

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metoda di mana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu, tehnik dan ketrampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien / keluarga. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang sequensial dan berhubungan : pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan. (Anisyah Iswara, 2020).

Asuhan keperawatan ialah suatu tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk kolaboratif , yaitu melakukan kerja sama dengan tim medis lainnya, dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistic atau menyeluruh sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab perawat terhadap tatanan pelayanan. Metode proses asuhan keperawatan sangat dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang sistemik dan rasional. Sehingga proses keperawatan dipahami sebagai : Cara berfikir dan bertindak yang special, pendekatan yang sistemik, kreatif untuk mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah kesehatan aktual dan potensial untuk mengidentifikasi kekuatan pasien dan mendukung kesejahteraan dan kerangka kerja dimana perawat menggunakan keterampilan untuk mengekspresikan human caring. (Melliany, 2019).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan bagian dari proses keperawatan yang dinamis dan terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar, diantaranya: pengumpulan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang akan dikaji, serta melakukan dokumentasi data dalam format yang dapat dibuka kembali. (Melliany, 2019).

a. Pengkajian Identitas Pasien

1) Nama

Nama pasien dan suami, untuk mempermudah perawat dalam mengetahui pasien, sehingga dapat diberikan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien, selain itu juga dapat mempererat hubungan antara perawat dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap perawat. Nama pasien harus lengkap dan jelas sesuai tanda pengenal, untuk memastikan bahwa yang di periksa benar – benar pasien yang di maksud sehingga dapat memberikan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien. Kesalahan idetifikasi dapat berakibat fatal baik secara medis, etika maupun hukum.

2) Umur

Untuk mengetahui apakah pasien memiliki usia resiko tinggi atau tidak, sehingga jika pasien berisiko dapat diantisipasi sedini mungkin. Terkadang di gunakan untuk memperkirakan kemungkinan penyakit yang di alami, beberapa kondisi khas untuk umur tertentu.

3) Pendidikan

Untuk mengetahui jenjang pendidikan pasien maupun suami sehingga bidan dapat menggunakan kata-kata yang sesuai dengan jenjang pendidikan pasien. Misalnya, penggunaan bahasa pada pasien yang pendidikan terakhirnya hanya Sekolah Dasar tentu saja berbeda dengan pasien yang pendidikan terakhirnya S1

4) Alamat

Untuk mempermudah perawat dalam memberikan asuhan dan menghubungi pasien dan keluarga.

5) Agama

Untuk memotivasi pasien dengan kata-kata yang bersifat religius, terutama pada pasien dengan gangguan psikologis.

6) Suku Bangsa

Untuk mengetahui kebudayaan dan perilaku/kebiasaan pasien, apakah sesuai atau tidak dengan pola hidup sehat. Berhubungan dengan kebiasaan tertentu atau penyakit yang berhubungan dengan ras/suku tertentu. Kepercayaan dan tradisi dapat menunjang atau menghambat hidup sehat.

7) Pekerjaan

Untuk mengetahui keadaan ekonomi pasien, sehingga saat diberikan asuhan dapat disesuaikan dengan kondisi ekonominya

8) No Telepon / HP

Untuk mempermudah perawat menghubungi pasien atau keluarga terdekat saat terjadi kondisi gawat darurat (Aulia et al., 2021).

b. Keluhan Utama

Gangguan terpenting yang dirasakan klien sampai perlu pertolongan, dan menyebabkan penderita datang berobat kemudian ditanya keluhan tambahan. Setiap pasien yang datang ke rumah sakit pasti mempunyai alasan. Menggali keluhan utama atau alasan datang bertujuan untuk mengetahui keluhan yang mendorong pasien untuk datang. Keluhan utama berbeda dengan alasan datang, alasan datang pasti akan berobat atau berkonsultasi, sedangkan keluhan utama lebih spesifik dari alasan datang contohnya mengenai penyakitnya atau masalah psikososial. Keluhan utama adalah alasan utama yang menyebabkan pasien datang memeriksakan diri atau dibawa keluarganya ke dokter atau rumah sakit. Keluhan utama merupakan titik tolak penelusuran informasi mengenai penyakit yang dialami pasien saat ini. Pengkajian keluhan utama untuk mempermudah perawat dalam memberikan asuhan dan menegakkan diagnosa pada

tahap selanjutnya, apakah keluhan pasien merupakan hal yang fisiologis atau patologis. Dalam mengkaji keluhan pasien agar efektif maka gunakan (PQRST)

P: provokatif / paliatif (faktor Penyebab keluhan yang dirasakan)

Q: kuantitas (kualitas dari masalah/ keluhan yang dirasakan klien)

R: region/radiasi (area atau tempat terjadinya masalah/keluhan yang dirasakan klien)

S: scale (seberapa besar keluhan atau masalah yang dirasakan klien)

T: timing (waktu keluhan/ masalah muncul atau berapa lama durasi) (Aulia et al., 2021).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang dirasakan pasien sejak gejala pertama sampai saat dilakukan, sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi (Aulia et al., 2021).

d. Riwayat Kesehatan Lampau

Catatan informasi tentang kesehatan seseorang . Riwayat medis pribadi dapat mencakup informasi tentang alergi, penyakit, operasi, imunisasi, dan hasil pemeriksaan dan tes fisik (Aulia et al., 2021).

e. Pemeriksaan Penunjang

Untuk kepentingan diagnosis, beberapa pemeriksaan penunjang diperlukan, baik pemeriksaan laboratorium maupun pemeriksaan pencitraan. Namun, pemeriksaan tersebut diperlukan terutama pada kasus berat. Untuk mempertegas diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding, maka pada kasus tertentu diperlukan pemeriksaan CT-Scan. Pemeriksaan penunjang lainnya adalah laringoskop atau bronkioskopi. Kedua pemeriksaan ini biasanya tidak diperlukan pada kasus dengan gejala yang khas, atau diagnosis dapat dibuat dengan mudah. (Bakhtiar, 2016).

