

BAB II

TINJAU PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Demam Thypoid

1. Definisi

Demam tifoid adalah infeksi akut pada sistem pencernaan di sebabkan oleh *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi*. Angka ini umum terjadi diseluruh dunia, terutama di negara-negara berkembang. Makanan dan minuman yang mengandung *Salmonella typhi* dapat menyebabkan penyakit demam tifoid. Selain itu, penderita demam tifoid juga dapat bersentuhan langsung dengan feses, urin, dan sekret. Dengan kata lain kebersihan adalah kunci penyebaran infeksi. *Salmonella* dapat ditularkan dari pasien dan staf melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi tifus. Gejala penyakit, termasuk demam tinggi, sakit kepala, sembelit, diare, dan pembesaran limpa dan hati, sering muncul dalam 1–3 minggu setelah kontak dengan bakteri. Pada dasarnya, demam tifoid adalah infeksi akut pada saluran pencernaan yang menyebabkan gejala-gejala seperti demam yang berlangsung selama lebih dari tujuh hari, masalah pencernaan, dan pada kasus yang parah, kehilangan kesadaran. *Salmonella typhi* (juga dikenal sebagai bakteri *S. typhi*) adalah genus bakteri yang dapat memasuki tubuh manusia melalui enam jenis makanan yang terkontaminasi. Bakteri ini menyebabkan demam tifoid. Virus ini ditularkan kali mulut dan feses. (Pokhrel, 2024)

2. Etiologi

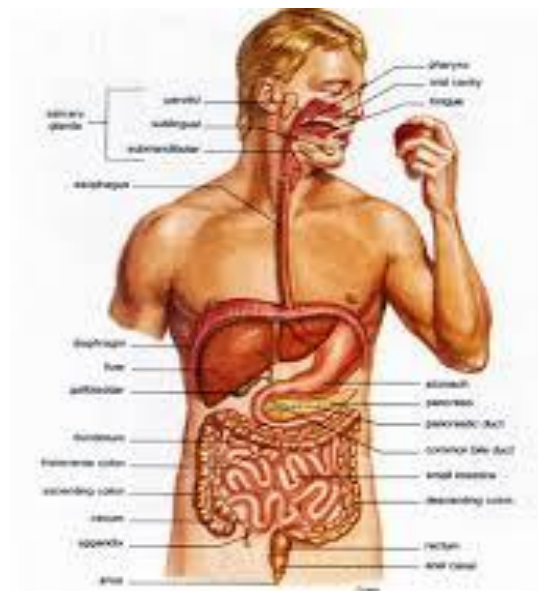
Demam tifoid adalah penyakit menular sistemik akut yang disebabkan oleh mikroorganisme *Salmonella enterica* serovar Typhi, yang dikenal sebagai *Salmonella typhi* (*S. typhi*). Berikut ini adalah beberapa kemungkinan cara *Salmonella typhi* dapat menginfeksi tubuh manusia (Idrus, 2020):

- a. Infeksi mulut melalui makanan yang terkontaminasi *Salmonella typhi*.
Infeksi tangan ke mulut terjadi ketika tangan kotor yang terinfeksi

bakteri *Salmonella typhi* bersentuhan langsung dengan makanan yang dimakan. sekitar 1-3 minggu setelah paparan bakteri, gejala demam tifoid mulai muncul, seperti demam tinggi, sakit kepala, mual muntah, dan gangguan pencernaan. Penularan feses: Feses seseorang yang terinfeksi *Salmonella typhi* memasuki sungai atau sumber air minum, lalu dikonsumsi tanpa terkontaminasi. (Sugiarto, 2023)

3. Anatomi fisiologi

Dalam tubuh manusia sistem pencernaan juga dikenal sebagai sistem gastrointestinal (mulai dari mulut hingga anus) yang bertanggung jawab untuk menerima makanan, mengubahnya menjadi nutrisi dan energi, menyerap nutrisi ke dalam aliran darah, dan membuang makanan yang tidak dapat dicerna atau sisa. Sistem pencernaan juga mencakup organ-organ di luar saluran pencernaan, seperti pankreas, hati, dan kandung empedu. Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum, dan anus.



