KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "B" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

REXY PASAMBOAN

E.1614401032

ROBERTUS PAMARU

E.1614401035

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " Asuhan Keperawatan Pada Tn''B Dengan Demam Thypoid Di Ruang Perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa	: Rexy pasamboan
NIM	: E1614401032
Nama Mahasiswa	: Robertus pamaru
NIM	: E1614401035

Disetujui Oleh :
Pembimbing

(Fransisco Irwandy,Ns.,M.Kep)
NIDN :

Menyetujui,
Wakil Ketua bidang akademik

(Henny Pongantung,Ns,MSN.,DN.Sc)
NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah dengan judul : "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "B" DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR. Telah dipertanggung jawabkan dan telah di Ujikan di hadapan Tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal	: Rabu, 22 Mei 2019
Pukul	: 15.40 – 16.20 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar.

TIM PENGUJI :

1. Rosmina Situngkir, Ns,M.Kes (.....)
2. Debby Lempang, S.Kep.,Ns (.....)
3. Fransisco Irwandy, Ns.,M.kep (.....)

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris

(Siprianus Abdu, s,si.,Ns.,M.Kes)

NIDN : 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis

Nama	: Rexy pasamboan
Tempat/Tanggal lahir	: Pedanda 03-12-1997
Jenis Kelamin	: laki laki
Agama	: Protestan
Alamat	: JL.Syerief all qadry

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Enny
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Pedanda

III. Riwayat Pendidikan

SD IMPRES PEDANDA	: 2003-2009
SMP 9 PASANGKAYU	: 2009-2013
SMK KARYA BANGSA	: 2013-2015
STIK STELLA MARIS MAKASSAR: 2016-2019	

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penuis

Nama	: Robertus Pamaru
Tempat/tanggal lahir	: Rorre 29-04-1997
Jenis Kelamin	: Laki laki
Agama	: keristen
Alamat	: Jl.Hajikalla2

II. Identitas Orang Tua

Nama Ibu	: Samas/Ludia Pamaru
Tempat/tanggal lahir	:Rantelemo 20-03-1970
Agama	: keristen
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Rantelemo

III. Riwayat Pendidikan

SDN 105 Salujambu	: 2003-2009
SMPN 1 Lamasi	: 2009-2013
SMAN 1 Lamasi	: 2013-2015
STIK STELLA MARIS MARIS	: 2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang maha Esa atas berkat dan rahmatnya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya tulis Ilmiah ini yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "B" DENGAN DEMAM *TYPHOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"

Dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan namun berkat doa, motivasi, bantuan, dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat bekerja dengan sepenuhnya dalam menyelesaikan Karya tulis ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimah kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu.s.si,Ns,M.kes selaku ketua Stik Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti bimbingan dan membekali ilmu pengetahuan selama kurang lebih tiga tahun di STIK Stella Maris Makassar.
2. dr. Thomas Susarto, selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berkenan memberikan izin untuk melaksanakan praktek keperawatan di rumah Sakit Stella Maris selama kurang lebih tiga tahun.
3. Mery solon Ns.,M.Kes selaku ketua prodi program studi D III Keperawatan STIK Stella Maris
4. Fransisco Irwandi,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing yang dengan penuh sabar serta penuh pengertian dalam membimbing ,mengarahkan,dan membantu dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Terimakasih kepada penguji ibu Rosmina Situngkir,Ns.,M.kes Ibu Debby Lempang,S.Kep.,Ns.,Fransisco Irwandi,Ns.,M.Kep
6. Tn "R" dan keluarga selaku penerima Asuhan Keperawatan yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan Asuha Keperawatan.

7. Kepala bagian, klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth III A rumah sakit stella maris Makassar yang telah membantu dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
8. Bapak ibu dosen pengajar beserta staff yang telah mendidik kami,yang dengan sabar bijaksana,selama menempu pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Ronald Pamaru dan Orpa Papidunan selaku saudarah/i yang dengan penuh sabar mengambil bagian (membantu) dalam pengetikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman mahasiswa/i program Diploma III Keperawatan angkatan XIII dan teman-teman seperjuangan yang dinas di ruang Bernadeth II A terimah kasih buat kekompakan, kerja sama dan kebersamannya.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebut satu persatu yang selalu memberikan dukungan, kritik, saran dan doa.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Untuk itu penulis sangat mengharapkan keritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak. Semoga Karya Tulis ini dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Demam Typhoid dan sebagai bahan masukan untuk menambah pengetahuan.

Makassar , 29 April 2019.

Robertus Pamaru (Penulis)

RexyPasamboan (Penulis)

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL
LEMBAR PENGESAHAN
LEMBAR PERSETUJUAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika penulisan 4
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 13
4. Patofisiologi 13
5. Manifestasi Klinik 14
6. Tes Diagnostik 15
7. Penatalaksanaan Medik 18
8. Komplikasi 22
B. Konsep Dasar Keperawatan 23
1. Pengkajian 23
2. Diagnosa Keperawatan 24

3. Intervensi Keperawatan 24
4. Discharge Planning 28
C. Patoflowdiagram 29
BAB III PENGAMATAN KASUS 31
A. Pengkajian 32
B. Analisa Data 47
C. Diagnosa Keperawatan 50
D. Intervensi Keperawatan 51
E. Implementasi Keperawatan 56
F. Evaluasi Keperawatan 66
G. Daftar Obat 70
BAB IV PEMBAHASAN 73
BAB V PENUTUP 79
A. Kesimpulan 79
B. Saran 80
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam *thypoid* merupahkan suatu penyakit infeksi sistematik yang disebabkan oleh bakteri salmonella *thypi* yang masih dijumpai secara luas diberbagai Negara berkembang terutama yang terletak didaerah tropis dan subtropis. Penyakit ini juga merupahkan masalah kesehatan masyarakat yang penting karena penyebaran berkaitan erat dengan kepadatan penduduk, kesehatan lingkungan, sumber air dan sanitasi yang buruk serta standar *hygine* industri pengelolahan makanan yang masih rendah.

Memperkirakan terdapat sekitar 17 juta kasus kematian penderita penyakit demam *thypoid* tiap tahun. Di Negara berkembang, diperkirakan sekitar 150 kasus (juta populasi) 1 tahun di Amerika Latin 1000 kasus perjuta populasi pertahun di beberapa Negara Asia. Di Indonesia diperkirakan antara 800-100.000 orang yang terkena penyakit *tifus* atau demam *thypoid* sepanjang tahun. (Riskesdas,2018).

Penyakit dapat ditularkan melalui berbagai cara yang dikenal dengan 5F, yaitu: *food* (makanan), *fingers* (jari/kuku), *komitus* (muntah), *fly* (lalat), dan *feces*. Insiden demam *thypoid* biasanya terkait dengan sanitasi lingkungan dan makanan. Lingkungan difenisikan sebagai semua kondisi, keadaan, dan pengaruh eksternal yang menyelubungi pertumbuhan serta perkembangan suatu organisasi atau komunitas organisme. Sesorang yang menderita penyakit tersebut *(caries)* tetapi masih terus mengekskresikan *salmonella thypi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari satu tahun. Kuman tersebut dapat ditularkan melalui perantaraan lalat, dimana lalat akan hinggap

dimakanan yang akan dikonsumsi oleh orang sehat sehingga menimbulkan penyakit tersebut.

Data statistik tahun 2016,2017,2018 yang tercatat pada *medical Record* di Rumah Sakit Stella Maris didapatkan penderita demam thypid berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 24-40 tahun dan minoritas terjadi pada kelompok umur 0 -< 1 tahun, jumlah penderita demam *thypoid* tahun 2016 mencapai 384 jiwa 2017 mencapai 418 jiwa, 2018 mencapai 553 jiwa (2,19), laki-laki adalah 153 orang, perempuan adalah 231 orang dan 1 pasien yang meninggal (MRO, Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016,2017,2018).

Walaupun data belum akurat tetapi dapat diperkirakan bahwa pada masa yang akan datang penderita demam *thypoid* bisa meningkat seiring dengan adanya pertambahan penduduk, kesehatan lingkungan, sumber air serta standar *hygine* industri pengelolaan makanan yang masih rendah. Karena itu peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif demi meningkatkan derajat kesehatan pasien.

Maka penulis tertarik untuk memaparkan masalah tersebut dalam bentuk karya tulis ilmiah tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien demam *thypoid*.

A. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ini adalah

1. Tujuan Umum

   Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien Demam *Thypoid* di Ruang Perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Demam *Thypoid* secara komprehensif yang mencakup :

   a. Pengkajian dan analisa data
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan.
   c. Menyusun perencanaan.
   d. Melaksanakan intervensi.
   e. Membuat evaluasi.

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di Rumah Sakit dalam rangkah meningkatkan mutu peleyanan keperawatan pada pasien dengan Demam *Thypoid*.

2. Bagi Institusi

   Menilai/mengevaluasi sejauh mana pemahaman mahasiswa dalam menyerap dan menerapkan ilmu yang telah diberikan khususnya dalam melaksanakan proses keperawatan.

3. Bagi Pasien dan keluarga.

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit.

4. Bagi Penulis
    a. Merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan D III keperawatan
    b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang di peroleh selama pendidikan dalam memberikan asuhan Keperawatan pada pasien dengan Demam *Thypoid.*

C. Metode Penulisan

Karya tulis ini menggunakan metode penulisan deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut :

1. Studi Kasus, terdiri dari :
    a. Observasi

        Melihat atau memonitor secara langsung segala kegiatan pelaksanaan keadaan pasien selama dalam perawatan.
    b. Wawancara

        Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan Tim Kesehatan yang terkait seperti : Perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.
    c. Pemeriksaan Fisik dengan cara : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi.
2. Studi Kepustakaan

    Penulis menggunakan berbagai bacaan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini seperti : Buku-buku Medis, makalah, catatan kuliah dan situs internet.

D. Sistimatika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah tersusun atas lima bab yang terdiri dari Bab I “Pendahuluan”, Bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan. Bab II “Tinjauan Teoritis”, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu

konsep dasar medis yang meliputi pengertian, *anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi,* manifestasi klinik, *test diagnostik,* penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *Discharge Planning*, dan Patoflowdiagram. Bab III, “Pengamatan Kasus”, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV “Pembahasan Kasus” yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V “Penutup”, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

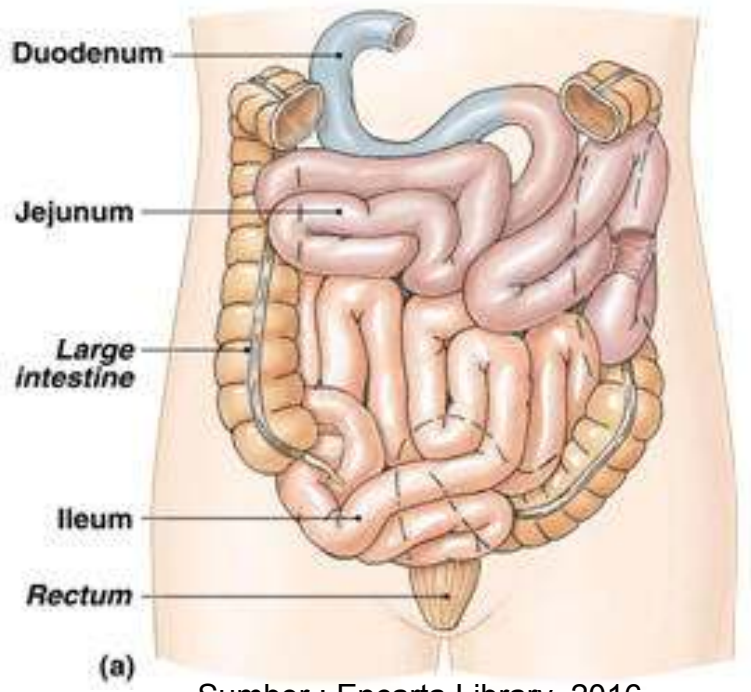
Demam *Thypoid* merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh *bakteri salmonella paratyphi* A, *salmonella paratyphi* B, *salmonella paratyphi* C.(Rohamat Hidayat, 2016).

Demam *Thypoid* merupakan suatu penyakit infeksi yang terjadi pada usus halus yang disebabkan oleh *salmonella typhi*. Penyakit ini dapat ditularkan melalui makanan, atau minuman yang terkontaminasi oleh kuman *salmonella thypi* (Maria Magdalena lolon, 2018).

Demam *Thypoid* adalah salah satu penyakit sistemik yang diandai dengan gejala seperti demam dan nyeri abdomen serta penyakit ini disebabkan oleh penyebar bakteri *salmonella thypi* atau *salmonella paratyphi* (Tiana Indrajati, 2017).

Demam*Thypoid* merupakan suatu infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang biasanya terdapat pada saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 1 minggu dan terjadi gangguan kesadaran (Yayu Nur hidayah, 2017)

1. Anatomi Fisiologi



Sumber : Encarta Library, 2016.

a. Usus halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (*duodenum*), usus kosong (*yeyeunum*), dan usus penyerapan (*ileum*). Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari pankreas dan kantung empedu.

