

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN *TYPHOID* PADA AN. S
DAN PEMEBERIAN INTERVENSI KOMPRES HANGAT DI RUANG
AMARILIS DI PUSKESMAS CILAWU**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

DITA HERAWATI PUTRI, S.Kep

KHGD24050



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM PROFESI NERS

TAHUN 2025

LEMBAR PERSETUJUAN
SIDANG KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

**JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Nn. S Dengan Typhoid
Dan Intervensi Kompres Hangat Di Ruang Amarilis Di
Puskesmas Cilawu**

NAMA : DITA HERAWATI PUTRI, S.Kep

NIM : KHGD25050

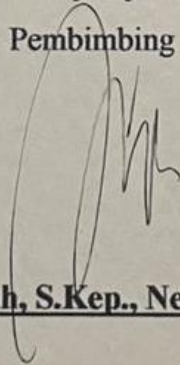
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Karya Akhir Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan
Tim Penguji Program Studi Profesi Ners

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,
Pembimbing



Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Nn. S Dengan Typhoid
Dan Intervensi Kompres Hangat Di Ruang Amarilis Di
Puskesmas Cilawu**

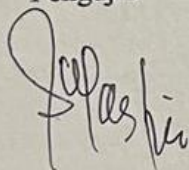
NAMA : DITA HERAWATI PUTRI, S.Kep

NIM : KHGD25050

Garut, Agustus 2025

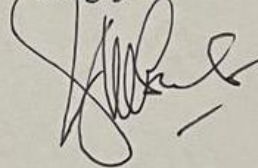
Menyetujui,

Penguji I



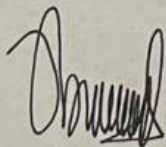
Sulastini S.Kep., Ners., M.Kep

Penguji II



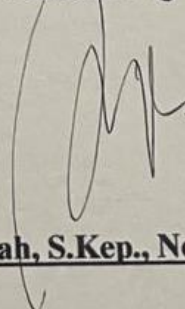
Susan Susyanti S.Kep., M.Kep

**Mengetahui,
Ketua Program studi profesi ners
STIKes Karsa Husada Garut**



Sri Yekti Widadi, M.Kep

**Mengesahkan,
Pembimbing**



Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir Ners ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2025

Pembuat Pernyataan

Dita Herawati Putri S.Kep

ABSTRAK

Latar Belakang: Typhoid masih menjadi salah satu penyakit infeksi dominan di Indonesia, terutama pada anak dan remaja. Demam merupakan gejala utama yang sering dialami, dan terapi non-farmakologis seperti kompres hangat menjadi alternatif intervensi yang efektif untuk menurunkan suhu tubuh. **Tujuan:** Studi kasus ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan pada pasien dengan Typhoid melalui penerapan intervensi kompres hangat untuk membantu menurunkan suhu tubuh dan meningkatkan kenyamanan pasien. **Metode:** metode ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Studi kasus ini adalah pasien Nn. S yang dirawat di ruang Amarilis Puskesmas Cilawu dengan diagnosa medis Typhoid. **Hasil:** Hasil studi kasus ini menunjukkan typhoid dengan masalah keperawatan hipertermia ternyata dapat diatasi dengan melakukan kompres hangat, hal ini di tandai dengan adanya peningkatan penurunan suhu pada pasien dari kenaikan suhu 39,2°C menjadi 37,0°C , maka dari itu, Kompres hangat sudah terbukti secara empiris sebagai terapi non farmakologi yang menurunkan suhu pada pasien typhoid. **Rekomendasi:** Terapi ini dapat digunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan non-farmakologis untuk penurunan suhu pada pasien typhoid.

Kata Kunci: Typhoid, Hipertermia, Kompres Hangat, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

Background: Typhoid remains one of the dominant infectious diseases in Indonesia, particularly among children and adolescents. Fever is the main symptom frequently experienced, and non-pharmacological therapies such as warm compresses serve as an effective alternative intervention to reduce body temperature. **Objective:** This case study aims to analyze nursing care for a patient with Typhoid through the application of warm compress intervention to help lower body temperature and improve patient comfort. **Method:** This study employed a case study approach using the nursing care process, which includes assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The case involved a patient, Ms. S, who was hospitalized in the Amarilis Ward of Cilawu Community Health Center with a medical diagnosis of Typhoid. **Results:** The findings indicate that Typhoid patients with the nursing problem of hyperthermia can be managed effectively by applying warm compresses, as evidenced by a decrease in body temperature from 39.2°C to 37.0°C. This demonstrates that warm compress therapy has been empirically proven as a non-pharmacological method to reduce fever in Typhoid patients. **Recommendation:** This therapy can be utilized as one of the non-pharmacological nursing interventions to reduce fever in patients with Typhoid.

Keywords: Typhoid, Hyperthermia, Warm Compress, Nursing Care

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Dengan memanjatkan puji serta syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga tercurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muahmmad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya seta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul **“Analisis Asuhan Keperawatan Pada Nn. S Dengan Thypoid Dan Pemberian Intervensi Kompres Hangat”**

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh Pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep.,Ners.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Iin Patimah, S.Kep.,Ners.,M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

5. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku penguji I KIAN yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIAN ini
6. Ibu Susan Susyanti, S.kep., Ners., M.Kep., selaku penguji II KIAN yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIAN ini.
7. Seluruh staff dan dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIAN ini.
8. Kedua Orang Tua yang saya cintai dan saya sayangi yaitu Bapak Dedi dan Mamah Tati yang selalu mendo'akan. Memberikan dukungan dengan sepenuh hati kepada penulis baik secara moral maupun materi.
9. Seluruh sahabat penulis yang selalu meberikan semangat dan dukungan selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.

Semoga Allah senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan KIAN ini masih jauh dari kata sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman serta pengetahuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan demi perbaikan. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Metode Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1 Konsep Dasar Thypoid	8
2.1.1 Pengertian Thypoid.....	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi	9
2.1.4 Pathway	11
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.6 Penatalaksanaan	13
2.1.7 Dampak Thypoid Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	14
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik	15
2.1.9 Komplikasi.....	18
2.2 Konsep kompres hangat.....	19
2.2.1 Pengertian Kompres Hangat.....	19
2.2.2 Tujuan.....	20
2.2.3 Manfaat.....	20
2.2.4 <i>Evidance Based Practic</i> Kompres Hangat.....	21

2.2.5 Sop Kompres Hangat.....	23
2.3 Konsep asuhan keperawatan	25
2.3.1 Pengkajian	25
2.3.2 Analisa Data.....	29
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	32
2.3.4 Intervensi Keperawatan	32
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	38
2.3.6 Evaluasi Keperawatan	38
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	39
3.1 Tinjauan Kasus	39
3.1.1 Pengkajian	39
3.1.2 Intervensi Keperawatan	50
3.1.3 Implementasi Keperawatan.....	53
3.1.4 Catatan Perkembangan	54
3.2 Pembahasan	60
3.2.1 Analisis Pembahasan Pengkajian.....	60
3.2.2 Analisis Pembahasan Diagnosis Keperawatan	62
3.2.3 Analisis Pembahasan Perencanaan Intervensi Keperawatan	63
3.2.4 Analisis Pembahasan Implementasi Keperawatan.....	64
3.2.5 Analisis Pembahasan Evaluasi Keperawatan.....	65
3.2.6 Analisis Pembahasan Dokumentasi Keperawatan	66
BAB IV KESIMPULAN	67
4.1 Kesimpulan.....	67
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi saat ini masih menjadi masalah serius di beberapa negara berkembang salah satunya yaitu Indonesia. Kejadian infeksi yang cukup tinggi di Indonesia didominasi oleh infeksi saluran pernafasan dan pencernaan, salah satunya yaitu *Typhoid*. Menurut penelitian yang dilakukan oleh nuuzzaman (2021) menyatakan bahwa anak yang memiliki frekuensi jajan sering lebih beresiko 3,67 kali mengalami *Typhoid* dibandingkan anak yang memiliki kebiasaan jajan yang jarang. Pada saat ini hampir seluruh anak-anak pernah mengalami infeksi seluruh pencernaan seperti diare dan *Typhoid* yang erat kaitannya dengan kebersihan jajanan yang mereka makan (Pristyanti, 2020).

Typhoid merupakan penyakit yang menyerang saluran pencernaan. Selama terjadi infeksi, kuman tersebut bermultiplikasi dalam sel fagositik mononuclear dan secara berkelanjutan dilepaskan ke aliran darah. *Typhoid* yaitu salah satu penyakit infeksi yang bersifat sistemik dan disebabkan oleh mikroorganisme *salmonella enterica serotype typhi* atau dikenal dengan *salmonella typhi*. Penyakit ini sering dijumpai di negara berkembang yang terletak di subtropis dan daerah tropis seperti Indonesia (Hidayani, 2020).

Kasus *typhoid* sebagian besar terjadi di wilayah Asia Tenggara, Asia Selatan, dan Afrika Sub-Sahara dengan angka kematian akibat *Typhoid* mencapai 600.000 dan 70% nya terjadi di Asia (WHO,2021). Di Indonesia sendiri kasus

Typhoid sebanyak 55.098 jiwa, dengan angka kematian 2,06% dari jumlah penderita. Sehingga penyakit *Typhoid* berada pada peringkat 10 penyakit terbesar yang ada di Indonesia (kemenkes RI, 2020). Provinsi Jawa Barat saat ini menduduki peringkat ke-3 dengan kasus *Typhoid* tertinggi setelah Bengkulu dengan nilai 21,4% (Riskesdas,2021). Sedangkan di Kabupaten Garut sendiri tepatnya di Puskesmas Cilawu jumlah penderita typhoid selalu meningkat setiap tahunnya, pada tahun 2023 jumlah penderita *Typhoid* mencapai 640 jiwa dengan kasus yang terjadi pada anak sebanyak jiwa sedangkan pada tahun 2024 mengalami peningkatan dengan umlah penderita *typhoid* jiwa dengan kasus yang terjadi pada anak sebanyak jiwa (Dinkes, 2022).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik Puskesmas Cilawu di Ruang Rawat Inap Periode tahun 2023 perbandingan penyakit *Typhoid* dengan penyakit lainnya yang ada di Puskesmas Cilawu sebagai berikut :

Tabel 1.1
Daftar 10 Besar Jenis Penyakit di Ruang Rawat Inap Puskesmas Cilawu
2023

No	Jenis Penyakit	Frekuensi	Presentase (%)
1	Demam Typhoid	640	53,60
2	DF	138	11,55
3	GEA	142	11,90
4	DHF	21	1,75
5	CHF	45	3,76
6	Gastritis	58	4,85
7	Kejang Demam	43	3,60
8	Hipertensi	54	4,52
9	HEG	31	2,60
10	Asma	22	1,84
Jumlah		1.194	100%

(sumber : Rekam Medik Ruang Rawat Inap Puskesmas Cilawu 2023)

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa jumlah penderita *Typhoid* di Puskesmas Cilawu termasuk kedalam 10 penyakit terbanyak diruang Rawat Inap Puskesmas Cilawu dimana penyakit *Typhoid* menduduki urutan ke-1 dengan jumlah penderita sebanyak 640 jiwa (53,60%). Urutan ini masih terbilang cukup tinggi, oleh sebab itu kasus *typhoid* membutuhkan penanganan yang tepat yang cepat dan baik, untuk menghindari terjadinya kondisi yang memburuk sehingga dapat menyebabkan komplikasi seperti perforasi intestinal dan penurunan kesadaran yang dapat mengancam jiwa.

