</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bibir pucat - Tidak nafsu makan - Lidah tampak kotor - Berat badan 30 <p>A : Resiko defisit nutrisi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor berat badan klien - Monitor hasil pemeriksaan labolatorium - Berikan suplemen makan - Ajarkan diet - Kolaborasi dengan ahli gizi - Berikan Omeprazole 1x400 mg (IV) - Berikan Ondansetron 2x4 mg (IV) <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi status nutrisi - Memonitor berat badan - Memonitor hasil pemeriksaan labolatorium - Memberikan suplemen makan - Memberikan Omeprazole 1x400 mg (IV) - Memberikan Ondansetrone 2x4 mg (IV) <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Shalma				
4.	Hipertermia b.d imflamasi penyakit	05-04-2023	<p>S : Klien mengatakan masih demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi 98 x/menit 					

			<ul style="list-style-type: none"> - Suhu 37,8°C - Akral teraba hangat <p>A : Hipertermia</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh - Longarkan pakaian klien - Lakukan kompres hangat kepada klien - Kolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Berikan Ceftriaxone 2x1 gr (IV) - Berikan Paracetamol 3x500 mg (IV) - Berikan Dexamethasone 3x3 mg (IV) <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memonitor suhu tubuh - Melongarkan pakaian klien - Melakukan kompres hangat kepada klien - Berkolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Memberikan Ceftriaxone 2x1gr (IV) - Memberikan Paracetamol 3x500 mg (IV) - Memberikan Dexamethasone 3x3 mg (IV) <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Shalma
5.	Keletihan b.d kelemahan	05-04-2023	<p>S : Klien mengataka pusing dan lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran composmentis - Klien lemah - Tekanan darah 100/70mmHg - Nadi 98 x/ menit - Klien perlahan melakukan aktivitas - Kekuatan otot $\frac{4}{5}$ $\frac{5}{5}$ <p>A : Intoleransi aktivitas</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab kelemahan - Monitor kelemahan fisik - Ajarkan latihan gerak <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab kelemahan - Memonitor kelemahan fisik - Mengajarkan latihan gerak <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Shalma
6.	Resiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun	05-04-2023	<p>S : Klien mengatakan masih mual</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bibir pucat - Tidak nafsu makan - Lidah tampak kotor 	

			<p>Berat badan 30</p> <p>A : Resiko defisit nutrisi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor berat badan klien - Monitor hasil pemeriksaan labolatorium - Berikan suplemen makan - Ajarkan diet - Kolaborasi dengan ahli gizi - Berikan Omeprazole 1x400 mg (IV) - Berikan Ondansetron 2x4 mg (IV) <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi status nutrisi - Memonitor berat badan - Memonitor hasil pemeriksaan labolatorium - Memberikan suplemen makan - Memberikan Omeprazole 1x400 mg (IV) - Memberikan Ondansetrone 2x4 mg (IV) <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Shalma
7.	Hipertermia b.d imflamasi penyakit	06-04-2023	<p>S : Klien mengatakan sudah tidak demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi 97x/ menit - Suhu 36,5°c <p>A : Hipertermia</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh - Kolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Berikan Ceftriaxone 2x1 gr (IV) - Stop Paracetamol 3x500 mg (IV) - Stop Dexamethasone 3x3 mg (IV) <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memoonitor suhu tubuh - Berkolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Memberikan Ceftriaxone 2x1gr (IV) - Stop Paracetamol 3x500 mg (IV) - Stop Dexamethasone 3x3 mg (IV) <p>E : Masalah teratasi</p>	Shalma
8.	Keletihan b.d kelemahan	06-04-2023	<p>S : Klien mengatakan tidak lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran composmentis - Tekanan darah 110/80mmHg - Nadi 98 x/ menit - Klien melakukan aktivitas seperti biasa 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$ <p>A : Intoleransi aktivitas P : <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kelemahan fisik - Ajarkan latihan gerak I : <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelemahan fisik - Mengajarkan latihan gerak E : Masalah teratasi</p>	Shalma
9.	Resiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun	06-05-2023	<p>S : Klien mengatakan tidak mual O : <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan membaik - Lidah tampak bersih Berat badan 31 A : Resiko defisit nutrisi P : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Berikan suplemen makan - Kolaborasi dengan ahli gizi - Stop Omeprazole 1x400 mg (IV) - Stop Ondansetron 2x4 mg (IV) I : <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi status nutrisi - Memberikan suplemen makan - Stop Omeprazole 1x400 mg (IV) - Stop Ondansetron 2x4 mg (IV) E : Masalah teratasi</p>	Shalma

