

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN ATAS INDIKASI
DEMAM TYPHOID DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT
TK.IV GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa
Husada Garut

Disusun oleh:

N.Sri Yulianti
KHGA22077



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN DEMAM TYPHOID DI
RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TK.IV GUNTUR
GARUT**

NAMA : N.SRI YULIANTI

NIM : KHHGA22077

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan Dihadapan Tim Penelaah
Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing

Eldessa Vava Rilla., S. Kep.,Ns.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL: ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN: DEMAM TYPHOID DI RUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT TK.IV GUNTUR GARUT**

NAMA: N.SRI YULIANTI

NIM: KHGA22077

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah disidangkan dan di pertanggung jawabkan di
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Mengesahkan

Penguji I

Penguji 2

Iin Patimah, M.Kep.

Devi Ratnasari, M.Kep.

Mengetahui,

Pembimbing

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ns., M.Kep

ABSTRAK

Penulis : N.Sri Yulianti NIM: KHGA22077

Demam typhoid merupakan infeksi sistemik akut yang menyerang saluran pencernaan, disebabkan oleh bakteri salmonella typhi yang ditularkan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai gejala seperti demam tinggi, nyeri perut, mual, muntah, serta gangguan nafsu makan. Penanganan yang optimal beresiko menimbulkan komplikasi serius seperti dehidrasi, perdarahan usus, dan perforasi. Oleh karena itu, dibutuhkan asuhan keperawatan yang terarah untuk mendukung pemulihan pasien secara menyeluruh. Di rumah Sakit Tk.IV Guntur Garut, kasus demam typhoid masih sering ditemukan. Pada tahun 2024 tercatat 722 kasus, dan sebanyak 239 kasus dilaporkan pada Januari hingga Maret 2025. Mayoritas kasus dialami oleh pasien perempuan. Salah satu pasien adalah Ny.E, perempuan berusia 23 tahun, yang dirawat dengan keluhan demam tinggi, kemas, mual, dan penurunan nafsu makan. Penanganan dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Hasil pengkajian menunjukkan tiga masalah utama yaitu hipertermi, nyeri akut, dan defisit nutrisi. Intervensi keperawatan difokuskan pada manajemen suhu tubuh, pengendalian nyeri, dan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Teknik yang digunakan antara lain pemberian kompres hangat, edukasi teknik relaksasi, monitoring intake makanan, serta pemberian diet tinggi kalori dan protein. Evaluasi menunjukkan perbaikan kondisi secara bertahap, termasuk penurunan suhu tubuh dan peningkatan nafsu makan.

Kata Kunci : Demam typhoid, gangguan pencernaan, asuhan keperawatan, hipertermi, nyeri akut, defisit nutrisi.

Sumber : 2015-2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis Ilmiah yang berjudul” **Asuhan Keperawatan pada Ny.E Dengan Gangguan Sistem Pencernaan Typoid di ruang flamboyan di Rumah Sakit TK.IV Guntur**”, penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, bersama ini perkenankan saya mengucapkan banyak terimakasih dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat. M.A, selaku ketua Pembina yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Dr. H. Kurnadi Sunwiganda, selaku Wakil Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. D. Saepudin S. Sos., MM. Kes selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep., M. Kep., selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. Bapak Elldesa Vava Rila, M. Kep., sebagai Pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah banyak memberikan saran, bimbingan, pengetahuan dan motivasi yang tinggi dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Ibu Iin Patimah, M.Kep, selaku penguji 1 dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan serta saran kepada penulis.
8. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep, selaku penguji 2 dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan serta saran kepada penulis.
9. Bapak Ahmad Rifa'i, S.Kep., Ners, selaku pembimbing di Rumah Sakit Tk IV Guntur Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Kepada kedua orang tercinta yaitu, Ayah saya Yuyun dan Ibu Kokom (alm) yang telah memberikan banyak cinta dan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis sehingga menjadi motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini. Semoga do'a, keringat dan air mata dibalas dengan kebahagiaan yang haqiqi di dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
11. Kepada Kaka-kaka saya tercinta dan tersayang Cecep Sopian A.Md.M.T., ajat sudrajat, Agus Saepudin, Rizal Sopyani S.T., yang sudah senantiasa memberikan do'a dan dukungan, motivasi, waktu tenaga dan pikiran dan segalanya dan selalu setia menemani baik suka maupun duka untuk kelancaran penulis dalam menyelesaikan studi ini, semoga Allah SWT senantiasa memberikan nikmat sehat, nikmat rezeki, dan nikmat kebahagiaan bagi kalian semua aamiin.
12. Kepada Kaka-Kaka Ipar saya Desti, Ia restia, semua ponakan saya yang saya cintai dan saya banggakan.
13. Kepada sahabat : Eka Rahma Aulia, Kistiya Elmanda, Anisa

Nurrahmatillah, Sahla Nurdiani, semangat do'a waktu dan membantu dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

14. Kepada teman-teman Seperjuangan saya kelas 3B D-III Kepeeawatan yang telah memberikan banyak hal selama kurang lebih 3 tahun ini.
15. Kepada uly terimakasih telah menjadi teman dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, meskipun dulu tidak dekat tapi makasih sudah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis ini, love U More buat uly
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan persatu yang telah membantu dalam penyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Dengan demikian penulis menyadari bahwa dalam penyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karna itu, penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan pada masa yang akan datang.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, semoga kebaikan, bimbingan dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aammin.

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR BAGAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	9
A. Konsep Dasar Typoid.....	9
1. Definisi typoid	9
2. Etiologi/Penyebab	10
3. Patofisiologi	10
4. Pathway	12
5. Manifestasi klinis	12
6. Pemeriksaan Penunjang	13
7. Penatalaksanaan	13
8. Komplikasi Typoid	14
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	16
1. Pengkajian.....	16
2. Analisa Data.....	21
3. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul	28
4. Intervensi Keperawatan	29
5. Impelementasi Keperawatan.....	39
6. Evaluasi keperawatan	40
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	40
A. Tinjauan Kasus	40
1. Pengkajian.....	40
2. Diagnosa keperawatan	56
3. Intervensi keperawatan	58
4. Implementasi dan evaluasi.....	64

5. Catatan perkembangan.....	72
B. Pembahasan	78
1. Pengkajian.....	78
2. Diagnosa keperawatan	79
3. Intervensi keperawatan	80
4. Evaluasi Keperawatan.....	83
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	87
A. Kesimpulan.....	87
B. Rekomendasi	88
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN	99

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa Data.....	28
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan	38
Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-hari	52
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Labolatorium	53
Tabel 3. 3 Terapi Obat	54
Tabel 3. 4 Analisa Data (Kasus)	56
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan (Kasus).....	64
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	72
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan	78

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway	12
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I SAP
- Lampiran II Leaflet
- Lampiran III Lembar Bimbingan
- Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Typoid penyakit infeksi yang menyerang tubuh manusia melalui makanan dan air yang berkontaminasi bakteri *salmonella typhi*, penyakit ini dapat menyebabkan gejala seperti demam tinggi, sakit kepala, dan nyeri perut yang parah. Jika tidak diobati dengan tepat, *Typoid* dapat menyebabkan komplikasi serius, penyakit ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, terutama di daerah dengan sanitasi yang buruk dan kebersihan yang tidak terjaga, karna itu penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kebersihan dan sanitasi yang baik untuk mencegah penyebaran penyakit *Typoid*.

Berdasarkan dari *World Health Organization* (WHO), prevalensi penyakit *Typoid* semakin meningkat sejak 2019 menunjukkan 9,2juta orang terinfeksi dan data tahun 2021 menunjukkan bahwa terdapat 10,2 juta orang sedangkan data tahun 2022 terdapat 10,7 juta orang yang terinfeksi *Typoid*, meningkatnya kasus tersebut di dominasi oleh negara negara berpenghasilan rendah yang paling banyak di jumpai di benua asia tengah selatan dan sisi selatan benua afrika dan juga paling banyak di temukan dinegara tropis dengan sanitasi yang buruk, sulit akses bersih dan pemukiman padat penduduk seperti Banglades, Cina, India, Indonesia, Laos, Nepal, Pakistan, (Budi, 2024).

Di Indonesia, kasus prevalensi *Typoid* juga mengalami peningkatan kasus setiap tahunnya. Data pada tahun 2020 mencatat bahwa 317.000 pasien *Typoid* di Indonesia jumlah tersebut kemudian meningkat, sehingga data pada tahun 2021 terdapat 651.000 pasien *Typoid* di Indonesia. Data pada tahun 2022 mencatat 736.000 pasien *Typoid* di Indonesia merupakan salah satu penyumbang angka *typoid* yang cukup besar di dunia (Budi, 2024)

Demam typoid di Jawa Barat, menurut badan penelitian dan pengembangan kesehatan Jawa Barat dilaporkan 2,14% dibandingkan 1,60 secara nasional. Mayoritas yang rentan terkena typoid adalah anak - anak dan dewasa (Bellji, 2020). Berdasarkan data rekam medis di RS Guntur, pada tahun 2024 tercatat sebanyak 722 kasus *Typoid*, proporsi terbesar dialami oleh perempuan dengan sebanyak 399 kasus. Sementara itu, pada periode bulan januari-maret tahun 2025 tercatat 239 kasus *Typoid* yang masih didominasi oleh perempuan yaitu 128 kasus (Infokes Rumah Sakit Guntur, 2025).

Demam typoid demam akut karena bakteri *S. typhi*. Penyakit ini terutama menyerang orang bakteri ini ditularkan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi dengan kotoran, masuk melalui mulut dan hanyut masuk ke saluran pencernaan apabila bakteri masuk ke dalam tubuh manusia tubuh akan berusaha untuk mengeliminasi. Tetapi bila bakteri dapat bertahan dan jumlah yang masuk cukup banyak, maka bakteri akan berhasil mencapai usus halus dan berusaha masuk ke dalam tubuh yang

akhirnya dapat merangsang sel darah putih untuk menghasilkan interleukin (Imara, 2020).

Dampak *Typoid* menjadi tidak baik apabila terdapat gambaran klinik yang berat, seperti demam tinggi (hiperpireksia), febris remiten, kesadaran sangat menurun (stupor, koma atau delirium), terdapat komplikasi yang berat misalnya dehidrasi dan asidosis, perforasi. Demam typoid terutama pada anak atau dewasa yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan kematian. Akibat dari gejala-gejala yang ditimbulkan akan merasa tidak nyaman kondisi tubuhnya, rasa tidak nyaman ini dapat memicu perasaan cemas dan gelisah, untuk mengatasi gejala-gejala patologis, yang timbul hospitalisasi merupakan penanganan yang dilakukan di rumah sakit untuk mencegah komplikasi yang kemungkinan timbul, dampak yang ditimbulkan hanya tidak dengan segi patologis tetapi juga gejala psikologis seperti merasa cemas atau anisetas akibat rasa tidak nyaman akan kondisi tubuhnya dan kondisi hospitalisasi di rumah sakit (WHO, 2023)

Peran perawat dalam penanganan pasien dengan demam Typoid harus dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang baik dan maksimal. Peran perawat diperlukan guna membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi klien, cukup besar terhadap penurunan kesakitan dan kematian demam typoid. Tindakan prementif sebagai upaya pencegahan penularan dan peledakan KLB, demam Typoid mencakup banyak aspek mulai dari segi kuman salmonella Typoid sebagai agen penyakit dan factor penjamu (host) serta factor lingkungan. Tindakan pencegahan teransmini

langsung dari penderita terinfeksi. Tindakan promotif sebagai upaya penyuluhan kepada masyarakat tentang penyakit Typhoid, Typhoid kebersihan pribadi serta tindakan-tindakan sanitasi selain itu, memberi makanan sesuai diet terutama tinggi kalori dan tinggi protein, pasien dianjurkan bed rest, dan memberikan obat sesuai indikasi medis. Tindakan rehabilitasi perawat berperan memulihkan kondisi pasien dan menganjurkan klien untuk control kembali bila ada keluhan. (Ratnawati Dkk, 2016).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Gangguan Sistem Pencernaan :Demam *Typoid* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut” Dengan menggunakan proses keperawatan perencanaan/intervensi, pelaksanaan/implementasi, dan evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah yang penulis ambil pada studi kasus ini adalah “**Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Diagnosa Gangguan Sistem Pencernaan Demam *Typoid* Diruang Flamboyan RS TK.IV Guntur Garut**” dengan melakukan pendekatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/intervensi, pelaksanaan/implementasi, dan evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan.