Usus halus merupakan organ yang paling penting dalam pencernaan dan penyerapan makanan. Di dalamnya dihasilkan berbagai cairan yang mencerna makanan sampai benar-benar halus menjadi sari-sari makanan. Sari-sari makanan diserap oleh ujung-ujung pembuluh darah yang terdapat pada dinding usus halus. Aliran darah kemudian akan mengedarkannya ke seluruh tubuh. (Yayu Nur Hidayah, 2017).

1) Bagian Usus Halus
   a) Bagian atas disebut *duodenum* (usus 12 jari)

      *Duodenum***,** bagian terpendek (25cm), yang dimulai dari *pyloric sphincter* di perut sampai *jejunum*. Berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lengkungan ini terdapat pancreas dan *duodenal papilla*, tempat bermuaranya pancreas dan kantung empedu. Empedu berfungsi mengemulsikan lemak dengan bantuan lipase. Pankreas menghasilkan *amilase* yang berfungsi mencerna karbohidrat arang menjadi disakarida dan tripsin yang berfungsi mencerna protein menjadi asam amino/albumin dan *polipeptida.* Dinding usus halus mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar brunner yang berfungsi memproduksi getah intestinum. (RahmatHidayat, 2016)

   b) Bagian tengah disebut *Jejunum* (usus kosong)

      Jejunum**,** memiliki panjang antara 1,5 m – 1,75m. Di dalam usus ini, makanan mengalami pencernaan secara kimiawi oleh enzim yang dihasilkan dinding usus. Getah usus yang dihasilkan mengandung lendir dan berbagai macam enzim yang dapat memecah makanan menjadi lebih sederhana. Di dalam yeyunum, makanan menjadi bubur yang lumat yang encer. (RahmatHidayat, 2016)

   c) Bagian bawah disebut penyerapan (*ileum*)

      Usus penyerapan *(ileum),* panjangnya antara 0,75m – 3,5m terjadi penyerapan sari–sari makanan. Permukaan dinding ileum dipenuhi oleh jonjot-jonjot ususvili. Adanya jonjot usus mengakibatkan permukaan ileum menjadi semakin luas sehingga penyerapan makanan dapat berjalan dengan baik. Dinding jonjot usus halus tertutup sel epithelium yaung berfungsi untuk

menyerap zat hara Terdapat sekitar 1000 *mikrovili* dalam tiap sel. Dinding tersebut juga mengeluarkan *mucus*. Enzim pada *mikrovili* menghancurkan makanana menjadi partikel yang cukup kecil untuk diserap. Di dalam setiap jonjot terdapat pembuluh darah halus dan saluran limfa yang menyerap zat hara dari permukaan jonjot. Vena porta mengambil glukosa dan asam amino, sedangkan asam lemak dan gliserol masuk ke sel limfa. (Rahmat Hidayat, 2016)

2) Lapisan Dinding usus terdiri atas :
   a) Lapisan luar adalah: tersusun oleh membrane serosa yang merupakan lapisan peritonium yang terdiri dari lapisan visceral dan parietal. Peritonium melipat dan meliputi usus dan seluruh lapisan visera abdomen. Lipatan-lipatan peritonium ada yang disebut dengan mesenterum, omentum majus, dan omentum minus Fungsi peritonium adalah menyokong pembuluh darah dan limfe ke usus, melindungi rongga peritonium terhadap infeksi, menghindari friksi (gesekan) antara organ yang berdekatan.(Rahmat Hidayat, 2016)
   b) Lapisan berotot: terdiri atas 2 lapisan serabut, lapisan luar terdiri atas serabut longitudinal dan dibawahnya terdapat lapisan tebal terdiri dari serabut sirkuler. Diantara kedua lapisan serabut berotot ini terdapat pembuluh darah, pembuluh *limfe* dan *plexus* saraf.
   c) Mukosa bagian dalam tebal serta banyak mengandung pembuluh darah dan kelenjar.
   d) Dinding *submukosa* : terdapat oto *sirkuler* dan lapisan yang terdalam yang merupakan pembatasannya. Dinding submukosa ini terdiri atas jaringan areolar dan berisi banyak pembuluh darah, saluran *limfe,* kelenjar dan

plexus saraf yang disebut *plexus meissner.* (Rahmat hidayat, 2016)

3) Struktur usus halus secara mikroskopik

Secara mikrokopis usus halus memiliki tiga struktur yang sangat menambah luas permukaan dan membantu fungsi utama untuk mengabsorbsi nutrient di usus hingga 1,6 juta cm^2 meningkat sekitar 1.000 kali lipat (bila permukaannya rata sekitar 2.000 cm^2).

a) Lapisan mukosa dan submukosa membentuk lipatan-lipatan sikular seperti jalan yang disebut valvula koniventes (lipatan kerckring) yang menonjol ke dalam lumen sekitar 3 sampai 10 mm. Adanya lipatan-lipatan ini menyebabkan gambaran usus halus menyerupai bulu pada pemeriksaan radiografis.

b) *Vili* merupakan tonjolan –tonjolan mukosa seperti jari-jari yang jumlahnya sekitar 4 atau 5 juta di sepanjang usus halus*. Vili* panjangnya 0,5 sampai 1,5 mm (dapat terlihat secara mikroskopis) dan menyebabkan gambaran mukosa menyerupai beludru.

c) *Mikrovil*i merupakan tonjolan menyerupai jari-jari yang panjangnya sekitar 1 mm pada permukaan luar setiap vili. Mikrovili berfungsi sebagai *brushborder*. Penyakit-penyakit usus halus dapat menyebabkan atrofi dan pendataran *vili,* sehingga sangat mengurangi luas permukaan absorpsi dan terjadilah *malapsorpsi. Mikrovili* sebagai sel *absorptif* bertanggung jawab atas absorpsi bahan makanan di usus halus. Ensim pada brushborder membantu menyelesaikan proses pencernaan saat berlangsungnya absorpsi. (Rahmat hidayat 2016).

4) Ensim pencernaan usus halus meliputi :
   a) *Entrokinase* berfungsi untuk mengaktifkan tripsinogen yang di hasilkan pankreas.
   b) *Latase* berfungsi untuk mengubah laktosa menjadi glukosa.
   c) *Erepsin* atau dipeptidase berfungsi untuk mengubah dipeptida atau pepton menjadi asam amino.
   d) *Maltase* berfungsi untuk mengubah maltosa menjadi glukosa.
   e) *Peptidase* berfungsi untuk mengubah polipeptida menjadi asam amino.
   f) *Sukrase* berfungsi untuk mencerna sukrosa menjadi glukosa dan fruktosa.
5) Fungsi usus halus
   a) Usus 12 jari (*duodenum*)

      Usus 12 jari adalah tempat bermuaranya dua buah saluran kelenjar, yaitu saluran empedu dan saluran pankreas. Masing masing saluran ini mengeluarkan beberapa enzim yang berkontribusi dalam menunjang fungsi usus halus.
   b) Usus kosong (*jejunum*)

      Fungsi usus halus bagian ini lebih kepada proses lanjutan pencernaan dan perombakan zat-zat makanan yang belum selesai di lambung dan usus 12 jari. Selain itu *jejunum* juga berfungsi menyerap ion-ion mineral, seperti Na+, Fe+ dan K+.
   c) Usus Penyerapan (*ileum*)

      fungsi usus halus bagian ini, Semua nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh yang sudah menjadi dalam bentuk

sederhana diserap oleh dinding usus penyerapan dalam bentuk jonjot-jonjot usus. Jonjot usus bentuknya seperti lipatan-lipatan yang gunanya untuk memperluas permukaan penyerapan oleh dinding usus halus.

b. Usus Besar.

Usus besar atau *intestinum mayor* panjangnya ± 1 ½ m, lebarnya 5.6 cm. usus besar terdiri dari segmen *asemden* pada sisi kanan abdomen, segmen *tranversum* yang memanjang dari abdomen atas kanan ke kiri, dan *segmendesendens* pada sisi, kiri abdomen. Secara *makroskopis* usus besar dapat dibagi menjadi enam bagian, yaitu sekum, kolon asenden, kolon *transversus, kolon desenden, sigmoid,* dan *rektum*. Karakteristik utama pada sekum, kolon, dan rektum yaitu tidak membentuk *vili* seperti usus halus, memiliki kelenjar yang panjang dan berbentuk tubuli sederhana, tidak memiliki sel granuler asidofilik (sel *Panneth*), dan memiliki jumlah nodul limfatik yang banyak. Bagian ujung dari usus besar terdiri dari 2 bagian yaitu kolom *sigmoid* dan *rektum*. (RahmatHidayat, 2016)

Fungsi utama usus besar yaitu :

1) Mnyerap air dan natrium
2) Menurunkan volume chyme
3) Manufaktur vitamin, termsuk vitamin B dan K
4) Membentuk feces
5) Mengeluarkan feces dari tubuh

c. Rektum.

Rektum terletak dibawah kolom *sigmoid* yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus, terletak dalam *ronggapelvis* didepan *OS sektrum* dan *OS koksigis*. (Rahmat Hidayat, 2016)

d. Anus

Anus adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rektrum dengan dunia luar (udara luar) dindingnya diperkuat oleh *spinker* yaitu :

1) *Sfingter ani internus* (sebelah atas) bekerja tidak menurut kehendak
2) *Sfingter levator ani*, bekerja juga tidak menurut kehendak
3) *Sfingter ani eksternus* (sebelah bawah) bekerja menurut kehendak. (Rahmat Hidayat, 2016)

2. Etiologi.

Etiologi *Thypoid* adalah *Salmonella Thyphi. Salmonella Parathypi* A, B dan C. Ada 2 sumber penularan *Salmonella Typhi* yaitu pasien dengan Demam *Thypoid* dan pasien dengan *carier*. Carier adalah orang yang sembuh dari demam *thypoid* dan masih terus mengekresi *Salmonella Typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari 1 tahun (DedenDermawan, 2015).

Salmonella mempunyai 3 macam anti gen yaitu:

a. Antigen O: Ohne Hauch=somatik antigen (tidak menyerap)
b. Antigen H: Hauch (menyebar), terdapat pada flagella dan bersifat termolabic.
c. Antigen Vi: Virulen = merupakan kapsul yang meliputi tubuh Kuman dan melindungi antigen O terhadap fagositosis.

3. Patofisiologi.

Penularan *Salmonella Thypi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (jari tangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan melalui *Feces.* (Deden Dermawan, 2015).

Kuman *salmonella typhi* masuk ke tubuh melalui mulut dengan makanan dan air yang tercemar. Sebagian kuman dimusnahkan oleh asam lambung, sebagian lagi masuk ke usus halus dan mencapai jaringan limfoid plak peyeri di ileum terminalis yang mengalami *hipertrofi*.Ditempat ini komplikasi perdarahan dan perforasi intestinal dapat terjadi. Kuman *salmonella thypi* kemudian menembus ke lamina propia, masuk aliran limfe dan mencapai kelenjar limfe *mesenterica*. Setelah melewati kelenjar-kelenjar limfe ini, *salmonella thypi* masuk ke aliran darah melalui ductus *thoracicus*. Kuman-kuman *salmonella thypi* lain mencapai hati melalui sirkulasi portal dari usus. *Salmonella thypi* bersarang di *plaque peyeri*, limpa, hati dan bagian-bagian lain sistem retikuloendotelial. Dalam masa bakteremia ini, kuman mengeluarkan endotoksin yang susunan kimianya sama dengan *somatic* antigen *lipopolisakarida*, yang semula diduga bertanggung jawab terhadap terjadinya gejala-gejala dari demam *thypoid*. Namun setelah dilakukan penelitian ternyata endotoksin yang dikeluarkan oleh *salmonella thypi* mempunyai peranan merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang. Selanjutnya zat pirogen yang beredar di darah mempengaruhi pusat *termoregulator* di *hypothalamus* yang mengakibatkan timbulnya gejala demam.

4. Manifestasi Klinik.

   Masa tunas demam *thypoid* berangsur 10-14 hari. (Deden Dermawan, 2010)

   A. Minggu I *(hiperplasia plak player)*
      1) Demam berangsur naik terutama sore hari dan malam hari.
      2) Nyeri kepala
      3) Pusing
      4) Anoreksia

5) Mual, muntah
6) Nyeri perut
7) Epitaksis
8) Konstipasi

B. Minggu II (*Nekrosis*)

Gejala menjadi lebih jelas :

1) Demam
2) Lidah yang khas (putih, kotor, *pinggirnya hiperemic*) dan tremor.
3) Hepatomegali
4) Splenomegali
5) Penurunan kesadaran
6) Kulit kering.

