

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. DEMAM TYPHOID

a. Pengertian

WHO (2018) menjelaskan bahwa Demam tifoid adalah infeksi yang mengancam jiwa yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi*. Biasanya menyebar melalui makanan atau air yang terkontaminasi. Setelah bakteri *Salmonella Typhi* dimakan atau diminum, mereka berkembang biak dan menyebar ke aliran darah.

Demam tifoid (typhoid fever) merupakan penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* bakteri ini terdapat pada makanan dan minuman dengan kebersihan yang buruk dan daerah dengan sanitasi yang kurang baik. Penyakit ini merupakan salah satu penyebab kematian di beberapa Negara berkembang seperti Asia Tenggara termasuk Indonesia. (Darmawati, 2021).

Sedangkan Sucipta (2015) menjelaskan bahwa penyakit sistemik yang bersifat akut dengan gejala spektrum klinis yang bervariasi dari ringan berupa demam, lemas serta batuk yang ringan sampai dengan gejala berat seperti gangguan gastrointestinal sampai dengan gejala komplikasi (Sucipta, 2015).

Penyakit demam tifoid yang biasa disebut tipes merupakan penyakit menyerang bagian saluran pencernaan. Selama terjadi infeksi, bakteri

salmonella typhi bermultiplikasi dalam sel fagositik mononuclear dan secara berkelanjutan dilepaskan ke aliran darah. Kelompok penyakit menular ini merupakan penyakit yang mudah menular dan dapat menyerang banyak orang sehingga dapat menimbulkan wabah (Idrus, 2020).

Demam Typhoid adalah suatu penyakit yang hanya menyerang anak-anak usia sekolah, disebabkan oleh infeksi salmonella thypii ada usus kecil dan aliran darah. Bakteri ini tercampur di dalam air kotor atau susu dan makanan yang terinfeksi. Pada usus kecil akan timbul tukak, dan 8 bakteri kemudian masuk ke aliran darah. Masa tular antara satu atau dua minggu (Irianto, 2014).

Dari beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa demam typoid merupakan penyakit sistemik yang bersifat akut dengan gejala spektrum klinis yang bervariasi dari ringan berupa demam, lemas serta batuk yang ringan sampai dengan gejala berat seperti gangguan gastrointestinal sampai dengan gejala komplikasi. Selama terjadi infeksi, bakteri salmonella typhi bermultiplikasi dalam sel fagositik mononuclear dan secara berkelanjutan dilepaskan ke aliran darah

b. Etiologi

Inawati (2017) menjelaskan bahwa demam Typhoid timbul yang diakibatkan dari infeksi oleh bakteri golongan salmonella yang memasuki tubuh Pasien melalui pada sistem saluran pencernaan (mulut, esofagus, lambung, usus 12 jari, usus halus, usus besar) yang akan masuk ke dalam tubuh

manusia bersama bahan makanan atau minuman yang sudah tercemar. Cara penyebarannya untuk bakteri ini yaitu pada muntahan manusia, urine, dan kotoran-kotoran dari pasien *Typhoid* yang kemudian secara pasif terbawa oleh lalat (kaki-kaki lalat) yang sudah hinggap ditempat kotor, dan lalat itu mengontaminasi makanan, minuman, sayuran, maupun buah-buah segar. Sumber utama yang akan terinfeksi adalah manusia yang selalu mengeluarkan mikroorganisme penyebab penyakitnya, baik ketika sedang sakit atau sedang dalam masa penyembuhan demam Typhoid, sehingga Pasien masih mengandung salmonella didalam kandung empedu atau didalam ginjalnya. Bakteri salmonella thypi ini hidup dengan baik pada suhu 37°C, dan dapat hidup pada air steil yang beku dan dingin, air tanah, air laut dan debu selama berminggu-minggu, dan juga dapat hidup berbulan-bulan dalam telur yang terkontaminasi dan tirambeku.

c. Patofisiologi

Proses perjalanan penyakit kuman masuk ke dalam mulut melalui makanan dan minuman yang tercemar oleh salmonella (biasanya >10.000 basil kuman). Sebagian kuman dapat dimusnahkan oleh asam hcl lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus. Jika respon imunitas humoral mukosa (igA) usus kurang baik, maka basil salmonella akan menembus sel-sel epitel (sel m) dan selanjutnya menuju lamina propia dan berkembangan biak di jaringan limfoid plak peyeri di ileum distal dan kelenjar getah bening mesenterika. (Lestari, 2016).

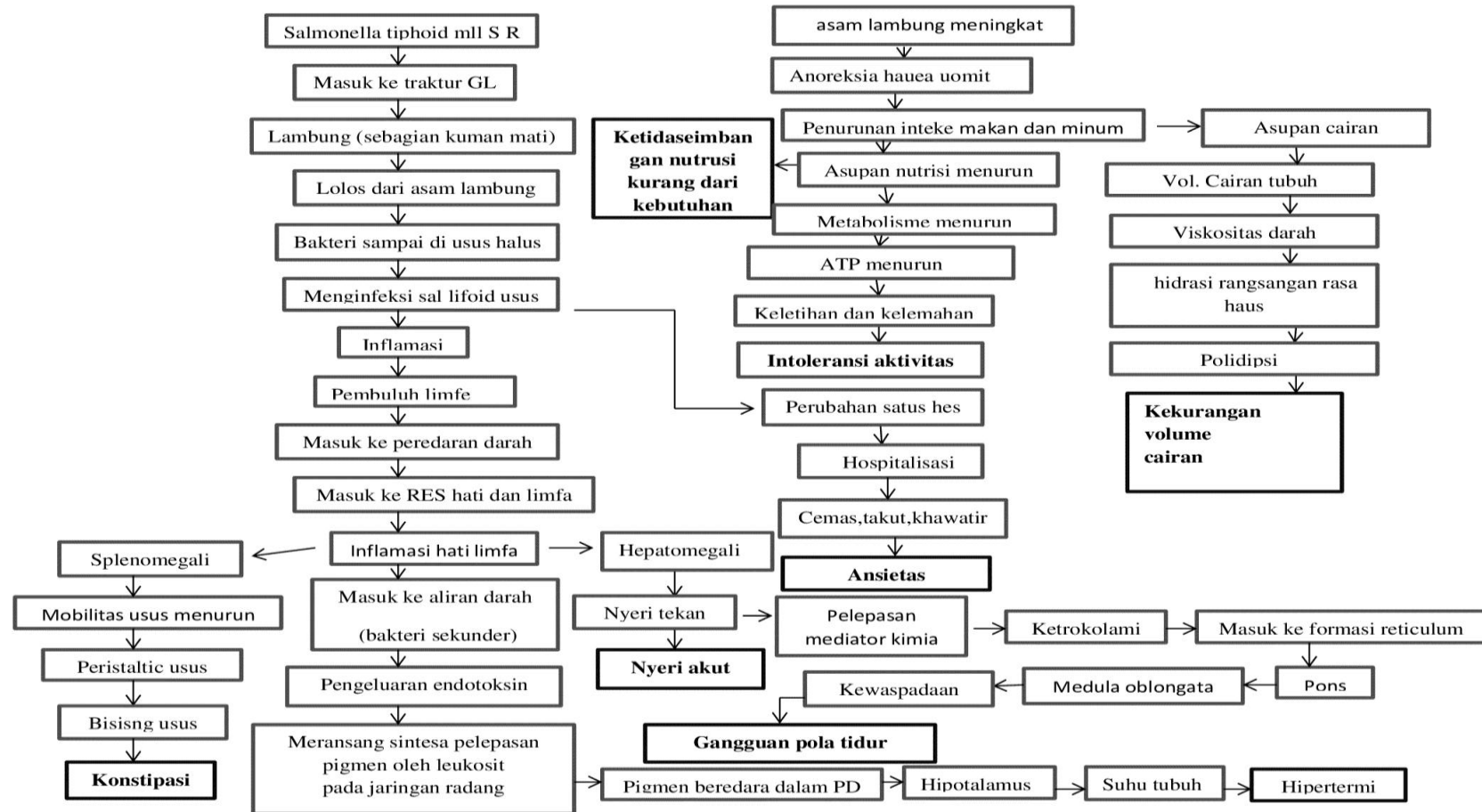
Jaringan limfoid plak peyeri dan kelenjar getah bening mesenterika mengalami hiperplasia. Basil tersebut masuk ke aliran darah (bakterimia) melalui duktus thoracicus dan menyebar ke seluruh organ retikulo endotalial tubuh, terutama hati, sumsum tulang, dan limfa melalui sirkulasi portal dari usus (Lestari, 2016).

