

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan dasar manusia Termoregulasi

Virginia Henderson dalam buku Haswita dan Reni Sulistyowati (2017) memperkenalkan *definition of nursing* (definisi keperawatan). Ia menyatakan bahwa definisi keperawatan harus menyertakan prinsip keseimbangan fisiologis. Definisi ini dipengaruhi oleh persahabatan dengan seorang ahli fisiologi bernama Stackpole. Henderson sendiri kemudian mengemukakan sebuah definisi keperawatan yang ditinjau dari sisi fungsional. Menurutnya tugas unik perawat adalah membantu individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit, melalui upayanya melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu atau proses meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu saat ia memiliki kekuatan, kemampuan dan kemauan atau pengetahuan untuk itu (tugas perawat).

Di samping itu, Henderson juga mengembangkan sebuah model keperawatan yang dikenal dengan "*The Activities of Living*". Model tersebut menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dengan meningkatnya kemandiriannya secepat mungkin. Perawat menjalankan tugasnya secara mandiri, tidak tergantung pada dokter. Akan tetapi perawat tetap menyampaikan rencananya pada dokter sewaktu mengunjungi pasien. Henderson melihat manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan, ke-14 kebutuhan tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Bernafas secara normal
- b. Makan dan minum secara cukup
- c. Membuang kotoran tubuh
- d. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan
- e. Tidur dan istirahat
Memilih pakaian yang sesuai

- f. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan
- g. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat serta melindungi integumen
- h. Menghindari bahaya lingkungan yang bisamelukai
- i. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut ataupun pendapat
- j. Beribadah sesuai keyakinan
- k. Bekerja dengan tata cara yang mengandung unsur prestasi
- l. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi
- m. Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Keempat belas kebutuhan dasar manusia di atas dapat diklasifikasikan menjadi empat kategori, yaitu komponen-komponen biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual. Kebutuhan dasar poin 1 - 9 termasuk komponen kebutuhan biologis. Poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis. Poin 11 termasuk kebutuhan spiritual. Sedangkan poin 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis. Henderson juga menyatakan bahwa pikiran dan tubuh manusia tidak dapat dipisahkan satu sama lain (*inseparable*). Sama halnya dengan klien dan keluarga, mereka merupakan satu kesatuan (Haswita dkk, 2017).

2. Konsep Termoregulasi Tidak Efektif

Termoregulasi adalah suatu pengatur fisiologis tubuh manusia mengenai keseimbangan produksi panas dan kehilangan panas sehingga suhu tubuh dapat dipertahankan secara konstan. Menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Termoregulasi tidak efektif adalah kegagalan mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal. Suhu tubuh secara normal dipertahankan pada rentang yang sempit, walaupun terkena suhu lingkungan yang bervariasi.

Termoregulasi tidak efektif merupakan bagian dari reaksi biologis kompleks, yang diatur dan di kontrol oleh susunan saraf pusat. Demam sendiri merupakan gambaran karakteristik dari kenaikan suhu tubuh oleh karena berbagai penyakit infeksi dan non-infeksi (Tamsuri, 2007).

Menurut Tamsuri (2007), termoregulasi tubuh dibagi :

- 1) Hipotermi, bila suhu tubuh kurang dari 36°C
- 2) Normal, bila suhu tubuh berkisar antara 36°C – 37,5°C
- 3) Febris/pireksia, bila suhu tubuh antara 37,5°C - 40°C
- 4) Hipertermi, bila suhu tubuh lebih dari 40°C

Salah satu bentuk termoregulasi tidak efektif adalah demam. Demam adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh. Demam terajadi pada suhu $> 37, 2^{\circ}\text{C}$, biasanya disebabkan oleh infeksi (bakteri, virus, jamur atau parasit), penyakit autoimun, keganasan , ataupun obat – obatan (Surinah dalam Hartini, 2015).

Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (termoregulasi) di hipotalamus. Penyakit – penyakit yang ditandai dengan adanya demam dapat menyerang sistem tubuh.Selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan non spesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi (Surinah dalam Hartini, 2015).

3. **Patofisiologitermoregulasi tidak efektif**

Termoregulasi tubuh secara normal dipertahankan pada rentang yang sempit, walaupun terpapar suhu lingkungan yang bervariasi. Termoregulasi tubuh secara normal berfluktuasi sepanjang hari, 0,50C dibawah normal pada pagi hari dan 0,50C diatas normal pada malam hari.³ Termoregulasi tubuh diatur oleh hipotalamus yang mengatur keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas. Produksi panas tergantung pada aktivitas metabolik dan aktivitas fisik. Kehilangan panas terjadi melalui radiasi, evaporasi, konduksi dan konveksi. Dalam keadaan normal termostat di hipotalamus selalu diatur pada set point sekitar 370 C, setelah informasi tentang suhu diolah di hipotalamus selanjutnya ditentukan pembentukan dan pengeluaran panas sesuai dengan perubahan set point. (Irianto Koes, 2015)

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi termoregulasi

Menurut Potter & Perry (2005) banyak faktor yang mempengaruhi termoregulasi. Perubahan suhu tubuh dalam rentang normal terjadi ketika hubungan antara produksi panas dan kehilangan panas diganggu oleh variabel fisiologis atau perilaku.

1) Usia

Menurut Whaley & Wong (2005), termoregulasi tubuh dapat berespon secara drastis terhadap perubahan suhu lingkungan. Oleh karena itu pakaian yang digunakan juga harus cukup dan paparan terhadap suhu lingkungan yang ekstrem perlu dihindari. Bila terlindungi dari lingkungan yang ekstrem, suhu tubuh dapat dipertahankan pada 36,5°C sampai 37,5°C. Produksi panas akan meningkat seiring dengan pertumbuhan tubuh. Regulasi suhu tidak stabil sampai anak-anak mencapai masa pubertas. Rentang suhu normal turun secara berangsur sampai seseorang mendekati masa lansia.