Terkhusus pada pasien thypoid dapat dilakukan pemeriksaan serologi widal. Pemeriksaan serologi yang masih dikerjakan pada pasien yang dirawat dengan demam typhoid di Rumah Sakit adalah tes Widal. Nilai diagnostik tes Widal adalah melihat adanya kenaikan titer antibodi yang bermakna dalam darah terhadap antigen O (somatik) dan/atau antigen H (flagellar) Salmonella enterica serotype typhi pada 2 kali pengambilan spesimen serum dengan interval waktu 10-14 hari. Tes Widal merupakan tes aglutinasi yang digunakan dalam diagnosis serologi penyakit demam typhoid atau demam enterik. 7 Tes Widal mengukur level aglutinasi antibodi terhadap antigen O (somatik) dan antigen H (flagellar). Level tersebut diukur dengan menggunakan dilusi ganda serum pada tabung tes (Wardana et al., 2012).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan respon fisik, sosio-kultural, psikologis, dan spiritual klien terhadap masalah kesehatannya yang bersifat individual, sehingga diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam proses diagnostik. Penegakkan diagnosa keperawatan haruslah didukung sekelompok data dasar yang didapatkan oleh perawat saat melakukan pengkajian. Kelompok data ini disebut batasan karakteristik. Batasan karakteristik adalah indikator klinis yang merupakan tanda dan gejala objektif atau subjektif atau faktor risiko yang mendukung adanya kategori diagnostik. Indikator klinis yang akurat diperlukan untuk memvalidasi diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Keakuratan indikator klinis ditentukan dengan kemunculan batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan (etiologi) dari suatu diagnosa keperawatan. (Gloria, 2020)

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien thypoid dan pasien post operasi kista duktus

Pasien thypoid:

- a. Hipertermia berhubungan dengan infeksi bakteri
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis

Sedangkan asien post operasi kista duktus koledokus:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedu operasi)
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna mamkanan
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhnya kebutuhan klien (Namora Hasibuan, 2020).

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Untuk itu rencana tindakan yang baik tentunya harus berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan. oleh Hartati & Handoyono, 2010 (dikutip dalam Dwi Helga, 2020)

Tujuan perencanaan yaitu untuk mengantisipasi kemungkinan munculnya kembali masalah dengan menganalisis kondisi lingkungan internal maupun eksternal yang mengacu pada upaya pencapaian tujuan (Namora Hasibuan, 2020).

Intervensi keperawatan pada kasus thypoid (pasien 1)

Tabel 1.1

No	Diagonasa	Tujuan	Rencana
1.	<p>Hipertermia berhubungan infeksi bakteri Ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Demam Menggigil Pucat Kejang Suhu tubuh meningkat Suhu kulit meningkat <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan termogulasi teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Demam menurun Menggigil menurun Kejang menurun Pucat menurun Suhu tubuh membaik Suhu kulit membaik <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).</p>	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Observasi keadaan umum pasien Observasi tanda-tanda vital pasien <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan pasien untuk banyak minum Anjurkan pasien untuk banyak istirahat Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis Beri kompres hangat di beberapa bagian tubuh <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beri Health Education ke pasien dan keluarganya mengenai pengertian, penanganan, dan terapi yang diberikan tentang penyakitnya <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi/ delegatif dalam pemberian obat sesuai indikasi, contohnya : paracetamol <p>(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).</p>
2.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri abdomen Nafsu makan menurun Berat badan menurun di bawah rentang ideal Otot menelan melemah <p>(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status nutrisi teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Porsi makan yang habis membaik Nyeri abdomen menurun Kekuatan otot menelan meningkat Nafsu makan meningkat <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).</p>	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik Monitor asupan makanan Monitor berat badan Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan <p>(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).</p>

3.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis</p> <p>ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh nyeri Meringis Gelisah Sulit tidur Nadi meningkat <p>(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri teratasi</p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p>Observasi;</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgesik <p>(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</p>
----	--	--	---

Intervensi keperawatan pada kasus post operasi kista duktus koledokus (pasien 2)

Tabel 1.2

No	Diagnosa	Tujuan	Rencana
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedu operasi)</p> <p>Ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh nyeri Meringis Gelisah Sulit tidur Nadi meningkat <p>(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri teratasi</p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgesik <p>(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</p>
2.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>Ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri abdomen Nafsu makan menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status nutris[teratasi</p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Porsi makan yang habis membaik 	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik Monitor asupan makanan

	<p>c. Berat badan menurun di bawah rentang ideal</p> <p>d. Otot menelan melemah</p> <p>(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)</p>	<p>b. Nyeri abdomen menurun</p> <p>c. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>d. Nafsu makan meningkat</p> <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan <p>(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</p>
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>Ditandai dengan:</p> <p>a. Keluhan nyeri saat bergerak</p> <p>b. Pergerakan ekstremitas sulit</p> <p>c. Fisik lemah</p> <p>d. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>d. Keluhan nyeri saat bergerak memnurun</p> <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi • Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) • Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan ambulasi dini • Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan <p>(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</p>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Dwi Helga, 2020).

