

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teoritis Medis**

##### **2.1.1 Definisi**

Gastroenteritis adalah suatu keadaan dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih ) dalam satu hari (Depkes, 2016). Gastroenteritis adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari, disertai perubahan konsistensi tinja mejadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu. Pada bayi yang minum ASI sering frekuensi buang air besarnya lebih dari 3 – 4 kali per hari, keadaan ini tidak dapat disebut diare, tetapi masih bersifat fisiologis atau normal. Selama berat badan bayi meningkat normal, hal tersebut tidak tergolong diare, tetapi merupakan intoleransi laktosa sementara akibat belum sempurnanya perkembangan saluran cerna (Sari, 2018).

Gastroenteritis adalah penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses selain dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan Gastroenteritis bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih atau buang air berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam (Parera, 2019). Gastroenteritis adalah inflamasi membran mukosa lambungdan usus halus. Penyebab utama gastroenteritis adalah virus (rotavirus, adenovirus enterik, virus Norwalk dan lain-lain), bakteri atau toksinnya (Campylobacter, Salmonella, Shigella, Escchericchia coli, Yersinia, dan lain-lain), serta parasit (Giardhia lamblia, Cryptosporidium). Patogen-

patogen ini menimbulkan penyakit dengan menginfeksi sel-sel, menghasilkan enterotoksin atau sitotoksin yang merusak sel, atau melekat pada dinding usus. Pada gastroenteritis akut, usus halus adalah alat pencernaan yang paling sering terkena (Tresnaningati, 2018).

### **2.1.2 Klasifikasi**

Klasifikasi Gastroenteritis menurut Esmi, (2018) adalah:

#### 1) Gastroenteritis akut

Gastroenteritis akut merupakan penyebab utama keadaan sakit pada balita. Diare akut didefinisikan sebagai peningkatan atau perubahan frekuensi defekasi yang sering disebabkan oleh agens infeksius dalam traktus Gastroenteritis Infeksiosa (GI). Keadaan ini dapat menyertai infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) atau infeksi saluran kemih (ISK). Diare akut biasanya sembuh sendiri (lamanya sakit kurang dari 14 hari) dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasi tidak terjadi.

#### 2) Gastroenteritis Kronis

Gastroenteritis kronis didefinisikan sebagai keadaan meningkatnya frekuensi defekasi atau kandungan air dalam feses dengan lamanya (durasi) sakit lebih dari 14 hari. Kerap kali diare kronis terjadi karena keadaan kronis seperti sindrom malabsorpsi, penyakit inflamasi usus, defisiensi kekebalan, alergi makanan, intoleransi laktosa atau diare nonspesifik yang kronis, atau sebagai akibat dari penatalaksanaan diare akut yang tidak memadai.

#### 3) Gastroenteritis Intraktabel

Gastroenteritis intraktabel yaitu diare membandel pada bayi yang merupakan sindrom pada bayi dalam usia minggu pertama dan lebih lama dari 2 minggu tanpa ditemukannya dari mikroorganisme patogen sebagai penyebabnya dan bersifat resisten atau membandel terhadap terapi. Penyebabnya yang paling sering adalah diare infeksius akut yang tidak ditangani secara memadai.

#### 4) Gastroenteritis Kronik Nonspesifik

Gastroenteritis kronik nonspesifik juga dikenal dengan istilah kolon iritabel pada anak atau diare toddler, merupakan penyebab diare kronis yang sering dijumpai pada anak-anak yang berusia 6 hingga 54 minggu. Feses pada anak lembek dan sering disertai dengan partikel makanan yang tidak dicerna, dan lamanya diare lebih dari 2 minggu. Anakanak yang menderita diare kronis nonspesifik ini akan tumbuh secara normal dan tidak terdapat gejala malnutrisi, tidak ada daerah dalam fesesnya serta tidak tampak infeksi enteric.

### **2.1.3 Etiologi**

Menurut Ngastiyah (2016) Gastroenteritis dapat disebabkan oleh berbagai infeksi, selain penyebab lain seperti malabsorpsi. Faktor penyebab gastroenteritis adalah :

#### 1) Faktor Infeksi

##### a) Infeksi Enteral

Infeksi Enteral adalah infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut :

- 1) Infeksi bakteri : Vibrio, E.Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas, dan sebagainya.
- 2) Infeksi virus : Enterovirus (virus ECHO, Coxsackie, Polomyelitis) Adeno-virus, Rotavirus, Astovirus, dan lain-lain.
- 3) Infeksi parasite : cacing (Ascaris, Trichuris, Oxyuris, Strongyloides); cprotozoa (Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Trichomonas homini); jamur (Candida albicans).

b) Infeksi Parenteral

Infeksi parenteral ialah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti otitis media akut (OMA), tonsillitis/tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun.

2) Faktor Malabsorpsi

1. Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltose, dan sukrosa); monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada bayi dan anak terpenting dan tersering (intoleransi laktosa).
2. Malabsorpsi lemak.
3. Malabsorpsi protein.

3) Faktor Makanan

Faktor makanan seperti makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

4) Faktor Psikologis

Faktor psikologis seperti rasa takut dan cemas, (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar). Selain kuman, ada beberapa perilaku yang dapat meningkatkan resiko terjadinya diare, yaitu :

- a) Tidak memberikan ASI secara penuh untuk 4-6 bulan pertama dari kehidupan
- b) Menggunakan botol susu
- c) Menyimpanan makanan masak pada suhu kamar
- d) Air minum tercemar dengan bakteri tinja
- e) Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja, atau sebelum menjajajah makanan.

