

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Definisi

a. Pengertian anak

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja (Wulandari & Erawati, 2016)

Pengertian Anak Menurut Undang-Undang No 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak dalam Pasal 1 Angka 1 yaitu seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan .

Anak merupakan individu yang unik, dimana mereka mempunyai kebutuhan yang berbeda-beda sesuai dengan tahapan usianya (Hendyca, 2016)

Dari pengertian di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa pengertian anak adalah yang baru dilahirkan sebelum umur delapan belas tahun ia harus penuh perhatian yang sangat penuh dalam hal apapun. Tumbuh kembang anak menurut Dr. Soetjiningsih mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan.

Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang dapat diukur dengan ukuran berat, panjang, umur tulang, dan keseimbangan metabolik.

b. Pengertian tumbuh kembang

Tumbuh kembang anak menurut Dr. Soetjiningsih mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan.

Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang dapat diukur dengan ukuran berat, panjang, umur tulang, dan keseimbangan metabolik.

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dalam proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan.

Dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu. Walau demikian, kedua peristiwa itu terjadi secara sinkron pada setiap individu.

(Ngastiyah, 2014)

2. Tahapan Tumbuh Kembang Anak

a. Masa Sekolah

(4-18tahun)Perkembangan masa sekolah ini lebih cepat dalam kemampuan fisik dan kognitif dibandingkan dengan masa prasekolah.

(Ngastiyah, 2014)

3. Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

a. Faktor genetik

1)Faktor keturunan, masa konsepsi

2) Bersifat tetap atau tidak berubah sepanjang hidup

3)Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga di peroleh hasil optimal.

b. Faktor eksternal / LingkunganMempengaruhi individu setiap hari mualai konsepsi sampai akhir hayatnya dan sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya.

1)Keluarga

2)Teman sebaya

3)Pengalaman hidup

4)Kesehataan

(Ngastiyah, 2014)

4. Ciri-ciri Pertumbuhan dan Perkembangan

a. Pertumbuhan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Dalam pertumbuhan akan terjadi perubahan ukuran dalam hal bertambahnya ukuran fisik, seperti berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan, lingkaran dada, dan lain-lain.
- 2) Dalam pertumbuhan dapat terjadi perubahan proporsi yang dapat terlihat pada proporsi fisik atau organ manusia yang muncul mulai dari masa konsepsi hingga dewasa.
- 3) Pada pertumbuhan dan perkembangan terjadi hilangnya ciri-ciri lama yang ada selama masa pertumbuhan, seperti hilangnya kelenjar timus, lepasnya gigi susu, atau hilangnya refleks-refleks tertentu.
- 4) Dalam pertumbuhan terdapat ciri baru yang secara perlahan mengikuti proses kematangan, seperti adanya rambut pada daerah aksila, pubis, atau dada.

b. Perkembangan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Perkembangan selalu melibatkan proses pertumbuhan yang diikuti dari perubahan fungsi, seperti perkembangan sistem reproduksi akan diikuti perubahan pada fungsi alat kelamin.
- 2) Perkembangan memiliki pola yang konstan dengan hukum tetap, yaitu perkembangan dapat terjadi dari daerah kepala menuju ke arah kaudal atau dari bagian proksimal ke bagian distal.

- 3) Perkembangan memiliki tahapan yang berurutan mulai dari kemampuan melakukan hal yang sederhana menuju kemampuan melakukan hal yang sempurna.
 - 4) Perkembangan setiap individu memiliki kecepatan pencapaian perkembangan yang berbeda.
 - 5) Perkembangan dapat menentukan pertumbuhan tahap selanjutnya, di mana tahapan perkembangan harus melewati tahap demi tahap.
- (Sodikin, 2012)

5. Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar anak meliputi:

a. Kebutuhan fisik biomedis (asuh)

Menyangkut asupan gizi anak selama dalam kandungan dan sesudahnya, kebutuhan akan tempat tinggal, pakaian yang layak dan aman, perawatan kesehatan dini berupa imunisasi dan intervensi dini akan timbulnya gejala penyakit.

b. Kebutuhan sosial/kasih sayang (asih)

Penting menimbulkan rasa aman (emotional security) dengan kontak fisik dan psikis sedini mungkin dengan ibu. Kebutuhan anak akan kasih sayang, diperhatikan dan dihargai, pengalaman baru, pujian, tanggung jawab untuk kemandirian sangatlah penting untuk diberikan. "Kebutuhan emosi dan kasih sayang atau 'ASIH' seperti hubungan yang erat dan rasa saling percaya antara orang tua dengan anak, dan kebutuhan stimulasi mental-bermain-latihan.

c. Kebutuhan stimulasi mental (asah)

Cikal bakal proses pembelajaran, pendidikan dan pelatihan yang diberikan sedini dan sesuai mungkin. Terutama pada usia 4 – 5 tahun pertama (golden year) sehingga akan terwujud etika, kepribadian yang baik, kecerdasan, kemandirian, keterampilan dan produktivitas yang baik. "ASAH' yang dapat meningkatkan perkembangan mental psikososial anak, seperti kecerdasan, kreativitas, kepribadian, moral dan etika.

