

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Anak

2.1.1 Pengertian Anak

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam (Yulastuti & Nining, 2019).

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung

sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang (Yulastuti & Nining, 2019).

2.1.2 Kebutuhan dasar anak

Kebutuhan dasar untuk tumbuh kembang anak secara umum digolongkan menjadi kebutuhan fisik –biomedis (asuh) yang meliputi, pangan atau gizi, perawatan kesehatan dasar, tempat tinggal yang layak, sanitasi, sandang, kesegaran jasmani atau rekreasi. Kebutuhan emosi atau kasih sayang (Asih), pada tahun pertama kehidupan, hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu atau pengganti ibu dengan anak merupakan syarat yang mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental maupun psikososial. Kebutuhan akan stimulasi mental (Asah), stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental ini mengembangkan perkembangan mental psikososial diantaranya kecerdasan, keterampilan, kemadirian, kreativitas, agama, kepribadian dan sebagainya (Ngastiyah, 2019).

2.1.3 Tingkat Pertumbuhan

Menurut Damayanti (2022), tingkat pertumbuhan sebagai berikut:

2.1.3.1 Bayi 0-1 bulan

Pada tahap ini, bayi akan kehilangan sekitar 10% berat badan pada hari kedua setelah lahir. Namun hal ini merupakan hal yang normal. Dia akan mendapatkan berat lahirnya kembali ketika memasuki minggu kedua. Setelah itu, berat bayi akan

bertambah 30 gram setiap harinya. Dalam 1 bulan panjang badan bayi juga akan bertambah sekitar 3-4 cm dari panjang lahirnya. Selain itu, lingkaran kepala juga akan bertambah hingga 2,5 cm. Mata bayi pada tahap ini normal terlihat seperti belum fokus dan kadang terlihat seperti juling.

2.1.3.2 Bayi 1-3 bulan

Pada tahap ini, berat bayi akan bertambah sekitar 680-910 gram setiap bulannya. Panjang badan akan bertambah sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Lingkaran kepala juga akan bertambah sekitar 1,25 cm setiap bulan.

2.1.3.3 Bayi 4-6 bulan

Pertumbuhan bayi pada usia ini, sudah memiliki berat badan sekitar 2 kali berat lahir. Panjang badannya bertambah sekitar 1,25-2,5 cm per bulannya. Lingkaran kepala juga bertambah sekitar 1,25 cm per bulannya.

2.1.3.4 Bayi 7-9 bulan

Pada tahap ini pertumbuhan bayi umumnya bertambah berat sekitar 450 gram setiap bulannya. Biasanya bayi laki-laki akan lebih berat dibandingkan perempuan. Setiap bulannya bayi akan bertambah sekitar 1,25 cm dan lingkaran kepala 0,6 cm.

2.1.3.5 Bayi 10-12 Bulan

Bayi akan meraih 3 kali berat badan lahirnya pada saat usia 1 tahun. Panjang badan dan lingkaran kepala akan bertambah sekitar 0,6 cm per bulannya.

2.1.4 Tingkat Perkembangan

Menurut Damayanti (2022), karakteristik anak sesuai tingkat perkembangan:

2.1.4.1 Usia bayi (0-1 tahun)

Pada masa ini bayi belum dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan kata-kata. Oleh karena itu, komunikasi

dengan bayi lebih banyak menggunakan jenis komunikasi non verbal. Pada saat lapar, haus, basah dan perasaan tidak nyaman lainnya, bayi hanya bisa mengekspresikan perasaannya dengan menangis. Walaupun demikian, sebenarnya bayi dapat berespon terhadap tingkah laku orang dewasa yang berkomunikasi dengan caranya non verbal, misalnya memberikan sentuhan, dekapan, dan menggendong dan berbicara lemah lembut. Ada beberapa respon non verbal yang bisa ditunjukkan bayi misalnya menggerakkan badan, tangan dan kaki. Hal ini terutama terjadi pada bayi kurang dari 6 bulan sebagai cara menarik perhatian orang. Oleh karena itu, perhatian saat berkomunikasi dengannya jangan langsung menggendong atau memangkunya karena bayi akan merasa takut. Lakukan komunikasi terlebih dahulu dengan ibunya. Tunjukkanlah bahwa kita ingin membina hubungan yang baik dengan ibunya.

2.1.4.2 Usia pra sekolah (2-5tahun)

Karakteristik pada masa ini terutama pada anak di bawah 3 tahun adalah sangat egosentris. Selain itu anak juga mempunyai perasaan takut pada ketidaktahuan sehingga anak perlu diberi tahu tentang apa yang akan terjadi padanya. Misalnya, pada saat akan di ukur suhu, anak akan merasa melihat alat yang akan ditempelkan ke tubuhnya. Oleh karena itu jelaskan bagaimana akan merasakannya. Beri kesempatan padanya untuk memegang thermometer sampai ia yakin bahwa alat tersebut tidak berbahaya untuknya. Dari hal bahasa, anak belum mampu berbicara fasih. Hal ini disebabkan karena anak belum mampu berkata kata 900-1200 kata. Oleh karena itu saat menjelaskan, gunakan kata kata yang sederhana, singkat dan gunakan istilah yang dikenalnya. Berkomunikasi dengan anak melalui objek transisional seperti boneka, berbicara dengan

orangtua bila anak malu malu, beri kesempatan pada yang lebih besar untuk berbicara tanpa keberadaan orang tua. Satu hal yang akan mendorong anak untuk meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi adalah dengan memberikan pujian atas apa yang telah dicapainya.