Menurut Esmi (2018), penyebab infeksius dari Gastroenteritis yaitu sebagai berikut :

- 1) Agens virus
  - a) Rotavirus, masa inkubasi 1-3 hari. Anak akan mengalami demam (38°C atau lebih tinggi), mual atau muntah, nyeri abdomen, disertai infeksi saluran pernafasan atas dan diare dapat berlangsung lebih dari 1 minggu. Biasanya terjadi pada bayi usia 6-12 bulan, sedangkan pada anak terjadi di usia lebih dari 3 tahun.
  - b) Mikroorganisme, masa inkubasi 1-3 hari. Anak akan demam, nafsu makan terganggu, malaise. Sumber infeksi bisa didapat dari air minum, air ditempat rekreasi (air kolam renang, dll), makanan. Dapat menjangkit segala usia dan dapat sembuh sendiri dalam waktu 2-3 hari.
- 2) Agens bakteri

- 1 *Escherichia coli*, masa inkubasinya bervariasi tergantung pada strainnya. Biasanya anak akan mengalami distensi abdomen, demam, vomitus, BAB berupa cairan berwarna hijau dengan darah atau mucus bersifat menyembur. Dapat ditularkan antar individu, disebabkan karena daging yang kurang matang, pemberian ASI tidak eksklusif.
- 2 Kelompok *salmonella* (nontifoid), masa inkubasi 6-72 jam untuk gastroenteritis. Gejalanya bervariasi, anak bisa mengalami mual atau vomitus, nyeri abdomen, demam, BAB kadang berdarah dan ada lendir, peristaltic hiperaktif, nyeri tekan ringan pada abdomen, sakit kepala, kejang. Dapat disebabkan oleh makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh binatang seperti kucing, burung dan lainnya.
- 3) Keracunan Makanan
  - a) *Staphylococcus*, masa inkubasi 4-6 jam. Dapat menyebabkan kram yang hebat pada abdomen, syok. Disebabkan oleh makanan yang kurang matang atau makanan yang disimpan dilemari es seperti pudding, mayones, makanan yang berlapis krim.
  - b) *Clostridium perfringens*, masa inkubasi 8-24 jam. Dimana anak akan mengalami nyeri epigastrium yang bersifat kram dengan intensitas yang sedang dan berat. Penularan bisa lewat produk makanan komersial yang paling sering adalah daging dan unggas.
  - c) *Clostridium botulinum*, masa inkubasi 12-26 jam. Anak akan mengalami mual, vomitus, mulut kering, dan disfagia. Ditularkan lewat makanan yang terkontaminasi. Intensitasnya bervariasi mulai

dari gejala ringan hingga yang dapat menimbulkan kematian dengan cepat dalam waktu beberapa jam.

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala gastroenteritis dapat berupa bayi atau anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan menurun, mengalami diare, feses cair dengan darah atau lendir, warna tinja berubah menjadi kehijauan karena tercampur empedu, anus dan sekitarnya menjadi lecet karena tinja menjadi asam, dehidrasi dan berat badan menurun. Infeksi usus menimbulkan tanda dan gejala gastrointestinal serta gejala lainnya bila terjadi komplikasi ekstra intestinal termasuk manifestasi neurologik. Gejala gastrointestinal bisa berupa diare, kram perut dan muntah (Sari, 2018).

Menurut Wedayanti (2017), tanda dan gejala gastroenteritis yang muncul sesuai dengan derajat dehidrasi adalah :

- 1) Dehidrasi ringan
  - a) Turgor kulit kurang elastis, pucat.
  - b) Membran mukosa kering.
  - c) Nadi normal atau meningkat.
  - d) Diare < 4 kali/hari
- 2) Dehidrasi sedang
  - a) Turgor kulit jelek.
  - b) Membran mukosa / turun.
  - c) Tachycardia.
  - d) Ekstremitas dingin.

- e) Mata cekung.
  - f) Diare 4-10 kali/hari
  - g) Hipertermia
- 3) Dehidrasi berat
- a. Sianosis
  - b. Anuria
  - c. Kelopak mata cekung
  - d. Takikardi
  - e. Tekanan darah turun
  - f. Turgor kulit sangat jelek
  - g. Hipertermia
  - h. Gangguan asam basa
  - i. Kesadaran menurun

### **2.1.5 Patofisiologi**

Penyebab tersering gastroenteritis pada anak adalah disebabkan infeksi rotavirus. Setelah terpapar dengan agen tertentu, virus akan masuk ke dalam tubuh bersama dengan makanan dan minuman yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian melekat sel-sel mukosa usus, akibatnya sel mukosa usus menjadi rusak yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Sel-sel mukosayang rusak akan digantikan oleh sel enterosit baru yang berbentuk kuboid atau sel epitel gepeng yang belum matang sehingga fungsi sel-sel ini masih belum bagus. Hal ini menyebabkan vili-vili usus halus mengalami atrofi dan tidak dapat menyerap cairan dan makanan dengan baik.

Selanjutnya, terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorbs cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri virus akan menyebabkan system transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat (Esmi, 2019).

Cairan dan makanan yang tidak dapat diserap akan terkumpul di usus halus dan akan meningkatkan tekanan osmotik usus Akibatnya akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat. Gangguan osmotik meningkatkan menyebabkan terjadinya pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus. Hal ini menyebabkan terjadinya hiperperistaltik usus. Cairan dan makanan yang tidak diserap tadi akan didorong keluar melalui anus dan terjadilah diare. Dehidrasi merupakan keadaan yang paling berbahaya karena dapat menyebabkan hypovolemia, kolaps kardiovaskuler dan kematian bila tidak diobati dengan tepat. Dehidrasi yang terjadi menurut tonisitas plasma dapat berupa dehidrasi isotonik. Dehidrasi hipertonik (hipernatremik) atau dehidrasi hipotonik. menurut derajat dehidrasinya bisa tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan, dehidrasi sedang atau dehidrasi berat (Mardiana, 2019).