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologis Sistem Pencernaan

1. Mulut

Mulut berfungsi sebagai saluran untuk makanan masuk, merasakan rasa, mengunyah, menghancurkan makanan secara kimia, berbicara, dan bereaksi terhadap makanan dengan berbagai sensasi. Beberapa bagian yang berperan dalam proses pencernaan di mulut meliputi Bibir, lidah, langit-langit mulut, gigi, air liur, dan kelenjar air liur adalah beberapa komponen yang memiliki tanggung jawab dalam proses pencernaan di mulut.

2. Faring

Faring merupakan otot yang berbentuk melingkar dan berperan dalam menggerakkan makanan ke dalam tubuh saat proses menelan. Bagian faring yang merupakan bagian dari sistem pencernaan terdiri dari orofaring dan laringofaring, sedangkan esofagus adalah otot yang membentang dari mulut ke arah atas.

3. Lambung

Lambung adalah organ yang berbentuk seperti huruf "J" yang menghubungkan esofagus dengan usus halus. Organ ini terdiri dari tiga bagian, yaitu fundus, badan lambung, dan bagian ketiga yaitu antrum. Lapisan otot yang membungkus fundus dan badan lambung lebih tipis jika dibandingkan dengan antrum yang lebih tebal. Antrum juga memiliki sphincter pyloric yang memisahkan lambung dari bagian atas usus halus.

4. Usus halus

Usus halus adalah organ yang paling penting dalam sistem pencernaan untuk mengolah dan menyerap makanan. Dengan diameter sekitar 2,5 cm dan panjang sekitar 3 m (atau mencapai 6 m pada tubuh manusia yang sudah tidak bernyawa, karena hilangnya tonus otot), usus halus membentang dari lambung hingga ke caecum, yaitu bagian awal dari usus besar, lebih tepatnya di sphincter pyloric. Usus halus terbagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- a) Duodenum merupakan bagian yang paling pendek, dengan panjang sekitar 25 cm, dan berperan sebagai lokasi masuk utama untuk saluran empedu, tepatnya di area tersebut.
- b) Jejunum memiliki panjang sekitar 1 meter.
- c) Ileum adalah bagian terpanjang yang memiliki panjang sekitar 2 meter dan terhubung ke usus besar dengan bantuan otot sphincter ileocecal yang lembut.

5. Usus besar

Usus besar memiliki ukuran diameter 6,5 cm dan panjang 1,5 meter yang membentang dari ileum hingga anus. Dari segi struktur, usus besar terbagi menjadi empat bagian utama, yaitu:

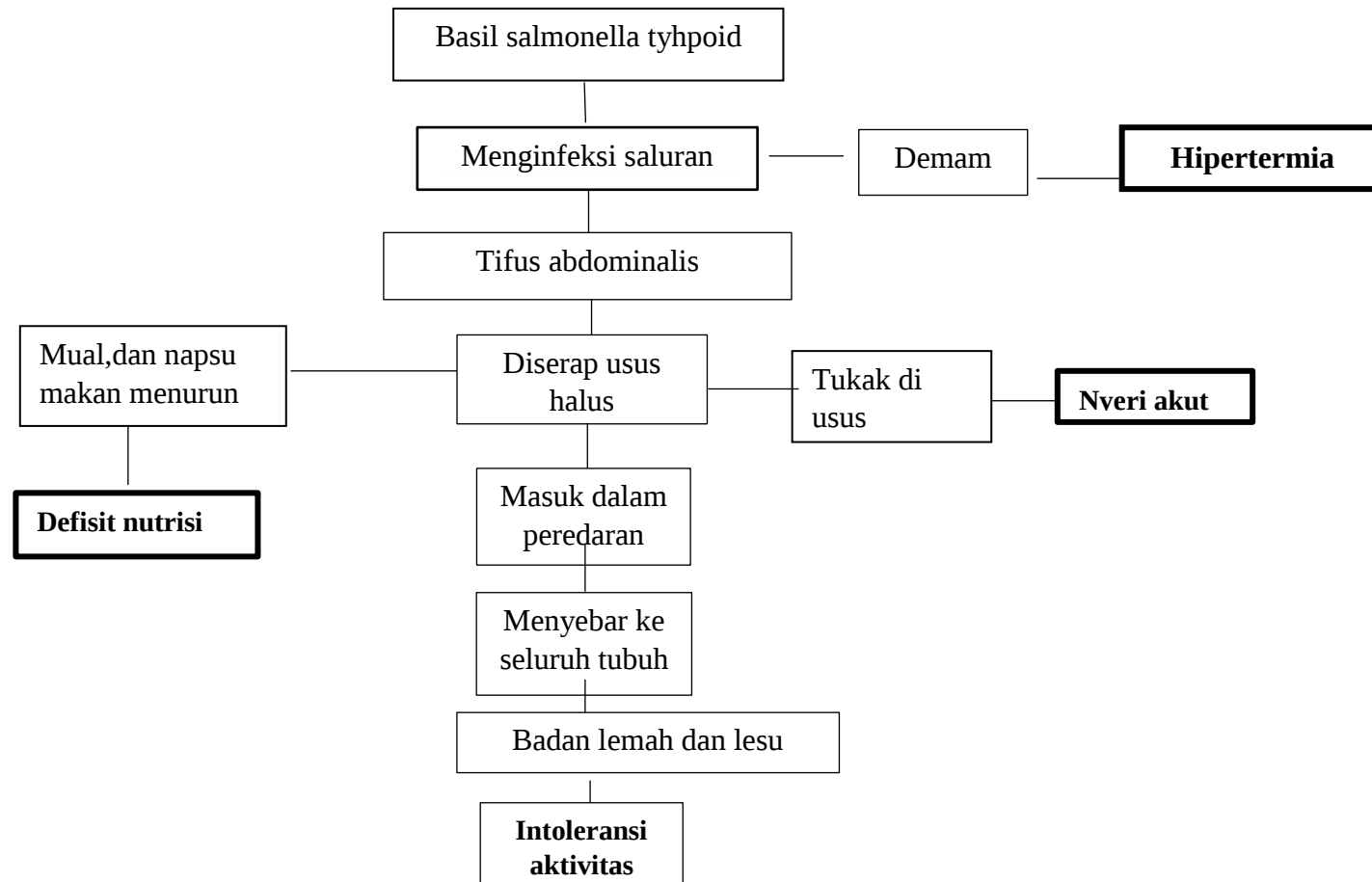
- a) Cecum, yaitu sebuah kantong kecil dengan panjang sekitar 6 cm yang menghubungkan usus besar dan usus halus.
- b) Kolon, yang merupakan saluran panjang terbagi menjadi empat bagian, yaitu bagian ascending.

4. Patofisiologi

Tifus abdominalis dimulai saat bakteri *Salmonella typhi* masuk ke dalam tubuh melalui makanan atau minuman yang terinfeksi. Setelah dikonsumsi, bakteri ini melewati lambung dan tiba di usus halus, tempat di mana ia mulai menginfeksi sistem pencernaan. Infeksi ini memicu reaksi peradangan yang menyebabkan gejala awal seperti demam. Jika respons tubuh terhadap infeksi meningkat, kondisi ini dapat berkembang menjadi hipertermia, yang ditandai dengan kenaikan suhu tubuh yang signifikan. Setelah menginfeksi saluran pencernaan, *Salmonella typhi* diserap oleh usus halus dan masuk ke dalam sirkulasi darah. Melalui aliran darah, bakteri ini menyebar ke berbagai organ tubuh, seperti hati, limpa, dan sumsum tulang. Penyebaran ini menyebabkan infeksi sistemik yang mengakibatkan tubuh menjadi lemah dan lesu. Akibatnya, penderita mengalami intoleransi terhadap aktivitas, karena tubuhnya tidak memiliki energi yang cukup untuk berfungsi secara optimal. Di dalam usus, bakteri *Salmonella typhi* dapat menyebabkan peradangan yang lebih parah,

mengakibatkan terbentuknya tukak pada dinding usus. Tukak ini dapat menyebabkan nyeri akut pada perut dan meningkatkan risiko komplikasi serius seperti perdarahan atau perforasi usus. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat membahayakan nyawa pasien. Selain itu, infeksi *Salmonella typhi* juga memengaruhi nafsu makan penderita. Gejala seperti mual dan penurunan nafsu makan sering terjadi, menyebabkan asupan nutrisi yang tidak mencukupi. Jika kondisi ini berlangsung lama, tubuh akan mengalami defisit nutrisi, yang dapat memperburuk kelemahan dan memperlambat proses pemulihan. Dengan demikian, tifus abdominalis melibatkan proses infeksi usus, penyebaran bakteri dalam darah, reaksi peradangan sistemik, serta gangguan metabolik dan energi. Penyakit ini dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius jika tidak segera ditangani, sehingga deteksi dini dan pengobatan yang tepat sangat penting untuk mencegah dampak yang lebih buruk. (Yanti & Apriyani, 2024)