(Ngastiyah, 2014)

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Typhoid adalah suatu penyakit infeksi usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella typhi* tipe A,B,C yang dapat menular melalui orl, fekal, makanan, dan minuman yang terkontaminasi (Padila, 2013)

Tipes adalah penyakit infeksi bakteri pada usus halus, dan terkadang pada aliran darah, yang disebabkan oleh kuman *Salmonella typhi* tipe A,B,C yang terkadang juga dapat menyebabkan gastroenteritis (keracunan makanan) dan septikemia (tidak menyerang usus). (Ardiansyah, 2012)

Thypoid abdominalis adalah penyakit infeksi sistemik akut yang disebabkan oleh infeksi *Salmonella typhi*. Organisme ini masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh feses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman salmonella. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

Demam typhoid adalah penyakit akut yang disebabkan oleh salmonella thyphi bakteri ini biasanya ditemukan di air atau makanan yang terkontaminasi. Selain itu, bakteri ini juga bisa ditularkan dari orang yang terinfeksi (RS.UNAD, 2016)

2. Etiologi

Penyebab utama demam thypoid ini adalah bakteri sallmonella adalah berupa hasi gram negatif, motil, dan tidak menghasilkan spora hidup baik sekali pada suhu tubuh manusia maupun suhu yang lebih rendah sedikit sert mati pada suhu 70°C dan antipiretik (Wijayaningsih, 2013)

Salmonella typhi mempunyai 3 macam antigen yaitu :

- a. Antigen O : ohne hauce, yaitu somatik antigen (tidak menyebar).
- b. Antigen H : hauce (menyebar), terdapat pada flagella dan bersifat termolbil.
- c. Antigen V : kapsul, merupakan kapsul yang meliputi tubuh kuman dan melindungi O antigen antigen terhadap fagositosis (wijaya dan putri, 2013)

Salmonella typhi terdiri dari 3 jenis yaitu A,B,C ada dua sumber penularan *Salmonella typhi* yaitu pasien dengan demam typhoid dan pasien dengan carrier . carrier adalah orang yang sembuh dari demam typhoid dan masih terus mengeksresi *Salmonella typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari satu tahun (Padila, 2013)

Kuman tubuh pada suasana aerob dan fakultatif anaerob pada suhu 15-41°C (OPTIMUM 37°C) dan pH pertumbuhan 6-8 . Faktor pencetus lainnya adalah lingkungan, sistem imun yang rendah, feses, urin, makanan/minuman yang terkontaminasi, fomitus, dan lain sebagainya . (Titik lestari, 2016)

3. Patofisiologi

Penularan *Salmonella typhi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5f yaitu food (makanan), fingers (jari tangan), fomitus (muntah), fly (lalat), dan melalui feses.