Tanda dan gejala dari dehidrasi berat seperti sianosis, anuria, kelopak mata cekung, takikardi, tekanan darah menurun, turgor kulit sangat jelek, hipertermia, gangguan asam basa, kesadaran menurun. Demam sering terjadi pada keadaan dehidrasi pada anak yang mengalami gastroenteritis yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat yang terjadi akibat agen infeksi sehingga timbul masalah keperawatan hipertermi (Wedayanti, 2017).

### **2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Tresnaningati, (2018) uji laboratorium dan diagnostik pada anak dengan masalah keperawatan diare adalah sebagai berikut:

- 1) Darah samar feses, untuk memeriksa adanya darah (lebih sering pada gastroenteritis yang berasal dari bakteri)
- 2) Evaluasi volume, warna, konsistensi, adanya mukus atau pus pada feses
- 3) Hitung darah lengkap dengan diferensial
- 4) Uji antigen immunoassay enzim untuk memastikan adanya rotavirus
- 5) Kultur feses (jika anak dirawat di rumah sakit, pus dalam feses, atau diare yang berkepanjangan ) untuk menentukan patogen
- 6) Evaluasi feses terhadap telur cacing dan parasit
- 7) Aspirasi duodenum (jika diduga *G. lamblia*)
- 8) Urinalis dan kultur (berat jenis bertambah karena dehidrasi; organisme *Shigella* keluar melalui urine).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

a. Pemberian cairan: jenis cairan,cara memberikan cairan,jumlah pemberiannya.

- 1) Cairan per oral. Pada pasien dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCL dan NaHCO<sub>3</sub>,KCL dan glukosa. Untuk diare akut dan kolera pada anak di atas umur 6 bulankadar natrium90 mEq/L. Formula lengkap sering disebut oralit. Cairan sederhana yang dapat dibuat sendiri (formula tidak lengkap) hanya mengandung garam dan

gula (NaCL dan sukrosa), atau air tajin yang diberi garam dan gula untuk pengobatan sementara di rumah sebelum dibawa berobat ke rumah sakit/pelayanan kesehatan untuk mencegah dehidrasi lebih lanjut.

2) Cairan parental. Sebenarnya ada beberapa jenis yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pasien misalnya untuk bayi atau pasien yang MEP. Tetapi semua itu tergantung tersedianya cairan setempat. Pada umumnya cairan RL selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana aja. Mengenai pemberian cairan seberapa banyak yang diberikan tergantung dari berat/ringannya dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

3.) Pemberian cairan pasien malnutrisi energi protein (MEP) tipe marasmik.

Kwashiorkor dengan diare dehidrasi berat. Misalnya dengan berat badan 3-10 kg, umur 1 bln-2 tahun, jumlah cairan 200 ml/kg/24 jam. Kecepatan tetesan 4 jam pertama idem pada pasien MEP jenis cairan DG aa. 20 jam berikutnya: 150 ml/kg BB/20 jam atau 7 ml/kg BB/jam atau  $1 \frac{1}{3}$  tetes/kg BB/menit (1 ml = 15 menit) atau  $2 \frac{1}{2}$  tetes/kg BB/menit (1 ml = 20 tetes). Selain pemberian cairan pada pasien yang telah disebutkan masih ada ketentuan pemberian cairan pada pasien lainnya misalnya pasien bronkopneumonia dengan diare atau pasien dengan kalainan

jantung bawaan, yang memerlukan cairan lebih. Sebelum memasang infuse hendaknya menanyakan dahulu pada dokter.

b. Dietetik (cara pemberian makanan).

Untuk anak di bawah 1 tahun dan anak di atas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan.

1) Susu (ASI atau susu formula yang mengandung laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM, almiron atau sejenis lainnya.

2) Makanan setengah padat (bubur) atau makanan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena di rumah tidak biasa.

3) Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan, misalnya susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh.

c. obat-obatan. Prinsip pengobatan diare adalah menggantikan cairan yang hilang melalui tinja atau tanpa muntah, dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa atau karbohidrat lain ( gula, air, tajin, tepung beras dan sebagainya). (Ngastiya, 2014).

### **2.1.8 Komplikasi**

Beberapa komplikasi dari gastroenteritis menurut Friedman (2016) adalah sebagai berikut :

2) Hipokalemia (dengan gejala matorisme hipotoni, otot lemah, bradikardi, perubahan elektro kardiogram)

3) Hipokalsemia

- 4) Cardic dysrhythmias akibat hypokalemia dan hipokalsemia
- 5) Hiponatremi
- 6) Syok hipovolemik
- 7) Asidosis
- 8) Dehidrasi

## **2.2 Tinjauan Teoritis Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Menurut Sari (2018), ketetapan pengkajian yang dilakukan perawat sangat berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan yang dilakukannya, terkait dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, maka ada beberapa aspek yang perlu di kaji, antara lain :

#### **1) Identitas Klien dan Penanggung Jawab**

Identitas klien berupa nama, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, nomor registrasi, dan lain sebagainya yang berhubungan dengan riwayat kesehatan.

#### **2) Keluhan Utama**

Buang air besar (BAB) lebih 3 kali sehari, BAB < 4 kali dan cair (diaretanpa dehidrasi), Bab 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/ sedang), atau BAB > 10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten.

