BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Konsep Penyakit

1.1.1 Definisi

Demam Tifoid ialah jenis penyakit yang terjadi di saluran cerna oleh adanya infeksi akut, biasanya memiliki gejala demam dalam waktu seminggu ataupun lebih, keluhan di area pencernaan, serta kesadaran yang terganggu (Willis 2019, dalam Hartoyo dkk, 2023). Penyakit ini diakibatkan infeksi Salmonella enterica serotype typhi serta di tingkatan lebih rendah disebabkan oleh C dimana bersifat multisistemik yang memiliki kefatalan risiko cukup tinggi. Kata Salmonella typhi berasal dari bahasa Yunani kuno “typhos” yang artinya awan atau asap halus yang dapat mengakibatkan penyakit.

1.1.2 Etiologi

Penyebab demam tifoid yaitu Salmonella typhi yang menginfeksi saluran cerna dan terjadi infeksi pada usus halus Bakteri ini berada dalam tubuh manusia, menghasilkan endotoksin, dan masuk ke jaringan limfatik usus halus, hati, limpa serta aliran darah. Bakteri Salmonella typhi akan mati dengan pemberian antiseptik dan berada pada suhu 70°C. Penyakit ini memiliki masa inkubasi dengan rentang 7-20 hari di mana masa inkubasi paling pendek yaitu 3 hari dan paling panjang 60 hari (Siringoringo et al., 2022).

1.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Devita et al., (2023) menyebutkan tanda dan gejala demam tifoid sebagai berikut :

a. Demam: Pola demam dapat berlangsung secara bertahap selama minggu.
b. Muncul keluhan pusing, nyeri kepala, nyeri otot hingga anoreksia di minggu pertama.
c. Gejala gastrointestinal : Pada minggu pertama muncul keluhan mual, dan muntah. Pada minggu kedua pasien mengalami nyeri perut yang menyebar dan nyeri tekan, pada beberapa kasus, terjadi kolik hebat di area kuadran kanan atas.
d. Bintik-bintik merah (Roseolae) : Pada minggu kedua pasien mengalami bintik-bintik merah, berwarna merah salmon, pucat, makulopapula dengan diameter 1-4 cm dan jumlahnya kurang dari 5, dan biasanya akan sembuh dalam waktu 2-5 hari.

1.1.4 Patofisiologis

Patofisiologi demam tifoid dimulai ketika bakteri *Salmonella typhi* masuk melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi. Sebagian bakteri dimusnahkan oleh asam lambung, namun bakteri yang bertahan akan mencapai usus halus dan menginvasi plak Peyeri. Selanjutnya bakteri masuk ke pembuluh limfe dan aliran darah sehingga terjadi bakteremia primer. Bakteri kemudian berkembang biak di hati, limpa, dan sumsum tulang lalu kembali masuk ke sirkulasi

darah sehingga menimbulkan gejala sistemik seperti demam, malaise, dan gangguan gastrointestinal (Devita et al., 2023).

1.1.5 Komplikasi

Menurut Levani dan Prastya, (2020) melaporkanBeberapa komplikasi demam tifoid antara lain:

1. Perdarahan Usus

   Terjadi akibat perlukaan pada dinding usus sehingga menyebabkan perdarahan saluran cerna. Ditandai dengan BAB hitam (melena), lemas, dan penurunan hemoglobin.

2. Perforasi Usus

   Merupakan robekan pada dinding usus yang dapat menyebabkan isi usus masuk ke rongga peritoneum sehingga menimbulkan peritonitis. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan medis.

3. Peritonitis

   Infeksi pada selaput perut akibat perforasi usus. Gejala berupa nyeri abdomen hebat, perut tegang, muntah, dan demam tinggi.

4. Syok Sepsis

   Infeksi berat yang menyebabkan penurunan tekanan darah, gangguan perfusi jaringan, dan kegagalan organ.

5. Dehidrasi dan Gangguan Elektrolit

Disebabkan oleh demam tinggi, muntah, diare, serta penurunan asupan cairan.

6. Ensefalopati Tifoid

Gangguan sistem saraf berupa penurunan kesadaran, delirium, kejang, hingga koma akibat toksin bakteri.

7. Miokarditis

Peradangan otot jantung yang dapat menyebabkan gangguan irama jantung dan penurunan fungsi jantung.