5. Pathway



Bagan 2.1 *Pathway* Demam Typoid Sumber:(Herawati, 2020)

6. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda klinis demam tifoid biasanya lebih ringan daripada yang terlihat pada orang dewasa. Masa inkubasi rata-rata adalah 10 hingga 20 hari, dengan minimal 4 hari jika ditularkan melalui makanan dan maksimal 30 hari jika ditularkan melalui minuman. Selama masa inkubasi, gejala awal seperti kelelahan, kelesuan, sakit kepala, pusing, dan kelesuan mungkin muncul. Demamnya berlangsung selama tiga minggu. Minggu pertama: Demam ritmik. Biasanya turun di pagi hari dan naik di sore dan malam hari. Selama minggu pertama, pada manusia mungkin mengalami gejala seperti mual, muntah, sakit perut dan kehilangan nafsu makan. Selain itu, lidah tampak kotor (dengan noda putih). Minggu ke 2 : Demam masih berlanjut, pada minggu ke 3 demam berangsur-angsur turun dan pasien mengalami gangguan saluran cerna, lidah kotor yaitu tertutup selaput coklat kotor dan memerah pada ujung dan tepinya, dan jarang terjadi tremor disertai pembesaran dari hati. Limpa, nyeri saat palpasi, kesadaran terganggu, lesu-mengantuk (Sugiarto, 2023)

7. Komplikasi

Sebagai suatu penyakit sistemik maka hampir semua organ tubuh dapat diserang dan berbagai komplikasi serius dapat terjadi. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada demam tifoid yaitu (Santidewi, 2021)

- a. Komplikasi intestinal : Perdarahan, perforasi, ileus paralitik, dan pankreatitis
- b. Komplikasi ekstra-intestinal
 - 1) Komplikasi kardiovaskular : gagal sirkulasi perifer, miokarditis, Tromboflebitis.
 - 2) Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia, koagulasi intravaskuler diseminata (KID), trombosis.
 - 3) Komplikasi pada paru-paru: pneumonia, emfisema, pleuritis.
 - 4) Komplikasi hepatobilier: hepatitis dan kolesistitis.
 - 5) Masalah pada ginjal: glomerulonefritis, pielonefritis, perinefritis.

- 6) Komplikasi tulang : osteomielitis, periostitis, spondylitis, artritis, komplikasi neuropsikiatrik/tifoid toksik

8. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis menurut (BELLA, 2023)
 - 1) Hidrasi oral atau enteral
 - 2) Nutrisi yang tepat dan transfusi darah bila diperlukan
 - 3) Meningkatkan standar hidup anak-anak yang mengalami demam tifoid. Amoksisilin mampu menurunkan demam, tetapi tidak seefektif kloramfenikol dalam mempercepat waktu pemulihan suhu tubuh ke tingkat normal atau dalam menurunkan kemungkinan kambuhnya penyakit. Dosis yang disarankan untuk konsumsi oral adalah 100 mg/kg dalam satu hari, yang dibagi menjadi tiga pemberian.
 - 4) Kinerja kotimoksazol sebanding dengan kloramfenikol. Dosis yang disarankan untuk orang dewasa adalah 2 x 2 tablet yang dikonsumsi melalui mulut (80 mg per tablet) selama 10 hari.
 - 5) Cefotaxime diberikan secara intravena dengan dosis 12 g/kg setiap 6 jam per hari. Penghambat sintesis dinding sel bakteri, menghambat pertumbuhan bakteri. Sefalopurin generasi ketiga memiliki spektrum gram negatif. Tidak efektif terhadap bakteri gram positif. Dosis ceftriaxone yang dianjurkan adalah 80 mg per hari. Obat ini memiliki aktivitas in vitro yang sangat baik terhadap *Salmonella typhi* dan spesies *Salmonella* lainnya dan memiliki aktivitas yang dapat diterima terhadap demam tifoid.
 - 6) Dosis ceftriaxone yang dianjurkan adalah 80 miligram per hari secara intravena atau IM, diberikan sekali sehari selama 5 hari. Ini untuk menangkap dinding sel bakteri sintetis dan mencegah perkembangan bakteri. Sefalosporin generasi ketiga aktif melawan bakteri gram positif dan berbagai bakteri gram negatif.
 - 7) Dosis permulaan deksametason sebesar 3 mg/kg ditambah dengan 1 mg/kg setiap enam jam selama dua hari meningkatkan peluang

hidup pada pasien yang mengalami syok, dalam keadaan koma, atau tidak sadar.