2.1.4.3 Usia sekolah (6-12 tahun)

Anak pada usia ini sudah sangat peka terhadap stimulus yang dirasakan yang mengancam keutuhan tubuhnya. Oleh karena itu, apabila berkomunikasi dan berinteraksi sosial dengan anak di usia ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti anak dan berikan contoh yang jelas sesuai dengan kemampuan kognitifnya. Anak usia sekolah sudah lebih mampu berkomunikasi dengan orang dewasa. Perbendaharaan katanya sudah banyak sekitar 3000 kata dikuasai dan anak sudah mampu berfikir secara konkret.

2.1.4.4 Usia remaja (13-18 tahun)

Fase remaja merupakan masa transisi atau peralihan dari akhir masa anak anak menuju masa dewasa. Dengan demikian, pola pikir dan tingkah laku anak merupakan peralihan dari anak anak menuju dewasa. Anak harus diberi kesempatan untuk belajar memecahkan masalah secara positif. Apabila anak merasa cemas atau stress, jelaskan bahwa ia dapat mengajak bicara teman sebaya atau orang dewasa yang ia percaya. Menghargai keberadaan identitas diri dan harga diri merupakan hal yang prinsip dalam berkomunikasi. Luangkan waktu bersama dan tunjukan ekspresi wajah bahagia

2.1.5 Tugas Perkembangan

Menurut Hidayat (2020), tugas perkembangan anak adalah tugas yang harus dilakukan dan dikuasai individu pada tiap tahap perkembangannya.

- 2.1.5.1 Tugas perkembangan 0-2 tahun adalah berjalan, berbicara, makan makanan padat, kestabilan jasmani.
- 2.1.5.2 Tugas perkembangan anak usia 3-5 tahun adalah mendapat kesempatan bermain, bereksperimen dan bereksplorasi, meniru, dan mengenal jenis kelamin, membentuk pengertian sederhana mengenai kenyataan sosial dan alam, belajar mengadakan hubungan emosional, belajar membedakan salah dan benar serta mengembangkan kata hati juga proses sosialisasi.
- 2.1.5.3 Tugas perkembangan usia 6-12 tahun adalah belajar menguasai keterampilan fisik dan motorik, membentuk sikap yang sehat mengenai diri sendiri, belajar bergaul dengan teman sebaya, memakai peranan sesuai dengan jenis kelamin, mengembangkan konsep yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari, mengembangkan keterampilan yang fundamental, mengembangkan pembentukan kata hati, moral dan skala nilai, mengembangkan sikap yang sehat terhadap kelompok sosial dan lembaga.
- 2.1.5.4 Tugas perkembangan anak usia 13 -18 tahun adalah menerima keadaan fisiknya dan menerima perannya sebagai perempuan dan laki laki, menyadari hubungan hubungan baru dengan teman sebaya dan kedua jenis kelamin, menemukan diri sendiri berkat refklesi dan kritik terhadap diri sendiri, serta mengembangkan nilai nilai hidup

2.2 Konsep Dasar Febris

2.2.1 Pengertian Febris

Febris atau Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada anak merupakan akibat 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 (Hidayat, 2020).

Demam adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh ketika suhu meningkat melebihi suhu tubuh normal ($>37,5^{\circ}\text{C}$). Demam terjadi pada suhu $>37,2^{\circ}\text{C}$, biasanya disebabkan oleh infeksi (bakteri, virus, jamur, atau parasit), penyakit autoimun, keganasan, ataupun obat-obatan (Hartini, 2019). Observasi febris (OF) merupakan demam yang belum terdiagnosa dan mengevaluasi gejala demam untuk mendiagnosa suatu penyakit (Carpenito, 2019).

Dapat disimpulkan bahwa Observasi febris (OF) adalah pemantauan terhadap demam untuk mengetahui perkembangan demam dan mencari solusi terhadap demam tersebut. Dalam diagnosis Observasi Febris (OF) tidak selalu demam biasa, pada sebagian kasus dapat menjadi gejala awal Demam Berdarah Dengue (DBD), Typhoid (tifus), Malaria, demam pasca imunisasi, dan lain-lain.

2.2.2 Klasifikasi Febris atau Demam

Menurut Nurarif & Kusuma (2019) klasifikasi demam adalah sebagai berikut:

2.2.2.1 Demam septik

Suhu badan berangsur naik ketinggian yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ketinggian diatas normal pada pagi hari. Sering disertai keluhan menggigil dan berkeringat. Bila demam yang tinggi tersebut turun ketinggian yang normal dinakaman juga demam hektik.

2.2.2.2 Demam remiten

Suhu badan dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah

mencapai suhu badan normal. Penyebab suhu yang mungkin tercatat dapat mencapai dua derajat dan tidak sebesar perbedaan suhu yang dicatat demam septik.

2.2.2.3 Demam intermiten

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

2.2.2.4 Demam kontinyu

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

2.2.2.5 Demam siklik

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

2.2.3 Etiologi

Peningkatan suhu tubuh ini disebabkan oleh beredarnya suatu molekul kecil di dalam tubuh kita yang disebut dengan pirogen, yaitu zat pencetus panas. Biasanya penyebab demam sudah bisa diketahui dalam waktu satu atau dua hari dengan pemeriksaan medis yang 7 terarah. Secara umum, penyebab demam adalah: Penyakit infeksi, penyakit kolagen, keganasan, dehidrasi, penyakit latrogenik, gangguan di susunan saraf pusat, penyakit darah, kerusakan jaringan, penyakit spesifik, hipertermia, tak terdiagnosis (*fever of unknown origin = fou*), demam dibuat-buat, demam karena obat (*drug fever*) (Umar, 2022).

