

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Demam Typoid

1. Definisi

Demam typoid adalah sebuah penyakit infeksi pada usus yang menimbulkan gejala-gejala sistematis yang disebabkan oleh "*Salmonella Typhosa*" atau disebut *Salmonella Paratyphi* A, B, dan C. Penularannya secara fekal oral, melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi oleh nasi. Sumber infeksi terutama "*Carrier*" yang dimana penderita mungkin sedang sakit ("*Carrier* akut"), selanjutnya "*Carrier*" menahun yang dimana terus mengeluarkan kuman atau "*Carrier*" pasif yaitu mereka yang mengeluarkan kuman melalui ekskreta tetapi tak pernah sakit dan penyakit ini termasuk penyakit endemik di Indonesia (Andra & Yessie, 2015). Perjalanan awal demam typoid ini, dimana biasanya pasien tidak merasakan keluhan atau gejala apapun, namun beberapa hari kemudian akan timbul beberapa gejala khas misalnya demam disore hari dan gejala infeksi umum yang dirasakan yaitu disaluran pencernaan (Saputra, 2021).

Demam typoid di Indonesia dikatakan sebagai penyakit endemik. Yang dimana penyakit ini masuk dalam golongan penyakit menular seperti yang tercantum dalam Undang-Undang nomor 6 Tahun 1962 yang membahas tentang wabah. Penyakit menular merupakan penyakit mudah menular dan bisa saja menyerang banyak orang sehingga menimbulkan terjadinya wabah (Setiati, 2015).

2. Etiologi

Penyebab dari demam typoid yaitu infeksi organisme *Salmonella Enterica Serovar Typhi* yang umumnya dikenal dengan nama *Salmonella Typhi*. Cara penularannya melalui jalur fekal-oral dari konsumsi makanan maupun minuman yang telah terkontaminasi oleh bakteri *Salmonella Typhi*. Bakteri tersebut hanya bisa menyebar melalui manusia ke manusia karena hanya manusia yang mampu menjadi inangnya (Bhandari, 2020).

Pada Temperatur 57°C selama beberapa menit bakteri *Salmonella Typhi* akan mati. Kuman ini mempunyai tiga antigen penting di dalam pemeriksaan laboratorium, yaitu seperti: Antigen O (Somatik), Antigen H (Flagela) dan Antigen K (Selaput) (Widoyono, 2017).

3. Patofisiologi

Bakteri *Salmonella typhi* umumnya masuk bersamaan dengan makanan ataupun minuman kedalam tubuh manusia melalui mulut. Disaat melewati lambung beberapa bakteri banyak yang mati apabila suasana asam ($\text{pH} < 2$). Keadaan-keadaannya seperti gastrektomi, pengobatan dengan antagonis reseptor histamin H₂, aklorhidria, inhibitor pomproton/antasida dalam jumlah besar, akan mengurangi dosis infeksi. Selanjutnya pada bakteri yang masih bertahan nantinya akan mencapai usus halus. Pada usus halus, bakteri tersebut akan menempel di sel-sel mukosa dan biasanya menginvasi mukosa dan menembus dinding yang ada di usus, yang bertempat di ileum dan jejunum. Sel-sel M dan juga sel epitel yang berfungsi untuk melapisi Peyer's patch, disebut sebagai tempat internalisasi *Salmonella typhi*. Kemudian bakteri tersebut akan mencapai folikel limfe pada usus halus, yang selanjutnya mengikuti aliran ke kelenjar limfe mesenterika dan bisa saja bakteri melewati sirkulasi sistemik hingga ke jaringan RES yaitu pada organ hati dan limpa. *Salmonella typhi* nantinya akan mengalami multiplikasi di dalam sel fagosit mononuklear yang ada di dalam folikel limfe, kelenjar limfe mesenterika, hati dan limpa (Soedarmo & Sumarmo, 2018).