2) Irama sirkadian

Termoregulasi tubuh berubah secara normal 0,5°C sampai 1°C selama periode 24 jam. Bagaimana pun, suhu merupakan irama paling stabil pada manusia. Suhu tubuh biasanya paling rendah antara 01.00 dan 04.00 dini hari. Sepanjang hari suhu tubuh akan naik sampai sekitar pukul 18.00 dan kemudian turun seperti pada dini hari.

3) Stres

Stres fisik dan emosi meningkatkan termoregulasi tubuh melalui stimulasi hormonal dan persarafan. Perubahan fisiologis tersebut meningkatkan panas. Klien yang cemas saat masuk rumah sakit atau tempat praktik dokter termoregulasi tubuhnya akan lebih tinggi dari normal.

4) Lingkungan

Lingkungan juga dapat mempengaruhi termoregulasi tubuh. Jika termoregulasi dikaji dalam ruangan yang sangat hangat, klien mungkin tidak mampu meregulasi termoregulasi tubuh melalui mekanisme-mekanisme pengeluaran panas dan termoregulasi tubuh akan naik.

5. Dampak Termoregulasi Tidak efektif

- a. Kekurangan oksigen ke dalam tubuh
- b. Metabolisme meningkat
- c. Gangguan pembekuan sehingga mengakibatkan perdarahan
- d. Shock
- e. Apnea (Surinah dalam Hartini, 2015).

6. Macam-macam gangguan termoregulasi

a. Demam

Demam merupakan mekanisme pertahanan yang sangat penting. Peningkatan sistem 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 termoregulasi 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 termoregulasi 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 termoregulasi 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. Paparan 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. Risiko ini juga terdapat pada individu yang mengonsumsi 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)

7. Mekanisme pengeluaran panas

Pengeluaran dan produksi panas terjadi secara simultan. Struktur 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 di antara keduanya. Pada 85 % area luas permukaan tubuh diradiasikan ke lingkungan. Vasokonstriksi perifer meningkatkan aliran darah dari organ dalam ke kulit untuk meningkatkan kehilangan panas. Vasokonstriksi 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 mengkonduksi 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.

8. Penatalaksanaan termoregulasi tidak efektif

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

a. Secarafisik

- 1) Anak demam ditempatkan dalam ruangan bersuhunormal
- 2) Pakaian anak diusahakan tidaktebal
- 3) Memberikan minumannyang banyak
- 4) Memberikankompres

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 dalam susunan kimianya tetapi mempunyai kesamaan dalam efek pengobatannya.Tujuannya menurunkan set point hipotalamus melalui pencegahan pembentukan prostaglandin dengan jalan menghambat enzim cyclooxygenase.

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.

Dosis terapeutik 10mg/kgBB/kali tiap 6-8 jam dan tidak dianjurkan untuk anak kurang dari 6 bulan. 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 kurang dari 6 bulan. (Butwick, 2018).

B. Tinjauan Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan diatur, 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).

Keluarga adalah hubungan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah, adopsi, dan kesepakatan yang dibuat, keluarga memiliki peran masing-masing dan bertanggung jawab terhadap tugas yang diberikan dan ada ikatan emosional yang sulit untuk ditinggalkan oleh setiap anggota keluarga (Yohanes & Yasinta, 2013).

2. Tipe keluarga

- a. Keluarga inti (*Nuclear Family*), adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.
- b. Keluarga Besar (*Extended Family*), adalah keluarga inti ditambah dengan satu saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
- c. Keluarga berantai (*Serial Family*), adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- Keluarga duda /janda (*Single Family*), adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- d. Keluarga berkomposisi (*Composite Family*), adalah keluarga perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- e. Keluarga kabitas (*Cohabitation Family*), adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk satu keluarga

3. Tahap perkembangan keluarga

Dalam Friedman (2010) tahap perkembangan keluarga dikelompokkan menjadi delapan tahap. Salah satunya yaitu tahap perkembangan keluarga dengan dewasa muda. Setelah mengalami masa kanak-kanak dan remaja yang panjang, seorang individu akan mengalami masa dimana ia telah menyelesaikan pertumbuhannya dan mengharuskan dirinya untuk berkecimpung dengan

masyarakat bersama dengan orang dewasa lainnya. Dibandingkan dengan masa-masa sebelumnya, masa dewasa adalah waktu yang paling lama dalam rentang hidup yang ditandai dengan pembagiannya menjadi 3 fase yaitu; masa dewasa dini, masa dewasa muda, dan masa dewasa lanjut (usi lanjut)

Masa dewasa muda biasanya dimulai sejak usia 18 tahun sampai dengan kira-kira usia 40 tahun dan biasanya ditandai dengan selesainya pertumbuhan pubertas dan organ kelamin anak telah berkembang dan mampu memproduksi. Pada masa ini, individu akan mengalami perubahan. fisik dan psikologis tertentu bersamaan dengan masalah-masalah penyesuaian diri dan harapan-harapan terhadap perubahan tersebut. Masa dewasa dini dikatakan sebagai masa yang sulit dan bermasalah. Hal ini dikarenakan seseorang harus mengadakan penyesuaian dengan peran barunya (perkawinan VS pekerjaan). Jika ia tidak bias mengatasinya maka akan menimbulkan masalah.

Ada 3 faktor yang membuat masa ini begitu rumit yaitu; Pertama, individu tersebut kurang siap dalam menghadapi babak baru bagi dirinya dan tidak bisa menyesuaikan dengan babak/peran baru tersebut. Kedua, karena kurang persiapan maka ia kaget dengan 2 peran/lebih yang harus diembannya secara serempak. Ketiga, ia tidak memperoleh bantuan dari orang tua atau siapapun dalam menyelesaikan masalah.

4. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga pada tahap ini adalah memfasilitasi anak dalam memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbarui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia sakitan-sakitan dari suami maupun istri, membawa anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga, antara orang tua dengan menantu.

Berkaitan dengan peran keluarga yang berifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat.