Hati membesar (hepatomegali) dengan infiltrasi limfosit, zat plasma, dan sel mononuclear. Terdapat juga nekrosis fokal dan pembesaran limfa (splenomegali). Di organ ini, kuman salmonella thypi berkembang biak dan masuk sirkulasi darah lagi, sehingga mengakibatkan bakterimia ke dua yang disertai tanda dan gejala infeksi sistemik (demam, malaise, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskuler dan gangguan mental koagulasi) (Lestari, 2016).

Perdarahan saluran cerna terjadi akibat erosi pembuluh darah di sekitar plak peyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hiperplasia. Proses patologis ini dapat berlangsung hingga ke lapisan otot, serosa usus, dan mengakibatkan perforasi. Endotoksin basil menempel di reseptor sel endotel kapiler dan dapat mengakibatkan komplikasi, seperti gangguan neuropsikiatrik kardiovaskuler, pernafasan, dan gangguan organ lainnya. Pada minggu pertama timbulnya penyakit, terjadi hiperplasia plak peyeri, di susul kembali, terjadi nekrosis pada minggu ke dua dan ulserasi plak peyeri pada minggu ke tiga. selanjutnya, dalam minggu ke empat akan terjadi proses penyembuhan ulkus dengan meninggalkan sikatriks (jaringan parut). Sedangkan penularan salmonella thypi dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu Food (makanan), Fingers (jaritangan/kuku), Fomitus (muntah), Fly (lalat) dan melalui Feses (Lestari, 2016).

d. Pathway

DEMAM TYPHOID



Gambar 2.1 Pathway

e. Komplikasi

Lestari (2016) menyatakan bahwa komplikasi demam typoid adalah sebagai berikut :

- 1) Komplikasi intestinal : perdarahan usus, perforasi usus dan ilius paralitik.
- 2) Komplikasi extra intestinal
 - a) Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi (renjatan sepsis), miokarditis, trombosis, tromboflebitis.
 - b) Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia dan syndrome uremia hemolitik.
 - c) Komplikasi paru : pneumonia, empiema, dan pleuritis.
 - d) Komplikasi pada hepar dan kandung empedu : hepatitis, dan kolesistitis.
 - e) Komplikasi ginjal : glomerulus nefritis, pyelonephritis dan perinephritis.
 - f) Komplikasi pada tulang : osteomyelitis, osteoporosis, spondylitis dan arthritis.
 - g) Komplikasi neuropsikiatrik : delirium, meningismus, meningitis, polineuritis perifer, syndrome guillain bare dan syndrome katatonie

f. Pemeriksaan penunjang

Lestari (2016) menyatakan bahwa pemeriksaan penunjang pada anak dengan demam typoid antara lain:

1) Pemeriksaan leukosit

Di dalam beberapa literatur dinyatakan bahwa demam typhoid terdapat leukopenia dan limposistosis relatif tetapi kenyataannya leukopenia tidaklah sering dijumpai. Pada kebanyakan kasus demam typhoid, jumlah leukosit pada sediaan darah tepi berada pada batas-batas normal bahkan kadang-kadang terdapat leukosit walaupun tidak ada komplikasi atau infeksi sekunder. Oleh karena itu, pemeriksaan jumlah leukosit tidak berguna untuk diagnosa demam typhoid.

2) Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT pada demam typhoid seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya typhoid.

3) Biakan darah

Bila biakan darah positif hal itu menandakan demam typhoid, tetapi bila biakan darah negatif tidak menutup kemungkinan akan terjadi demam typhoid.

Hal ini dikarenakan hasil biakan darah tergantung dari beberapa faktor :

a) Teknik pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan satu laboratorium berbeda dengan laboratorium yang lain, hal ini disebabkan oleh perbedaan teknik dan media biakan yang digunakan. Waktu pengambilan darah yang baik adalah pada saat demam tinggi yaitu pada saat bakteremia berlangsung.

b) Saat pemeriksaan selama perjalanan penyakit Biakan darah terhadap salmonella typhi terutama positif pada minggu pertama dan berkurang

pada minggu-minggu berikutnya. Pada waktu kambuh biakan darah dapat positif kembali.

c) Vaksinasi di masa lampau

Vaksinasi terhadap demam typhoid di masa lampau dapat menimbulkan antibodi dalam darah klien, antibodi ini dapat menekan bakteremia sehingga biakan darah negatif.

d) Pengobatan dengan obat anti mikroba

Bila klien sebelum pembiakan darah sudah mendapatkan obat anti mikroba pertumbuhan kuman dalam media biakan terhambat dan hasil biakan mungkin negatif.

e) Uji widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi. Aglutinin yang spesifik terhadap salmonella typhi terdapat dalam serum klien dengan demam typhoid juga terdapat pada orang pernah divaksinasi. Antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspensi salmonella yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium. Tujuan dari uji widal ini adalah untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum klien yang disangka menderita typhoid. Akibat infeksi oleh salmonella typhi, klien membuat antibodi atau aglutinin yaitu:

- (1) Aglutinin O, yang dibuat karena rangsangan anti-gen O (berasal dari tubuh kuman).
- (2) Aglutinin H, yang dibuat karena rangsangan anti-gen H (berasal dari flagel kuman).

(3) Aglutinin VI, yang dibuat karena rangsangan anti-gen VI (berasal dari simpai kuman). Dari ketiga aglutinin tersebut hanya aglutinin O dan H yang ditentukan titernya untuk diagnosa, makin tinggi titernya makin besar klien menderita typhoid.

4) Kultur

Kultur urin bisa positif pada minggu pertama, kultur urin bisa positif pada akhir minggu kedua, dan kultur feses bisa positif pada minggu kedua hingga minggu ketiga.

5) Anti Salmonella typhi IgM

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut Salmonella Typhi, karena antibodi IgM muncul pada hari ke-3 dan 4 terjadinya demam

g. Penatalaksanaan

Berdasarkan Lestari Titik, 2016, penatalaksanaan pada demam typhoid yaitu

1) Perawatan

- a) Klien diistirahatkan 7 hari sampai 14 hari untuk mencegah komplikasi perdarahan usus.
- b) Mobilisasi bertahap bila tidak ada panas, sesuai dengan pulihnya tranfusi bila ada komplikasi perdarahan.
- c) Diet
 - (1) Diet yang sesuai, cukup kalori dan tinggi protein.
 - (2) Pada penderita yang akut dapat diberikan bubur saring.
 - (3) Setelah bebas demam diberi bubur kasar selama 2 hari lalu nasi tim.

- (4) Dilanjutkan dengan nasi biasa setelah penderita bebas dari demam selama 7 hari.

2) Obat-obatan

Antibiotika umum digunakan untuk mengatasi penyakit typhoid. Waktu penyembuhan bisa makan waktu 2 minggu hingga satu bulan. Antibiotika, seperti ampicilin, kloramfenikol, trimethoprim sulfamethoxazole dan ciprofloxacin sering digunakan untuk merawat demam typhoid di negara-negara barat.

- 3) Tatalaksanaan bedah dilakukan pada kasus-kasus dengan penyulit perforasi usus

1. Konsep Dasar Anak

a) Definisi

Anak adalah seseorang yang berusia 1-13 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan yang terdapat dalam undang-undang No.23 tahun 2002 tentang perlindungan anak. Pasal tersebut menjelaskan bahwa, anak adalah siapa saja yang berusia 1-13 tahun dan termasuk anak yang masih dalam kandungan, yang berarti segala kepentingan akan pengupayaan perlindungan terhadap anak yang masih di dalam kandungan dan sebelum anak berusia 13 tahun (Husna, 2020).

b) Tahapan pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan anak mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan (Growth)

berkaitan dengan masalah perubahan yang besar jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang dapat diukur dengan ukuran berat, panjang, umur tulang dan keseimbangan metabolik. Perkembangan merupakan bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan. Termasuk perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan. Dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan terhadap aspek fisik sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu. Walau demikian, kedua peristiwa itu terjadi secara sinkron pada setiap individu (Annisa, 2020). Tahapan-tahapan pertumbuhan ditentukan oleh masa atau waktu kehidupan anak (Annisa, 2020) :

1) Masa Prenatal

Fase fetus terjadi sejak usia 9 minggu hingga kelahiran, sedangkan minggu ke-12 sampai ke-40 terjadi peningkatan fungsi organ, yaitu bertambah ukuran panjang dan berat badan terutama pertumbuhan serta penambahan jaringan subkutan dan jaringan otot.

