

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. DEMAM TIFOID**

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

Demam tifoid merupakan suatu penyakit infeksi usus yang menyebabkan gejala-gejala sistemik dan disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhosa* atau *Salmonella paratyphi* A, B, dan C. Penularan penyakit ini terjadi melalui kontak fekal-oral, terutama melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi oleh tinja. Sumber utama infeksi adalah individu "*carrier*", yang dapat berperan sebagai *carrier* akut (sedang sakit), *carrier* menahun (terus mengeluarkan bakteri), atau *carrier* pasif (mengeluarkan bakteri melalui tinja tanpa mengalami gejala). Penyakit demam tifoid termasuk dalam kategori penyakit endemik di Indonesia (Wijaya, 2013).

Pada tahap awal penyakit demam tifoid, pasien biasanya tidak mengalami keluhan atau gejala apapun. Namun, setelah beberapa hari, gejala khas mulai muncul. Salah satu gejala yang paling umum adalah demam yang biasanya terjadi pada sore hari. Gejala lainnya melibatkan saluran pencernaan, seperti mual, muntah, diare, dan gangguan pencernaan lainnya. Gejala-gejala ini merupakan manifestasi dari infeksi umum yang terjadi dalam tubuh (Saputra, 2021).

Dalam menghadapi demam tifoid, penting untuk memahami cara penularannya dan mengenali gejala-gejalanya. Penularan terutama terjadi melalui kontaminasi fekal-oral, sehingga menjaga kebersihan sanitasi dan menghindari konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi menjadi langkah penting dalam pencegahan penyakit ini. Selain itu, gejala-gejala seperti demam pada sore hari dan masalah pencernaan perlu diperhatikan dan segera dikonsultasikan ke tenaga medis untuk diagnosis dan pengobatan yang tepat (Saputra, 2021).

## **2. Etiologi**

Penyebab utama demam tifoid adalah bakteri *Salmonella typhi* yang termasuk dalam genus *Salmonella*. Bakteri ini memiliki morfologi berbentuk batang, sifat gram negatif, tidak membentuk spora, bersifat motil, berkapsul, dan dilengkapi dengan flagela yang memungkinkannya untuk bergerak. Selain dapat hidup dalam tubuh manusia, bakteri ini juga dapat bertahan hidup di lingkungan bebas seperti air, sampah, dan debu selama beberapa minggu. Bakteri *Salmonella typhi* dapat mati pada suhu 60°C selama 15 menit (Rahmat *et al.*, 2019).

Bakteri *Salmonella typhi* biasanya ditemukan dalam tinja dan urin penderita. Penularannya terjadi melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh tinja atau urin yang mengandung bakteri ini. Kontaminasi bakteri *Salmonella typhi* seringkali terjadi melalui kontak dengan muntahan, urin, dan feses yang kemudian dapat

ditularkan oleh lalat ke makanan, minuman, buah-buahan, atau sayuran (Asiyah, 2021).

### **3. Manifestasi Klinis**

Menurut Nurarif & H. Kusuma, (2015), manifestasi klinis atau tanda gejala yang timbul pada anak dengan demam tifoid, yaitu:

- a. 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, stupor, 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 Hapatomegali, 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

#### 4. Patofisiologi

Bakteri *Salmonella typhi* umumnya masuk bersamaan dengan makanan ataupun minuman ke dalam 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 H<sub>2</sub>, 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 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 limfe (Soedarmo & Sumarsono, 2012).

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 bagianbagian lain sistem retikuloendotrial. Endotoksin *Salmonella typhi* berperan dalam proses inflamasi lokal pada jaringan tempat kuman tersebut berkembang biak. *Salmonella typhi* dan endotoksinnya merangsang sintesis dan pelepasan zat pirogen dan leukosit pada jaringan yang meradang, sehingga terjadi demam (Wijaya, 2013).

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 sevagai 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, 2010 dalam Anwar, 2021).

## **5. Penatalaksanaan**

a. Penatalaksanaan Medis

Adapun penatalaksanaan medis menurut Asiyah, (2021), yaitu pemberian terapi *antimikroba* antaranya :

- 1) *Kloramfenikol* 4 x 500 mg sehari poral atau iv (14-21 hari).
- 2) *Tiamfenikol* 4 x 500 mg sehari oral.
- 3) *Kotrimoksazol* 2 x 2 tablet sehari oral (1 tablet = *sulfametoksazol* 400 mg ditambah *trimethoprim* 80 mg) atau dosis yang sama iv, dilarutkan dalam 250 ml cairan infus.
- 4) *Ampisilin* 100 mg/kg BB sehari oral atau iv, dibagi dalam 3 atau 4 dosis.
- 5) *Antimikroba* diberikan selama 14 hari atau sa,pai 7 hari bebas demam.
- 6) *Floroquinolon* dosis harian 15 mg/kg BB, dengan lama pemberian 5-7 hari.
- 7) *Ceftiaxon* dosis harian 75 mg/kg BB, dengan lama pemberian 10-14 hari. Pemberian *cephalosporins* (*cefixime*, *ceftriaxone*) dan *azithromycin* merupakan alternative pengobatan yang diberikan untuk mengurangi kerentanan terhadap penggunaan *ciprofloxacin*.
- 8) *Antipiretik* seperlunya
- 9) Vitamin B kompleks dan vitamin C

Adapun pengobatan demam tifoid pada anak yaitu :