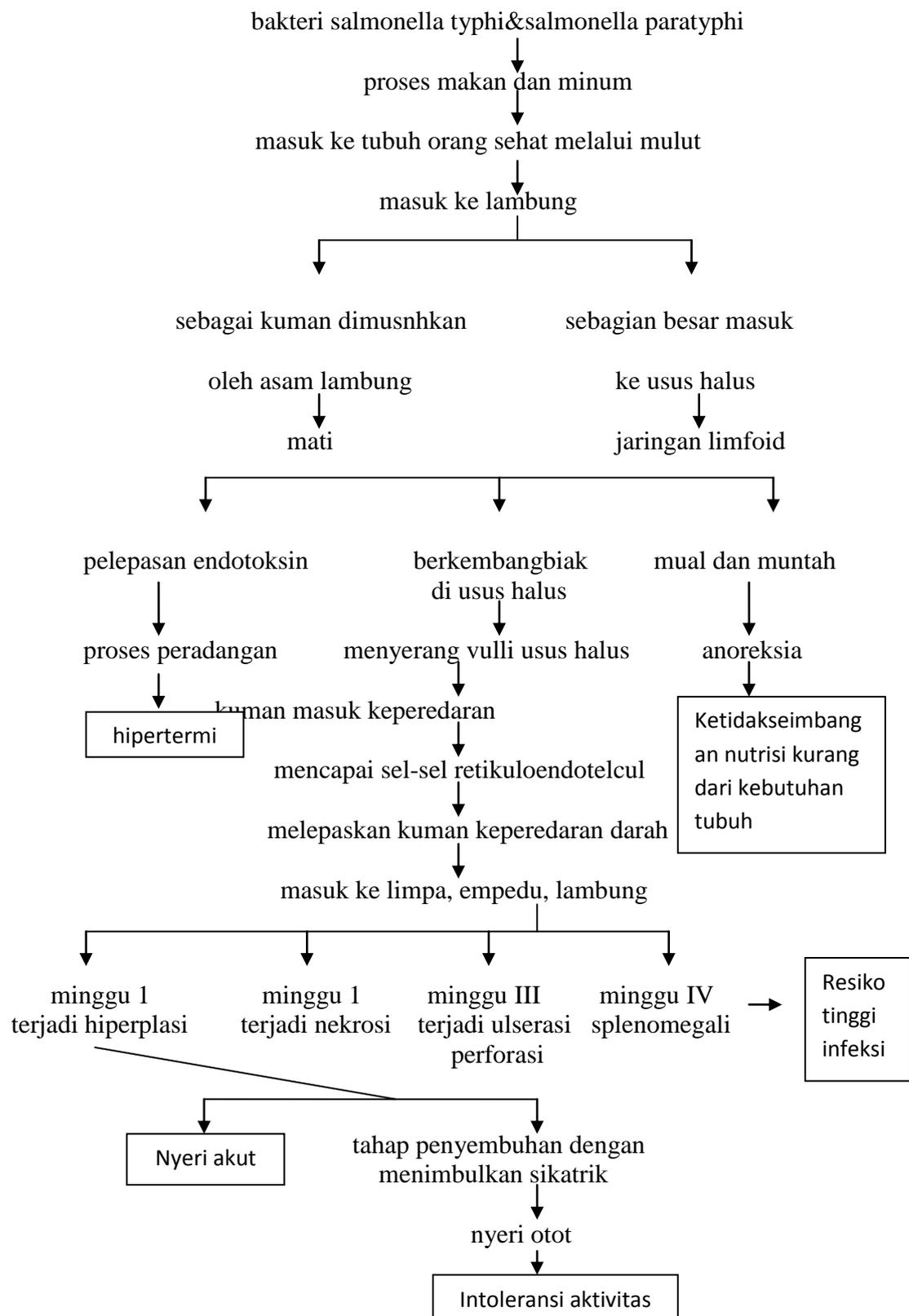
Feses dan muntah pada penderita typhoid dapat menularkan bakteri *Salmonella typhi* kepada orang lain. Kuman tersebut dapat ditularkan melalui perantara lalat, dimana lalat akan hinggap dimakanan yang akan dikonsumsi oleh orang sehat. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan dan makanan yang tercemar oleh kuman *Salmonella typhi* masuk ke tubuh orang sehat melalui mulut. Kemudian kuman masuk ke dalam lambung sebagian kuman akan dimusnahkan oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus ke bagian distal dan mencapai jaringan limfoid. di dalam jaringan limfoid kuman akan berkembang biak, lalu masuk ke liran darah dan mencapai sel-sel retikuloendotelial. Sel-sel retikulo endotelial ini kemudian melepaskan kuman ke dalam sirkulasi darah dan menimbulkan bakterimia, kuman selanjutnya masuk ke limfa, usus halus dan kandung empedu.

Semula disangka demam dengan gejala toksimia pada typhoid disebabkan oleh endotoksemia. Akan tetapi berdasarkan penelitian eksperimental disimpulkan bahwa endotoksemia bukan merupakan utama penyebab demam typhoid, kerana membantu proses inflamasi lokal pada usus halus. Demam disebabkan karena salmonella typhi dan endotoksinnya merangsang sintesis dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan meradang (Padila, 2013)

Patogenesis (tata cara masuknya kuman typhoid ke dalam tubuh) pada penyakit typhoid dibagi atas dua bagian yaitu :

1. Menembus dinding usus masuk ke dalam darah kemudian dipatogenis oleh kuman RES (Reticulo endothelial system) dalam hepar dn lien. Di sini kuman berkembang biak dan masuk ke dalam darah lagi dan menimbulkan infeksi di usus lagi.
2. Basil melalui tosil secara lymphogen dan heamphogen masuk ke dalam hepa dan lien kecil, basil mengeluarkan toksin, toksin inilah yang menimbulkan gejala klinis. (Wijaya & putri, 2013)

Bagan 2.1 Pathway typoid



(Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

4. Manifestasi klinis

- a. Nyeri kepala, lemah, lesu
- b. Demam yang tidak terlalu tinggi berlangsung selama 3 minggu
- c. Gangguan pada saluran sistem cerna, bibir kering dan pecah-pecah, mual, tidak nafsu makan, lidah selaput putih kotor
- d. Bintik-bintik kemerahan pada kulit (roseola)

(Suriadi& Yuliani, 2010)

5. Komplikasi

Komplikasi biasanya terjadi pada usus halus, namun hal tersebut jarang terjadi. Apabila komplikasi ini terjadi pada seorang anak, maka dapat berakibat fatal. Gangguan pada usus halus ini dapat berupa :

a. Peradangan usus

Apabila peradangan usus terjadi dalam jumlah sedikit, perdarahan tersebut hanya dapat ditemukan jika dilakukan pemeriksaan feses dengan benzidin jika perdarahan banyak, maka dapat terjadi melena yang bisa disertai nyeri perut dengan tanda-tanda renjatan. Perforasi usus biasanya timbul pada minggu ketiga atau setelahnya dan terjadi pada bagian usus distal ileum.

b. Perforasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara di rongga peritoneum, yaitu pekak hati menghilang dan terdapat udara di antara hati dan diafragma pada foto rontgen abdomen yang dibuat dalam keadaan tegak.

c. Peritonitis biasanya menyertai perforasi, namun dapat juga terjadi tanpa perforasi usus ditemukan gejala abdomen akut seperti nyeri

perut yang hebat, dinding abdomen tegang (defence musculair) dan nyeri tekan.