Maka selanjutnya akan dibahas fungsi keluarga menurut Friedman (1998) sebagai berikut :

a) Fungsiafektif

Fungsi afektif merupakan fungsi dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anak dewasa muda Hal ini jugaterlihat dari anggota keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang terhadap anak dewasa muda Pengkajian meliputi:

- (1)Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasan kasih sayang terhadap anak dewasa muda
- (2) Perasaan salingmemiliki.
- (3) Bagaimana cara keluarga memberikan dukungan terhadap anak dewasa muda
- (4) Saling menghargai antara keluarga dan anak dewasa muda
- (5) Terciptanya kehangatan dalam anggotakeluarga.

b) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami anak dewasa muda yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan social. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan.

- (1)Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunialuar.
- (2)Interaksi dan hubungan dalamkeluarga.
- (3)Kedisiplinan dalam anggotakeluarga.

c) Fungsiekonomi

Keluarga dengan ekonomi yang cukup akan membantu terpenuhinya kebutuhan anak dewasa mudaterutama dalam menangani masalah typhus abdominalis. Begitu juga dengan ekonomi dan pendidikan yang kurang dapat mempengaruhi kesehatan anak dewasa muda terutama typhus abdominalis yang tidak ditindak lanjuti karena faktor ekonomi dan pendidikan yangkurang.

d) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan keluarga menjelaskan tentang pentingnya menjaga kesehatan pada anak dewasa muda .maka anak dewasa muda akan lebih memperhatikan masalah kesehatanterutama saat sedang gangguan termoregulasi yang mengalami typhus abdominalis.

- e) Fungsi perawatankesehatan
- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi ataupromosi).
- b) Bila ditemui data mal adaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II berdasarkan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu:
 - (1)Ketidak mampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - (a) Definisi typhus abdominalis
 - (b) Jenis dan penyebab typhus abdominalis
 - (c) Tanda dan gejala typhus abdominalis
 - (d) Persepsi keluarga terhadap masalah yang berkaitan dengan typhus abdominalis.
 - (2)Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - (a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah typhus abdominalis.
 - (b) Masalah typhus abdominalis dirasakan keluarga.
 - (c) Keluarga menyerah terhadap masalah typhus abdominalis yang dialami oleh anak dewasa muda
 - (d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan akibat typhus abdominalis.
 - (e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.
 - (f) Informasi yang salah mengenai typhus abdominalis.
 - (3)Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - (a) Bagaimana sikap keluarga mengetahui keadaan anak dewasa muda putti yang mengalami typhus abdominalis.
 - (b) Bagaimana keluarga memberikan perhatian pada anak dewasa muda
 - (c) Bagaimana keluarga memberikan dukungan terhadap hal-hal positif pada anak dewasa muda.
 - (4)Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
 - (a) Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan yang tidak beresiko terjadinya typhus abdominalis.
 - (b) Upaya pencegahan masalah typhus abdominalis.
 - (5)Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
 - (a) Keberadaan fasilitas kesehatan, terutama mencari informasi kesehatan

tentang typhus abdominalis.

- (b) Keuntungan yang didapat ketika menggunakan fasilitas kesehatan.
- (c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
- (d) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga dan anak dewasa muda (Padila,2012).

5. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan suatu pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi atau penyebab masalah dan biasanya dikaji saat ditemui data maladaptif pada keluarga. menurut (Friedman ,2010) lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan: termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan: termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit: seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan: pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

- e. Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan: seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan.

6. Peran keluarga

Menurut (Friedman, 1998), terdapat 2 peran keluarga yaitu:

a. Peran formal

1). Peran parental dan perkawinan.

- a) Peran sebagai provider (penyedia)
- b) Peran sebagai pengatur rumah tangga.
- c) Peran perawatan anak
- d) Peran sosialisasi anak.
- e) Peran rekreasi.
- f) Peran persaudaraan (kinship) atau memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal.
- g) Peran terapeutik (memenuhi kebutuhan efektif pasangan).
- h) Peran seksual.

2). Peran perkawinan.

Peran perkawinan menekankan pentingnya hubungan peran suami atau istri yaitu kebutuhan bagi pasangan untuk memelihara suatu hubungan perkawinan kokoh. Anak-anak terutama dapat mempengaruhi hubungan perkawinan, menciptakan situasi dimana suami dan istri membentuk suatu koalisi dengan anak. Memelihara suatu hubungan perkawinan yang memuaskan merupakan salah satu tugas perkembangan yang vital dari keluarga. (Minuchin, 1974)

b. Peran informal

- 1) Pengharmonis : menengahi perbedaan yang terdapat diantara para anggota, menghibur dan menyatukan kembali perbedaan pendapat.
- 2) Inisiator – kontributor : mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru atau cara-cara mengingat masalah-masalah atau tujuan-tujuan kelompok.
- 4) Pendamai (compromiser) : merupakan salah satu bagian dari konflik dan ketidaksepakatan, pendamai menyatakan kesalahan posisi dan mengakui

kesalahannya, atau menawarkan penyelesaian "setengah jalan".

- 5) Perawat keluarga : orang yang terpanggil untuk merawat dan
- 6) mengasuh anggota keluarga lain yang membutuhkannya.
- 7) Koordinator keluarga : mengorganisasi dan merencanakan kegiatan-kegiatan keluarga, berfungsi - mengangkat keterikatan / keakraban.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan gangguan termoregulasi

1. Konsep Penyakit

a. Definisi Typhus Abdominalis

Typhoid Abdominalis adalah suatu penyakit infeksi oleh bakteri *Salmonella typhi* dan bersifat endemik yang termasuk dalam penyakit menular. Demam thypus adalah infeksi sistemik akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi* (Elsevier, 2013). Thypus fever (typhus abdominalis ,enteric fever) adalah infeksi sistemik yang disebabkan kuman salmonella enterica, khususnya varian varian turunanya, yaitu salmonella typhi, Paratyphi A, Paratyphi B, Paratyphi C. Kuman kuman tersebut menyerang saluran pencernaan, terutama di perut dan usus halus. Thypus fever sendiri merupakan penyakit infeksi akut yang selalu ditemukan di masyarakat (endemik) Indonesia. Penderitanya juga beragam, mulai dari usia balita, anak- anak, dan dewasa (Widodo Djoko, 2009)