3.2 Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada An.A usia sekolah (10 tahun) dengan *Typhoid* di ruang Nusa Indah Bawah RSUD dr. Selamat Garut. Dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam memberikan asuhan keperawatan, yang di lakukan dengan cara sistematis, menyeluruh, akurat,

singkat, dan berkesinambungan. Pengumpulan data ini diperoleh dari berbagai sumber baik data subjektif yang diberikan oleh klien dan keluarga klien maupun objektif. Selama berlangsungnya tahapan ini, komunikasi lancar tidak ada hambatan karena terjalin komunikasi dan kerjasama yang baik antara klien dan keluarga dalam melakukan asuhan keperawatan.

Kasus *thypoid* sering ditemukan pada anak dengan rentang usia 3-19 tahun (Pramitasari, 2020). Pendapat tersebut sesuai dengan kenyataan yang penulis temukan saat melakukan pengkajian pada An.A yang berusia 10 tahun atau anak usia sekolah mengalami *thypoid*. Berdasarkan pendapat menurut Lestari (2016) klien dengan *Thypoid* pada umumnya akan mengalami demam, hal ini sesuai dengan yang dialami oleh An.A pada saat pengkajian ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 minggu sebelum dibawa kerumah sakit. Dimana menurut pendapat Lestari (2016) demam akan berlangsung selama 3 minggu, pada minggu pertama dan minggu ke dua suhu tubuh klien meningkat setiap hari dan menurun pada pagi hari kemudian meningkat kembali pada sore hari menuju malam hari, dan pada minggu ke tiga suhu tubuh berangsur-angsur turun. Hal ini sesuai dengan yang dialami klien dimana An.A masih mengalami demam setiap sore menjelang malam.

Gangguan lain yang bisanya ditemukan pada penderita *thypoid* yaitu gangguan pada saluran pencernaan, menurut Lestari (2016) penderita *thypoid* mukosa bibirnya kering dan pecah-pecah, mual dan mengalami penurunan nafsu makan. Dimana hal tersebut sesuai dengan yang dialami oleh An.A yang mengalami bibir kering, mual dan klien mengatakan nafsu makannya

berkurang. Selain itu pada An. A juga didapatkan hasil pengkajian nafas dan mulut klien berbau tidak sedap serta lidah klien tampak kotor, hal tersebut juga sesuai dengan pendapat Lestari (2016) bahwa salah satu tanda dan gejala yang khas ditemukan pada penderita *thypoid* yaitu mulut dan nafas penderita *thypoid* akan berbau tidak sedap serta lidah akan tampak kotor.

Pemeriksaan penunjang yang ditemukan pada penderita *thypoid* menunjukkan hasil tes Tubex positif, hal tersebut menandakan bahwa seseorang telah mengalami *thypoid*. Berdasarkan hasil yang penulis dapatkan pada saat melakukan pengkajian di lapangan hasil pemeriksaan tes Tubex pada klien An. A menunjukkan hasil positif (8). Hasil tersebut menunjukkan bahwa An.A sudah mengalami *thypoid*.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatana ditegakan berdasarkan tanda dan gejala yang dialami oleh klien. Berdasarkan teori, kemungkinan diagnosa yang muncul pada klien *Thypoid* sebagai berikut, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- a. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan nafsu makan menurun dibuktikan dengan nafsu makan menurun, mukosa bibir pucat, lidah tampak kotor, mual dan muntah. Hal tersebut sesuai dengan apa yang dialami An.A.
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan: Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen, tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, nafsu makan berubah. Hal tersebut tidak

sesuai dengan yang dialami oleh An.A jadi penulis tidak mengambil diagnosa Nyeri akut.

- c. Keletihan berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan klien mengeluh lelah, klien merasa kurang tenaga, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, tampak lesu, kebutuhan istirahat meningkat. Hal tersebut sesuai dengan yang di alami An.A.
- d. Hipertermia berhubungan dengan inflamasi penyakit dibuktikan dengan keluarga klien mengatakan anaknya demam, suhu tubuh di atas normal ($>37,5$) kulit kemerahan, kejang, takikardi, takipnea, kulit teraba hangat. Hal ini sesuai dengan yang dialami oleh An.A.

