

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Definisi kebutuhan dasar manusia

Menurut Maslow, manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidupnya. Kebutuhan-kebutuhan tersebut memiliki tingkatan atau hirarki, mulai dari yang paling rendah (bersifat dasar/fisiologis) sampai yang paling tinggi (aktualisasi diri). *Hierarchy of needs* (hirarki kebutuhan) dari Maslow menyatakan bahwa manusia memiliki 5 macam kebutuhan yaitu *physiological needs* (kebutuhan fisiologis), *safety and security needs* (kebutuhan akan rasa aman), *love and belonging needs* (kebutuhan akan rasa kasih sayang dan rasa memiliki), *esteem needs* (kebutuhan akan harga diri), dan *self-actualization* (kebutuhan akan aktualisasi diri).

Sedangkan menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan, ke-14 kebutuhan tersebut adalah sebagai berikut dalam buku Haswita dan Reni bernafas secara normal, makan dan minum yang cukup, eliminasi (buang air besar dan kecil), bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan, tidur dan istirahat, memilih pakaian yang tepat, mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dan memodifikasi lingkungan, menjaga kebersihan diri dan penampilan, menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain, berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini, beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan, bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup, bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Haswita & Reni, 2017).

2. Konsep Kebutuhan Termoregulasi

Termoregulasi adalah suatu pengatur fisiologis tubuh manusia mengenai keseimbangan produksi panas dan kehilangan panas sehingga suhu tubuh dapat dipertahankan secara konstan. Keseimbangan suhu tubuh diregulasi oleh mekanisme fisiologis dan perilaku. Agar suhu tubuh tetap konstan dan berada dalam batasan normal, hubungan antara produksi panas dan pengeluaran panas harus dipertahankan. Hubungan regulasi melalui mekanisme kontrol suhu untuk meningkatkan regulasi suhu. *Hipotalamus* yang terletak antara hemisfer serebral, mengontrol suhu tubuh sebagaimana kerja termostat dalam rumah. Hipotalamus merasakan perubahan ringan pada suhu tubuh. Hipotalamus anterior mengontrol pengeluaran panas, dan hipotalamus posterior mengontrol produksi panas. (Mubarok,2017)

Kontrol suhu untuk meningkatkan regulasi suhu. *Hipotalamus* yang terletak antara hemisfer serebral, mengontrol suhu tubuh sebagaimana kerja termostat dalam rumah. Hipotalamus merasakan perubahan ringan pada suhu tubuh. Hipotalamus anterior mengontrol pengeluaran panas, dan hipotalamus posterior mengontrol produksi panas. Suhu adalah pernyataan tentang perbandingan (derajat) panas suatu zat. Dapat pula dikatakan sebagai ukuran panas/dinginnya suatu benda. Temperatur adalah suatu substansi panas atau dingin. Sementara dalam bidang termodinamika suhu adalah suatu ukuran kecenderungan bentuk atau sistem untuk melepaskan tenaga secara spontan. (Mubarok,2017)

Suhu inti (*core temperature*), yaitu suhu yang terdapat pada jaringan dalam, seperti kranial, toraks, rongga abdomen, dan rongga pelvis. Suhu ini biasanya dipertahankan relative konstan sekitar 37°C 1 °F kecuali seseorang yang mengalami demam. Suhu normal rata – rata secara umum adalah 98,0 – 98,6 °F atau 0,6 °F lebih tinggi bila diukur per rektal. (Mubarok,2017)

3. Sistem pengaturan termoregulasi

Sistem pengatur suhu tubuh terdiri atas tiga bagian yaitu: reseptor yang terdapat pada kulit dan bagian tubuh yang lainnya, integrator didalam hipotalamus, dan efektor sistem yang mengatur produksi panas dengan kehilangan panas. Reseptor sensori paling banyak terdapat pada kulit. Kulit mempunyai lebih banyak reseptor untuk dingin dan hangat dibanding reseptor yang terdapat pada organ tubuh lain seperti lidah, saluran pernapasan, maupun organ visera lainnya.

Bila kulit menjadi dingin melebihi suhu tubuh, maka ada tiga proses yang dilakukan untuk meningkatkan suhu tubuh. Ketiga proses tersebut yaitu menggigil untuk meningkatkan produksi panas, berkeringat untuk menghalangi kehilangan panas, dan vasokonstriksi untuk menurunkan kehilangan panas. Selain reseptor suhu tubuh yang dimiliki kulit, terdapat reseptor suhu lain yaitu reseptor pada inti tubuh yang merespon terhadap suhu pada organ tubuh bagian dalam, seperti : visera abdominal, spinal cord, dan lain-lain. (Widodo, 2016).

Thermoreseptor di hipotalamus lebih sensitif terhadap suhu inti ini. Hipotalamus integrator sebagai pusat pengaturan suhu inti berada di preoptik area hipotalamus. Bila sensitif reseptor panas di hipotalamus dirangsang efektor sistem mengirim sinyal yang memprakarsai pengeluaran keringat dan vasodilatasi perifer. Hal tersebut dimaksudkan untuk menurunkan suhu, seperti menurunkan produksi panas dan meningkatkan kehilangan panas. Sinyal dari sensitif reseptor dingin di hipotalamus memprakarsai efektor untuk vasokonstriksi, menggigil, serta melepaskan epineprin yang meningkatkan produksi panas. Hal tersebut dimaksudkan untuk meningkatkan produksi panas dan menurunkan kehilangan panas. (Widodo, 2016).

