

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Demam *Thypoid*

2.1.1 Pengertian

Demam thypoid merupakan infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* serta *Salmonella paratyphi* A, B, dan C (Hasnawati & Chitra Dewi, 2022b).

Demam thypoid merupakan Infeksi terjadi pada sistem pencernaan akibat bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi*, yang dapat menular melalui konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh bakteri tersebut (Levani & Prastya, 2020)

Dari definisi diatas penulis menyimpulkan bahwa demam *thypoid* merupakan suatu infeksi pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi*, *parathyphi* A, B, dan C yang menular melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri *salmonella typhi*.

2.1.2 Etiologi

Demam thypoid disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi*. *Salmonella* adalah bakteri gram-negatif yang tidak memiliki kapsul, memiliki flagella, dan tidak dapat membentuk spora. Bakteri ini dapat mati jika dipanaskan pada suhu 57 C selama beberapa menit. Dalam pemeriksaan labolatorium, terdapat tiga antigen penting yang memiliki oleh kuman ini, yaitu:

- a. Antigen O (somatik)
- b. Antigen H (flagella)
- c. Antigen K (selaput) (Hasnawati & Chitra Dewi, 2022a)

2.1.3 Patofisiologi

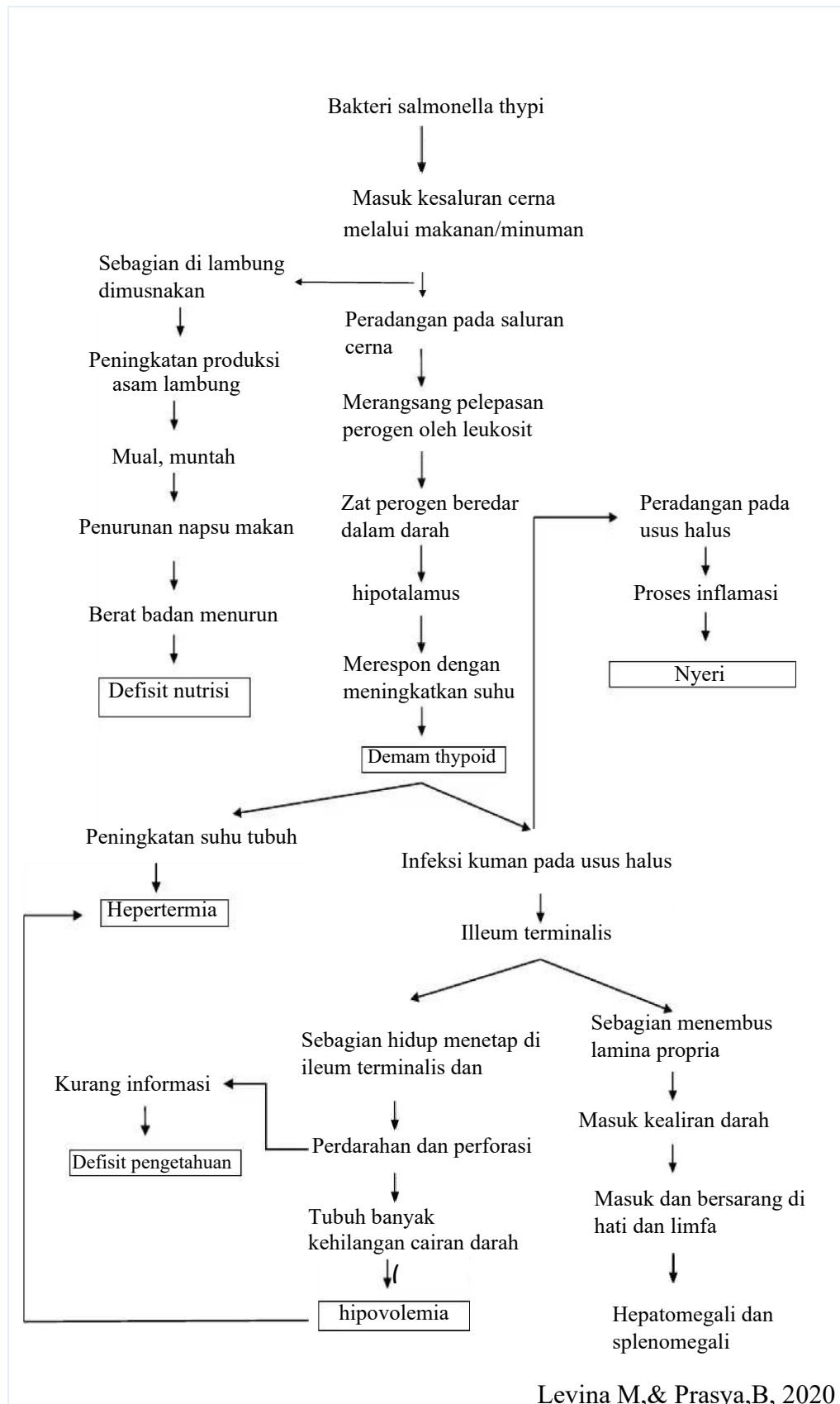
Penyebab demam *typhoid* adalah infeksi oleh bakteri salmonella typhi atau salmonella paratyphi. Salmonella typhi merupakan bakteri berbentuk batang, gram negatif, dan bersifat anaerob fakultatif. Bakteri ini masuk ke tubuh melalui saluran pencernaan Bersama makanan dan minuman yang terkontaminasi. Sebagian bakteri akan dihancurkan oleh asam lambung, namun sebagian lainnya dapat lolos dan menuju usus halus, terutama bagian ileum dan jejunum, untuk berkembang biak. Jika respons sistem imun mukosa (IgA) terganggu, bakteri dapat menginvasi sel epitel usus halus, khususnya sel M, dan lamina propria. Di dalam lamina propria, bakteri akan ifagositosis oleh makrofag. (Levina,M.,& Prastya, B,2020)