Berdasarkan pengertian tentang thypus fever di atas maka penulis dapat menarik kesimpulan bahwa thypus fever adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri yang bernama salmonella typhi yang menyerang system pencernaan yang masuk melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi

b. Etiologi

Demam Thypus merupakan penyakit yang ditularkan melalui makanan dan minuman yang tercemar oleh bakteri *Salmonella typhosa*. Seseorang yang sering menderita penyakit demam thypus menandakan bahwa ia mengonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi bakteri ini. Penyebab penyakit ini adalah kuman *Salmonella typhi*, *Salmonella para typhi A*, dan *Salmonella para typhi B*. Wujudnya berupa basil gram negatif, bergerak dengan rambut getar, tidak berspora, dan mempunyai tiga macam antigen (antigen O, H, dan VI). Dalam serum penderita terdapat zat (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut.

Kuman tumbuh pada suasana aerob dan fakultatif anaerob pada suhu 15-41 °C (optimum 37°C) dan pH pertumbuhan 6-8.

Salmonella typhi merupakan basil gram (-) dan bergerak dengan rambut getar. Transmisi *Salmonella typhi* kedalam tubuh manusia dapat melalui (Arif M, 2003) hal –hal berikut.

- a. Transmisi oral, melalui makanan yang terkontaminasi kuman salmonella typhi.
- b. Transmisi dari tangan ke mulut, di mana tangan yang tidak higienis yang mempunyai *Salmonella typhi* langsung bersentuhan dengan makanan yang di makan.
- c. Transmisi kotoran, di mana kotoran individu yang mempunyai basil *Salmonella typhi* kesungai atau sumber air yang digunakan sebagai air minum yang kemudian langsung di minum tanpa di masak.

c. Manifestasi Klinis

Pada minggu pertama gejala klinis penyakit ini ditemukan keluhan dan gejala serupa dengan penyakit infeksi akut pada umumnya yaitu : demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, obstipasi atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan epistaksis. Masa tunas 7-14 hari, selama inkubasi ditemukan gejala prodroma (gejala awal tumbuhnya penyakit/gejala yang tidak khas)

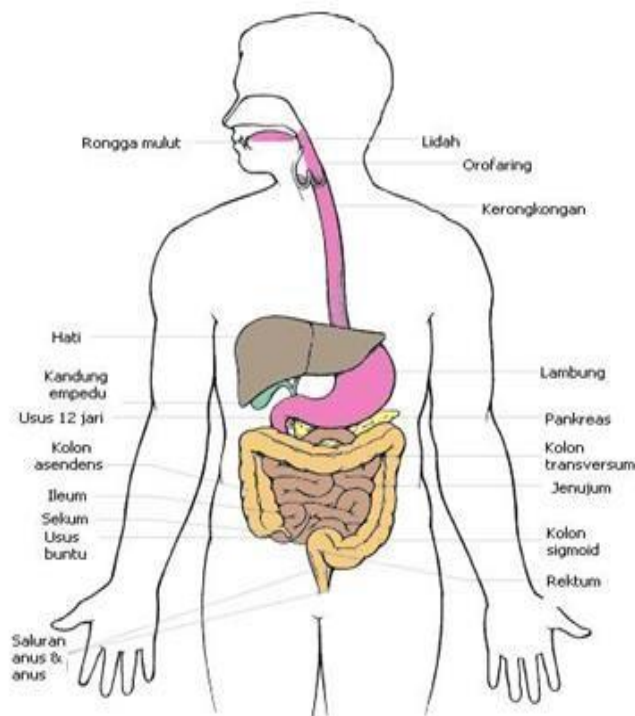
- a. Perasaan tidak enak badan
- b. Nyeri kepala
- c. Pusing
- d. Diare
- e. Anoreksia
- f. Batuk
- g. Nyeri otot
- h. Muncul gejala klinis yang lain.

Demam berlangsung 3 minggu. Minggu pertama: demam ritmen, biasanya menurun pagi hari, dan meningkat pada sore dan malam hari. Minggu kedua: demam terus. Minggu ketiga: demam mulai turun secara berangsur-angsur, gangguan pada saluran pencernaan, lidah kotor yaitu ditutupi selaput kecoklatan

kotor, ujung dan tepi kemerahan, jarang disertai tremor, hati dan limpa membesar yang nyeri pada perabaan, gangguan pada kesadaran, kesadaran yaitu apatis-samnolen. Gejala lain "RESEOLA" (bintik-bintik kemerahan karena emboli hasil dalam kapiler kulit). (Widodo Djoko, 2009)

d. Anatomi dan fisiologi

1) anatomi



Anatomi Sistem Pencernaan
(Gozali,A.J, 2013)

2) Fisiologis

Sistem pencernaan atau sistem gastrointestinal (mulai dari mulut sampai anus) adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut daritubuh.

Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan anus.Sistem pencernaan juga meliputi organ-organ yang terletak diluar saluran pencernaan, yaitu pankreas, hati dan kandung empedu.

a) Rongga Mulut

Secara umum berfungsi untuk menganalisis makanan sebelum menelan, proses penghancuran makanan secara mekanis oleh gigi, lidah dan permukaan palatum, lubrikasi oleh sekresi saliva serta digesti pada beberapa material karbohidrat dan lemak.

b) Mulut

Mulut dibatasi oleh mukosa mulut, pada bagian atas terdapat palatum dan bagian posterior mulut terdapat uvula yang tergantung pada palatum.

c) Lidah

Lidah terdiri dari jaringan epitel dan jaringan epitelium lidah dibasahi oleh sekresi dari kelenjar ludah yang menghasilkan sekresi berupa air, mukus dan enzim lipase. Enzim ini berfungsi untuk menguraikan lemak terutama trigleserida sebelum makanan ditelan. Fungsi utama lidah meliputi, proses mekanik dengan cara menekan, melakukan fungsi dalam proses menelan, analisis terhadap karakteristik material, suhu dan rasa serta mensekresikan mukus dan enzim.