Faktor – faktor yang mempengaruhi suhu tubuh .

1. Usia

Pada bayi dan balita belum terjadi kematangan mekanisme pengaturan suhu tubuh sehingga dapat terjadi perubahan suhu tubuh yang drastis terhadap lingkungan. Pastikan mereka mengenakan pakaian yang cukup dan hindari pajanan terhadap suhu lingkungan. Seorang bayi baru lahir dapat kehilangan 30% panas tubuh melalui kepala sehingga ia harus menggunakan tutup kepala untuk mencegah kehilangan panas. suhu tubuh bayi baru lahir antara 35,5–37,5°C. Regulasi tubuh baru mencapai kestabilan saat pubertas. Suhu normal akan terus menurun saat seseorang semakin tua. Para dewasa tua memiliki kisaran suhu tubuh yang lebih rendah dibandingkan dewasa muda. Suhu oral senilai 35°C pada lingkungan dingin cukup umum ditemukan pada dewasa tua. Namun rata - rata suhu tubuh dari dewasa tua adalah 36°C. Mereka lebih sensitif terhadap suhu yang ekstrem karena perburukan mekanisme pengaturan, terutama pengaturan vasomotor (vasokonstriksi dan vasodilatasi) yang buruk, berkurangnya aktivitas kelenjar keringat dan metabolisme yang menurun.

2. Olahraga

Aktivitas otot membutuhkan lebih banyak darah serta peningkatan pemecahan karbohidrat dan lemak. Berbagai bentuk olahraga meningkatkan metabolisme dan dapat meningkatkan produksi panas sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. Olahraga berat yang lama seperti lari jarak jauh dapat meningkatkan suhu tubuh sampai 41 °C.

3. Kadar hormon

Umumnya wanita mengalami fluktuasi suhu tubuh yang lebih besar. Hal tersebut dikarenakan adanya variasi hormonal saat siklus menstruasi. Kadar progesteron naik dan turun sesuai siklus menstruasi. Saat progesteron rendah, suhu tubuh berada dibawah

suhu dasar yaitu sekitar 1/10nya. Suhu ini bertahan sampai terjadi ovulasi, kadar progesteron yang memasuki sirkulasi akan meningkat dan menaikkan suhu tubuh kesuhu dasar atau kesuhu yang lebih tinggi. Variasi suhu ini dapat membantu mendeteksi masa subur seorang wanita. Perubahan suhu tubuh juga terjadi pada wanita saat menopause. Mereka biasanya mengalami periode panas tubuh yang intens dan perspirasi selama 30 detik sampai 5 menit. Pada periode ini terjadi peningkatan disebut *hot flashes*. Hal ini diakibatkan ketidakstabilan pengaturan vasomotor.

4. Irama sirkadian

Suhu tubuh yang normal berubah 0,5 sampai 1°C selama periode 24 jam. Suhu terendah berada diantara pukul 1 sampai 4 pagi (gambar 32-2). Pada siang hari suhu tubuh meningkat dan mencapai maksimum pada pukul 6 sore, lalu menurun kembali sampai pagi hari. Pola suhu ini tidak mengalami perubahan pada individu yang bekerja di malam hari dan tidur di siang hari. Dibutuhkan 1 sampai 3 minggu untuk terjadinya pembalikan siklus. Secara umum, irama suhu sirkadian tidak berubah seiring usia.

5. Stres

Stres fisik maupun emosional meningkatkan suhu tubuh melalui stimulasi hormonal dan saraf. Perubahan fisiologis ini meningkatkan metabolisme, yang akan meningkatkan produksi panas. Pasien yang gelisah akan memiliki suhu normal yang lebih tinggi.

6. Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi suhu tubuh. Tanpa mekanisme kompensasi yang tepat, suhu tubuh manusia berubah mengikuti suhu lingkungan. Suhu lingkungan lebih berpengaruh terhadap anak-anak dan dewasa tua karena mekanisme regulasi suhu mereka yang kurang efisien.

7. Penyakit

Penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya kenaikan suhu tubuh diantaranya adalah :

a) Demam berdarah dengue

Demam dengue /DF dan demam berdarah dengue/DBD (*dengue haemorrhagic fever*) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai leukopenia, raum, limfadenopi plsma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan dirongga tubuh. Sindrom renjatan dengue (*dengue shock syndrome*) adal demam berdarah dengue yang ditandai oleh klasifikasi derajat penyakit infeksi virus dengue :

b) Demam Typhoid

Merupakan suatu penyakit infeksi sistemik bersifat akut yang disebabkan oleh *salmonella typhi*. Penyakit ini ditandai oleh panas berkepanjangan, ditopang dengan bakterimia tanpa keterlibatan struktur endothelia atau endokardial dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi kedalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe dan *peyer's patch* dan dapat menular pada orang lain melalui makan atau yang terkontaminasi.

c) Febris /demam

Demam adalah meningkatnya temperatur suhu tubuh secara abnormal. Tipe demam demam yang sering dijumpai antara lain :

d) Demam septik

Suhu badan berangsur naik ketinggian yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ketinggian diatas normal pada pagi hari. Sering disertai keluhan menggigil dan

berkeringat. Bila demam yang tinggi tersebut turun ketingkat yang normal dinamakan juga demam hektik.