2) Masa Postnatal

a) Masa neonatus

Pertumbuhan postnatal setelah lahir diawali dengan masa neonatus (0-28 hari), pada masa ini terjadi kehidupan baru yang

di ekstrauteri yaitu adanya proses adaptasi semua sistem organ tubuh.

b) Masa Bayi

Pertumbuhan fisik bayi meliputi kulit, rambut dan kuku, kepala. Pertumbuhan kulit meliputi struktur kulit bayi yang masih belum matang memungkinkan bayi terjadi masalah kulit dikarenakan :

1. Lapisan dermis dan epidermis tidak berikatan dengan kuat
2. Lapisan epidermis adalah lapisan yang permeabel, meningkatkan kerentanan kulit terhadap terjadinya infeksi dan iritasi, serta menimbulkan gangguan yang buruk terhadap kehilangan cairan.

3. Masa Prasekolah

Pertumbuhan masa prasekolah pada anak yaitu pada pertumbuhan fisik, khususnya berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahunnya adalah 2 kg, sedangkan pada pertumbuhan tinggi badan anak kenaikan rata-rata akan mencapai 6, 75-7,5 cm setiap tahunnya.

4. Masa Sekolah

Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah lebih cepat dalam kemampuan fisik maupun kognitif dibandingkan dengan masa usia prasekolah.

5. Masa Remaja

Anak perempuan memasuki masa adolensensi lebih awal dibandingkan anak laki-laki yaitu 10 tahun dan berakhir lebih cepat pada usia 16 tahun, sedangkan anak laki-laki memulai masa pubertas pada usia 12 tahun dan berakhir pada usia 20 tahun.

Tahapan-tahapan perkembangan anak (Annisa, 2020), sebagai berikut :

a. Usia Bayi (0-1 tahun)

Pada masa bayi belum dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan kata-kata. Oleh karena itu komunikasi dengan bayi lebih banyak menggunakan jenis komunikasi non verbal. Pada saat lapar, haus, basah, dan perasaan tidak nyaman lainnya, bayi hanya bisa mengekspresikan perasaannya dengan menangis. Walaupun demikian sebenarnya bayi dapat berespon terhadap tingkah laku orang dewasa yang berkomunikasi secara non verbal, misalnya memberikan sentuhan, dekapan, dan menggendong dan berbicara lembut. Ada beberapa respon non verbal yang biasa ditunjukkan bayi misalnya menggerakkan badan, tangan dan kaki. Hal ini terutama terjadi pada bayi kurang dari enam bulan sebagai cara menarik perhatian orang. Oleh karena itu, perhatian saat berkomunikasi dengannya. Jangan langsung menggendong atau memangkunya karena bayi akan merasa

takut. Lakukan komunikasi terlebih dahulu dengan ibunya. Tunjukkan bahwa kita ingin membina hubungan yang baik dengan ibunya.

b. Usia Pra Sekolah (2-5 tahun)

Karakteristik anak pada masa ini terutama pada anak dibawah 3 tahun adalah sangat egosentria. Selain itu anak juga mempunyai perasaan takut ada ketidaktahuan sehingga anak perlu diberi tahu tentang apa yang akan terjadi padanya.

c. Usia Sekolah (6-12 tahun)

Anak pada usia ini sudah sangat peka terhadap stimulus yang dirasakan yang mengancam keutuhan tubuhnya. Oleh karena itu, apabila berkomunikasi dan berinteraksi sosial dengan anak diusia ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti anak dan berikan contoh yang jelas sesuai dengan kemampuan kognitifnya. Anak usia sekolah sudah lebih mampu berkomunikasi dengan orang dewasa.

d. Usia Remaja (13-16 tahun)

Fase remaja merupakan masa tranmisi atau peralihan dari akhir masa anak-anak menuju masa dewasa. Dengan demikian, pola pikir dan tingkah laku anak merupakan peralihan dari anak-anak menuju orang dewasa. Anak harus diberi kesempatan untuk belajar memecahkan masalah secara positif. Apabila anak merasa cemas atau stress, jelaskan bahwa ia dapat mengajak bicara teman sebaya atau orang dewasa yang ia percaya. Pertumbuhan fisik anak pada umumnya dinilai

dengan menggunakan ukuran antropometrik yang dibedakan menjadi 2 kelompok (Kartika, 2019) yang meliputi:

1. Tergantung umur yaitu berat badan (BB) terhadap umur, tinggi badan (TB) terhadap umur, lingkaran kepala (LK) terhadap umur dan lingkaran lengan atas (LLA) terhadap umur. Untuk dapat memberikan pemaknaan secara klinis pada parameter tersebut diperlukan keterangan yang akurat mengenai tanggal lahir anak. Kesulitannya adalah di daerah-daerah tertentu, penetapan umur anak kurang tepat karena orang tua tidak ingat bahkan tidak ada catatan mengenai tanggal lahirnya.
2. Tidak tergantung umur yaitu berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB), lingkaran lengan atas (LLA) dan tebal lipatan kulit (TLK). Hasil pengukuran antropometrik tersebut dibandingkan dengan suatu baku tertentu misalnya NCHS dari Harvard atau standar baku nasional (Indonesia) seperti yang terekam pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Dengan melihat perbandingan hasil penilaian dengan standar baku tersebut maka dapat diketahui status gizi anak. Nilai perbandingan ini dapat digunakan untuk menilai pertumbuhan fisik anak karena menunjukkan posisi anak tersebut pada persentil (%) beberapa untuk suatu ukuran antropometrik pertumbuhannya, sehingga dapat disimpulkan apakah anak tersebut terletak pada variasi normal, kurang atau lebih. Selain itu juga dapat diamati trend (pergeseran) pertumbuhan anak dari waktu ke

waktu (Kartika, 2019). Cara pengukuran antropometri pada anak (Kartika, 2019), sebagai berikut :

1) Berat Badan (BB)

Berat badan (BB) adalah parameter pertumbuhan yang paling sederhana, mudah diukur, dan diulang. BB merupakan ukuran yang terpenting yang dipakai pada setiap pemeriksaan penilaian pertumbuhan fisik anak pada semua kelompok umur karena BB merupakan indikator yang tepat untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak saat pemeriksaan (akut). Alasannya adalah BB sangat sensitif terhadap perubahan sedikit saja seperti sakit dan pola makan. Selain itu dari sisi pelaksanaan, pengukuran obyektif dan dapat diulangi dengan timbangan apa saja, relatif murah dan mudah, serta tidak memerlukan waktu lama. Namun, pengukuran BB tidak sensitif terhadap proporsi tubuh misalnya pendek gemuk atau tinggi kurus. Selain itu, beberapa kondisi penyakit dapat mempengaruhi pengukuran BB seperti adanya bengkak (edem), pembesaran organ (organomegali), hidrosefalus, dan sebagainya. Dalam keadaan tersebut, maka ukuran BB tidak dapat digunakan untuk menilai status nutrisi. Penilaian status nutrisi yang akurat juga memerlukan data tambahan berupa umur yang tepat, jenis kelamin, dan acuan standar. Data tersebut bersama dengan pengukuran BB dipetakan pada kurve standar BB/U dan

BB/TB atau diukur persentasenya terhadap standar yang diacu.

BB/U dibandingkan dengan standar, dinyatakan dalam persentase :

- 1) $>120\%$ disebut gizi lebih
- 2) $80-120\%$ disebut gizi baik
- 3) $60-80\%$ tanpa edema = gizikurang

Dengan edema = gizi buruk

- 4) $<60\%$ disebut gizi buruk

Perubahan BB perlu mendapat perhatian karena merupakan petunjuk adanya masalah nutrisi akut. Kehilangan BB dapat dikategorikan menjadi Ringan = kehilangan 5-15%, Sedang = kehilangan 16-25%, Berat = kehilangan $>25\%$.

2) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan (TB) merupakan ukuran antropometrik kedua yang terpenting. Pengukuran TB sederhana dan mudah dilakukan. Apabila dikaitkan dengan hasil pengukuran BB akan memberikan informasi penting tentang status nutrisi dan pertumbuhan fisik anak. Ukuran tinggi badan pada masa pertumbuhan dapat terus meningkat sampai tinggi maksimal dicapai. TB merupakan indikator yang menggambarkan proses pertumbuhan yang berlangsung dalam kurun waktu relatif lama (kronis), dan berguna untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan fisik di masa lampau. Indikator ini keuntungannya adalah pengukurannya obyektif,

dapat diulang, alat dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa. Kerugiannya perubahan tinggi badan relatif lambat dan sukar untuk mengukur tinggi badan secara tepat. Pengukuran TB pada anak umur kurang dari 2 tahun dengan posisi tidur dan pada anak umur lebih dari 2 tahun dengan berdiri. Seperti pada BB, pengukuran TB juga memerlukan informasi seperti umur yang tepat, jenis kelamin dan standar baku yang diacu. TB kemudian dipetakan pada kurve TB atau dihitung terhadap standar baku dan dinyatakan dalam persen. TB/U dibandingkan dengan standar baku (%) :

- 1) 90-110% = baik/normal
- 2) 70-89% = tinggi kurang
- 3) <70% = tinggi sangat kurang

Rasio BB/TB jika dikombinasikan dengan BB/U dan TB/U sangat penting dan lebih akurat dalam penilaian status nutrisi karena memberikan informasi mengenai proporsi tubuh. Indeks ini digunakan pada anak perempuan hanya sampai tinggi badan 138 cm dan pada anak lelaki sampai tinggi badan 145 cm. Setelah itu, hasil perbandingan BB/TB menjadi tidak bermakna, karena adanya tahap percepatan pertumbuhan (growth spurt) pada masa pubertas. Keunggulan parameter ini adalah jika informasi mengenai umur tidak diketahui dengan pasti. Interpretasi BB/TB (dalam %) :

- 1) 120 % : obesitas

2) 110-120 % : overweight

3) 90-110 % : normal

4) 70-90% : gizi kurang

5) <70% : gizi baik

3) Lingkar Kepala (LK)

Lingkar kepala (LK) menggambarkan pertumbuhan otak dari estimasi volume dalam kepala. Lingkar kepala dipengaruhi oleh status gizi anak sampai usia 36 bulan. Pengukuran rutin dilakukan untuk menjarang kemungkinan adanya penyebab lain yang dapat mempengaruhi pertumbuhan otak walaupun diperlukan pengukuran LK secara berkala daripada sewaktu-waktu saja. Apabila pertumbuhan otak mengalami gangguan yang dideteksi dari hasil pengukuran LK yang kecil (dinamakan mikrosefali) maka hal ini bisa mengarahkan si anak pada kelainan retardasi mental. Sebaiknya kalau ada gangguan pada sirkulasi cairan otak (liquor cerebrospinal) maka volume kepala akan membesar (makrosefali), kelainan ini dikenal dengan hidrocefalus. Pengukuran LK paling bermanfaat pada 6 bulan pertama sampai 2 tahun karena pada periode inilah pertumbuhan otak berlangsung dengan pesat. Namun LK yang abnormal baik kecil maupun besar bisa juga disebabkan oleh faktor genetik (keturunan) dan bawaan bayi. Pada 6 bulan pertama kehidupan LK berkisar antara 34-44 cm

sedangkan pada umur 1 tahun sekitar 47 cm, 2 tahun 49 cm dan dewasa 54 cm.

4) Lingkar Lengan Atas (LLA)

Lingkar lengan atas (LLA) menggambarkan tumbuh kembang jaringan lemak di bawah kulit dan otot yang tidak banyak terpengaruh oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan (BB). LLA lebih sesuai untuk dipakai menilai keadaan gizi/tumbuh kembang pada anak kelompok umur prasekolah (1-5 tahun). Pengukuran LLA ini mudah, murah, alat bisa dibuat sendiri dan bisa dilakukan oleh siapa saja. Alat yang digunakan biasanya adalah pita ukur elastis. Namun, penggunaan LLA ini lebih tepat untuk mengidentifikasi anak dengan gangguan gizi/pertumbuhan fisik yang berat. Selain itu terkadang pengukurannya juga dengan menekan pertengahan LLA yang dirasakan tidak nyaman bagi anak-anak. Interpretasi hasil dapat berupa :

- a. LLA (cm): < 12.5 cm = gizi buruk (merah), $12.5 - 13.5$ cm = gizi kurang (kuning), > 13.5 cm = gizi baik (hijau).
- b. Bila umur tidak diketahui, status gizi dinilai dengan indeks LLA/TB: $< 75\%$ = gizi buruk, $75-80\%$ = gizi kurang, $80-85\%$ = borderline , dan $> 85\%$ = gizi baik (normal).

5) Tebal Lipatan Kulit (TLK)

Tebal Lipatan Kulit (TLK) merupakan pencerminan tumbuh kembang jaringan lemak dibawah kulit yang lebih spesifik. Hampir

50% lemak tubuh berada di jaringan subkutis sehingga dengan mengukur lapisan lemak (TLK) dapat diperkirakan jumlah lemak total dalam tubuh. Hasilnya dibandingkan dengan standar dan dapat menunjukkan status gizi dan komposisi tubuh serta cadangan energi. Makna klinisnya adalah TLK ini dapat digunakan untuk menganalisis kecukupan energi anak. Bila dikaitkan dengan indeks BB/TB, ia dapat menentukan masalah nutrisi yang kronik. Pada keadaan asupan gizi yang kurang (malnutrisi misalnya), tebal lipatan kulit menipis dan sebaliknya menebal pada anak dengan asupan gizi yang berlebihan (overweight sampai obese). Sehingga parameter ini juga dapat bermakna penting bagi pengaturan pola diet anak khususnya yang mengalami kegemukan (overweight sampai obese). Selain itu, pemeriksaan TLK bila dikaitkan dengan nilai LLA misalnya pada otot triseps dapat dipakai untuk menghitung massa otot. Regio tubuh umum tempat dilakukannya pengukuran TLK dengan menggunakan skinfold calliper adalah regio trisep, bisep, subskapula, suprailiaka, dan betis. Pengukuran dilakukan dengan mencubit kulit sampai terpisah dari otot dasarnya, ditarik menjauhi tubuh kemudian menempatkan kaliper diantara cubitan kulit tersebut. Hasil pengukuran dinyatakan dalam millimeter yang kemudian hasil penjumlahan beberapa regio tersebut dimasukkan dalam rumus untuk mendapatkan persentase

lemak tubuh. Oleh karena itu diperlukan pengalaman dan keterampilan pengukur untuk mendapatkan hasil yang akurat.

2. Konsep stres hospitalisasi

a. Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah suatu proses yang menjadi alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi pengobatan dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Anak yang baru pertama kali dirawat di rumah sakit menunjukkan perilaku kecemasan. Orangtua akan menunjukkan perasaan cemasnya juga apabila kurang mendapat dukungan emosi dan sosial dari keluarga, kerabat, maupun petugas kesehatan (Ekawati, 2017).

b. Stresor dan Reaksi Anak Terhadap Hospitalisasi

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak. Jika seorang anak dirawat di rumah sakit, maka anak tersebut akan mudah mengalami krisis karena anak mengalami stres akibat perubahan yang terjadi baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari serta anak mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian – kejadian yang bersifat menekan. Reaksi anak dalam mengatasi krisis tersebut dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman sebelumnya terhadap proses sakit dan dirawat, sistem dukungan yang tersedia, serta keterampilan koping dalam menangani stres.

Adapun stresor utama dari hospitalisasi dan reaksi anak prasekolah menurut (Ekawati, 2017) adalah sebagai berikut :

1) Cemas Akibat Perpisahan

Sebagian besar stres terjadi pada bayi usia pertengahan sampai anak periode pra sekolah, khususnya anak yang berumur 0 sampai 30 bulan adalah cemas karena perpisahan. Balita belum mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang baik dan benar serta memiliki pengertian yang terbatas tentang realitas. Hubungan anak dengan ibu sangat dekat pada usia ini, akibatnya perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak sehingga pada akhirnya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

a) Tahap Protes (Phase of Protes)

Tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif seperti menendang , menggigit, memukul, mencubit , mencoba membuat orang tuanya tetap tinggal dan menolak perhatian orang lain. Secara verbal, anak menyerang dengan rasa marah , seperti mengatakan “pergi”. Perilaku tersebut dapat berlangsung dari beberapa jam sampai beberapa hari. Perilaku menangis tersebut akan terus berlanjut dan hanya akan berhenti bila anak merasa kelelahan. Pendekatan dengan orang lain secara tergesa-gesa akan meningkatkan protes.

b) Tahap Putus Asa (Phase of Despair)

Pada tahap ini anak nampak tegang, tangisannya berkurang, tidak aktif, kurang berminat untuk bermain, tidak nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih, apatis, dan regresi (misalnya mengompol atau menghisap jari). Pada tahap ini, kondisi anak mengkhawatirkan karena anak menolak makan, minum ataupun bergerak.

c) Tahap Menolak (Phase of Denial)

Pada tahap ini, secara samar – samar anak menerima perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada disekitarnya, dan membina hubungan dengan orang lain. Anak mulai kelihatan gembira. Fase ini biasanya terjadi pada anak setelah perpisahan yang lama dengan orang tuanya.