- d. Komplikasi di luar usus terjadi lokalisasi peradangan akibat sepsis (bakteremia) yaitu meningitis, kolesistitis, ensefalopati dan lain-lain. Komplikasi di luar usus ini terjadi karena infeksi sekunder, yaitu bronkopneumonia (Wulandari & Erawati, 2016)

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan darah ferifer lengkap
- b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT
- c. Pemeriksaan uji widal
- d. Kultur
- e. Anti salmonella typhi Ig

Menurut Nurarif (2015)

7. Penatalaksanaan medis dan keperawatan

a. Non farmakologi

- 1) Bed rest (Tirah baring) sampai minimal 7 hari bebas demam. Mobilisasi dilakkan bertahap, sesuai dengan kondisi kekuatan pasien. Posisi klien perlu diubah-ubah untuk mencegah dekubitus dan rasa tidak nyaman. BAB dan BAK perlu diperhatikan, karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan gangguan BAK.
- 2) Diet : diberikan bubur saring kemudian bubur kasar akhirnya nasi sesuai dengan tingkat kesembuhan pasien. Diet berupa makanan rendah serat .

b. Farmakologi

- 1) Kloramfenikol, dosis 50mg/KgBB/hari terbagi dalam 3-4 hari pemberian, oral atau IV selama 14 hari .
- 2) Bila ada kontraindikasi kloramfenikol diberikan ampisilin dengan dosis 200mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4kali. Pemberian intravena saat belum dapat minum obat,selama 21 hari, atau amoksilin dengan dosis 100mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali. Pemberian oral,/intravena selama 21 hari kotrimoksazol dengan dosis (tmp) 8 mg/kgBB/ hari terbagi dala 2-3 kali pemberian, oral selama 14 hari .
- 3) Pada kasus berat, dapat diberi seftriakson dengan dosis 50mg/kgBB/kali dan diberikan 2 kali sehari atau 80mg/kg BB/hari, sekali sehari,intravena selama 5-7 hari
- 4) Pada kasus yang di duga mengalami MDR, maka pilihan antibiotika adalah morepenem, azithromisin dan floroquinolon . Nurarif (2015)

C. Masalah kesehatan sehubungan dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Nutrisi memegang peranan penting dalam memelihara kesehatan dan menambah daya tahan tubuh terhadap penyakit serta membantu proses penyembuhan penyakit. Seorang pasien yng kebutuhan nutrisinya terpenuhi lebih dapat mempertahankan status kesehatannya dan memiliki kecenderungan proses penyembuhan penyakit lebih baik. Sebaliknya seorang pasien yang mengalami kekurangan nutrisi sangat rentan terhadap

berbagai penyakit . salah satu masalah kesehatan yang berhubungan dengan nutrisi yaitu ketidakseimbangan nutrisi adlaah pemsukan yang tidak memadai dari satu atau lebih jenis makanan atau bahan makanan yang dibutuhkan bagi metabolisme tubuh,misalnya pemasukan protein, zat besi atau vitamin c yang tidk memadai

(Nurachmah, 2010)

Ketidakseimbangan nutrisi dibedakan atas defisiensi primer dan sekunder. Defisiensi primer terjadi ketika bahan nutrisi yang esensial seperti protein, karbohidrat, lemak dan vitamin tidak tersedia dalam jumlah yang cukup dalam dalam makanan. Sedangkan defisiensi sekunder terjadi karena ketidakmampuan tubuh mencerna dan menyerap makanan, gangguan metabolisme atau karena peningkatan kebutuhan nutrisi

(Nurachmah, 2010)

- a. Berat badan 20% atau lebih rendah dari pd tinggi dan bentuk badan ideal
- b. Berat badan rendh dengan masukan makanan tidak memadai
- c. Masukan makanan kurang dari kebutuhan tubuh
- d. Kerusakan makan
- e. Ada tanda dan gejala masalah perencanaan seperti nyeri abdomen, kram abdomen, diare dan bising usus hiperaktif
- f. Kelemahan otot dan penurunan tingkat energi
- g. Pucat pada kulit, membran mukosa dan konjungtiva

Ketidakseimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh dapat ditandai dengan :

a. Faktor resiko

- 1) Kurang pengetahuan
- 2) Sumber keuangan yang terbatas
- 3) Anoreksia
- 4) Stress emosional
- 5) Ketergantungan obat

b. Tanda dan gejala

- 1) Berat badan kurang dari 20% berat badan ideal
- 2) Masukan makanan tidak mencakupi kebutuhan minimum perhari
- 3) Tonus otot lemah
- 4) Membran mukosa dan konjungtiva pucat
- 5) Lesu

(Nurachmah, 2010)

Parameter yang digunakan dapat digunakan untuk mengetahui keseimbangan ebergi seseorang yaitu penentuan berat badan ideal dan perhitungan indeks masa tubuh dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Indek masa tubuh} : \frac{\text{Berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (cm)}^2}$$

Interprestasi hasilperhitungan IMT

IMT <17,0 : Kurus (kekurangan berat badan tingkat berat)

IMT 17,0 - 18,5 : Kurus (kekurangan berat badan tingkat sedang)