Bakteri yang berhasil lolos dari makrofag dapat berkembang biak di dalamnya dan memasuki sirkulasi darah (bakterimia I). yang dianggap sebagai masa inkubasi dan dapat berlangsung selama 7-14 hari. Salmonella juga dapat menginvasi plak peyer diusus dan kemudian berpindah ke folikel limfoid serta aliran limfe mesenterika. Beberapa bakteri dapat melewati sistem retikuloendotelial di hati dan limpa, dan di kedua organ tersebut, bakteri berkembang biak di sinusoid hati setelah meninggalkan makrofag. (Levina,M., & Prastya, B,2020)

Setelah itu, bakteri akan Kembali masuk ke sirkulasi darah (bakterimia II). Pada tahap ini, makrofag menjadi hiperaktif dan melepaskan mediator inflamasi, seperti sitokin, saat memfagositosis bakteri. Pelepasan sitokin ini menyebabkan gejala demam, malaise, nyeri otot, sakit kepala, dan toksemia. Plak peyer yang terinfeksi akan mengalami hyperplasia pada minggu pertama dan dapat berkembang menjadi nekrosis pada minggu kedua. Selanjutnya, dapat menjadi ulserasi pada minggu ketiga, yang dapat menyebabkan perdarahan dan perforasi (Levina,M., & Prastya,B, 2020)

2.2 Pathway

Bagan 2. 1 Pathway



2.2.1 Klasifikasi

Menurut WHO, Demam *thypoid* diklasifikasikan menjadi tiga jenis berdasarkan gejala klinis, yaitu:

a. Demam tifoid akut non komplikasi:

Ditandai dengan demam berkepanjangan abnormalis, diare pada anak-anak, sakit kepala, malaise, dan anoreksia.

b. Demam tifoid dengan komplikasi

Kondisi penderita dapat berkembang menjadi komplikasi parah, tergantung pengobatan serta keadaan klinisnya. Sekitar 10% pasien dapat mengalami komplikasi, seperti me lena, perforasi usus, dan adanyaKeadaan karier

Terjadi pada 1-5% pasien tergantung usia dan bersifat kronis.