5. Tes diagnostik (Suratun, 2010)

Pemeriksaan Laboratorium

a. Pemeriksaan Leukosit

Beberapa literatum menjelaskan bahwa demam *typhoid* terdapat leukopenia dan lemposistosis relati tetapi kenyataanya leukopenia tidaklah sering dijumpai pada kebanyakan kasus Demam *Thypoid*. Jumlah leukosit pada sediaan darah tepi berada pada batas-batas normal bahkan kadang-kadang terdapat leukositosis walaupun tidak ada pemeriksaan komplikasi atau infeksi sekunder, oleh karena itu pemeriksaan jumlah leukosit tidak berguna untuk diagnosa demam *typhoid*.

b. Pemeriksaan SGOT (*Serum Glutamic Oxaloacetic* Transaminase) dan SGPT (*Serum Glutamic Pyruvic* Transminase).

SGOT dan SPGT pada demam *typhoid* seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya *typhoid.*

c. Biakan darah

Bila biakan darah positif, bila antigen O yang bernilai 1/200 atau lebih dan antigen H bernilai 1/320, hal itu menandakan Demam *Thypoid,* tetapi bila biakan darah negatif, tidak menutup kemungkinan akan terjadi Demam *Thypoid*. Hal ini dikarena hasil biakan darah tergantung dari beberapa faktor:

1) Teknik pemeriksaan laboratorium

   Hasil pemeriksaan I laboratorium berbeda dengan laboratorium yang lain, hal ini disebabkan oleh perbedaan tehknik dan media biakan yang digunakan, karena jumlah kuman yang berada dalam darah hanya sedikit yaitu kurang dari 10 kuman/ml darah. Maka untuk keperluan pembiakan pasien dewasa di ambil 5 – 10 ml darah dan pada anak-anak 2-5 ml darah, bila darah yang dibiakkan terlalu sedikit hasil biakan bisa negatif terutama pada orang yang mendapatkan perawatan spesisik, selain itu darah harus langsung ditanam pada media biakan sewaktu berada di sisi pasien dan langsung dikirim ke laboratorium. Waktu pengambilan darah yang lain adalah pada saat demam tinggi yaitu pada bakteremia berlangsung.

2) Saat pemeriksaan selama perjalanan penyakit

   Biakan darah terhadap *Salmonella Thypi* terutama positif pada minggu pertama dan berkurang pada minggu-minggu berikutnya dan pada waktu kambuh darah dapat positif kembali.

3) Vaksinasi di masa lampau

   Vaksinasi terhadap Demam *Thypoid* di masa lampau dapat menimbulkan antibodi dalam darah pasien. Antibodi ini dapat menekan bakteremia sehingga biakan darah dapat positif kembali.

4) Pengobatan dengan obat anti mikroba

d. Uji Widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara Antigen dan Antibodi (*aglutinin*). Aglutinin yang spesifik terhadap *Salmonella* terdapat dalam serum pasien dengan *Thypoid* juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasikan. Antigen digunakan pada uji Widal adalah suspensi salmonella yang sudah dimatikan, dan diolah di laboratorium, tujuan dari uji Widal ini adalah untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum pasien yang disangka menderita *thypoid*. Akibat infeksi oleh *Salmonella Thypi*, pasien membuat antibodi atau aglutinin yaitu:

1) Aglutinin O, yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh kuman).
2) Aglutinin H, yang dibuat karena rangsangan antigen H (berasal dari *flagella* kuman).
3) Aglutinin Vi, yang dibuat karena rangsangan antigen Vi (berasal dari simpai kuman).

Dari ketiga Aglutinin tersebut hanya Aglutinin O dan H yang ditentukan titernya, untuk didiagnosa, makin tinggi titernya makin besar kemungkinan pasien menderita demam typhoid.

e. Tubex Tes

Tubex tes adalah: tes aglutinasi kompetitif semi kuantitatif yang sederhana dan cepat (kurang lebih 2 menit) dengan menggunakan partikel yang berwarna untuk meningkatkan sensitivitas. Spesifisitas ditingkatkan dengan menggunakan antigen O9 yang benar-benar spesifik yang hanya ditemukan pada *Salmonella* serogrup D. Tes ini sangat akurat dalam diagnosis infeksi akut karena hanya mendeteksi adanya antibodi IgM dan tidak mendeteksi antibodi IgG dalam waktu beberapa menit.

6. Penatalaksanaan Medik (Deden Dermawan, 2015)

   Penatalaksanaan *Demam Thyphoid* terdiri dari sebagian yaitu:

   a. Perawatan

      Observasi dan pengobatan bagi pasien demam *typhoid* :

      1) Pasien harus baring absolute sampai minimal 7 hari bebas demam atau ± selama 14 hari, bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus.
      2) Mobilisasi pasien dilakukan secara bertahap sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien.
      3) Pasien dengan kesadaran yang menurun posisi tubuh harus diubah-ubah pada waktu-waktu tertentu untuk menghindari komplikasi pneumonia, hipostatik dan dekubitus.
      4) BAB dan BAK perlu diperhatikan, karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan retensi urine.

   b. Diet.

      Di masa lampau Deman *Thypoid* diberi bubur saring, kemudian bubur kasar, dan akhirnya nasi sesuai dengan tingkatan kesembuhan pasien.

      Pemberian bubur saring tersebut dimaksudkan untuk menghindari komplikasi pendarahan usus atau perforasi usus. Karena ada pendapat bahwa usus perlu diistirahatkan. Banyak pasien tidak menyukai bubur saring karena tidak sesuai dengan selera mereka, karena mereka hanya makan sedikit, keadaan umum dan gizi pasien semakin menurun dan masa penyembuhan menjadi lama.

      Beberapa peneliti menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini yaitu nasi dengan lauk pauk rendah selulosa (pantang sayuran dengan serat kasar), dapat diberikan dengan aman pada pasien Demam *Thypoid* yang takut makan nasi/bentuk makanan yang diinginkan, terserah pasien sendiri

apakah makan bubur saring atau bubur kasar atau nasi, dengan lauk pauk rendah *selulosa*. (RahmatHidayat, 2016).

c. Obat-obatan.

1. Ceftriazone

a. Nama obat : Ceftriaxone
b. Klasifikasi / golongan obat : antibiotik
c. Dosis umum : dewasa dan anak > 12 tahun, dosis lazim 1 x sehari.
d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampul / 24 jam
e. Cara pemberian obat : piggy bag / IV
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

adalah golongan cefalosforin dengan septrum luas, yaang membunuh bakteri dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri. Ceftriaxone sangat stabil terhadap Blaktamase terutama yang di hasilkan oleh organisme gram negative. Ceftriaxone juga aktif terhadap bakteri gram posif, seperti streptococcus pneumonia, sterptococcus pyogenes.

g. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan :

Menderita demam thypoid yang di sebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang bersifat gram negative.

h. Kontra indikasi :
   a. Hipersensitif terhadap sefalosporin
   b. Hipersensitif terhadap penicillin atau antibiotika B-Lactam
i. Efek samping :

Gangguan lambung usus, perubahan hematologikal, reaksi kulit, gangguan koagulasi, flebitis (pada injeksi intravena), sakit kepala pusing.

2. Paracetamol

a. Nama ubat : Paracetamol
b. Klasifikasi/Golonga .Obat:Analgetik honopioid, antipieretik
c. Dosis umum : 325 - 1000 mg tiap 4 - 6 jam.

d. Dosis Untuk Pasien yang bersangkutan : 3 x 1 tablet.
e. Cara Pemberian Obat : Oral
f. Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat :
   Menghambat sistesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam.
g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   Pasien merasakan badan terasa panas.
h. Kontara Indikasi :
   Hipersensivitas sebelumnya produk yang mengandung alkohol, aspartan.
i. Efek Samping Obat :
j. GI : Nekrosis hepatik (overdosis).
   Derm:Ruam, utikaria

3. Damben
a. Nama obat : Damaben
b. Klasifikasi / golongan obat : Antiemetik
c. Dosis umum : 3 x 10 ml / hari
d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 x 1 tablet
e. Cara pemberian obat : Oral
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   damaben mengandung metoklopramid HCL digunakan pada alat-alat pencernaan. Metoklopramid meningkatkan motilitas lambung, mefelaksasi sfingter pilorus dan bulbus duodenum serta meningkatkan peristaltik duodenum dan jejenum sehinggamempercepat pengosongan lmbung, metoklopramid juga memiliki antiemetik. Metoklopramid merangsang motilitas saluran pencernaan bagian atas tanpa merangsang sekresi lambung, empedu dan pankreas.
g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   Pasien merasa mual saat masuk RS dan juga mengeluh muntah.

h. Kontra indikasi : Penderita yang hipersensitif atau tidak tahan terhadap metoklopramid. Metoklopramid tidak boleh digunakan pada penderita epilepsi atau penderita yang memakai yang serupa karena dapat menyebabkan gangguan ekstrapiramidal, adanya pendarahan obstruksi atau perforasi pada saluran cerna.

i. Efek samping :

Mengantuk, lemah, lelah, gelisah, konstipasi, diare, mulut kering.

4. Pantozol

a. Nama obat : Pantozol

b. Klasifikasi / golongan obat : Antiemetik

c. Dosis umum : IV 40 mg / hari

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampul / 12 jam

e. Cara pemberian obat : piggy bag / IV

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

mengontrol sekresi asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang mentranspor ion H^+ keluar dari sel parietal lambung.

g. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan :

Untuk pengurangan sekresi asam lambung

h. Kontra indikasi :

Keruakan fungi hati dan Kehamilan

i. Efek samping

Sakit kepala, diare, mual, nyeri perut bagian atas, kembung, kemerahan pada kulit, gatal-gatal atau pusing

7. Komplikasi (Deden Dermawan, 2015)

   Komplikasi *Demam Thypoid* dibagi dalam :

   a. Komplikasi intestinal

      1) Perdarahan usus

         Secara spesifik *Salmonella Typhi* hidup berkembang dalam usus halus dan merusak jaringan sekitar *epitel* dan menyebabkan kerusakan (pendarahan).

      2) Perforasi usus

         Merupakan stadium lumut dan pendarahan usus di mana dalam usus terjadi luka yang dapat menyebabkan kebocoran usus.

      3) Ileus paralitik

         Muncul pada saat jumlah toksin bertambah dan terjadi peningkatan usus.

   b. Komplikasi ektra intestinal

      1) Komplikasi kardivaskuler

         Semua penyakit yaitu apabila toksin (bakteri, virus, jamur) yang masuk ke pembeluh darah akan menyebar semua organ, seperti jantung yang dapat terjadi perubahan miokardium, kegagalan sirkulasi.

      2) Komplikasi darah, akibat dari pendarahan usus dapat menyebabkan kondisi dalam darah dapat menurun, trombosit menurun yang menyebabkan pembekuan darah yang tidak sempurna.

      3) Komplikasi paru sama halnya dengan jantung, paru mendapat suplai darah dan jantung yang sudah terkontaminasi oleh *Salmonella Thypi.*

A. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang sequensial dan berhubungan dengan : pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

1. Pengkajian
   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
      Perubahan pemelihaaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.
   b. Pola nutrisi dan metabolik.
      Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor, dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi.
   c. Pola eliminasi
      Kebiasaan dalam BAK akan terjadi retensi bila dehidrasi karena panas yang meninggi, konsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Selain itu terjadi perubahan pola defekasi.
   d. Pola aktivitas dan latihan
      Kebiasaan dalam beraktivitas sehari-hari.
      Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.
   e. Pola tidur dan istirahat.
      Kebiasaan pola tidur terganggu akibat peningkatan suhu tubuh gelisah.
   f. Pola persepsi kognitif
      Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.
   g. Pola persepsi dan konsep diri.
      Sejauh mana masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

   Aanya kondisi kesehatan mempengaruhi hubungan dengan sesama serta mengalami hambatan dalam menjalankan perannya selama sakit.

i. Pola reproduksi dan seksulitas.

   Pada pola reproduksi dan seksualitas pada pasien yang telah menikah akan terjadi perubahan.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

   Kemampuan dan strategi yang digunakan pasien dalam mengahadapi masalah / penyakit

k. Pola system nilai kepercayaan

   Timbulnya distress dalam spiritual pasien sehingga pasien menjadi cemas, takut akan kematian serta kebiasaan ibadah terganggu.

2. Diagnosa Keperawatan.
   a. Hypertermi berhubungan dengan penyakit.
   b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia
   c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan fisik
   d. Nyeri berhubungan dengan gangguan cedera biologis
   e. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang proses penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi

3. Intervensi Keperawatan

   Perencanaan tindakan keperawatan adalah suatu pedoman bagi perawat dalam melaksanakan implementasi yang tepat.

a. Hypertermi berhubungan dengan penyakit.

   Hasil yang diharapkan:

   Mendemonstrasikan suhu dalam batas normal, bebas dari kedinginan

   Intervensi:

   1) Observasi tanda-tanda vital (perhatikan suhu pasien)

      Rasional : Tanda-tanda vital dapat membantu untuk mengetahui keadaan umum pasien.

   2) Anjurkan pasien untuk banyak minum air.

      Rasional : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu di imbangi dengan asupan cairan yang banyak.

   3) Beri kompres hangat

      Rasional : Kompres hangat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga terjadi perpindahan panas secara evaporasi.

   4) Kolaborasi untuk pemberian antipiretik.

      Rasional : Diguinakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hypothalamus.