- 1) Istirahat dengan baring total selama demam sampai 2 minggu, hingga kondisi tubuh normal kembali. Seminggu selanjutnya anak boleh duduk dan berdiri hingga berjalan.
- 2) Obat yang diberikan adalah *kloramfenikol* dengan dosis 100 mg/kg BB per hari dibagi dalam 4 dosis selama 10 hari. Sementara dosis maksimal *kloramfenikol* yaitu 2 gram per hari (Febri & Marendra, 2017 dalam Asiyah, 2021).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Tirah baring atau *bed rest* yang bertujuan untuk mengurangi resiko terjadinya komplikasi (perdarahan usus atau perforasi usus) terhadap penderita demam tifoid. Seluruh aktivitas pasien selama dirawat dilakukan ditempat tidur.
- 2) Diit lunak rendah serat atau diit padat rendah selulosa (pantang sayur dan buahan, dengan serat kasar), kecuali komplikasi pada intestinal. Dengan pemberian diit ini, diharapkan terpenuhinya kebutuhan nutrisi dengan mencegah kekambuhan pasien.
- 3) Kontrol suhu tubuh dengan melakukan kompres pada anak.
- 4) Mobilisasi bertahap setelah 7 hari bebas demam, melatih kekuatan otot dan kemandirian pasien setelah demam hilang.
- 5) Memberikan promosi kesehatan bagi pasien dan keluarga, diantaranya tentang diet sehat penderita demam tifoid, serta pencegahan kekambuhan bagi penderita demam tifoid.

6) Melatih pencegahan dengan mengajarkan pentingnya cuci tangan dengan sabun di air yang mengalir, terutama sebelum makan, setelah buang air kecil dan buang air besar, menjaga kebersihan diri, menghindari jajan makanan sembarangan, memasak air hingga mendidih 1 menit sebelum dikonsumsi dan hindari makanan mentah (Asiyah,2021).

## **B. HIPERTERMI**

### **1. Pengertian**

Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh manusia yang biasanya terjadi karena infeksi atau kondisi dimana otak mematok suhu di atas *setting* normal yaitu di atas 38°C. Namun demikian, panas yang sesungguhnya adalah bila suhu >38.5°C. Hipertermi merupakan suhu tubuh yang terlalu panas atau tinggi (Anisa, 2019). *Hipertermi* adalah suatu keadaan seseorang mengalami peningkatan suhu tubuh diatas batas normal tubuh. Batas normal suhu tubuh manusia adalah 36,5°C - 37,5°C (DPP Tim Pokja SDKI, 2017).

### **2. Etiologi Hipertermi**

Kejang demam yang disebabkan karena *hipertermi* muncul secara cepat berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Penyebab terbanyak demam pada anak antara lain penyakit infeksi (60 – 70%), penyakit *kolagen-vaskuler* dan keganasan. Walaupun infeksi



virus jarang menjadi penyebab demam berkepanjangan (Lestari et al., 2022).

### 3. Tanda dan Gejala Hipertermi

Berdasarkan DPP Tim Pokja SDKI, (2017), hipertermia terdiri dari gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor. Adapun gejala dan tanda mayor, dan gejala dan tanda minor, yaitu:

#### a) Gejala dan Tanda Mayor

1) Suhu tubuh diatas nilai normal ( $37,5^0$  C)

#### b) Gejala dan Tanda Minor

1) Kulit kemerahan

2) Kejang

Kejang merupakan suatu kondisi dimana otot-otot tubuh berkontraksi secara tidak terkendali akibat dari adanya peningkatan temperature yang tinggi.

3) *Takikardi*

*Takikardi* adalah suatu kondisi yang menggambarkan dimana denyut jantung yang lebih cepat dari denyut jantung normal.

4) *Takipnea*

*Takipnea* adalah suatu kondisi yang menggambarkan dimana pernapasan yang cepat dan dangkal.

5) Kulit terasa hangat

Kulit dapat terasa hangat terjadi karena adanya *vasodilatasi* pembuluh darah sehingga kulit terasa hangat (DPP Tim Pokja SDKI, 2017).

#### **4. Penatalaksanaan Hipertermi pada Kejang Demam**

Upaya yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi anak hipertermi menurut Wulandari & Erawati, (2016), yaitu secara *farmakologi* dan *nonfarmakologi*. Salah satu upaya nonfarmakologi adalah dengan menggunakan kompres. Kompres air hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui *evaporasi*. Dengan kompres air hangat menyebabkan suhu tubuh menginterpretasikan bahwa suhu diluar cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur suhu. Dengan suhu diluar hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami *vasodilatasi* sehingga pori-pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas, sehingga akan terjadi penurunan suhu. Penatalaksanaan farmakologi yang dapat diberikan kepada pasien hipertermi adalah dengan memberikan terapi *antipiretik* (Indijah & Fajri, 2016 dalam Lestari *et al.*, 2022).