IMT 18,5-25 : Normal

IMT 25,0 - 27,0 : Gemuk (kelebihan berat badan tingkat ringan)

IMT > 27,0 : Gemuk (Kelebihan berat badan tingkat berat)

(Astuti, 2010)

Tabel 2.1 Kebutuhan Nutrisi Anak

Kebutuhan nutrisi Anak	Nutrien
Usia 1-6 tahun	Kalori : 90-120 kilokalori per kilogram
	Protein : 1,1-1,2 gram per kilogram
	Vitamin : 6 mikrogram per hari
	Kalsium : 500-800 miligram per hari
	Zat besi : 7-10 miligram perhari
	Zink : 3-8 miligram perhari
Usia 6-12 tahun	Kalori : 47-90 kilokalori per kilogram
	Protein : 1 gram per kilogram
	Vitamin : 5 mikrogram per hari
	Kalsium : 800-1300 miligram per hari
	Zat besi : 8-10 miligram perhari
	Zink : 5-8 miligram perhari
Usia 12 – 18 tahun	Kalori : 2.100-3.100 kilokalori per kilogram
	Protein : 0,85– 0,95 gram per kilogram
	Vitamin : 5 mikrogram per hari
	Kalsium : 1300 miligram per hari
	Zat besi : 8-15 miligram perhari
	Zink : 8-11 miligram perhari

(Herbold&Edlstein, 2011)

DIIT :

MAKAN PAGI	MAKAN SIANG	MAKAN MALAM
<ul style="list-style-type: none"> • 1 porsi Bubur saring • 1 butir Telur rebus matang • 1/gelas belimbing susu 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 porsi bubur tim saring • 1 sdm abon ayam tabur • 1 mangkok sedang sup bening labu siam • ¼ semangka potong 	<ul style="list-style-type: none"> • Tim saring (belender dengan campuran dada ayam,wortel,udan g kupas,brokoli,sedit bawang putih) • 1 mangkuk Sop tahu rebus • ½ puding buah susu • 1 gelas belimbing jus melon

D. Konsep Dasar Keperawatan (Teoritis)

Menurut Mardalena, (2017) adapun pengkajian pada kasus Demam Thypoid pada anak sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan.

- a. Identitas pasien, meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nomor registrasi, status perkawinan, agama, pekerjaan, tinggi badan, berat badan, dan lain-lain .
- b. Keluhan utama, pasien typoid biasanya mengeluhkan mual dan kembung, nafsu makan menurun, panas dan demam .
- c. Riwayat kesehatan, pada umumnya gejala pada pasien thypoid adalah demam, anoreksia, mual, diare, perasaan tidak enak diperut, pucat, nyeri kepala pusing, nyeri otot, lidah kotor, dan gangguan kesadaran berupa samnolen sampai koma .
- d. Riwayat kesehatan sebelumnya, periksa jika pasien pernah mengalami sakit dan dirawat kasus yang sama, atau jika pasien menderita penyakit lain .
- e. Riwayat kesehatan keluarga, periksa jika ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit sama atau sakit lainnya .
- f. Riwayat psikososial, secara intrapersonal, cari tahu perasaan yang sedangkan secara interpersonal cari tahu hubungan dengan orang lain.

g. Pola nutrisi dan metabolisme, biasanya nafsu makan pasien berkurang, adanya mual, muntah selama sakit, lidah kotor, dan terasa pahit waktu makan. Status nutrisi terpengaruh akibat gangguan pada usus halus .

- 1) Pola nutrisi dan tidur, pasien tidak dapat beristirahat karena merasakan sakit pada perut, mual, muntah, kadang diare. Kebiasaan tidur pasien akan terganggu akibat suhu badan meningkat, dan pasien merasa gelisah pada waktu tidur .
- 2) Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan . perubahan dan tatalaksanaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatan .
- 3) Pola aktivitas dan latihan, pasien akan terganggu aktivitasnya akibat kelemahan fisik atau keterbatasan gerak .
- 4) Pola eliminasi, kebiasaan dalam buang air besar menunjukkan referensi bila terjadi dehidrasi akibat demam, dan konsumsi cairan tidak sesuai dengan kebutuhan
- 5) Pola persepsi dan pengetahuan. Perubahan kondisi kesehatan dan gaya hidup akan mempengaruhi pengetahuan dan kemampuan dalam merawat diri .
- 6) Pola persepsi dan konsep diri. Perubahan mungkin terjadi apabila pasien tidak efektif dalam mengatasi masalah penyakitnya .