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Dwi Helga, 2020).

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Implementasi ini untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan (Dwi Helga, 2020).

Tujuan implementasi membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari. Memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien. Mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien (Sihaloho & Belakang, 2020).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses identifikasi untuk mengukur/menilai apakah suatu kegiatan atau juga program yang dilaksanakan itu sesuai dengan perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai. Terdapat juga yang mengatakan bahwa arti evaluasi ini ialah suatu kegiatan atau aktivitas mengumpulkan informasi mengenai kinerja sesuatu (metode, manusia, peralatan), yang mana informasi itu akan dipakai untuk bisa menentukan

alternatif terbaik didalam membuat keputusan. (Sihaloho & Belakang, 2020).

Evaluasi tersebut sangat dibutuhkan didalam berbagai bidang kehidupan manusia sehingga meningkatkan efektivitas serta juga produktivitas, baik itu dalam lingkup individu, kelompok, atau juga lingkungan kerja. Dibawah ini merupakan beberapa informasi yang didapatkan dari proses evaluasi diantaranya sebagai berikut:

- a. Tingkat kemajuan suatu kegiatan
- b. Tingkat pencapaian suatu kegiatan sesuai dengan tujuannya.
- c. Hal-hal yang harus dilakukan di masa mendatang
- d. Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
- e. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- f. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

(Sihaloho & Belakang, 2020)

Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana:

S: ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah di berikan implementasi keperawatan.

O: keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis. (Sihaloho & Belakang, 2020)

A. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar merupakan sesuatu yang sangat dibutuhkan oleh manusia untuk dapat mencapai kesejahteraan, sehingga bila kebutuhan tersebut ada yang tidak atau belum terpenuhi maka pastilah manusia akan merasa kurang sejahtera. Dapat dikatakan bahwa kebutuhan dasar adalah suatu hal yang harus ada, karena tanpa itu hidup kita menjadi tidak sejahtera atau setidaknya kurang sejahtera. (Juabdin Sada & Islam Negeri Raden Intan Lampung, 2017)

Abraham Maslow, membagi kebutuhan mendasar manusia dalam lima tingkat yaitu:

1. Kebutuhan fisiologis, yang merupakan kebutuhan paling mendasar dan memiliki tingkat prioritas tertinggi didalam kebutuhan. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang sangat mutlak yang harus terpenuhi oleh manusia untuk mulai bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari:
 - a. pemenuhan kebutuhan oksigen dan juga pertukaran gas,
 - b. kebutuhan akan cairan (minuman)
 - c. kebutuhan akan nutrisi (makanan)
 - d. kebutuhan akan eliminasi
 - e. kebutuhan akan istirahat serta tidur, kebutuhan aktivitas,
 - f. kebutuhan keseimbangan suhu tubuh
 - g. dan kebutuhan akan seksual
2. Kebutuhan kedua adalah kebutuhan akan adanya rasa aman dan kebutuhan akan perlindungan yang telah dibagi yaitu perlindungan fisik dan juga perlindungan psikologis.
3. Kebutuhan akan rasa cinta dan kasih akan rasa sayang tersebut yaitu kebutuhan untuk dapat memiliki dan dimiliki, antara lain dengan cara memberi dan saling menerima akan rasa kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapatkan tempat dalam keluarga, suatu kelompok social
4. Kebutuhan akan adanya perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan seperti ini terkait erat dengan adanya keinginan mendapatkan suatu kekuatan, untuk meraih prestasi, mendapatkan rasa yang percaya diri serta kemerdekaan diri. orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain
5. Dan yang terakhir/ke lima kebutuhan aktualiasasi diri, merupakan suatu kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa suatu kebutuhan untuk ikut serta pada orang lain/lingkungan guna mencapai potensi diri sepenuhnya (Juabdin Sada & Islam Negeri Raden Intan Lampung, 2017)

1. Konsep 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. 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 $98,0 - 98,6^{\circ}\text{F}$ atau $0,6^{\circ}\text{F}$ lebih tinggi bila diukur per rektal (Tyas et al., 2018).

2. 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. 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 memprakasai 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. (Tyas et al., 2018).

3. Faktor – faktor yang mempengaruhi suhu tubuh .

a. 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.

b. 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.

c. 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 porspirasi selama 30 detik sampai 5 menit. Pada periode ini terjadi peningkatan disebut hot flashes. Hal ini diakibatkan ketidakstabilan pengaturan vasomotor.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. Penyakit

Penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya kenaikan suhu tubuh diantaranya adalah :

1) 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, ruam, limfadenopati plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan dirongga tubuh. Sindrom renjatan dengue (dengue shock syndrome) adalah demam berdarah dengue yang ditandai oleh klasifikasi derajat penyakit infeksi virus dengue .

2) 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 endothelium atau endokardial dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi ke dalam sel fagosit mononuklear dari hati,

limpa, kelenjar limfe dan peyer's patch dan dapat menular pada orang lain melalui makan atau yang terkontaminasi.

3) Febris /demam

Demam adalah meningkatnya temperatur suhu tubuh secara abnormal (Tyas et al., 2018).

4. 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.

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)

5. 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
- 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/ μ 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 (Tyas et al., 2018).