2.2.2 Tanda dan Gejala

Gejala utama demam tifoid adalah demam yang sering dijumpai, demam meningkat secara perlahan dan mencapai puncak pada malam hari, demam akan mengalami penurunan pada siang hari, demam akan terus meningkat hingga 39-40°C pada minggu kedua infeksi, masa inkubasi sekitar 7 sampai 14 hari dan gejala lainnya yang sering dijumpai Meliputi: sakit kepala, mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri akut, myalgia, arthralgia, demam anoreksia (Saputra,2021)

Pada tahap awal penyakit gejalanya meliputi nyeri perut, demam dan perasaan tidak sehat secara umum. Demam thypoid yang memburuk dapat disertai dengan gejala: demam tinggi hingga 40° C, sakit kepala sembelit kemudian diare,

bintik – bintik merah kecil diperut atau dada, kehilangan nafsu makan dan kelemahan

2.2.3 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Kumala & Dian Noita, 2024) pemeriksaan tambahan yang dilakukan untuk mendiagnosis demam thipoid meliputi:

a. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan darah tepi menunjukkan kondisi trombositopenia, anemia, dan adanya leukopenia atau leukositosis.

b. Uji Widal

Tes ini mengukur titer salmonella parathyphi, yang mencakup aglutinasi O (dari tubuh kuman) dan H (flagella). Aglutinin O bertahan selama 4-6 bulan, sedangkan aglutinin H bisa bertahan hingga 10-12 bulan. Diagnosis dapat dipastikan jika titer antibodi O >1:320 atau antibodi H 1:640.

c. Uji TUBEX

Metode ini merupakan uji semi kuantitatif berbasis kolorimetri yang mendeteksi antibodi anti-salmonella typhi. Hasil positif menunjukkan adanya serogrup D, sedangkan hasil negatif menunjukkan ketiadaan salmonella paratyphoid spesifik.

d. Uji Typhidot

Tes ini mendeteksi keberadaan IgM dan IgG terhadap protein membran luar salmonella typhi. Hasil positif biasanya terlihat dalam 2-3 hari

setelah infeksi, yang menandakan antibody terhadap atingen *S.typhi* sebesar 50 kD pada strip nitroselulosa.

e. Kultur Darah

Meskipun hasil positif mengkonfirmasi adanya demam thypoid, hasil negatif tidak serta merta menyingkirkan kemungkinan penyakit tersebut.

2.2.4 Penatalaksanaan pada pasien demam *Thypoid*

Penatalaksanaan menurut (Kumala & Dian Noita, 2024) Antara lain sebagai berikut:

1. Pengobatan dengan obat

a. Kloramfenikol

Kloramfenikol merupakan obat utama untuk mengatasi demam thypoid. Dosis yang diberikan untuk anak 1-6 tahun adalah 50-100 mg/kg per hari, sedangkan untuk anak usia 7-12 tahun berkisar antara 50-80 mg/kg per hari.

b. Ampisilin/Amoksisilin

Ampisilin atau amoksisilin memiliki efektivitas yang sedikit lebih rendah dibandingkan kloramfenikol. Dosis oral yang dianjurkan berkisar antara 100-200 mg/kg per hari, dibagi setiap 6-8 jam, dan diberikan berkisar sekitar 30 menit sebelum makan

c. Kotrimaksazol

Untuk anak-anak, dosis kombinasi kotrimaksazol terdiri atas 320 mg trimetoprim dan 1600 mg sulfametoksazol per hari

d. Tiamfenikol

Tiamfenikol untuk anak diberikan dengan dosis 30-50 mg/kg per hari, dibagi menjadi empat kali pemberian. Obat ini memiliki efektivitas dan dosis yang serupa dengan kloramfenikol

