

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Definisi

Demam tifoid merupakan salah satu penyakit yang menyerang saluran pencernaan sehingga terdapat infeksi usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* dan masih merupakan penyakit endemik di Indonesia. *Salmonella typhi* adalah salah satu bakteri gram negatif yang menyebabkan demam tifoid. Penyakit tifoid (tipes) merupakan penyakit Bakteri *Salmonella typhi* dapat masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang tercemar bakteri tersebut (Juniah, 2023).

Demam *thypoid* merupakan penyakit infeksi akut yang masih menjadi masalah kesehatan endemik di Indonesia, terutama pada anak-anak. Hipertermia yang menyertai demam tifoid berisiko menimbulkan komplikasi serius jika tidak ditangani segera.

2. Etiologi

Agen penyebab utama demam tifoid adalah *Salmonella typhi* dan *Salmonella paratyphi*, keduanya merupakan anggota keluarga *Enterobacteriaceae*. *Salmonella typhi* dan *Salmonella paratyphi* keduanya merupakan serotipe *Salmonella enterica*. *Salmonella nontyphoidal* lebih umum terjadi pada anak-anak dan sebagian besar

terbatas pada *gastroenteritis*. *Salmonella* ditularkan melalui rute fekal-oral melalui air yang terkontaminasi, makanan yang kurang matang, benda mati dari pasien yang terinfeksi, dan lebih sering terjadi di daerah yang padat penduduk, kekacauan sosial, dan sanitasi yang buruk. Penyakit ini hanya ditularkan dari orang yang terinfeksi ke orang lain, karena manusia adalah satu-satunya inangnya (Gu, 2020).

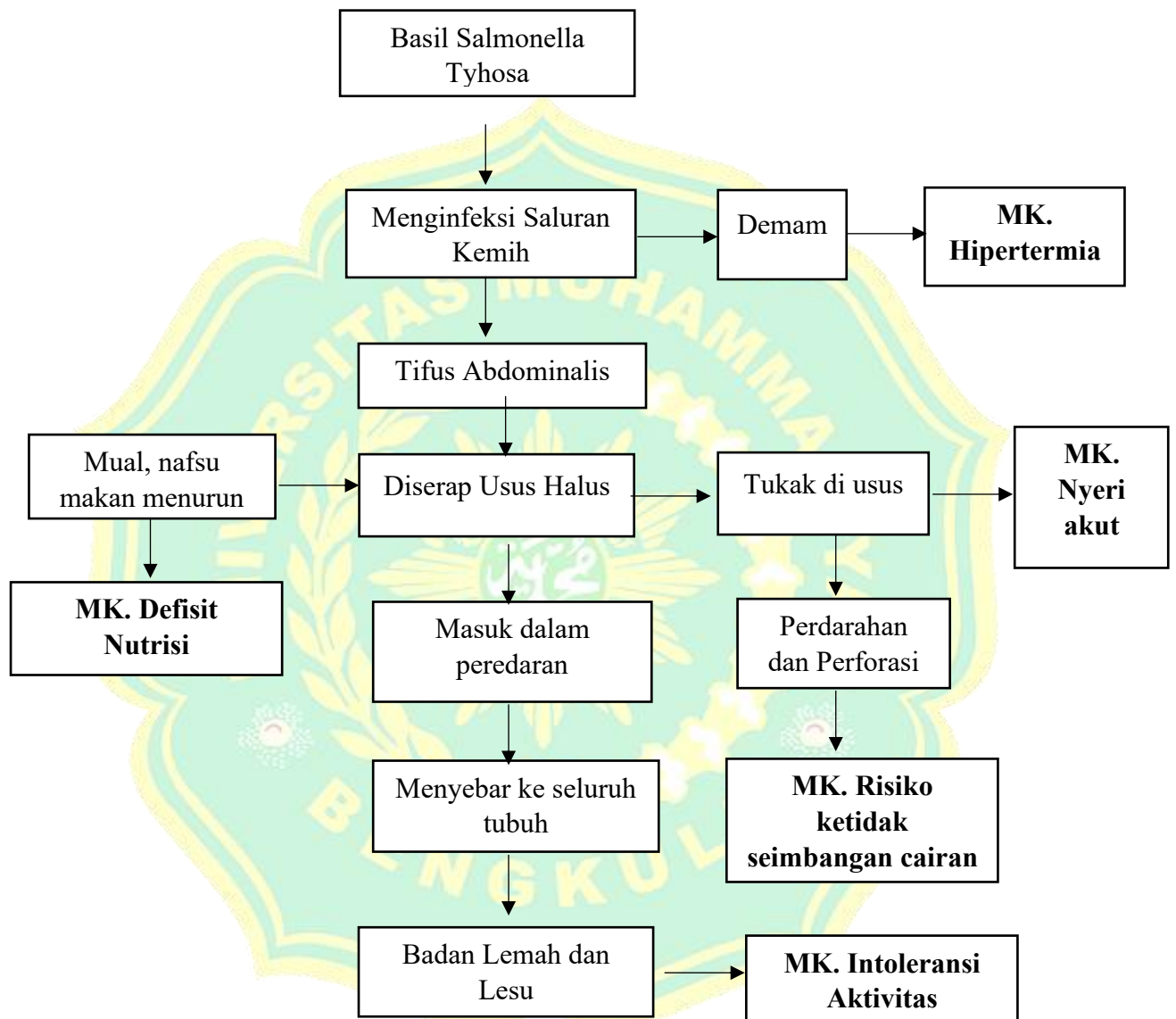
3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang dapat ditimbulkan oleh penyakit demam tifoid, meliputi:

- a. Nyeri kepala, lemah dan lesu
- b. Demam yang tidak terlalu tinggi dan berlangsung selama 3 minggu, minggu pertama peningkatan suhu tubuh berfluktuasi. Biasanya suhu tubuh meningkat pada malam hari dan menurun pada pagi hari. Pada minggu kedua suhu tubuh terus meningkat dan pada minggu ketiga suhu tubuh berangsur-angsur turun.
- c. Gangguan pada saluran cerna: halitosis, bibir kering dan pecah-pecah lidah ditutupi selaput putih kotor (*coated tongue*), meteorismus, mual, tidak nafsu makan, hepatomegali yang disertai nyeri pada perabaan.
- d. Gangguan kesadaran: penurunan kesadaran (*apatis, somnolen*).
- e. Bintik-bintik kemerahan pada kulit (roseola) akibat emboli basil dalam kapiler kulit.

4. Pathway

(Herawati, 2020)



5. Penatalaksanaan

Pada dasarnya penanganan demam dapat dilakukan dengan beberapa tindakan, Seperti :

a. Tindakan Farmakologi

Yaitu dilakukan dengan cara pemberian antipiretik.

1. Ibuprofen

Ibuprofen merupakan obat penurun demam dan anti peradangan, obat ini dapat digunakan sebagai pengganti jika memiliki riwayat alergi pada obat paracetamol. Ibuprofen lebih cepat menurunkan demam dibandingkan paracetamol. Namun, obat ini juga mempunyai efek samping seperti nyeri di perut, diare, muntah, perdarahan pada saluran cerna, mual, gelisah dan sakit kepala, sakit kepala, Jika dosis yang digunakan berlebihan maka akan mengakibatkan kejang-kejang, gagal ginjal, bahkan bisa mengalami koma.