Kasus *Typhoid* sering ditemukan dengan rentang usia terbanyak berada pada remaja yaitu usia 12-18 tahun, dimana kelompok usia tersebut banyak melakukan aktivitas diluar rumah sehingga mereka lebih rentan mengalami *typhoid* karena daya tahan tubuhnya yang belum sekuat orang dewasa dan kurangnya menjaga kebersihan makanan dan minuman yang mereka konsumsi. Pada anak usia tersebut juga sering mengabaikan mencuci tangan sebelum makan, setelah buang air kecil

maupun buang air besar, sehingga mereka lebih beresiko *Typhoid* (Pristyanti, 2020).

Selain itu, pasien dalam studi kasus ini berusia 18 tahun yang menurut teori perkembangan termasuk ke dalam masa dewasa awal. Pada fase ini individu mulai memasuki transisi dari remaja menuju dewasa, ditandai dengan meningkatnya kemandirian, tanggung jawab, serta kemampuan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Santrock (2012), dewasa awal dimulai sekitar usia 18 hingga 25 tahun, yang disebut juga sebagai masa emerging adulthood, dimana seseorang mulai mengeksplorasi identitas, karier, serta hubungan sosial yang lebih matang. Hal ini sesuai dengan pandangan Papalia & Martorell (2014) yang menyebutkan bahwa usia 18 tahun menjadi awal dari fase perkembangan dewasa awal.

Demam merupakan gejala khas yang timbul pada semua penderita *Typhoid*. Demam dapat diturunkan dengan cara farmakologi seperti menggunakan obat-obatan (antiseptik). Sedangkan terapi non farmakologi yang bisa digunakan untuk menurunkan demam akibat *Typhoid* salah satunya yaitu kompres hangat yang dilakukan di area temporal atau axila, karena area tersebut lebih dekat dengan hipotalamus di otak yang berperan sebagai pusat pengatur suhu tubuh. Dengan demikian hipotalamus akan merespon dengan menurunkan suhu tubuh menjadi dalam batas normal (Nuruzzaman & Syahrul, 2021).

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk meminimalisir angka kejadian *Typhoid*, dengan menggunakan aspek promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dalam upaya promotif perawat berperan dalam memberikan Pendidikan kesehatan meliputi pengertian, penyebab, tanda gejala dan cara mencegah terjadinya *Typhoid* sehingga dapat meminimalisir bertambahnya jumlah penderita *Typhoid*. Upaya preventif yaitu bagaimana seorang perawat melakukan tindakan dalam mencegah terjadinya demam *Typhoid* seperti pengecekan sanitasi lingkungan secara berkala. Pada upaya kuratif seorang perawat harus mampu memberikan pengobatan dalam upaya penyembuhan demam *Typhoid*, seperti memberikan antiseptic atau memberikan kompres hangat untuk menurunkan demam. Sedangkan upaya rehabilitative yaitu bagaimana seorang perawat mampu membantu proses pemulihan terhadap penderita yang telah sembuh dari *Typhoid*, seperti menganjurkan istirahat yang cukup dan memenuhi nutrisi yang seimbang serta mengajarkan cara perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang benar untuk mencegah terjadinya demam *Typhoid* berulang (Pristyanti, 2020).

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan masalah keperawatan yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN TYPHOID DENGAN INTERVENSI KOMPRES HANGAT DI PUSKESMAS CILAWU”

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis Asuhan Keperawatan Dengan Penerapan Terapi Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Pada Nn. S Dengan Diagnosa *Typhoid*

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Typhoid*
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Typhoid*
3. Menyusun rencana/intervensi pada pasien dengan *Typhoid*
4. Melakukan implementasi pada pasien dengan *Typhoid*
5. Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Typhoid*
6. Mampu menganalisa antara teori dan praktik terkait asuhan keperawatan yang di berikan berbasis *Evidence Based Practice (EBP)*
7. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Typhoid*

1.3 Metode Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan tambahan referensi ilmiah terkait asuhan keperawatan pada pasien *Typhoid*, khususnya penggunaan intervensi non-farmakologis seperti kompres hangat untuk mengatasi demam. Studi kasus ini juga dapat menjadi acuan dalam penyusunan kurikulum, modul pembelajaran, serta sebagai contoh penerapan evidence-based practice di bidang keperawatan.

2. Bagi Pasien

Memberikan informasi yang jelas dan mudah dipahami mengenai penyakit Typhoid, gejala, penatalaksanaan, serta manfaat kompres hangat sebagai terapi penunjang untuk menurunkan suhu tubuh. Pengetahuan ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran, kepatuhan terhadap perawatan, dan mendukung proses penyembuhan.

3. Bagi Penulis

Menjadi sarana pengembangan kemampuan penulis dalam melaksanakan penelitian, mengolah data, dan menyusun studi kasus yang sistematis. Selain itu, karya ilmiah ini dapat memperkuat keterampilan analisis, berpikir kritis, serta menjadi portofolio akademik dan profesional dalam bidang keperawatan.

4. Bagi Pelayanan Keperawatan

Memberikan bukti ilmiah mengenai efektivitas kompres hangat dalam menurunkan demam pada pasien Typhoid, sehingga dapat menjadi pertimbangan dalam penerapan intervensi keperawatan yang aman, sederhana, efektif, dan hemat biaya. Selain itu, hasil studi kasus ini diharapkan dapat mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di fasilitas kesehatan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Typhoid

2.1.1 Pengertian Typhoid

Demam Typhoid adalah infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Demam Typhoid adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi* A, B dan C. Penularan demam Typhoid melalui fecal dan oral yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Mustofa et al., 2020).

Demam typhoid (*typhus abdominalis*) merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella typhosa* dan hanya terdapat pada manusia (Simangunsong et al., 2021).

Demam Typhoid adalah suatu infeksi sistemik yang disebabkan oleh bakteri *S typhi*. Bakteri lain yang dapat menyebabkan demam Typhoid adalah *Salmonella enterica* serovar *paratyphi* A, B, dan C, penyakit ini disebut demam paratifoid (Saputra, 2021).

2.1.2 Etiologi

Demam Typhoid adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi* A, B dan C. Penularan demam Typhoid melalui fecal dan oral yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Mustofa et al., 2020)

infeksi demam Typhoid biasanya terjadi di musim kemarau dan pada permulaan musim hujan di daerah endemik. Jumlah bakteri typhoid yang dapat menjadi infeksius adalah jika 10³-10⁶ organisme masuk atau tertelan secara oral oleh manusia. Demam Typhoid dapat menular melalui makanan dan air yang terkontaminasi oleh feses (Saputra, 2021).

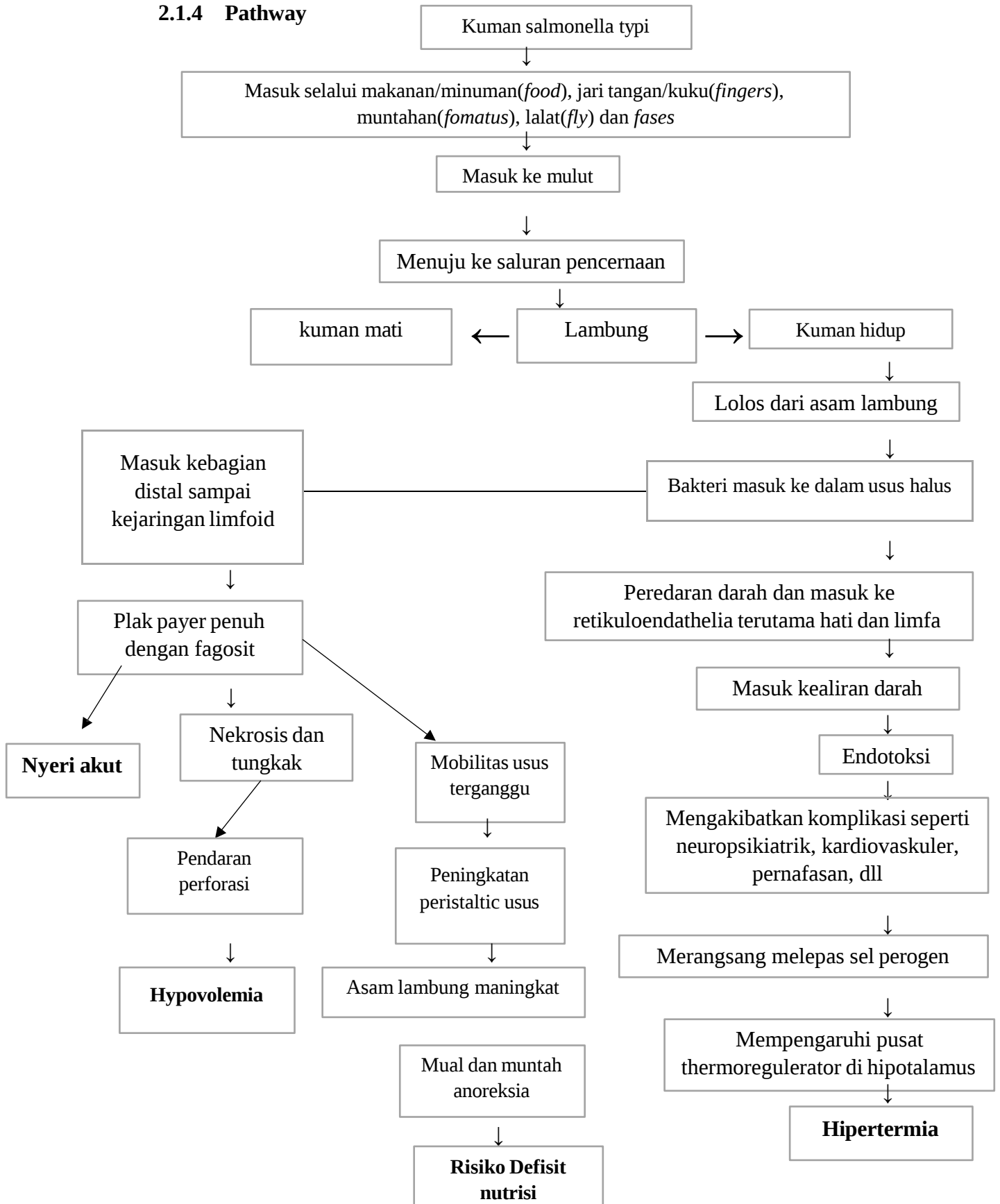
2.1.3 Patofisiologi

Penularan salmonella typhi dapat ditularkan melalui cara, yang dikenal dengan 5f yaitu: food(makanan), fingers(jari/tangan/kuku), fomitus(muntah), fly(lalat) dan melalui feses, feses atau muntah pada penderita typhoid dapat menularkan kuman salmonella typhi kepada orang lain, dimana lalat akan hinggap dimakanan yang akan dikonsumsi oleh orang yang sehat. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan dan makanan yang tercemar kuman salmonella typhi masuk ke tubuh orang yang sehat melalui mulut. Kemudian kuman masuk kedalam lambung, sebagian kuman akan dimusnahkan oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus bagian distal dan mencapai jaringan limfoid. Didalam jaringan limfoid ini kuman berkembang biak, lalu masuk ke aliran darah dan mencapai sel-sel retikuloendotelial. Sel-sel retikuloendotelial ini kemudian melepaskan kuman ke dalam sirkulasi darah dan menimbulkan bakterimia, kuman selanjutnya masuk limpa, usus halus dan kantung empedu (padila, 2013)

Semula disangka demam dan gejala toksemia pada typhoid disebabkan oleh endotoksemia. Tetapi berdasarkan penelitian

eksperimental disimpulkan bahwa endotoksemia berperan pada patogenesis typhoid, karena membantu proses inflamasi local pada usus halus. Demam disebabkan karena salmonella typhi dan endotoksinnnya merangsang sintesis dan pelepasan zat pyrogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang (padila,2013)

2.1.4 Pathway



2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala klinis utama dari demam Typhoid yang sering dijumpai adalah demam. Gejala demam pada demam Typhoid akan meningkat secara perlahan dari menjelang sore dan mencapai puncak pada malam hari dan akan mengalami penurunan pada siang hari. Demam akan terus meningkat hingga 39 – 40°C dan demam akan menetap pada minggu kedua infeksi. Masa inkubasi dari bakteri Typhoid yaitu sekitar 7 sampai 14 hari. Gejala infeksi pada demam Typhoid tidak spesifik dan seperti infeksi lainnya, gejalanya berupa sakit kepala, nausea, nyeri perut, myalgia, arthralgia, demam, anoreksia serta konstipasi (Saputra, 2021).