2. Perawatan Keperawatan

a. Tirah Baring

Tirah Baring mencakup aktivitas perawatan ditempat, seperti makan, minum, mandi, dan buang air kecil. Menjaga kebersihan perlengkapan yang digunakan selama perawatan sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan (Rahayu, Ratnaningsih, dan Peni, 2022).

b. Diet

Pola makan sangat berperan dalam pemulihan pasien demam thypoid. Pada tahap awal, pasien disarankan mengonsumsi bubur saring untuk mencegah pendarahan dan gangguan pada usus, setelah kondisi membaik, pasien dapat mengonsumsi bubur kasar, yang selanjutnya ditingkatkan menjadi nasi sesuai tingkatan menjadi nasi sesuai Tingkat kesembuhan pasien.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien *Demam Thypoid*

2.3.1 Pengkajian

Menurut (Kumala & Dian Noita, 2024)

1. Pengumpulan Data

Merupakan Kumpulan informasi pribadi dan anamnesis yang dikumpulkan pasien selama kunjungan

a. Identitas klien

Mencakup nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk, tanggal Pengkajian, tanggal operasi, no.medrec, diagnosa medis, Alamat.

b. Identitas penanggung jawab

Didalamnya berisi nama, umur, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, Alamat.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan sekarang

2) Riwayat utama saat masuk rumah sakit

3) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan utama yang sering muncul pada pasien dengan demam tifoid adalah demam yang berfluktuasi, biasanya berlangsung lebih dari satu minggu.

1. Riwayat Kesehatan dahulu

Pengkajian difokuskan pada riwayat kesehatan sebelumnya, termasuk apakah pasien pernah mengalami penyakit serupa, apakah ada anggota keluarga yang juga menderita penyakit yang sama, serta apakah pasien pernah dirawat di rumah sakit dan untuk penyakit apa.

2. Riwayat Kesehatan keluarga

Pengkajian ini menjelaskan status kesehatan anggota keluarga, dengan menilai apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama atau penyakit keturunan

2. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan pengkajian terhadap keluhan pasien, langkah selanjutnya adalah melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi tanda-tanda klinis penyakit pada pasien. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis, yang dapat membantu dalam penegakan diagnosis dan perencanaan perawatan selanjutnya. Pemeriksaan fisik biasanya dilakukan dari kepala hingga anggota gerak.

a) Keadaan umum: pasien tampak lemas

- 1) Kesadaran dalam keadaan compos mentis.
- 2) GCS yang mencakup: Eye, Verbal, Motorik.
- 3) Tanda Vital (TTV): Tekanan darah, suhu tubuh tinggi ($>37,5^{\circ}\text{C}$), nadi, dan frekuensi napas yang meningkat.

b) Sistem pernafasan

- 1) Inspeksi: memeriksa bentuk hidung, ada tidaknya sekresi, dan tanda peradangan
- 2) Palpasi: memeriksa adanya massa atau lesi, serta ada tidaknya suara vocal
- 3) Auskultasi: memeriksa ada tidaknya suara napas tambahan (ronki/weezing)

c) Sistem kardiovaskuler

- 1) Inspeksi: mukosa bibir, clubbing finger, distensi vena jugularis.
- 2) Palpasi: penyebaran ictus cordis, akral dingin atau tidak, capilari refill time.
- 3) Auskultasi: bunyi jantung S1, S2.

d) Sistem pencernaan

- 1) Inspeksi: lidah biasanya kotor, bibir kering dan bau mulut,
- 2) Palpasi: terdapat nyeri dibagian perut
- 3) Perkusi: dapat ditemukan keadaan perut kembung, bisa terjadi konstipasi diare atau normal
- 4) Auskultasi: biasanya bising usus hiperaktif

e) Sistem persyarafan

- 1) Inspeksi: pada pasien demam thypoid pada dehidrasi berat akan menyebabkan penurunan perfusi serebral dengan manisfestasi sakit kepala.
- 2) Palpasi: apakah ada gangguan reflek menelan atau tidak.
- 3) Perkusi: apakah ada gangguan reflek fisiologis (trisep, biseps, patella).
Reflex patologis (babinsky)

f) Sistem penglihatan

- 1) inspeksi: kesimetrisan bentuk mata, apakah ada peradangan pada konjungtiva
- 2) Palpasi: tekanan intraocular. parafrasekan teks diatas

g) Sistem pendengaran

- 1) Inspeksi: Memeriksa kesimetrisan bentuk telinga kiri dan kanan serta adanya kotoran di dalam telinga.
- 2) Palpasi: Menilai apakah terdapat nyeri tekan atau tidak.