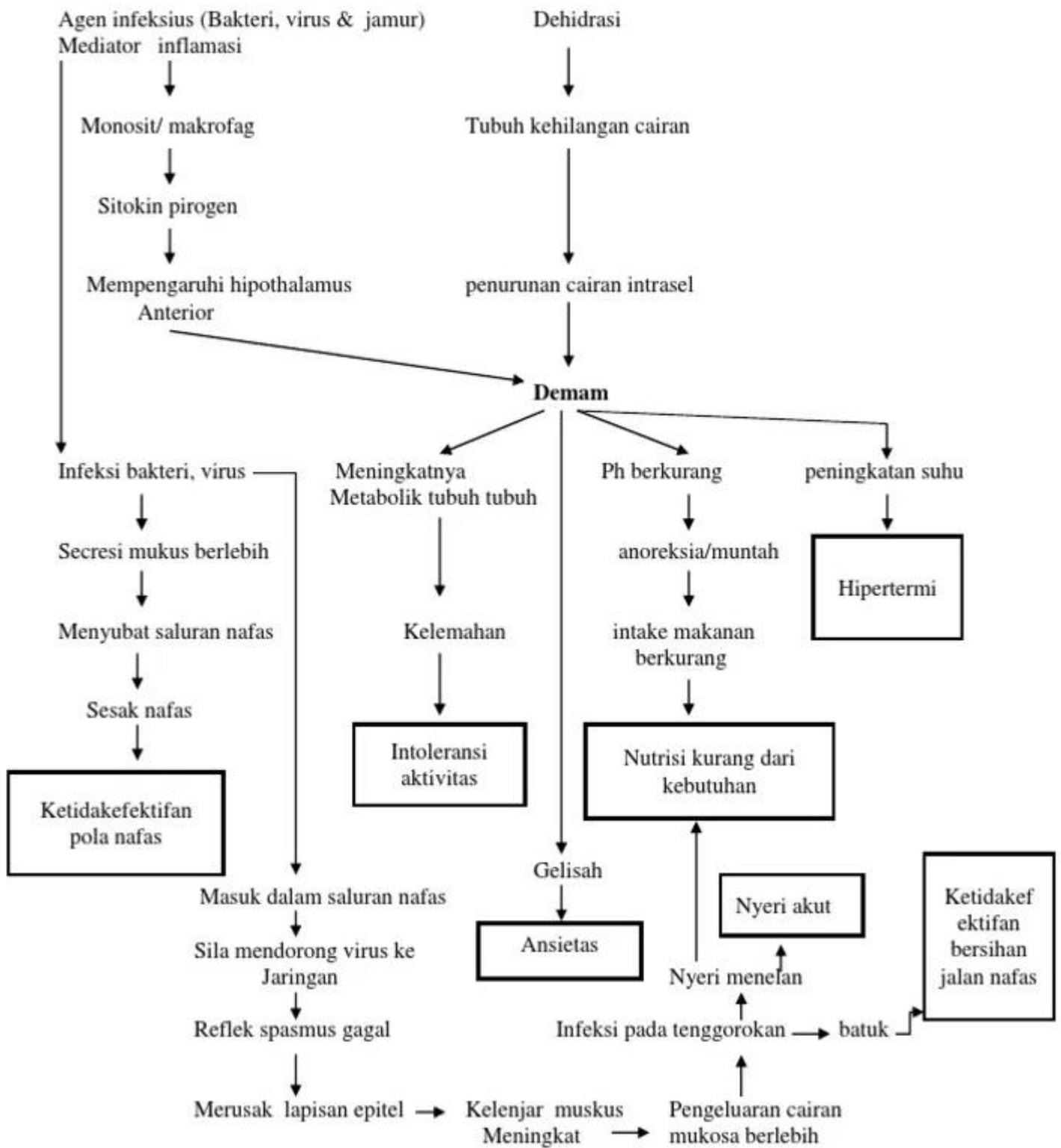
2.2.4 Patofisiologi

Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan non infeksi berinteraksi dengan mekanisme pertahanan hospes. Saat mekanisme ini berlangsung

bakteri atau pecahan jaringan akan difagositosis oleh leukosit, makrofag, serta limfosit pembunuh yang memiliki granula dalam ukuran besar. Seluruh sel ini kemudian mencerna hasil pemecah bakteri, dan melepaskan zat interleukin ke dalam cairan tubuh (zat pirogen leukosit/ pirogen endogen) (Sodikin, 2022).

Pada saat interleukin-1 sudah sampai ke hipotalamus akan menimbulkan demam dengan cara meningkatkan temperature tubuh dalam waktu 8-10 menit. Interleukin-1 juga memiliki kemampuan untuk menginduksi pembentukan prostaglandin ataupun zat yang memiliki kesamaan dengan zat ini, kemudian bekerja dibagian hipotalamus untuk membangkitkan reaksi demam. Karena cairan dan elektrolit ini dapat mengakibatkan demam, mempengaruhi keseimbangan tremogulasi di hipotalamus anterior. Jadi apabila terjadi dehidrasi atau kekurangan cairan dan elektrolit maka keseimbangan tremogulasi di hipotalamus anterior mengalami gangguan (Corwin, 2021)

PATHWAY FEBRIS



Sumber: Potter & Perry (2019)

2.2.5 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala terjadinya demam adalah: Anak rewel (suhu tubuh lebih tinggi dari $37,5^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$), kulit kemerahan, hangat pada sentuhan, peningkatan frekuensi pernapasan, mengigil, dehidrasi, kehilangan nafsu makan, sakit kepala (Potter & Perry, 2019)

2.2.6 Komplikasi

Menurut Nurarif & Kusuma (2019) komplikasi dari demam adalah : pertama dehidrasi yaitu proses meningkatnya penguapan cairan tubuh akibat demam. Kedua kejang demam, kejang jarang sekali terjadi perbandingannya antara 1 dari 30 anak menderita demam, kejang sering ditemui pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun. Serangan kejang berlangsung dalam waktu 24 jam pertama demam dan umumnya sebentar serta tidak berulang.