8) Agen antiinflamasi atau antiperadangan. Dengan kata lain, pada kasus parah yang melibatkan hilangnya kesadaran, obat steroid akan diberikan. Dosis yang dianjurkan adalah 1 hingga 3 mg secara intravena dalam 3 dosis terbagi setiap hari sampai kesadaran membaik.

9) Antipiretik seperti parasetamol

b. Manajemen Keperawatan

1) Untuk mengurangi risiko komplikasi pendarahan usus, pasien diresepkan istirahat di tempat tidur selama 7 sampai 14 hari.

2) Jika pasien tidak hipertermia, lakukan latihan secara bertahap, konsisten dengan pemulihan transfusi pada komplikasi hemoragik.

9. Pencegahan

Tindakan yang dapat Anda ambil untuk mencegah meredaknya penyakit ini antara lain:

a. Dari sisi manusia:

1) sinasi untuk mencegah semua orang tertular penyakit. Vaksinasi sedang diberikan. Saat ini ada vaksin tifoid yang dapat disuntikkan atau ditelan dan memberikan perlindungan selama 3 bulan.

2) Pendidikan kesehatan bagi penduduk: Kebersihan, sanitasi, kebersihan pribadi.

b. Dari aspek lingkungan:

1) Penyediaan air minum yang memenuhi syarat kesehatan

2) Pembuangan limbah manusia secara higienis

3) Pengendalian lalat

4) Pemantauan penyiapan makanan di rumah dan penyediaan oleh pedagang makanan (Akhsin, 2021)

B. Konsep Dasar Hipertermi

1. Definisi Hipertermi

Hipertermia muncul ketika suhu tubuh melebihi batas normal. Ini adalah kondisi di mana suhu tubuh meningkat karena tubuh tidak dapat mengeluarkan panas atau menghentikan pembentukan panas. Hipertermia terjadi saat cara tubuh untuk membuang panas tidak mampu mengimbangi kelebihan produksi panas, yang kemudian menyebabkan suhu tubuh meningkat. Hipertermia dianggap tidak berbahaya jika suhu tubuh tetap di bawah 39°C. Diagnosis hipertermia ditentukan melalui gejala klinis serta pengukuran suhu pada waktu yang berbeda dalam sehari dan dibandingkan dengan nilai normal individu. (Rika Widianita, 2023)

2. Etiologi

Etiologi dari masalah keperawatan ini adalah a) Dehidrasi, b) Terpapar lingkungan panas, c) Proses penyakit (mis, infeksi kanker), d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, e) Peningkatan laju metabolisme, f) Respon trauma, g) Aktivitas berlebihan, h) Penggunaan incubator

3. Gejala Dan Tanda Mayor Hipertermi

Objektif: Suhu tubuh di atas nilai normal

4. Gejala Dan Tanda Mayor

Objektif: a) Kulit merah, b) Kejang, c) Kulit merah, d) Kejang, e) Takikardi, d) Takipnea, e) Kulit terasa merah

5. Cara Mengatasi Hipertermi

Berikut tahap-tahap untuk menurunkan suhu tubuh menurut (Muhammad et al., 2023) Suhu tubuh klien dapat dikurangi dengan kompres hangat.

- a. Tingkatkan ventilasi lingkungan dan batasi pengunjung agar klien merasa nyaman dan panas cepat turun.
- b. Mengenakan pakaian tipis yang menyerap keringat.
- c. Klien harus beraktivitas di tempat tidur dan mengurangi pergerakannya saat berbaring total.
- d. Menggunakan jumlah minuman yang sedikit tetapi sering

C. Konsep Dasar Terapi Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan terapi anti radang yang mengalirkan panas melalui konduksi; suhu panas ini mendorong pelebaran pembuluh darah dan meningkatkan relaksasi otot, yang pada gilirannya meningkatkan aliran darah serta memperbanyak pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan.(ISNAINI, 2022)