C. Konsep Penyakit

1. Konsep Penyakit Thypoid

a. Pengertian

Demam typhoid atau sering disebut dengan tifus abdominalis adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multi sistemik yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi* (Hidayat Isnaeni, 2016).

b. Etiologi

Penyebab dari demam typhoid adalah bakteri *Salmonella Typhi*, termasuk dalam genus *Salmonella* yang tergolong dalam famili *enterobacteriaceae*. *Salmonella* bersifat bergerak, berbentuk batang, tidak membentuk spora, tidak berkapsul, gram (-). Tahan terhadap berbagai bahan kimia, tahan beberapa hari/ minggu pada suhu kamar, bahan limbah, bahan makanan kering, bahan farmasi dan tinja. *Salmonella* mati pada suhu 54.4° C dalam 1 jam, atau 60° C dalam 15 menit. *Salmonella* mempunyai antigen O (stomatik), adalah komponen dinding sel dari lipopolisakarida yang stabil pada panas, dan anti gen H (flagelum) adalah protein yang labil terhadap panas. Pada *S. typhi*, juga pada *S. Dublin* dan *S. hirschfeldii* terdapat anti gen Vi yaitu poli sakarida kapsul (Hidayat Isnaeni, 2016).

penyebab penyakit demam typhoid adalah jenis *salmonella thyposha*, kuman ini memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Hasil gram negatif yang bergerak dengan bulu getar dan tidak berspora.
- 2) Yang terdiri atas zat kompleks lipopolisakarida), antigen H (flagella), dan antigen Vi. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratoriu pasien, biasanya terdapat zat anti (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut (Hidayat Isnaeni, 2016).

c. Tanda dan Gejala

Masa inkubasi demam typhoid berlangsung antara 10-14 hari. Gejala- gejala klinis yang timbul sangat bervariasi dari ringan sampai dengan berat, dari asimtomatik hingga gambaran penyakit yang khas disertai komplikasi hingga kematian. Pada minggu pertama gejala klinis penyakit ini ditemukan keluhan dan gejala serupa dengan penyakit infeksi akut lain yaitu demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, obstipasi atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan epistaksis. Pada pemeriksaan fisik hanya didapatkan suhu badan meningkat. Sifat demam adalah meningkat perlahan –

lahan terutama pada sore hari hingga malam hari (Hidayat Isnaeni, 2016). Masa tunas 7-14 hari, selama inkubasi ditemukan gejala prodromal (gejala awal tumbuhnya penyakit/gejala yang tidak khas) yaitu:

- 1) Perasaan tidak enak badan
- 2) Nyeri kepala
- 3) Pusing
- 4) Diare
- 5) rtama: 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
- 6) Anoreksia
- 7) Batuk
- 8) Nyeri otot
- 9) Muncul gejala klinis yang lain

Demam berlangsung 3 minggu. Minggu pe membesar yang nyeri pada perabaan, gangguan pada kesadaran, kesadaran yaitu apatis-samnolen. Gejala lain ” bintik-bintik kemerahan karena emboli hasil dalam kapiler kulit (Hidayat Isnaeni, 2016).

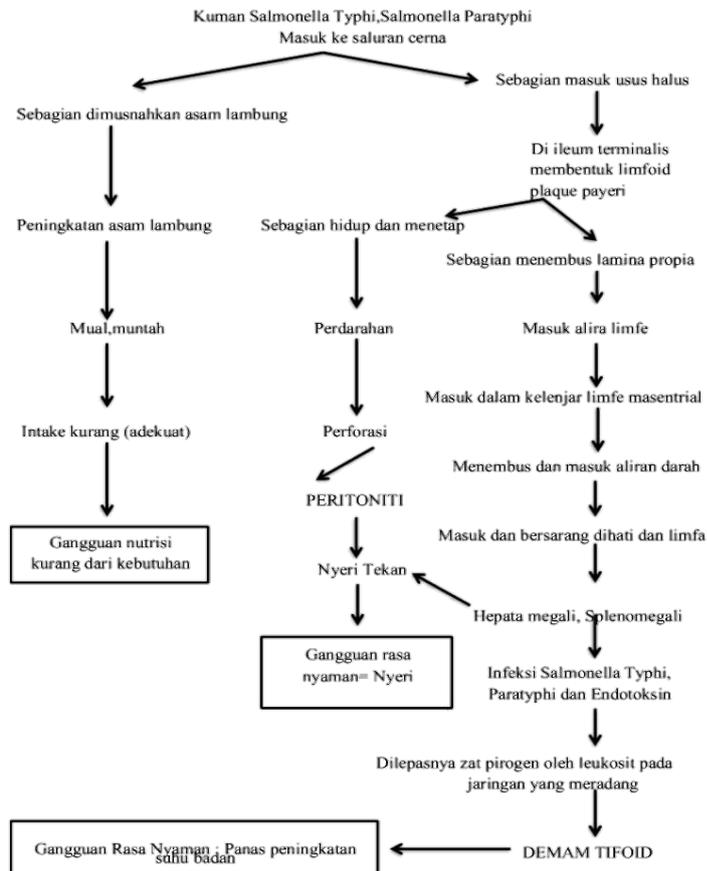
d. Patofisiologi

Bakteri Salmonella Typhi yang masuk ke saluran gastrointestinal akan di telan oleh sel-sel fagosit ketika masuk melewati mukosa dan oleh makrofag yang ada di dalam laminaprophia. Sebagian dari Salmonella Typhi ada yang dapat masuk ke usus halus mengadakan invaginasi kejarinagn limfoid usus halus (lakpeyer) dan jaringan limfoid mesenterika. Kemudian Salmonella Typhi masuk melalui folikel limfa ke saluran 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 limpa (Hidayat Isnaeni, 2016).