d) Kelenjar Saliva

Kira-kira 1500 mL saliva disekresikan per hari, pH saliva pada saat istirahat sedikit lebih rendah dari 7,0 tetapi selama sekresi aktif, pH mencapai 8,0. Saliva mengandung 2 enzim yaitu lipase lingual disekresikan oleh kelenjar pada lidah dan α -amilase yang disekresi oleh kelenjar-kelenjar saliva. Kelenjar saliva terbagi atas 3, yaitu kelenjar parotis yang menghasilkan serosa yang mengandung ptialin. Kelenjar sublingualis yang menghasilkan mukus yang mengandung musin, yaitu glikoprotein yang membasahi makanan dan melindungi mukosa mulut dan kelenjar submandibularis yang menghasilkan gabungan dari kelenjar parotis dan sublingualis. Saliva juga mengandung IgA yang akan menjadi pertahanan pertama terhadap kuman dan virus.

Fungsi penting saliva antara lain, memudahkan proses menelan, mempertahankan mulut tetap lembab, bekerja sebagai pelarut olekul-molekul yang merangsang indra pengecap, membantu proses bicara dengan memudahkan gerakan bibir dan lidah dan mempertahankan mulut dan gigi tetap bersih.

e) Gigi

Fungsi gigi adalah sebagai penghancur makanan secara mekanik. Jenis gigi di sesuaikan dengan jenis makanan yang harus dihancurkannya dan proses penghancurannya. Pada gigi seri, terdapat di bagian depan rongga mulut berfungsi untuk memotong makanan yang sedikit lunak dan potongan yang dihasilkan oleh gigi seri masih dalam bentuk potongan yang kasar, nantinya potongan tersebut akan dihancurkan sehingga menjadi lebih lunak

oleh gigi geraham dengan dibantu oleh saliva sehingga nantinya dapat memudahkan makanan untuk menuju saluran pencernaan seterusnya. Gigi taring lebih tajam sehingga difungsikan sebagai pemotong daging atau makanan lain yang tidak mampu dipotong oleh gigi seri.

f) Faring

Faring merupakan jalan untuk masuknya material makanan, cairan dan udara menuju esofagus. Faring berbentuk seperti corong dengan bagian atasnya melebar dan bagian bawahnya yang sempit dilanjutkan sebagai esofagus setinggi vertebrata cervicalis keenam. Bagian dalam faring terdapat 3 bagian yaitu nasofaring, orofaring dan laringfaring. Nasofaring adalah bagian faring yang berhubungan ke hidung. Orofaring terletak di belakang cavum oris dan terbentang dari palatum sampai ke pinggir atas epiglotis. Sedangkan laringfaring terletak dibelakang pada bagian posterior laring dan terbentang dari pinggir atas epiglotis sampai pinggir bawah cartilago cricoidea.

g) Laring

Laring adalah organ yang mempunyai sfingter pelindung pada pintu masuk jalan nafas dan berfungsi dalam pembentukan suara. Sfingter pada laring mengatur pergerakan udara dan makanan sehingga tidak akan bercampur dan memasuki tempat yang salah atau yang bukan merupakan tempatnya. Sfingter tersebut merupakan epiglotis. Epiglotis akan menutup jalan masuk udara saat makanan ingin masuk ke esofagus.

h) Esofagus

Esofagus adalah saluran berotot dengan panjang sekitar 25 cm dan diameter sekitar 2 cm yang berfungsi membawa bolus makanan dan cairan menuju lambung. Otot esofagus tebal dan berlemak sehingga mobilitas esofagus cukup

tinggi. Peristaltik pada esofagus mendorong makanan dari esofagus memasuki lambung. Pada bagian bawah esofagus terdapat otot-otot gastroesofagus (lower esophageal sphincter, LES) secara tonik aktif, tetapi akan melemas sewaktu menelan. Aktifasi tonik LES antara waktu makan mencegah refluks isi lambung ke dalam esofagus. Otot polos pada esofagus lebih menonjol diperbatasan dengan lambung (sfingter intrinsik). Pada tempat lain, otot rangka melingkari esofagus (sfingter ekstrinsik) dan bekerja sebagai keran jepit untuk esofagus. Sfingter ekstrinsik dan intrinsik akan bekerjasama untuk memungkinkan aliran makanan yang teratur ke dalam lambung dan mencegah refluks isi lambung kembali ke esofagus.

2. Lambung

Lambung terletak di bagian kiri atas abdomen tepat di bawah diafragma. Dalam keadaan kosong, lambung berbentuk tabung J dan bila penuh akan tampak seperti buah alpukat. Lambung terbagi atas fundus, korpus dan pilorus. Kapasitas normal lambung adalah 1-2 L. Pada saat lambung kosong atau berileksasi, mukosa masuk ke lipatan yang dinamakan rugae. Rugae yang merupakan dinding lambung yang berlipat-lipat dan lipatan tersebut akan menghilang ketika lambung berkontraksi. Sfingter pada kedua ujung lambung mengatur pengeluaran dan pemasukan lambung. Sfingter kardia, mengalirkan makanan masuk ke lambung dan mencegah refluks isi lambung memasuki esofagus kembali. Sedangkan sfingter pilorus akan berelaksasi saat makanan masuk ke dalam duodenum dan ketika berkontraksi, sfingter ini akan mencegah aliran balik isi usus halus ke lambung.

Fisiologi lambung terdiri dari dua fungsi yaitu, fungsi motorik sebagai proses pergerakan dan fungsi pencernaan yang dilakukan untuk mensintesis zat makanan, dimana kedua fungsi ini akan bekerja bersama-sama, berikut adalah fisiologi lambung:

a) Fungsi motorik:

- 1) Reservoir, yaitu menyimpan makanan sampai makanan tersebut sedikit demi sedikit dicerna dan bergerak pada saluran cerna. Menyesuaikan peningkatan volume tanpa menambah tekanan dan relaksasi reseptif otot polos.