Menurut Mansjoer (2011), gejala klinis yang biasanya di temukan yaitu:

1. Demam yang berlangsung 3 minggu, selama seminggu suhu tubuh berangsur angsur meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dan minggu kedua penderita terus berada di keadaan demam. Dalam minggu ketiga berangsur mulai menurun.
2. Gangguan pada pencernaan pada mulut terdapat bau yang tidak sedap, bibir kering dan pecah pecah, lidah ditutupi selaput putih kotor, ujung ditemui kemerahan, jarang ditemui tremor. Pada abdomen mungkin ditemui perut kembung, limfa membesar di sertai nyeri pada perabaan, biasanya didapatkan konstipasi akan tetapi mungkin pula normal bahkan mungkin terdapat juga diare.

3. Gangguan kesadaran, Umumnya kesadaran penderita menurun walaupun tidak seberapa yaitu apatis ataupun somnolent. Jarang stupor koma atau gelisah. Mungkin pula ditemukan gejala lain pada punggung dan anggota gerak yaitu bintik bintik kemerahan, biasanya ditemukan pada minggu pertama, bakteri ini dapat menyebarkan kuman ke makanan, susu, buah, dan sayuran yang sering dimakan tanpa di cuci. Sehingga dapat terjadi penularan penyakit, Masa inkubasi demam tifoid berangsur sehingga 7 sampai 14 hari(bervariasi 3 sampai 60 hari).

2.1.6 Penatalaksanaan

Tatalaksana demam Typhoid tanpa komplikasi adalah berupa pemberian antibiotik golongan fluoroquinolone, diantaranya adalah ciprofloxacin, ofloxacin, dan pefloxacin. Pemberian antibiotik golongan fluoroquinolone pada demam tifoid cukup efektif, karena isolat dari bakteri *Salmonella typhi* tidak resisten terhadap golongan fluoroquinolone.

Terapi pada demam Typhoid tidak hanya berupa pemberian antibiotik, namun juga dapat berupa terapi suportif dan istirahat (bed rest). Terapi suportif pada demam Typhoid dapat diberikan berupa pemberian cairan dengan tujuan untuk mengoreksi adanya ketidakseimbangan elektrolit dan cairan. Sedangkan pemberian antipiretik pada demam Typhoid bertujuan untuk menurunkan suhu dari demam hingga suhu normal, antipiretik yang biasa digunakan pada demam Typhoid adalah parasetamol 500 mg yang dapat diberikan 3 kali dalam sehari. Pemberian nutrisi yang adekuat juga dapat menjadi terapi yang tepat pada demam Typhoid, pemberian nutri

melalui TPN, pemberian makanan dapat berupa makanan yang lembut dan mudah untuk dicerna pasien (Saputra, 2021).

2.1.7 Dampak Typhoid Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Nuralif (2015), dampak Typhoid terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia adalah sebagai berikut;

a. Hipertermi

Masuknya salmonella ke dalam usus sehingga terjadi agitasi antara antigen dan antibodi maka terjadilah peningkatan suhu tubuh.

b. Intoleransi Aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah suatu keadaan dimana individu mengalami insufisiensi energi fisiologi atau psikologis untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang dibutuhkan atau diinginkan. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, letargi dan malaise.

c. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolic.

d. Gangguan Istirahat Tidur

Suplai oksigen ke otak menurun sehingga terjadi pusing dan dapat merangsang RAS maka menyebabkan klien terjaga sehingga terjadi gangguan istirahat tidur.

e. Gangguan Rasa Aman Cemas

Kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakit Typhoid menyebabkan stressor meningkat sehingga klien bertanya-tanya maka terjadi cemas.

f. Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

Reaksi peradangan usus halus menyebabkan kerusakan mukosa usus halus dan merangsang reseptor nyeri, mengeluarkan neointransmutor, bradikinin, serotonin, histamine, nyeri dipersepsikan.

g. Gangguan Eliminasi

Proses infeksi dalam usus halus dapat meningkatkan peristaltic usus dan absorbs terganggu sehingga air keluar bersama feses dan BAB mencret maka terjadilah gangguan eliminasi.

h. Defisit perawatan diri

Kurang pengetahuan klien tentang adanya kebersihan dirinya sendiri, menyebabkan klien tidak bisa memperhatikan keadaan kebersihannya dan adanya kelemahan fisiknya.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sudoyo (2010) dan Smeltzer (2013), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami tifoid sebagai berikut;

a. Pemeriksaan Darah Rutin

Walaupun pada pemeriksaan darah perifer lengkap sering ditemukan leukopenia, dapat pula terjadi kadar leukosit normal atau leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Selain itu pula dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Selain itu pula

dapat ditemukan anemia ringan dan trombositopenia. Pada pemeriksaan hitung jenis leukosit dapat terjadi aneosinofia maupun limfopenia. Laju endap darah pada demam tifoid dapat meningkat.

b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Seringkali meningkat tetapi akan kembali menjadi normal setelah sembuh. Kenaikan SGOT dan SGPT tidak memerlukan penanganan khusus.

c. Uji Widal

Uji widal dilakukan untuk deteksi antibodi terhadap kuman *S.typhi*. pada uji widal terjadi suatu reaksi aglutinasi antara *S.typhi* dengan antibodi yang disebut agglutinin. Antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspensi salmonella yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium.

d. Uji Tubex

Merupakan uji semi kuantitatif kolometrik yang cepat (beberapa menit) dan mudah untuk dikerjakan. Uji ini mendeteksi antibodi anti *S. Typhoid* 09 pada serum pasien, dengan cara menghambat ikatan antara Ig.M anti 09 yang terkonjugasi pada partikel latex yang berwarna dengan lipopolisakarida *S.typhi* yang terkonjugasi pada partikel magnetic latex. Hasil positif uji tubex ini menunjukkan terdapat infeksi salmonella sorogroup walau tidak secara spesifik menunjukkan pada *S.typhi*. infeksi oleh *S.paratyphi* akan memberikan hasil negatif.

e. Uji Ig.M Dipstick

Uji ini secara khusus mendeteksi antibody igM spesifik terhadap *S.typhi* pada spesimen serum atau whole blood. Uji ini menggunakan strip yang mengandung antigen lipopolisakarida (LPS) *S,typhoid* anti igM (sebagai kontrol) reagen deteksi yang mengandung antibody anti igM yang dilekati dengan lateks pewarna Cairan membasahi strip sebelum diinkubasi dengan reagen dan serum pasien tabung uji, komponen kelengkapan ini stabil untuk disimpan selama 2 tahun pada suhu 4 sampai 25°C di tempat kering tanpa paparan sinar matahari.

f. Kultur darah

Hasil biakan darah yang positif memastikan demam typhoid akan tetapi hasil negatif tidak menyingkirkan demam typhoid, karena mungkin disebabkan beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Telah mendapatkan terapi antibiotik. Bila pasien sebelum dilakukan kultur darah telah mendapatkan antibiotik, pertumbuhan kuman dalam media biakan akan terhambat dan hasil mungkin akan negative
- 2) Volume darah yang kurang (diperlukan kurang lebih 5cc darah). Bila darah yang dibiak terlalu sedikit hasil biakan bisa negative. Darah yang diambil baiknya secara bedside langsung dimasukan kedalam media cair empedu (oxgall) untuk pertumbuhan kuman.

- 3) Riwayat vaksinasi. Vaksinasi di masa lampau menimbulkan antibody (agglutinin) ini dapat menekan bakterimia hingga biakan darah dapat negatif.
- 4) Saat pengambilan darah setelah minggu pertama, pada saat agglutinin semakin meningkat.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Mansjoer (2011) dan Smeltzer 2013), komplikasi tyfoid dibagi dalam 2 bagian, yaitu:

a. Komplikasi insternal

- 1) Perdarahan usus diketahui dengan pemeriksaan tinja dengan benzidin. Dapat terjadi melena, disertai nyeri perut dengan tanda renjatan.
- 2) Perforasi usus biasa terjadi pada minggu ke tiga bagian distal ileum. Perforasi yang tidak disertai peritonitis terjadi apabila ada udara di hati dan diagfragma pada foto rontge abdomen posisi tegak.
- 3) Peritonitis gejala akut abdomen yang ditemukan nyeri perut hebat, dinding abdomen tegang, dan nyeri tekan.

b. Komplikasi eksternal

- 1) Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi perifer (renjatan, sepsis), miokarditis, thrombosis, dan tromboflebitis.
- 2) Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia, atau koagulasi intravaskuler diseminata dan sindrom uremia hemolitik.
- 3) Komplikasi paru : pneumonia, epinemia, dan pleutitis.

- 4) Komplikasi hepar dan kandung kemih : hepatitis dan kolelitasis.
- 5) Komplikasi ginjal : glomerulonefritis, pielonefritis, dan perinefritis.
- 6) Komplikasi tulang : osteomielitis, periostitis, spondylitis, dan arthritis.
- 7) Komplikasi neuropsikiatrik : delirium, meningismus, meningitis, febrile, dan sindrom kataton.

2.2 Konsep Kompres Hangat

2.2.1 Pengertian Kompres Hangat

Terapi yang dapat diberikan pada penderita Demam Tifoid adalah terapi komplementer yang bisa membantu klien untuk membantu menurunkan suhu tubuh, mencegah komplikasi dan meningkatkan rasa nyaman, terapi ini meliputi Kompres Hangat yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan kompres hangat, dan bagaimana perubahan suhu tubuh sebelum dan sesudah pemberian kompres (Kusumarini, 2021).

Kompres hangat merupakan teknik non farmakologis yang terbukti cukup efektif dilakukan dalam penanganan demam pada pasien demam typhoid. Kompres hangat dapat dilakukan selama 10 menit sesering mungkin disesuaikan dengan kondisi tubuh individu dengan daerah pengompresan disarankan pada area tubuh dengan banyak pembuluh darah seperti bagian aksila (ketiak).