Pemeriksaan fisik

- a) Kesadaran dan keadaan umum pasien . kesadaran pasien perlu dikaji dari sadar/tidak sadar (composmentis/coma) untuk mengetahui berat ringannya prognosis penyakit pasien .
- b) Tanda-tanda vital dan keadaan umum. Tekanan darah, denyut nadi, respirasi, dan temperatur merupakan tolak ukur dari keadaan umum pasien .
- c) Pemeriksaan kepala dan leher . tidak ada benjolan dikepala, rambut normal, kelopak mata normal, konjungtiva anemia, mata cekung, muka tidak edema, pucat bibir kering, nafas bau, lodah kotor dan bagian tepi dan tengah kemerahan, fungsi pendengaran normal leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid .
- d) Pemeriksaan dada abdomen. Dada normal, tidak ada suara tambahan, dan tidak terdapat pernapasan cuping hidung . tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan .
- e) Sistem kardiovaskuler. Biasanya padapatient dengan thypoid ditemukan tekanan darah yang meningkat, namun masih didapatkan takikardi saat pasien mengalami peningkatan suhu tubuh .
- f) Sistem integumen. Kulit bersih turgor kulit menurun, pucat, berkeriat banyak, akral hangat .
- g) Sistem eliminasi. Pada pasien thypoid kadang-kadang diare atau konstipasi, produk kemih pasien bisa mengalami penurunan (kurang dari normal)

- h) Sistem muskuloskeletal. Tidak ada gangguan pada sistem ekstremitas atas dan bawah .
- i) Sistem endokrin. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tonsil .
- j) Sistem persarafan. Kesadaran penuh (tidak apatis) samnolen, dan koma.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2016)

Diagnosa yang dapat ditekagkan diantaranya adalah :

- a. Ketidakefektifan termogulasi b.d fluktuasi suhu lingkungan, proses penyakit.
- b. Nyeri akut b.d proses peradangan.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang tidak adekuat.
- d. Resiko kekurangan volume cairan b.d intake yang tidak adekuat dan peningkatan suhu tubuh.
- e. Konstipasi b.d penurunan motilitis traktus gastrointestinal (penurunan motilitas usus)

(Titik Lestari, 2016)

3. Intervensi/perencanaan

Rencana keperawatan adalah rancangan tindakan yang disusuri perawat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah terdiagnosa. Rencana keperawatan membantu klien memperoleh dan mempertahankan kesehatan pada tingkatan yang paling tinggi, kesejahteraan dan kualitas hidup dapat tercapai, demikian juga halnya untuk menghadapi kematian secara damai. Rencana dibuat untuk keberlangsungan pelayanan dalam waktu yang tak terbatas, sesuai dengan respon atau kebutuhan klien

(Tarwoto dan Martonah, 2011).

Tabel 2.2
Perencanaan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	<p>Ketidakefektifan termogulasi Definisi : fluktuasi suhu diantara hipotermi dan hipertermia Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fluktuasi suhu tubuh diatas dan dibawah kisaran normal 2. Kulit kemerahan 3. Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal 4. Sedikit menggigil, kejang 5. Kulit dingin, kulit hangat 6. Pengisian ulang kapiler terhambat 7. Takikardi <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fluktuasi lingkungan 2. Penyakit 3. Trauma 4. Usia yang ekstrem 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hidration b. Adherence behavior c. Immune status d. Risk control e. Risk detektion <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas 2. Temperature stabil 36-37°C 3. Tidak ada kejang 4. Tidak ada perubahan warna kulit 5. Keseimbangan asam basa bayi 6. Seimbang antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas selama 28 hari pertama kehidupan 7. Tidak ada perubahan warna kulit 8. Glukosa darah stabil 9. Pengendalian resiko : 	<p>NIC Temperature regulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu minimal 2 jam 2. Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu 3. Monitor TD, nadi dan RR 4. Monitor warna dan suhu kulit 5. Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi 6. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi 7. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh 8. Ajarkan pada pasien cara mencegah kelelahan akibat panas 9. Ajarkan kepada pasien cara mencegah kelelahan akibat panas 10. Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negative dari kedinginan

		hipertermia	
		10. Pengendalian resiko : hipotermia	11. Beritahu tentang indikasi tentang terjadinya keletihan dan penanganan emergency yang di perlukan
		11. Pengendalian resiko : proses menular	
		12. Pengendalian resiko : paparan sinar matahari	12. Ajarkan indikasi dari hipotermi dan penanganan yang diperlukan
			13. Berikan anti piretik jika perlu
2	Nyeri akut Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa Batasan karakteristik	NOC 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Kriteria hasil 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Dapat mentoleransi aktivitas,tidak ada kelelahan 3. Tidak ada penurunan kesadaran 4. Mampu mengontrol nyeri	NIC Pain management 1. Lakukan pengkajian secara komprehensif 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri 4. kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,pencahayaan dan kebisingan 6. ajarkan tentang tehnik farmakologi 7. berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 8. ajarkan tentang tehnik non farmakologi 9. evaluasi keefektifan kontrol nyeri tingkatkan istirahat 10. kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berrhasil 11. monitor tentang penerimaan manajemen nyeri 12. ajarkan tentang teknik non farmakologi 13. kurangi faktor presipitasi nyeri 14. pilih dan lakukan penanganan nyeri 15. berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 16. evaluasi keefektifan kontrol nyeri 17. tingkatkan istirahat 18. kolaborasi dengan dokter Analgetic administration 1. tentukan lokasi karakteristik
	1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekwensi jantung 4. Perubahan frekwensi pernapasan 5. Laporan isyarat 6. Diaforesis 7. Prilaku distraksi (mis, berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) 8. Mengekspresikan prilaku 9. Masker wajah 10. Sikap melinsungi area nyeri 11. Fokus menyempit 12. Indikasi nyeri yang diamati 13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri 14. Sikap tubuh melindungi 15. Dilatasi pupil 16. Melaporkan nyeri secara verbal 17. Gangguan tidur Faktor yang berhubungan 1. Agen cedera (mis, biologis,zat kimia ,fisik , psikologis)		