- 2) Mencampur, yaitu memecahkan makanan menjadi partikel- partikel kecil dan mencampurnya dengan getah lambung melalui kontraksi otot di sekelilinglambung.
- 3) Pengosongan lambung, diatur oleh pembukaan sfingter pilorus yang dipengaruhi oleh viskositas, volume, keasaman, aktivitas osmotik, keadaan fisik, emosi, aktivitas danobat-obatan.

b) Fungsi pencernaan:

- a) Pencernaan protein, yang dilakukan oleh pepsin dan sekresi HCl dimulai pada saat tersebut. Pencernaan kabohidrat dan lemak oleh amilase dan lipase dalam lambung sangatkecil.
- b) Sistesis dan pelepasan gastrin, hal ini dipengaruhi oleh protein yang dimakan, peregangan antrum, alkalinisasi antrum dan rangsanganvagus.
- c) Sekresi faktor intrinsik, yang memungkinkan terjadinya absorpsi vitamin B₂ dari usus halus bagiandistal.
- d) Sekresi mukus, sekresi ini membentuk selubung yang melindungi lambung serta berfungsi sebagai pelumas sehigga makanan lebih mudahdiangkut.

Sekesi caian lambung memiliki 3 fase yang bekerja selama berjam-jam. Berikut adalah fase-fase tersebut :

- 1) Fase sefalik, berfungsi untuk mempersiapkan lambung dari kedatangan makanan dengan memberikan reaksi terhadap stimulus lapar, rasa makanan atau stimulus bau dari indra penghidu. Reaksi lambung pada fase inidengan meningkatkanvolume lambungdari stimulasi mukus, enzim dan prooduksi asam, serta pelepasan gastrin oleh sel-sel G dalam durasi yang relatif singkat.
- 2) Fase gaster, berfungsi untuk memulai pengeluaran sekresi dari kimus dan terjadinya permulaan digesti protein oleh pepsin. Reaksi tersebut terjadi dalam durasi yang agak lama mencapai 3-4 jam. Saat reaksi ini selain terjadi peningkatan produksi asam dan pepsinogen juga terjadi penigkatan motiltas dan proses penghancuranmaterial.
- 3) Fase intestinal, berfungsi untuk mengontrol pengeluaran kimus ke duodenum dengan durasi yang lama dan menghasilkan reaksi berupa umpan balik dalam menghambat produksi asam lambung dan pepsinogen serta pengurangan motilitaslambung.

3. Usus Halus

Bagian awal dari usus halus adalah duodenum atau lebih sering disebut duodenal cup atau bulb. Pada bagian ligamentum Treitz, duodenum berubah menjadi jejunum. Duodenum mempunyai panjang sekitar 25 cm dan berhubungan dengan lambung, jejunum mempunyai panjang sekitar 2,5 m, dimana proses digesti kmmia dan absorpsi nutrisi terjadi dalam jejunum sedangkan ileum mempunyai panjang sekitar 3,5 m. Disepanjang usus halus terdapat kelenjar usus tubular.

Diduodenum terdapat kelenjar duodenum asinotubular kecil yang membentuk kumparan. Disepanjang membran mukosausus halus yang diliputi oleh vili. Terdapat 20 sampai 40 vili per milimeter persegi glukosa. Ujung bebas sel-sel evitel virus dibagi menjadi mikrovili yang halus dan diseilnuti glikokaliks yang membentuk brush border. Mukus usus terdiri dari berbagai macam enzim, seperti disakaridase, peptidase dan enzim lain yang terlibat dalam penguraian asam nukleat.

Ada 3 jenis kontraksi otot polos pada usus halus antara lain :

- a) Peristaltik, yaitu gerakan yang akan mendorong isi usus (kimus) ke arah usus besar.
- b) Kontraksi segmentalis, merupakan kontraksi mirip-cincin yang muncul dalam interval yang relatif teratur di sepanjang usus lalu menghilang dan digantikan oleh serangkaian kontraksi cincin lain di segmen-segmen diantara kontraksi sebelumnya. Kontraksi ini mendorong kimus maju mundur dan meningkatkan pemajannya dengan permukaan mukosa.
- c) Kontraksi tonik, merupakan kontraksi yang relatif lama untuk mengisolasi satu segmen usus dengan segmen lain.

4. Usus Besar (Kolon)

Kolon memiliki diameter yang lebih besar dari usus halus. Kolon terdiri atas sekum-sekum yang membentuk kantung-kantung sebagai dinding kolon (haustra). Pada pertengahannya terdapat serat-serat lapisan otot eksternalnya terkumpul menjadi 3 pitalongitudinal yang disebut taenia coli. Bagian ileum yang mengandung katup ileosekum sedikit menonjol ke arah sekum, sehingga peningkatan tekanan kolon akan menutupnya sedangkan peningkatan tekanan

ileum akan menyebabkan katup tersebut terbuka. Katup ini akan secara efektif mencegah refluks isi kolon ke dalam ileum. Dalam keadaan normal katup ini akan tertutup. Namun, setiap gelombang peristaltik, katup akan terbuka sehingga memungkinkan kimus dari ileum memasuki sekum. Pada kolon terjadi penyerapan air, natrium dan mineral lainnya. Kontraksi kerja massa pada kolon akan mendorong isi kolon dari satu bagian kolon ke bagian lain. Kontraksi ini juga akan mendorong isi kolon menuju ke rektum. Dari rektum gerakan zat sisa akan terdorong keluar menuju anus dengan perenggangan rektum dan kemudian mencetuskan refleksi defekasi.

