KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. ”H” DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

ANASTASIA SIOLA (E1614401044)
NENI SOMBO BAMBA (E1514401057)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Nn. "H" DENGAN DEMAM *THYPOID* di RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa	: Anastasia Siola
Nim	: (E1614401044)
Nama Mahasiswa	: Neni Sombo Bamba
Nim	: (E1514401057)

Disetujui Oleh:

Pembimbing



(Rosmina Situngkir, SKM.,Ns., M.Kep)
NIDN.0925117501

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn."H" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Hari/Tanggal : Senin, 20 Mei 2019

Pukul : 11.00 – 11.45 WITA

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes (.....)
2. Yunita Carolina Salti, Ns.,M.Kep (.....)
3. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns., M.Kes (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN.0928027101

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Anastasia Siola
Tempat/ Tanggal Lahir	: Dili, 09 Juny 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Datu Museng lorong 01 No. 05

2. Identitas Orang Tua

Ayah	: Mathius Sende’
Ibu	: Yohana Paembonan
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: PNS/IRT
Alamat	: Pangli Selatan

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 08 Sesean	: 2004 - 2010
SMPN 02 Sesean	: 2010 - 2013
SMAN 03 Toraja Utara	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris	: 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Neni Sombo Bamba
Tempat/ Tanggal Lahir	: Polewali, 18 Agustus 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jln. Angkasa 04 Lorong 1.A No.3

2. Identitas Orang Tua

Ayah	: Agustinus Panggalo
Ibu	: Masua’
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: PNS/PNS
Alamat	: Mamasa

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Kalibaru 04 Depok	: 2002 - 2008
SMP Frater Mamasa	: 2008 - 2011
SMA Kasih Depok	: 2011 – 2014
STIK Stella Maris	: 2015 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. "H" DENGAN DEMAM *TYPHOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksutkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa program Diploma Keperawatan tahun 2016-2019.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S,Si..Ns..M.Kes. Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc. Selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes. Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan yang senantiasa memberikan motivasi kepada kami, sejak awal masuk kuliah.
4. Rosmina Situngkir. SKM.,Ns..M.Kes. Selaku pembimbing dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, dan dukungan kepada penulis dari awal hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Elmiana bongga linggi S.Kep,Ns,M.Kes. Selaku pembimbing akademik (PA) yang senantiasa memberi motifasi kepada kami, sejak awal masuk kuliah.
6. Dr .Thomas Soharto, MMR. Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, terutama dalam penyusunan dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik, (CI) dan para pegawai di rauang perawatan Bernadeth III/B Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang telah membantu penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Segenap Dosen dan Staf Pegawai Stik Stella Maris yang telah membimbing , mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kedua Orang Tua Dan Saudara/I Penulis, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman seangkatan 2016, terima kasih atas kekompakannya, bantuannya, kritik, saran, dan kerja sama yang baik dalam proses pengambilan kasusu penyakit ini.

Makassar, Maret 2019

Anas dan Neni

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN
HALAMAN PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
DAFTAR GAMBAR v
DAFTAR TABEL vi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 12
4. Patofisiologi 12
5. Manifestasi Klinis 13
6. Tes Diagnostik 14
7. Penatalaksanaan Medik 15
8. Komplikasi 17
B. Konsep Dasar Keperawatan 18
1. Pengkajian 18
2. Diagnosis Keperawatan 20

3. Intervensi Keperawatan 20
4. Discharge Planing 26
C. Patoflowdiagram 28
BAB III TINJAUAN KASUS 30
A. Pengkajian 31
B. Analisis Data 50
C. Diagnosis Keperawatan 53
D. Intervensi Keperawatan 54
E. Implementasi Keperawatan 60
F. Evaluasi Keperawatan 79
G. Daftar Obat 84
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 87
A. Pengkajian 87
B. Diagnosis Keperawatan 89
C. Intervensi Keperawatan 90
D. Implementasi Keperawatan 92
E. Evaluasi Keperawatan 93
BAB V PENUTUP 95
A. Kesimpulan 95
B. Saran 96
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Usus Halus..... 7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram 28
Gambar 3.1 Genogram 33

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium 48
Tabel 3. 2 Analisa Data 50
Tabel 3. 3 Diagnosa Keperawatan 53
Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan 54
Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan..... 60
Tabel 3. 6 Evaluasi Keperawatan 79

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu tujuan pembangunan di bidang kesehatan dalam rangka menuju indonesia yang sehat 2019 adalah meningkatkan kesehatan, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku sehat dan dalam lingkungan yang sehat memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil, merata serta mencapai derajat kesehatan yang optimal. Untuk mendukung hal tersebut maka tujuan utama pembangunan dibidang kesehatan dalam rangka menuju indonesia sehat 2019 adalah mencegah meningkatnya masalah kesehatan, baik penyakit infeksi ataupun penyakit non infeksi, salah satunya adalah penyakit infeksi demam *thypoid.*

Demam *tyhpoid* merupakan penyakit infeksi yang menyerang saluran pencernaan yaitu usus halus yang dapat terjadi oleh karena berbagai cara antara lain melalui makanan, jari tangan/kuku, muntahan, lalat, dan kotoran manusia. Penyakit ini lebih banyak menyerang pada anak usia 5-19 tahun. Tifus abdominalis sendiri merupakan penyakit infeksi akut yang selalu ditemukan di masyarakat (endemik) Indonesia. Penderita juga beragam, dari usia balita, anak-anak, dan dewasa. (Titik, 2016).

Menurut data World Health Organization (WHO, 2014) memperkirakan angka insidensi di seluruh dunia sekitar 17 juta jiwa per tahun, angka kematian akibat demam *thypoid* mencapai 600.000 dan 70%nya terjadi di asia. Di indonesia sendiri, penyakit *tyhpoid* bersifat endemik, angka penderita demam *tyhpoid* di indonesia mencapai 81%per 100.000 (Depkes RI, 2014).

Di Sulawesi Selatan pada tahun 2011 penyakit demam *thypoid* tercatat sebesar 24.998 penderita. *Inseden rate* sebesar 3.00 per 1000 dan CFR sebesar 0,02%. Pada tahun 2013 penyakit demam *thypoid* meningkat yaitu sebesar 31.663 penerita*, insiden rate* sebesar 3,8 dan CFR sebesar 0,03% (Dinkesprov sulsel,2014)

Berdasarkan data Medical Record Rumah Sakit Stella Maris Makassar Tahun 2018 diperoleh data pada tahun 2016 jumlah pasien penderita demam *thypoid* sebanyak 385 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu laki-laki sebanyak 154 tahun jiwa (40%) dan perempuan sebanyak 231 jiwa (60%) dan presentase terendah pada kelompok umur 65 + tahun yaitu laki-laki 3 jiwa (0.77%) dan perempuan 8 jiwa (2,07%) serta yang meninggal sebanyak 1 jiwa (0,25%). Pada tahun 2017 jumlah penderita demam *thypoid* sebanyak 481 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 5-14 tahun yaitu laki-laki sebanyak 211 jiwa (43.86%) dan perempuan sebanyak 270 jiwa (56,13%) dan presentase terendah pada kelompok umur 65+tahun yaitu laki-laki 1 jiwa (0,20%) dan perempuan sebanyak 5 jiwa (1,103%) serta yang meninggal sebanyak 4 jiwa (0,82%). Pada tahun 2018 jumlah penderita demam *thypoid* sebanyak 553 jiwa dengan presentasi tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu laki-laki sebanyak 239 jiwa (42,21%) dan perempuan sebayak 314 jiwa (56,78%). Serta meninggal sebanyak 2 jiwa (0,36).

Berdasarkan data diatas diketahui bahwa kasus demam *thypoid* mengalami peningkatan selama 3 tahun berturut-turut sehingga penderita demam *thypoid* perlu mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat karna jika diabaikan akan menimbulkan komplikasi seperti perdarahan usus, perforasi usus dan ileus paralitik. Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional pada pasien demam *thypoid* dengan cara menganjurkan kepada pasien untuk menjaga kebersihan diri dan

kebersihan lingkungannya, menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola makan dengan tidak makan atau jajan di sembarang tempat, pasien diharapkan untuk bedrest selama demam berlangsung, serta melaksanakan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat maupun memberikan kompres hangat bila terjadi peningkatan demam dan diharapkan pasien, keluarga juga dapat memahami, penyebab, tanda dan gejala, dari demem *tyhpoid* sehingga dapat segera memeriksa kesehatan ke rumah sakit ataupun layanan kesehatan lainnya. Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Dengan Demam *Tyhpoid*" Di Ruangan Perawatan Bernadeth III.B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Demam *Tyhpoid* di ruangan perawatan medikal bedah bernadeth III.B RS Stella Maris Makassar periode 10-12 Maret, 2019.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dewasa dengan demam *Typhoid* secara komprehensif yang mencakup :

   a. Melakukan pengkajian keperawatan dan menganalisa data pada pasien dengan demam *typhoid*
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan demam *typhoid.*
   c. Menetapkan rencana tindakan keperwatan pada pasien dengan demam *thypoid*.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien demam *typhoid*

e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien demam *typhoid.*
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien demam *typhoid.*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi / Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan demam *typhoid.*

3. Bagi Pasien

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

4. Penulis

   Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan demam *typhoid* serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kasus, terdiri dari
   a. Observasi

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

b. Wawancara

Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terikat seperti : Perawat diruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.

c. Pemeriksaan fisik dengan cara : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

2. Studi Kepustakaan

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

E. Sistematika Penulisan

Karya Tulis ilmiah tersusun atas lima Bab yang terdiri dari Bab I "Pendahuluan", Bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II "Tinjauan teoritis", Bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostic, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *Discharge planning,* dan patoflowdiagram. Bab III, "Pengamatan Kasus", menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "Pembahasan kasus" yaitu bab ini memebahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V "Penutup", terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

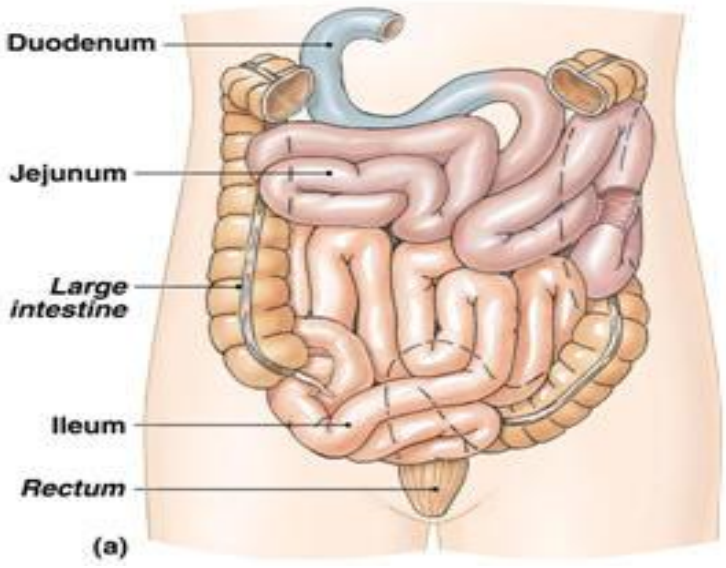
Demam *typhoid* (tyhpus abdominalis, enteric fever) adalah penyakit infeksi yang terjadi pada usus halus yang disebabkan oleh Salmonella Thypi (Padila, 2013)

Demam *typhoid* (tyhpus abdominalis, enteric fever) adalah infeksi sistemik yang disebabkan kuman Salmonella enterika, khususnya varian-varian turunannya, yaitu *Salmonella Thyphi*, *Paratyphi A, Paratyphi B, dan Paratyphi C* (Ardiyansa, 2012)

Demam *thypoid* (enteric fever) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengalami saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih darin satu minggu, gangguan pada pencernaan, dan gangguan kesadaran (Lestari Titik,2016).