2. Paracetamol

Paracetamol memiliki obat penurun demam dan pereda nyeri yang paling mudah didapatkan. Paracetamol tidak dianjurkan di berikan pada bayi, karena biasanya fungsi hati pada bayi yang baru lahir belum sempurna. Obat ini juga memiliki efek samping berupa muntah, nyeri di bagian perut, menimbulkan efek alergi, muncul ruam merah di bagian kulit,

bronkospasme (Penyempitan pada saluran pernapasan), hepatotoksi

b. Tindakan Non Farmakologi

Terapi non farmakologi ialah tindakan non farmakologi adalah terapi yang dilakukan tanpa menggunakan obat-obatan Dimana tindakan yang dilakukan bisa secara mandiri baik itu untuk meredakan demam.

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk meredakan demam

1. Memberikan air minum yang banyak
2. Berada pada tempat dengan suhu ruangan
3. Pakaian yang digunakan tidak terlalu tebal
4. Melakukan pengompresan sebagai salah satu alternatif penurun demam, salah satu contoh pemberian kompres penurun demam yaitu kompres bawang merah (Sari, 2022).

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Definisi

Hipertermia adalah suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar hipertermi pada anak merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (termoregulasi) di hipotalamus (Dhewa, 2024).

2. Data Mayor dan Data Minor

Tabel 2.1 Data Mayor Dan Minor

Data Do / Ds	Standar/ nilai normal	Standar/ nilai normal
Data Mayor	Termogulasi (L.14134	Hipertermia (D.
DS: Tidak tersedia	membaik dengan kriteria	0130)
DO: Suhu tubuh diatas	hasil:	
nilai normal	1. Meringis menurun	
	2. Kulit kemerahan	
Data naylor	menurun	
DS: Tidak tersedia	3. Suhu kulit membaik	
DO: kulit merah,	4. pucat menurun	
kejang, takikardi,	5. takikardi menurut	
Takipnea, kulit terasa	takipnea menurun	
hangat.		

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (SLKI DPP PPNI, 2019)

3. Faktor Penyebab

Hipertermi dapat disebabkan oleh beberapa penyebab, diantaranya kurang terhidrasi, paparan lingkungan panas, proses terkena penyakit (mis, infeksi, kanker), penggunaan pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan, laju metabolisme meningkat, respon trauma, kelebihan aktivitas serta penggunaan incubator (Risma Zulianti, 2024).

4. Penatalaksanaan

a. Farmakologi

Tindakan farmakologis, seperti pemberian obat antipiretik (penurun demam), sering digunakan untuk menurunkan demam pada anak (Sulastri, 2025).

b. Non Farmakologi

Bawang merah (*Allium cepa* var. *ascalonicum*) mengandung senyawa aktif seperti allicin, flavonoid, dan minyak atsiri yang memiliki efek vasodilatasi dan antipiretik alami (Sari, 2022).

Mekanisme kerja kompres bawang merah Secara fisiologis, ketika bawang merah dioleskan pada permukaan kulit, kandungan minyak atsiri dan senyawa sulfur di dalamnya memberikan efek hangat yang merangsang terjadinya vasodilatasi pembuluh darah perifer sehingga meningkatkan aliran darah ke permukaan kulit dan mempercepat pelepasan panas tubuh melalui mekanisme konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi, sedangkan pijatan ringan yang dilakukan saat pengolesan turut membantu melancarkan sirkulasi darah sehingga proses pengeluaran panas menjadi lebih efektif, yang pada akhirnya dapat membantu menurunkan suhu tubuh anak secara bertahap tanpa mengganggu mekanisme pertahanan tubuh (Rahmawati, 2023).

Cara penerapan kompres bawang merah yaitu bawang merah dihaluskan lalu dicampur dengan minyak, kemudian dioleskan pada

tubuh yang memiliki pembuluh darah besar, seperti dahi, leher, dada, punggung, ketiak, dan lipatan paha, disertai pijatan ringan (Sari, 2022).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Dikemukakan oleh (Herawati,2020)

1. Fokus Pengkajian

a. Identitas Pasien

Kaji identitas pasien dari nama pasien, tanggal lahir pasien, nama orang tua pasien, alamat pasien, agama, suku dan yang berkaitan dengan identitas pasien.