#### **5. Pencegahan Hipertermi**

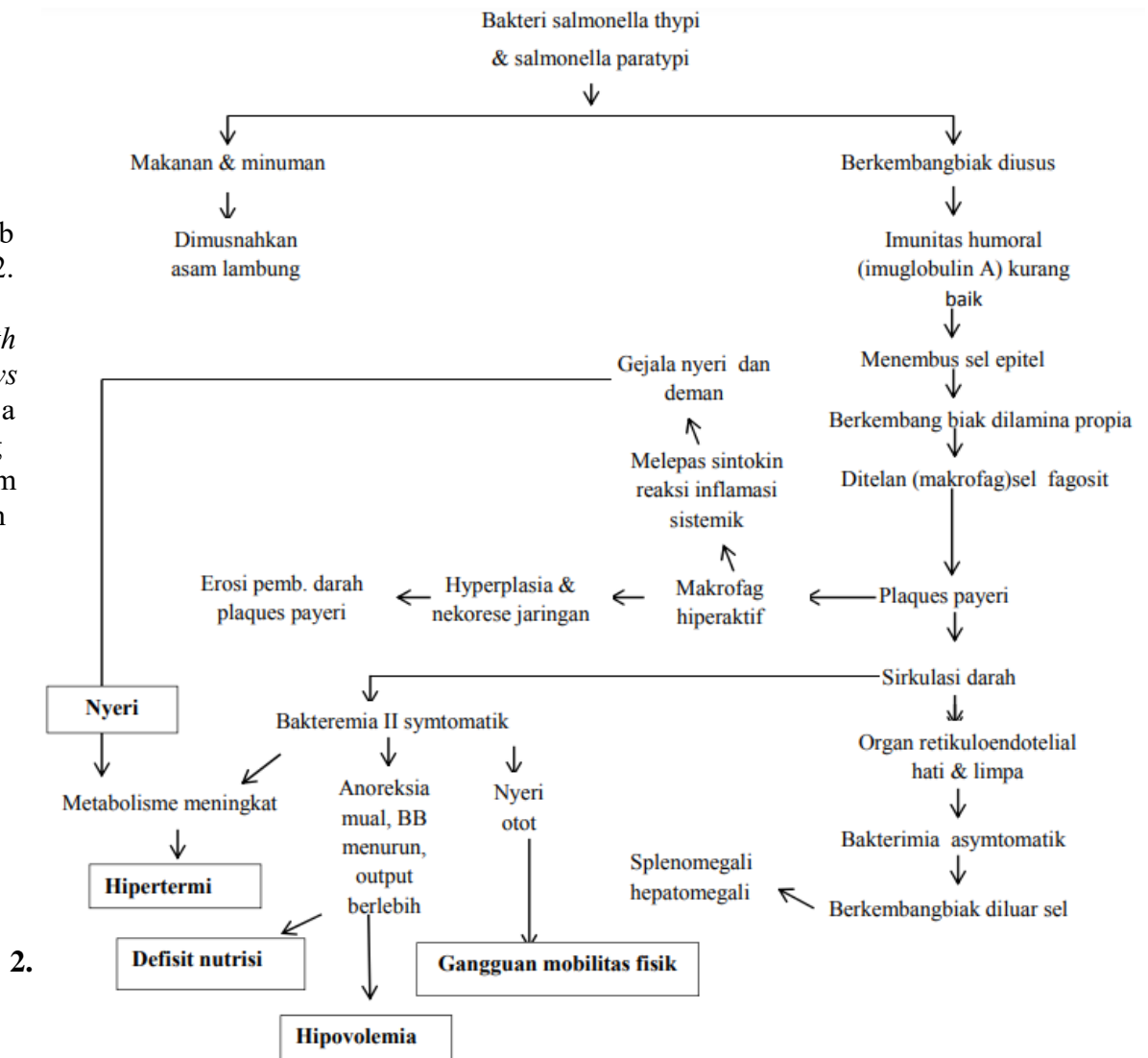
Pencegahan demam dapat dilakukan dengan menyediakan air minum untuk menghindari dehidrasi, upayakan istirahat yang cukup, menyediakan suasana yang nyaman pada anak, menyediakan pakaian anak yang tidak terlalu panas, memberikan

makanan yang bersih dan sehat, menjaga Kesehatan lingkungan dan memberikan imunisasi lengkap kepada bayi dan anak (Lestari et al., 2022).

## C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pathways

ambar 2.1  
Pathways  
Kejadian  
Demam



Sumber: Widodo (2014)

n

### gkajian

Pengkajian keperawatan ialah tahap yang paling awal dan dasar di dalam proses asuhan keperawatan selain itu tahap yang paling menentukan bagian dari tahap selanjutnya, kemampuan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada di tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan yang akan muncul oleh

karenanya, pada tahap pengkajian ini harus dilakukan dengan cermat dan teliti hingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien bisa teridentifikasi (Nursalam, 2011).

Menurut Nurarif, (2016), pengkajian keperawatan meliputi riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, kemampuan fungsi motorik dan perubahan psikologis.

a. Biodata: Meliputi; identitas pasien, identitas orang tua, identitas saudara kandung

b. Keluhan utama atau alasan masuk rumah sakit

Keluhan utama harus dengan jelas dan singkat, biasanya 2 ataupun 3 kata yang menjadi penyebab keluhan pasien meminta pertolongan kepada pelayanan kesehatan seperti misalnya pada ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh klien menyatakan mual, muntah dan tidak nafsu makan

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang: Pengkajian yang dilakukan meliputi; alasan yang menyebabkan terjadinya keluhan misalnya perawat mengkaji lamanya dan sering atau tidaknya mual muntah yang dialami pasien

2) Riwayat kesehatan lalu (Khusus untuk anak usia 0-5 tahun):

Dalam pengkajiannya meliputi *prenatal care*, *natal* dan *postnatal* (Untuk semua usia): Melakukan pengkajian tentang riwayat penyakit yang pernah dialami dan adakah

riwayat alergi dan bagaimana perkembangan anak di banding dengan saudara-saudaranya.

3) Riwayat kesehatan keluarga: Mengetahui riwayat penyakit keluarga atau penyakit keturunan seperti, adakah keluarga yang menderita asma, hipertensi, penyakit jantung dll. Serta melakukan pengkajian tentang genogram pasien dari ketiga generasi.

d. Riwayat imunisasi : Meliputi jenis imunisasi yang pernah dilakukan, usia pemberiannya dan bagaimana reaksi pasien setelah pemberian imunisasi

e. Riwayat tumbuh kembang

1) Pertumbuhan fisik: Bagaiman tumbuh kembang anak yang dikaji seperti BB, TB, dan waktu tumbuh gigi

2) Perkembangan tiap tahap: Mengetahui usia anak disaat ia sudah mampu berguling, duduk, merangkak, berdiri, berjalan, kapan awal mulanya pasien bisa senyum kepada orang lain, berbicara pertama kali serta kapan anak menggunakan pakaian tanpa dibantu dengan ibunya.

f. Riwayat nutrisi : Melakukan pengkajian terkait apakah pasien di saat lahir langsung diberikan Asi kepada ibunya atau memberikan susu formula dan juga mengkaji tentang pola perubahan nutrisi tiap tahapan usia contohnya usia 0-4 bulan jenis nutrisi yang diberikan ialah ASI dengan lama pemberinya 2 tahun dst.

- g. Riwayat Psikososial: Yang di mana meliputi informasi mengenai perilaku maupun perasaan serta emosi yang dialami penderita yang berhubungan, serta tanggapan keluarga terhadap penyakit yang diderita klien.
- h. Riwayat spritual: Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan pasien dan bagaiman support dari dalam keluarga
- i. Reaksi hospitalisasi: Mencari informasi bagaimana pemahaman baik keluarga maupun pasien tentang sakit dan rawat inap
- j. Aktivitas sehari-hari meliputi:
  - 1) Nutrisi: Kecenderungan BB penderita demam thypoid akan mengalami perubahan yang dimana berat badan akan mengami penurunan disebabkan oleh kurangnya nafsu makan pasien. Pada penderita pasien demam thypoid yang akan dirasakannya seperti rasa mual, muntah, anorexia kemungkinan juga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Nugroho, 2014)
  - 2) Cairan : Penderita demam thypoid bisa saja kekurangan cairan apabila pemasukan dan pengeluaran cairan tidak seimbang
  - 3) Eliminasi: Pada demam *thypoid* ini bisa saja terjadi konstipasi dan diareatau mungkin normal. Pada sistem integument dengan demam thypoid ditemukan gejala seperti dada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan reseola (bintik-bintik kemerahan karena emboli hasil dalam kapiler

kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam (Sodikin, 2012)

- 4) Istirahat tidur: Selama sakit penderita biasanya mengeluh tidak dapat beristirahat karena pasien merasa sakit perut ataupun mual.
- 5) Olahraga: Selama sakit pasien biasanya tidak lagi bisa berolahraga seperti saat sebelum ia sakit, karena pada demam thypoid cenderung lemas, dan dianjurkan untuk lebih banyak beristirahat
- 6) *Personal hygiene*: Disaat sakit pasien terkadang enggan untuk membersihkan diri, seperti mandi, gosok gigi, keramas dll hal itu dikarenakan kondisi dari pasien itu sendiri
- 7) Pola aktivitas dan latihan: Aktivitas pasien akan terganggu tirah baring yang diakibatkan oleh baring total, agar tidak terjadi komplikasi maka segala kebutuhan pasien dibantu.
- 8) Rekreasi: Dalam pengkajiannya meliputi perasaan saat anak sekolah, perasaan setelah rekreasi, waktu luang, waktu senggang keluarga, dan kegiatan dihari libur dikaji disaat sebelum sakit dan selama sakit.

k. Aktivitas sehari-hari

- 1) Keadaan umum: Umumnya pasien merasa lemas dan akral panas



- 2) Tingkat kesadaran: Perlu di observasi lebih lanjut karena penderita akan mengalami penurunan kesadaran seperti apatis atau somnollen walaupun tidak merosot.
- 3) TTV: Tekanan darah pada penderita demam *thypoid* normal 110/80-120/80 mmHg, dan suhu tubuh akan meningkat yang disebabkan oleh salmonella *thypi* hingga 39°C-40°C , respirasi akan mengalami peningkatan atau tidak karena pasien demam *thypoid* bisa mengalami sesak nafas, nadi akan normal/tidak
- 4) Antopometri: Mengetahi TB, BB, LILA, lingkar kepala, lingkar dada, perut, dan *skin fold*
- 5) Sistem pernapasan: Pemeriksaan hidung; inspeksi tidak terdapat cuping hidung, palpasi; tidak ada nyeri tekan. Leher; inspeksi tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada; inspeksi dada normal, simetris antara kiri dan kanan, auskultasi tidak ada suara napas tambahan, seperti ronchi, wheezing, stridor dll
- 6) Sistem Kardiovaskuler : Konjungtiva tidak anemis, tidak ada anemia. Inspeksi ukuran jantung normal, Auskultasi suara jantung S1 lub S2 dub, CRT > 2 detik.
- 7) Sistem pencernaan: Skelera; tidak ikterus, bibir pucat dan kering. Mulut; kemampuan menelan baik. Gaster; terdapat nyeri tekan. Abdomen; inspeksi hati, ginjal dan bunyi paristaltik usus. Anus; tidak ada lecet dan hemoroid

- 8) Sistem indra: Mata; periksa keadaan kelopak mata, bulu mata serta lapang pandang. Hidung; penciuman baik tidak ada nyeri. Telinga; daun telinga baik, telinga bersih
- 9) Sistem saraf : Fungsi cerebral; status mental dimana orientasi baik , daya ingat baik, bahasa indonesia. Kesadaran dengan GCS 15. Bicara baik. Fungsi Cranial; menilai N.I sampai N.XII. Fungsi motorik massa otot lemah dan menilai kekuatan otot. Fungsi sensorik; suhu 38,8°C, nyeri kepala. Fungsi cerebellum; keseimbangan seimbang. Refleks; bisep, trisep, patella dan babinsky. Iritsi meningen; kaki kuduk tidak ada
- 10) Sistem muskuloskeletal : Kekuatan otot menurun, kelemahan pada anggota gerak atas maupun bawah
- 11) Sistem integumen: Menilai rambut, kulit dan kuku pasien apakah semuanya dalam keadaan normal atau tidak
- 12) Sistem endokrin: Tidak ada kelenjar tiroid, suhu tubuh tidak seimbang adanya keringat berlebih
- 13) Sistem perkemihan: odema palpebra tidak ada dan keadaan kandung kemih baik
- 14) Sistem reproduksi: Pada penderita demam tifoid ini biasanya kadang-kadang terjadi diare atau konstipasi, produksi kemih pasien akan mengalami penurunan.
- 15) Sistem imun : alergi atau adakah penyakit yang berhubungan dengan cuaca.

l. Pemeriksaan tingkat perkembangan: Apabila anak berusia 0-6 tahun pada tahap ini pengkajian yang dilakukan menggunakan DDST meliputi; Motorik kasar, halus, bahasa dan personal sosial. Usia 6 tahun ke atas meliputi; perkembangan kognitif, psikoseksual dan psikososial

m. Pemeriksaan diagnostik

Untuk menegakan diagnosis penyakit demam thypoid, perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium yang mencakup pemeriksaan-pemeriksaan sebagai berikut:

- 1) Tepi darah
- 2) Terdapat gambaran leukopenia.
- 3) Limfositosis relative.
- 4) Emeosinofila pada permulaan sakit.
- 5) Mungkin terdapat anemia dan trombositopenia ringan.

Hasil pemeriksaan ini berguna untuk membantu menentukan penyakit secara tepat.

- 1) Pemeriksaan widal: Pemeriksaan positif apabila terjadi reaksi aglutinasi. Apabila titer lebih dari 1/80, 1/160 dan seterusnya, maka hal ini menunjukkan bahwa semakin kecil titrasi berarti semakin berat penyakitnya.
- 2) Pemeriksaan darah untuk kultur

n. Pemberian terapi: Terapi obat seperti obat antipiretik, antimietik, antibiotik dll.

### **3. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial (DPP Tim Pokja SDKI, 2017). Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada anak demam tifoid yaitu:

- a. Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme (D.0130).
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D. 0019)
- c. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- d. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik (D.0054)

#### 4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Hipertermi (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah hipertermia teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI: Termoregulasi (L.14134)</b>  <b>Ekspektasi: Membaik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun (5)</li> <li>2. Kulit merah menurun (5)</li> <li>3. Kejang darimenurun (5)</li> <li>4. Konsumsi oksigen menurun (5)</li> <li>5. Pucat menurun (5)</li> <li>6. Takikardi menurun (5)</li> <li>7. Takipnea menurun (5)</li> <li>8. Hipoksia menurun (5)</li> <li>9. Suhu tubuh membaik (5)</li> <li>10. Ventilasi membaik (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI: Manajemen Hipertermia (I.15506)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis dehidrasi, terpapar lingkungan panas dll)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor kadar elektrolit</li> <li>4. Menitor haluaran urine</li> <li>5. Monitor kompikasi akibat hipertermia</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2. Longgarkan atau mengganti pakaian yang menyerap keringat</li> <li>3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</li> <li>4. Berikan cairan oral</li> <li>5. Ganti linen setiap hari jika mengalami hyperhidrosis (kringat berlebih)</li> <li>6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipertermia atau kompres pada dahi, leher, atau axila)</li> <li>7. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi</li> <li>8. Anjurkan tirah baring</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intavena, jika perlu</li> </ol>
2	Defisit nutrisi (D.0019)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI : Status nutrisi (L.03030)</b>  <b>Ekspektasi : Membaik</b></p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan (5)</li> <li>2. Kekuatan otot pengunyah (5)</li> <li>3. Kekuatan otot menelan (5)</li> <li>4. Serum albumin (5)</li> <li>5. Verbalisasi untuk meningkatkan nutrisi (5)</li> <li>6. Nyeri abdomen (5)</li> <li>7. Sariawan (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Manajemen nutrisi (I.03119)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol>

		8. Rambut rontok (5) 9. Diare (5) 10. Berat badan (5) 11. Frekuensi makan (5) 12. Nafsu makan (5)	<p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>6. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</li> </ol>
3	Nyeri akut (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah nyeri teratasi dengan kriteria hasil: <b>SLKI : Tingkat nyeri (L. 80066) Ekspektasi : Menurun</b> Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas (5)</li> <li>2. Keluhan nyeri (5)</li> <li>3. Meringis (5)</li> <li>4. Sikap protektif (5)</li> <li>5. Gelisah (5)</li> <li>6. Kesulitan tidur (5)</li> <li>7. Menarik diri (5)</li> <li>8. Berfokus pada diri sendiri (5)</li> <li>9. Diaforesis (5)</li> <li>10. Perasaan depresi (tertekan) (5)</li> <li>11. Perasaan takut mengalami cedera berulang (5)</li> <li>12. Anoreksia (5)</li> <li>13. Perineum terasa tertekan (5)</li> <li>14. Uterus teraba membulat (5)</li> <li>15. Ketegangan otot (5)</li> <li>16. Pupil dilatasi (5)</li> <li>17. Muntah (5)</li> <li>18. Mual (5)</li> <li>19. Frekuensi nadi (5)</li> <li>20. Pola napas (5)</li> <li>21. Tekanan darah (5)</li> <li>22. Proses berpikir (5)</li> <li>23. Fokus (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Manajemen nyeri (L. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>10. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi</li> </ol>

		<p>24. Fungsi berkemih (5)  25. Perilaku (5)  26. Nafsu makan (5)  27. Pola tidur (5)</p>	<p>meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode,, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
4	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas (5)</li> <li>2. Kekuatan otot (5)</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) (5)</li> <li>4. Nyeri (5)</li> <li>5. Kecemasan (5)</li> <li>6. Kaku sendi (5)</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi (5)</li> <li>8. Gerakan terbatas (5)</li> <li>9. Kelemahan fisik (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana <b>yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</b></li> </ol>

Sumber: ( SDKI, 2017), (SLKI, 2018), ( SIKI, 2017).

## **5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana Tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap ini dilakukan setelah rencana tindakan disusun selama pelaksanaan Tindakan keperawatan perlu disesuaikan dengan rencana keperawatan. Perawat perlu memvalidasi apakah rencana keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kebutuhan klien saat ini. Perawat harus sudah mempunyai kemampuan *interpersonal, intelektual, teknikal* yang sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup Tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

## **6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi disusun menggunakan SOAP, yaitu:

- a. S (Subjektif): Informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien atau keluarga setelah tindakan diberikan.
- b. O (Objektif): Informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.