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, dengan tanda dan gejala demam lebih dari satu minggu.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Sistem Pencernaan (Suarnianti, 2016)

a. Usus halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (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. (Suarniati, 2016)

1) Bagian Usus Halus

a) Bagian atas disebut duodenum (usus 12 jari)

*Duodenum***,** bagian terpendek (25cm), yang dimulai dari *pyloric sphincter* di perut sampai jejunum. Berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lengkungan ini terdapat pancreas dan *duodenal papilla*, tempat bermuaranya pancreas dan kantung empedu. Empedu berfungsi mengemulsikan lemak dengan bantuan lipase. Pankreas menghasilkan amilase yang berfungsi mencerna 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 penyerapan (ileum)

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. (Suarniati, 2016)

2) Lapisan Dinding usus terdiri atas :
   a) Lapisan luar adalah: tersusun oleh membrane serosa yang merupakan lapisan peritonium yang terdiri dari lapisan visceral dan parietal. Peritonium melipat dan meliputi usus dan seluruh lapisan visera abdomen. Lipatan-lipatan peritonium ada yang disebut dengan mesenterum, omentum majus, dan omentum minus Fungsi peritonium adalah menyokong pembuluh darah dan limfe ke usus, melindungi rongga peritonium terhadap infeksi, menghindari friksi (gesekan) antara organ yang berdekatan.
   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. (Suarniati, 2016).

3) Struktur usus halus secara mikroskopik

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

a) Lapisan mukosa dan submukosa membentuk lipatan-lipatan sikular seperti jalan yang disebut valvula koniventes (lipatan kerckring) yang menonjol ke dalam lumen sekitar 3 sampai 10 mm. Adanya lipatan-lipatan ini menyebabkan gambaran usus halus menyerupai bulu pada pemeriksaan radiografis.
b) Vili merupakan tonjolan –tonjolan mukosa seperti jari-jari yang jumlahnya sekitar 4 atau 5 juta di sepanjang usus halus. Vili panjangnya 0,5 sampai 1,5 mm (dapat terlihat secara mikroskopis) dan menyebabkan gambaran mukosa menyerupai beludru.
c) 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. (Suarniati, 2016)

4) Ensim pencernaan usus halus meliputi :
   a) Entrokinase berfungsi untuk mengaktifkan tripsinogen yang di hasilkan pankreas.
   b) Latase berfungsi untuk mengubah laktosa menjadi glukosa.
   c) Erepsin atau dipeptidase berfungsi untuk mengubah dipeptida atau pepton menjadi asam amino.
   d) Maltase berfungsi untuk mengubah maltosa menjadi glukosa.
   e) Peptidase berfungsi untuk mengubah polipeptida menjadi asam amino.
   f) Sukrase berfungsi untuk mencerna sukrosa menjadi glukosa dan fruktosa. (Suarniati 2016)
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)

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

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

bentuk sederhana diserap oleh dinding usus penyerapan dalam bentuk jonjot-jonjot usus. Jonjot usus bentuknya seperti lipatan-lipatan yang gunanya untuk memperluas permukaan penyerapan oleh dinding usus halus. (Suarniati, 2016)

3. Etiologi

Penyebab *typhoid* adalah *salmonella thyphi*. *Salmonella para typhoid* A, B dan C. Ada 2 sumber penularan *sal monella typhi* yaitu pasien dengan *demam typhoid* dan pasien dengan carier. Carier adalah orang yang sembuh dari demam *typhoid* dan masih terus mengekresi *salmonella typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari 1 tahun (Deden Dermawan, 2010).

Salmonella mempunyai 3 macam antigen 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 (Deden Dermawan, 2010).

4. Patofisiologi

Penularan *salmonella thypi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (jari tangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan melalui Feces .Kuman *salmonella typhi* masuk ke tubuh melalui mulut dengan makanan dan air yang tercemar. Sebagian kuman dimusnahkan oleh asam lambung, sebagian lagi masuk ke usus halus dan mencapai jaringan limfoid plak peyeri di ileum terminalis yang mengalami hipertrofi. Ditempat ini komplikasi perdarahan dan perforasi intestinal dapat terjadi. Kuman

salmonella 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 **(**Deden Dermawan, 2010).

5. Manifestasi klinik

   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
      3) Pusing
      4) Anoreksia
      5) Mual, muntah
      6) Nyeri perut
      7) Epitaksis
      8) Konstipasi

b. Minggu II (Nekrosis)

Gejala menjadi lebih jelas :

1) Demam
2) Lidah yang khas (putih, kotor, pinggirnya hiperemic) dan tremor.
3) Hepatomegali
4) Splenomegali
5) Penurunan kesadaran
6) Kulit kering (Deden Dermawan, 2010)

6. Tes Diagnostik

a. Pemeriksaan Leukosit

Beberapa literatum menjelaskan bahwa demam *typhoi*d 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 (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) dan SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transminase). SGOT dan SPGT pada demam *typhoid* sering kali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya *typhoid*.

c. Uji Widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (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 thypi*, pasien membuat antibodi atau aglutinin yaitu:

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

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

d. Tubex Tes

Tubex tes adalah tes aglutinasi kompetitif semi kuantitatif yang sederhana dan cepat (kurang lebih 2 menit) dengan menggunakan partikel yang berwarna untuk meningkatkan sensitivitas. Spesifisitas ditingkatkan dengan menggunakan antigen O9 yang benar-benar spesifik yang hanya ditemukan pada Salmonella serogrup D. Tes ini sangat akurat dalam diagnosis infeksi akut karena hanya mendeteksi adanya antibodi IgM dan tidak mendeteksi antibodi IgG dalam waktu beberapa menit. (Suratun,2010)

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, bedsores 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 (Suratun, 2010).

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) Kloramefenikol

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) Tiamfenikol

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

3) Ampisilin dan Amoksilin

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.* Turun rata-rata 7 – 9 hari.

4) Fivorokonium

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

5) Setriakson 2x1 hari selama 3-5 hari.

Dalam keadaan toksin dapat diberikan kortikostevina dosis tinggi (Deden Dermawan, 2010)

8. Komplikasi

Komplikasi demam *typhoid* 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 semua organ, seperti jantung yang dapat terjadi perubahan miokardium, kegagalan sirkulasi.

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

3) Komplikasi paru sama halnya dengan jantung, paru mendapat suplai darah dan jantung yang sudah terkontaminasi oleh *salmonella thypi* (Deden Dermawan, 2010).

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang sequensial dan berhubungan dengan pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. (Nurif, Huda Amin. 2015).

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perubahan pemelihaaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.

b. Pola nutrisi dan metabolik.

Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor, dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi.

c. Pola eliminasi

Kebiasaan dalam BAK akan terjadi retensi bila dehidrasi karena panas yang meninggi, konsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Selain itu terjadi perubahan pola defekasi.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kebiasaan dalam beraktivitas sehari-hari.

Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

e. Pola tidur dan istirahat.

Kebiasaan pola tidur terganggu akibat peningkatan suhu tubuh gelisah.

f. Pola persepsi kognitif

Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

g. Pola persepsi dan konsep diri.

Sejauh mana masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

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

i. Pola reproduksi dan seksulitas.

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

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Kemampuan dan strategi yang digunakan pasien dalam mengahadapi masalah / penyakit

k. Pola system nilai kepercayaan

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

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/muntah
   c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Tirah baring
   d. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis
   e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

3. Intervensi Keperawatan

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

   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

      NOC:

      1) Termogulasi dengan hasil kriteria:
         a) Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidak terganggu)
         b) Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidak terganggu)
         c) Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidak terganggu)
         d) Hipertermia dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidak terganggu)

      NIC :

      1) Perawatan demam
         a) Dorong konsumsi air

b) Tutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam
c) Memberikan kompres hangat
d) Fasilitasi istrahat, jika diperlukan
e) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainya
f) Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan cairan yang tidak disadari
g) Beri obat atau cairan IV(mis antiperetik, agen antibakteri dan anti menggigil.

2) Pengaturan suhu
a) Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan
b) Instruksikan pasien bagaimana mencegah keluarnya panas dan serangan panas
c) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat.
d) Berikan pengobatan antiperetik sesuai kebutuhan.
e) Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

NOC :

1) Asupan nutrisi dengan hasil kriteria:
a) Asupan kalori dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
b) Asupan protein dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
c) Asupan karbohidrat dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)

d) Asupan mineral dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)

e) Asupan zat besi dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)

f) Asupan lemak dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)

NIC :

1) Manajemen nutrisi
   a) Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi
   b) Berikan pilihan makanan sambil menawarkan bimbingan terhadap pilihan (makanan) yang lebih sehat jika diperlukan.
   c) Indentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
   d) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara (pasien berada di rumah sakit atau fasilitasi perawatan yang sesuai.
   e) Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi
2) Terapi nutrisi
   a) Bantu pasien untuk memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mangandung asam sesui kebutuhan
   b) Pastikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan
   c) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan

d) Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi sesui kebutuhan

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemaha umum

NOC :

1) Toleransi terhadap aktivitas hasil kriteria :
   a) frekuensi nadi ketika beraktivitas dipertahankan pada sakal 3 (cukup terganggu) di tingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)
   b) kemudahan bernapas ketika beraktivitas di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tigkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

NIC :

1) Manajemen Energi
   a) Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan
   b) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara perbal mengenai keterbatasan yang di alami
   c) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis, dengan tepat.
   d) Monitor intake/ asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energy yang adekuat
   e) Ajarkan pasien mengenai pengelolahan kegiatan dan teknik manajemen waktu utnuk mencegah kelelahan
   f) Anjurkan pasien untuk memilih aktivitas-aktivitas yang membangun ketahanan.
   g) Anjurkan tidur siang ,bila di perlukan

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

NOC :

1) Kontrol nyeri dengan hasil kriteria:

a) Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).
b) Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).
c) Menggunakan tindakan pencegahan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).

NIC :

1) Menajemen nyeri
   a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
   b) Kurangi atau eleminasi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri
   c) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.
   d) Evaluasi keefektifan dan tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan
   e) Dukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.
   f) Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat.
   g) Kaloborasi dengan pasien orang terdekat dan tim kesehatan lainya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan.
   h) Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi) untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai kebutuhan.
   i)

2) Terapi relaksasi
   a) Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi
   b) Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan nyaman jika memungkinkan
   c) Meminta untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi
   d) Tunjukkan dan praktekkan teknik relaksasi pada klien

e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

NOC :

1) Pengetahuan Manajemen Penyakit Akut
   a) Tanda dan gejala penyakit dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)
   b) Tanda dan gejala komplikasi dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)
   c) Efek terapi obat dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)

NIC :

1) Pendidikan Kesehatan
   a) Identifikasi faktor internal atau eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat
   b) Tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini pada individu, keluarga, atau kelompok
   c) Rumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatan tersebut.
   d) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menolak perilaku yang tidak sehat atau beresiko daripada

memberikan saran untuk menghindari atau mengubah perilaku

2) Pengajaran proses penyakit
   a) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit spesifik
   b) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya
   c) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan
   d) Identifikasi perubahan kondisi fisik pasien
   e) Berikan informasi kepada keluaraga mengenai perkembangan pasien
   f) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datvg bgging.