Usus yang terserang tifus umumnya ileum distal, tetapi kadang bagian lain usus halus dan kolon proksimal juga di hinggapi. Pada mulanya, plak Peyrter penuh dengan vagozit, membesar, menonjol, dan tampak seperti infiltrate atau hiperplasia mukosa usus. Pada akhir minggu pertama infeksi, terjadi nekrosis dan tukak. Tukak ini lebih besar di ileum daripada di kolon sesuai dengan ukuran plak Peyrter 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 dan fibrosis. Masuknya kuman ke dalam intestinal terjadi pada minggu pertama dengan tanda dan gejala suhu tubuh naik turun khususnya suhu akan naik pada malam hari dan akan menurun menjelang pagi hari. Demam yang terjadi pada masa ini disebut demam intermiten (suhu yang tinggi, naik turun, dan turunnya dapat mencapai normal). Disamping peningkatan suhu tubuh, juga akan terjadi obstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus, namun hal ini tidak selalu terjadi dan dapat pula terjadi sebaliknya. Setelah kuman melewati fase awal intestinal, kemudian masuk ke sirkulasi sistemik dengan tanda peningkatan suhu tubuh yang sangat tinggi dan tanda-tanda infeksi pada RES seperti nyeri perut kanan atas, splenomegali, dan hepatomegali (Hidayat Isnaeni, 2016).

e. Pathway



(Hidayat Isnaeni, 2016). Gambar 1.1

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

a) Pemeriksaan Leukosit

Pada kebanyakan kasus demam typhoid, jumlah leukosit pada sediaan darah tepi dalam batas normal, malahan kadang terdapat leukositosis, walaupun tidak ada komplikasi atau infeksi sekunder.

b) Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Jumlah SGOT dan SGPT akan meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh dari demam typhoid.

c) Tes Widal

Tes widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan anti bodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap salmonella terdapat dalam serum pasien demam typhoid, juga pada orang yang pernah ketularan salmonella dan pada orang yang pernah divaksinasi terhadap demam typhoid

d) Biakan Darah

Biakan darah positif memastikan demam typhoid, tetapi biakan darah negatif tidak menyingkirkan demam typhoid, karena pada pemeriksaan minggu pertama penyakit berkurang dan pada minggu-minggu berikutnya pada waktu kambuh biakan akan positif lagi. (Hidayat Isnaeni, 2016).

g. Penatalaksanaan

1) Tirah baring atau bed rest

2) Diit lunak atau diit padat rendah selulosa (pantang sayur dan buahan), kecuali komplikasi pada intestinal.

3) Obat-obat :

a) Antimikroba

- Kloramfenikol 4 X 500 mg sehari/iv
- Tiamfenikol 4 X 500 mg sehari oral
- Kotrimoksazol 2 X 2 tablet sehari oral (1 tablet = sulfametoksazol 400 mg + trimetoprim 80 mg) atau dosis yang sama iv, dilarutkan dalam 250 ml cairan infus
- Ampisilin atau amoksisilin 100 mg/kg BB sehari oral/iv, dibagi dalam 3 atau 4 dosis
- Antimikroba diberikan selama 14 hari atau sampai 7 hari bebas demam

- b) Antipiretik seperlunya
- c) Vitamin B kompleks dan vitamin C
- 4) Mobilisasi bertahap setelah 7 hari bebas demam (Hidayat Isnaeni, 2016).

2. Konsep Penyakit Kista Duktus Koledokus

a. Pengertian

Kista koledokus merupakan Kista choledochal merupakan masalah dengan tabung (saluran) yang membawa empedu dari hati anak ke kantong empedu dan ususnya. Tabung ini menjadi lebih besar dari normal (melebar) atau membentuk kantong pada tabung. Ini membuat empedu tidak mengalir dengan baik, yang dapat menyebabkan masalah hati. Umumnya kista koledokus dapat ditemukan pada setiap usia, sebanyak 2% ditemukan pada masa bayi, 60% sebelum usia 10 tahun dan 75% sebelum usia 20 tahun. Kista duktus koledokus adalah penyakit yang jarang, tetapi merupakan malformasi dari saluran empedu yang paling sering terjadi. Insidensi penyakit ini adalah sekitar 1 dalam 2.000.000 kelahiran hidup. Penyakit ini 2-10 kali lebih sering pada wanita dibandingkan pria (Regi et al., 2016) (Amy Tricynthia, 2017).

b. Etiologi

Etiologi dari kista duktus koledokus belum dapat diketahui dengan pasti, mungkin banyak faktor yang berperan. Diduga penyebabnya kongenital. Salah satu alasan mungkin ada hubungannya dengan pankreas. Biasanya, saluran dari pankreas menyatu dengan saluran empedu tepat sebelum masuk ke usus kecil. Otot di dinding usus membuat cairan pankreas tidak mengalir ke saluran empedu. Pada beberapa bayi, saluran dari pankreas bergabung dengan saluran empedu yang umum lebih tinggi, sehingga otot tidak dapat menjaga cairan pankreas keluar dari saluran empedu. Sebaliknya, cairan mengalir ke saluran empedu umum. Mereka dapat merusak dan melemahkan dinding saluran saat terbentuk. Infeksi dengan atau tanpa

refluks cairan pankreas mungkin merupakan faktor kausal (Amy Tricynthia, 2017).