2) Kehilangan Kendali

Balita berusaha sekuat tenaga untuk mempertahankan otonominya. Hal ini terlihat jelas pada kemampuan mereka dalam hal motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, melakukan aktivitas hidup sehari-hari serta berkomunikasi. Balita telah mampu menunjukkan kestabilan dalam mengendalikan dirinya dengan cara mempertahankan kegiatan – kegiatan rutin misalnya bermain. Saat sakit dan dirawat dirumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya. Hal tersebut akan menimbulkan regresi. Ketergantungan merupakan kharakteristik dari peran sakit. Anak akan

bereaksi terhadap ketergantungan dengan sikap negatif, terutama anak akan menjadi lebih mudah marah dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu yang lama, maka anak akan kehilangan otonominya dan pada akhirnya akan menarik diri dari hubungan interpersonal.

3) Cidera tubuh dan adanya nyeri

Konsep tentang citra tubuh (body image) , khususnya pengertian mengenai perlindungan tubuh (body boundaries) sedikit sekali berkembang pada balita. reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti reaksi terhadap tindakan yang sangat menyakitkan. Reaksi balita terhadap respon nyeri sama seperti sewaktu masih bayi, namun jumlah variabel yang mempengaruhi responnya lebih kompleks dan bermacam-macam. Semua prosedur atau tindakan keperawatan baik yang menimbulkan nyeri maupun tidak, keduanya akan menyebabkan kecemasan bagi anak usia prasekolah selama hospitalisasi sehingga anak usia prasekolah lebih mudah mengalami stres hospitalisasi. Anak akan bereaksi terhadap nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatupkan gigi, mengigit bibir, membuka amata dengan lebar, atau melakukan tindakan yang agresif seperti mengigit, menendang, memukul atau berlari keluar. Pada akhir periode balita, anak biasanya sudah mampu menyampaikan rasa nyeri yang mereka alami dan menunjukkan lokasi nyeri. Namun demikian,

kemampuan mereka dalam menggambarkan bentuk dan intensitas nyeri belum berkembang.

4) Dampak Hospitalisasi

Dampak hospitalisasi bagi anak tidak hanya terjadi pada anak tersebut, melainkan kepada orang tua serta saudara-saudaranya. Dampak hospitalisasi pada anak dan orang tua adalah sebagai berikut (Ekawati, 2017) :

a) Dampak Ke Anak

Salah satu dampak hospitalisasi pada anak adalah perubahan perilaku. Anak akan bereaksi terhadap stres pada saat sebelum, selama dan setelah proses hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak setelah pulang dari rumah sakit berupa merasa kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua serta takut adanya perpisahan. Faktor yang mempengaruhi dampak negatif hospitalisasi adalah lamanya rawat inap, tindakan invasif yang dilakukan serta kecemasan orang tua. Respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi adalah regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut, dan gangguan tidur terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun.

b) Dampak Ke Orang tua

Perawatan anak di rumah sakit menimbulkan berbagai macam perasaan yang muncul pada orang tua yaitu takut, rasa bersalah, stres dan cemas. Perasaan orang tua tidak boleh diabaikan karena

apabila orang tua mengalami stres maka orang tua tidak dapat merawat anaknya dengan baik dan akan menyebabkan anak akan menjadi semakin stres. Perasaan takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan prosedur medis yang dilakukan. Kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima oleh petugas, serta prognosis yang tidak jelas, atau takut mengajukan pertanyaan.

c. Tingkat Stres Hospitalisasi

Stres hospitalisasi dibagi menjadi empat tingkatan. Stres ringan adalah stres yang tidak merusak aspek fisiologis dari seseorang. Stres ringan umumnya dirasakan setiap anak misalnya lupa, lapar, ketiduran, dan lain-lain. Stres ringan biasanya hanya terjadi beberapa menit atau beberapa jam. Situasi ini tidak menimbulkan penyakit kecuali jika dihadapi terus-menerus. Stres sedang terjadi lebih lama, dari beberapa jam hingga beberapa hari. Contoh yang dapat menimbulkan stres sedang adalah berpisah dari orang tua ataupun orang terdekat anak dengan waktu yang cukup lama, anak tidak dapat menyesuaikan lingkungan yang baru, serta riwayat hospitalisasi sebelumnya. Hal ini dapat menyebabkan anak rewel, terus menangis dan tidak dapat bersikap kooperatif. Stres berat dan sangat

berat adalah stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun. Contoh dari stresor yang dapat menimbulkan stres berat dan sangat berat adalah perceraian kedua orang tua, putus sekolah, adanya musibah yang menyebabkan trauma dan penyakit kronis yang dialami. Stres ini dapat membuat anak menjadi lebih pemurung, tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, bersikap destruktif (merusak) bahkan bunuh diri jika tidak cepat diatasi.

d. Cara Mengatasi Dampak Hospitalisasi Pada Anak

Ketakutan yang dialami anak akibat hospitalisasi biasanya disebabkan karena tidak mempunyai pengalaman dirawat atau ketidaktahuan tentang prosedur tindakan. Penelitian Karuniawati (2011) menyatakan bahwa dampak dari lama masuk rumah sakit akibat hospitalisasi juga dapat berakibat pada tingkat kecemasan. Apabila kecemasan anak tidak segera ditangani, maka anak tersebut akan mengalami stres hospitalisasi. Apabila anak tidak mempunyai coping yang efektif, hal tersebut akan menimbulkan stres. Stres yang terjadi dapat dicegah dengan cara memberikan penjelasan kepada anak, seperti membawa anak berkeliling rumah sakit, atau melalui teknik distraksi (pengalihan). Ketika anak didaftarkan untuk dirawat, perawat sebaiknya menjelaskan mengenai prosedur-prosedur yang akan dilakukan pada anak (Ekawati, 2017). Semakin sering seorang anak berhubungan dengan rumah sakit, maka semakin kecil tingkat stres hospitalisasi yang dialami. Cara mengatasi dampak hospitalisasi pada anak yaitu :

1) Mencegah atau meminimalkan dampak perpisahan

a) Rooming In

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

b) Partisipasi Orang Tua

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit, terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan. Perawat dapat memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan anak atau memandikannya. Dalam hal ini, perawat berperan dalam hal pendidik kesehatan (health educator) bagi keluarga

c) Membuat Ruang Perawatan

Ruang perawatan dibuat seperti situasi di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruangan tersebut.

2) Meminimalkan Perasaan Kehilangan Kendali

a) Mengusahakan kebebasan bergerak

Pembatasan fisik / imobilisasi pada anak untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah apabila anak bersikap kooperatif.

b) Mempertahankan kegiatan rutin anak

Teknik untuk meminimalkan gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari adalah dengan jadwal kegiatan yang terstruktur yang

meliputi semua kegiatan penting bagi anak, seperti prosedur tindakan, bermain, serta menonton TV. Jadwal tersebut disusun oleh perawat, orang tua dan anak bersama-sama.

c) Dorongan anak untuk independen

Anak sebaiknya diberi kesempatan untuk berpartisipasi dalam setiap kegiatan misalnya, anak diberikan kesempatan untuk memilih makanan atau mengatur waktu tidur.

3) Mencegah dan Meminimalkan Perlukaan Tubuh dan Rasa Sakit

Persiapan anak terhadap prosedur yang menimbulkan rasa nyeri adalah penting untuk mengurangi ketakutan. Perawat dapat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang dapat ditemi oleh anak jika anak merasa takut, dan lain-lain. Manipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh, misalnya jika anak takut diukur temperaturnya melalui anus maka hal tersebut dapat dilakukan melalui ketiak (axila). Untuk mengatasi rasa nyeri dapat dilakukan dengan obat maupun tanpa obat, misalnya dengan teknik distraksi.

3. TERAPI MEWARNAI

a) Definisi

Mewarnai gambar dalam kamus besar dalam bahasa Indonesia berarti memberi warna yaitu corak atau rupa. Sehingga dapat disimpulkan bahwa mewarnai gambar merupakan kegiatan memberikan warna pada gambar atau tiruan barang yang dibuat dengan coretan pensil/pewarna pada kertas (Hasibuan, 2019.)