4. Discharge Planing

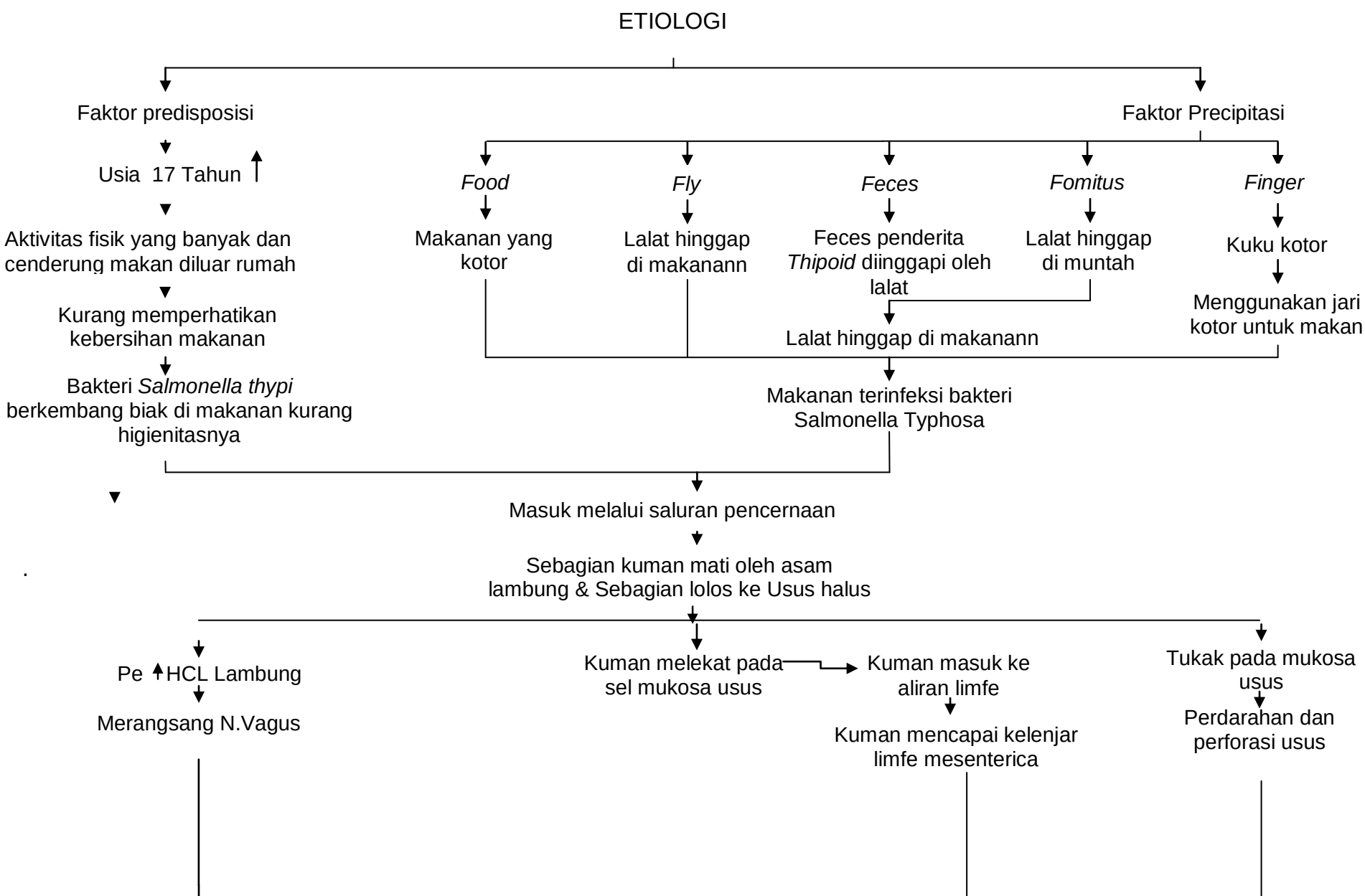
Hal-hal yang perlu disampaikan kepada pasien atau keluarga sebelum pulang adalah :

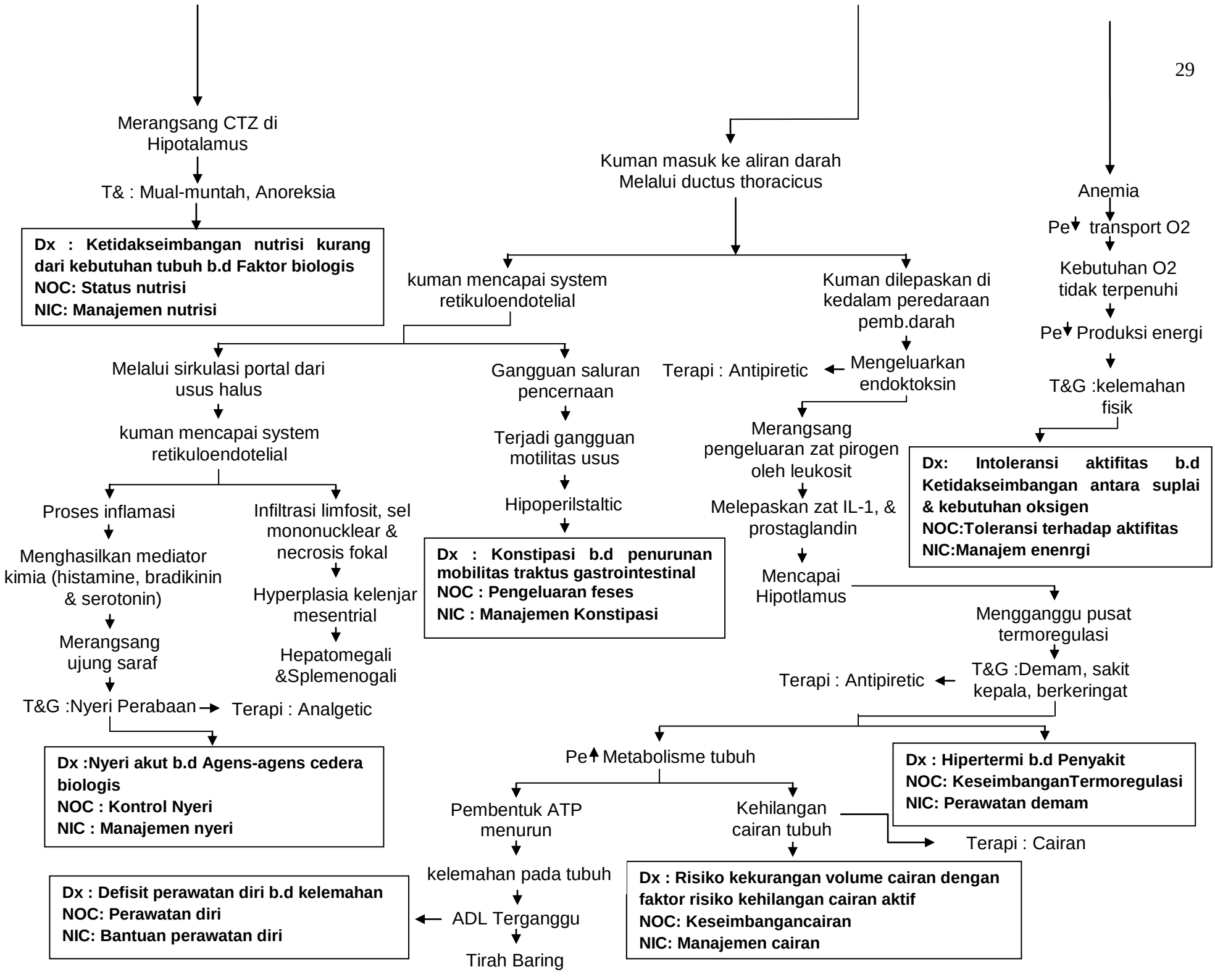
a. Berikan informasi tentang kebutuhan melakukan aktivitas sesuai dengan tingkat perkembangan dan kondisi fisik pasien.
b. Anjurkan pasien untuk mencuci tangan dengan sabun dan air bersih
c. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan makanan dan tidak membiasakan diri untuk jajan sembarangan.
d. Jelaskan kepada keluarga bahwa pasien membutuhkan istirahat yang cukup.
e. Jelaskan terapi yang diberikan, dosis serta efek samping.

f. Tekankan untuk melakukan kontrol sesuai waktu yang ditentukan (Ardiansyah 2012).

C. PATOFLOWDIAGRAM

DEMAM *THYPOID*




Merangsang CTZ di Hipotalamus
T& : Mual-muntah, Anoreksia
Dx : 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
Melalui sirkulasi portal dari usus halus
kuman mencapai system retikuloendotelial
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
Dx :Nyeri akut b.d Agens-agens cedera biologis
NOC : Kontrol Nyeri
NIC : Manajemen nyeri
Gangguan saluran pencernaan
Terjadi gangguan motilitas usus
Hipoperilstaltic
Dx : Konstipasi b.d penurunan mobilitas traktus gastrointestinal
NOC : Pengeluaran feses
NIC : Manajemen Konstipasi
Terapi : Antipiretic
Mengeluarkan endoktoksin
Merangsang pengeluaran zat pirogen oleh leukosit
Melepaskan zat IL-1, & prostaglandin
Mencapai Hipotlamus
Mengganggu pusat termoregulasi
T&G :Demam, sakit kepala, berkeringat
Terapi : Antipiretic
Pe Metabolisme tubuh
Pembentuk ATP menurun
kelemahan pada tubuh
ADL Terganggu
Tirah Baring
Dx : Defisit perawatan diri b.d kelemahan
NOC: Perawatan diri
NIC: Bantuan perawatan diri
Kehilangan cairan tubuh
Dx : Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif
NOC: Keseimbangancairan
NIC: Manajemen cairan
Dx : Hipertermi b.d Penyakit
NOC: KeseimbanganTermoregulasi
NIC: Perawatan demam
Terapi : Cairan
Anemia
Pe transport O2
Kebutuhan O2 tidak terpenuhi
Pe Produksi energi
T&G :kelemahan fisik
Dx: Intoleransi aktifitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai & kebutuhan oksigen
NOC:Toleransi terhadap aktifitas
NIC:Manajem enenrgi

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Nn. “H” umur 20 tahun, masuk RS Stella Maris Makassar di ruangan Bernadeth III B pada tanggal 09 Maret 2019 dengan diagnosa Demam *Typhoid.* Pasien mengeluh demam naik turun pada sore dan malam hari serta pasien merasa menggigil, sejak 5 hari yang lalu.

Pada saat pengkajian diperoleh data: Pasien mengatakan demam naik turun dan disertai menggigil, mual, muntah 2 kali, sakit kepala, nyeri pada otot, nyeri tekan pada ulu hati. Nyeri dirasakan pada saat beraktivitas dan kadang hilang timbul, dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan berlangsung ± 5-10 menit, nyeri dirasakan pada skala 6, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti BAB, BAK, berpakainan, makan, mandi. Tampak lidah pasien putih dan mulut pasien tampak kotor, bibir kering dan pecah-pecah. GCS : 15. Hasil Pemeriksaan tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 110/70mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan : 20x/menit, Suhu 38,7^{0}C. Terapi obat yang didapatkan paracetamol 500 mg oral, ceftriaxone 1 gr/12 jam, ranitidin 1 ampul/12 jam, novaldo 1 ampul/12 jam, terpasang cairan infus RL 500 mL dengan jumlah tetesan 24 tetes/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium di dapatkan *anti salmonella typhi* IgM (+4), WBC 12.1 10^3/uL, P-LCR H 27.7%.

Dari data di atas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: Hipertermia berhubungan dengan penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, intoleransi aktivitas berhubungan tirah baring.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Anastasia Siola	NIM: E1614401044
Neni Sombo Bamba	NIM: E1514401057

Unit : Bernadeth III B Autoanamnese : ✓

Kamar : 365 Bed[1] Alloananmnese : ✓

Tanggal masuk RS : 09 Maret 2019

Tanggal pengkajian : 09 Maret 2019

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama initial : Nn.”H”
      Umur : 20 tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status perkawinan : Belum kawin
      Jumlah anak : -
      Agama/suku : Islam
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : Mahasiswa
      Pekerjaan : -
      Alamat rumah : JL.sungai sa’dang
   b. Penanggung jawab
      Nama : Ny “ W”
      Umur : 58 tahun
      Alamat : JL.Sungai sa’dang
      Hubungan dengan pasien : Ibu

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Demam

   Saat pengkajian : Demam *Typhoid*

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan sakit

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

      Alasan : Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur, tampak pasien menggigil, tampak pasien berkeringat, wajah tampak meringis.

   b. Tanda – Tanda Vital

      1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

         Skala koma glaslow

         a) Respon motorik : 6

         b) Respon bicara : 5

         c) Respon membuka mata : 4

            Jumlah : 15

            Kesimpulan : Tidak koma

      2) Tekanan darah : 110/70 mmHg

         MAP: 83,3 mmHg.