8. Hepatitis Tifosa

Peradangan hati yang menyebabkan peningkatan enzim hati, nyeri perut kanan atas, dan ikterus.

9. Pneumonia

Infeksi paru yang dapat terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh pada penderita tifoid.

10. Relaps (Kekambuhan)

Gejala tifoid muncul kembali setelah penderita dinyatakan sembuh, biasanya karena eradikasi bakteri belum sempurna.

1.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Zaranggi et al., (2024) melaporkanPemeriksaan penunjang demam tifoid meliputi:

1. Kultur Darah

Kultur darah merupakan pemeriksaan gold standard untuk menegakkan diagnosis demam tifoid karena dapat mengidentifikasi bakteri *Salmonella typhi* secara langsung. Pemeriksaan ini paling baik dilakukan pada minggu pertama penyakit.

2. Tes Widal

Pemeriksaan serologi untuk mendeteksi antibodi terhadap antigen O dan H dari Salmonella *typhi*. Hasil positif perlu dikaitkan dengan gejala klinis karena dapat terjadi reaksi silang.

3. Tes Tubex TF

Pemeriksaan diagnostik cepat yang mendeteksi antibodi IgM terhadap *Salmonella typhi*. Tes ini memiliki sensitivitas dan spesifisitas lebih baik dibanding Widal.

4. Typhidot

Pemeriksaan serologi untuk mendeteksi antibodi IgM dan IgG terhadap antigen spesifik *Salmonella typhi*.

5. Pemeriksaan Darah Lengkap

Biasanya ditemukan leukopenia, anemia ringan, trombositopenia, dan peningkatan LED.