2.2.2 Tujuan Kompres Hangat

Membantu menurunkan suhu tubuh pada klien dengan demam (Kusumarini,2021)

2.2.3 Manfaat Kompres Hangat

Manfaat kompres hangat stimulasi kompres panas atau hangat dapat menimbulkan respon fisiologis yang berbeda. Pada umumnya kompres panas atau hangat berguna untuk pengobatan, meningkatkan aliran darah ke bagian yang cedera. Manfaat diberikannya kompres hangat adalah sebagai berikut : (Potter & Perry, 2018)

1. Respon fisiologi pada vasodilatasi memberikan keuntungan yaitu untuk meningkatkan aliran darah kebagian tubuh yang mengalami cedera, meningkatkan pengiriman nutrisi dan pembuangan zat sisa, mengurangi kongesti vena di dalam jaringan yang mengalami cedera.
2. Pada viskositas darah menurun, sehingga meningkatkan pengiriman leukosit dan antibiotik ke daerah luka.
3. Ketegangan otot menurun, menyebabkan meningkatnya relaksasi otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan.
4. Metabolisme jaringan meningkat, menyebabkan meningkatnya aliran darah dan memberikan rasa hangat local
5. Permeabilitas kapiler meningkat yang menyebabkan meningkatnya pergerakan zat sisa dan nutrisi

2.2.4 Evidence based Kompres Hangat

Demam typoid merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri salmonella typhi. Demam typoid atau yang lebih sering disebut tipes adalah penyakit infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh bakteri Salmonella typhoia. Bakteri ini ditularkan melalui makanan dan minuman. Bakteri Samonella ditemukan dalam tinja dan air kemih penderita. Mencuci tangan tidak bersih setelah buang air besar atau air kecil meningkatkan resiko tertularnya penyakit ini. Selain itu, alat merupakan carrier (pembawa) yang dapat memindahkan bakteri secara langsung dari tinja makanan (Swasanti, 2013). Gejala yang terjadi pada penderita demam typoid biasanya peningkatan suhu di atas normal atau hipertermi, Menurut Herdman (2017)hipertermia merupakan peningkatan suhu tubuh di atas normal yang ditandai adanya suhu tubuh meningkat, kulit kemerahan, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat, adanya konvulsi. Untuk menurunkan hipotermi

biasanya dilakukan tindakan kompres hangat Menurut Irwanti (2015) kompres hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh. Pemberian kompres hangat pada aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak.

Firda Nofitasari, Wahyuningsih (2019) yang melakukan penelitian tentang “Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Dengan Demam Typoid” menyatakan hasil studi kasus pasien I dan pasien II terjadi penurunan suhu tubuh. jadi dapat disimpulkan bahwa terapi kompres hanngat dapat menurunkan suhu tubuh pada anak demam typoid yang mengalami hipertermia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Baig Fitrihan Rukmana dkk (2022) yang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Typhoid Fever” hasil penelitian menunjukan Hasilnya data tidak berdistribusi normal sebab nilai signifikansi pre-test = 0.017 dan nilai signifikansi post-test = 0.000. Keduanya lebih kecil dari 0.05. Jadi, analisis lanjut menggunakan uji Wilcoxon diperoleh p value = 0,000 atau $p < 0,05$ yang berarti ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever di Puskesmas Pringgarata.

Hasil penelitian Rahmalia Maharningtyas, Dewi Setyawati (2021) “Penerapan kompres air hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid” menyatakan bahwa kompres dengan air hangat dapat menurunkan suhu tubuh anak demam karena tubuh dapat melepaskan panas melalui empat cara yaitu radiasi,konduksi,konveksi dan evaporasi. Pada proses kompres hangat ini merupakan pelepasan panas melalui cara evaporasi yaitu dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan agar

pembuluh darah tepi kulit melebar hingga pori-pori terbuka yang memudahkan pengeluaran panas pengeluaran panas dalam tubuh.

Adapun hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati Mohamad (2019), tentang “efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam Pada Pasien Thypoid Abdominalis Di Ruang G1 Lt.2 RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo” dengan Metode penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen. Jumlah responden sebanyak 19 orang, yang diobservasi sebelum dan setelah dilakukan tindakan kompres hangat. Penelitian ini menggunakan metode purposive sampling, dengan menggunakan kriteria inklusi. Analisis data pada penelitian ini menggunakan uji statistik “Sign test.” Mendapatkan hasil nilai $\sum b(x; n, p) < 0,05$ ($0,0318 < 0,05$). Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa: pernyataan H_0 ditolak, yang artinya pernyataan bahwa tindakan kompres hangat dapat menurunkan demam pada pasien demam thypoid dapat diterima.

Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yanti Wulandari, Arif Nuriman (2022). Tentang “Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Typhoid” yang memperoleh hasil

rata-rata suhu tubuh sebelum dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara $37,8^{\circ}\text{C}$ - 39°C . Rata-rata suhu tubuh sesudah dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara 36°C - $37,27^{\circ}\text{C}$. Penerapan kompres hangat efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan typhoid dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$.

Dari beberapa hasil penelitian diatas yang menyatakan bahwa pemberian kompres hangat dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan suhu pada anak yang menderita demam typoid.

2.2.5 SOP Kompres Hangat

1. Pengertian Kompres Hangat

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang dilakukan kompres.

2. Tujuan

- a. memperlancar sirkulasi darah
- b. menurunkan suhu tubuh
- c. mengurangi rasa sakit
- d. memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang pada klien
- e. memperlancar pengeluaran eksudat
- f. merangsang paristaltik usus

2.1 Tabel SOP kompres hangat

1	Persiapan alat	1. Air hangat ($\pm 40^{\circ}\text{C}$)/ suam-suam kuku (dapat diukur dengan meletakkan punggung tangan meletakkan air jika tidak ada thermometer air) 2. Waskom kecil 3. Waslap 4 buah 4. Handscoon 1 pasang 5. Celemek 6. Perlak 7. Thermometer
2	Persiapan klien	1. Berikan salam, perkenalkan diri dan identitas pasien dengan memeriksa identitas dengan benar 2. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien 3. Kontrak waktu tindakan yang akan dilakukan (15-20 menit) 4. Berikan pasien kesempatan untuk bertanya tentang tindakan yang akan dilakukan 5. Tanyakan persetujuan kepada klien tentang tindakan yang akan dilakukan 6. Atur posisi pasien sehingga pasien merasakan
3	Prosedur kerja	1. Beri tahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai 2. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman 3. Cek kembali alat-alat yang akan digunakan 4. Dekatkan alat-alat kesisi tempat tidur pasien 5. Posisikan pasien senyaman mungkin 6. Pasang perlak dibagian tubuh yang akan di beri kompres hangat 7. Perawat mencuci tangan, menggunakan celemek dan menggunakan handscoon 8. Periksa TTV sebelum dilakukan tindakan (terutama suhu tubuh pasien) 9. Basahi waslap dengan air hangat yang telah di siapkan lalu diperas dengan keadaan yang tidakterlalu kering dan tidak terlalu basah

		10. Letakkan waslap yang telah di basahi tadi di bagian yang akan di kompres yang banyak pembuluh darah, seperti temporal dan ketiak. 11. Minta pasien untuk mengungkapkan perasaan yang membuat tidak nyaman selama tindakan dilakukan 12. Letakkan kompres pada temporal, atau ketiak sekitar 20 menit. Bila handuk sudah tidak lagi hangat, rendam kembali dalam wadah dan ulangi mengompres sampai suhu tubuhnya menurun. 13. Kaji kembali kondisi kulit disekitar pengompresan jika terdapat tanda-tanda kemerahan maka segera hentikan tindakan kompres 14. Rapikan pasien ke posisi semula 15. Beri tahu pasien bahwa tindakan sudah selesai dilakukan 16. Bereskan dan bersihkan alat-alat yang telah digunakan 17. Perawat melepaskan celemek dan handscoon 18. Perawat mencuci tangan setelah tindakan selesai dilakukan 19. Kaji respon pasien (Subjektif dan Objektif) 20. Berikan reinforcement positif pada pasien 21. Buat kontrak pertemuan selanjutnya dengan pasien 22. Beri salam dan minta pasien 23. untuk istirahat kembali
4	Dokumentasi hasil	Dokumentasikan hasil dari tindakan yang telah dilakukan (Nama tindakan/hari/tanggal/jam, hasil yang diperoleh dari kompres hangat, respon pasien selama tindakan dilakukan, nama perawat dan paraf perawat yang telah melakukan tindakan kompres hangat)

(kusumarini, 2021)

2.3 Konsep asuhan keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, psiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2017).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan oleh karena itu pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi.

1. Identitas

- a. Identitas Klien: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk, tanggal pengkajian, ruang rawat, no medrek, diagnosa medis dan alamat.
- b. Identitas Penanggung Jawab: Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Fokus pada apa yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. Pada klien typhoid dengan keluhan demam, dimana pada minggu pertama demam dirasakan pada malam hari dan turun pada pagi hari. Pada minggu kedua klien terus ada apa keadaan demam dan minggu ketiga demam berangsur-angsur turun dan normal. Dan biasanya demam disertai dengan nyeri kepala, nyeri otot, mual, muntah dan juga nafsu makan berkurang.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada umumnya penyakit pasien typhoid adalah demam, anorexia, mual, muntah, diare, perasaan tidak enak perut, pucat, nyeri kepala, nyeri otot, lidah kotor, gangguan kesadaran berupa somnolen sampai koma.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah sebelumnya pasien pernah mengalami sakit demam typhoid atau pernah menderita penyakit lainnya?

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan yang diderita klien saat ini dan apakah ada keluarga klien yang mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : biasanya badan lemah
2. TTV : peningkatan suhu, perubahan nadi, respirasi
3. Kesadaran : dapat mengalami penurunan kesadaran
4. Pemeriksaan Head To toe:
 - a. Kepala, Keadaan kepala rata-rata rambutnya tipis dan mengalami kerontokan, kepala terasa pusing atau nyeri.
 - b. Mata, Konjungtiva anemis/ananesmis, sclera ikterik/anikterik, pupil isokor/anisokor
 - c. Telinga, apakah ada perasaan penuh dalam telinga, apakah ada penggunaan alat bantu pendengaran
 - d. Hidung, inspeksi Kebersihan hidung, apakah ada penggunaan cuping hidung, bentuk apakah ada kelainan dan tanda- tanda peradangan pada mukosa hidung.
 - e. Mulut, Inspeksi mukosa bibir apakah pecah-pecah dan kering, ujung lidah apakah terlihat kotor dan tepinya berwarna kemerahan.
 - f. Leher ,apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan apakah ada pembesaran vena jugularis
 - g. Dada, apakah ada keluhan sesak nafas, bentuk dada simetris, irama nafas regular atau ireguler.
 - h. Abdomen, Inspeksi: apakah berbentuk simetris atau ada kelainan ,Auskultasi: bising usus biasanya diatas normal

(5- 35x/menit) ,Palpasi:biasanya terdapat nyeri tekan pada bagian epigastrium, Perkusi: hipertimpani

- i. Ekstremitas ,apakah ada kelainan bentuk antara kiri dan kanan,atas dan bawah apakah ada fraktur,genggaman tangan kiri dan kanan sama kuat
- j. Data Psikologis , Biasanya pasien mengalami ansietas, ketakutan , perasaan tak berdaya dan depresi.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap, hemoglobin menurun, leukosit menurun, uji widal positif, dan LED meningkat.