e) Demam remiten

Suhu badan dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah mencapai suhu badan normal, penyebab suhu yang mungkin tercatat dapat mencapai dua derajat dan tidak sebesar perbedaan suhu yang dicatat demam septik.

f) Demam intermiten

Suhu badan turun ketingkat yang normal selama beberapa jam dalam satu hari. Bila demam seperti ini terjadi dalam dua hari sekali disebut tersiana dan bila terjadi dua hari terbebas demam diantara dua serangan demam disebut kuartana.

g) Demam kontinyu

Variasi suhu sepanjang hari tidak berbeda lebih dari satu derajat. Pada tingkat demam yang terus menerus tinggi sekali disebut hiperpireksia.

h) Demam siklik

Terjadi kenaikan suhu badan selama beberapa hari yang diikuti oleh beberapa periode bebas demam untuk beberapa hari yang kemudian diikuti oleh kenaikan suhu seperti semula.

Suatu tipe demam kadang-kadang dikaitkan dengan suatu penyakit tertentu misalnya tipe demam intermiten yang dikaitkan dengan malaria. Seorang pasien dengan demam mungkin dapat dihubungkan segera dengan suatu sebab yang jelas. Dalam praktek 90% dari para pasien dengan demam yang baru saja dialami, pada dasarnya merupakan suatu penyakit yang self-limiting seperti influenza atau penyakit virus sejenis lainnya. (Sudoyo aru, dkk 2017)

i) Malaria

Malaria adalah penyakit infeksi parasit yang disebabkan oleh plasmodium yang menyerang eritrosit dan ditandai dengan ditemukannya bentuk aseksual di dalam darah (Sudoyo aru, dkk 2017).

Penyebab dari malaria adalah protozoa dari genus plasmodium, yang selain menginfeksi manusia juga menginfeksi binatang seperti golongan burung, reptile dan mamalia.

Plasmodium terdiri dari 4 spesies :

- 1) *Plasmodium falciparum* menyebabkan malaria tropika (maligunan malaria)
- 2) *Plasmodium vivax* menyebabkan malaria tertian (bening malaria)
- 3) *Plasmodium malariae*
- 4) *Plasmodium ovale*

4. Mekanisme pengeluaran panas

Pengeluaran dan produksi panas terjadi secara simulant. Stuktur kulit dan paparan terhadap lingkungan secara konstan, pengeluaran panas secara normal melalui :

a) Radiasi

Transfer panas dari permukaan suatu objek ke permukaan objek lainnya tanpa kontak langsung diantara keduanya.panas pada 85 % area luas permukaan tubuh diradiasikan kelingkungan. Vasokontriksi perifer meningkatkan aliran darah dari oragan dalam ke kulit untuk meningkatkan kehilangan panas. vasokontriksi perifer meminimalisasi kehilangan panas. Radiasi akan meningkat saat perbedaan suhu antara dua objek semakin besar.

b) Konduksi

Transfer panas dari dan melalui kontak langsung antara dua objek. Benda padat, cair, dan gas menghantarkan panas melalui kontak. Saat kulit yang hangat menyentuh objek yang lebih dingin, panas akan hilang. Konduksi hanya berperan untuk sejumlah kecil kehilangan panas. Contohnya : memberikan kompres es dan memandikan pasien dengan kain dingin.

c) Konveksi

Transfer panas melalui melalui gerakan udara. Panas konduksi keudara terlebih dahulu sebelum dibawa aliran konveksi, kehilangan panas melalui konveksi sekitar 15%. Contohnya : kipas angin. Kehilangan panas konvektif meningkat jika kulit yang lembab terpapar dengan udara yang bergerak.

d) Evaporasi

Transfer energi panas saat cairan berubah menjadi gas. Tubuh kehilangan panas secara kontinu melalui evaporasi. Sekitar 600 – 900 cc air tiap harinya menguap dari kulit dan paru – paru sehingga terjadi kehilangan air dan panas. Tubuh menambah evaporasi melalui perspirasi (berkeringat). Saat suhu tubuh meningkat, hipotalamus anterior memberikan sinyal kepada kelenjar keringat untuk melepaskan keringat melalui saluran kecil pada permukaan kulit. Keringat akan mengalami evaporasi, sehingga terjadi kehilangan panas.

e) Diaforesis

Perspirasi yang tampak dan umumnya terjadi pada dahi dan dada bagian atas. Evaporasi yang berlebihan akan menyebabkan sisik pada kulit dan rasa gatal serta pengeringan nares dan faring. Suhu tubuh yang menurun akan menghambat sekresi kelenjar keringat. Kelainan kongenital berupa ketiadaan kelenjar keringat dapat menyebabkan seseorang tidak dapat bertahan pada suhu hangat karena tidak mampu mendinginkan tubuhnya.