Penulis mengambil diagnosa yang tertera di atas karena berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan pada kasus An.A sesuai dengan teori yang ada di BAB II. Dimana klien mengalami peningkatan suhu tubuh, klien merasakan mudah lelah, dan nafsu makan klien menurun. Tetapi pada saat dilapangan diagnosis yang diambil oleh penulis diurutkan sesuai dengan diagnosa prioritas yaitu :

- a. Hipertermia berhubungan dengan inflamasi penyakit dibuktikan dengan ibu klien mengatakan anaknya demam, demam dengan suhu $38,7^{\circ}\text{C}$, kulit tampak kemerahan, klien tampak menggigil, kulit teraba hangat dan uji widal anti H 1/160, anti O 1/360.

$$\frac{4}{5} \left| \frac{5}{5} \right.$$

- b. Keletihan berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan klien mengatakan lemah dan tidak kuat duduk, klien tampak lemah, semua

kebutuhan klien dipenuhi oleh keluarga dan perawat, nadi 120x/menit (takikardi), tangan kanan terpasang infus

- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan nafsu makan menurun dibuktikan dengan mukosa bibir klien tampak pucat dan kering, nafsu makan menurun, nafas dan mulut klien berbau tidak sedap, lidah tampak kotor, berat badan 30 kg, dan mual.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rencana yang akan perawat lakukan kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Secara teori rencana keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Intervensi yang di susun ini diberikan kepada An. A bertujuan melihat respon dan hasil dari asuhan keperawatan yang diberikan. Adapun intervensi keperawatan sesuai diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Hipertermia, intervensi yang disusun untuk diagnosa ini yaitu Identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longarkan pakaian yang dikenakan klien, memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan panas dengan kompres hangat dan memberikan obat penurun panas melalui intravena.
- b. Keletihan, intervensi yang di susun yaitu monitor penyebab kelemahan, monitor kelemahan fisik, melatih rentan gerak, fasilitasi klien duduk di

sisi tempat tidur, menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap, dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan klien.

- c. Resiko defisit nutrisi, intervensinya yaitu identifikasi status nutrisi klien, monitor berat badan, monitor asupan makanan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan suplemen makan, ajarkan diet yang deprogram dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan klien.

4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan dari intervensi yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi sendiri yaitu membantu klien mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi kebutuhan klien (Febriyanto, 2022).

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. A selama 4 hari yaitu dari tanggal 3 sampai tanggal 6 April 2023. Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen hipertermia untuk diagnosa hipertermia, manajemen energi untuk diagnosa kelelahan, manajemen nutrisi untuk diagnosa resiko defisit nutrisi.

Implementasi pada An. A dapat dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Pada saat Tindakan keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan keluarga klien kooperatif. Penulis melakukan implementasi sesuai dengan apa yang sudah direncanakan untuk memenuhi

kriteria hasil. Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama empat hari, keadaan klien berangsur-angsur membaik.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil sesuai dengan kriteria hasil yang telah dibuat dalam intervensi keperawatan (Febriyanto, 2022).

Evaluasi keperawatan pada hari pertama pada tanggal 3 april 2023 masalah hipertermia, keletihan, dan resiko defisit nutrisi belum teratasi dikarenakan klien belum menunjukkan perubahan kondisi yang signifikan.

Pada hari kedua tanggal 4 april 2023 masalah hipertermia, keletihan, dan resiko defisit nutrisi belum teratasi karna kondisi klien masih demam suhu tubuh 37.8°C , klien perlahan dapat beraktivitas walaupun sebentar, mukosa bibir pucat dan kering, dan klien mengatakan masih mual.

Pada tanggal 5 april 2023 masalah hipertermia, keletihan, dan hipertermia sudah teratasi sebagian dibuktikan dengan klien mengatakan masih lemah dan pusing, suhu tubuh $37,0^{\circ}\text{C}$, mukosa bibir tampak lembab dan klien sudah bisa makan sedikit – sedikit tapi sering.

Pada hari terakhir tanggal 6 april 2023 semua masalah keperawatan yang di alami An. A berhasil teratasi dibuktikan pada hari terakhir kondisi klien yang membaik ditandai dengan suhu tubuh 36.5° , dimana suhu tersebut termasuk normal, klien tidak lemah dan sudah beraktivitas seperti biasanya, klien sudah bisa menghabiskan makanan satu porsi. Hal ini dapat tercapai karena klien dan

keluarga klien kooperatif dalam menjalankan intervensi yang telah direncanakan oleh penulis.

6. Dokumentasi

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada keluarga, penulis mendapatkan beberapa kesulitan tetapi dengan adanya teori dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien An. A Usia Sekolah (10 tahun) dengan *typhoid* di Ruang Nusa Indah Bawah RSUD Dr. Slamet Garut ini dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Analisis Pembahasan Evidence Base Practice

Evidence Base Practice ini dilakukan penganalisaan terhadap beberapa jurnal pilihan sesuai dengan topik permasalahan yang diuraikan dalam tabel berikut:

Tabel 3.9 Analisis Artikel Teknik Kompres Hangat Terhadap Typhoid

No	Penulis	Judul	Desain Penelitian dan partisipan	Hasil
1	Fatmawati Mohamad	Efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam Pada Pasien Thypoid Abdominalis Di Ruang G1 Lt.2 RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo	Quasi eksperimen responden sebanyak 19 orang	tindakan kompres hangat efektif dalam menurunkan demam pada pasien thypoid abdominalis di ruang G1(anak)
2	Yanti Wulandar , Arif Nuriman	Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan	Quasi Eksperimen Dengan rancangan pre	Penerapan kompres hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak dengan typhoid sangat efektif,

3	Firda Nofitasari Wahyuningsih (2019)	Typhoid Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Dengan Demam Typoid	and post test design, 5 anak Studi kasus ini menggunakan bentuk rencana "one group pretest posttest"Subjek dari studi kasus ini adalah dua pasien dengan kriteria inklusi mengalami hipertermia	terjadi penurunan suhu tubuh. jadi dapat disimpulkan bahwa terapi kompres hanngat dapat menurunkan suhu tubuh pada anak demam typoid yang mengalami hipertermia
4	Baig Fitrihan Rukmana , Lalu Muhammad Sadam Husen , Halmin Ulya Nurul Aini (2022)	Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Typhoid Fever	Pre Experimental Design dengan bentuk rancangan One Group Pretest-Posttest. responden sebanyak 35 anak	Hasilnya menunjukkan data tidak berdistribusi normal sebab nilai signifikansi pre-test = 0.017 dan nilai signifikansi post-test = 0.000. Keduanya lebih kecil dari 0.05. Jadi, analisis lanjut menggunakan uji Wilcoxon diperoleh p value = 0,000 atau $p < 0,05$ yang berarti ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever di Puskesmas Pringgarata.
5	Rahmala Maharningtyas, Dewi Setyawati (2022)	Penerapan kompres air hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid	metode deskriptif	hasil bahwa suhu tubuh responden mengalami penurunan hingga mencapai normal. Kompres air hangat mampu menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid

3.2.2 Pembahasan Analisis Evidence Base Practice

Demam typhoid merupakan penyakit yang di sebabkan oleh bakteri salmonella typhi. Demam typhoid atau yang lebih sering di sebut tipes adalah penyakit infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh bakteri Salmonella typhoia. Bakteri ini di tularkan melalui makanan dan minuman. Bakteri Samonella di temukan dalam tinja dan air kemih penderita. Mencuci tangan tidak bersih setelah buang air besar atau air kecil meningkatkan resiko tertularnya penyakit ini. Selain itu, lalat merupakan carrier (pembawa) yang dapat memindahkan bakteri secara langsung dari tinja makanan (Swasanti, 2013). Gejala yang terjadi pada penderita demam typhoid biasanya peningkatan suhu di atas normal atau hipertermi, Menurut Herdman (2017)hipertermia merupakan peningkatan suhu tubuh di atas normal yang di tandai adanya suhu tubuh meningkat, kulit kemerahan, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat, adanya konvulsi. Untuk menurunkan hipotermi biasanya dilakukan tindakan kompres hangat Menurut Irwanti (2015) kompres hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh. Pemberian kompres hangat pada aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak.

Firda Nofitasari, Wahyuningsih (2019) yang melakukan penelitian tentang “Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Dengan Demam Typhoid” menyatakan hasil studi kasus pasien I dan pasien II terjadi

penurunan suhu tubuh. jadi dapat disimpulkan bahwa terapi kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh pada anak demam typhoid yang mengalami hipertermia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Baig Fitrihan Rukmana dkk (2022) yang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Typhoid Fever” hasil penelitian menunjukkan Hasilnya data tidak berdistribusi normal sebab nilai signifikansi pre-test = 0.017 dan nilai signifikansi post-test = 0.000. Keduanya lebih kecil dari 0.05. Jadi, analisis lanjut menggunakan uji Wilcoxon diperoleh p value = 0,000 atau $p < 0,05$ yang berarti ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever di Puskesmas Pringgarata.

Hasil penelitian Rahmalia Maharningtyas, Dewi Setyawati (2021) “Penerapan kompres air hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid” menyatakan bahwa kompres dengan air hangat dapat menurunkan suhu tubuh anak demam karena tubuh dapat melepaskan panas melalui empat cara yaitu radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi. Pada proses kompres hangat ini merupakan pelepasan panas melalui cara evaporasi yaitu dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan agar pembuluh darah tepi kulit melebar hingga pori-pori terbuka yang memudahkan pengeluaran panas pengeluaran panas dalam tubuh.

Adapun hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati Mohamad (2019), tentang “efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam Pada Pasien Thypoid Abdominalis Di Ruang G1 Lt.2 RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota

Gorontalo” dengan Metode penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen. Jumlah responden sebanyak 19 orang, yang diobservasi sebelum dan setelah dilakukan tindakan kompres hangat. Penelitian ini menggunakan metode purposive sampling, dengan menggunakan kriteria inklusi. Analisis data pada penelitian ini menggunakan uji statistik “Sign test.” Mendapatkan hasil nilai $\sum b(x ; n , p) < 0,05$ ($0,0318 < 0,05$). Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa: pernyataan H_0 ditolak, yang artinya pernyataan bahwa tindakan kompres hangat dapat menurunkan demam pada pasien demam thypoid dapat diterima.

Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yanti Wulandari, Arif Nuriman (2022). Tentang “Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Typhoid” yang memperoleh hasil rata-rata suhu tubuh sebelum dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara $37,8^{\circ}\text{C}$ - 39°C . Rata-rata suhu tubuh sesudah dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara 36°C - $37,27^{\circ}\text{C}$. Penerapan kompres hangat efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan typhoid dengan nilai p-value $< 0,05$.

Dari beberapa hasil penelitian diatas yang menyatakan bahwa pemberian kompres hangat dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan suhu pada anak yang menderita demam typoid.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. A Usia Sekolah (10 tahun) dengan *Typhoid* di Ruang Nusa Indah Bawah RSUD Dr. Slamet Garut dari tanggal 03- 06 , maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Penulis mampu melakukan pengkajian dengan menggunakan metode wawancara dan observasi. Adapun data fokus yang muncul berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan penulis pada An.A yaitu, suhu tubuh klien 38,7°C, uji widal anti H 1/160 dan anti O 1/360, klien tampak lemas dan lemah, lidah tampak kotor, nafas dan mulut berbau tidak sedap.

2. Diagnosa Keperawatan

Penulis mampu menentukan masalah keperawatan yang muncul pada klien berdasarkan data fokus yang muncul pada saat pengkajian. Perumusan masalah diangkat berdasarakan prioritas masalah yang muncul pada klien dan disesuaikan dengan teori yang ada di buku SDKI. Adapun prioritas masalah keperawatan yang penulis temukan pada klien An. A yaitu Hipertermia, Intoleransi aktivitas, dan Resiko defisit nutrisi.

3. Intervensi keperawatan

Penulis mampu merencanakan tindakan yang akan dilakukan dan telah disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan untuk membantu mengatasi

masalah keperawatan yang muncul pada klien. Adapun untuk menentukan intervensi dan kriteria hasil yang akan penulis berikan kepada klien, penulis mengacu kepada teori yang bersumber dari buku SLKI dan SIKI yaitu Manajemen hipertermia, Manajemen energi, dan Manajemen nutrisi.

4. Implementasi Keperawatan

Penulis mampu mengaplikasikan tindakan yang telah direncanakan kepada klien untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Pada tahap ini penulis telah melakukan implementasi kepada An. A selama 4 hari dan melakukannya sesuai dengan intervensi yang telah ditentukan yaitu Manajemen hipertermia untuk mengatasi diagnosa yang pertama, Manajemen energi untuk mengatasi diagnosa yang kedua dan Manajemen nutrisi untuk mengatasi masalah yang ketiga.

5. Evaluasi Keperawatan

Penulis mampu melakukan proses akhir dari asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh keberhasilan dari intervensi yang telah diberikan kepada klien untuk membantu mengatasi masalahnya. Berdasarkan hasil evaluasi penulis setelah dilakukan intervensi keperawatan kepada An. A selama 4 hari dapat disimpulkan bahwa pada hari ke-1 dan ke-2 implementasi masalah pada klien belum teratasi. Sedangkan pada hari ke-3 implementasi masalah keperawatan pada klien teratasi sebagian. Dan pada hari ke-4 pemberian implementasi masalah pada klien dapat teratasi dibuktikan dengan kondisi klien yang berangsur-angsur membaik.

6. Dokumentasi

Penulis mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan secara sistematis dan komprehensif pada An.A dengan *Typhoid* dan menyusunnya dalam bentuk karya tulis ilmiah.

5.2 Saran

1. Bagi Keluarga

Keluarga diharapkan untuk kedepannya lebih mampu menerapkan pola hidup sehat, mampu untuk lebih memperhatikan lagi makanan yang dikonsumsi dan tidak membiasakan anak jajan sembarangan. Selain itu keluarga juga diharapkan untuk lebih memahami terkait tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit *typhoid* sehingga jika suatu saat ada salah satu dari anggota keluarga yang mengalami penyakit yang serupa keluarga mampu untuk segera membawanya ke pelayanan kesehatan.

2. Bagi Perawat

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan diharapkan perawat ruangan lebih meningkatkan lagi terkait monitoring kondisi klien dengan *typhoid* untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah komplikasi yang tidak diinginkan. Selain itu perawat diharapkan lebih meningkatkan lagi terkait pemberian edukasi pola hidup sehat kepada keluarga dengan *typhoid* untuk mencegah terjadinya kejadian *typhoid* berulang.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih optimal dan dapat menerapkan standar operasional prosedur pelayanan kesehatan kepada setiap tenaga kesehatan untuk meningkatkan

proses perawatan yang lebih baik dan optimal.

4. Bagi Intitusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kontribusi dengan megembangkan ilmu pengetahuan yang baru terkait penanganan *typhoid* yang dapat dilakukan untuk membantu mempercepat proses penyembuhan *typhoid*. Selain itu karya tulis ilmiah ini juga diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi bagi mahasiswa keperawatan selanjutnya untuk mengembangkan atau meningkatkan lagi ilmu pengetahuannya terkait kejadian *Typhoid*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggeriyane, E., Yunike, Mariani, & Susanto, W. H. A. (2022). *Tumbuh Kembang Anak* (M. Sari (1st ed.)). Padang : PT Global Eksklusif Teknologi.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2022). *Profil Kesehatan Kabupaten Garut*.
- Febriyanto. (2022). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Pada Anak Demam Tifoid Di RSUD Kota Bengkulu*.
- Hidayani, R., Kustanto, H., Humardewayanti, R., & Agung, T. W. (2020). *Risk Factor Analysis Of Typhoid Fever Occurence Of Impatient In Kebumen Hospital. Tropical Medicine Journal*. Vol 03, No.2, 2020.
- Kemenkes RI. (2020). *Prevalensi Tifoid di Indonesia*.
- Lestari, T. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nuruzzaman, H., & Syahrul, F. (2021). *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Diri Dan Kebiasaan Jajan Di Rumah*. Surabaya : FKM UA Unair.
- Pramitasari. (2020). *Faktor Risiko Kejadian Penyakit Demam Tifoid Pada Penderita yang di Rawat di RSUD Ungaran. Publikasi Tesis*. Diponegoro : Universitas Diponegoro.
- Pristyanti. (2020). *Kebiasaan Jajan Anak Sekolah dengan Kejadian Demam Typhoid pada Anak Usia Sekolah*.
- Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut. (2023). *Data Penyakit Terbanyak di Ruang Rawat Inap Anak*.
- Riskesdas. (2021). *Angka Kejadian Tifoid Pada Anak di Jawa Barat*.
- Sodikin. (2019). *Keperawatan Anak: Gangguan Pencernaan*. Jakarta : EGC
- Tim Pokja DPP PPNI SDKI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja DPP PPNI SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja DPP PPNI SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.

World Health Organization. (2021). Maternal Mortality.

Wulandari, D., & Erawati, M. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Anak* ((1st ed)).
Yogyakarta : Pustaka Pelajar