Setelah beberapa waktu atau periode inkubasi yang lamanya akan ditentukan berdasarkan jumlah kuman yang masuk serta respon imun disetiap individu maka *Salmonella typhi* akan keluar dari habitatnya dan melalui duktus torasikus masuk ke dalam sirkulasi sistemik. kemudian akan bersarang di plak peyeri, limpa, hati, dan bagian-bagian lain sistem retikuloendotrial. Endotoksin *Salmonella typhi* berperan dalam proses inflamasi lokal pada jaringan tempat kuman tersebut berkembang biak. *Salmonella typhi* dan endotoksinya merangsang sintesis dan pelepasan zat

pirogen dan leukosit pada jaringan yang meradang, sehingga terjadi demam (Andra & Yessie, 2015).

Cara penularan *Salmonella thypi* bisa terjadi melalui beberapa cara, yang biasanya dikenal dengan istilah 5 F ialah Food diartikan sebagai makanan, *Fingers* yang artinya jari tangan/kuku, Fomitus dikenal sebagai muntah, *Fly* artinya lalat, dan terakhir melalui Feses. Penderita typhoid dapat menularkan *Salmonella thypi* melalui feses atau muntahan dari orang lain. Yang dimana kuman ditularkan melalui minuman yang terkontaminasi dan melalui perantara lalat, dimana lalat akan hinggap di makanan yang akan dikonsumsi oleh orang sehat. Jika seseorang kurang dalam memperhatikan kebersihan dirinya misalnya mencuci tangan dari makanan yang tercemar kuman *Salmonella thypi* akan masuk ke tubuh orang yang sehat melalui mulut, yang kemudian orang yang sehat bisa saja menjadi sakit (Akhsin Zulkoni, 2018).

4. Manifestasi Klinis

- a. Gejala yang timbul pada anak : dimana masa inkubasi yaitu 5-40 hari dengan rerata 10-14 hari
- b. Suhu tubuh naik sampai pada akhir minggu pertama
- c. Suhu tubuh menurun di minggu keempat, terkecuali jika demam yang tidak tertangani akan mengakibatkan syok, supor dan koma
- d. Ruam akan timbul di hari ke 7-10 dan akan bertahan selama 2-3 hari
- e. Nyeri dirasakan pada kepala dan nyeri dibagian perut
- f. Perut kembung, mual atau muntah, diare maupun konstipasi
- g. Perasaan Pusing, denyut nadi menurun, nyeri otot
- h. Batuk-batuk
- i. Epiktaksis
- j. Lidah nampak berwarna putih
- k. Terjadi Hepatomegali, splenomegali, meteorismus
- l. Gangguan mental yang berupa penurunan kesadaran samnolen
- m. Delirium / psikosis

- n. Timbul gejala yang tidak tipikal terutama pada bayi muda sebagai penyakit demam akut dengan disertai syok dan hipotermia (Nurarif & Kusuma, 2015)

5. Pemeriksaan Penunjang

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita demam typhoid antara lain (Fitrah, 2017):

- a. Pemeriksaan darah perifer lengkap
Pada pemeriksaan ini yang ditemukan Leukopenia, anemia jaringan, trombositopenia atau leukositosis
- b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT
Pada SGOT dan SGPT umumnya terjadi peningkatan dan akan kembali ke angka normal jika pasien sembuh
- c. Pemeriksaan uji widal
Deteksi titer terhadap *Salmonella Parathypi* yakni agglutinin O (dari tubuh kuman dan agglutinin H (flagetakuman). Pembentukan agglutinin dimulai dari terjadi pada awal minggu pertama demam, puncak pada minggu keempat dan tetap tinggi dalam beberapaminggu dengan peningkatan agglutinin O terlebih dahulu dengan diikuti agglutinin H. agglutinin O menetap selama 4-6 bulan sedangkan agglutinin H menetap sekitar 9-12 bulan. Titer antibody O $>1:320$ atau antibody H $>1:6:40$ menguatkan diagnosis pada gambaran klinis yang khas (Wibisono & Elita, 2015).
- d. Kultur
Terbagi atas tiga yaitu : kultur darah: kadang (+) di minggu pertama ; kemudian kultur urine : kadang (+) di akhir minggu kedua ; kultur feses : kadang (+) pada akhir minggu kedua sampai pada minggu ke tiga
- e. Anti salmonella typhi igM
Mampu mendeteksi secara dini terhadap infeksi yang disebabkan oleh salmonella typhi, dikarenakan antibodi IgM ini muncul dihari ketiga dan keempat saat terjadi demam.