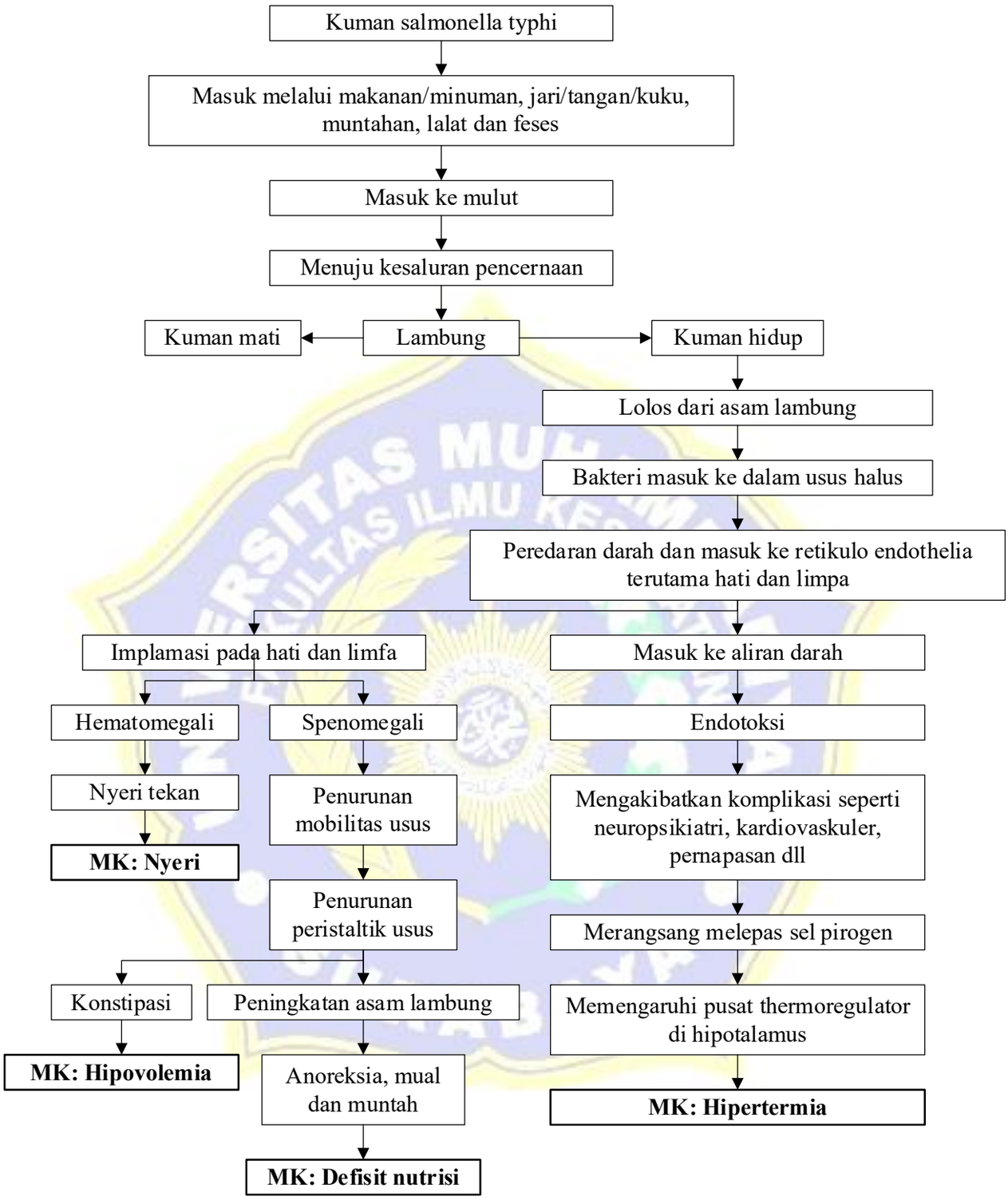
6. Kultur Feses dan Urin

Dilakukan untuk mendeteksi adanya bakteri *Salmonella typhi* pada tinja atau urin, terutama pada fase lanjut penyakit.

7. Polymerase Chain Reaction (PCR)

Pemeriksaan molekuler dengan sensitivitas tinggi untuk mendeteksi DNA bakteri *Salmonella typhi*

1.1.7 WOC



Gambar 2. 1 *Web of Cauton* (WOC) Demam Tifoid

Sumber : Lestari (2023)

1.2 Konsep Hipertermia

1.2.1 Definisi Hipertermia

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), hipertermia adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh (36,5° C - 37,7° C) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Hipertermia terjadi akibat ketidakseimbangan antara produksi panas tubuh dengan kemampuan tubuh dalam melepaskan panas sehingga mekanisme termoregulasi tidak mampu mempertahankan suhu tubuh pada batas normal.

Secara fisiologis, hipertermia merupakan keadaan meningkatnya suhu inti tubuh akibat kegagalan mekanisme termoregulasi. Kondisi ini dapat disebabkan oleh paparan lingkungan yang panas, peningkatan metabolisme, maupun proses penyakit seperti infeksi sehingga produksi panas tubuh meningkat melebihi kemampuan tubuh untuk menghilangkan panas (Herdman dan Kamitsuru, 2021).

Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa hipertermia adalah suatu kondisi meningkatnya suhu tubuh di atas rentang normal akibat gangguan mekanisme pengaturan suhu tubuh yang memerlukan penatalaksanaan keperawatan secara tepat untuk mencegah komplikasi.

1.2.2 Penyebab Hipertemia

Hipertermia adalah peningkatan suhu tubuh akibat ketidakmampuan tubuh mengatur suhu secara normal. Menurut Agustina dan Karmilawati, (2024) hipertermia terjadi karena peningkatan produksi panas tubuh atau penurunan pengeluaran panas tubuh sehingga suhu tubuh meningkat di atas normal.

Penyebab hipertermia meliputi:

1. Infeksi

Infeksi bakteri, virus, jamur, atau parasit merupakan penyebab paling umum hipertermia. Infeksi menyebabkan pelepasan pirogen yang memengaruhi pusat pengatur suhu di hipotalamus.

2. Paparan Suhu Lingkungan Tinggi

Cuaca panas atau lingkungan dengan suhu tinggi dapat menyebabkan tubuh gagal membuang panas secara efektif.

3. Dehidrasi

Kekurangan cairan menyebabkan gangguan pengeluaran panas melalui keringat sehingga suhu tubuh meningkat.

4. Aktivitas Fisik Berlebihan

Aktivitas berat meningkatkan metabolisme tubuh dan produksi panas.

5. Gangguan Sistem Saraf Pusat

Cedera otak, stroke, atau gangguan hipotalamus dapat mengganggu mekanisme termoregulasi.

6. Reaksi Obat-obatan

Beberapa obat seperti anestesi, antipsikotik, dan stimulan dapat memicu hipertermia.