2.3.2 Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Data	Etiologic	Masalah
1	Ds : - Klien akan mengeluh demam naik turun terutama saat menjelang sore – malam - Klien akan mengeluh tubuhnya berkeringat banyak Do : - Klien tampak lemah - Dalam pemeriksaan suhu tubuh dapat terjadinya peningkatan suhu tubuh - Frekuensi nadi yang meningkat - Pola nafas yang cepat dan dangkal - Akral hangat - Kulit tampak kemerahan	Kuman salmonella typhi ↓ Masuk melalui 5f (<i>food, fingers, fomatus, fly, fases</i>) ↓ Masuk ke mulut ↓ Menuju ke saluran pencernaan ↓ Lambung ↓ Kuman hidup ↓ Lolos dari asam lambung ↓ Bakteri masuk ke dalam usus halus ↓ Peredaran darah dan masuk ke retikuloendathelia terutama hati dan limfa ↓ Masuk ke aliran darah ↓ Endotoksi ↓ Mengakibatkan komplikasi seperti neuropsikiatrik, kardiovaskuler, pernafasan, dll ↓ Merangsang melepas sel perogen ↓ Mempengaruhi pusat thermoregulator di hipotalamus ↓ Hipetermia	Hipertermi

2	Ds : - Klien akan mengeluh tidak nafsu makan - Klien akan mengeluh lidahnya terasa pahit Do : - Porsi makan habis - Penurunan berat badan - Kurang minat ada makanan - Lidah kotor - Kurang makanan	Kuman salmonella typi ↓ Masuk melalui 5f ↓ Masuk ke mulut ↓ Menuju ke seluruh pencernaan ↓ Lambung ↓ Kuman hidup ↓ Lolos dari asam lambung ↓ Bakteri masuk ke dalam usus halus ↓ Masuk ke bagian distal sampai ke jaringan limfoid ↓ Plaplayer penuh dengan fagosit ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
3	Ds : - Do : - Frekuensi nadi meningkat - Nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun - Turgor kulit menurun	Kuman salmonella typi ↓ Masuk melalui makanan/minuman, jari tangan/kuku, muntahan, lalat dan fases ↓ Masuk ke mulut ↓ Menuju ke saluran pencernaan ↓ Lambung ↓ Kuman hidup ↓ Lolos dari asam lambung ↓ Bakteri masuk ke dalam usus halus ↓	Hipovolemia

		Masuk ke bagian distal sampai ke jaringan limfoid ↓ Plakplayer penuh dengan fagosit ↓ Nekrosis dan tungkai ↓ Pendaran perforasi ↓ Hypovolemia	
4	Ds : - Klien akan mengeluh sulit tidur - Klien akan mengeluh sering terbangun - Klien akan mengeluh kepalanya terasa pusing Do : - Klien tampak lemas - Konjungtiva pucat - Sering terbangun waktu tidur - Wajah klien tampak sayu	Kuman salmonella typhi ↓ Masuk melalui sf ↓ Masuk ke mulut ↓ Menuju ke seluruh pencernaan ↓ Lambung ↓ Kuman hidup ↓ Lolos dari asam lambung ↓ Bakteri masuk ke dalam usus halus ↓ Masuk ke bagian distal sampai ke jaringan limfoid ↓ Plakplayer penuh dengan fagosit ↓ Mobilitas usus terganggu ↓ Peningkatan peristaltic usus ↓ Asam lambung meningkat ↓ Mual dan muntah anoreksia ↓ Risiko defisit nutrisi	Risiko Defisit Nutrisi

2.3.3 Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

Menurut Nuralif (2015) diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami tifoid antara lain;

- a. Hipertermi berhubungan dengan adanya proses infeksi salmonella tifoid.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
- c. Resiko deficit nutrisi berhubungan dengan anoreksia
- d. Hypovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2019). Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2018).

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Hipertermi b.d inflamasi penyakit Ds : - Klien mengatakan demam Do : - suhu tubuh di atas nilai normal (37,5°C) - kulit kemerahan - kulit terasa hangat	Termoregulasi setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi klien membaik dengan kriteria hasil : 1. kulit merah menurun 2. suhu tubuh membaik 3. menggil (-) ttv di batas normal	Manajemen hipertermia Observasi : 1. identifikasi penyebab hipertermia 2. monitor suhu tubuh 3. monitor kadar elektrolit 4. monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 5. sediakan lingkungan yang dingin 6. longarkan atau lepaskan pakaian 7. basahi dan kipasi permukaan tubuh 8. ganti linen jika klien mengalami keringat berlebih 9. lakukan kompres hangat didaerah (dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) Edukasi : 10. anjurkan tirah baring kolaborasi : 11. kolaborasi pemberian obat, cairan dan elektrolit	1. mengetahui penyebab hipertermia klien 2. mengetahui suhu tubuh klien 3. mengetahui kadar elektrolit klien 4. mencegah kondisi memburuk 5. supaya tidak memperburuk hipertermi 6. membantu menurunkan suhu tubuh 7. menurunkan demam klien supaya klien nyaman 8. menurunkan suhu tubuh 9. meminimalisir kerusakan fungsi organ 10. menurunkan demam klien

2	Nyeri akut b.d agen pcedera fisiologis (imflamasi) Ds : - Klien mengeluh nyeri Do : - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Muntah menuurn 7. Frekuensi nadi membaik 8. Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri Observasi : 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup Terapeutik : 5. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 11. Kolaborasi pemberian analgetik	1. Untuk mengetahui lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan oleh klien 3. Untuk seberapa berat nyeri yang dirasakan klien 4. Untuk mengetahui seberapa berat nyeri mengganggu klien 5. Untuk membantu klien mengurangi nyeri dan membantu klien agar tepat rileks 6. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien 7. Agar istirahat dan tidur klien bisa terpenuhi 8. Agar klien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan oleh klien 9. Supaya klien dapat mengontrol nyeri secara mandiri 10. Untuk mengurangi rasa nyeri klien 11. Untuk membantu meredakan dan mengurangi nyeri
---	--	---	--	--

3	Hipovolemia b.d kekurangan intake cairan Ds : - Do : - Frekuensi nadi meningkat nadi terasa lemah - Tekanan darah menurun - Tekanan nadi menyempit - Turgor kulit menurun - Membrane mukosa kering - Volume urine menurun - Hematokrit meningakt	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tergot kulit meningkst 3. Output urine meningkat 4. Tekanan darah membaik 5. Membrane mukosa membaik 6. Intake cairan membaik 7. Suhu tubuh membaik	Manajemen Hipovolemia Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hivolemia (mis : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hemtokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan asupan cairan oral Edukasi 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 6. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis : NaCL, RL)	1. Mengetahui tanda dan gejala hipovolemi 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Mengetahui hitung kebutuhan cairan 4. Memberikan asupan cairan oral 5. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral 6. Menganjurkan agar menghindari perubahan posisi mendadak 7. Mengkolaborasikan pemberian cairan NaCL, RL
4	Resiko defisit nutrisi Ds : -	Status nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi klien meningkat dengan kriteria hasil :	Manajemen nutrisi Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi 3. Monitor berat badan	1. Mengetahui status nutrisi klien 2. Mengetahui kebutuhan kalori dan nutrisi klien 3. Mengetahui berat badan klien 4. Mengetahui hasil lanolatorium klien

	Do : - Ketidakmampuan mencerna makanan - Nafsu makan menurun - Mukosa bibir pucat - Lidah tampak kotor - Mual dan muntah	1. Nafsu makan meningkat 2. Tidak ada mual 3. Membrane mukosa membaik 4. TTV dibatas normal	4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 5. Berikan makanan tinggi serat 6. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 7. Berikan suplemen makan Edukasi 8. Anjurkan posisi duduk 9. Ajarkan diet yang deprogram Kolaborasi : 10. Kolaborasi dengan ahli gizi	5. Mencegah konstipasi 6. Untuk mencegah mual 7. Menambah nafsu makan klien 8. Meningkatkan nafsu makan 9. Supaya tidak memperburuk kondisi klien 10. Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan klien
--	---	--	--	--

Sumber : (SIKI, 2018; SLKI 2018)

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari intervensi untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi sendiri yaitu membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi klien (Febriyanto, 2022).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Febriyanto, 2022).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai sesuai dengan tujuan yang telah dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subjektif), O (objektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis) (Febriyanto, 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengakjian

a. Identitas Klien

Nama	: Nn. S
Tanggal Lahir	: 08-01-2007 (18 tahun)
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam
Status perkawinan	: Belum Kawin
Alamat	: sindanglaya, 04/09, sukamurni
Diagnosa Medis	: TYPHOID
NO RM	1543733
Tanggal Masuk	: 21 juni 2025
Tanggal Pengakajian	: 21 juni 2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. I
Umur	: 30 tahun
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: sindanglaya, 04/09, sukamurni
Hubungan dengan klien	: ibu

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan demam

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 21 juni 2025 pukul 10:00

P: klien mengeluh demam,

Q: demam di rasakan seluruh tubuh,

R: demam menyebar ke seluruh tubuh, tidak terlokalisasi pada satu bagian.

S: suhu paien 39,2°C,

T: demam dirasakan ketika sore hari dan malam hari

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami hal serupa dan ini merupakan kali pertama klien di rawat di puskesmas biasanya hanya minum obat dirumah.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit serupa dan tidak mempunyai penyakit keturunan

d. Pola nutrisi dan aktivitas sehari-hari

Tabel 3.1 pola nutrisi dan aktivitas sehari-hari

No	Pola aktivitas	Sebelum masuk RS	Selama di RS
1	Pola nutrisi a. Pola makan Jenis Porsi Frekuensi Keluhan b. Pola minum Jenis Porsi Keluhan	Nasi dan lauk pauk 1 porsi 3x/hari Mual Air putih/ teh ± 2L Tidak ada	Bubur ½ porsi 3x/hari Mual Air putih ±2 L Tidak ada
2	Pola eliminasi a. BAB Frekuensi Konsekuensi Warna Keluhan b. BAK Frekuensi Warna Keluhan	1-2x/hari Lembek Khas feses Tidak ada 3-4x/hari Kuning pucat Tidak ada	2x/hari Lembek Khas feses Tidak ada 3-5x/hari Kuning cerah Tidak ada
2	Pola istirahat tidur Siang Malam Keluhan	1-2 jam ±5-6 jam Tidak ada	2-3 jam ±5 jam Sering terbangun
3	Personal hygiene Mandi Sikat gigi Keramas Ganti baju	2x/hari 2x/hari 1x/hari 2x/hari	Tidak mandi 1x/hari Tidak pernah 1x/hari
5	Aktivitas sehari-hari	Semua aktivitas dilakukan sendiri	Semua kebutuhan dipenuhi oleh keluarga dan perawat

e. Psikologi dan spiritual

1) Psikologi

Klien mengatakan takut kondisinya semakin parah dan tidak bisa masuk sekolah

2) Spiritual

Klien mengatakan beragama islam. Dan klien mengatakan jika di rumah selalu di biasakan shalat 5 waktu oleh ayahnya

f. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis

b. Tanda-Tanda Vital

TTD : 90/60 mmHg

Nadi : 84x/menit

Respirasi : 20x/menit

SPO2 : 98%

Suhu : 39,2°C

c. Pemeriksaan head to toe

a) Kepala

Bentuk kepala normal

a. Rambut

Warna rambut hitam, Panjang, bersih, tidak berketombe, dikulit kepala tidak ada luka dan rambut klien tidak rontok.

b. Muka

Bentuk muka oval, agak pucat

c. Mata

Mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva ananemis

d. Hidung

Hidung simetris, tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada polip dan fungsi penciuman baik.

e. Mulut, gigi dan lidah

Mulut, mukosa bibir tampak kering, nafas berbau tidak sedap, lidah tampak kotor

f. Telinga

Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada luka dan fungsi pendengaran baik

g. Leher

Bersih, tidak ada lesi, leher dapat digerakan ke segala arah, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan tidak ada peningkan *jurnalis venous pressure (JVP)*

1. Thorax

Bersih, simetris, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak ada nyeri tekan.

a. Paru-paru

Fremitus taktil teraba sama kanan dan kiri, irama nafas regular, terdengar sonor di kedua lapang paru dan suara nafas veskuler.

b. Jantung

Ictus cordis teraba di intercostal 5, bunyi jantung S1 S2 (lup dup) dan iramanya regular.