#### **3) Riwayat Penyakit Sekarang**

- a) Mula-mula bayi/anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, dan kemungkinan timbul diare.
- b) Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- c) Anus dan daerah sekitarnya timbul iritasi karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.
- d) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- e) Apabila klien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.
- f) Diuresis: terjadi oliguria (kurang 1ml/kg/BB/jam) bila terjadi dehidrasi. Urine normal pada diare tanpa dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).
- g) Riwayat imunisasi terutama campak, karena diare lebih sering terjadi atau berakibat berat pada anak-anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, sebagai akibat dari penurunan kekebalan pada klien.
- h) Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obat (antibiotik) karena faktor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab diare.
- i) Riwayat penyakit yang sering terjadi pada anak berusia di bawah 2 tahun biasanya adalah batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelum, selama atau setelah diare.

- j) Pemberian susu formula, apakah dibuat menggunakan air masak dan diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah menimbulkan
- 4) Pola Fungsi Kesehatan
- a) Aktivitas / istirahat  
Gangguan pola tidur, misalnya insomnia dini hari, kelemahan, perasaan 'hiper' dan ansietas, peningkatan aktivitas / partisipasi dalam latihanlatihan energi tinggi.
  - b) Sirkulasi  
Perasaan dingin pada ruangan hangat. TD rendah takikardi, bradikardia, disritmia.
  - c) Integritas ego  
Ketidakberdayaan / putus asa gangguan ( tak nyata ) gambaran dari melaporkan diri-sendiri sebagai gendut terus-menerus memikirkan bentuk tubuh dan berat badan takut berat badan meningkat, harapan diri tinggi, marah ditekan. Status emosi depresi menolak, marah, ansietas.
  - d) Eliminasi  
Diare / konstipasi,nyeri abdomen dan distress, kembung, penggunaan laksatif / diuretik. Makanan, cairan. Lapar terus-menerus atau menyangkal lapar, nafsu makan normal atau meningkat. Penampilan kurus, kulit kering, kuning / pucat, dengan turgor buruk, pembengkakan kelenjar saliva, luka rongga mulut, luka tenggorokan terus-menerus, muntah, muntah berdarah, luka gusi luas.

e) Higiene

Peningkatan pertumbuhan rambut pada tubuh, kehilangan rambut ( aksila / pubis ), rambut dangkal / tak bersinar, kuku rapuh tanda erosi email gigi, kondisi gusi buruk Neurosensori Efek depresi ( mungkin depresi) perubahan mental ( apatis, bingung, gangguan memori ) karena mal nutrisi kelaparan.

f) Nyeri / kenyamanan

Sakit kepala. Penurunan suhu tubuh, berulangnya masalah infeksi.

g) Penyuluhan / pembelajaran : Riwayat keluarga lebih tinggi dari normal untuk insiden depresi keyakinan / praktik kesehatan misalnya yakin makanan mempunyai terlalu banyak kalori, penggunaan makanan sehat.

5) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik perlu diperiksa: berat badan, suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan pernapasan serta tekanan darah. Selanjutnya perlu dicari tanda-tanda utama dehidrasi: kesadaran, rasa haus dan turgor kulit abdomen dan tanda-tanda tambahan lainnya : ubun- ubun besar cekung atau tidak, mata : cowong atau tidak, ada atau tidak adanya air mata, bibir, mukosa mulut dan lidah kering atau basah.

a) Keadaan umum hasil pemeriksaan tanda tanda vital yang didapat pada klien gastroenteritis adalah mual muntah dan BAB cair lebih dari 3x sehari.

b) Tanda – tanda vital TD menurun, mukosa bibir kering, anoreksia, dehidrasi

c) Kepala

- a) Tujuan : untuk mengetahui turgor kulit serta tekstur kulit kepala dan untuk mengetahui adanya lesi atau bekas luka.
- b) Palpasi: raba dan tentukan turgor kulit elastic atau tidak, tekstur halus, akril hangat/dingin.

d) Rambut

- a) Tujuan : untuk mengetahui tekstur, warna, dan percabangan rambut serta mengetahui rontok dan kotornya
- b) Inspeksi : pertumbuhan rambut atau tidak, kotor atau tidak serta bercabang atau tidak

e) Kuku

- 1) Tujuan: mengetahui warna, keadaan kuku panjang atau tidak, serta mengetahui kapiler refil
- 2) Inspeksi : catat mengenai warna biru : sianosis, peningkatan visibilitas Hb
- 3) Palpasi : catat adanya nyeri tekan, dan hitung berapa detik kapiler refill (pada pasien hypoxia lambat (5 – 15 detik). Kiri tidak sama misal ke kanan atau kekiri, hal itu menunjukkan adanya parase/kelumpuhan

f) Mata

- a) Tujuan : untuk mengetahui bentuk serta fungsi mata (pengelihatan dan visus dan otot mata), serta mengetahui adanya kelainan pandangan pada mata atau tidak.