Ketika kulit bersentuhan dengan objek yang panas, energi akan dipindahkan ke tubuh melalui proses evaporasi, yang dapat membantu mengurangi ketegangan pada otot, meningkatkan sirkulasi darah, dan meredakan nyeri. Terdapat perbedaan dalam rentang suhu sebelum dan sesudah penerapan kompres air panas. Penggunaan kompres panas membuat suhu di permukaan tubuh meningkat, sehingga tubuh akan menganggap suhu di sekitarnya sudah cukup tinggi. Hal ini menyebabkan tubuh mengurangi kontrol suhu di otak untuk tidak menaikkan suhu pengatur tubuh. Ketika suhu di sekitar menjadi hangat, pembuluh darah di permukaan kulit akan melebar dan mengalami vasodilatasi, sehingga pori-pori kulit terbuka dan memudahkan pengeluaran panas, mengubah suhu tubuh. Situasi ini juga menunjukkan bahwa penggunaan kompres hangat memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan suhu tubuh serta penurunan suhu pada anak. Ini disebabkan oleh kenyamanan yang dirasakan pasien setelah penerapan kompres hangat, yang memicu perpindahan panas tubuh. (Baig Fitrihan Rukmana¹ et al., 2022)

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dan fundamental dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan fase yang paling krusial bagi tahap selanjutnya. Keahlian dalam mengenali masalah keperawatan yang muncul pada tahap ini akan mempengaruhi diagnosa keperawatan. Diagnosa yang ditetapkan akan mempengaruhi penyusunan rencana yang dibuat. Setelah itu, tindakan keperawatan dan evaluasi akan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah disusun. (Sitinjak et al., 2024)

a. Identitas klien

Identitas pasien meliputi : nama, umur, tanggal lahir, alamat, agama, pekerjaan, pendidikan, dan status.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama:

Pasien tifoid biasanya mengalami demam yang tidak stabil, sakit perut, muntah, dan penurunan nafsu makan.

2) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan hasil pengkajian kesehatan dari pemeriksaan awal masuk. Pasien sering mengalami peningkatan suhu di atas 37,8°C selama lebih dari satu minggu, disertai dengan menggigil dan turunnya panas hanya terjadi di malam hari dan tidak menentu.

3) Riwayat penyakit dahulu

Pasien tifoid biasanya memiliki riwayat penyakit tifoid sebelumnya, bahkan sampai kejang.

4) Riwayat penyakit keluarga

Pada umumnya keluarga yang pernah menderita demam tipoid dapat menularkan bakteri atau virus lewat tempat yang digunakan bersama dan lingkungan tidak bersih, sebagian besar keluarga pernah menderita tifoid, kurang terjaga pada pagi dan malam hari, dengan keluhan pusing, mual muntah, akral hangat, dan takikardia.

c. Pola fungsi kesehatan

1) Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien demam thypoid dapat menyebabkan gejala nafsu makan yang menurun, seperti mual, muntah dan anorexia, dan juga mungkin kekurangan nutrisi yang diperlukan tubuh gejala alami demam thypoid, dan pasien juga biasanya mengalami penurunan berat badan.

2) Pola eliminasi

Pasien yang menderita demam tifoid sering kali menghadapi gangguan pencernaan, seperti sembelit dan diare. Di samping itu, mereka cenderung mengalami bercak merah di kulit atau pada sistem integumen. Bercak merah ini disebabkan oleh pembekuan yang terjadi dalam kapiler kulit selama minggu pertama demam, dan umumnya muncul di area ekstremitas dan punggung dada.

3) Pola aktivitas dan tidur

Dalam situasi pasien yang menderita demam typhoid, kebiasaan tidur mereka sering terganggu. Hal ini disebabkan oleh naiknya suhu tubuh yang dapat menyebabkan rasa tidak nyaman atau cemas. Selain itu, pasien juga mengalami penurunan tingkat aktivitas, yang dapat membuat mereka merasa lemas atau kesulitan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari.

4) Pola konsep diri

Pada pasien demam thypoid Dibutuhkan bantuan perawat dan keluarga untuk perawatan pasien dengan demam thypoid karena lemas tubuh mereka dapat menghalangi mereka untuk melakukan kebersihan diri.

5) Pola kognitif dan persepsi

Pada pasien dengan demam tifoid mengalami gelisah dan sering bertanya kapan demam mereka akan sembuh. Penderita demam tifoid harus menjalani pemeriksaan fisik (kepala sampai ke ujung kaki) yang mencakup pemeriksaan umum serta pemeriksaan sistem tubuh melalui proses IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi).

d. Pengkajian umum

Pasien dengan demam tifoid biasanya mengalami lemas, panas yang naik turun atau tidak stabil, mual, muntah, kehilangan nafsu makan, dan anoreaksi, bahkan mungkin kejang.