h) Sistem Perkemihan

- 1) Inspeksi : Pada kondisi yang parah, ditemukan penurunan curah jantung yang mengakibatkan berkurangnya output urine.
- 2) Palpasi: Memeriksa apakah terdapat nyeri tekan pada kandung kemih.
- 3) Perkusi: Menilai ada tidaknya nyeri saat diketuk pada area ginjal.

i) Sistem mukuloskeletal

- 1) Inspeksi: Memeriksa bentuk tubuh, menilai penurunan kekuatan otot, serta mengevaluasi apakah rentang gerak (ROM) menurun, dengan adanya keterbatasan gerakan dan kelemahan fisik.
- 2) Palpasi: Melakukan uji kekuatan otot dan rentang gerak (ROM).

j) Sistem endoktrin

- 1) Inspeksi: Memeriksa apakah terdapat pembesaran pada kelenjar tiroid.
- 2) Palpasi: Menilai ada tidaknya nyeri tekan.

k) Sistem integument

- 1) Inspeksi: Memeriksa warna kulit, apakah wajah tampak pucat, kulit kemerahan, kulit kering, serta menilai penurunan turgor kulit.
- 2) Palpasi: Menilai turgor kulit dan ada tidaknya edema.

3. Data psikologis

a) Status emosi

Apakah pasien dapat mengendalikan emosinya

b) Kecemasan klien

Bagaimana tingkat kecemasan klien yang dialami oleh pasien

c) Konsep diri

- 1) Citra tubuh: Tanyakan kepada klien tentang persepsinya terhadap citra tubuhnya.
- 2) Identitas Diri: Tanyakan mengenai status dan posisi klien.
- 3) Peran: Diskusikan tugas dan peran klien serta kemampuannya dalam menjalankan tugas tersebut.
- 4) Ideal Diri: Tanyakan harapan klien terkait tubuh, posisi, dan lingkungan.
- 5) Harga Diri: Tanyakan bagaimana klien menilai orang lain.

d) Koping mekanisme yang digunakan

Tanyakan tentang mekanisme pertahanan diri yang digunakan oleh klien saat dan sebelum mengalami sakit.

4. Data Social

a) Pola komunikasi

Bagaimana cara dan gaya bicara pasien

b) Pola interaksi

tanyakan Bagaimana cara interaksi pasien dengan keluarga perawat, dan lingkungan sekitar.

5. Data Spiritual

a) Motivasi religi klien

tanyakan Bagaimana keyakinan pasien terhadap penyakit yang kini sedang dialami

b) Pelaksanaan ibadah sebelum dan sesudah sakit

Tanyakan Bagaimana pelaksanaan ibadah pasien sebelum dan saat sakit, apakah

ada perubahan atau tidak.

6. Data Penunjang

a) Pemeriksaan Darah Perifer Lengkap

Dapat ditemukan kondisi leukopeni, namun juga bisa terjadi leukositosis atau kadar leukosit yang normal. Leukositosis dapat muncul meskipun tidak disertai dengan infeksi sekunder.

b) Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Kadar SGOT dan SGPT seringkali meningkat, tetapi akan kembali normal setelah pasien sembuh. Peningkatan kadar SGOT dan SGPT ini memerlukan perhatian khusus. Nilai normal yang rentan:

a. SGOT: 3 – 45 u/L

b. SGPT: 0 – 35 u/L

c) Pemeriksaan uji Widal

Uji Widal dilakukan untuk mendeteksi keberadaan antibodi terhadap bakteri *Salmonella typhi*. Tujuan dari uji Widal adalah untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum pasien yang menderita demam tifoid. Sebagai akibat dari infeksi oleh *Salmonella typhi*, pasien akan memproduksi antibodi (aglutinin) sebagai berikut:

- a) Aglutinin O: dihasilkan sebagai respons terhadap antigen O yang berasal dari tubuh bakteri.
- b) Aglutinin H: dihasilkan sebagai respons terhadap antigen H yang berasal dari flagella bakteri.