7. Penyakit Inflamasi dan Autoimun

Peradangan dalam tubuh dapat meningkatkan suhu tubuh akibat respon imun.

8. Gangguan Metabolisme

Kondisi seperti hipertiroidisme dapat meningkatkan produksi panas tubuh.

Agustina dan Karmilawati, (2024) melaporkan hipertermia pada anak paling sering disebabkan oleh infeksi dan dehidrasi.

Berdasarkan SDKI, penyebab hipertermia meliputi:

1. Dehidrasi.
2. Terpapar lingkungan panas.
3. Proses penyakit (misalnya infeksi dan kanker).
4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan.
5. Peningkatan laju metabolisme.
6. Respons trauma.
7. Aktivitas berlebihan.
8. Penggunaan inkubator (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1.2.3 Tanda dan Gejala Hipertemia

Menurut (Cynthia et al., 2023) melaporkanTanda dan gejala hipertermia meliputi:

1. Suhu tubuh >37,5°C
2. Kulit kemerahan
3. Kulit terasa hangat
4. Takikardia
5. Takipnea
6. Menggigil
7. Gelisah
8. Lemas
9. Kejang demam pada anak
10. Penurunan kesadaran bila berat

Menurut Manalu dan Nursasmita, (2023) melaporkanhipertermia pada anak dapat menyebabkan komplikasi seperti dehidrasi, kejang, hingga penurunan kesadaran apabila tidak segera ditangani.

Menurut SDKI, tanda mayor hipertermia meliputi:

1. Suhu tubuh di atas nilai normal.
2. Kulit terasa hangat atau kemerahan.
3. Takikardia.
4. Takipnea.

Sedangkan tanda dan gejala pendukung dapat berupa menggigil, kejang, gelisah, serta perubahan tingkat kesadaran sesuai dengan penyebab dan derajat peningkatan suhu tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1.2.4 Dampak Hipertermia

Apabila tidak segera ditangani, hipertermia dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan metabolisme dan konsumsi oksigen jaringan, kehilangan cairan dan elektrolit akibat penguapan yang berlebihan, dehidrasi, kejang, gangguan neurologis, hingga kerusakan organ pada kondisi yang berat (Herdman dan Kamitsuru, 2021)

1.3 Konsep Kompres Hnagat

1.3.1 Definisi Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan tindakan nonfarmakologis dengan memberikan air atau kain hangat pada bagian tubuh tertentu untuk membantu menurunkan suhu tubuh, meningkatkan sirkulasi darah, serta memberikan rasa nyaman pada pasien. Kompres hangat sering digunakan pada pasien hipertermia atau demam sebagai terapi pendukung selain pemberian obat antipiretik (Dwi et al., 2025)

Menurut Silviyana, (2023) melaporkan kompres hangat adalah metode pemberian kompres menggunakan air hangat pada area tubuh yang memiliki pembuluh darah besar untuk membantu proses penurunan suhu tubuh pada pasien hipertermia

1.3.2 Tujuan Kompres Hangat

Tujuan pemberian kompres hangat yaitu:

1. Menurunkan suhu tubuh pada pasien hipertermia
2. Memberikan rasa nyaman
3. Membantu memperlancar sirkulasi darah
4. Mengurangi risiko komplikasi demam seperti kejang
5. Membantu proses pengeluaran panas tubuh melalui kulit

Menuet Faridah dan Soesanto, (2021) melaporkan pemberian kompres hangat bertujuan membantu mengendalikan dan menurunkan suhu tubuh pada pasien hipertermia secara bertahap dan aman.

1.3.3 Manfaat Kompres Hangat

Manfaat kompres hangat antara lain:

1. Membantu vasodilatasi pembuluh darah
2. Mempercepat pengeluaran panas tubuh
3. Mengurangi rasa tidak nyaman akibat demam
4. Membantu relaksasi otot
5. Menurunkan suhu tubuh secara bertahap

Menurut Silviyana, (2023) melaporkan menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat dapat membantu menurunkan suhu tubuh anak dengan hipertermia setelah dilakukan tindakan selama 3×24 jam.