c. Tanda dan Gejala Klinis

Pada kelompok infantile, yang berumur rata-rata tiga bulan memiliki gejala ikterus obstruksi/obstruksi empedu yaitu tersumbatnya saluran empedu yang membawa cairan empedu dari hati dan kandung empedu menuju usus halus, selain itu dapat dijumpai gejala seperti sakit perut pada kanan atas, mual dan muntah. Pada kelompok yang gejalanya timbul lambat, yaitu berumur rata-rata 9 tahun, mempunyai gejala berupa nyeri, massa di perut kanan atas, serta ikterus. Ikterus biasanya berhubungan dengan nyeri perut vagal. Sering penderita datang dengan gejala perforasi spontan (Amy Tricynthia, 2017).

d. Patofisiologi

Tidak ada teori yang kuat yang menyatakan tentang kista koledokus. Patogenesis kemungkinan multifaktor. Pada beberapa pasien dengan kista koledokus, terdapat hubungan anomali antara common bile duct dan pancreatic duct. Hal ini terjadi ketika duktus pankreatikus mengalirkan cairan ke common bile duct lebih dari 1 cm proksimal ke arah ampulla. Penyatuan abnormal ini menyebabkan sekresi pankreatik masuk ke common bile duct, dimana proenzim pankreatik menjadi aktif, sehingga dapat merusak dan melemahkan dinding bile duct. Selain itu penyebab lain adanya defek pada epitelisasi dan rekanalisasi dari perkembangan bile duct dan kelemahan kongenital dari dinding duktus. Hal ini juga menyebabkan terjadinya kista koledokus (Amy Tricynthia, 2017).

e. Pemeriksaan Penunjang

1) Ultrasonografi sebelum melahirkan

Terkadang dokter dapat menemukan kista choledochal pada USG sebelum bayi lahir (USG prenatal). Jika ini terjadi pada bayi Anda, dokter akan merencanakan tes dan perawatan yang

dibutuhkan bayi Anda setelah lahir. Namun dokter tidak selalu berhasil menemukan kista sebelum lahir.

2) Tes dan pemeriksaan laboratorium

Jika kista anak tidak terlihat tetapi anak memiliki gejala setelah mereka lahir, dokter anak akan menanyakan riwayat penyakit anak secara terperinci. Dokter akan melakukan pemeriksaan menyeluruh. Tidak ada tes darah untuk kista choledochal. Tetapi dokter dapat melakukan tes darah untuk memeriksa apakah saluran empedu anak meradang atau terinfeksi dan apakah hati mereka bekerja dengan baik.

3) Studi Pencitraan Tubuh

Dokter akan melakukan USG perut (abdomen) anak untuk memeriksa saluran empedu anak dan organ-organ lain di daerah tersebut. Studi pencitraan seperti ultrasound membantu dokter mengetahui apakah ada kista, di mana lokasi kista dan bagaimana bentuknya. Faktor-faktor ini membantu dokter anak merencanakan operasi untuk mengangkat kista.

4) Anak mungkin juga memerlukan studi pencitraan lain, seperti ini:

- a) Cholangiography: menyuntikkan pewarna (kontras) ke dalam saluran empedu anak dan kemudian mengambil sinar-X. Ini dapat dilakukan dengan 1 dari 2 cara. Salah satu caranya adalah menyuntikkan zat pewarna melalui kulit dan hati anak ke salurannya (percutaneous transhepatic cholangiography, PTC). Cara lainnya adalah dengan menyuntikkan pewarna melalui tabung kecil yang ditempatkan ke mulut anak dan turun ke tenggorokan mereka hingga ke usus mereka (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP).
- b) Pemindaian CT abdomen (computed tomography)
- c) Pemindaian MRI perut (magnetic resonance imaging)
- d) Pemindaian Hepatobiliary iminodiacetic acid (HIDA scan). melalui saluran empedu (Amy Tricynthia, 2017).

f. Penatalaksanaan

1) Pembedahan untuk kista tipe I

Untuk anak-anak dengan kista tipe I, operasi ini disebut Roux-en-Y hepaticojejunostomy. "Hepatic" berhubungan dengan hati. "Jejunum" merupakan segmen tengah dari usus kecil. Pada saat operasi, rumah sakit memberikan obat pada anak untuk membuat mereka tidur tanpa rasa sakit (anestesi umum). Dokter bedah akan memotong saluran empedu pada setiap sisi kista dan mengeluarkan kista. Selanjutnya ahli bedah akan memotong usus kecil. Dokter bedah membawa bagian bawah usus ke atas dan menjahitnya ke saluran empedu. Ini menjadikannya sebagai tabung lengkap baru. Empedu sekarang dapat mengalir dari hati anak ke usus mereka. Kemudian ahli bedah akan memotong lubang di sisi tabung baru. Dokter bedah membawa bagian atas usus ke bawah dan menjahitnya ke lubang ini. Sekarang makanan bisa berpindah dari perut anak ke usus mereka.