6. Penatalaksanaan

Berikut ini ada tiga penatalaksanaan demam typhoid, yaitu:

a. Istirahat dan Perawatan

Dengan tujuan agar mencegah terjadinya komplikasi akibat demam typhoid, pasien di harapkan dapat beristirahat total di tempat tidur pasca demam. yang dimana mobilisasi dilakukan bertahap sesuai kemampuan pasien, dengan tetap memperhatikan kebersihan tempat tidur, pakaian dan perlengkapan yang dipakai (Widoyono, 2017).

b. Pemberian Antibiotik

Antibiotik ini dimaksudkan untuk membunuh kuman akibat demam typhoid, seperti:

- 1) Chloramfenikol dengan dosis 4 x 500 mg/hari yang dapat diberikan peroral atau melalui intravena, yang diberikan sampai dengan 7 hari bebas demam
- 2) Thiampenikol hampir sama dengan Chloramfenikol akan tetapi dosis yang diberikan 4x 500 mg sampai hari ke 5 dan ke-6 bebas demam
- 3) Ampicillin dan Amoksilin dengan dosis 50-150 mg/kgBB yang diberikan selama 2 minggu
- 4) Cotrimoksazol 480 mg, 2 x 2 tablet digunakan selama 2 minggu
- 5) Sefalosporin generasi II dan III (ciprofloxacin 2 x 500 mg selama 6 hari, ofloxacin 600 mg/hari selama 7 hari; ceftriaxone 4 gram/hari selama 3 hari) (Andra & Yessie, 2015).

c. Terapi penunjang diet

Langkah awal agar tidak memperberat kinerja dari usus, penderita diberikan makanan secara bertahap yang pertama bubur saring, kemudian makanan yang diberikan lebih padat hingga pada akhirnya nasi biasa yang sesuai dengan kemampuan penderita. Dengan catatan dalam pemberian nutrisi dan mineral dipertimbangkan untuk menunjang kesembuhan penderita (Nurarif & Kusuma, 2015).

7. Komplikasi

Dibagi menjadi 2 yaitu sebagai berikut:

a. Komplikasi Intestinal

1) Pendarahan Intestinal

Terinfeksi plak *Peyeri* di usus dapat membentuk luka yang melonjong dan memanjang terhadap sumbu usus. Apabila luka tersebut menembus lumen usus dan juga mengenai pembuluh darah maka dapat terjadi pendarahan. Dan apabila luka tersebut menembus dinding usus maka perforasi dapat terjadi, selain dari itu pendarahan juga bisa terjadi dikarenakan koagulasi darah (Widodo, 2016).

2) Perforasi usus

Biasanya Perforasi usus terjadi di minggu ketiga, namun bisa saja muncul pada minggu pertama, dimana gejala yang biasanya terjadi ialah nyeri perut kuadran kanan bawah dan biasanya menyebar ke seluruh bagian perut, nadi berdenyut kencang, TD menurun dan bisa saja terjadi syok leukositosis atau terjadi pergeseran ke kiri yang menyokong adanya perforasi (Widodo, 2016).

b. Komplikasi Ekstra-Intestinal

1) Hepatitis tifosa

Terjadi pada pasien yang mengalami kekurangan nutrisi dan sistem imun yang menurun sehingga menyebabkan pembengkakan hati di mulai dari ringan sampai sedang (Widodo, 2016).

2) Pankreasitis tifosa

Terjadi akibat mediator pro inflamasi, virus, bakteri, cacing atau farmakologik. Yang dapat diberikan ialah antibiotik intravena yaitu ceftiaxone dan kuinolon (Widodo, 2016).

3) Miokarditis

Biasanya terjadi tanpa adanya gejala kardiovaskuler misalnya keluhan sakit di dada, gagal jantung kongestif, terjadi aritma, syok kardiogenik serta perubahan elektrokardiograf. Terjadi karena kerusakan mikrokardium oleh kuman *S.typhi* (Widodo, 2016).

4) Neuropsikiatrik

Biasanya dapat berupa gangguan kesadaran atau disorientasi, delirium, obtundasi, stupor bahkan bisa sampai koma (Widodo, 2016).

