

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **Konsep Medis**

##### **1. Pengertian**

Demam typhoid adalah infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Demam thyphoid adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi* A, B dan C. Penularan demam thyphoid melalui fecal dan oral yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Mustofa et al., 2020). Demam typhoid (*typhus abdominalis*) merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella typhosa* dan hanya terdapat pada manusia (Moffitt, 2021). Demam thyphoid adalah suatu infeksi sistemik yang disebabkan oleh bakteri *S typhi*. Bakteri lain yang dapat menyebabkan demam thyphoid adalah *Salmonella enterica serovar paratyphi* A, B, dan C, penyakit ini disebut demam *parathyphoid* (Saputra, 2021)

##### **2. Etiologi**

Demam thyphoid adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi* A, B dan C. Penularan emam thyphoid melalui fecal dan oral yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Mustofa et al., 2020). Infeksi demam thyphoid

biasanya terjadi di musim kemarau dan pada permulaan musim hujan di daerah endemik. Jumlah bakteri *thyphoid* yang dapat menjadi infeksius adalah jika 10<sup>3</sup>-10<sup>6</sup> organisme masuk atau tertelan secara oral oleh manusia. Demam thyphoid dapat menular melalui makanan dan air yang terkontaminasi oleh feses (Saputra, 2021)

### 3. Manifestasi Klinis

Gejala klinis utama dari demam thyphoid yang sering dijumpai adalah demam. Gejala demam pada demam thyphoid akan meningkat secara perlahan dari menjelang sore dan mencapai puncak pada malam hari dan akan mengalami penurunan pada siang hari. Demam akan terus meningkat hingga 39 – 40<sup>0</sup> C dan demam akan menetap pada minggu kedua infeksi. Masa inkubasi dari bakteri thyphoid yaitu sekitar 7 sampai 14 hari. Gejala infeksi pada demam thyphoid tidak spesifik dan seperti infeksi lainnya, gejalanya berupa sakit kepala, *nausea*, nyeri perut, *myalgia*, *arthralgia*, demam, *anoreksia* serta konstipasi (Saputra, 2021)

### 4. Patofisiologi

Penyebab demam thyphoid adalah bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi*. Bakteri *Salmonella typhi* merupakan bakteri basil gram negatif ananerob fakultatif. Bakteri *Salmonella* akan masuk ke dalam tubuh melalui oral bersama dengan makanan atau minuman yang terkontaminasi. Sebagian bakteri akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung. Sebagian bakteri *Salmonella* yang lolos akan segera menuju ke usus halus tepatnya di ileum dan jejunum untuk

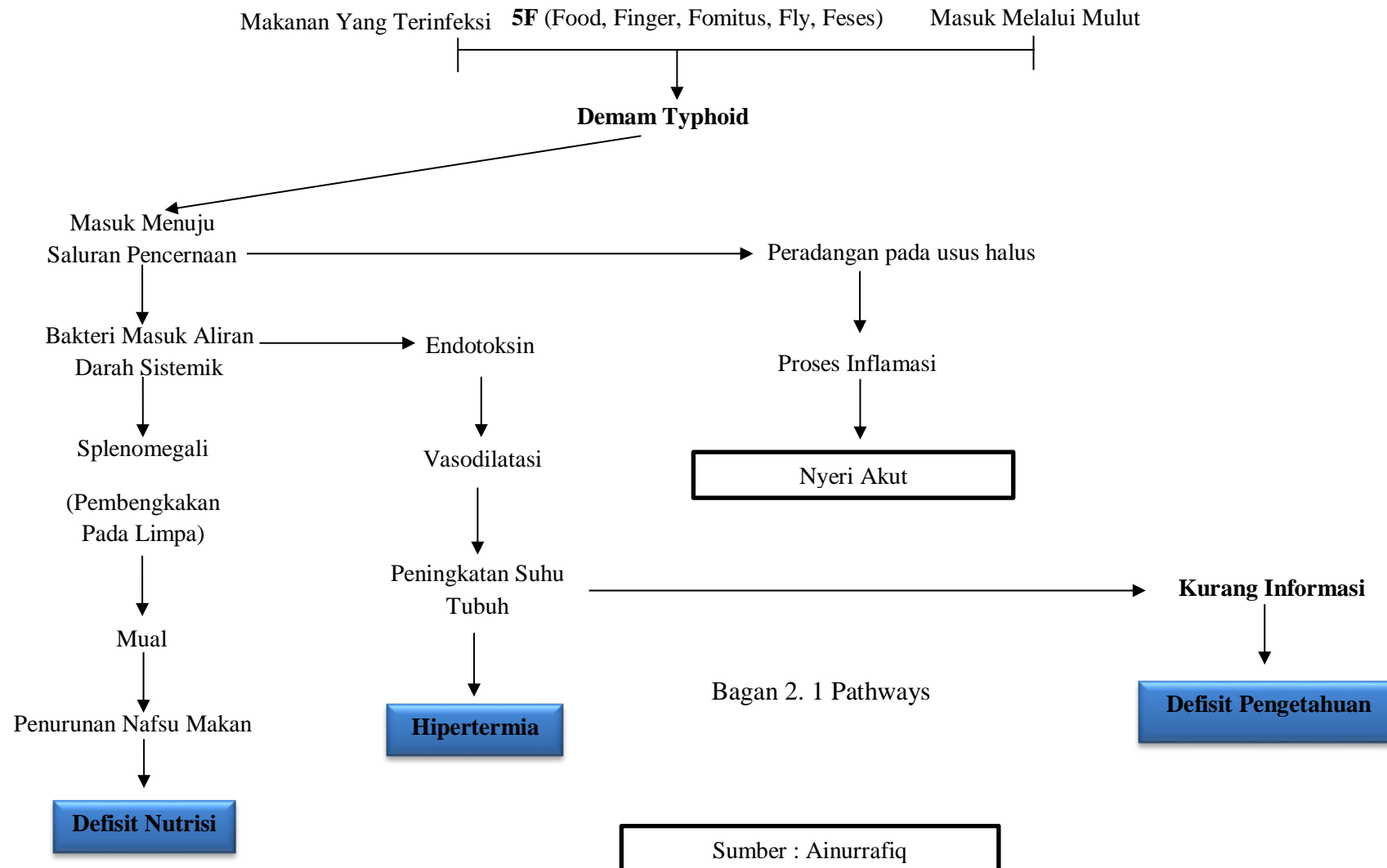
berkembang biak. Bila sistem *imun humoral mukosa* (IgA) tidak lagi baik dalam merespon, maka bakteri akan menginvasi kedalam sel epitel usus halus (terutama sel M) dan ke *lamina propia*. Di lamina propia bakteri akan *difagositosis* oleh makrofag. Bakteri yang lolos dapat berkembang biak didalam makrofag dan masuk ke sirkulasi darah (*bakterimia I*). Bakterimia I dianggap sebagai masa inkubasi yang dapat terjadi selama 7-14 hari Bakteri Salmonella juga dapat menginvasi bagian usus yang bernama plak payer. Setelah menginvasi plak payer, bakteri dapat melakukan translokasi ke dalam folikel limfoid intestin dan aliran *limfe mesenterika* dan beberapa bakteri melewati sistem retikuloendotelial di hati dan limpa. Pada fase ini bakteri juga melewati organ hati dan limpa. Di hati dan limpa, bakteri meninggalkan makrofag yang selanjutnya berkembang biak di sinusoid hati. Setelah dari hati, bakteri akan masuk ke sirkulasi darah untuk kedua kalinya (*bakterimia II*). Saat bakteremia II, makrofag mengalami hiperaktivasi dan saat makrofag memfagositosis bakteri, maka terjadi pelepasan mediator inflamasi salah satunya adalah sitokin. Pelepasan sitokin ini yang menyebabkan munculnya demam, malaise, myalgia, sakit kepala, dan gejala toksemia. Plak payer dapat mengalami *hyperplasia* pada minggu pertama dan dapat terus berlanjut hingga terjadi nekrosis di minggu kedua. Lama kelamaan dapat timbul ulserasi yang pada akhirnya dapat terbentuk ulkus diminggu ketiga. Terbentuknya ulkus ini dapat menyebabkan perdarahan dan perforasi (Levani & Prastya, 2020)

## 5. Penatalaksanaan

Tatalaksana demam thyphoid tanpa komplikasi adalah berupa pemberian antibiotik golongan fluoroquinolone, diantaranya adalah *ciprofloxacin*, *ofloxacin*, dan *pefloxacin*. Pemberian antibiotik golongan fluoroquinolone pada demam thyphoid cukup efektif, karena isolat dari bakteri *Salmonella typhi* tidak resisten terhadap golongan fluoroquinolone. Terapi pada demam thyphoid tidak hanya berupa pemberian antibiotik, namun juga dapat berupa terapi suportif dan istirahat (bed rest). Terapi suportif pada demam thyphoid dapat diberupa pemeberian cairan dengan tujuan untuk mengkoreksi adanya ketidakseimbangan elektrolit dan cairan. Sedangkan pemberian antipiretik pada demam thyphoid bertujuan untuk menurunkan suhu dari demam hingga suhu normal, antipiretik yang biasa digunakan pada demam thyphoid adalah *paracetamol* 500 mg yang dapat diberikan 3 kali dalam sehari. Pemberian nutrisi yang adekuat juga dapat menjadi terapi yang tepat pada demam thyphoid, pemberian nutri melalui TPN, pemberian makanan dapat berupa makanan yang lembut dan mudah untuk dicerna pasien (Saputra, 2021)

## Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pathways



## 2. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Erita et al., 2019) Konsep Keperawatan Dasar Anak adalah sebagai berikut :

### a. *Family Centered Care (FCC)*

#### 1) Pengertian

Family Centered Care (FCC) atau perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan sebagai filosofi perawatan berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak.

Family Centered Care meyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga. Intervensi keperawatan dengan menggunakan pendekatan family centered care menekankan bahwa pembuatan kebijakan, perencanaan program perawatan, perancangan fasilitas kesehatan, dan interaksi sehari-hari antara klien dengan tenaga kesehatan harus melibatkan keluarga. Keluarga diberikan kewenangan untuk terlibat dalam perawatan klien, yang berarti keluarga dengan latar belakang pengalaman, keahlian dan kompetensi keluarga memberikan manfaat positif dalam perawatan anak. Memberikan kewenangan kepada keluarga berarti membuka jalan bagi keluarga untuk mengetahui kekuatan, kemampuan keluarga dalam merawat anak.

Ada 2 konsep dasar pada proses filosofi family center care, yaitu enabling dan empowering. Enabling adalah dengan menciptakan kesempatan keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensinya yang berguna dalam memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Dukungan (empowering) menjelaskan interaksi profesional dengan keluarga dimana

keluarga memerlukan perasaan aman terhadap kehidupan keluarganya dan mendukung perubahan yang positif sebagai dampak dari perilaku saling tolong menolong, memperkuat kemampuan dan tindakan yang diberikan

## 2) Manfaat penerapan *Family Centered Care* (FCC)

Manfaat penerapan family centered care adalah sebagai berikut:

- a) Hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.
- b) Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi.
- c) Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga.
- d) Meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi pelayanan.
- e) Penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif (mengoptimalkan manajemen perawatan di rumah, mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat atau rumah sakit jika tidak perlu, lebih efektif dalam menggunakan cara pencegahan).
- f) Mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan.
- g) Persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif.
- h) Meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk spesialis anak dan tenaga profesi lainnya dalam pelatihan-pelatihan.
- i) Menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan profesional.
- j) Mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima.

### 3) Elemen-elemen *Family Centered Care* (FCC)

Dalam family centered care kebutuhan semua anggota keluarga tidak hanya harus dipertimbangkan, dengan mengacu pada elemen penting family centered care yang meliputi:

- a) Memasukkan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktik bahwa keluarga bersifat konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem pelayanan dari personal pendukung di dalam sistem tersebut berubah-ubah.
- b) Memfasilitasi kolaborasi keluarga/profesional pada semua\ tingkat pelayanan keperawatan di rumah sakit, rumah, dan di masyarakat.
- c) Perawatan anak secara individual, pengembangan implementasi dan evaluasi program serta pembentukan kebijakan.
- d) Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional dalam hal dukungan tentang cara yang supportif di setiap saat.
- e) Menggabungkan pemahaman dan penghormatan terhadap keanekaragaman budaya, kekuatan dan individualitas di dalam dan diantara seluruh keluarga termasuk keanekaragaman suku, ras, spiritual, sosial, ekonomi, bidang pendidikan dan geografi ke dalam kebijakan praktik.
- f) Mengenali dan menghormati metode coping yang berbeda dan menerapkan program dan kebijakan menyeluruh yang menyediakan pelayanan perkembangan, pendidikan, emosi, lingkungan dan dukungan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang berbeda-beda.



- g) Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan jaringan kerja sama keluarga dengan keluarga.
- h) Menetapkan bahwa rumah, rumah sakit, dan pelayanan masyarakat dan system pendukung untuk anak-anak yang memerlukan pelayanan kesehatan khusus dan keluarganya bersifat fleksibel, dapat diakses, dan komprehensif dalam menjawab pemenuhan kebutuhan keluarga yang berbeda sesuai yang diperlukan.
- i) Menghargai keluarga sebagai keluarga, dan anak-anak sebagai anak-anak, mengakui bahwa mereka memiliki beragam kekuatan, perhatian, emosi dan cita-cita yang melebihi kebutuhan mereka untuk mendapatkan layanan dan dukungan kesehatan serta perkembangan khususnya.

4) Prinsip *Family Centered Care* (FCC)

Beberapa prinsip *Family Centered Care* meliputi:

- a) Menghormati setiap anak dan keluarganya.
- b) Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak menghormati anak dan keluarga sebagai subjek perawatan. Perawat menghormati anak dan keluarga memiliki pilihan yang terbaik bagi perawatan mereka.
- c) Menghargai perbedaan suku, budaya, sosial, ekonomi, agama, dan pengalaman tentang sehat sakit yang ada pada anak dan keluarga. Perawat menghargai perbedaan suku, budaya, sosial ekonomi, agama dan pengalaman tentang sehat sakit anak dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan. Pelayanan yang diberikan mengacu

kepada standar asuhan keperawatan dan diperlakukan sama pada semua pasien dan keluarga.

- d) Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga. Mengkaji kelebihan keluarga dan membantu mengembangkan kelebihan keluarga dalam proses asuhan keperawatan pada klien.
- e) Mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatannya. Memberikan kesempatan kepada keluarga dan anak untuk memilih fasilitas kesehatan yang sesuai untuk mereka, menghargai pilihan dan mendukung keluarga.
- f) Menjamin pelayanan yang diperoleh anak dan keluarga sesuai dengan kebutuhan, keyakinan, nilai, dan budaya mereka. Memonitor pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan, nilai, keyakinan dan budaya pasien dan keluarga.
- g) Berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan anak dan keluarga sebagai cara untuk memperkuat dan mendayagunakan anak dan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan. Petugas kesehatan memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga, dengan benar dan tidak memihak. Informasi yang diberikan harus lengkap, benar dan akurat.
- h) Memberikan dan menjamin dukungan formal dan informal untuk anak dan keluarga. Memfasilitasi pembentukan support grup untuk anak dan keluarga, melakukan pendampingan kepada keluarga, menyediakan akses informasi support grup yang tersedia dimasyarakat.

- i) Berkolaborasi dengan anak dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan anak di berbagai tingkat pelayanan kesehatan. Melibatkan keluarga dalam perencanaan program perawatan anak, meminta pendapat dan ide keluarga untuk pengembangan program yang akan dilakukan.
- j) Mendorong anak dan keluarga untuk menemukan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki, membangun rasa percaya diri, dan membuat pilihan dalam menentukan pelayanan kesehatan anak. Petugas kesehatan berupaya meningkatkan rasa percaya diri keluarga dengan memberikan pengetahuan yang keluarga butuhkan dalam perawatan anak

## **b. Atraumatic Care**

### 1) Pengertian

Atraumatic Care adalah kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terapeutik oleh individu melalui pelaksanaan intervensi keperawatan untuk membatasi atau mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap anak dan keluarga di tatanan pelayanan kesehatan sangatlah diperlukan.

Atraumatic care atau asuhan atraumatik adalah penyediaan \ asuhan terapeutik dalam lingkungan oleh seseorang (personal) dengan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau memperkecil distress psikologis dan fisik yang dialami oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan.

Atraumatic care yang dimaksud di sini adalah perawatan yang tidak menimbulkan adanya trauma pada anak dan keluarga. Perawatan tersebut difokuskan dalam pencegahan terhadap trauma yang merupakan bagian dalam keperawatan anak. Perhatian khusus pada anak sebagai individu yang masih dalam usia tumbuh kembang sangat penting karena masa anak-anak merupakan proses menuju kematangan, yang mana jika proses menuju kematangan tersebut terdapat hambatan atau gangguan maka anak tidak akan mencapai kematangan.

## 2) Prinsip Atraumatic Care

Beberapa prinsip yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain:

### a) Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga

Dampak perpisahan dari keluarga maka anak mengalami gangguan psikologis seperti kecemasan, ketakutan, kurang kasih sayang sehingga gangguan ini akan menghambat proses penyembuhan anak dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

### b) Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.

Melalui peningkatan kontrol orang tua pada diri anak, diharapkan anak mandiri dalam kehidupannya, anak akan selalu berhati-hati dalam melakukan aktivitas sehari-hari, selalu bersikap waspada dalam segala hal, serta pendidikan terhadap kemampuan dan keterampilan orang tua dalam mengawasi perawatan anak.

### c) Mencegah dan mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis).

Mengurangi nyeri merupakan tindakan yang harus dilakukan dalam keperawatan anak. Proses pengurangan rasa nyeri sering kali tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi, imaginary. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

- d) Tidak melakukan kekerasan pada anak.

Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak. Apabila ini terjadi pada saat anak dalam proses tumbuh kembang maka kemungkinan pencapaian kematangan akan terhambat, dengan demikian tindakan kekerasan pada anak sangat tidak dianjurkan karena akan memperberat kondisi anak.

- e) Modifikasi /ingkungan.

Melalui modifikasi lingkungan fisik yang bernuansa anak dapat meningkatkan keceriaan, perasaan aman dan nyaman bagi lingkungan anak sehingga anak selalu berkembang dan merasa nyaman di lingkungannya.

### **c. Hospitalisasi**

- 1) Pengertian

Hospitalisasi merupakan perawatan yang dilakukan dirumah sakit dan dapat menimbulkan trauma dan stress pada anak yang baru mengalami rawat inap dirumah sakit. Hospitalisasi dapat diartikan juga sebagai suatu keadaan yang memaksa seseorang harus menjalani rawat inap di rumah

sakit untuk menjalani pengobatan maupun terapi yang dikarenakan anak tersebut mengalami sakit. Pengalaman hospitalisasi dapat mengganggu psikologi seseorang terlebih bila seseorang tersebut tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan barunya di rumah sakit. Pengalaman hospitalisasi yang dialami anak selama rawat inap tersebut tidak hanya mengganggu psikologi anak, tetapi juga akan sangat berpengaruh pada psikososial anak dalam berinteraksi terutama pada pihak rumah sakit termasuk pada perawat.

Penelitian membuktikan bahwa hospitalisasi anak dapat menjadi suatu pengalaman yang menimbulkan trauma, baik pada anak, maupun orang tua. Sehingga menimbulkan reaksi tertentu yang akan sangat berdampak pada kerja sama anak dan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit. Oleh karena itu betapa pentingnya perawat memahami konsep hospitalisasi dan dampaknya pada anak dan orang tua sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.

## 2) Manfaat Hospitalisasi

Menurut Erita et al., (2019), cara memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak adalah sebagai berikut :

- a) Membantu perkembangan orang tua dan anak dengan cara memberi kesempatan orang tua mempelajari tumbuh-kembang anak dan reaksi anak terhadap stressor yang dihadapi selam dalam perawatan di rumah sakit.
- b) Hospitalisasi dapat dijadikan media untuk belajar orang tua, untuk itu perawat dapat memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang penyakit anak, terapi yang didapat, dan prosedur keperawatan

yang dilakukan pada anak, tentunya sesuai dengan kapasitas belajarnya.

- c) Meningkatkan kemampuan kontrol diri dapat dilakukan dengan memberi kesempatan pada anak mengambil keputusan, tidak terlalu bergantung pada orang lain dan percaya diri. Tentunya hal ini hanya dapat dilakukan oleh anak yang lebih besar, bukan bayi. Berikan selalu penguatan yang positif dengan selalu memberikan pujian atas kemampuan anak dan orang tua dan dorong terus untuk meningkatkannya.
- d) Fasilitasi anak untuk menjaga sosialisasinya dengan sesamapasien anak yang ada, teman sebaya atau teman sekolah. Beri kesempatan padanya untuk saling kenai dan berbagi pengalamannya. Demikian juga interaksi dengan petugas kesehatan dan sesama orang tua harus difasilitasi oleh perawat karena selama di rumah sakit orang tua dan anak mempunyai kelompok sosial yang baru.

3) Reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai usia perkembangan anak

a) Bayi (0-1 tahun)

Bila bayi berpisah dengan orang tua, maka pembentukan rasa percaya dan pembinaan kasih sayangnya terganggu. Pada bayi usia 6 bulan sulit untuk memahami secara maksimal bagaimana reaksi bayi bila dirawat, Karena bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya. Sedangkan pada bayi dengan usia yang lebih dari 6 bulan, akan banyak menunjukkan perubahan.

Pada bayi usia 8 bulan atau lebih telah mengenal ibunya sebagai orang yang berbeda-beda dengan dirinya, sehingga akan

terjadi "Stranger Anxiety" (cemas pada orang yang tidak dikenal), sehingga bayi akan menolak orang baru yang belum dikenal. Kecemasan ini dimanifestasikan dengan menangis, marah dan pergerakan yang berlebihan. Disamping itu bayi juga telah merasa memiliki ibunya, sehingga jika berpisah dengan ibunya akan menimbulkan "Separation Anxiety" (cemas akan berpisah). Hal ini akan kelihatan jika bayi ditinggalkan oleh ibunya, maka akan menangis sejadi-jadinya, melekat dan sangat tergantung dengan kuat.

b) Toddler (1-3 tahun)

Toddler belum mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang memadai dan pengertian terhadap realita terbatas. Hubungan anak dengan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan orang yang terdekat bagi diri anak dan lingkungan yang dikenal serta akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Disebutkan bahwa sumber stress utama pada anak yaitu akibat perpisahan (usia 15-30 bulan). Anxietas perpisahan disebut juga "Analytic Depression". Respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

(1) Tahap prates (*Protest*)

Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang lain.

(2) Tahap putus asa (*Despair*)



Pada tahap ini anak tampak tenang, menangis berkurang, tidak aktif, kurang minat untuk bermain, tidak nafsu makan, menarik diri, sedih dan apatis.

(3) Tahap menolak (*Denial/Detachment*)

Pada tahap ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta kelihatan mulai menyukai lingkungan.

Toddler telah mampu menunjukkan kestabilan dalam mengontrol dirinya dengan mempertahankan kegiatan rutin seperti makan, tidur, mandi, toileting dan bermain. Akibat sakit dan dirawat di Rumah Sakit, anak akan kehilangan kebebasan dan pandangan egosentrisnya dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi.

Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan negatifistik dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronik) maka anak akan berespon dengan menarik diri dari hubungan interpersonal.

c) Pra Sekolah (3-6 tahun)

Anak usia Pra Sekolah telah dapat menerima perpisahan dengan orang tuannya dan anak juga dapat membentuk rasa percaya dengan orang lain. Walaupun demikian anak tetap membutuhkan perlindungan dari keluarganya. Akibat perpisahan akan menimbulkan reaksi seperti: menolak makan, menangis pelan-pelan, sering bertanya

misalnya: kapan orang tuanya berkunjung, tidak kooperatif terhadap aktifitas sehari-hari.

Kehilangan kontrol terjadi karena adanya pembatasan aktifitas sehari-hari dan karena kehilangan kekuatan diri. Anak pra sekolah membayangkan bahwa dirawat di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya dihambat. Anak akan berespon dengan perasaan malu, bersalah dan takut.

Anak usia pra sekolah sangat memperhatikan penampilan dan fungsi tubuh. Mereka menjadi ingin tahu dan bingung melihat seseorang dengan gangguan penglihatan atau keadaan tidak normal. Pada usia ini anak merasa takut bila mengalami perlukaan, anak menganggap bahwa tindakan dan prosedur mengancam integritas tubuhnya. Anak akan bereaksi dengan agresif, ekspresif verbal dan dependensi.

Disamping itu anak juga akan menangis, bingung, khususnya bila keluar darah dari tubuhnya. Maka sulit bagi anak untuk percaya bahwa infeksi, mengukur tekanan darah, mengukur suhu perrektal dan prosedur tindakan lainnya tidak akan menimbulkan perlukaan.

d) Sekolah (6-12 tahun)

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan ketrampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya. Pada usia ini

anak berusaha independen dan produktif. Akibat dirawat di rumah sakit menyebabkan perasaan kehilangan kontrol dan kekuatan. Hal ini terjadi karena adanya perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan dalam kelompok serta akibat kegiatan rutin rumah sakit seperti bedrest, penggunaan pispot, kurangnya privacy, pemakaian kursi roda, dll.

Anak telah dapat mengekspresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri atau sakit dengan cara menggigit bibir atau menggemang sesuatu dengan erat. Anak ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan pada dirinya, sehingga ia selalu mengamati apa yang dikatakan perawat. Anak akan merasa takut terhadap mati pada waktu tidur.

e) Remaja (12-18 tahun)

Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang dirawat di rumah sakit adalah akibat perpisahan dengan teman-teman sebaya dan kelompok. Anak tidak merasa takut berpisah dengan orang tua akan tetapi takut kehilangan status dan hubungan dengan teman sekelompok. Kecemasan lain disebabkan oleh akibat yang ditimbulkan oleh akibat penyakit fisik, kecacatan serta kurangnya "privacy".

Sakit dan dirawat merupakan ancaman terhadap identitas diri, perkembangan dan kemampuan anak. Reaksi yang timbul bila anak remaja dirawat, ia akan merasa kebebasannya terancam sehingga anak tidak kooperatif, menarik diri, marah atau frustrasi. Remaja sangat

cepat mengalami perubahan body image selama perkembangannya. Adanya perubahan dalam body image akibat penyakit atau pembedahan dapat menimbulkan stress atau perasaan tidak amana. Remaja akan berespon dengan banyak bertanya, menarik diri dan menolak orang lain.

#### 4) Reaksi keluarga terhadap anak yang sakit dan dirawat dirumah sakit

Seriusnya penyakit baik akut atau kronis mempengaruhi tiap anggota dalam keluarga :

##### a) Reaksi orang tua

Orang tua akan mengalami stress jika anaknya sakit dan dirawat dirumah sakit. Kecemasan akan meningkat jika mereka kurang informasi tentang prosedur dan pengobatan anak serta dampaknya terhadap masa depan anak. Orang tua bereaksi dengan tidak percaya terutama jika penyakit anaknya secara tiba-tiba dan serius. Setelah menyadari tentang keadaan anak, maka mereka akan bereaksi dengan marah dan merasa bersalah, sering menyalahkan diri karena tidak mampu merawat anak sehingga anak menjadi sakit

##### b) Reaksi Sibling

Reaksi sibling terhadap anak yang sakit dan dirawat dirumah sakit adalah marah, cemburu, benci dan bersalah. Orang tua seringkali mencurahkan perhatiannya lebih besar terhadap anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal ini akan menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan anak merasa ditolak

#### 5) Faktor penyebab stress hospitalisasi pada anak

Beberapa faktor yang menyebabkan stres akibat hospitalisasi pada anak adalah:

a) Lingkungan

Saat dirawat di Rumah Sakit klien akan mengalami lingkungan yang baru bagi dirinya dan hal ini akan mengakibatkan stress pada anak.

b) Berpisah dengan keluarga

Klien yang dirawat di Rumah Sakit akan merasa sendiri dan kesepian, jauh dari keluarga dan suasana rumah yang akrab dan harmonis.

c) Kurang informasi

Anak akan merasa takut karena dia tidak tahu apa yang akan dilakukan oleh perawat atau dokter. Anak tidak tahu tentang penyakitnya dan khawatir akan akibat yang mungkin timbul karena penyakitnya.

d) Masalah pengobatan

Anak takut akan prosedur pengobatan yang akan dilakukan, karena anak merasa bahwa pengobatan yang akan diberikan itu akan menyakitkan. Dengan mengerti kebutuhan anak sesuai dengan tahap perkembangannya dan mampu memenuhi kebutuhan tersebut, perawat dapat mengurangi stress akibat hospitalisasi dan dapat meningkatkan perkembangan anak kearah yang normal.

Faktor resiko yang dapat meningkatkan stres pada anak selama hospitalisasi adalah:

a) Temperamen yang sulit

b) Ketidakcocokan antara anak dengan orang tua

c) Usia antara 6 bulan - 5 tahun

- d) Anak dengan jenis kelamin laki-laki
  - e) Intelektensi dibawah rata-rata
  - f) Stres yang berkali-kali dan terus-menerus
- 6) Peran perawat dalam mengurangi stress akibat hospitalisasi

Anak dan keluarga membutuhkan perawatan yang kompeten untuk meminimalkan efek negatif dari hospitalisasi. Fokus dari intervensi keperawatan adalah meminimalkan stressor perpisahan, kehilangan kontrol dan perlukaan tubuh atau rasa nyeri pada anak serta memberi support kepada keluarga seperti membantu perkembangan hubungan dalam keluarga dan memberikan informasi:

- a) Mencegah atau meminimalkan dampak dari perpisahan, terutama pada anak usia kurang dari 5 tahun.

(1) Rooming In

Yaitu orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak dan komunikasi antara orang tua dan anak.

(2) Partisipasi Orang tua

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan misal : memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan pada anak atau memandikan. Perawat berperan sebagai Health Educator terhadap keluarga.

- (3) Membuat ruang perawatan seperti situasi di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruang tersebut.

(4) Membantu anak mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah dengan mendatangkan tutor khusus atau melalui kunjungan teman-teman sekolah, surat menyurat atau melalui telpon.

b) Mencegah perasaan kehilangan kontrol

(1) Physical Restriction (Pembatasan Fisik)

(2) Pembatasan fisik atau imobilisasi pada ekstremitas untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah jika anak kooperatif. Untuk bayi dan toddler, kontak orang tua - anak mempunyai arti penting untuk mengurangi stress akibat restrain. Pada tindakan atau prosedur yang menimbulkan nyeri, orang tua dipersiapkan untuk membantu, mengobservasi atau menunggu diluar ruangan. Pada beberapa kasus pasien yang diisolasi, misal luka bakar berat, dengan menempatkan tempat tidur didekat pintu atau jendela, memberi musik, dll,

(3) Gangguan dalam memenuhi kegiatan sehari-hari Respon anak terhadap kehilangan, kegiatan rutinitas dapat dilihat dengan adanya masalah dalam makan, tidur, berpakaian, mandi, toileting dan interaksi social. Teknik untuk meminimalkan gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari yaitu dengan "Time Structuring". Pendekatan ini sesuai untuk anak usia sekolah dan remaja yang telah mempunyai konsep waktu. Hal ini meliputi pembuatanjadual kegiatan penting bagi perawat dan anak, misal : prosedur pengobatan, latihan, nonton TV, waktu

bermain, dll. Jadwal tersebut dibuat dengan kesepakatan antara perawat, orang tua dan anak.

- c) Meminimalkan rasa takut terhadap perlakuan tubuh dan rasa nyeri. Persiapan anak terhadap prosedur yang menimbulkan rasa nyeri adalah penting untuk mengurangi ketakutan. Perawat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang dapat ditemui oleh anak jika dia merasa takut, dll. Memanipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh, misal: jika anak takut diukur temperaturnya melalui anus, maka dapat dilakukan melalui ketiak atau axilla.
- d) Memaksimalkan manfaat dari hospitalisasi Walaupun hospitalisasi merupakan stressfull bagi anak dan keluarga, tapi juga membantu memfasilitasi perubahan kearah positif antara anak dan anggota keluarga:
  - (1) Membantu perkembangan hubungan orang tua - anak  
Hospitalisasi memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang pertumbuhan dan perkembangan anak. Jika orang tua tahu reaksi anak terhadap stress seperti regresi dan agresif, maka mereka dapat memberi support dan juga akan memperluas pandangan orang tua dalam merawat anak yang sakit.
  - (2) Memberi kesempatan untuk pendidikan  
Hospitalisasi memberi kesempatan pada anak dan anggota keluarga belajar tentang tubuh, profesi kesehatan, dll.
  - (3) Meningkatkan *Self - Mastery*



Pengalaman menghadapi krisis seperti penyakit atau hospitalisasi akan memberi kesempatan untuk self - mastery. Anak pada usianya lebih mudah punya kesempatan untuk menyetestfantasi atau realita. Anak yang usianya lebih besar, punya kesempatan untuk membuat keputusan, tidak tergantung dan percaya diri perawat dan memfasilitasi perasaan self-mastery dengan menekan kemampuan personal anak.

(4) Memberi kesempatan untuk sosialisasi

Jika anak yang dirawat dalam satu ruangan usianya sebaya maka akan membantu anak untuk belajar tentang diri mereka. Sosialisasi juga dapat dilakukan dengan team kesehatan selain itu orang tua juga memperoleh kelompok social baru dengan orang tua anak yang punya masalah yang sama.

e) Memberi support pada anggota keluarga

Perawat dapat mendiskusikan dengan keluarga tentang kebutuhan anak, membantu orang tua. Mengidentifikasi alasan spesifik dari perasaan dan responnya terhadap stress memberi kesempatan kepada orang tua untuk mengurangi beban emosinya.

(1) Memberi Informasi

Salah satu intervensi keperawatan yang penting adalah memberikan informasi sehubungan dengan penyakit, pengobatan, serta prognosa, reaksi emosional anak terhadap sakit dan dirawat, serta reaksi emosional anggota keluarga terhadap anak yang sakit dan dirawat.

(2) Melibatkan Sibling

Keterlibatan sibling sangat penting untuk mengurangi stress pada anak. Misalnya keterlibatan dalam program rumah sakit (kelompok bermain), mengunjungi saudara yang sakit secara teratur, dll

7) Mempersiapkan anak untuk mendapatkan pelayanan dirumah sakit

Rumah sakit tempat dirawat mungkin merupakan tempat dan suasana baru bagi anak. Oleh karena itu, persiapan sebelum dirawat itu sangat penting. Persiapan anak sebelum dirawat di rumah sakit didasarkan pada asumsi bahwa ketakutan akan sesuatu yang tidak diketahui.

a) Pada tahap sebelum masuk rumah sakit dapat dilakukan :

- (1) Siapkan ruang rawat sesuai dengan tahapan usia dan jenis penyakit dengan peralatan yang diperlukan.
- (2) Apabila anak harus dirawat secara berencana, 1-2 hari sebelum dirawat diorientasikan dengan situasi rumah sakit dengan bentuk miniatur bangunan rumah sakit.

b) Sedangkan pada hari pertama dirawat tindakan yang harus dilakukan adalah:

- (1) Kenalkan perawat dan dokter yang akan merawatnya.
- (2) Orientasikan anak dan orang tua pada ruangan rawat yang ada beserta fasilitas yang dapat digunakannya.
- (3) Kenalkan dengan pasien anak lain yang akan menjadi teman sekamarnya.
- (4) Berikan identitas pada anak. Misalnya pada papan nama anak.
- (5) Jelaskan aturan rumah sakit yang berlaku dan jadwal kegiatan yang harus diikuti.

(6) Laksanakan pengkajian riwayat keperawatan.

(7) Lakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan lainnya sesuai dengan yang diprogramkan.

**d. Pengkajian**

- 1) Data biografi Data biografi meliputi : nama, alamat, umur, tanggal Masuk rumah sakit, diagnose medis, catatan kedatangan, keluarga yang dapat dihubungi.
- 2) Keluhan utama Demam lebih dari 1 minggu, gangguan kesadaran: apatis sampai somnolen, dan gangguan saluran pencernaan seperti perut kembung atau tegang dan nyeri pada perabaan, mulut bau, konstipasi atau diare, tinja berdarah dengan atau tanpa lendir, anoreksia dan muntah.
- 3) Riwayat kesehatan sekarang Mengapa pasien masuk rumah sakit dan apa keluhan utama pasien, sehingga dapat ditegaskan prioritas masalah keperawatan yang dapat muncul.
- 4) Riwayat kesehatan dahulu Apakah klien sudah pernah sakit dan dirawat dengan penyakit yang sama
- 5) Riwayat kesehatan keluarga Apakah ada dalam keluarga klien yang sakit seperti klien
- 6) Pola fungsi kesehatan
  - a) Pola nutrisi dan metabolisme Klien akan mengalami penurunan nafsu makan karena mual dan muntah saat makan sehingga makan hanya sedikit bahkan tidak makan sama sekali
  - b) Pola tidur dan istirahat Pola tidur dan istirahat terganggu sehubungan peningkatan suhu tubuh

- c) Pola sensori dan kognitif Pada penciuman, perabaan, perasaan, pendengaran dan penglihatan umumnya tidak mengalami kelainan serta tidak terdapat suatu waham pad klien
  - d) Pola hubungan dan peran Hubungan dengan orang lain terganggu sehubungan klien di rawat di rumah sakit dan klien harus bed rest total
- 7) Data Fokus
  - 8) Klasifikasi Data
  - 9) Analisa Data

### 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan proses perfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan. Proses diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, resiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan (Ramadhani, 2022). Berdasarkan manifestasi klinis dengan demam typhoid, maka diagnosa yang muncul sesuai dengan SDKI, SIKI, SLKI 2018 sebagai berikut :

#### a. Hipertermia (D.0130)

##### 1) Pengertian

*Hipertermia* adalah suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh

##### 2) Etiologi

a) *Dehidrasi*

b) Terpapar lingkungan panas

- c) Proses penyakit ( misal. Infeksi, kanker)
- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e) Peningkatan laju metabolisme
- f) Respon trauma
- g) Aktivitas berlebihan

3) Manifestasi Klinis

- a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

- (1) Suhu tubuh diatas nilai normal

- b) Gejala dan tanda minor

- (1) Kulit merah

- (2) Kejang

- (3) *Takikardi*

- (4) *Takipnea*

- (5) Kulit terasa hangat

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Proses infeksi

- b) *Hipertiroid*

- c) Stroke

- d) *Dehidrasi*

- e) Trauma

- f) *Prematuritas*

**b. Defisit Nutrisi (D.0019)**

- 1) Pengertian

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Etiologi

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- (1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif

- (1) Cepat kenyang setelah makan
- (2) Kram/nyeri abdomen
- (3) Nafsu makan menurun

Objektif

- (1) Bising usus *hiperaktif*
- (2) Otot pengunyah lemah
- (3) Otot menelan lemah
- (4) Membran *mukosa* pucat
- (5) Sariawan
- (6) Serum albumin turun

(7) Rambut rontok berlebihan

(8) Diare

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) *Parkinson*
- c) *Mobius syndrome*
- d) *Cerebral palsy*
- e) *Cleft lip*
- f) *Cleft palate*
- g) *Amyotrophic lateral sclerosis*
- h) Kerusakan neuromuskular
- i) Luka bakar
- j) Kanker
- k) Infeksi
- l) *AIDS*
- m) Penyakit *Cronh's*
- n) *Enterokolitis*
- o) *Fibrosis kistik*

**c. Defisit Pengetahuan (D.0111)**

1. Pengertian

Defisit Pengetahuan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respons, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai suatu etiologi atau faktor penunjang yang dapat menambah suatu variasi responn.

2. Etiologi

- a) Keterbatasan kognitif
- b) Gangguan fungsi kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang terpapar informasi
- e) Kurang minat dalam belajar
- f) Kurang mampu mengingat
- g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

1) Manifestasi Klinis

- a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- (1) Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif

- (1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

- (2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

**d. Nyeri Akut (D.0077)**

1. Pengertian

Nyeri akut merupakan diagnosa keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan katual atau fungsional, dengan on seat mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3bulan.

2. Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)



## Gejala dan Tanda Mayor

### Subjektif

(tidak tersedia)

### Objektif

- (1) Tampak meringis
- (2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- (3) Gelisah
- (4) Frekuensi nadi meningkat
- (5) Sulit tidur

## Gejala dan Minor

### Subjektif

(tidak tersedia)

### Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. pola napas berubah
3. nafsu makan berubah
4. proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

## Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut

## 5. Glaukoma

### 4. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan keperawatan dan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan *Spesifik, Measure, Arhieverble, Rasional, Time* (SMART) selanjutnya akan diuraikan rencana asuhan keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (SDKI, 2016) dalam (Ramadhani, 2022)

#### a. Hipertermia (D.0130)

##### SLKI : Termoregulasi (L.14134)

##### 1) Definisi

Termoregulasi adalah pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.

##### 2) Ekspektasi : Membaik

##### 3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 1 SLKI Termoregulasi

	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Menggigil	1	2	3	4	5
Kulit merah	1	2	3	4	5
Kejang	1	2	3	4	5
Akrosianosis	1	2	3	4	5
Konsumsi oksigen	1	2	3	4	5

Piloereksi	1	2	3	4	5	
Vasokonstriksi perifer	1	2	3	4	5	
Kutis memorata	1	2	3	4	5	
Pucat	1	2	3	4	5	
Takikardi	1	2	3	4	5	
Takipnea	1	2	3	4	5	
Bradikardi	1	2	3	4	5	
Dasar kuku sianotik	1	2	3	4	5	
Hipoksia	1	2	3	4	5	
		Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Suhu tubuh	1	2	3	4	5	
Suhu kulit	1	2	3	4	5	
Kadar glukosa darah	1	2	3	4	5	
Pengisian kapiler	1	2	3	4	5	
Ventilasi	1	2	3	4	5	
Tekanan darah	1	2	3	4	5	

### SIKI : Manajemen Hipertermia (I.15506)

#### 1) Definisi

Manajemen hipertermia adalah mengidentifikasi dan mengelola suhu tubuh diatas rentang normal.

#### 2) Tindakan

##### a) Observasi

1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
2. Monitor suhu tubuh
3. Monitor kadar elektrolit

4. Monitor haluaran urin
  5. Monitor komplikasi akibat hipertermia
- b) Terapeutik
- (1) Sediakan lingkungan yang dingin
  - (2) Longgarkan atau lepaskan pakaian
  - (3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
  - (4) Berikan cairan oral
  - (5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
  - (6) Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
  - (7) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
  - (8) Berikan oksigen, jika perlu
- c) Edukasi
- (1) Anjurkan tirah baring

**b. Defisit Nutrisi (D.0019)**

**SLKI : Status Nutrisi (L. 03030)**

1) Definisi

Status nutrisi adalah keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 2 SLKI Status Nutrisi

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Porsi makanan	1	2	3	4	5

yang dihabiskan					
Kekuatan otot pengunyah	1	2	3	4	5
Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5
Serum albumin	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat	1	2	3	4	5
Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman	1	2	3	4	5
Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman	1	2	3	4	5
Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Perasaan cepat kenyang	1	2	3	4	5

Nyeri abdomen	1	2	3	4	5
Sariawan	1	2	3	4	5
Rambut rontok	1	2	3	4	5
Diare	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Berat badan	1	2	3	4	5
Indeks masa tubuh (IMT)	1	2	3	4	5
Frekuensi makan	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Bising usus	1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit trisep	1	2	3	4	5
Membran mukosa	1	2	3	4	5

### **SIKI : Manajemen Nutrisi (I.03119)**

#### 1) Definisi

Manajemen nutrisi adalah mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang.

#### 2) Tindakan

##### a) Observasi

- (1) Identifikasi status nutrisi
- (2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (3) Identifikasi makanan yang disukai
- (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- (6) Monitor asupan makanan

(7) Monitor berat badan

(8) Monitor hasil pemeriksaan labotatorium

b) Terapeutik

(1) Lakukan oral *hygiene* sebelum makan, *jika perlu*

(2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

(3) Sajikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

(4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

(5) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

(6) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan pral dapat ditoleransi

c) Edukasi

(1) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*

(2) Ajarkan diet yang diprogramkan

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antimetik), *jika perlu*

(2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, *jika perlu*

**c. Defisit Pengetahuan (D.0111)**

**SLKI : Tingkat Pengetahuan Membaik (L.12111)**

1) Definisi

Tingkat pengetahuan adalah kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 3 SLKI Tingkat Pengetahuan

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5
Verbalisasi minat dalam belajar	1	2	3	4	5
Kemampuan menjelaskan tentang suatu topik	1	2	3	4	5
Kemampuan menggambar kan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	1	2	3	4	5
Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1	2	3	4	5
Persepsi yang keliru terhadap masalah	1	2	3	4	5
Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat	1	2	3	4	5

**SIKI : Edukasi Pengetahuan (I.12383)**

## 1) Definisi

Edukasi Kesehatan adalah Pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat



## 2) Tindakan

## a) Observasi

- (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- (2) Identifikasi faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

## b) Terapeutik

- (1) Sediakan materi dan pendidikan kesehatan
- (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (3) Berikan kesempatan bertanya

## c) Edukasi

- (1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- (2) Ajarkan perilaku hidup dan sehat
- (3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup dan sehat

**d. Nyeri Akut (D.0077)****SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)**

## 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan.

## 2) Ekspektasi : Menurun

## 3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 4 SLKI Tingkat Pengetahuan

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Kemampuan menuntaskan	1	2	3	4	5

aktivitas					
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan Tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera tulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	memburuk	Cukup memburuk	sedang	Cukup membaik	membak
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5

Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

**SIKI : Edukasi Pengetahuan (I.12383)**

1) Definisi

Edukasi Kesehatan adalah Pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat

2) Tindakan

**Observasi :**

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal

**Terapeutik :**

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi musik, kompres hangatdingin, aroma terapi)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c) Fasilitasi istirahat tidur

**Edukasi :**

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat

**Kolaborasi :**

Kolaborasikan pemberian analgetic, jika perlu

**5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah tahap pelaksanaan dari rencana intervensi yang dilakukan untuk tercapainya intervensi yang jelas. Implementasi merupakan

tindakan asuhan keperawatan yang sudah direncanakan dalam tahap perencanaan keperawatan. Tahap implementasi dilakukan setelah rencana intervensi disusun untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan untuk mengatasi masalah kesehatan klien. Pada tahap implementasi ini perawat harus mengetahui berbagai hal seperti bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi yang efektif dan terapeutik, serta kemampuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat (Ramadhani, 2022)

## **6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan intelektual yang bertujuan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Perawat dapat memonitor apa saja yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan terhadap pasien yang ditangani, Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisa),P (Perencanaan terhadap analisis). (Ramadhani, 2022)

### ***Evidence Base Practice (EBP)***

1. Menurut Jurnal penelitian dari (Elon & Simbolon, n.d.) yang berjudul “Tindakan Kompres Hangat Pada Temporal Lobe Dan Abdomen Terhadap Reaksi Suhu Tubuh Pasien Dengan Typhoid Fever” yang menyatakan bahwa Peningkatan suhu tubuh yang tidak ditangani dapat menyebabkan dehidrasi yang akan mengganggu keseimbangan elektrolit serta menyebabkan kejang. Kejang yang berulang akan mengakibatkan kerusakan pada sel otak yang akan meyebabkan gangguan tingkah laku, serta dehidrasi. Dehidrasi yang berat dapat menyebabkan syok yang bisa berakibat fatal hingga berujung kematian. Metode penelitian yang digunakan ini adalah menggunakan quasi eksperimental design, dengan menggunakan Two

Group Pre- Test and Post-Test Design. Teknik sampling purposive digunakan untuk memilih partisipan yang secara acak dibagi kedalam dua kelompok intervensi. Dimana kelompok pertama diberi kompres hangat pada Temporal lobe dan kelompok kedua diberi kompres hangat pada abdomen. Sampel penelitian ini adalah pasien dengan Typhoid Fever yang dikumpulkan sesuai kriteria selama bulan Februari - April, sampel dipilih dengan purposive sampling. Subjeknya merupakan seluruh pasien Typhoid Fever dari bulan Februari-April 2017 yang menjalani perawatan. Subjek penelitian ini adalah pasien dengan Typhoid Fever yang berusia remaja (12 – 25 tahun). Subjeknya merupakan pasien Typhoid Fever yang mengalami peningkatan suhu tubuh  $>38^{\circ}\text{C}$  selama  $>3$ hari. Prosedur pelaksanaan kompres hangat adalah dengan catat berapa suhu tubuh pasien, ambil washlap berukuran 17x8 cm lalu rendam kedalam baskom yang berisi air hangat  $40^{\circ}\text{C}$  selama 1 menit lalu diperas 2x perasan, letakan washlap tersebut ke daerah temporal atau abdomen selama 20 menit. Setelah 20 menit angkat waslap. Ukur kembali suhu tubuh pasien setelah dilakukan kompres hangat dengan menggunakan thermometer. Hasil statistik menunjukkan bahwa suhu tubuh pasien sebelum dilakukan tindakan kompres hangat pada temporal lobe (kelompok A) adalah  $38,14^{\circ}\text{C}$  yang berarti demam sedang dan sesudah diberikan tindakan kompres hangat pada temporal mengalami penurunan menjadi  $37,09^{\circ}\text{C}$  yang dikategorikan sebagai suhu tubuh normal. Hasil statistik menunjukkan suhu tubuh pasien sebelum dilakukan tindakan kompres hangat pada abdomen (kelompok B) adalah  $38,13^{\circ}\text{C}$  yang berarti demam sedang dan sesudah diberikan tindakan kompres hangat pada abdomen mengalami penurunan menjadi  $37,65^{\circ}\text{C}$  yang dikategorikan sebagai demam ringan. Ada perbedaan reaksi penurunan suhu tubuh yang signifikan pada pasien Typhoid Fever sebelum dan sesudah diberikan

tindakan kompres hangat pada kedua grup. Hasil tersebut memperlihatkan bahwa pemberian kompres hangat pada temporal lobe dan abdomen tersebut sama-sama efektif dalam menurunkan suhu tubuh terutama kompres hangat pada temporal.

2. Menurut Jurnal penelitian dari (Baig Fitrihan Rukmana1 et al., 2022) yang berjudul “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Tyhpoid Fever” yang menyatakan bahwa demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dengan atau tanpa gangguan kesadaran. Salah satu penyakit menular yang terus menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius di banyak negara berkembang yaitu demam tifoid. Metode penelitian yang digunakan adalah Pre Experimental Design dengan bentuk rancangan One Group Pretest-Posttest. Jumlah responden sebanyak 35 anak, yang diobservasi sebelum dan setelah dilakukan intervensi kompres air hangat selama 3x24 jam. Penelitian mengambil sampel menggunakan metode purposive sampling, dengan menggunakan kriteria inklusi, yaitu responden berusia 0-13 tahun, responden didagnosa suspek atau demam typhoid dengan suhu lebih dari 37.5oC, dan responden bersedia menerima perlakuan. Populasi pada penelitian ini adalah pasien anak yang mengalami demam tifoid di Puskesmas Pringgarata dalam waktu 12 bulan terakhir, sejumlah 658 pasien dengan rata-rata per bulan berjumlah 55 pasien. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 35 responden menunjukkan bahwa suhu tubuh minimum sebelum dilakukan kompres hangat yaitu 37,7°C dan suhu tubuh maksimum 38,3°C dengan standar deviasi 1,853. Hasilnya ada 35 orang pasien yang menjadi sampel. Dan data tentang suhu tubuh pada pasien sebelum dan setelah diberikan intervensi kompres air hangat akan diperoleh dengan cara mengukur suhu tubuh menggunakan thermometer

aksila. Hasil penelitian 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. Pada penelitian ini kompres air hangat dilakukan di daerah aksila dengan frekuensi 3x24 jam pengompresan dengan durasi 10-15 menit dan tindakan kompres hangat menggunakan buli-buli yang diisi air dengan suhu 40°C. Kesimpulan penelitian terdapat pengaruh signifikan kompres air hangat setelah dilakukan intervensi 3x24 jam terhadap penurunan suhu tubuh pada anak. Didapatkan selisih median - 1,0°C atau setelah dilakukan perlakuan kompres hangat terjadi penurunan 1°C dengan nilai  $p = 0,001$  atau  $p < 0,005$  yang artinya Ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever (demam tifoid)

3. Menurut Jurnal penelitian dari (Gantar Rina Dewi Pramushinta, 2019) yang berjudul “Efektifitas Pemberian Kompres Hangat Pada Anak Demam di Kecamatan Kalasan Kabupaten Sleman” yang menyatakan bahwa Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu dihipotalamus. peningkatan suhu ini akan berdampak buruk bagi anak bahkan bisa mengakibatkan kejang dan penurunan kesadaran. Keadaan dimana temperatur rektal  $>38^{\circ}\text{C}$ . Demam pada anak dibutuhkan perlakuan dan penanganan tersendiri yang berbeda bila dibandingkan dengan orang dewasa. Hal ini dikarenakan, apabila tindakan dalam mengatasi demam tidak tepat dan lambat maka akan mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu. Demam dapat membahayakan keselamatan anak jika tidak ditangani dengan cepat

dan tepat akan menimbulkan komplikasi lain seperti, hipertermi, kejang dan penurunan kesadaran. Demam yang mencapai suhu  $41^{\circ}\text{C}$  angka kematiannya mencapai 17%, dan pada suhu  $43^{\circ}\text{C}$  akan koma dengan kematian 70%, dan pada suhu  $45^{\circ}\text{C}$  akan meninggal dalam beberapa jam. Kompres hangat adalah tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh. Metode penelitian yang digunakan ini adalah quasi eksperiment dengan rancangan penelitian pre test and post test designs with two comparison treatments. Pada rancangan ini, kedua kelompok diberikan perlakuan dan peneliti mengukur suhu tubuh sebelum pemberian perlakuan (pre test), dan setelah pemberian perlakuan (post test). Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Bhayangkara Provinsi DIY, sedangkan waktu penelitian ini dilaksanakan tanggal 10 Juni sampai 15 Juni 2019. Populasi pada penelitian ini adalah semua anak yang mengalami demam dengan penyakit bronkopneumonia, demam typhoid, dan DHF. Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan menggunakan teknik purposive sampling dan jumlah sampel yang digunakan adalah 30 anak. Dengan rincian 15 anak sebagai kelompok kompres hangat dan 15 anak. Hasil penelitian ini adalah Rerata Suhu Tubuh Sebelum Dilakukan Kompres Hangat dapat diketahui rerata (mean) suhu tubuh sebelum diberi tindakan kompres hangat adalah  $38,5^{\circ}\text{C}$  dengan standar deviasi 0,6638 dan nilai minimum serta maksimumnya adalah  $37,7^{\circ}\text{C}$  dan  $39,5^{\circ}\text{C}$ . Suhu tubuh setelah dilakukan kompres hangat menunjukkan bahwa rerata (mean) suhu tubuh sesudah diberi tindakan kompres hangat adalah  $38,0^{\circ}\text{C}$  dengan standar deviasi 0,5506 dan nilai minimum serta maksimum adalah  $37,2^{\circ}\text{C}$  dan  $38,9^{\circ}\text{C}$ .