5. Macam-Macam Gangguan Termoregulasi

a. Hipertermia

Hipertermia merupakan mekanisme pertahanan yang sangat penting. Peningkatan system imun tubuh. Demam juga merupakan bentuk pertarungan akibat infeksi karena virus menstimulasi interferon (substansi yang bersifat melawan virus). Pola demam berbeda bergantung pada pirogen. Peningkatan dan penurunan jumlah pirogen berakibat puncak demam dan turun dalam waktu yang berbeda. Pirogen, seperti bakteri atau virus meningkatkan suhu tubuh. Pirogen bertindak sebagai antigen yang memicu respons sistem imun.

b. Kelelahan akibat panas

Kelelahan akibat panas karena terjadi bila diaferosis yang banyak mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan. Disebabkan oleh lingkungan yang terpajan panas. tanda dan gejala kurang volume cairan adalah hal umum selama kelelahan akibat panas. tindakan pertama yaitu memindahkan pasien ke lingkungan yang lebih dingin serta memperbaiki keseimbangan cairan dan elektrolit.

c. Termoregulasi tidak efektif

Peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas tersebut disebut termoregulasi tidak efektif. Termoregulasi tidak efektif terjadi karena adanya beban yang berlebihan pada mekanisme pengaturan suhu tubuh. Setiap penyakit atau trauma pada hipotalamus dapat mempengaruhi mekanisme panas. Termoregulasi tidak efektif malginan adalah kondisi bawaan yang tidak dapat mengontrol produksi panas, yang terjadi ketika orang yang rentang menggunakan obat-obatan anestetik tertentu.

d. Heatstroke

Panas akan menekan fungsi hipotalamus. Pajanan yang lama terhadap matahari atau lingkungan panas akan membebani mekanisme kehilangan, panas pada tubuh kondisi ini mengakibatkan heatstroke yaitu kegawatan berbahaya dengan mortalitas yang tinggi. Pasien yang berisiko adalah anak-anak, lansia, penderita penyakit kardiovaskular, hipotiroid, diabetes atau alkoholisme. Resiko ini juga terdapat pada individu yang mengkonsumsi obat-obatan yang dapat mengurangi kemampuan tubuh untuk membuang panas. (fenotiazin, antikolinergik, deuretik, amfetamin, dan antagonis beta-adrenergik), serta pasien yang berolahraga atau bekerja keras (atlet, pekerja bangunan, dan petani).

Tanda dan gejala heatstroke adalah rasa bingung, haus yang sangat, mual, kram otot, gangguan penglihatan dan bahkan inkontinensia. Tanda yang paling penting adalah kulit yang panas dan kering.

e. Hipotermi

Pengeluaran panas yang hilang saat paparan lama terhadap lingkungan dingin akan melebihi kemampuan tubuh untuk menghasilkan panas, sehingga terjadi hipotermi. Hipotermi dikelompokkan oleh pengukuran suhu inti. (Mubarok, 2017)

6. Patofisiologi hipertermia

Sinyal suhu yang dibawa oleh reseptor pada kulit akan diteruskan ke dalam otak melalui traktus (jaras) spinotalamikus (mekanismenya hampir sama dengan sensasi nyeri). Ketika sinyal suhu sampai tingkat medulla spinalis, sinyal akan menjalar dalam kratus lissauer beberapa segmen diatas atau dibawah. selanjutnya akan berakhir terutama pada lamina I,II, dan III radiks dorsalis. Setelah mengalami percabangan melalui satu atau lebih neuron dalam medulla spinalis, sinyal suhu.

Selanjutnya akan dijalarkan ke serabut termal asenden yang menyilang ke traktus sensorik anterolateral sisi berlawanan, dan akan berakhir di tingkat retikular batang dan kompleks ventrobasal talamus. Beberapa sinyal suhu tubuh pada kompleks ventrobasal akan diteruskan ke korteks somatosensorik. Tempat pengukuran suhu inti yang paling efektif yaitu rektum, membran timpani, esofagus, arteri pulmonal, kandung kemih, rektal. Suhu permukaan (surface temperature), yaitu suhu tubuh yang terdapat pada kulit, jaringan subcutan, dan lemak. Suhu ini biasanya dapat berfluktuasi sebesar $40-20^{\circ}\text{C}$. Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang dihasilkan tubuh dengan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Panas yang dihasilkan - panas yang hilang = suhu tubuh. (Mubarok, 2017)

Mekanisme kontrol suhu pada manusia menjaga suhu inti (suhu jaringan dalam) tetap konstan pada kondisi lingkungan dan aktivitas fisik yang ekstrem (gambar 32-1). Namun, suhu permukaan berubah suatu aliran darah ke kulit dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Karena perubahan tersebut, suhu normal pada manusia berkisar dari $36 - 38^{\circ}\text{C}$ ($98,8 - 100,4^{\circ}\text{F}$). Pada rentang ini jaringan dan sel tubuh akan berfungsi secara optimal. (Potter & Perry, 2010).

Suhu normal ini dipertahankan dengan imbang yang tepat antara panas yang dihasilkan dengan panas yang hilang dan hal ini dikendalikan oleh pusat pengaturan panas di dalam hipotalamus. Suhu tubuh diatur oleh hipotalamus yang terletak diantara dua hemisfer otak. Fungsi hipotalamus adalah seperti termostat. Suhu yang nyaman merupakan „set-point“ untuk operasi sistem pemanas. Penurunan suhu lingkungan akan mengaktifkan pemanas tersebut. Hipotalamus mendeteksi perubahan kecil pada suhu tubuh. Hipotalamus anterior mengatur kehilangan panas, sedangkan hipotalamus posterior mengatur produksi panas.