   5) Kolaborasi untuk pemberian selimut pendingin

      Rasional : Digunakan untuk mengurangi demam umumnya untuk demam yang lebih dari 39^0C-40^0C.

   6) Berikan penjelasan mengenai penyebab demam atau peningkatan suhu.

      Rasional : Penjelasaan dapat mengurangi kecemasan yang timbul.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

   Hasil yang diharapkan :

   Kebutuhan nutrisi kembali terpenuhi, menunjukan peningkatan BB atau BB stabil.

Intervensi

1) Lakukan pengkajian nutrisi dengan seksama
   Rasional : Mengidentikasi kekurangan atau kebutuhan untuk membantu memilih intervensi.
2) Berikan nutrisi dengan makan yang lunak
   Rasional : Untuk meningkatkan asupan makanan karena mudah ditelan.
3) Berikan makanan sedikit-sedikit tapi sering
   Rasional : Menghindari kekosongan lambung yang dapat meningkatkan rasa mual.
4) Timbang berat badan setiap hari
   Rasional : Mengawasi kehilangan atau penambahan berat badan.
5) Sediakaan makanan dalam ventilasi yang baik dan lingkungan yang menyenangkan menurunkan stres dan lebih kondusif untuk makan.
6) Tentukan makanan yang membentuk gas
   Rasional : Dapat mempengaruhi nafsu makan dan membatasi masukan nutrisi.
7) Kolaborasi dengan ahli diet.
   Rasional : Membantu mengkaji kebutuhan nutrisis pasien dalam perubahan fungsi usus.
8) Kolaborasi untuk pemberian antiemetikum sesuai indikasi.
   Rasional : Antiemetikum mengurangi rasa mual.

c. Nyeri berhubungan dengan gangguan cedera biologis

Hasil yang di harapkan :

Gangguan rasa nyaman nyeri teratasi

Intervensi :

1) Kaji karakteristik nyeri
   Rasional : Dengan mengkaji karakteristik nyeri dapat di ketahui tingkatan lokasi, frekuensi dan lamnya.

2) Observasi TTV

   Rasional : Merupakan awal untuk mengetahui perkembangan keadaan umum pasien.

3) Alihkan perhatian pasien

   Rasional : Dengan mengalihkan perhatian klien untuk tidak berfokus pada nyeri

4) Anjurkan untuk mengurangi aktivitas

   Rasional : Dengan istirahat dan mengurangi aktivitas maka akan mengurangi nyeri.

5) Atur posisi yang menyenangkan bagi pasien.

   Rasional : Posisi yang nyaman akan mengurangi nyeri sehinggah pasien merasa lebih nyaman.

6) Ajarkan teknik relaksasi (tarik nafas panjang dan menghembuskan perlahan-lahan.

7) Laksanakan intruksi doter dalam hal pemberian obat anal getik.

   Rasional : Dapat mengurangi nyeri yang timbul.

d. Kekurangan pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang proses penyakit, proknosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi.

   Hasil yang diharapkan :

   Menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan.

   Intervensi :

1) Kaji persepsi pasien tentang penyakit yang dialami.

   Rasional : Mengetahui pengetahuan dasar pasien tentang penyakit dan memberikan kesadaran akan kebutuhan belajar.

2) Berikan informasi kepada pasien tentang penyakitnya.

   Rasional : Informasi dapat menambah pengetahuan dan memberi kesempatan pada pasien untuk belajar dari informasi yang telah diberikan.

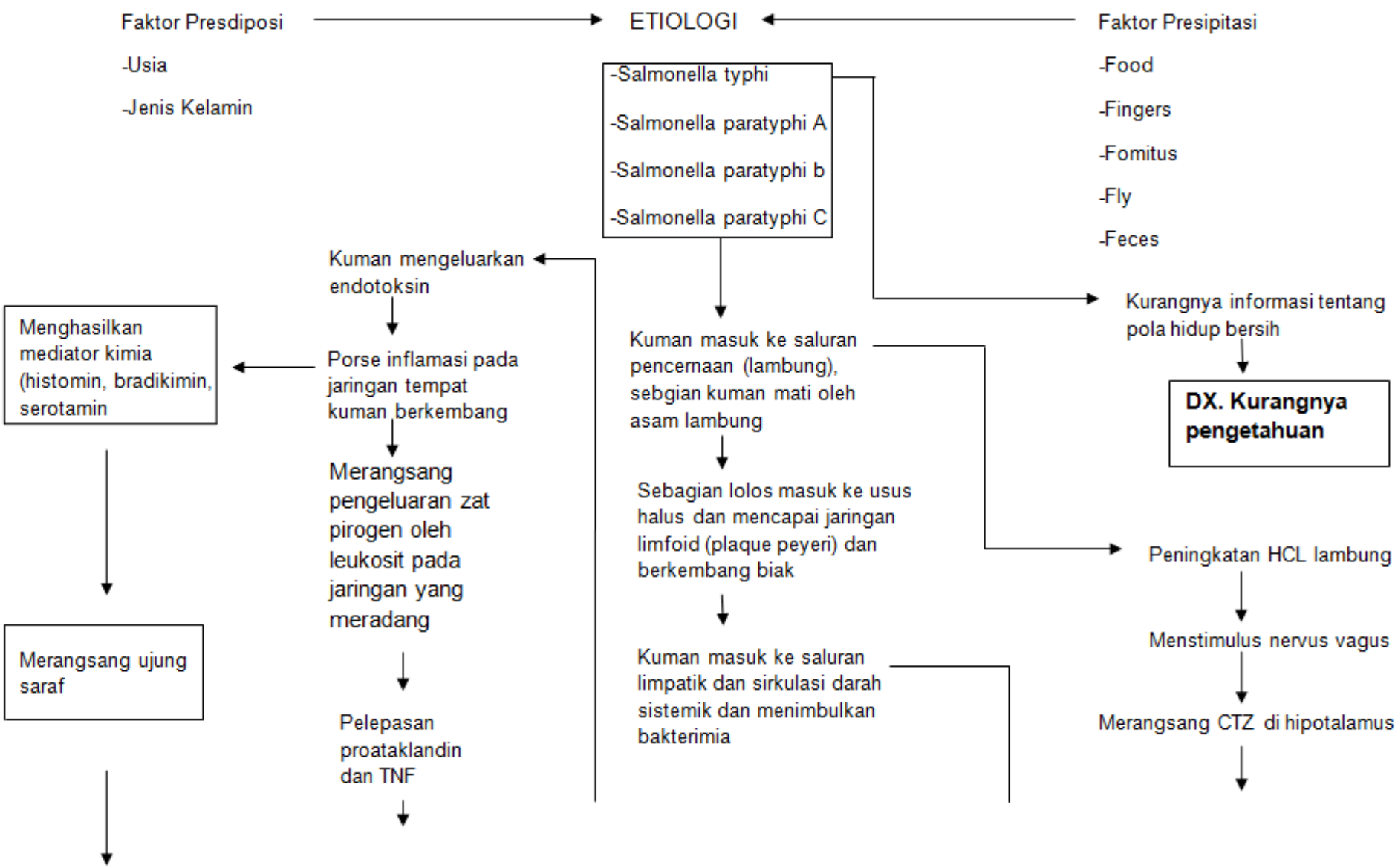
3) Jelaskan tentang obat yaang diberikan, tujuan, frekuensi, dan dan kemungkinan efek samping.
   Rasional : Meningkatkan pemahaman dan meningkatkan kerja sama dalam program pengobatan.
4) Tekankan pentingnya teknik mencuci tangan dengan baik.
   Rasional : Menurunkan penyebaran bakteri.
5) Dorong pasien untuk bertanya.
   Rasional : Dengan bertanya dapat menurunkan salah satu konsep tentang informasi yang telah diterimah dan meningkatkan pemahaman.
6) Rujukan kesumber komunitas yang tepat, misalnya : Perawat kesehatan masyarakat dan aahli diet.
   Rasional : Pasien mendapat keuntungan dan pelayanan ini dalam hal koping dan evaluasi pengobatan.

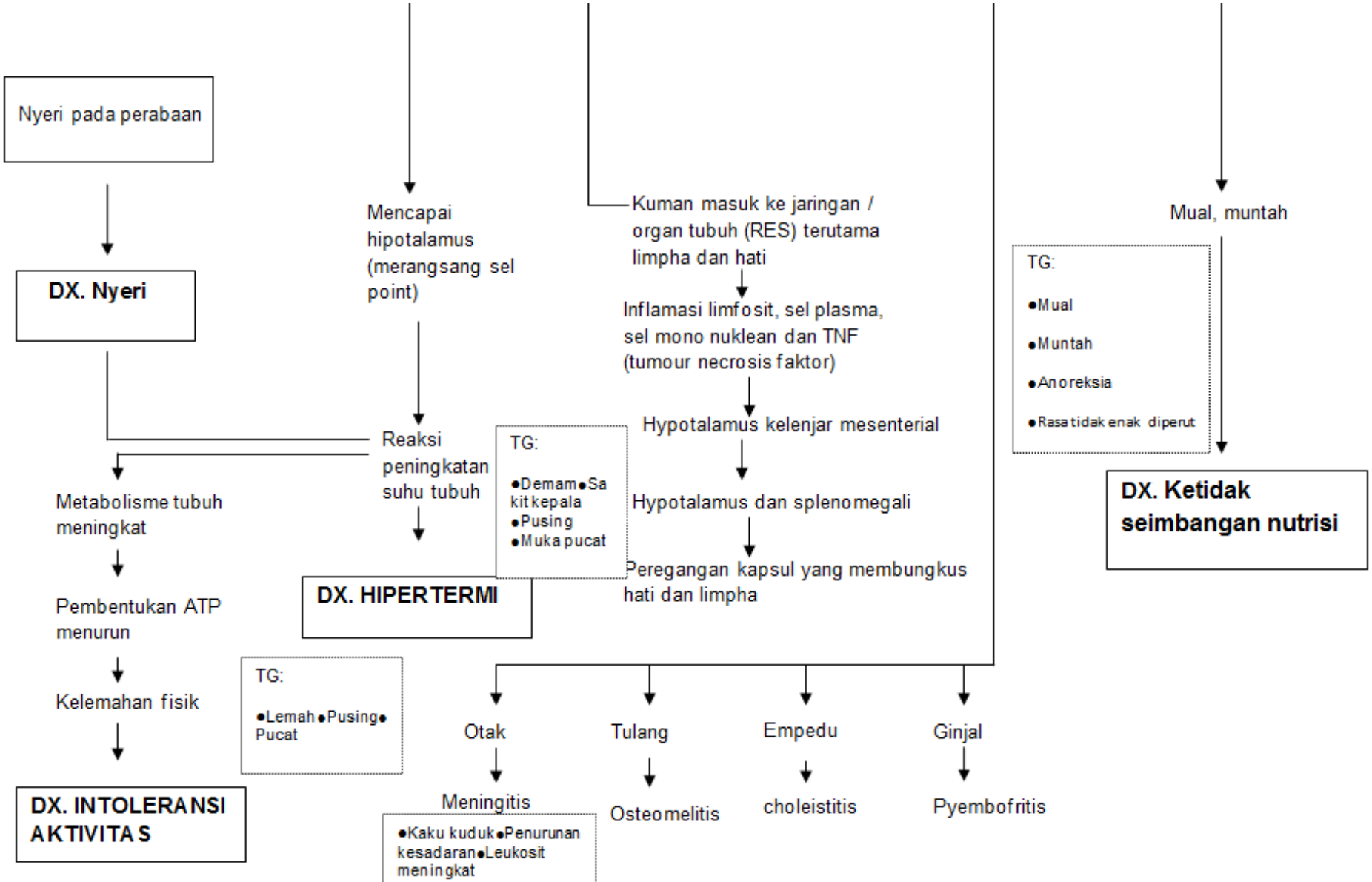
4. Discharge Planing

Hal-hal yang perlu disampaikan kepada pasien atau keluarga sebelum pulang adalah :

a. Berikan informasi tentang kebutuhan melakukan aktivitas sesuai dengan tingkat perkembangan dan kondisi fisik pasien.
b. Tekankan pentingnya menjaga kesehatan diri dan sanitasi lingkungan.
c. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan makanan dan tidak membiasakan diri untuk jajan sembarangan.
d. Jelaskan kepada keluarga bahwa pasien membutuhkan istirahat yang cukup.
e. Jelaskan terapi yang diberikan, dosis serta efek samping.
f. Tekankan untuk melakukan kontrol sesuai waktu yang ditentukan.

C. PATOFLODIAGRAM




Nyeri pada perabaan
DX. Nyeri
Metabolisme tubuh meningkat
Pembentukan ATP menurun
Kelemahan fisik
DX. INTOLERANSI AKTIVITAS
Mencapai hipotalamus (merangsang sel point)
Reaksi peningkatan suhu tubuh
TG:
●Demam●Sakit kepala
●Pusing
●Muka pucat
DX. HIPERTERMI
TG:
●Lemah●Pusing●Pucat
Kuman masuk ke jaringan / organ tubuh (RES) terutama limpha dan hati
Inflamasi limfosit, sel plasma, sel mono nuklean dan TNF (tumour necrosis faktor)
Hypotalamus kelenjar mesenterial
Hypotalamus dan splenomegali
Peregangan kapsul yang membungkus hati dan limpha
Otak
Tulang
Empedu
Ginjal
Meningitis
●Kaku kuduk●Penurunan kesadaran●Leukosit meningkat
Osteomelitis
choleistitis
Pyembofritis
Mual, muntah
TG:
●Mual
●Muntah
●Anoreksia
●Rasa tidak enak diperut
DX. Ketidak seimbangan nutrisi

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn “B” umur 38 tahun masuk rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 27-02-2019 dengan keluhan demam yang dialami ± 2 hari yang lalu, panas naik turun, malas makan, pusing dan lemas. Saat ini mendapatkan terapi obat *Ceftriaxone, paracetamol*, dan cairan RL dengan jumlah tetesan 20 x/menit. Untuk mengetahui lebih akurat tentang penyakit pasien maka dilakukan pemerikasaan laboratorium. Pemerikasaan Darah : WBC 3.6, HGB : 10.4, MCV : 78.6, PDW : 14.2, MPV : 11.2. Pemerikasaan Widal : *Salmonella typhi* O : 1/320, *Salmonella para typhi* AO : 1/320, *Salmonella para typhi* BO : 1/160, *Salmonella para typhi* CO : 1/80, *Salmonella para typhi* BH : 1/80.

Dari data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: hipertermi berhubungan dengan penyakit, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, intolerasi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Setelah diberikan implementasi selama tiga hari maka evaluasinya yaitu : semua masalah keperawatan teratasi.

A. Pengkajian

Mahasiswa Yang Mengkaji : -ROBERTUS PAMARU (E1614401035) -REXY PASAMBOAN (E1614401032)

Unit :Bernadeth III A
Kamar :360

Autoanamnese : √
Alloanamnese : √

Tgl masuk RS : 27 Februari 2019
Tgl pengkajian : 28 Februari 2019

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama Initial : Tn''B''
      Umur : 38 tahun
      Jenis Kelamin : Laki-Laki
      Status Perkawinan : Menikah
      Jumlah Anak : 3
      Agama/ Suku : keristen/ Mamasa
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Wirasuwasta
      Alamat rumah : Veteran Utara lorong 41 No 7
   b. Penanggung Jawab
      Nama Inisial : Ny "N"
      Umur : 40 tahun
      Alamat Rumah : Veteran Utara lorong 41 No 7
      Hubungan dengan Pasien : Istri

2. Data medik
   Diagnosa Medik
   Saat Masuk : Demam *thypoid* + Nyeri Abdomen
   Saat Pengkajian : Demam *thypoid*

3. Keadaan umum
   A. Keadaan Sakit :

      Pasien tampak sakit ~~ringan~~ / sedang / ~~berat / tidak tampak sakit~~

      Alasan : Saat pengkajian pasien tampak berbaring lemah di tempat tidurnya, dengan terpasang infus RL di tangan kanan dengan 20 tts/menit. Pasien demam $38,5^0$C.

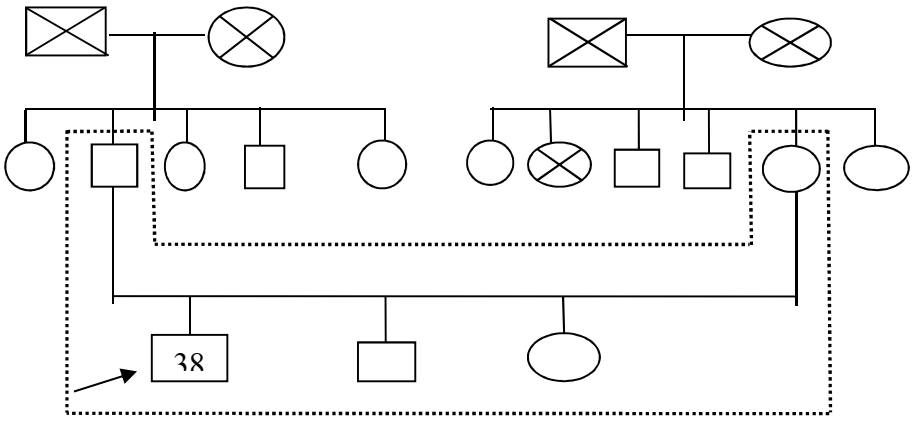
B. Tanda tanda vital :

1. Kesadaran(kualitatif) : Composmentis
   Skala Koma Glasgow : (kuantitatif)
   a). Respon motorik(M) : 6
   b). Respon bicara (V) : 5
   c). Respon membukamata (E) : 4 +
   Jumlah : 15
   Kesimpulan :Tidak koma
2. Tekanan Darah :140/100 mmHg
   MAP : 113mmHg
   Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai.
3. Suhu: 38,5^{0}c Oral [-] Axilla [√] Rectal [-]
4. Pernapasan : 20x/menit
   Irama:Teratur [√] Kusmaul [-] Cheynes [-] stokes
   Jenis.: Dada [√] Perut [-]
5. Nadi : 80 x/menit
   Irama:Teratur [√] Tachicardi [-] Bradichardi [-]
   Kuat [√] Lemah [-]

C. Pengukuran

1. Lingkar Lengan Atas : 24cm
2. Tinggi badan : 165cm
3. Berat badan : 51kg
4. IMT(Indeks Massa Tubuh) : 17,06kg/m^2
5. Kesimpulan:Berat badan kurang

D. Genogram



Keterangan :

: Pria

: Wanita

: Meninggal

:Tinggal serumah

: Pasien

1. Pengkajian pola kesehatan

A. Pola Persepsi kesehatan dan pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu penting bagi dirinya dan keluarganya,makanya ia selalu menjaga kebersihan rumah dan lingkungan .pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit hanya meminum obat yang di beli dari apotik.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a). Keluhan utama : Demam

Riwayat keluhan utama : Pasien mengatakan sudah 2 hari mengalami demam di rumah, panas naik turun, kemudian disertai dengan mual, malas makan, pusing dan lemas. Pada saat pengkajian pasien masih demam, napsu makan menurun, sakit kepala dan lemas, dan pasien juga

mengeluh nyeri pada perut bagian kanan, pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk tusuk,dan durasi nyeri 3-4 menit, skala nyeri 5.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan ia pernah mengalami demam typoid sekitar 5 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mgengatakan tidak ada penyakit keturunan dan penyakit menular yang dialami anggota keluarga.

5) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut :Tampak Bersih.
b) Kulit kepala :Tampak Bersih
c) Kebersihan kulit :Tampak Bersih.
d) Hygiene rongga mulut :Rongga mulut tampak kotor dan bibir tampak kering.
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
f) Kebersihan anus :Tidak dikaji

2. Pola Nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kebiasaan makannya 2-3 kali perhari, 1 porsi dihabiskannya dengan menu yang terdiri dari nasi, lauk ikan, dan pasien jarang makan sayur- sayuran serta minum air putih ± 6 gelas (1200 cc). Pasien mengatakan ia lebih suka makan nasi goreng, nasi kuning yang di beli dari luar.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selama sakit ia malas makan dan hanya menghabiskan makanan ± ¼ porsi, karena sering merasa mual saat dihidangkan makanan dan hanya minum air putih 3-4 gelas (1 gelas ± 200cc).

1.Observasi:

Pasien tampak menghabiskan makanan ¼ porsi.

2. Pemeriksaan Fisik :

a. Keadaan Rambut :Rambut tampak besih dan tidak mudah patah.
b. Hidrasikulit :Tidak dehidrasi .
c. Palpebra/ conjungtiva :Tidak edema/ tidak anemis
d. Sclera :Tidak tampak icterus
e. Hidung :Septum Simetris kiri dan kanan
f. Rongga mulut :Tampak kotor
   a Gusi :Tidak ada peradangan
   b Gigi :Utuh.
   c Gigi palsu :Tidak ada.
   d Kemampuan mengunyah keras : Mampu mengunyah keras.
g. Lidah : Tampak lidah keputihan di tengah
h. Pharing : Tidak ada peradangan
i. Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran.
j. Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran.
k. Abdomen:
   (1). Inspeksi : Bentuk simetris : Tidak ada benjolan.
   Bayangan vena : Tidak tampak.
   (2). Auskultasi : Peristaltik usus 20 x/mnt.
   (3). Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
   (4). Perkusi : Thympani
l. Kulit:
   (1). Edema: [-] Positif [√] Negatif
   (2). Icterik : [-] Positif [√] Negatif

(3). Tanda-tanda radang : Tidak ada.

m. Lesi : Tidak ada.

3. Pola Eliminasi

1) Kebiasaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAB ± 1-2 kali perhari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning dan BAK 5-6 kali (± 800-900 cc) perhari dan berwarna kuning bau amoniak. dan tidak ada masalah dalam eliminasi.

2) Keadaan sejak sakit.

Pasien mengatakan selama di rawat di rumah sakit baru 1 kali BAB dengan konsiistensi padat dan berwarna kuning, serta BAK ± 2-3 kali (±400-500 cc) perhari dengan warna kuning dan bau amoniak.

3) Observasi

Tampak pasien baru saja keluar dari toilet.

4) Pemeriksaan fisik:

a). Peristaltik Usus :18 x/mnt.

b). Palpasi kandung kemih: Penuh [-] Kosong [√]

c). Nyeri ketuk ginjal: Positif [-] Negatif [√]

d). Mulut uretra :Tidak dikaji

e). Anus :

(1). Peradangan : Tidak di kaji

(2). Hemoroid : Tidak di kaji

(3). Fistula : Tidak di kaji

4. Pola Aktifitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia banyak beraktivitas seperti berolaragah, dan juga biasa menonton TV. Pasien juga mengatakan ia sering berkumpul sama teman-temannya ketika malam hari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan aktivitas sejak ia sakit dan sebagian kebutuhanya di bantu oleh keluarganya dan perawat seperti mengganti baju, dan makan.

3) Observasi:

Tampak pasien di bantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan.

a). Aktivasi harian :

(1). Makan : 2
(2). Mandi : 0
(3). Pakaian : 2
(4). Kerapihan : 0
(5). Buang air besar : 0
(6). Buang air kecil : 0
(7). Mobilisasi di tempat tidur : 0

0 : Mandiri
1 :Bantuan dengan alat
2 :Bantuan orang
3 :Bantuan alat dan orang
4 :Bantuan penuh

b). Postur tubuh : Tegak

c). Gaya jalan: Tegak

d). Anggota gerak yang cacat:Tidak ada.

e). Fiksasi:Tidak ada.

f). *Tracheostomi* :Tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Tekanan darah

Berbaring : 140/100 mmHg
Duduk : 130/90 mmHg
Berdiri : Tidak dikaji karena pasien menolak.

Kesimpulan: Hipoten siortostetik : [_] Negatif [√] Positif

b) HR : 90 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidakada.

d) JVP: 5-2 cm H_2O.

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

e) Perfusi pembuluh perifer kuku : Kembali dalam 3 detik.

f) Thorax dan pernapasan.

(1).Inspeksi:

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan.

Retraksi intercostal : Tidak ada.

Sianosis : Tidak sianosis

Stridor : Tidak terdengar

(2).Palpasi:

Vokal premitus : Getaran sama antara kiri dan kanan.

Krepitasi :Tidak ada.

(3).Perkusi : [√] Sonor [-] Redup [-] Pekak

Lokasi : Batas paru hepar ics 4.

(4).Auskultasi

Suaranapas : vesikuler

Suara ucapan : Intensitas kiri dan kanan

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung:

(1). Inspeks

Ictus cordis : Tidak tampak.

(2). Palpasi:

Ictus cordis : Teraba pada ICS-5Linea media clavikularis sinistra.

(3). Perkusi:

Batas atas jantung : ICS 2-3 Linea sternalis

Batas bawah jantung :ICS 5 Linea sinistra mid clavikularis

Batas kanan jantung :ICS 2 linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung :ICS 5 Linea mid clavikularis sinistra

(4). Auskultasi:

Bunyi jantung II A :Bunyi Tungga ICS-2 Linea Sternalis dekstra

Bunyi jantung II P :Bunyi Tunggal, ICS-2 dan 3 Linea Sternalis sinistra

Bunyi jantung I T :Bunyi Tunggal,ICS-4 Linea Sternalis sinistra

Bunyijantung I M: Bunyi Tunggal,ICS-5 Linea Medio Clavikularis sinistra

Bunyi jantung II iramagallop:Tidak ada.

Murmur:Tidak ada.

HR : 90x/menit.

Bruit: Aorta : Tidak ada.

a. Renalis :Tidak ada.

b. Femoralis:Tidak ada.

b) Lengan dan tungkai:

(1). Atrofiotot [-] Positif [√] Negatif

(2). Rentang gerak:Bebas

Kakusendi : Tidak ada

Nyeri sendi :Tidak ada.

Fraktur : Tidak ada.

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada.

(3). Uji kekuatan otot:

	Kanan	Kiri
Tangan	5	4
Kaki	5	5

Keterangan: kekuatan kurang di banding sisi yang lain.

(4). Refleksi fisiologi :*Bicep* (+), *Tricep* (+), *Patella* (+), *Achiles* (+).

Refleksi patologi :Tidak ada.

(5). Babinski, Kiri : - Positif √ Negatif
Kanan : - Positif √ Negatif

(6). Clubbing jari-jari :Tidak ada.

(7). Varises tungkai :Tidak ada.

(8). Colum navetebralis:

a) Inspeksi:Lordosis - Kiposis - Skoliosis -

b) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

c) Kaku kuduk :Tidak ada.

5. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia jarang tidur siang, sedangkan tidur malam hari ±8 jam. Pengantar tidur pasien pada malam hari yaitu dengan menonton Tv.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit, tidurnya tidak nyaman, mudah terbangun dan gelisah karena panas dan sakit kepala.

3) Observasi:

Tampak pasien tidurnya tidak nyaman dan gelisah.

Ekspresi wajah mengantuk - Positif √ Negatif
Banyak menguap - Positif √ Negatif
Palpebra berwarna gelap - Positif √ Negatif

6. Pola Persepsi Kognitif dan Sensori

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata, pasien dapat mengingat masa lalunya dan mengenal identitas dirdinya, tidak ada gangguan indra pendengaran, pasien juga dapat dapat melakukan aktivitas dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan seperti kacamata. Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm dan pasien juga mengetahui dirinya terkena penyakit thypoid.

3) Observasi:

Pasien tampak masih mampu mengenal lingkungan waktu dan orang.

1. Pemeriksaan fisik:

ii. Penglihatan

1)Cornea : Jernih

2)Pupil: isokor.

3)Lensamata: jernih (tidak keruh).

4) Tekanan Intra Okuler (TIO) :Kiri dan kanan sama.

iii. Pendengaran

Pina : Bersih, simetris kiri dan kanan

Kanalis : Bersih

Membran timpani : Utuh dan ada refleks cahaya

iv. Pengenalan rasa padagerakanlengandantungka

7. Pola persepsi dan konsep diri

1). Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia anak pertama dari tiga bersaudara, dua laki-laki dan satu perempuan

2). Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan merasa senang jika saudaranya dan keluarganya datang menjenguk. Pasien berharap agar cepat sembuh dan dapat melakukan aktifitas lagi dengan keluarga.

3). Observasi

Pasien tampak meringi sedan gelisah.

a. Kontak mata : Penuh

b. Rentang perhatian: Perhatian penuh
c. Suara dan cara bicara :Jelas dan menjawab jika di tanya.
d. Postur tubuh : Tegap

4). Pemeriksaan fisik:

a. Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada.
b. Bentuk dan postur tubuh: Datar
c. Kulit : Kulit tidak lesi.

8. Pola perandan hubungan dengan sesama

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tinggal bersama dengan anak dan Veteran utara lorong 41 No 7 dan sudah tinggal sejak 8 tahun yang lalu.

2). Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan hubungan dengan orangtuanya baik, dan sejak sakit orang tua datang menjenguk di rumah sakit.

3). Observasi:

Tampak istri pasien menjaga atau menemani.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

1). Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sudah lupa kapan saat pertama kali mimpi basah dan pasien mengatakan mulai menyukai perempuan saat umur ± 17 tahun.

2). Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat kelamin.

3). Observasi:

Tampak pasien berprilaku seperti seorang laki-laki.

10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1). Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika punya masalah ia selalu menceritrakan pada orangtua dan saudaranya

2). Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit orang tua dan saudaranya selalu datang menghiburnya. Jika pasien merasa jenuh pasien selalu bertukar pikiran dengan sudaranya.

3). Observasi:

Tampak pasien selalu di hibur sama keluarganya.

11. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan menganut agama keristen dan pasien juga mengatakan rajin ikut ibadah baik di rumah maupun di tempat pengajian bersama dengan teman-temannya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien menatakan sejak sakit lebih banyak berharap agar dapat sembuh dengan cepat.

3) Observasi:

Tampak di bawah bantal terdapat kitab suci.

12. Ui saraf kranial

1. N I (Olfaktorius) :

Pasien dapat menghirup bau minyak kayu putih dan mampu menebak bau apa yang diberikan walau pun matanya disuru tutup.

2. N II (*Opticus*) :

Pasien dapat membaca papan nama perawat pada jarak 30 cm font 12

3. N III, IV, VI (*Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens*) :
   Bola mata pasien dapat begerak ke segala arah, pupil mengecil saat di beri refleks cahaya.
4. N V (*Trigeminus*):
   Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi.
   Motorik :Pasien mampu mengigitkeras.
5. N VII *(Fascialis*) :
   Sensorik : Pasien dapat mengecap rasa manisnya gula.
   Motorik : Pasien mampu mengerutkan dahi, mampu tersenyum
6. NVIII (*Vestibulocochlearis*) :
   Vestibularis : tidak di kaji.
   Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat.
7. N IX (*Glossopharyngeus*) :
   Uvula pasien tampak ditengah.
8. N X (*Vagus*) :
   Pasien mampu menelan denganbaik.
9. N XI (*Acsesorius*) :
   Pasien dapat mengangkat dan menggerakkan kedua bahunya.
10. N XII *(Hypoglossus*) :
    Pasien mampu menjulurkan lidah keluar padaposisi lurus

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Darah :

Pemerisaan Darah Lengkap: 22-02-2019

Parameter	Hasil	Saturn	Nilai Normal
WBC	3.6	10^3/uL	4.8-10.8
HGB	10.4	g/dL	14–18
MCV	78.6	10^3/uL	80–99
PDW	14.2	fL	9–13
MPV	11.2	%	7.2-11.1
P.LCR	34.7	%	15 – 25
NEVT%	82.1	10^3/uL	40 – 74
LYM#	0.3	10^3/uL	1.5 – 7

Pemerisaan Widal: 24-03-2013

WIDAL	HASIL
Salmonela Typhi O	1/320
Salmonela para Typhi AO	1/320
Salmonela para Typhi BO	1/160
Salmonela para Typhi CO	1/80
Salmonela Typhi H	NEGATIF
Salmonela para Typhi AH	NEGATIF
Salmonela Para Typhi BH	1/80
Salmonela para Typhi CH	NEGATIF

B. Analisa data

Nama / Umur : Tn “B” / 38 tahun

Bagian / Kanar : Bernadeth III A / 360

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS a. Pasien mengatakan demam dirasakan ± 2 hari yang lalu b. Pasienmengatakan demam pada sore hari dan malam c. Pasien mengeluh pusing dan sakit kepal DO a. Ku lemah b. Badan teraba panas c. TTV TD=140/100 MMHg N= 80x / menit S= 38,5º C P= 20x / menit d. Hasil Lab *Salmonella typhi* O= 1/320 *Salmonella Para typhi* AO=1/320 *Salmonella Para typhi* BO=1/160 *Salmonella Para typhi* CO=1/80 *Salmonella Para typhi* BH=1/80	Penyakit	Hipertermi

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
2	DS a. Pasien mengatakan nyeri dibagian perut sebelah kanan atas b. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk durasi nyeri 3-4 menit hilang timbul dan skalanya 5 DO a. Tampak wajah pasien meringis b. Skala nyeri 5	Agen cidera biologis	Nyeri akut
NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
3	DS a. Pasien mengatakan ia malas makan dan minum b. Pasien mengatakan nafsu makan menurun DO a. Keadaanumum tampak lemah b. Pasien tampakkurang nafsu makan. c. Pasien tampak hanya menghabiskan 1/4 porsi d. TB= 170 cm e. BB= 51 kg	Anoreksia	Ketidak seimbangan nutrisikurng dari kebutuhan tubuh

	f. IMT= 17,06kg / m^2 g. Kesimpulan= Berat Badan Kurang		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Tn “B” / 38 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth IIIA / 360

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis
3	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

D.Intervensi keperawatan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang di harapkan	Rencana tindakan
28/02/2019	1. Hypertermi berhubungan dengan penyakit yang di tandai dengan : DS a. Pasien mengatakan demam dirasakan ± 2 hari yang lalu b. Pasien mengatakan demam pada sore hari dan malam c. Pasien mengeluh pusing dan sakit kepal DO a. Ku lemah b. Badan teraba panas c. TTV TD=140/100 MMHg N= 80x / menit S= 38□,5 C P= 20 x / menit Hasil Lab	Suhu tubuh kembali normal dalam jangka waktu 2-3 hri dengan keriteria: a. Ku baik b. Suhu tubuh normal c. Sakit kepala hilang d. Pemeriksaan widalnya negatif	1.Observasi TTV (TD,N,S,P) 2.Kompres hangat bila suhu tubuh menigkat 3.Anjurkan pasien untuk banyak minum 4.Anjurkan untuk memekai pakaian tipis dan menyerap keringat 5.Anjurkan pada keluarga pasien untuk bedrest total di tempat tidur 6.Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik

	Salmonella typhi O= 1/320 *Salmonella Para typhi* AO=1/320 *Salmonella Para typhi* BO=1/160 *Salmonella Para typhi* CO= 1/80 *Salmonella Para typhi* BH= 1/80 *Salmonella Para typhi* AO=1/320 *Salmonella Para typhi* BO=1/160 *Salmonella Para typhi* CO= 1/160 *Salmonella Para typhi* BH= 1/80		
Tanggal 28/02/2019	2. Nyeri akut b/d agen cedera biologis DS: a. pasien mengeluh sakit perut Nyeri di rasakan seperti di tusuk-stusuk durasi b. nyerinya 4-5 menit, hilang timbul dan skala nyerinya 4 DO :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat dapat mengontrol kapan nyeri terjadi dengan kriteria hasil. 1.Kontrol nyeri a. Mengenali	1.manajemen nyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristi, onset/dur, frekuensi, kualitas,

	Tampak wajah pasien meringis sambil kedua tangannya memegang perutnya.	kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan pada skala 4 b. Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri dipertahankan pada skala 3 dan di tingkatkan ke skala 4 c. Melaporkan nyeri d. yang terkontrol 2.Tingkat nyeri a. Nyeri yang dilaporkan dipertahankan pada skala 4 dan dtingkatkan ke skala 3	intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 2. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur (misalnya; suhu ruangan, pencahayaan, suara bising) **3**. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat. 2. Dukung istirahat/tidur

			yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 2. Kolaborasi pemberian
Tanggal 28/02/2019	**3**.Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia yang di tandai dengan: DS a. Pasien mengatakan ia malas makan dan minum b. Pasien mengatakan nafsu makan menurun DO a. Ku tampak lemah b. Pasien tampak mual, dan nafsu makan menurun c. Pasien tampak hanya menghabiskan 1/4 porsi	Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dalam jangka waktu 2-3 hari dengan keriteria : a. Keadaanumum baik b. Nafsu makan meningkat dengan menghabiskan porsi makan yang di sediakan c. Berat badan normal (56 kg)	1.Kaji pola makan pasien (frekuensi dan porsi). 2.Anjurkan memberikan makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering. 3.Beri suport pada pasien waktu makan. 4.Catat jumlah makanan yang dihabiskan. 5.Timbang berat badan pasien. 6.Beri terapi antiemetik sesuai program dokter.

	TB= 170 cm BB= 51 kg IMT= 17,01 kg/ m^2 Kesimpulan - Berat Badan - Kurang		

E. Pelaksanaan keperawatan

Nama/umur: Tn. “B’’/38 tahun

Unit/kamar : Bernadeth IIIA/360

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama perawatan
28/02/2019	I	07:25	Mengukur suhu badan pasien dan memberi obat analgesik. Hasil: - Suhu: 38,5°C - Memberi obat paracetamol.	Perawat
	I,	08:30	Mengganti cairan infus Hasil: - RL 500 ml 18 tetes/menit.	Perawat
	III	09:05	Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan Hasil: - Ruangan pasien tampak bersih	Perawat
	III	9:25	Memonitor asupan makanan Hasil: - Tampak pasien makan 2-3 sendok makanan yang telah disediakan. - Tampak pasien makan bubur,telur dan sayur.	Perawat
	II,III	10:00	Memberi minum setelah makan. Hasil: - Tampak pasien minum air putih setengah gelas aqua(125 cc).	Perawat
	II	11:30	Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan	Perawat

			penerimaan pasien terhadap nyeri. Hasil : - pasien mengatakan ia merasa sakit pada perutnya, sakitnya seperti ditusuk-tusuk, durasi nyerinya itu 4-5 dan hilang timbul menit dan skala nyerinya 4.	
	II	12:00	Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri dan Hasil: - Tampak pasien menguap	Perawat
	I,II	14:00	Memonitor TTV Hasil: - TD :140/80mmHg Nadi :90x/menit Pernafasan :20 x/menit Suhu :38,5□c	Robert
	I	14:30	Memberi obat analgesic. Hasil : - Pasien di obat paracetamol.	Rexy
	I	15:00	Mengompres pasien dengan air hangat. Hasil: - keluarga mengatakan ia sudah mengopres pasien pake air hangat.	Robert
	II	18:00	Melakukan teknik d istraksi Hasil: - Mengajak pasien untuk bercerita,	Robert

	III	19:00	Memonitor asupan makanan. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan 2-3 sendok makanan yang disediakan. - Keluarga pasien mengatakan pasien makan bubur, sayur, telur, daging dan minum air setengah gelas aqua.	Rexy
	II	20:10	Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri Hasil: - Keluarga pasien mengatakan Pasien masih mengeluh sakit perut, durasinya hilang timbul sekitar 4-5 menit, dengan skalanyeri 4. - Tampak wajah pasien meringis sambil kedua tangan pasien memegang perutnya.	Perawat
	I	20:30	Memantau suhu tubuh pasien. Hasil: - suhu tubuh pasien 38□c.	Perawat
		22:00	Memberikan kompres air hangat pada pasien dan memberikan obat analgesic. Hasil: - Tampak pasien dikompres pake air hangat.	Perawat

			- Tampak pasien diberi obat paracetamol.	
29/02/2019	I,II	05:30	Observasi TTV: Hasil: - TD:130/80 - Nadi:81kali/men Pernafasan:20 kali/menit Suhu:38□c - keluarga pasien mengatakan pasien masih demam pada sore dan malam hari dan badan masih pasien teraba panas.	Perwat
	III	06:30	Memberikan obat analgesic. Hasil: - Tampak pasien diberi obat paracetamol	Perawat
	I	07:30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan Hasil: - Ruangan pasien tampak bersih	Perawat
	III	08:45	Memonitor asupan makanan Hasil: - Tampak pasien makan 2-3 sendok makanan yang telah disediakan - Tampak pasien makan bubur,telur dan sayur.	Perawat
	III	09:00	Memberi minum setelah makan. Hasil: - keluarga pasien mengatakan pasien minum	Perawat

			air putih setengah gela aqua.	
	I,II	10:00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD:130/80mmH Nadi: 88X/menit Pernafasan: 20X/menit Suhu: 37,5□C	Perawat
	I,II	12:00	Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri. Hasil: - pasien mengatakan ia merasa sakit pada perutnya, sakitnya seperti ditusuk-tusuk, durasi nyerinya itu hilang timbul sekitar 4-5 menit dan skala nyerinya 4.	Robert
	II	13:30	Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil: - Tampak pasien menguap	Rexy
	II	14:00	Memberikan obat analgesic Hasil : - Tampak pasien diberi obat paracetamol.	Robert
	I	16:00	Observasi TTV: Hasil: - TD: 120/80mmHg Nadi : 81X/menit Pernafasan: 20X/menit	Rexy

			Suhu: 38□C	
	I,II	18:30	Memonitor asupan makanan. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan 2-3 sendok makanan yang disediakan. - Keluarga pasien mengatakan pasien makan bubur, sayur, telur dan daging dan minum air setengah gelas. - Tampak pasien makan bubur 2-3 Sendok yang berisi bubur, sayur, telur,daging, dan minum air setengah gelas.	Rita
	III	20:00	Medukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri Hasil: - Keluarga mengatakan Pasien masih mengelusakit perut, durasinya 4-5 menit dan hilang timbul dengan skala nyeri 4. - Tampak wajah pasien meringis sambil kedua tangan pasien memegang perutnya.	Rita
	I	21:00	Memantau suhu tubuh pasien. Hasil: - Keluarga pasien	Susanti

			mengatakan badan pasien masih teraba panas dan pasien masih demam. - suhu tubuh pasien 38□c. - Tampak pasien dikompres pake air hangat. - Tampak mukosa bibir psien kering.	
01/03/2019	I	22:00	Memberikan obat analgesic. Hasil : - Tampak pasien diberi obat paracetamol. Observasi TTV: Hasil: - TD:120/80mmHg Nadi: 82X/menit Pernafasan: 20X/memit Suhu: 37□C	Rita
	I,II	06:00	Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan Hasil: - Ruangan pasien tampak bersih	Rita
	III	07:30	Memonitor asupan makanan Hasil: - keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien sudah membaik. - keluarga pasien mengatakan pasien makan setengah porsi dari makanan yang sudah disediakan.	Perawat

			- Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makanan yang sudah disediakan, dan pasien minum air putih 2 gelas.	Resti
	I,II	08:00	Observasi TTV Hasil: - TD: 130/80mmHg Nadi: 81X/menit Pernafasan: 20X/menit Suhu:37□C	Perawat
	III	10:00	Memonitor asupan makanan Hasil : - keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien sudah membaik. - keluarga pasien mengatakan pasien makan setengah porsi dari makanan yang sudah disediakan. - Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makanan yang sudah disediakan, dan pasien minum air putih satu gelas aqua (250cc)	Resti
	III	11:00	Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri Hasil: - Keluarga mengatakan Pasien masih mengeluhsakit perut, tapi	Resti

			durasi nyerinya hilang timbul, dengan skala nyeri 4. - Tampak wajah pasien meringis sambil kedua angan pasien memegang perutnya.	
	II	13:00	Melakukan teknik distraksi. Hasil : - Mengajak pasien untuk bercerita cerita. Observasi TTV: - TD:120/80mmHg Nadi:82x/meni Pernapasan:23x/menit Suhu:37□C.	Robert
	I	14:00	Memonitor asupan makanan Hasil: - keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien sudah membaik. - keluarga pasien mengatakan pasien makan setengah porsi dari makanan yang sudah disediakan. - Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makanan yang sudah disediakan, dan pasien minum air putih satu gelas aqua (250cc). - Tampak BB pasien masih	Rexy

			51 kg.	
		15:00	Memantau suhu tubuh pasien. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak demam lagi dan badan pasien sudah tidak teraba panas lagi. - Keluarga pasien mengatakan keadaan pasien sudah membaik. - suhu badan pasien 36,5□c. - Tampak pasien duduk di atas tempat tidur sambil cerita sama ibunya.	Rexy& Robert
		16:00	Observasi TTV: Hasil: - TD:100/60mm Nadi: 100X/meni Pernafasan: 22X/memit Suhu :36ºC	Perawat

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn " B" / 37 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III A / 360

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Nama Perawat
28-02-2019	DP I: Hypertermi berhubungan dengan penyakit. S: Pasien mengatakan ia demam O: - KU Lemah - Suhu tubuh 38,5^{0}C A: Suhu tubuh belum kembali normal P: Lanjutkan intervensi 1.2.3 DP II: Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis. S: Pasien mengatakan masi mengeluh sakit perut,durasi nyeri 4-5 menit dan hilang timbul, dengan skala nyeri 5. O: Tampak wajah pasien meringis sambil kedua tangan pasien memegang perut. A: Nyeri pada pasien belum teratasi P: Lanjutkan itervensi P III: Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. S: pasien mengatakan nafsu makannya menurun. O: - Keadaan umum Lemah - Pasien tampak	Robertus Pamarru

	menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan A: Kebutuhan nutrisi belum terpenuhi P: Lanjutkan intervensi 1.2.3.4	
28-03-2019	DP I: Hypertermi berhubungan dengan penyakit. S: Pasien mengatakan badannya masih teraba panas O: - Keadaan umum Lemah Suhu tubuh 37,4^{0}C A: Suhu tubuh belum kembali Normal P: lanjutkan intervensi 1-4 terutama pada intervensi2,3 dan 4 DP II: : Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis. S : Pasien mengatakan masi mengeluh sakit perut,durasi nyeri 4-5 menit dan hilang timbul dengan skala nyeri 4. O : Tampak wajah pasien meringis sambil kedua tangan pasien memegang perut. A : Nyeri pada pasien belum teratasi P : Lanjutkan itervensi DP III : Ketidak seimbangan nutrisi	Rexy Pasamboan

	kurang dari kebtuhan tubuh behubungan dengan anoreksia. S: Pasien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat. O: - Keadaan umum Lemah - Pasien makan ½ porsi dari makanan yang di sediakan A: kebutuhan nutrisi belum terpenuhi P: lanjutkan intervensi 1.2.3	
28-03-2019	DP I: Hypertermi berhubungan dengan penyakit. S: Pasien mengatakan ia tidak demam lagi O: - KU Baik - Suhu tubuh 36,5^{0}C A: Suhu tubuh kembali normal P: Intervensi stop DP II: : Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis. S: Pasien mengatakan masi mengeluh sakit perut,durasi nyeri 4-5 menit dan hilang timbul, dengan skala nyeri 4. O: Tampak wajah pasien meringis sambil kedua tangan pasien memegang perut. A: Nyeri pada pasien belum teratasi P: Lanjutkan itervensi 1.2.3	Rexy Pasamboan

	DP III: Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. S: Pasien mengatakan nafsu makannya meningkat O: - KU Baik - Pasien makan ± ¾ porsi A: Kebutuhan nutrisi terpenuhi P: Intervensi stop	

NAMA OBAT UNTUK PASIEN

A. Terapi

Ceftriaxone 1 amp/24 jam

Pantozol 1 amp / 24 jam

Damaben 3 x 1 / tbl

Farmadol 1 tbl/ k.P

1. Ceftriazone
   a. Nama obat : *Ceftriaxone*
   b. Klasifikasi / golongan obat : antibiotik
   c. Dosis umum : dewasa dan anak > 12 tahun, dosis lazim 1 x sehari.
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampul / 24 jam
   e. Cara pemberian obat : piggy bag / IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      adalah golongan cefalosforin dengan septrum luas, yaang membunuh bakteri dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri. *Ceftriaxone* sangat stabil terhadap Blaktamase terutama yang di hasilkan oleh organisme gram negatif. *Ceftriaxone* juga aktif terhadap bakteri gram posif, seperti *streptococcus pneumonia, sterptococcus pyogenes.*
   g. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan :

      Menderita demam typhoid yang di sebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang bersifat gram negative.
   h. Kontra indikasi :
      1. Hipersensitif terhadap *sefalosporin*
      2. Hipersensitif terhadap penicillin atau *antibiotika B-Lactam*
   i. Efek samping :

      Gangguan lambung usus, perubahan hematologikal, reaksi kulit, gangguan koagulasi, flebitis (pada injeksi intravena), sakit kepala pusing.

2. Paracetamol
   a. Nama ubat : Paracetamol
   b. Klasifikasi/Golonga .Obat:Analgetik honopioid, antipieretik
   c. Dosis umum : 325 - 1000 mg tiap 4 - 6 jam.
   d. Dosis Untuk Pasien yang bersangkutan : 3 x 1 tablet.
   e. Cara Pemberian Obat : Oral
   f. Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat :
      Menghambat sistesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien merasakan badan terasa panas.
   h. Kontara Indikasi :
      Hipersensitifitas sebelumnya.Produk yang mengandung alkohol, aspartan.
   i. Efek Samping Obat :
   j. GI : Nekrosis hepatik (overdosis).
      Derm:Ruam, utikaria
3. Damben
   a. Nama obat : Damaben
   b. Klasifikasi / golongan obat : Antiemetik
   c. Dosis umum : 3 x 10 ml / hari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 x 1 tablet
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      damaben mengandung metoklopramid HCL digunakan pada alat-alat pencernaan. Metoklopramid meningkatkan motilitas lambung, mefelaksasi sfingter pilorus dan bulbus duodenum serta meningkatkan peristaltik duodenum dan jejenum sehingga mempercepat pengosongan lambung, metoklopramid juga memiliki antiemetik. Metoklopramid merangsang motilitas saluran

pencernaan bagian atas tanpa merangsang sekresi lambung, empedu dan pankreas.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Pasien merasa mual saat masuk RS dan juga mengeluh muntah.

h. Kontra indikasi : Penderita yang hipersensitif atau tidak tahan terhadap metoklopramid. Metoklopramid tidak boleh digunakan pada penderita epilepsi atau penderita yang memakai yang serupa karena dapat menyebabkan gangguan ekstrapiramidal, adanya pendarahan obstruksi atau perforasi pada saluran cerna.

i. Efek samping :
Mengantuk, lemah, lelah, gelisah, konstipasi, diare, mulut kering.

4. Pantozol
   a. Nama obat : Pantozol
   b. Klasifikasi / golongan obat : Antiemetik
   c. Dosis umum : IV 40 mg / hari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampul / 12 jam
   e. Cara pemberian obat : piggy bag / IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   mengontrol sekresi asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang mentranspor ion H^+ keluar dari sel parietal lambung.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan :
   Untuk pengurangan sekresi asam lambung
   h. Kontra indikasi :
   Keruakan fungi hati dan Kehamilan
   i. Efek samping
   Sakit kepala, diare, mual, nyeri perut bagian atas, kembung, kemerahan pada kulit, gatal-gatal atau puing.

BAB IV
PEMBAHASAN

Bab ini membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kesenjangan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn.”B” dengan demam *thypoid* di ruangan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar, selama 3 hari berturut-turut mulai dari tanggal 28-02-2019. Penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, status pasien, dan observasi langsung pada pasien. Hasil pengkajian pada Tn.”B” umur 38 tahun, jenis kelamin laki laki masuk dengan keluhan demam 2 hari, panas naik turun terutama pada sore dan malam hari, badan pasien lemas, nyeri pada perut. Nyeri perut yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 nyeri yang dirasakan hilang timbul sekitar 4-5 menit. Hasil pemeriksaan fisik, tekanan darah 140/100 mmHg, suhu 38,5^{o}c, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, dan hasil pemeriksaan test diagnostic yang dilakukan adalah pemeriksaan widal dengan hasil anti *salmonella thypi IgM* positif (+2).

Pada pasien terjadinya peningkatan suhu tubuh pada pasien yaitu 38,5^{o}c karena masuknya kuman *salmonella thypi* ke dalam tubuh, mencapai jaringan limpoid dan masuk ke dalam aliran darah (bakterimia primer) kemudian kuman menyerang retikulo endothelial system (RES), berkembang biak dan masuk kembali ke dalam aliran darah (bakterimia sekunder) dan mengeluarkan endotoksin kemudian merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen olah leukosit dan beredar di darah sehingga mempengaruhi pusat termoregulator di

hipotalamus yang mengakibatkan timbulnya gejala demam. Sifat demam adalah meningkat perlahan-lahan terutama pada sore dan malam hari, pagi hari menurun hingga batas normal (Wijaya, 2016).

Pasien mengalami nyeri perut dan ulu hati karena kuman yang masuk ke dalam usus menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga menyebabkan nyeri ulu hati, sedangkan kuman yang lolos dan masuk ke dalam usus menyebabkan terjadi infeksi. Pasien merasa badan lemas karena kuman yang masuk kedalam tubuh menyerang *retikulo endotalial* yang menyebabkan rasa tidak enak pada badandan merasa lemas. (Wijaya, 2015).

a. Diagnosa keperawatan.

Berdasarkan kasus yang dikelola dan data yang mendukung pada saat pengkajian, penulis merumuskan tiga diagnosa keperawatan yaitu, diagnosa keperawatan yang pertama adalah hypertermi berhubungan dengan penyakit. diagnosa ini didukung oleh adanya kuman salmonella thypi dalam uji widal dan pada observasi data yang diperoleh yaitu badan teraba panas suhu tubuh 38,5ºc. berdasarkan NANDA menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosa pertama hypertermi berhubungan dengan penyakit, diagnosa keperawatan kedua adalah nyeri akut berhubungan dengan angens cedera biologis, diagnosa ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. ini didukung oleh adanya keluhan dan tanda gejalayang muncul pada pasien seperti nyeri perut dan uluh hati. Berdasarkan NANDA menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosa kedua nyeri adalah bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya, diaphoresis, dilatasi pupil, ekspresi wajah nyeri (mata kurang bercahaya, tampak kacau, meringis), *focus* pada diri sendiri, keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (skala wong Baker *faces*) laporan tentang perilaku nyeri/ perubahan aktivitas (misalnya, anggota

keluarga, pemberi asuhan), perilaku distraksi, perubahan pada parameter fisiologis (misalnya, tekanan darah, frekuensi pernapasan), perubahan posisi untuk mengurangi nyeri, perubahan selera makan, sikap melidungi area nyeri. diagnosa keperawatan terakhir adalah ketidakseimbangan nutrisi kuran dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, diagnose ini didukung oleh adanya data pada pasien seperti kurang nafsu makan, mual setiap kali makan, dan terjadi penurunan berat badan. Berdasarkan NANDA menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal, bising usus hiperaktif, cepat kenyang setelah makan, diare, gangguan sensasi rasa, kelemahan otot mengunyah, kelemahan otot untuk menelan, ketidakmampuan memakan makanan, kurang minat pada makanan, membrane mukosa pucat, nyeri abdomen, penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat, tonus otot menurun.

Berdasarkan data dari pengamatan kasus diatas menunjukan tidaka ada kesenjangan antara teori dan kasus yang diangkat penulis karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan treoritis. Secara teori ada enam keperawatan sedangkan pada Tn “B” terdapat tiga diagnose keperawatan. Diagnosa keperawatan yang lain yang tidak diangkat adalah resiko defisit volume cairan, karena penulis, tidak menemukan data yang mendukung pada pasien seperti pemasukan cairan yang kurang, muntah/pengeluaran yang berlebihan, diare, finger print tidak kembali dalam 3 detik. Diagnosa gangguan pola defeksi: diare tidak diangkat karena tidak ditemukan data yang mendukung pada pasien sepeeti diare dan tidak terjadi peradangan pada dinding usus halus. Diagnosa gangguan defeksi: konstipasi tidak diangkat karena tidak ditemukan data yang medukung pada pasien dimana pasien tidak mengalami konstipasi karena tidak terjadi peradangan pada dinding usus halus.

b. Intervensi keperawatan

setelah proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Hypertermi berhubungan dengan penyakit adalah :

   Kaji tingkat kenaikan suhu tubuh, observasi TTV terutama suhu tubuh, memberikan kompres dengan air hangat bila demam naik, monitor IWL, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik (paracetamol).

2. Nyeri akut berhubungan dengan angens cedera biologis

   Kaji skala nyeri secara komprehensif, teknik distraksi : mengajak pasien bercerita, observasi perubahan perilaku, dukung istirahat tidur, kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesic.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

   Kaji pola makan pasien, beri makanan sedikit tapi sering, berikan perawatan oral, berikan nutrisi dengan diet makanan lembek, tidak mengandung banyak serat, kolaborasi dengan dokter pemberian obat antimetik.

c. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu kepada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehing dapat tercapai. Pada tahap ini penulis melaksanakan apa yang telah direncanakan sebelumnya selama 3 hari, sebagai acuan dalam melakukan implementasi. Sebelum melakukan tindakan sebaiknya terlebih dahulu menjelaskan tentang tindakan apa yang akan dilakukan dan mengharapkan kerja sama yang baik antara pasien dan keluarga pasien sehinggga untuk mempermudah mencapai hasil yang diharapkan.

1. Hypertermi berhubungan dengan penyakit

   Untuk diagnosa hypertermi penulis melakukan intervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama yang dilakukan mengobservasi TTV, berikan kompres air hangat, pantau suhu tubuh, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic dan antipiretik. Pada teori ada beberapa intervensi yang penulis tidak lakukan monitor tingkat kesadaran, WBC, Hb, HcT. Selanjutnya penulis melakukan intervensi di hari kedua karena pasien tidak mengalami penurunan suhu tubuh karena keluarga tidak teratur dalam melakukan kompres air hangat.
2. Nyeri akut berhubungan dengan angen cedera biologis.

   Untuk diagnosa nyeri penulis melakukan intervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama yang dilakukan kaji skala nyeri secara komprehensif, teknik distraksi, observasi perubahan perilaku dan fisiologis, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik. Penulis melanjutkan intervensi dihari kedua dan hari ketiga karena pasien masih merasa nyeri pada perut.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

   Untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi penulis melakukan intervensi yang direnncanakan selama 3 hari. Implementrasi hari pertama yang dilakukan adalah kaji pola makan pasien, beri makanan sedikit tapi sering, berikan perawatan oral, berikan nutrisi dengan diet makanan lembek, tidak mengandung banyak serat, kolaborasi dengan dokter pemebrian obat antimetik. Pada teori ada beberapa intervensi yang penulis tidak lakukan yaitu kaji adanya alergi makanan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, anjurkn pasien untuk meningkatkan protein dan Vit C, yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan

pasien bagaimana membuat catatan makanan harian, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. Penulis melanjutkan intervensi dihari kedua karena pasien masih malas makan dan keluarga tidak teratur melakukan perawatan oral.

d. Tahap evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan yang menjadi penetu apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Dari hasil evaluasi yang dilaksanakan penulis selama 3 hari, yaitu mulai tanggal 18 Februari 2019, didapat hasil sebagai berikut :

1. Hypertermi berhubungan dengan penyakit dengan analisa evaluasi hari terakhir, demam sudah turun, pasien tidak pusing, dan sakit kepala, suhu tubuh 36,5^{0}C sehingga perencanaan selanjutnya adalah intervensi dihentikan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan angens cedera biologis.

   Untuk diagnos nyeri penulis melakukan intervensi yang direncanakan selama 3 hari. Implementasi hari pertama yang dilakukan kaji skala nyeri secara komprehensif, teknik distraksi, observasi perubahan perilaku dan fisiologis, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik. Penulis melanjutkan intervensi dihari kedua dan hari ketiga karena pasien masih merasa nyeri pada perut.
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebtuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

   Dengan analisa pada hari terakhir adalah keadaan umum pasien baik, nafsu makan pasien mulai meningkat, pasien menghabiskan ¾ porsi bubur yang disajikan, berat badan: 45 kg: meskipun nafsu makan pasien mulai meningkat tetapi melihat berat badan pasien masih di bawah normal maka perencanaan selanjutnya adalah intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan Bernadeth III A.

BAB V
KESIMPULAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pada pengkajian diperoleh data bahwa tekanan darah 140/100 mmHg, suhu 38,5ºC, nadi 90x/menit, prnafasan 20x/menit. Selain itu data yang diperoleh dari keluarga pasien adalah pasien demam selama 2 hari sebelum masuk rumah sakit, panasnya nai turun terutama pada sore dan malam hari, disertai dengan badan lemas, malas makan, dan sakit perut. Pemeriksaan test diagnostic yang dilakukan pada pasien adalah tubex hasilnya anti *salmonella thypi* IgM positif (+2) dan pemeriksaan darah rutin
2. Dari hasil pengkajian yang didapatkan dari Tn.“B” maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah :
   a. Hypertermi berhubungan dengan penyakit
   b. Nyeri akut berhubungan dengan angens cedera biologis
   c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
3. Dari rencana tindakan yang disusun, penulis telah melaksanakan semuanya. Dalam pelaksaan keperawatan penulis melibatkan/bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat , dan tim kesehatan lainnya.
4. Setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan yang ada, maka hasil dari ketiga diagnosa keperawatan adalah satu diagnose yang ada pada kasus Tn.”B” bisa teratasi dan dua diagnosa belum teratasi dan perancanaan dilanjutkan oleh perawat di rumah sakit.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis membuat beberapa saran untuk dapat dipertimbangkan dalam peningkatan asuhan keperawatan, yang ditunjukan kepada beberapa pihak yaitu:

1. Pasien dan Keluarga

   Diharapkan bagi pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan serta memperhatika kebersihan makanan, minuman, dan selalu mencari informasi tentang perawatan dengan *demam thypoid.*

2. Rumah Sakit

   Diharapakan rumah sakit menyediakan sumber informasi terkait penyakit demam thypoid berupa leaflet.

3. Institusi

   a. Diharapakan dapat menambah buku-buku referensi yang berhubungan dengan penyakit demam thypoid sehingga dimasa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit tersebut.

   b. Setiap mahasiswa yang lulus diharapkan untuk menyumbang buku-buku sehingga dapat dipergunakan oleh generasi berikutnya.

4. Mahasiswa diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan, lebih menerapkan teori dan keterampilan yang diperoleh dari perkuliahan ke lahan praktek / rumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

Ardiyansyah (2016) Medikal Bedah Untuk Mahasiswa. Yokyakarta: DIVA Press

Deden Dermawan (2015) Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan.Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Gloria M Bulechek, H.K(2013)Nursing Intervention Clasification.

Heathher Herdiman. S. K. (2015-2017) Diagnosa Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi

Maria Magdalena Lolon (2018) Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Thypoid.

MRO Rumah Sakit Stella Maris Makassar (2016,2017,2018)

Pearce, E.C.(2019).Anatomi dan fisiologi untuk paramedic.Jakarta: PT Gramedia Pustaka umum

Rahmat Hidayat,(2016) Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Yogyakarta: Nurha Medika

Renny, M.C. Margareth TH.(2012) Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

Suratun (2010) Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Gastrointestinal.

Soe Morhead, M. J. (2013), Nursing Outcomes Clasivication.pengukuran Outcomes Kesehatan

Sudoyo, Aru,Dkk.(2017) Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

Tiana Inrajati (2017).Asuhan Keperawatan Pada Pasien Thypoid Dengan Gangguan Kebutuhan Termol Regulasi

Wijaya (2016) Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Yogyakarta Dengan Thypoid.

LEMBAR KONSUL

Nama : Rexy Pasamboan
: Robertus Pamaru
Nim : E1614401032
: E1614401035
Kelas : IIIA
Pembimbing : Fransico Irwandy, Ns.,M.kep

No	Tanggal	Materi konsul	Perbaikan	TTD
1.	21-02-2019	BAB II Teori	Memperbaiki sumber sumber	
2.	10-03-2019	Kasus dan judul	Pengetikan dan spasi	
3.	20-03-2019	BAB I,II,III. Pengetikan dan melengkapi sumber	Pengetikan dan spasi dan huruf	
4.	22-03-2019	BAB IIIPenulisan dan huruf	Penulisan dan huruf	
5.	07-04-2109	Patway	Diagnosa dan tanda gejala	
6.	15-05-2019	BAB IV penulisan dan pengetikan	Huruf dan spasi	
7.	16-05-2019	BAB V dan intervensi implementasi evaluasi	Memiringkan bahasa asing dan perbaikan spasi	