KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH :

APRILIANTI PAEMBONAN
E1614401047
ARNIATI BUE'
E1614401048

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmia judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "C" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : APRILIANTI PAEMBONAN (E1614401047)
ARNIATI BUE' (E1614401048)

Disetujui Oleh :

Pembimbing

Mery Solon, Ns.,M.Kes
NIDN.0910057502

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "C" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa, 21 Mei 2019
Pukul	: 11.00 – 12.30 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Rosdewi, S.kp., MSN (.....)
2. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN (.....)
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Sipnanus Abdu,S.Si,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Aprilianti Paembonan
Tempat/Tanggal Lahir	: Lombongan, 03 April 1998
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Lamadukelleng no. 8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Paulus Tulak Paembonan/ Sriatun
Agama	: Kristen protestan
Pekerjaan	: Karyawan swasta
Alamat	: Kalimantan (Berau)

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 06 Sesean	: Tahun 2004 - 2010
SMPN 01 Sesean	: Tahun 2010 - 2013
SMAN 03 Toraja Utara	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Arniati Bue’
Tempat/Tanggal Lahir	: Paun, 26 November 1998
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Pampang 2 lorong 5

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Tato’ Maraya / Liu
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Paun

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 196 Simbuang	: Tahun 2004 - 2010
SMPN 1 Simbuang	: Tahun 2010 - 2013
SMK Toraja Wisata Rantepao	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa oleh karena atas rahmat dan karunian-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang Berjudul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "C" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar program DIII keperawatan. Penulis menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak baik berupa moral maupun materi, sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu,Ssi,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dengan sabar dan bijaksana.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Sc selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Program DIII STIK Stella Maris Makassar dan sebagai dosen pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan penulis, serta telah meluangkan waktu dan tenaga dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Dr. Thomas Soeharto, MMR selaku direktur RS Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk Karya Tulis ilmiah ini.
5. Seluruh staf dosen, pegawai, dan pembimbing lainnya yang telah mendidik, mengarahkan dan membimbing penulis sehingga dapat menyelesiakan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. KepaLa bagian, pembimbing praktek dan para pegawai di ruang perawatan St. bernadeth III.B RS Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Tn. “C” selaku pasien di RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teristimewa kepada Orang tua tercinta Yang selalu memberi dukungan dan motivasi kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat-sahabat, teman-teman asrama, teman-teman DIII yang telah membantu dan selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan karena keterbatasan dan pengalaman ilmu yang dimiliki oleh penulis. Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati, penulis mengharapkan kritikan dan saran dari para pembaca yang sifatnya membangun dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, 13 Mei 2019

DAFTAR ISI

Hal

LEMBAR JUDUL
LEMBAR PENGESAHAN
LEMBAR PERSETUJUAN
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 3
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 11
4. Patofisiologi 12
5. Manifestasi Klinik 13
6. Test Diagnostik 13
7. Penatalaksanaan Medik 15
8. Komplikasi 17
B. Konsep Dasar Keperawatan 18
1. Pengkajian 18
2. Diagnosa Keperawatan 19
3. Intervensi Keperawatan 19
4. Discharge Planning 26
C. Patoflowdiagram 27

BAB III PENGAMATAN KASUS 29

A. Pengkajian 30
B. Analisa Data 49
C. Diagnosa Keperawatan 52
D. Intervensi Keperawatan 53
E. Implementasi Keperawatan..... 59
F. Evaluasi Keperawatan 83

BAB IV PEMBAHASAN 92

BAB V PENUTUP..... 97
A. Kesimpulan 97
B. Saran 98

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi usus halus.....7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram demam thypoid 27
Gambar 2.3 Genogram pasien.....32

GAMBAR TABEL

Gambar 3.1 Pemeriksaan laboratorium…….47
Gambar 3.2 Analisa data……...49
Gambar 3.3 Diagnosa keperawatan……52
Gambar3.4 Intervensi keperawatan…….53
Gambar 3.4 Implementasi keperawatan…….59
Gambar 3.5 Evaluasi keperawatan……...83

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang. Ditinjau dari segi kesehatan, negara-negara berkembang berpotensi tinggi dalam penyebaran penyakit infeksi yang disebabkan oleh karena perekonomian negara berkembang rata-rata masih rendah, hal ini menyebabkan penduduk tidak mempunyai cukup dana untuk masalah kesehatan. Faktor lain yang turut mempengaruhi tiggginya penyebaran penyakit menular di Negara berkembang seperti Indonesia adalah rendahnya kesadaran masyarakat dalam menjaga sanitasi lingkungan. Demam *typoid* merupakan salah satu penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh *salmonella thypi* yang masih dijumpai di daerah tropis dan subtropis (Ardiansyah,2012).

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

Prevalensi di Sulawesi Selatan pada tahun 2011 penyakit demam *thypoid* tercatat sebesar 24.998 penderita, *inseden rate* sebesar 3,00 per 1000 penduduk dan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 0,02%. Pada tahun 2013 penyakit demam thypoid meningkat yaitu sebesar 31.633 penderita, *insiden rate* sebesar 3,8 dan CFR sebesar 0,03% (Dinkesprov sulsel, 2014)

Data statistik tahun 2016 yang tercatat pada *Medical Record* di RS Stella Maris Makassar didapatkan penderita demam *typhoid* berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur

15-24 tahun, jumlah penderita demam *typhoid* tahun 2016 mencapai 385 jiwa, laki – laki adalah 154 jiwa (40%) perempuan adalah 231 jiwa (60%) dan 1 jiwa (0,25%) yang meninggal. Tahun 2017 yang tercatat pada *Medical Record* di RS Stella Maris Makassar didapatkan penderita demam *typhoid* mencapai 481 jiwa, laki – laki adalah 211 jiwa (44,34%) perempuan adalah 270 jiwa (55,65%) dan 4 jiwa (0,83%) yang meninggal. Tahun 2018 yang tercatat didapatkan, jumlah penderita demam typhoid tahun 2018 mencapai 553 jiwa, laki-laki adalah 239 jiwa (43,2%) perempuan adalah 314 jiwa (79,9%) dan 2 jiwa (0,36%) meninggal (Medical Record, RS Stella Maris Makassar 2018).

Berdasarkan data yang telah diperoleh dari berbagai sumber mengenai demam *typhoid*, yang menunjukkan kasus tersebut mengalami peningkatan, hal ini berhubungan dengan lingkungan yang kotor dan pola hidup yang tidak sehat. Apabila masalah tersebut tidak mendapat pengobatan yang cepat dan tepat maka akan menimbulkan komplikasi seperti perdarahan usus, perporasi usus, ileus paralitik. Peran perawat dalam masalah tersebut adalah berupaya untuk memberikan pengetahuan mengenai penyakit demam *typhoid* dengan harapan adanya pengetahuan, membuat masyarakat dapat berupaya mencegah terjadinya demam *typhoid* atau mencegah terjadi berulang, masyarakat diharapkan menjaga pola makan dengan tidak makan atau pun jajan disembarang tempat, dan menjaga kebersihan diri seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal serta memahami, penyebab, tanda dan gejala, dari demam *typhoid* sehingga dapat segera memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit ataupun layanan kesehatan lainnya.

Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Demam *Typhoid* “

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Demam *Typhoid.*

2. Tujuan Khusus

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

a. Melaksanakan pengkajian keperawatan dan menganalisa data
b. Menetapkan diagnosa keperawatan
c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan (intervensi)
d. Melaksanakan tindakan keperawatan (implementasi)
e. Mengevaluasi tindakan keperawatan
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan

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 khususnya pada pasien dengan demam *typhoid.*

3. Bagi Pasien

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

4. 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 pendekatan sebagai berikut :

   1. Studi Kasus, terdiri dari
      a. Observasi

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

      b. Wawancara

         Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait seperti : perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.

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

         Dengan mempelajari dokumen dari pasien berupa status pasien dan laporan catatan medik (medical record

   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 sistimatika penulisan. Bab II “Tinjauan Teoritis”, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, 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, perencanan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV “Pembahasan Kasus” yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V “Penutup”, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

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

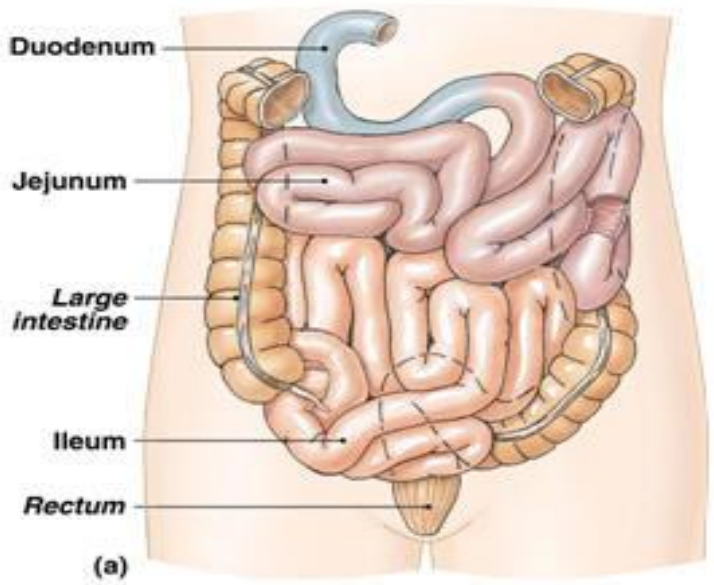
Demam *thypoid* adalah penyakit infeksi pada usus halus, *thypoid* disebut juga *parathypoid fever, enteric, thypus, dan thypus abdominalis* (Sodikin, 2011)

Demam *thyphoid* adalah penyakit infeksi sistemik akut yang disebabkan oleh infeksi *salmonella thypi*. Organisme ini masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh feses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman *salmonella* (Suratun, 2010).

Demam *thyphoid* adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh kuman *salmonella typhi* (Arif, 2013).

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa demam *thypoid* adalah penyakit infeksi sistemik akut biasanya mengenai saluran pencernaaan terutama usus halus yang disebabkan oleh kuman *salmonella thypi* yang masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi, dengan tanda dan gejala demam lebih dari satu minggu.

2. Anatomi Fisiologi (Surnianti, 2016)



(Surnianti, 2016)

(Gambar 2.1)

a. Usus halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak diantara 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. Didalamnya dihasilkan berbagai cairan yang mencerna makanan sampai benar-benar halus menjadi sari-sari makanan. Sari-sari makanan diserap oleh ujung-ujung pembuluh darah yang terdapat pada dinding usus

halus. Aliran darah kemudian akan mengedarkannya ke seluruh tubuh.

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

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

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

      Jejenum, memiliki panjang antara 1,5 m – 1,75m. Di dalam usus ini, makanan mengalami pencernaan secara kimiawi oleh enzim yang dihasilkan dinding usus. Getah usus yang dihasilkan mengandung lendir dan berbagai macam enzim yang dapat memecah makanan menjadi lebih sederhana. Didalam *jejenum*, 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 yang berfungsi untuk menyerap zat hara. Terdapat sekitar 1000 mikrovili dalam tiap sel. Dinding tersebut juga mengeluarkan mucus. Enzim pada mikrovili menghancurkan makanan menjadi partikel yang cukup kecil untuk diserap. Didalam setiap jonjot terdapat pembuluh darah halus dan saluran limfa yang menyerap zat hara dari permukaan jonjot. Vena porta mengambil glukosa dan asam amino, sedangkan asam lemak dan gliserol masuk ke sel limfa.

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

3) Struktur usus halus secara mikroskopik

   Secara mikrokopis usus halus memiliki tiga struktur yang sangat menambah luas permukaan dan membantu fungsi utama untuk mengabsorbsi nutrient diusus 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 disepanjang usus halus. Vili panjangnya 0,5 sampai 1,5 mm (dapat terlihat secara mikroskopis) dan menyebabkan gambaran mukosa menyerupai beludru.
   c) Mikrovili merupakan tonjolan menyerupai jari-jari yang panjangnya sekitar 1 mm pada permukaan luar setiap vili. Mikrovili berfungsi sebagai *brushborder*. Penyakit-penyakit usus halus dapat menyebabkan atrofi dan pendataran vili, sehingga sangat mengurangi luas permukaan absorpsi dan terjadilah malapsorpsi. Mikrovili sebagai sel absorptif bertanggung jawab atas absorpsi bahan makanan di usus halus. Ensim pada *brushborder* membantu menyelesaikan proses pencernaan saat berlangsungnya absorpsi.

4) Ensim pencernaan usus halus meliputi :

   a) *Entrokinase* berfungsi untuk mengaktifkan *tripsinogen* yang di hasilkan pankreas.
   b) *Latase* berfungsi untuk mengubah laktosa menjadi glukosa.
   c) *Erepsin* atau *dipeptidase* berfungsi untuk mengubah *dipeptida* atau pepton menjadi asam amino.

d) *Maltase* berfungsi untuk mengubah maltosa menjadi glukosa.
e) *Peptidase* berfungsi untuk mengubah polipeptida menjadi asam amino.
f) *Sukrase* berfungsi untuk mencerna sukrosa menjadi glukosa dan fruktosa.

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

3. Etiologi.

Penyebab *typhoid* adalah *salmonella thyphi*. *Salmonella para typhoid* A, B dan C. Ada 2 sumber penularan *salmonella 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, 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, 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 didarah mempengaruhi pusat *termoregulator* di *hypothalamus* yang mengakibatkan timbulnya gejala demam (Deden, 2010).

5. Manifestasi Klinis

   Masa inkubasi demam *thypoid* 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, 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 *thypoid* terdiri dari sebagian yaitu :

a. Perawatan

Observasi dan pengobatan bagi pasien demam *thypoid* :

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 (Suratan, 2010).

b. Diet.

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

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini yaitu nasi dengan lauk pauk rendah selulosa (pantang sayuran dengan serat kasar), dapat diberikan dengan aman pada pasien demam *Thypoid* yang takut makan nasi/bentuk makanan yang diinginkan, terserah pasien sendiri apakah makan bubur saring atau bubur kasar atau nasi, dengan lauk pauk rendah selulosa. Karena makanan yang tinggi serat dan tinggi selulosa dapat memperberat kerja usus dan merangsang peningkatan peristaltik usus sehingga dapat menyebabkan kebocoran pada usus atau perforasi usus.

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 penggunaannya 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, 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 kardivaskuler

Semua penyakit yaitu apabila toksin (bakteri, virus, jamur) yang masuk ke pembulu 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, 2010).

B. Konsep Dasar Keperawatan

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

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perubahan pemelihaaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.

b. Pola nutrisi dan metabolik.

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

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan latihan

Kebiasaan dalam beraktivitas sehari-hari.

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

e. Pola tidur dan istirahat.

Kebiasaan pola tidur terganggu akibat peningkatan suhu tubuh gelisah.

f. Pola persepsi kognitif

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

g. Pola persepsi dan konsep diri.

Sejauh mana masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

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 (NANDA 2015-2017).
   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis
   c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan fisik
   d. Nyeri 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 membawah makanan favorit pasien sementara (pasien berada di rumah sakit atau fasilitasi perawatan yang sesuai).
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 kelemahan fisik.

NOC :

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

d. Nyeri berhubungan dengan gangguan 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.

2) Terapi relaksasi
   a) Ajari pengunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi, terapi aktivitas, distraksi)
   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 datang.

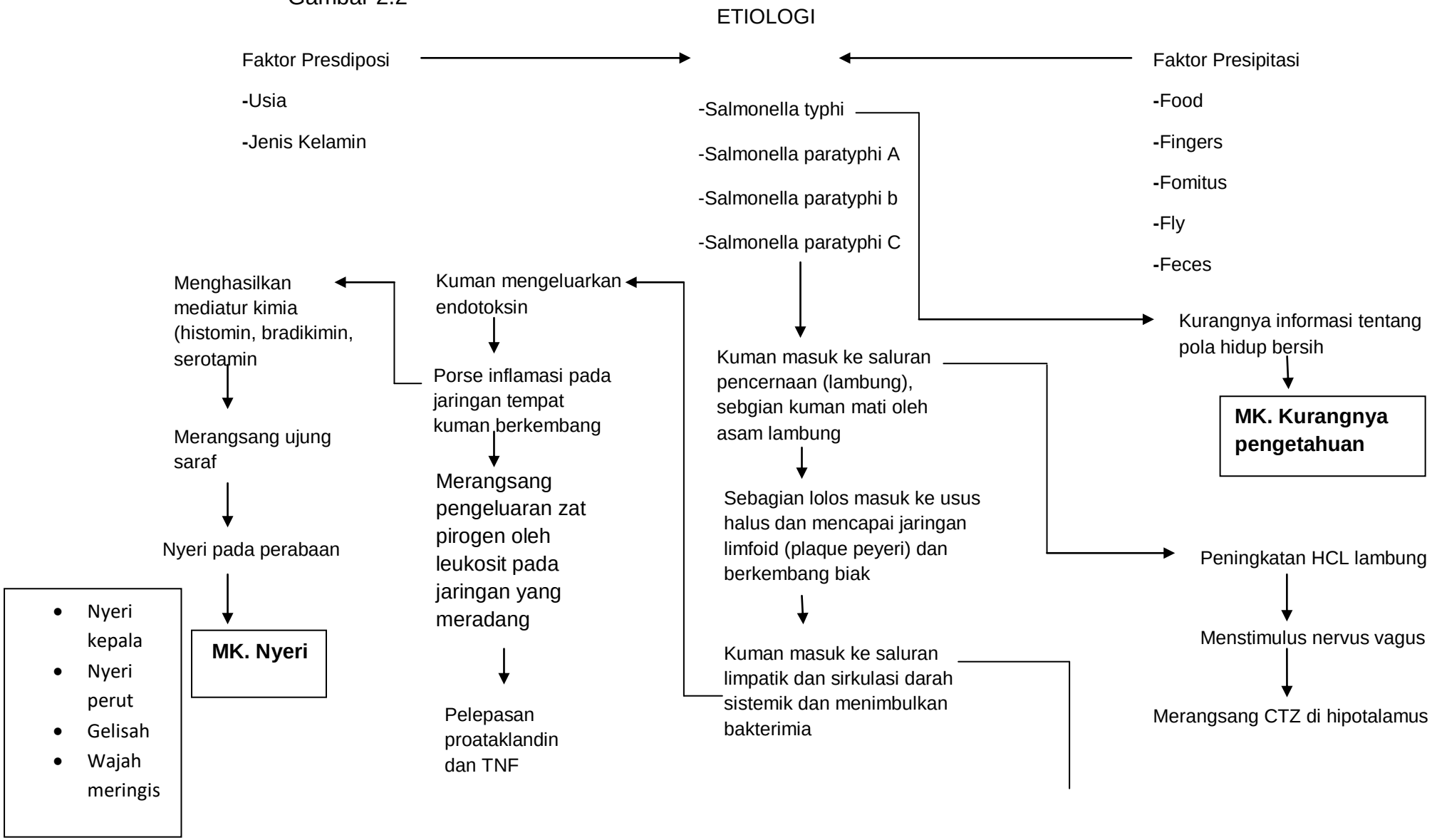
4. Discharge Planing

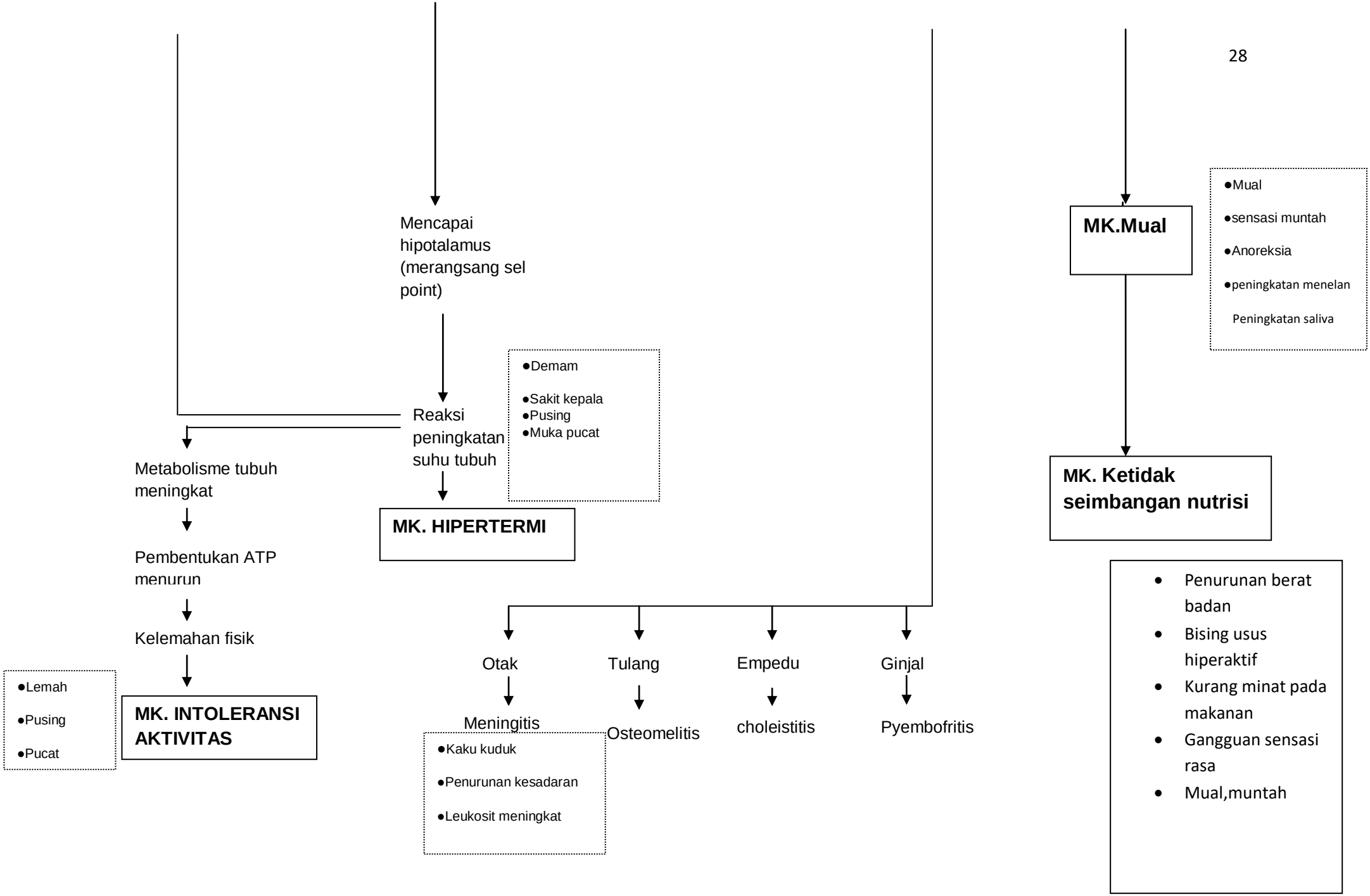
Hal-hal yang perlu disampaikan kepada pasien atau keluarga sebelum pulang adalah :

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 dan membatasi aktivitasnya contohnya, setelah pulang dari kampus pasien harus beristirahat dan hindari begadang.
e. Jelaskan terapi yang diberikan, dosis serta efek samping.
f. Tekankan untuk melakukan kontrol sesuai waktu yang ditentukan (Ardiansyah, 2012).

C. PATOFLODIAGRAM

Gambar 2.2




Mencapai hipotalamus (merangsang sel point)
Reaksi peningkatan suhu tubuh
●Demam
●Sakit kepala
●Pusing
●Muka pucat
MK. HIPERTERMI
Metabolisme tubuh meningkat
Pembentukan ATP menurun
Kelemahan fisik
●Lemah
●Pusing
●Pucat
MK. INTOLERANSI AKTIVITAS
MK.Mual
●Mual
●sensasi muntah
●Anoreksia
●peningkatan menelan
Peningkatan saliva
MK. Ketidak seimbangan nutrisi
Otak
Tulang
Empedu
Ginjal
Meningitis
Osteomelitis
choleistitis
Pyembofritis
●Kaku kuduk
●Penurunan kesadaran
●Leukosit meningkat
• Penurunan berat badan
• Bising usus hiperaktif
• Kurang minat pada makanan
• Gangguan sensasi rasa
• Mual,muntah

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Tn “C” berumur 22 tahun dengan berat badan 52 kg , masuk RS Stella Maris pada tanggal 19 Februari 2019 dengan diagnosa masuk demam *thypoid*. Pasien masuk dengan keluhan demam naik turun, mual disertai muntah pada saat mau makan dan selesai makan. pengkajian pada tanggal 21 februari 2019 didapat data pasien mengatakan demam ± 3 minggu di rumah pasien mengatakan demamnya naik turun disertai sakit kepala, mual disertai muntah, lidah terasa pahit sehingga makanan/minuman yang dikonsumsi terasa hambar, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan penurunan nafsu makan. Badan pasien teraba hangat , GCS :15 tampak pasien mual saat mau makan dan setelah makan, tampak ibu pasien membantu pasien saat masuk kedalam kamar mandi , pemeriksaan TTV : TD :100/80 mmHg N: 84x/menit S: 38,5^{0}C. P: 20x/menit. Terpasang infus RL 500 cc dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit dan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan *anti salmonella typhi* IgM (+2) dan WBC meningkat yaitu 13,5 10^3/ul.

Berdasarkan data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : hipertermi berhubungan dengan penyakit, mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

A Pengkajian S

Nama Mahasiswa yang mengkaji :	
1) Aprilianti Paembonan ;	NIM: E1614401047
2) Arniati Bue’	NIM: E1614401048

Unit:Bernadeth III B Autoanamnese:√

Kamar :368 Alloanamnese :√

Tgl masuk RS : 19 Februari 2019

Tgl pengkajian : 21 Februari 2019

1 Indetifikasi

a Pasien

Nama Initial : Tn’’C’’

Umur : 22 tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Status Perkawinan :Belum

Jumlah Anak : -

Agama/ Suku : Kristen protestan/ Toraja

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : S1

Pekerjaan :Belum bekerja

Alamat rumah : Makassar

b Penanggung Jawab

Nama Inisial : Ny “D”

Umur : 60 tahun

Alamat Rumah : Makassar

Hubungan dengan Pasien : ibu kandung

2 Data medik

Diagnosa Medik

Saat Masuk : Demam thypoid

Saat Pengkajian : Demam thypoid

3 Keadaan Umum

a Keadaan Sakit :

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

Alasan: Saat pengkajian pasien tampak berbaring lemah di tempat tidurnya, dengan terpasang infus RL di tangan kanan dengan 20 tts/menit..

b TandaTanda Vital :

1) Kesadaran(kualitatif): Composmentis

Skala Koma Glasgow : (kuantitatif)

a) Respon motoric (M) : 6

b) Respon bicara (V) : 5

c) Respon membuka mata (E) : 4 +

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak koma

2) Tekanan Darah :100/80 mmHg

MAP : 86,6mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai.

3) Suhu: 38,5^{0}C di ☐ oral ☑ axilla ☐ Rectal ☐

4) Pernapasan : 20x/menit

Irama: ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ kusmaul ☐ cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 86 x/menit

Irama: ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

c Pengukuran:

1) Lingkar Lengan Atas : 24cm

2) Tinggi badan : 165cm

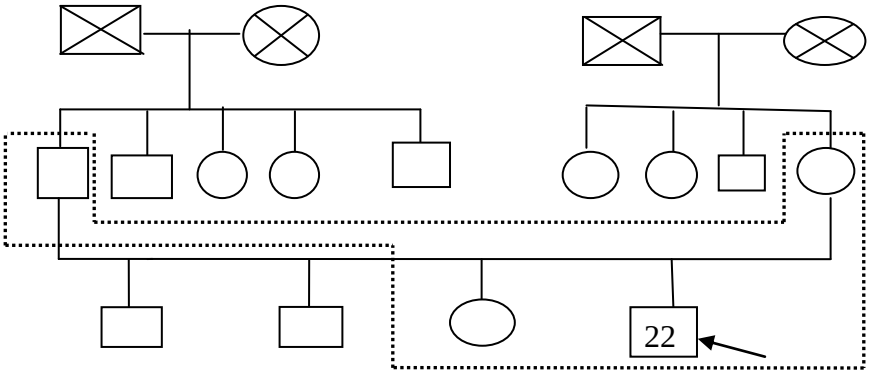
3) Berat badan : 52kg

4) IMT(Indeks Massa Tubuh) : 19,10kg

Kesimpulan: Berat badan ideal

d Genogram

gambar 2.2



Keterangan :

: Pria

: Wanita

: Meninggal

:Tinggal serumah

: Pasien

4 pengkajian pola kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu penting, pasien mengatakan mandi 2 kali sehari dan selalu mencuci tangan sebelum makan dan setelah dari kamar mandi. Pasien mengatakan tidak merokok, pasien mengatakan sering mengkonsumsi makanan luar seperti bakso, mie pangsit, gorengan dan pop ice. Pasien juga mengatakan sudah mengetahui mengenai penyakitnya dan penyebab dari penyakitnya.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama:

Demam.

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami demam ± 3 minggu di rumah, pasien mengatakan demamnya naik turun, ketika menjelang sore suhunya naik dan ketika pagi suhunya juga naik. Disertai dengan sakit kepala, mual dan muntah, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan terjadi penurunan nafsu makan. Pasien mengatakan mengkonsumsi obat paracetamol untuk mengatasi demamnya akan tetapi masih mengalami demam (39,2°c) dan masih mual muntah, nafsu makan menurun sehingga pasien memutuskan untuk masuk rumah sakit. Dan pada saat pengkajian pasien masih demam (38,5°c) pasien masih merasa mual, pusing dan nafsu makan menurun dan lidahnya terasa pahit.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan ia pernah mengalami demam thypoid sekitar ± 2 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mgengatakan tidak ada penyakit keturunan yang dialami anggota keluarga. Pasien mengatakan salah satu dari neneknya (nenek dari ibu) meninggal karena menderita TB paru.

5) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut :Tampak Bersih.
b) Kulit kepala :Tampak Bersih
c) Kebersihan kulit :Tampak Bersih.

d) Hygiene rongga mulut : Rongga mulut tampak kotor (bagian lidah tengah pasien tampak kotor/berwarna putih)
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji, karena pasien menolak
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji, karena pasien menolak

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit, kebiasaan makannya 2-3 kali/hari dengan porsi yang secukupnya terdiri dari nasi, lauk ikan, dan pasien jarang makan sayur- sayuran dan Pasien mengatakan ia lebih sering jajan diluar seperti makan bakso,mie pangsit, gorengan dan pop ice. Pasien mengatakan ia rajin mengkonsumsi air putih dalam jumlah 2 botol/ hari (1400cc) aqua besar per hari

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selama sakit nafsu makannya menurun, dan tidak mampu menghabiskan makanannya, karena setiap kali mau makan dan setelah makan pasien selalu merasa mual. Pasien mengatakan baru mengkonsumsi beberapa sendok bubur saja ia langsung mual, pasien juga mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang dikonsumsinya terasa hambar. Pasien mengatakan lebih suka mengkonsumsi air putih, ia mampu menghabiskan 3 botol (2100cc) Tupperware besar (750cc/botol) perhari. Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan yaitu dari 54kg sekarang menjadi 52kg.

3) Observasi:

Tampak keadaan umum pasien lemah dan tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi bubur dari

makanan rumah sakit yang diberikan. Tampak terpasang infus Rl 500 cc

4) Pemeriksaan Fisik :

a) Keadaan Rambut : Rambut tampak besih dan berwarna hitam

b) Hidrasi kulit : tidak dehidrasi, finger print kembali dalam ≤ 3 detik

c) Palpebra/ conjungtiva : Tidak edema/ tidak anemis

d) Sclera : Tidak tampak ikterik

e) Hidung : Septum Simetris kiri dan kanan

f) Rongga mulut : Tampak kotor (lidah berwarna putih)
Gusi : Tidak ada peradangan

g) Gigi :Utuh; Gigi palsu: tidak ada

h) Kemampuan mengunyah keras: Mampu mengunyah keras.

i) Lidah: Tampak lidah kotor (berwarna putih di tengah)

j) Pharing: Tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : Teraba benjolan getah bening dibagian kiri dan kanan

l) Kelenjar parotis: Tidak teraba pembesaran.

m) Abdomen:

Inspeksi	:	Tampak datar dan tidak tampak bayangan vena
Auskultasi	:	Peristaltik usus 20 ×/ menit
Palpasi	:	Tidak ada nyeri tekan
Perkusi	:	Thympani

n) Kulit:

Edema : [-] Positif [√] Negatif

Icterik : [-] Positif [√] Negatif

Tanda-tanda radang : Tidak ada.

o) Lesi :Tidak ada.

c. Pola Eliminasi

1) Kebiasaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB dan BAKnya normal, tidak ada gangguan. BAB ± 1-2kali/hari dengan konsitensi padat dan berwarna kuning dan BAK 5-6 kali/hari, berwarna kuning dan berbau amoniak.

2) Keadaan sejak sakit.

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit pasien tidak mengalami masalah pada proses BAB dan BAK Pasien mengatakan semenjak sakit pasien BAB dengan konsistensi padat dan berwarna kuning, serta BAK ± 10 kali/hari dengan warna kuning dan berbau amoniak.

3) Observasi

Tampak pasien BAB 1 kali dan BAK 4-5 kali (± 400-500cc) dengan warna kuning dan bau amoniak.

4) Pemeriksaan fisik:

Peristaltik Usus : 20 x/mnt.

Palpasi kandung kemih: [-] Penuh [√] Kosong

Nyeri ketuk ginjal : [-] Positif [√] Negatif

Mulut uretra: Tidak dikaji, karena pasien menolak.

Anus :

Peradanga: Tidak dikaji, karena pasien menolak

Hemoroid : Tidak dikaji, karena pasien menolak

Fistula : Tidak dikaji, karena pasien menolak

d. Pola Aktifitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelumnya ia banyak beraktivitas seperti berolahraga, kerja tugas, kuliah, membantu orang tua main game dan juga kadang nonton Tv. Pasien juga

mengatakan ia sering berkumpul bersama dengan teman-temannya dimalam hari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak pernah melakukan aktivitas dan lebih banyak berbaring di tempat tidur karena penyakitnya dan merasa lemah. Pasien mengatakan dokter juga menganjurkan untuk lebih banyak beristirahat .Pasien mengatakan semenjak sakit, beberapa aktivitas dan kebutuhannya dibantu oleh keluarganya dan perawat seperti makan, ke kamar mandi dan ganti pakaian .

3) Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dan tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan.

a) Aktivas 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 di tempat tidur : 0

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

(8) Postur tubuh : Tegak
(9) Gaya jalan : tidak dikaji, karena pasien terbaring
(10) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
(11) Fiksasi : Tidak ada
(12) Tracheostomi : Tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Tekanan darah

Berbaring: 100/80 mmHg
Duduk: 100/80 mmHg

Berdiri: Tidak dikaji, karena pasien menolak.

Kesimpulan: Hipoten siortosteti: ☐ Negatif ☑ Positif

b) HR : 88 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin: Tidak ada

Basah: Tidak ada.

d) JVP: 5-2 cm H_2O.

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

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

f) Thorax dan pernapasan.

Inspeksi:

Bentuk thorax : simetris kiri dan kanan.

Retraksi interkostal :Tidak ada.

Sianosis : Tampak tidak sianosis

Stridor : Tidak terdengar

Palpasi:

Vokal premitus : Getaran sama antara paru kiri dan kanan.

Krepitasi :Tidak ada.

Perkusi : ☑ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak

Lokasi : Batas paru hepar ics 4.

Auskultasi :

Suara nafas : Vesikuler

Suara ucapan : Terdengar sama kiri dan kanan

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung:

Inspeksi:

Ictus cordis: Tidak tampak.

Palpasi:

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

Perkusi:

Batas atas jantung :ICS 2-3 Linea sternalis

Batas bawah jantung :ICS 5 Linea mid clavikularis sinistra

Batas kanan jantung :ICS 2 Linea Sternalis dekstra

Batas kiri jantung :ICS 5 Linea mid clavikularis sinistra

Auskultasi:

Bunyi jantung II A : Bunyi Tunggal , ICS-2 Linea Sternalis dekstra

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

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

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

Bunyi jantung II irama gallop:Tidak ada.

Murmur : Tidak ada.

HR : 88x/menit.

Bruit : Aorta: Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai:

Atrofiotot : [-] Positif [√] Negatif

Rentang gerak : Bebas

Kaku sendi : Tidak ada ada kaku sendi

Nyeri sendi : Tidak ada.

Fraktur : Tidak ada.

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot:

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

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

Refleksi patologi : Tidak ada.

Babinski, Kiri : [√] Positif [-] Negatif

Kanan : [√] Positif [-] Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada.

Varises tungkai : Tidak ada.

i) Columna vetebralis:

Inspeksi : [√] Lordosis [-] Kiposis [-] Skoliosis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia jarang tidur siang, sedangkan tidur pada ,malam hari ± 8 jam , pengantar tidur pasien pada malam hari adalah hp.

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi:

Tampak pasien tidurnya tidak nyaman dan gelisah.

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

f. Pola Persepsi Kognitif dan Sensori

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

Sejak sakit Pasien mengatakan masih menggunakan kacamata. Pasien mengatakan semenjak sakit pasien merasa tidak berdaya karena biasanya aktivitasanya banyak seperti kulia, dan mengerjakan tugas dan pada saat sakit pengkajian pasien pasien hanya terbaring di tempat tidur.

Pasien juga mengatakan semenjak sakit, pasien tidak merasa nyeri di bagian abdomennya .

3) Observasi:

Pasien tampak masih mampu mengenal lingkungan waktu dan orang.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

Cornea : Jernih

Pupil : Isokor.

Lensa mata : Jernih (tidak keruh).

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

b) Pendengaran

Pina : Bersih, simetris kiri dan kanan

Kanalis : Bersih

Membran timpani : Utuh dan ada refleks cahaya

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:

Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dan tungkai

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia anak bungsu dari 4 bersaudara dan pasien senang dengan dirinya dan semua apa yang dimilikinya. Pasien juga mengatakan sangat dekat dengan keluarganya dan orang yang ada disekitar lingkungan rumah,maupun di lingkungan kampus, pasien mengatakan rajin ikut kegiatan pemuda di gereja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit ia merasa sedih karena tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa, tetapi pasien juga merasa senang jika ada keluarga dan kerabat yang datang menjenguk, pasien berharap agar cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitas seperti biasa.

3) Observasi

Pasien tampak gelisah.

a) Kontak mata : Penuh
b) Rentang perhatian: Perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara: Jelas dan menjawab jika ditanya
d) Postur tubuh: Tegap

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaaan yang nyata: Tidak ada.

b) Bentuk dan postur tubuh: Datar

c) Kulit : tidak ada lesi.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tinggal bersama dengan orangtua dan 1 saudara perempuannya pasien berperan sebagai anak dan biasa membantu orang tua.Pasien juga mengatakan bahwa hubungannya dengan keluarganya, teman dan orang yang ada disekitar rumahnya terjalin baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga, perawat dan pasien lainnya terjalin dengan baik, pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit ia rindu dengan suasana rumah dan kampus dan ia ingin berkumpul bersama dengan keluarga dan teman-temannya.

3) Observasi:

Tampak ibu pasien menjaga pasien

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sudah lupa kapan saat pertama kali mimpi basah dan pasien mengatakan mulai menyukai perempuan saat umur ± 17 tahun. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada sistem reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan semenjak sakit tidak ada gangguan pada alat kelaminnya.

3) Observasi:

Tampak pasien berprilaku seperti seorang laki-laki.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bila menghadapi masalah ia dapat mengontrol diri dan selalu bercerita kepada mamanya atau sahabatnya. Pasien juga mengatakan ia biasanya mengalihkan emosinya dengan menonton tv, main game dan refresing bersama teman-temannya.

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi:

Tampak ibu pasien selalu mendampingi pasien.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama Kristen Protestan dan ia mengatakan selalu rajin pergi beribadah setiap hari minggu dan rajin mengikuti kegiatan pemuda di gereja.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien megatakan semenjak sakit, pasien tidak pernah lagi ikut ibadah di gereja karena keadaanya dan pasien mengatakan ia hanya membaca Alkitab dan berdoa di tempat tidur.

3) Observasi:

Tampak Alkitab di atas meja

5 UJI SARAF KRANIAL

a. N I (Olfaktorius) :

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

b. N II (Opticus) :

Pasien dapat membaca papan nama perawat pada jarak ± 30 cm font 12 dengan menggunakan kaca mata

c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens) :

Bola mata pasien dapat begerak kesegala arah, pupil mengecil saat diberi refleks cahaya.

d. N V (Trigeminus):

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi.

Motorik : Pasienmampu mengigitkeras.

e. N VII (Fascialis) :

Sensorik : Pasien dapat mengecap rasa manisnya gula.

Motorik : Pasien mampu mengerutkan dahi, mampu tersenyum

f. NVIII (Vestibulocochlearis) :

Vestibularis: tidak di kaji.

Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat.

g. N IX (Glossopharyngeus) :

Uvula pasien tampak ditengah.

h. N X (Vagus) :

Pasien mampu menelan dengan baik.

i. N XI (Acsesorius) :

Pasien dapat mengangkat dan menggerakkan kedua bahunya.

j. N XII (Hypoglossus) :

Pasien mampu menjulurkan lidah kedepan dan dapat mendorong pipi keluar dengan menggunakan lidah.

5 PEMERIKSAAN PENUNJANG

Gambar tabel 3.1

Pemerisaan Darah Lengkap: 20-02-2019

Parameter	**Hasil**	**Saturn**	**Nilai Normal**
WBC	13,5	10^3/uL	4.8-10.8
RBC	14.8	g/dL	14–18
HGB	44,10	10^3/uL	80–99
HCT	12,1	fL	9–13
MCV	7,5	%	7.2-11.1
MCH	8,3	%	15 – 25
MCHC	82.1	10^3/uL	40 – 74
PLT	0.3	10^3/uL	1.5 – 7
RDW-CV	12.1	**%**	11.5 – 14.5
PDW	9.0	fL	9- 13
MPV	7.5	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	8.3	%	15 - 25
NEUT%	0.00	%	40 - 74
LYM%	15	**%**	19 - 48
MXD%	0.00	**%**	4 - 18
NEUT#	0.00	10^3/uL	1.5 - 7
LYM#	2.0	10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	0.00	10^3/uL	0 – 1.2

Pemeriksaan Tubex

Test / jenis pemeriksaan	Hasil
IMUNO SEROLOGI – INFEKSI LAIN	
ANTI SALMONELLA TYPHI IgM	POSITIF (+2)

7 TERAPI

1. Cefoperazone 1gr/ 12 jam ,intravena
2. Santagesik 1 ampul/ 8 jam ,intravena
3. RL 500 cc 20 tetes/menit

B. ANALISA DATA

Nama / Umur : Tn "C" / 22 tahun

Bagian / Kanar : Bernadeth IIIB/368

Gambar tabel 3.2

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS: a) Pasien mengatakan demam di rumah selama 3 minggu b) Pasien mengatakan demamnya naik turun c) Pada saat pengkajian pasien mengatakan ia masih demam d) Pasien mengatakan merasa pusing DO: a) Tampak keadaan umum pasien lemah b) Teraba tubuh pasien hangat c) Hasil observasi: TD=100/80 mmHg N =84 kali/menit P=20 kali/menit S=38,5°c d) Pemeriksaan penunjang Hasil Laboratorium - WBC = 13,5 10^3/uL - NEUT% = 0,00 % - LYM% = 15 % - MXD% = 0,00 % - NEUT# = 0,00 % Pemeriksaan Tubex : ANTI SALMONELLA TYPHI IgM +2	Penyakit	Hipertermi
2.	DS: a) Pasien mengatakan merasa mual terutama ketika pasien makan atau setelah makan b) Pasien mengatakan baru mengkonsumsi beberapa sendok bubur saja langsung merasa mual	Iritasi gastrointestinal	Mual

	c) Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang dikonsumsinya terasa hambar d) Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan yaitu dari 54kg sekarang menjadi 52kg. DO: a) Tampak keadaan umum lemah b) Tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi bubur yang disediakan c) Tampak lidah pasien kotor terutama pada bagian tengah d) IMT = 19,10 kg		
3.	DS: a) Pasien mengatakan badannya terasa lemah b) Pasien mengatakan semenjak sakit ia lebih banyak berbaring di atas tempat tidur karena sakit c) Pasien mengatakan semenjak sakit beberapa aktivitasnya di bantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, ganti baju, dan ke kamar mandi d) Pasien mengatakan dokter menganjurkan untuk lebih banyak beristirahat DO: a) Tampak keadaan umum pasien lemah b) Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur c) Tampak kebutuhan keseharian pasien di bantu oleh perawat dan keluarga	Tirah baring	Intoleransi aktivitas

	seperti makan, ganti baju, dan ke kamar mandi d) Observasi : -Makan =2 -Mandi=2 -Pakaian=2 -Kerapihan=2 -Buang air kecil=2 -Buang air besar=2 -Mobilitas di tempat tidur=0		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Tn "C" / 22 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 369

Gambar 3.3

NO	Diagnosa Keperawatan
1.	Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
2.	Mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

D. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : Tn "C" / 22 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 368

Gambar 3.4

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan	Rasional
			Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	
21-02-2019	**1.** Hipertermi berhubungan dengan penyakit yang ditandai dengan : **DS** a) Pasien mengatakan demam di rumah selama 3 minggu b) Pasien mengatakan demamnya naik turun c) Pada saat pengkajian pasien mengatakan ia masih demam d) Pasien mengatakan merasa pusing,di	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan masalah hipertermi pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 3(cukup terganggu) ditingkatkan keskala 5 (tidak terganggu)	Perawatan demam, aktivitas – aktivitas: a. Pantau suhu dan tanda-tanda vital b. Monitor warna kulit dan suhu c. Tutup pasein dengan	a.) .Dengan mengkaji TTV dapat mengetahui bila peningkatan suhu tubuh sehingga memungkinkan untuk mengambil tindakan b.) Untuk mengetahui adanya tada-tanda dehidrasi dan peningkatan suhu c.) Pakaian tipis dapat

	sertai dengan mual dan nafsu makannya menurun **DO:** a) Tampak keadaan umum pasien lemah b) Teraba tubuh pasien hangat c) Hasil observasi: TD=100/80 mmHg N =84 kali/menit P=20 kali/menit S=38,5°c d) Pemeriksaan penunjang Hasil Laboratorium: - WBC = 13,5 10^3/uL - NEUT% = 0,00 % - LYM% = 15 % - MXD% = 0,00 % - NEUT# = 0,00 %		selimut atau pakaian ringan d. Anjurkan mengkonsumsi cairan e. Anjurkan untuk kompres air hangat f. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas jika perlu g. Beri obat / cairan IV (misalnya antipiretik, agen antibiotik	menyerap dan dapat d.) Mengganti cairan yang keluar melalui panas serta dapat mencegah terjadinya dehidrasi e.) Adanya perpindahan panas secara kondusif sehingga dapat mengurangi panas f.) Meningkatkan istirahat dan mencegah perforasi pada usus g.) Antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh

Tanggal	**Diagnosa keperawatan**	**Hasil yang diharapkan**	**Rencana keperawatan**	**Rasional**
			Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	
21-02-2019	**2.** Mual berhubungan iritasi gastrointestinal DS: a) Pasien mengatakan merasa mual terutama ketika pasien makan atau setelah makan b) Pasien mengatakan baru mengkonsumsi beberapa sendok bubur saja langsung merasa mual c) Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang di konsumsinya terasa hambar d) Pasien mengatakan ia mengalami penurunan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapakan masalah mual pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) Mendeskripsikan faktor-faktor penyebab mual dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan keskala 2 (jarang menunjukkan) b) Asupan makanan berkurang dipertahankan pada skala 3 (cukup) ditingkatkan keskala 5 (tidak ada) c) Menggunakan langkah – langkah pencegahan yaitu, penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya	1.Manajemen mual, aktivitas – aktivitas: a. Identifikasikan faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual b. Kendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin meningkatkan mual c. Lakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan kenyamanan 2.Monitor nutrisi, aktivitas-aktivitas: a) Anjurkan memberikan makanan lunak dalam	1.Manajemen mual a) Untuk mengetahui apa penyebab mual b) Untuk mencegah terjadinya peningkatan rasa mual c) Untuk membersihkan mulut dan meminimalkan rasa tidak enak. 2.Monitor nutrisi a) Untuk memperbaiki asupan gizi,

	berat badan yaitu dari 54kg sekarang menjadi 52kg. DO: a) Tampak keadaan umum lemah b) Tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi bubur yang di sediakan c) Tampak lidah pasien kotor terutama pada bagian tengah.	relaksasi,terapi aktivitas, distraksi) dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan pada keskala 4 (sering menunjukkan)) d) Penurunan berat badan dipertahankan pada skala 4 (sedikit) ditingkatkan keskala 5 (tidak ada) e) Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada petugas kesehatan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan keskala 2 (jarang menunjukkan)	porsi kecil tapi sering. b) Monitor asupan makanan c) Timbang berat badan secara teratur d) Ajari pengunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi, terapi aktivitas, distraksi)	sehingga lambung tidak terasa terlalu kenyang b) Untuk membantu mengidentifikasi intoleransi makanan ketika mual bersifat kronis c) Untuk mengetahui adanya kenaikan/penurunan berat badan pasien d) Untuk meningkatkan relaksasi dan untuk memfokuskan kembali perhatian jauh dari sensasi yang tidak menyenangkan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana keperawatan	Rasional
			Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	
21-02-2019	**3.** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring DS: a) Pasien mengatakan badannya terasa lemah b) Pasien mengatakan semenjak sakit ia lebih banyak berbaring di atas tempat tidur karena sakit c) Pasien mengatakan semenjak sakit beberapa aktivitasnya di bantu oleh keluarga dan perawat seperti makan,ganti baju dan ke kamar mandi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapakan masalah intoleransi aktivitas pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) Melakukan aktivitas rutin dipertahan kan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan keskala 5 (tidak terganggu) b) Aktivitas fisik dipertahan kan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan keskala 5 (tidak terganggu) c) Kelelahan di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan keskala 5 (tidak terganggu	1.Manajemen energi, aktivitas – aktivitas : a. Kaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas. b. Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (mandi, berpakaian). c. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap.	1.Manajemen energi a.) Kemampuan dan keterbatasan pasien dapat membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual. b.) Tindakandalam personal hygiene akan memberikan rasa nyaman dan memperlancar peredaran darah. c.) .Aktivitas yang bertahap dapat mencegah terjadinya

	d) Pasien mengatakan dokter menganjurkan untuk lebih banyak beristirahat **DS:** a) Tampak keadaan umum pasien lemah b) Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur c) Tampak kebutuhan keseharian pasien di bantu oleh perawat dan keluarga seperti makan,ganti baju dan ke kamar mandi d) Observasi : -Makan =2 -Mandi=2 -Pakaian=2 -Kerapihan=2 -Buang air kecil=2 -Buang air besar=2 -Mobilitas di tempat tidur=0		2.Peningkatan tidur, aktivitas – aktivitas : a. Berikan lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring, pantau dan batasi pengunjung. 3.Peningkatan latihan, aktivitas – aktivitas : a. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari	kekakuan pada otot. 2. Peningkatan tidur a.) Meningkatkan aktivitas untuk menurunkan kebutuhan metabolisme dalam tubuh. 3.Peningkatan latihan a.) Keterlibatan keluarga menunjukan kerja sama, dengan demikian pasien merasa di perhatikan oleh keluarga.

D. Implementasi keperawatan

Nama / Umur : Tn "C" / 22 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 368

Gambar tabel 3.5

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama perawat
21-02-2019	I	14.50	Memantau tanda-tanda vital Hasil : • TD=100/80mmHg • N=82×/menit • S=38,5°c • P=20×/menit • Teraba tubuh pasien hangat • Pasien mengatakan masih demam	Arniati & Aprilianti
	I		Memonitor warna kulit Hasil : • Tampak kulit bersih dan elastis dan tidak tampak tanda-tanda dehidrasi	Arniati & Aprilianti
	I		Menutup pasien dengan selimut/pakaian ringan Hasil : • Pasein mengatakan merasa nyaman dan hangat ketika menggunakan selimut • Tampak pasien menggunakan baju dan menyerap keringat	Aprilianti
	I		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ±200cc Hasil : • Pasien mengatakan bahwa ia rajin mengkonsumsi air putih • Pasien megatakan dalam sehari mampu mengahbiskan 3 botol besar Tupperware dengan jumlah 750/btl	Arniati

			• Tampak pasien mengkonsumsi cairan ±200cc	
	I		Menganjurkan untuk kompres air hangat Hasil : • Tampak ibu pasien menyiapkan air hangat dan handuk kecil • Tampak pasien di kompres menggunakan dengan air hangat	Arniati
	II		Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual Hasil : • Pasien mengatakan merasa mual pada saat mau makan (mencium bau makanan) dan setelah makan	Arniati
	III		Mengkaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasein dalam beraktivitas Hasil : • Pasien mengatakan beberapa kebutuhan dan aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat seperti mandi,makan,dan ke kamar mandi harus ditemani karena merasa lemah dan pusing.	Arniati
	II		Menimbang berat badan pasien Hasil : • Berat badan =52 kg • Tinggi badan =165 cm	Aprilianti
	I	16.00	Melakukan pemberian obat Hasil : obat yang di berikan adalah • Santagesik 500mg, melalui intravena	Suster Vero & Arniati
	I		Memantau Tanda-tanda vital Hasil : • TD=100/80 mmHg N=82 ×/menit S=37°c P=19 ×/menit	Aprilianti

	I		Memonitor warna kulit Hasil : • Tampak kulit bersih ,elastis dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi • Teraba tubuh pasien tidak hangat	Aprilianti
	II	17.50	Memonitor asupan makanan Hasil : • Tampak pasien hanya makan bubur,sup,ikan,sayur dan pisang • Tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi bubur • Pasien mengatakan tidak mampu menghabiskan makanannya karena merasa mual	Arniati
	II		Mengidentifikasikan faktor-faktor yang kemungkinan dapat meningkatkan mual Hasil : • Pasien mengatakan merasa mual ketika mencium bau makanan • Pasien mengatakan baru makan beberapa sendok bubur langsung merasa mual • Tampak pasien mual ketika sedang makan • Tampak pasien makan secara pelan-pelan karena merasa mual	Arniati
	II		Menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi sedikit tapi sering Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran perawat • Pasien mengatakan merasa mual dan lidahnya terasa pahit	Arniati

	II		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ±200 cc Hasil : • Pasien mengatakan bahwa ia rajin mengkonsumsi air putih • Pasien megatakan dalam sehari mampu mengahabiskan 3 botol besar Tupperware dengan jumlah 750/btl • Tampak pasien mengkonsumsi cairan ±200cc	Arniati
	II		Mengajari penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi, terapi musik dan distraksi) untuk mengurangi mual Hasil : • Tampak pasien mampu mengikuti langkah-langkah seperti yang di anjurkan oleh perawat • Pasien mengatakan setelah melakukan teknik relaksasi dan distraksi mualnya sedikit berkurang setelah makan	Aprilianti
	II	18.00	Melakukan pemberian obat Hasil : • Obat yang di berikan cefoperazone 1gr, melalui intravena	Perawat Vero & Aprilianti
	II	19.20	Menganjurkan pasien untuk melakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk mengurangi mual hasil : • Pasien mengatakan lidahnya lidahnya terasa pahit • Tampak pasien mengikuti anjuran dari perawat	Aprilianti

	II		Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari Hasil : • Tampak keluarga pasien menyediakan peralatan sikat gigi pasien • Tampak keluarga menemani pasien ke kamar mandi untuk menyikat gigi • Pasien mengatakan mulutnya terasa segar dan nyaman setelah sikat gigi	Aprilianti
	II	20.10	Memfasilitasi istirahat, menetapkan pembatasan aktivitas jika diperlukan Hasil : • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu AC 20°c dan tirai tertutup • Pasien mengatakan merasa nyaman tidur dengan selimut • Tampak ibu pasien mendampingi pasien	Arniati
	I	22.00	Memantau tanda-tanda vital Hasil : • TD=110/80 mmHg N=83 ×/menit S= 37°c P=18×/menit	Stella
	I	24.00	Melakukan pemberian obat Hasil : • Santagesik 500 mg, melalui intravena	Perawat Delki & Stella

	I	05.30	Memantau tanda-tanda vital: Hasil : • TD= 110/80 mmHg • N= 83×/menit • S= 38,2° • P= 18×/menit • Pasien mengatakan demam dan pusing	Tirza
	I		Memonitor warna kulit Hasil : • Tampak kulit bersih dan elastis serta tidak tampak tanda – tanda dehidrasi • Tubuh pasien teraba demam	Tirza
	I		Menutup pasien dengan selimut/pakaian ringan Hasil : • Pasein mengatakan merasa nyaman dan hangat ketika menggunakan selimut • Tampak pasien menggunakan baju dan menyerap keringat	Delvi
	I		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ±200 cc Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi cairan ±200cc	Tirza
	I		Menganjurkan untuk kompres air air hangat Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran perawat • Tampak pasien dikompres dengan air hangat	Stella
	I	06.00	Melakukan pemberian obat Hasil : • Cefoperazone 1 gr, melalui intravena	Perawat Delki & Stella

	II III	07.00	Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual Hasil : • Pasien mengatakan masih merasa mual terutama ketika mencium bau makanan,saat makan atau setelah makan • Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit • Tampak lidah pasien kotor (berwarna putih) pada bagian tengah Mengakaji tingkat kemampuan pasien dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas Hasil : • Pasien mengatakan beberapa aktivitas dan kebutuhannya masih di bantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, ke kamar mandi, ganti baju • Tampak keadaan umum pasien lemah	Tirza Tirza

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama perawat
22-02-2019	II	07.10	Memonitor asupan makanaan Hasil : • Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur, sayur, ikan • Tampak pasien di suap oleh ibunya • Tampak pasien tidak tidak mampu menghabiskan setengah porsi buburnya karena mual • Pasien mengatakan merasa mual terutama ketika mencium bau makanan, saat makan atau setelah makan	Aprilianti
	II		Menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi sedikit tapi sering Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran perawat • Pasien mengatakan merasa mual dan lidahnya terasa pahit	Aprilianti
	II		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ±200cc Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi air putih setelah makan ±200 cc • Pasien mengatakan bahwa ia selalu rajin untuk mengkonsumsi cairan	Aprilianti
	I		Mengajari penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi ,terapi music dan distraksi) Hasil : • Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi sesuai yang di ajarkan • Pasien mengatakan mualnya sedikit berkurang setelah makan ketika melakukan terapi	Aprilianti

	I	08.00	Melakukan pemberian obat Hasil : • Santagesik 500 mg, melalui intravena	Perawat Rini & Aprilianti
	II	08.30	Menganjurkan pasien untuk melakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan rasa nyaman Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat	Aprilianti
	III		Melibatkan keluaraga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari Hasil : • Tampak keadaan umum pasien lemah • Tampak teman pasien membantu menyediakan peralatan mandi pasien • Tampak pasien di bantu oleh temannya ke kamar mandi	Aprilianti
	II	09.00	Memfasilitasi istirahat Hasil : • Tampak tempat tidur pasien rapih dan bersih serta tidak berbau setelah di bersihkan	Aprilianti
	III		Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari Hasil : • Tampak pasien di bantu oleh perawat dan temannya saat memakai baju • Pasien mengatakan merasa nyaman dan segar setelah mandi dan menyikat gigi	Aprilianti
	I	10.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : • TD=100/80 mmHg N=82 ×/menit S=36,8°c P=18×/menit	Aprilianti

	II	12.10	Memonitor asupan makanan Hasil : • Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur,sup,ikan,sayur dan pisang • Tampak di suap oleh temannya • Tampak pasien hanya mampu mengkonsumsi bubur ±5 sendok makan bubur karena mual • Pasien mengatakan merasa mual	Aprilianti
	I		Menganjurkan untuk mengkonsumsi cairan ±200 cc Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi air putih ±200 cc setelah makan • Pasien mengatakan ia sangat rajin minum air putih dan dalam sehari mampu menghabiskan 3 botol besar tupperware dengan jumlah ±750cc/botol	Aprilianti
	II		Menganjurkan untuk makan sedikit tetapi sering Hasil : • Pasien mengatakan kadang makan roti atau makanan ringan seperti pudding, buah dan roti dalam jumlah sedikit-sedikit • Pasien mengatakan masih merasa mual	Aprilianti
	II		Mengajarkan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi, terapi musik, distraksi) untuk mengurangi mual Hasil : • Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi seperti yang dia ajarkan • Pasien mengatakan mualnya sedikit berkurang setelah melakukan terapi	Aprilianti

	III		Memberikan lingkungan yang tenang, mempertahankan tirah baring dan membatasi pengunjung Hasil : • Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur dengan posisi telentang • Tampak pasien hanya di jaga oleh temannya	Aprilianti
	I	12.00	Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan 200cc Hasil : • Tampak pasien hanya mengkonsumsi air putih ±150cc	Aprilianti
	I	13.05	Memfasilitasi istirahat pasien dan menerapkan pembatasan aktivitas Hasil : • Pasien mengatakan merasa nyaman beristirahat dengan suhu ruangan (AC) 20°c • Tampak pasien setuju dengan anjuran perawat untuk tidak banyak melakukan aktivitas • Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur	Aprilianti
	I	16.00	Memantau tanda-tanda vital Hasil : • TD=1600/80 mmHg N=82 ×/menit S=36,8°c P=18×/menit	Arniati
	I		Memonitor warna kulit Hasil : • Tampak kulit pasien bersih ,elastis dan lembab karena berkeringat • S= 36,8°c • Teraba tubuh pasien tidak hangat • Pasien mengatakan tidak demam dan masih merasa pusing dan lemah	Arniati

	II		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ±150 cc Hasil : • tampak pasien minum air putih ±150 cc • Pasien mengatakan selalu rajin untuk mengkonsumsi air putih	Arniati
	I		Melakukan tindakan pemberian obat Hasil : • Santagesik 500mg, melalui intravena	Arniati
	II		Menimbang berat badan pasien Hasil : • Berat badan =52 kg • Tinggi badan =165 cm	Arniati
	I	18.00	Melakukan pemberian obat Hasil : • Cefoperazone 1 gr, melalui intravena	Perawat Nais & Arniati
	II	19.05	Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual Hasil : • Pasien mengatakan masih merasa mual tetapi sudah berkurang • Pasien mengatakan merasa mual hanya ketika selesai makan	Arniati
	II		Memonitor asupan makanan pasien Hasil : • Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur, telur, sayur dan semangka • Tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi buburnya • Tampak pasien di suap oleh ibunya	Arniati

	II		Menganjurkan pasien untuk makan porsi sedikit tetapi sering Hasil : • Pasien mengatakan sering makan makanan ringan yang dibawakan oleh keluarga seperti pudding,roti dan buah dalam porsi kecil • Pasien mengatakan masih merasa mual tetapi sudah mulai berkurang • Tampak buah,roti dan pudding di meja pasien	Arniati
	I		Menganjurkan untuk mengkonsumsi cairan Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi air putih ±200 cc (1 gelas) setelah makan	Arniati
	III		Mengajarkan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi,terapi musik dan distraksi) untuk mengurangi mual Hasil : • Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi • Pasien mengatakan mualnya sedikit berkurang setelah melakukan terapi	Arniati
	II		Menganjurkan pasien untuk melakukan kebersihan mulut untuk menigkatkan rasa nyaman Hasil : • Pasien mengatakan lidahnya tersa pahit • Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat	Arniati
	III		Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari Hasil : • Tampak ibu pasien meyediakan peralatan gosok gigi pasien • Tampak pasien di temani ibunya ke kamar mandi	Arniati

	II	20.10	Memfasilitasi istirahat pasien Hasil : • Tampak tempat tidur pasien bersih dan rapi setelah di rapikan oleh perawat	Arniati Arniati
	II	22.00	Memberikan suasana yang tenang, mempertahankan tirah baring dan membatasi pengunjung Hasil : • Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur dengan posisi telentang • Tampak pasien hanya di damping oleh ibunya	Arniati
	I	24.00	Memantau tanda-tanda vital Hasil : • TD=110/70 mmHg N=83 ×/menit S=37°c P=18×/menit	Stella
	I	05.30	Melakukan pemberian obat Hasil: • Santagesik 500 mg, melalui intravena	Perawat Delki & Stella
	I	06.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : • TD=110/80 mmHg N=84×/menit S=36,8°c P=19×/menit • Pasien mengatakan tidak demam	Neni
	I		Memonitor warna kulit hasil : • Tampak kulit pasien bersih ,elastis dan lembab karena berkeringat • S= 36,8°c • Teraba tubuh pasien tidak hangat	Neni

	I		Melakukan pemberian obat Hasil : • Cefoperazone 1 gr, melalui intravena	Perawat Delki & Neni
	II		Mengidentifikasikan faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual Hasil : • Pasien mengatakan mualnya sudah mulai berkurang • Pasien mengatakan merasa mual hanya pada saat setelah makan	Neni
	II		Mengendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin meningkatkan mual : Hasil : • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan tirai yang terbuka di pagi hari • Tampak tirai pasien terbuka dan ruangannya tampak rapih dan tidak berbau	Neni
	II		Mengidentifikasikan faktor-faktor yang kemungkinan dapat meningkatkan mual Hasil : • Pasien mengatakan mualnya sudah mulai berkurang • Pasien mengatakan merasa mual hanya pada saat setelah makan	Neni

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama perawat
23-02-2019	II	07.00	Mengkaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas Hasil : • Pasien mengatakan masih pusing dan lemah • Pasien mengatakan beberapa aktivitasnya masih di bantu oleh keluarga dan perawat seperti ke kamar mandi dan ganti baju • Pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas sendiri di atas tempat tidur seperti makan dan lain-lain	Aprilianti
	II		Memonitor asupan makanan Hasil : • Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur, sup, ikan dan sayur • Pasien mengatakan tidak mampu menghabiskan makanannya karena lidahnya terasa pahit dan masih merasa sedikit mual setelah makan • Tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi buburnya • Tampak pasien makan tanpa di bantu	Aprilianti
	II		Menganjurkan untuk mengkonsumsi cairan Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi air putih ±200cc (1 gelas) setelah makan • Pasien mengatakan rajin untuk mengkonsumsi air putih	Aprilianti
	II		Menganjurkan untuk makan sedikit tetapi sering Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat • Tampak beberapa makanan kecil di meja seperti roti dan buah	Aprillianti

	II		Mengajarkan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi, terapi musik, distraksi) Hasil : • Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi dengan baik • Pasien mengatakan mualnya berkurang ketika melakukan terapi setelah makan	Aprilianti
	I		Melakukan pemeberian obat Hasil : • Santagesik 500 mg, melalui intravena	Perawat Vero & Aprilianti
	II	08.00	Menganjurkan pasien untuk melakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan rasa nyaman Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat • Pasein mengatakan lidahnya masih terasa pahit	Aprilianti
	III		Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari Hasil : • Tampak ibu pasien menyiapkan peralatan sikat gigi pasien • Tampak ibu pasien mendampingi pasien ke kamar mandi	Aprilianti
	III	09.00	Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : • Tampak pasien sudah mulai bisa melakukan hal sederhana yang dapat dilakukannya sendiri seperti makan, beraktivitas di tempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi	Aprilianti

	I	10.00	Memonitor warna kulit Hasil : • Tampak kulit pasien bersih dan elastis serta tidak ada tanda-tanda dehidrasi • Teraba tubuh pasien tidak hangat	Aprilianti
	I		Memantau tanda-tanda vital Hasil : • TD=110/80 mmHg N=84×/menit S=36,5°c P=18×/menit • Teraba tubuh pasien tidak hangat • Tampak keadaan umum pasien sudah mulai membaik	Aprilianti
	II		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ± 150 cc Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi air putih ±150 cc • Pasien mengatakan dapat menghabiskan 3 botol tupperware air putih dalam jumlah 750 cc/botol	Aprilianti
	II	11.05	Menimbang berat badan pasien Hasil : • Berat badan =52 kg • Tinggi badan =165 cm	Aprilianti
	II	12.20	Memonitor asupan makanan Hasil : • Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur, sup, sayur telur, dan semangka • Tampak pasien makan tanpa bantuan • Tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi buburnya karena masih merasa sedikit mual	Aprilianti

	I		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ± 200 cc Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi air putih ± 200 cc setelah makan • Pasien mengatakan ia selalu rajin mengkonsumsi cairan	Aprilianti
	I		Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual Hasil : • Pasien mengatakan mualnya sudah berkurang • Pasien mengatakan merasa mual hanya setelah makan saja	Aprilianti
	II		Menganjurkan pola makan sedkit tetapi sering Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat • Tampak beberapa makanan di atas meja pasien seperti roti, biskuit dan buah	Aprilianti
	II		Mengajari teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi,terapi musik ,distraksi) Hasil : • Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi dengan baik • Pasien mengatakan mualnya sedikit berkurang setelah melakukan terapi	Aprilianti
	I	13.00	Memfasilitasi istirahat dan melakukan pembatasan aktivitas Hasil : • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu AC 18°c • Tampak pasien terbaring dia atas tempat tidur dengan posisi telentang	Aprilianti

	III	14.30	Memberikan lingkungan yang nyaman,mempertahankan tirah baring dan membatasi pengunjung Hasil : • Tampak lingkungan pasien bersih dan nyaman • Tampak pasien berbaring dengan posisi telentang • Tampak hanya 1 orang teman pasien yang mendampingi	Bernadeti
	I	16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : • TD=110/70 mmHg N=82 ×menit S=37,5°c P=19×menit	Anastasia
	I		Memonitor warna kulit pasien Hasil : • Tampak kulit pasien bersih, elastis dan lembab karena berkeringat • Tampak tidak ada tanda-tanda dehidrasi • Teraba tubuh pasien tidak hangat	Anastasia
	I		Menutup pasien dengan selimut/pakaian ringan Hasil : • Tampak pasien menggunakan selimut dan baju kaos yang ringan dan meyerap keringat	Anastasia
	I		Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan Hasil : • Tampak pasien mengkonsumsi air putih ±200 cc setelah makan • Pasien mengatakan ia selalu rajin mengkonsumsi cairan	Bernadeti

	I	18.00	Melakukan pemberian obat Hasil : • Cefoperazone 1gr, melalui intravena	Perawat Nais & Anastasia
	II	19.00	Memonitor asupan makanan Hasil : • Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur ,sup ,ikan ,dan pisang • Tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi buburnya • Tampak pasien makan tanpa bantuan orang lain	Angel
	II		Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan mual Hasil : • Pasien mengatakan sudah tidak merasa terlalu mual ketika makan atau setelah makan • Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit	Anastasia
	II		Menganjurkan pola makan sedikit tetapi sering Hasil : • Tampak pasien setuju dengan anjuran perawat • Tampak beberapa makanan kecil di meja pasien seperti buah dan biskuit	Anastasia
	II		Mengajari penggunaan teknik nonfarmakologi (relaksasi, terapi musik, distraksi) Hasil : • Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi • Pasien mengatakan merasa nyaman dan mualnya sudah tidak terlalu terasa setelah terapi	Angela

	II	20.20	Menganjurkan pasien untuk melakukan kebersihan mulut untuk meingkatkan rasa nyaman Hasil : • Pasien mengatakan lidahnya tersa pahit • Tampak lidah pasien berwarna putih di bagian tengah • Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat	Angela
	III		Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari Hasil : • Tampak ibu pasien meyediakan peralatan gosok gigi pasien • Tampak pasien di temani ibunya ke kamar mandi	Angela
	I	21.00	Memfasilitasi istirahat pasien Hasil : • Tampak tempat tidur pasien bersih dan rapi setelah di rapikan oleh perawat	Anastasia
	III	22.00	Memberikan suasana yang tenang, mempertahankan tirah baring dan membatasi pengunjung Hasil : • Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur dengan posisi telentang • Tampak pasien hanya di damping oleh ibunya	Andis
	I		Memantau tanda-tanda vital Hasil : • TD=110/80 mmHG N=80×/menit S=36,8°c P=18×/menit	Andis

	I	24.00	Melakukan pemberian obat Hasil: • Santagesik 500 mg, melalui intravena	Perawat Riska & Delvi
	I	05.30	Memonitor warna kulit Hasil : • Tampak kulit pasien bersih dan elastis • Tampak tidak ada tanda-tanda dehidrasi	Delvi
	I	06.00	Melakukan pemberian obat Hasil: • Santagesik 500 mg, melalui intravena	Perawat Riska & Delvi
	I		Memantau tanda-tanda vital Hasil : • TD=110/70mmHg N=84×/menit S=36,5°c P=19×/menit • Pasien mengatakan tidak merasa demam	Andis
	I		Memonitor warna kulit Hasil : • Tampak kulit pasien bersih dan elastis • Tampak tidak ada tanda-tanda dehidrasi • Teraba tubuh pasien tidak hangat	Andis
	I		Melakukan pemberian obat Hasil : Cefoperazone 1 gr, melalui intravena	Perawat Riska & Andis

	II III	07.00	Mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan mual Hasil : • Pasien mengatakan tidak merasa mual • Pasien mengatakan pusingnya sudah mulai berkurang Mengkaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas Hasil : • Pasien mengatakan masih di temani ke kamar mandi • Pasien mengatakan sudah bisa bangun sendiri, makan sendiri dan memakai baju sendiri	Arniati Arniati

F. Evaluasi Keperawatan I

Nama / Umur : Tn " C" / 22 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 369

Gambar tabel 3.6

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan Perawat	Perawat
22-02-2019	I	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S :Pasien megatakan merasa demam dan pusing O : - Teraba tubuh pasien hangat - Suhu 38,2°c A : Suhu tubuh belum kembali normal P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Tutup pasein dengan selimut atau pakaian ringan 4. Anjurkan mengkonsumsi cairan 5. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas jika perlu 6. Beri obat / cairan IV (misalnya antipiretik , agen antibiotik dan agen anti menggigil)	Arniati

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
22-02-2019	**II**	Mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal S : - Pasien mengatakan masih merasa mual terutama ketika mencium bau makanan, saat makan atau setelah makan - Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit O : - Tampak pasien tidak tidak mampu menghabiskan setengah porsi buburnya kerena mual - Tampak lidah pasien kotor (berwarna putih) pada bagian tengah A : Mual belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasikan factor-faktor yang dapat menyebabkan mual 2. Kendalikan factor-faktor lingkungan yang mungkin meningkatkan mual 3. Lakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan kenyamanan 4. Anjurkan memberikan makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering. 5. Monitor asupan makanan 6. Timbang berat badan secara teratur 7. Ajari pengunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi, terapi aktivitas, distraksi)	Arniati

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
22-02-2019	**III**	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring S : - Pasien mengatakan beberapa aktivitas dan kebutuhannya masih di bantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, ke kamar mandi, ganti baju O : - Tampak keadaan umum pasien lemah A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas. 2. Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (mandi, berpakaian) 3. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap. 4. Berikan lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring, pantau dan batasi pengunjung. 5. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari	Arniati

Evaluasi Keperawatan II

Nama / Umur : Tn " C" / 22 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 369

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
23-02-2019	**I**	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : Pasien mengatakan tidak merasa demam O : - Teraba tubuh pasien tidak hangat - Suhu 36,8°c A : Suhu tubuh sudah kembali normal P : tetap lanjutkan intervensi 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Tutup pasein dengan selimut atau pakaian ringan 4. Anjurkan mengkonsumsi cairan 5. Fasilitasi istirahat,terapkan pembatasan aktivitas jika perlu 6. Beri obat / cairan IV (misalnya antipiretik , agen antibiotik dan agen anti menggigil)	Aprilianti

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
23-02-2019	**II**	Mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal S : - Pasien mengatakan mualnya sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan merasa mual hanya pada saat setelah makan O : - Pasien mengatakan tidak mampu menghabiskan makanannya karena lidahnya terasa pahit dan masih merasa sedikit mual setelah makan - Tampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi buburnya A : Mual sudah mulai berkurang P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasikan faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual 2. Kendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin meningkatkan mual 3. Lakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan kenyamanan 4. Anjurkan memberikan makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering. 5. Monitor asupan makanan 6. Timbang berat badan secara teratur 7. Ajari pengunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi,terapi aktivitas ,distraksi)	Aprilianti

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
23-02-2019	**III**	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring S : - Pasien mengatakan beberapa aktivitasnya masih di bantu oleh keluarga dan perawat seperti ke kamar mandi dan ganti baju - Pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas sendiri di atas tempat tidur seperti makan dan lain-lain O : - Tampak pasien makan tanpa dibantu - Tampak ibu pasien mendampingi pasien ke kamar mandi - Tampak pasien sudah mulai bisa melakukan hal sederhana yang dapat di lakukannya sendiri seperti makan, beraktivitas di tempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi A : Intoleransi aktivitas sudah mulai teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas. 2. Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (mandi, berpakaian). 3. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap. 4. Berikan lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring, pantau dan batasi pengunjung. 5. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari	Aprilianti

Evaluasi Keperawatan III

Nama / Umur : Tn " C" / 22 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 369

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
24-02-2019	**I**	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan tidak merasa demam O : - Tampak keadaan umum pasien mulai membaik - Tampak pasien duduk di atas tempat tidur - Suhu 36,5°c - Teraba tubuh pasien tidak hangat A : suhu tubuh sudah kembali normal P : Intervensi keperawatan di hentikan	Arniati

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
24-02-2019	**II**	Mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal S : - Pasien mengatakan tidak merasa mual - Pasien mengatakan pusingnya sudah mulai berkurang O : Tampak keadaan umum pasien mulai membaik A : Mual sudah teratasi P : Intervensi keperawatan di hentikan	Arniati

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
24-02-2019	**III**	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring S : - Pasien mengatakan masih di temani ke kamar mandi - Pasien mengatakan sudah bisa bangun sendiri,makan sendiri dan memakai baju sendiri O :Tampak keadaan umum pasien mulai membaik A : Intoleransi aktivitas sudah teratasi P : intervensi keperawatan di hentikan	Arniati

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis, akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teoritis dengan kasus pada pasien Tn. “C” dengan Demam *typhoid* di RS Stella Maris selama 3 hari yang dilaksanakan pada tanggal 21-23 Februari 2019 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn. “C” umur 22 tahun, pada tanggal 21 Februari 2019 didapatkan data yaitu pasien mengatakan demam ± 3 minggu di rumah, pasien mengatakan demamnya naik turun disertai sakit kepala, mual disertai muntah, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan penurunan nafsu makan. Badan pasien teraba hangat, tampak pasien mual saat mau makan dan setelah makan, lidahnya terasa pahit sehingga makanan dan minuman yang dikonsumsinya terasa hambar, tampak ibu pasien membantu pasien saat masuk kedalam kamar mandi, pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas dan lebih banyak berbaring di tempat tidur. GCS: 15 pemeriksaan TTV : TD :100/80 mmHg N: 84x/menit S: 38,5^{0}C. P: 20x/menit. Terpasang infus RL 500 cc dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit dan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan *anti salmonella typhi* IgM (+2) dan WBC meningkat yaitu 13,5 10^3/ul

Dari tinjauan teori masa inkubasi terjadi 10-14 hari dengan gejalanya : demam naik turun terutama pagi dan sore hari, mual sisertai muntah pada saat mau makan dan setelah makan dan mudah lelah saat melakukan aktivitas.

Berdasarkan data diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada

pasien karena sebagian penyebab serta tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teori.

B. Diangnosa Keperawatan

1. Dari tinjauan teoritis diagnosa keperawatan demam typhoid ada 5 diagnosa yaitu :
   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
   b. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan fisik
   c. Nyeri berhubungan dengan Agen cedera biologis
   d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi
   e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
2. Pada kasus Tn.”C” didapatkan 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu :
   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

      Diagnosa ini didukung dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan *anti salmonella typhi* IgM (+2) dan pasien demam dengan suhu : $38,5^0$C
   b. Mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal

      Diagnosa ini didukung dari data pada saat pengkajian pasein mengatakan merasa mual pada saat mau makan dan setelah makan, disertai dengan lidah terasa pahit sehingga makanan dan minuman terasa hambar
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

      Diagnosa ini didukung dari pasien mengatakan badanya terasa lemah, pasien lebih banyak berbaring dan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat.

      Adapun diagnosa yang tidak diangkat penulis pada kasus yaitu: . Nyeri penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian tidak ada data yang mendukung bahwa pasien

mengalami nyeri, sedangkan diagnosa ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh penulis tidak mengangkat karena pasien hanya mengalami penurunan berat badan 2 kg, dan IMT pasien :19,10kg yaitu berat badan ideal, dan diagnosa kurang pengetahuan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien sudah mengetahui penyebab penyakitnya.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan rencana tindakan untuk mengatasi masalah keperawatan. Perencanaan keperawatan dari diangnosa 1, 2, 3, sesuai dengan teoritis, intervensi dibuat berdasarkan Nanda, Noc, Nic yang disesuaikan dengan kondisi pasien.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari. Semua intervensi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan teoritis dan kasus. Sebelum melakukan tindakan, sebaiknya terlebih dahulu menjelaskan tentang tindakan apa yang akan dilakukan, dan mengharapkan kerja sama yang baik antara pasien dan keluarga pasien sehingga untuk mempermudah mencapai hasil yang diharapkan.

1. Hipertermi berhubungan penyakit

   Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah : observasi TTV, memonitor warna kulit, menganjurkan pasien untuk kompres dengan air hangat, menutup pasien dengan selimut, memberikan minum air putih, memfasilitasi istirahat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik.

2. Mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal

Implementasi yang di lakukan pada diagnose ini adalah :

mengidentifikasikan faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual, mengendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin meningkatkan mual, melakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan kenyamanan, memberikan makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering, memonitor asupan makanan, menimbang berat badan secara teratur, mengajari pengunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi, terapi aktivitas, distraksi).

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

   Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah:

   Mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam hal : makan, minum, dan berpakaian, berikan lingkungan yang tenang, melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

   Dari intervensi keperawatan yang penulis susun, semuanya dapat diimplementasikan sesuai dengan rencana tindakan yang ada, hal ini dikarenakan penulis melibatkan keluarga pasien serta sesama perawat dan didukung dengan waktu yang cukup, fasilitas yang memadai

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan yang menjadi penentuan apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Evaluasi hasil tindakan keperawatan yang dilaksanakan penulis selama 3 hari yaitu, mulai dari tanggal 21 - 23 Februari 2019, sebagai berikut :

1. Hipertermia berhubungan dengan penyakit. Evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu tidak terjadinya hipertermia dan dapat teratasi dengan suhu tubuh normal berkisar (36°c - 37°c), hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir, pasien

mengatakan tidak demam lagi, suhu tubuh 36,5°c, sehingga perencanaan selanjutnya adalah intervensi dihentikan

2. Mual berhubungan dengan iritasi gastrointestinal .Evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu pasien dapat mendeskripsikan faktor-faktor penyebab mual, dapat menggunakan teknik nonfarmakologi, asupan makanan meningkat, tidak terjadi penurunan berat badan dan dapat melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada petugas kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari evaluasi dihari terakhir dengan pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, sehingga perencanaan selanjutnya adalah intervensi dihentikan.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.Evaluasi sesuai dengan NOC yang di tetapkan yaitu pasien sudah mulai bisa melakukan aktivitas rutin dan aktivitas fisik, serta pasien pasien tidak mudah merasa lelah ketika beraktivitas .Hal ini dapat dilihat dari evaluasi hari terakhir dengan pasien mengatakan masih di temani ke kamar mandi tetapi sudah bisa bangun sendiri,makan sendiri dan memakai baju sendiri,

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada pasien Tn. ”C” dengan demam *typhoid* maka penulis, mengambil beberapa kesimpulan yaitu :

1. Data yang didapat dari pengkajian :

   Pasien mengatakan demam ± 3 minggu di rumah, pasien mengatakan demamnya naik turun, mual disertai muntah, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan penurunan nafsu makan. Tampak pasien mual saat mau makan dan setelah makan, lidahnya terasa pahit sehingga makanan dan minuman yang dikonsumsi terasa hambar, tampak ibu pasien membantu pasien saat masuk ke dalam kamar mandi, pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas dan lebih banyak berbaring di tempat tidur. GCS: 15 pemeriksaan TTV : TD :100/80 mmHg N: 84x/menit S: 38,5^{0}C. P: 20x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan *anti salmonella typhi* IgM (+2) dan WBC meningkat yaitu 13,5 10^3/ul
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn ”c ”
   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
   b. Mual berhubungan dengan makanan/minuman yang tidak enak
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
3. Intervensi keperawatan disusun pada prinsip yang sama terdapat dalam tinjauan teoritis, meliputi tindakan keperawatan mandiri, observasi, tindakan pendidikan kesehatan dan kolaborasi.
4. Implementasi dilakukan selama 3 hari penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
5. Evaluasi masalah hipertermi, mual dan intoleransi aktivitas sudah teratasi

B. Saran

Melihat kenyataan yang ada selama penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan demam *typhoid* maka penulis memberikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat dan dipertimbangkan dari berbagai pihak.

1. Bagi pasien

   Untuk mencegah terjadinya demam *typhoid* berulang, dianjurkan kepada pasien untuk menjaga pola makan dengan tidak makan atau pun jajan di sembarang tempat, menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri.

2. Bagi perawat

   Sebagai bahan masukan untuk tenaga keperawatan khususnya bagian Bernadeth RS Stella Maris Makassar untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan memberikan penyuluhan kepada pasien yang rencana pulang.

3. Bagi Rumah Sakit

   Diharapkan pihak Rumah Sakit agar senantiasa meningkatkan pelayanannya kepada masyarakat yang membutuhkan terutama pemberian asuhan keperawatan yang komprehentif meliputi bio, psiko, sosial dan spiritual serta terus melakukan pendidikan kesehatan tentang pola hidup sehat sebagai upaya mengatasi demam *typhoid.*

4. Bagi Institusi pendidikan

   Diharapkan dapat menambah buku-buku referensi, jurnal yang berhubungan dengan penyakit demam *typhoid* sehingga di masa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit tersebut.

5. Bagi penulis selanjutnya

   Dalam memberikan asuhan keperawatan, lebih menerapkan teori dan keterampilan yang diperoleh dari perkuliahan ke lahan praktek (rumah sakit), sehingga dapat terjadi keterkaitan yang erat antara teori dengan praktek nyata pada pasien yang dihadapi di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

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

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

Herman Heather dan Kamitsuru Shigemi. 2015. *Diangnosis Keperawatan Defenisi & Klasifikasi 2015-2017*. Edisi10. Jakarta : EGC.

Mansjoer Arif . 2013. *keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa. Yongyakarta* : Nurha Medika.

Medical Record RS Stella Maris Makassar. 2016,2017,2018.*Statistik Penyakit Demam Thypoid.* Makassar : RS. Stella Makassar.

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

Sodikin. 2011. *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan sistem Gastrointestinal Dan Hepatobile*. Jakarta : Salemba Medika..

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

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

http://repository.ump.ac.id/3897/2/DEDI%20AGUS%20NANDAR%20BAB 1 WHO.2014.pdf. Diakses pada tanggal 03 April 2019 pukul 14.10 WITA.

https //mediskus .com / fungsi dan indikasi obat santagesik demam ***thypoid*** . Diakses 21 Maret 2019. Pkl 21.30 WITA.

https://hellosehat.com/obat/cefoperazone/. Diakses 21 Maret 2019 pukul 21.45WITA. .

.

LEMBAR KONSUL

Nama : Aprilianti Paembonan

E1614401047

Arniati Bue'

E1614401048

Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn "C" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Pembimbing : Mery Solon, Ns.,M.Kes

NO	Hari/tanggal	Materi konsul	Perbaikan	TTD
1.	25-02-2019	BAB III	- Tambahkan data pada pengakajian - Perbaiki diagnosa ke 2 dan 3	
2.	11-03-2019	BAB III	- Perbaiki pengetikan pada pengkajian - Perbaiki diagnosa ke 2 - Tambahkan rasional pada intervensi	
3.	22-03-2019	BAB III BAB I	- Perbaiki waktu tindakan pada implementasi - Tambahkan data dari Sul-Sel	

		BAB II	- Ganti gambar anatomi	
4.	09-04-2019	BAB III BAB IV BAB V	- Perbaiki pengetikan dosis obat - Tambahkan data pada diagnosa - Tambahkan NANDA NIC,NOC pada perencanaan keperawatan - Perbaiki urutan saran	
5.	23-04-2019	BAB I	- Bahasa asing diketik miring - Perbaiki patoflodiagram	
6.	29-04-2019	BAB I BAB V	- Tambahkan persen pada data MRO - Tambahkan saran pada pasien	