Jika sel saraf di hipotalamus anterior menjadi panas diluar batas titik pengaturan (set point), maka implus dikirimkan kehilangan panas adalah keringat, vasodilatasi (pelebaran) pembuluh darah, dan hambatan produksi panas. Tubuh akan mendistribusikan darah ke pembuluh darah permukaan untuk menghilangkan panas. (Mubarok, 2017)

Pusat pengatur panas dalam tubuh adalah hipotalamus, hipotalamus ini dikenal sebagai termostat yang berada di bawah otak. Terdapat dua hipotalamus, yaitu hipotalamus anterior yang berfungsi mengatur pembuangan panas dan hipotalamus posterior yang berfungsi mengatur upaya penyimpanan panas. Saraf- saraf yang terdapat pada bagian preoptik hipotalamus anterior dan hipotalamus posterior memperoleh dua sinyal yaitu :

- 1) Berasal dari saraf perifer yang menghatarkan sinyal dari reseptor panas/dingin.
- 2) Berasal dari suhu darah yang mempengaruhi bagian hipotalamus itu sendiri.

Termostat hipotalamus memiliki semacam titik kontrol yang disesuaikan untuk mempertahankan suhu tubuh. Jika suhu tubuh turun sampai dibawah atau naik sampai di titik ini, maka pusat akan memulai implus untuk menahan panas atau meningkatkan pengeluaran panas. (Mubarok, 2017)

7. Penatalaksanaan gangguan termoregulasi

Pada dasarnya menurunkan demam dapat dilakukan secara fisik, obat- obatan maupun kombinasi keduanya.

a. Secara fisik

- 1) Anak demam ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal
- 2) Pakaian anak diusahakan tidak tebal
- 3) Memberikan minuman yang banyak karena kebutuhan air meningkat
- 4) Memberikan kompres

b. Obat-obatan

Pemberian obat antipiretik merupakan pilihan pertama dalam menurunkan demam. Obat-obat anti inflamasi, analgetik dan antipiretik terdiri dari golongan yang bermacam-macam dan sering berbeda tetapi mempunyai kesamaan dalam efek pengobatannya. Tujuannya menurunkan set point hipotalamus melalui pencegahan pembentukan prostaglandin dengan jalan menghambat enzim cyclooxygenase.

Kloramfenikol, banyak penelitian membuktikan bahwa obat ini masih sensitif untuk *Salmonella typhi*. Kloramfenikol dapat menekan produksi sumsum tulang sehingga pemberian kloramfenikol memerlukan perhatian khusus pada kasus demam tifoid dengan leukopenia (tidak dianjurkan pada leukosit $< 2000/\mu\text{l}$).
10,3.

Asetaminofen merupakan derivat para-aminofenol yang bekerja menekan pembentukan prostaglandin yang disintesis dalam susunan saraf pusat. Dosis terapeutik antara 10-15 mg/kgBB/kali tiap 4 jam maksimal 5 kali sehari. Dosis maksimal 90 mg/kgBB/hari. Turunan asam propionat seperti ibuprofen juga analgetik dan antiinflamasi. Dosis terapeutik yaitu 5-10 mg/kgBB/kali tiap 6 sampai 8 jam.

Metamizole (antalgin) bekerja menekan pembentukan prostaglandin. Pemberiannya secara per oral, intramuskular atau intravena. Asam mefenamat suatu obat golongan fenamat. Khasiat analgetiknya lebih kuat dibandingkan sebagai antipiretik. Dosis pemberiannya 20 mg/kgBB/hari dibagi 3 dosis. Pemberiannya secara per oral dan tidak boleh diberikan anak usia < 6 bulan.

Pemberian Ampisilin/amoksisilin ini memberikan hasil yang setara dengan kloramfenikol walaupun penurunan demam lebih lama. Antibiotik ini banyak digunakan untuk pengobatan infeksi lain sehingga kemungkinan resisten menjadi lebih tinggi. (Butwick, 2018)

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

2. Tahap perkembangan keluarga

Dalam Friedman (2010) tahap perkembangan keluarga dikelompokkan menjadi delapan tahap. Salah satunya yaitu tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja. Anak remaja (adolescence) merupakan masa dimana terjadi transisi masa kanak-kanak menuju dewasa, biasanya antara usia 13 - 20 tahun.

3. Tugas perkembangan keluarga

Yang pertama dan utama pada tahap perkembangan dengan anak remaja adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatnya otonomi. Tugas perkembangan keluarga selanjutnya orang tua memfokuskan kembali hubungan pernikahan dan berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak.

Perhatian kesehatan pada tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja masih dibutuhkan. Walaupun pada tahap ini, kesehatan fisik anggota keluarga biasanya baik, tetapi promosi kesehatan tetap merupakan perhatian yang penting seperti pendidikan seks, penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, hubungan orang tua-remaja, dan praktik kesehatan yang baik. (Friedman, 2010)

4. Tugas kesehatan keluarga

Pendidikan kesehatan merupakan upaya terencana untuk perubahan perilaku masyarakat sesuai dengan norma-norma kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang terjadi, seharusnya didasarkan pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran yang dihasilkan akibat pendidikan kesehatan. (Notoadmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan merupakan strategi penting dalam asuhan keperawatan komunitas, karena pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan tertentu dari perawat kepada masyarakat. Pendidikan kesehatan diberikan agar masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu dalam menyelesaikan masalah. Pendidikan kesehatan ini dilakukan dalam berbagai upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pendidikan kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah dan mengatasi lingkungannya baik lingkungan fisik, sosial maupun budaya. Pendidikan kesehatan (health education), merupakan salah satu bentuk kegiatan promosi kesehatan (health promotion) yang dapat dilakukan kepada keluarga. Promosi kesehatan merupakan pendidikan kesehatan plus atau promosi kesehatan adalah lebih dari kegiatan pendidikan kesehatan (Notoadmodjo, 2005).