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Potter & Perry (2019), Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah:

2.2.7.1 Laboratorium

- a. Tes urine dengan melihat warna, konsentrasi, dan kandungan dari urine yang dihasilkan.
- b. Tes panel metabolisme untuk mengetahui kondisi tubuh terkait dengan metabolisme, seperti ginjal dan hati. Beberapa pemeriksaan yang terkait dengan hal ini adalah kadar gula, protein, kalsium, elektrolit, ginjal dan hati.
- c. Tes darah untuk mengetahui jumlah komponen dari darah seseorang.

2.2.7.2 Foto Rontgent

2.2.7.3 Ultrasonografi (USG)

2.2.7.4 Endoskopi/ Scanning

2.2.8 Penatalaksanaan Demam

Menurut Wardiyah, (2021) penanganan demam penanganan terhadap demam dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis dan non farmakologis serta kombinasi dari keduanya, berikut tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani demam pada anak :

2.2.8.1 Tindakan farmakologis Tindakan farmakologis dapat dilakukan dengan memberikan antipiretik berupa: Paracetamol dan Ibuprofen

2.2.8.2 Tindakan non farmakologis

Menurut Nurarif & Kusuma (2019) tindakan nonfarmakologis terhadap demam antara lain : Memberikan minum air yang banyak, tempatkan di ruang suhu normal, tidak menggunakan pakaian yang tebal, memberikan kompres hangat (*Taped Water Sponge*). Penelitian Suntari (2019) didapatkan bahwa penggunaan *Taped Water Sponge* pada anak yang mengalami peningkatan suhu tubuh didapatkan hasil analisis rata-rata penurunan suhu pada kelompok tepid water sponge yaitu 0,993 0 C, sedangkan pada kelompok kompres hangat yaitu 0,54 0 C. Hasil penelitian diuji dengan paired-samples t-test dan independentsamples t-test didapatkan hasil $p=0,0001$ ($p<0,05$). Hal ini sejalan dengan penelitian Haryani (2020) juga menemukan suhu sebelum sebelum dilakukan *tepid water sponge* sebagian besar (73, 34 %) berada pada suhu 38-39° Celcius. Suhu tubuh setelah dilakukan tepid sponge sebagian besar (63 %) berada pada suhu 37 -38° Celsius. Perbedaan suhu tubuh anak pada uji t berpasangan untuk kelompok intervensi diperoleh nilai signifikansi 0.000 ($p < 0.05$).

2.3 Konsep dasar asuhan keperawatan anak dengan Febris

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses sistematis dari

pengumpulan, verifikasi, dan proses komunikasi data tentang klien. Fase proses keperawatan ini mencakup dua langkah antara lain pengumpulan data dari sumber primer (klien) dan sumber sekunder (keluarga, tenaga kesehatan) dan analisis data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan (Nursalam, 2019).

2.3.1.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan ialah tahap yang paling awal dan dasar di dalam proses asuhan keperawatan selain itu tahap yang paling menentukan bagian dari tahap selanjutnya, kemampuan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada di tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan yang akan muncul oleh karenanya, pada tahap pengkajian ini harus dilakukan dengan cermat dan teliti hingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien bisa teridentifikasi (Nursalam, 2019). Menurut Nurarif & Kusumah, (2019), pengkajian keperawatan meliputi riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, kemampuan fungsi motorik dan perubahan psikologis.

- a. Biodata: Meliputi; identitas pasien, identitas orang tua, identitas saudara kandung
- b. Keluhan utama atau alasan masuk rumah sakit Keluhan utama harus dengan jelas dan singkat, biasanya 2 ataupun 3 kata yang menjadi penyebab keluhan pasien meminta pertolongan kepada pelayanan kesehatan seperti misalnya pada ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh klien menyatakan mual, muntah dan tidak nafsu makan
- c. Riwayat Kesehatan
 - 1) Riwayat kesehatan sekarang: Pengkajian yang dilakukan meliputi; alasan yang menyebabkan terjadinya keluhan misalnya perawat mengkaji lamanya dan sering atau tidaknya mual muntah yang

dialami pasien

- 2) Riwayat kesehatan lalu (Khusus untuk anak usia 0-5 tahun): Dalam pengkajiannya meliputi prenatal care, natal dan postnatal (Untuk semua usia): Melakukan pengkajian tentang riwayat penyakit yang pernah dialami dan adakah riwayat alergi dan bagaimana perkembangan anak di banding dengan saudara-saudaranya.
- 3) Riwayat kesehatan keluarga: Mengetahui riwayat penyakit keluarga atau penyakit keturunan seperti, adakah keluarga yang menderita asma, hipertensi, penyakit jantung dll. Serta melakukan pengkajian tentang genogram pasien dari ketiga generasi. d. Riwayat imunisasi : Meliputi jenis imnisasi yang pernah dilakukan, usia pemberiannya dan bagaimana reaksi pasien setelah pemberian imunisasi
- 4) Riwayat tumbuh kembang
 - (1) Pertumbuhan fisik: Bagaiman tumbuh kembang anak yang dikaji seperti BB, TB, dan waktu tumbuh gigi
 - (2) Perkembangan tiap tahap: Mengetahui usia anak disaat ia sduah mampu berguling, duduk, merangkak, berdiri, berjalan, kapan awal mulanya pasien bisa senyum kepada orang lain, berbicara pertama kali serta kapan anak menggunakan pakaian tanpa dibantu dengan ibunya.
- 5) Riwayat nutrisi : Melakukan pengkajian terkait apakah pasien di saat lahir langsung diberikan Asi kepada ibunya atau memberikan susu furnmola dan juga mengkaji tentang pola perubahan nutrisi tiap

tahapan usia contohnya usia 0-4 bulan jenis nutrisi yang diberikan ialah ASI dengan lama pemberiannya 2 tahun dst.

- 6) Riwayat Psikososial: Yang di mana meliputi informasi mengenai perilaku maupun perasaan serta emosi yang dialami penderita yang berhubungan, serta tanggapan keluarga terhadap penyakit yang diderita klien.
- 7) Riwayat spritual: Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan pasien dan bagaimana support dari dalam kelurga
- 8) Reaksi hospitalisasi: Mencari informasi bagaimana pemahaman baik kelurga maupun pasien tentang sakit dan rawat inap
- 9) Aktivitas sehari-hari meliputi:
 - (1) Nutrisi: Kecenderungan BB penderita demam thypoid akan mengalami perubahan yang dimana berat badan akan mengami penurunan disebabkan oleh kurangnya nafsu makan pasien. Pada penderita pasien demam thypoid yang akan dirasakannya seperti rasa mual, muntah, anorexia kemungkinan juga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Nugroho, 2020)
 - (2) Cairan : Penderita demam thypoid bisa saja kekurangan cairan apabila pemasukan dan pengeluaran cairan tidak seimbang
 - (3) Eliminasi: Pada demam thypoid ini bisa saja terjadi konstipasi dan diareatau mungkin normal. Pada sistem integument dengan demam thypoid ditemukan gejala seperti dada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan reseola (bintik-

bintik kemerahan karena emboli hasil dalam kepiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam (Sodikin, 2022)

- (4) Istirahat tidur: Selama sakit penderita biasanya mengeluh tidak dapat beristirahat karena pasien merasa sakit perut ataupun mual.
- (5) Olahraga: Selama sakit pasien biasanya tidak lagi bisa berolahraga seperti saat sebelum ia sakit, karena pada demam thypoid cenderung lemas, dan dianjurkan untuk lebih banyak beristirahat
- (6) Personal hygiene: Disaat sakit pasien terkadang enggang untuk membersihkan diri, seperti mandi, gosok gigi, keramas dll hal itu dikarenakan kondisi dari pasien itu sendiri
- (7) Pola aktivitas dan latihan: Aktivitas pasien akan terganggu tirah barig yang diakibatkan oleh baring total, agar tidak terjadi komplikasi maka segala kebutuhan pasien dibantu.
- (8) Rekreasi: Dalam pengkajiannya meliputi perasaan saat anak sekolah, perasaan setelah rekreasi, waktu luang, waktu senggang keluarga, dan kegiatan dihari libur dikaji disaat sebelum sakit dan selama sakit.

10) Pemeriksaan Fisik

- (1) Keadaan umum: Umumnya pasien merasa lemas dan akral panas
- (2) Tingkat kesadaran: Perlu di observasi lebih lanjut karna penderita akan mengalami penurunan kesadaran seperti apatis atau somnollen walaupun tidak merosot.
- (3) TTV: Tekanan darah pada penderita demam

thypoid normal 110/80-120/80 mmHg, dan suhu tubuh akan meningkat yang disebabkan oleh salmonella thypi hingga 39 o o C-40 C , respirasi akan mengalami peningkatan atau tidak karna pasien demam thypoid bisa mengalami sesak nafas, nadi akan normal/tidak

- (4) Antopometri: Mengetahi TB, BB, LILA, lingkar kepala, lingkar dada, perut, dan skin flod
- (5) Sistem pernapasan: Pemeriksaan hidung; inspeksi tidak terdapat cuping hidung, palpasi; tidak ada nyeri tekan. Leher; inspeksi tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada; inspeksi dada normal, simetris antara kiri dan kanan, auskultasi tidak ada suara napas tambahan, seperti ronchi, wheezing, stridor dll
- (6) Sistem Cardiovaskuler : Konjungtiva tidak anemis, tidak ada anemia. Inspeksi ukuran jantung normal, Auskultasi suara jantung S1 lub S2 dub, CRT > 2 detik.
- (7) Sistem pencernaan: Skelera; tidak ikterus, bibir pucat dan kering. Mulut; kemampuan menelan baik. Gaster; terdapat nyeri tekan. Abdomen; inspeksi hati, ginjal dan bunyi paristaltik usus. Anus; tidak ada lecet dan hemoroid
- (8) Sistem indra: Mata; periksa keadaan kelopak mata, bulu mata serta lapang pandang. Hidung; penciuman baik tidak ada nyeri. Telinga; daun telinga baik, telinga bersih
- (9) Sistem saraf : Fungsi cerebral; status mental dimana orientasi baik , daya ingat baik, bahasa indonesia. Kesadaran dengan GCS 15. Bicara

baik. Fungsi Cranial; menilai N.I sampai N.XII. Fungsi motorik massa otot lemah dan menilai kekuatan otot. Fungsi sensorik; suhu 38,8°C, nyeri kepala. Fungsi cerebellum; keseimbangan seimbang. Refleks; bisep, trisep, patella dan babinsky. Iritsi meningen; kaki kuduk tidak ada

(10) Sistem muskuloskeletal : Kekuatan otot menurun, kelemahan pada anggota gerak atas maupun bawah

(11) Sistem integumen: Menilai rambut, kulit dan kuku pasien apakah semuanya dalam keadaan normal atau tidak

(12) Sistem endokrin: Tidak ada kelenjar tiroid, suhu tubuh tidak seimbang adanya keringat berlebih

(13) Sistem perkemihan: odema palpebra tidak ada dan keadaan kandung kemih baik

(14) Sistem reproduksi: Pada penderita demam tifoid ini biasanya kadang-kadang terjadi diare atau konstipasi, produksi kemih pasien akan mengalami penurunan.

(15) Sistem imun : alergi atau adakah penyakit yang berhubungan dengan cuaca. 1. Pemeriksaan tingkat perkembangan: Apabila anak berusia 0-6 tahun pada tahap ini pengkajian yang dilakukan menggunakan DDST meliputi; Motorik kasar, halus, bahasa dan personal sosial. Usia 6 tahun ke atas meliputi; perkembangan kognitif, psikoseksual dan psikososial

11) Pemeriksaan diagnostik

(1) Tepi darah

Terdapat gambaran leukopenia, Limfositosis

relative, Emeosinofila pada permulaan sakit, mungkin terdapat anemia dan trombositopenia ringan. Hasil pemeriksaan ini berguna untuk membantu menentukan penyakit secara tepat.

(2) Pemeriksaan widal:

Pemeriksaan positif apabila terjadi reaksi aglutinasi. Apabila titer lebih dari 1/80, 1/160 dan seterusnya, maka hal ini menunjukkan bahwa semakin kecil titrasi berarti semakin berat penyakitnya.

(3) Pemeriksaan darah untuk kultur

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2019). Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

2.3.2.1 Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme (D.0130).

2.3.2.2 Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D.0019)

2.3.2.3 Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

2.3.2.4 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Hipertermi (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah hipertermia teratasi dengan kriteria hasil: SLKI: Termoregulasi (L.14134) Ekspektasi: Membaik 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Konsumsi oksigen menurun 5. Pucat menurun 6. Takikardi menurun 7. Takipnea menurun 8. Hipoksia menurun 9. Suhu tubuh membaik 10. Ventilasi membaik	SIKI: Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (misal: dehidrasi, terpapar lingkungan panas dll) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Menitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau mengganti pakaian yang menyerap keringat 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari jika mengalami hyperhidrosis (kringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipertermia atau kompres pada dahi, leher, atau axila) 7. Berikan <i>Taped Water Sponge</i> 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 9. Anjurkan tirah baring Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intavena, jika perlu
2	Defisit nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil:	SIKI : Manajemen nutrisi (I. 03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan

		<p>SLKI : Status nutrisi (L.03030) Ekspektasi : Membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan 2. Kekuatan otot pengunyah 3. Kekuatan otot menelan 4. Serum albumin 5. Verbalisasi untuk meningkatkan nutrisi 6. Nyeri abdomen 7. Sariawan 8. Rambut rontok 9. Diare 10. Berat badan 11. Frekuensi makan 12. Nafsu makan 	<p>intoleransi makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan suplemen makanan, jika perlu 6. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p>
3	Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat nyeri (L.80066) Ekspektasi : Menurun</p>	<p>SIKI : Manajemen nyeri (L.08238) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan

		<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas 2. Keluhan nyeri 3. Meringis 4. Sikap protektif 5. Gelisah 6. Kesulitan tidur 7. Menarik diri 8. Berfokus pada diri sendiri 9. Diaforesis 10. Perasaan depresi (tertekan) 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang 12. Anoreksia 13. Perineum terasa tertekan 14. Uterus teraba membulat 15. Ketegangan otot 16. Pupil dilatasi 17. Muntah 18. Mual 19. Frekuensi nadi 20. Pola napas 21. Tekanan darah 22. Proses berpikir 23. Fokus (5) 	<p>memperingan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 10. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
4	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	SIKI : Dukungan Mobilisasi (I. 05173)

	(D.0054)	<p>selama 3 x 24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas 2. Kekuatan otot 3. Rentang gerak (ROM) 4. Nyeri 5. Kecemasan 6. Kaku sendi 7. Gerakan tidak terkoordinasi 8. Gerakan terbatas 9. Kelemahan fisik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi isik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	----------	--	---

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana Tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap ini dilakukan setelah rencana tindakan disusun selama pelaksanaan Tindakan keperawatan perlu disesuaikan dengan rencana keperawatan. Perawat perlu memvalidasi apakah rencana keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kebutuhan klien saat ini. Perawat harus sudah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal yang sesuai dengan tindakan yang

akan dilakukan. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup Tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2021).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi disusun menggunakan SOAP, yaitu:

- 2.3.5.1 S (Subjektif): Informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien atau keluarga setelah tindakan diberikan
- 2.3.5.2 O (Objektif): Informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- 2.3.5.3 A (Analisis): Membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi
- 2.3.5.4 P (Planning): Rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa. Masalah keperawatan dapat teratasi apabila: 1) Suhu tubuh dalam batas normal (36,5 o o C –37,5 C) 2) Tidak terjadi serangan kejang berulang 3) Tanda vital membaik 4) Tidak terjadi dehidrasi (Lestari et al., 2022)

2.4 Konsep *Tepid Water Sponge*

2.4.1 Pengertian *Tepid Water Sponge*

Tepid water sponge atau penyekaan merupakan suatu prosedur untuk menurunkan suhu dengan menggunakan 3 proses yaitu konduksi, konveksi, dan evaporasi. Melakukan proses konduksi, panas akan mengalami pertukaran dari tubuh yang panas menuju ke air seka.

Melalui proses konveksi, panas akan mengalami perpindahan dari udara hangat menuju dingin. Dan melalui proses evaporasi, panas akan menghilang karena air akan menguap dari tubuh yang demam (Kapti & Azizah, 2019). Tepid sponge adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah besar superficial dengan teknik seka (Ain, 2019).

Suhu air yang digunakan untuk tepid water sponge adalah 27-34°C. Tepid water sponge atau menyeka adalah suatu prosedur yang diberikan kepada pasien dengan mengusap air hangat di sekujur tubuh dengan handuk basah lalu keringkan, diulangi hingga beberapa kali, lakukan selama 15-20 menit. Manfaat tepid water sponge adalah menurunkan suhu tubuh yang sedang mengalami demam, memberikan rasa nyaman, dan mengurangi nyeri yang diakibatkan oleh penyakit yang mendasari demam (Lusia, 2019).

2.4.2 Prosedur Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan *Taped Water Sponge* adalah sebagai berikut:

Tahap-tahap pelaksanaan tepid water sponge menurut Ain (2019) adalah:

- 2.4.2.1 Jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara tepid water sponge.
- 2.4.2.2 Persiapan alat meliputi ember atau baskom untuk tempat air hangat (37°C-40°C), lap mandi/wash lap, handuk mandi, selimut mandi, perlak, termometer digital.
- 2.4.2.3 Beri kesempatan klien untuk buang air sebelum dilakukan tepid water sponge.
- 2.4.2.4 Ukur suhu tubuh klien dan catat. Catat jenis dan waktu pemberian antipiretik pada klien.
- 2.4.2.5 Buka seluruh pakaian klien dan alas klien dengan perlak.
- 2.4.2.6 Tutup tubuh klien dengan handuk mandi. Kemudian basahkan

wash lap atau lap mandi, usapkan mulai dari kepala, dan dengan tekanan lembut yang lama, lap seluruh tubuh, lakukan sampai ke arah ekstremitas bawah secara bertahap. Lap tubuh klien selama 15 menit. Pertahankan suhu air (37°C-40°C)

2.4.2.7 Apabila wash lap mulai mengering maka rendam kembali dengan air hangat lalu ulangi tindakan seperti diatas.

2.4.2.8 Hentikan prosedur jika klien kedinginan atau menggigil atau segera setelah suhu tubuh klien mendekati normal. Selimuti klien dengan selimut mandi dan keringkan. Pakaikan klien baju yang tipis dan mudah menyerap keringat.

2.4.2.9 Catat suhu tubuh klien sebelum dan sesudah tindakan

Tapid Water Sponge metode tepid water sponge dengan tindakan untuk menurunkan suhu tubuh dengan cara merendam anak dengan air hangat bisa juga mengelap sekujur tubuh dengan waslap dan mengompres di bagian tubuh tertentu yang memiliki pembuluh darah besar. Proses ini akan membantu menurunkan demam dengan cara suhu panas keluar lewat pori-pori kulit melalui proses evaporasi dan konduksi. Area yang diletakkan sponge meliputi, ketiak, dahi, dan lipat paha (Susiana, 2021)

2.4.3 Pengaruh Teknik *Tepid Water Sponge* terhadap Demam

Salah satu pendekatan non farmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi suhu tubuh adalah *Tepid Water Sponge*. Metode ini melibatkan penggunaan kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka. Dalam *Water Tepid Sponge*, air yang digunakan memiliki suhu yang sedang, sehingga memungkinkan aliran udara lembab untuk membantu dalam pelepasan panas tubuh melalui konveksi. Pendekatan ini dapat digunakan sebagai alternatif dalam mengelola suhu tubuh yang tinggi (Susiana, 2021). Hal ini terjadi karena saat *tepid water sponge* diterapkan dengan mengusapkan air hangat ke tubuh, terjadi penurunan

suhu tubuh melalui mekanisme konveksi dan evaporasi. Proses ini melibatkan pelebaran pori-pori kulit akibat panas yang disalurkan oleh air hangat, sehingga mempercepat pengeluaran panas melalui evaporasi. Selain itu, konveksi juga berperan dalam menurunkan suhu tubuh, di mana penerapan air hangat dengan suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh akan mempengaruhi pusat termoregulasi di dalam tubuh, yang pada akhirnya menyebabkan penurunan suhu tubuh sekitar 1°C pada pasien demam. Evaluasi dilakukan setelah 15 menit untuk melihat efektivitas teknik tepid water sponge

Teknik *tepid water sponge* ini menggunakan kompres blok tidak hanya di satu tempat saja, melainkan langsung dibeberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar seperti leher, ketiak, dan lipat paha. Selain itu masih ada perlakuan tambahan yaitu dengan memberikan seka dibeberapa area tubuh sehingga perlakuan yang diterapkan terhadap klien pada teknik ini akan semakin kompleks (Kapti & Azizah, 2019). Metode ini melibatkan penggunaan kompres hangat dengan kombinasi teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dan teknik seka. Dengan memberikan tepid sponge, udara lembab dapat mengalir dan membantu dalam pelepasan panas tubuh melalui konveksi. Karena suhu tubuh lebih tinggi daripada suhu udara atau suhu air, panas tubuh akan dapat berpindah ke molekul-molekul udara melalui kontak langsung dengan permukaan kulit (Wulandari & Erawati, 2019)

Kompres blok langsung diberbagai tempat ini akan memfasilitasi penyampaian sinyal ke hipotalamus dengan lebih gencar. Selain itu pemberian seka akan mempercepat pelebaran pembuluh darah perifer akan memfasilitasi perpindahan panas di tubuh ke lingkungan sekitar yang akan semakin mempercepat penurunan suhu tubuh (Kapti & Azizah, 2017:). Berdasarkan penelitian Hijriani (2019) bahwa rata-rata

suhu anak demam sebelum diberikan tepid sponge adalah 38,3°C dengan standar deviasi 0,24495 dan sesudah diberikan tepid sponge adalah 37,6°C dengan standar deviasi 0,27222. Analisis bivariat didapatkan nilai p value= 0,000 (<0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian tepid sponge terhadap penurunan suhu pada anak demam

2.5 Konsep Tanda-tanda Vital pada Bayi

2.5.1 Pengertian

Tanda vital merupakan parameter tubuh untuk menilai fungsi fisiologis organ vital tubuh atau mekanisme homeostatis tubuh. Pengukuran tanda vital yang secara rutin dipantau dapat memberikan informasi mengenai status kesehatan seseorang. Pengukuran tanda vital meliputi: Suhu tubuh bayi, Denyut jantung bayi, Pernapasan bayi dan Tekanan darah bayi dan Saturasi oksigen bayi

2.5.2 Suhu Tubuh

Bayi baru lahir, pada keadaan normal, memiliki suhu tubuh sekitar 36,5⁰ C hingga 37,5⁰ C atau sama dengan suhu tubuh ibunya, namun pada kasus tertentu cenderung terjadi hipotermia. Suhu bayi akan cenderung stabil setelah 8-10 jam pasca kelahiran

2.5.3 Denyut Jantung

Nadi atau pulse diukur untuk mengevaluasi denyut jantung. Pada kondisi normal denyut jantung bayi baru lahir sekitar 140 kali per menit atau berada pada kisaran 70-190 kali per menit serta dapat dijumpai murmur karena aliran darah yang belum normal pasca kelahiran. Denyut jantung normalnya 80-100 kali per menit saat tidur dan dapat mencapai 180 kali per menit pada saat bayi menangis

2.5.4 Pernafasan

Laju pernapasan atau biasa disebut respiration rate (RR) dipengaruhi oleh suhu, usia, aktivitas. Laju pernapasan lebih tinggi pada kondisi demam, usia bayi yang lebih rendah, dan aktivitas fisik yang rendah

yang meliputi gerak minimal, tidur, kondisi bayi tenang. Pada bayi baru lahir laju pernapasan berkisar antara 40-60 kali per menit kemudian cenderung menurun dan stabil ketika dewasa

2.5.5 Tekanan Darah

Tekanan sistolik pada bayi baru lahir berkisar antara 60–90 mmHg sedangkan tekanan diastolik berkisar antara 20–60mmHg. Pada anak anak atau usia muda tekanan sistolik dapat diperkirakan dengan rumus $= 70 + (2 \times \text{usia dalam tahun})$

2.6 Analisis Jurnal tentang Pengaruh Taped Water Sponge terhadap penurunan suhu tubuh

Tabel 2.2 Analisis Jurnal

No	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1	Penerapan <i>Tepid Water Sponge</i> Untuk Menurunkan Demam Pada Anak Usia Toddler 1-3 Tahun Dengan Kejang Demam Di Ruang Kemuning Rsud Bayu Asih Purwakarta	Desain penelitian studi kasus. Tujuan penelitian adalah mengetahui pengaruh taped water sponge terhadap penurunan suhu tubuh. Sample penelitian adalah 17 orang kelompok perlakuan dan 17 orang kelompok kontrol orang pasien anak berusia 1 – 3 tahun, Analisis menggunakan uji T	Hasil penelitian Mayoritas hasil pemberian kompres air biasa atau dingin tidak efektif dilakukan pada anak yang mengalami demam, karena terdapat perbedaan jumlah penurunan derajat suhu saat diberikan kompres air hangat dan air dingin	sebelum dilakukan intervensi, kualitas asuhan ibu antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah sama dan tidak terdapat perbedaan yang bermakna (homogen) setelah dilakukan intervensi berupa kompres water tepid sponge.
2	Pengaturan Suhu Tubuh dengan Metode Tepid Water Sponge dan Kompres Hangat pada Balita Demam	Design penelitian menggunakan quasi eksperimental design dengan rancangan studi Non-equivalent Control Group Design. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan efektivitas metode tepid water sponge dan kompres hangat terhadap pengaturan suhu tubuh	Hasil penelitian didapatkan penurunan suhu pada kelompok tepid water sponge yaitu 0,993 0 C, sedangkan pada kelompok kompres hangat yaitu 0,54 0 C. Hasil penelitian diuji dengan paired-samples t-test dan independentsamples t-test didapatkan hasil $p=0,0001$ ($p<0,05$).	Metode taped Water Sopnge efektif dalam penurunan suhu tubuh. Terdapat perbedaan suhu tubuh sebelum dan setelah pemberian tindakan kompres tepid water sponge dan kompres hangat.

		pada anak usia balita dengan demam. Jumlah sampel pada masing-masing kelompok yaitu 30 orang yang dipilih dengan teknik Consecutive Sampling	Ada perbedaan efektivitas metode tepid water sponge dan kompres hangat terhadap pengaturan suhu tubuh pada anak usia balita dengan demam	
3	Pengaruh Tepid Sponge Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Pra Sekolah Yang Mengalami Demam Di Rsud Ungaran	Design penelitian menggunakan uasi Experimental Design dengan Pretest-Posttest Non Equivalent Control Group Design. Uji analisis bivariat menggunakan Paired t Test. Uji Pengaruh dengan Product Moment Pearson.	Hasil penelitian menunjukkan suhu sebelum sebelum dilakukan tepid sponge sebagian besar (73, 34 %) berada pada suhu 38-39° Celcius. Suhu tubuh setelah dilakukan tepid sponge sebagian besar (63 %) berada pada suhu 37 -38° Celsius. Perbedaan suhu tubuh anak pada uji t berpasangan untuk kelompok intervensi diperoleh nilai signifikansi 0.000 (p < 0.05)	Pemberian kompres water tepid sponge berpengaruh terhadap penurunan suhu tubuh