- b) Inspeksi : lihat kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek Berkedip baik / tidak, konjungtiva dan sclera : merah atau konjungtivitis, ikterik / indikasi hiperbilirubin, atau mediterasi
  - c) Palpasi : tekan dengan ringan untuk mengetahui adanya TIO (Tekana Intra Okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras (pasien dengan glaucoma/kerusakan dikus optikus adanya nyeri tekan atau tidak).
- g) Hidung
- 1. Tujuan : untuk mengetahui bentuk serta fungsi dari hidung dan mengetahui ada atau tidaknya inflamasi atau sinusitis.
  - 2. Inspeksi : simetris atau tidakny, ada atau tidaknya secret
- h) Telinga
- a) Tujuan : untuk mengetahui keadaan telinga, kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.
  - b) Inspeksi: daun telinga simetris atau tidak, ukuran, warna Palpasi : tekan daun telinga adakah respon nyeri atau tidak setta rasakanelenturan kartaliago.
- i) Mulut dan faring
- a) Tujuan : Untuk mengetahui kelainan dan bentuk pada mulut, dan mengetahui kebersihan mulut.
  - b) Inspeksi : lihat pada bagian bibir apakah ada kelainan Congential (bibir sumbing ) kesimetrisan, warna, pembengkakan, lesi, kelembapan, amati juga jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.

c) Palpasi : pegang dan tekan pelan daerah pipi kemudian rasakan ada masa atau tumor, oedematau nyeri.

j) Leher

a) Tujuan : untuk menemukan struktur integritas leher, bentuk serta organ yang berkaitan, untuk memeriksa sistem limfatik

b) Inspeksi : amati bentuk, warna kulit, jaringan perut, amati adanya perkembangan, kelenjar tiroid, dan amati kesimetrisan leher dari depan belakang dan samping

c) Palpasi : pegang leher klien, anjurkan klien untuk menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

k) Dada

a) Tujuan: untuk mengetahui kesimetrisan, irama nafas, frekuensi, ada atau tidaknya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru

b) Inspeksi : amati bentuk dada dan pergerakan dada kanan dan kiri, amati adanya retraksi intercosta amati pergerakan paru

c) Auskultasi: untuk mengetahui ada atau tidaknya suara tambahan nafas, veskular, wheezing, crecics , atau ronchi.

l) Abdomen

a) Tujuan: untuk mengetahui gerakan dan bentuk perut, mendengarkan bunyi peristaltik usus, dan mengetahui ada atau tidaknya nyeri tekan pada bagian dalam abdomen.

b) Inspeksi: amati bentuk perut secara umum, warna, ada tidaknya retraksi, benjolan simetrisan, serta ada atau tidaknya asietas.

- c) Auskultasi :mendengarkan bising usus minimal 15x/menit.
- m) Muskulokelektal
  - a) Tujuan: untuk mengetahui mobilitas kekuatan dari otot dan gangguan gangguan didaerah tertentu
  - b) Inspeksis : mengenali ukuran adanya atrofil dan hipertrofil, amati kekuatan otot dengan memberi penahan paada anggota gerak atas bawah.
- 6) Pemeriksaan Penunjang
  - a) Pemeriksaan tinja
    - b) Makroskopis dan mikroskopis
    - c) Ph dan kadar gula dalam tinja
    - d) Bila perlu di adakan uji bakteri untuk untuk mengetahui organism penyebabnya dengan melakukan pembikan terhadap contoh tinja
  - b. Pemeriksaan laboratorium :Darah lengkap elektrolit glukosa darah, Urine: urinlengkap, kultur dan test ke pekaan terhadap antibiotika.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut NANDA (2015) diagnosa keperawatan yang timbul pada Gastroenteritis adalah sebagai berikut :

- 1) Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, proses penyakit ditandai dengan peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal, kulit kemerahan, takikardie, takipnea, kulit terasa hangat.
- 2) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

- 3) Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan.
- 4) Defisit Nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.
- 5) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi hiperpristaltik.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Nanda NIC-NOC 2016**

No	Diagnosa Keperawatan	NOC ( <i>Nursing Outcome Classification</i> )	NIC ( <i>Nursing Intervention Classification</i> )
1	Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, proses penyakit ditandai dengan peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal, kulit kemerahan, takikardie, takipnea, kulit terasa hangat.	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Termogulasi</li> <li>2. TTV</li> <li>3. Respon Pengobatan</li> </ol> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8jam masalah hipertermi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam rentang normal. Suhu tubuh dalam rentang 36,6<sup>0</sup>C – 37,2<sup>0</sup>C</li> <li>2. Nadi dan respirasi dalam rentang normal. Nadi 80-120 x/menit dan RR 20-30 x/menit</li> <li>3. Tidak ada perubahan warna kulit.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lain Monitor warna kulit dan suhu</li> <li>2. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan</li> <li>3. Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil)</li> <li>4. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin;menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringanuntuk demam dan fase bergejolak/ flush )</li> <li>5. Dorong konsumsi cairan</li> <li>6. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika di perlukan</li> <li>7. Lakukan terapi Tepid Sponge Bath untuk menurunkan suhu tubuh klien</li> </ol>

			8. Tingkatkan sirkulasi udara 9. Pantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya., kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel) 10. Pastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium 11. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering
--	--	--	---

## 2.2.4 Implementasi Keperawatan

**Tabel 2.2 Implementasi Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Implementasi Keperawatan
1	Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, proses penyakit ditandai dengan peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal, kulit kemerahan, takikardie, kulit terasa hangat.	1. Pantau suhu dan tanda- tanda vital lain 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan 4. Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil) 5. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan	1. Memantau suhu dan tanda- tanda vital lain 2. Memonitor warna kulit dan suhu 3. Memonitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan 4. Memberi obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil) 5. Menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu:

		<p>selimut hangat untuk fase dingin;menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringanuntuk demam dan fase berkejang/flush )</p> <p>6. Dorong konsumsi cairan</p> <p>7. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika di perlukan</p> <p>8. Lakukan terapi Tepid Sponge Bath untuk menurunkan suhu tubuh klien</p> <p>9. Tingkatkan sirkulasi udara</p> <p>10. Pantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya., kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)</p> <p>11. Pastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium</p> <p>12. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering</p>	<p>memberikan selimut hangat untuk fase dingin;menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringanuntuk demam dan fase berkejang/flush )</p> <p>6. Mendorong konsumsi cairan</p> <p>7. Memfasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika di perlukan</p> <p>8. Melakukan terapi Tepid Sponge Bath untuk menurunkan suhu tubuh klien</p> <p>9. Meningkatkan sirkulasi udara</p> <p>10. Memantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya., kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)</p> <p>11. Memastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium</p> <p>12. Melembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering</p>
--	--	--	---

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Nursalam (2015), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif penjelasannya adalah sebagai berikut :

#### 1) Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif disebut juga sebagai evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai klien mengenai perubahan suhu tubuh yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan Tepid Sponge Bath.