e. Patofisiologi

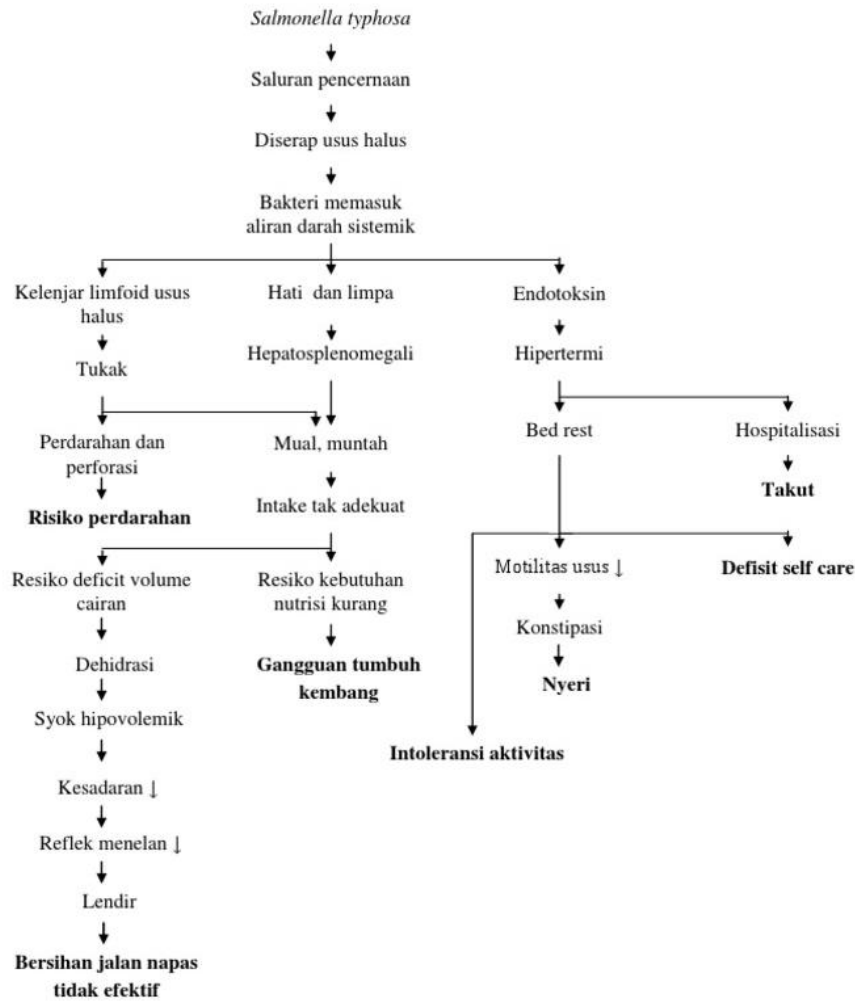
Kuman *salmonella typhi* yang masuk ke saluran gastro intestinal akan ditelan oleh sel-sel fagosit ketika masuk melewati mukosa dan oleh makrofag yang ada di dalam lamina propria. Sebagian dari *salmonella typhi* ada yang masuk ke usus halus mengadakan invasi ke jaringan limfoid usus halus (plak peyer) dan jaringan limfoid mesentrika. Kemudian *Salmonella typhi* masuk melalui folikel limfatik dan sirkulasi darah sistemik sehingga terjadi bakterimia. Bakterimia pertama-tama menyerang sistem retikulo endothelial (RES) yaitu: hati, limpa, dan tulang, kemudian selanjutnya mengenai seluruh organ di dalam tubuh antara lain sistem saraf pusat, ginjal dan jaringan limfa.

Usus yang terserang tifus umumnya ileum distal, tetapi kadang bagian lain usus halus dan kolon proksimal juga dihinngapi. Pada mulanya, plak peyer penuh dengan fagosit, membesar, menonjol, dan tampak seperti infiltrat atau hiperplasia di mukosa usus. Pada akhir minggu pertama infeksi, terjadi nekrosis dan tukak. Tukak ini lebih besar di ileum dari pada di kolon sesuai dengan ukuran plak peyer yang ada disana. Kebanyakan tukaknya dangkal, tetapi kadang lebih dalam sampai menimbulkan perdarahan. Perforasi terjadi pada tukak yang menembus serosa. Setelah penderita sembuh, biasanya ulkus membaik tanpa meninggalkan jaringan parut di fibrosis.

Masuknya kuman ke dalam intestinal terjadi pada minggu pertama dengan tanda dan gejala suhu tubuh naik turun khususnya suhu tubuh akan naik pada malam hari dan akan menurun menjelang pagi hari. Demam yang terjadi pada masa ini disebut *demam intermitet* (suhu yang tinggi, naik-turun, dan turunnya

dapat mencapai normal), di samping peningkatan suhu tubuh ,juga akan terjadi obstipasi sebagai akibat motilitas penurunan suhu tubuh, namun hal ini tidak selalu terjadi dan dapt pula terjadi sebaliknya. (Arif Muttaqin,2003).

6. PathwayThypus Abdominalis



Gambar 2.1 Pathway

(NANDA, 2015)

2. Tinjauan Asuhan Keperawatan gangguan termoregulasi

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). Menurut (Doengoes. 2010) Pengkajian pada demam thypus meliputi :

a. Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, umur (demam thypus 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 ketiga. 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. Kadang-kadang ditemukan pula bradikardia dan epistaksis pada anak besar.

b. 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.

c. 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 penelitian ini adalah termoregulasi tidak efektif 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 thypus menurut (SDKI, 2018), antara lain:

1. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan meningkatnya metabolisme suhu tubuh.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

Tabel 2.1

**Diagnosis Keperawatan pada Anak Demam *Typhoid*
dengan Termoregulasi tidak efektif**

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.	Proses penyakit (mis, infeksi, kanker	Termoregulasi tidak efektif Kategori : lingkungan. Subkategori : keamanan dan proteksi. Definisi : suhu tubuh meningkat di atas nilai normal.