			<ul style="list-style-type: none"> kualitas dan drajat nyeri 2. cek interusi tentang jenis obat 3. cek riwayat alergi 4. pilih analgesik yng di perlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu 5. tentukan pilihan analgesick tergantung tipe dan beratnya nyeri 6. tentukan analgesic pilihan rute pemberian, dan dosis optimal 7. pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur 8. monitor vital sign sebelum dan sesudah 9. berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat 10. evaluasi aktifitas analgesik, tanda dan gejala
3	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan kateristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kram abdomen 2. nyeri abdomen 3. kurang makanan 4. penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat 5. membran mukosa pucat 6. menghindari makanan 7. kurang informasi 8. kurang minat pada makanan 9. kerapuhan kapiler 10. diare 11. kehilangan rambut berlebihan 12. penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat 13. kesalahan konsepsi 14. ketidakmampuan memakan makanan 15. mengeluh gangguan sensasi rasa 16. mengeluh asupan maknan kurang dari RDA 17. cepat kenyang setelah makan 18. sariawan rongga mulut 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status nutrisi 2. Status gizi: asupan makanan dan cairan 3. Status gizi: asupan nutrisi 4. Pengendalian berat <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai tinggi badan 3. Mampumengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>NIC Nutrition managemen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Berikan makanan yang sudah terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 3. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 4. Yakinkanlah diet yang makan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Ajarkan pasien membuat catatan makanan harian 6. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 7. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 8. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang di butuhkan 9. Kolaborasi dengan ahli gizi 10. Yakinkan diet yang di makan tinggi serat 11. Anjurkan pasien meningkatkan vitamin C <p>Nutrition monitoring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB pasien dalam batas normal 2. Monitor adanya penurunan beraat badan 3. Monitor interaksi anak atau

19.	steatorea			orang tua selama makan
20.	kelemahan pengunyah	otot		4. Monitor lingkungan selama makan
21.	kelemahan menelan	otot		5. Jadwalkan pengobatan dan tindakan selama tidak makan
	Faktor - faktor berhubungan:	yang		6. Monitor turgor kulit
	1. faktor biologis			7. Monitor mual dan muntah
	2. faktor ekonomi			8. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
	3. faktor psikologis			9. Monitor kalori dan intake makanan
	4. ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	untuk		10. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
	5. ketidakmampuan mencerna makanan	untuk		11. Monitor mual dan muntah
				12. Monitor kadar albumin, total protein, hb dan ht
				13. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
				14. Monitor pucat dan kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva
				15. Monitor kalori dan intake nutrisi
				16. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic, papila lidah dan cavitas oral
				17. Catat jika lidah berwarna megenta, scarlet
4	Resiko kekurangan volume cairan	NOC		NIC
	Definisi: beresiko mengalami dehidrasi vaskular, selular, intraselular	1. Fluid balance		Fluid management
	faktor resiko	2. Hydration		1. Monitor status dehidrasi
	1. Kehilangan volume cairan aktif	3. Nutritional status : food and fluid		2. Monitor vital sign
	2. Kurangnya pengetahuan	4. Fluid intake		3. Monitor status nutrisi
	3. Penyimpanan yang mempengaruhi akses cairan	Kriteria hasil		4. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
	4. Faktor yang mempengaruhi cairan	1. Ttv dalam batas normal		5. Monitor status cairan IV
	5. Kegagalan fungsi regulator	2. Tidak ada gejala dehidrasi, elastis turgor baik		6. Dorong masukan oral
	6. Kehilangan cairan melalui rute abnormal	3. Membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus berlebihan		7. Kolaborasi dengan dokter
	7. Agens farmasutikal			8. Atur kemungkinan transfusi
	8. Usia lanjut			9. Monitor status nutrisi
	9. Berat badan ekstreem			10. Dorong masukan oral
				11. Berikan pengganti nesogatrik sesuai output
				12. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
				13. Tawarkan snack
				14. Atur kemungkinan transfusi
				15. Persiapan untuk transfusi
				Hypovolemia management
				1. Monitor status cairan termaksud intake dan