#### 2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, Oobjektif, *Assesment*, Perencanaan). Pada evaluasi somatif ini penulis menilai tujuan akhir dari penerapan terapi Tepid Sponge Bath yang penulis lakukan yaitu ada atau tidaknya perubahan suhu tubuh setelah dilakukan tindakan Tepid Sponge Bath tersebut.

## **2.3 Tinjauan Teoritis Anak**

### **2.3.1 Definisi**

Anak adalah anak yang berusia 3-6 tahun. Sedangkan hakikat anak usia dini adalah individu yang unik dimana ia memiliki pola pertumbuhan dalam aspek fisik, kognitif, emosional, kreativitas, bahasa dan komunikasi yang khusus yang sesuai dengan tahapan yang sedang dilalui oleh anak tersebut. Dari berbagai defenisi, peneliti menyimpulkan bahwa anak yang

berusia 0-8 tahun yang sedang dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan, baik fisik maupun mental (Augusta, 2012).

Menurut Dewi, dkk (2017), anak usia prasekolah merupakan anak yang berusia antara nol sampai enam tahun. Mereka biasanya mengikuti program preschool. Di Indonesia untuk usia 4-6 tahun biasanya mengikuti program Taman Kanak-kanak. Anak prasekolah adalah seorang pembelajar yang energik, antusiasme dan pengganggu dengan imajinasi yang aktif. Pada usia ini, anak secara normal telah menguasai rasa otonomi dan memindahkan untuk menguasai rasa inisiatif.

### **2.3.2 Klasifikasi Anak**

Anak merupakan individu yang berusia mulai di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Klasifikasi usia anak yang dibagi menjadi awal masa anak-anak yaitu usia toddler (1-3 tahun) dan usia pra sekolah (3-6 tahun), pertengahan masa anak yaitu usia sekolah (6-12 tahun) dan akhir masa anak, akhir masa anak dibagi menjadi dua yaitu usia pubertas, pada perempuan (10-11 tahun) dan laki-laki (12-13 tahun) dan usia adolescent, pada perempuan (13-18 tahun) dan laki-laki (14-19 tahun) (Setiawan et al, 2014).

### **2.3.3 Ciri-Ciri Umum Anak**

Ciri-ciri umum balita (anak usia pra sekolah) Menurut Dewi, dkk (2017) adalah sebagai berikut :

1) Ciri fisik anak usia pra sekolah

Anak pra sekolah umumnya sangat aktif, mereka telah memiliki penguasaan terhadap tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan yang dilakukan sendiri. Anak masih sering mengalami kesulitan-kesulitan apabila harus memfokuskan pandangan pada objek-objek yang kecil ukurannya.

2) Ciri sosial anak usia pra sekolah

Anak usia pra sekolah biasanya mudah bersosialisasi dengan orang disekitarnya. Kelompok bermain cenderung kecil dan tidak terlalu terorganisasi secara baik, oleh karena itu kelompok tersebut cepat berganti-ganti. Anak menjadi sangat mandiri, agresif secara fisik dan verbal, bermain secara asosiatif, dan mulai mengeksplorasi seksualitas.

3) Ciri emosional anak usia pra sekolah

Anak cenderung mengeksplorasi emosinya dengan bebas dan terbuka. Sikap sering marah dan iri hati sering diperlihatkan.

4) Ciri kognitif anak usia pra sekolah

Anak usia pra sekolah umumnya telah terampil dalam berbahasa. Sebagian dari mereka senang bicara, khususnya dalam kelompoknya, sebagian dari mereka perlu dilatih untuk menjadi pendengar yang baik.

### **2.3.4 Tumbuh Kembang Anak**

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran besar (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan

keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Andriana, 2013).

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Dalam hal ini menyangkut adanya proses diferensiasi sel – sel tubuh, jaringan tubuh, organ – organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing – masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya. Pertumbuhan berdampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu (Andriana, 2013).

## **2.4 Tinjauan Teoritis Demam/Hipertermi**

### **2.4.1 Definisi**

Demam atau hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh diatas rentan normal. Batasan karakteristiknya meliputi kemerahan, *konvulsi*, peningkatan suhu tubuh diatas rentan normal, kejang, takipnea, kulit terasa hangat. Penyebab antara lain anestesia, penurunan perspirasi, dehidrasi, pemajanan lingkungan yang panas, pemakaian pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, penyakit, medikasi, trauma, aktivitas berlebihan (Herdman, 2014).

Demam atau hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh di atas normal. Hipertermi merupakan satu reaksi tubuh untuk melindungi dari infeksi. Beberapa studi menunjukkan demam memperpendek masa sakit

karena virus dan meningkatkan survival terhadap infeksi bacterial. Hipertermia adalah kondisi kegagalan pengaturan suhu tubuh (termoregulasi) akibat ketidakmampuan tubuh melepaskan atau mengeluarkan panas (misalnya pada heat stroke) atau produksi panas yang berlebihan oleh tubuh dengan pelepasan panas dalam laju yang normal (Irene, 2014).