Salah satu permainan yang cocok dilakukan untuk anak usia prasekolah umur 2-5 tahun yaitu mewarnai gambar, yang dimana anak mulai menyukai dan mengenal warna serta mengenal bentuk-bentuk yang disekelilingnya. Mewarnai gambar juga merupakan salah satu permainan yang memberikan kesempatan pada anak untuk bebas berekspresi dan sangat terapeutik (Paat, 2012). Menambahkan salah satu teknik terapi bermain mewarnai gambar yang dapat dilakukan dalam penatalaksanaan dengan rasa cemas lainnya adalah dengan cara mewarnai gambaran, dimana ini terbukti dalam penelitiannya bahwa dengan diberikan terapi berupa mewarnai gambar yang efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan anak usia prasekolah (Sartika, 2013).

b) Manfaat

Hisabuan (2019) menjelaskan bahwa manfaat terapi menggambar adalah sebagai berikut :

- 1) Memberikan kesempatan pada anak untuk bebas berekspresi dan sangat terapeutik (sebagai permainan penyembuh/terapi play).
- 2) Dengan berekspresi menggunakan gambar, anak dapat membentuk mengembangkan imajinasi dan berekspresi dengan keterampilan motorik halus.
- 3) Mewarnai gambar juga aman untuk usia toodler, karena menggunakan media kertas gambar.
- 4) Anak dapat mengekspresikan perencanaan atau memberikan pada sesuatu cara untuk berkomunikasi, tanpa menggunakan kata.

Sebagai terapi kognitif, pada anak menghadapi rasa cemas, takut dan sedih

c) Prosedur untuk melakukan terapi mewarnai menggambar

Hisabuan (2019) menyatakan bahwa persiapan untuk melakukan terapi bermain mewarnai gambar serta menjelaskan prosedur kerja yaitu sebagai berikut :

- 1) Alat Dan Bahan : Buku gambar dan cat untuk mewarnai gambar tersebut.
- 2) Prosedur Kerja : Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada anak, menempatkan alat tulis seperti buku gambar dan cat untuk mewarnai gambar di dekat anak dengan benar, mengatur posisi anak supaya tempat bermain nyaman dan tentram.

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama di dalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengumpulan data ini juga harus dapat menggambarkan status kesehatan klien dan kekuatan masalah-masalah yang dialami oleh klien (Serri, 2017).

Teori pengkajian pada anak demam thypoid menurut (Rekawati & Nursalam, 2013) yaitu :

a. Identitas.

Sering ditemukan pada anak berumur sering ditemukan pada anak berumur diatas 1 tahun.

b. Keluhan utama seperti perasaan tidak enak badan, lesu, pusing, nyeri kepala dan kurang bersemangat, serta nafsu makan menurun (teutama pada saat masa inkubasi)

c. Status Imunisasi Anak

Status imunisasi anak adalah dimana anak pernah mendapatkan imunisasi seperti BCG, difteri, pertussis, tetanus, polio dan campak atau tambahan imunisasi lainnya yang di anjurkan oleh petugas.

d. Pertumbuhan dan Perkembangan

1) Pertumbuhan Fisik Untuk menentukan pertumbuhan fisik anak, perlu dilakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan fisik. Pengukuran antropometri yang sering digunakan di lapangan untuk mengukur pertumbuhan anak adalah TB, BB, dan lingkak kepala. Sedangkan lingkak lengan dan lingkak dada baru digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak.

2) Perkembangan Anak Untuk mengkaji keadaan perkembangan anak usia 1 bulan – 72 bulan, dapat dilakukan dengan menggunakan Kuisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), untuk menilai dalam 4 sektor perkembangan pada anak yang meliputi : motoric kasar, motoric halus, bicara / bahasa dan sosialisasi / kemandirian (Kementerian kesehetan RI, 2016).

e. Suhu tubuh.

Pada kasus yang khas, demam berlangsung selama 3 minggu, bersifat febris remiten, dan suhunya tidak tinggi sekali. Selama minggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap harinya, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat pada sore menjelang malam hari. Pada minggu kedua, pasien terus dalam keadaan demam, dan pada minggu ketiga demam berangsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga.

f. Kesadaran

Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak berapa dalam, yakni apatis dan somnolen. Selain gejala-gejala yang di uraikan diatas mungkin terdapat gejala lainnya seperti pada punggung dan anggota gerak lainnya ditemukan bintik-bintik warna kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat minggu pertama demam.

g. Pengkajian pola fungsional

1) Pola persepsi kesehatan manajemen kesehatan

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola sehat-sejahtera yang dirasakan, pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat, pengetahuan tentang praktik kesehatan preventif, ketaatan pada ketentuan media dan keperawatan. Biasanya anak-anak belum mengerti tentang manajemen kesehatan, sehingga perlu perhatian dari orang tuanya.

2) Pola nutrisi metabolic

Yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan klien,

tipe makanan dan cairan, peningkatan/ penurunan berat badan, pilihan makan.

3) Pola eliminasi

Yang perlu dikaji adalah pola defekasi klien, berkemih, penggunaan alat bantu, penggunaan obat-obatan.

4) Pola aktivitas latihan

Yang perlu dikaji adalah pola aktivitas klien, latihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari (merawat diri, bekerja) dan respon kardiovaskuler serta pernapasan saat melakukan aktivitas.

5) Pola istirahat tidur

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola tidur klien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidur klien, apa ada gangguan tidur dan penggunaan obat-obatan untuk mengatasi gangguan tidur.

6) Pola kognitif persepsi

Yang perlu dikaji adalah fungsi indra klien dan kemampuan persepsi klien.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Yang perlu dikaji adalah bagaimana sikap klien mengenai dirinya, persepsi klien tentang kemampuannya, pola emosional, citra diri, identitas diri, ideal diri, harga diri dan peran diri. Biasanya anak akan mengalami gangguan emosional seperti tskut, cemas karena dirawat di RS.

8) Pola peran hubungan

Kaji kemampuan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

Bagaimana kemampuan dalam menjalankan perannya.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

Kaji efek penyakit terhadap seksualitas anak

10) Pola coping dan toleransi stress

Yang perlu dikaji adalah bagaimana kemampuan klien dalam menghadapi stress dan adanya sumber pendukung. Anak belu, mampu untuk mengatasi stress, sehingga sangat dibutuhkan peran dari keluarga terutama orang tua untuk selalu mendukung anak.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Kaji bagaimana kepercayaan klien. Anak-anak belum mengerti tentang kepercayaan yang dianut. Anak-anak hanya mengikuti dari orang tua.

i. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Melihat kebersihan kulit kepala, distribusi rambut merata dan warna rambut.

2) Wajah, melihat ke simetrisan kiri dan kanan.

3) Mata, terlihat sklera putih, konjunktiva merah muda, dan reflek pupil mengecil ketika terkena sinar.

4) Mulut, terdapat napas yang berbau tidak sedap serta bibir kering, dan pecah-pecah (ragaden). Lidah tertutup selaput putih kotor, sementara ujung dan tepinya berwarna kemerahan dan jarang disertai tremor.

- 5) Leher, tidak adanya distensi vena jugularis.
- 6) Abdomen, dapat ditemukan keadaan perut kembung. Bisa terjadi konstipasi, atau mungkin diare atau normal.
- 7) Hati dan limfe membesar disertai dengan nyeri pada perabaan.
- 8) Ekstermitas, pergerakan baik antara kiri dan kanan.
- 9) Integumen, akral teraba hangat dan terdapat pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan reseola (bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam)

ii. Pemeriksaan laboratorium

- a. Pada pemeriksaan darah tepi terdapat gambaran leukopenia, limfositosis relatif dan aneosinofilia pada permukaan yang sakit.
- b. Darah untuk kultur (biakan darah, empedu) dan widal.
- c. Biakan empedu basil salmonella typhosa dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya lebih sering ditemukan dalam urine dan feses.
- d. Pemeriksaan widal

Untuk membuat diagnosis, pemeriksaan yang diperlukan ialah titer zat anti terhadap antigen O yang bernilai 1/200 atau lebih menunjukkan kenaikan yang progresif.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegaskan

diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Sumber diagnosa untuk penyakit demam Tifoid yang diambil adalah dari SDKI, SLKI, dan SIKI. Berikut ini adalah diagnosa yang biasa nya terjadi pada pasien Demam Tifoid :

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Tanda mayor

Data subjektif :

1. Tidak tersedia

Data objektif :

1. suhu tubuh diatas nilai normal

Tanda minor

Data subjektif :

1. Tidak tersedia

Data objektif :

- 1) Kulit merah
- 2) Kejang
- 3) Takikardi
- 4) Takipnea
- 5) Kulit terasa hangat

b. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Tanda mayor

Data subjektif :