1.3.4 SOP Kompres Hangat

Tabel 2. 1 Standar pemberian Kompres Hnagat Pada Anak

Kompenen	Keterangan
Pengertian	Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan nonfarmakologis dengan menggunakan air hangat bersuhu 37–40°C yang diaplikasikan pada area tubuh tertentu untuk membantu menurunkan suhu tubuh melalui vasodilatasi pembuluh darah perifer sehingga meningkatkan pelepasan panas tubuh.
Tujuan	1. Membantu menurunkan suhu tubuh. 2. Membuat anak merasa lebih nyaman. 3. Membantu mempercepat keluarnya panas dari tubuh. 4. Mengurangi risiko komplikasi akibat demam tinggi.
Indikasi	1. Anak dengan suhu tubuh ≥38°C. 2. Anak yang mengalami hipertermia akibat demam tifoid. 3. Kondisi umum anak stabil.
Kontraindikasi	1. Suhu tubuh di bawah normal (hipotermia). 2. Ada luka atau infeksi pada bagian tubuh yang akan dikompres. 3. Anak menggigil hebat atau mengalami syok.
Persiapan alat	1. Baskom berisi air hangat (37–40°C). 2. Waslap atau handuk kecil (2–4 buah). 3. Handuk kering. 4. Termometer.

	5. Perlak (bila diperlukan). 6. Lembar observasi.
Persiapan	1. Cuci tangan. 2. Siapkan semua alat. 3. Pastikan suhu air hangat sekitar 37–40°C. 4. Jelaskan tindakan kepada anak dan orang tua. 5. Ukur suhu tubuh sebelum tindakan.
Cara kerja	1. Basahi waslap dengan air hangat lalu peras hingga tidak menetes. 2. Letakkan waslap pada dahi, leher, ketiak kanan dan kiri, serta lipat paha kanan dan kiri. 3. Ganti waslap jika sudah mulai dingin (sekitar setiap 2–3 menit). 4. Lakukan selama 15–20 menit. 5. Amati kondisi anak selama tindakan berlangsung.
Setelah tindakan	1. Angkat waslap. 2. Keringkan tubuh anak dengan handuk bersih. 3. Ukur kembali suhu tubuh sekitar 15–30 menit setelah kompres selesai. 4. Rapikan alat dan cuci tangan.
Evaluasi	Tindakan dianggap berhasil apabila: • Suhu tubuh menurun. • Anak tampak lebih nyaman. • Kulit tidak terlalu panas. • Anak tidak menggigil. • Tidak ada keluhan selama tindakan.

Dokumentasi	Catat suhu tubuh sebelum dan sesudah tindakan, lama pemberian kompres, respons anak, tanggal dan jam tindakan, serta nama perawat yang melakukan tindakan.

Sumber : Serli dan Adimayanti, (2025), Silviana (2023) dan Farida dan Soesantoso, (2021)

1.4 Konsep Asuhan Keperawatan

1.4.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Dwi et al., (2025) Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional klien pada saat ini dan wktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon klien saat ini dan waktu sebelumnya. Pengkajian adalah usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, mnyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan .

Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien. Pada asuhan keperawatan ada beberapa macam jenis data yaitu:

1. Data Dasar Informasi mengenai staus kesehatan klien seperti : data umum, data demografi, dan riwayat keperawatan
2. Data Fokus Seperti ungkapan klien maupun hasil pemeriksaaan langsung dari perawat, jika pasien tidak sadar dapat diambil data hasil pemeriksaan.
3. Data Subjektif seperti ungkapan keluhan dari klien secara langsung dan dapat diperoleh dari orang lain yang mengetahui keaadaan klien secara langsung. contoh : merasa pusing, mual, nyeri dada, dan lain lain.
4. Data objektif Seperti data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien.

Dalam melakukan asuhan keperawatan terdapat beberapa teknik pengumpulan data, yaitu:

1. Anamnesis

Anamnesis adalah tanya jawab secara langsung dengan klien atau autoanamnesis maupun secara tidak langsung dengan keluarga atau alloanamnesis utntuk menggali tentang status kesehatan klien. Dalam anamnesis ini perawat membangun hubungan saling percaya antara klien dengan perawat.

2. Observatif

Data yang didapatkan dari hasil pengamatan secara umum terhadap perilaku dan keadaan klien.

