KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN "R" DENGAN DEMAM *TYPHOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH IIIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DI SUSUN OLEH:

NATALIA DESLAWATI
E1614401028
DAN
NIKE BOROTODING
E1614401029

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pada Nn "R" Dengan Demam Thypoid Di Ruang Perawatan Bernadeth III A Stella Maris Makassar"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Natalia Deslawati

E1614401028

dan

Nike Boro Toding

E1614401029

Disetujui Oleh :

Pembimbing



(Serlina Sandi,Ns.,M.Kep)

NIDN : 0913068201

Wakil Ketua
Bidang Akademik



(Henny Pongantung, Ns., MSN, DN.Sc)

NIDN: 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul **""“Asuhan Keperawatan Pada Nn “R” Dengan Demam Thypoid Di Ruang Perawatan Bernadeth III A Stella Maris Makassar”** telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada

Hari/Tanggal : Senin, 20 Mei 2019

Pukul : 12:00-13:00 WITA

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji

1. **Sr.Anita Sampe JMJ, Ns.,MAN** ( )
2. **Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep** ( )
3. **Serlina Sandi, Ns.,M.Kep** ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN :0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Natalia Deslawati
Tempat/Tanggal Lahir	: Mamasa,12 Desember 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat	:Jln. Maipa No.19 Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu	:Benyamin/Mariana
Agama	:Kristen Protestan
Pekerjaan	:PNS /IRT
Alamat	:Jl.Poros Mamasa, Kec.Sumarorong Kab.Mamasa

III. Riwayat Pendidikan

SDN. 030 Tamalantik	: 2004−2010
SMPN. 09 Mamasa	: 2010−2013
SMK Bina Generasi Polewali	: 2013−2016
STIK Stella Maris Makassar (Program DIII)	: 2016−2019

I. Identitas Pribadi

Nama	: Nike Borotoding
Tempat/Tanggal Lahir	: Rantetayo,11 Agustus 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat	: Jln. Bonto Bila Raya

II. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu	: Luther Linggi / Kristina Borotoding
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani /IRT
Alamat	: Tana Toraja

III. Riwayat Pendidikan

SDN 169 Padangiring	: 2004−2010
SMPN. 2 Rantetayo	: 2010−2013
SMAN 1 Rantetayo	: 2013−2016
STIK Stella Maris Makassar (Program DIII)	: 2016−2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn "R" DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG PERAWATAN BERNADETH IIIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".** Hasil karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat yang telah ditentukan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III (DIII) di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa meskipun penyusunan karya tulis ini sudah di upayakan semaksimal mungkin, namun karya tulis ini masih memiliki kekurangan dan jauh dari sempurna. Dalam menyusun karya tulis ini penulis banyak mendapat dukungan, bantuan dan bimbingan dari banyak pihak. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada pihak yang senantiasa membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Stella Maris.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN, DN.Sc selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes selaku Pembimbing Akademik (PA) yang senantiasa memberi motivasi sejak awal masuk kuliah.
5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku pembimbing dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, meskipun berada di tengah kesibukan dan tugasnya yang padat, beliau masih menyempatkan diri untuk memberikan

6. bimbingan, arahan dan perhatian kepada penulis untuk menghasilkan yang terbaik mulai dari awal hingga penyelesaian karya tulis ini.
7. dr. Thomas Soeharto, MMR, selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya tulis ilimiah ini. Serta seluruh staff pegawai Bernadeth III A yang telah membantu selama pembuatan karya tulis ini.
8. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruangan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Segenap dosen beserta staf di Stik Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Keluarga Nn. “R” dan pasien selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Ucapan terimakasih untuk kedua orang tua dari Natalia Deslawati, Bapak Benyamin dan Ibu Mariana serta kedua saudaraku Helwin Herdianto dan Aljeril Elvano Renza. Buat Christina Aguristi Bally, Tarsila dan Mersi, Johanis Sakliresi semua yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang, serta dukungan material, selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
12. Ucapan terimakasih untuk untuk kedua orang tua dari Nike Borotoding Bapak Luther linggi dan Ibu Kristina borotoding dan saudara-saudariku yang telah mendampingi dan mendukung baik itu lewat doa, perhatian, bimbingan, cinta kasih dan dukungan material.
13. Seluruh teman-teman kelas A angkatan 2016 yang telah memberikan bantuan dan masukan yang bermakna. Banyak hal dalam suka duka di kampus sudah kita lewati bersama dan teman-teman asrama kampus STIK Stella Maris.

14. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan doa dan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspiratif untuk pembuatan karya tulis ilmiah selanjutnya.

Makassar, 24 Mei 2018

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang 48
Tabel 3.2 Analisa Data..... 50
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 51
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan..... 52
Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan 56
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem Pencernaan 8

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

RIWAYAT HIDUP iv

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR TABEL ix

DAFTAR GAMBAR x

DAFTAR ISI xi

BAB I : PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 3

1. Tujuan Umum 3

2. Tujuan Khusus 3

C. Manfaat Penulisan 4

D. Metode Penulisan 5

E. Sistematika Penulisan 6

BAB II : TINJAUAN TEORITIS 7

A. Konsep Dasar Medis 7

1. Pengertian 7

2. Anatomi Fisiologi Pernapasan 8

3. Etiologi 13

4. Patofisiologi 13

5. Manifestasi Klinis 14

6. Pemeriksaan Diagnostik 16

7. Penatalaksanaan Medik 16

8. Komplikasi 18

B. Konsep Dasar Keperawatan 20
1. Pengkajian 20
2. Diagnosa Keperawatan 21
3. Rencana Keperawatan 22
4. Discharge Planning 27
C. Patoflowdiagram 28

BAB III : TINJAUAN KASUS 30
A. Pengkajian Keperawatan 31
B. Analisa Data 50
C. Diagnosa Keperawatan 51
D. Rencana Keperawatan 52
E. Pelaksanaan Keperawatan 56
F. Evaluasi Keperawatan 66

BAB IV : PEMBAHASAN KASUS 72

BAB V : PENUTUP 79
A. Kesimpulan 79
B. Saran 80

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan manusia yang sangat penting dalam kehidupan, namun pada kenyataanya tidak semua orang memiliki derajat kesehatan yang optimal dikarenakan berbagai masalah, misalnya lingkungan yang tidak baik atau pola hidup yang tidak sehat. Adanya kebiasaan mengkonsumsi makanan dan minuman yang tidak sehat yang dapat menyebabkan tubuh mudah terserang penyakit dimana salah satunya adalah demam typhoid (Nazrah, dkk 2015). Demam typhoid merupakan penyakit infeksi yang sering terjadi di beberapa negara di dunia dan umumnya terjadi di negara-negara dengan tingkat kebersihan yang rendah. Penyakit ini menjadi masalah kesehatan publik yang signifikan (Rahmasari & Lestari 2018).

Berdasarkan data dari *World Health Organisation* (WHO) memperkirakan angka insidensi di seluruh dunia sekitar 17 juta jiwa per tahun, angka kematian akibat demam typhoid mencapai 600.000 dan 70% terjadi di Asia. Di Indonesia, penyakit ini bersifat endemik. Berdasarkan *World Health Organisation* (WHO) angka penderita demam typhoid di Indonesia mencapai 81% per 100.000 penduduk. berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2016 penderita demam typhoid yang dirawat inap di rumah sakit sebanyak 41.081 kasus dan 340 diantaranya meninggal dunia. Menurut hasil penelitian di Provinsi Sulawesi Selatan melaporkan bahwa demam typhoid melebihi 2500 per 100.000 penduduk. Proporsi demam typhoid dari 10 penyakit terbanyak pasien rawat inap di rumah sakit yaitu 7,3 % (1.451 kasus) dari (DEPKES RI, 2016 dalam Rahmasari & Lestari, 2018).

Berdasarkan data *Medical Record Operation (*MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama kurang lebih waktu 3 tahun terakhir terdapat penderita demam thypoid dengan jumlah data statistik tahun 2016 yang tercatat pada penderita demam thypoid berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 5-24 tahun dibandingkan terjadi pada kelompok umur 65 tahun ke atas. Jumlah penderita demam thypoid tahun 2016 mencapai 385 jiwa, laki-laki sebanyak 150 jiwa (40%), perempuan sebanyak 231 jiwa (60%). Tahun 2017 tercatat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan penderita demam thypoid berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 5-14 tahun dan minoritas terjadi pada kelompok umur 65 tahun ke atas, jumlah penderita demam thypoid tahun 2017 mencapai 418 jiwa. Laki-laki sebanyak 221 jiwa (44,34%), perempuan sebanyak 270 jiwa (55,65%) dan 4 jiwa yang meninggal. Pada tahun 2018 yang tercatat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar penderita demam thypoid berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 5-25 tahun dengan jumlah penderita demam thypoid tahun 2018 mencapai 553 jiwa. Laki-laki sebanyak 239 jiwa, perempuan sebanyak 314 jiwa dan 2 jiwa yang meninggal.

Kasus demam typhiod di Indonesia tersebar secara merata di seluruh propinsi dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian demam typhiod antara lain usia, status gizi, kebiasaan jajan, kebiasaan cuci tangan, pendidikan orang tua, tingkat penghasilan orang tua, pekerjaan orang tua, dan sumber air (Ramaningrum, dkk 2012). Prevalensi tertinggi demam thypoid di Indonesia terjadi pada kelompok usia 5–14 tahun. Pada usia 5–14 tahun merupakan usia anak yang kurang memperhatikan kebersihan diri dan kebiasaan jajan yang sembarangan sehingga dapat menyebabkan tertular penyakit demam typhoid. Insidensi demam typhoid khususnya banyak terjadi pada anak usia sekolah. Frekuensi sering jajan sembarangan yang tingkat kebersihannya masih kurang yang merupakan faktor penularan

penyakit demam typhoid. Bakteri *Salmonella thypi* banyak berkembang biak dalam makanan yang kurang dijaga higienitasnya (Nuruzzaman & Syahrul, 2016).

Tingginya angka kejadian demam typhoid ini memberikan konsekuensi perhatian dalam keperawatan. Peran perawat dalam hal ini diharapkan dapat memberikan tindakan berupa promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif melalui pemberian asuhan keperawatan sehingga penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini dalam Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "Asuhan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid di ruang perawatan Bernadeth IIIA Rumah Sakit Stella Maris Makassar" dengan harapan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif agar dapat mencegah komplikasi.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid di ruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid yang mencakup :

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan demam typhoid.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data dan permasalahan yang terjadi pada pasien dengan demam typhoid.
   c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan demam typhoid.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan keperawatan pada pasien demam typhoid.

e. Melaksanakan evaluasi keperawatan berdasarkan pelaksanaan tindakan pada pasien demam typhoid.
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan pada pasien demam typhoid.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat kepada berbagai pihak, seperti:

1. Bagi Rumah Sakit

   Dapat digunakan sebagai masukan bagi tenaga keperawatan serta sebagai bahan bacaan dan sumber informasi dalam pengembangan asuhan keperawatan pada pasien demam typhoid.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai sumber informasi dan acuan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kualitas penulisan karya tulis ilmiah tentang demam typhoid.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

   Menambah pengetahuan pasien dan keluarga serta dapat dijadikan pedoman dalam mengatasi dan mencegah kasus demam typhoid apabila terjadi pada pada pasien, keluarga pasien maupun masyarakat pada umumnya.

4. Bagi Mahasiswa

   Sebagai bahan masukan untuk dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan demam typhoid.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk study kasus yaitu :

1. Studi kepustakaan

   Mempelajari literatur – literatur yang berkaitan atau relevan dengan karya tulis ini, baik dari buku-buku maupun internet.