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 38,7 °C ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 20 x/menit

         Irama: ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ akipnea ☐ smaul

         ☐ Cheynes-stokes

         Jenis: ☑ Dada ☐ Perut

      5) Nadi : 80 x/menit

         Irama: ☑ Teratur ☐ Tachikardi ☐ Bradichardi

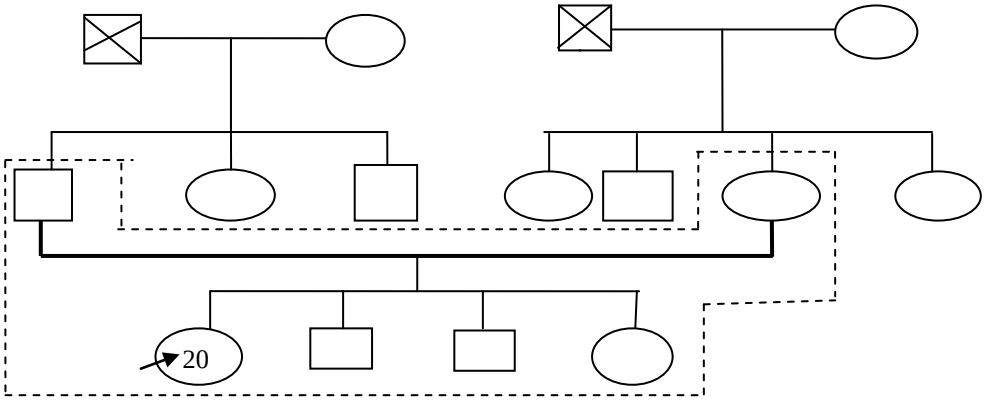
         ☐ Kuat ☑ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 29 cm
2) Tinggi badan : 157 cm
3) Berat badan : 52 kg
4) IMT : 21 kg/m^2

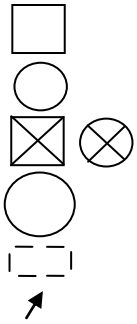
   Kesimpulan : Berat badan normal

5) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



: Pria
: Wanita
: Meninggal
: Umur Pasien
: Tinggal serumah
: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan merupakan hal yang paling penting dalam kehidupannya. Tetapi pasien sering lalai tidak menjaga kesehatannya dan pasien jarang olahraga. Pasien mengatakan tidak teratur makan karena malas tapi ia sering jajan diluar seperti makan bakso, somai, dan jarang cuci tangan sebelum makan. Pasien mengatakan ia mandi 2x sehari.

Apabila sakit ibunya pergi membelikan obat di Apotek atau tokoh terdekat rumah.

a) Keluhan utama :

Demam

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan pada hari senin tanggal 3 Maret pasien pulang dari kampus, pada sore hari pasien mulai merasa demam dan menggigil serta mual sehingga ibunya pergi membelikan obat paracetamol di apotek tetapi demamnya tidak turun juga. Pasien mengatakan pada tanggal 08 Maret malam demamnya tidak turun-turun juga sehingga ibunya memutuskan membawa anaknya ke RS Stella Maris. Pada saat pengkajian ibu pasien mengatakan anaknya demam naik turun dan disertai menggigil, mual, muntah 2 kali, sakit kepala, nyeri pada otot, pusing dan pasien mengatakan demamnya naik turun pada sore dan malam hari. Pasien mengatakan nyeri tekan pada ulu hati, pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat beraktivitas, dan kadang hilang timbul, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan berlangsung ± 5-10 menit, nyeri menetap pada bagian ulu hati, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6, badan pasien teraba hangat, pasien tampak berkeringat, ekspresi wajah tampak meringis, tampak gelisah, tampak lidah pasien terlihat putih, bibir kering dan pecah-pecah, tampak pasien memegang bagian ulu hati.

2) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang mengancam jiwa. Pasien mengatakan biasa demam, batuk dan flu tapi tidak pernah di rawat dirumah sakit

3) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan tidak ada penyakit keturunan dan penyakit menular yang dialami keluarga.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut :Tampak bersih, tidak ada ketombe
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih, tampak lembab
d) Higiene rongga mulut : Tampak kotor
e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan anaknya sebelum sakit biasanya makan ± 3 kali dalam sehari dan menghabiskan 1 porsi makanan dengan menu ikan, tahu, sayur dan tempe. Pasien mengatakan malas makan sayur-sayuran dan iya lebih suka mengonsumsi makan seperti bakso, mie pangsit, nasi goreng dan mie instan yang pedis. Pasien mengatakan iya makan bakso kurang lebih 3 kali dalam seminggu. Pasien mengatakan selalu minum air putih kurang lebih 6-8 gelas dalam satu hari dan biasanya pasien sering membeli teh kotak setiap hari di kampusnya maupun di rumahnya.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya tambah malas makan sejak iya sakit. pasien mengatakan biasanya mual-mual jika mengonsumsi makanan, ibu pasien mengatakan anaknya tidak mampu menghabisakan makanan dari RS. frekuensi makan 3 kali dalam sehari dengan frekuensi makanan yaitu bubur, ikan, telur dan sayur-sayuran serta makanan pendamping. Keluarga mengatakan pasien mengonsumsi air putih setiap hari kurang lebih 4-6 gelas perhari dan tidak boleh minum minuman seperti

teh gelas. Pada mulut pasien tampak terlihat putih dan mulut kotor.

3) Observasi

Tampak terpasang infus RL 500 cc, tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit, tampak badan pasien teraba hangat, tampak sariawan pada mulut.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak hitam dan tidak rontok
b) Hidrasi kulit : *Finger print* kembali dalam 2 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/tidak anemik.
d) clera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum berada ditengah, tampak simetris
f) Rongga mulut : Tampak kotor
Gusi : Tampak tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak bersih dan utuh
Gigi palsu : Tidak ada
h) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tampak kotor, berwarna putih
j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan.
k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
m) Abdomen:
a. Inspeksi : Simetris, perut tampak datar
b. Auskultasi : Peristaltik usus 11x/menit.
c. Palpasi : Nyeri tekan pada *epigastrica*
d. Perkusi : Tympani

n) Kulit

a. Edema : ☐ Positif ☑ Negatif

b. Ikterik : ☐ Positif ☑ Negatif

c. Tanda – tanda radang: Tampak tidak ada.

d. Lesi : Tampak tidak ada lesi pada kulit.

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pola BAB dalam sehari yaitu 1x dlm sehari berwarna kuning kecokelatan, pasien mengatakan BAB yang keluar banyak dan tidak mengalami kesulitan dalam BAB, pasien mengatakan pola BAK dalam sehari ± 7 kali, berwarna kuning, pasien mengatakan pasien tidak sakit saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan semenjak sakit sudah 4 hari tidak BAB pada saat dirumah karena jarang minum air putih, buah-buahan dan makan sayur sedikit. Pasien mengatakan pada saat dirumah sakit pasien sudah BAB 1 kali pada pagi hari. Pasien mengatakan BAK 4-5 kali dalam 14 jam (800 cc) diukur menggunakan botol setiap kali BAK

3) Observasi

Tampak BAB pasien padat, berwarna kecoklatan, tampak Urine pasien kekuningan sebanyak 200cc

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 11 x/menit.

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji karena pasien menolak.

e) Anus:

- Peradangan : Tidak dikaji karena pasien menolak.
- Hemoroid : Tidak dikaji karena pasien menolak.
- Fistula : Tidak diakji karena pasien menolak.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan adalah pergi ke kampus, membantu orang tuanya membersihkan di rumah dan jalan-jalan bersama teman-temannya dan sering nonton bersama kakaknya di rumah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan semenjak sakit tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasanya karena iya merasa lemas dan hanya berbaring di tempat tidur. Pasien mengatakan sebagian aktifitasnya di bantu oleh keluarga seperti BAB, BAK, mandi, makan. Pasien mengatakan nyeri tekan pada ulu hati, nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktifitas seperti miring kiri dan miring kanan di tempat tidur, nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk tusuk, nyeri menetap pada bagian perut, skala nyeri 6.

Observasi :

Pasien terbaring lemah di tempat tidur, sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga, ekspresi wajah meringis, tampak pasien gelisah.

a) Akitivitas harian :

1) Makan : 2
2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2
4) Kerapihan : 2
5) Buang air besar : 2
6) Buang air kecil : 2
7) Mobilisasi ditempat 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 : Tampak tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 110/70 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

Kesimpulan : Hipotensi Orostatik : [-] Posistif

[-] Negatif

b) HR : 90x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Ya, terlihat pada seluruh bagian tubuh pasien

kelembaban : Tampak keringat pada badan pasien

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

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

f) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kana

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada.

Stridor : Tidak ada

2) Palpasi :

Vocal fremitus : Teraba getaran paru kiri dan kanan sama.

3) Perkusi :Sonor [✓] Redup [ ] Pekak [ ]

4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikular disemua lapang paru

Suara ucapan : Normal disemua lapang paru

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

g) Jantung

5) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

6) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS V midklavikularis sinistra

7) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS V midclavicularis

Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : Linea midaxilaris kiri

8) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS II linea sternalis kanan

Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS III linea sternalis kiri

Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS IV linea sternalis kiri

Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS V linea midclavicularis

Bunyi jantung II : Tidak terdengar irama gallop

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta :

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdenngar

h) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot :Positif [-] Negatif [✓]

2) Rentang gerak

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tampak tidak ada

Paralisis : Tampak tidak ada

3) Uji kekuatan otot :

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada otot, tidak mampu bergerak

4) Refleks fisiologi :Tampak adanya gerak biceps, triceps, patella

5) Refleks patologi:

Babinski, Kiri : [✓] Positif [ ] Negatif

Kanan : [ ] Positif [✓] Negatif

6) Clubbing jari-jari : Tampak tidak ada

7) Varises tungkai : Tampak tidak ada

i) Columna vertebralis:

1) Inspeksi : [ ] Lordosis [ ] Kiposis [ ] Skoliosis

2) Palpasia : Tampak tidak ada

3) Kaku kuduk : Tampak tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan tidur, pada siang hari tidur dari jam 15.00-17.00 dan pada malam hari tidur dari jam 01.00-08.00. Pasien mengatakan sebelum tidur biasanya menonton TV, main fb, main gems baru tidur. Pasien mengatakan apabila bangun tidur merasa segar.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak bisa tidur siang karena merasa nyeri dan pusing dan pada malam hari susah tidur karena demam yang ia rasa naik turun dan nyeri pada ulu hati bagian kanan atas perut. Apabila bangun tidur merasa tidak segar dan tidak puas tidur.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk	: Positif	√	Positif	
Banyak menguap	: Positif		Negatif	✓
Palpebra inferior berwarna gelap	: Positif	✓	egatif	

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan penglihatan, pengecapan, perabaan, penciuman dan pendengaran, pasien mengatakan kadang-kadang sulit mempelajari hal-hal yang baru.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah baik gangguan penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, dan pendengaran, pasien mengatakan kadang-kadang sulit mempelajari hal-hal yang baru. Pasien mengatakan pada saat merasa nyeri hanya berbaring ditempat tidur.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan :

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : Isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Tampak sama antara kiri dan kanan

b) Pendengaran :

- Pina : Simetris antar kiri dan kanan
- Kanalis : Bersih, tidak tampak serumen
- Membran timpani : Tampak utuh

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya dan ia tidak merasa tersingkirkan dari keluarganya. Pasien mengatakan ia anak pertama dan mempunyai 3 adek.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan bosan di rumah sakit ia ingin segera sembuh dan pulang ke rumah berkumpul dengan keluarga, nonton bersama, bermain dengan adek-adeknya.

3) Observasi :

a) Kontak mata : Tampak mata pasien tertuju pada perawat.

b) Rentang perhatian : Tampak perhatian penuh.

c) Suara dan cara bicara : Tampak suara jelas saat bicara.

d) Postur tubuh : Tampak tegap

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan menjalin hubungan yang baik dengan keluarga dan sesama. Pasien mengatakan tinggal bersama kedua orang tua dan ia sebagai anak pertama, ia merasa senang karena menjadi teladan bagi adek-adeknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh supanya bisa berkumpul lagi bersama adeknya di rumah dan bisa pergi jalan bersama teman-temannya

3) Observasi :

Tampak banyak keluarga, teman datang jeguk pasien.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan alat reproduksi dan ia\ menstruasi pada umur 13 tahun kelas 1 smp.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat reproduksi kecuali menstruasi yang tidak teratur.

3) Observasi :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dapat dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia tidak suka marah kecuali adeknya yang nakal kalau tidak mau mendegar. Paien mengatakan jika ada masalah ia diskusikan bersama ibunya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas selama ia dirawat di rumah sakit karena penyakit yang dialami tidak sembuh-sembuh tapi ibunya selalu

kasih motivasi kalau dia bisa sembuh dari penyakitnya sehingga pasien tidak cemas lagi.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien rajin ke masjid untuk beribadah

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit jarang pergi beribadah ke masjid tetapi tetap rajin berdoa di tempat tidur.

3) Observasi :

Tampak ada alquran di samping pasien

5. UJI SARAF CRANIAL

a. N I *Olafactorius*

Pasien dapat mencium aroma minyak kayu putih

b. N II *Optikus*

Pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 6 cm

c. N III *Oculomotorius*

Pasien dapat mengerakkan bola mata keatas dan kebawah

d. N IV *Trochlearis*

Pasien dapat menggerakkan bola mata kearah berlawanan kekiri atas dan kekanan bawah begitupun sebaliknya

e. N VI *Abduscens*

Adanya pembesaran pupil, reflex cahaya dan pergerakna bola mata kesegala arah

f. N V *Trigeminus*

Respon sensorik tampak pasien dapat merasakan goresan kapaspada dahi pipi, dan dagu. Respon motorik tampak pasien mampu menggigit.

g. N VII *Fascialis*

Fungsi motoric tampak pasien dapat mengangkat alis, mencucurkan bibir, mengkerutkan dahi, tersenyum dan meringis. Respon sensorik tampak pasien dapat merasakan manis dan pahit dari bahan gula dan kopi

h. N VIII *Vestibulo-Acustikus*

Pasien dapat mendengarkan gesekan jari perawatan pada kedua telinga pasien

i. N IX *Glossopharyngeus*

Ulvula berada ditengah

j. N X *Vagus*

Pasien mampu menelan dengan baik

k. N XI *Accessorius*

Pasien mampu mengangkat bahu kekiri dan kekanan serta gerakan kepala

l. NXII *Hypoglossus*

Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi lurus, pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari dalam.

6. Pemeriksaan Penunjang

Nama / umur : Nn. “H” /20 tahun

Tanggal pemeriksaan : 09 Maret 2019

Ruangan / kamar : Bernadeth III B/365[1]

a. Pemeriksaan Laboratorium dan Pemeriksaan Tubex

Test / Jenis pemeriksaan	Hsil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
IMUNO SEROLOGI – INFEKSI LAIN ANTI SALMONELLA TYPHI IgM	POSITIF (+4)	NEGATIF	-	-

Test	Result	Unit	Referance Range
WBC	H 12.1	10^3/uL	4.8 – 10.2
RBC	L 3.71	10^6/uL	4.0 – 5.5
HGB	L 10.1	g/dl	12.2 – 16.2
HCT	L 29.6	%	37.7 – 47.9
MCV	L 79.8	fL	80.0 – 97.0
MCH	27.2	Pg	26.0 – 31.0
MCHC	34.1	g/dl	31.8 – 35.4
PLT	341	10^3/uL	130.0 – 400.0
RDW	H 14.7	FL	11.5 – 14.5
PDW	12.3	FL	9.0 – 13.0
MPV	10.3	FL	7.2 – 11.1
P-LCR	H 27.7	%	15.0 – 25.0
DIFF			
LYMPH	37.5	%	10.0 – 50.0
MXD	5.4	%	1.0 – 20.0
NEUT	54.1	%	37.0 – 80.0
LYMPH#	2.90	10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	0.7	10^9/L	0 – 1.2
NEUT#	4.20	10^3/Ul	1.5 – 7

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

7. Terapi obat

   Paracetamol 500mg oral

   Novaldo 500 mg/1 ampul/ IV

   Ranitidine 50 mg/ 1 ampul/ IV

   Ceftriaxone 1 gr/ IV

B. Analisa Data

Nama/Umur : Nn.” H “/ 20 Tahun

Unit/Kamar : Bernadeth III B /365 Bed[1]

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS : Pasien mengatakan: - Demam naik turun pada sore dan malam hari - Sudah demam di rumah ± 5 hari - Sakit kepala - Sudah minum obat yang dibelikan Ibunya di apotik (paracetamol) tapi demamnya belum juga turun. DO : Tampak pasien : - Berkeringat - Bibir pasien kering dan pecah-pecah - Lidah pasien putih dan mulut kotor - Badan pasien teraba hangat - Tanda-tanda vital TD:110/80mmHg N: 80x/m P: 20x/m S: 38,7^{o}c - Pemeriksaan Laboratorium - Anti salmonella thyphi igm:positif (+4) WBC 12.1, P-LCR 27.7	Penyakit	Hipertermi

2.	DS : Pasien mengatakan : - Nyeri tekan pada ulu hati - Nyeri pada ulu hati dirasakan pada saat beraktivitas dan kadang hilang-timbul - Nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk - Skala nyeri 6 berlangsung selama ± 5-10menit - Mual muntah 2 kali DO : Tampak : - ekspresi wajah meringis - Pasien memegang ulu hati - Pemeriksaan fisik abdomen palpasi :nyeri tekan pada pada ulu hati	Agen cedera biologis(infeksi salmonella thyphi)	Nyeri akut
3.	Ds : Pasien mengatakan : - Badan terasa lemeh - sejek sakit tidak dapat melekukan aktivitas seperti biasanya karna iya merasa lemas dan hanya berbaring terus di tempet tidur - Nyeri ulu hati pada saat beraktifitas,nyeri hilang timbul seperti ditusuk-tusuk - Jika beraktifitas demamnya naik turun - Merasa pusing pada saat	Tirah baring	Intoleransi aktivitas

	bangun dari tempat tidur DO : Tampak pasien: - Terbaring lemah di tempat tidur - Sebagian aktivitas pasien di bantu oleh keluarga seperti BAB, BAB, mandi, kerapihan. - Observasi Tanda-tanda Vital TD:110/80mmHg N:80x/m P:20x/m S:38,7^{o}c - Pemeriksaan Laboratorium Anti salmonella thyphi positif (+4) - HBG : 10.1 g/ dl		

Tabel 3.2 Analisa Data

C. Diangnosis Keperawatan

Nama / Umur : Nn. ” H ” / 20 Tahun

Ruangan / Kamar : Bernadeth III B/ 365 Bed [1]

No	Diagnosis Keperawatan
I	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
II	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
III	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

D. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : Nn. “H” /20 Tahun

Ruangan / Kamar : BERNADETH III B / 365 Bed 1

TANGGAL	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC) Meliputi: Mandiri,observasi, penyuluhan, kolaborasi	Rasional
1.	Hipertermi berhubungan dengan penyakit ditandai dengan : DS : Pasien mengatakan : - Demam naik turun pada sore dan malam hari - Demam di rumah kurang lebih 5 hari - Sakit kepala - Sudah minum obat yang dibelikan Ibunya di apotik tapi demamnya tidak turun. DO :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien akan menunjukkan termoregulasi dengan kriteria : 1. Termoregulasi a. Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidak terganggu). b. Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 tidak terganggu. c. Sakit kepala dipertahankan pada skala (cukup	1. Pantau suhu tubuh dan tanda-tanda vital lainnya. 2. Lembabkan mukosa bibir kering. 3. Ajarkan pasien atau keluarga dalam mengukur suhu untuk mencegah dan mengenali secara dini hipertermia. 4. Berikan kompres air hangat bila demam timbul. 5. Anjurkan asupan cairan	1. Untuk mengedintifikasi seberapa besar derajat demam pasien dan mengetahui keadaan pasien. 2. Membran mukosa kering, sehingga perlu dilakukan untuk memantau tingkat dehidrasi. 3. Penjelasan tentang cara mengkukur suhu dapat membantu pasien dan keluarga mengurangi kecemasan yang timbul. 4. Kompres hangat memberikan efek vasoditasi pembuluh darah sehingga mempercepat penguapan panas tubuh. 5. Peningkatan suhu tubuh akan

	Tampak : - Pasien berkeringat - Bibir pasien kering dan pecah-pecah - Badan pasien teraba hangat - Tanda-tanda vital TD : 110/80mmHg N : 82 x/ menit S : 38 C° P : 20x/menit - Pemeriksaan Laboratorium *Anti salmonella thyphy* IgM : Positif (+4) WBC 12.1 10^3/uL, P-LCR H 27.7%.	terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidak terganggu). d. Hipertermia dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidan terganggu).	oral sedikitnya 2 liter sehari. 6. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat 7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik	mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga diimbangi dengan asupan cairan yang banyak. 6. Pakaian yang tipis membantu mengurangi penguapan dan memberikan rasa nyaman. 7. Obat antipiretik bekerja sebagai pengaturan kembali pusat pengatur panas terutama bagian hipotalamus posterior untuk menyimpan panas.

2.	Nyeri akut Berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi salmonella thypi) ditandai dengan : DS : Pasien mengatakan : - Nyeri tekan pada uluh hati - Nyeri ulu hati dirasakan pada saat beraktivitas dan kadang hilang timbul - Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. - Pasien mengatakan berada pada skala nyeri 6 dan berlangsung selama ± 5-10 menit. - Sakit kepala dan pusing pada saat bangun - Mual, muntah 2 kali DO : Tampak : - Ekspresi wajah meringis - Pasien memegang ulu hati - Pemeriksaan fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol nyeri, tingkat nyeri, tingkat ketidaknyamanan dengan kriteria hasil : 1. Kontrol nyeri a. Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan) b. Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan). c. Menggunakan tindakan pencegahan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan) 2. Tingkat nyeri a. Nyeri yang dipertahankan pada skala 3 (sedang)	1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi,atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. 2. Observasi tanda-tanda vital. 3. Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas,bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan melalui televisi dan berinteraksi dengan pengunjung 4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (misalnya teknik relaksasi bila nyeri yang dirasakan timbul seperti latihan tarik nafas) 5. Kolaborasi dengan	1. Dengan mengkaji tingkat nyeri dapat diketahui tingkat nyeri yang dialami pasien. 2. Mengetahui keadaan umum pasien melalui pemeriksaan tanda-tanda vital. 3. Dengan mengalihkan perhatian maka pasien tidak berfokus pada nyeri 4. Dengan menarik nafas dalam terjadi relaksasi otot sehingga mengurangi nyeri yang timbul 5 Agar mengurangi nyeri

	abdomen palpasi : nyeri tekan pada ulu hati	ditingkatkan pada skala 4 (ringan) b. Ekspresi nyeri wajah dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan) c. Tidak bisa beristirahat dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan)	dokter dalam pemberian obat analgetik	sehingga meningkatkan kenyamanan istirahat
3.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring. DS : Pasien mengatakan : - Badan terasa lemas - Sejak sakit tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasa karena merasa lemas dan hanya berbaring terus di tempat tidur - Nyeri perut pada saat beraktifitas, nyeri hilang timbul seperti di tusuk-	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Peningkatan aktivitas a. Keadaan umum pasien baik dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingakatkan ke skala 5 (tidak terganggu) b. Melakukan aktivitas rutin di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu)	1. Kaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur,berdiri dan melakukan aktivitas ASK 2. Ubah posisi dengan perlahan dan pantau terhadap pusing 3. Bantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitasnya sehari-hari sesuai dengan tingkat keterbatasa pasien sepertimandi, BAB, BAK, dan kerapihan	1. Dengan mengkaji pola aktivitas pasien dapat diketahui tingkat keterbatasan sehingga diketahui tindakan yang dibutuhkan pasien. 2. Untuk mengidentifikasi masalah pasien seperti adanya hipoksie serebral 3. Bantuan sangat diperlikan oleh pasien pada saat kondisinya lemah dan perawat mempunyai tanggung jawab dalam kebutuhan sehari-hari tanpa membuat pasien

	tusuk - Bila beraktiftas demamnya sering naik turun dan merasa pusing. DO : Tampak pasien: - Terbaring lemah di tempat tidur - Sebagian aktivitas pasien di bantu oleh keluarga seperti BAB, BAB, mandi, kerapihan. - Observasi Tanda-tanda Vital TD:110/80mmHg N:80x/m P:20x/m S:38,7^{o}c - Pemeriksaan Laboratorium	c. Aktivitas fisik dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu)di tingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu)	4. Anjurkan pasien untuk tetap beristirahat dan aktivitas secara berganti 5. Berikan lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring di pantau dan dibatasi 6. Jelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan dan anjurkan pasien meningkatkan tirah baring 7. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas pasien sehari-hari.	mengalami ketergantungan 4. Dengan adanya tirah baring dapat mencegah komplikasi perdarahan usus dan mempercepat proses penyembuhan. 5. Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan menurunkan kejaringan jantung dan paru 6. Mengurangi gerakan peristaltik usus sehingga mencegah iritasi usus . 7. Partisipasi keluarga meningkatkan sikap kerja sama pasien dalam perawatan.

	Anti salmonella thypi positif (+4)			

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Nn. “H” / 20 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth III B / 365

Tanggal	Waktu	DP	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Sabtu 10-03-2019	07:15	I	Memantau suhu tubuh pasien Hasil: - Pasien mengatakan badannya hangat. - Suhu tubuh 38,7^{0}C.	Anas
		I	Memberikan kompres air hangat Hasil: - Memberikan kompres air hangat di dahi pasien.	Anas
		I	Melembabkan bibir yang kering Hasil: - Pasien mengatakan akan minum air putih. - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah jeruk manis.	Anas
		I	Menganjurkan minum air putih sedikitnya 2 liter sehari Hasil: - Pasien minum air putih 500cc.	Anas
	08:00	I	Pemberian obat Hasil: - Paracetamol 500 mg oral 1 tablet.	Anas dan kakak perawat

	08:30	III	Membantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari (mandi) Hasil: - Perawat membantu membersihkan badan pasien (lap basah).	Anti
		I	Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Hasil: - Pasien mengatakan bersedia mengikuti anjuran perawat. - Tampak pasien memakai baju kaos tipis.	Anti
		I	Mengajarkan pasien atau keluarga dalam mengukur suhu Hasil: - Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti cara mengukur suhu menggunakan termometer digital.	Anti
	10:00	I,II,III	Memantau suhu tubuh dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 110/80 mmHg - N : 80x/menit - S : 37^{o}C	Anas

			- P : 19x/menit	
		II	Melakukan pengkajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri ulu hati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk tusuk. - Durasi nyeri sekitar 10 menit. - Nyeri berada pada skala 5. - Tampak pasien meringis.	Anas
		II	Mengajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam Hasil: - Pasien mampu melakukan anjuran perawat dengan tarik napas dalam.	Anas
	10:15	I,II	Pemberian obat Hasil: - Novaldo 1 ampul/ IV - Ceftriaxone 1 gr/ IV - Ranitidin 1 ampul/ IV	Anas dan kakak perawat
	11:00	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman Hasil: - Pasien saat ini berbaring dengan posisi semi fowler.	Anny

		II	Membantu pasien untuk pengalihan nyeri melalui televisi dan berinteraksi dengan keluarga Hasil: - Pasien tampak sedang bercerita dengan keluarga.	Anny
	12:30	III	Menjelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan Hasil: - Pasien mengatakan mengerti atas penjelasan perawat.	Neni
		III	Memberikan lingkungan yang tenang dan pertahankan tirah baring Hasil: - Memberi tahu keluarga pasien untuk tidak ribut dan usahakan pasien jangan banyak aktivitas.	Neni
		III	Menganjurkan pasien untuk tetap beristirahat Hasil: - Tampak pasien sedang berbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler.	Neni

	14:30	III	Mengkaji kemampuan pasien untuk berpindah tempat Hasil: - Pasien mengatakan badan terasa lemas. - Pasien mengatakan sejak sakit tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karena merasa lemas dan berbaring di tempat tidur. - Pasien mengatakan jika beraktivitas selalu merasa pusing. - Tampak pasien lemah dan pucat.	Neni
		III	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan aktivitas sehari hari Hasil: - Pasien mengatakan masih pusing saat ingin duduk dan berdiri. - Tampak pasien di bantu keluarga pergi ke kamar mandi untuk BAB. - Tampak pasien berbaring di tempat tidur.	Neni
	16:00	I,II,III	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD :100/70 mmHg - N : 80x/menit	Neni

			- S : 38^{0}C - P : 18x/menit	
		I	Pemberian obat Hasil: - Paracetamol 500mg oral 1 tablet	Neni dan kakak perawat
		I	Memberikan kompres air hangat Hasil: - Perawat sedang memberikan kompres air hangat di dahi pasien.	Neni
		I	Menganjurkan pasien untuk minum air putih sedikitnya 2 liter sehari Hasil: - Pasien mengatakan menghabiskan air putih 200cc	Neni
	17:00	II	Melakukan pengkajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan masih nyeri pada ulu hati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk tusuk. - Durasi nyeri sekitar 7 menit. - Nyeri berada pada skala 5. - Tampak pasien meringis dan keringat	Anas

		II	Mengarkan teknik relaksasi Hasil: - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam.	Anas
	18:30	III	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari hari (membantu makan) Hasil: - Tampak keluarga sedang membantu pasien dalam pemberian makan.	Anti
		III	Memberikan posisi yang nyaman Hasil: - Tampak pasien berbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler.	Anti
	20:00	III	Memberikan lingkungan yang tenang dan pertahankan tirah baring Hasil: - Pasien mengatakan lebih suka tidur dengan lampu di matikan.	Neni
		III	Menganjurkan pasien untuk tetap beristirahat	Neni

			Hasil: - Tampak pasien bebaring di tempat tidur dengan posisi terlentang.	
	22:00	I,II	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 110/70 mmHg - N : 80x/menit - S : 37,8^{o}C - P : 18x/menit	Anas
		I,II	Pemberian obat Hasil: - Novaldo 1 ampul/ IV - Ceftriaxone 1gr/ IV - Ranitidin 1 ampul/ IV	Anas dan kakak perawat
	24:00		- Paracetamol 500 mg oral	
	05:30	I,II,III	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 100/80 mmHg - N : 80x/menit - S : 37,2^{o}C - P : 20x/menit	Anny
	06:00	I	Menganjurkan minum air putih Hasil: - Tampak pasien sedang minum air putih 250cc.	Anti

Minggu, 11 Maret 2019	07:30	II	Melakukan pengakajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk tusuk. - Durasi nyeri sekitar 5 menit. - Nyeri berada pada skala 4. - Tampak pasien sedikit meringis.	Anas
		II	Mengajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam Hasil: - Pasien mampu melakukan anjuran perawat dengan melakukan tarik napas dalam.	Anas
		II	Membantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas bukan pada nyeri dengan cara menonton televisi dan berinteraksi dengan pengunjung Hasil: - Tampak pasien sedang bercerita dengan keluarga.	Anas
		I	Pemberian obat Hasil: - Paracetamol 500 mg oral 1 tablet	Anas dan kakak perawat

	08:00	III	Membantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitas sehari hari (mandi) Hasil: - Perawat sedang membantu membersihkan badan pasien (lap basah).	Anas
	08:30	I	Menganjurkan pasien memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Hasil: - Tampak pasien memakai baju kaos yang tipis.	Angel
		III	Memberikan pasien posisi yang nyaman Hasil: - Pasien sedang berbaring dengan posisi semi fowler.	Angel
	10:00	I,II,III	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 110/70 mmHg - N : 76x/menit - S : 36,8^{o}C - P : 18x/menit	Anas
		I,II	Pemberian obat Hasil: - Novaldo 1 ampul/ IV - Ceftriaxone 1gr/ IV	Anas dan kakak perawat

			- Ranitidin 1 ampul/ IV	
		I	Melembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering Hasil: - Tampak bibir pasien masih kering dan pecah-pecah. - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah jeruk manis.	Anas
	12:00	III	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari (makan) Hasil: - Keluarga pasien mengatakan selalu membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien. - Tampak keluarga sedang membantu pasien makan.	Neni
		I	Menganjurkan minum air putih Hasil: - Pasien minum air putih 250cc.	Neni
	13:00	III	Mengkaji kemampuan pasien untuk berpindah tempat Hasil: - Pasien mengatakan badan masih terasa lemas saat	Neni

			ingin berpindah tempat. - Pasien mengatakan bila ingin berdiri dan berjalan kepalanya masih pusing dan terasa mau jatuh. - Tampak paien terbaring di tempat tidur.	
		III	Memberikan lingkungan yang tenang dan pertahankan tirah baring Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman ketika keluarga pasien yang lain tidak ribut. - Pasien mengatakan tetap berbaring dan tidak melakukan banyak aktivitas.	Neni
		III	Menjelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan Hasil: - Pasien mengatakan sudah membatasi akitvitasnya.	Neni
		III	Menganjurkan pasien untuk tetap beristirahat Hasil: - Pasien mengatakan tidak melakukan banyak aktivitas	Neni

			dan lebih banyak beristirahat. - Tampak pasien sedang berbaring.	
	16:00	I,II	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 110/70 mmHg - N : 80x/menit - S : 38,2^{o}C - P : 18x/menit - Pasien mengatakan masih demam. - Pasien mengatakan badannya hangat. - Badan pasien teraba hangat. - Keadaan umum pasien membaik.	Neni
		I	Pemberian obat Hasil: - Paracetamol 500 mg oral 1 tablet	Neni dan kakak perawat
		I	Memberikan kompres air hangat Hasil: - Perawat melakukan kompres air hangat di dahi pasien	Neni
	18:30	III	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas	Anas

			sehari-hari (makan) Hasil: - Keluarga sedang membantu pasien makan.	
		I	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil: - Pasien minum air putih 500cc.	Neni dan kakak perawat
	19:00	II	Melakukan pengkajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri ulu hati mulai berkurang. - Pasien mengatakan durasi nyeri masih sekitar 3 menit. - Pasien mengatakan nyeri masih berada pada skala 4. - Tampak pasien sedikit meringis.	Anas
		III	Memberikan lingkungan yang tenang dan mempertahankan tirah baring Hasil: - Pasien mengatakan merasa tenang saat pengunjung di batasi.	Neni
	22:00	I,II,III	Memantau suhu tubuh dan tanda-tanda vital lainnya Hasil:	Anas

			- TD : 100/70 mmHg - N : 80x/menit - S : 37,7^{o}C - P : 20x/menit	
	24:00	I	Pemberian obat Hasil: - Novaldo 1 ampul/ IV - Ceftriaxone 1 gr/ IV - Ranitidin 1 ampul/ IV - Paracetamol 500mg oral	Anas dan kakak Perawat
		III	Menganjurkan pasien untuk beristirahat Hasil: - Tampak pasien sedang berbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang.	Neni
	05:30	I,II,III	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 100/80 mmHg - N : 80x/menit - S : 36,8^{o}C - P : 18x/menit	Anas
Senin, 12 Maret 2019	07:30	II	Melakukan pengkajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang. - Tampak pasien rileks. - Skala nyeri 2	Anas

	08:00	III	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari hari (mandi) Hasil: - Keluarga pasien mengatakan sudah memandikan pasien. - Keluarga pasien mengatakan selalu membantu dalam pemenuhan kebutuhan pasien.	Anas
	09:00	III	Mengakji kemampuan pasien untuk berpindah tempat Hasil: - Pasien mengatakan jika ingin berdiri dan berjalan kepalanya masih pusing. - Pasien mengatakan belum bisa berpindah tempat sendiri. - Pasien mengatakan tidak melakukan banyak aktivitas. - Tampak pasien berbaring di tempat tidur dan tidak melakukan aktivitas.	Neni
	10:00	I,II,III	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 110/70 mmHg	Anas

			- N : 78x/menit - S : 36,5^{o}C - P : 18x/menit	
		I	Pemberian obat Hasil: - Ceftriaxone 1 ampul/ IV	Neni dan kakak perawat
		I	Menganjurkan pasien untuk tetap minum air putih Hasil: - Pasien minum air putih 300cc	Anas
		III	Memberikan pasien posisi yang nyaman Hasil: - Perawat memberi pasien posisi semi fowler.	Anas
	12:00	III	Menjelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan Hasil: - Keluarga pasien mengatakan selalu membantu dalam pemenuhan aktivitas pasien untuk membatasi aktivitas pasien.	Neni
		III	Memberikan lingkungan yang tenang dan pertahankan tirah	Anti

			baring Hasil: - Pasien mengatakan merasa tenang dengan lingkuangan yang tidak ribut. - Tampak pasien berbaring di tempat tidur dan tidak melakukan aktivitas.	
		III	Menganjurkan pasien untuk tetap beristirahat Hasil: - Pasien mengatakan selama di rawat lebih memperbanyak istirahatnya.	Anny
	16:00	I,II,III	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: - TD : 110/70 mmHg - N : 82x/menit - S : 36,7^{o}C - P : 22x/menit	Neni
	18:30	III	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari (makan) Hasil: - Keluarga sedang membantu pasien makan.	Neni
	20:00			

		III	Memberikan lingkungan yang tenang dan mempertahankan tirah baring Hasil: - Pasien mengatakan nyaman dengan situasi kamar yang tenang tanpa keributan.	Neni
		II	Melakukan pengkajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi. - Tampak pasien rileks. - Skala nyeri 2	Neni

Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Nn. “H” / 20 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth III B / 365

Tanggal	Evaluasi	Perawat
sabtu 10 Maret 2019 (Hari ke 1)	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan badannya hangat. O : - Badan pasien teraba hangat. - Tampak pasien lemas. - Observasi TTV TD :110/80 mmHg N : 80x/menit S : 38,7^{0}C P : 19x/menit A: Pasien belum menunjukkan tanda termoregulasi P: Lanjutkan intervensi 1-7 pada perencanaan DP II : Nyeri akut Berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi salmonella thyphi) S : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk tusuk. - Durasi nyeri sekitar 10 menit. - Nyeri berada pada skala 5. O : - Tampak pasien meringis A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1-6 pada perencanaan	Neni dan Anastasia

	DP III : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring S : - Pasien mengatakan badan terasa lemas. - Pasien mengatakan sejak sakit tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasa karena merasa lemas dan berbaring di tempat tidur. - Pasien mengatakan jika beraktivitas selalu merasa pusing. O : - Tampak pasien lemah dan pucat. - Tampak pasien di bantu keluarga pergi ke kamar mandi untuk BAB. - Observasi TTV TD : 110/80 mmHg N : 80x/menit S : 38,7^{o}C P : 19x/menit A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1-7 pada perencanaan	
Minggu 11 Maret 2019 (Hari ke 2)	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan masih demam. - Pasien mengatakan badannya hangat. O: - Badan pasien teraba hangat. - Observasi TTV TD : 100/70 mmHg N : 80x/menit S : 37,7^{0}C P : 20x/menit	Neni dan Anastasia

	A: Pasien belum menunjukkan tanda termoregulasi P: Lanjutkan intervensi 1-7 pada perencanaan DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi salmonella thypi) S: - Pasien mengatakan nyeri ulu hati mulai berkurang. - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. - Durasi nyeri sekitar 5 menit. - Nyeri berada pada skala 4. O: - Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur. - Tampak pasien sedikit meringis. - Observasi TTV: TD : 100/70 mmHg N : 80x/menit S : 37,7^{0}C P : 20x/menit A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1-6 pada perencanaan DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring S: - Pasien mengatakan badan masih terasa lemas saat ingin berpindah tempat. - Pasien mengatakan bila ingin berdiri dan berjalan kepalanya masih pusing dan terasa mau jatuh.	

Senin 12 Maret 2019 (Hari ke 3)	O: - Tampak pasien terbaring di tempat tidur. - Tampak keluarga membantu pasien makan. - Observasi TTV: TD : 100/70 mmHg N : 80x/menit S : 37,7^{0}C P : 20x/menit A: Intoleransi aktivitas belum teratasi P:Lanjutkan intervensi 1-7 dalam perencanaan DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: - Pasien mengatakan sudah tidak demam. O: - Suhu tubuh 36,7^{0}C. A: Pasien sudah menunjukkan tanda termoregulasi P: Hentikan intervensi DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis S: - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi. O: - Tampak pasien sudah rileks. - Skala nyeri 2. A: Nyeri akut sudah teratasi P: Hentikan intervensi DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring S:	Neni dan Anastasia

	- Pasien mengatakan jika ingin berdiri dan berjalan kepalanya masih pusing. - Pasien mengatakan belum bisa berpindah tempat sendiri. O: - Tampak keluarga sedang membantu pasien makan. A: Intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1-6 pada perencanaan	

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

G. Daftar Obat

1. Paracetamol
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antipiretik
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : jika pasien demam
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Kerjanya dengan menghilangkan produksi prostaglandin (senyawa penyebab inflamasi) tapi obat ini hanya sedikit memiliki khasiat anti inflamasi dan fungsinya meringankan rasa sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien : karena pasien demam dan merasa sakit kepala.
   g. Kontra indikasi : jangan menggunakan paracetamol untuk pasien yang memiliki riwayat hipersensitif.
   h. Efek samping : ruam atau pembengkakan biasa menjadi tanda dari reaksi alergi, kerusakan hati dan ginjal, ketika di ambil pada dosis lebih tinggi dari yang direkomendasikan (overdosis).

2. Novaldo
   a. Klasifikasi/golongan obat : anti inflamasi Non Steroid (AINS)
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien : 1 Amp/12 jam
   d. Cara pemberian obat : intravena/bolus
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Merupakan kelompok obat antiinflamasi nonsteroid yang memiliki fungsi sebagaipenghilang rasa sakit, antispasmodic (meredakan kejang otot) dan penurun demam.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan pada pasien di berikan obat ini karena obat ini bekerja untuk menurunkan demam.
g. Kontrol indikasi : Pasien dengan tekanan darah sistolik < 100 mmHg. Pasien dengan agranulositosis, Hmil, laktas, Bayi <3 bulan atau BB<5kg.
h. Efek samping obat : Reaksi hipersensitivitas pada kulit (kemerahan pada kulit)agranulositosis.

3. Ranitidine
   a. Klasifikasi /golongan obat : antisida
   b. Dosis umum : 300mg/hari
   c. Dosiss untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp/12
   d. :Cara pemberian obat : intravena/bolus
   e. Mekanisme kerja obat : obat ini bekerja untuk menurunkan kadar asam berlebihan yang diproduksi oleh lambung sehingga rasa sakit dapat redah dan luka pada lambung perlahan-lahan akan sembuh. Selain mengobati, ranitidine juga dapat digunakan untuk mencegah munculnya gejala-gejala gangguan pencernaan akibat mengonsumsi makanan tertentu.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien nyeri uluh hati.
   g. Kontrol indikasi : penderita yang hipersekresi terhadap obat
   h. Efek samping:

      Sakit kepala, takikardi. Bradikardi, SSP jarang terjadi, malaise vertigo, mengantuk, depresi.

4. Ceftriaxsone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 100 mg
   c. Dosis umum pasien yang bersangkutan : 1 gram/iv/12 jam

d. Cara pemberian obat : Intravena
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ceftriaxone merupakan antibiotik yang bersifat bakterisidal dan bekerja dengan cara menghambat enzim yang bertanggung jawab dalam pembentukan dinding sel.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :meringankan dan mengurangi nyeri perut, dan mengatasi terjadinya infeksi baik pada pembuluh darah maupun pada sendi.
g. Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap cephalosporin dan penicillin (sebagai reaksi alergi silang).
h. Efek samping obat : Iritasi, nyeri pada tempat injeksi, mual, muntah.

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 “H” berusia 20 tahun, dengan gangguan sistem pencernaan “Demam *Thypoid*” diruang perawatan Bernadeth IIIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari berturut-turut mulai dari tanggal 10 – 12 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 dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan data-data pengkajian penulis mendapatkan data Nn “H” berumur 20 tahun dengan diagnosa medik demam *thypoid.* Pasien mengatakan ± 5 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami demam serta menggigil, demam naik turun pada sore dan malam hari. Pasien juga mengeluh sakit kepala, nyeri bagian otot, pusing, mual, muntah 2 kali dan merasakan nyeri tekan dibagian ulu hati. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat beraktivitas dan kadang hilang timbul, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6 dan berlangsung ± 5-10 menit. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti BAB, BAK, berpakaian, makan, mandi. Tampak pada lidah pasien terlihat putih dan mulut tampak kotor, bibir kering dan pecah-pecah. Hasil pemeriksaan fisik, TD :110/70mmHg, S : 38,7^{0}c, N :80x/menit, P :20x/menit, dan hasil

pemeriksaan laboratorium : pemeriksaan Tubex anti *salmonella thypi* IgM (+4), WBC 12.1 10^3/uL, P-LCR H 27.7%.

Berdasarkan data yang didapatkan pada pasien Nn “H”, 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 *hipotalamus (Nasrah 2015).*

Pada pasien Nn. “H” mengalami mual dan muntah 2 kali karena *Human salmonella thypi* yang masuk kedalam lambung menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga terjadi mual, muntah dan pada pasien terdapat lidah kotor (putih), karena ketika bakteri salmonella thypi masuk kedalam tubuh, tubuh berusaha membasmi infeksi dengan mengerahkan sistem imun. Sel darah putih dan semua perangkatnya bekerja keras menghancurkan bakteri, membentuk antibody untuk menetralkan musuh sehingga pada penderita demam *thypoid* nampak pada permukaan lidah berwarna putih dan tepinya berwarna kemerahan. Hal ini juga dipengaruhi oleh kurangnya asupan cairan yang menyebabkan kelembaban bibir kering dan pecah-pecah. (Muttaqin,2015).

Berdasarkan data dari pengamatan kasus di atas, menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang diangkat penulis karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teori.

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami demam 38,7^{0}c, sakit kepala, keringat dingin, badan pasien teraba panas, tampak bibir kering dan pecah-pecah, observasi tanda-tanda vital (TTV) pasien yaitu : TD : 110/80 mmHg, N : 80x/menit, P : 20x/menit, S : 38,7^{0}C. `

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien merasa nyeri di bagian perut dan ulu hati, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan berlangsung ± 5-10 menit, nyeri menetap pada bagian perut, nyeri yang dirasakan hilang timbul, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6. Tampak pasien memegang bagian perut, tampak ekspresi wajah meringis. Tampak pasien gelisah.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan badannya terasa lemas, pasien mengatakan semenjak sakit tidak bisa melakukan aktivitas apapun karena iya merasa lemas dan hanya berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti mandi, BAB, BAK, kerapihan, mandi dan makan, pasien mengatakan nyeri timbul apabila melakukan aktivitas, tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur.

Pada teori terdapat 5 diagnosa keperawatan, namun penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang ditemukan pada pasien. Adapun diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat oleh penulis yaitu:

1. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/muntah. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karna tidak ada data-data yang mendukung bahwa pasien mengalami perubahan nutrisi. Karena apabila pasien mengalami perubahan nutrisi data-data yang menunjang yaitu 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 berata badan. Berat badan pasien sekarang adalah 21kg, Karna pola makan pasien masih teratur yaitu 3 kali/hari. Setiap makan pasien mampu menghabiskan ¼ porsi yang diberikan seperti bubur.
2. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pasien sudah mengetahui penyakitnya yang diderita dan keluarga sudah dapat melakukan tindakan untuk menurunkan suhu tubuh pasien dengan cara memberikan obat dan mengompres pasien dengan menggunakan air hangat.

C. Perencanaan Keperawatan

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Pada diagnosa ini penulis membuat 7 intervensi sesuai keadaan pasien yaitu : Pantau suhu tubuh dan tanda-tanda vital lainnya, lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering, anjurkan pasien

atau keluarga dalam mengukur suhu untuk mencegah dan mengenali secara dini hipertermia, berikan kompres air hangat bila demam timbul, anjurkan asupan cairan oral sedikit 2 liter sehari, anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik.

2. Nyei akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu : Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, observasi tanda-tanda vital, bantu pasien lebih berfokus pada aktivitas bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan televisi, hp, atau berinteraksi dengan pengunjung, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (misalnya teknik bila nyeri yang dirasakan timbul seperti latihan tarik nafas), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

   Pada diagnosa ini penulis membuat 7 intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu : Kaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri dan melakukan aktivitas ASK, Ubah posisi dengan perlahan dan pantau terhadap pusing, bantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitasnya sehari-hari sesuai dengan tingkat keterbatasan pasien seperti mandi, BAB, BAK, dan kerapihan, anjurkan pasien untuk tetap beristirahat dan beraktivitas secara berganti, berikan lingkungan yang tenang perhatikan tirah baring di pantau dan dibatasi, jelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan dan anjurkan pasien meningkatkan tirah baring, libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas pasien sehari-hari.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam meleksanakan tindakan keperawatan selalu beriorentasi pada rencana yang telah dibuat terlebih dahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Pelaksanaan 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 Pantau suhu tubuh dan tanda-tanda vital lainnya, lembabkan mukosa bibir yang kering, anjurkan pasien atau keluarga dalam mengukur suhu untuk mencegah dan mengenali secara dini hipertermia, berikan kompres air hangat bila demam timbul, anjurkan asupan cairan oral sedikit 2 liter sehari, anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini yaitu lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, observasi tanda-tanda vital, bantu pasien lebih berfokus pada aktivitas bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan televisi, hp, atau berinteraksi dengan pengunjung, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (misalnya teknik bila nyeri yang dirasakan timbul seperti latihan tarik nafas), hadir di dekat pasien

untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dengan melakukan perubahan posisi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

   Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini yaitu kaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri dan melakukan aktivitas ASK, Ubah posisi dengan perlahan dan pantau terhadap pusing, bantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitasnya sehari-hari sesuai dengan tingkat keterbatasan pasien seperti mandi, BAB, BAK, dan kerapihan, anjurkan pasien untuk tetap beristirahat dan beraktivitas secara berganti, berikan lingkungan yang tenang perhatikan tirah baring di pantau dan dibatasi, jelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan dan anjurkan pasien meningkatkan tirah baring, libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas pasien sehari-hari.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah langka akhir dari proses keperawatan yang menjadi penentu apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Dari hasil evaluasi yang dilaksanakan penulis selama 3 hari yaitu mulai dari tanggal 10-12 Maret 2019, didapat hasil sebagai berikut :

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Berdasarkan kasus yang ditemukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien menunjukkan termoregulasi tidak ada gangguan dengan kriteria hasil: pasien melaporkan tidak demam lagi, suhu tubuh dalam batas normal (36,37^{0}C), dan pada evaluasi terakhir hasil yang diperoleh dari tindakan keperawataan yang penulis lakukan antara lain: pasien mengatakan tidak demam

lagi, suhu tubuh 36,7^{0}C. Masalah hipertermi pada pasien teratasi dan menunjukkan status termoregulasi baik.

(36,5^{o}C-37^{0}C) pada pasien

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

   Berdasarkan kasus yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu: setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam, pasien akan memperlihatkan pengontrolan nyeri dengan kriteria hasil: ekspresi pada wajah tidak meringis, hal ini dapat dilihat dengan evalusi terakhir yaitu pasien mengatakan tidak merasakan nyeri lagi seperti nyeri tekan pada ulu hati, nyeri otot dan pusing, pasien tampak rileks dan pasien berada dalam skala 2. Masalah nyeri pada pasien teratas dari evaluasi hari terakhir, masalah teratasi.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

   Berdasarkan kasus yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, pasien akan memperlihatkan peningkatan dalam beraktivitas, hal ini dapat dilihat dari evaluasi hari terakhir ditandai dengan pasien mengatakan belum bisa berpindah sendiri dan pasien mengatakan jika iya ingin berdiri dan berjalan kepalanya masih pusing, sebagian aktivitas pasien masih dibantu sepeti mandi, BAB, BAK. Sehingga intoleransi aktivitas pada pasien belum teratasi. Alasan yang diperkuat untuk intoleransi aktivitas belum teratasi adalah pasien masih belum mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga, dan hasil pemeriksaan laboratorium HBG : 10.1 g/dl.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Nn. “H” dengan Demam *thypoid* di ruangan Bernadeth III /365 Bad 1 Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 10 Maret 2019 sampai dengan 12 Maret 2019, maka penulis dapat memberikan simpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada pasien Nn. “H” dengan demam *typhoid* maka penulis menemukan beberapa data : pasien mengatakan demam selama ± 5 hari di rumah, demam naik turun di sertai menggigil pada sore dan malam hari, mual, muntah 2 kali, sakit kepala, nyeri pada otot, pasien merasa pusing, pasien merasa nyeri tekan pada ulu hati, nyeri dirasakan pada saat beraktivitas dan kadang hilang timbul, nyeri dirasakan sepeti tertusuk-tusuk dan berlangsung ± 5-10 menit, nyeri menetap pada bagian ulu hati. Pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan semenjak sakit tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya karena iya hanya terbaring di tempat tidur. Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti BAB, BAK, mandi, makan. Tampak pasien berkeringat, tampak wajah meringis, tampak lidah terlihat putih, bibir pasien kering dan pecah-pecah, badan pasien teraba hangat. Pemeriksaan laboratorium : *Antisalmonella thypi/IgM (+4).* WBC 12.1 10^3/uL, P-LCR H 27.7%.

2. Masalah keperawatan yang muncul pada Nn. “H”
    a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
    b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
    c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
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 yang telah dibuat dengan bekerja sama dengan pasien, keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasil yang maksimal.
5. Hasil evaluasi akhir :

    Diagnosa hipertermi dan nyeri akut sudah teratasi Untuk diagnosa “intoleransi aktivitas belum teratasi, karena pasien masih pusing dan pasien masih merasa lemah terutama aktivitasnya masih di bantu oleh keluarga.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam urutan-urutan diatas, maka penulis mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan dan derajat kesehatan, guna kemajuan keperawatan profesional dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat antara lain:

1. Bagi pasien dan keluarga

    Diharapkan bagi pasien mampu mengubah pola hidupnya menjadi pola hidup yang sehat dengan mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, serta memperhatikan kebersihan makanan tersebut, istirahat yang cukup, menciptakan lingkungan yang bersih dan juga kebersihan diri, lingkungan sehingga mencegah terjadinya Demam *Thypoid.*

2. Institusi Rumah Sakit

   Melaksanakan pendidikan kesehatan kepada pasien demam thypoid dan keluarga agar meningkatkan status kesehatan *pasien.*

3. Institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan dapat memperbanyak buku-buku di perpustakaan tentang Demam *Thypoid* dan menghasilkan lulusan mahasiswa-mahasiswi yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat yang profesional bagi masyarakat.

4. Masyarakat

   Hendaknya memperhatikan kesehatan lingkungan dan kebersihan diri, tidak sembarang makan makanan yang sudah tercemar, agar tidak terjadi penyakit demam *thypoid.*

DAFTAR PUSTAKA

Ardiansyah M. 2012. *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: DIVA Press

Badan bidang pengendalian penyakit dan penyehat lingkungan hhtp://dinkes-sulsel.go.id/pdf/profil-dinkes,2012,pdf diakses tanggal 3 April 2019

Dermawan Deden, Rahayuningsih T. 2010. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan.* Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Depkes. (2014). Pembangunan kesehatan masyarakat http//ww.dinkes.co.id. Diakses 05 Mei 2019.

Dinkes Prov Sul Sel, 2014, Demam Thypoid, diakses 02 April 2019.

Medical Record RS Stella Maris Makassar. 2016,2018.*Statistik Penyakit Demam Thypoid.* Makassar : RS. Stella Makassar.

Muttaqin, A., & Sari, K. (2015). Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta; Salemba Medika.

Nasrah, Siti; Intang, Andi; Bahar, Burhanuddin;. (2015). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesembuhan Pasien Penderita Thypoid Di Ruang Perawat interna RSUD Kota Makassar. Jurnal Ilmiah Kesahatan, 673-674.* ejournal. stikesnh.ac.id/index.php/jikd. Diakses tangaal 2 Maret 2019.

Nurif, Huda Amin. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diangnosa Medis dan Nanda NIC NOC*. Yogyakarta : Mediaction.

Padilla. (2013). Asuhan Keperawatan penyakit dalam. Yogyakarta: Nuha Medika

Suarnianti. 2016. *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*. Yogyakarta : Indomedia Pustaka.

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

Titik Lestari. (2016). Asuhan Keperawatan Anak. Yogyakarta: Nuhu medika.

http://repository.ump.ac.id/3897/2/DEDI%20AGUS%20NANDAR%20BAB 1 WHO.2014.pdf. Diakses pada tanggal 24 April 2019 pukul 20.30 WITA.

https //mediskus .com / fungsi dan indikasi obat paracetamol demam ***thypoid*** . Diakses 14 April 2019. Pkl 21.30 WITA.

https://hellosehat.com/obat/ceftriaxsone/. Diakses 14 April 2019 pukul 21.33WITA.

http://www.kerjanya.net/faq/5185-ranitidin.html. Diakses 14 April 2019 pukul 21.35 WITA.

https://www.farmasi-id.com/novaldo/. Diakses 14 April 2019 pukul 21.39 WITA.

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Anastasia Siola (E1614401044)

Neni Sombo Bamba (E1514401057)

Kelas : IIIB/DIII

Pembimbing : Rosmina Situngkir, Ns , M.Kes

NO	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1	Kamis 14 Maret 2019	Konsul Bab II.	Sumber yang diambil dari buku dan jurnal	
2	Senin 18 Maret 2019	Konsul Bab I	Lengkapi data-data yang yang terkait dengan kasus *Thypoid*.	
3	Rabu 20 Maret 2019	Konsul Pengkajian, intervensi, analisa data dan implementasi	Kata-kata harus di ilmiahkan. implementasi sesuaikan dengan diagnosa dan hrus realistis.	
4	Senin 08 April 2019	Konsul Implementasi dan Evaluasi	Diagnosa harus berurutan supaya tau di perbaiki	
5	Selasa 09 April 2019	Konsul Implementasi dan Evaluasi	Perbaiki kata-kata dalam implementasi dan evaluasi Bahasa yang digunakan harus imliah.	
6	Rabu 10 April 2019	Konsul Bab IV	Pembahasan dilakukan pada	

			pengkajian , diagnosa, perencanaan dan evaluasi Kesenjangan yang ditulis antara teori dan data yang ditemukan di kasus	
7	Selasa 23 April 2019	Konsul Bab I, Bab II, Bab IV	Perbaiki sesuai koreksi Pada Bab I pengaturan harus jelas sesuai dengan yang diambil	
8	Senin 29 April 2019	Konsul Bab I, Bab II, Bab III, Bab IV dan Bab V Konsul Patoflowdiagram	Perbaikan latar belakang Penulisan disederhanakan oleh penggunaan kata-kata yang sama Patoflowgram ACC	
9	Kamis 22 Mei 2019	Bab I Bab II Bab III Bab IV Bab V	Tinggal Perbaiki pengetikan Konsul kembali dari halaman sampai daftar pustaka	
10	Selasa 14 Mei 2019	ACC Bab I, Bab II, Bab III, Bab IV dan Bab V	Konsul dari halaman sampai daftar pustaka. ACC	