3. Pemeriksaan

Pemeriksan fisik merupakan pemeriksaan tubuh untuk menemukan kelainan dari suatu sistim atau suatu organ tubuh dengan empat metode yaitu melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan atau auskultasi

Menurut Dwi et al.,(2025) teori pengkajian pada anak demam tifoid yaitu :

a. Identitas pasien

1) Umur

Biasaya sering ditemukan pada anak dibawah 15 tahun

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin secara keseluruhan tidak terdapat perbedaan pada penderita demam tifoid.

3) Tempat tinggal

Penyakit ini semula hanya ditemukan di beberapa kota besar saja, kemudian menyebar kehampir seluruh kota besar di Indonesia, bahkan sampai di pedesaan dengan jumlah penduduk yang padat dan dalam waktu relatif singkat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien demam tifoid datang kerumah sakit adalah panas tinggi dan pasien lemah.

2) Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak dengan disertai menggigil dan saat demam kesadaran kompos mentis. Turunnya panas 28 terjadi antara hari ke-3 dan ke- 7, kondisi semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemasis.

c. Riwayat penyakit yang sebelumnya

Apakah pasien pernah dirawat dengan penyakit yang sama atau penyakit lain yang berhubungan dengan penyakit sistem pencernaan, sehingga menyebabkan penyakit demam tifoid.

d. Pola persepsi fungsional kesehatan

1) Pola Nutrisi dan Metabolik

Gejala : Penurunan nafsu makan, mual muntah, haus, sakit saat menelan.

Tanda : Mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor, nyeri tekan pada ulu hati.

2) Pola eliminasi

Gejala : Penurunan frekuensi BAB dan BAK

Tanda : Konstipasi, penurunan berkemih, melena, hematuri.

3) Pola aktifitas dan latihan

Gejala : Keluhan lemah

Tanda : Dispnea, pola nafas tidak efektif

4) Pola istirahat dan tidur

Gejala : Kelelahan, kesulitan tidur, karena demam/ panas /menggigil.

Tanda : Nadi cepat dan lemah, dispnea, nyeri epigastrik, nyeri otot/ sendi.

5) Pola persepsi sensori dan kognitif

Gejala : Nyeri ulu hati, nyeri otot/ sendi, pegal-pegal seluruh tubuh.

Tanda : Cemas dan gelisah.

6) Persepsi diri dan konsep diri

Gejala : Fokus pada diri sendiri

Tanda : Ansietas, ketakutan, gelisah.

7) Sirkulasi

Gejala : Sakit kepala/ pusing, gelisah

Tanda : Nadi cepat dan lemah, hipotensi, ekstremitas dingin, dispnea, perdarahan nyata (kulit epistaksis, melena, hematuri), peningkatan hematokrit 20% atau lebih, trombosit kurang dari 100.000/mm.

8) Keamanan

Gejala : Adanya penurunan imunitas tubuh

Tanda : Suhu diatas normal

e. Pemeriksaan fisik

Menurut Hockenberry et al. (2023) pemeriksaan pada pasien dengan demam tifoid adalah sebagai berikut :

a. Breathing (B1) : Umumnya tidak ada masalah, tetapi pada kasus berat biasanya didapatkan komplikasi yaitu adanya pneumonia.
b. Blood (B2) : Tekanan darah menurun, diaphoresis pada minggu pertama, kulit pucat, akral dingin, penurunan curah jantung dengan adanya bradikardi, kadang terjadi anemia, leukopeni pada minggu awal, nyeri dada, dan kelemahan fisik.
c. Brain (B3) : Pada klien dengan demam tifoid biasanya terjadi delirium dan diikuti penurunan kesadaran dari compos mentis ke apatis. Somnolen hingga koma pada pemeriksaan Gasglow Coma Scale.
d. Bladder (B4) : Pada kondisi berat akan terjadi penurunan output sebagai respon dari curah jantung.
e. Bowel (B5) : Inspeksi : Lidah kotor, terdapat selaput putih, lidah hiperemis, stomatitis, muntah, kembung, adanya distensi abdomen dan nyeri abdomen, diare atau konstipasi. Auskultasi : Penurunan bising usus kurang dari 5x/menit pada minggu pertama dan selanjutnya meningkat akibat adanya diare. Perkusi : Didapatkan suara timpani abdomen akibat adanya kembung. Palpasi : adanya hepatomegaly, splenomegaly, mengidentifikasi adanya infeksi pada minggu kedua. Adanya nyeri tekan pada abdomen.
f. Bone (B6) : Adanya respon sistemik yang menyebabkan malaise dan kelemahan umum. Integument : timbulnya roseola (emboli dari kuman dimana didalamnya mengandung kuman salmonella typhosa. Yang timbul diperut, dada, dan bagian bokong), turgor kulit menurun, kulit kering.