2. Studi kasus

   Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan :

   a. Observasi

      Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, keluarga serta semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

   c. Pemeriksaan fisik

      Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

   d. Diskusi

      Dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

   e. Dokumentasi

      Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini disusun secara sistematis dalam 5 bab. Bab I Pendahuluan, berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teoritis, berisi konsep dasar medis yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis dan komplikasi. Sedangkan konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflowdiagram. Bab III tinjauan kasus, berisi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan serta daftar obat yang diberikan pada pasien. Bab IV pembahasan kasus, berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup, berisi kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

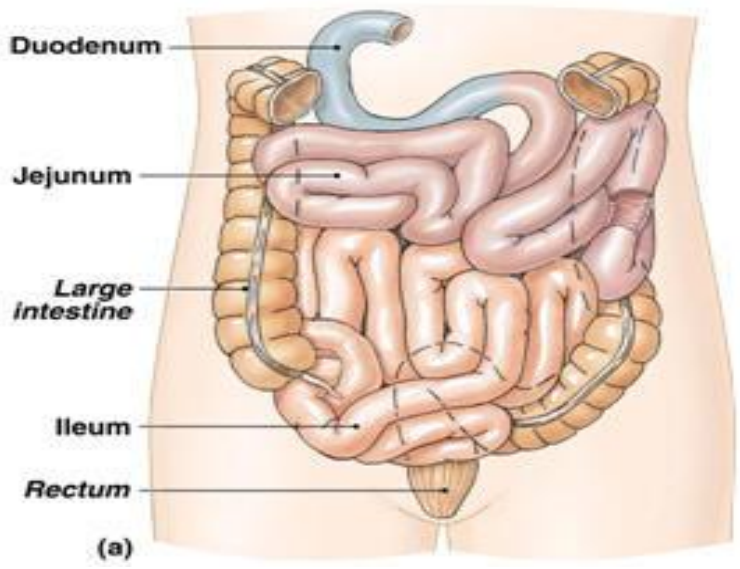
Demam typhoid (typhus abdominalis, *enteric fever*) adalah penyakit infeksi yang terjadi pada usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella Thypi* (Padila, 2013).

Demam Thypoid (typhus abdominalis, enteric fever) adalah infeksi sistemik yang disebabkan kuman Salmonella enterika, khususnya varian-varian turunannya, yaitu Salmonella Typhi, Paratyphi A, Paratyphi B, dan Paratyphi C (Ardiyansah, 2012).

Demam typhoid (Enteric fever) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran (Sodikin, 2011).

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa demam typhoid adalah penyakit infeksi sistemik akut biasanya mengenai saluran pencernaan terutama usus halus yang disebabkan oleh kuman *salmonella typhi* yang masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Sistem pencernaan

(Suratun, 2010)

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 (jejunum), 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.

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 pankreas dan *duodenal papilla*, tempat bermuaranya pankreas dan kantung empedu. Empedu berfungsi mengemulsikan lemak dengan bantuan lipase. Pankreas menghasilkan amilase yang berfungsi mencerna hidrat 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.

   b) Bagian tengah disebut jejenum (usus kosong)

      Jejenum, 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 jejunum, makanan menjadi bubur yang lumat yang encer.

   c) Bagian bawah disebut ileum (penyerapan)

      Usus penyerapan (ileum), panjangnya antara 0,75m – 3,5m terjadi penyerapan sari–sari makanan. Permukaan dinding ileum dipenuhi oleh jonjot-jonjot usus/vili. 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.

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.
   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.

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) Mikrovili 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.

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) Peptida 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 (jejenum)

      Jejenum berfungsi sebagai 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 yaitu bahwa 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.

3. Etiologi

Typhus abdominalis disebabkan oleh *Salmonella typhi (S. Typhi), salmonella paratyphi* A, B dan C. *Salmonella typhi* merupakan basil gram negatif, berflagel, dan tidak berspora, *anaerob fakultatif*, masuk dalam keluarga *enterobacteriaceae*, panjang 1-3 um, dan lebar 0,5-0,7um, berbentuk batang *single* atau berpasangan. *Salmonella* hidup dengan baik pada suhu 37^{o}c dan dapat hidup pada air steril yang beku dan dingin, air tanah, air laut dan debu selama berminggu - minggu, dapat hidup berbulan-bulan dalam telur yang terkontaminasi dan tiram beku. Penularan salmonella typhi dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu *food* (makanan), *fingers* (jari tangan/kuku), *fomitus* (muntah), *fly* (lalat), dan melalui feces (Suratun, 2010). *Salmonella typhi* lebih menyerang usia 5–14 tahun karena kurang memperhatikan kebersihan diri dan kebiasaan jajan yang sembarangan dan sistem imun tidak kuat sehingga dapat menyebabkan tertular penyakit demam typhoid. (Nuruzzaman & Syahrul, 2016).

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.

4. Patofisiologi

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. Di tempat ini komplikasi perdarahan dan

perforasi intestinal dapat terjadi. Kuman salmonella typhi kemudian menembus ke lamina propia, masuk aliran limfe dan mencapai kelenjar limfe mesenterica. Setelah melewati kelenjar-kelenjar limfe ini, salmonella typhi masuk ke aliran darah melalui ductus thoracicus. Kuman-kuman salmonella typhi lain mencapai hati melalui sirkulasi portal dari usus. Salmonella typhi 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 typhoid. Namun setelah dilakukan penelitian ternyata endotoksin yang dikeluarkan oleh salmonella typhi 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.

5. Manifestasi Klinis

Masa inkubasi demam typhoid berangsur 10-14 hari dan gejala yang timbul bervariasi :

a. Minggu I (hiperplasia plak player)
   1) Demam berangsur naik terutama sore hari dan malam hari.
   2) Nyeri kepala dan pusing
   3) Anoreksia
   4) Mual, muntah
   5) Nyeri perut
   6) 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

6. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan leukosit

Beberapa literatum menjelaskan bahwa demam typhoid terdapat leukopenia dan lemfositosis relati tetapi kenyataanya leukopenia tidaklah sering dijumpai pada kebanyakan kasus demam typhoid. 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 berguna untuk diagnosa demam typhoid.

b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) dan Serum Glutamic Pyruvic Transminase (SPGT). Pada demam typhoid seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya typhoid.

c. Uji Widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen danantibodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap salmonella terdapat dalam serum pasien dengan *typhoid* 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 t*yphoid*. Akibat infeksi

oleh *salmonella typhi*, 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 diagnosa, makin tinggi titernya makin besar kemungkinan pasien menderita demam *typhoid*.

d. Tubex Test

Tubex test 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.

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan demam typhoid terdiri dari sebagian yaitu :

a. Perawatan

Observasi dan pengobatan bagi pasien demam typhoid :

1) Tirah baring total sampai minimal tujuh hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari, bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus.
2) Mobilisasi sesuai dengan kondisi

3) Posisi tubuh harus diubah-ubah stiap 2 jam sekali untuk mencegah decubitus (luka pada kulit akibat penekanan yang teralu lama, ulkus kulit, beddrest akibat terlalu lama berbaring di tempat tidur pada satu sisi tubuh tertentu).
4) BAB dan BAK perlu diperhatikan, karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan retensi urine

b. Diet

Di masa lampau deman 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.

c. Obat-obatan

1) Chloramphenicol

Dosis untuk orang dewasa 4 x 500 mg/ hari. Peroral atau intravena sampai tujuh hari bebas demam. Pada demam typhoid turun rata-rata setelah lima hari.

2) Thiamphenicol

Dosis dan efektifitas pada demam typhoid sama dengan kloramefenikol. Pada demam typhoid turun setelah rata-rata setelah 5 – 6 hari.

3) Ampicillin dan Amoxicillin

Indikasi penggunaanya adalah pasien demam typhoid dengan leucopenia dosis yang dianjurkan berkisar antara 75–150 mg/ kg/ BB sehari. Digunakan sampai 7 hari bebas demam dengan ampisilin dan amoksilin pada demam typhoid.

4) Fivorokonium

Fivorokonium efektif untuk demam typhoid, tetapi dosis dan lama pemberian yang optimal belum diketahui dengan pasti.

5) Ceftriaxone

Ceftriaxone adalah antibiotic yang berguna untuk pengobatan sejumlah infeksi bakteri.

8. Komplikasi

Komplikasi demamtyphoid 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 kardiOvaskuler

Semua penyakit yaitu apabila toksin (bakteri, virus, jamur) yang masuk ke pembeluh darah akan menyebar semuaorgan, 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*.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

   Perubahan pola hidup yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatan.

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

   Terjadi retensi urin 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.

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

   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 menghadapi masalah atau penyakit.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

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

2. Diagnosa Keperawatan

a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
c. Nyeri akut berhubungan dengan agens-agens cedera biologis
d. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointinal
e. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan volume cairan aktif.
f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

3. Intervensi Keperawatan

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

a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

Hasil yang diharapkan : hipertermi dapat teratasi

Intervensi :

Perawatan demam

1) Pantau suhu minimal 2 jam dan tanda-tanda vital lainnya
   Rasional :suhu tubuh yang meningkat menunjukkan adanya infeksi
2) Monitor asupan dan keluaran
   Rasional : mengetahui keseimbangan cairan
3) Lakukan kompres hangat di kening, ketiak, dan lipatan paha
   Rasional : kompres hangat menyebabkan vasoditasi sehingga terjadi perpindahan panas secara evaporasi
4) Anjurkan tingkatkan intake cairan yang adekuat
   Rasional : peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan sehingga diimbangi dengan asupan cairan yang cukup
5) Anjurkan untuk banyak istirahat
   Rasional : Bedrest berperan penting selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, memelihara energi untuk penyembuhan.
6) Pertahankan pemberian terapi Intravena
   Rasional : cairan Intravena dapat menyeimbangkan pengeluaran yang adekuat

Pengaturan Suhu

1) Monitor suhu dan warna kulit dan membran mukosa dan turgor kulit
   Rasional : membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis menunjukkan status hidrasi yang buruk

2) Diskusikan pentingnya termoregulasi dan kemungkinan efek negatif dari demam yang berlebihan, sesuai kebutuhan
   Rasional : demam yang berlebihan akan meningkatkan peningkatan metabolisme
3) Berikan medikasi yang tepat
   Rasional : medikasi yang tepat mengatasi atau mengontrol suhu
4) Berikan pengobatan antipiretik, sesuai kebutuhan.
   Rasional : obat antipiretik bekerja sebagai pengatur kembali pusat pengaturan panas terutama bagian hipotalamus posterior sebagai penyimpan panas

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
   Hasil yang diharapkan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali
   Intervensi :
   1) Kaji keluhan mual, muntah, rasa pahit saat menelan yang dialami pasien
      Rasional : mengidentifikasi intervensi yang diperlukan pasien
   2) Timbang berat badan tiap 2 – 3 hari
      Rasional : menimbang berat badan tiap hari dapat diketahui apakah ada perubahan dalam pemenuhan nutrisi pasien
   3) Anjurkan kepada pasien untuk makan sedikit-sedikit tapi sering
      Rasional : dengan porsi yang kecil dapat menghindari mual dan muntah
   4) Kaji cara / bagaimana makan dihidangkan
      Rasional : cara menghidangkan dapat mempengaruhi nafsu makan pasien
   5) Beri makan yang mudah ditelan seperti bubur

Rasional : mengurangi kelelahan pasien, danmeningkatkan asupan makanan

6) Anjurkan kepada pasien untuk tidak mengonsumsi makanan yang merangsang muntah
   Rasional : makanan yang merangsang muntah dapat menurunkan nafsu makan pasien
7) Berikan obat-obat antiemetik sesuai program dokter
   Rasional : antiemetik membantu mengurangi rasa mual dan muntah dan diharapkan intake nutrisi pasien dapat meningkat

c. Nyeri akut berhubungan dengan agens-agens cedera biologis
   Hasil yang diharapkan : nyeri akut dapat teratasi
   Intervensi :
   1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif
      Rasional : membantu diagnosa dini agar dapat membantu tindakan selanjutnya
   2) Observasi tanda-tanda vita
      Rasional : perubahan tanda-tanda vital terutama nadi dapat menggambarkan adanya ansietas dan menentukan intensitas nyeri
   3) Mengajarkan teknik relaksasi
      Rasional : teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri
   4) Anjurkan pasien istirahat yang cukup dan kurangi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri
      Rasional : istirahat yang cukup dapat mengurangi nyeri
   5) Kaloborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik
      Rasional : obat analgetik dapat menghambat pusat nyeri sehingga rasa nyaman dapat ditingkatkan

d. Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas traktus gastrointinal

   Hasil yangdiharapkan : kebutuhan dapat teratasi

   Intervensi :

   1) Monitor bising usus

      Rasional : bising usus menandakan sifat aktivitas peristaltik

   2) Dukung peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

      Rasional : masukan cairan akan adekuat membantu mempertahankan konsistensi feses yang sesuai pada usus dan membantu eliminasi reguller

   3) Ajarkan pada pasien atau keluarga pada diet penderita tipoid, dengan cara yang tepat.