B. Konsep Dasar Hipertermia

1. Definisi

Menurut (SDKI, 2016) Hipertermia merupakan keadaan meningkatnya suhu tubuh di atas rentang nilai normal tubuh. Hipertermia disebut juga sebagai peningkatan suhu tubuh yang melebihi titik tetap (set poin) lebih dari 37°C (Taribuka dkk, 2020). Selain dari Hipertermia merupakan peningkatan yang terjadi pada suhu tubuh yang berkaitan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas atau mengurangi produksi panas. Suhu rektal lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu aksila lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ (Perry, 2015).

2. Etiologi

Hipertermia terjadi karena pencampuran antara gangguan infeksi dengan suhu lingkungan yang terlalu panas dan bisa juga terjadi karena infeksi saja. Selain dari itu bisa saja terjadi karena gangguan pada otak maupun akibat dari bahan toksik yang bisa berpengaruh pada pusat pengaturan suhu tubuh.

Menurut Sodikin (2015) hipertermia disebabkan oleh zat pirogen, yaitu pirogen eksogen dan pirogen endogen. Pirogen eksogen berasal dari luar tubuh atau lingkungan yang memiliki kemampuan dalam merangsang hipertermia dengan mempengaruhi kerja interleukin, sedangkan pirogen endogen berasal dari dalam tubuh seseorang yang berkemampuan dalam merangsang terjadinya hipertermia yang mempengaruhi sistem kerja pusat pengaturan suhu di bagian hipotalamus. Dengan begitu zat yang dapat merangsang pusat pengaturan suhu tubuh akan menyebabkan demam.

3. Patofisiologi

Suhu tubuh seseorang diatur oleh hipotalamus yang dimana ia mengatur keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas. Produksi panas yang terjadi bisa saja karena aktivitas metabolik dan aktivitas fisik. Hipotalamus anterior berperan dalam meningkatkan produksi panas serta mengurangi pengeluaran panas. Yang apabila di hipotalamus posterior informasi yang diterima yaitu suhu luar lebih rendah dari suhu tubuh, maka terjadi pembentukan panas ditambah dengan meningkatnya metabolisme dan aktivitas otot rangka dalam bentuk seseorang menggigil dan pengeluaran panas dikurangi dengan vasokonstriksi kulit serta pengurangan produksi keringat. Hipotalamus posterior bertugas mengatur suhu tubuh dengan cara mengeluarkan panas. Apabila hipotalamus anterior menerima informasi sebaliknya ialah dimana suhu luar lebih tinggi dari suhu tubuh, maka pengeluaran panas ditingkatkan dengan vasodilatasi kulit dan menambah produksi keringat (Sodikin, 2015).

Hipertermia terjadi jika proses infeksi dan non infeksi berinteraksi dengan mekanisme pertahanan hospes. Saat mekanisme ini berlangsung, bakteri atau pecahan jaringan akan difagositosis oleh leukosit, makrofag serta limfosit pembunuh yang memiliki granula dalam jumlah besar. Seluruh sel ini kemudian mencerna hasil pemecahan bakteri dan melepaskan zat interleukin ke dalam cairan tubuh (pirogen eksogen dan pirogen endogen). Pada saat interleukin sampai ke hipotalamus, maka akan merangsang peningkatan prostaglandin yang kemudian menimbulkan terjadinya kenaikan suhu tubuh sehingga pembuluh di arteri akan mengalami penyempitan dan sekresi kelenjar keringat menjadi tertahan. Proses tersebut kemudian akan mengakibatkan terjadinya hipertermi dengan cara meningkatkan suhu tubuh dalam waktu 8-10 menit. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi akan meningkatkan proses evaporasi sehingga kemungkinan penderita dapat mengalami dehidrasi. Hipertermia juga dapat menyebabkan pH berkurang yang kemudian akan menimbulkan terjadinya

anoreksia yang dapat menurunkan selera makan bagi si penderita (Sodikin, 2015).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Sodikin (2015) gejala klinis yang dapat dilihat saat terjadi hipertermi yang dibagi dalam tiga fase, yaitu:

a. Fase I (Awitan dingin atau Menggigil)

Tanda dan gejalanya ialah denyut nadi akan meningkat disertai peningkatan laju serta kedalaman pernapasan, menggigil akibat tegangan dan kontraksi otot, kulit nampak pucat dan dingin akibat vasokonstriksi, pada dasar kuku akan mengalami sianosis dikarenakan vasokonstriksi, keringat berlebih dan terjadi peningkatan suhu tubuh

b. Fase II (Proses Penyakit)