C. Tujuan

Memahami dan mengetahui tentang typhoid beserta Asuhan Keperawatan typhoid.

1. Tujuan umum

Adapun tujuan umum pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah : penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam asuhan keperawatan pada Ny.E dengan gangguan sistem pencernaan : Typhoid di ruang flamboyan Rs Guntur dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi asuhan keperawatan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

- a. Melakukan pengkajian secara komprehensif yang meliputi pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah pada kasus Ny. E dengan gangguan sistem pencernaan : *Typoid* di ruang flamboyan Rs Guntur
- b. Merumuskan diagnosa yang tepat berdasarkan pengkajian yang di tentukan pada kasus Ny.E dengan gangguan sistem pencernaan : *Typoid* di ruang flamboyan rs guntur
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan yang tepat terhadap masalah yang timbul pada kasus Ny.E dengan gangguan sistem pencernaan : *typhoid* rs guntur
- d. Mampu melaksanakan rencana tindakan keperawatan yang

telat di tetapkan pada kasus Ny. E dengan gangguan sistem pencernaan di ruang flamboyan Rs Guntur

- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan secara tepat yang telah dilaksanakan pada kasus Ny.E dengan gangguan sistem pencernaan : typhoid di ruang flamboyan Rs Guntur.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan metode karya tulis ilmiah ini, metode yang di gunakan adalah metode deskriptif yang terbentuk studi kasus. teknik pengambilan data pada kasus “**Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Typoid* Di Ruang Flamboyan Rs Tk.IV Guntur Garut**” dengan pengamatan wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi/catatan perawat, partisipasi aktif, dan lain-lain. Sedangkan teknik dalam pengumpulan data pasien menggunakan teknik sebagai berikut :

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data melalui komunikasi secara lisan yaitu bertanya dan tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang di hadapi pasien Ny.E atau di sebut pengkajian, anamnesa yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pada pasien Ny.E

2. Observasi

Penulis mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien

3. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk melakukan status kesehatan pasien. Kesehatan fisik dapat dilakukan berbagai cara di antaranya: Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Perkusi

4. Studi Dokumentasi

Memperoleh data yang didapatkan dari kasus klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan

5. Partisipasi aktif

Penulis melakukan secara langsung asuhan keperawatan pada pasien Ny.E dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi

6. Studi kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, di peroleh kesenjangan mencari penyebab pemecahan masalah.

E. Sistematika Penulisan

Laporan asuhan keperawatan ini termasuk kedalam mata ajar Keperawatan Medikal Bedah. Dalam metode penulisan karya tulis ilmiah ini di bagi menjadi empat bab yang terdiri dari :

BAB I PENDAHULUAN: Pendahuluan ini meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS: Tinjauan Teoritis mengenai konsep dasar penyakit typhoid yang meliputi pengertian/definisi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan typhoid terhadap proses keperawatan

BAB III TINJAUAN KASUS: Tinjauan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan intervensi, implementasi, evaluasi, yang dilakukan secara komprehensif serta pembahasan mengenai teori dan praktek dilapangan dan memberikan asuhan keperawatan pada Ny.E

BAB IV KESIMPULAN: Kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan formulasi saran atau rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan yang dapat menunjang karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Typoid

1. Definisi typoid

Demam typoid merupakan infeksi akut sistem pencernaan yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi* salmonella paratyphi. Demam typoid merupakan penyakit infeksi global, terutama di negara-negara berkembang. Demam *Typoid* ditularkan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi oleh bakteri salmonella typhi, selain itu penyakit ini dapat ditularkan melalui kontak langsung dengan feses, urin atau secret penderita demam Typoid. Dengan kata lain hygiene sanitasi adalah factor utama penularannya (levani, 2020)

Demam typoid akut merupakan penyakit infeksi akut bersifat sistemik yang disebabkan oleh mikroorganisme salmonella enterica serotype typhi yang dikenal dengan salmonella typhi, penyakit ini masih sering dijumpai di Negara berkembang yang terletak di subtropics dan daerah tropis seperti Indonesia.

Penyakit demam typoid penyakit yang menyerang bagian saluran pencernaan. Selama terjadi infeksi, kuman tersebut bermultiplikasi dalam sel fagositik mononuclear dan secara berkelanjutan dilepaskan ke aliran darah. Demam Typoid termasuk penyakit menular yang tercantum menular yang tercantum dalam undang-undang nomor 6 tahun 1962 tentang wabah. Kelompok penyakit menular ini merupakan penyakit yang

mudah menular dan banyak menyerang banyak orang sehingga dapat menimbulkan wabah. (idrus, 2020)

2. Etiologi/Penyebab

Demam typhoid disebabkan oleh salmonella enterica serovar typhi (S typhi) atau salmonella enterica serovar paratyphi A,B, atau C, dan merupakan penyebab infeksi paling umum (1). Salmonella typhi merupakan mikroorganisme bakteri gram negatif yang bersifat aerob dan tidak mempunyai spora. Bakteri ini memiliki banyak jenis antigen O, lipopolisakarida, dan lipid A. ketiga antigen di atas menimbulkan antibody terhadap aglutinin. D antigen keempat, protein membran luar (OMP), terdapat di sitoplasma membrane luar dan di lapisan peptidoglikan, batas antara sel dan lingkungan luar. Tubuh manusia adalah tempat terbaik. Salmonella typhi mungkin terjadi. *Salmonella Typhi*, penyebab demam typhoid masuk ke dalam tubuh melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi dan kebersihan yang buruk. Begitu bakteri ini masuk ke dalam tubuh, masuk ke usus halus dan makanan serta minuman yang di makanannya, bakteri ini menyebar ke seluruh organ tubuh, terutama hati dan limfa. (jerry, 2021)

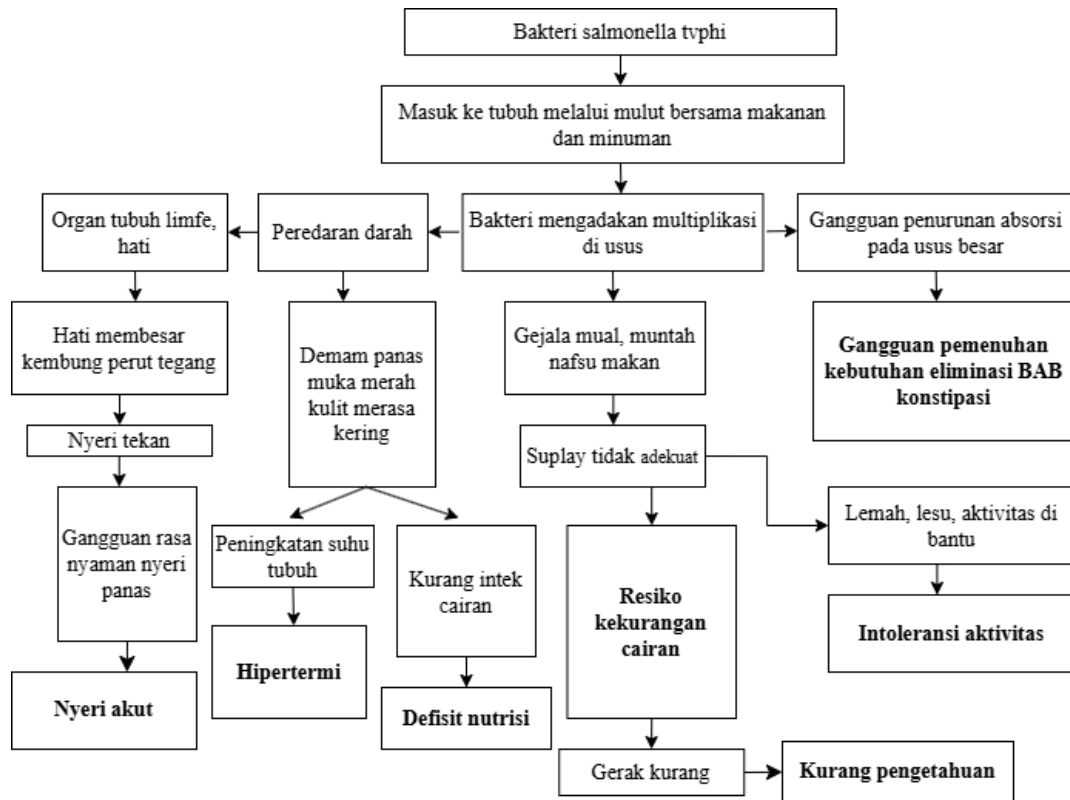
3. Patofisiologi

Penyebab demam *Typhoid* adalah bakteri *salmonella typhi* atau salmonella paratyphi. Bakteri hasil gram negative anaerob fakultatif. Bakteri salmonella akan masuk ke dalam tubuh melalui oral bersama dengan makanan atau minuman yang terkontaminasi. Sebagian bakteri

salmonella yang lolos akan segera menuju ke usus halus tepatnya di ileum dan jejunum untuk berkembang biak. Bila sistem imun humoral mukosa (IgA) tidak lagi baik dalam merespon, maka bakteri akan menginvasi kedalam sel epitel usus halus (terutama sel M) dan ke lamina propia. Di lamina propia bakteri akan difagositosis oleh makrofag. Bakteri yang lolos dapat berkembang biak didalam makrofag dan masuk ke sirkulasi darah (bakterimia I). bakterimia I dianggap sebagai masa inkubasi yang dapat terjadi selama 7-14 hari bakteri salmonella juga dapat melakukan translokasi kedalam folikel limfoid intesin dan aliran limfe mesenterika dan beberapa bakteri melewati sistem retikuloendotelial di hati dan limfa.