			output cairan
			2. Pelihara IV line
			3. Monitor tingkat HB dan hemakrofit
			4. Monitor tanda vital
			5. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan
			6. Monitor berat badan
			7. Dorong pasien untuk menambah intake oral
			8. Monitor adanya tanda gagal ginjal
5.	<p>Konstipasi Definisi : penurunan pada frekuensi normal defasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feces/p engeluaran feces yang kering, keras, dan banyak.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot 3. Nyeri tekan tanpa teraba resistensi otot 4. Anoreksia 5. Penampilan tidak khas pada lansia 6. Borborigirmi 7. Darah merah pada feces 8. Perubahan pada pola defikasi 9. Penurunan frekuensi 10. Penurunan volume feces 11. Distensi abdomen 12. Rasa rektal penuh 13. Rasa tekanan rectal 14. Kelelahan umum 15. Feses keras dan berbentuk 16. Sakit kepala 17. Bising usus hiperaktif 18. Bising usus hipoaktif 19. Peningkatan tekanan abdomen 20. Tidak dapat makan, mual 21. Rembesan feces cair 22. Nyeri pada saat defikasi 23. Massa abdomen yang dapat diraba 24. Adanya feces lunak, seperti pasta di dalam rektum 25. Perkusi abdomen pekak 26. Sering flatus 27. Mengejan pada saat defekasi 28. Tidak dapat mengeluarkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bowel elimination <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan bentuk feces lunak 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi 4. Feses lunak dan berbentuk 	<p>Constipation/ impaction management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feces : frekuensi, konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter dan tentang penurunan dan peningkatan usus 5. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/ peritonitis 6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien 7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 8. Dukungan intake cairan 9. Kolaborasi pemberian laksatif 10. Pantau TTV 11. Memantau gerakan usus 12. Memantau bising usus 13. Konsultasikan dengan dokter tentang penurun / kenaikan frekuensi bising usus 14. Pantau tanda dan gejala pecahnya usus dan atau peritonitis 15. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan pasien 16. Menyusun jadwal ketoilet 17. Mendorong meningkatkan asupan cairan 18. Kecuali di kontraindikasi

feses

29. Muntah

Faktor yang berhubungan

1. Fungsional
 2. Psikologis
 3. Farmakologis
 4. Mekanis
 5. Fisiologis
-

(Gloria, 2016)

4. Pelaksanaan/implementasi

Tindakan keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulasi fokal, kontestual, dan residual. Perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat (Nursalam, 2013)

- a. Memberikan makanan terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi)
- b. Menghitung berat badan ideal dengan menggunakan IMT
- c. Monitor mual dan muntah
- d. Monitor intake nutrisi
- e. Pemberian terapi non farmakologi

(Gloria, 2016).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat dapat mencapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan diberikan (Nursalam, 2013)

Hasil yang diharapkan pada pasien anak demam typhoid dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah sebagai berikut:

- a. Status nutrisi normal
- b. Status nutrisi : makanan dan cairan
- c. Status nutrisi : pemasukan nutrisi
- d. Pengendalian berat badan

(Nurarif Amin, 2015).

E. Penelitian terkait

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan merenferensi dari penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini. Adapun penelitian yang berhubungan dengan Karya Tulis Ilmiah ini antara lain yaitu :

1. Penelitian yang dilakukan oleh Irfan (2018) pada anak yang mengalami demam typhoid dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menunjukkan bahwa dengan diberikan oral care selama 2 kali sehari selama 3 hari ditemukan hasil bahwa terjadi peningkatan suhu makan pada anak secara perlahan-lahan, hal ini dikarenakan kebersihan mulut yang terjaga sehingga adanya rangsangan untuk makan dan merasakan makanan lebih baik sehingga asupan meningkat.
2. Penelitian kedua yang dilakukan oleh Enggel (2018) upaya pemenuhan nutrisi pada anak dengan demam typhoid selama 4 hari di temukan hasil bahwa memberikan makanan dengan porsi kecil sering akan mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Penelitian ketiga yang dilakukan oleh Silvi (2017) pada anak yang mengalami demam typhoid dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menunjukkan bahwa selama 3 hari di temukan hasil bahwa memberikan makanan dengan porsi kecil sering akan mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
4. Penelitian keempat yang dilakukan oleh Siti (2010) gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien typhoid dalam pemenuhan Kebutuhan nutrisi di rumah sakit TK II Pelamonia selama 4 hari di temukan hasil bahwa memberikan makanan dengan porsi kecil sering akan mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
5. Penelitian kelima yang di lakukan oleh Dewi (2016) asuhan keperawatan pada anak demam typhoid usia sekolah selama 3 hari dengan memberikan health education dan pemberian makan sedikit tapi sering menunjukkan hasil masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan teratasi
6. Penelitian keenam yang dilakukan oleh Diana (2017) pada anak yang mengalami demam typhoid dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menunjukkan bahwa selama 3 hari di temukan hasil bahwa memberikan makanan dengan porsi kecil sering akan mengatasi sebagian masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

7. Penelitian ketujuh yang dilakukan oleh Hamonangan Damanik (2013) Hubungan pola makan dengan status gizi pada balita usia 1-4 Tahun di lingkungan II kelurahan namogajah medan untuk meringankan saluran pencernaan, makanan diberikan dalam porsi sedikit tapi sering. Waktu yang dibutuhkan untuk mengosongkan lambung yaitu berkisar 3-5 jam. Dapat disimpulkan bahwa dengan melakukan makan sedikit tapi diharapkan kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.
8. Penelitian kedelapan yang dilakukan oleh ni putu wina prayoni (2019) pengelolaan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada An.A dengan demam typhoid di ruang melati RSUD Unggaran dengan melakukan implementasi kaji adanya alergi makanan, mengatur diet yang di anjurkan, memberikan makan porsi kecil dengan sering akan mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.