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Kaji penyebab pasien dibawa ke Rumah Sakit.

c. Riwayat Kesehatan

Kaji adanya riwayat penyakit lain/pernah menderita penyakit seperti ini sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji adanya keluarga yan menderita penyakit yang sama (penularan).

e. Pemeriksaan Fisik

1. Pengkajian umum

a) Tingkat kesadaran: composmentis, apatis, somnolen, supor, dan koma.

b) Keadaan umum: sakit ringan, sedang, berat

c) Tanda-tanda vital, normalnya:

Tekanan Darah: 95 mmHg,

Nadi: 60-120x/menit,

Suhu: 34,7-37,3 0C

Pernapasan: 15-26 x/menit

2. Pengkajian sistem tubuh

a) Pemeriksaan kulit dan rambut

Kaji nilai warna, turgor tekstur dari kulit dan rambut pasien

b) Pemeriksaan kepala dan leher

Pemeriksaan mulai dari kepala, mata, hidung, telinga, mulut dan leher. Kaji kesimetrisan, edema, lesi, maupun gangguan pada indera.

c) Pemeriksaan dada

1) Paru-paru

Inspeksi : kesimetrisan, gerak napas

Palpasi : kesimetrisan taktil fremitus

Perkusi : suara paru

Auskultasi : suara paru

2) Jantung

Inspeksi : amati iktus cordis

Palpasi : raba letak iktus cordis

Perkusi : batas-batas jantung

Auskultasi : bunyi jantung

3) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : keadaan kulit, besar dan bentuk abdomen

Palpasi : hati, limpha teraba/tidak, adanya nyeri tekan

Perkusi : suara peristaltic usus

Auskultasi : frekuensi bising usus

4) Pemeriksaan ekstremitas

Kaji warna kulit, edema, kemampuan gerakan dan adanya alat bantu.

3. Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan

a) Riwayat prenatal

Ibu terinfeksi TORCH selama hamil, preeklamsi, BB ibu tidak naik, pemantauan kehamilan secara berkala. Kehamilan dengan resiko yang tidak dipantau secara berkala dapat mengganggu tumbuh anak.

b) Riwayat kelahiran

Cara melahirkan anak, keadaan anak saat lahir, partus lama dan anak yang lahir dengan bantuan alat/ forcep dapat mengganggu tumbuh kembang anak.

c) Pertumbuhan fisik

BB (1,8-2,7kg), TB (BB/TB, BB/U, TB/U), lingkarkepala (49-50cm), LILA, lingkar dada, lingkar dada > dari lingkar kepala.

d) Pemeriksaan fisik

Bentuk tubuh, keadaan jaringan otot (cubitan tebal untuk pada lengan atas, pantat dan juga paha mengetahui lemak subkutan), keadaan lemak (cubitan tipis pada kulit dibawah tricep dan subskapular), tebal/ tipis dan juga mudah / tidak akarnya dicabut, gigi (14- 16 biji), ada tidaknya oedema, anemia dan gangguan lainnya.

e) Perkembangan

Melakukan aktivitas secara mandiri (berpakaian) , kemampuan anak berlari dengan seimbang, menangkap benda tanpa jatuh, memanjat, melompat, menaiki tangga,menendang bola dengan seimbang, egosentris dan menggunakan kata” Saya”, menggambar lingkaran, mengerti dengan kata kata,bertanya, mengungkapkan kebutuhan dan keinginan, menyusun jembatan dengan kotak –kotak.

f) Riwayat imunisasi

Imunisasi adalah upaya medis untuk membentuk kekebalan tubuh aktif terhadap penyakit tertentu melalui pemberian vaksin.

g) Riwayat sosial

Bagaimana klien berhubungan dengan orang lain.

4. Tumbuh kembang pada anak usia 6-12 tahun

Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya ukuran berbagai organ 27 fisik berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah, besar, ukuran atau dimensi tingkat sel. Pertambahan berat badan 2 – 4 Kg / tahun dan pada anak wanita sudah mulai mengembangkan ciri sex sekundernya. Perkembangan menitik beratkan pada aspek diferensiasi bentuk dan fungsi termasuk perubahan sosial dan emosi.

a) Kognitif

Dapat berfokus pada lebih dan satu aspek dan situasi, dapat mempertimbangkan sejumlah alternatif dalam pemecahan masalah, dapat membelikan cara kerja dan melacak urutan kejadian kembali sejak awal, dapat memahami konsep dahulu, sekarang dan yang akan datang.

b) Bahasa

c) Mengerti kebanyakan kata-kata abstrak, memakai semua bagian pembicaraan termasuk kata sifat, kata keterangan, kata penghubung dan kata depan, menggunakan bahasa sebagai alat pertukaran verbal, dapat memakai kalimat majemuk dan gabungan.

2. Diagnosa Keperawatan

- a) Hipertermia b.d dehidrasi d.d suhu tubuh diatas nilai normal. Nyeri akut b.d agen pencedra fising d.d pasien tampak meringis.
- b) Defisit Nutrisi b.d ketidak mampuan menelan makanan d.d nafsu makan menurun.
- c) Risiko ketidak seimbangan cairan b.d mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan.
- d) Intoleransi aktifitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah. (Herawati, 2020)

1. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Hipertermia (D.0030) b.d dehidrasi d.d suhu tubuh diatas nilai normal.	Setelah tindakan keperawatan diharapkan dengan kriteria hasil 1. Suhu menurun 2. Kulit merah menurun 3. Pucat menurun 4. Takikardi menurun 5. Takipnea menurun	Manajemen Observasi 1. Identifikasi penyebab Hipertermia (Misalnya dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan Inkubator). 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik

-
1. Sediakan lingkungan yang dingin.
 2. Dengarkan atau lepaskan pakaian.
 3. Basahin dan ipas permukaan tubuh
 4. Beri cairan oral
 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis
 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau komres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
 8. Berikan oksigen, bila perlu

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi.

Kolaborasi

1. pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu.

Nyeri	akut	Setelah	dilakukan	Manajemen Nyeri (I.08238)
-------	------	---------	-----------	---------------------------

(D.0077)	b.d	tindakan	keperawatan	Observasi
----------	-----	----------	-------------	-----------

agen pencedra	diharapkan	membaik
---------------	------------	---------

fising	d.d	dengan kriteria hasil
--------	-----	-----------------------

pasien tampak	1. Gelisah
---------------	------------

meringis	menurun
----------	---------

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
 2. Identifikasi skala nyeri
 3. Identifikasi respon nyeri non verbal
-

-
- | | |
|-------------------------------|---|
| 2. Kesulitan tidur
menurun | 4. Identifikasi faktor yang
memperberat dan memperingan
nyeri |
| 3. Muntah
menurun | 5. Identifikasi pengetahuan dan
keyakinan tentang nyeri |
| 4. Mual menurun | 6. Identifikasi pengaruh budaya
terhadap respon nyeri |
| | 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada
kualitas hidup |
| | 8. Monitor keberhasilan terhadap
kompleks yang sudah diberikan |
| | 9. Monitor efek samping pengguna
analgetik |

Terapeutik:

1. Berikan tehnik non farmakologis
untuk mengurangi rasa nyeri.
2. Kontrol lingkungan yang memperberat
rasa nyeri
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber
nyeri dalam pemilihan strategi
meredakan nyeri

Edukasi :

1. Jelaskan penyebab periode dan
pemicu nyeri.
-

-
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 5. Anjurkan Teknik nonfarmakologi untuk mereda nyeri

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
-

Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah asuhan keperawatan diharapkan pada pasien terpenuhi dengan kriteria hasil:	dilakukan Manajemen nutrisi (I.03119).
ketidakmampuan menelan makanan d.d nafsu makan menurun	1. Nafsu makan pasien meningkat 2. Frekuensi makan meningkat 3. Perasaan cepat kenyang menurun	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi 4. Identifikasi perlunya menggunakan selang nasogastrik 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik

4. Nyeri amdomen
menurun

1. Lakukan oral hygine sebelum makan,*jika perlu*.

2. Pasilitas penentuan pedoman diet

3. Sajikan makanan dengan bentuk yang menarik.

4. Berikan makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

5. Berikan makanan tinggi kalori dan protein

6. Berikan suplemen makan,*jika perlu*

7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi.