Pada fase ini bakteri meninggalkan makrofag yang selanjutnya berkembang biak di sinusoid hati. Setelah dari hati, bakteri akan masuk ke sirkulasi darah untuk kedua kalinya (bakteria II). Saat bacteremia II, makrofag mengalami hiperaktivitas dan saat makrofag memfagositosis bakteri, maka terjadi pelepasan mediator inflamasi salah satunya adalah sitokin. Pelepasan sitokin ini yang menyebabkan munculnya demam, malaise, myalgia, sakit kepala, dan gejala toksemia. Plak payer dapat mengalami hiperplasia pada minggu pertama dan dapat terus berlanjut hingga terjadi nekrosis di minggu kedua. Lama kelamaan dapat timbul ulerasi yang pada akhirnya dapat berbentuk ulkus di minggu ketiga. Terbentuknya ulkus ini dapat menyebabkan perdarahan dan perforasi. Hal ini merupakan salah satu komplikasi yang cukup berbahaya dari demam typhoid. (Dr.apr.Dwisari Dillasamola, 2024)

4. Pathway



Bagan 2. 1 Pathway

Sumber : (lestari, 2016)

5. Manifestasi klinis

Pada tahap awal penyakit. Gejalanya meliputi nyeri perut, demam dan per asaan tidak sehat secara umum. Demam *Typoid* yang memburuk dapat di sertai dengan gejala: demam tinggi hingga 40°C, sakit kepala, sakit perut, sembelit kemudian diare, bintik-bintik merah kecil diperut atau dada, kehilangan nafsu makan dan kelemahan. (sari, 2024)

6. Pemeriksaan Penunjang

Metode lain untuk identifikasi kuman *salmonella typhi* yang akurat adalah mendeteksi DNA (asam nukleat) salmonella typhi dalam darah dengan teknik hibridasi asam nukleat atau amplifikasi DNA dengan cara polymerase chain reaction (PCR), dasar spesifisitas hibridasi adalah kemauan asam nukleat utas/rantai tunggal untuk mendeteksi dan membentuk ikatan hydrogen (hibridasi) dengan asam nukleat utas tunggal yang mengandung urutan asam nukleat padannya. Reaksi hibridasi merupakan reaksi kinetic yang efisien dan dapat mendeteksi sejumlah sangat kecil asam nukleat kuman dalam waktu yang sangat pendek pada system dehidrasi ini, sebuah molekul asam nukleat yang sudah diketahui spesifisitasnya (DNA probe) digunakan untuk mendeteksi ada atau tidaknya urutan asam nukleat yang sepadan dari target (DNA) kuman. (hadi, 2019)

7. Penatalaksanaan

Terapi antibiotic adalah satu-satunya pengobatan yang efektif untuk demam typhoid yang meliputi ciproxacin (cipro), azitromisin (zitromak) septriaxone, selain terapi antibiotic penatalaksanaan demam typhoid bertujuan untuk mencegah dehidrasi akibat demam berkepanjangan dan diare. Pasien yang mengalami dehidrasi berat. Perlu menerima cairan melalui pembuluh darah. Pada kasus yang parah proses pembedahan dapat dilakukan apabila usus pasien mengalami peradangan kronis hingga

berulang. Pembedahan bertujuan untuk memperbaiki lubang.

Klien diistirahatkan 7 hari sampai demam hilang atau 14 hari untuk mencegah komplikasi perdarahan usus. Mobilisasi bertahap bila tidak panas, sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien, pasien yang kesadaran menurun, posisi tubuhnya harus diubah pada waktu tertentu untuk menghindari komplikasi pnomonial dan decubitus, BAK dan BAB perlu diperhatikan karena kadang-kadang terjadi kontipasi dan diare. Diet dan terapi: pemberian bubur saling bertujuan untuk menghindari komplikasi dan pendarahan usus.

Typoid banyak ditemukan di negara berkembang dimana hygiene pribadi dan sanitasi lingkungan kurang baik. Prevalensi kasus bervariasi tergantung lokasi, lokasi kondisi lingkungan setempat, dan perilaku masyarakat yang dapat dicegah dengan : mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, dan sesudah makan, menghindari makanan yang tidak sehat, dan menghindari minum air mentah, menjaga kebersihan diri dengan baik, menjaga kebersihan lingkungan, membuang sampah benar, minum air bersih. (sari, 2024).

8. Komplikasi Typoid

Komplikasi dari Demam Tifoid dalam (Inawati, 2021) dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

a. Komplikasi Intestinal

1) Perdarahan Usus

Sekitar 25% orang yang mengalami demam tifoid mungkin

mengalami perdarahan ringan yang tidak memerlukan transfusi darah. Perdarahan yang lebih serius bisa terjadi sampai penderita berada dalam keadaan syok. Secara klinis, perdarahan akut yang memerlukan tindakan medis segera ditandai jika terjadi perdarahan sebesar 5 ml/kgBB/jam.

2) Perforasi Usus

Sekitar 3% dari pasien yang dirawat mengalami kondisi ini. Biasanya muncul pada minggu ketiga, meski juga bisa terjadi pada minggu pertama. Penderita demam tifoid yang mengalami perforasi sering mengeluhkan rasa sakit yang hebat di perut, terutama di bagian kanan bawah, yang dapat menyebar ke seluruh area perut. Tanda-tanda lain dari perforasi termasuk detak jantung yang cepat, penurunan tekanan darah, bahkan bisa berujung pada syok.

b. Komplikasi Ekstraintestinal

- 1) Komplikasi kardiovaskular termasuk kegagalan sirkulasi perifer (syok, sepsis), miokarditis, trombosis, dan tromboflebitis.
- 2) Komplikasi terkait darah meliputi anemia hemolitik, trombositopenia, koagulasi intravaskuler diseminata, dan sindrom uremia hemolitik.
- 3) Komplikasi pada paru-paru seperti pneumonia, empiema, dan pleuritis.
- 4) Komplikasi hati dan kandung kemih yaitu hepatitis dan

kolelitiasis.

- 5) Komplikasi ginjal dapat berupa glomerulonefritis, pielonefritis, dan perinefritis.
- 6) Komplikasi tulang meliputi osteomielitis, periostitis, spondilitis, dan artritis

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep asuhan keperawatan demam typhoid dalam (Hardianti, 2024), antara lain:

1. Pengakajian

a. Identitas

Data yang bisa diperoleh yaitu : nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, Pendidikan, alamat, tanggal masuk Rumah Sakit dan terakhir diagnose medis.

b. Keluhan Utama

Adalah suatu keluhan yang sangat mengganggu ketidaknyamanan dalam beraktivitas atau yang sedang mengganggu saat ini.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Dimana dapat mengetahui bagaimana penyakit itu bisa timbul, penyebab, dan juga factor yang dapat mempengaruhi, dan memperberat sehingga mulai sejak kapan timbul dan dibawa Kerumah Sakit.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien dengan penyakit demam typhoid di dapatkan riwayat adanya demam typhoid

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengenai gambaran kesehatan keluarga apabila adanya keturunan dari orang tua.

f. Riwayat Psikososial

Siapa yang merawat llien, bagaimana hubungan pasien dengan keluarga, teman sebaya dan bagaimana perawat pada umumnya

g. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi

Adalah bagaimana pola hidup orang tersebut atau klien yang memiliki penyakit demam typoid dalam menjaga kebersihan dari klien dalam merawat tata hidup sehat.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Bagaimana nafsu makan klien dengan penyakit typoid, apakah nafsu makan nya menurun atau meningkat.

3) Pola Aktivitas atau Latihan

Apakah klien mengalami gangguan aktivitas karena mengalami gangguan kelelahan fisik akibat demam typoid tersebut.

4) Pola Eliminasi

Bagaimana dengan pola BAB dan BAK pasien dengan demam typoid apakah BAK dan BAB nya sedikit karena adanya gangguan sistem pencernaan.

5) Pola Tidur dan Istirahat

Mengakji pola tidur pasien seperti waktu tidur, lamanya tidur, kebiasaan dalam tidur, serta kesulitan yang di alami selama tidur. Untuk pasien demam typoid biasanya mengalami kesulitan tidur dikarenakan adanya rasanya demam yang dialami nya.

6) Pola Persepsi dan Konsep diri

Bagaimana dengan persepsi pasien terhadap dengan demam typoid.

7) Pola Sensori dan Kognitif

Bagaimana pengetahuan pasien terhadap penyakit yang sedang dialami selama dirumah sakit. Untuk mengetahui demam typoid yang dialami oleh pasien .

8) Pola Reproduksi Sexual

Apakah pasien dengan penyakit demam typoid dalam hal ini masih dapat melakukan dan apakah selama sakit mengalami gangguan yang berhubungan dengan produksi sexual.

9) Pola Hubungan Peran

Biasanya pasien dengan penyakit demam typoid dalam hubungan dengan orang sekitar tetap baik atau mengalami gangguan.

10) Pola Penanggulangan Stress

Klien dengan penyakit demam typhoid masih tetap berusaha untuk berfikir positif walaupun sedang muncul stress.

11) Pola Nilai dan Keperawatan

Pasien tetap berusaha dan berdoa agar penyakit yang sedang dialami segera sembuh

h. Pemeriksaan Persistem

a) Sistem Penglihatan

Kaji kedua posisi mata simetris atau tidak, keadaan mata, pergerakan mata, fungsi penglihatan baik atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak.

b) Sistem Pendengaran

Bentuk telinga kiri dan kanan simetris, fungsi pendengaran baik atau tidak, terdapat kotoran pada telinga atau tidak, ada gangguan atau tidak, fungsi pendengaran baik atau tidak.

c) Sistem Pernafasan

Pengkajian pernapasan biasanya melibatkan pengkajian ventilasi eksternal karena kualitas dan frekuensi pernapasan dapat dipengaruhi oleh gangguan, karakter pernapasan harus dikaji dan dilaporkan secara teliti.

d) Sistem Kardiovaskuler

Jantung merupakan focus pengkajian yang paling utama. Auskultasi memberi data yang paling signifikan tentang status jantung pada kasus typhoid biasanya terjadi penurunan

tekanan darah, bradikardi relative, hemoglobin rendah.

e) Sistem Pencernaan

Keadaan abdomen terdapat nyeri tekan, pada mulut terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering dan pecah pecah, lidah tertutup dan selaput putih dan kotor.

f) Sistem Endokrin

Apakah ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak

g) Sistem Perkemihan

Kaji BAK pasien, apakah ada gangguan atau tidak saat berkemih.

h) Sistem integument

Mengkaji integument meliputi inspeksi dan palpasi kulit, kuku, rambut, dan kulit kepala, suhu tubuh pasien, serta dapat dikombinasikan dengan pengkajian bagian tubuh lainnya.

i) Sistem musculoskeletal

Kaji antara ektemitas atas dan bawah apakah ada pembengkakan atau tidak.

j) Aspek psikologis

Biasanya pasien akan terlihat lemas, gelisah dan khawatir dengan kondisi penyakitnya.

k) Aspek Psikososial

Kaji pasien dalam sosialisasi dengan orang tua, keluarga, teman atau masyarakat apakah baik atau kurang.

1) Aspek Spiritual

Pasien dalam menghadapi penyakitnya selalu melakukan kegiatan spiritual seperti ibadah atau beroda.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan proses kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah di lakukannya pengumpulan data dan juga validasi data dengan mengidentifikasi suatu pola atau masalah yang mengalami gangguan dimulai dari pengkajian sampai dengan fungsi kesehatan (Hardianti, 2024).