2) Pembersihan untuk jenis kista lainnya

Untuk anak-anak dengan jenis kista lain, prosedur yang dilakukan mungkin berbeda. Dokter bedah anak akan menjelaskan jenis operasi yang terbaik untuk anak dan akan menjelaskan langkah-langkahnya kepada Anda. Dalam kebanyakan kasus, tujuan operasi adalah sama—untuk menghilangkan kista yang ada di luar hati. (Pembedahan berbeda untuk kista tipe III, atau choledochocoele.) Jika kista di dalam hati dan menyebabkan masalah hati, anak mungkin perlu satu bagian (lobus) dari hati mereka dihapus. Ini jarang terjadi

3) Laparoskopi atau operasi terbuka

Beberapa anak dapat menjalani operasi melalui sayatan kecil (sayatan "lubang kunci") di perut mereka (operasi laparoskopi, atau prosedur invasif minimal). Dokter bedah dapat melakukan ini secara langsung atau dalam beberapa kasus dapat melakukannya dengan menggunakan robot da Vinci. Untuk

beberapa anak, ahli bedah perlu membuat satu sayatan lagi, yang disebut pendekatan terbuka, untuk mencapai kista dan usus. Dokter bedah anak akan menjelaskan metode yang terbaik untuk anak.

4) Setelah operasi

Setelah operasi, anak akan berada di ruang pemulihan selama sekitar satu jam. Kemudian mereka akan pergi ke kamar rumah sakit biasa dan akhirnya ke rumah. Biasanya, anak-anak dengan kista choledochal tinggal di rumah sakit selama 7 hari. Ini tergantung pada faktor-faktor seperti ketika anak kembali makan secara normal dan ketika rasa sakit mereka terkontrol dengan baik dengan obat-obatan yang diminum. Seringkali anak-anak membutuhkan drainase di sisi kiri perut mereka setelah operasi. Dalam kebanyakan kasus, rumah sakit akan menghilangkan ini sebelum anak pulang.

Anak akan melakukan kunjungan tindak lanjut dengan ahli bedah 2 hingga 3 minggu setelah operasi untuk memastikan sayatan mereka sembuh dengan baik. Setelah sembuh dari operasi, anak perlu melakukan kunjungan ke dokter dari waktu ke waktu untuk pemeriksaan rutin dan jika mereka memiliki gejala. Penting untuk memastikan empedu mereka terus mengalir dengan baik.

5) Obat untuk infeksi

Jika anak telah terinfeksi saluran empedu (kolangitis), dokter akan memberikan antibiotik kepada anak untuk melawan infeksi tersebut. Ini mungkin perlu dilakukan di rumah sakit. (Amy Tricynthia, 2017).

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Menurut (Baig Fitrihan Rukmanal et al., 2022) terdapat pengaruh signifikan kompres air hangat setelah dilakukan intervensi 3x24 jam terhadap penurunan suhu tubuh pada anak. Suhu tubuh responden sebelum kompres air hangat menunjukkan bahwa suhu tubuh minimum 37,7°C dan suhu tubuh maksimum 38,3 dengan nilai median 38 °C. Suhu tubuh

responden setelah kompres air hangat menunjukkan bahwa suhu tubuh minimum setelah dilakukan kompres hangat $36,7^{\circ}\text{C}$ dan suhu tubuh maksimum $37,4^{\circ}\text{C}$ dengan nilai median $37,0^{\circ}\text{C}$. Didapatkan selisih median $-1,0^{\circ}\text{C}$ atau setelah dilakukan perlakuan kompres hangat terjadi penurunan 1°C dengan nilai $p = 0,001$ atau $p < 0,005$ yang artinya Ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever.

Menurut penelitian yang dilakukan (Nofitasari et al., 2019) didapati kasus yaitu pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 31 Desember 2018 di bangsal Amarilis 2 di RSUD Dr. Adhyatma, MPH di dapatkan data identitas umum An V adalah seorang anak berumur 5 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat semarang. Pada tanggal 30 Desember pasien di bawa ke RSUD Dr. Adhyatma, MPH Semarang dan di rawat inap di bangsal Amarilis 2. Ibu pasien mengatakan pasien demam, dari pemeriksaan tanda- tanda vital, suhu tubuh $38,7^{\circ}\text{C}$, respirasi 24 x/menit, nadi 102 x/menit, pasien tampak gelisah, kulit pasien teraba hangat, akral pasien hangat, bukosa bibir kering, kulit tampak kering dan kemerahan. .Data subjektif : ibu pasien mengatakan pasien demam naik turun. Data objektif : pasien tampak gelisah, kulit pasien teraba hangat, akral pasien hangat, bukosa bibir kering, kulit tampak kering dan kemerahan, suhu tubuh pasien $38,7^{\circ}\text{C}$. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien An. V selama 3 hari yang pertama tanggal 31 Desember 2018 jam 09.10 WIB mengobservasi tanda-tanda vital, data subjektif : ibu pasien mengatakan anaknya panas, data objektif : pasien tampak lemas dan gelisah, kulit pasien teraba hangat, didapatkan data tanda-tanda vital : respirasi : 24x/menit, nadi : 102 x/menit, suhu : $38,7^{\circ}\text{C}$. Pada jam 09.40 WIB melakukan kompres hangat, data subjektif : ibu pasien mengatakan bersedia anaknya diberikan kompres hangat, data objektif : pasien tampak merasa nyaman saat diberikan kompres hangat selama 15 menit di dapatkan data tanda-tanda vital, respirasi : 22 x/menit, nadi : 98x/menit, suhu : $38,2^{\circ}\text{C}$. Pada jam 10.00 WIB menganjurkan pasien minum air putih, data subjektif : pasien mengatakan mau minum air putih, data objektif :

