

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN : TYPHUS ABDOMINALIS
DI RUANG TULIP RUMAH SAKIT GUNTUR
KABUPATEN 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 :

RAISA ULFADILAH
KHGA.22066



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2025**

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : TYPHUS ABDOMINALIS DI RUANG TULIP RUMAH SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT

**Oleh : Raisa Ulfadilah
NIM. KHGA. 22066**

Typhus abdominalis atau tifoid merupakan penyakit infeksi yang diakibatkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang ditransmisikan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi. Komplikasi yang dapat muncul akibat tifoid yang tidak segera ditangani adalah dapat terjadi perdarahan dan perforasi usus yang terjadi setelah minggu pertama terkena penyakit. Perforasi dapat terjadi pada daerah distal ileum disertai dengan nyeri perut, muntah-muntah dan adanya gejala peritonitis yang dapat berlanjut menjadi sepsis. Beratnya komplikasi dan mudahnya penularan penyakit tersebut membutuhkan peran perawat untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami tifoid. Tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Tn. D yang mengalami typhus abdominalis yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan dalam usaha membantu klien dalam mengatasi masalahnya melalui pendekatan proses keperawatan dengan menggunakan studi kasus langsung. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. D meliputi; hipertermi, defisit nutrisi intoleransi aktifitas, dan gangguan pola tidur. Fokus tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi; memberikan kompres air hangat pada lipatan paha dan aksila, meningkatkan intake nutrisi, membantu aktifitas klien di tempat tidur, dan memodifikasi lingkungan untuk tidur. Hasil dari pengelolaan kasus pada Tn. D, seluruh masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi. Teratasinya masalah keperawatan tersebut dikarenakan perawat melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan pasien baik serta program pengobatan yang diberikan. Selain itu, perawat juga melibatkan keluarga dalam proses perawatan serta tingginya motivasi klien untuk sembuh sehingga tindakan keperawatan yang diberikan dapat berjalan lancar. Seluruh diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. D teratasi dan penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk melakukan tindakan dan monitoring lanjutan terhadap kondisi klien. Penulis menyarankan kepada perawat untuk meningkatkan hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga sehingga akan mempermudah perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien secara komprehensif.

Kata Kunci : Typhus Abdominalis, Hipertermi, Defisit Nutrisi, Intoleransi Aktfitas, Pola Tidur.

ABSTRACT

NURSING CARE ON TN. D WITH DIGESTIVE SYSTEM DISORDERS: TYPHUS ABDOMINALIS IN THE TULIP ROOM GARUT DISTRICT THUNDER HOSPITAL

**By: Raisa Ulfadilah
NIM. KHGA. 22066**

*Typhus abdominalis or typhoid is an infectious disease caused by the bacterium *salmonella thypii* which is transmitted through contaminated food and drink. Complications that can arise from typhoid that is not treated promptly are bleeding and intestinal perforation that occur after the first week of illness. Perforation can occur in the distal ileum accompanied by abdominal pain, vomiting and symptoms of peritonitis which can progress to sepsis. The severity of complications and the ease of transmission of the disease requires the role of nurses to carry out nursing care for clients experiencing typhoid. The purpose of preparing this scientific paper is to gain real experience in carrying out comprehensive nursing care for Mr. D who has abdominal typhoid. D who experienced typus abdominalis based on nursing science and tips in an effort to help clients overcome their problems through a nursing process approach using direct case studies. Nursing diagnoses that appear in Mr. D include; hyperthermia, activity intolerance nutritional deficits, and sleep pattern disorders. The focus of nursing actions taken includes; providing warm water compresses on the thigh and axillary folds, increasing nutritional intake, assisting client activities in bed, and modifying the environment for sleep. The results of case management on Mr. D, all nursing problems that arise can be resolved. The nursing problems were resolved because the nurse took action according to the patient's needs and the treatment programme provided. In addition, nurses also involve families in the care process and the client's high motivation to recover so that the nursing actions provided can run smoothly. All nursing diagnoses that arose in Mr. Mr D was resolved and the author collaborated with the room nurse to take further action and monitoring of the client's condition. The author advises nurses to improve therapeutic relationships with patients and families so that it will make it easier for nurses to carry out nursing care to clients comprehensively.*

Keywords: Abdominal Typhus, Hyperthermia, Nutrition Deficit, Activity Intolerance, Sleep Pattern.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Typhus Abdominalis di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut sesuai dengan waktu yang ditentukan. Sholawat serta salam senantiasa akan tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarganya, sahabatnya, dan pengikutnya hingga akhir zaman.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini disusun sebagai syarat dalam menyelesaikan proses pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut dan penulis mendapatkan arahan, bimbingan, bantuan serta saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Drs. Suryadi, M.Si, selaku ketua umum pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep., selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners, M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan arahan,

bimbingan, motivasi, dan saran dengan penuh kesabaran dan keikhlasan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibu Sulastini, M.Kep selaku Penguji II selaku Penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya selama penulis menempuh pendidikan di Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada.
9. Bapak Tedi Nurdiansyah selaku pembimbing di Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan pada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Kepada klien Tn. D dan keluarga yang telah kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.
11. Kepada orang tua tercinta, Bapak Iyep Saepudin dan Ibu E. Kusmanah (Alm) yang telah membesarkan serta mengasuh penulis dengan penuh cinta dan kasih sayang, senantiasa memberikan bantuan moril dan materil serta untaian do'a yang tidak pernah putus, dukungan, perhatian, pengertian, serta pengorbanan yang tidak ternilai oleh harganya sampai penulis dapat

menyelesaikan pendidikan ini. Semoga setiap do'a, serta tetes keringat dan air mata ayah dan ibu dibalas dengan kebahagiaan dunia dan akhirat oleh Allah SWT.

12. Kepada orang tua asuh tercinta Bapak Dahlan (Alm) dan Ibu Engkoy penulis mengucapkan terimakasih telah membesarkan serta mengasuh penulis dengan penuh cinta dan kasih sayang, senantiasa memberikan bantuan moril dan materil serta untaian do'a yang tidak pernah putus, dukungan, perhatian, pengertian, serta pengorbanan yang tidak ternilai oleh harganya sampai penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini. Semoga setiap do'a, serta tetes keringat dan air mata ayah dan ibu dibalas dengan kebahagiaan dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
13. Kepada Kakak-kakak tercinta Heri Fahrudin, Heru Firdaus, Hera Damayanti, Ikbal Nurdiansyah, Taufik Hidayatulloh, Sapitri Eliantini A.Md.,Kep, Titin Supriatin, Imas Siti Masitoh, Irma yang selalu memberikan do'a, support, dan motivasi, didikan, perhatian, pengertian, serta pengorbanan yang telah berikan kepada penulis serta selalu ada dalam suka maupun duka selama penulis menempuh pendidikan.
14. Sahabat Terdekat, Aulia Putrisari, Karina Sukmawati, Uly Ma'rifah, Nisa Fauziyyah, Afifah Alawiyah, Pepi Pauziah, Fani Mandasari, Safhira Sayyida Rosse, Sella Sapitri, Annisa Nurrahmatillah, Siti Karlina, Sahla Nurdiani, yang sedang berjuang bersama untuk menempuh gelar A.Md.Kep, terimakasih telah menjadi teman bertukar pikiran serta selalu mendengarkan

cerita senang maupun duka, dan memberikan support dan motivasi kepada penulis.

15. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i angkatan 29 Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Khususnya kelas 3B yang tidakbisa penulis sebutkan satu persatu, terimakasih selama 3 tahun ini kalian menjadi teman seperjuangan, banyak cerita, canda tawa serta suka dan duka serta memberikan banyak motivasi dan kenangan yang akan selalu terukir dihati.

16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga amal baik dari berbagai pihak mendapat balasan yang berlipat dari Allah SWT. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi dunia pendidikan. Akhir kata penulis berharap semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT serta mendapatkan berkah-Nya Aamiin

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan.....	4
C. Metode penulisan.....	5
D. Sistematika Penulisan	6
 BAB II TINJAUAN TEORI.....	 8
A. Konsep Dasar Typhus Abdominalis	8
1. Definisi	8
2. Etiologi	9
3. Patofisiologi	9
4. Manifestasi Klinis.....	12
5. Pemeriksaan Penunjang.....	13
6. Komplikasi.....	17
7. Penatalaksanaan.....	18
8. Dampak Typhus Abdominalis terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia	22
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Typhus Abdominalis.....	24
1. Pengkajian	25
2. Diagnosa Keperawatan	32
3. Perencanaan	32
4. Pelaksanaan	37
5. Evaluasi	38
 BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	 39
A. Tinjauan Kasus	39
1. Pengkajian	39
2. Diagnosa Keperawatan.....	54
3. Perencanaan Tindakan Keperawatan	57
4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Formatif	61
5. Catatan Perkembangan (Evaluasi Sumatif).....	72
B. Pembahasan	73
1. Pengkajian	73
2. Diagnosa Keperawatan.....	77
3. Tahap Perencanaan.....	78
4. Implementasi	80
5. Evaluasi	83

BAB IV SIMPULAN DAN REKOMENDASI	85
A. Simpulan	85
B. Rekomendasi	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	30
Tabel 2.2 Rencana Tindakan Keperawatan.....	33
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari	50
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	51
Tabel 3.3 Terapi Obat	52
Tabel 3.4 Analisa Data	52
Tabel 3.5 Perencanaan Tindakan Keperawatan.....	57
Tabel 3.6 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	61
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan	72

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Dampak Typhus Abdominalis terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia	11
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Typhus abdominals atau demam tifoid merupakan penyakit infeksi yang diakibatkan oleh bakteri *Salmonella* tifoid, penyakit ini ditransmisikan melewati makanan dan minuman yang terkontaminasi (Padila, 2013). Penyakit ini ditandai dengan demam berkepanjangan, sakit kepala, mual, kehilangan nafsu makan, dan sembelit atau kadang-kadang diare. Gejala seringkali tidak spesifik dan secara klinis tidak dapat dibedakan dari penyakit demam lainnya (WHO, 2018).

Demam tifoid disebabkan oleh bakteri *Salmonella* Typhii, *Salmonella* Paratyphii A, B, C, kuman ini memasuki tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang tercemar. Sebagian kuman mati oleh asam lambung dan sebagian lagi terus hidup dan masuk ke dalam usus halus dan mencapai jaringan limfoid plaque peyer di ileum terminalis dan mengalami hipertrofi. Pada area ini dapat terjadi komplikasi berupa perdarahan dan perforasi ileum (Farhan, Zahara, dan Ratnasari, Devi, 2018).

Berdasarkan dari *World Health Organization* (WHO), prevalensi penyakit tifoid meningkat sejak 2019, dimana jumlah kasus penyakit tifoid sebanyak 9,2 juta orang, tahun 2020 sebanyak 8,5 juta orang tahun 2021 sebanyak 10,2 juta orang dan pada tahun 2022 sebanyak 10,7 juta orang, meningkatnya kasus tersebut didominasi terjadi di Negara berkembang

terutama di Negara beriklim tropis seperti Bangladesh, Cina, India, Indonesia, Laos, Nepal, Pakistan (WHO dalam Budi, 2024).

Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan R.I tahun 2018, angka kesakitan tifoid di Indonesia dilaporkan sebesar 81,7 per 100.000 penduduk (0–1 tahun), 148,7/100.000 penduduk (2-4 tahun), 180,3/100.000 (5-15 tahun), dan 51,2/100.000 (≥ 16 tahun). Menurut data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2022 dalam Budi (2024), prevalensi penyakit tifoid mengalami peningkatan, dimana pada tahun 2020 sebanyak 317.000 kasus, pada tahun 2021 sebanyak 651.000 kasus, dan pada tahun 2022 sebanyak 736.000 kasus. Menurut data dari profil kesehatan Propinsi Jawa Barat tahun 2022, jumlah kasus tifoid di Jawa Barat sebanyak 126.65 kasus dan 321 diantaranya meninggal dunia dengan angka kematian (0,20%) (Dinkes Propinsi Jawa Barat, 2023). Berdasarkan data rekam medis dari Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut tahun 2024, kasus tifoid tercatat sebanyak 722 kasus, dan pada periode bulan Januari - Maret 2025 tercatat 239 kasus (Infokes Rumah Sakit Guntur, 2025).

Gejala klinis yang biasanya ditemukan pada penderita tifoid adalah demam yang berangsur- angsur meningkat pada sore dan malam hari, mual, muntah, anoreksia, mulut berbau yang tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah, lidah ditutupi selaput putih kotor, nyeri kepala, nyeri otot dan persendian. Tanda dan gejala lain yang dapat ditemukan perut kembung, limfa membesar di sertai nyeri pada perabaan, konstipasi, diare, dan terkadang gangguan kesadaran (Lestari, Titiek, 2016).

Tifoid harus mendapat perhatian serius dari berbagai pihak, karena penyakit ini bersifat endemis dan mengancam kesehatan masyarakat. Penularan terjadi melalui air atau makanan yang tercemar kuman *salmonella* secara langsung maupun tidak langsung yang erat kaitannya dengan kebersihan lingkungan dan perorangan termasuk cara mencuci bahan makanan dengan air yang tercemar akan mempermudah penularan demam tifoid. Apabila penyakit demam tifoid tidak tertangani akan menimbulkan berbagai komplikasi (Purba, Elisabeth, dkk., 2016).

Komplikasi yang dapat muncul akibat tifoid yaitu terjadinya perdarahan dan perforasi usus distal ileum disertai dengan nyeri perut, muntah-muntah dan adanya gejala peritonitis yang berlanjut menjadi sepsis. Komplikasi lain yang lebih berat adalah terjadinya peradangan pada otot jantung (mikoarditis) sebagai akibat dari masuknya bakteri *Salmonella* ke dalam pembuluh darah dan jantung, kondisi ini dapat mengakibatkan terjadinya gangguan irama dan pompa jantung sehingga beresiko terjadinya kematian. Dampak lain dari tifoid adalah terjadinya pembesaran hati (hepatomegali) dan limpa (splenomegali) akibat dari adanya inflamasi pada sel hepar dan limpa. Kondisi bakterimia yang berlanjut akibat tifoid akan menimbulkan tanda dan gejala infeksi sistemik (demam, malaise, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskuler, dan gangguan mental koagulasi) (Lestari, Titik, 2016).

Adanya kompleksitas dampak yang dapat terjadi akibat tifoid membutuhkan peran penting dari perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif sebagai upaya untuk mengatasi masalah

yang muncul dengan membuat langkah atau cara pemecahan masalah (Nursalam, 2013). Peran perawat untuk menurunkan angka kejadian demam tifoid dapat dilakukan melalui berbagai cara antara lain; 1) peran promotif dengan memberikan penyuluhan melalui pendidikan kesehatan tentang penyakit tifoid, 2) peran preventif dengan bekerja sama dengan keluarga dan masyarakat secara bersama-sama untuk menjaga kebersihan lingkungan terutama kebersihan diri, makanan dan minuman yang dikonsumsi sehari-hari, c) peran kuratif dengan melakukan tindakan mandiri keperawatan, berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam pemberian terapi obat agar hasilnya lebih efektif, d) peran rehabilitatif dengan memberitahu klien agar selalu menjaga kebersihan diri, lingkungan, makanan dan minuman agar proses penyembuhan dapat berjalan efektif.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Typhus Abdominalis di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Tn. D dengan gangguan sistem pencernaan : Typhus Abdominalis di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah:

- a. Melakukan pengkajian secara komprehensif Tn. D akibat typhus abdominalis.
- b. Mampu merumuskan dan menetapkan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. D akibat typhus abdominalis.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan yang tepat sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pada Tn. D akibat typhus abdominalis.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. D akibat typhus abdominalis berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. D akibat typhus abdominalis.

C. Metode Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan. Teknik pengumpulan data yang dilakukan antara lain :

1. Wawancara

Menanyakan atau tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien yang disebut juga dengan anamnesa yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien serta untuk menjalin hubungan dengan pasien.

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. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya adalah : inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi

4. Studi Dokumentasi

Memperoleh data yang didapatkan dari status klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan di ruangan.

5. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan secara langsung asuhan keperawatan pada Tn. D dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan sistematik penulisan sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan. Bab ini memuat tentang : latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II Kajian Teoritis. Bab ini memuat tentang: konsep dasar penyakit yang menguraikan definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Dalam bab ini juga diuraikan

tentang konsep dasar asuhan keperawatan pada klien yang mengalami typhus abdominalis dari mulai tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan. Bab ini memuat tentang pengelolaan asuhan keperawatan pada Tn. D mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan perawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan. Sedangkan pembahasan menguraikan tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis dengan fakta di lapangan saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. D.

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi. Bab ini memuat tentang: simpulan akhir penulis setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. D dan rekomendasi / saran yang penulis berikan kepada pihak-pihak yang terlibat selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. D.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Typhus Abdominalis

1. Definisi

Typus abdominalis adalah penyakit infeksi sistemik akut yang disebabkan infeksi salmonella typhi yang masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh feses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman salmonella (Smeltzer, C, Suzanne, dan Bare, B.G, 2014).

Demam typhoid adalah sebuah infeksi akut yang umumnya menyerang saluran pencernaan dibagian usus halus, dengan tanda tanda berupa demam yang berlangsung sekitar satu minggu atau lebih, serta disertai pada sistem pencernaan dan perubahan kesadaran. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri salmonella typhi (Muthar, 2020).

Demam thypoid (*thypoid fever*) atau typus abdominalis adalah infeksi sistemik yang disebabkan oleh bakteri salmonella enterica (khususnya turunannya salmonella typhi), salmonella paratyphi A, salmonella paratyphi B, salmonella typhi C (Agustiawan, 2022).

Berdasarkan ketiga definisi diatas disimpulkan bahwa tifoid adalah penyakit pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri salmonella typhi yang masuk melalui makanan dan minuman yang sudah berkontrakminasi oleh feses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman salmonella.

2. Etiologi

Penyebab utama typhus abdominalis adalah bakteri *Salmonella typhi*. Bakteri *Salmonella typhi* adalah berupa basil gram negatif, bergerak dengan rambut getar, tidak berspora, dan mempunyai tiga macam antigen yaitu antigen O (somatik yang terdiri atas zat kompleks lipopolisakarida), antigen H (flagella), dan antigen VI. Dalam serum penderita, terdapat zat (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut. Bakteri tumbuh pada suasana aerob dan anaerob pada suhu 15 - 41 derajat celsius (optimum 37 derajat celsius) dan pH pertumbuhan 6-8 (Lestari, Titik, 2016).

3. Patofisiologi

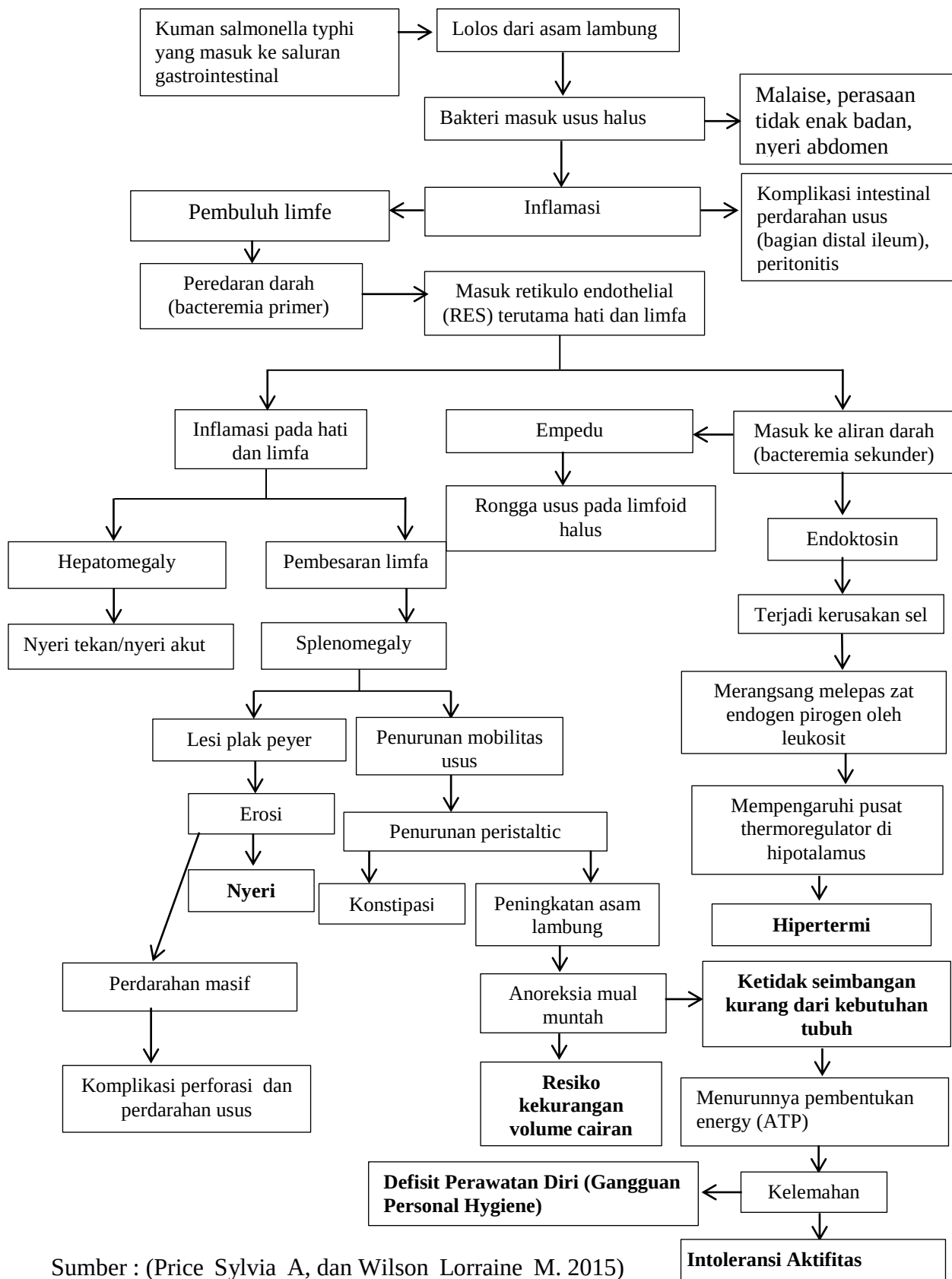
Menurut Lestari, Titik (2016), penularan *Salmonella Typhi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (jari tangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan melalui *Fecalit*. Masuknya kuman *Salmonella Typhi* dan *Salmonella Paratyphi* ke dalam tubuh manusia dikarenakan lolosnya sebagian bakteri dari pH lambung sehingga masuk ke dalam usus halus untuk selanjutnya berkembang biak dan menyebabkan terjadinya inflamasi. Kondisi tersebut didukung dengan menurunnya respons imunitas humoral mukosa (IgA) usus sehingga bakteri menembus sel-sel epitel (terutama sel-M) sampai ke lamina propria. Di lamina propria kuman berkembang biak dan difagosit oleh sel-sel fagosit terutama oleh makrofag yang dapat hidup dan berkembang biak di dalam makrofag untuk selanjutnya dibawa ke plak Peyr di ileum distal dan kemudian ke kelenjar getah bening mesenterika dan masuk ke dalam sirkulasi darah (mengakibatkan bakteremia pertama yang asimtomatik) dan menyebar ke seluruh sistem retikulo endotelial

(RES) tubuh terutama hati dan limpa (Price Sylvia A, dan Wilson Lorraine M. 2015).

Proses infeksi yang terjadi pada organ-organ ini, bakteri salmonella typhi meninggalkan sel-sel fagosit dan kemudian berkembang biak di luar sel atau di ruang sinusoid dan selanjutnya masuk ke dalam sirkulasi darah lagi, mengakibatkan bakterimia yang kedua kalinya yang disertai tanda-tanda dan gejalanya penyakit infeksi sistemik. Proses infeksi yang terjadi di dalam sel hati akan menyebabkan bakteri masuk kedalam kandung empedu dan bersama cairan empedu diekresikan secara intermiten ke dalam lumen usus. Sebagian kuman dikeluarkan melalui feses dan sebagian masuk lagi ke dalam sirkulasi setelah menembus usus. Proses infeksi sistemik yang terjadi disebabkan karena adanya pelepasan berbagai mediator inflamasi yang selanjutnya menimbulkan gejala demam, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskular, gangguan mental dan koagulasi (Price Sylvia A, dan Wilson Lorraine M. 2015).

Adanya plak peyer makrofag hiperaktif menimbulkan reaksi hiperplasia jaringan disertai dengan nekrosis jaringan yang mengakibatkan terjadinya perdarahan pada saluran cerna akibat erosi pembuluh darah sekitar plak peyer akibat akumulasi sel-sel mononuclear pada dinding usus. Proses patologis jaringan limfoid ini dapat berkembang hingga ke lapisan otot, dan serosa usus, sehingga dapat mengakibatkan perforasi usus halus (Price Sylvia A, dan Wilson Lorraine M. 2015). Untuk melihat lebih jelas tentang dampak tifoid terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dapat dilihat pada bagan 2.1 dibawah ini;

Bagan 2.1. Dampak Tifoid (Tifoid) Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber : (Price Sylvia A, dan Wilson Lorraine M. 2015)

4. Manifestasi Klinis

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

- a. 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.
- b. 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.
- c. Gangguan kesadaran, umumnya kesadaran penderita menurun walaupun tidak seberapa yaitu apatis ataupun somnollen. 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).

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sudoyo (2010), Smeltzer, C, Suzanne, dan Bare, B.G (2014), dan Lestari, Titik, (2016), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami tifoid sebagai berikut;

a. Pemeriksaan Darah Rutin

Pasien yang mengalami tifoid akan ditemukan leukopenia dan limposistosis relative tetapi kenyataannya leukopenia tidaklah sering dijumpai. Leukopenia yang umum terdapat pada demam tifoid disebabkan oleh adanya invasi bakteri *Salmonella typhi* ke organ-organ haemopoetik seperti kelenjar getah bening, spleen, tonsil, sumsum tulang belakang sehingga menekan laju haematopoesis. Pada kebanyakan kasus tifoid, jumlah leukosit pada sediaan darah tepi berada pada batas-batas normal bahkan kadang-kadang terdapat leukositosis walaupun tidak ada komplikasi atau infeksi sekunder.

b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Pasien yang mengalami tifoid cenderung akan ditemukan peningkatan SGOT dan SGPT akibat adanya inflamasi pada sel hati namun hal tersebut akan kembali normal setelah sembuh. Kenaikan SGOT dan SGPT tidak memerlukan penanganan khusus.

c. Uji Widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi bakteri *Salmonella Typhi*. Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap *Salmonella*

Typhii terdapat dalam serum klien dengan tifoid juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasi. Antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspensi salmonella yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium. Tujuan dari uji widal ini adalah untuk menentukan adanya agglutinin dalam serum klien yang disangka menderita tifoid. Adapun agglutinin yang terkandung dalam bakteri *Salmonella Typhi* sebagai berikut:

- 1) Agglutinin O, yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh kuman).
- 2) Agglutinin H, yang dibuat karena rangsangan antigen H (berasal dari flagel kuman).
- 3) Agglutinin VI, yang dibuat karena rangsangan antigen VI (berasal dari simpai kuman). Dari ketiga agglutinin tersebut hanya agglutinin O dan H yang ditentukan titernya untuk diagnosa, makin tinggi titernya makin besar klien menderita tifoid.

d. Uji Tubex

Merupakan uji semi kuantitatif kolometrik yang cepat (beberapa menit) dan mudah untuk dikerjakan. Uji ini mendeteksi antibody anti *Salmonella Typhii* 09 pada serum pasien, dengan cara menghambat ikatan antara Ig.M anti 09 yang terkonjugasi pada partikel latex yang berwarna dengan lipopolisakarida *Salmonella Typhii* yang terkonjugasi pada partikel magnetic latek. Hasil positif uji tubex ini menunjukan

terdapat infeksi *Salmonella* sorogroup walau tidak secara spesifik menunjukan pada *Salmonella Typhii*.

e. Uji Ig.M Dipstick

Uji ini secara khusus mendeteksi antibody Ig.M spesifik terhadap *Salmonella Typhii* pada spesimen serum atau *whole blood*. Uji ini menggunakan strip yang mengandung antigen lipopolisakarida (LPS) *Salmonella Typhii* anti Ig.M (sebagai kontrol) reagen deteksi yang mengandung antibody anti Ig.M yang dilekati dengan lateks pewarna. Cairan membasahi strip sebelum diinkubasi dengan reagen dan serum pasien pada 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 tifoid akan tetapi hasil negatif tidak menyingkirkan demam tifoid karena mungkin disebabkan beberapa hal sebagai berikut:

1) Teknik Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan satu laboratorium berbeda dengan laboratorium yang lain, hal ini disebabkan oleh perbedaan teknik dan media biakan yang digunakan. Waktu pengambilan darah yang baik adalah pada saat demam tinggi yaitu pada saat bakteremia berlangsung.

2) Saat pemeriksaan selama perjalanan penyakit biakan darah terhadap *Salmonella Typhii* terutama positif pada minggu pertama dan

berkurang pada minggu-minggu berikutnya. Pada waktu kambuh biakan darah dapat positif kembali.

3) Vaksinasi di masa lampau.

Vaksinasi terhadap demam tifoid di masa lampau dapat menimbulkan antibodi dalam darah klien, antibodi ini dapat menekan bakteremia sehingga biakan darah negatif.

4) Pengobatan dengan Obat Anti Mikroba

Bila klien sebelum pembiakan darah sudah mendapatkan obat anti mikroba pertumbuhan kuman dalam media biakan terhambat dan hasil biakan mungkin negatif.

5) Volume darah yang kurang (diperlukan kurang lebih 5 ml darah).

Bila darah yang dibiakan terlalu sedikit hasil biakan akan negatif. Darah yang diambil baiknya secara langsung dimasukan kedalam media cair empedu (oxgall) untuk pertumbuhan kuman.

g. *Polymerase Chain Reaction (PCR)*

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 hidbrisiasi 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).

6. Komplikasi

Menurut Arief, Mansjoer (2011) dan Smeltzer, C, Suzanne, dan Bare, B.G (2014), komplikasi tifoid dibagi dalam 2 bagian, yaitu :

a. Komplikasi Intra 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. Perforasi usus biasa terjadi pada minggu ke tiga bagian distal ileum. Perforasi yang tidak disertai peritonitis terjadi apabila ada udara di hati dan diafragma pada foto rontge abdomen posisi tegak.

3) Peritonitis

Gejala akut abdomen yang ditemukan nyeri perut hebat, dinding abdomen tegang, dan nyeri tekan.

b. Komplikasi Ekstra Intestinal

- 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.

7. Penataklasaan

Menurut Sudoyo (2010) dan Smeltzer, C, Suzanne, dan Bare, B.G (2014), penatalaksanaan typhus abdominalis terdiri dari 3 bagian yaitu:

a. Perawatan

Penderita tifus perlu dirawat di rumah sakit untuk isolasi, observasi dan pengobatan. Penderita harus tirah baring dengan perawatan sepenuhnya di tempat sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih 14 hari, akan membantu dan mempercepat masa penyembuhan. Maksud tirah baring adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi pendarahan usus atau perforasi yaitu :

- 1) Duduk (waktu makan) : Pada hari kedua bebas panas.
- 2) Berdiri : Pada hari ke tujuh bebas panas
- 3) Berjalan : Pada hari ke sepuluh bebas panas

Penderita dengan kesadarannya menurun, posisi tubuhnya harus di ubah ubah pada waktu waktu tertentu untuk menghindari komplikasi pneumonia hipostatik dan dekubitus. Defekasi dan buang air kecil perlu di perhatikan, karena kadang kadang terjadi obstipasi dan retensi rutin.

b. Diet

- 1) Harus cukup kalori,protein,cairan dan elektrolit,
- 2) Mudah di cerna dan halus
- 3) Kebutuhan 2500 kal, 100 gr protein, 2 sampai 3 liter cairan,
- 4) Diet tifoid I : bubur susu/cair tidak diberikan pada pasien yang demam tanpa komplikasi
- 5) Diet tifoid II : Bubur saring
- 6) Diet tifoid III : Bubur biasa
- 7) Diet tifoid IV : Nasi

- 8) Prinsip pengelolaan dietetik pada tifus pedat dini, Rendah serat selulosa.
- 9) Tifoid diet biasanya dimulai dari diet tifoid II, setelah 3 hari bebas demam menjadi tifoid III, Sampai 3 hari kemudian dapat diganti kembali menjadi tifoid IV
- 10) Harus diberikan rendah serat karena pada typus abdominalis ada luka di ileum terminal bila banyak selulosa maka akan menyebabkan peningkatan kerja usus dan hal ini akan menyebabkan luka inflamasi makin hebat.

c. Obat

1) Kloramfenikol

Kloramfenikol masih merupakan obat pilihan utama untuk typus abdominalis, blum ada obat antimikroba lain yang dapat menurunkan demam lebih cepat dibandingkan obat kloramfenikol. Dosis orang dewasa 4 kali 500 mg sehari per oral atau intravena, sampai 7 hari bebas demam, penyuntikan kloramfenikolsuksinat intramuskular tidak dianjurkan karena hidrosis ester ini tidak dapat diprediksi dan tempat suntik terasa nyeri demam pada tifoid turun rata-rata setelah 5 hari.

2) Tiamfenikol

Dosis dan efektivitas tiamfenikol pada tifoid sama dengan kloramfenikol. Komplikasi hematologis dan penggunaan tiamfenikol

lebih jarang dari pada kloramfenikol. Pemberian tiamfenikol demam tifoid akan turun setelah rata rata 5 sampai 6 hari.

3) Kontrimoksazol (Kombinasi Trimetoprin dan Sulfametoksazol)

Efektivitas kontrimoksazol kurang lebih sama dengan kloramfenikol. Dosis untuk orang dewasa, 2 x 2 tablet per hari, digunakan sampai 7 hari bebas demam (1 tablet mengandung 80 mg trimetoprim dan 400 mg sulfametoksazol) dengan kontrimoksazol demam pada tifus turun rata rata setelah 5 sampai 6 hari.

4) Ampisilin dan Amoksisilin

Efektivitas ampisilin dan amoksisilin lebih kecil dibandingkan dengan kloramfenikol dalam menurunkan demam. Indikasi mutlak penggunaannya adalah penderita tifoid dengan leukopeni. Dosis yang dianjurkan berkisar antara 75 sampai 150 mg/kg berat badan sehari, digunakan sampai 7 hari bebas demam. Dengan amoksisilin atau ampisilin demam pada tifoid turun rata rata setelah 7 sampai 9 hari.

Pengobatan penyulit tergantung macamnya. Untuk kasus berat dan dengan manifestasi neurologik menonjol, diberi Dekametason dosis tinggi dengan dosis awal 3 mg/kgBB, intravena perlahan (selama 30 menit). Kemudian disusul pemberian dengan dosis 1 mg/kgBB dengan tenggang waktu 6 jam sampai 7 kali pemberian. Tatalaksana bedah dilakukan pada kasus-kasus dengan penyulit perforasi usus (Titik Lestari, 2016).

8. Dampak Typhus Abdominalis terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Reny dalam Nanda Nic-Noc (2015) dan Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi (2015), dampak typhus abdominalis terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia adalah sebagai berikut:

a. Pengaturan Suhu Tubuh

Masuknya *Salmonella Typhii* ke dalam usus halus menyebabkan peradangan yang dapat menyebabkan terjadinya pelepasan sitokin berupa Interleukin, khususnya Interleukin-1 (IL-1) dan Interleukin-6 (IL-6) yang berperan dalam menyebabkan demam sebagai bagian dari respons peradangan tubuh. IL-1 yang diproduksi oleh sel-sel kekebalan tubuh yang teraktivasi dan meningkatkan suhu tubuh di hipotalamus sebagai pusat thermoregulasi melalui berbagai mekanisme, termasuk peningkatan produksi panas dan vasokonstriksi. IL-6 juga merupakan sitokin inflamasi yang berkontribusi pada demam dan respons fase akut.

b. Intoleransi Aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah suatu keadaan dimana individu mengalami insufisiensi energy fisiologi atau psikologis untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang dibutuhkan atau diinginkan. Intoleransi aktivitas disebabkan oleh keadaan fisik yang lemah akibat peningkatan suhu tubuh menyebabkan kemampuan untuk beraktifitas dibatasi karena pada penyakit tifoid diharuskan bed rest total.

c. Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi 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. Anoreksia dan demam yang terlalu lama menyebabkan kurangnya makanan yang masuk ke usus halus yang menyebabkan penurunan pemenuhan nutrisi atau cairan sehingga kebutuhan nutrisi yang penting untuk masa penyembuhan pada pasien tifoid berkurang.

d. Kekurangan Volume Cairan

Kekurangan volume cairan adalah suatu keadaan seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau beresiko dan mengalami dehidrasi vaskuler, interstisial atau intravaskuler. Pada pasien tifoid terjadi gangguan penyerapan makanan yang tidak diserap dalam usus, maka terjadi pengembangbiakkan usus sehingga cairan dan elektrolit terbuang banyak, sehingga terjadi kekurangan volume cairan pada pasien tifoid.

e. Gangguan Istirahat Tidur

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

mengaktifkan norepinephrine dan saraf simpatik terangsang untuk merangsang RAS sehingga pasien mengalami gangguan istirahat tidur.

f. Gangguan Rasa Aman Cemas

Cemas kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakit tifoid menyebabkan stressor meningkat sehingga klien bertanya-tanya maka terjadi cemas.

g. Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

Nyeri reaksi peradangan usus halus menyebabkan kerusakan mukosa usus halus dan merangsang reseptor nyeri, mengeluarkan neurotransmitor, bradikinin, serotonin, histamine, maka terjadilah persepsi nyeri pada pasien pengidap tifoid.

h. 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.

i. Defisit Perawatan Diri

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

B. Konsep Asuhan Keperawatan Typhus Abdominalis

Menurut Hidayat, Alimul. Aziz, (2014) dan Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi (2015) proses keperawatan adalah seperangkat tindakan yang dilakukan untuk menentukan merencanakan dan melalui asuhan keperawatan

pada klien dan keluarga. Dalam proses keperawatan perlu terlebih dahulu menjalani hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga dalam melaksanakan tindakan dapat dilakukan bersama-sama atau keluarga ikut aktif mengatasi masalah secara mandiri. Adapun tahapan-tahapan dalam asuhan keperawatan yaitu sebagai berikut:

1. Tahap Pengkajian

a. Identitas Klien

Biasanya pada klien tifoid terjadi pada anak dengan usia rentan diatas 1 tahun, pada dewasa pria maupun wanita yang tidak menjaga asupan makanannya.

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Pada umumnya klien dengan tifoid datang dengan keluhan demam tinggi yang dirasakan lebih dari 1 minggu.

c. Keluhan Utama

Pada umumnya klien tifoid dengan keluhan demam, dimana pada minggu pertama demam dirasakan pada malam hari dan turun pada pagi hari. Pada minggu kedua klien terus ada pada 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.

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Demam dirasakan biasanya pada seluruh tubuh, dimana pada perabaan sekali pada daerah dahi. Terkadang juga demam disertai

menggigil dan keluarga mengeluh bahwa demam yang dirasakan klien lebih dari 1 minggu disertai pula dengan tidak enak badan dan penurunan nafsu makan.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada klien dengan tifoid biasanya didapatkan riwayat pernah kontak dengan penderita penyakit tifoid atau mengonsumsi makanan yang terbuka. Perlu dikaji riwayat klien pernah mengalami tifoid, selain itu perlu dikaji kebiasaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) klien yang mendukung untuk terjadinya tifoid. Kaji juga keadaan sanitasi lingkungan klien karena berkaitan dengan kemungkinan klien terpapar tifoid.

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu dikaji apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita tifoid atau mempunyai riwayat penyakit saluran pencernaan seperti diare. Selain itu perlu dikaji kebiasaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) keluarga yang mendukung untuk terjadinya tifoid.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Tanda-tanda vital biasanya ditemukan penurunan tekanan darah, frekuensi nadi yang meningkat, pola pernafasan yang cepat dan dangkal serta peningkatan suhu tubuh ($>37^{\circ}\text{C}$). Berat badan kurang ideal bahkan hingga penurunan kesadaran yaitu somnollen sampai apatis.

2) Pemeriksaan Per Sistem

a) Sistem Pencernaan

Biasanya keadaan abdomen terdapat nyeri tekan, pada mulut terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah (ragaden), lidah tertutup selaput putih kotor (*coated tongue*), ujung dan tepinya kemerahan, jarang disertai tremor. Pada abdomen dapat ditemukan keadaan perut kembung.

b) Sistem Kardiovaskuler

Biasanya dengan pasien tifoid ditemukan tekanan darah yang meningkat dan akan tetapi bisa didapatkan takikardi saat pasien mengalami peningkatan suhu tubuh.

c) Sistem Pernapasan

Frekuensi nafas baik, tidak ada suara tambahan dan tidak terdapat cuping hidung.

d) Sistem Muskuloskeletal

Biasanya pada pasien tifoid di temukan kelemahan pada otot, yang disebabkan oleh kelemahan fisik. Selain itu pasien dengan tifoid biasanya melakukan bed rest total maka harus dikaji keadaan musculoskeletalnya.

e) Sistem integumen

Biasanya di temukan kulit kemerahan, kulit terasa hangat. Turgor kulit menurun, kulit teraba lengket dan berkeriat. Mukosa kulit kering, tercium bau badan.

f) Sistem Penglihatan

Biasanya ditemukan konjungtiva yang anemis atau menurun, tidak ada kelainan pada sistem penglihatan.

g) Sistem Pendengaran

Pada pasien tifoid tidak ada kelainan pada pendengaran.

h) Sistem Penciuman

Bentuk hidung simetris antara kiri dan kanan, kebersihan hidung dan fungsi hidung sebagai alat indra pendengaran.

h. Pola Aktivitas dan Istirahat

1) Pola Nutrisi

Kebiasaan makan sehari-hari, jam makan, frekuensi makan, porsi dan jenis makanan yang disukai/tidak disukai, diet, alergi terhadap makanan. Cairan: jenis minuman, frekuensi, kehilangan cairan yang berlebihan. Asupan makanan: minum, makan dan cairan infus. Biasanya ada perubahan asupan nutrisi yang tidak adekuat terhadap pasien dengan tifoid yang disebabkan oleh anoreksia, mual dan muntah.

2) Pola Eliminasi

Biasanya pada pasien tifoid mengalami BAB 5x/hari atau lebih, klien tampak lemah, dan BAK lancar, peristaltic usus bisa meningkat, frekuensi, warna, bau, konsistensi dan jumlah. Selain itu pada pasien tifoid biasanya terjadi diare, dengan konsistensi cair

yang menyebabkan output cairan berlebih dan bisa menyebabkan kekurangan cairan pada pasien dengan tifoid.

3) Pola Istirahat Tidur

Biasanya pada pasien Tifoid kualitas istirahat tidurnya terganggu karena biasanya pasien tifoid mengalami hypertermi pada malam hari yang mengakibatkan pasien tidak bisa tidur dengan baik. Selain itu pasien dengan tifoid istirahat dan tidurnya bisa terganggu oleh rasa nyaman nyeri, dan diare.

4) Personal Hygiene

Kebiasaan mandi, cuci rambut, ganti pakaian, gosok gigi, gunting kuku pada pasien tifoid harus diperhatikan karena biasanya mereka mengalami gangguan aktifitas sehari-hari yang mengakibatkan tidak bisa melakukan personal hygiene secara mandiri.

i. Data Psikologis

Klien dengan penyakit tifoid biasanya klien mengalami cemas, ketakutan, perasaan tidak berdaya. Karena biasanya demam datang secara tiba-tiba menjelang malam hari ini sangat berhubungan dengan ketidaktahuan pasien akan tifoid.

j. Data Spiritual

Dikaji tentang agama yang di anut, dan kebiasaan beribadah. Kondisi pasien tifoid biasanya melakukan bed rest total, maka dari itu

kita harus mengkaji status spiritual pasien tersebut bagaimana kondisinya, dan harus selalu memotivasi untuk kesembuhannya.

k. Analisa Data

Tabel 2.1. Analisa Data

No	Data	Etiologi	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 pernafasan yang cepat dan dangkal •Akral hangat •Kulit tampak kemerahan	Kuman salmonella typhi yang masuk ke usus halus yang menyebabkan peradangan masuknya bakteri kedalam sirkulasi darah yang menyebabkan bakteri tersebut mengeluarkan endotoksin. Sehingga akan merangsang sintesis dan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang impuls tersebut disampaikan pada hipotalamus bagian termoregulasi melalui duktus torasikus sehingga terjadilah peningkatan suhu tubuh.	Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi salmonella
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	Anoreksia dan demam yang terlalu lama, menyebabkan kurangnya makanan yang masuk ke usus halus yang menyebabkan penurunan nutrisi atau cairan sehingga kebutuhan nutrisi yang penting untuk masa penyembuhan berkurang. Dan adanya tukak-tukak pada usus halus yang menyebabkan penurunan kemampuan absorpsi makanan sehingga sari-sari makanan tidak di serap dengan baik.	Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia
3	DS : •Klien akan mengeluh badannya terasa lemas dan tidak bertenaga •Klien akan mengeluh kepalanya terasa pusing •Klien akan mengeluh lemas saat melakukan aktifitas di tempat tidur DO : •Klien tampak lemah •ADL di bantu	Keadaan fisik yang lemah akibat peningkatan suhu tubuh menyebabkan kemampuan untuk beraktifitas dibatasi karena pada penyakit tifoid harus bedrest total.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

	• Aktivitas terbatas • Terdapat penurunan kekuatan otot • Klien tampak terbaring di tempat tidur		
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	Stimulasi demam dapat mengaktifkan norepinephrine dan saraf simpatis terangsang untuk memasuki RAS sehingga pasien terjaga	Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan stimulasi demam
5	DS : • Klien akan mengeluh nyeri pada ulu hati • Klien akan mengeluh nyeri kepala • Klien akan mengeluh nyeri pada otot persendian DO : • Klien tampak meringis kesakitan • Muka klien pucat • Frekuensi nafas meningkat • Terdapat nyeri tekan pada daerah epigastrium dan kuadran kanan atas	Redaksi peradangan pada usus halus menyebabkan kerusakan mukosa usus halus dapat merangsang reseptor nyeri, mengeluarkan neomembran, bradikinin, serotonin, histamine, maka nyeri di persepsikan	Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan redaksi peradangan pada usus
6	DS : • Klien akan selalu bertanya tentang penyakitnya • Klien akan selalu bertanya tentang proses perawatan dan pengobatan DO : • Klien tampak gelisah • Klien tampak lemas • Ekspresi wajah keluarga klien tegang	Kurangnya pengetahuan klien dan keluarga klien terhadap penyakit tifoid menyebabkan stressor meningkat sehingga klien bertanya-tanya maka terjadi cemas	Gangguan rasa aman cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan
7	DS : • Klien akan mengeluh BAB cair • Klien akan mengeluh lemas DO : • BAB 5x/hari atau lebih • Klien tampak lemah • Peristaltik usus bisa meningkat • Bising usus > 12 x/menit	Proses infeksi dalam usus halus dapat meningkat peristaltik usus dan absorpsi terganggu sehingga air terbuang bersama feses dan BAB mencret maka terjadilah gangguan eliminasi	Gangguan eliminasi berhubungan dengan proses infeksi pada usus halus
8	DS : • Klien akan mengeluh badannya terasa lengket • Klien akan mengeluh tidak nyaman pada badannya DO : • Badan klien terasa lengket • Kuku terlihat panjang • Kuku terlihat kotor • Rambut berantakan	Adanya status penyakit dan kurangnya pengetahuan pasien/keluarga tentang kebersihan diri, sehingga pasien dan keluarga kurang memperhatikan kebersihan pasien, sehingga menyebabkan kebutuhan personal hygiene pasien tidak terpenuhi	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurangnya kognitif

-
- Penampilan terlihat tidak rapih
 - Gigi terlihat kekuningan
 - Baju terlihat tidak rapih
-

2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami typhus abdominalis antara lain;

- a. Hipertermi berhubungan dengan adanya proses infeksi salmonella tifoid.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
- d. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan radasi perangsangan pada usus.
- e. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan meningkatnya aktivasi RAS (*Reticulo Activating System*) sebagai pusat jaga
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan energi tubuh
- g. Gangguan rasa aman cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit, proses perawatan, dan pengobatan.

3. Perencanaan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018), intervensi keperawatan pada klien tifoid antara lain:

Tabel 2.2. Rencana Tindakan Keperawatan

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)	Rasional
1. Hipertermi berhubungan dengan adanya proses infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Suhu tubuh klien seimbang (dalam batas normal) dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh normal antara 36,5 – 37,5 °C 2. Kulit tidak terasa panas 3. Tidak ada diaforesis 4. Klien tidak berkeringat lebih 5. Tanda – tanda vital dalam batas normal	1. Monitor tanda-tanda vital terutama suhu tubuh 2. Anjurkan klien untuk banyak minum 3. Berikan kompres hangat pada lipat paha atau aksila 4. Anjurkan untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat 5. Berikan obat antipiretik 6. Ajarkan keluarga teknik melakukan kompres pada klien 7. Berikan antibiotik sesuai program terapi dokter	1. Merupakan acuan untuk mengetahui keadaan tingkat keparahan penyakit. 2. Untuk mengganti cairan akibat evaporasi 3. Meningkatkan vasodilatasi sehingga terjadi penguapan yang dapat menurunkan suhu tubuh klien 4. Pakaian tipis dapat mengurangi penguapan tubuh 5. Obat antipiretik dapat menurunkan panas sehingga tubuh menjadi normal. 6. Meningkatkan pengetahuan keluarga sekaligus meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat klien 7. Antibiotik mempunyai efek membunuh bakteri sehingga pengeluaran endotoksin dari bakteri dapat dihentikan.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi klien seimbang dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan habis 2. Nafsu makan klien meningkat 3. Lidah tampak bersih 4. Keluhan lidah pahit tidak ada 5. Berat badan dalam batas normal 6. Pasien tidak mual dan muntah 7. Tidak ada tanda – tanda malnutrisi	1. Monitor berat badan setiap hari 2. Libatkan keluarga dalam memberikan nutrisi kepada klien 3. Beri makanan sesuai program diet 4. Anjurkan klien untuk memakan makanan yang masih hangat	1. Mengetahui peningkatan dan penurunan berat badan klien secara berkala. 2. Anggota keluarga lebih tahu tentang kebiasaan makan klien, makanan kesukaannya sehingga diharapkan anggota keluarga dapat membantu dalam penyembuhan nutrisi pada klien. 3. Dapat mempermudah penyerapan usus halus dan mengurangi beban kerja usus yang terinfeksi 4. Mengurangi rasa mual muntah sehingga nafsu makan klien meningkat

			5. Berikan makan dengan porsi kecil tapi sering	5. Memenuhi kebutuhan nutrisi sel dalam proses metabolisme untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan energi.
			6. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi bagi proses penyembuhan penyakit	6. Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang pentingnya intake nutrisi bagi proses penyembuhan penyakit.
			7. Berikan obat antiemetik sesuai program terapi dokter	7. Obat antiemetik mempunyai efek menekan sekresi asam lambung yang dihasilkan oleh sel parietal mukosa lambung sehingga tingkat keseimbangan asam lambung dapat terjaga.
3. Intoleransi berhubungan kelemahan	aktivitas dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa ada keluhan dengan kriteria hasil :	1. Monitor tingkat kemampuan pasien dalam beraktivitas diatas tempat tidur (makan, minum) 2. Monitor tanda – tanda vital 3. Batasi aktivitas sehari-hari sesuai dengan kemampuan klien 4. Dekatkan semua kebutuhan klien berada dalam jangkauan 5. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya <i>bed rest</i> (istirahat di tempat tidur) 6. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian multivitamin	1. Mengetahui proses perkembangan penyembuhan klien 2. Mengetahui batas toleransi aktifitas klien terhadap proses penyembuhannya 3. Mengurangi pengeluaran energi dan meningkatkan proses metabolisme 4. Untuk memudahkan pasien dalam beraktivitas untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya 5. Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyakit dan proses penyembuhan 6. Meningkatkan aktifitas reseptor sel dalam proses metabolisme dan pembentukan energi
4. Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan reaksi perangsangan pada usus.		Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan rasa nyaman terpenuhi (nyeri hilang) dengan kriteria hasil :	1. Monitor tanda – tanda vital 2. Monitor skala nyeri tiap hari	1. Mengetahui adanya perubahan hemodinamik tubuh akibat nyeri 2. Mengetahui perkembangan proses

1. Klien tidak mengeluh nyeri kepala dan nyeri persendian	3. Atur posisi tidur nyaman semi fowler atau <i>high fowler</i>	3. Meningkatkan sirkulasi darah ke otak dan meningkatkan intake oksigen
2. Tidak terdapat nyeri tekan pada daerah epigastrium dan kuadran kanan atas (hepar)	4. Lakukan <i>massage</i> pada daerah leher dan kepala	4. Mengurangi ketegangan otot dan saraf pada daerah leher dan kepala sehingga sirkulasi oksigen dan nutrisi ke otak meningkat dan metabolisme dapat berjalan secara aerob sehingga asam laktat berkurang.
3. Klien tidak tampak memegang kepalanya akibat nyeri		
4. Skala nyeri menurun (skala 1-5)		
5. Klien tidak meringis kesakitan		
6. Klien tampak tenang	5. Latih dan ajarkan klien relaksasi nafas dalam	5. Mengurangi ketegangan otot dan saraf pada seluruh tubuh sehingga sirkulasi oksigen dan nutrisi ke sel meningkat dan metabolisme dapat berjalan secara aerob sehingga asam laktat berkurang.
7. Tanda – tanda vital dalam batas normal		
	6. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik sesuai indikasi	6. Analgetik dapat memblokir reseptor nyeri sehingga rangsangan nyeri ke thalamus dapat dicegah.
5. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan meningkatnya aktivasi RAS (<i>Reticulo Activating System</i>) sebagai pusat jaga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan istirahat tidur klien terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Mata tidak tampak sayu / lelah 2. Tidak terdapat kehitaman pada daerah periorbita 3. Klien tampak segar 4. Konjungtiva tidak pucat 5. Waktu tidur klien tercukupi 6-8 jam per hari 6. Klien tidak sering terbangun dari tidurnya 7. Klien tidak mengeluh pusing 8. Tanda – tanda vital dalam batas normal	1. Atur posisi tidur semi fowler 2. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman saat akan tidur 3. Monitor klien selama tidur 4. Rapihkan dan ganti alat tenun serta pakaian setiap hari 5. Berikan penjelasan kepada klien tentang pentingnya tidur selama proses perawatan dan penyembuhan 6. Anjurkan klien untuk minum susu hangat sebelum tidur 1. Memberikan kenyamanan dan memudahkan klien untuk tidur 2. Memberikan efek stimulasi dan aktivasi ke BSR (<i>Bulbar Stimulating Region</i>) sebagai pusat tidur 3. Mengetahui kualitas tidur klien 4. Memberikan kenyamanan lingkungan tempat tidur klien 5. Meningkatkan pengetahuan klien tentang istirahat tidur terhadap proses perawatan dan penyembuhan 6. Susu mengandung L- triptofan sebagai salah satu protein susu yang dapat meningkatkan

			stimulasi dan aktivasi BSR (<i>Bulbar Stimulating Region</i>) sebagai pusat tidur
		7. Berikan musik relaksasi sebelum tidur	7. Menurunkan ketegangan pikiran dan mental klien sehingga menjadi relaksasi
		8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat tidur sesuai kebutuhan	8. Obat tidur dapat menurunkan aktifitas RAS (<i>Reticulo Activating System</i>) sebagai pusat jaga dan meningkatkan stimulasi dan aktivasi BSR (<i>Bulbar Stimulating Region</i>) sebagai pusat tidur.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan energi tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <i>personal hygiene</i> klien terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Klien tampak segar dan rapi 2. Klien tidak mengeluh tubuhnya tidak nyaman 3. Klien tidak mengeluh gata-gatal pada tubuhnya 4. Tidak tercium bau badan dan bau mulut 5. Gigi dan rongga mulut klien tampak bersih 6. Kulit klien tidak lengket	1. Monitor adanya kemerahan, alergi, dan kotoran pada tubuh klien 2. Lakukan tindakan <i>personal hygiene</i> sesuai dengan kebutuhan 3. Latih dan ajarkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan <i>personal hygiene</i> klien. 4. Ganti pakaian dan alat tenun klien setiap hari 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti alergi sesuai kebutuhan	1. Mengetahui tingkat higienitas tubuh klien 2. Mencegah berkembangbiaknya mikroorganisme pada tubuh dan meningkatkan kenyamanan klien 3. Meningkatkan pengetahuan dan kemandirian keluarga dalam merawat klien 4. Mencegah terjadinya infeksi silang dari alat tenun yang kotor dan meningkatkan kenyamanan klien 5. Mencegah terjadinya infeksi pada kulit akibat tubuh yang kotor
7. Gangguan rasa aman cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit, proses perawatan dan pengobatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan rasa aman klien terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Klien tidak bertanya tentang penyakitnya 2. Klien mengetahui dan memahami tentang proses perawatan dan pengobatan penyakit	1. Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga 2. Monitor tingkat kecemasan klien	1. Untuk memudahkan perawatan dalam mengeksplorasi perasaan dan pikiran klien serta keluarga sehingga memudahkan dalam menentukan intervensi selanjutnya 2. Untuk mengetahui berat ringannya ketegangan pada klien

3. Wajah klien tampak tenang	3. Berikan penjelasan tentang penyakit, proses perawatan dan pengobatan	3. Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyembuhan penyakit
4. Tanda – tanda vital dalam batas normal		4. Meningkatkan pengetahuan dan kemandirian keluarga dalam proses penyembuhan penyakit klien
5. Klien tidak tampak tegang	4. Libatkan keluarga dalam proses perawatan dan pengobatan	5. Meningkatkan pengetahuan dan memberikan keterbukaan informasi tentang penyakit, proses perawatan dan penyembuhan klien
	5. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya tentang sesuatu hal yang belum dimengerti terhadap perawatan dan pengobatan penyakitnya	6. Memberikan jalan keluar kepada klien dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya
	6. Berikan alternatif pemecahan masalah dalam menghadapi penyakit yang dialami saat ini	7. Obat penenang dapat memberikan efek menurunkan ketegangan dan konsentrasi pikiran terhadap suatu stressor sehingga memberikan efek ketenangan.
	7. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat penenang sesuai kebutuhan	

Sumber: PPNI, (2018)

4. Pelaksanaan

Tahap dimana perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi atau perencanaan yang telah ditentukan. Tahap ini merupakan pelaksanaan dari semua rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan dan tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah diharapkan. Pada tahap ini melibatkan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang bertanggung jawab terhadap perawatan klien. Perencanaan tindakan keperawatan akan dapat

dilaksanakan dengan baik jika mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam melaksanakan keperawatan (Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi, 2015).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk melihat sejauh mana diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan kesalahan yang terjadi dalam pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi keperawatan (Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. D
Usia	: 41 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Perum Sukamukti Regency Blok BI
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam
Tanggal Masuk	: 22 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2025
No. Rekam medis	: 000241447
Diagnosa Medis	: Typhus Abdominalis

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. A
Usia	: 35 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Perum Sukamukti Regency Blok BI
Hubungan dengan klien	: Istri

3) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengeluh demam pada saat sore hari menjelang malam hari.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 22 April 2025 pukul 09.00, Sebelum masuk rumah sakit pasien sudah mengalami demam 5 hari yang lalu. Klien mengeluh demam disertai menggigil, demam bertambah bila klien banyak melakukan pergerakan, dan demam berkurang bila diberi kompres hangat dan obat penurun demam. Klien mengatakan demam yang dirasakan seperti panas terbakar dengan suhu mencapai 39,0°C, demam yang dirasakan sampai membuat klien tidak mampu melakukan aktifitas sendiri, demam dirasakan hilang timbul dan meningkat bila waktu sore menjelang malam.

Berdasarkan hasil pengkajian juga, klien mengeluh mual tanpa ingin muntah, disertai nyeri ulu hati, pusing, tidak nafsu makan, lidah terasa pahit, penurunan berat badan 2 Kg selama sakit. Klien juga mengeluh sulit tidur karena demam yang dirasakannya disertai lemas sehingga aktivitasnya dibantu.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien dan keluarga, klien tidak memiliki riwayat penyakit kronis atau alergi. Pernah mengalami demam berkepanjangan satu tahun lalu tanpa perawatan. Tinggal di lingkungan padat dengan sanitasi buruk, air berasal dari sumur dekat septic tank, kebiasaan cuci tangan kurang dan sering

mengonsumsi makanan dari pedagang kaki lima yang tidak higienis.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien menuturkan bahwa keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat yang serupa dengan klien, tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarganya seperti hipertensi, diabetes, atau asma. Namun keluarga klien menuturkan anggota keluarganya tinggal di lingkungan dengan ventilasi dan sanitasi kurang baik. Toilet digunakan bersama dan jarang dibersihkan. Dalam hal memasak, kebersihan kurang terjaga, air berasal dari sumur dekat septic tank, makanan sering dibiarkan terbuka, dan tidak selalu dipanaskan sebelum dikonsumsi.

e) Pemeriksaan Fisik

(1) Keadaan Umum

- (a) Tingkat kesadaran : *Compos mentis*
- (b) GCS : 15 (E=4, V=5, M=6)
- (c) Penampilan : Lemas
- (d) Antropometri : BB Sehat : 50 kg (BMI= 19,29)
BB Sakit : 48 kg (BMI= 18,52)
TB : 161 Cm

(2) Tanda-tanda vital :

- (a) TD : 90/70 mmHg
- (b) Nadi : 80x/menit
- (c) Suhu : 39,0°C

(d) Respirasi : 20x/menit

(e) SPO₂ : 99%

(3) Pemeriksaan per Sistem

(a) Sistem Pencernaan

Bibir klien tampak simetris, mukosa bibir kering, warna bibir klien kecoklatan dan lidah terlihat kotor, klien tidak menggunakan gigi palsu, gigi tampak bersih, tidak ada lesi pada rongga mulut, klien tampak mual. Abdomen datar. Bising usus 12x/menit, saat di perkusi suara abdomen timpani. Tidak teraba massa atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan di sekitar abdomen.

(b) Sistem Pernapasan

Lubang hidung klien simetris, lubang hidung tampak sedikit kotor, tidak ada lesi, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris. tidak terdengar adanya krepitasi dinding dada, perkusi paru terdengar sonor, bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi maupun wheezing pada semua lapang paru.

(c) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak ada pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak

dan teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midklavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis maupun radialis teraba kuat, akral hangat, CRT <3 detik, bunyi jantung murni reguler.

(d) Sistem Endokrin

Pergerakan leher baik dibuktikan dengan klien dapat menengok ke kiri dan ke kanan tampak tidak ada benjolan tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar getah bening, tidak terdapat adanya nyeri tekan pada area leher.

(e) Sistem Integumen

Kulit klien berwarna sawo matang, kulit terasa hangat, turgor kulit <1 detik, rambut berwarna hitam penyebaran tidak merata tekstur rambut halus, tidak ada lesi pada kulit kepala, warna kuku transparan, tidak ada kotoran pada kuku.

(f) Sistem Perkemihan

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

(g) Sistem Persarafan

❖ Nervus I (*Olfactorius*)

Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih, dan kopi

❖ Nervus II (*Opticus*)

Fungsi penglihatan baik, dibuktikan dengan klien dapat membaca dengan baik papan nama perawat pada jarak 1 cm

❖ Nervus III (*Oculomotoris*)

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

❖ Nervus IV (*Troclearis*)

Klien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan kebawah.

❖ Nervus V (*Abdusen*)

Klien dapat menggerakkan matanya ke samping kiri dan kanan.

❖ Nervus VI (*Trigeminus*)

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

❖ Nervus VII (*Facialis*)

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

❖ Nervus VIII (*Vestibulocochlear*)

Fungsi pendengaran klien baik, dibuktikan klien dapat bisa mengulang apa yang perawat ucapkan jarak 1 meter serta bisa mendengar detikkan jarum jam.

❖ Nervus IX (*Glosopharingeus*)

Refleks menelan klien baik

❖ Nervus X (*Vagus*)

Refleks muntah (gag reflex) klien baik, klien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

❖ Nervus XI (*Accesorius*)

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

❖ Nervus XII (*Hipoglossus*)

Klien mampu menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

(h) Sistem Penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris, konjungtiva merah muda, mata tampak sayu, sclera putih, refleks pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, lensa pada mata tampak jernih tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada sekitar mata.

(i) Sistem Pendengaran

Bentuk telinga dan letak telinga kiri dan kanan simetris, telinga tampak sedikit kotor, tampak terdapat serumen dalam 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.

(j) Sistem Muskuloskeletal

Pada ekstremitas atas tangan tampak simetris, tidak terdapat lesi, tangan sebelah kiri terpasang infus Assering 20 tetes/menit, jumlah jari lengkap, ekstremitas atas dapat digerakkan 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.

Ekstremitas bawah kaki tampak simetris, tidak terdapat lesi, jumlah jari lengkap, ekstremitas bawah dapat digerakkan 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

5	5
5	5

kedua ekstremitas bawah.

f) Data Psikologis

(1) Status Emosi

Status emosi Tn. D stabil dan kooperatif ketika diajak bicara

(2) Konsep Diri

(a) Citra Tubuh / *Body Image*

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

(b) Identitas Diri

Klien mengatakan dirinya bernama Tn. D, berjenis kelamin laki-laki yang berumur 41 tahun. Klien merasa puas dan bangga jadi seorang laki-laki.

(c) Peran Diri

Klien seorang suami dan ayah, klien memiliki seorang istri bernama Ny. A dan memiliki 2 orang anak. Dalam

keluarganya Tn. D berperan sebagai suami, ayah dan sekaligus tulang punggung bagi keluarganya.

(d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya sekarang agar bisa beraktivitas dan bekerja seperti sebelumnya. Klien mengatakan saat yakin bisa sembuh dan melewati fase hidupnya sekarang.

(e) Harga Diri

Klien mengatakan merasa malu dan minder dengan kondisinya sekarang, namun klien berusaha untuk tabah dan menganggap kondisinya sekarang sebagai ujian dalam hidupnya.

(3) Mekanisme Koping

Klien terbuka ketika memiliki masalah dan bisa menceritakan masalahnya kepada istrinya. Istri dan anak klien merupakan orang terdekat yang selalu memberikan dukungan emosional untuk kesembuhannya.

(4) Tingkat Kecemasan

Saat dikaji klien merasa cemas dengan kondisinya sekarang. Semenjak sakit klien sering mengeluh dan khawatir karena tidak dapat bekerja untuk menafkahi keluarganya.

g) Data Sosial

(1) Pola Interaksi

Klien berinteraksi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat dan klien yang lain. Selama pengkajian klien kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik

(2) Gaya Komunikasi

Klien berasal dari suku Sunda dan berkomunikasi menggunakan bahasa Sunda dan Indonesia. Klien dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat dan klien yang lain.

h) Data Spiritual

(1) Konsep Ketuhanan

Klien mengatakan dirinya beragama islam dan meyakini adanya Tuhan dalam agamanya yaitu Allah SWT. Klien mengatakan bahwa kondisinya sekarang merupakan ujian dari Allah SWT karena masih lalai dalam melaksanakan kewajibannya sebagai seorang muslim. Klien yakin bahwa setiap ujian pasti akan berakhir.

(2) *Sense Of Trasendence*

Klien mengatakan melalui penyakitnya sekarang, Tn. D semakin sadar bahwa Allah kuasa. Klien mengatakan hanya kepada Allah klien berdoa untuk memohon kesembuhan atas penyakitnya sekarang. Klien mengatakan hanya bisa berikhtiar dan berdoa untuk kesembuhanya dan selebihnya menyerahkan kepada sang maha kuasa.

(3) Falsafah Hidup

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

i) Pola Aktifitas Sehari-hari

Tabel 3.1. Pola Aktifitas sehari – hari

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Nutrisi :		
	a. Makan		
	Jenis	Nasi, lauk pauk	Bubur
	Frekuensi	3x/hari	2x/ Hari
	Porsi	1 Porsi	½ Porsi
	Cara	Mandiri	Mandiri
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	5-7 gelas	3 Gelas
	Jumlah	2 Liter	1,2 Liter 3
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Mandiri
2	Eliminasi :		
	a. BAB		
	Frekuensi	2x/hari	1x/hari

Konsistensi	Lembek	Lembek
Warna	Khas feses	Khas feses
Bau	Khas feses	Khas feses
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Cara	Mandiri	Mandiri
b. BAK		
Frekuensi	4-5x/hari	4x/hari
Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
Bau	Khas urine	Khas urine
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Cara	Mandiri	Mandiri
3 Istirahat Tidur		
a. Tidur Siang		
Waktu	2 Jam/ hari	1 Jam/hari
Kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
Keluhan	Tidak ada	Sering terbangun
b. Tidur Malam		
Waktu	7-8 jam/hari	3 - 4jam/hari
Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
Keluhan	Tidak ada	Sering terbangun karena demam

j) Pemeriksaan Penunjang

Nama Klien : Tn. D

Tanggal Lahir : 23.08.1984

Tanggal Pemeriksaan : 25 April 2025

No. RM :000241447

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
-------------	-------	---------------	--------

HEMATOLOGI

T Hemoglobin	15,0	Pria = 14 - 18	gr/dl
a		Wanita = 12 – 16	
b Leukosit	6.000	4.000 – 10.000/m ³	per mm ³
c LED		< 10 mm	mm/1 jam
d l		< 20 mm	
Trombosit	202.000	150.000 - 450.000	per mm ³
Hematokrit		35 - 45	%
3 Eritrosit	49,4	4,5 – 6,0	Juta/mm ³
Hitung Jenis Leukosit		0-1/1-4/3-5/40-70/20-40/2-40	-
2 NLR			-
Golongan Darah			-
Bleeding Time		1 - 3 Menit	Menit
Clothing Time		5 - 15 Menit	
H MCV		80 - 100	Fl
a MCH		26 - 34	Pg
b MCHC		32 - 36	%

IMUNO SEROLOGI

Widal

Salmonella Typhi O	1/320	Negatif
Salmonella Typhi AO	1/80	Nagatif
P Salmonella Typhi BO	1/80	Negatif
a Salmonella Typhi CO	1/160	Negatif
Salmonella Typhi H	1/80	Negatif
Salmonella Typhi AH	1/320	Negatif
Salmonella Typhi BH	1/80	Negatif
r Salmonella Typhi CH	1/80	Negatif

iksaan Laboratorium

k) Terapi Obat

Tabel 3.3. Terapi Obat

No	Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Fungsi
1	Assering	20 tpm	Intravena	Assering infus termasuk kedalam larutan yang digunakan untuk menyeimbangkan elektrolit. Untuk membantu mencukupi gizi dan nutrisi, serta mengatasi dehidrasi.
2	Paracetamol	3x500 mg	Intravena	Megatasi demam atau nyeri pada klien yang tidak bisa minum obat atau menggunakan paracetamol rektal.
3	Omeprazole	1x40 mg	Intravena	Menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung. Dengan cara kerja tersebut, obat inidapat mengurangi gejala iritasi dinding lambung, seperti nyeri ulu hati, mual dan kembung.

l) Analisa Data

Tabel 3.4. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS :	Masuknya Salmonella Typhi	D.0130
	a.Klien mengeluh demam pada saat sore hari menjelang malam hari disertai menggigil,	kedalam usus halus/	
	b.Demam bertambah bila klien banyak melakukan pergerakan,	↓	Hipertermi
	c.Demam berkurang bila diberi kompres hangat dan obat penurun demam.	Melepakan dari bakteri	
	d.Klien mengatakan demam yang dirasakan seperti panas terbakar dengan suhu mencapai 39,0°C,	↓	
	e.Demam yang dirasakan sampai membuat klien tidak mampu melakukan aktifitas sendiri,	Mestimulasi penyebab sitokin	
	f.Demam dirasakan hilang timbul dan meningkat bila waktu sore menjelang malam.	(Interleukin II)	
		↓	

DO : 1. Suhu tubuh klien 39°C 2. Mukosa bibir klien kering 3. Akral panas 4. CRT <3 Detik 5. Klien tampak mengigil 6. TTV : • TD : 90/70 mmHg • Nadi : 90x/menit • Suhu : 39,0°C • Respirasi : 20x/menit	Meningkatkan <i>set point</i> hypothalamus sebagai pusat termuregulator ↓ Peningkatkan suhu tubuh ↓ Demam ↓ Hipertermi
2 DS: a. Klien mengatakan tidak nafsu makan b. Klien mengatakan makan habis ½ porsi c. Klien mengatakan adanya mual d. Klien mengatakan berat badan menurun e. Klien mengatakan lidah terasa pahit DO: a. Porsi makan klien tidak habis b. Klien tercium bau mulut c. Klien menghabiskan makannya hanya ½ porsi d. Lidah klien tampak kotor e. BB sebelum sakit : 50 kg f. BB sesudah sakit : 48 kg	Infeksi Salmonella ↓ Stimulasi saraf otonom (Saraf Parasimpatis) ↓ Meningkatkan aktivitas saluran pencernaan ↓ Meningkatnya produksi hipersekresi asam lambung ↓ Hiperasiditas (Berlebihan asam lambung) ↓ Mual / Muntah ↓ Tidak nafsu makan ↓ Defisit Nutrisi

3	DS :	Terjadi penurunan nafsu makan	D. 0056
	a. Klien mengatakan belum dapat melakukan aktivitasnya	↓	Intoleransi Aktivitas
	b. Klien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga	Suplai Nutrisi ke sel menurun	
	DO :	↓	
	a. Klien tampak lemah	Terjadinya proses ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan nutrien ke sel untuk proses metabolisme	
	b. Klien tampak berbaring di tempat tidurnya	↓	
	c. Aktivitasnya klien tampak dibantu keluarga	Metabolism terganggu	
		↓	
		Pembentukan ATP (adenosine trifosfat) menurun dalam sel proses kunci untuk menjadikan energi bagi berbagai aktivitas seluler	
		↓	
		Pembentukan ATP menurun	
		↓	
		Aktivitas terbatas/tidak toleran	
		↓	
		Intoleransi Aktivitas	
4	DS:	Salmonella Typhi	D.0055
	a. Klien mengeluh tidurnya tidak nyenyak	↓	Gangguan Pola Tidur
	b. Klien mengatakan sering terbangun di malam hari	Mengeluarkan mediator kimia nyeri	
	DO:	↓	
	a. Mata klien tampak sayu	Merangsang saraf simpatis	
	b. Klien tampak lemas	↓	
		Nyeri dipersepsikan	
		↓	

Mengaktifkan RAS (*Reticulo Activating System*) sebagai pusat jaga di formatio retikularis



Klien terjaga



Pola tidur klien terganggu



Gangguan pola tidur

2. Diagnosa Keperawatan yang Muncul Berdasarkan Prioritas Masalah

- a. Hipertermi berhubungan dengan teraktivasinya pusat termoregulasi di hipotalamus dibuktikan dengan:

DS :

- 1) Klien mengeluh demam pada saat sore hari menjelang malam hari disertai menggigil,
- 2) Demam bertambah bila klien banyak melakukan pergerakan,
- 3) Demam berkurang bila diberi kompres hangat dan obat penurun demam.
- 4) Klien mengatakan demam yang dirasakan seperti panas terbakar dengan suhu mencapai 39,0°C,
- 5) Demam yang dirasakan sampai membuat klien tidak mampu melakukan aktifitas sendiri,
- 6) Demam dirasakan hilang timbul dan meningkat bila waktu sore menjelang malam.

DO :

- 1) Suhu tubuh klien 39°C
- 2) Mukosa bibir klien kering
- 3) Akral panas
- 4) CRT <3 Detik
- 5) Klien tampak mengigil
- 6) TTV :

- TD : 90/70 mmHg
- Nadi : 90x/menit
- Suhu : 39,0°C
- Respirasi : 20x/menit

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan meningkatnya sekresi asam lambung
dibuktikan dengan :

DS :

- 1) Klien mengatakan tidak nafsu makan
- 2) Klien mengatakan mengeluh mual
- 3) Klien mengeluh berat badannya menurun
- 4) Klien mengeluh lidah terasa pahit

DO :

- 1) Nafsu makan klien menurun
- 2) Klien tercium bau mulut
- 3) Lidah klien tampak kotor
- 4) Membran mukosa pucat
- 5) Porsi makan habis ½ porsi

6) BB sebelum sakit : 50 kg

7) BB sesudah sakit : 48 kg

c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak simbangan antara suplai nutrisi dengan kebutuhan sel untuk proses metabolisme dibuktikan dengan:

DS :

1) Klien mengatakan belum dapat melakukan aktivitasnya

2) Klien mengatakan aktivitas sehari-harinya dibantu keluarga

DO :

1) Klien tampak lemah

2) Klien tampak berbaring di tempat tidurnya

3) Aktivitas klien tampak dibantu keluarga

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur

DS :

1) Klien mengeluh tidurnya tidak nyenyak

2) Klien mengatakan sering terbangun di malam hari

DO:

1) Mata klien tampak sayu

2) Klien tampak lemas

3. Perencanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 3.5. Perencanaan Tindakan Keperawatan

No	Perencanaan			
	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional	
1	Hipertermi berhubungan dengan teraktivitasnya pusat termoregulasi di hipotalamus ditandai dengan : DS : 1.Klien mengeluh demam pada saat sore hari menjelang malam hari disertai menggigil, 2.Demam bertambah bila klien banyak melakukan pergerakan, 3.Demam berkurang bila diberi kompres hangat dan obat penurun demam. 4.Klien mengatakan demam yang dirasakan seperti panas terbakar dengan suhu mencapai 39,0°C, 5.Demam yang dirasakan sampai membuat klien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil: 1.Klien tidak mengeluh demam 2.Suhu tubuh membaik 39,0°C menjadi 36,0°C 3.Suhu kulit membaik 4.Menggigil menurun	(I.15506) Manajemen hipertermi Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor hipertermia Terapeutik 3. Berikan pemberian cairan Assering 20 tpm dan antipiretik paracetamol 3x500 mg 4. Lakukan kompres hangat pada daerah lipatan (ketiak, leher, selangkangan) Edukasi 5. Ajarkan lakukan kompres hangat pada daerah lipatan. ketika panas tidak kunjung menurun 6. Anjurkan memakai baju tipis menyerap keringat	Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab hipertermi 2. Untuk memantau suhu klien Terapeutik 3. Untuk memberi rasa nyaman 4. Untuk klien beristirahat Edukasi 5. Untuk membantu proses penyembuhan 6. Agar tubuh klien yang tinggi dapat keluar dengan dilonggarkan baju Kolaborasi 7. Untuk mengetahui apakah ada perubahan suhu tubuh

tidak mampu melakukan aktifitas sendiri, 6. Demam dirasakan hilang timbul dan meningkat bila waktu sore menjelang malam. DO :		Kolaborasi 7. Berikan antibiotik sesuai program terapi dokter	8. Agar klien merasa nyaman dengan keadaan
1. Suhu tubuh klien 39,0°C 2. Mukosa bibir klien kering 3. Akral panas 4. CRT <3 Detik 5. Klien tampak mengigil 6. TTV : • TD : 90/70 mmHg • Nadi : 90x/menit • Suhu : 39,0°C • Respirasi : 20x/menit			
2 Defisit nutrisi berhubungan dengan meningkatnya sekresi asam lambung dibuktikan dengan : DS : 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan 2. Klien mengatakan adanya mual 3. Klien mengatakan berat badan menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi makan meningkat (½ porsi menjadi 1 porsi) 2. Nafsu makan meningkat 3. Keluhan mual berkurang	(L.03119) Manajemen Nurisi Observasi 1. Monitor status nutrisi 2. Monitor berat badan klien Terapeutik 3. Berikan air minum hangat sebelum memberikan makan 4. Berikan diet lunak TKTP sesuai program terapi diet 5. Berikan Obat Omeprazole	Observasi 1. Untuk mengetahui status nutrisi klien agar klien dapat berselera makan 2. Untuk melihat berat badan klien Terapeutik 3. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien

	4. Klien mengatakan lidah terasa pahit DO :	injek sesuai instruksi terapi dokter Edukasi	4. Untuk mengetahui risiko mual / muntah dan memaksimalkan nutrisi Edukasi
	1. Porsi makan tidak habis 2. Klien tercium bau mulut 3. Lidah klien tampak kotor 4. BB sebelum sakit: 50 Kg 5. BB sesudah sakit: 48 Kg	6. Jelaskan tentang pentingnya nutrisi selama sakit 7. Anjurkan makanan dalam kondisi hangat 8. Anjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali Kolaborasi 9. Kolaborasi dengan ahli gizi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein	5. Untuk mengetahui produksi asam lambung dan mencegah iritasi mukosa lambung 6. Untuk mengetahui beban lambung dan meningkatkan asupan kalori 7. Untuk mempertahankan intake nutrisi dan suplai nutrient ke sel Kolaborasi 8. Untuk mengetahui menu yang sesuai kebutuhan klien terhadap asupan gizi yang adekuat
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai nutrisi dengan kebutuhan sel dibuktikan dengan: DS :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Keluhan lemah	(I.05178) Manajemen Energi Observasi 1. Monitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional Terapeutik 3. Lakukan rentang gerak pasif
	1. Klien mengatakan belum dapat melakukam aktivitasnya		Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat nyaman klien selama melakukan aktivitas 2. Untuk meningkatkan massa otot dan gerak ekstremitas klien Terapeutik

	2. Klien mengatakan menurun aktivitasnya dibantu keluarganya DO :	3. Keluhan menurun lelah	4. Sediakan lingkungan nyaman stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) Edukasi	3. Untuk menunjang proses kesembuhan 4. Untuk mengetahui penyebab kelelahan Edukasi
	1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak berbaring di tempat tidurnya 3. Aktivitas klien dibantu keluarga		5. Berikan penjelasan keadaan klien dan keluarga tentang pentingnya bed rest (istirahat di tempat tidur) Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian multivitamin	5. Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyakit dan proses penyembuhan Kolaborasi 6. Untuk meningkatkan aktivitas reseptor sel dalam proses metabolisme dan pembentukan energi
4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur DS: 1. Klien mengeluh tidurnya tidak nyenyak 2. Klien mengatakan sering terbangun di malam hari DO: 1. Mata klien tampak sayu 2. Klien tampak lemas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidak menurun sulit tidur membaik 2. Keluhan sering terjaga menurun	(L.051074)) Dukungan Tidur Observasi 1. Monitor pola aktivitas dan tidur 2. Monitor faktor penanggung tidur (fisik/psikologis) 3. Monitor makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik 4. Modifikasikan lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat	Observasi 1. Untuk mengetahui gangguan pola tidur dan waktu istirahat yang tidak efektif 2. Untuk mengetahui penyebab yang dapat diatasi untuk meningkatkan kualitas tidur 3. Untuk mengetahui apakah klien memakan makanan dan minuman yang

tidur) Edukasi	mengganggu tidur Terapeutik
5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	4. Untuk menciptakan suasana yang kondusif untuk tidur nyenyak Edukasi
	5. Untuk meningkatkan kesadaran klien bahwa tidur mempercepat sembuh

4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Formatif

Tabel 3.6. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

No	DP	Hari/Tanggal/Jam	Pelaksanaan Tindakan	Evaluasi	Paraf
1	Hipertermi	Selasa, 22 April 2025 Jam. 08.10 WIB	1. Memonitor Tanda-tanda vital Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 90x/menit S : 39,0°C R : 20x/menit SPO ₂ : 99%	Jam. 09.10 WIB S : Klien mengatakan demam masih naik turun O : a. Suhu tubuh 38,0°C b. Ruang ber AC c. Klien tampak tirah baring d. Klien terpasang infus	Raisa

2. Memonitor suhu tubuh	Asserung 20 tpm
Hasil :	e. Klien diberi paracetamol IV
a. Suhu 39,0°C	f. TTV :
b. Klien tampak mengigil	TD : 110/80 mmHg
3. Memonitor hipertermi	N : 85x/menit
Hasil :	S : 38,0°C
Klien tampak suhunya belum menurun	R : 20x/menit
4. Menganjurkan klien memakai baju tipis menyerap keringat	SPO ₂ : 99%
Hasil :	A :
Klien tampak sudah memakai baju yang sudah di anjurkan	Masalah hipertermia teratasi sebagian
5. Melakukan kompres hangat pada daerah limpatan	P :
Hasil :	Lanjutkan intervensi
Klien sudah melakukan kompres hangat	
6. Menganjurkan tirah baring	
Hasil :	
Klien dapat melakukan tirah baring	
7. Berkolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena	

			Hasil :		
			Tepasang infus Assering 20 tpm dilengan kanan		
			8.Berkolaborasi pemberian obat antipiretik		
			Hasil :		
			Terpasang obat paracetamol IV		
2	Defisit Nutrisi	Jam. 08.33 WIB	1.Memonitor status nutrisi	Jam. 10.00 WIB	Raisa
			Hasil :	S :	
			a. Klien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makan	Klien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makan	
			b. Terjadi penurunan berat badan BB Sehat : 50 kg		
			BB Sakit : 48 kg	O :	
				a. Makan hanya habis ½ porsi makan	
			2.Memonitor berat badan	b. BB 48 kg	
			Hasil :	c. Klien tampak lemas	
			Berat badan 48 kg	A :	
			3.Menganjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering	Masalah defisit nutrisi belum teratasi	
			Hasil :	P :	
			Klien megatakan sudah mengerti dengan anjuran yang diberikan dan	Lanjutkan Intervensi	

akan mencobanya

4. Memberikan diet lunak TKTP sesuai program terapi diet
Hasil:

Klien sudah diberikan makanan diet sesuai program terapi

5. Berkolaborasi dengan ahli gizi
Hasil :

Klien diberi makanan sesuai kebutuhan

6. Memberikan terapi farmakologis Omeprazole injek sesuai instruksi terapi dokter
Hasil :

Obat masuk Omeprazole 2x40 mg IV

3	Intoleransi Aktivitas	Jam. 08.46 WIB	1.Memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Klien tampak lemah 2.Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Klien tampak lemah 3.Melakukan rentang gerak pasif Hasil : Klien dapat melakukan rentang gerak pasif 4.Mengajarkan melakukan aktivitas bertahap Hasil : Klien mampu melakukan aktivitas secara bertahap 5.Kolaborasi dengan dokter/ ahli gizi untuk pemberian multivitamin Hasil: Berkolaborasi dengan ahli gizi	09.00 WIB S : Klien mengatakan belum bisa beraktivitas O : 1.Klien dapat melakukan rentang gerak pasif 2.Aktivitas masih dibantu A : Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Raisa
---	-----------------------	----------------	--	--	-------

4	Gangguan Pola Tidur	Jam. 10.15 WIB	1. Memonitor pola aktivitas tidur Hasil : Klien tidur siang 30 menit-1 jam dan tidur malam 3-4 jam 2. Memonitor faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) Hasil : Klien demam tinggi suhu 39,0°C 3. Memonitor makanan dan minuman yang mengganggu tidur Hasil : Klien tidak makan makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur seperti kopi 4. Memodifikasi lingkungan Hasil : Klien mematikan lampu saat tidur 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : Klien mengerti pentingnya tidur cukup saat sakit	10.55 WIB S : 1. Klien mengeluh tidurnya tidak nyenyak 2. Klien mengatakan sering terbangun dimalam hari O : 1. Mata klien tampak sayu 2. Klien tampak lemas A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	Raisa
---	---------------------	----------------	--	---	-------

1	Hipertermi	Rabu, 23 April 2025	1.Memonitor Tanda-tanda vital Hasil :	Jam. 09.10 WIB	Raisa
		Jam. 08.20 WIB	TD : 120/80 mmHg N : 110x/menit S : 37,0°C R : 20x/menit SPO ₂ : 99%	S : Klien mengatakan demamnya sudah menurun O : 1.Suhu tubuh klien 36,0°C 2.Ruang ber AC 3.Klien tampak tirah baring 4.Terasang infus Assering 20 tpm 5.Klien diberi paracetamol IV 6.TTV : TD: 120/80 mmHg N : 110x/menit S : 36,0°C R : 20x/menit SPO ₂ : 99%	
			2.Memonitor suhu tubuh Hasil: Suhu tubuh 37,0°C		
			3.Memonitor hipertermia Hasil : Klien tampak suhunya sudah menurun		
			4.Menganjurkan klien memakai baju tipis menyerap keringat Hasil : Klien tampak sudah memakai baju yang sudah di anjurkan	A : Masalah teratasi sebagian P :	
			5.Melakukan kompres hangat pada daerah limpatan	Lanjutkan intervensi	

		Hasil : Klien sudah melakukan kompres hangat 6.Mengajarkan tirah baring Hasil : Klien dapat melakukan tirah baring 7.Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena Hasil : Tepasang infus Assering 20 tpm dilengan kanan		
2	Defisit Nutrisi	Jam. 08.35 WIB	1.Memonitor status nutrisi Hasil : Klien mengatakan menghabiskan makanannya 1 porsi 2.Memonitor berat badan Hasil : BB Sehat : 50 kg BB Sakit : 48 kg 3.Memonitor berat badan	Jam. 09.45 WIB Raisa S : Klien mengatakan menghabiskan makanannya 1 porsi O : 1.Klien menghabiskan makanannya 1 porsi sedikit demi sedikit 2.Porsi makanan yang dihabiskan sedikit meningkat A :

Hasil :	Masalah teratasi sebagian
Berat badan 48 kg	P :
4. Memberikan diet lunak TKTP sesuai program terapi diet	Lanjutkan intervensi
Hasil :	
Klien sudah diberikan makanan diet sesuai program terapi	
5. Menganjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering	
Hasil :	
Klien megatakasn sudah mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan mencobanya	
6. Berkolaborasi dengan ahli gizi	
Hasil :	
Klien diberi makanan sesuai kebutuhan	
7. Memberikan terapi farmakologis omeprazole injek sesuai program terapi dokter	
Hasil :	
Obat masuk omeprazole 2x40 mg IV	

3	Intoleransi Aktivitas	Jam. 10.45 WIB	1. Memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Klien tampak sudah tidak lemas 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Klien sudah tampak tidak lemas 3. Melakukan rentang gerak pasif Hasil : Klien mampu melakukan rentang gerak pasif 4. Menganjurkan tirah baring Hasil : Klien tampak berbaring 6. Kolaborasi dengan dokter/ ahli gizi untuk pemberian multivitamin Hasil: Berkolaborasi dengan ahli gizi	Jam. 11.30 WIB S : Klien mengatakan bisa beraktivitas sebagian O : 1. Klien dapat melakukan rentang gerak pasif 2. Klien berbaring 3. Aktivitas masih dibantu A : Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Raisa
4	Gangguan	Jam. 12.15 WIB	1. Memonitor pola aktivitas tidur	Jam. 13.10 WIB	Raisa

Pola Tidur	Hasil :	S :
	Klien tidur siang 2-1 jam dan tidur malam 4-5 jam	1. Klien mengatakan terkadang masih terbangun pada malam hari
	2. Memonitor faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis)	2. Klien mengatakan keluhan sulit tidur berkurang
	Hasil :	O :
	Klien demam tinggi suhu 37,0°C	Klien tampak sedikit lemah frekuensi tidur 4-5 jam
	3. Memonitor makanan dan minuman yang mengganggu tidur	A :
	Hasil :	Masalah teratasi sebagian
	Klien tidak makan makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur seperti kopi	P :
	4. Memodifikasi lingkungan	Intervensi dilanjutkan
	Hasil :	
	Klien mematikan lampu saat tidur dan ruang ber AC	
	5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	
	Hasil :	
	Klien mengerti pentingnya tidur cukup saat sakit	

1	Hipertermi	Kamis, 24 April 2025	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil :	Jam. 09.10 WIB	Raisa
		Jam. 08.20 WIB	TD : 120/80 mmHg N : 110x/menit S : 36,5°C R : 20x/menit SPO ₂ : 99%	S : Klien mengatakan demamnya sudah menurun O : 1. Suhu tubuh klien 36,0°C 2. Ruang ber AC 3. Klien tampak tirah baring 4. Terasang infus Assering 20 tpm 5. Klien diberi paracetamol IV 6. TTV : TD: 120/80 mmHg N : 110x/menit S : 36,0°C R : 20x/menit	
			2. Memonitor suhu tubuh Hasil: Suhu tubuh 36,5°C		
			3. Memonitor hipertermia Hasil : Klien tampak suhunya sudah		

menurun SPO₂: 99%

4. Menganjurkan klien memakai **A :**

baju tipis menyerap keringat

Hasil : Masalah teratasi sebagian

Klien tampak sudah memakai baju **P :**

yang sudah di anjurkan

Lanjutkan intervensi

5. Melakukan kompres hangat pada daerah limpatan

Hasil :

Klien sudah melakukan kompres hangat

6. Mengajarkan tirah baring

Hasil :

Klien dapat melakukan tirah baring

7. Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Hasil :

Tepasang infus Assering 20 tpm dilengan kanan

2	Defisit Nutrisi	Jam. 08.35 WIB	1. Memonitor status nutrisi Hasil : Klien mengatakan menghabiskan	Jam. 09.45 WIB S : Klien mengatakan menghabiskan	Raisa
---	-----------------	----------------	---	---	-------

makanan nya 1 porsi	makanannya 1 porsi
2. Memonitor berat badan	O :
Hasil :	1. Klien menghabiskan makanannya 1 porsi sedikit demi sedikit
BB Sehat : 50 kg	2. Porsi makanan yang dihabiskan sedikit meningkat
BB Sakit : 48 kg	A :
3. Memonitor berat badan	Masalah teratasi sebagian
Hasil :	P :
Berat badan 48 kg	Lanjutkan intervensi
4. Memberikan diet lunak TKTP sesuai program terapi diet	
Hasil :	
Klien sudah diberikan makanan diet sesuai program	
5. Menganjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering	
Hasil :	
Klien megatakasn sudah mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan mencobanya	
6. Berkolaborasi dengan ahli gizi hasil :	
Hasil :	
Klien diberi makanan sesuai	

			kebutuhan		
			7. Memberikan terapi farmakologis omeprazole injek sesuai program terapi dokter Hasil : Obat masuk omeprazole 2x40 mg IV		
3	Intoleransi Aktivitas	Jam. 10.45 WIB	1. Memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Klien tampak sudah tidak lemas 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Klien sudah tampak tidak lemas 3. Melakukan rentang gerak pasif Hasil : Klien mampu melakukan rentang gerak pasif 4. Mengajukan tirah baring Hasil : Klien tampak berbaring 5. Kolaborasi dengan dokter/ ahli gizi	Jam. 11.30 WIB S : Klien mengatakan bisa beraktivitas sebagian O : 1. Klien dapat melakukan rentang gerak pasif 2. Klien berbaring 3. Aktivitas masih dibantu A : Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Raisa

untuk pemberian multivitamin					
Hasil:					
Berkolaborasi dengan ahli gizi					
4	Gangguan Pola Tidur	Jam. 12.15 WIB	1. Memonitor pola aktivitas tidur Hasil : Klien tidur siang 2-1 jam dan tidur malam 4-5 jam 2. Memonitor faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) Hasil : Klien demam tinggi suhu 37,0°C 3. Memonitor makanan dan minuman yang mengganggu tidur Hasil : Klien tidak makan makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur seperti kopi 4. Memodifikasi lingkungan Hasil : Klien mematikan lampu saat tidur dan ruang ber AC 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup	Jam. 13.00 WIB S : 1. Klien mengatakan terkadang masih terbangun pada malam hari 2. Klien mengatakan keluhan sulit tidur berkurang O : Klien tampak sedikit lemah frekuensi tidur 4-5 jam A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	Raisa

selama sakit

Hasil :

Klien mengerti pentingnya tidur
cukup saat sakit

5. Catatan Perkembangan (Evaluasi Sumatif)

Tabel 3.7. Catatan Perkembangan

No	Diagnosa	Hari, Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Hipertermia	Kamis, 24 april 2025 Jam. 09.00 WIB	S : Klien mengatakan sudah tidak demam lagi O : 1. Suhu tubuh klien 36,0°C 2. Ruang ber AC 3. Klien tampak lebih baik 4. TTV TD : 120/80 mmHg N : 110x/menit S : 36,0°C R : 20x/menit SaO₂ : 99% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Raisa
2	Defisit Nutrisi	Jam. 09.30 WIB	S : Klien menghabiskan makanan 1 porsi O : 1. Porsi makanan yang di habiskan meningkat 2. Nafsu makan membaik A : Masalah teratasi	Raisa

			P :	
			Intervensi dihentikan	
3	Intoleransi Aktivitas	Jam. 10.10 WIB	S :	Raisa
			Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara mandiri, seperti ke kamar mandi	
			O :	
			Klien tampak mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri	
			A :	
			Masalah intoleransi aktivitas teratasi	
			P :	
			Intervensi dihentikan	
4	Gangguan Pola Tidur	Jam. 10.40 WIB	S :	Raisa
			1. Klien mengatakan sudah bisa tidur 2. Klien mengatakan sudah tidak terbangun pada malam hari	
			O :	
			1. Klien tampak membaik 2. Pola tidur klien berubah 3. Frekuensi tidur 7-8 jam	
			A :	
			Masalah pola tidur teratasi	
			P :	
			Intervensi dihentikan	

B. Pembahasan

Pembahasan ini dalam melaksanakan menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien Tn. D dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Typhus Abdominalis di ruang rawat inap Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut dengan membandingkan antara teori dengan praktik lapangan. Asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan dimulai dengan pengkajian, perumusan masalah diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian ditemukan data keluhan utama demam pada saat sore hari menjelang malam hari klien hanya dirawat dirumah dengan kompres dingin di dahi namun demam tidak turun-turun lalu di bawa ke RS TK.IV Guntur Garut dengan hasil diagnosa medis Typhus Abdominalis dibuktikan dengan hasil laboratorium terdapat *Salmonella Typhi* O 1/320 serta *Salmonella Typhi* H 1/80 dan suhu tubuh mencapai 39,0°C. Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 22 April 2025 pukul 09.00, klien mengeluh demam disertai menggigil, demam turunsebelum masuk ketika klien diberi kompres hangat dan obat penurun demam, dengan suhu mencapai 39,0°C dan demam dirasakan hilang timbul pada waktu sore menjelang malam. Berdasarkan hasil pengkajian juga didapatkan data, klien mengeluh mual tanpa ingin muntah, disertai nyeri ulu hati, pusing, tidak nafsu makan, lidah terasa pahit, penurunan berat badan 2 kg selama sakit. Klien juga mengeluh sulit tidur karena demam

yang dirasakannya disertai lemas sehingga aktivitasnya dibantu. Adapun selain hasil laboratorium ada hasil pemeriksaan antropometri dan tanda-tanda vital tekanan BB Sehat: 50 kg (BMI= 19,29), BB Sakit: 48 kg (BMI= 18,52), TB: 161 Cm, TD: 90/70 mmhg, N: 80x/menit, S: 39,0°C, R: 20x/menit, SPO₂ : 99%. Pada pemeriksaan fisik terdapat faktor masalah yaitu pertama suhu tubuh klien 39,0°C serta klien mengatakan demam disertai menggigil yang hilang timbul di waktu sore menjelang malam, yang kedua klien tidak nafsu makan disertai mual, yang ketiga klien tampak lemah serta klien mengatakan belum dapat melakukan aktivitas nya, dan yang keempat klien mengeluh tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun di malam hari.

Typhus Abdominalis disebabkan oleh infeksi bakteri *Salmonella Typhi*, memicu berbagai respons kompleks dalam tubuh yang bermanifestasi sebagai gejala khas. Demam adalah salah satu gejala utama, muncul ketika bakteri melepaskan endotoksin dari dinding selnya. Endotoksin ini merangsang sel-sel kekebalan seperti makrofag untuk melepaskan sitokin pro-inflamasi (misalnya, Interleukin-1 (IL-1), Interleukin-6 (IL-6), dan Tumor Necrosis Factor-alpha (TNF- α)). Sitokin ini kemudian memengaruhi hipotalamus di otak, yang mengatur suhu tubuh, menyebabkan peningkatan titik setel suhu dan memicu demam tinggi, seringkali dengan pola *step-ladder* (meningkat secara bertahap setiap hari) (Hinkle & Cheever, 2022).

Berdasarkan hasil pengkajian status nutrisi klien mual dan muntah pada typhus abdominalis timbul dari beberapa mekanisme. Pertama, bakteri *Salmonella Typhi* secara langsung menginfeksi dan menyebabkan peradangan pada saluran pencernaan, khususnya di usus halus pada area Peyer's patches, yang secara refleks dapat memicu mual dan keinginan untuk muntah. Kedua, efek toksin yang dilepaskan bakteri juga berperan; endotoksin dapat secara langsung atau tidak langsung memengaruhi chemoreceptor trigger zone di otak, yang kemudian merangsang pusat muntah. Terakhir, demam tinggi dan kondisi sakit umum akibat infeksi sistemik juga berkontribusi pada gejala gastrointestinal ini sehingga menyebabkan menurunnya nafsu makan. (WHO, 2023).

Rasa lemas atau kelelahan ekstrem adalah keluhan yang sangat umum pada penderita demam tifoid dan merupakan hasil dari kombinasi faktor. Respons inflamasi sistemik yang luas, yang juga melibatkan pelepasan sitokin pro-inflamasi, menguras energi tubuh karena berfokus pada perlawanan terhadap infeksi, sehingga menyebabkan rasa lelah dan malaise yang mendalam. Selain itu, demam tinggi yang berkepanjangan secara terus-menerus meningkatkan metabolisme tubuh dan menghabiskan cadangan energi. Ditambah lagi, gangguan nutrisi akibat mual, muntah, dan kehilangan nafsu makan dapat menyebabkan asupan kalori dan nutrisi yang tidak adekuat,

semakin memperparah kelemahan dan lesu. Dehidrasi akibat demam dan muntah juga berkontribusi pada kondisi ini (Hinkle & Cheever, 2022).

Kesulitan tidur atau gangguan pola tidur pada penderita demam tifoid disebabkan oleh berbagai ketidaknyamanan. Demam tinggi membuat Klien merasa sangat tidak nyaman, gelisah, dan sulit untuk mencapai atau mempertahankan fase tidur nyenyak. Nyeri fisik, seperti nyeri kepala, nyeri otot, atau nyeri perut yang umum pada tifoid, juga dapat mengganggu kemampuan untuk beristirahat. Selain itu, gangguan pencernaan seperti mual, muntah, atau perubahan pola buang air besar (diare/konstipasi) bisa menyebabkan ketidaknyamanan yang mengganggu tidur. Faktor psikologis seperti kecemasan dan stres akibat kondisi sakit yang parah dan ketidakpastian prognosis juga dapat meningkatkan kesulitan tidur (Hinkle & Cheever, 2022). Pada tahap pengkajian data yang ditemukan penulis dilapangan pada saat pengkajian ditemukan masalah hipertermi, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

Typhus Abdominalis adalah penyakit infeksi akut sistemik yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Enterica Serovar Typhi* (sering disingkat *Salmonella Typhi*). Penyakit ini umumnya menyerang saluran pencernaan, khususnya usus halus, namun bakteri dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui aliran darah, menyebabkan demam berkepanjangan dan berbagai gejala lainnya. Penularannya terjadi melalui rute fekal-oral, yaitu ketika

makanan atau air terkontaminasi feces atau urin orang yang terinfeksi dikonsumsi oleh individu sehat. (CDC, 2025 dan WHO, 2023).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI, Zurimi, (2017), masalah keperawatan pada klien yang mengidap typhus abdominalis terdapat 7 diagnosa yang mungkin muncul yaitu:

- a. Hipertermia berhubungan dengan teraktivitasnya pusat termoregulasi di hipotalamus.
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan meningkatnya sekresi asam lambung.
- c. Nyeri Akut berhubungan dengan inflamasi pada saluran cerna (terutama usus halus), respons sistemik terhadap infeksi, dan kemungkinan nyeri kepala akibat demam tinggi.
- d. Diare berhubungan dengan inflamasi usus oleh *Salmonella Typhi*, perubahan motilitas usus, dan efek toksin bakteri.
- e. Risiko Defisit Volume Cairan berhubungan dengan demam tinggi, mual, muntah, diare, dan penurunan asupan cairan.
- f. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai nutrisi dengan kebutuhan sel untuk proses metabolisme.
- g. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Masalah keperawatan yang ditemukan penulis tidak sepenuhnya sesuai dengan teori yang ada. Penulis tidak menetapkan seluruh diagnosis pada kasus Tn. D karena perumusan masalah keperawatan disesuaikan dengan keluhan, data

yang didapatkan dari klien, serta hasil pemeriksaan fisik dan observasi yang muncul pada Tn. D yaitu:

- a. Hipertermi berhubungan dengan teraktivitasnya pusat termoregulasi di hipotalamus.
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung.
- c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak simbangan antara suplai nutrisi dengan kebutuhan sel untuk proses metabolisme.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan fase krusial dalam proses keperawatan yang mengikuti perencanaan. Setelah diagnosis keperawatan ditetapkan dan tujuan serta hasil yang diharapkan dirumuskan, perawat melanjutkan dengan memilih dan melaksanakan tindakan spesifik yang akan membantu klien mencapai tujuan tersebut. Menekankan bahwa intervensi keperawatan adalah setiap perlakuan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil Klien (Kozier & Erb., 2021).

Perencanaan keperawatan yang dilakukan oleh penulis didasarkan pada prioritas masalah yang muncul, penulis dapat menyusun perencanaan karena adanya partisipasi dari klien dan keluarga dalam perencanaan yang dilakukan pada klien. Penulis tidak ada hambatan yang berarti perencanaan disusun

berdasarkan teoritis dengan menentukan masalah keperawatan. Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan teraktivitasnya pusat termoregulasi di hipotalamus dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: suhu tubuh membaik 39,0°C menjadi 36,5°C, suhu kulit membaik, menggigil menurun. Rencana tindakan keperawatan meliputi; monitor suhu tubuh, monitor hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, memakai baju tipis menyerap keringat, lakukan kompres hangat pada daerah lipatan (ketiak, leher, selangkangan), anjurkan tirah baring, latih dan ajarkan kompres hangat, berikan cairan dan elektrolit intravena paracetamol.

Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan untuk masalah defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: frekuensi makan meningkat ($\frac{1}{2}$ porsi menjadi 1 porsi), nafsu makan meningkat, keluhan mual berkurang. Rencana tindakan keperawatan meliputi monitor status nutrisi, monitor makanan yang disukai, monitor berat badan Klien, monitor terhadap adanya mual, anjurkan Klien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali, berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik, berikan porsi makan sedikit tapi sering, sajikan makanan dengan keadaan hangat, berikan air minum hangat sebelum memberikan makan, berikan obat omeprazole injek sesuai program terapi

dokter, jelaskan tentang pentingnya nutrisi selama sakit, kolaborasi dengan ahli gizi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein.

Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan untuk masalah intoleransi aktivitas dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lemah menurun keluhan lelah menurun. Rencana Tindakan keperawatan meliputi monitor gangguan fungsi tubuh yang megakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, lakukan rentang gerak pasif, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), ajarkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan untuk masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidak menurun sulit tidur membaik, keluhan sering terjaga menurun. Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan meliputi monitor pola aktivitas dan tidur, monitor faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), monitor makanan dan minuman yang mengganggu tidur modifikasikan lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

4. Implementasi Keperawatan

Penulis melaksanakan tahap implementasi keperawatan pada Tn. D tanggal 24 April 2025, rencana keperawatan yang dilaksanakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar klien. Proses ini berjalan lancar karena klien dan keluarga sangat kooperatif. Penulis tidak mendapat hambatan karena klien dan keluarga kooperatif.

Implementasi untuk mengatasi masalah hipertermi, penulis melakukan pelaksanaan pada Tn. D dengan tindakan perencanaan dengan memonitor suhu tubuh, memonitor hipertermia, menyediakan lingkungan yang dingin, memakai baju tipis menyerap keringat, melakukan kompres hangat pada daerah lipatan (ketiak, leher, selangkangan), menganjurkan tirah baring, melatih dan ajarkan kompres hangat, memberikan cairan dan elektrolit intravena paracetamol. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari dengan melakukan kompres hangat pada daerah lipatan (ketiak, leher, selangkangan) dan menganjurkan tirah baring, dan diberikan obat paracetamol 3x500 mg, demam yang dirasakan klien berkurang, suhu tubuh klien 36,5°C, suhu kulit membaik, dan klien mengatakan sudah tidak menggigil.

Implementasi untuk mengatasi masalah defisit nutrisi yaitu; memonitor status nutrisi, memonitor makanan yang disukai, memonitor berat badan klien, memonitor terhadap adanya mual, menganjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali, memberikan makanan alam kondisi

hangat dan menarik, memberikan porsi makan sedikit tapi sering , menyajikan makanan dengan keadaan hangat, memberikan air minum hangat sebelum memberikan makan, memberikan omeprazole 1x40 mg via IV, menjelaskan tentang pentingnya nutrisi selama sakit, berkolaborasi dengan ahli gizi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari dengan melakukan menganjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali, memberikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik, memberikan porsi makan sedikit tapi sering, menyajikan makanan dengan keadaan hangat, memberikan air minum hangat sebelum memberikan makan, memberikan omeprazole 1x40 mg via IV, menjelaskan tentang pentingnya nutrisi selama sakit, berkolaborasi dengan ahli gizi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein. Klien menghabiskan makanan 1 porsi, porsi makanan yang di habiskan meningkat, dan nafsu makan membaik.

Implementasi untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas yaitu; memonitor gangguan fungsi tubuh yang megakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, melakukan rentang gerak pasif, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), mengajarkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari dengan memonitor kelelahan

fisik dan emosional, melakukan rentang gerak pasif, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), mengajarkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara mandiri, seperti ke kamar mandi dan klien tampak mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri.

Implementasi untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur penulis melakukan pelaksanaan pada Tn. D dengan tindakan perencanaan dengan memonitor pola aktivitas dan tidur, memonitor faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), memonitor makanan dan minuman yang mengganggu tidur, memodifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur), menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari memonitor pola aktivitas dan tidur, memonitor faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), memonitor makanan dan minuman yang mengganggu tidur, memodifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur), menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Klien mengatakan sudah bisa tidur dan mengatakan sudah tidak terbangun pada malam hari, klien juga tampak membaik, pola tidur klien berubah, frekuensi tidur klien 7-8 jam.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi keperawatan terhadap tiga masalah keperawatan yang muncul pada Tn. D antara lain :

- a. Hipertermi berhubungan dengan teraktivasinya pusat termoregulasi di hipotalamus klien mengatakan bahwa demam yang dirasakan klien berkurang, suhu tubuh klien $36,5^{\circ}\text{C}$, suhu kulit membaik, dan klien mengatakan sudah tidak menggigil. Klien tampak terlihat tenang, klien bersemangat untuk sehat dan selalu kooperatif selama proses perawatan sehingga penulis dapat mudah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan sehingga masalah keperawatan klien bisa teratasi.
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung bahwa klien bisa menghabiskan makanan 1 porsi yang diberikan oleh ahli gizi, porsi makanan yang di habiskan meningkat, dan klien mengatakan nafsu makan membaik. Klien dan keluarga tampak kooperatif sehingga penulis dapat mudah melakukan pelaksanaan keperawatan dengan hasil yang teratasi.
- c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelelahan klien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara mandiri, seperti ke kamar mandi dan klien tampak mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri. Klien tampak tenang dan keluarga tampak kooperatif sehingga masalah keperawatan klien bisa teratasi.

- d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur klien mengatakan sudah bisa tidur dan mengatakan sudah tidak terbangun pada malam hari, klien juga tampak membaik, pola tidur klien berubah, frekuensi tidur klien 7-8 jam sehingga masalah keperawatan klien bisa teratasi.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan proses asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan sistem pencernaan akibat Typhus Abdominalis di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut:

1. Pada tahap pengkajian ditemukan data fokus pada Tn. D berupa demam, tidak mau makan disertai muntah, pasien lemah, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun.
2. Masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. D meliputi; hipertermi, defisit nutrisi, intoleransi aktifitas, dan gangguan pola tidur .
3. Rencana tindakan keperawatan didasarkan kepada teori dan memodifikasi tindakan keperawatan dengan melihat kondisi / respon klien dan mengikutsertakan keluarga pasien.
4. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini pada umumnya telah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Dalam tahap pelaksanaan ini penulis menerapkan pengetahuan dan keterampilan berdasarkan teori yang mendasari kasus ini. Asuhan keperawatan diberikan secara berkesinambungan dan terus menerus, penulis selalu bekerjasama dengan

5. perawat ruangan, pasien dan keluarga. Adapun faktor pendukung keberhasilan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain dengan penulis.
6. Evaluasi hasil dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada Tn. D, seluruh masalah keperawatan yang muncul tertasi. Evaluasi proses dilakukan dengan cara penulis menilai jalannya proses keperawatan sesuai dengan situasi, dan kebutuhan pasien. Sedangkan evaluasi hasil mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis dalam rencana keperawatan pasien.

B. Rekomendasi

1. Untuk Institusi Pendidikan

Penulis memberikan saran agar mengusahakan literatur atau buku - buku sumber yang berkaitan, khususnya buku sumber asuhan keperawatan yang mengacu pada pendekatan kebutuhan dasar manusia baik dalam perawatannya maupun teorinya.

2. Untuk Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan perlu terus ditingkatkan guna tercapainya pelayanan keperawatan yang berkualitas. Selain itu, perlu juga ditingkatkan hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan kepercayaan sehingga akan mempermudah dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief, M., Made Wirka, I., & Setyawati, T. (2020). Ileus Obstruktif: Case Report. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 2(1), 41–44.
- Budi, D. (2024). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Meningkatnya Penyakit Typoid Fever Dirumah Sakit Prima Bhakti Wara Tahun 2024. *jurnal penelitian keperawatan*, 328-341.
- Dictara, A. A., Angraini, D. I., & Musyabiq, S. (2018). Efektivitas Pemberian Nutrisi Adekuat dalam Penyembuhan Luka Pasca Laparotomi Effectiveness of Adequate Nutrition in Wound Healing Post Laparotomy. *Majority*, 7(71), 249–256.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat. (2023). *Prevalensi Penyakit Tifoid Jawa Barat*
- Doenges, M. E., Moor house, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans*. In *Usa* (10th ed.).
- Ellji, D. (2020). Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Demam Typoid pada Mahasiswa Keperawatan. *fakultas keperawatan universitas klabat*.
- Farhan, Zahara dan Ratnasari, Devi. (2018). *Fatofisiologi Keperawatan*. Bandung: Manggu Makmur Tanjung Lestari.
- Habiba, U. (2021). *Prosedur Pemeriksaan Radiografi Abdomen Proyeksi Lld Pada Kasus Ileus Obstruktif Di Instalasi Radiologi IGD RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau* https://respository.stikesawalbropekanbaru.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/43/18002038_UMMU_HABIBA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hadi, M.I. (2019). *Imunodiagnostik Pada Bakteri Dan Jamur*. taman sidoharjo: zifatama jawara.
- Hidayat, A. Aziz Alimul dan Musrifatul Iliyah. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Salemba Medika. Jakarta.
- Ida Ratna, N. (2015). Super Top No.1 Target Lulus UKDI (Uji Kompetensi Dokter). Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia. Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC NOC*. Mediacon Jogjakarta.
- 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*.

Indrayani, M. N. (2013). *Diagnosis dan Tata Laksana Ileus Obstruktif. SMF Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1–21.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) 2018*. Diakses melalui depkes.go.id/nasional/public diakses Tanggal 17 Juni 2024.

-----, 2023. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2022*. Jakarta: Kemenkes RI; 2019. <https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure->

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, diakses dari <http://www.pdpersi.co.id/peraturan/kepmenkes/kmk3642006.pdf>. Diakses tanggal 04 Juni 2024.

Lestari, Titik. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha medika.

Muttaqin, Arief. 2017. *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika. Jakarta.

Nanda. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Edisi 10 EGC. Jakarta.

Ningrum, T. P., Mediani, H. S., & H.P, C. I. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Wound Dehiscence pada Pasien Post Laparatomi. *Jurnal keperawatan Padjajaran*,5(2).<https://doi.org/10.24198/jkp.v5i2.455>

Nurarif. A.H. dan Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*.Jogjakarta :Medication.

Padila. 2013. *Perawatan Propesional jilid 2*. Salemba Medika. Jakarta.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Cetakan III. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Jakarta.

-----, 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Cetakan II. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Jakarta.

-----, 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Cetakan II. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Jakarta.

Price Sylvia A, Wilson Lorraine M. (2015). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6 Volume 1 (6th ed.). EGC. Jakarta.

Rahmayati, E., Hardiansyah, R., & Nurhayati, N. (2018). Pengaruh Aromaterapi Lemon terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Laparatomi. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 427. <https://doi.org/10.26630/jk.v9i3.1138>.

Sari, k. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Mrdikal Bedah*. jambi: nursafitri

Silpia, W., Nurhayati, N., & Febriawati, H. (2021). the Effectiveness of Hand Massage Therapy in Reducing Pain Intensity Among Patients With Post-Laparatomy Surgery. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 4(1), 212–218. <https://doi.org/10.33369/jvk.v1i4.15859>

Smeltzer, C, Suzanne, and Bare, G, Brenda. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Alih Bahasa Kuncara. H. Y. dkk., Jakarta. EGC.

World Health Organization. 2018. *Typhoid and other invasive salmonellosis*. <https://www.who.int/> diakses tanggal 04 Juni 2022.

Yulisetyaningrum, Prihatiningsih, E., Suwarto, T., & Budiani, (2021). Hubungan Mobilisasi Dini Dengan kesembuhan luka Pada Pasien Pasca Laparatomy Di RSUD dr. Loekmonohadi Kudus. *The 13th University Research Colloquium*, 2013, 269.

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

**PENERAPAN KOMPRES HANGAT UNTUK MENURUKAN DEMAM PADA
PASIEN DEMAM TYPHOID DEWASA**



Di susun Oleh:

RAISA ULFADILAH

KHGA22066

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

2025

Pokok bahasan : Demam Typhoid
Sub pokok bahasan : Demam Typhoid
Hari / tanggal : 24 April 2025
Waktu : 30 menit
Tempat : Rumah Sakit AD TK/IV 03.07.04 Guntur Garut
Sasaran : Pasien dan Keluarga
Penyuluh : Raisa Ulfadilah

A. Latar Belakang

Angka kejadian demam tifoid (*typhoid fever*) diketahui lebih tinggi pada negara yang sedang berkembang di daerah tropis, sehingga tak heran jika demam tifoid atau tifus abdominalis banyak ditemukan di negara kita. Di Indonesia sendiri, demam tifoid masih merupakan penyakit endemik dan menjadi masalah kesehatan yang serius. Demam tifoid erat kaitannya dengan higiene perorangan dan sanitasi lingkungan.

Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan jumlah kasus demam tifoid di seluruh dunia mencapai 16-33 juta dengan 500-600 ribu kematian tiap tahunnya. Demam tifoid merupakan penyakit infeksi menular yang dapat terjadi pada anak maupun dewasa. Anak merupakan yang paling rentan terkena demam tifoid, walaupun gejala yang dialami anak lebih ringan dari dewasa. Di hampir semua daerah endemik, insidensi demam tifoid banyak terjadi pada anak usia 5-19 tahun.

Perbedaan antara demam tifoid pada anak dan dewasa adalah mortalitas (kematian) demam tifoid pada anak lebih rendah bila dibandingkan dengan dewasa.

Risiko terjadinya komplikasi fatal terutama dijumpai pada anak besar dengan gejala klinis berat, yang menyerupai kasus dewasa. Demam tifoid pada anak terbanyak terjadi pada umur 5 tahun atau lebih dan mempunyai gejala klinis ringan.

Oleh karena itu, saya mengambil promosi kesehatan tentang typhoid di ruang Tulip Rumah Sakit AD TK/IV Guntur Garut

B. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah dilakukan penyuluhan atau pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga selama 30 menit, diharapkan dapat memahami tentang “Demam Typhoid”

C. Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah dilakukan penyuluhan atau pendidikan kesehatan pada keluarga selama 30 menit, diharapkan keluarga Tn. D dapat menjelaskan:

1. Mengetahui pengertian Demam Thypoid
2. Mengetahui tanda dan gejala Demam Thypoid
3. Mengetahui penyebab Demam Thypoid
4. Megetahui cara pencegahan Demam Thypoid
5. Mengetahui cara pengobatan Demam Thypoid
6. Mengetahui pengertian kompres hangat
7. Mengetahui manfaat kompres hangat
8. Mengetahui cara pemberian kompres hangat pada pasien Demam Typoid

D. Metode : Ceramah, Diskusi

E. Media : Leaflet

F. Strategi Penyuluhan :

No.	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Pasien	
1.	Pembukaan	1. Penyuluh membuka pembicaraan, 2. Menyampaikan salam, 3. Menyapa pasien dan berkenalan 4. Menyampaikan tujuan.	1. Mendengarkan 2. Menjawab salam 3. Kooperatif 4. Mendengarkan	5 menit

2.	Inti	1. Menanyakan pengetahuan pasien tentang demam typhoid 2. Menjelaskan pengertian dari demam typhoid 3. Menjelaskan tanda dan gejala dari demam typhoid 4. Menjelaskan penyebab pada demam typhoid 5. Menjelaskan cara penanganan pada demam typhoid 6. Menjelaskan cara pengobatan 7. Menjelaskan pengertian kompres hangat 8. Menjelaskan manfaat kompres hangat 9. menjelaskan cara pemberian kompres hangat pada pasien dengan demam typhoid	1. Menjelaskan secara singkat pengetahuan audiens tentang caries dentis. 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan 5. Mendengarkan 6. Mendengarkan dan mengamati	15 menit
----	------	---	---	----------

No.	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Pasien	

3.	Penutup	1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 2. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya 3. Penyaji mengajukan pertanyaan 4. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	1. Mendengarkan 2. Mengajukan pertanyaan 3. Menjawab pertanyaan 4. Menjawab salam	10 menit
----	---------	---	--	----------

G. Evaluasi :

1. Evaluasi Struktur

- a. Menyiapkan SAP
- b. Menyiapkan materi dan media
- c. Kontrak waktu dengan sasaran
- d. Menyiapkan tempat
- e. Menyiapkan pertanyaan

2. Evaluasi Proses

Klien dan keluarga berpartisipasi selama kegiatan, lingkungan tidak bising dan pelaksanaan sesuai dengan rencana.

3. Evaluasi Hasil

Klien dan keluarga mampu menyebutkan :

- a. Pengertian demam typhoid antara 70-80 %
- b. Penyebab demam typhoid antara 60-80 %
- c. Tanda dan gejala demam typhoid 70-80 %
- d. Cara pencegahan demam typhoid 70-80 %
- e. Cara pengobatan demam typhoid 70-80 %
- f. Pengertian kompres hangat 70-80 %
- g. Manfaat kompres hangat 70-80 %
- h. Cara pemberian kompres hangat dengan benar antara 70-80 %

LAMPIRAN MATERI DEMAM THYPOID

1. Pengertian Demam Thypoid

Demam Thypoid adalah suatu penyakit infeksi sistemik bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Penyakit ini ditandai oleh panas berkepanjangan, ditopang dengan bakteremia tanpa keterlibatan struktur endotelial atau endokardial dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi ke dalam sel fagosit mononuklear dari limpa, kelenjar limfe usus dan *Peyer's patch*. Terjadinya penularan salmonella typhi sebagian besar melalui makanan / minuman yang tercemar oleh kuman yang berasal dari penderita atau pembawa kuman, biasanya keluar bersama-sama dengan tinja (melalui rute oral fekal = jalur oro-fekal).

2. Tanda dan Gejala

Masa tunas demam tifoid berlangsung 10 – 14 hari. Gejala-gejala yang timbul sangat bervariasi. Perbedaan ini tidak saja antara berbagai

bagian dunia, tetapi juga di daerah yang sama dari waktu ke waktu. Selain itu gambaran penyakit bervariasi dari penyakit ringan yang tidak terdiagnosis, sampai gambaran penyakit yang khas dengan komplikasi dan kematian. Hal ini menyebabkan bahwa seorang ahli yang sudah sangat berpengalaman pun dapat mengalami kesulitan untuk membuat diagnosis klinis demam tifoid. Dalam minggu pertama penyakit, keluhan dan gejala serupa dengan penyakit akut pada umumnya. Yaitu demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, obstipasi atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan epistaksis. Pada pemeriksaan fisik hanya dijumpai suhu badan meningkat. Dalam minggu kedua gejala-gejala menjadi lebih jelas berupa demam, bradikardi relatif, lidah yang khas (kotor ditengah, tepi dan ujung merah dan tremor), hepatomegali, splenomegali, meteorismus, gangguan mental berupa samnolen, stupor, koma, delirium atau psikosis, roseolae jarang ditemukan pada orang Indonesia.

3. Komplikasi Demam Typhoid

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit ini yaitu:

- a. Perforasi usus halus dilaporkan dapat terjadi pada 0,5 – 3%, sedangkan perdarahan usus pada 1 – 10% kasus dema Thypoid anak. Penyulit ini biasanya terjadi pada minggu ke-3 sakit, walau pernah dilaporkan terjadi pada minggu pertama. Komplikasi di dahului dengan penurunan suhu, tekanan darah dan peningkatan frekuensi nadi. Pada perforasi usus halus ditandai oleh nyeri abdomen lokal

pada kuadran kanan bawah akan tetapi dilaporkan juga nyeri yang menyelubung. Kemudian akan diikuti muntah, nyeri pada perabaan abdomen, defance muskulare, hilangnya keredupan hepar dan tanda-tanda peritonitis yang lain. Beberapa kasus perforasi usus halus mempunyai manifestasi klinis yang tidak jelas.

- b. Komplikasi pada neuropsikiatri. Sebagian besar bermanifestasi gangguan kesadaran, disorientasi, delirium, obtundasi, stupor bahkan koma. Beberapa penulis mengaitkan manifestasi klinis neuropsikiatri dengan prognosis buruk. Penyakit neurologi lain adalah rombosis sereberal, afasia, ataksia sereberal akut, tuli, mielitis transversal, neuritis perifer maupun kranial, meningitis, ensefalomielitis, sindrom Guillain- Barre. Dari berbagai penyakit neurologik yang terjadi, jarang dilaporkan gejala sisa yang permanen (sekuele).
- c. Miokarditis. Dapat timbul dengan manifestasi klinis berupa aritmia, perubahan ST-T pada EKG, syok kardiogenik, infiltrasi lemak maupun nekrosis pada jantung.
- d. Hepatitis tifosa asimtomatik juga dapat dijumpai pada kasus demam Thypoid ditandai peningkatan kadar transaminase yang tidak mencolok.
- e. Ikterus dengan atau tanpa disertai kenaikan kadar transaminase, maupun kolesistitis akut juga dapat dijumpai, sedang kolesistitis kronik yang terjadi pada penderita setelah mengalami demam Thypoid dapat dikaitkan dengan adanya batu empedu dan fenomena

pembawa kuman (karier).

- f. Sistitis bahkan pielonefritis dapat juga merupakan penyulit demam Thypoid.
- g. Proteinuria transien sering dijumpai, sedangkan glomerulonefritis yang dapat bermanifestasi sebagai gagal ginjal maupun sindrom nefrotik mempunyai prognosis buruk.
- h. Pneumonia sebagai komplikasi sering dijumpai pada demam Thypoid. Keadaan ini dapat ditimbulkan oleh kuman Salmonella typhi, namun sering kali sebagai akibat infeksi sekunder oleh kuman lain.
- i. Penyakit lain yang dapat dijumpai adalah trombositopenia, koagulasi intrvaskular diseminata, Hemolytic Uremic Syndrome (HUS), fokal infeksi di beberapa lokasi sebagai akibat bakteremia misalnya infeksi pada tulang, otak, hati, limpa, otot, kelenjar ludah dan persendian.

4. Penatalaksanaan Pengobatan

Pengobatan demam tifoid terdiri atas tiga bagian yaitu : Perawatan, Diet dan Obat-obatan.

a. Perawatan

Pasien dengan demam tifoid perlu dirawat di rumah sakit untuk isolasi, observasi dan pengobatan. Pasien harus tirah baring absolut sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari. Mobilisasi pasien harus dilakukan secara bertahap, sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien

Pasien dengan kesadaran yang menurun, posisi tubuhnya harus diubah-ubah pada waktu-waktu tertentu untuk menghindari komplikasi pneumonia hipostatik dan dekubitus.

Defekasi dan buang air kecil perlu diperhatikan karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan retensi air kemih.

b. Diet

Dimasa lampau, pasien dengan demam tifoid diberi bubur saring, kemudian bubur kasar dan akhirnya nasi sesuai dengan tingkat kesembuhan pasien. Karena ada pendapat bahwa usus perlu diistirahatkan. Beberapa peneliti menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini dapat diberikan dengan aman pada pasien demam tifoid.

c. Obat

Obat-obat antimikroba yang sering dipergunakan ialah :

- 1) Kloramfenikol
- 2) Tiamfenikol
- 3) Kotrimoksazol
- 4) Ampisillin dan Amoksisilin
- 5) Sefalosporin generasi ketiga
- 6) Fluorokinolon.

Obat-obat simptomatik :

- 1) Antipiretika (tidak perlu diberikan secara rutin).
- 2) Kortikosteroid (tapering off Selama 5 hari).

- 3) Vitamin B komp. Dan C sangat diperlukan untuk menjaga kesegaran dan kekuatan badan serta berperan dalam kestabilan pembuluh darah kapiler.

5. Pencegahan Demam Thypoid

Pencegahan adalah segala upaya yang dilakukan agar setiap anggota masyarakat tidak tertular oleh bakteri Salmonella. Ada 3 pilar strategis yang menjadi program pencegahan yakni:

- a. Mengobati secara sempurna pasien dan *carrier* demam Thypoid.
- b. Mengatasi faktor-faktor yang berperan terhadap rantai penularan.
- c. Perlindungan dini agar tidak tertular.

Demam Thypoid dapat dicegah dengan kebersihan pribadi dan kebersihan lingkungan. “Orang Indonesia itu umumnya cuci tangan setelah makan, padahal harusnya sebelum makan. Setelah makan, tangannya kotor, baru dicuci. Tapi kalau sebelum makan dia lupa. Padahal tangan itu paling kotor, kena segala macam. Lewat tangan kita bisa memindahkan kuman.

Berikut beberapa petunjuk untuk mencegah penyebaran demam Thypoid:

- a. Cuci tangan.

Cuci tangan dengan teratur merupakan cara terbaik untuk mengendalikan demam Thypoid atau penyakit infeksi lainnya. Cuci tangan anda dengan air (diutamakan air mengalir) dan sabun terutama sebelum makan atau mempersiapkan makanan atau setelah

menggunakan toilet. Bawalah pembersih tangan berbasis alkohol jika tidak tersedia air.

- b. Hindari minum air yang tidak dimasak.

Air minum yang terkontaminasi merupakan masalah pada daerah endemik Thypoid. Untuk itu, minumlah air dalam botol atau kaleng. Seka seluruh bagian luar botol atau kaleng sebelum anda membukanya. Minum tanpa menambahkan es di dalamnya. Gunakan air minum kemasan untuk menyikat gigi dan usahakan tidak menelan air di pancuran kamar mandi.

- c. Tidak perlu menghindari buah dan sayuran mentah.

Buah dan sayuran mentah mengandung vitamin C yang lebih banyak daripada yang telah dimasak, namun untuk menyantapnya, perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut. Untuk menghindari makanan mentah yang tercemar, cucilah buah dan sayuran tersebut dengan air yang mengalir. Perhatikan apakah buah dan sayuran tersebut masih segar atau tidak. Buah dan sayuran mentah yang tidak segar sebaiknya tidak disajikan. Apabila tidak mungkin mendapatkan air untuk mencuci, pilihlah buah yang dapat dikupas.

- d. Pilih makanan yang masih panas.

Hindari makanan yang telah disimpan lama dan disajikan pada suhu ruang. Yang terbaik adalah makanan yang masih panas. Walaupun tidak ada jaminan makanan yang disajikan di restoran itu

aman, hindari membeli makanan dari penjual di jalanan yang lebih mungkin terkontaminasi.

Jika anda adalah pasien demam Thypoid atau baru saja sembuh dari demam Thypoid, berikut beberapa tips agar anda tidak menginfeksi orang lain:

1) Sering cuci tangan anda.

Ini adalah cara penting yang dapat anda lakukan untuk menghindari penyebaran infeksi ke orang lain. Gunakan air (diutamakan air mengalir) dan sabun, kemudian gosoklah tangan selama minimal 30 detik, terutama sebelum makan dan setelah menggunakan toilet.

2) Bersihkan alat rumah tangga secara teratur.

Bersihkan toilet, pegangan pintu, telepon, dan keran air setidaknya sekali sehari.

3) Hindari memegang makanan.

Hindari menyiapkan makanan untuk orang lain sampai dokter berkata bahwa anda tidak menularkan lagi. Jika anda bekerja di industri makanan atau fasilitas kesehatan, anda tidak boleh kembali bekerja sampai hasil tes memperlihatkan anda tidak lagi menyebarkan bakteri Salmonella.

4) Gunakan barang pribadi yang terpisah.

Sediakan handuk, seprai, dan peralatan lainnya untuk anda sendiri dan cuci dengan menggunakan air dan sabun.

6. Pengertian Kompres Hangat

Pemberian kompres hangat yaitu, memberikan rasa hangat pada pasien dengan menggunakan handuk/ kain yang telah dikompres pada air hangat, kemudian ditempelkan pada bagian tubuh yang memerlukan.

7. Manfaat Kompres Hangat

- a. Dapat memberikan rasa nyaman/ hangat dan tenang pada pasien
- b. Menurunkan suhu tubuh saat demam
- c. Memperlancar sirkulasi darah
- d. Mengurangi nyeri
- e. Mengurangi kejang otot
- f. Menurunkan kekakuan tulang sendi

8. Cara Pemberian Kompres Hangat Dengan Benar

- 1. Cuci tangan di air mengalir dengan sabun
- 2. Siapkan peralatan
- 3. Siapkan Lingkungan juga privasi pasien
- 4. Siapkan alat dan dekatkan dengan pasien
- 5. Siapkan air hangat dalam kom (40-45°C)
- 6. Basahi kain pengompres dengan air, peras kain sehingga tidak terlalu basah.
- 7. Letakan kain yang pada daerah lipatan yang akan dikompres (dahi,

ketiak, leher)

8. Angkat kain dan buang di bengkok
9. Apabila kain telah kering atau suhu kain relative menjadi dingin, masukkan kembali kain kompres ke dalam cairan kompres dan letakan kembali di daerah kompres, lakukan berulang-ulang sehingga efek yang diinginkan dicapai
10. Evaluasi hasil dengan mengukur suhu tubuh klien 20 menit
11. Setelah selesai, keringkan daerah kompres atau bagian tubuh yang basah dan rapihkan alatnya
12. Cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Nama | : Raisa Ulfadilah |
| 2. NIM | : KHGA22066 |
| 3. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 4. Tempat, Tanggal Lahir | : Garut, 08 Oktober 2002 |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Pekerjaan | : Mahasiswa |
| 7. Alamat | : Kp. Cihuni RT/RW 02/05, Desa Cihuni
Kecamatan Pangatikan, Kabupaten
Garut |
| 8. Email | : raisaiculfadilah@gmail.com |

B. Riwayat Hidup

1. SDN Cihuni I (2011-2016)
2. MTs Darussalam (2016-2019)
3. SMK Bidara Mukti Garut (2019-2022)
4. STIKes Karsa Husada Garut (2022- Sekarang)

C. Riwayat Organisasi

1. OSIS (2017-2019)
2. Paduan Suara, dan Rohani Islam (2020-2022)
3. Paduan Suara (2022 – sekarang)
4. Kema (2023 – sekarang)