Ditandai dengan kulit terasa hangat (panas), rasa haus meningkat, mengantuk, kehilangan selera makan, kelemahan, keletihan, nyeri ringan pada otot akibat katabolisme protein.

c. Fase III (Pemulihan)

Di Fase pemulihan akan disertai dengan kulit nampak memerah dan hangat, terjadi keringat berlebih, menggigil ringan dan bisa saja mengalami dehidrasi atau kekurangan cairan.

C. Konsep Dasar Kompres Air Hangat

1. Definisi

Kompres adalah salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam. Pemberian kompres hangat pada daerah pembuluh darah besar merupakan upaya memberikan rangsangan pada area preoptik hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh. Sinyal hangat yang dibawa oleh darah ini menuju hipotalamus akan merangsang area preoptik mengakibatkan pengeluaran sinyal oleh sistem efektor. Sinyal ini akan menyebabkan terjadinya pengeluaran panas tubuh yang lebih banyak melalui dua mekanisme yaitu dilatasi pembuluh darah perifer dan berkeringat (Potter & Perry, 2015 dalam Hartini, 2016).

2. Tujuan

Salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam yaitu kompres hangat. Pemberian kompres hangat pada daerah pembuluh darah besar merupakan upaya memberikan rangsangan pada area preoptik hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam (Gebreyesus, A., & Negash, 2015).

Berdasarkan hasil intervensi yang paling sering diberikan adalah kompres hangat. Kompres air hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses penguapan. Kompres dengan air hangat menyebabkan suhu tubuh di luar menjadi hangat sehingga tubuh akan mengartikan bahwa suhu di luar sudah cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan pengatur suhu di otak agar tidak menaikkan suhu pengatur suhu tubuh, dengan suhu di luar yang hangat akan membuat pembuluh darah di tepi kulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori-pori kulit akan terbuka dan memudahkan pembuangan panas sehingga terjadi penurunan suhu tubuh (Dewi, 2016).

Berdasarkan hasil frekuensi lokasi intervensi yang paling banyak diberikan pada lokasi aksila dan teknik *tepid sponge* (dengan mengusap seluruh tubuh). Pada area aksila, dari beberapa lokasi pemberian kompres hangat diketahui bahwa area aksila lebih efektif dibandingkan lokasi lipatan lipat paha dan dahi. Hal ini menunjukkan, pemberian kompres hangat pada aksila sebagai daerah dengan letak pembuluh darah besar merupakan upaya untuk memberikan rangsangan pada daerah preoptik hipotalamus guna menurunkan suhu tubuh. Terjadinya pengeluaran panas tubuh lebih banyak melalui dua mekanisme yaitu pelebaran pembuluh darah perifer dan berkeringat (Potter & Perry, 2016).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putra, 2018) pemberian kompres hangat diberikan selama 30 menit, dengan suhu air hangat yaitu 37 °C. Terjadi penurunan, sebelum diberikan intervensi rata-rata suhu tubuh responden 38,1°C dan setelah diberikan intervensi rata-rata suhu tubuh responden 37,2°C dengan penurunan suhu 0,9°C.

Sehingga penerapan kompres hangat ini merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat diberikan untuk membantu mengendalikan dan menurunkan suhu tubuh. Dengan demikian tujuan studi kasus ini adalah untuk mengetahui pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien anak dengan hipertermia.

D. Konsep Dasar Anak

1. Definisi

Anak adalah anak yang berusia 1 sampai dengan 14 tahun seorang individu yang sudah berusia diatas 14 tahun bukan termasuk kategori anak. Anak adalah seseorang yang berusia 1 tahun sampai dengan 14 tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja (Maulana, 2019).