Promosi kesehatan salah satunya dapat dilakukan dengan melakukan pendidikan kesehatan, selain itu dapat juga dilakukan dengan menggunakan media kesehatan keluarga seperti menggunakan spanduk, VCD, penyebaran leaflet dan sebagainya. Promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan, baik perubahan yang terjadi di keluarga juga perubahan yang terjadi di lingkungannya (lingkungan fisik, sosial, budaya).

Promosi kesehatan tidak hanya ditujukan untuk peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan fisik dan lingkungan non fisik dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan keluarga. Pendidikan kesehatan diperlukan pada lima tingkat pencegahan yaitu pada health promotion, dalam upaya peningkatan gizi, perilaku hidup bersih dan sehat, hygiene dan perbaikan sanitasi lingkungan.

Specific protection (pencegahan spesifik), dalam program imunisasi. Early diagnosis and prompt treatment, ditujukan pada keluarga yang sulit mendeteksi penyakit yang terjadi di keluarga. Disability limitation, ditujukan pada keluarga yang tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang lengkap terhadap penyakitnya. Rehabilitation, diperlukan pendidikan kesehatan pada pemulihan cacat dengan latihan atau ditujukan pada masyarakat untuk kembali diterima sebagai anggota keluarga dan masyarakat setelah sembuh dari penyakit.

Pada dasarnya dalam melakukan pendidikan kesehatan di masyarakat atau di keluarga terutama pendidikan yang di fokuskan terhadap anak harus di dampingi oleh orang tua. Dalam bentuk pelaksanaannya minimal didampingi oleh salah satu orang tua, misalnya: anak dan ibu atau anak dan ayah.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini penting dalam menentukan tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Jadi, tujuan dari pengkajian adalah didatakannya data yang komprehensif yang mencakup dan biopsiko dan spiritual,(Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Menurut (Doengoes. 2010) Pengkajian pada demam *typhoid* meliputi:

a. Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama,umur (demam typhoid biasanya sering ditemukan pada anak berumur di atas satu tahun), jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medik.

b. Keluhan utama

berupa perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing, kurang bersemangat, dan nafsu makan kurang (terutama selama masa inkubasi). Kasus demam yang khas berlangsung tiga minggu bersifat febris remiten, dan tidak tinggi sekali. Selama minggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap hari, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dalam minggu kedua,pasien terus berada dalam keadaan demam. Pada minggu ketiga suhu berangsur turun dan normal kembali pada akhir minggu.

Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak berapa dalam, yaitu apatis sampai somnolen. Jarang terjadi sopor, koma, atau gelisah (kecuali penyakitnya berat dan terlambat mendapat pengobatan). Disamping gejala-gejala tersebut, mungkin terdapat gejala lainnya. Pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan reseola, yaitu bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam.

c. Pemeriksaan fisik.

Pada pemeriksaan fisik yang harus di kaji adalah terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering, dan pecah-pecah (ragaden) Lidah tertutup selaput putih kotor (coated tongue), ujung dan tepinya kemerahan, jarang disertai tremor, pada bagian abdomen dapat ditemukan keadaan perut kembung (meteorismus), bisa terjadi konstipasi dapat juga diare atau normal dan pada hati dan limpa membesar disertai nyeri pada perabaan.

d. Pemeriksaan laboratorium.

Pada pemeriksaan laboratorium dapat ditemukan darah tepi gambaran leukopenia, limfositosis relatif, dan aneosinofilia pada permukaan sakit, darah untuk kultur (biakan, empedu) dan widal, biakan empedu basil salmonella typhosa terdapat dalam darah pasien pada minggu pertama sakit, selanjutnya lebih sering ditemukan dalam urine dan feses. Pada pemeriksaan widal untuk membuat diagnosis yang diperlukan ialah titer zat anti terhadap antigen O Titer yang bernilai 1/200 atau lebih menunjukkan kenaikan yang progresif.

2. Diagnosa Keperawatan Dan Intervensi

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual, atau risiko dalam mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya,(Tarwoto dan Wartonah, 2015).
Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis tentang respons dari klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial,(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi bakteri salmonella typhosa) yang ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, kulit kemerahan, kejang, takikardi, dan takipnea,(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan dan intervensi pada pasien demam typhoid menurut (Doenges,2000), antara lain:

1. Hipertermi berhubungan dengan meningkatnya metabolisme suhu tubuh.

Tujuan : Suhu tubuh kemabali normal (36 - 37^o C) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria Hasil :

- a. Suhu klien kembali normal (36 – 37^o C)
- b. Badan tidak teraba panas Intervensi :
- c. Kaji vital sign tiap 2-3 jam
- d. Anjurkan banyak minum air putih 2 -3 jam
- e. Anjurkan untuk menggunakan baju yang tipis dan menyerap keringat.
- f. Kompres pada lipatan paha dan aksila
- g. Laksanakan program terapi antibiotik, antipiretika, dan pemeriksaan laboratorium

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual.