- 1) Merasa bingung
- 2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 3) Sulit berkonsentrasi

Data objektif :

- 1) Tampak gelisah
- 2) Tampak tenang
- 3) Sulit tidur

Tanda minor

Data subjektif :

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Data objektif :

1. Frekuensi nafas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaforesis
5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih

Berorientasi pada masa lalu

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sulit tidur

Tanda mayor

Data subjektif :

1. Mengeluh sulit tidur
2. Mengeluh sering terjaga
3. Mengeluh tidak puas tidur
4. Mengeluh pola tidur berubah
5. Mengeluh istirahat tidak cukup

Data objektif :

1. Tidak tersedia

Tanda minor

Data subjektif :

1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Data objektif :

1. Tidak tersedia

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik

Tanda mayor

Data subjektif :

1. Mengeluh nyeri

Data objektif :

1. Tampak meringis
2. Bersifat protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)

3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Tanda minor

Data subjektif :

1. Tidak tersedia

Data objektif :

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola nafas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berfikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

e. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan

Data mayor

Data subjektif :

1. Tidak tersedia

Data objektif :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi teraba lemah
- 3) Tekanan darah menurun
- 4) Tekanan nadi menyempit

- 5) Turgor kulit menurun
- 6) Membran mukosa kering
- 7) Volume urin menurun
- 8) Hematokrit meningkat

Tanda minor

Data subjektif :

- 1) Merasa lemah
- 2) Merasa haus

Data objektif :

- 1) Pengisian vena menurun
- 2) Status mental berubah
- 3) Suhu tubuh meningkat
- 4) Konsentrasi urin meningkat
- 5) Berat badan turun tiba-tiba

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Tanda mayor :

Data subjektif :

- 1) Tidak tersedia

Data objektif :

- 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Tanda minor

Data subjektif :

- 1. Cepat kenyang setelah makan

2. Kram/ nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Data objektif :

1. Bising usus hiperaktif
 2. Orot pengunyah lemah
 3. Otot menelan lemah
 4. Membran mukosa pucat
 5. Sariawan
 6. Serum albumin menurun
 7. Rambut rontok berlebihan
 8. Diare
- g. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat

Tanda mayor

Data subjektif :

1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
2. Pengeluaran feses lama dan sulit

Data objektif :

1. Feses keras
2. Peristaltik usus menurun

Tanda minor

Data subjektif :

1. Mengejan saat defekasi

Data objektif :

1. Distensi abdomen
2. Kelemahan umum
3. Teraba massa pada rekta

3. Intervensi

Berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI, intervensi keperawatan antara lain adalah:

Tabel 2.2 Intervensi

N0	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Konvulsi • Kulit kemerahan • Peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal. • Kejang • Takikardi • Takipnea • Kulit terasa hangat. 	Termoregulasi Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 termoregulasi membaik ditandai dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Kulit merah menurun • Takikardi menurun • Takipnea menurun • Suhu tubuh membaik • Suhu kulit membaik • Tekanan darah membaik 	Manajemen hipertermia Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator). 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit. 4. Monitor haluaran urine. 5. Monitor komplikasi akibat hipertermi. Teraupetik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin. 2. longgarkan atau

lepasakan pakaian pasien.

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 hipoermia,atau kompres dingin pada dahi, dada, abdomen, aksila).
7. Hindari pemberian antiperitik atau aspirin.
8. Berikan oksigen, jika perlu.

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring.

Kolaborasi

- 1.Kolaborasi pemebrian cairan dan elektrolit
-

			intravena, jika perlu.
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi</p> <p>- Tanda mayor</p> <p>Data subjektif :</p> <p>1. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</p> <p>Data objektif :</p> <p>1. Tampak gelisah</p> <p>2. Tampak tegang</p> <p>3. Sulit tidur</p> <p>- Tanda minor</p> <p>Data subjektif :</p> <p>1. Tampak pusing</p> <p>Data objektif:</p> <p>1. Frekuensi nafas meningkat</p> <p>2. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>3. Tekanan darah meningkat</p> <p>4. Muka tampak pucat</p> <p>5. Suara bergetar</p> <p>6. Kontak mata buruk</p>	<p>Tingkat ansietas</p> <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x2 jam, diharapkan ansietas menurun ditandai dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Verbalisasi kebingungan menurun.</p> <p>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.</p> <p>3. Perilaku gelisah menurun.</p> <p>4. Perilaku tegang menurun.</p> <p>5. Keluhan pusing.</p>	<p>Terapi Bermain</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain.</p> <p>2. Monitor penggunaan peralatan bermain anak.</p> <p>3. Monitor respons anak terhadap terapi.</p> <p>4. Monitor tingkat kecemasan.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman. Sediakan waktu yang cukup untuk memungkinkan sesi bermain efektif.</p> <p>2. Atur sesi bermain untuk memfasilitasi hasil yang diinginkan.</p> <p>3. Tetapkan batasan untuk sesi latihan terapeutik.</p> <p>Sediakan peralatan bermain yang aman, sesuai kreatif, tepat guna, peralatan yang merangsang perkembangan anak, yang dapat mendorong ekspresi pengetahuan dan</p>

perkembangan anak.

4.Motivasi anak untuk berbagi perasaan, pengetahuan, dan persepsi.

5.Komunikasikan penerimaan perasaan, baik positif maupun negatif, yang diungkapkan melalui permainan.

6.Lanjutkan sesi bermain secara teratur untuk membangun kepercayaan dan mengurangi rasa takut akan peralatan atau pertawaran yang tidak dikenal.

7.Dokumentasikan pengamatan yang dilakukan selama sesi bermain.

Edukasi :

1. Jelaskan tujuan bermain bagi anak kepada orangtua.
2. Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/ atau orangtua dengan bahasa yang mudah dipahami

3.	Gangguan pola tidur berhubungan sulit tidur	Pola tidur Setelah dilakukan	Dukungan tidur Observasi
----	---	------------------------------	--------------------------

-Tanda mayor	tindakan keperawatan	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur.
Data subjektif:	3x24 maka diharapkan	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).
1. Tidak bisa tidur	intoleransi aktivitas	3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.
2. Tidak bisa tidur dengan nyenyak	teratasi ditandai dengan kriteria hasil :	
Data objektif:	1. Keluhan sulit tidur	
1. Tampak lesu	2. Keluhan tidak puas tidur	
-Tanda minor		
Data subjektif:		
1. Kemampuan beraktivitas menurun		
Data objektif:		
1. Tidak tersedia		
		Terapeutik
		1) Modifikasi lingkungan.
		2) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan.
		Edukasi
		1. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.
		2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu waktu tidur.
		3. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi.

4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik - Tanda mayor Data subjektif : 1. Mengeluh nyeri Data objektif : 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat - Tanda minor Data subjektif : 1. Tidak tersedia Data objektif : 1. Tekanan darah meningkat	Tingkat nyeri Setelah diberikan tindakan ini keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi ,(plain level) ditandai dengan kriteria hasil : - Nyeri menurun - Tidak lagi meringis	Manajemen nyeri Observasi : 1. Indetifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya nyeri pada kualitas hidup. 7. Monitor keberhasilan teraapi komplementer yang sudah diberikan. 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis
----	---	---	---

untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).

2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
3. Fasilitas 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. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
5.	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan	Status cairan	Manajemen hipovolemia
	- Data mayor	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 kebutuhan cairan terpehuni ditandai dengan kriteria hasil :	Observasi :
	Data subjektif :		1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah).
	Tidak tersedia	- Mendapat cairan yang cukup	
	Data objektif :	- Menunjukkan tanda-tanda hidrasi yang adekuat	
	1. Turgor kulit menurun	- Membrane mukosa lembab	2. Monitor intake dan outpur cairan.
	2. Membran mukosa kering		
	3. Volume urin menurun		
	4. Hematokrit meningkat		
	- Tanda minor		Terapeutik
	Data subjektif :		1. Hitung kebutuhan

1. Merasa lemah	cairan.
2. Merasa haus	2. Berikan posisi modifed trendelenburg.
Data objektif :	3. Berikan asupan cairan oral.
1. Suhu tubuh meningkat	
2. Konsentrasi urin meningkat	
3. Berat badan turun tiba-tiba	

Edukasi

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.
2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak.

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl.RL).
2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%).
3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate)

.