- c) Aglutinin Vi: Karena respons terhadap antigen Vi yang berasal dari simpai bakteri, dari ketiga aglutinin tersebut, hanya aglutinin O dan H yang digunakan untuk diagnosis demam tifoid. Semakin tinggi titer aglutinin tersebut, semakin besar kemungkinan pasien menderita demam tifoid.

Penilaian Uji Widal:

- a. Peningkatan titer uji Widal sebanyak 4 kali lipat (dalam waktu 2-3 minggu) dinyatakan positif (+).
- b. Titer 1/60: akan diperiksa kembali dalam satu minggu ke depan untuk melihat apakah ada kenaikan titer. Jika ada, maka dinyatakan positif (+).
- c. Jika dalam satu kali pemeriksaan ditemukan titer 1/320 atau 1/640, maka langsung dinyatakan positif (+) pada pasien yang menunjukkan gejala khas.

Kultur

Kultur darah: kultur darah: dapat positif pada minggu pertama.

Kultur urine: dapat positif pada minggu kedua.

Kultur feses: dapat positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga.

Anti Salmonella Typhi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi infeksi akut Salmonella typhi secara dini, karena antibodi IgM muncul pada hari ke-3 dan ke-4 setelah demam mulai terjadi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada demam thypoid yang mungkin muncul menurut (Jojo Silaban, 2024) adalah sebagai berikut:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

DS:

- a. —

DO:

- a. suhu tubuh diatas nilai normal

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

DS:

- a. Mengeluh nyeri

DO:

- a. tampak meringis
- b. bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. gelisah
- d. frekuensi nadi meningkat
- e. sulit tidur

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)

DS:

- a. -

DO:

- a. Berat badan menurun 10% dibawah tentang ideal

2.3.3 Perencanaan

Tabel 2. 1 Perencanaan

NO	Diagnosa Keperawatan	INTERVENSI		
		TUJUAN	TINDAKAN	RASIONAL

1	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi. (D.0130)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil :	Observasi	1. Observasi
		1. menggigil membaik	1. Identifikasi penyebab	2. Untuk mengetahui penyebab
		2. suhu tubuh membaik	2. monitor suhu tubuh	3. Untuk mengetahui suhu tubuh
			3. monitor warna dan suhu kulit	4. Untuk mengetahui suhu kulit
			4. Teraupetik	5. Untuk membantu mengurangi akumulasi panas dan meningkatkan kenyamanan
			5. Longgarkan Atau lepasan pakaian	6. Membantu menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit
			6. berikan cairan oral	7. Membantu menurunkan suhu tubuh dengan cara mengalirkan panas dari tubuh dan memberikan kenyamanan
			7. lakukan kompres air hangat	8. Untuk membantu pemulihan
			Edukasi	9. Membantu menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit
			8. anjurkan tirah baring	
			Kolaborasi	

9. kolaborasi pemberian cairan elektrolit
10. Kolaborasikan pemberian antipiretik