Tujuan : Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam.

Kriterian Hasil :

- a. Intake nutrisi meningkat
- b. Diit habis 1

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi atau menanggulangi suatu masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien,(Maryam, 2008).

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas. Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan hipertermia berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,(SIKI).

Berat badan stabil Intervensi :

1. Timbang berat badan secara teratur
2. Kaji pola nutrisi dan perubahan yang terjadi
3. Beri diit dalam porsi hangat, porsi kecil tapi sering, lunak
4. Kolaborasi dengan ahli gizi

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

1. Tujuan : Aktifitas klien meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam.
2. Kriteria hasil : kemampuan aktifitas bisa mandiri. Intervensi :
3. Monitor suhu sesering mungkin
4. Ajarkan mobilisasi aktifitas
5. Atur posisi nyaman.
6. Berikan pengetahuan tentang pentingnya beraktifitas
7. Libatkan keluarga dalam melakukan tindakan aktifitas pada klien.

Tabel 2.1 Diagnosis Keperawatan pada Anak Demam Tyhroid

Gejala dan Tanda	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : tidak tersedia. Objektif : Suhu tubuh diatas nilai normal. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : tidak tersedia. Objektif : kulit merah, kejang,takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat.	1. Proses penyakit (mis, infeksi, kanker).	Hipertermia Kategori : lingkungan Subkategori : keamanan dan proteksi. Definisi : suhu tubuh meningkat di atas nilai normal.

Sumber: (SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi atau menanggulangi suatu masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien,(Maryam, 2008).

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas. Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan hipertermia berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,(SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<p>Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi bakteri salmonella typhosa)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 2 jam. Diharapkan Hipertermia membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Hipertermia Menggigil menurun Kulit merah menurun. Pucat menurun. Suhu tubuh membaik. Suhu kulit membaik. Tekanan darah membaik.</p>	<p>Intervensi Utama</p> <p>Manajemen Hipertermia :</p> <p>Monitor suhu tubuh.</p> <p>Sediakan lingkungan yang dingin.</p> <p>Longgarkan atau lepaskan pakaian.</p> <p>Basahi dan kipasi permukaan tubuh .</p> <p>Berikan cairan oral.</p> <p>Anjurkan tirah baring.</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.</p> <p>Regulasi Temperatur :</p> <p>Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi.</p> <p>Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu.</p> <p>Monitor warna dan suhu kulit.</p> <p>Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat.</p>

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi merupakan bagian aktif dalam asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan rencana tindakan. Tindakan keperawatan meliputi, tindakan keperawatan, observasi keperawatan pendidikan kesehatan/keperawatan, tindakan medis yang dilakukan oleh perawat atau tugas lumpah,(Suprajitno, 2014).

Implementasi yang dilakukan pada kasus demam *typhoid* dengan hipertermi adalah manajemen hipertermia yang meliputi memonitor suhu tubuh. menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau melepaskan pakaian, membasahi dan mengipasi permukaan tubuh, memberikan cairan oral, menganjurkan tirah baring, dan memberikan cairan dan elektrolit intravena. Implementasi kedua yang dapat dilakukan adalah regulasi temperatur, yang meliputi memonitor suhu tubuh anak tiap dua jam, memonitor warna dan suhu kulit, memonitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi , meningkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat, serta memberikan antipiretik.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan status keadaan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan untuk dapat menentukan suatu Keberhasilan asuhan keperawatan.Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning). Adapun evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien dengan hipertermi yaitu menggigil menurun,kulit merah menurun, takikardi menurun, takipnea menurun, suhu tubuh membaik (dalam rentang normal 36,5°C – 37,5°C), suhu kulit membaik, tekanan darah membaik (117/77 mm).

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan keluarga

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini penting dalam menentukan tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Jadi, tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup dan biopsiko dan spiritual, (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Center Nursing Friedman*, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

1. Data Umum

a. Identitas kepala keluarga

- 1) Nama kepala keluarga :
- 2) Umur :
- 3) Pekerjaan kepala keluarga :
- 4) Pendidikan kepala keluarga :
- 5) Alamat dan nomer telepon :





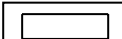
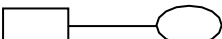
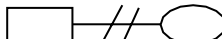
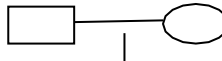
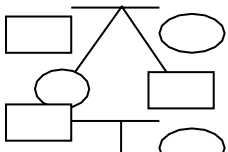

b. Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.3 : Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub	Pendidikan	Pekerjaan	Ket

c. Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998) seperti :

Laki – laki	:	
Perempuan	:	
Meninggal dunia	:	 
Tinggal serumah	:	-----
Pasien yang diidentifikasi	:	
Kawin	:	
Cerai	:	
Anak adopsi	:	
Anak kembar	:	
Aborsi / keguguran	:	

d. Tipe keluarga

e. Suku bangsa

- 1) Asal suku bangsa keluarga
- 2) Bahasa yang dipakai keluarga
- 3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

f. Agama

- 1) Agama yang dianut keluarga
- 2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

- g. Status sosial ekonomi keluarga :
- 1) Rata – rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 - 2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
 - 3) Tabungan khusus kesehatan
 - 4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (parabot, transportasi)
- h. Aktifitas rekreasi keluarga