- c. A (Analisis): Membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.
- d. P (*Planning*): Rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa. Masalah keperawatan dapat teratasi apabila:
- 1) Suhu tubuh dalam batas normal ( $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ )
  - 2) Tidak terjadi serangan kejang berulang
  - 3) Tanda vital membaik
  - 4) Tidak terjadi dehidrasi (Lestari *et al.*, 2022).

#### **D. EVIDENCE BASED PRACTIC**

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

Salah satu pendekatan *non farmakologis* yang dapat digunakan untuk mengurangi suhu tubuh adalah *Water Tepid Sponge*. Metode ini melibatkan penggunaan kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka. Dalam *Water Tepid Sponge*, air yang digunakan memiliki suhu yang sedang, sehingga memungkinkan aliran udara lembab untuk membantu dalam pelepasan panas tubuh melalui konveksi. Pendekatan ini dapat digunakan sebagai alternatif dalam mengelola suhu tubuh yang tinggi (Susiana, 2021).

Menurut Nurlaili *et al.*, (2018), terdapat sebuah metode alternatif non farmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan

suhu tubuh yang disebut *Water Tepid Sponge*. Metode ini melibatkan penggunaan kompres hangat dengan kombinasi teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dan teknik seka. Dengan memberikan tepid sponge, udara lembab dapat mengalir dan membantu dalam pelepasan panas tubuh melalui konveksi. Karena suhu tubuh lebih tinggi daripada suhu udara atau suhu air, panas tubuh akan dapat berpindah ke molekul-molekul udara melalui kontak langsung dengan permukaan kulit (Wulandari & Erawati, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Nurlaili *et al.*, (2018), implementasi teknik *tepid water sponge* dilakukan dengan mengusapkan waslap yang lembab dan hangat ke seluruh tubuh pasien selama 15 menit. Efek hangat dari waslap tersebut memiliki kemampuan untuk memperlebar pembuluh darah, sehingga aliran darah menjadi lebih lancar. Penelitian lain yang dilakukan oleh Yuniawati *et al.*, (2023), juga menyatakan bahwa pemberian *tepid water sponge* dengan menggunakan air hangat pada suhu 37-40°C dapat berpengaruh dalam menurunkan suhu tubuh pada pasien yang mengalami hipertermi. Hal ini terjadi karena saat *tepid water sponge* diterapkan dengan mengusapkan air hangat ke tubuh, terjadi penurunan suhu tubuh melalui mekanisme konveksi dan evaporasi. Proses ini melibatkan pelebaran pori-pori kulit akibat panas yang disalurkan oleh air hangat, sehingga mempercepat pengeluaran panas melalui evaporasi. Selain itu, konveksi juga berperan dalam

menurunkan suhu tubuh, di mana penerapan air hangat dengan suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh akan mempengaruhi pusat termoregulasi di dalam tubuh, yang pada akhirnya menyebabkan penurunan suhu tubuh sekitar 1°C pada pasien demam. Evaluasi dilakukan setelah 15 menit untuk melihat efektivitas *teknik tepid water sponge*.

## **2. Tujuan**

Penelitian Haryani *et al.*, (2018), terdapat sebuah metode yang disebut "*tepid water sponge*" yang dapat digunakan untuk menurunkan suhu tubuh. *Tepid water sponge* merupakan suatu prosedur yang bertujuan untuk mengendalikan kehilangan panas tubuh melalui evaporasi dan konveksi, khususnya digunakan pada pasien dengan demam tinggi guna memberikan sensasi nyaman. Pemberian *tepid water sponge* dilakukan dengan langkah-langkah seperti mencuci tangan, menutup pintu dan jendela untuk menjaga kehangatan ruangan, mengenakan sarung tangan, meletakkan alas yang empuk di bawah tubuh pasien, melepas pakaian pasien, memasang selimut mandi untuk menjaga privasi, merendam kain waslap dalam baskom air hangat dan menempatkannya pada daerah leher, ketiak, dan lipatan paha selama 2-3 menit. Setelah itu, kain waslap dicelupkan kembali dalam baskom air hangat dan digunakan untuk mengusap seluruh tubuh pasien. Proses ini dapat diulang beberapa kali setelah air mengering. Selama prosedur, perubahan suhu tubuh pasien diawasi setiap 15-20 menit, dan jika suhu tubuh

mendekati normal, prosedur dihentikan. Setelah selesai, tubuh pasien dikeringkan dengan handuk, pakaian dipasangkan kembali, alat-alat dirapikan, sarung tangan dilepas, pasien dirapikan, pasien ditanya mengenai kenyamanannya, dan terakhir, mencuci tangan dilakukan.

### 3. Prosedur

Tabel 2. 2 Prosedur *Water Tepid Sponge*

No	Prosedur	Rasional
1	Beri salam kepada anak dan orang tua atau wali	Komunikasi awal yang dilakukan melalui salam merupakan awal dan komunikasi terapeutik yang diharapkan dapat membangun Kerjasama dengan tukar menukar perilaku dan perasaan
2	Jelaskan pada anak atau orangtua nak mengenai Tindakan (tujuan dan waktu) yang akan dilakukan	Klien dan orangtua perlu mengetahui tujuan dan waktu Tindakan yang akan dilakukan
3	Identifikasi pasien	Identifikasi pasien merupakan sasaran keselamatan pasien yang pertama. Kesalahan karena kekeliruan identifikasi pasien terjadi di hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan sehingga diperlukan adanya ketepatan identifikasi pasien
4	Pasang sampiran atau menjaga privasi pasien	Privasi sebagai suatu kemampuan untuk mengontrol interaksi, kemampuan untuk memperoleh pilihan-pilihan atau kemampuan untuk mencapai interaksi seperti yang diinginkan
5	Persiapan alat dan bahan yaitu baskom/ember berisi air hangat, <i>thermometer</i> , selimut mandi, alat linen tahan air, handuk, waslap, sarung tangan dan keranjang pakain kotor	Mempermudah saat akan dilakukannya Tindakan

6	Cuci tangan	Menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit tangan serta mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi yang ditularkan melalui tangan
7	Gunakan sarung tangan	Mencegah penularan mikroorganisme
8	Ukur TTV pasien (suhu, denyut nadi, RR)	Mengetahui status/kondisi pasien
9	Pasang alas linen tahan air dibawah pasien	Mencegah air membasahi tempat tidur pasien
10	Pasangkan handuk/selimut mandi diatas tubuh pasien	Menjaga privasi dan kenyamanan klien
11	Periksa suhu air, pastikan suhunya tidak lebih tinggi dari suhu pasien atau sekitar 37°C	Memastikan suhu air yang diberikan tepat agar terjadinya proses konduksi panas
12	Lepaskan pakaian pasien dan pertahankan selimut mandi tetap berada diatas tubuh pasien	Pakaian dapat mencegah terjadinya perpindahan panas. Penggunaan selimut agar privasi klien terjaga
13	Celupkan waslap ke dalam air hangat, keringat sedikit dengan cara memerasnya	Waslap yang terlalu basah akan mengurangi kenyamanan dan dapat membasahi tempat tidur
14	Letakan waslap tersebut pada daerah leher, aksila, lipatan paha dan daerah popliteal selama 10 menit	Daerah leher, aksila, lipatan paha dan popliteal merupakan daerah dengan vaskularisasi yang baik
15	Perlahan lakukan kompres pada daerah ekstremitas selama 15 menit dan periksa respon anak	Membantu tubuh dalam mengaktifkan mekanisme termoregulasi untuk menurunkan suhu tubuh
16	Keringkan ekstremitas dan kaji ulang suhu dan nadi klien. Observasi respon klien terhadap tindakan yang diberikan	Menjaga kenyamanan klien, dan melihat adanya perubahan suhu pada pasien

- |    |  |  |
|----|--|--|
| 17 | Lanjutkan mengompres ekstremitas lain dan daerah dada, abdomen juga punggung pasien          | Membantu tubuh dalam mengaktifkan mekanisme termoregulasi untuk menurunkan suhu tubuh  |
| 18 | Kaji ulang suhu dan nadi setiap 15 menit   | Mengkaji adanya perubahan suhu tubuh pada klien  |
| 19 | Keringkan tubuh klien secara menyeluruh dan kenakan Kembali pakaian pasien                   | Menjaga kenyamanan klien   |
| 20 | Simpan handuk/selimut mandi yang kotor pada keranjang pakaian kotor                          | Mencegah penularan mikroorganisme  |
| 21 | Berikan pujian ke anak atas keberhasilannya dalam melakukan terapi <i>water tepid sponge</i> | Memberikan pujian kepada anak sebaiknya merupakan bagian penting dalam pola asuh. Karena pujian merupakan dasar penting dalam usaha orang tua mengembangkan anak, sehingga mereka menjadi individu yang menghargai diri sendiri  |
| 22 | Berpamitan dengan anak dan orang tua   | Berpamitan merupakan Fase terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan perawat dan pasien, misalnya pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau pada saat pasien akan pulang. Perawat dan pasien bersama-sama meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan |
| 24 | Rapihkan alat  | Mengembalikan alat pada tempatnya  |
| 25 | Cuci tangan  | Menghilangkan kotoran dan menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit tangan serta mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi yang ditularkan melalui tangan   |

---

Sumber: (Susiana, 2021).

#### 4. Artikel dan Jurnal Pendukung

Tabel 2. 3 Artikel dan Jurnal Pendukung

No	Penulis (Tahun)	Judul	Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitian dan Populasi	Analisa Data	Hasil Penelitian
1	Karra <i>et al.</i> , (2020)	<i>The Difference Between the Conventional Warm Compress and Tepid Sponge Technique Warm Compress in the Body Temperature Changes of Pediatric Patients with Typhoid Fever</i>	Jenis penelitian menggunakan kuantitatif dengan pendekatan <i>quasi-experiment</i>	20 Responden <i>Variabel Independent: Body Temperature</i>  <i>Variabel Dependent: Conventional Warm dan Water Tepid Sponge</i>	Uji menggunakan uji statistik uji uji <i>General Linear Model – Repeated Measure</i>	Berdasarkan hasil penelitian diperoleh rata-rata suhu tubuh pretest kompres hangat konvensional adalah 37,83 <sup>0</sup> C sedangkan rata-rata suhu tubuh pretest kompres hangat teknik <i>tepid sponge</i> adalah 38,04 <sup>0</sup> C. Perubahan suhu tubuh berfluktuasi baik pada kompres hangat konvensional maupun teknik <i>tepid sponge</i> . Dari uji <i>Different Univariate-General Linear Model</i> diketahui bahwa baik teknik kompres hangat konvensional maupun teknik <i>tepid sponge</i> berpengaruh signifikan terhadap perubahan suhu tubuh $p = 0,03$ .
2	Beti <i>et al.</i> , (2019)	Efektivitas Water Tepid Sponge Suhu 37°C Dan Kompres Hangat Suhu 37°C Terhadap Penurunan Suhu Pada Anak Dengan Hipertermia.	Jenis penelitian menggunakan kuantitatif dengan pendekatan <i>Pre Eksperimen</i>	60 Responden <i>Variabel Independent: Suhu Tubuh</i>  <i>Variabel Dependent: Kompres hangat dan Water Tepid Sponge</i>	Uji menggunakan uji statistik uji <i>t independent</i> .	Hasil penelitian ini menunjukkan <i>Water tepid sponge</i> disimpulkan lebih efektif menurunkan demam daripada kompres hangat dengan hasil $p = 0.001$ ( $p < 0.1$ )
3	Ardianti & Wulanningrum, (2020)	Perbandingan Kefektifan Keefektifan <i>Tepid Water Sponge</i> Dan Rendam Kaki Air Hangat	Penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>quasi experimental</i>	40 Responden <i>Variabel Independent: Suhu Tubuh Anak usi 6-12 Tahun</i>	Analisa data dalam penelitian ini menggunakan uji <i>paired sample</i>	Hasil Analisa uji statistik <i>paired sample t test</i> pada kedua kelompok penelitian menunjukkan nilai <i>p-value</i> : 0,001<0,05, untuk

		Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Usia 6 – 12 Tahun di RSUD Karanganyar	design dengan pendekatan <i>pretest-posttest group design with two comparison treatment</i>	Variabel <i>Dependent</i> : Rendam kaki air hangat dan <i>Water Tepid Sponge</i>	<i>t-test</i> dan <i>independent sample t-test</i> .	<i>tepid sponge</i> dan $p:0,031 < 0,05$ untuk rendam kaki. Namun, oada hasil uji <i>independent sample t-test</i> diperoleh nilai signifikasi <i>posttest</i> pengukuran suhu tubuh antara kedua kelompok adalah $p: 0,001 < 0,05$ yang berate terdapat perbandingan rata-rata penurunan suhu tubuh antara <i>tepid sponge</i> dan kelompok rendam kaki. Hasil tersebut menunjukkan jika terjadi penurunan suhu tubuh yang cukup signifikan pada kelompok <i>tepid</i> , dibandingkan pada kelompok rendam kaki. Sehingga pemberian intervensi kompres <i>tepid water sponge</i> lebih efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami demam.
--	--	---	---	--	--	---



## DAFTAR PUSTAKA

- Anisa, K. (2019). Efektifitas Kompres Hangat Untuk Menurunkan Suhu Tubuh Pada an.D Dengan Hipertermia. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5(2), 122–127. <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v5i2.112>
- Anwar, M. (2021). *Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Demam Thypoid Dengan Hipertermia Menggunakan Intervensi Kompres Bawang Merah Di Rsud Labuang Baji Makassar*. 115.
- Ardianti, S., & Wulanningrum, D. N. (2020). *Perbandingan Keefektifan Tepid Water Sponge dan Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Anak Usia 6-12 Tahun di RSUD Karanganyar*. 1–10.
- Asiyah, N. (2021). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Anak yang Mengalami Demam Tifoid dengan Intervensi Inovasi Kompres Daun Dadap Serep Menggunakan Teknik Tepid Sponge Untuk Menurunkan Suhu Tubuh pada Anak di Wilayah Desa Tahai Jaya Kabupaten Pulang Pisau*. Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
- Beti, A., Lestari, D., Sarwono, B., & Isworo, A. (2019). Efektivitas Water Tepid Sponge Suhu 37°C Dan Kompres Hangat Suhu 37°C Terhadap Penurunan Suhu Pada Anak Dengan Hipertermia. *Jurnal Keperawatan Mersi*, VIII, 50–55.
- DPP Tim Pokja SDKI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. In *Dewan Pengurus Pusat PPNI*.
- Haryani, S., Adimayanti, E., & Astuti, A. P. (2018). Pengaruh Tepid Sponge Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Pra Sekolah Yang Mengalami Demam Di Rsud Ungaran. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 7(1), 44. <https://doi.org/10.31596/jcu.v0i0.212>
- huda nurarif, A., & H. kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic Noc (jilid 3)*. Mediaction.
- Karra, A. K. D., Anas, M. A., Hafid, M. A., & Rahim, R. (2020). The Difference Between the Conventional Warm Compress and Tepid Sponge Technique Warm Compress in the Body Temperature Changes of Pediatric Patients with Typhoid Fever. *Jurnal Ners*, 14(3), 321–326. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i3.17173>
- Lestari, A. F., Wiji, B., & Titin Suheri, T. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTERMI PADA ANAK USIA TODDLER (1 – 3 TAHUN) DENGAN KEJANG DEMAM DI RSUD BENDAN PEKALONGAN. *Politeknik Kesehatan Semarang*. [http://123.231.148.147:8908/index.php?p=show\\_detail&id=32524&keyword=s=kejang+demam](http://123.231.148.147:8908/index.php?p=show_detail&id=32524&keyword=s=kejang+demam)
- Nurarif, A. H. (2016). Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic-noc. *Jurnal Ners*.
- Nurlaili, R., Ain, H., Kesehatan Kemenkes Malang Jl Besar Ijen No, P., & Malang, C. (2018). STUDI KOMPARATIF PEMBERIAN KOMPRES

HANGAT DAN TEPIDSPONGE TERHADAP PENURUNAN SUHU TUBUH PADA ANAK DENGAN KEJANG DEMAM DI RSUD dr. SOEDARSONO PASURUAN. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 4(2), 128–137.

- Nursalam. (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Salemba Medika.
- Rahmat, W., Akune, K., & Sabir, M. (2019). Demam Tifoid Dengan Komplikasi Sepsis: Pengertian, Epidemiologi, Patogenesis, dan Sebuah Laporan Kasus. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 3(3), 264–276.
- Saputra, D. A. (2021). Terapi pada Demam Tifoid Tanpa Komplikasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(1), 213–222. <https://doi.org/10.37287/jppp.v3i1.392>
- Soedarmo, & Sumarsono. (2012). *Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis* (2nd ed.). Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Susiana, A. &. (2021). *Water Sponge Untuk Menurunkan Suhu Tubuh*.
- Tarwoto & Wartolah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (5th ed.). Salemba Medika.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I). Jakarta. *Practice Nurse*.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In *DPP PPNI*.
- Wijaya, A. S. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Wulandari, D., & Erawati, M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Anak* (1st ed.). Yogyakarta Pustaka Pelajar.
- Yuniawati, R., Program, M., Akper, D. K., Program, D., Akper, D. K., Program, D., & Akper, D. K. (2023). *LITERATURE REVIEW PENERAPAN METODE WATER TEPID SPONGE UNTUK MENGATASI MASALAH*.