Edukasi

1. Ajarkan diet yang di Programkan

2. Ajurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian Medikasi sebelum makan

2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi

Risiko ketidak Setelah dilakukan Manajemen Cairan

seimbangan asuhan keperawatan Dia Observasi

cairan diharapkan kekurangan 1. Monitor status dehidrasi

(D.0036)	b.d	Volume cairan pasien	2. Monitor berat badan harian
mengalami		Penuhi dengan kriteria	3. Monitor hasil pemeriksaan
penurunan,		hasil:	laboratorium
peningkatan		1. Tidak ada tanda	4. Monitor status hemodinamik
atau		tanda dehidrasi	Terapeutik
percepatan		2. Berat badan	1. Catat intake output dan hitung
perpindahan		dalam batas	balance cairan 24 jam
cairan	d.d	normal	2. Berikan asupan cairan sesuai
pasien		3. Diare menurun	kebutuhan
mengatakan		4. Membran	3. Berikan cairan intravena jika perlu
pusing,		mukosa	Edukasi
kelelahan.		menurun	1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu.
			Kolaborasi
			1. Berikan Diuretik. <i>Jika perlu</i>
Intoleransi		Setelah dilakukan	Terapi Aktivitas (I.05186)
(D.0056)		tindakan keperawatan	Observasi
aktifitas	b.d	diharapkan membaik	1. Identifikasi kemampuan
kelemahan		dengan kriteria hasil :	berpartisipasi dalam aktifitas
d.d mengeluh		1. Perasaan lemah	tertentu
lelah.		menurun	2. Identifikasi deficit Tingkat aktivitas
		2. Kekuatan tubuh	3. Identifikasi kemampuan
		meningkat	perpartisipasi dalam aktivitas
		3. Keluhan lelah	4. Identifikasi strategi meningkatkan
		menurun	partisipasi dalam aktivitas

-
- | | |
|--------------------|-------------------------------------|
| 4. Tekanan darah | 5. Monitor respon emosional, fisik, |
| membaik | sosial dan spiritual terhadap |
| 5. Frekuensi nafas | aktivitas |
| membaik | Terapeutik |

1. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia
2. Fasilitas makna aktivitas yang dimiliki
3. Fasilitas aktivitas menarik untuk merelaksasi otot
4. Fasilitas aktivitas rutin, sesuai kebutuhan
5. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai
6. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu
7. Fasilitas pasien dan keluarga memantau kemajuan sendiri untuk memantau kemampuan
8. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari

Edukasi

1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu
-

-
2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih
 3. Njurkan melakukan aktivitas fisik ,sosial, spiritual,dan kognitif dalam menjaga fungsidan Kesehatan
 4. Anjurkan terlibat dalam Latihan kelompok atau terapi, *jika perlu*

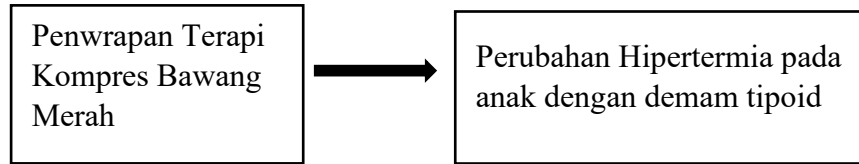
Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika perlu
-

4. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Herawati, 2020)

2) Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

5. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Herawati, 2020)