1) Pengkajian sistem tubuh

a) Pemeriksaan kepala

Untuk pemeriksaan kepala, inspeksi memastikan bentuknya simetris dan normal, tidak ada lesi, dan palpasi biasanya ditemukan pada pemeriksaan yang menderita demam thypoid yang terlalu panas dan mengalami nyeri saat ditentukan.

b) Pemeriksaan mata

Selama inspeksi ditemukan konjungtiva anemis, pupil isoklor yang besar, dan kotoran. Tidak dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah ada nyeri saat ditekan.

c) Pemeriksaan hidung

Meliputi inspeksi terdapat cuping hidung atau tidak, adakah secret, pendarahan atau tidak, palpasi apakah adanya nyeri pada saat ditekan

d) Pemeriksaan mulut dan faring

Dalam pemeriksaan ini terdapat mukosa bibir pecah dan kering, ujung lidah kotor atau bersih, dan apakah tepinya berwarna atau kemerahan.

e) Pemeriksaan abdomen inspeksi

Bentuknya simetris, bising usus biasanya di atas normal (5-35 kali/menit), dan saat palpasi tidak ada nyeri tekan di epigastrium.

f) Pemeriksaan anggota gerak

Penderita demam tifoid biasanya dapat menggerakkan seluruh anggota gerak ekstermitas atas dan bawah.

g) Pemeriksaan genetalia dan sekitar anus

Di sekitar 18 tahun, pasien demam tifoid bisa mengalami masalah pencernaan seperti diare atau konstipasi, apakah anus atau genetalia kotor atau bersih, dan ada hemoroid atau tidak, dan apakah terasa nyeri saat di palpasi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah jenis pengkajian keperawatan yang berkaitan dengan bagaimana pasien bereaksi terhadap masalah kesehatan atau perkembangan masalah kesehatan yang ada atau potensial. Diagnosa keperawatan yaitu untuk menentukan dengan tepat reaksi setiap klien, keluarga, dan komunitas terhadap keadaan terkait kesehatan tertentu. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017).

1. Hipertensi berhubungan dengan proses penyakit.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)																																																																																				
1.	Kode diagnose: hipertermi D. 0130	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: Luaran utama: Termoregulasi Kode: L. 14134	Kode intervensi utama: Manajemen hipertermi (I. 15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas. penggunaan inkubator) 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 dan kipasi																																																																																				
		<table><tr><th>Hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup Meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup Menurun</th><th>Menurun</th></tr><tr><td>Menggigil</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kulit merah</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kejang</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Akrosianosis</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Konsumsi oksigen</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Piloereksi</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Vasokonstriksi perifer</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kutis memorata</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Pucat</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Takikardi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Takipnea</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Bradikardi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Dasar kuku</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Menggigil	1	2	3	4	5	Kulit merah	1	2	3	4	5	Kejang	1	2	3	4	5	Akrosianosis	1	2	3	4	5	Konsumsi oksigen	1	2	3	4	5	Piloereksi	1					Vasokonstriksi perifer	1	2	3	4	5	Kutis memorata	1	2	3	4	5	Pucat	1	2	3	4	5	Takikardi	1	2	3	4	5	Takipnea						Bradikardi	1	2	3	4	5	Dasar kuku						
		Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																																																																
		Menggigil	1	2	3	4	5																																																																																
		Kulit merah	1	2	3	4	5																																																																																
		Kejang	1	2	3	4	5																																																																																
		Akrosianosis	1	2	3	4	5																																																																																
		Konsumsi oksigen	1	2	3	4	5																																																																																
		Piloereksi	1																																																																																				
		Vasokonstriksi perifer	1	2	3	4	5																																																																																
		Kutis memorata	1	2	3	4	5																																																																																
		Pucat	1	2	3	4	5																																																																																
		Takikardi	1	2	3	4	5																																																																																
		Takipnea																																																																																					
		Bradikardi	1	2	3	4	5																																																																																
Dasar kuku																																																																																							

		sianolik Hipoksia 12345 HasilMemburukCukup MemburukSedangCukup MembaikMembaik Suhu tubuh12345 Suhu kulit12345 Kadar glukosa darah12345 Pengisian kapiler12345 Ventilasi12345 Tekanan darah	permukaan tubuh (kompres hangat) 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 12. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 13. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu 15. Kolaborasi pemberian antipiretik atau aspirin
2.	Kode diagnose: nyeri akut D. 0077	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Luaran utama: tingkat nyeri kode L.08066 HasilMenurunCukup menurunSedangCukup meningkatMeningkat Kemampuan menuntaskan aktivitas12345	Intervensi utama: Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri

		Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun		
		Keluhan nyeri	1	2	3	4	5	3.	Identifikasi respons nyeri non verbal
		Meringis	1	2	3	4	5	4.	Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
		Sikap protektif	1	2	3	4	5		Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri
		Gelisah	1	2	3	4	5	5.	Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
		Kesulitan tidur	1	2	3	4	5	6.	Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
		Menarik diri	1	2	3	4	5	7.	Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
		Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5	8.	Monitor efek samping penggunaan analgetik
		Diaforesis	1	2	3	4	5	Terapeutik	
		Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5	1.	Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
		Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5	2.	Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu
		Anoreksia	1	2	3	4	5		
		Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5		
		Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5		
		Ketegangan otot	1	2	3	4	5		
		Pupil dilatasi	1	2	3	4	5		
		Muntah	1	2	3	4	5		
		Mual	1	2	3	4	5		
		Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik		
		Frekuensi nadi	1	2	3	4	5		
		Pola napas	1	2	3	4	5		
		Tekanan darah	1	2	3	4	5		

		<table><tr><td>Proses berpikir</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Fokus</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Fungsi berkemih</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Perilaku</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Pola tidur</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Proses berpikir	1	2	3	4	5	Fokus	1	2	3	4	5	Fungsi berkemih	1	2	3	4	5	Perilaku	1	2	3	4	5	Nafsu makan	1	2	3	4	5	Pola tidur	1	2	3	4	5	ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi Istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Proses berpikir	1	2	3	4	5																																		
Fokus	1	2	3	4	5																																		
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5																																		
Perilaku	1	2	3	4	5																																		
Nafsu makan	1	2	3	4	5																																		
Pola tidur	1	2	3	4	5																																		
3	Kode diagnose: Defisit nutrisi D. 0019	Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: Luara utama: Defisit Nutrisi L.03030 <table><tr><td>Hasil</td><td>Meningkat</td><td>Cukup Meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup Menurun</td><td>Menurun</td></tr><tr><td>Pola makanan yang dihabiskan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Hasil</td><td>Meningkat</td><td>Cukup Meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup Menurun</td><td>Menurun</td></tr></table>	Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Pola makanan yang dihabiskan	1	2	3	4	5	Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Kode Intervensi Utama: I.03119 Manajemen Nutrisi Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai																		
Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																		
Pola makanan yang dihabiskan	1	2	3	4	5																																		
Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																		

		Keluhan cepat kenyang	1	2	3	4	5	4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
		Nyeri abdomen	1	2	3	4	5	5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
		Rambut rontok	1	2	3	4	5	6. Monitor asupan makanan
		Diare	1	2	3	4	5	7. Monitor berat badan
		Keluhan cepat kenyang	1	2	3	4	5	8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
		Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	Terapeutik
		Berat badan	1	2	3	4	5	1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
								2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
								3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
								4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
								5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
								6. Berikan suplemen makanan, jika perlu
								7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi
								Edukasi

		1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dijalankan oleh perawat untuk mendukung klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi sehingga dapat mencapai keadaan kesehatan yang lebih baik yang mencerminkan kriteria hasil yang diinginkan. Implementasi adalah langkah dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Proses pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada perintah keperawatan untuk membantu klien meraih tujuan yang diinginkan. Oleh karena itu, rencana tindakan yang terperinci dilaksanakan untuk mengubah faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tipe implementasi keperawatan secara umum dibagi menjadi tiga kelompok berbeda. (Kurniawati, 2021)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses untuk membandingkan hasil dari suatu pelaksanaan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan guna menilai keberhasilannya. Jika hasil dari evaluasi menunjukkan bahwa tidak ada keberhasilan atau hanya sebagian yang berhasil, maka perlu dibuat suatu rencana. Penilaian dilakukan berdasarkan sejauh mana intervensi atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan pihak lainnya efektif. Efektivitas ini ditentukan dengan memperhatikan tanggapan dari keluarga dan hasil yang diperoleh. (Dian Andini Putri et al., 2024).