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- c. Riwayat keluarga inti :
 - 1) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - 2) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular dikeluarga)
- d. Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri) :
 - 1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular dikeluarga
 - 2) Riwayat kebiasaan / gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

3. Lingkungan

- a) Karakteristik rumah :
 - 1) Ukuran rumah (luas rumah)
 - 2) Kondisi dalam dan luar rumah
 - 3) Kebersihan rumah

- 4) Ventilasi rumah
 - 5) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
 - 6) Air bersih
 - 7) Pengelolaan sampah
 - 8) Kepemilikan rumah
 - 9) Kamar mandi / wc
 - 10) Denah rumah
- b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal :
- 1) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - 2) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - 3) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
- c) Mobilitas geografis keluarga
- 1) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - 2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
- 1) Perkumpulan / organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
 - 2) Digambarkan dengan ocomap
- e) Sistem pendukung keluarga
- Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami
- Masalah

4. Struktur keluarga

- a. Pola komunikasi keluarga :
 - 1) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
 - 2) Cara keluarga memecahkan masalah
- b. Struktur kekuatan keluarga :
 - 1) Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah
 - 2) Power yang digunakan keluarga
- c. Struktur peran (formal dan informal)
 - 1) Peran seluruh anggota keluarga
- d. Nilai dan norma keluarga

Fungsi keluarga

- a) Fungsi efektif :
 - 1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
 - 2) Perasaan saling memiliki
 - 3) Dukungan terhadap anggota keluarga
 - 4) Saling menghargai, kehangatan
- b) Fungsi sosialisasi
 - 1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
 - 2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga
- c) Fungsi perawatan kesehatan :
 - 1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi / promosi).

2) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga menganal masalah, mengambil kepusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

2) Stress dan koping keluarga

- a) Stressor jangka panjang dan stressor jangka panjang serta kekuatan keluarga
- b) Respon keluarga terhadap stress
- c) Strategi koping yang digunakan
- d) Strategi adaptasi yang disfungsional :
Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptive

3) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

- a) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- b) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- c) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstermitas atas dan bawah, sistem genitalia
- d) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik.

4) Harapan keluarga

- 1. Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2. Terhadap petugas kesehatan yang ada

2. Diagnosa Keperawatan Dan Intervensi

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual, atau risiko dalam mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya, (Tarwoto dan Wartinah, 2015). Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis tentang respons dari klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi bakteri salmonella typhosa) yang ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, kulit kemerahan, kejang, takikardi, dan takipnea, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

a) *Diagnosis sehat/wellness*

Diagnosis sehat/wellness, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

b) *Diagnosis ancaman (risiko)*

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

d) **Diagnosis nyata/gangguan**

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga didukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S). Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi

e) **Mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :**

1) **Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :**

- a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
- b) Pengertian
- c) Tanda dan gejala
- d) Persepsi keluarga terhadap masalah

2) **Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:**

- a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- b) Masalah dirasakan keluarga
- c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
- d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- e) Informasi yang salah

3) **Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:**

- a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit Sifat dan Perkembangan perawatan yang dibutuhkan
- b) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
- c) Sikap keluarga terhadap yang sakit

- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi :
- a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya higiene sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan keluarga, meliputi :
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Setelah data di analisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga seperti tabel dibawah ini :

Tabel 2.4 : Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat masalah	1	Aktual : 3 Resiko : 2 Potensial : 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah : 2 Sebagian : 1 Tidak dapat : 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi : 3 Cukup : 2 Rendah : 1

Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi : 2 Tidak segera diatasi : 1 Tidak dirasakan adanya masalah : 0
---------------------	---	---

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi atau menanggulangi suatu masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. (Maryam, 2008). Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas. Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan hipertermia berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,(SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem / masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). tujuan jangka pendek harus SMART (S : spesifik, M : *measurable* / dapat diukur, A : *achievable* / dapat dicapai, R : *reality*, T : *time limited* / punya limit waktu).

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi merupakan bagian aktif dalam asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan rencana tindakan. Tindakan keperawatan meliputi, tindakan keperawatan, observasi keperawatan pendidikan kesehatan/keperawatan, tindakan medis yang dilakukan oleh perawat atau tugas limbah,(Suprajitno, 2014).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan status keadaan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan untuk dapat menentukan suatu Keberhasilan asuhan keperawatan. Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga setempat sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah keluarga.

Evaluasi di tunjukkan untuk menjawab apa yang menjadi kebutuhan keluarga dan program apa yang dibutuhkan keluarga, apakah media yang digunakan tepat, ada tidaknya program perencanaan yang dapat diimplementasikan, apakah program dapat menjangkau keluarga, siapa yang menjadi target sasaran program, apakah program yang dilakukan dapat memenuhi kebutuhan keluarga. Evaluasi juga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dalam perkembangan program dan penyelesaiannya.

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi program merupakan proses mendapatkan dan menggunakan informasi sebagai dasar proses pengambilan keputusan, dengan cara meningkatkan upaya pelayanan kesehatan. Evaluasi proses, difokuskan pada urutan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil.

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi program merupakan proses mendapatkan dan menggunakan informasi sebagai dasar proses pengambilan keputusan, dengan cara meningkatkan upaya pelayanan kesehatan. Evaluasi proses, difokuskan pada urutan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil.