

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Demam

2.1.1 Definisi

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 adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh. Demam terjadi pada suhu $> 37, 2^{\circ}\text{C}$, biasanya disebabkan oleh infeksi (bakteri, virus, jamur atau parasit), penyakit autoimun, keganasan, ataupun obat-obatan (Santoso Dafid, Cahyani Etika Dewi, 2022).

Demam merupakan kondisi dimana suhu tubuh di atas normal yaitu $>38^{\circ}\text{C}$. Demam apabila tidak ditangani secara tepat dan cepat akan mengakibatkan kejang pada bayi dan balita. Sebanyak 2% sampai 5% anak yang berumur kurang dari 5 tahun mengalami kejang di sertai dengan demam. Hal tersebut adalah suatu kondisi dimana kejadian ini harus ditangani dengan baik, karena akan berdampak pada motorik anak (Suhendar, 2021).

Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada anak merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (termoregulasi) di hipotalamus, Penyakit-penyakit yang ditandai dengan adanya demam dapat menyerang sistem tubuh. Selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan non spesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi (Sodikin dalam Wardiyah, 2019)

Demam dapat disebut tanda penyakit paling umum. Sekitar 15-25% pasien yang datang ke fasilitas kesehatan dasar atau unit gawat darurat disebabkan karena demam (Sudibyo et al., 2020). Jadi demam pada anak merupakan kondisi yang perlu diperhatikan, dimana suhu tubuh mengalami peningkatan di atas normal. Suhu tubuh dikatakan demam dengan suhu di atas 37,5° C. Peningkatan suhu tubuh tersebut merupakan gejala dari suatu penyakit.

2.1.2 Etiologi

Penyebab utama demam adalah penyakit infeksi seperti infeksi virus, bakteri, riketsia, klamidia dan parasite (Anggreni et al., 2022). Sedangkan menurut Pelayanan Kesehatan *Maternal dan Neonatal* dalam Thobaroni (2015) bahwa etiologi demam, diantaranya:

- a. Suhu lingkungan
- b. Adanya infeksi
- c. Pneumonia.
- d. Malaria.
- e. Otitis media
- f. Imunisasi

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif (2015) tanda dan gejala terjadinya demam adalah:

- a. Anak rewel (suhu tubuh lebih tinggi dari 37,5°C – 39°C)
- b. Kulit kemerahan
- c. Hangat pada sentuhan
- d. Peningkatan frekuensi pernapasan
- e. Menggigil
- f. Dehidrasi
- g. Kehilangan nafsu makan
- h. Sakit kepala

2.1.4 Patofisiologi Dan Pathway

Hipertermia terjadi dengan timbulnya reaksi tubuh terhadap zat *pirogen*. Saat mekanisme ini berlangsung bakteri atau pecahan jaringan

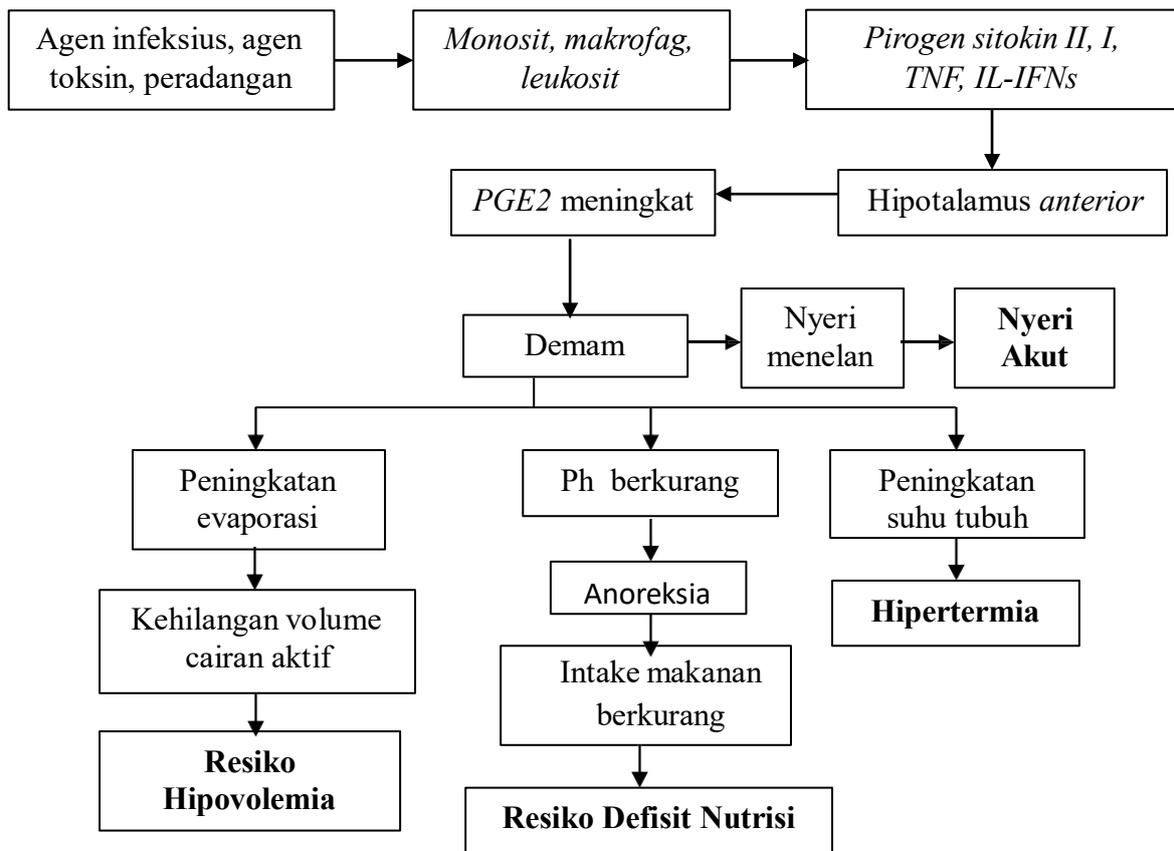
akan *difagositosis* oleh *leukosit*, *makrofag*, serta *limfosit* pembunuhan yang memiliki granula dalam ukuran besar. Seluruh sel kemudian mencerna hasil pemecahan bakteri, dan melepaskan zat *interleukin* dalam cairan tubuh (zat *pirogen leukosit*/ zat *pirogen endogen*).

Pada saat *interleukin-1* sudah sampai hipotalamus akan menimbulkan hipertermia dengan cara meningkatkan temperatur 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. Kekurangan cairan dan elektrolit dapat mengakibatkan hipertermia, karena cairan dan elektrolit ini mempengaruhi keseimbangan termoregulasi di hipotalamus *anterior*. Jadi apabila terjadi dehidrasi atau kekurangan cairan dan elektrolit maka keseimbangan termoregulasi di hipotalamus *anterior* mengalami gangguan.

Perubahan pengaturan *homeostatis* suhu normal oleh hipotalamus dapat diakibatkan oleh adanya infeksi, vaksin, agen biologis, jejas jaringan, keganasan, obat-obatan, gangguan *imunologik-reumatologik*, penyakit radang, penyakit *granulomatosis*, gangguan *endokrin*, gangguan metabolik, dan wujud-wujud yang belum diketahui. Berbagai macam agen infeksius, imunologis, atau agen yang berhubungan dengan toksin (zat *pirogen eksogen*) mengimbas produksi zat *pirogen endogen* oleh sel-sel radang *hospes*. Zat *pirogen endogen* adalah *sitokin*, seperti *interleukin* ($IL-1$ β $IL-1$, α $IL-6$), faktor *nekrosis tumor* (TNF , α TNF - β), dan *interferon- α* (INF). Zat *pirogen* yang menyebabkan hipertermia dalam waktu 10-15 menit, sedangkan respons hipertermia terhadap zat *pirogen eksogen* (misalnya *endotoksin*), timbul lambat memerlukan sintesis dan pelepasan *sitokin pirogenik*. *Sitokin endogen* yang sifatnya *pirogenik* secara langsung menstimulasi hipotalamus untuk

memproduksi *prostaglandin E*, yang kemudian mengatur kembali ke titik ambang pengatur suhu, selanjutnya transmisi neuronal ke perifer menyebabkan konservasi dan pembentukan panas, dengan demikian suhu dibagian dalam tubuh meningkat (Sodikin, 2012).

Pathway :



Gambar 2.1 Pathway (Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.5 Klasifikasi

Menurut (Nurarif, 2018), klasifikasi demam adalah sebagai berikut:

2.1.5.1 Demam *Septik*

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

2.1.5.2 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*.

2.1.5.3 Demam *Intermiten*

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

2.1.5.4 Demam *Kontinu Variasi*

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

2.1.5.5 Demam *Siklik*

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

2.1.6 Komplikasi

Apabila demam tidak segera diatasi bisa terjadi komplikasi sebagai berikut :

2.1.6.1 Kejang pada anak dan membahayakan keselamatan anak, kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit dapat mengakibatkan *apneu*, *hipoksia*, *hipoksemia*, *asidosis*, *hipotensi* sehingga menyebabkan kelainan anatomis di otak dan terjadi *epilepsi* dan mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu (Meriati B.A.Purba & Vebrina Sianturi, 2022)

2.1.6.2 Dehidrasi, yakni demam meningkatkan penguapan cairan tubuh

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan demam terdiri dari farmakologi dan nonfarmakologi:

2.1.7.1 Tindakan farmakologi

Diantaranya pemberian obat antipiretik berupa : Paracetamol, Ibuprofen, dan Sanmol (Tauhidah & Pramono, 2022).

2.1.7.2 Tindakan non farmakologi

Terapi non farmakologi untuk demam menggunakan metode yang meningkatkan pengeluaran panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi (Potter & Perry, 2010). Proses mekanismenya adalah sebagai berikut:

- a. Kelenjar keringat mensekresikan keringat. Di tubuh manusia, terdapat sekitar 2,5 juta kelenjar keringat. Keringat mengalir di saluran keringat, melalui pori-pori keringat menuju permukaan kulit. Keringat yang membawa panas akan menguap ke lingkungan. Ini merupakan proses membuang panas melalui proses evaporasi. Evaporasi dari permukaan kulit menurunkan suhu tubuh.
- b. Rambut di kulit rebah untuk mencegah rambut memerangkap panas. Rambut yang rebah ini meningkatkan aliran udara sehingga meningkatkan pembuangan panas, melalui konveksi.

- c. Dinding pembuluh darah arteri relaksasi sehingga arteri melebar. Dengan demikian, aliran darah melalui arteri meningkat. Aliran darah arteri ke permukaan kulit akan meningkatkan pembuangan panas tubuh melalui konveksi dan konduksi.

Berikan minuman lebih banyak dari biasanya, pakaian yang digunakan anak baiknya dengan pakaian yang tipis, lakukan kompres hangat (*tepid water sponge*) dengan cara yaitu menyiapkan air hangat, mencelupkan waslap atau handuk kecil ke waskom dan mengkompresnya di daerah dahi, dada, dan ketiak. Melakukan tindakan diatas beberapa kali (setelah kulit kering) dan menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal (Sari, 2017).

2.2 Konsep Hipertermia

Hipertermia merupakan keadaan dimana meningkatnya suhu tubuh di atas rentang normal. Menurut NANDA (2018-2020), hipertermia adalah suhu inti tubuh di atas kisaran normal di urnal karena kegagalan termoregulasi.

2.2.1 Penyebab Hipertensi

Menurut NANDA (2018-2020), penyebab hipertermia yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (Infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon, trauma, aktivitas berlebihan dan penggunaan inkubator. Kondisi dehidrasi, pakaian yang tidak sesuai dan aktivitas berlebihan juga bisa menyebabkan terjadinya hipertermia (NANDA, 2018-2020).

2.2.2 Klasifikasi Hipertermia

Diklasifikasikan hipertermia apabila suhu inti tubuh melebihi 37,5°C-38,3°C yang terjadi tanpa ada perubahan dari set point suhu tubuh. Suhu tubuh dikatakan normal apabila suhu tubuh berkisar 36,5°C - 37,5°C.

Pembacaan suhu tubuh dilakukan setelah suhu diukur lalu dibandingkan dengan nilai suhu normal individu dan dapat dijadikan penentu hipertermia. Suhu tubuh biasanya diukur menggunakan termometer (Hijriani, 2019). Suhu tubuh kurang dari 36,5° C disebut dengan hipotermi dan apabila suhu tubuh lebih dari 37,5° C disebut dengan demam atau hipertermia. Demam termasuk salah satu pemicu yang mengakibatkan kejang demam (Dewi et al., 2019).

2.2.3 Tanda dan Gejala Hipertermia

Tanda dan gejala yang menyebabkan hipertermia adalah postur *abnormal*, *apnea*, *koma*, kulit kemerahan, hipotensi, bayi tidak dapat mempertahankan menyusu, gelisah, latergi, kejang, kulit terasa hangat, *stupor*, *takikardia*, *takipnea* dan *vasodilatasi* (NANDA, 2018-2020). tanda dan gejala mayor objektifnya yaitu suhu tubuh diatas nilai normal dan tanda gejala minnor objektifnya yaitu kulit merah, kejang, *takikardi*, *takipnea* dan kulit terasa hangat.

2.2.4 Tatalaksana Hipertermia

Salah satu tatalaksana yang dapat menurunkan demam atau hipertermia adalah kompres air hangat pada seluruh tubuh (*tepid water sponge*) dibagian lipatan-lipatan tubuh. Tindakan kompres ini bisa dilakukan oleh orang tua sendiri maupun perawat sebagai tindakan mandiri keperawatan yang bersifat nonfarmakologi (Berutu.H, 2021). *Water tepid sponge* merupakan tindakan kompres hangat dengan teknik seka yang diberikan kepada pasien yang mengalami demam tinggi untuk mengurangi suhu tubuh (Bangun & Ainun, 2017). Tindakan ini selama 15-20 menit sebanyak 3 kali kompres dilakukan dengan menyeka bagian tubuh terutama di lipatan-lipatan tubuh.

2.3 Konsep Keperawatan Anak

2.3.1 Definisi 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 (Yuliasuti & 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 coping yang baik dan matang (Yuliasuti & Nining, 2019).

2.3.2 Pengertian Keperawatan Anak

Keperawatan anak merupakan keyakinan atau pandangan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak yang berfokus pada keluarga (*family centered care*), pencegahan terhadap trauma (*atrumatic care*), dan manajemen kasus. Dalam dunia keperawatan anak, perawat perlu memahami, mengingat adanya beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan dikarenakan anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik (Hidayat, 2019).

Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak mengingat anak bagian dari keluarga, dalam keperawatan anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai *konstanta* tetap dalam kehidupan anak. Sebagai perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan anak, harus mampu memfasilitasi keluarga dalam berbagai bentuk pelayanan kesehatan baik berupa pemberian tindakan keperawatan langsung maupun pemberian pendidikan kesehatan pada anak. Selain itu, keperawatan anak perlu memperhatikan kehidupan sosial, budaya dan ekonomi keluarga karena tingkat sosial, budaya dan ekonomi dari keluarga dapat menentukan pola kehidupan anak selanjutnya faktor-faktor tersebut sangat menentukan perkembangan anak dalam kehidupan di masyarakat (Wong, 2020).

2.3.3 Tingkat Perkembangan Anak

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

2.3.3.1 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

nonverbal. 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 nonverbal, misalnya memberikan sentuhan, dekapan, dan menggendong dan berbicara lemah lembut. Ada beberapa respon nonverbal 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.

2.3.3.2 Usia pra sekolah (2-5 tahun)

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.

2.3.3.3 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.

2.3.3.4 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 tunjukkan ekspresi wajah bahagia.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak

2.4.1 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.

2.4.1.1 Biodata: Meliputi; identitas pasien, identitas orang tua, identitas saudara kandung

2.4.1.2 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

2.4.1.3 Riwayat Kesehatan

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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

- d. 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.
- e. Riwayat nutrisi: Melakukan pengkajian terkait apakah pasien di saat lahir langsung diberikan Asi kepada ibunya atau memberikan susu furmola dan juga mengkaji tentang pola perubahan nutrisi tiap tahapan usia contohnya usia 0-4 bulan jenis nutrisi yang diberikan ialah ASI dengan lama pemberianya 2 tahun dst.
- f. 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.
- g. Riwayat spritual: Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan pasien dan bagaiman support dari dalam keluarga.
- h. Reaksi hospitalisasi: Mencari informasi bagaimana pemahaman baik kelurga maupun pasien tentang sakit dan rawat inap
- i. Aktivitas sehari-hari meliputi:
 - 1) Nutrisi: Kecenderungan BB penderita demam thypoid akan mengalami perubahan yang dimana

berat badan akan mengalami 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 kapiler 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.

j. 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°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, lingkak kepala, lingkak 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

k. 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

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI (2018), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien demam, yaitu:

2.4.2.1 Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

2.4.2.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

2.4.2.3 Risiko Hipovolemia (D.0034)

2.4.2.4 Risiko defisit nutrisi (D.0032)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut SLKI dan SIKI (2018), perencanaan keperawatan yang dilakukan pada setiap diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

N O	DIAGNOS A	SLKI	SIKI
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal membaik ditandai dengan kriteria hasil : a. Menggigil menurun b. Kulit merah menurun c. Kejang menurun d. Akrosianosis menurun e. Konsumsi oksigen menurun f. Vasokonstriksi perifer menurun g. Kutis memerah menurun h. Pucat menurun i. Takikardi menurun j. Takipnea menurun k. Bradikardi menurun l. Dasar kuku sianotik menurun m. Hipoksia menurun n. Suhu tubuh membaik	Intervensi Keperawatan: Observasi a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) b. Monitor suhu tubuh c. Monitor kadar elektrolit d. Monitor haluan urine e. Monitor komplikasi hipertermia Terapeutik : a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian c. Basahi dan kipasi permukaan tubuh d. Berikan cairan oral e. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika

		<p>o. Suhu kulit membaik</p> <p>p. Kadar glukosa darah membaik</p> <p>q. Pengisian kapiler membaik</p> <p>r. Ventilasi membaik</p> <p>s. Tekanan darah membaik</p>	<p>mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)</p> <p>f. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>g. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>h. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu</p>
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, terjadi secara mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan menurun ditandai dengan kriteria hasil :</p>	<p>Intervensi Keperawatan :</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respons nyeri nonverbal</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b. Keluhan nyeri menurun c. Meringis menurun d. Sikap protektif menurun e. Gelisah menurun f. Kesulitan tidur menurun g. Menarik diri menurun h. Berfokus pada diri sendiri menurun i. Diaforesis menurun j. Perasaan depresi (tertekan) menurun k. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun l. Anoreksia menurun m. Perineum terasa tertekan menurun n. Uterus teraba membulat menurun o. Ketegangan otot menurun p. Pupil dilatasi menurun q. Muntah menurun r. Mual menurun s. Frekuensi nadi membaik t. Pola napas membaik u. Tekanan darah membaik v. Proses berpikir membaik w. Fokus membaik x. Fungsi berkemih membaik y. Perilaku membaik 	<ul style="list-style-type: none"> d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
--	---	---

		<p>z. Nafsu makan membaik</p> <p>aa. Pola tidur membaik</p>	<p>(misalnya: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	Risiko hipovolemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan kondisi volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/ atau	<p>Intervensi Keperawatan :</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Monitor tanda-tanda vital (mis. suhu tubuh,</p>

		<p>intraseluler membaik ditandai dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kekuatan nadi meningkat b. Turgor kulit meningkat c. Output urine meningkat d. Pengisian vena meningkat e. Ortopnea menurun f. Dispnea menurun g. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun h. Edema anasarka menurun i. Edema perifer menurun j. Berat badan menurun k. Distensi vena jugularis menurun l. Suara napas tambahan menurun m. Kongesti paru menurun n. Perasaan lemah menurun o. Keluhan haus menurun p. Konsentrasi urine menurun q. Frekuensi nadi membaik r. Tekanan darah membaik s. Tekanan nadi membaik t. Membran mukosa membaik u. Jugular Venous Pressure (JVP) membaik v. Kadar Hb membaik w. Kadar Ht membaik x. Cental Venous Pressure membaik 	<p>frekuensi nadi, frekuensi napas dan tekanan darah)</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Monitor intake dan output cairan c. Monitor komplikasi akibat demam (mis. kejang, penurunan kesadaran, kadar elektrolit abnormal, ketidakseimbangan asam-basa aritmia) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tutupi badan dengan selimut/ pakaian dengan tepat (mis. selimut/ pakaian tebal saat merasa dingin dan selimut/ pakaian tipis saat merasa panas) b. Lakukan tepid sponge, jika perlu c. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan memperbanyak minum
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> y. Refluks hepatojugular membaik z. Berat badan membaik aa. Hepatomegall membaik bb. Oliguria membaik cc. Intake cairan membaik dd. Status mental membaik ee. Suhu tubuh membaik 	<p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu b. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu c. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
4.	Risiko defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat menunjukkan keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik ditandai dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat b. Kekuatan otot pengunyah meningkat c. Kekuatan otot menelan meningkat d. Serum albumin meningkat e. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat f. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 	<p>Intervensi Keperawatan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e. Identifikasi perlunya penggunaan selang NGT f. Monitor asupan makanan g. Monitor berat badan h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan oran hygiene sebelum makan, jika perlu b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. pir. makanan)

	<ul style="list-style-type: none"> g. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat h. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat i. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat j. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat k. Sikap terhadap makanan/ minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat l. Perasaan cepat kenyang menurun m. Nyeri abdomen menurun n. Sariawan menurun o. Rambut rontok menurun p. Diare menurun q. Berat badan membaik r. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik s. Frekuensi makan membaik t. Nafsu makan membaik u. Bising usus membaik v. Tebal lipatan kulit trisep membaik Membran mukosa membaik 	<ul style="list-style-type: none"> c. Sajikan makanan secara menarik d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f. Berikan suplemen makanan jika perlu g. Hentikan pemberian makanan melalui selang NGT jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu b. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
--	---	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasikan ialah tahapan suatu rencana perawatan dengan kesepakatan antara pasien dan perawat. Implementasi dijalankan dengan sesuai rencana berdasarkan validasi interpersonal, intelektual teknik secara efisien berdasarkan aspek keamanan fisik maupun psikologis. Tahapan setelah implementasi ialah dokumentasi sebagai intervensi yang sebelumnya sudah ditanyakan dengan respon responden (Surani, 2021).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Tahapan evaluasi ialah tahap proses dari keperawatan. Evaluasi ini merupakan pembandingan hasil yang telah dicapai dari suatu perawatan apakah sesuai dengan tujuan dari perawatan atau tidak. Perawat bisa menentukan sejauh mana tujuan dapat tercapai yaitu: berhasil : perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan.

2.4.5.1 Tercapai sebagian: Telah menunjukkan bahwa tubuh pasien belum sebaik dengan perilaku telah diharapkan sesuai pernyataan tujuan.

2.4.5.2 Belum tercapai: Penderita belum mampu menunjukan perubahan yang sesuai dengan yang diharapkan pada perawatan (Sarani, 2021).

Dalam mengevaluasi agar perawat bisa lebih mudah maka digunakan lah komponen SOAP berikut:

S: Data subyektif

Mengharapkan keadaan pasien bisa berkembang dengan dasar apa yang dikeluhkan atau dirasa oleh pasien penderita penyakit demam.

O: Data obyektif

Mengharapkan adanya perkembangan yang didapat dan diukur perawat yang merawat pasien seta tim kesehatan lain.

A: Analisis

Merupakan penelitian dari kedua jenis data tersebut baik data subyektif dan obyektif apakah berkembang dengan baik atau malah kemunduran.

P: Perencanaan

Merupakan rencana dalam penanganan pasien yang di dasari pada hasil analisis di atas yang mempunyai isi untuk melanjutkan perencanaan apabila masalah belum teratasi.

2.5 Konsep *Tepid Water Sponge*

2.5.1 Definisi

Tepid water sponge ialah suatu tindakan pengompresan berdasarkan dengan teknik seka pada pasien penderita demam yang bertujuan sebagai penurun demam yang dialami pasien (Bagun dan Ainun, 2017).

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 30-35°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).

2.5.2 Tujuan *Tepid water sponge*

Menurut (Anggeriyane, 2020) tujuan pemberian *water tepid sponge*, yaitu:

2.5.2.1 Pengaplikasian *tepid water sponge* antara lain dapat vasodilatasi pembuluh darah, vasodilatasi pori-pori kulit, mengurangi kekentalan darah, peningkatan metabolisme dan menstimulasi impuls melalui reseptor kulit yang dikirim pada hipotalamus posterior untuk menurunkan panas tubuh.

2.5.2.2 Menurunkan suhu tubuh dan memberikan rasa nyaman

2.5.2.3 Memperlancar sirkulasi darah.

2.5.2.4 Mengurangi rasa sakit

2.5.3 Indikasi *Tepid water sponge*

Menurut (Matte, 2021) anak yang diberi terapi tepid water sponge adalah anak yang mengalami peningkatan suhu tubuh diatas normal yaitu lebih dari 37,5 °C

2.5.4 Kontraindikasi *Tepid water sponge*

Kontraindikasi pada terapi *tepid water sponge* (Matte, 2021) adalah :

2.5.4.1. Tidak ada luka pada daerah pemberian terapi *tepid water sponge*

2.5.4.2. Tidak diberikan pada neonates

2.5.5 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)

2.5.6 Analisis Jurnal tentang *Tepid water sponge***Tabel 2.2 Analisis Jurnal tentang *Tepid water sponge***

No	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1.	Efektifitas <i>Tepid Water Sponge</i> Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Masalah Keperawatan Hipertermia	Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan desain studi kasus Jumlah Responden: 2 orang	Berusia 10 dan 3 tahun yang mengalami demam tinggi dan DHF Dari hasil penelitian Pasien pertama dan kedua dengan suhu tubuh yang tinggi diberikan perawatan hipetermia, perawatan secara mandiri dengan perawat dengan <i>teknik water tepid sponge</i> . Dua klien dengan teknik water tepid sponge terbukti menurunkan demam yang diderita pasien. Dipengaruhi	<i>Tepid Water Sponge</i> diberikan 20-30 menit setelah diberikan antiperitik. Evaluasi dilakukan melalui wawancara terhadap orangtua dan pasien langsung. Analisis terhadap masalah hipertensi dilakukan dengan mengidentifikasi peningkatan suhu tubuh, perubahan warna kulit adanya tanda dan gejala dehidrasi.

			juga oleh usia pasien yaitu pasien pertama berusia 10 tahun dan pasien kedua berusia 3 tahun	
2.	Literature review penerapan metode water tepid sponge untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi pada pasien typhoid	<p>Metode Penelitian: Quasi eksperimental dengan metode <i>pre and post test with control group</i>.</p> <p>Jumlah Sampel: 60 responden</p>	<p>Karakteristik:</p> <p>1. Pasien demam typhoid dengan hipertermia</p> <p>2. Responden berusia 3-6 tahun</p> <p>3. Responden berjenis kelamin laki-laki atau perempuan</p> <p>4. Bersedia menjadi responden</p> <p>Dari hasil penelitian water tepid sponge mampu dalam menurunkan suhu tubuh minimal 1° C</p>	Tindakan kompres <i>tepid sponge</i> dalam waktu 5-15 menit sudah menunjukkan adanya penurunan suhu, sedangkan kompres hangat membutuhkan waktu 30 menit baru menunjukkan adanya penurunan suhu.