10. Untuk membantu menurunkan suhu tubuh

2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan 2x24 jam diharapkan nyeri akut yang dirasakan menurun dengan kriteria hasil :	Obsevasi :	Observasi
		1. Keluhan nyeri menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Memungkinkan deteksi perubahan dalam Tingkat nyeri dan penyesuaian perawatan tepat waktu
		2. Skala nyeri menurun	2. Identifikasi skala nyeri	2. Untuk mengetahui skala nyeri
		3. Meringis menurun	3. Identifikasi respon nyeri non verbal	3. Untuk menilai Tingkat nyeri yang mungkin tidak diungkapkan secara verbal
			4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	4. Untuk membantu perawat dalam merancang intervensi yang lebih efektif
			Teraupetik	
			5. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	5. Untuk mengurangi nyeri dengan cara yang terukur

				sesuai dengan kebutuhan pasien
		6.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	6. Untuk membantu menciptakan lingkungan yang baik mendukung untuk pemulihan	
		7.Fasilitasi istirahat dan tidur	7. Untuk membantu pasien merasa lebih nyaman	
		Edukasi	8. Untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepatuhan dalam pengoatan	
		8.Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	9. Untuk meningkatkan rasa control pasien terhadap kondisi merek	
		9. Jelaskan strategi meredakan nyeri	10. Untuk meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam mengatasi nyeri.	
		10. Ajarkan teknik non farmakologis		
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan Tindakan 2x24 jam diharapkan Tingkat pengetahuan peningkat dengan kriteria hasil:	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Observasi 1. untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien untuk menerima informasi.

2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

2. Untuk memotivasi pasien dapat membantu perawat dalam merancang intervensi yang lebih efektif

Terapeutik

1. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan
2. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

3. Untuk membantu memenuhi berbagai gaya belajar pasien
4. Untuk menunjukkan penghargaan terhadap waktu dan komitmen pasien
5. Untuk membantu mengklarifikasi informasi yang mungkin tidak paham.

Edukasi

1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

6. Untuk membantu pasien memahami potensi ancaman terhadap Kesehatan mereka.
7. Untuk meningkatkan

3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Kesehatan mereka
8. Untuk membantu pasien menerapkan pengetahuan yang telah mereka pelajari dalam kehidupan sehari-hari

2.3.4 Pelaksanaan

Perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam Tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan.

Kriteria struktur

Tatanan praktek menyediakan :

- 1). Sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan
- 2). Pola ketenagaan yang sesuai dengan kebutuhan
- 3). Ada mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara periodic
- 4). Pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis keperawatan
- 5). sistem konsultasi keperawatan

Kriteria proses

- 1). Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan Tindakan keperawatan
- 2). Kolaborasi dengan profesi Kesehatan lain untuk meningkatkan status Kesehatan pasien
- 3). Melakukan Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien

- 4). Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksanaan keperawatan dibawah tanggung jawab
- 5). Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan Kesehatan
- 6). Menginformasikan kepada pasien tentang status Kesehatan dan fasilitas Kesehatan yang tersedia
- 7). Memberikan Pendidikan kepada pasien dan keluarga mengenai konsep keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
- 8). Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan Tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien.

Kriteria hasil

- 1). Terdokumentasi Tindakan keperawatan dan respon klien secara sistematis dan mudah diperoleh Kembali
- 2). Tindakan keperawatan diterima oleh pasien
- 3). Ada bukti-bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan. (Lindriani & Ns.Sri, 2023)

2.3.5 Evaluasi

Tahap akhir dalam proses keperawatan disebut Evaluasi. Tahap ini melibatkan perbandingan yang terencana dan sistematis antara hasil akhir yang diamati dan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat selama tahap perencanaan.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kemampuan klien untuk mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada fase perencanaan.

Komponen SOAP digunakan untuk memudahkan Evaluasi dan pengawasan perkembangan pasien misalnya:

1. S: Mengacu pada informasi yang diperoleh perawat selama anamnesis pasien dengan demam thypoid dengan. Perkembangan kondisi bergantung pada perasaan, keluhan, dan gejala pasien. Setelah mendapatkan perawatan farmakologis atau non-farmakologis, pasien atau keluarga mereka akan mengatakan bahwa menggigil mereka berkurang dan suhu kuliat mereka naik.
2. O: Tanda klinis yang ditemukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan tambahan. Data objektif menunjukkan peningkatan suhu tubuh, penurunan takikardi, penurunan takipneu dan penurunn pucat sebagai hasil akhir dari perawatan keperawatan dengan masalah .
3. A: Analisis atau Evaluasi menilai kondisi objektif dan subjektif, baik yang sudah terarasi maupun belum.
 - a) Masalah belum teratasi