      Rasional : diet seimbang merangsang peristaltik dan eliminasi reguller

   4) Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi

      Rasional : pasien dan keluarga akan mengerti tentang penyebab konstipasi

   5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian pelunak feses

      Rasional : pelunak feses meningkatkan efisiensi air usus yang melunakan massa feses dan membantu eliminasi

e. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif

   Hasil yang diharapkan : kebutuhan volume cairan dapat terpenuhi kembali

   Intervensi :

   1) Kaji tingkat dehidrasi (keadaan umum turgor kulit)

      Rasional :mengetahui tingkat dehidrasi yang dialami pasien (ringan, sedang atau berat).

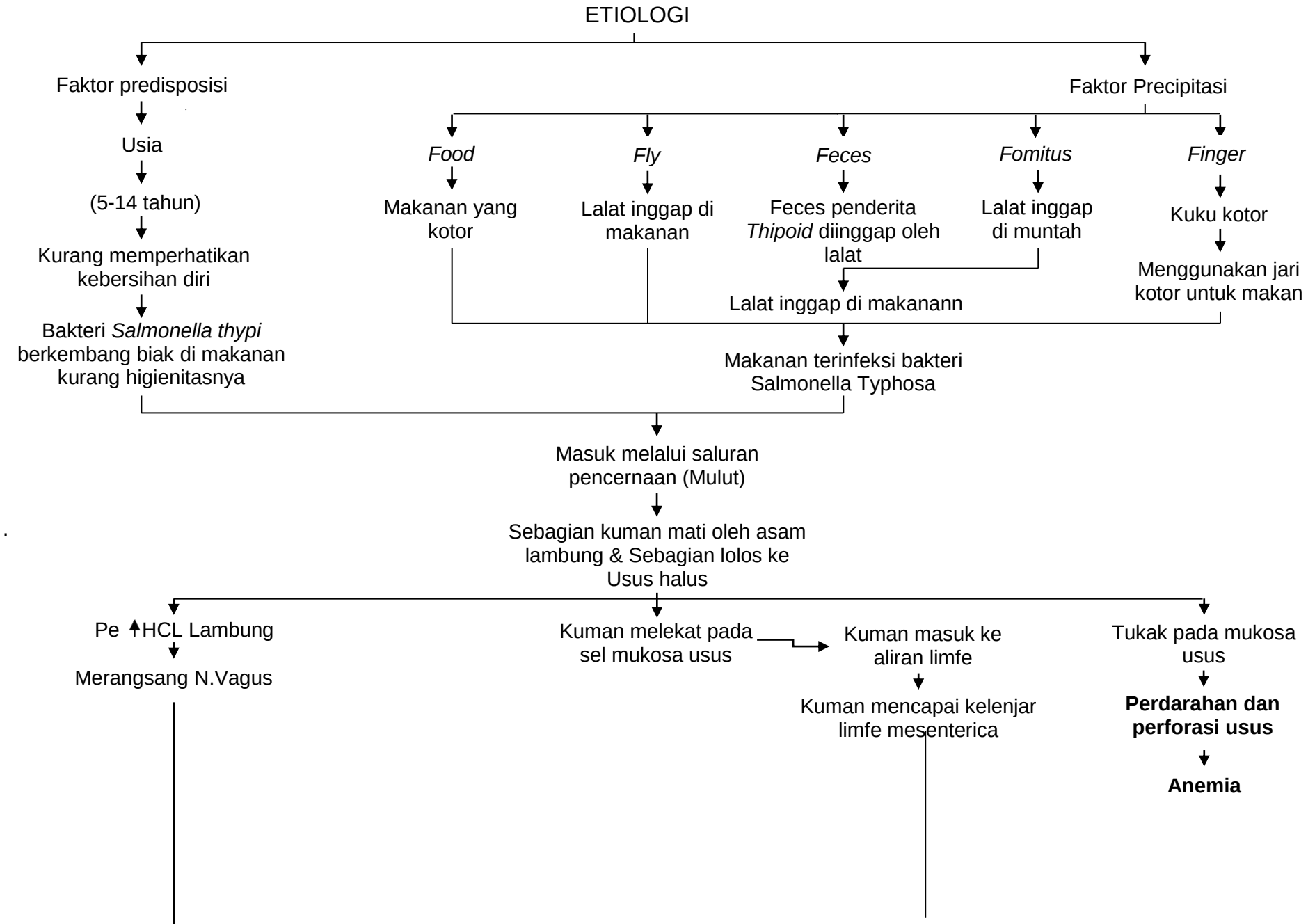
2) Monitor keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital
   Rasional : menetapkan data dasar pasien untuk mengetahui tindakan yang sesuai dengan kebutuhan pasien
3) Monitor dan catat masukan dan pengeluaran
   Rasional : mengetahui keseimbangan cairan dan sebagai indikasi untuk intervensi selanjutnya
4) Beri minum sedikit-sedikit tetapi sering sesuai dengan kebutuhan pasien
   Rasional : dengan minum sedikit-sedikit tetapi sering sesuai dengan kebutuhan pasien sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh
5) Kolaborasi dengan dokter selama pemberian cairan intravena
   Rasional : Cairan Intravena menyeimbangkan pengeluaran yang adekuat

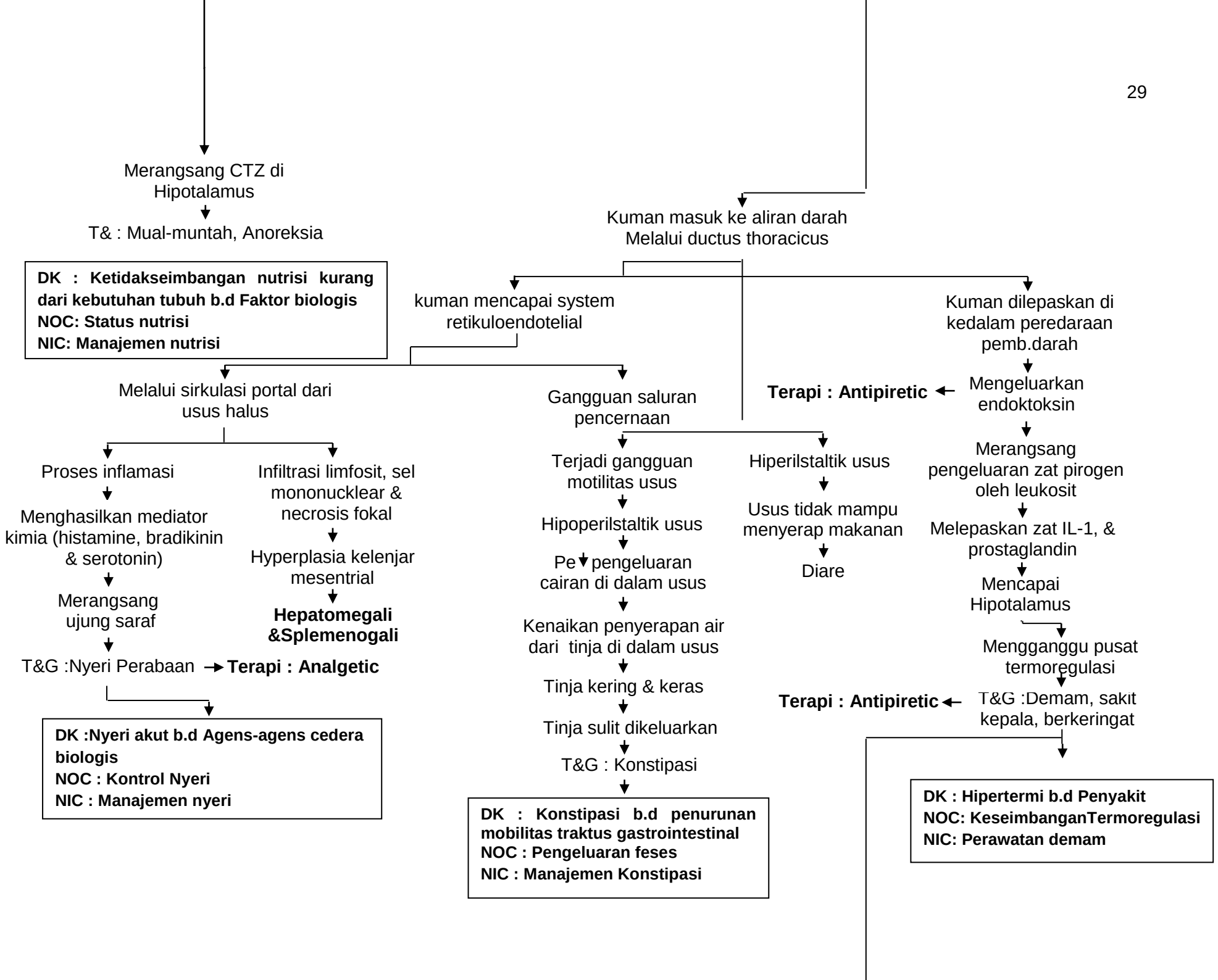
f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
   Hasil yang diharapkan : dapat menunjukan perawatan diri
   Intervensi :
   1) Monitor kemampuan diri pasien secara mandiri
      Rasional : merencanakan kebutuhan secara mandiri
   2) Monitor kebutuhan pasien terkait alat-alat kebersihan diri
      Rasional : membantu dalam mengantisipasi mengenai personal *hygiene* yang kotor
   3) Dukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien
      Rasional : dukungan keluarga memberikan semangat
   4) Berikan motivasi kepada pasien dan bantu sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri
      Rasional : meningkatkan harga diri dan semangat berusaha terus menerus

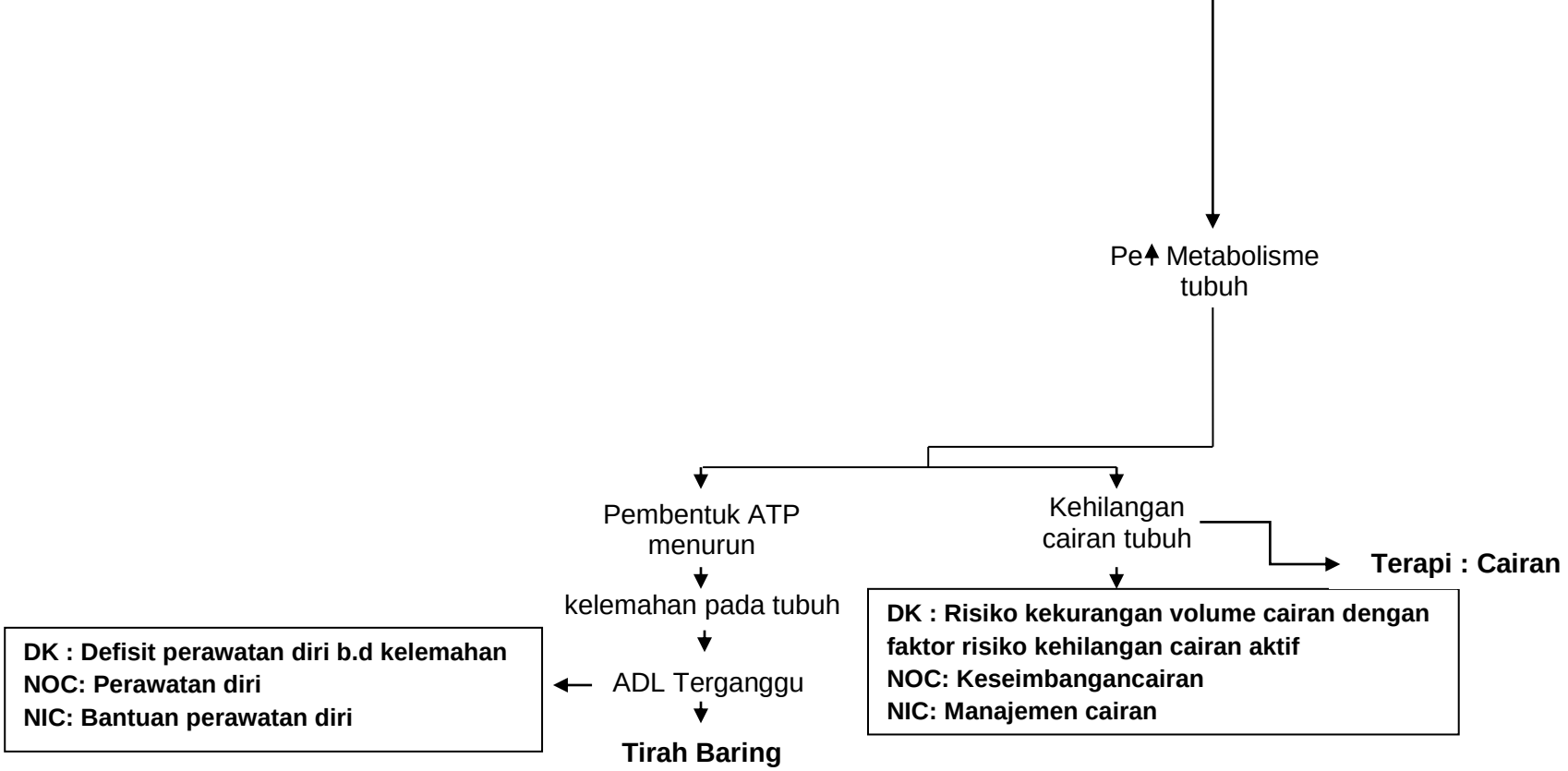
4. *Discharge Planing*

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

1) Berikan informasi tentang kebutuhan melakukan aktivitas sesuai dengan tingkat perkembangan dan kondisi fisik pasien.
2) Tekankan pentingnya menjaga kesehatan diri dan sanitasi lingkungan.
3) Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan makanan dan tidak membiasakan diri untuk jajan sembarangan.
4) Jelaskan kepada keluarga bahwa pasien membutuhkan istirahat yang cukup.
5) Jelaskan terapi yang diberikan, dosis serta efek samping.


ETIOLOGI
Faktor predisposisi
Usia
(5-14 tahun)
Kurang memperhatikan kebersihan diri
Bakteri *Salmonella thypi* berkembang biak di makanan kurang higienitasnya
Faktor Precipitasi
Food
Makanan yang kotor
Fly
Lalat inggap di makanan
Feces
Feces penderita *Thipoid* diinggap oleh lalat
Fomitus
Lalat inggap di muntah
Lalat inggap di makanann
Finger
Kuku kotor
Menggunakan jari kotor untuk makan
Makanan terinfeksi bakteri Salmonella Typhosa
Masuk melalui saluran pencernaan (Mulut)
Sebagian kuman mati oleh asam lambung & Sebagian lolos ke Usus halus
Pe ↑HCL Lambung
Merangsang N.Vagus
Kuman melekat pada sel mukosa usus
Kuman masuk ke aliran limfe
Kuman mencapai kelenjar limfe mesenterica
Tukak pada mukosa usus
Perdarahan dan perforasi usus
Anemia


Merangsang CTZ di Hipotalamus
T& : Mual-muntah, Anoreksia
DK : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Faktor biologis
NOC: Status nutrisi
NIC: Manajemen nutrisi
Kuman masuk ke aliran darah Melalui ductus thoracicus
kuman mencapai system retikuloendotelial
Kuman dilepaskan di kedalam peredaraan pemb.darah
Terapi : Antipiretic
Mengeluarkan endoktoksin
Merangsang pengeluaran zat pirogen oleh leukosit
Melepaskan zat IL-1, & prostaglandin
Mencapai Hipotalamus
Mengganggu pusat termoregulasi
Terapi : Antipiretic
T&G :Demam, sakit kepala, berkeringat
DK : Hipertermi b.d Penyakit
NOC: KeseimbanganTermoregulasi
NIC: Perawatan demam
Melalui sirkulasi portal dari usus halus
Proses inflamasi
Menghasilkan mediator kimia (histamine, bradikinin & serotonin)
Merangsang ujung saraf
T&G :Nyeri Perabaan
Terapi : Analgetic
Infiltrasi limfosit, sel mononucklear & necrosis fokal
Hyperplasia kelenjar mesentrial
Hepatomegali &Splemenogali
DK :Nyeri akut b.d Agens-agens cedera biologis
NOC : Kontrol Nyeri
NIC : Manajemen nyeri
Gangguan saluran pencernaan
Terjadi gangguan motilitas usus
Hipoperilstaltik usus
Pe pengeluaran cairan di dalam usus
Kenaikan penyerapan air dari tinja di dalam usus
Tinja kering & keras
Tinja sulit dikeluarkan
T&G : Konstipasi
Hiperilstaltik usus
Usus tidak mampu menyerap makanan
Diare
DK : Konstipasi b.d penurunan mobilitas traktus gastrointestinal
NOC : Pengeluaran feses
NIC : Manajemen Konstipasi


Pe↑ Metabolisme tubuh
Pembentuk ATP menurun
kelemahan pada tubuh
ADL Terganggu
Tirah Baring
DK : Defisit perawatan diri b.d kelemahan
NOC: Perawatan diri
NIC: Bantuan perawatan diri
Kehilangan cairan tubuh
Terapi : Cairan
DK : Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif
NOC: Keseimbangancairan
NIC: Manajemen cairan

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Nn ”R” usia 18 tahun, masuk rumah sakit pada tanggal 24 Februari 2019 dirawat di ruang St. Bernadeth IIIA Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan diagnosis saat masuk Susp demam thypoid dan saat pengkajian demam thypoid dengan keluhan utama : Demam ± 3 hari. Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan lemah, pasien teraba panas dan tampak kulit berwarna sedikit kemerahan, sakit kepala, keringat dingin, tampak mukosa bibir kering, sering kehausan, kehilangan nafsu makan, lidah berwarna putih, serta susah BAB sejak 4 hari lalu. Tampak pasien sakit sedang terpasang infus RL 28 tetes/menit pada tangan kiri. Adapun hasil observasi pada saat pengkajian didapatkan TD: 110/80 mmHg, S: 38.4°C, N: 98x/menit, P: 22x/menit.

Pemeriksaan diagnostic pada tanggal 24 Februari yaitu didapatkan hasil : WBC 3.40^^{3}/uL, HCT 36,9%, LYMPH 0,80%, dan dilakukan pemeriksaan anti salmonella thyphi lgM positif (+++3). Terapi obat yang diberikan yaitu santagesic 1gr/IV, cefoperazone 1 gr/IV, dexamethasone 5mg/ IV.

Berdasarkan data pengkajian maka penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yaitu hipertermia berbungan dengan penyakit, konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal dan defesit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

A. Pengkajian Keperawatan

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji :	Natalia Deslawati NIM : E1614401028 Nike Borotoding NIM : E1614401029

Unit : Bernadeth III A Autounamnese : √

Kamar : 353 [2] Allonamnese : √

Tanggal Masuk RS : 24 Februari 2019

Tanggal Pengkajian : 25 Februari 2019

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama (inisial)	: Nn “R”
Umur	: 18 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Belum menikah
Jumlah anak	: Tidak ada
Agama/suku	: Kristen Protestan / Toraja
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: Sementara S1
Pekerjaan	: Mahasiswi
Alamat rumah	: Makassar

b. Penanggung Jawab

Nama	: Ny “R”
Umur	: 47 Tahun
Alamat	: BTN Pesona Alam Mas Blok A
Hubungan dengan pasien	: Ibu kandung

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk	: Susp Demam *Thypoid*
Saat pengkajian	: Demam *Thypoid*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ~~Ringan~~/sedang/~~berat/tidak tampak sakit~~.

Alasan : Pasien tampak berbaring lemah ditempat tidur dengan posisi terlentang, tampak terpasang infus RL 300cc dengan jumlah tetesan 20 tetes / menit ditangan sebelah kiri.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : composmentis

Skala koma glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4 +

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien dalam kesadaran penuh

2) Tekanan darah :110/80 mmHg

3) Map :90mmHg

Kesimpulan :perfusi Ginjal memadai

4) Suhu :38.4^{0}C

Lokasi : [—] Oral [—] Rectal [√] Axila

5) Pernapasan : 20x/menit

Irama : [√] Teratur [—] Bradipnea [—] Takipnea [—] Kusmaul [—] C*heynes- stokes*

Jenis : [—] dada [√] perut

6) Nadi : 98x/menit.

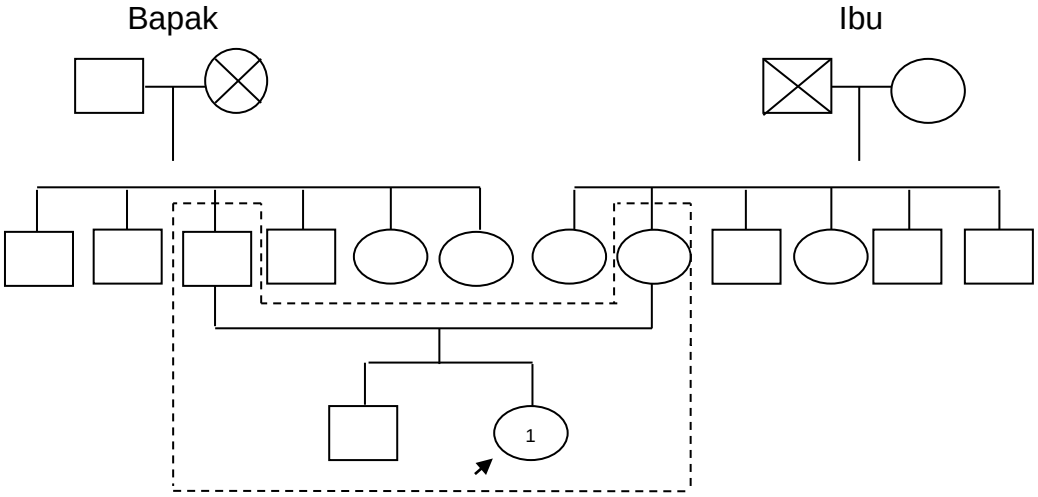
Irama : [√] Teratur [—] Bradikardi [—] Takikardi [√] Kuat [—] Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkaran lengan atas : 23 cm
2) Tinggi badan : 153 cm
3) Berat badan : 44 cm
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 18,8 kg/m^2

Kesimpulan : Berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal bersama

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan merupakan prioritas dalam kehidupan, namun ia mengatakan jika mengalami keluhan seperti demam, sakit kepala ia hanya mengonsumsi air putih

hangat dan membeli obat di Apotik tanpa resep dokter dan jika keluhannya semakin memberat ia memeriksakan diri ke rumah sakit. Pasien megatakan kurang memperhatikan pola makanannya. Ia sering jajan makanan seperti gorengan, bakso, pentolan di pinggir jalan.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama : Demam
   b) Riwayat keluhan utama :

      Pasien mengatakan demam sejak ± 3 hari sebelum masuk rumah sakit, demamnya naik turun dan muncul pada sore hingga menjelang malam hari. Pada hari Minggu pagi, 24 Februari 2019 pasien merasakan demamnya semakin memberat dengan suhu tubuh 38.8°C, keluhan lain yang dirasakan yaitu sakit kepala, keringat dingin, dan kehilangan nafsu makan dan tidak dapat BAB ± 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan tindakan yang dilakukan untuk mengatasi demamnya yaitu ia melakukan kompres hangat namun demannya tidak turun sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke IGD RS Stella Maris Makassar. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan mengalami demam yang naik turun, sakit kepala, penuruan nafsu makan, tidak dapat BAB sejak 4 hari lalu dan pasien mengatakan sering merasakan haus. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan sebagian aktifitasnya dibantu oleh keluarga. Tampak lidah berwarna putih, tampak pasien berkeringat, membran mukosa kering, suhu 38.4°C.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

   Keluarga pasien mengatakan ± 10 tahun yang lalu pasien pernah dirawat dengan penyakit yang sama.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

   Ibu pasien mengatakan ia mengalami penyakit maag, dan ia mengatakan dalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit keturunan.

5) Pemeriksaan fisik:

   a) Kesehatan rambut : tampak rambut lembap
   b) Kebersihan kulit kepala : tampak bersih dan tidak berketombe.
   c) Kebersihan kulit : tampak bersih dan tidak ada lesi
   d) Higiene rongga mulut : tampak kotor.
   e) Kebersihan genetalia : tidak dikaji
   f) Kebersihan anus : tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

   Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu makan nasi, ikan, sayur dan juga sering mengonsumsi daging ayam. Pasien mengatakan nafsu makannya baik dan tidak diet atau pantangan terhadap makanan. Ia mengatakan biasanya dalam sehari dapat menghabiskan air putih sebanyak ± 7-8 gelas/hari (±1500cc).

2) Keadaan sejak sakit:

   Pasien mengatakan makanan terasa pahit saat di santap. Sehingga ia mengalami penuruan nafsu makan. Dalam sehari ia makan 3x sehari dan hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan dengan menu bubur, sayur dan ikan dan meminum air putih ± 6-8 gelas/hari (±1500cc).

3) Observasi

   Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan.

4) Pemeriksaan fisik
   a) Keadaan rambut : Tampak rambut bersih
   b) Hidrasi kulit : CRT kembali dalam <3 detik.
   c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema, dan tidak tampak anemis.
   d) Sclera : Tampak tidak ikterik
   e) Hidung : Tampak bersih dan septum berada ditengah.
   f) Rongga mulut : Tampak kotor
   g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
   h) Gigi : Tampak tidak ada caries pada gigi
   i) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu mengunyah keras.
   j) Lidah : Tampak berwarna putih
   k) Pharing : Tidak ada peradangan
   l) Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran
   m) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
   n) Abdomen :
      - Inspeksi : Tampak datar
      - Auskultasi : Peristaltik usus 3x/menit
      - Palpasi : Tidak teraba adanya nyeri tekan
      - Perkusi : Terdengar bunyi timpani
   o) Kulit:
      - Edema : [—] positif [√] negatif
      - Icterik [—] positif [√] negatif
      - Tanda-tanda radang : tidak ada
   p) Lesi : tidak tampak adanya lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar ± 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK ± 4-5 kali sehari berwarna kuning dan berbau khas amoniak. Pasien juga mengatakan tidak ada kesulitan dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB tidak teratur, pasien mengatakan ia belum pernah BAB selama 4 hari terakhir. Pasien juga mengatakan BAK ± 2-3 kali sehari, berwarna kuning pekak dan berbau amoniak.

3) Observasi

Tampak urine berwarna kuning jernih dan berbau amoniak.

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 3 x/menit
b) palpasi kandung kemih : [—] penuh [√] kosong
c) nyeri ketuk ginjal : [—] positif [√] negatif
d) Mulut uretra : tidak dikaji
e) Anus :
- Peradangan : tidak dikaji
- Hemoroid : tidak dikaji
- Fistula : tidak dikaji

d. Pola Aktifitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia adalah seorang mahasiswi yang memiliki aktivitas belajar dari pagi sampai sore hari di kampus. Pasien mengatakan jarang melakukan aktivitas olahraga karena mengalami kesibukan dalam kuliah dan tugas di asrama seperti doa malam dan kegiatan nyanyi

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan sebagian aktifitas kebutuhannya dibantu oleh keluargannya. Pasien mengatakan dianjurkan tidak melakukan aktifitas yang berat selama masa perawatan di Rumah Sakit atau dianjurkan bedrest.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler Tampak kebutuhan pasien sebagian dibantu oleh keluarga

a) Aktifitas harian :

- Makan :0
- Mandi :2
- Pakaian :2
- Kerapian :0
- Buang air besar :0
- Buang air kecil : 0
- 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 : tampak tegap

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) JVP : 5-2 cmH_20

Kesimpulan : pemompaan jantung memadai

b) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik

c) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi :

Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : tidak ada

Sianosis : tampak tidak sianosis

Stridor : tidak ada

- Palpasi :

Vocal premitus : getaran paru kiri dan kanan sama.

Krepitasi : tidak ada

Perkusi : [√] Sonor [—] Redup [—] Pekak

Lokasi : Thorax

- Aukultasi :

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Getaran kiri dan kanan sama

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

d) Jantung

- Inspeksi :

Ictus cordis : tidak tampak

- Palapasi :

Ictus cordis : teraba pada ICS V mid clavikularis sinistra.

- Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis kiri

Batas bawa jantung : ICS V linea mid clavukularis sinistra.

Batas kanan jantung :ICS II linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS V linea mid clavicularis sinistra.

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : tunggal ICS II linea sternalis dextra.

Bunyi jantung II P : tunggal ICS III linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I T : tunggal ICS IV linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I M : tunggal ICS V linea mid Clavukularis sinistra.

Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar

Murmur : tidak terdengar

HR : 98x/menit

Bruit Aorta : tidak ada

A. Renalis : tidak ada

A. Femoral : tidak ada

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : [—] positif [√] negatif
- Rentang gerak : terbatas pada lengan kiri karena terpasang infus

Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tidak ada

Paralisis : tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

- Refleks fisiologi : positif (tricep,bicep, dan patella)
- Refleks patologi : negatif

Babinski :

Kiri : [—] positif [√] negatif

Kanan : [—] positif [√] negatif

- Clubing jari- jari : tidak ada
- Varises tungkai : tidak ada

f) Columna vetebralis :

- Inspeksi

  Bentuk : [—] lordosis [—] kiposis
  [—] Scoliosis

- Palpasi :

  Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan

  N.III – IV – VI : pasien mampu menggerakan Bola mata ke segala arah, pupil Mengecil saat diberikan reflex cahaya

  N.VIII Romberg Test : pasien mampu berdiri tegak

  N.XI : pasien mampu mengangkat bahu

- Kaku kuduk : tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur malamnya biasanya mulai dari pukul 12.00-04.00. ia mengatakan bangun lebih awal karena mengikuti kegiatan asrama seperti doa. Pasien suka tidur dengan suasana gelap dan sejuk. ia mengatakan jarang beristirahat pada siang hari karena memiliki aktiftas kuliah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan tidurnya karena dianjurkan untuk banyak beristirahat. Pasien menghabiskan waktu tidur malam ±6-7 jam dan biasanya tidur pada pukul 23.00-06:00 dan istirahat siang ± 2 jam.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : [—] positif [√] negatif

Banyak menguap : [—] positif [√] negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : [—] positif [√] negatif

f. Pola Persepsi Kognitif dan Sensori

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran. Pasien juga mengatakan penciuman dan pendengarannya serta daya ingatnya masih berfungsi dengan baik. Ia masih mampu mengingat semua kejadian yang dialaminya dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran. Pasien juga mengatakan penciuman dan pendengaran serta daya ingatnya masih berfungsi dengan baik.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan :

- Kornea : tampak jernih
- Pupil : tampak isokor
- Lensa mata : tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Tekanan mata kiri dan kanan sama

b) Pendengaran

- Pina : tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis : tampak bersih

- Membran timpani : tampak utuh dan memantulkan cahaya politser

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Pasien mampu merasakan sentuhan pada lengan dan tungkai

d) N.I : pasien dapat menghidu dan dapat mengenal bau

e) N.II : pasien dapat membaca papan nama dengan Font ± 12

f) N.VII : pasien dapat mengerutkan dahi

g) N.V : pasien dapat merasakan sentuhan kapas di wajah

h) N.VII Sensori : pasien dapat tersenyum dan mengerutkan dahi.

i) N.VIII : pasien dapat mendengarkan gesekan jari ditelinga

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan bahwa dia anak pertama dari dua bersaudara. Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah orang yang biasa-biasa saja, terbuka kepada keluarga dan teman-temannya, tidak pemalu dan mudah bergaul.

2) Keadaan sejak sakit :
Pasien mengatakan sudah sangat merepotkan keluarganya karena penyakit yang dideritanya. Pasien mengatakan bersyukur karena keluarganya selalu memberi dukungan dan berharap agar cepat sembuh.

3) Observasi :
   a) Kontak mata : tampak pasien dapat mempertahankan kontak mata
   b) Rentang perhatian : penuh
   c) Suara dan cara bicara : jelas dan lancar
4) Pemeriksaan fisik :
   a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
   b) Bentuk / postur tubuh : tampak tegap
   c) Kulit : tidak ada lesi pada kulit

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama
   1) Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan hidup dilingkungan asrama dan perannya diasrama yaitu sebagai anggota asrama. Pasien mengatakan hubungannya dengan teman-temannya serta petugas asrama baik – baik saja dan kampus pasien akrab dengan siapa saja, pasien tidak pernah memilih-milih teman dalam bergaul.
   2) Keadaan sejak sakit :
      Pasien mengatakan didampingi oleh ibunya selama perawatan di Rumah Sakit dan teman-teman kampusnya datang menjenguk.
   3) Observasi :
      Tampak pasien dijenguk oleh keluarga dan teman-temannya

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas
   1) Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan umurnya masih 18 tahun dan belum menikah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan belum menikah dan belum terlalu mengerti dengan reproduksi meski sudah pernah belajar di kampus.

3) Observasi :

Tidak tampak adanya kelainan

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sibuk dengan urusan di kampus dan apabila pasien mengalami masalah dan tugas menumpuk biasanya ia mendengar music dan bercerita dengan teman sesama kamar di asrama.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa khawatir dengan penyakit yang dideritanya karena akan mengganggu kehadiran pada aktiftas kuliah di kampus.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah dan bertanya kapan ia akan keluar dari Rumah sakit.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia menganut agama Kristen protestan. Pasien mengatakan rutin mengikuti doa pagi dan doa malam yang diadakan diasrama dan pada hari minggu ke gereja untuk misa.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan ia tidak pernah mengikuti kegiatan doa di asrama selama masa perawatan di Rumah Sakit. Namun pasien mengatakan ia selalu berdoa untuk proses penyembuhannya melalui terapi dan perawatan di Rumah Sakit.

3) Observasi :

   Tampak ada Alkitab dekat tempat tidur pasien.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Lab (tanggal 24-02-2019)

Parameter	Result	Flags	Satuan	Reference Ranges
WBC	3.40	L	10''3/$_{UL}$	4.8 – 10.2
RBC	4,61		10'' 6 $_{UL}$	4.0 – 5.5
HGB	12,6		9/dl	12.2 – 16.2
HCT	36,9	L	%	37.7 - 47.9
MCV	80,0		fL	80 – 97.0
MCH	27,3		pg	26.0-31.0
MCHC	34,1		g/dl	31.8- 35.4
PLT	202		10''3/ul	130.0 - 400.0
RDW	12,4		fl	11,5 - 14.5
PDW	10,0		fl	9.0 - 13.0
MPV	8,7		fl	7.2 - 11.1
P-LRC	14,7	L	%	15.0 -25.0
LYMPH	22,2		%	10 - 50
MXD	11,0		%	1 - 20
NEUT	66,8		%	37 – 80
LYMPH#	0,80	L	10"3/ ul	1 - 3.7
MXD#	0,4		10"3/ul	0 – 1,2
NEUT#	2,20		10"3/ul	1.5 – 7

b. Tanggal 24-02-2019, pemeriksaan hasil laboratorium

Anti salmonella thyphi lgM positif (+++3)

6. Terapi Obat dan Cairan

a. Infuse RL 500 ml dengan jumlah tetesan 24 tetesan / menit

b. Nama obat : Santagesik

1) Klasifikasi/golongan obat : Analgetik dan antipiretik
2) Dosis umum : 0.5 – 4 gr.
3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan:1 gr/IV
4) Cara pemberian obat : Intra Vena
5) Mekanisme keja dan fungsi obat:
   Santagesik berfungsi untuk mengurangi rasa sakit dan menurunkan panas.
6) Alasan pemberian obat :
   Pemberian obat santagesik di berikan kepada pasien untuk menurunkan dan menekan kerja histamin kerja pada hipotalamus sehingga menurunkan demam
7) Kontraindikasi:
   Penggunaan pada ibu hamil, penderita kerusakan ginjal / hatii dan ibu yang sedang menyusui
8) Efek samping:
   Pusing, mual muntah, sakit maag, anemia dan hipotensi

c. Nama obat: Dexamethasone

1) Klasifikasi/golongan obat : kortikosteroid
2) Dosis umum : 1-4 gr
3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan:1 gr/IV
4) Cara pemberian obat : Intra Vena
5) Mekanisme keja dan fungsi obat:
   Dexamethasone bekerja dengan cara menekan atau mencegah respon jaringan terhadap proses inlamasi dan menghambat akumulasi sel yang mengalami inlamsai.
6) Alasan pemberian obat:
   Mengatasi perdangan yang disebabkan oleh bakteri salmonella thypi

7) Kontraindikasi:

Memilikih penyakit TBC, memilikih penyakit infekasi yang sifatnya akut, penyakit herpes mata, penyakit tukak lambung, ibu hamil, osteoporosis

8) Efek samping:

Badan terasa lelah atau lemas, gangguan pola tidur, sakit kepala, vertigo, keringat dingin, mudah haus, sering buang air kecil, nyeri otot, nyeri pada sendi atau tulang, sakit perut atau terasa kembung, rentan terhadap infeksi

d. Nama obat : Cefoperazone

1) Klasifikasi / golongan obat : antibiotik
2) Dosis umum : 1-4 gram per hari
3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan:1gr/12 jam/Iv
4) Cara pemberian obat: Intra Vena
5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:
6) Alasan pemberian obat:
7) Mengobati infeksi akibat bakteri salmonela thypi
8) Kontraindikasi:
9) Hipersensitifitas terhadap penisilin
10) Efek samping:

Batuk, sesak nafas, demam, menggigil, badan terasa lemah dan lelah, mual, urine berwarna gelap, kesulitan menelan, detak jantung cepat.

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

Natalia & Nike

B. Analisa Data

Nama / umur : Nn.”R” / 18 tahun

Kamar / ruangan: 353^2 / Bernadeth IIIA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: ▪ Pasien mengatakan demam ± 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit ▪ Pasien mengatakan demamnya naik turun dan muncul pada sore hingga malam hari ▪ Pasien mengatakan sakit kepala ▪ Pasien mengatakan sering merasakan haus DO: ▪ Tampak keadaan umum pasien lemah ▪ Tampak pasien berkeringat ▪ Tampak membran mukosa kering ▪ Tampak warna kulit pasien sedikit kemerahan ▪ Badan pasien teraba panas ▪ Observasi tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg N : 98 ×/ menit S : 38.4°C P : 22 ×/ menit ▪ Hasil Laboratorium : - Anti SalmonellaThphi IgM : Positif (+++3) - WBC : 3.40 10^3/uL	Penyakit	Hipertermi
2	DS ▪ Pasien mengatakan tidak pernah BAB selama 4 hari ▪ Pasien mengatakan kehilangan nafsu makan	Penurunan motilitas traktus gastrointestinal	Konstipasi

	DO: ▪ Keadaan umum pasien tampak lemah ▪ Bising usus : 3x/m ▪ Hasil Laboratorium : Anti SalmonellaThphi IgM : Positif (+++3)		
3	DS ▪ Pasien mengatakan badannya terasa lemas ▪ Pasien mengatakan dianjurkan oleh dokter untuk tingkatkan istirahat dan kurangi aktifitas ▪ Pasien mengatakan aktivitas dan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat DO: ▪ Keadaan umum pasien tampak lemah ▪ Tampak pasien terbaring di tempat tidur ▪ Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	Kelemahan	Defisit Perawatan diri (Mandi dan Berpakaian)

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur : Nn.”R” / 18 tahun

Kamar / ruangan: 353^2 / Bernadeth IIIA

No	Diagnosa Keperawatan
1	Hipertermi b/d Penyakit
2	Konstipasi b/d Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
3	Defesit perawatan diri (mandi dan berpakaian) b/d Kelemahan

C. Rencana Keperawatan

Nama / Umur : Nn “R” / 18 Tahun
Ruang / Kamar : Bernardeth III A / 353[2]

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN (NOC)	RENCANA KEPERAWATAN (NIC) (Meliputi : Tindakan keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter)
1	Hipertermia b.d Penyakit yang ditandai dengan : DS: ▪ Pasien mengatakan demam ± 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit ▪ Pasien mengatakan demannya naik turun dan muncul pada sore hingga malam hari ▪ Pasien mengatakan sakit kepala ▪ Pasien mengatakan sering merasakan haus	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien dapat menunjukkan keseimbangan termoregulasi dengan kriteria hasil : ▪ Hipertermia dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditigkatkan ke sakla 4 (ringan) ▪ Melaporkan kenyamanan suhu di tingkatkan ke skala 2 (banyak terganggu) di pertahankan pada skala 4 (sedikit terganggu) ▪ Dehidrasi dipertahankan pada	Perawatan demam 1. Pantau suhu 2 minimal jam dan tanda-tanda vital lainnya 2. Monitor warna kulit 3. Monitor asupan dan keluaran 4. Lakukan kompres hangat dikening, ketiak, dan lipatan paha 5. Anjurkan tingkatkan intake cairan yang adekuat 6. Anjurkan untuk banyak istirahat 7. Pertahankan pemberian terapi Intravena 8. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik dan antibiotik

	DO: ▪ Tampak keadaan umum pasien lemah ▪ Tampak pasien berkeringat ▪ Tampak warna kulit pasien kemerahan ▪ Tampak membrane mukosa kering ▪ Lidah tampak putih (kotor) ▪ Badan pasien teraba panas ▪ Observasi tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg N : 98 ×/menit S : 38.4°C P : 22 ×/menit ▪ Hasil Laboratorium : - Anti Salmonella Thphi IgM : Positif (+++3) - WBC : 3.40 10^3/uL	skala 3 (sedang) ditigkatkan ke skala 5 (ringan) ▪ Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditigkatkan ke sakla 5 (ringan)	
2	Konstipasi b.d penurunann motilitas traktus gastrointestinal yang ditandai dengan :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien dapat menunjukkan pengeluaran feses	Manajemen konstipasi 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Evaluasi catatan asupan yang

	DS ▪ Pasien mengatakan tidak pernah BAB selama 4 hari ▪ Pasien mengatakan perutnya teraba keras ▪ Pasien mengatakan selalu mengejan pada saat BAB ▪ Pasien mengatakan kehilangan nafsu makan DO: ▪ Keadaan umum pasien tampak lemah ▪ Bising usus : 3x/m ▪ Tampak distensi abdomen ▪ Hasil Laboratorium : - Anti Salmonella Thphi IgM : Positif (+++3)	dengan kriteria hasil : ▪ Pola eliminasidipertahankanpada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) ▪ KemudahanBAB dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) ▪ Suara bising usus dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) ▪ Memilih makanan dan cairan yang sesuai dengan diet yang ditentukan dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjakan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukan)	telah dikonsumsi 4. Evaluasi jenis pengobatan yang memiliki efek samping pada gastrointestinal 5. Dukung peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi, 6. Ajarkan pada pasien atau keluarga pada diet penderita tipoid, dengan cara yang tepat.
3	Defesit perawatan diri b.d kelemahan fisik yang ditandai dengan : DS ▪ Pasien mengatakan badannya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien dapat menunjukkan perawatan diri dengan kriteria hasil : ▪ Mempertahankan kebersihan tubuh	Bantuan perawatan diri 1. Monitor kemampuan diri pasien secara mandiri 2. Monitor kebutuhan pasien terkait alat-alat kebersihan diri 3. Fasilitasi pasien untuk mandi, menggosok gigi, berpakaian

	terasa lemas ▪ Pasien mengatakan dianjurkan oleh dokter untuk tingkatkan istirahat dan kurangi aktifitas ▪ Pasien mengatakan aktivitas dan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat DO: ▪ Keadaan umum pasien tampak lemah ▪ Tampak pasien terbaring ditempat tidur ▪ Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (sedikit terganggu) ▪ Mempertahankan penampilan yang rapi dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (sedikit terganggu) ▪ Memperhatikan kuku jari tangan dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (sedikit terganggu)	dengan tepat 4. Jaga privasi pasien saat bantuan perawatan diri mandi dan berpakaian 5. Dukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien 6. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/Umur : Nn “R” / 18 tahun

Ruang/kamar : Bernardeth III A / 353[2]

Hari / Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
Selasa 26/02/2019	I	07:45	▪ Memantau suhu minimal 2 jam dan warna kulit Hasil : 38.4^{o}c Tampak kulit sedikit kemerahan	Nike dan Natalia
	I	08:00	▪ Melakukan kompres hangat Hasil : Kompres hangat diberikan di area dahi	Natalia
	I	08:00	▪ Memberikan obat Cefoperazone 1gr/IV	Natalia
	III	08:20	▪ Menjaga privasi pasien saat bantuan perawatan diri mandi dan berpakaian Hasil : Menutup tirai di linkungan tempat tidur pasien	Nike dan Natalia
	III	08:25	▪ Memfasilitasi pasien untuk mandi, menggosok gigi, berpakaian dengan tepat Hasil : Menyediakan alat bantu mandi dan pakaian pasien	Nike dan Natalia
	III	08: 30	▪ Mendukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien Hasil : Melakukan perawatan dengan menggunakan waslap untuk membersihkan tubuh dan mempertahankan kebersihan tubuh dan penampilan yang rapih yang	Nike dan Natalia

			dibantu oleh keluarga.	
	I I	09:15	▪ Mempertahankan pemberian terapi Intravena Hasil : Pemberian terapi Intravena dengan Cairan RL dilanjutkan dengan jumlah tetesan 24 tts/m	Nike
	I	09:20	▪ Menganjurkan pasien tingkatkan intake cairan yang adekuat Hasil: Menjelaskan banyak mengonsumsi air putih untuk mengganti cairan yang hilang, tampak pasien mengonsumsi ± 200cc.	Nike
	I	10:05	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/90 mmhg N : 88x/menit S : 38^{O}C P : 20x/menit	Nike
	II	10:45	▪ Memonitor tanda dan gejala konstipasi Hasil : Pasien mengatakan masih sulit BAB ▪ Memonitor bising usus Hasil : 4x/menit	Natalia
	II	10: 50	▪ Mengintruksikan pada pasien atau keluarga pada diet penderita tipoid, dengan cara yang tepat. Hasil : Mengajarkan untuk makan buah	Natalia
	II	11:00	▪ Memantau suhu minimal 2 jam Hasil : S : 37.8^{O}C	Natalia

	I	12:15	▪ Menganjurkan pasien tingkatkan intake cairan yang adekuat Hasil: Tampak pasien meminum segelas air aqua yang disedikan oleh keluarga	Natalia, Nike
	I-II	12:20	▪ Mengevaluasi catatan asupan yang telah dikonsumsi Hasil : Pasien mengonsumsi bubur saring, telur, ayam, sayur dan buah semangka	Natalia, Nike
	I	12:30	▪ Menganjurkan untuk banyak istirahat Hasil : Tampak pasien beristirahat	Natalia, Nike
			▪ Memantau suhu minimal 2 jam Hasil : S : 37.8^{O}C	
	I-III	12:45	▪ Memberikan obat Santagesic 1gr /IV	Natalia, Nike
	I	14:00	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/90 mmhg N : 86x/menit S : 37.8^{O}C P : 18x/menit	Natalia, Nike
	I	16:00	▪ Mendukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien	Merlin
	I	16:15	Hasil : Tampak keluarga mendampingi dan membantu kebutuhan pasien	Merlin
			▪ Memonitor bising usus Hasil : 4x/menit	

	III	17:00	▪ Memonitor asupan dan keluaran Hasil : Tampak keluarga memberikan segelas air putih aqua pada pasien	Merlin
	II	17:15	▪ Mengevaluasi catatan asupan yang telah dikonsumsi Hasil : Pasien mengonsumsi bubur saring, telur, sayur dan buah pepaya	Merlin
	II	17:45	▪ Mempertahankan pemberian terapi Intravena Hasil : Pemberian terapi Intravena dengan Cairan RL 300 cc	Resti
	II	17:50	Memantau suhu minimal 2 jam Hasil : S : 38^{O}C	Resti
	I	18:00	▪ Menganjurkan pasien tingkatkan intake cairan yang adekuat Hasil: Tampak pasien meminum segelas air aqua yang disedikan	Resti
	I	18:05	▪ Melakukan kompres hangat Hasil : Tampak keluarga melakukan kompres hangat	Resti
	I-II	18:10	▪ Memberikan obat Cefoperazone : 1gr/IV Dexamethasone : 5 mg/IV	Resti
	I	18:20	▪ Mengevaluasi jenis pengobatan yang memiliki efek samping pada gastrointestinal (suah BAB) Hasil : Terapi yang diberikan tidak berefek samping dengan gastrointestinal	Resti

	I	20:00	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/90 mmhg N : 88x/menit S : 38^{O}C P : 20x/menit	Elviraa
	II	20:15	▪ Menganjurkan untuk istirahat Hasil : Tampak pasien beristirahat	Merlin
	I			
	I	22:00		Roberth
	I	22:15		Roberth

Nama/Umur : Nn “R” / 18 tahun
Ruang/kamar : Bernardeth III A / 353^{2}

Hari / Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
Rabu 27/02/2019	I	04:00	▪ Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 110/80 mmHg S : 38.2^{O}C N : 82 x/menit P : 18 x/menit	Roberth
	I	04:15	▪ Memberikan obat Santagesic 1 gr/IV	Agata
	III	06:00	▪ Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri Hasil : Tampak kebutuhan pasien diabantu oleh keluarga dan perawat	Roberth
	I	07:30	▪ Memantau suhu dan warna kulit Hasil : Tampak kulit tidak kemerahan dan suhu 37.8^{O}C	Nike
	I	07:40	▪ Mempertahankan pemberian terapi Intravena Hasil : Pemberian terapi Intravena dengan Cairan RL dilanjutkan dengan jumlah tetesan 24x/m	Nike
	I	08:00	▪ Memberikan obat Cefoperazone 1gr /IV ▪ Memfasilitasi pasien untuk mandi, menggosok gigi, berpakaian	Natalia, Nike
	III	08:25	Hasil : Menyediakan alat bantu mandi dan	Natalia,

			pakaian pasien	Nike
	III	08: 30	▪ Membantu dalam perawatan diri pasien Hasil : Membersihkan tubuh pasien dengan waslap / tissue serta mempertahankan penampilan yang rapih.	Natalia, Nike
	I	10:00	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/90 mmhg N : 84x/menit S : 37.8^{O}C P : 18x/menit	Natalia, Nike
	II	10:15	▪ Memonitor tanda dan gejala konstipasi Hasil : Pasien mengatakan sudah dapat BAB	Natalia, Nike
			▪ Memonitor bising usus Hasil : 8x/menit	
	II	10:20	▪ Mengintruksikan pada pasien tingkatkan diet yang tinggi serat Hasil :	Natalia, Nike
	II	10:25	Tampak keluarga mendengarkan intruksi yang di berikan oleh perawat	Natalia
	I	12:20	▪ Mengevaluasi catatan asupan yang telah dikonsumsi Hasil : Pasien mengonsumsi bubur saring, telur, sayur dan buah semangka dan pepaya	Natalia
			▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmhg N : 84x/menit S : 37.8^{O}C	

			P : 18x/menit	
	I	16:00	▪ Melakukan kompres hangat Hasil : Tampak keluarga melakukan kompres hangat pada pasien	Rexy
	I	16:05	▪ Memberikan obat Santagesic 1 gr/IV ▪ Mendukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien Hasil : Tampak keluarga mendampingi dan membantu kebutuhan pasien	Rexy
	I	16:12		Hasna
	III	17:40	▪ Memonitor dan mengevaluasi asupan dan keluaran Hasil : Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan dan minum segelas aqua, serta pasien mengatakan BAK dan BAB sudah lancar	Paskalis
	II	18:00	▪ Memonitor bising usus Hasil : 10x/menit ▪ Memberikan obat Cefoperazone 1gr /IV	Paskalis
	II	18:10	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/90 mmhg N : 88x/menit S : 37.8^{O}C P : 20x/menit	Paskalis
	I	20:00	▪ Menganjurkan pasien tingkatkan intake cairan yang adekuat	Hasna
	I	22:00	Hasil: Menjelaskan banyak mengonsumsi air putih untuk mengganti cairan yang hilang	Raimunda

	I	22:05		Raimunda

Nama/Umur : Nn “R” / 18 tahun
Ruang/kamar : Bernardeth III A / 353[2]

Hari / Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
Kamis 28/02/2018	I	05:00	▪ Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 110/80 mmHg S : 37.8.^{O}C N : 84 x/menit P : 20 x/menit	Raimunda
	I	07:30	▪ Memantau suhu dan warna kulit Hasil : Tampak kulit tidak kemerahan dan suhu 37.8^{O}C	Resti
	I	07:40	▪ Memberikan obat Cefoperazone Hasil : 1gr/IV	Ita
	III	08:20	▪ Memfasilitasi pasien untuk mandi, menggosok gigi, berpakaian dengan tepat Hasil : Menyediakan alat bantu mandi dan pakaian pasien ▪ Membantu dalam perawatan diri	Resti

	III	08:25	pasien Hasil : Membersihkan tubuh pasien dengan waslap / tissue serta mempertahankan penampilan yang rapih.	Resti
	I	10:00	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/90 mmhg N : 84x/menit S : 37.5^{O}C P : 18x/menit	Reti
	I	13: 35	▪ Menganjurkan untuk banyak istirahat Hasil : Tampak pasien beristirahat	Resti
	I	16:00	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmhg N : 37.6x/menit S : 38^{O}C P : 18x/menit	Natalia
	III	17:00	▪ Mendukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien Hasil : Tampak keluarga mendampingi dan membantu kebutuhan pasien ▪ Memberikan obat Cefoperazone 1gr/IV	Natalia, Nike
	I	20:00	▪ Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/70 mmhg N : 80x/menit S : 37.2^{O}C P : 18x/menit	Natalia
	I	22:00		

	I	22:15	▪ Menganjurkan untuk istirahat Hasil : Tampak pasien beristirahat	Charles Charles

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Nn “R” / 18 tahun
Ruang/kamar : Bernardeth III A / 353[2]

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama perawat
26/02/2019 22:00 WITA	DP I : Hipertermi b.d Penyakit S : - Pasien mengatakan masih merasakan demam - Pasien mengatakan tidak nyaman dengan suhu tubuhya yang dialami - Pasien mengatakan masih merasakan sakit kepalah - Pasien mengatakan masih sering haus O : - Tampak keadaan pasien lemah - TTV TD : 110/90 MmHg N : 88x/m S : 38^{O}C P : 20x/m - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien tidak nyaman dengan kondisi tubuhnya - Tubuh pasien teraba hangat A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi DP II : Konstipasi b.d penurunann motilitas traktus gastrointestinal S : - Pasien mengatakan masih sulit dalam BAB - Pasien mengatakan telah diajarkan mengenai diet yang disarankan O : - Tampak pasien belum BAB - Perilstaltik usus 4x/m A : Konstipasi belum teratasi	Nike dan Natalia

	P : Lanjutkan intervensi DP III : Defesit perawatan diri (mandi dan berpakaian) b.d Kelemahan S : - Pasien mengatakan aktivitas dan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien mengatakan badan terasa lemas O : - Tampak keadaan pasien lemah - Tampak keluarga dan perawat membantu untuk memenuhi kebutuhan pasien - Tampak kebersihan dan kerapihan tubuh cukup terganggu A : Defisit perawatan diri (Mandi dan berpakaian) belum teratasi P :Lanjutkan intervensi	

Nama/Umur : Nn “R” / 18 tahun
Ruang/kamar : Bernardeth III A / 353[2]

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama perawat
27/02/2019 22:00 WITA	DP I : Hipertermi b.d Penyakit S : - Pasien mengatakan masih merasakan demam pada malam hari - Pasien mengatakan tidak nyaman dengan suhu tubunya yang dialami - Pasien mengatakan sakit kepala telah berkurang - Pasien mengatakan mengonsumsi air putih sehingga tidak mengalami kehausaan O : - Tampak keadaan pasien lemah - TTV TD : 110/90 MmHg N : 88x/m S : 37.8^{O}C P : 20x/m - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak pasien tidak nyaman dengan kondisi suhu tubuhnya dan tubuh pasien teraba hangat A : Hipertermi sebagian teratasi P : Pertahankan Intervensi DP II : Konstipasi b.d penurunann motilitas traktus gastrointestinal S : - Pasien mengatakan sudah dapat BAB - Pasien mengatakan telah mengikuti diet makanan yang ditentukan O : - Perilstaltik usus 8x/m - Tampak pasien mengonsumsi makanan atau diet yang dianjurkan	Nike dan Natalia

	A : Konstipasi teratasi P : Pertahankan intervensi DP III : Difesit perawatan diri (Mandi dan berpakaian) b.d Kelemahan S : - Pasien mengatakan aktivitas dan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien mengatakan badan terasa lemas O : - Tampak keadaan pasien lemah - Tampak keluarga dan perawat memabantu untuk memenuhi kebutuhan pasien - Tampak kebersihan dan kerapihan tubuh pasien terawat A : Defisit perawatan (Mandi dan berpakaian) sebagian teratasi P :Pertahankan intervensi	

Nama/Umur : Nn “R” / 18 tahun
Ruang/kamar : Bernardeth III A / 353^{2}

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama perawat
28/03/2019 22:00 WITA	DP I : Hipertermi b.d Penyakit S : - Pasien mengatakan tidak merasakan demam - Pasien mengatakan nyaman dengan suhu tubunya - Pasien mengatakan tidak merasakan sakit kepala - Pasien mengatakan dapat mengonsumsi air putih yang banyak untuk mengatasi keahusaan O : - Tampak keadaan pasien membaik - TTV TD : 110/70 MmHg N : 80x/m S : $37.2^{O}C$ P : 18x/m - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak pasien nyaman dengan kondisi tubuhnya - Tubuh pasien tidak teraba hangat A : Hipertermi teratasi P : Intervensi dihentikan DP III : Defesit perawatan diri (Mandi dan berpakaian) b.d Kelemahan S : - Pasien mengatakan sebagian aktivitas dan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien mengatakan keadaan semakin membaik O : - Tampak keadaan pasien membaik - Tampak keluarga dan perawat memabantu untuk memenuhi kebutuhan pasien	Nike dan Natalia

	- Tampak kebersihan dan kerapihan tubuh pasien terawat A : Defisit perawatan (Mandi dan berpakaian) teratasi P :Intervensi Dihentikan	

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori yang ada dan pengalaman nyata di lapangan yang penulis dapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Nn “R” berusia 18 tahun, dengan gangguan sistem pencernaan demam thypoid diruang perawatan Bernadeth IIA Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 5 hari dari tanggal 25 Februari - 1 Maret 2019.

Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Penulis memperoleh data pada saat pengkajian melalui metode wawancara langsung kepada pasien dan keluarga serta tenaga medis melihat secara langsung keadaan umum pasien. Berdasarkan data-data pengkajian penulis mendapatkan data Ny “R” berumur 18 tahun dengan diagnosa medik demam thypoid. Pasien mengatakan ± 3 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami demam. Demamnya naik turun dan sering terjadi pada sore hingga menjelang malam hari. Keluarga pasien mengatakan ± 10 tahun yang lalu pasien pernah dirawat dengan penyakit yang sama yaitu demam thypoid. Pada saat pengkajian penulis menemukan tanda dan gejala yang di dapatkan pada pasien yaitu demam, sakit kepala, sering kehausan, nafsu makan menurun, tidak dapat BAB sejak 4 hari lalu, Tampak pasien terbaring lemah, sebagian aktifitasnya dibantu oleh keluarga. Tampak lidah berwarna putih, tampak warna kulit sedikit kemerahan dan membran mukosa kering.

Pada pasien Nn “R” demam terjadi karena endotoksin yang dikeluarkan oleh *salmonella typhi* 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.* Pasien juga merasa lemas jika beraktivitas sehingga dianjurkan untuk beristirahat. Pada penderita demam thypoid istirahat sepenuhnya ditempat tidur, baik itu makan, mandi, minum, BAB dan BAK akan membantu mencegah terjadinya komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus sehingga mempercepat proses penyembuhan. Gejala lain yang ditemukan ialah pasien mengalami sulit BAB ± 4 hari diakibatkan karena kurangnya asupan diet serat atau gangguan pada motilitas usus menyebabkan penurunan pengeluaran cairan di dalam usus yang menyebabkan tinja sulit dikeluarkan (Nasrah, 2015).

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh melalui pengkajian, penulis mengangkat 3 (tiga) diagnosa keperawatan sementara pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan, adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus Nn “R”yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien Pasien mengalami demam, sakit kepala, keringat dingin, sering merasakan keahusan, tampak warna kulit pasien sedikit kemerahan, membrane mukosa kering, badan pasien teraba panas, kemudian hasil dari tanda-tanda vital (TTV) pasien yaitu, TD : 110/80 mmHg, N: 98 x/menit, P: 22 x/menit, S: 38.6°C.
2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan tidak pernah BAB selama 4 hari, pada saat BAB pasien mengejan dan bising usus 3x/m.

3. Defesit perawatan diri (mandi dan berpakaian) berhubungan dengan kelemahan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian, pasien mengatakan badannya terasa lemas, Pasien mengatakan dianjurkan oleh dokter untuk tingkatkan istirahat. Pasien mengatakan aktivitas dan kebutuhannya seperti mandi dan berpakaian dibantu oleh keluarga dan perawat

Diagnosa keperawatan berdasarkan teori yang tidak diangkat oleh penulis, ada tiga 3 yaitu:

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/muntah. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena tidak ada data-data yang mendukung bahwa pasien mengalami perubahan nutrisi. Karena apabila pasien mengalami perubahan nutrisi data-data yang menunjang yaitu adanya penurunan berat badan, tidak ada nafsu makan dan adanya perubahan sensasi rasa. Berdasarkan pengkajian, pasien hanya mengalami tanda dan gejala diatas, yaitu penurunan nafsu makan tetapi tidak disertai penurunan berat badan. Karena pola makan pasien masih teratur yaitu 3 kali/hari. Setiap makan pasien mampu menghabiskan 1 porsi bubur, walaupun nafsu makannya berkurang tetapi ia selalu menghabiskan makanannya sedikit demi sedikit.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens-agens cedera biologis. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pada saat pengkajian tidak ditemukan pasien tidak mengalami atau merasakan nyeri.
3. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena data yang ditemukan pada pasien yaitu mukosa bibir kering dan sering merasakan haus telah diatasi di masalah

hipertermi sehingga penulis tidak mengangkat masalah ini karena akan terjadi tumpang tindi masalah keperawatan dan intervensi.

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah melalui proses pengkajian dan penentuan masalah keperawatan, selanjutnya penulismembuat suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang timbul. Perencanaan yang dilakukan meliputi

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Pada diagnosa ini penulis membuat intervensi sesuai keadaan pasien meliputi tindakan observasi perawat yaitu Pantau suhu minimal 2 jam dan tanda-tanda vital lainnya, monitor warna kulit, monitor asupan dan keluaran. Tindakan mandiri perawat yaitu lakukan kompres hangat, anjurkan tingkatkan intake cairan yang adekuat, anjurkan untuk banyak istirahat. Tindakan kolaboratif yaitu kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik dan antibiotic dan pertahankan pemberian terapi Intravena.

2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal

   Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, meliputi tindakan observatif yaitu monitor tanda dan gejala konstipasi, monitor bising usus. Tindakan mandiri perawat yaitu evaluasi catatan asupan yang telah dikonsumsi, evaluasi jenis pengobatan yang memiliki efek samping pada gastrointestinal, dukung peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi. Tindakan penyuluhan yaitu ajarkan pada pasien atau keluarga pada diet tinggi serat, dengan cara yang tepat.

3. Defesit perawatan diri (mandi dan berpakaian) berhubungan dengan kelemahan

   Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi sesuai dengan keadaan pasien meliputi tindakan observatif yaitu monitor kemampuan diri pasien secara mandiri, monitor kebutuhan pasien

terkait alat-alat kebersihan diri. Tindakan mandiri perawat yaitu fasilitasi pasien untuk mandi, menggosok gigi, berpakaian dengan tepat, jaga privasi pasien saat bantuan perawatan diri mandi dan berpakaian, dukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien, berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri.

D. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut dan disesuaikan dengan kemampuan, situasi, kondisi, sarana yang ada di ruang perawatan, dan kerja sama serta partisipasi yang baik dari pasien, keluarga, teman dinas, perawat ruangan dan dokter. Pada kasus ini semua dilaksanakan berdasarkan rencana keperawatan dan tidak terdapat kesenjangan antara tindakan medis secara teori yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini yaitu memantau suhu minimal 2 jam dan mengukur tanda-tanda vital, memonitor warna kulit, memonitor asupan dan keluaran, melakukan lakukan kompres hangat, menganjurkan tingkatkan intake cairan yang adekuat, menganjurkan untuk banyak istirahat. mempertahankan pemberian terapi Intravena, memberikan obat hasil kolaborasi dokter yaitu pemberian obat antipiretik dan antibiotik.
2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal

   Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini yaitumemonitor tanda dan gejala konstipasi, memonitor bising usus, mengevaluasi catatan asupan yang telah dikonsumsi, mengevaluasi jenis pengobatan yang memiliki efek

samping pada gastrointestinal, mendukung peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi, mengajarkan pada pasien atau keluarga pada diet tinggi serat, dengan cara yang tepat.

3. Defesit perawatan diri (mandi dan berpakaian) berhubungan dengan kelemahan

   Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini yaitu memonitor kemampuan diri pasien secara mandiri, memonitor kebutuhan pasien terkait alat-alat kebersihan diri,memfasilitasi pasien untuk mandi, menggosok gigi, berpakaian dengan tepat, menjaga privasi pasien saat bantuan perawatan diri mandi dan berpakaian, mendukung keluarga berpartisipasi dalan bantuan perawatan diri pasien, memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang apakah hasil yang di harapkan tercapai atau tidak.Pada bab ini penulis mencantumkan evaluasi keperawatan pada Nn “R” yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

   Berdasarkan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah hipertermia dapat teratasi ditandai dengan pasien mengatakan tidak merasakan demam, pasien mengatakan nyaman dengan suhu tubuhnya, tidak merasakan sakit kepala dan banyak mengonsumsi air putih.Hal ini dibuktikan dengan hasil observasi yaitu tampak membran mukosa lembab, tubuh pasien tidak teraba hangat dan suhu 37.4^{O}C. Berdasarkan evaluasi tindakan keperawatan dapat dinyatakan bahwa tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan yang ditetapkan oleh penulis.

2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal

   Berdasarkan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah konstipasi dapat teratasi ditandai dengan pasien mengatakan tidak memiliki masalah dalam pola eliminasi dan dapat BAB dengan lancar tanpa mengedan dengan hasil observasi perilstaltik usus 12x/m. Berdasarkan evaluasi tindakan keperawatan dapat dinyatakan bahwa tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan yang ditetapkan oleh penulis.

3. Defesit perawatan diri (mandi dan berpakaian) berhubungan dengan kelemahan

   Berdasarkan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah defesit perawatan diri dapat teratasi namun ditandai dengan pasien mengatakan keadaan semakin membaik, dan sebagian aktivitas dibantu keluarga dengan hasil observasi tampak kebersihan dan kerapihan tubuh pasien terawat.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada pasien Nn. “R” dengan diagnosa demam typhoid maka penulis menemukan beberapa data yaitu demam ± 3 hari yang lalu, demannya naik turun dan muncul pada sore hingga malam hari pasien merasakan sakit kepala, pasien mengatakan sering merasakan haus, tidak dapat BAB ± 4 hari lalu, pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh kelurga dan perawat.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Nn. “R”
   a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   b. Konstipasi berhubungan dengan gangguan motilitas traktus gastrointestinal
   c. Defesit perawatan diri mandi dan berpakaian berhubungan dengan kelemahan
3. Intervensi keperawatan disusun pada prinsip yang sama terdapat dalam tinjauan teoritas, meliputi tindakan keperawatan, mandiri, observasi, tindakan pendidikan kesehatan dan kolaborasi.
4. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang telah disusun dengan bekerja sama dengan pasien, keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasil yang maksimal.
5. Hasil evaluasi akhir :

   Diagnosa keperawatan yang dilaksanakan telah teratasi masalah dan sudah mencapai kriteria NOC yang telah ditetapkan.

B. Saran

Penulis memberikan saran sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan kemajuan

1. Pasien dan Keluarga

   Dianjurkan bagi pasien agar menghindarkan diri dari faktor pencetus timbulnya demam typhoid, berupa jajan diluar sembarangan, menghindari lingkungan yang kotor dan selalu menerakan pola hidup yang sehat. Keluarga sangat diharapkan agar bekerja sama dengan baik untuk mencapai penyembuhan dengan cara mendampingi pasien agar minum obat secara teratur, serta memberi dukungan bagi pasien

2. Institusi Pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan meningkatkan mutu pendidikan baik dalam teori maupun praktek langsung dilapangan, dengan cara menambah buku panduan edisi terbaru penyakit demam thypiod sehingga mahasiswa/i dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuannya.

3. Rumah Sakit

   Bagi rumah sakit hendaknya tetap menjaga mutu pelayanan dengan memberikan perawatan semaksimal mungkin agar pasien dan keluarga merasa puas dengan pelayanan dirumah sakit.

4. Perawat dan Mahasiswa

   Perawat sebaiknya memberikan pendidikan kesehatan dan *discharge planning* pada pasien dan keluarga agar dapat mematuhi program pengobatan dan pemulihan secara tuntas. Perawat juga sebaiknya merencanakan tindakan keperawatan dengan baik dan benar, sehingga tindakan yang dilakukan tepat pada sasaran dan masalah pasien dapat teratasi. Sedangkan bagi mahasiswa diharapkan sungguh-sungguh dalam menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang ada yang telah didapatkan pada jenjang pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa.* Yogyakarta: Diva Press.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wgner, C. M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC).* Oxford: Elsevier.

Herdwan, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan Defenisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10.* Jakarta: EGC.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing OutCome Classification (NOC) Pengukuran Outcome Kesehatan.* Oxford: Elsevier.

Mutaqin, A., & Sari, K. (2011). *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta: Salemba Medika.

Nadyah. (2014). *Hubungan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Insidens Penyakit Demam Tifoid Di Kelurahan Samata Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa Makassar*. *Jurnal Kesehatan*, 306. http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/kesehatan/article. Diakses tanggal 1 Maret 2019

Nazrah, Siti; Intang , Andi; Bahar, Burhanuddin;. (2015). *Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesembuhan Pasien Penderita Demam Thypoid Di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan* , 673 - 674. ejournal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd. Diakses tanggal 2 Maret 2019

Nuruzzaman, H., & Syahrul, F. (2016). *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan Diri Dan Kebersihan Jajan Di Rumah*. https://e-journal.unair.ac.id/index.php/JBE/article/. Diakses tanggal 1 Maret 2019

Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam.* Yogyakarta: Salemba Medika.

Rahmasari, V., & Lestari, K. (2018). Review : *Manajemen Terapi Demam Tifoid : Kajian Terapi Farmakologis Dan Non Farmakologis.* 185 - 186. http://jurnal.unpad.ac.id/farmaka/article//17445. *Diakses tanggal 3 Maret 2019*

Rumaningrum, G., Anggraheny, H. D., & Putri, T. P. (2012). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Tifoid Pada Anak Di RSUDTugerojo Semarang.*2. https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/kedokteran/article *Diakses tanggal 3 Maret 2019*

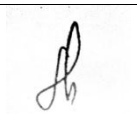
Sodikin. (2011). *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Sistem Gastrointestinal Dan Hepatobile.* Jakarta: Salemba Medika.

Suratun, L. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Gastrointestinal.* Jakarta: Trans Info Media.

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Natalia Deslawati E1614401028
Nike Borotoding E1614401029
Kelas : IIIA / DIII Keperawatan
Pembimbing : Serlina Sandi, Ns.,M.Kep

No	Hari/Tgl.	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	Senin, 25 februari 2019	BAB II	Perbaiki gambar, perjelas anatomi & fisiologi, etiologi dan dignosa, intervensi keperawatan sesuai teori	
2	Selasa, 26 februari 2019	BAB II	Perbaiki intervensi diagnosa keperawatan teori, hapus diagnosa intoleransi, perhatikan tanda baca	
4	Jumat, 1 maret 2019	BAB II BAB I	ACC Tambahkan materi dan referensi pada latar belakang, data MRO	
5	Senin, 8 april 2019	BAB I BAB III	ACC Riwayat keluhan utama, pemeriksaan fisik analisa data, intervensi	

6	Rabu, 24 april 2019	BAB III	Intervensi sesuai tugas dan perawat	
7	Kamis, 25 april 2019	BAB III	Implementasi (bagian hasil) evaluasi SOAP	
8	Senin, 29 april 2019	BAB III	Implementasi (bagian hasil) evaluasi SOAP hari ke dan ke 3	
9	Kamis, 2 mei 2019	BAB III	Perbaiki implementasi Laanjut ke BAB IV	
10	Senin, 6 mei 2019	BAB IV	Perjelas pengkajian dan diagnosa	
11	Rabu, 8 mei 2019	BAB IV BAB V	Perjelas implementasi dan tanda baca Kesimpulan diurutkan	
12	Senin, 13 mei 2019	Patway	Perjelas mekanisme konstipasi	
13	Selasa, 14 mei 2019	Patway	Tambahkan Diare	
14	Rabu, 15 mei 2019	KTI	ACC	