			pada pasien demam dengan suhu air 40°C dan dilakukan evaluasi setelah 15 menit	
--	--	--	---	--

2.5.7 Standar Operasional Prosedur *Tepid Water Sponge*

Menurut Anggeriyane (2020), standar prosedur operasional (SPO) tepid water sponge pada anak yaitu:

2.5.7.1 Pra Interaksi

- a. Verifikasi order
- b. Persiapan perawat
- c. Persiapan pasien

2.5.7.2 Persiapan Alat

- a. Baskom berisi air hangat dengan suhu 30-35°C
- b. Washlap 8 buah
- c. Termometer
- d. Handuk pengering
- e. Selimut mandi
- f. Sarung tangan bersih
- g. Handscrub/sabun cuci tangan
- h. Perlak/underpad
- i. Minyak kayu putih atau minyak telon

2.5.7.3 Orientasi

- a. Beri salam (Assalamu'alaikum, perkenalkan diri, memanggil nama pas yang disukai, menanyakan umur, dan alamat)
- b. Kontrak waktu prosedur
- c. Jelaskan tujuan prosedur
- d. Memberikan pasien/keluarga kesempatan untuk bertanya

- e. Meminta persetujuan pasien/keluarga
- f. Menyiapkan lingkungan dengan menjaga privacy pasien
- g. Mendekatkan alat ke dekat tempat tidur pasien

2.5.7.4 Tahap Kerja

- a. Baca basmallah
- b. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- c. Memasang sarung tangan
- d. Mengukur suhu tubuh anak
- e. Mengatur posisi anak senyaman mungkin (bisa dipangku orang tua atau istirahat di tempat tidur)
- f. Melepaskan pakaian anak
- g. Pasang perlak dan pengalas di bawah badan anak dan pasang selimut mandi di atas badan anak.
- h. Seka dengan menggunakan waslap yang di basahi dengan air hangat dengan urutan wajah, leher, badan, tangan dan kaki. Kemudian letakkan masing-masing waslap pada bagian sistem limfatik. Pada wajah dan leher letakkan washlap di area leher, pada tangan letakkan washlap di axilla, pada paha letakkan di area inguinal, pada kaki letakkan di area belakang kaki.
- i. Dilanjutkan bagian belakang (punggung, bokong, tangan, paha dan kaki)
- j. Ulangi tindakan tersebut sampai \pm 15-20 menit sampai suhu mengalami penurunan dan apabila washlap kering maka basahi kembali.
- k. Evaluasi suhu tubuh dengan termometer, apakah suhu sudah normal. Jika suhu tubuh normal (36°C - 37°C) atau anak menggigil, hentikan prosedur.
- l. Keringkan badan anak menggunakan handuk, kemudian usapkan minyak kayu putih atau minyak telon ke badan anak
- m. Memakaikan pakaian anak

- n. Atur posisi anak setelah tindakan
- o. Rapikan alat
- p. Lepaskan sarung tangan dan mencuci tangan

2.5.7.5 Tahap Terminasi

- a. Evaluasi respon pasien (subjectif & Objektif)
- b. Simpulkan kegiatan
- c. Penkes singkat
- d. Kontrak waktu selanjutnya
- e. Mengucapkan hamdallah dan mendoakan kesembuhan pasien dengan mengucapkan syafakallah/syafakillah

2.5.7.6 Dokumentasi

- a. Mencatat nama dan umur pasien
- b. Mencatat kondisi pasien
- c. Mencatat respon pasien
- d. Mencatat waktu pemberian
- e. Mencatat nama perawat yang melakukan Tindakan

2.5.7.7 Sikap

- a. Sopan
- b. Teliti
- c. Memperhatikan keamanan
- d. Empati