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif a. Suhu tubuh diatas nilai normal</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Data subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif a. Kulit merah</p>	<p>Bakteri salmonella</p> <p>↓</p> <p>Masuk ketubuh melalui mulut bersama makan dan minum</p> <p>↓</p> <p>Bakteri mengadakan piltipukasi di usus</p>	<p>Hipertermi (D.0130)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> b. Kejang c. Takikardi d. Takipneu e. Kulit terasa hangat 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proses infeksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suhu tubuh meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipertermi</p>	
2.	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengeluh nyeri <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tanpak meringis b. Bersikap protektif c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. (tidak tersedia) <p>Data objektif</p>	<p>Agen cedera</p> <p>psikologis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Infeksi usus dangue</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hivopolemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan melalui traktus spinotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Thalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tekanan intra</p>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berfikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. diaforesis 	<p>abdomen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri yang dipersepsikan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
3.	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. (tidak tersedia) <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berat badan Menurun minimal 10% dibawah Rentang ideal <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cepat kenyang setelah makan b. Kram/nyeri abdomen 	<p>Spenomegali</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan mobilitas usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan asam lambung</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Anoreksia mual muntah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit nutrisi</p>	<p>Desifit nutrisi (D.0019)</p>

	<p>c. Nafsu makan</p> <p>Menurun</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Bising usus hiperaktif</p> <p>b. Otot pengunyah Lemah</p> <p>c. Otot menelan lemah</p> <p>d. Membrane mukosa Lemah</p> <p>e. Membrane mukosa Pucat</p> <p>f. Sariawan</p> <p>g. Serum albumin turun</p> <p>h. Rambut rontok Berlebihan</p> <p>i. Diare</p>		
4.	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif</p> <p>a. Menanyakan masalah yang dihadapi</p> <p>Data objektif</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p> <p>↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	<p>Defisit pengetahuan</p> <p>N (D.00111)</p>

	<p>a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</p> <p>b. Menunjukkan persepsi Yang keliru terhadap masalah</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Data subjektif</p> <p>a. (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Menjalani pemeriksaan Yang tidak tepat</p> <p>b. Menunjukkan perilaku Berlebihan (Mis, apatis, Bermusuhan, agitasi, Hysteria)</p>		
5.	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif</p> <p>a. (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>b. Tekanan darah menurun</p>	<p>Intake yang tidak adekuat dan meningkatkan suhu tubuh</p> <p>↓</p> <p>Bakteri</p>	<p>Resiko kekurangan cairan (D.0023)</p>

	<p>c. Tekanan nadi menyempit</p> <p>d. Turgor kulit menurun</p> <p>e. Membrane mukosa kering</p> <p>f. Volume urine menurun</p> <p>g. Hemotokrit meningkat</p>	<p>mengadakan</p> <p>multipikasi di usus</p> <p>↓</p> <p>Gejala mual muntah</p> <p>nafsu makan</p> <p>↓</p> <p>Suplay tidak</p> <p>adekuat</p> <p>↓</p> <p>Resiko kekurangan</p> <p>cairan</p>	
6.	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif</p> <p>a. Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses</p> <p>b. Tidak mampu menunda defektasi</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Feses keluar sedikit-sedikit dan sering</p> <p>Gejala dan tanda minor</p>	<p>Inkontinensial fekal</p> <p>↓</p> <p>Masuk ke tubuh</p> <p>melalui mulut</p> <p>bersama makanan</p> <p>dan minuman</p> <p>↓</p> <p>Bakteri mengadakan</p> <p>multipikasi di usus</p> <p>↓</p>	<p>Gangguan</p> <p>pemenuhan</p> <p>kebutuhan</p> <p>eliminasi BAB</p> <p>kontsipasi</p>

	<p>Data subjektif</p> <p>a. (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Bau feses</p> <p>b. Kulit perinal kemerahan</p>	<p>Gangguan penurunan absorpsi pada usus besar</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi BAB kontsipasi</p>	
7.	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif</p> <p>a. Mengeluh lemah</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Data subjektif</p> <p>a. Dispneu saat/setelah aktivitas</p> <p>b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p>	<p>Bakteri mengadadakan multipikasi di usus</p> <p>↓</p> <p>Gejala mual muntah nafsu makan</p> <p>↓</p> <p>Suplay tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Lemah, lesu, aktivitas di bantu</p> <p>↓</p>	<p>Intoleransi aktivitas (D.0056)</p>

	<p>c. Merasa lemah</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Tekanan darah beruba h >20% kondisi istirahat</p> <p>b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas</p> <p>c. Gambaran EKG mnunjukkan iskemia</p> <p>d. Soanosis</p>	Intoleransi aktivitas	
--	---	-----------------------	--

Tabel 2. 1 Analisa Data

3. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Keperawatan diagnosis merupakan proses menganalisis informasi subjektif serta informasi objektif yang telah diperoleh pada sesi pengkajian buat bisa menegakan suatu masalah diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan sendiri mengaitkan beberapa kompleks tentang informasi yang telah di kumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medik, serta pula memberi layanan kesehatan lainnya. Ada satu hal yang bisa dilakukan dan itu adalah ;

- a. Menganalisis dan menginterpretasi data

- b. Pengenalan masalah pasien
- c. Merumuskan masalah diagnose keperawatan
- d. Pengarsipan diagnose keperawatan

Menurut (PPNI T. P., 2016) diagnose keperawatan yang sering muncul pada pasien typoid yaitu :

- a. Hipertermi b.d proses penyakit
- b. Nyeri akut b.d agen cedera biologis
- c. Defisit nutrisi b.d ketidak mampuan dengan mengabsobsi nutrisi
- d. Defisit pengetahuan b.d ketidak tahuan menemukan informasi
- e. Resiko kekurangan cairan b.d intake yang tidak adekuat dan peningkatan suhu tubuh
- f. Gangguan pemenuhan kebutuhan eliminai BAB kontipasi b.d inkontinensial fekal
- g. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan

4. Intervensi Keperawatan

Menurut (PPNI T. P., 2018).

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Hipertemi b.d proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...maka di harapkan suhu dalam batas normal dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh dalam batas	Manajemen hipertermi : Observasi : 1. Mengidentif ikasi

		<p>normal (36,5,37,5)</p> <p>b. Nadi dan pernafasan dalam rentang normal</p> <p>c. Tidak ada perubahan warna kulit</p>	<p>penyebab hipertermi</p> <p>2. Memonitor suhu tubuh</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Melonggarkan atau melepaskan pakaian</p> <p>4. Memberikan cairan oral</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Memberikan cairan intravena jika perlu</p>
2.	Nyeri akut b.d agen cedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan	<p>Observasi :</p> <p>Manajemen nyeri :</p> <p>1. Untuk mengidentifikasi lokasi karakteristik, lokasi durasi,</p>

			<p>frekuensi</p> <p>kualitas,</p> <p>insensitas nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi nyeri non verbal</p> <p>Terapeutik ;</p> <p>4. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</p>
--	--	--	---

			Jelaskan strategi meredakan nyeri
3.	Deficit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan 2. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 3. Tidak jadi penurunan berat badan 	Manajemen nutrisi : Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 6. Sajikan makanan secara menarik dan

			<p>suhu yang sesuai</p> <p>7. Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Berikan makanan suplemen jika perlu</p>
4.	<p>Kurang pengetahuan b.d ketidak tauhan menemukan informasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menjelaskan kembali apa yang dijelaskan 2. Klien dapat menjawab apa yang dijelaskan 	<p>Edukasi kesehatan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan mampu menerima informasi 2. Identifikssi factor yang dapat meningkat dan menurunkan motivasi prilaku

			<p>hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan</p> <p>4. Jadwalkan Pendidikan sesuai kesepakatan</p> <p>5. Berikan kesepakatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Ajarkan hidup bersih dan sehat</p>
5.	Resiko kekurangan volume cairan b.d intake yang tidak adekuat dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. jam diharapkan kebutuhan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas	<p>Manajemen cairan :</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor status dehidrasi</p> <p>2. Monitor berat dehidrasi cairan</p>

	meningkatkan suhu tubuh	<p>normal</p> <p>2. Tidak ada tanda tanda dehidrasi</p> <p>3. Elastisitas turgor kulit membaik</p> <p>4. Membrane mukosa lembab</p> <p>5. Tidak rasa haus yang berlebihan</p>	<p>3. Monitor hasil pemeriksaan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Catat intake cairan aoutput dan hitung balance cairan 24jam</p> <p>5. Berikan asupan makanan sesuai kebutuhan</p> <p>6. Berikan Ciaran jika perlu</p>
6.	Gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi BAB kontsipasi b.d ketidak adekuatan toileting s	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. jam diharapkan defekasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Konsistensi feses membaik</p> <p>2. Frekuensi defekasi membaik</p> <p>3. Peristaltic usus membaik</p>	<p>Terapeutik :</p> <p>1. Ajurkan waktu konsistensi untuk buang air besar</p> <p>2. Berikan privasi nyaman dan posisi yang meningkat proses defekasi</p>

			<p>3. Gunakan enema rendah jika perlu</p> <p>4. Ajurkan dilaktasi rektal digital, jika perlu</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Ajurkan mengomsumsi makanan tertentu</p> <p>6. Ajurkan asupan cairan yang adekuat sesuai kebutuhan</p> <p>7. Ajurkan olahraga sesuai toleransi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Kolaborasi penggunaan supositoria, jika</p>
--	--	--	--

			perlu
7.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Satu rasi oksigen meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat 3. Kecepatan berjalan meningkat 	Manajemen nyeri : Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan 2. Monitor pola jam tidur 3. Monitor kelemahan fisik dan emosional Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan tirah baring 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 6. Sediakan lingkungan yang

			<p>nyaman</p> <p>7. Lakukan rentang gerak pasif dan aktif</p> <p>8. Berikan aktivitas distraksi yang meningkat</p> <p>9. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
--	--	--	---

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan dari perencanaan tindakan untuk mencapai sebuah tujuan yang sangat spesifik. Tahapan pelaksanaan ini dimulai setelah tersusunnya rencana tindakan dan ditunjukkan pada perawat untuk mencapai sebuah tujuan yang diharapkan. Tujuan pelaksanaan ini membantu pasien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup tentang peningkatan kesehatan, pencegahan suatu penyakit, pemulihan untuk kesehatan dan untuk memfasilitasi dan menambah coping. Implementasi pada pasien dengan penyakit typhoid yaitu untuk membantu mencapai sebuah tujuan kebutuhan dasar antara lain yaitu : (Hardianti, 2024)

- a. Melakukan sebuah pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi sebuah masalah baru
- b. Melakukan penyuluhan untuk membantu pasien mendapat pengetahuan baru tentang kesehatan
- c. Membantu pasien untuk dapat mengambil keputusan tentang keperawatan dirinya sendiri
- d. Memberikan tindakan keperawatan yang spesifik untuk meredakan rasa sakit
- e. Membantu pasien dalam melakukan aktivitasnya

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Hardianti, 2024).