1.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah setepat data yang ada karena ditunjang oleh data terbaru yang dikumpulkan. Diagnosa keperawatan ini mencatat bagaimana situasi pasien pada saat itu dan harus mencerminkan perubahan yang terjadi pada kondisi klien. Identifikasi masalah dan penentuan diagnostic yang akurat yang memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan. Sedangkan menurut Nursalam (2021) diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau respon perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, potensial dan resiko.

1. Masalah kesehatan aktual yaitu masalah yang dirasakan klien
2. Masalah kesehatan beresiko merupakan suatu masalah yang membuat perawat lebih waspada pada pentingnya intervensi atau rencana keperawatan
3. Kesejahteraan, diagnosis keperawatan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang individu, keluarga dan komunitas
4. Sindrom, diagnosis keperawatan sindrom terdiri atas diagnosis aktual atau resiko.

Menurut Padilla (2021) diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien yang mengalami Demam Tifoid yaitu:

1. Hipertemia berhubungan dengan proses imflamasi
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia
3. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

1.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kreteria Hasil	Intervensi

1	Hipertermia berhubungan dengan proses imflamasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Kejang menurun (5) 2. Pucat menurun (5) 3. Suhu tubuh membaik (5) 4. Suhu kulit membaik (5)	Manajemen hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4.Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi atau kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Berikan kompres water tepid sponge 11. Berikan oksigen jika perlu Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama….x24 jam status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan eningkat (5) 2. Berat badan membaik (5) 3. Indeks masa tubuh membaik (5) 4. Frekuensi makan membaik (5) 5. Nafsu makan membaik (5)	Manajemen nutrisi (SDKI D.0019) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrient 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 8. Lakukan oral hyegine sebelum makan jika perlu 9. berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 10. Anjurkan posisi duduk 11. Anjurkan posisi duduk 12. Ajarkan diet yang diprogramkan

			Kolaborasi 13. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah
3	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Turgor kulit membaik (5) 2. Output urin meningkat (5) 3. Membrane mukosa membaik (5) 4. Hepatomegali membaik (5) 5. Intake cairan membaik (5)	Resiko ketidak seimbangan cairan (SDKI D.0036) Observasi 1. Monitor status hidrasi 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 4. Catat intake output dan hitung balans cairan dalam 24 jam 5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan 6. Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian diuretik jika perlu

1.4.4 Implementasi

Keperawatan Menurut Hidayat (2021). Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah diteteapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Secara umum implementasi terdiri dari mengerjakan, mendelegasikan dan pencatatan. Proses implementasi terdiri dari: mengkaji klien kembali, menentukan kebutuhan bantuan perawat lain, mengimplementasikan strategi keperawatan dan mengkomunikasikan tindakan-tindakan keperawatan. Tujuan dari implementasi pada asuhan keperawatan demam tifoid ini adalah untuk melakukan intervensi sesuai dengan instruksi keperawatan yang telah dibuat, kemudian mengakhiri langkah implemntasi dengan mencatat aktivitas klien yang dilakukan serta respon klien yang dihasilkan.

1.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang Poltekkes Kekemenkes Bengkulu 46 anda buat pada tahap perencanaan. Dalam asuhan keperawatan pengukuran yang digunakan untuk tahap evaluasi yaitu meliputi persefektif historis, menghubungankan tindakan keperawatan dengan hasil, membuat kesimpulan tentang status masalah, mengumpulkan data, mempertimbangkan pencapaian tujuan, mengidentifikasi hasil yang diharapkan, mengimplementasikan strategi keperawatan mengkomunikasikan kembali tindakan keperawatan (Hidayat, 2021). Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

a. S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan Pasien, atau dari keluarga dan orang terdekat pasien
b. O (objektif) : Data objektif dari hasi observasi yang dilakukan oleh perawat.
c. A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan Pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
d. P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan Pasien.