pasien tampak minum air putih. Pasien sebelum diberikan terapi kompres hangat suhu pasien $38,7^{\circ}\text{C}$ dan setelah dilakukan terapi kompres hangat selama 15 menit suhu tubuh menjadi $38,2^{\circ}\text{C}$. Evaluasi keperawatan pada yang dilakukan selama 3 hari didapatkan hasil Pada An V sebelum diberikan terapi kompres hangat dihari pertama didapatkan suhu tubuh yaitu $38,8^{\circ}\text{C}$ dan mengalami penurunan menjadi $38,2^{\circ}\text{C}$. Pada hari kedua terdapat penurunan suhu tubuh yang awalnya suhu tubuh $38,1^{\circ}\text{C}$ menjadi $37,8^{\circ}\text{C}$. Pada hari ketiga mengalami penurunan suhu tubuh yang awalnya $37,9^{\circ}\text{C}$ menjadi $37,6^{\circ}\text{C}$. Perubahan suhu tubuh An V untuk 3 hari diperoleh rata-rata $0,4^{\circ}\text{C}$. Evaluasi pasien tersebut menunjukkan bahwa penerapan terapi kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh pada anak demam typhoid yang mengalami hipertermia. Karena sebelum terapi kompres hangat dicek suhu tubuh anak terlebih dahulu, dan anak mengalami hipertermia. Adapun pasien sebelumnya $38,8^{\circ}\text{C}$ dan selama 3 hari $37,9^{\circ}\text{C}$ dan nilai. Pasien tersebut berpengaruh menurunkan suhu tubuh pada pasien demam typhoid dengan menggunakan terapi kompres hangat.

Menurut penelitian yang dilakukan (Gunarti et al., 2017) ditemukan Seorang pasien perempuan umur 8 bulan datang ke rumah sakit rujukan dari RS P dengan kolestasis. Delapan bulan sebelum masuk rumah sakit anak lahir spontan, cukup bulan dengan berat badan lahir 2,5 kg. Ibu sudah melihat BAK seperti air teh tapi tidak diperiksakan. Empat bulan sebelum masuk rumah sakit, anak menjadi kuning, BAB seperti dempul, BAK seperti air teh, kemudian diperiksakan ke RSUD M. Hasil laboratorium darah saat itu adalah IgG CMV positif, SGOT 443, SGPT 228, GGT 1417, ALP 824. Dilakukan USG dengan sebelumnya puasa 12 jam hasil menurut orang tuanya baik. Anak didiagnosis kolestasis dan mendapat terapi rutin urdalfalk, elkana, inj Vit K tiap bulan. Anak rutin kontrol tiap bulan.

Dua hari sebelum masuk rumah sakit anak demam, perut tampak membesar, terdapat bengkak pada kaki, tidak ada sesak tidak ada kejang. Anak dirawat di RS P dilakukan pemeriksaan laboratorium darah dengan hasil Hb 4,9, AL 57.900, AT 312,000 anak didiagnosis anemia mendapat terapi

antibiotik, analgesik, injeksi vitamin K, tranfusi PRC dan disarankan rujuk ke RSUP Dr. Sardjito.

Hasil pemeriksaan fisik pada saat masuk rumah sakit, kondisi umum pasien tampak lemah tapi masih compos mentis. Untuk abdomen tampak distensi, peristaltik normal. Hati teraba 8 cm di bawah arkus kosta dengan liver span 13 cm, berbenjol-benjol. Lien teraba Schuffner III. Pasien kemudian diperiksa laboratorium darah dan foto toraks. Hasil foto toraks dikesankan cardiomegaly dengan kecurigaan RVH dan RAH.

Pasien ini dilakukan pemeriksaan ultrasonografi di mana tampak lesi anekoik batas tegas membulat dinding ireguler, multipel di ekstrahepatic bile duct, tampak dinding sistema biliaris menebal. Ukuran dan ekostruktur vesika felea normal dengan dinding menebal. Pada hepar tampak ekostruktur meningkat inhomogen, tampak pelebaran IHBD. Hasil pemeriksaan USG tersebut dikesankan mengarah gambaran choledochal cyst di ekstrahepatic bile duct disertai pelebaran intrahepatic bile duct dengan tanda-tanda cholangitis dan mengarah gambaran diffuse parenchymal liver disease dengan kecurigaan abses hepar multipel. Disarankan CT-scan abdomen dengan kontras.

Kemudian dilakukan pemeriksaan CT-scan abdomen dengan kontras, tampak lesi hipodens (7,5 HU) batas tegas bentuk bulat multipel di common bile duct ukuran 4,5 x 3 x 3,5 cm dan 1,8 x 1,55 x 2,41 cm di mana paska-pemberian kontras tak tampak enhancement. Pada hepar tampak densitas meningkat inhomogen, ekostruktur kasar, struktur bilier intra-hepatal melebar (2,8 – 5,9 mm), vaskuler intrahepatal tak prominen. Hasil CT-scan tersebut dikesankan mengarah gambaran kista duktus koledokus tipe IV dengan fibrosis hepar, ascites minimal, tak tampak massa di hepar, dan distensi sebagian kolon.

Kemudian dilakukan prosedur laparotomi dengan diagnosis pra-bedah dan paska-bedah adalah kista common bile duct. Tindakan yang dilakukan adalah laparotomi kistektomi, shunting kista-jejunosomi, shunting jejeno-jejunosomi Roux-en-Y. Tiga hari setelah operasi pasien meninggal karena syok septik