Jika pasien tidak menunjukkan kemajuan atau perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil rencana keperawatan, masalah belum teratasi dianggap sebagai masalah subjektif dan objektif yang telah diamati dan dipelajari oleh perawat.
 - b) Masalah teratasi sebagian

Menggambarkan hal-hal yang diamati dan dipelajari oleh perawat tentang pasien yang mengalami perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil rencana keperawatan.
 - c) Masalah teratasi

Dalam kasus Dimana pasien menunjukkan perubahan dan kemajuan sesuai dengan kriteria hasil rencana keperawatan, masalah teratasi mengaju pada masalah subjektif adan objektif yang telat diamati dan dipelajari oleh perawat.

1. P: Mengacu pada rencana apa yang harus dilakukan untuk melanjutkan atau menghentikan rencana keperawatan setelah pakta terjadi.
2. Intervensi dilanjutkan
3. Kriteria standar, tujuan, dan diagnosis masih lanjut.
4. Intervensi dihentikan

Tujuan keperawatan tercapai dan rencana implementasi perawatan dihentikan

2.4 Konsep pada pasien Demam Thypoid

2.4.1 Pengertian

Di mana seseorang mengalami atau berisiko mengalami keadaan peningkatan suhu tubuh yang terus-menerus di atas 37,8°C jika diukur secara lisan, atau di atas 38,8°C jika diukur secara rektal, disebabkan oleh peningkatan kerentanan terhadap faktor-faktor eksternal. (idayanti & titiek, 2022)

2.4.2 Penyebab

Menurut (Fitria Lestari & Yudinda Triana, 2023) bisa disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu:

1. Dehidrasi
2. Terpapar lingkungan panas
3. Proses penyakit misalnya proses infeksi penyakit
4. ketidaksesuaian pakaian dengan lingkungan

2.4.3 Batasan karakteristik

Batasan mayor:

1. suhu tubuh diatas normal (normal suhu tubuh 36 C – 37,5 C)

Batasan minor:

1. kulit merah
2. Kejang
3. Takikardi (Nadi>100x/menit)
4. Takipneu (Nafas>24x/menit)
5. Kulit terasa hangat. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)

2.4.4 Penatalaksanaan pada pasien Demam *thypoid*

- a. Manajemen Hipertermia (I.15506) Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi:

Tindakan

Observasi

1. Identifikasi penyebab Hipertemia (mis.dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)
2. Monitor suhu tubuh
3. Monitor kadar elektrolit
4. Monitor haluaran urine
5. Monitor komplikasi akibat hipertemia

Terapeutik

1. Sediakan lingkungan yang dingin
2. Longgarkan atau lepaskan pakaian

3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh
4. Berikan cairan oral
5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringet dingin)
6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila).
7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
8. Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- a). Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- b). Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intraveni, jika perlu.

b. Kompres hangat

Kompres hangat adalah metode yang menggunakan kain atau handuk yang telah direndam dalam air hangat pada suhu tertentu, dan diletakkan di area tubuh yang memiliki pembuluh darah besar, seperti ketiak, leher, perut, dan lipatan paha. Tindakan ini bertujuan untuk memberikan kenyamanan serta menurunkan suhu tubuh. Langkah-langkah untuk melakukan kompres hangat sesuai dengan prosedur operasional standar (SOP) adalah dengan menerapkan kompres selama 15 menit, kemudian mengukur suhu tubuh pasien setelahnya. Hasil evaluasi dari penelitian menunjukkan bahwa setelah melakukan kompres hangat selama 15 menit, suhu pasien turun dari 38,57°C menjadi 38,09°C.. (Keperawatan Cikini et al., 2020).