BAB III
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny.E
Umur	: 23 tahun
Alamat	: karangpawitan block Ai. No 05
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Agama	: Islam
Ruang Rawat	: Flamboyan
Tanggal Masuk Rs	: 24-04-2025
Tanggal pengkajian	: 25-04-2025
No Rekam Medis	: 13-86-17
Diagnose Medis	: Typoid

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.R
Jenis Kelamin : laki-laki
Alamat : Karangpawitan block Ai.No 05
Hubungan Dengan Klien : Suami

b. Riwayat Sekarang

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh demam

2) Riwayat kesehatan sekarang

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 25 Mei 2025, klien mengeluh demam sejak 4 hari yang lalu. Klien mengatakan demam sempat mereda setelah mengonsumsi obat penurun panas, namun akan kembali naik setelah beberapa jam. Sensasi panas dirasakan menyeluruh tubuh dan terkadang disertai menggigil suhu tubuh klien tercatat berkisar antara 38,5°C hingga 39,5°C dalam tiga hari terakhir klien merasa lemas dan sulit tidur akibat demam yang dirasakan, demam biasanya muncul pada sore hingga malam hari dengan pola demam bersifat intermiten

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Sebelum masuk Rumah Sakit, klien mengeluh demam selama 4 hari yang disertai sakit kepala. Klien sempat berobat ke klinik, namun tidak ada perubahan kondisi karena keluhan tidak

membalik klien kemudian datang Kerumah Sakit, klien juga mengatakan tidak memiliki riwayat kronis, seperti hipertensi, diabetes mellitus, asma, atau penyakit infeksi lainnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengan klien, selain itu dalam keluarganya tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, asma, jantung dan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit menular seperti tuberculosi, hepatitis B dan HIV/Aids

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Tingkat kesadaran: compos mentis
- b) GCS: 15 (E=V,5 M=6)
- c) Penampilan: Lemas
- d) Antropometri:

BB sehat = 60Kg

BB sakit = 55kg

TB = 160cm

2) Tanda-tanda vital

TD = 120/100 mmHg

N = 80 x/menit

S = 38,9 °C

R = 20 x/menit

SPO2 = 98%

6) Pemeriksaan persistem

a) Sistem pencernaan

Bibir pasien tampak simetris, mukosa bibir kering, warna bibir pasien kecoklatan dan lidah kotor, pasien tidak menggunakan gigi palsu, gigi tampak bersih, tidak ada lesi pada rongga mulut, pasien tampak mual, abdomen datar, bising usus 12x/menit, saat diperkusi suara abdomen timpani, tidak teraba massa atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan disekitar abdomen.

b) Sistem pernafasan

Lubang hidung pasien simetris antara lubang kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan alat bantu pernapasan, tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris, tidak ada nyeri tekan pada hidung dan dada, bunyi toraks sonor, bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi maupun *wheezing* pada semua lubang paru.

c) Sistem kardiovaskuler

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak ada

pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midlavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis maupun radialis teraba kuat, akral hangat, CRT <2 detik, bunyi jantung murni regular, tekanan darah 120/100MmHg

d) Sistem integumen

Kulit pasien berwarna putih, kulit terasa hangat, turgor kulit <2 detik, tekstur rambut halus, tidak ada lesi pada kulit kepala, warna kuku transparan, tidak ada kotoran pada kuku.

e) Sistem perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak terpasang kateter tidak teraba adanya masa lunak dan tidak ada nyeri tekanan disekitar kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan.

f) Sistem Neurologi

(1) Nervus I (*Olfactorius*)

Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih, dan kopi

(2) Nervus II (*Opticus*)

Fungsi penglihatan baik, dibuktikan dengan pasien dapat membaca dengan baik papan nama

perawat jarak 1 cm

(3) Nervus III (*Oculomotoris*)

Pupil isokor dibuktikan dengan saat diberikan diberi rangsangan, serta tidak terlihat adanya cekung pada kelopak mata.

(4) Nervus IV (*Trolearis*)

Pasien dapat menggerakkan matanya ke samping kiri dan kanan.

(5) Nervus V (*Abdusen*)

Pasien dapat menggerakkan matanya ke samping kiri dan kanan.

(6) Nervus VI (*Trigeminus*)

Sensori pada kulit wajah pasien baik, pasien dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, pasien bisa mengunyah dan menelan dengan baik.

(7) Nervus VII (*Facialis*)

Nervus dan otot wajah pasien baik, pasien dapat menggerakkan alis dan mengurutkan dahi, pasien bisa merasakan sensasi rasa asin, manis dan pahit pada 2/3 anterior lidah.

(8) Nervus VIII (*Vestibulococlear*)

Fungsi pendengaran baik, dibuktikan pasien dapat bisa mengulang apa yang perawat ucapkan

jarak 1 meter.

(9) Nervus IX (*Glosopharingeus*)

(10) Nervus X (*Vagus*)

Reflex muntah (gag reflek) pasien baik, pasien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

(11) Nervus XI (*Aksesorius*)

Pasien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengangguk, menoleh, ke kiri dan ke kanan serta menggerakkan bahunya.

(12) Nervus XII (*Hipoglosus*)

Pasien mampu menggerakkan lidahnya ke samping ke kiei dan ke kanan.

g) Sistem Penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris, konjungtiva merah muda, mata cekung, sclera putih, reflex pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, lensa mata sedikit keruh, tidak ada pembekakan dan nyeri tekan pada sekitar mata.

h) Sistem pendengaran

Bentuk telinga dan letak telinga kiri dan kanan simetris, telinga tampak sedikit kotor, tampak terdapat serumen dan rongga telinga, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran

tulang mastoid, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada peradangan pada telinga bagian tengah, tidak ada nyeri tekan dan pembesaran pada tulang mastoid.

i) Sistem musculoskeletal

Pada ekstremitas atas tangan tampak simetris, tidak terdapat lesi, tangan sebelah kiri terpasang infus assering 20 tetes/menit, jumlah jari lengkap, ekstremitas atas dapat digerakan secara normal dan mengikuti perintah, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi tidak terdapat atrofi/pengecilan otot pada ekstremitas atas, kekuatan otot ekstremitas kiri dan kanan 5, tidak terdapat nyeri tekan maupun edema pada kedua ekstremitas atas.

Pada ekstremitas bawah kaki tampak simetris, tidak terdapat lesi, jumlah jari lengkap, ekstremitas bawah dapat digerakan secara normal dan mengikuti perintah, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi tidak terdapat atrofi/pengecilan otot pada ekstremitas bawah, kekuatan otot ekstremitas kiri dan kanan 5, tidak terdapat nyeri tekan maupun edema pada kedua ekstremitas bawah

d. Data Psikologis

1) Status Emosi

Saat dikaji Ny.E stabil dan kooperatif ketika diajak bicara.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh/Body image

Saat dikaji klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya. Saat sehat, pasien dapat beraktivitas secara normal dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Namun ketika kondisi kesehatannya mulai menurun karena sakit dan aktivitas pasien terganggu dan hanya bisa beristirahat di rumah.

b) Identitas dan Peran Diri

Saat dikaji pasien mengatakan dirinya bernama Ny.E yang berumur 23 tahun, pasien memiliki seorang suami bernama Tn.R dan mempunyai satu anak, Ny.E berperan sebagai istri dari Tn.R.

c) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya sekarang agar bisa beraktivitas dan bekerja seperti sebelumnya, pasien mengatakan saat sakit bisa sembuh dan melewati fase hidupnya sekarang.

d) Harga Diri

Pasien mengatakan merasa malu dan minder dengan kondisinya sekarang, namun pasien berusaha untuk tabah dan menganggap

kondisinya sekarang sebagai ujian dalam hidupnya.

e) Mekanisme Koping

Pasien terbuka ketika memiliki masalah dan bisa menceritakan masalahnya kepada suaminya, suami dan anak pasien merupakan orang terdekat yang selalu memberikan dukungan emosional untuk kesembuhannya.

f) Tingkat kecemasan

Pada saat dikaji pasien kecemasan dengan kondisinya sekarang semenjak sakit pasien sering mengeluh dan khawatir karena tidak dapat berkumpul dengan suami dan anaknya.

e. Data sosial

1) Pola interaksi

Pasien berinteraksi dengan baik dan keluarganya, dokter, perawat dan pasien yang lain, selama pengkajian pasien kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik

2) Gaya komunikasi

Pasien berasal dari suku sunda dan komunikasi menggunakan bahasa sunda dan Indonesia, pasien dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarganya, dokter, perawat dan pasien lain.

f. Data Spiritual

1) Konsep ketuhanan

Pasien mengatakan dirinya beragama islam dan meyakini adanya tuhan dalam agamanya yaitu Allah SWT, pasien mengatakan

bahwa kondisinya sekarang merupakan ujian dari Allah karena masih lalai dalam melaksanakan kewajiban sebagai seorang muslim. Pasien yakin bahwa setiap ujian pasti akan berakhir.

2) *Sense of trasendence*

Pasien mengatakan melalui penyakitnya sekarang Ny.E semakin sadar bahwa Allah kuasa. Pasien mengatakan hanya kepada allah pasien berdoa untuk memohon kesembuhan atas penyakitnya sekarang. Pasien mengatakan hanya bisa berikhtiar dan berdoa untuk kesembuhannya dan selebihnya menyerahkan kepada sang maha kuasa.

e) Falsafah hidup

Pasien mengatakan selama sehat masih lalai dalam melaksanakan sholat 5 waktu, selama dirawat dirumah sakit aktivitas ibadah pasien terganggu, pasien selalu berdoa agar diberi kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya sekarang. Selama itu selama dirawat pasien selalu mendengarkan ayat suci al-qu'an.

g. Aktivitas/ADL

No	Aktivitas	Sebelum sakit	Susudah sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a. makan		
	jenis	Nasi,lauk pauk,sayur	Bubur nasi,bubur sumsum
	frekuensi	2-3x/hari	3x/hari

	<p>porsi</p> <p>keluhan</p> <p>b. minum</p> <p>jenis</p> <p>frekuensi</p> <p>porsi</p> <p>keluhan</p>	<p>1 porsi</p> <p>Tidak ada</p> <p>Air putih,soda</p> <p>6-8gelas/hari</p> <p>_+1800cc</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Porsi tidak habis</p> <p>Mual tidak nafsu makan</p> <p>Air mineral</p> <p>1-3gelas/hari</p> <p>_+600cc</p> <p>Tidak ada</p>
2.	<p>Pola eliminasi</p> <p>a. BAB</p> <p>frekuensi</p> <p>warna</p> <p>bau</p> <p>keluhan</p> <p>b. BAK</p> <p>frekuensi</p> <p>warna</p> <p>bau</p> <p>keluhan</p>	<p>1x/hari</p> <p>Khas feses</p> <p>Khas feses</p> <p>Tidak ada</p> <p>3-5x/hari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas urine</p> <p>Tidak ada</p>	<p>3-4x/hari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas urine</p> <p>Tidak ada</p>
3.	<p>Pola istirahat</p> <p>tidur</p> <p>a. siang</p>		

	waktu	2jam/hari	1jam/hari
	kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
	keluhan	Tidak ada keluhan	Ada nyeri pada sendi
	b. malam		
	waktu	8-9jam/hari	4-5jam/hari
	kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
	keluhan	Tidak ada keluhan	Terdapat nyeri sendi dan demam
4.	Personal hygiene		
	a. mandi	2x/hari	Di waslap
	b. gosok gigi	2x/hari	1x/hari
	c. keramas	5x/seminggu	Belum keramas
	d. gunting kuku	1xseminggu	Kuku sudah pendek

Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-hari

h. Pemeriksaan Penunjang

Nama pasien : Ny.E

Tanggal lahir : 26.07.2002

Tanggal pemeriksaan : 24.04.2025

No.Rekam medis : 13.86.17

NIK : 3205996607020004

pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
HEMOGLOBIN			
hemoglobin	13,2	Pria=14-18 Wanita=12-16	Gr/dl Gr/dl
Leukosit	5,900	4,000-10.000/m ³	Per mm ³
LED		< 10mm < 20mm	Mm/1jam
Trombosit	235.000	150.000-450.000	Per mm ³
Hematocrit	45,5	35-45	%
Eritrosit		4,5-6,0	Juta/mm ³
Bleeding time		1-3 menit	Menit
Clothing time		5-15 menit	
Hitung jenis leukosit		0-1/1-4/3-5/40-70/20-40/2-10	
Golongan darah			
Kimia darah			
Gula darah sewaktu	68	100-140	Mg/dl
Imunologi			
HBsAg		Non reaktif	

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium

i. Terapi obat

No	Nama obat	Cara frekuensi pemberian	Manfaat
1.	Asering	30 Tpm IV	Asering infus termasuk kedalam gelombang larutan yang digunakan untuk menyeimbangkan elektrolit. Untuk membantu mencukupi gizi dan nutrisi, serta mengatasi dehidrasi.
2.	omeprazole	1x40 mg IV	Menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung, dengan cara kerja tersebut, obat ini dapat mengurangi gejala iritasi dinding lambung, seperti nyeri ulu hati, mual dan kembung.
3.	paracetamol	3x500 IV	Mengatasi demam atau nyeri pada pasien yang tidak bisa minum obat atau menggunakan paracetamol rektal.

Tabel 3. 3 Terapi Obat

j. Analisa Data

No	Data	etiologi	Masalah
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan demam sejak 4 hari -klien mengatakan suhu naik turun <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Suhu tubuh 39,8°C - berkeringat -TD: 120/100mmhg N: 80x/menit R: 20x/menit S:38,9°C spo²: 98% 	<p>Bakteri salmonella</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Masuk ketubuh melalui mulut bersama makan dan minum</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri mengadakan pultipukasi di usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proses infeksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suhu tubuh meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>hipertermi</p>	hipertermi
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien mengeluh nyeri pada bagian seluruh tubuhnya/sendi -klien mengatakan nyeri seperti pegal linu <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien tampak meringis - pasien mengatakan sulit tidur -nafsu makan berubah -skala nyeri 3(0-10) <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> TD: 120/100mmhg N:80x/menit 	<p>Agen pencedera psikologis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Infeksi usus dangue</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hivopolemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan melalui traktus spinotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Thalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hepar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tekanan intra abdomen</p>	Nyeri akut

	R:20x/menit S:38,9°C Spo ² : 98%	↓ Nyeri yang dipersepsikan ↓ Nyeri akut	
3.	Ds : -klien mengelug mual -klien mengatakan tidak nafsu makan Do : -pasien tampak lemas -pasien tidak makan TTV : TD; 120/100mmhg N: 80x/menit R: 20x/menit S:38,9°C Spo ² :98% BB sebelum sakit:60kg BB sesudah sakit:55kg	Spenomegali ↓ Penurunan mobilitas usus ↓ Peningkatan asam lambung ↓ Anoreksia mual muntah ↓ Desifit nutrisi	Defisit nutrisi

Tabel 3. 4 Analisa Data (Kasus)

2. Diagnosa keperawatan

a. D.0130 hipetermi b.d proses penyakit

Ds:

- Klien mengatakan demam sejak 4 hari
- Klien mengatakan suhu naik turun

Do:

- Suhu tubuh 39°C
- TD;120/100mmhg

N: 80x/menit

R: 20x/menit

S:38,9°C

Spo²: 98%

b. D.0077 nyeri akut b.d agen cedera biologis

Ds :

- Klien mengeluh nyeri pada bagian seluruh tubuh/sendai
- Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti pegel linu

Do :

- Klien tampak meringis
- Nafsu makan berubah
- Skala nyeri 3 (0-10)
- TTV :

TD: 120/100mmhg

N: 80x/menit

R: 20x/menit

S: 38,9°C

Spo²: 98%

c. D.0019 defisit nutrisi b.d ketidak mampuan untuk mengabsorpsi nutrisi

Ds :

- Klien mengeluh mual
- Klien mengatakan tidak nafsu makan

Do :

- Pasien tampak lemas
- Pasien tidak makan
- TTV :

TD:120/100mmhg

N: 80x/menit

R: 20x/menit

S: 38,9°C

Spo²:98%

3. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	perencanaan	rasional
1.	Hipertermi (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8jam diharapkan hipertermi teratasi dengan	Manajemen hipertermi: D.0130 Observasi: 1. identifikasi penyebab hipertermi 2. memonitor suhu tubuh Terapeutik:	1. untuk mengetahui penyebab hipertermi 2. untuk mengetahui

		kriteria	3.sesuaikan	naik turunnya
		hasil:	lingkungan	suhu tubuh
		-suhu tubuh	yang dingin	3.agar klien
		normal	4.longgarkan	merasa
		-mukosa	atau lepas	nyaman
		bibir lembab	pakaian	4.untuk
		-akral tidak	5.basahi dan	mengurangi
		panas	kipas bagian	demam
			tubuh	5.untuk
			6.berikan	mengurangi
			cairan oral	suhu tubuh
			7.lakukan	6.untuk
			kompres	memenuhi
			dingin	kebutuhan
			dengan	cairan
			kepala,leher	7.untuk
			dan aksila	mengurangi
			Edukasi :	suhu tubuh
			8.anjurkan	8.agar klien
			tirah baring	lebih nyaman
			Kolaborasi :	9.untuk
			9.kolaborasi	memenuhi
			pemberian	kebutuhan

			cairan dan elektrolit intravena jika perlu	cairan klien
2.	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: -keluhan nyeri tidak ada -meringis tidak ada -skla nyeri menurun	Manajemen nyeri (D.0077) Observasi : 1.observasi karakteristik, durasi. Kualitas, intensitas nyeri 2.identifikasi skala nyeri 3.identifikasi non verbal 4.identifikasi factor yang memperberat dan memperingan	1. untuk mengetahui lokasi nyeri,keadaan nyeri waktu saat terasa nyeri 2. untuk mengetahui keadaan nyeri 3.mengetahui keadaan nyeri 4.untuk mempercepat penurunan

		-gelisah tidak ada	nyeri Terapeutik : 5.berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6.kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, kecemasan, kecahayaan, kebisingan) 7.fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 8.jelaskan	rasa nyeri 5.agar membantu mengurangi rasa nyeri 6.agar klien merasa nyaman 7.agar kualitas pasien baik 8.agar pasien mampu menangani rasa nyeri 9.untuk mengurangi rasa nyeri 10.untuk mengurangi rasa nyeri
--	--	-----------------------	---	---

			penyebab dan metode pemicu nyeri 9.jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi : 10.kolaborasi pemberian analgetik jika perlu	
3.	Defisit nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8jam kebutuhan nutrisi dapat teratasi dengan kriteria	Manajemen nutrisi (I.0314) Observasi : 1.identifikasi status nutrisi 2.memonitor asupan makanan 3.memonitor berat badan	1.untuk mengetahui tingkat nafsu makan 2.untuk mengetahui porsi makan

	hasil :	4.memonitor	pasien
	-nafsu	hasil	3.untuk
	makam	labolaturium	mengetahui
	memaik	Terapeutik :	berat badan
	-porsi	5.lakukan	klien
	makan yang	oral hygiene	4.untuk
	meningkat	sebelum	mengetahui
	-prekuensi	makan jika	hasil lab
	makan	perlu	5.untuk
	memaik	6.sajikan	mrlakukan
	-mual tidak	makanan	mulut
	ada	secara	diharapkan
		menarik	nafsu makan
		7.berikan	klien
		klien makan	meningkat
		yang tinggi	6.untuk
		kalori dan	mencegah
		protein	kontaminasi
		Edukasi :	7.pentingnya
		8.jelaskan	makan sedikit
		pentingnya	tapi sering
		makan	8.membantu
		sedikit tapi	pasien

			sering Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menemukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu	penyembuhan klien dan menambah nafsu makan
--	--	--	--	---

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan (Kasus)

4. Implementasi dan evaluasi

No	Tanggal/waktu	implementasi	evaluasi	ttd
1.	26-04-2025 Sabtu 09.00	1.mengobservasi penyebab hipetermi R:pasien mengatakan selama 4 hari demam disertai menggigil	S:pasien mengatakan sudah demam sejak 4 hari -pasien mengatakan demam naik turun -pasien mengatakan suka berkeringat O:pasien tampak lemas -kulit teraba hangat Hasil TTV : TD:120/90mmhg	N sri

		<p>2.memonitor suhu tubuh</p> <p>TTV :</p> <p>TD: 120/90mmhg</p> <p>N:85x/menit</p> <p>R:22x/menit</p> <p>S:37,9°</p> <p>Spo²:99%</p> <p>3.menyediakan lingkungan yang dingin</p> <p>R:pasien mengatakan merasa nyaman</p> <p>4.melonggarkan atau melepaskan pakaian</p> <p>R:pasien mengatakan merasa lebih nyaman panas sedikit berkurang</p> <p>5.basahi dan kipas</p>	<p>N:85x/menit</p> <p>R:22x/menit</p> <p>S:38,9°C</p> <p>Spo²</p>	
--	--	--	--	--

		<p>bagian tubuh</p> <p>R:pasien</p> <p>mengatakan</p> <p>merasa lebih</p> <p>nyaman</p> <p>6.kompres hangat</p> <p>pada bagian</p> <p>dahi,aksila dan</p> <p>leher</p> <p>R:pasien</p> <p>mengatakan</p> <p>merasa lebih</p> <p>nyaman</p> <p>7.menjelaskan</p> <p>tirah baring</p> <p>R:pasien</p> <p>mengatakan selalu</p> <p>berbaring dan</p> <p>tertudur</p> <p>8.kolaborasi</p> <p>pemberian cairan</p> <p>elektrolit intravena</p> <p>yaitu infus</p>		
--	--	--	--	--

		<p>asering,pct</p> <p>R:pasien</p> <p>mengatakan lebih merasa membaik tubuhnya sudah tidak merasa panas</p>		
2.	26.04.2025	<p>1.Mengkolaborasi lokasi nyeri, karakteristik, edukasi,kualitas, intensitas nyeri</p> <p>R:pasien</p> <p>mengatakan nyeri sendi pada bagian seluruh tubuhnya</p> <p>2.mengobservasi skla nyeri</p> <p>R:di dapatkan hasil skla 3(0-10)</p> <p>3.mengobservasi respon non verbal</p> <p>R:pasien tampak meringis</p>	<p>S:klien</p> <p>mengeluh nyeri pada daerah sendi</p> <p>-klien</p> <p>mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>-klien</p> <p>mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan pegal linu</p> <p>O:klien tampak meringis</p> <p>-klien tampak gelisah</p> <p>-bersikap protektif (mis,waspada, posisi menghindari nyeri)</p>	

		<p>4.mengobservasi factor yang memperberat dan memperingan respon nyeri</p> <p>R:pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan hilang saat istirahat</p> <p>5.memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kompres dingin nyeri berkurang</p> <p>R:pasien mengatakan sudah dilakukan kompres hangat dan rasa nyeri berkurang</p> <p>6.mengontrol</p>	<p>-skla nyeri 3 (0-10)</p> <p>A:masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p> <p>-observasi skla nyeri</p> <p>-observasi respon non verbal</p> <p>-memberikan teknik terapi non farmakologis (kompres hangat)</p> <p>-menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>-mengkolaborasi pemberian obat analgetik</p>	
--	--	--	---	--

		<p>lingkungan yang memperberat lingkungan R:pasien sudah merasa nyaman 7.memfasilitasi istirahat dan tidur R:pasien merasa nyaman 8.memjelaskan penyebab pemicu nyeri R:pasien mengerti 9.menjelaskan strategi meredakan nyeri R:pasien mengerti 10.mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu R:pasien mengatakan setelah waktu</p>		
--	--	---	--	--

		pemberian obat beberapa jam nyeri berkurang		
3.	26.04.2025	1.mengobservasi status nutrisi R:pasien mengatakan nafsu makan menurun adanya mual tapi tidak muntah 2.memonitor asupan makan R:pasien mengatakan tidak mau makan 3.memonitor BB R:55kg 4.memonitor hasil labolatorium R: 5.mengasihkan oral hygiene sebelum makan jik	S:klien mengatakan mengeluh mual -klien mengatakan tidak nafsu makan -klien mengatakan mual pada saat beristirahat O:klien tampak lemas -klien tampak pucat -tampak ada sis makanan bubur nasi A:masalah resiko defisit nutrisi	

		<p>aperlu</p> <p>R: pasien mengatakan selalu oral hygiene bila sebelum makan</p> <p>6.mengasih makan semenarik mungkin dan suhu yang sesuai</p> <p>R: pasien mengatakan masih tidak mau makan</p> <p>7.memberikan makan yang tinggi serat dan protein</p> <p>R:pasien mengatakan makan sering tapi sedikit</p> <p>8.menjelaskan makanan sedikit tapi sering</p> <p>R:pasien</p>	<p>belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p> <p>-monitor asupan makan</p> <p>-observasi status nutrisi</p> <p>-kolaborasi dengan ahli gizi</p> <p>-kolaborasi terapi farmakologis</p>	
--	--	---	--	--

		<p>mengatakan</p> <p>makan sedikit saat</p> <p>mau minum obat</p> <p>9.mengkolaborasi</p> <p>dengan kebutuhan</p> <p>R:klien</p> <p>mengatakan</p> <p>makan makanan</p> <p>terasa hambar</p>		
--	--	--	--	--

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

5. Catatan perkembangan

No	Hari dan tanggal	Catatan perkembangan	TTD
1.	<p>Jumaat</p> <p>27-04-2025</p>	<p>S: pasien mengatakan</p> <p>demam sudah 4 hari</p> <p>-pasien mengatakan</p> <p>demam naik turun</p> <p>O: pasien tampak</p> <p>lemas</p> <p>-kulit teraba hangat</p> <p>TTV:</p> <p>TD:130/90mmhg</p>	N sri

		<p>N:85x/menit</p> <p>R:22x/menit</p> <p>S:37,8°C</p> <p>Spo²:98%</p> <p>A:masalah teratasi sebagian</p> <p>P:lanjutkan intervensi</p> <p>I:masalah hipertermi</p> <p>E:suhu pasien masih tinggi</p> <p>R:rencana keperawatan dilanjutkan</p>	
2.	<p>Jumaat</p> <p>27-04-2025</p>	<p>S: pasien mengeluh nyeri sendi pada bagian tubuh</p> <p>-pasien mengeluh nyeri dirasakan pegal linu d area sendi</p> <p>O:pasien tampak meringis</p> <p>-pasien mengatakan sulit tidur</p>	N sri

		<p>-nafsu makan berubah</p> <p>-skala nyeri 2 (0-10)</p> <p>A:masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p> <p>-observasi skala nyeri</p> <p>-observasi respon non verbal</p> <p>-kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>I:manajemen nyeri akut</p> <p>E:skala nyeri 2(0-10)</p> <p>R:rencana keperawatan dilanjutkan</p>	
3.	<p>Jumaat</p> <p>27-04-2024</p>	<p>S:pasien mengeluh mual</p> <p>-pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>-pasien merupakan mual, pada saat akan</p>	N sri

		<p>makan tidak terasa</p> <p>mual hilang timbul</p> <p>O: pasien tampak cemas</p> <p>-pasien tidak mau makan</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>-memonitor asupan makan</p> <p>-observasi status nutrisi</p> <p>-kolaborasi dengan ahli gizi</p> <p>I: manajemen nutrisi</p> <p>E: pasien tampak cemas</p> <p>R: rencana keperawatan dilanjutkan</p>	
1.	28-04-2025	S:klien mengatakan	N sri

		<p>tadi malam sudah tidak merasa demam dan mengigil lagi</p> <p>-klien sudah bisa tidur nyenyak</p> <p>O: klien tampak lebih baik</p> <p>TTV</p> <p>TD:120/80mmhg</p> <p>N:97x/menit</p> <p>R:20x/menit</p> <p>S:36,5°C</p> <p>Spo²:98%</p> <p>A:masalah teratasi</p> <p>P:hentikan intervensi</p> <p>I:manajemen hipetermi</p> <p>E:suhu klien sudah normal</p> <p>R:rencana keperawatan dihentikan pasien pulang</p>	
--	--	---	--

2.	28-04-2025	<p>S:klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri pada sendi lagi</p> <p>O:pasien sudah tampak lebih baik</p> <p>-pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak</p> <p>-skla nyeri 0 (0-10)</p> <p>A:masalah teratasi</p> <p>P:hentikan intervensi</p> <p>I:manajemen nyeri</p> <p>E:skala nyeri 0 (0-10)</p> <p>R:rencana keperawatan dihentikan pasien pulang</p>	N sri
3.	28-04-2025	<p>S:klien sudah tidak merasakan mual</p> <p>O:pasien sudah tidak cemas</p> <p>-nafsu makan membaik</p>	N sri

		A:masalah teratasi	
		P: intervensi	
		dihentikan pasien	
		pulang	
		I:manajemen nutrisi	
		E:klien sudah tidak	
		ada cemas	
		R:rencana	
		keperawatan	
		dihentikan pasien	
		pulang	

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

B. Pembahasan

Pembahasan menguraikan pengalaman penulis menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny.E dengan gangguan system pencernaan : *typhoid* di ruang flamboyan Rumah Sakit TK. IV 03.07.04 Guntur Garut, dengan membandingkan antara teori da praktik dilapangan kesenjangan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnose keprawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (tanda-tanda vital, wawancara, pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan

peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh keluarga/pasien atau ditemukan dalam rekam medis

Pengumpulan dan pengkajian data penulis dilakukan pada tanggal 24 april 2025, pada kasus ini pasien bernama Ny.E berjenis kelamin perempuan, tempat tinggal lahir Garut, alamat di karangpawitan kan Garut, beragama Islam, pendidikan sebagai ibu rumah tangga, sudah menikah. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, Tekanan darah 120/100mmhg, Nadi 80x/menit, Respirasi 20x/menit, Suhu 38,9°C, Spo2 98%, tinggibadan 160cm dan berat badan 60kg sebelum sakit dan pada saat sakit mengalami penurunan berat badan menjadi 55kg. Didapatkan data pasien mengatakan 4 hari sebelum masuk rumah sakit pasien sudah mengalami demam tinggi di sertai mual dan nyeri pada sendi. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 april 2025 pukul 10.00 pasien mengeluh demam, demam yang dirasakan selalu meningkat pada saat malam hari dengan suhu 38,9°C, dan pasien mengatakan terasa nyeri pada sendi nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri timbul ketika banyak gerak, nyeri muncul secara terus menerus dengan skla 3 (0-10), serta pasien juga mengeluh mual, tidak nafsu makan sehingga porsi makan tidak habis.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan tanda dan gejala yang di alami oleh klien berdasarkan teori, kemungkinan diagnose typoid

sebagai berikut (PPNI T. P., 2016).

- a. Hipetermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh di atas rentang normal, badan panas. Hal ini sesuai yang dialami Ny.E dimana pasien mengalami suhu 38°C badan panas.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan nyeri sendi, pegal linu, hsl ini tersebut sesuai yang dialami pasien sekarang
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis ditandai dengan tidak nafsu makan, berat badan menurun, membrane mukosa kering, pasien tampak lemas, BB 55kg. hal ini tersebut sesuai yang dialami Ny.E

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rencana yang akan perawat lakukan pada pasien sesuai diagnose 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 disusun untuk diagnosa ini yaitu hipertermi hubungan dengan proses penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis berhubungan dengan gejala penyakit, intervensi ini disusun diberikan kepada Ny.E bertujuan melihat respon hasil dari asuhan keperawatan

sesuai diagnosa keperawatan yaitu.

- a. Hipertermi, intervensi yang disusun untuk diagnose ini yaitu :
Identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, longgarkan atau lepaskan pakaian, lakukan pendingin eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada aksila), anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu (PPNI T. P., 2018)
- b. Nyeri akut, intervensi yang harus disusun untuk diagnose ini yaitu :
mengobservasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan penyebab dan metode pemicu nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu. (PPNI T. P., 2018)
- c. Defisit nutrisi, intervensi yang disusun untuk diagnose yaitu :
Identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor berat badan, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, anjurkan posisi duduk, kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan. (PPNI T. P., 2018)

3. Implementasi

Proses keperawatan implementasi keperawatan merupakan komponen dari kategori perilaku keperawatan dimana tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan di selesaikan.

- a. Pada pasien hipertermi berhubungan dengan proses penyakit penulis berusaha melakukan tindakan yang telah ditetapkan pada perencanaan yang telah dibuat sebelumnya, pelaksanaan yang pertama pada Ny.E dengan mengidentifikasi penyebab hipertermi, memonitor suhu tubuh, menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau melepaskan pakaian, menganjurkan tirah baring dan mengkolaborasi pemberian cairan dan antipiretik.
- b. Pada pasien nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis melakukan tindakan keperawatan yaitu, mengobservasi lokasi nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan penyebab penyebab dan metode pemicu nyeri mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor berat badan, memberikan makanan tinggi kalori, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori.

Impelementasi pada Ny.E dapat dilakukan penulis sesuai rencana tindakan keperawatan. Pada saat melakukan tindakan keperawatan,

penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif, tidak ada rencana kegiatan yang dilakukan penulis diluar rencana tindakan yang sudah disusun. Penulis melakukan implementasi dengan rencana yang telah direncanakan sebelumnya untuk memenuhi kriteria hasil. Setelah melakukan tindakan-tindakan selama 3 hari, penulis melakukan implementasi dan keadaan pasien setiap hari membaik.

4. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis secara langsung mengobservasi secara bertahap untuk memberikan yang terbaik buat kesembuhan pada Ny.E setelah dilakukan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny.E untuk mengatasi masalah hipertermi, nyeri akut, defisit nutrisi, masalah ini belum teratasi karena pasien belum menunjukkan perubahan kondisi yang signitif.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan proses Asuhan Keperawatan pada Ny.E dengan gangguan sistem pencernaan: Demam Typoid yang dilaksanakan pada tanggal 24 april – 28 april maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada saat pengkajian pasien dengan demam Typoid ditemukan data-data dari Ny.E dengan gangguan sistem pencernaan: Demam Typoid menurut penuturan pasien pasien mengatakan badan pasien demam, nyeri pada sendi dan mengeluh mual.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan, masalah-masalah yang perlu dilakukan asuhan keperawatan diantaranya hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorpsi makanan.
3. Penulis mampu membuat perencanaan tindakan keperawatan yang meliputi prioritas masalah, tujuan dan kriteria keberhasilan, serta rencana tindakan yang akan dilakukan pada setiap masalah keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan, berdasarkan diagnostic keperawatan yang timbul meskipun dalam pelaksanaannya penulis

tidak dapat melaksanakan asuhan keperawatan selama 24 jam penuh.

5. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.E dengan gangguan sistem pencernaan: Demam Typoid

B. Rekomendasi

1. Untuk perawat ruangan

Perawat harus memandang klien secara utuh dan menyeluruh tanpa membedakan.

2. Untuk Pasien

Diharapkan untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat agar penyakit yang derita tidak kambuh kembali dan nuga pasien bisa mengikuti prosedur yang telah ditetapkan rumah sakit maupun perawat yang ada.

3. Untuk orang tua klien

Diharapkan dapat mempertahankan perawat pada Ny.E serta meningkatkan pengetahuan tentang penyakit demam Typoid.

4. Untuk institusi pendidikan

Kurangnya literatur perpustakaan dapat menghambat proses belajarnya mahasiswa, maka perpustakaan harus menyediakan literature yang berhubungan dengan sistem pencernaan dalam berbagai variasi dan literature yang banyak akan mempermudah proses pembelajaran bagi mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

- Bellji, D. (2020). HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PRILAKU PENCEGAHAN DEMAM TYPOID PADA MAHASISWA KEPERAWATAN. *fakultas keperawatan universitas klabat*.
- Budi, D. (2024). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN MENINGKATNYA PENYAKIT TYPOID FEVER DIRUMAH SAKIT PRIMA BHAKTI WARAH TAHUN 2024. *jurnal penelitian keperawatan*, 328-341.
- Dr.apr.Dwisari Dillasamola, M. (2024). *buku ajar patofisiologi*. indramayu.
- hadi, m. i. (2019). *IMUNODIAGNOSTIK PADA BAKTERI DAN JAMUR*. taman sidoharjo: zifatama jawara.
- Hardianti, T. S. (2024). *Asuhan Keperawatan Demam Typoid*. STIKes Karsa Husada Garut.
- idrus, h. h. (2020). *BUKU DEMAM TYPOID HASTA*. Hasta.
- Imara, F. (2020). Salmonella Typi Bakteri Penyebab Demam Typoid. *Alauddin*.
- Inawati. (2021). Demam Typoid. Retrieved from <https://journal.uwks.ac.id>
- Infokes Rumah Sakit Guntur. (2025). *Rekapitulasi Jumlah kunjungan pasien tahun 2024 dan 2025*.
- jerry. (2021). DEMAM TYPOID. *Tobing* .
- lestari. (2016). *asuhan keperawatan anak*. yogyakarta: nuha medika.
- levani, y. (2020). DEMAM TYPOID MANIFESTASI KLINIS PILIHAN TERAPI DAN PANDANGAN DALAM ISLAM. *Aldo dwi parastya*.
- PPNI, T. P. (2016). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).
- PPNI, T. P. (2018). *Atandart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Perasatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).
- sari, k. (2024). *buku ajar keperawatan mrdikal bedah*. jambi: nursafitri.
- WHO. (2023). Typoid Fact Sheet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/typhoid>

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) DEMAM TYPROID

Pokok Bahasan	: Demam Typoid
Hari/Tanggal	: Jum'at, 25 April 2025
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut
Sasaran	: Keluarga Ny.E
Pemateri	: N.Sri Yulianti

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, diharapkan keluarga Ny.E mampu memahami mengetahui demam Typoid.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan keluarga Ny.E mampu:

- a. Mengetahui pengertian demam Typoid
- b. Mengetahui tanda dan gejala demam Typoid
- c. Mengetahui penyebab demam typoid
- d. Mengetahui penularan demam Typoid
- e. Mengetahui pencegahan demam Typoid

B. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

C. Media

Leaflet (terlampir)

D. Kegiatan Penyuluhan

Tahap kegiatan/waktu	Kegiatan pemateri	Kegiatan pendengar	Media
Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none">1. salam pembuka2. memperkenalkan diri3. menjelaskan maksud dan tujuan4. menggali pengetahuan keluarga Ny.E mengenai materi yang akan disampaikan	<ol style="list-style-type: none">1. Menjawab salam2. Mendengarkan keterangan pemateri3. Mengenal pengetahuan yang ditanyakan pemateri	ceramah

Penyajian dan diskusi (20 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian demam 2. Tanda dan gejala demam Typoid 3. Penyebab demam Typoid 4. Penularan demam Tpoid 5. Pencegahan demam Typoid 	Mendengarkan dan memperhatikan materi yang disampaikan pemateri	Leaflet
Penutup (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi dan menanyakan kembali mengenai materi 2. Menyimpulkan materi 3. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Memperhatikan 3. Menjawab salam 	Tanya jawab

E. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi terstruktur

- a. Adanya koordinasi antara pemateri dan peserta selama acara penyuluhan berlangsung
- b. Persiapan acara penyuluhan dapat dilakukan dengan baik, misalnya dalam persiapan leaflet
- c. Sebelum penyuluhan sudah kontrak dengan keluarga

2. Evaluasi proses

- a. Peserta aktif mendengarkan memperhatikan pemateri
- b. Peserta aktif menanyakan materi
- c. Peserta aktif menjawab pertanyaan pemateri

3. Evaluasi hasil

Peserta mampu memahami dan menjelaskan kembali mengenai demam Typoid dengan benar.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian demam Typoid

Demam Typoid adalah penyakit infeksi akut yang menyerang sistem pencernaan yang disebabkan oleh bakteri salmonella typhi dengan tanda gejala demam satu minggu atau lebih, gangguan sistem pencernaan, terkadang disertai dengan penurunan kesadaran. Demam Typoid dapat mudah menular juga menyerang semua usia, penyakit ini berhubungan erat dengan personal hygiene dan lingkungan di sekitarnya seperti penggunaan air bersih, pengelolaan dan pembuangan sampah.

B. Tanda dan Gejala Demam Typoid

Gejala mulai timbul setelah 8-14 hari terinfeksi. Adapun gejala yang umumnya muncul adalah demam typoid, nyeri sendi, sakit kepala, sembelit, sakit perut dan penurunan nafsu makan, setelah 2-3 hari kemudian, suhu tubuh meningkat dan dapat mencapai 38-40°C. Panas mulai menurun setelah minggu ke-2, naik sedikit pada minggu ke-3, kemudian turun dan normal kembali pada minggu ke-4. Bila tidak cepat diobati, akan terjadi peradangan usus bahkan perforasi (perlubangan) jaringan yang terinfeksi.

C. Penyebab demam Typoid

Demam Typoid disebabkan oleh bakteri salmonella typhi, faktor pencetus lainnya adalah lingkungan, sistem imun yang rendah, feses, urine, makanan/minuman yang terkontaminasi, formalitas dan lain sebagainya.

D. Penularan Demam Typoid

Penyakit typoid merupakan penyakit yang dapat menular siapa saja.

Penularan penyakit ini biasanya disebut dengan metode 5 F:

1. Food

Makanan yang dikonsumsi dan didapati dari tempat yang kurang bersih bisa menjadi media penularan penyakit Typoid, terlebih lagi makanan yang berkontaminasi kuman salmonella typhi akibat dari pengolahan makanan yang tidak benar seperti tidak dicuci, dan lain-lain.

2. Fingers

Jari-jari pada tangan bisa juga menjadi media penularan penyakit Typoid, penularan lewat jari tangan dan tangan sangat beresiko utamanya, jika tidak mencuci tangan setelah Typoid.

3. Fomitus

Seorang yang sudah terinfeksi kuman Typoid, muntahnya bisa menjadi media lain untuk menularkan penyakit Typoid.

4. Feses

Feses penderita Typus dapat juga menularkan penyakit ini akibat di dalam feses terdapat kuman salmonella typhi.

5. Fly (lalat)

Lalat suka sekali hinggap di tempat kotor dan benda kotor, yang mana hal seperti ini menjadi seorang bagi bakteri penyebab penyakit Typoid. Lalat yang hinggap di tempat kotor dapat

membawa bakteri penyebab penyakit Typoid di kakinya yang selanjutnya hinggap pada makanan yang akhirnya menimbulkan kontaminasi penyakit demam Typoid.

E. Pencegahan Demam Typoid

Demam Typoid jika tidak diobati bisa terjadi komplikasi berupa pendarahan usus, kebocoran usu, (perforasi usus) dan penurunan kesadaran. Upaya pencegahan agar tidak terkena demam Typoid yaitu menerapkan perilaku bersih dan sehat (PHBS), antara lain:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum mengolah atau menyajikan makanan, sebelum makan dan setelah dari toilet.
2. Air bersih harus dimasak juga mendidih sebelum dimasak.
3. Buah dan sayur harus dicuci sampai bersih sebelum dimasak atau dikonsumsi.
4. Memasak makanan sampai matang.
5. Simpan makanan matang dan mentah ditempat yang terpisah.
6. Tutup makanan agar tidak dihinggapi lalat.
7. Buang air besar ditoliet yang sehat.
8. Imunisasi demam Typoid sesuai rekomendasi dokter.

Yuk kenali Demam Typoid



DEFINISI

Demam typoid adalah infeksi akut yang menyerang sistem pencernaan yang disebabkan oleh bakteri salmonella typhi dengan tanda gejala demam 1 minggu atau lebih, gangguan saluran pencernaan terkandung di sertai dengan penurunan kesadaran



PENYEBAB

Demam typoid disebabkan oleh bakteri salmonella typhi. Faktor pencetus lainnya adalah lingkungan sistem imun yang rendah, feses, urin, makanan/minuman yang terkontaminasi formalitas dan lain sebagainya.

TANDA & GEJALA

Gejala mulai timbul setelah 8-14 hari adapun gejala yang umumnya muncul adalah demam nyeri sendi, sakit kepala, sakit perut, dan penurunan nafsu makan.

PENULARAN

penyakit typoid merupakan penyakit yang dapat menular siapa saja penularan penyakit ini biasanya di sebut dengan metode 5p:



N Sri Yulianti
KHGA 22077
3B D3 Kepe rawatan

METODE 5P

penyakit typoid merupakan penyakit yang dapat menular siapa saja penularan penyakit ini biasanya di sebut dengan metode 5p:

1. Food :

Makanan yang di konsumsi di dapati dari tempat yang kurang bersih bisa menjadi media penularan penyakit typoid.

2. Fingers :

Jari-jari pada tangan juga bisa menjadi penularan penyakit typoid

3. Fomitus

Seorang yang sudah terinfeksi demam typoid, muntah bisa menjadi media penularan demam typoid

4. Feses :

Feses penderita demam typoid juga bisa menjadi media penularan penyakit karna di dalam feses nya terdapat bakteri salmonella typhi

5. Fly (lalat) :

Lalat yang hinggap di tempat kotor juga menjadi media penularan penyakit demam typoid

PENCEGAHAN

Pencegahan

1. Cuci tangan dengan sabun air mengalir sebelum mengolah atau menyajikan makanan, sebelum makan dan sesudah dari toilet
2. air bersih harus di masak hingga mendidih, sebelum di masak.
3. buah dan sayur harus di cuci sampai bersih sebelum di masak atau di konsumsi.
4. memasak makanan sampai matang.



5. simpanlah makanan matang dan mentah di tempat yang terpisah
6. tutup makanan agar tidak di hinggapi lalat
7. buang air besar di toilet yang sehat
8. imunisasi demam typoid sesuai rekomendasi dokter

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : N Sri Yulianti
Nim : KHGA22077
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat, tanggal lahir : Garut 16 maret 2003
Agama : Islam
Alamat : Kp sukasindang rt01 rw09
Email : Nsri84894@gmail.com

B. Riwayat pendidikan

1. SDN JANGKURANG 05
2. SMP PGRI KADUNGORA
3. SMAN 2 GARUT
4. STIKES KARSA HUSADA GARUT