9.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 termoregulasi tidak efektif berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,(SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi pada pasien demam thypustersebut, antara lain:

1. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan meningkatnya metabolisme suhu tubuh.
 - a) Tujuan : Suhu tubuh kembali normal (36 - 37° C) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam.
 - b) Kriteria Hasil :
Suhu klien kembali normal (36 – 37 ° C)
Badan tidak teraba panas
Intervensi :
Kaji vital sign tiap 2-3 jam
 - c) Intervensi:
Anjurkan banyak minum air putih 2 -3 jam, Anjurkan untuk menggunakan baju yang tipis dan menyerap keringat., Kompres pada lipatan paha dan aksila, Laksanakan program terapi antibiotik, antipiretika, dan pemeriksaan laboratorium.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual.
 - a) Tujuan : Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam.
 - b) Kriteria Hasil :
Intake nutrisi meningkat
Diit habis 1 porsi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
 - a) Tujuan : Aktifitas klien meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam.
 - b) Kriteria hasil : kemampuan aktifitas bisa mandiri. Intervensi :
Monitor suhu sesering mungkin
Ajarkan mobilisasi aktifitas
Atur posisi nyaman.
Berikan pengetahuan tentang pentingnya beraktifitas
Libatkan keluarga dalam melakukan tindakan aktifitas pada klien.
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 termoregulasi tidak efektif berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,(SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.2

Perencanaan Keperawatan pada dengan Termoregulasi tidak efektif

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (infeksi bakteri salmonella typhosa)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 2 jam. Diharapkan <i>termoregulasi</i> membaik dengan kriteria hasil : <i>Termoregulasi</i> Menggigilmenerun Kulit merahmenurun. Pucatmenurun. Suhu tubuhmembaik. Suhu kulitmembaik. Tekanan darahmembaik.	Intervensi Utama Manajemen Termoregulasi tidak efektif : Monitor suhu tubuh. Sediakan lingkungan yangdingin. Longgarkan atau lepaskanpakaian. Basahi dan kipasi permukaan tubuh.Berikan cairanoral. Anjurkan tirahbaring. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena. Regulasi Temperatur : Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dannadi. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu. Monitor warna dan suhu kulit. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat.

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 limbah,(Suprajitno, 2014).

Implementasi yang dilakukan pada kasus demam thypus dengan termoregulasi tidak efektif adalah manajemen termoregulasi tidak efektif 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 anti piretik.

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 termoregulasi tidak efektif 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 :

A. Data Umum

1. Identitas kepalakeluarga

- a. Nama kepalakeluarga :
- b. Umur :
- c. Pekerjaan kepalakeluarga :
- d. Pendidikan kepalakeluarga :
- e. Alamat dan nomor telepon :

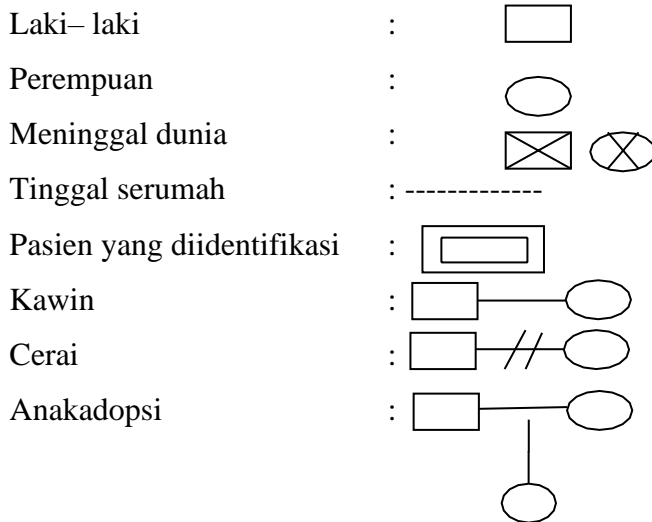
2. Komposisi anggotakeluarga

Tabel 2.3 : Komposisi anggota keluarga

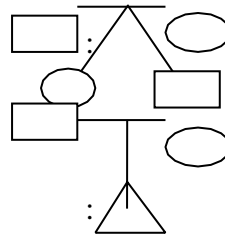
Nama	Umur	Sex	Hub	Pendidikan	Pekerjaan	Ket

a. 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 :



Anakkembar



Aborsi/keguguran

b. Tipekeluarga

c. Sukubangsa

1. Asal suku bangsakeluarga
2. Bahasa yang dipakaikeluarga
3. Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapatmempengaruhikesehatan

d. Agama

1. Agama yang dianutkeluarga
2. Kepercayaan yang mempengaruhikesehatan

e. Status sosial ekonomi keluarga:

1. Rata – rata penghasilan seluruh anggotakeluarga
2. Jenis pengeluaran keluarga tiapbulan
3. Tabungan khususkesehatan
4. Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (parabot, transportasi)

- f. Aktifitas rekreasi keluarga
- 3. 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 di keluarga)
 - d. Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri):
 - 1. Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - 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
5. 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 pencegahan / promosi)
 - 2) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga menganal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

6. Stress dan kopingkeluarga
 - a. Stressor jangka panjang dan stressor jangka panjang serta kekuatankeluarga
 - b. Respon keluarga terhadapstress
 - c. Strategi koping yangdigunakan
 - d. Strategi adaptasi yang disfungsiional:

Adakah cara keluarga mengatasi masalah secaramaladaptive

7. Pemeriksaan fisik (*head totoe*)
 - a. Tanggal pemeriksaan fisikdilakukan
 - b. Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggotakeluarga
 - c. Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstermitas atas dan bawah, sistemgenitalia
 - d. Kesimpulan dari hasil pemeriksaanfisik
8. Harapankeluarga
 1. Terhadap masalah kesehatankeluarga
 2. Terhadap petugas kesehatan yangada

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 penelitian ini adalah termoregulasi tidak efektif 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).

c. *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 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 hygiene sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas 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. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, (Maryam, 2008). 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 termoregulasi tidak efektif 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* / dapatdicapai, R : *reality*, T : *time limited* / limit.

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 limpah, (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 teratasi 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 berupa (knowledge), sikap (attitude) dan perubahanprilaku.