Masalah kesehatan anak di tiap negara berbeda karena perbedaan lingkungan yang memengaruhi. Namun dalam garis besarnya, masalah tersebut diseluruh dunia dapat dikelompokkan menjadi dua katagori, yaitu masalah kesehatan anak yang terdapat dinegara maju dan masalah kesehatan anak dinegara sedang berkembang. Bila ditinjau dari indikator kesehatan, maka masalah utama kesehatan anak di Indonesia adalah masih tingginya morbiditas dan morbiditas pada golongan bayi dan balita. Penyebab utamanya adalah lingkungan yang kurang menunjang, mutu pelayanan kesehatan yang rendah dan keadaan sosial/ekonomi/budaya masyarakat yang kurang memadai. Sebagian besar penyebabnya bukan bidang kedokteran, tetapi merupakan bidang kesehatan masyarakat (Maulana, 2019).

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak, selalu diutamakan mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibandingkan dengan orang dewasa karena struktur fisik anak dan orang dewasa berbeda mulai dari ukuran tubuh dan kematangan fisik (Ns. Yuliasati, 2017).

2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

a. Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh dalam arti sebagian seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel dan juga karena bertambah besarnya sel.

b. Perkembangan

Perkembangan bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan (Ns. Endra Amalia, 2018).

3. Kebutuhan Dasar Tumbuh Kembang Anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang adalah :

- a. Perawatan kesehatan
- b. Tempat tinggal yang layak
- c. Kebersihan individu
- d. Kesegaran jasmani

4. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Tumbuh Kembang

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain (Nurkholida, 2020).

- a. Faktor herediter
- b. Lingkungan masyarakat
- c. Nutrisi
- d. Imunisasi
- e. Urutan anak dalam keluarga
- f. Status sosial ekonomi

5. Tumbuh Kembang Anak Umur 5 Th
 - a. Kemampuan komunikasi semakin berkembang
 - b. Kemampuan sosial dan emosional bertambah
 - c. Kemampuan motoriknya meningkat sangat pesat
 - d. Tinggi dan Beratnya Bertambah

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan semua data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien (Kozier, 2020).

Teori pengkajiannya yaitu (Nursalam, 2018) :

- a. Identitas
 - 1) Pengkajian identitas anak berisi tentang : nama, anak yang ke, tanggal lahir/umur, jenis kelamin dan agama.
 - 2) Pengkajian identitas orang tua berisi tentang : nama, umur, pekerjaan, pendidikan, agama dan alamat.
- b. Alasan Dirawat
 - 1) Keluhan utama seperti perasaan tidak enak badan, lesu, pusing, nyeri kepala dan kurang bersemangat, serta nafsu makan menurun (terutama pada saat masa inkubasi).
 - 2) Riwayat Penyakit
 - a) Apakah anak pernah mengalami sakit sebelumnya.
 - b) Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang bersifat menular dan menurun.
- c. Riwayat Anak
 - 1) Perawatan anak dalam masa kandungan.
 - 2) Perawatan pada waktu kelahiran.

d. Riwayat Imunisasi

Tabel 2.1

Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar

Usia	Vaksin
0 - 7 hari	Hep B 0 (HB 0)
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT, HB, Hib 1, Polio 2
3 bulan	DPT, HB, Hib 2, Polio 3
4 bulan	DPT, HB, Hib 3, Polio 4, IPV
9 bulan	Campak

Sumber : (Hadianti et al., 2015)

Tabel 2.2

Jadwal Pemberian Imunisasi Lanjutan pada Usia Batita

Usia	Vaksin
18 bulan	DPT/HB/Hib
24 bulan	Campak

Sumber : (Hadianti et al., 2015)

e. Kebutuhan Bio-Psiko-Sosial-Spiritual Dalam Kehidupan Sehari-hari

- 1) Bernafas : bagaimana suara nafas anak, ada tidaknya kesulitan bernafas yang dialami oleh anak, serta keluhan lain yang dirasakan anak.
- 2) Pola Nutrisi (makan dan minum) : tanyakan pada pasien atau keluarga berapa kali makan dan minum dalam satu hari.
- 3) Eliminasi (BAB/BAK) : kaji pola BAB dan BAK pada anak. Pada BAB tinjau konsistensi, warna, bau dan ada atau tidaknya darah. Pada BAK tinjau volume, warna, bau.
- 4) Aktifitas : kaji permainan yang paling disukai pada anak dan kapan waktu bermainnya.
- 5) Rekreasi : kemana dan kapan biasanya anak diajak berekreasi.
- 6) Istirahat dan tidur : kaji pola tidur anak pada siang dan malam hari dan berapa lama. Ada tidaknya kesulitan tidur yang dialami oleh anak.

- 7) Kebersihan diri : kaji berapa kali anak mandi dalam 1 hari, ada membantu atau tidak. Bagaimana dengan kebersihan kuku atau rambut.
 - 8) Pengaturan suhu tubuh : suhu anak diukur apakah normal, Hipotermi atautkah mengalami Hipertermia.
 - 9) Rasa nyaman : kaji kondisi dan keadaan anak saat mengobrol dengan orang lain.
 - 10) Rasa aman : kaji lingkungan tempat anak bermain, apakah sudah aman dari benda-benda tajam dan berbahaya. Bagaimana pengawasan orang tua ketika anak sedang bermain.
 - 11) Belajar (anak dan orang tua) : kaji pengetahuan orang tua dalam merawat dan mendidik anak.
 - 12) Prestasi : kaji bagaimana pencapaian dan kemampuan anak mengenai tingkah laku sosial, gerak motorik halus, bahasa dan perkembangan motorik kasar.
 - 13) Hubungan sosial anak : kaji bagaimana hubungan anak dengan orang tua, keluarga lain serta teman-temannya. Siapakah orang yang paling dekat dengan anak.
 - 14) Melaksanakan ibadah (kebiasaan, bantuan yang diperlukan terutama saat anaksakit) : apa agama yang dianut dan bagaimana pelaksanaan ibadah yang dilakukan oleh anak.
- f. Penyakit Yang Pernah Diderita : kaji jenis penyakit, akut / kronis / menular /tidak, umur saat sakit, lamanya dan pertolongan.
- g. Kesehatan Lingkungan : kaji bagaimana keadaan lingkungan tempat tinggal anak mengenai ketersediaan air bersih dan sanitasi/ventilasi rumah.
- h. Pertumbuhan dan Perkembangan (0-6 tahun)
- Mengkaji keadaan perkembangan anak usia 1 bulan 72 bulan, dapat dilakukan dengan menggunakan Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), untuk menilai dalam 4 sektor perkembangan pada anak yang meliputi : motorik kasar, motorik halus, bicara / bahasa dan sosialisasi

/kemandirian (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Interpretasi hasil KPSP dapat dihitung dengan cara menghitung jumlah 'Ya', yaitu dengan cara :

- 1) Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya.
- 2) Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan.
- 3) Jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, perkembangan meragukan.

i. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum yang meliputi suhu, nadi, pernafasan, tekanan darah, warna kulit, tonus otot, turgor kulit, edema.
- 2) Pemeriksaan *Head to Toe*
 - a) Kepala : kaji mengenai bentuk kepala, ada tidaknya lesi, kebersihan kulit kepala, jenis rambut, tekstur rambut, warna rambut dan pertumbuhan rambut.
 - b) Mata : kaji bentuk bola mata, pergerakan, keadaan pupil, konjungtiva, keadaan kornea, sclera, bulu mata, ketajaman penglihatan dan reflex kelopak mata.
 - c) Hidung : kaji mengenai kebersihan, adanya sekret, warna mukosa hidung, pergerakan/nafas cuping hidung, juga adanya gangguan lain.
 - d) Telinga : Kaji kebersihan, keadaan alat pendengaran dan kelainan yang mungkin ada.
 - e) Mulut, terdapat nafas yang berbau tidak sedap serta bibir kering dan pecah-pecah. Lidah tertutup selaput kotor yang biasanya berwarna putih, sementara ujung tepi lidah berwarna kemerahan.
 - f) Leher : kaji adanya pembesaran kelenjar/pembuluh darah, kaku kuduk, pergerakan leher.
 - g) Thoraks : kaji mengenai bentuk dada, irama pernafasan, tarikan otot bantu pernafasan, serta adanya suara nafas tambahan.
 - h) Jantung : kaji bunyi serta pembesaran jantung pada anak.

- i) Persarafan : kaji reflek fisiologis atau reflek patologis yang dilakukan oleh anak.
- j) Abdomen, dapat ditemukan keadaan perut kembung. Biasanya terjadi konstipasi atau diare dan bahkan bisa saja normal, kulit teraba hangat dan kemerahan.
- k) Ekstremitas : kaji tentang pergerakan, kelainan bentuk, reflex lutut dan adanya edema.
- j. Pemeriksaan Genitalia
 - 1) Alat kelamin : kaji mengenai kebersihan dan adanya lesi.
 - 2) Anus : kaji mengenai keadaan dan kebersihan, ada tidaknya lesi dan ada tidaknya infeksi.
- k. Antropometri (ukuran pertumbuhan)

Pengukuran antropometri meliputi berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkardada dan lingkaran lengan.
- l. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) Darah untuk kultur (biakan, empedu) dan widal.
 - 2) Biakan empedu basil salmonella thypcosa dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya, lebih sering ditemukan dalam urine dan faeces.
 - 3) Pemeriksaan widal. Untuk membuat diagnosis, pemeriksaan yang diperlukan ialah titer zat anti terhadap antigen O. titer yang bernilai 1/200 atau lebih menunjukkan kenaikan yang progresif.
- m. Hasil Observasi

Tuliskan respon umum anak dengan keluarganya serta hal-hal baru yang diberikan kepadanya, bentuk interaksi kepada orang lain, cara anak mengungkapkan keinginannya, serta kontradiksi perilaku yang mungkin ditunjukkan anak.

2. Diagnosa Keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keperawatan. Diagnosa keperawatan juga merupakan penilaian klinis terhadap kondisi individu, keluarga atau komunitas (agregat) baik yang bersifat aktual, risiko atau masih merupakan gejala (Debora, 2017).

Diagnosa Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data menurut PPNI (2016) ada tiga yaitu :

- a. Aktual : diagnosa ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.
- b. Resiko : diagnosa ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.
- c. Promosi Kesehatan : diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih atau optimal.

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu :

- a. Penulisan tiga bagian (Three Part)

Metode penulisan ini terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formulasi sebagai berikut :

Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/gejala.

b. Penulisan dua bagian (Two Part)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut :

1) Diagnosis risiko

Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko

2) Diagnosis promosi kesehatan

Masalah dibuktikan dengan Tanda/gejala

Tabel 2.3

Diagnosa Keperawatan Anak dengan Masalah Hipertermia

Gejala dan Tanda	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda Mayor 1. Subjektif : tidak tersedia 2. Objektif : suhu tubuh tidak normal	1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan	Hipertermia Kategori : lingkungan Subkategori : keamanan dan proteksi Definisi : suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
Gejala dan Tanda Minor 1. Subjektif : tidak tersedia 2. Objektif : kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat	5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan inkubator	

Sumber:(SDKI DPP PPNI, 2016)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi

dan kriteria hasil. Masing-masing komponen diuraikan sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Tabel 2.4
Intervensi Keperawatan Anak dengan Masalah Hipertermia

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi bakteri salmonella typhosa)</p>	<p>Luaran Utama Termoregulasi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menggigil menurun b. Kulit merah menurun c. Kejang menurun d. Akrosianosis menurun e. Konsumsi oksigen menurun f. Piloereksi menurun g. Vasokonstriksi perifer menurun h. Kadar glukosa darah membaik i. Pengisian kapiler membaik j. Ventilasi membaik k. Tekanan darah membaik l. Kutis memporata menurun m. Pucat menurun n. Takikardi menurun o. Takipnea menurun p. Bradikardi menurun q. Dasar kuku sanotik menurun r. Hipoksia menurun s. Suhu tubuh membaik t. Suhu kulit membaik 	<p>Intervensi Utama Manajemen Hipertermia : Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) b. Monitor suhu tubuh c. Monitor kadar elektrolit d. Monitor pengeluaran urine e. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian c. Basahi dan kipasi permukaan tubuh d. Berikan cairan oral e. Ganti linen setiap hari atau lebih jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) f. Lakukan kompres hangat g. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin h. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan intravena

Sumber : (SIKI DPP PPNI, 2018), (SLKI DPP PPNI, 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan, dalam konteks ini aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan-kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier, Erb, G., & A., & Snyder, 2020).

Adapun komponen SOAP yaitu S (Subjektif) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (Assessment) adalah interpretasi dari data subjektif dan data objektif, P (Planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Rohmah Nikmatur & Saful, 2015).