2. Abdomen

Bising usus terdengar kuat dengan frekuensi 11x/menit perkusi abdomen daerah usus terdengar timpani sedangkan pada daerah hepar dan limpa terdengar dullness (redup)

3. Ekstermitas

a. Ekstremitas atas

Simetris, tidak ada edema, tidak ada varices, rentang gerak terbatas, terpasang infus ringer laktat 20 tetes/menit di ekstermitas atas bagian kiri. Keadaan kuku bersih, tidak ada sianosis, tugor kulit kemerahan, kulit teraba hangat, reflek bisep (+) pada ekstremitas kanan dan kiri, refleks trisep (+) pada ekstremitas kanan dan kiri.

Kekuatan otot

b. Ekstermitas bawah

Simetris, tidak ada luka, kuku bersih, tidak ada varices, tidak ada sianosis, tugor kulit baik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tanda homan (-) reflek patella (+),
kekuatan otot

4. Genetalia, dan anus

Tidak terpasang alat bantu seperti cateter, pada anus tidak terdapat hemoroid.

h. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Nama : Nn. S

Usia : 18 tahun

Tanggal : 21 juni 2025

Tabel 3.2

Pemeriksaan laboratrium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13.9	g/dl	12,0-16,0
Leukosit	7.500	/mm ³	3800-10600
Hematokrit	38	%	35-47
Trombosit	237.000	/mm ³	150000-440000
WIDAL			
Anti.S.Thypi O	1/80		Negatif
Anti.S.Thypi H	1/80		Negatif
Anti.S.Thypi AH	1/160		Negatif
Anti.S.Thypi AO	1/80		Negatif

Sumber : Rekam medik

i. Therapy Medis

Tabel 3.3
Therapy obat

Nama obat	Dosis	Jalur pemberian
Infus rl	20tpm	IV
Ceftriaxone	1x2gr	IV
Ranitidine	2x1 amp	IV
Paracetamol	3x1	IV (Panas)
Attapulgite	3x1	IV

j. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa data

Data	Etiologi	Problem
Ds : - Klien mengatakan demam - Klien mengatakan demam lebih dirasakan pada malam hari - Klien mengeluh lemah Do : 3 Kulit teraba hangat 4 Kulit kemerahan 5 Suhu 39,2°C 6 RR : 20x/m 7 Nadi : 84x/m 8 Typhi O : 1/80 9 Typhi H : 1/80 10 Typhi AH : 1/160 11 Typhi AO : 1/80	Kuman salmonella typi ↓ Masuk melalui 5f (<i>food, fingers, fomatus, fly, fases</i>) ↓ Masuk ke mulut ↓ Menuju ke saluran pencernaan ↓ Lambung ↓ Kuman hidup ↓ Lolos dari asam lambung ↓ Bakteri masuk ke dalam usus halus ↓ Peredaran darah dan masuk ke retikuloendathelia terutama hati dan limfa ↓ Masuk ke aliran darah ↓ Endotoksi ↓ Mengakibatkan komplikasi seperti neuropsikiatrik,	Hipertermia

	kardiovaskuler, pernafasan, dll ↓ Merangsang melepas sel perogen ↓ Mempengaruhi pusat thermoregulator di hipotalamus ↓ Hipetermia	
DS : - Klien mengatakan nyeri perut - Skala 3 (1-10) Do : 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. TD : 90/60 mmHg 4. Nadi : 84x/menit	Kuman salmonella typi ↓ Masuk melalui 5f ↓ Masuk ke mulut ↓ Menuju ke seluruh pencernaan ↓ Lambung ↓ Kuman hidup ↓ Lolos dari asam lambung ↓ Bakteri masuk ke dalam usus halus ↓ Masuk ke bagian distal sampai ke jaringan limfoid ↓ Plaplayer penuh dengan fagosit ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
Ds : - Klien mengatakan nafsu makanan menurun - Klien mengatakan mual Do : - Klien tampak lemah - Klien tampak pucat - BB 38kg	Kuman salmonella typi ↓ Masuk melalui 5f ↓ Masuk ke mulut ↓ Menuju ke seluruh pencernaan	Resiko defisit nutrisi

- Nafas dan mulut berbau tidak sedap - Lidah tampak kotor - Bibir kering	↓ Lambung ↓ Kuman hidup ↓ Lolos dari asam lambung ↓ Bakteri masuk ke dalam usus halus ↓ Masuk ke bagian distal sampai ke jaringan limfoid ↓ Plaplayer penuh dengan fagosit ↓ Mobilitas usus terganggu ↓ Peningkatan peristaltic usus ↓ Mual dan muntah anoreksia ↓ Resiko Defisit Nutrisi	
--	---	--

k. Diagnosa Keperawatan

1) Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi d.d

Ds :

- Mengeluh demam

Do :

- Kulit terasa hangat
- Kulit kemerahan
- Suhu 39,2C
- RR: 20x. menit
- Nadi 84x/menit
- Typhi O: 1/80
- Typhi H: 1/80
- Typhi AH: 1/60
- Typhi AO: 1/80

2) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis d.d

Ds :

- Mengeluh nyeri abdomen
- Skala 3(1-10)

Do:

- Tampak meringis
- Tampak gelisah
- TD: 90/69 mmHg
- Nadi 84x/menit

3) Resiko Defisit nutrisi d.d

Ds

- Nafsu makan menurun
- Mengeluh mual

Do:

- Tampak lemah
- Tampak pucat
- Nafas dan mulut berbau tidak sedap
- Lidah tampak kotor
- Bibir kering

3.1.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Hipertermia b.d inflamasi penyakit Ds : - Klien mengatakan demam Do : - Demam, suhu 39,2°C - Kulit kemerahan - Menggigil - Kulit terasa hangat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termogulasi klien membaik dengan kriteria hasil : 1. Kulit memerah menurun 2. Takikardi menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Menggigil (-) 5. TTV di batas normal	Manajemen hipertermia Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 5. Sediakan lingkungan yang dingin 6. Longarkan atau lepaskan pakaian 7. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 8. Ganti linen jika klien mengalami keringat berlebih 9. Lakukan kompres hangat di daerah (dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) Edukasi : 10. Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 11. Kolaborasi pemberian obat, cairan dan elektrolit	1. Mengetahui penyebab hipertermia klien 2. Mengetahui suhu tubuh klien 3. Mengetahui kadar elektrolit klien 4. Mencegah kondisi memburuk 5. Supaya tidak memperburuk hipertermia 6. Membantu menurunkan suhu tubuh 7. Menurunkan demam klien 8. Supaya klien nyaman 9. Menurunkan suhu tubuh 10. Meminimalisir kerusakan fungsi organ 11. Menurunkan demam klien

2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) dengan di buktikan : Ds : - Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen Do : - Tampak meringis - Bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - Nafsu makan berubah	Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri : Observasi : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, integritas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup Terapeutik : 5. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 11. Kolaborasi pemberian analgetik	1. Untuk mengetahui lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan oleh klien 3. Untuk seberapa berat nyeri yang dirasakan klien 4. Untuk mengetahui seberapa berat nyeri mengganggu klien 5. Untuk membantu klien mengurangi nyeri dan membantu klien agar tepat rileks 6. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien 7. Agar istirahat dan tidur klien bisa terpenuhi 8. Agar klien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan oleh klien 9. Supaya klien dapat mengontrol nyeri secara mandiri 10. Untuk mengurangi rasa nyeri klien 11. Untuk membantu meredakan dan mengurangi nyeri
---	---	--	--	--

3	Risiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun dengan dibuktikan : Ds : - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Klien mengatakan mual Do : - Klien tampak lemah - Klien tampak pucat - BB 38kg - Nafas dan mulut berbau tidak sedap - Lidah tampak kotor - Bibir kering	Status nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi klien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan meningkat 2. Tidak ada mual 3. Membrane mukosa membaik 4. TTV dibatas normal	Manajemen nutrisi Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi 3. Monitor berat badan 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 5. Berikan makanan tinggi serat 6. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 7. Berikan suplemen makan Edukasi : 8. Anjurkan posisi duduk 9. Ajarkan diet yang deprogram Kolaborasi : 10. Kolaborasi dengan ahli gizi	1. Mengetahui status nutrisi klien 2. Mengetahui kebutuhan kalori dan nutrisi klien 3. Mengetahui berat badan klien 4. Mengetahui hasil laboratorium klien 5. Mencegah konstipasi 6. Untuk mencegah mual 7. Menambah nafsu makan klien 8. Meningkatkan nafsu makan 9. Supaya tidak memperburuk kondisi klien 10. Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan klien
---	---	---	--	---

3.1.3 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	Hipertemia b.d inflamasi penyakit	1. mengidentifikasi penyebab hipertermia 2. memonitor suhu tubuh 3. melonggarkan pakaian klien 4. melakukan kompres hangat kepada klien 5. mengganti linen 6. menganjurkan tirah baring 7. berkolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - ceftriaxone - paracetamol	S : Ibu klien mengatakan anaknya masih demam O : - suhu tubuh 38,8°C - N: - Kulit kemerahan - Tidak menggigil - Kulit terasa hangat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5	dita
2	Nyeri Akut	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri	S ; - klien mengatakan nyeri perut O : - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Sulit tidur - Skala 3 (1-10) A : nyeri akut P : lanjutkan intervensi	Dita

3	Defisit nutrisi	1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Memonitor berat badan klien 3. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 4. Memberikan suplemen makan 5. Mengajarkan diet program 6. Memberikan obat	S: Klien mengatakan masih mual O : - Bibir klien pucat - Mual - Berat badsn 30 kg A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Dita
---	-----------------	--	---	------

3.1.4 Catatan Perkembangan

Nama : Nn. S
Tanggal lahir : 08-01-2007
Alamat : sindanglaya, 04/09, sukamurni
NO RM 1543733

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu dan Tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	Hipertermia b.d inflamasi penyakit	21-06-2025	S : klien mengatakan demam O : - Nadi - Kulit kemerahan - Suhu 38,9°c - Akral teraba hangat A : hipertermia P : - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh - Longgar pakaian klien - Kolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Berikan ceftriaxone - Berikan paracetamol	Dita

2	Nyeri akut b.d agen pcedera fisiologis (inflamasi)	21-06-2025	S : klien mengatakan nyeri perut O : - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Sulit tidur - Skala 3 (1-10) A: nyeri akut P : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - identifikasi skala nyeri	Dita
3	Resiko Defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun	21-06-2025	S : klien mengatakan masih mual O : - Bibir pucat - Tidak nafsu makan - Lidah tampak kotor berat badan 38 A : Resiko defisit nutrisi P : - Identifikasi status nutrisi - Monitor berat badan klien - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium - Berikan suplemen makan - Ajarkan diet - Kolaborasi dengan ahli gizi I : - Mengidentifikasi status nutrisi - Memonitor badan badan - Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium - Memeberikan suplemen makan E : masalah teratasi sebagian	Dita

4	Hipertermia b.d infalamasi penyakit	22-06-2025	S: klien mengatakan masih demam O: - Nadi - Suhu: 38,2 - Akral teraba hangat A: Hipertermia P: - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh - Longarkan pakaian klien - Lakukan kompres hangat kepada klien - Kolaborasi pemberian obat dan memberikan obat I: - Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memonitor suhu tubuh - Melonggarkan pakaian - Melakukan kompres hangat kepada klien - Berkolaborasi pemberian obat dan memberikan obat E: masalah teratasi sebagian	Dita
5	Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis (inflamasi)	22-06-2025	S : - klien mengatakan nyeri perut O : - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Sulit tidur - Skala 3 (1-10) A: nyeri akut P : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - identifikasi skala nyeri	Dita

6	Resiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun	22-06- 2025	S : Klien mengatakan masih mual O : - Bibir pucat - Tidak nafsu makan - Lidah tampak kotor A: Resiko defisit nutrisi P : - Identifikasi status nutrisi - Monitor berat badan klien - Monitor hasil pemeriksaan labolatorium - Berikan suplemen makan - Ajarkan diet - Kolaborasi dengan ahli gizi - Berikan Omeprazole 1x400 mg (IV) - Berikan Ondansetron 2x4 mg (IV) I : - Mengidentifikasi status nutrisi - Memonitor berat badan - Memonitor hasil pemeriksaan labolatorium - Memberikan suplemen makan - Memberikan Omeprazole 1x400 mg (IV) - Memberikan Ondansetrone 2x4 mg (IV) E : Masalah teratasi sebagian	dita
7	Hipertermia b.d inflamasi penyakit	23-06- 2025	S : Klien mengatakan sudah tidak demam O : - Nadi 97x/ menit - Suhu 36,5°c A : Hipertermia P :	Dita

			- Monitor suhu tubuh - Kolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Berikan Ceftriaxone 2x1gr (IV) - Stop Paracetamol 3x500 mg (IV) - Stop Dexamethasone 3x3 mg (IV) I : - Memoonitor suhu tubuh - Berkolaborasi pemberian obat dan memberikan obat - Memberikan Ceftriaxone 2x1gr (IV) - Stop Paracetamol 3x500 mg (IV) - Stop Dexamethasone 3x3 mg (IV) E : Masalah teratasi	
8	Nyeri akut b.d	23-06-2025	S : - klien mengatakan nyeri perut O : - Klien tampak meringis - Klien gelisah - Sulit tidur - Skala 3 (1-10) A: nyeri akut P : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - identifikasi skala nyeri	Dita
9	Resiko defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun	23-06-2025	S : Klien mengatakan tidak mual O : - Nafsu makan membaik - Lidah tampak bersih - Berat badan 31 A : Resiko defisit nutrisi P :	Dita

			- Identifikasi status nutrisi - Berikan suplemen makan - Kolaborasi dengan ahli gizi - Stop Omeprazole 1x400 mg (IV) - Stop Ondansetron 2x4 mg (IV) I : - Mengidentifikasi status nutrisi - Memberikan suplemen makan - Stop Omeprazole 1x400 mg (IV) - Stop Ondansetrone 2x4 mg (IV) E : Masalah teratasi	
--	--	--	---	--

3.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil pengkajian dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Nn. S yang dirawat di ruang Amarilis Puskesmas Cilawu dengan diagnosa medis Typhoid, dapat dianalisis bahwa proses keperawatan yang dilakukan sudah mencerminkan penerapan praktik keperawatan profesional berbasis Evidence Based Practice (EBP). Pasien mengalami tanda-tanda khas Typhoid, seperti demam tinggi (suhu 39,2°C), lemah, mual, nafsu makan menurun, dan keluhan nyeri perut. Keluhan ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Saputra (2021), yang menyatakan bahwa Typhoid ditandai oleh demam yang meningkat perlahan terutama pada malam hari, serta gejala gastrointestinal seperti nyeri abdomen, mual, anoreksia, dan gangguan pencernaan lainnya.

3.2.1 Analisis Pembahasan Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam memberikan asuhan keperawatan, yang dilakukan dengan cara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Pengumpulan data ini diperoleh dari berbagai sumber baik data subjektif yang diberikan oleh klien dan keluarga klien ataupun objektif. Selama berlangsungnya tahapan ini, komunikasi lincer tidak ada hambatan karena terjalin komunikasi dan kerjasama yang baik antara klien dan keluarga dalam melakukan asuhan keperawatan. Kasus typhoid sering ditemukan pada anak dengan rentang usia 12-18 tahun (Pramitasari, 2020). Pendapat tersebut sesuai dengan kenyataan yang penulis temukan saat melakukan pengkajian pada Nn. S yang berusia 18 tahun atau remaja yang mengalami Typhoid pada umumnya akan mengalami demam, hal ini sesuai

dengan yang dialami oleh Nn. N pada saat pengkajian klien mengatakan demam sejak 1 minggu sebelum dibawa ke rumah sakit. Dimana menurut pendapat Lestari (2016) demam akan berlangsung selama 3 minggu, pada minggu pertama dan minggu ke dua suhu meningkat kembali pada sore hari menuju malam hari, dan pada minggu ke tiga suhu tubuh berangsur-angsur turun. Hal ini sesuai dengan yang dialami klien dimana Nn. S masih mengalami demam setiap sore menjelang malam.

Gangguan lain yang biasanya ditemukan pada penderita typhoid yaitu gangguan pada saluran pencernaan, menurut Lestari (2016) penderita typhoid mukosa bibirnya kering dan pecah-pecah, mual dan mengalami penurunan nafsu makan. Dimana hal tersebut sesuai dengan yang dialami oleh Nn. S yang mengalami nyeri perut, bibir kering, mual dan klien mengatakan nafsu makannya berkurang. Selain itu pada Nn. S juga didapatkan hasil pengkajian nyeri perut, nafas dan mulut klien berbau tidak sedap serta lidah klien tampak kotor, hal tersebut juga sesuai dengan pendapat lestari (2016) bahwa salah satu tanda dan gejala yang khas ditemukan pada penderita typhoid yaitu mulut dan nafas penderita typhoid akan berbau tidak sedap serta lidah akan tampak kotor.

Pemeriksaan penunjang yang ditemukan pada penderita typhoid menunjukkan hasil tes Tubex positif, hal tersebut menandakan bahwa seseorang telah mengalami typhoid. Berdasarkan hasil yang penulis dapatkan pada saat melakukan pengkajian di lapangan hasil pemeriksaan tes Tubex pada Nn. S menunjukan hasil positif (8). Hasil tersebut menunjukkan bahwa Nn. S sudah mengalami typhoid.

3.2.2 Analisis Pembahasan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegaskan berdasarkan tanda dan gejala yang dialami oleh klien. Berdasarkan teori, kemungkinan diagnosa yang muncul pada klien typhoid sebagai berikut, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

- a. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan nafsu makan menurun dibuktikan dengan nafsu makan menurun, mukosa bibir pucat, lidah tampak kotor, mual dan muntah. Hal tersebut sesuai dengan apa yang dialami Nn. S.
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan: Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen, tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, nafsu makan berubah. Hal tersebut sesuai dengan apa yang dialami Nn. S
- c. Hypovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan di buktikan dengan klien
- d. Hipertermia berhubungan dengan imflamasi penyakit dibuktikan dengan klien mengatakan demam, suhu tubuh di atas normal ($>37,5$) kulit kemerahan, kulit teraba hangat. Hal ini sesuai dengan yang dialami oleh Nn. S

Penulis mengambil diagnosa yang tertera di atas karena berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan pada kasus Nn. S sesuai dengan teori yang ada di BAB II. Dimana klien mengalami peningkatan suhu tubuh,

klien merasakan mudah lelah, dan nafsu makan klien menurun. Tetapi pada saat dilapangan diagnosis yang diambil oleh penulis diurutkan sesuai dengan diagnosa prioritas yaitu :

- a. Hipertermia berhubungan dengan inflamasi penyakit dibuktikan dengan klien mengatakan demam, demam dengan suhu 39,2°C, kulit tampak kemerahan, klien tampak menggigil, kulit teraba hangat dan uji widal anti H 1/80, anti O 1/80.
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan: Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen skala 3(1-10), tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, nafsu makan berubah.
- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan nafsu makan menurun dibuktikan dengan mukosa bibir klien tampak pucat dan kering, nafsu makan menurun, nafas dan mulut klien berbau tidak sedap, lidah tampak kotor, berat badan 38 kg, dan mual.

3.2.3 Analisis Pembahasan Perencanaan intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rencana yang akan perawat lakukan kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Secara teori rencana keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Intervensi yang di susun ini diberikan kepada Nn. S bertujuan melihat respon dan hasil dari asuhan keperawatan yang diberikan. Adapun intervensi keperawatan sesuai diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Hipertermia, intervensi yang disusun untuk diagnosa ini yaitu Identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longarkan pakaian yang dikenakan klien, memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan panas dengan kompres hangat dan memberikan obat penurun panas melalui intravena.
- b. Nyeri Akut, intervensi yang disusun untuk diagnosa ini yaitu identifikasi skala lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri.
- c. Resiko defisit nutrisi, intervensinya yaitu identifikasi status nutrisi klien, monitor berat badan, monitor asupan makanan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan suplemen makan, ajarkan diet yang deprogram dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan klien.

3.2.4 Analisa Pembahasan Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari intervensi yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi sendiri yaitu membantu klien mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan

penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi kebutuhan klien (Febriyanto, 2022).

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Nn. S selama 3 hari yaitu dari tanggal 21 sampai tanggal 23 juni 2026. Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen hipertermia untuk diagnosa hipertermia, manajemen nyeri untuk nyeri akut, manajemen nutrisi untuk diagnosa resiko defisit nutrisi.

Implementasi pada Nn. S dapat dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Pada saat Tindakan keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan keluarga klien kooperatif. Penulis melakukan implementasi sesuai dengan apa yang sudah direncanakan untuk memenuhi kriteria hasil. Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, keadaan klien berangsur-angsur membaik.

3.2.5 Analisis Pembahasan Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil sesuai dengan kriteria hasil yang telah dibuat dalam intervensi keperawatan (Febriyanto, 2022).

Evaluasi keperawatan pada hari pertama pada tanggal 21 juni 2025 masalah hipertermia, nyeri akut, dan resiko defisit nutrisi belum teratasi dikarenakan klien belum menunjukkan perubahan kondisi yang signifikan.

Pada hari kedua tanggal 22 juni 2025 masalah hipertermia, nyeri akut, dan resiko defisit nutrisi belum teratasi karna kondisi klien masih demam suhu tubuh 38,2°C, klien perlahan dapat beraktivitas walaupun sebentar, mukosa bibir pucat dan kering, dan klien mengatakan masih mual.

Pada hari terakhir tanggal 23 juni 2025 semua masalah keperawatan yang di alami Nn. S berhasil teratasi dibuktikan pada hari terakhir kondisi klien yang membaik ditandai dengan suhu tubuh 37,0°C, dimana suhu tersebut termasuk normal, klien tidak lemah dan sudah beraktivitas seperti biasanya, klien sudah bisa menghabiskan makanan satu porsi. Hal ini dapat tercapai karena klien dan keluarga klien kooperatif dalam menjalankan intervensi yang telah direncanakan oleh penulis.