Demam atau hipertermi dapat berhubungan dengan infeksi, keganasan, penyakit metabolik maupun penyakit lain. Demam atau hipertermi dapat disebabkan karena kelainan dalam otak sendiri atau zat toksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu, penyakit-penyakit bakteri, tumor atau dehidrasi (Guyton, 2012).

#### **2.4.2 Temperatur Normal Suhu Tubuh**

Rata-rata temperatur tubuh bervariasi setiap saat pada suatu rentang normal yang dikontrol oleh pusat termoregulasi yang berlokasi di hipotalamus. Tubuh secara normal mampu mempertahankan temperatur karena pusat termoregulasi hipotalamus menyeimbangkan produksi Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh di atas rentang normal. Batasan karakteristiknya meliputi kemerahan, *konvulsi*, peningkatan suhu tubuh di atas rentang normal, kejang, takipnea, kulit terasa hangat. Penyebab antara lain anestesia, penurunan perspirasi, dehidrasi, pemajanan lingkungan yang panas, pemakaian pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, penyakit, medikasi, trauma, aktivitas berlebihan (Herdman, 2014).

Demam atau hipertermi adalah suatu keadaan suhu tubuh di atas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur hipotalamus, yang di pengaruhi oleh IL-1 (Susilaningrum.R, 2014). panas berlebihan yang di hasilkan dari aktivitas metabolisme (Nafisa, 2013).

Hal ini di sebabkan karena adanya pernafasan dari mulut. Temperatur membran timpani lebih mendekati membran inti tubuh, tetapi pemeriksaannya lebih sulit. Tubuh senantiasa berupa untuk mempertahankan set poin suhu, pada kisaran  $37^{\circ}\text{C}$  dengan Variasi sirkadian  $< 1^{\circ}\text{C}$  ( $36.3-37.2^{\circ}\text{C}$ ) pada pengukuran suhu aksila (Wijaya Putri, 2013).

### **2.4.3 Cara Dalam Pengukuran Suhu Tubuh**

Suhu tubuh dapat di ukur dengan menggunakan termometer, baik itu dengan termometer air raksa maupun termometer digital, suhu tubuh dapat di ukur melalui beberapa cara (Sodikin, 2012).

#### **1) Pengukuran Di Oral (mulut)**

Suhu dapat diambil melalui mulut baik menggunakan termometer kaca atau termometer digital yang menggunakan *probe elektronik* dibawa lidah anak selama 2-3 menit. Suhu mulut menghasilkan hasil yang dapat dipercaya tetapi sulit dilakukan pada anak yang lebih kecil, yang umumnya tidak dapat menjaga mulutnya tertutup rapat di sekitar termometer untuk menghasilkan hasil yang tepat (Ultaminingsih, 2015)

#### **2) Pengukuran di Aksilaris**

Suhu yang di ambil di bawah lengan dengan menggunakan termometer kaca atau digital pada ketiak anak selama 4-5 menit. Suhu tubuh

setidaknya sedikit lebih akurat karena ketiak lebih dingin dibandingkan anus, telinga dan mulut (Ultaminingsih, 2015)

### 3) Pengukuran Di Anus

Pemeriksaan suhu rektal secara tradisional dianggap sebagai standar emas untuk pengukuran suhu karena merupakan standar dan lebih dipercaya karena lebih dekat ke suhu tubuh dalam sebenarnya (core temperature) pada anak dari pada suhu yang diukur di tempat lain. Untuk mengukur suhu anus sebuah termometer dilapisi jelly sekitar tonjolan harus dimasukkan pelan-pelan sekitar 1-2 cm ke dalam anus anak pada saat tengkurap. Anak harus diletakkan di tempat untuk 2-3 menit (Lusia, 2015).

### 4) Pengukuran di Membran Timpani

Pemeriksaan suhu di membran timpani dapat mudah diakses, mencerminkan suhu inti, sangat cepat. Pemeriksaan suhu tubuh pada membran timpani dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan beresiko terjadi perlukaan apabila termometer diletakan terlalu dalam ke lubang telinga. Pengukuran berulang dapat menunjukkan hasil yang berbeda. Adanya serumen dapat mempengaruhi bacaan hasil (Barbara, Glenora, Audrey, & J., 2010).

Pengukuran yang paling akurat adalah dengan meletakan ujung termometer di lubang anus atau biasa disebut rektum pada anak secara hati-hati (Arifianto, 2012).

## **2.5 Tinjauan Teoritis Tepid Sponge Bath**

### **2.5.1 Definisi**

Tepid sponge bath adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka. (Dewi 2016).

Kompres tepid sponge bath adalah sebuah tehnik kompres hangat yang menggabungkan tehnik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan tehnik seka. Pemberian tepid sponge bath memungkinkan aliran udara lembab membantu pelepasan panas tubuh dengan cara konveksi. Suhu tubuh lebih hangat daripada suhu udara atau suhu air memungkinkan panas akan pindah ke molekul molekul udara melalui kontak langsung dengan permukaan kulit. Pemberian tepid sponge bath ini dilakukan dengan cara menyeka seluruh tubuh klien dengan air hangat. Tepid sponge bath efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam dan juga membantu dalam mengurangi rasa sakit atau ketidaknyamanan (Dewi, 2016).