			4. Kolaborasi pemberian produk darah.
6.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	Status nutrisi Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 defisit nutrisi dapat teratasi ditandai dengan kriteria hasil: Kekuatan otot menelan meningkat Berat badan indeks massa tubuh (IMT) meningkat	Manajemen nutrisi Observasi
	- Tanda mayor : Data subjektif : 1. Tidak tersedia Data objektif : 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal - Tanda minor Data subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Nafsu makan menurun Data objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Orot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat		1. Identifikasi status nutrisi. 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. 3. Identifikasi makanan yang disukai. 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien. 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik. 6. Monitor asupan makanan. 7. Monitor berat badan. 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu. 2. Fasilitasi

5. Sariawan

menentukan
pedoman diet (mis.
Piramida makanan).

3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.
4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
5. Berikan makanan tingginkalori dan tinggi protein.
6. Berikan suplemen makanan, jika perlu.
7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu.
2. Anjurkan diet yang diprogramkan.

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri,
-

			antiemetik), jika perlu.
			2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan , jika perlu.
7.	Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat - Tanda mayor Data subjektif : 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran fases lama dan sulit Data objektif : 1. Fases keras 2. Peristaltik usus menurun - Tanda minor Data subjektif : 1. Mengejan saat defekasi Data objektif :	Eliminasi fekal Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan konstipasi dapat membaik ditandai dengan kriteria hasil: - Kontrol pengeluaran fases membaik - Konsistensi fases membaik - Frekuensi defekasi membaik	Manajemen konstipasi Observasi 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi. 2. Periksa pergerakan usus , karakteristik fases (konsistensi, bentuk, volume, dan warna). 3. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat). 4. Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/ atau peritonis. Terapeutik 1. Anjurkan diet tinggi serat.

-
- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen 2. Kelemahan umum 3. Teraba massa pada rektal | <ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan masase abdomen, jika perlu. 3. Lakukan evakuasi fases secara manual, jika perlu. 4. Berikan enema atau irigasi, jika perlu. |
|---|--|

Edukasi

1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan.
2. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi.
3. Latih buang air besar secara teratur.
4. Ajarkan mengatasi konstipasi/impaksi.

Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus.
 2. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.
-

4. Implementasi

Implementasi adalah proses membantu pasien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahap ini dimulai setelah rencana tindakan disusun. Perawat mengimplementasi tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Dimana tujuan implementasi keperawatan adalah meningkatkan kesehatan klien, mencegah penyakit, pemulihan dan memfasilitasi coping klien (Serri, 2017).

Dalam implementasi rencana tindakan keperawatan pada anak demam typhoid adalah mengkaji keadaan klien, melibatkan keluarga dalam pemberian kompres hangat, menganjurkan klien memakai pakaian tipis, mengobservasi reaksi non verbal, mengkaji intake dan output klien, dan membantu keluarga dalam memberikan asupan kepada klien.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Perawat mengevaluasi kemajuan pasien terhadap tindakan keperawatan dalam mencapai tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan (Hutahaean Serri, 2010). Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien, macam-macam evaluasi:

a. Evaluasi formatif

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat

setelah dilakukan tindakan keperawatan, dan ditulis pada catatan perawatan.

b. Evaluasi sumatif SOAP

Kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan.

Hasil yang diharapkan pada anak setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah orang tua mengatakan demam berkurang dengan suhu 36,5 °C, orang tua mengatakan nyeri sudah berkurang dan membantu mengontrol nyeri dengan tehnik non farmakologi, orang tua mengatakan tidak terjadi penurunan BB secara signifikan. Tindakan selanjutnya mengobservasi keluhan klien dan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien

C. METODOLOGI PENELITIAN

1. Jenis, rancangan penelitian dan pendekatan

Menurut Khairinal (2016) desain penelitian adalah suatu rancangan bangun rencana dan struktur penyelidikan yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban untuk pertanyaan-pertanyaannya penelitian. Rencana merupakan suatu skema menyeluruh yang mencakup program penelitian. Desain penelitian bagi seorang peneliti adalah untuk menentukan dan menggunakan langkah-langkah tentang apa saja yang menjadi pegangan atau pedoman metode dalam melakukan penelitian.

Pendekatan penelitian deskriptif menurut Sugiyono (2020:64) adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui keberadaan variabel mandiri, baik hanya satu variabel atau lebih (variabel yang berdiri sendiri) tanpa membuat perbandingan variabel itu sendiri dan mencari hubungan dengan

variabel lain. Studi kasus ini berfokus pada pemberian asuhan keperawatan anak demam typoid dengan focus pemberian terapi mewarnai di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

2. Subjek penelitian

Subjek penelitian menurut Arikonto (2016) memberi batasan subjek penelitian sebagai benda, hal atau orang tempat data untuk variabel penelitian melekat, dan yang di permasalahan. Dalam studi kasus ini, subjek penelitian adalah 2 anak dengan diagnosis demam typoid yang di rawat di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

3. Focus studi

Adapun focus studi pada penelitian ini adalah menggambarkan anxietas pada anak demam typoid dengan focus pemberian terapi mewarnai..

4. Waktu dan tempat penelitian

Studi kasus akan dilaksanakan di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

5. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur, atau menilai suatu fenomena (Nursalam, 2017). Instrumen pengumpul data yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus pada asuhan keperawatan anak dengan demam typoid dan langkah-langkah terapi mewarnai untuk menurunkan anxietas dilakukan dengan prosedur terlampir.

6. Metode pengumpulan data

Nursalam (2017) menyebutkan bahwa untuk mendapatkan data sesuai permasalahan pada penelitian, sangat dibutuhkan cara pengumpulan data, cara itu antara lain :

a. Pengkajian

Pengkajian adalah percakapan yang bertujuan, biasanya antara dua orang yang diarahkan oleh seorang dengan maksud memperoleh keterangan. Wawancara atau interview dilakukan dengan prinsip berdialog, diskusi untuk membangun pemahaman dan pemaknaan dalam memecahkan masalah (Gulo, 2019). Beberapa hal yang perlu diperhatikan seorang peneliti saat mewawancarai responden adalah intonasi suara, kecepatan berbicara, sensitivitas informasi, penelitian melakukan 2 jenis wawancara, yaitu anamnesa (wawancara yang dilakukan dengan subyek atau responden) dan anamnesa (wawancara dengan keluarga responden).

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2013). Beberapa informasi yang diperoleh dari hasil observasi adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan, objek, perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu dan perasaan. Alasan penelitian melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistis perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku

manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan baik terhadap pengukuran tersebut. Observasi ini menggunakan observasi partisipasi (participant observation) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan. Disini pemeriksaan fisik yang digunakan adalah pemeriksaan persistem dengan cara Inspeksi (dilihat, Palpasi (ditekan), Perkusi (diketuk), Auskultasi (didengarkan).

c. Studi dokumentasi

Merupakan kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, agenda dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medik, dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

7. Etika penelitian

Macam-macam etika dalam penelitian yaitu (Nursalam, 2017) :

- a. Informed Consent Informed Consent adalah pengisian dari lembar persetujuan yang dilakukan oleh responden sebagai tanda jika responden tersebut setuju. Pemberian lembar tersebut dilakukan sebelum melakukan penelitian, dan tujuannya ialah responden mengetahui tujuan, maksud dan akibatnya.
- b. Anonymity (tanpa nama) Peneliti menjaga informasi personal responden dan tidak boleh memberikan informasi tanpa izin dari responden tersebut. Salah satu bentuk penerapan anonymity adalah peneliti menjelaskan bentuk penulisan hasil penelitian dengan tidak perlu mencantumkan nama pada

lembar pengumpulan data, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

- c. Confidentiality (Kerahasiaan) Peneliti merahasiakan informasi responden dalam penelitian. Kerahasiaan didasarkan pada janji menjaga informasi personal yang diinginkan. Seseorang dapat memilih kepada siapa informasi dapat diberikan. Seseorang yang menerima informasi tersebut tetap harus menjaga informasi yang didapat dan bertanggung jawab menjaga kerahasiaan tersebut. Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.
- d. Beneficence dan Non-maleficence Etika penelitian beneficence menuntut penelitian yang dilakukan memberikan keuntungan atau manfaat dari penelitian. Proses penelitian yang dilakukan juga diharapkan tidak menimbulkan kerugian atau meminimalkan kerugian yang mungkin ditimbulkan.
- e. Justice (Keadilan) Prinsip adil pada penelitian diterapkan pada semua tahap pengumpulan data, misalnya pada pemilihan sampel dan pemberian perlakuan. Proses pelaksanaan penelitian yang melibatkan beberapa partisipan harus mendapatkan manfaat yang hampir sama.