3.2.6 Analisis Pembahasan Dokumentasi Keperawatan

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada keluarga, penulis mendapatkan beberapa kesulitan tetapi dengan adanya teori dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Nn. S dengan typhoid di Ruang Amarilis di Puskesmas Cilawu ini dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.7 Analisis Pembahasan Evidence Base Practice

Evidence Base Practice ini dilakukan penganalisaan terhadap beberapa jurnal pilihan sesuai dengan topik permasalahan yang diuraikan dalam tabel berikut:

Tabel 3.8 Analisis Artikel Teknik Kompres Hangat Terhadap Typhoid

No	Penulis	Judul	Desain penelitian dan partisi	Hasil
1	Fatmawati Mohamad	Efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam Pada Pasien Typhoid Abdominalis Di Ruang G1 Lt.2 RSUD Prif. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo	Quasi eksperimen responden sebanyak 19 orang	Tindakan kompres hangat efektif dalam menurunkan demam pada pasien typhoid abdominalis di ruang G1 (anak)
2	Yanti Wulandari, Arif Nuriman	Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Typhoid	Quasi eksperimen dengan rencangan pre and post test design, 5 anak	Penerapan kompres hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak dengan typhoid sangat efektif
3	Firda nofitasari, wahyuningsih (2019)	Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Dengan Demam Typhoid	Studi kasus ini menggunakan bentu krencana “one group pretest posttest”Subjek dari studi kasus ini adalah dua pasien dengan kriteria inklusi mengalami hipertermia	terjadi penurunan suhu tubuh. jadi dapat disimpulkan bahwa terapi kompres hanngat dapat menurunkan suhu tubuh pada anak demam typoid yang mengalami hipertermia
4	Baig Fitrihan Rukmana , Lalu Muhammad Sadam Husen , Halmin Ulya Nurul Aini (2022)	Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Typhoid Fever	Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Typhoid Fever	Hasilnya menunjukkan data tidak berdistribusi normal sebab nilai signifikansi pre-test = 0.017 dan nilai signifikansi post-test = 0.000. Keduanya lebih kecil dari 0.05.

				Jadi, analisis lanjut menggunakan uji Wilcoxon diperoleh p value = 0,000 atau $p < 0,05$ yang berarti ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever di Puskesmas Pringgarata.
5	Rahma la Mahar ningtyas, Dewi Setyawati (2022)	Penerapan kompres air hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid	Metode deskriptif	hasil bahwa suhu tubuh responden mengalami penurunan hingga mencapai normal. Kompres air hangat mampu menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid

3.2.8 Pembasan Analisis Evidenbase Practice

Demam typoid merupakan penyakit yang di sebabkan oleh bakteri salmonella typhi. Demam typoid atau yang lebih sering di sebut tipis adalah penyakit infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh bakteri Salmonella typhoia. Bakteri ini di tularkan melalui makanan dan minuman. Bakteri Samonella di temukan dalam tinja dan air kemih penderita. Mencuci tangan tidak bersih setelah buang air besar atau air

kecil meningkatkan resiko tertularnya penyakit ini. Selain itu, lalat merupakan carrier (pembawa) yang dapat memindahkan bakteri secara langsung dari tinja makanan (Swasanti, 2013). Gejala yang terjadi pada penderita demam typoid biasanya peningkatan suhu di atas normal atau hipertermi, Menurut Herdman (2017) hipertermia merupakan peningkatan suhu tubuh di atas normal yang di tandai adanya suhu tubuh meningkat, kulit kemerahan, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat, adanya konvulsi. Untuk menurunkan hipotermi biasanya dilakukan tindakan kompres hangat Menurut Irwanti (2015) kompres hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh. Pemberian kompres hangat pada aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak.

Firda Nofitasari, Wahyuningsih (2019) yang melakukan penelitian tentang “Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Dengan Demam Typoid” menyatakan hasil studi kasus pasien I dan pasien II terjadi penurunan suhu tubuh. jadi dapat disimpulkan bahwa terapi kompres hanngat dapat menurunkan suhu tubuh pada anak demam typoid yang mengalami hipertermia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Baig Fitrihan

Rukmana dkk (2022) yang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena Typhoid Fever” hasil penelitian menunjukan Hasilnya data tidak berdistribusi normal sebab nilai signifikansi pre-test = 0.017 dan nilai signifikansi post-test = 0.000. Keduanya lebih kecil dari 0.05. Jadi, analisis lanjut menggunakan uji Wilcoxon diperoleh p value = 0,000 atau $p < 0,05$ yang berarti ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever di Puskesmas Pringgarata.

Hasil penelitian Rahmalia Maharningtyas, Dewi Setyawati (2021) “Penerapan kompres air hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam typhoid” menyatakan bahwa kompres dengan air hangat dapat menurunkan suhu tubuh anak demam karena tubuh dapat melepaskan panas melalui empat cara yaitu radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi. Pada proses kompres hangat ini merupakan pelepasan panas melalui cara evaporasi yaitu dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan agar pembuluh darah tepi kulit melebar hingga pori-pori terbuka yang memudahkan pengeluaran panas pengeluaran panas dalam tubuh.

Adapun hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati Mohamad (2019), tentang “efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam Pada Pasien Thypoid Abdominalis Di Ruang G1 Lt.2 RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo” dengan Metode penelitian

yang digunakan adalah quasi eksperimen. Jumlah responden sebanyak 19 orang, yang diobservasi sebelum dan setelah dilakukan tindakan kompres hangat. Penelitian ini menggunakan metode purposive sampling, dengan menggunakan kriteria inklusi. Analisis data pada penelitian ini menggunakan uji statistik “Sign test.” Mendapatkan hasil nilai $\sum b(x; n, p) < 0,05$ ($0,0318 < 0,05$). Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa: pernyataan H_0 ditolak, yang artinya pernyataan bahwa tindakan kompres hangat dapat menurunkan demam pada pasien demam thypoid dapat diterima.

Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yanti Wulandari, Arif Nuriman (2022). Tentang “Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Typhoid” yang memperoleh hasil rata-rata suhu tubuh sebelum dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara $37,8^{\circ}\text{C}$ - 39°C . Rata-rata suhu tubuh sesudah dilakukan penerapan kompres hangat berkisar antara 36°C - $37,27^{\circ}\text{C}$. Penerapan kompres hangat efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan typhoid dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$.

Dari beberapa hasil penelitian diatas yang menyatakan bahwa pemberian kompres hangat dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan suhu pada anak yang menderita demam typoid.

BAB IV

KESIMPULAN

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan pelaksanaan dan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap Nn. S dengan diagnosa medis Typhoid di ruang Amarilis Puskesmas Cilawu, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan secara menyeluruh, sistematis, dan berkesinambungan meliputi data subjektif dan objektif. Data subjektif yang ditemukan antara lain klien mengeluh demam, nyeri perut, mual, dan tidak nafsu makan. Data objektif menunjukkan suhu tubuh 39,2°C, konjungtiva anemis, lidah kotor, bibir kering, tekanan darah 90/60 mmHg, serta hasil laboratorium Widal positif. Pengkajian ini menjadi dasar penting dalam penegakan diagnosa keperawatan.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian, diperoleh tiga diagnosa keperawatan prioritas, yaitu:

- Hipertermia berhubungan dengan proses inflamasi.
- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi).

- Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan menurunnya nafsu makan dan mual.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan:

- Pada masalah hipertermia: dilakukan manajemen hipertermia berupa pemberian kompres hangat, pelepasan pakaian ketat, serta kolaborasi pemberian antipiretik.
- Pada masalah nyeri akut: dilakukan observasi intensitas nyeri, edukasi teknik relaksasi, dan kolaborasi pemberian analgetik.
- Pada masalah risiko defisit nutrisi: dilakukan pemantauan asupan makan, edukasi tentang diet tinggi kalori dan protein, serta kolaborasi dengan ahli gizi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang telah disusun. Tindakan kompres hangat diberikan pada area temporal dan aksila dengan durasi ± 20 menit secara berkala. Pemberian obat seperti parasetamol dan antibiotik dilakukan secara kolaboratif. Perawat juga memberikan edukasi kepada

pasien dan keluarga mengenai pentingnya perawatan diri, pemenuhan nutrisi, dan istirahat cukup.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan setiap hari untuk menilai efektivitas intervensi. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa:

- Suhu tubuh pasien menurun secara bertahap hingga mencapai nilai normal (37°C) pada hari ke-3.
- Nyeri perut yang awalnya skala 3 menurun secara signifikan.
- Nafsu makan pasien mulai meningkat dan tidak ada keluhan mual pada akhir hari perawatan.
- Evaluasi menunjukkan bahwa semua masalah keperawatan dapat teratasi sebagian hingga tuntas sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Seluruh proses asuhan keperawatan didokumentasikan dalam format SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Planning) dan catatan perkembangan keperawatan harian. Dokumentasi dilakukan secara tertib, akurat, dan mencerminkan proses keperawatan yang telah dilaksanakan dengan pendekatan evidence based practice.

DAFTAR PUSTAKA

- Nuruzzaman, M., & Syahrul, M. (2021). Hubungan perilaku jajan dengan kejadian demam tifoid pada anak. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*, 6(1), 14–20.
- Pristyanti, D. (2020). Faktor risiko kejadian demam tifoid pada anak usia sekolah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 15(1), 45–53.
- Hidayani, A. (2020). Typhoid fever: Diagnosis and management. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 11(2), 45–52.
- World Health Organization. (2021). Typhoid fever – Key facts. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta: Kemenkes RI.
- Riskesdas. (2021). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2021. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2022). Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2022. Garut: Dinkes Garut.
- Nuruzzaman, M., & Syahrul, M. (2021). Penurunan demam tifoid melalui kompres hangat. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 5(2), 88–95.
- Mustofa, A., dkk. (2020). Demam tifoid pada anak: Epidemiologi, patofisiologi, dan penatalaksanaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 14(2), 87–95.

Simangunsong, R., dkk. (2021). Gambaran klinis demam tifoid pada pasien anak. *Jurnal Kesehatan Prima*, 15(1), 55–63.

Saputra, H. (2021). Patofisiologi dan penatalaksanaan demam tifoid. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 9(2), 101–110.

Padila. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Mansjoer, A. (2011). *Kapita Selekta Kedokteran* (Edisi 4). Jakarta: Media Aesculapius.

Kusumarini, E., dkk. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien demam tifoid dengan intervensi kompres hangat. *Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas*, 5(1), 12–19.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2018). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). St. Louis: Elsevier.

Dermawan, D. (2017). *Pengkajian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

Nuralif, S. (2015). Dampak penyakit tifoid terhadap kebutuhan dasar manusia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 8(1), 22–30.

Sudoyo, A. W. (2010). *Ilmu Penyakit Dalam* (Edisi ke-5). Jakarta: Interna Publishing.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (13th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: PPNI.

Tim Pokja DPP PPNI SIKI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.

Tim Pokja DPP PPNI SLKI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.

Manurung, S. (2019). Perencanaan Keperawatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Setiadi. (2018). Konsep dan Proses Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Febriyanto, D. (2022). Implementasi dan evaluasi proses keperawatan. Jurnal Keperawatan Indonesia, 25(2), 115–124.

Santrock, J. W. (2012). Life-Span Development (14th ed.). New York: McGraw-Hill.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2014). Experience Human Development (13th ed.). New York: McGraw-Hill.

LAMPIRAN