Kompres tepid sponge bath adalah sebuah teknik kompres hangat yang memberikan efek adanya penyaluran sinyal ke hipotalamus melalui keringat dan vasodilatasi perifer sehingga proses perpindahan panas yang diperoleh berlangsung melalui dua proses yaitu konduksi dan evaporasi dimana proses perpindahan panas melalui proses konduksi ini dimulai dari tindakan mengkompres anak dengan waslap dan proses evaporasi ini diperoleh dari adanya seka pada tubuh saat pengusapan yang dilakukan sehingga terjadi proses penguapan panas menjadi keringat (Listyarini dkk, 2018).

### **2.5.2 Tujuan Tepid Sponge Bath**

Menurut Listyarini dkk (2018) tujuan dari tepid sponge bath adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk mengurangi kejadian demam
- 2) Mengurangi peningkatan suhu tubuh secara mendadak
- 3) Membantu dalam mengurangi rasa sakit atau ketidaknyamanan
- 4) Mempercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer di sekujur tubuh sehingga evaporasi panas dari kulit ke lingkungan sekitar akan lebih cepat

### **2.5.2 Efektifitas Tepid Spongebath Menurunkan Hipertermi**

Pemberian terapi tepid spongebath dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses penguapandan dapat memperlancar sirkulasi darah, sehingga darah akan mengalir dari organ dalam kepermukaan tubuh dengan membawa panas. Kulit memiliki banyak pembuluh darah, terutama tangan, kaki , dan telinga. Aliran darah melalui kulit dapat mencapai 30% dari darah yang dipompakan ke jantung. Kemudian panas berpindah dari darah melalui dinding pembuluh darah kepermukaan kulit dan hilang lingkungan sehingga terjadi penurunan suhu tubuh (Potter & Perry, 2011).

### **2.5.3 Prosedur Tepid Sponge Bath**

Menurut Zahroh (2017), terapi tepid sponge bath menggunakan air suam–suam kuku yang dibilas ke seluruh tubuh menggunakan waslap, dengan tehnik membilas seluruh tubuh memudahkan tubuh untuk berkeringat dan

suhu tubuh dapat turun. Proses tindakan tepid sponge bath adalah sebagai berikut :

1) Persiapan alat

- a) Baskom/ember berisi air hangat
- b) Termometer
- c) Selimut mandi
- d) Alas linen tahan air
- e) Handuk
- f) Waslap
- g) Botol air panas
- h) Kantung es dan penutupnya
- i) Sarung tangan (jika klien ada luka terbuka)
- j) Keranjang pakaian kotor

2) Preinteraksi

- a) Mengkaji kondisi klien, memeriksa catatan keperawatan dan catatan medis klien
- b) Mengidentifikasi indikasi tindakan tepid sponge bath
- c) Mencuci tangan
- d) Menyediakan alat-alat yang diperlukan
- e) Mendekatkan alat

3) Tahap Orientasi

- a) Memberi salam, panggil klien dengan namanya dan memperkenalkan diri (jika belum saling kenal)
- b) Menanyakan kondisi dan keluhan klien

- c) Menjelaskan maksud, tujuan, dan prosedur tindakan
  - d) Berikan kesempatan kepada klien atau keluarga bertanya sebelum kegiatan dilakukan
- 4) Tahap Kerja
- a) Mencuci tangan dan gunakan sarung tangan jika diperlukan
  - b) Jaga privasi klien dengan menutup sampiran
  - c) Atur posisi nyaman untuk klien
  - d) Kaji kondisi dan tanda-tanda vital klien
  - e) Letakkan alat atau linnen tahan air di bawah klien
  - f) Lepaskan baju klien dan selimuti dengan selimut mandi
  - g) Cek temperatur air yaitu air suhu ruangan (20-25°C) atau hangat (suhu 29-32 °C)
  - h) Celupkan waslap dalam air hangat, peras sebelum digunakan untuk menyeka
  - i) Letakkan waslap lembab menutupi pembuluh darah superfisial utama (aksila, selangkangan, dan area popliteal) ganti jika waslap tengah hangat (jika terdapat bath tube klien dapat direndam selama 20-30 menit)
  - j) Seka atau usap ekstremitas dengan lembut selama 5 menit (perhatikan respon klien), saat bersama ekstremitas yang lain ditutup dengan waslap lembab
  - k) Keringkan ekstremitas dan kaji kembali kondisi serta respon klien terhadap terapi

- l) Lanjutkan menyeka pada ekstremitas yang lain, kemudian seka dadan dan abdomen selama 5 menit
  - m) Balikkan klien secara perlahan dan seka punggung sampai bokong selama 5-10 menit, jaga selalu klien dalam keadaan terselimuti kecuali bagian tubuh yang diseka
  - n) Cek tanda vital setiap 15 menit (hentikan sponge bath ketika klien mencapai temperatur  $1^{\circ}\text{C}$  di atas temperatur suhu tubuh yang diinginkan), lanjutkan monitor sampai keadaan stabil
  - o) Observasi keadaan dingin, menggigil, pucat, sianosis pada bibir atau kuku serta perubahan tanda vital terutama penurunan dan peningkatan nadi
  - p) Jika tidak ada efek samping, sponge bath dilakukan sedikitnya selama 30 menit
  - q) Setelah sponge bath dilakukan, yakinkan klien dalam keadaan kondisi kering dan nyaman
  - r) Klien dan lingkungan dirapikan
  - s) Sarung tangan dilepas
- 5) Tahap Terminasi
- a) Evaluasi perasaan klien
  - b) Simpulkan hasil kegiatan dan berikan umpan balik positif
  - c) Kontrak pertemuan selanjutnya
  - d) Bereskan alat-alat
  - e) Cuci tangan
  - f) Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan