KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN.“W” DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

RISTA WAHYUNI
E.1614401075
SISKA PRATIWI
E.1614401079

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. "W" DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANGAN PERAWATAN BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STIK STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Rista Wahyuni (E1614401075)
Siska Pratiwi (E1614401079)

Disetujui oleh :

Pembimbing

(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN. 0904078805

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. "W" DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANGAN PERAWATAN BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STIK STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal	: Rabu 22 Mei 2019
Pukul	: 11.00-12.30
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

TIM PENGUJI :

1. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep (.)
3. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Rista Wahyuni
Tempat/ Tanggal Lahir	: Mamuju, 04 Agustus 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Maipa No 19

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Martinus Tangngaran / Serlinda Seri
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Mamuju

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDI Pandoadoang	: Tahun 2004 - 2010
SMPN 3 Tobadak	: Tahun 2010 - 2013
SMAS Katolik Messawa	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2016 – 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Siska Pratiwi
Tempat/ Tanggal Lahir	: Mamasa, 29 Desember 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Maipa No 10

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Lingkolon / Triatte
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Pensiunan / PNS
Alamat	: Mamasa

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 001 Mamasa	: Tahun 2004 - 2010
SMPS Frater Mamasa	: Tahun 2010 - 2013
SMAN 001 Mamasa	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul ‘’Asuhan Keperawatan Pada Nn. “W” dengan Demam *Thypoid* di ruang perawatan Bernadeth IIB di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

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

1. Siprianus Abdu,S.Si,.Ns,.M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris
3. Rosdewi, Skp., MSN selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan.
4. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
5. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep selaku pembimbing penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah dan telah meluangkan waktu serta memberikan pengarahan dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
6. dr. Thomas Soeharto., MMR, selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk

melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama kami mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth IIB Rumah Sakit Stella Maris yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Keluarga dan Nn. "W" selaku pasien penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Kedua Orang tua Penulis dan Saudara/i, yang telah memberikan motivasi, bantuan dan doa selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar dan menyelesaikan Pendidikan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman- teman angkatan 2016 program DIII keperawatan khususnya kelas DIII IIIB yang selalu saling mendukung, saling membantu dan bekerjasama dengan baik selama mengikuti proses perkuliahan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah di STIK Stella Maris Makassar.
12. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN
HALAMAN PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
DAFTAR GAMBAR v
DAFTAR TABEL vi
BAB 1 PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 2
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 4
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medik 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 6
3. Etiologi 14
4. Patofisiologi 15
5. Manifestasi Klinis 16
6. Pemeriksaan Diagnostik 17
7. Penatalaksanaan Medik 19
8. Komplikasi 19
B. Konsep Dasar Keperawatan 20
1. Pengkajian 20
2. Diagnosa Keperawatan 22
3. Intervensi keperawatan 22
4. Discharge Planing 26
C. Patoflowdiagram 27

BAB III TINJAUAN KASUS 30
A. Pengkajian 31
B. Analisa Data 49
C. Diagnosa Keperawatan 52
D. Intervensi Keperawatan 53
E. Implementasi Keperawatan 60
F. Evaluasi 75
G. Daftar Obat 83
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 86
A. Pengkajian 86
B. Diagnosa 87
C. Intervensi keperawatan 89
D. Implementasi keperawatan 90
E. Evaluasi keperawatan 91
BAB V PENUTUP 93
A. Simpulan 93
B. Saran 94
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi sistem pencernaan 6
Gambar 2.2 Patoflodiagram 27
Gambar 3.1 Genogram pasien 33

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Uji Saraf Kranial 47
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium 48
Tabel 3.3 Analisa Data 51
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan 52
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan 54
Tabel 3.6 Implementasi keperawatan 74
Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan 82

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam *Thypoid* merupakan suatu penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi* yang masih dijumpai secara luas di berbagai daerah berkembang terutama yang di daerah tropis dan subtropis. Penyakit ini juga merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting karena penyebarannya berkaitan erat dengan kepadatan penduduk, kesehatan lingkungan, sumber air dan standar hygine industri pengelolahan makanan yang masih rendah.

Data Kesehatan Dunia *World Health Organization* (2015), memperkirakan terdapat sekitar 17 juta kasus kematian penderita penyakit Demam *Thypoid* tiap tahun. Di negara berkembang, diperkirakan sekitar 150 Juta orang yang terkena penyakit demam thypoid. Di negara asia diperkirakan sekitar 1000 orang yang terkena penyakit Demam *Thypoid*.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2014, Demam *Thypoid* menurut karakteristik responden tersebar merata menurut umur, akan tetapi prevalensi Demam *Thypoid* banyak ditemukan pada umur 5-14 tahun yaitu sebesar 1,9% dan paling rendah pada bayi sebesar 0,8%. (Depkes, 2014)

Di Sulawesi selatan, penderita penyakit Demam *Thypoid* pada tahun 2014 sebanyak 23.271 orang yaitu laki-laki sebanyak 11. 723 orang dan perempuan sebanyak 11. 548 orang dengan kasus yang tertinggi yaitu di Kabupaten Bulukumba (3.270 orang), Kota Makassar 92.325 orang), Kota Enrekang (1.153 orang) dan terendah di Kabupaten Tana Toraja (19 orang), Kabupaten Luwu (1 orang), dan Kabupaten Toraja Utara (tidak ada). (Dinkes Sulsel, 2014)

Berdasarkan data *Medical record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar Tahun 2018 diperoleh data pada tahun 2016 jumlah pasien penderita Demam *Thypoid* sebanyak 385 orang yaitu laki-laki sebanyak 154(40%) orang dan perempuan sebanyak 231(60%) orang serta 1 orang 0,25%)diantaranya meninggal dunia. Pada tahun 2017 jumlah penderita Demam *Thypoid* sebanyak 481 orang yaitu laki-laki sebanyak 211(43,86%) orang dan perempuan sebanyak 270(56,13%) orang serta yang meninggal sebanyak 4 orang(0,83%). Pada tahun 2018 jumlah penderita Demam *Thypoid* sebanyak 553 orang yaitu laki-laki sebanyak 239 orang (43,21%) dan perempuan sebanyak 314 orang (56,78%) serta yang meninggal sebanyak 2 orang (0,36%).

Berdasarkan data diatas diketahui bahwa kasus Demam *Thypoid* di rumah sakit stella maris mengalami peningkatan selama 3 tahun berturut-turut sehingga penderita Demam *Thypoid* perlu mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat karena jika diabaikan akan menimbulkan komplikasi seperti perdarahan usus, perforasi usus dan ileus paralitik. Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional pada pasien Demam *Thypoid* dengan cara menganjurkan kepada pasien untuk menjaga kebersihan diri, bedrest selama demam berlangsung, mengurangi aktivitas, menganjurkan makan makanan bergizi, melaksanakan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan memberikan kompres hangat bila terjadi demam. Dengan melihat hal tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Demam *Thypoid*".

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ini adalah

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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

   a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien Demam *Thypoid*.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Demam *Thypoid.*
   c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan Demam *Thypoid.*
   d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan Demam *Thypoid*.
   e. Membuat evaluasi keperawatan pada pasien dengan Demam *Thypoid.*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Institusi

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

3. Bagi Pasien dan keluarga

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan

perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit.

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

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 keadaan pasien dan kegiatan keperawatan selama dalam perawatan.
   b. Wawancara

      Melakukan wawancara dengan pasien, keluarga, dan Tim Kesehatan (Perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan)
   c. Pemeriksaan Fisik secara lengkap (head to toe)
2. Studi Kepustakaan

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

E. Sistimatika Penulisan

Penulisan karya tulis ini disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yang terdiri dari : Bab I pendahuluan (Latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan), Bab II tinjauan teoritis (konsep dasar medis yang terdiri dari defenisi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifstasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi, dan konsep

dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi serta daftar obat pasien), Bab IV pembahasan kasus dan Bab V kesimpulan dan sara

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

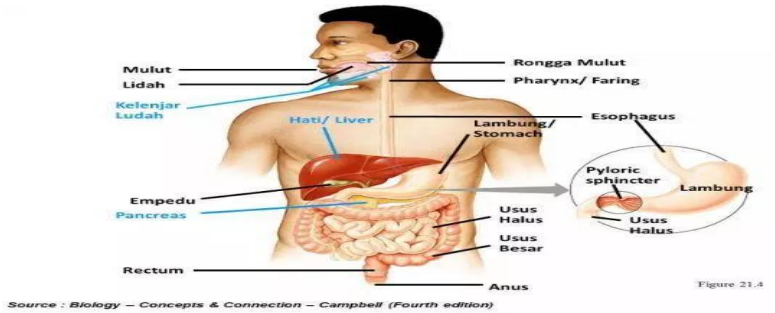
1. Pengertian

Demam *Thypoid* merupakan penyakit infeksius yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi*. Penyebaran dapat terjadi melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh feses dan urine dari orang yang terinfeksi kuman salmonella. (Padila , 2013)

Demam *Thypoid* adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Salmonella Enterica* khususnya turunannya, *Salmonella Thypi* (Diyono, & Mulyanti Sri, 2016). Penularan demam *thypoid* melalui fecal dan oral yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Padila, 2013).

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat di simpulkan bahwa Demam *Thypoid* adalah: penyakit infeksi sistemik akut biasanya mengenai saluran pencernaan terutama usus halus yang di sebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi* yang masuk melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi, dengan tanda dan gejala demam lebih dari satu minggu. (Padila, 2013).

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 anatomi sistem pencernaan (Suarnianti, 2016)

a. Mulut

Rongga mulut merupakan suatu ruang yang terbentuk dari mulut-mulut, langit-langit dan orofaring. Dalam rongga mulut terdapat beberapa komponen yaitu gigi, gusi, lidah, dan kelenjar-kelenjar air ludah. Gigi berfungsi untuk proses mastikasi *(chewing)* yaitu mengunyah makanan menjadi lebih lembut atau halus yang disebut dengan bolus. Lidah dan mukosa berperan dalam memberikan sensasi rasa. Proses mastikasi dibantu oleh air ludah atau air liur. Air ludah dihasilkan oleh kelenjar parotis, submaxillaris, dan sublingualis. Ludah terdiri atas air (99,5%) dengan pH sekitar 6,8. Ludah berguna sebagai pelumas rongga mulut, melunakkan makanan padat sebelum ditelan.

Mulut terdiri atas dua bagian yaitu :

1) Bagian luar yang sempit (vestibula), yaitu ruang diantara gusi, gigi, bibir, pipi.
2) Bagian rongga mulut (bagian dalam), yaitu rongga mulut yang sisi-sisinya dibatasi oleh tulang maksilaris, platum, mandibularis, serta sebelah belakang bersambung dengan faring.

(Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

b. Faring

Faring merupakan membran berotot mulai dari bawah mulut sampai esofagus. Faring terdiri atas nasofaring, orofaring, dan laringofaringal. Didalam lengkung faring terdapat tonsil yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. Disini terletak persimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan yang letaknya dibelakang rongga mulut dan hidung. Didepan ruas tulang belakang, makanan melewati epigiotis lateral melalui resus piriformis, kemudian masuk ke sofagus tanpa

membahayakan jalan udara. Pada waktu yang sama, jalan udara akan ditutup sementara. Pada proses permulaan menelan, otot mulut dan lidah berkontraksi secara bersamaan.

Pada saat terjadi proses menelan, faring melakukan gerakan untuk mencegahnya masuk ke jalan pernapasan dengan cara menutup sementara katup ke saluran selama beberapa detik, sambil mendorong makanan masuk ke dalam *esophagus* agar tidak membahayakan jalan pernapasan.

Dalam hal ini, terjadi persilangan antara jalan makanan dengan pernapasan. Jalan makanan masuk ke belakang, sementara jalan pernapasan melewati epiglotis lateral melalui *filiformis* sebelum kemudian masuk ke *esophagus*.

(Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

c. Esofagus

Esofagus merupakan organ silindris berongga dengan Panjang sekitar 23-25 cm dan diameter 2 cm. terlentang dari hipofaring sampai dengan kardia lambung. Fungsi utama esofagus adalah mengantarkan makanan dari rongga mulut ke dalam lambung. Proses pengantaran atau pemindahan makanan ini sering disebut proses menelan (ingesti). Anatomis esofagus agak unik, karena terdiri atas otot rangka pada lima persen bagian atas dan otot polos pada bagian bawah. Selain itu, bagian luar esofagus merupakan jaringan ikat jarang, tidak dilapisi lapisan serosa atau *peritoneum* seperti pada saluran pencernaan yang lain. Kondisi ini mengakibatkan bila ada kanker pada esofagus akan sangat cepat metastasis dan sering menyebabkan kebocoran setelah operasi esofagus

(Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

d. Lambung

Lambung terletak oblik dari kiri ke kanan menyilang di abdomen atas tepat di bawah diafragma. Dalam keadaan kosong lambung

berbentuk tabung-J, dan bila penuh berbentuk seperti buah avokad raksasa. Kapasitas normal lambung satu sampai dua liter. Secara anatomis lambung terbagi atas fundus, korpus dan antrum pyloricum atau pilorus. Sebelah kanan atas lambung terdapat cekungan *kurvatura minor*, dan bagian kiri lambung terdapat *kurvatura mayor*. Sfingter pada kedua ujung lambung mengatur pengeluaran dan pemasukan. Sfingter kardia atau sfingter esofagus bawah, mengalirkan makanan masuk ke dalam lambung dan mencegah refluks isi lambung memasuki esofagus kembali. Daerah lambung tempat pembukaan sfingter kardia dikenal dengan nama daerah kardia. Disaat sfingter pyloricum berelaksasi makanan masuk ke dalam duodenum, dan ketika berkontraksi sfingter ini akan mencegah terjadinya aliran balik isi usus halus ke dalam lambung.

(Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

e. Usus halus

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

Usus halus merupakan organ yang paling penting dalam pencernaan dan penyerapan makanan. Di dalamnya dihasilkan berbagai cairan yang mencerna makanan sampai benar-benar halus menjadi sari-sari makanan. Sari-sari makanan diserap oleh ujung-ujung pembuluh darah yang terdapat pada dinding usus halus. Aliran darah kemudian akan mengedarkannya ke seluruh tubuh. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

1) Bagian Usus Halus

a) Bagian atas disebut duodenum (usus 12 jari)

Panjangnya sekitar 25 cm. Berbentuk seperti sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lengkungan ini terdapat pankreas dan papilla *peyery* bagian kanan tempat bermuaranya pankreas dan kantung empedu. Dinding usus halus mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar brunner yang berfungsi memproduksi getah intestinum.

(Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

b) Bagian tengah disebut Jejunum (usus kosong)

Panjangnya kira-kira 2-3 meter berkelok-kelok terdapat sebelah kiri atas dari intestinum minor dengan perantaraan lipatan peritoneum, berbentuk kipas (mesentrium). Dindingnya lebih tebal dan banyak mengandung pembuluh darah. Jejunum adalah tempat utama proses absorbs maka bila terjadi gangguan seperti kolitis ulserativa, *chrohn desease*, sindrom malabsorpsi baru akan menjadi permasalahan klinis. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

c) Bagian bawah disebut penyerapan (ileum)

Merupakan 3/5 bagian usus halus. Ileum mempunyai arti klinis yang penting karena disinilah proses absorpsi yang besar, dan karena menjadi bagian usus halus yang paling distal maka mudah terjadi akumulasi mikroorganisme ataupun sumbatan. Contoh kelainan yang sering ditemukan adalah ileus, dan thypoid. 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 makanana menjadi partikel yang cukup kecil untuk diserap. Di

dalam setiap jonjot terdapat pembuluh darah halus dan saluran limfa yang menyerap zat hara dari permukaan jonjot. Vena porta mengambil glukosa dan asam amino, sedangkan asam lemak dan gliserol masuk ke sel limfa. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

2) Lapisan Dinding usus terdiri atas :

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

b) Lapisan berotot : terdiri atas 2 lapisan serabut, lapisan luar terdiri atas serabut longitudinal dan dibawahnya terdapat lapisan tebal terdiri dari serabut sirkuler. Diantara kedua lapisan serabut berotot ini terdapat pembuluh darah, pembuluh limfe dan plexus saraf. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

c) Mukosa bagian dalam tebal serta banyak mengandung pembuluh darah dan kelenjar. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

d) Dinding submukosa : terdapat otot 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.

(Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

3) 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. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

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+. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

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. (Diyono & Mulyanti Sri, 2016)

f. Usus Besar.

Usus besar (kolon) berawal pada katup *ileosekal* dan berujung pada anus. Panjang usus besar adalah sekitar 1,5 meter dan mencakup sekum, umbai cacing, kolon, rektum, dan kanal anus. Kolon dibagi menjadi kolon asenden, transversum, dan desenden. Rektum adalah suatu struktur selubung berlapis mukosa dengan Panjang sekitar 12 cm. Rektum berujung pada kanalis anus, yang berakhir di anus, suatu area yang tak berambut dan berwarna gelap. Taut anorektal memisahkan rektum dari kanalis anus dan dapat mengalami hemoroid internal (kumpulan vena yang berdilatasi pada jaringan anus yang membengkak)

Fungsi utama usus besar yaitu :

1) Mengeluarkan sisa makanan yang tak tercerna
2) Mengabsorpsi air, garam, dan vitamin yang dibentuk oleh sisa makanan dan bakteri.
3) Menurunkan volume chyme
4) Manufaktur vitamin, termsuk vitamin B dan K
5) Membentuk feces
6) Mengeluarkan feces dari tubuh. (Brunner & Suddarth, 2013)

g. Rektum

Rektum terletak dibawah kolom *sigmoid* yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus, terletak dalam *ronggapelvis* didepan *OS sektrum* dan *OS koksigis.* Fungsinya yaitu :

1) Menyerap air dari makanan
2) Tempat tinggal bakteri coli
3) Tempat feses. (Brunner & Suddarth, 2013)

i. Anus

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

1) *Sfingter ani internus* (sebelah atas) bekerja tidak menurut kehendak.
2) *Sfingter levator ani*, bekerja juga tidak menurut kehendak.
3) *Sfingter ani eksternus* (sebelah bawah) bekerja menurut kehendak. (Brunner & Suddarth, 2013)

3. Etiologi

Etiologi dari penyakit demam *thypoid* yaitu :

1. *Food* (makanan)
2. *Fingers* (jari-jari/tangan)

3. *Fly* (lalat)
4. *Fomitus* (muntah)
5. *Feces*

Salmonella mempunyai 3 macam anti gen yaitu:

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

(Padila, 2013)

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*.

Feses dan muntah pada penderita *thypoid* dapat menularkan kuman *salmonella thypi* kepada orang lain. Kuman tersebut dapat di tularkan melalui perantara lalat, dimana lalat akan hinggap di makanan yang dikonsumsi oleh orang-orang sehat. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan dan makan yang tercemar kuman *salmonella thypi* masuk kedalam tubuh melalui mulut. Kuman salmonella masuk masuk bersama makanan dan minuman yang tercemar oleh kuman salmonella thypi kedalam lambung, sebagian kuman akan dimusnahkan oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus bagian ileum distal dan mencapai jaringan limpoid. Di dalam jaringan limpoid ini kuman berkembang biak, lalu masuk kedalam aliran darah dan mencapai sel-sel *Retikulo endoteliat system* (Res) terutama hati dan limfa. Sel-sel Res ini kemudian melepaskan kuman kedalam sirkulasi darah dan menimbulkan bakterimia, kuman selanjutnya masuk limpa, usus halus dan kantung empedu dan menyebabkan reinfeksi di usus. Dalam masa bakterimia ini kuman mengeluarkan endotoksin yang susunan kimianya sama dengan somatik.(Padila, 2013)

5. Manifestasi Klinik

Masa tunas demam *thypoid* berlangsung 10-14 hari.

a. Minggu I (hiperplasia plak player)

1) Suhu tubuh naik turun khususnya suhu akan naik pada sore dan malam hari dan akan menurun menjelang pagi hari.

2) Nyeri kepala dan pusing, terjadi karena demam yang tinggi menimbulkan rasa lemas, pusing.
3) Anoreksia, mual dan muntah.
4) Nyeri perut, terjadi karena pembengkakan hati dan limpa
5) Epitaksis
6) Konstipasi atau diare

b. Minggu II (Nekrosis)

Gejala menjadi lebih jelas yaitu :

1) Demam
2) Lidah yang khas (putih, kotor, pinggirnya hiperemik).
3) Hepatomegali dan splenomegaly.
4) Penurunan kesadaran
5) Kulit kering.

c. Minggu III

Suhu tubuh berangsur normal kembali di akhir minggu. Hal ini terjadi jika tidak tampak komplikasi atau berhasil diobati. Jika keadaan makin buruk dengan terjadinya tanda-tanda khas berupa otot-otot bergerak terus, perdarahan dari usus dan nyeri abdomen. Jika denyut nadi meningkat disertai oleh peritonitis lokal maupun umum, pertanda terjadinya perporasi usus. Sedangkan keringat dingin, gelisah, sukar bernafas dan nadi menurun menunjukkan jika terjadi

d. Minggu IV

Merupakan stadium penyembuhan secara perlahan. Pada awal minggu keempat, demam akan cenderung menurun. (Padila, 2013)

e. Pemeriksaan diagnostik

a. Pemeriksaan darah tepi : leucopenia, aneosinofelia, anemia, dan trombositopenia.
b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT pada demam *thypoid* seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya *thypoid.*

c. Biakan empedu : terdapat basil *salmonella typhosa* pada urin dan tinja. Jika pada pemeriksaan selama dua kali berturut-turut tidak didapatkan basil *salmonella typhosa*, maka pasien dinyatakan betul-betul sembuh.
d. Pemeriksaan sum-sum tulang : menunjukkan gambaran hiperaktif sum-sum tulang.
e. Uji widal

   Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap salmonella *typhi* terdapat dalam serum klien dengan *thypoid* juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasikan. Antigen yang 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 klien yang disangka menderita *thypoid.* Akibat infeksi oleh salmonella *thypi ,* klien 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 Flagel kuman).
   3) Aglutinin Vi, yang dibuat karena rangsangan antigen Vi (Berasal dari simpai kuman).

f. Pemeriksaan Tubex TF

   Tubex TF merupakan suatu tes diagnostik in vitro semi kuantitatif 10 menit mendeteksi demam *thypoid* akut yang disebabkan oleh bakteri *salmonella thypi*. Melalui deteksi

spesifik adanya serum antibody igM tersebut dalam menghambat (intubasi) reaksi antara antigen berlabel partikel lakteks magnetic (reagen warna coklat) dan magnolona antibody berlabel lateks warna (reagen berwarna biru). Hasil dibaca secara visual dengan membandingkan warnah akhir reaksi terhadap segala warna. Dasar konsep antibody igM spesifik terhadap salmonella thypi digunakan sebagai market penanda Tubex TF :

1. Dalam diagnosis serologi demam *thypoid*, deteksi antibody igM adalah lebih baik karena hanya meningkatkan lbih awal tetapi juga lebih cepat menurun sesuai dengan fase akut infeksi, sedangkan antibody igG tetap pada fase penyembuhan.
2. Tubex TF mendeteksi antibody igM dan bukan igG. Hal ini membuat sangat bernilai dalam menunjang diagnose akut. Adapun skala untuk Tubex TF adalah keterangan skala 6.
   - ≤2 : tidak ada indikasi, Negatif
   - 3 : Borderline
   - 4-5 : ada indikasi demam thypoid
   - 6-10 : indikasi kuat demam thypoid, positif kuat. (Padila, 2013)

f. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan Demam Thyphoid terdiri dari beberapa bagian yaitu :

a. *Bedrest*, untuk mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan. Minimal 7 hari bebas demam atau ± 14 hari. Mobilisasi bertahap, sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien. Tingkatkan personal hygiene, kebersihan tempat tidur, pakaian dan peralatan yang

dipakai oleh pasien. Defekasi dan buang air kecil perlu diperhatikan karena kadang terjadi obstipasi dan retensi urin, isolasi penderita dan desinfeksi pakaian dan ekstreta pasien.

b. Diet dan terapi penunjang. Diet makanan harus mengandung cukup cairan dan tinggi protein, serta rendah serat. Diet bertahap mulai dari makanan lunak, hingga nasi, dimaksudkan untuk menghindari komplikasi pendarahan usus atau perforasi usus.

c. Pemberian antibiotik, anti radang atau anti inflamasi dan antipiretik.

1. pemberian antibiotika
2. anti radang (antiinflamasi). Kortikosteroid diberikan pada kasus berat dengan gangguan kesadaran. Deksametasone 1-3 mg/bb/kg/hari, IV, dibagik 3 dosis sehingga kesadaran membaik.
3. Antipiretik untuk menurunkan keluhan mual dan muntah pasien. (Padila, 2013)

g. Komplikasi (Mutaqin. A dan Sari. K, 2011)

Komplikasi Demam *Thypoid* dibagi dalam :

a. Komplikasi intestinal

1) Perdarahan usus

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

2) Perforasi usus

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

3) Ileus paralitik

Muncul pada saat jumlah toksin bertambah dan terjadi peningkatan usus.

4) Peritonitis

Biasanya menyertai perforasi atau tanpa perforasi usus dengan ditemukannya gejala akut abdomen yaitu nyeri perut dan nyeri tekan.

b. Komplikasi kardiovaskuler

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

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

d. Komplikasi paru sama halnya dengan jantung, paru mendapat suplai darah dan jantung yang sudah terkontaminasi oleh Salmonella Thypi.(Dermawan,2010)

h. Konsep Dasar Keperawatan

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 ketidaknyamanan fisik dan 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. (Padila, 2013)

2. Diagnosa Keperawatan (Padila, 2013)

   a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring .
d. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

3. Intervensi Keperawatan (Doengoes, Marilynn. E, dkk, 2015)
   a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

      Hasil yang diharapkan:

      Mendemonstrasikan suhu dalam batas normal, bebas dari kedinginan.

      Intervensi :

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

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

      2) Anjurkan pasien untuk banyak minum air (7-8 gelas/hari).

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

      3) Beri kompres hangat.

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

      4) Kolaborasi untuk pemberian antipiretik.

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

      5) Kolaborasi untuk pemberian selimut pendingin.

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

      6) Berikan penjelasan mengenai penyebab demam atau peningkatan suhu.

         Rasional : Penjelasaan dapat mengurangi kecemasan yang timbul.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

   Hasil yang diharapkan :

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

   Intervensi :

   1) Lakukan pengkajian nutrisi dengan seksama.
      Rasional : Mengidentikasi kekurangan atau kebutuhan untuk membantu memilih intervensi.
   2) Berikan makanan sedikit-sedikit tapi sering.
      Rasional : Menghindari kekosongan lambung yang dapat meningkatkan rasa mual.
   3) Timbang berat badan setiap hari.
      Rasional : Mengawasi kehilangan atau penambahan berat badan.
   4) Tawarkan hygiene mulut.
      Rasional : Meningkatkan nafsu makan
   5) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi dan pemberian diet rendah serat.
      Rasional : Membantu mengkaji kebutuhan nutrisi asupan makanan dan minuman yang seimbang dan pasien dalam perubahan fungsi usus.
   6) Kolaborasi untuk pemberian antiemetikum sesuai indikasi.
      Rasional : Dapat mengurangi mual dan muntah sehingga intake nutrisi pasien dapat meningkat.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

   Hasil yang di harapkan :

   Menunjukan perilaku yang memampukan kembali melakukan aktivitas secara mandiri.

Intervensi :

1) Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.
   Rasional : Mempengaruhi pilihan intervensi.
2) Tingkatkan aktivitas sesuai toleransi.
   Rasional : Tirah baring lama dapat menurunkan kemampuan.
3) Tingkatkan tirah baring/istirahat.
   Rasional : Menyediakan energi yang di gunakan untuk penyembuhan.
4) Berikan lingkungan yang tenang.
   Rasional : Lingkungan yang tenang dapat membantu meningkatkan istirahat.
5) Berikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari.
   Rasional : Memberikan keamanan pada pasien.

d. Nyeri berhubungan dengan agens cedera biologis

Hasil yang di harapkan :

Gangguan rasa nyaman nyeri teratasi.

Intervensi :

1) Kaji karakteristik nyeri.
   Rasional : Dengan mengkaji karakteristik nyeri dapat di ketahui tingkatan lokasi, frekwensi dan lamnya.
2) Observasi TTV.
   Rasional : Merupakan awal untuk mengetahui perkembangan keadaan umum pasien.
3) Alihkan perhatian pasien.
   Rasional : Dengan mengalihkan perhatian klien untuk tidak berfokus pada nyeri.
4) Anjurkan untuk mengurangi aktivitas.
   Rasional : Dengan istirahat dan mengurangi aktivitas maka akan mengurangi nyeri.
5) Atur posisi yang menyenangkan bagi pasien.

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

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

   Rasional : meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat di terima oleh pasien.

7) Laksanakan instruksi dokter dalam hal pemberian obat analgetik.

   Rasional : Dapat mengurangi nyeri yang timbul.

e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

   Hasil yang diharapkan :

   Menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan.

   Intervensi :

1) Kaji persepsi pasien tentang penyakit yang dialami.

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

2) Berikan informasi kepada pasien tentang penyakitnya.

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

3) Jelaskan tentang obat yang diberikan, tujuan, frekuensi dan kemungkinan efek samping.

   Rasional : Meningkatkan pemahaman dan meningkatkan kerja sama dalam program pengobatan.

4) Tekankan pentingnya teknik mencuci tangan dengan baik.

   Rasional : Menurunkan penyebaran bakteri.

5) Dorong pasien untuk bertanya.

   Rasional : Dengan bertanya dapat menurunkan salah satu konsep tentang informasi yang telah diterimah dan meningkatkan pemahaman.

6) Rujukan kesumber komunitas yang tepat, misalnya : Perawat kesehatan masyarakat dan ahli diet.

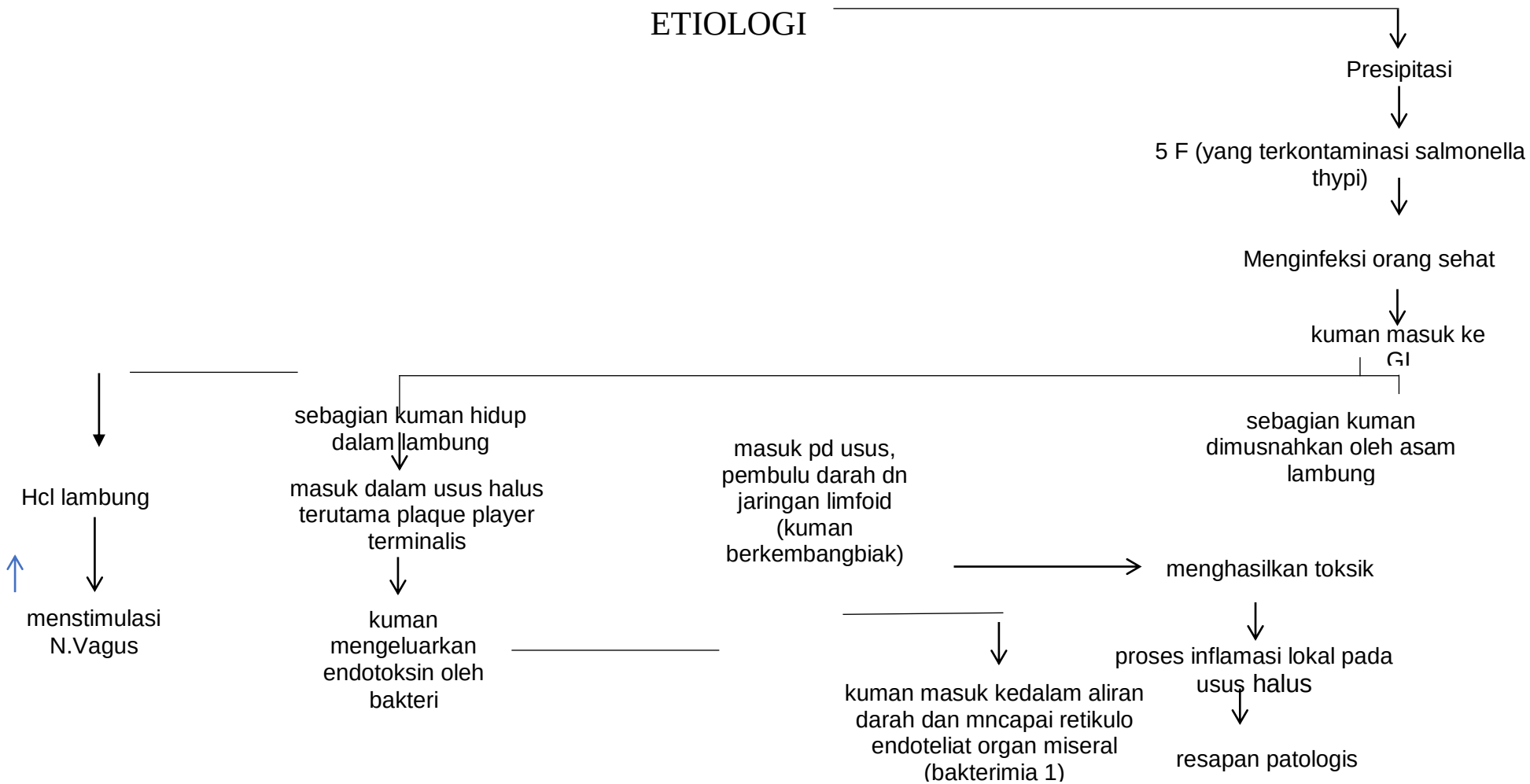
   Rasional : Pasien mendapat keuntungan dan pelayanan ini dalam hal koping dan evaluasi pengobatan.

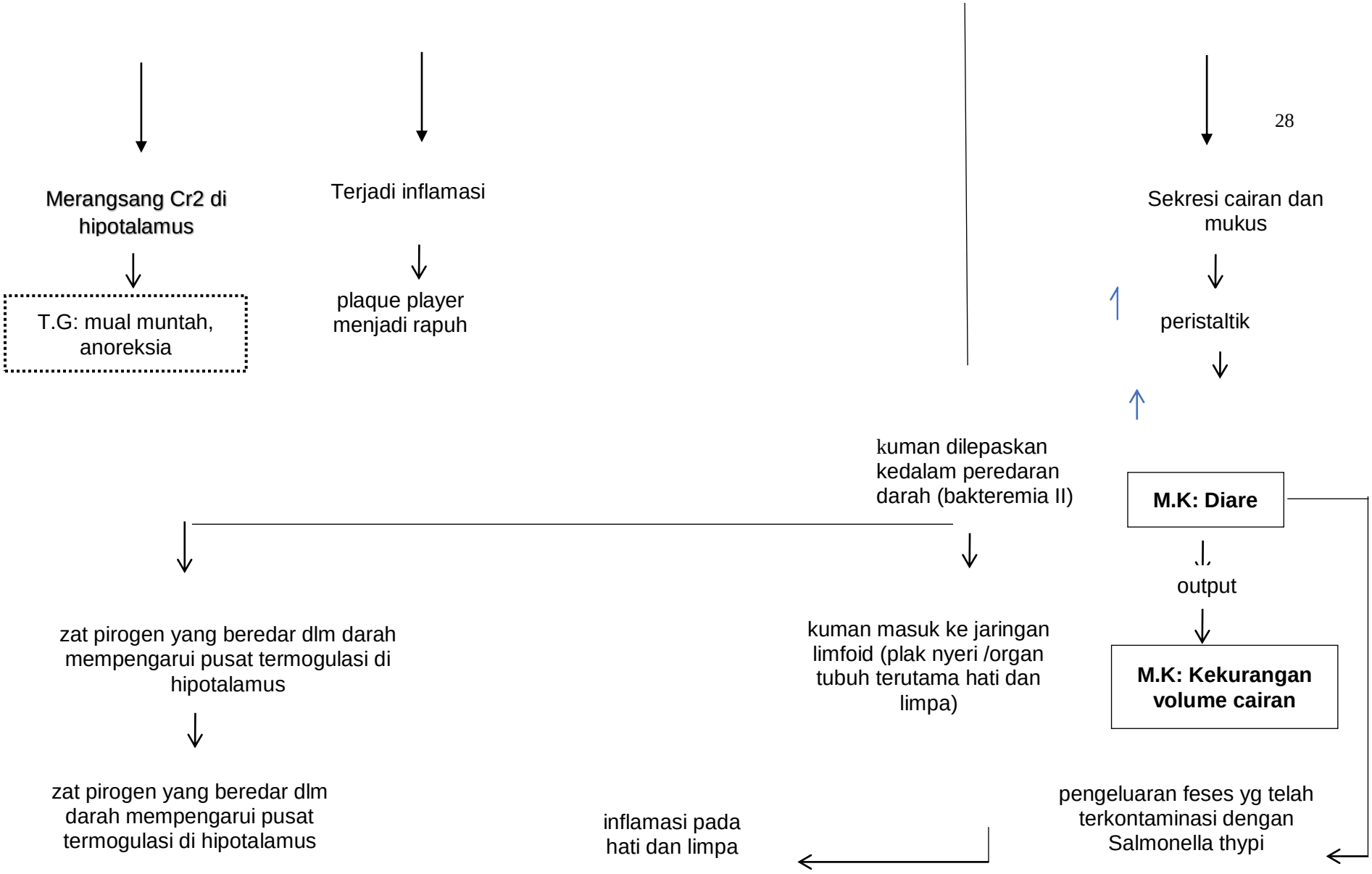
4. Discharge Planing.

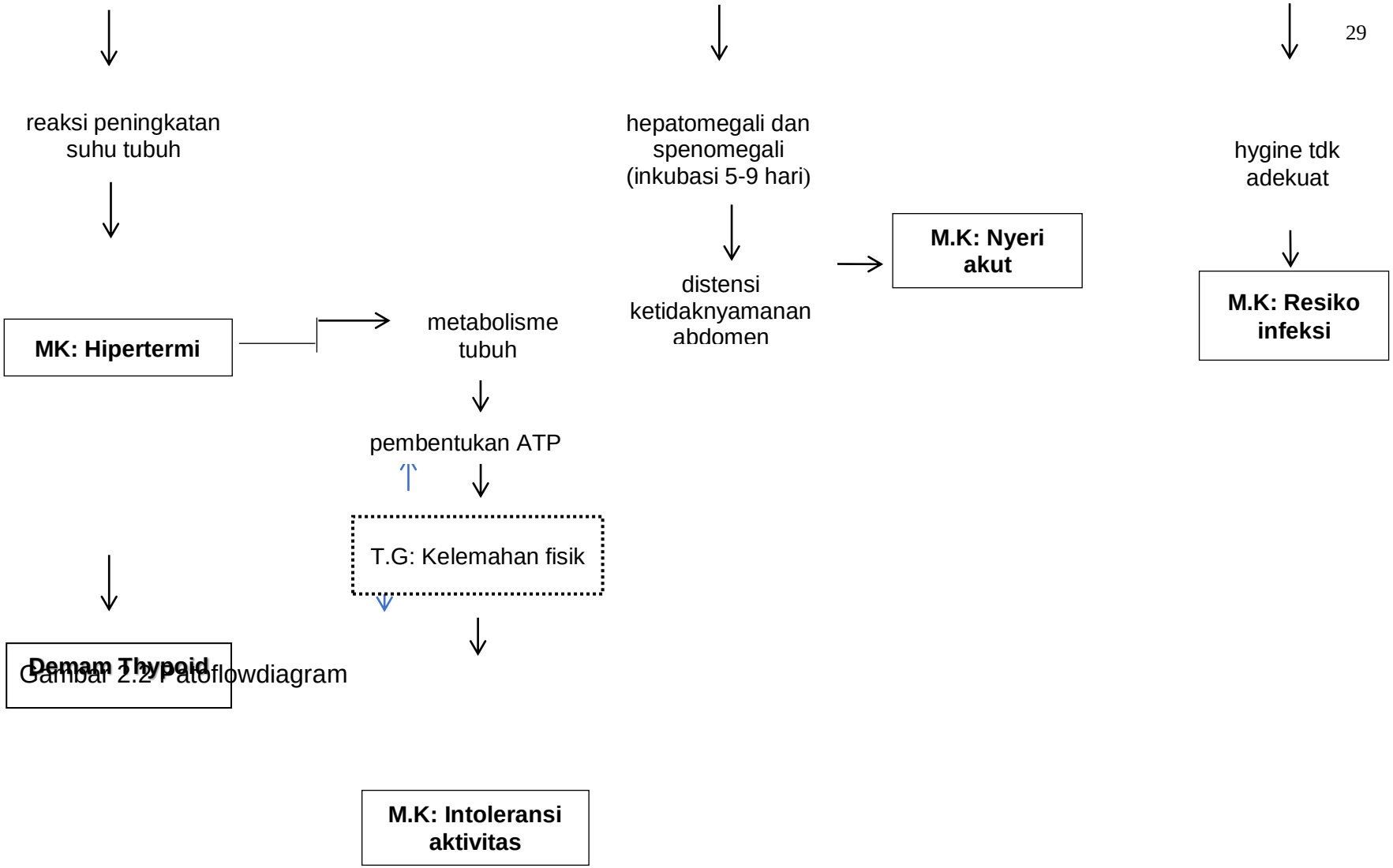
   Hal-hal yang perlu disampaikan kepada pasien atau keluarga sebelum pulang adalah :

   a. Berikan informasi tentang pentingnya cuci tangan sebelum makan, sesudah makan dan setelah dari toilet.
   b. Anjurkan untuk menghindari menkonsumsi air mentah
   c. Berikan informasi tentang kebutuhan melakukan aktivitas sesuai dengan tingkat perkembangan dan kondisi fisik pasien.
   d. Berikan informasi tentang pentingnya menjaga kesehatan diri dan sanitasi lingkungan.
   e. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan makanan dan tidak membiasakan diri untuk jajan sembarangan.
   f. Menganjurkan kepada keluarga memperhatikan pola makan pasien agar makan secara teratur.
   g. Anjurkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien, seperti sumber karbohidrat, protein , sayuran, dan buah-buahan.
   h. Jelaskan kepada keluarga bahwa pasien membutuhkan istirahat yang cukup. (Padila, 2013)

C. PATHWAY DEMAM TYPOID




Merangsang Cr2 di hipotalamus
T.G: mual muntah, anoreksia
Terjadi inflamasi
plaque player menjadi rapuh
Sekresi cairan dan mukus
peristaltik
M.K: Diare
output
M.K: Kekurangan volume cairan
pengeluaran feses yg telah terkontaminasi dengan Salmonella thypi
kuman dilepaskan kedalam peredaran darah (bakteremia II)
kuman masuk ke jaringan limfoid (plak nyeri /organ tubuh terutama hati dan limpa)
inflamasi pada hati dan limpa
zat pirogen yang beredar dlm darah mempengarui pusat termogulasi di hipotalamus
zat pirogen yang beredar dlm darah mempengarui pusat termogulasi di hipotalamus



Gambar 2.2 Patoflowdiagram

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Nn. “W” umur 20 tahun masuk rumah sakit Stella Maris Maris Makassar pada tanggal 03-03-2019 dengan keluhan utama demam yang dialami ± 1 minggu yang lalu, demam pada sore dan malam hari disertai mual, sakit kepala, lemas dan nafsu makan berkurang. pasien mengatakan sudah minum obat paracetamol di rumah yang dibeli di apotik tetapi demamnya tidak turun.

Pada saat pengkajian tanggal 04-03-2019 pasien mengatakan mengalami nyeri di bagian ulu hati , mual, sakit kepala, dan lemas. Pada saat pengkajian badan pasien teraba hangat, mukosa bibir kering, tampak lidah berwarna putih,tampak pasien pucat. Hasil observasi TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 39ºC, N : 90 x/ menit, P: 19 x/ menit . Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan pemeriksaan Anti Salmonella Thypi IgM : (+4), pemeriksaan WBC : 4.3 ul, HGB : 10.7 g/dl. Saat ini pasien mendapatkan terapi obat Thampenicol 500 mg/ 8 jam/ oral, Novaldo 500 mg/ 8 jam/ Iv, Omeperazole 40 mg/ 12 jam/ vial, dan Cairan infus RL 500 ml 20 tetes/menit.

Dari data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : hipertermi berhubungan dengan penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : 1. Rista wahyuni Nim: E16144010
2. Siska Pratiwi Nim: 16144401079

Unit	: St. Bernadeth IIB	Autoanamnese	: √
Kamar	: 517 Bed 4	Alloanamnese	:
Tgl masuk RS	: 03 Maret 2019		
Tgl pengkajian	: 04 Maret 2019		

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama Initial : Nn “W”
      Umur : 20 Tahun
      Jenis Kelamin : Perempuan
      Status Perkawinan : Belum kawin
      Jumlah Anak : -
      Agama / Suku : Khatolik
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMP
      Alamat rumah : Jln. Pasar Cidu 148
   b. Penanggung Jawab
      Nama Inisial : Tn “R”
      Umur : 23 Tahun
      Alamat rumah : Jln. Pasar Cidu 148
      Hubungan dengan Pasien: Saudara
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~~ / ~~tidak tampak sakit~~

Alasan : Saat pengkajian tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur,tampak terpasang infus Rl 500 cc ditangan kiri dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit. Pasien demam dengan suhu 39°c

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon verbal : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak coma/ sadar penuh

2) Tekanan darah : 110/80 mmHg

MAP : 90 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 39ºc ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 19 x/menit

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

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 90x/menit

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

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 23 cm

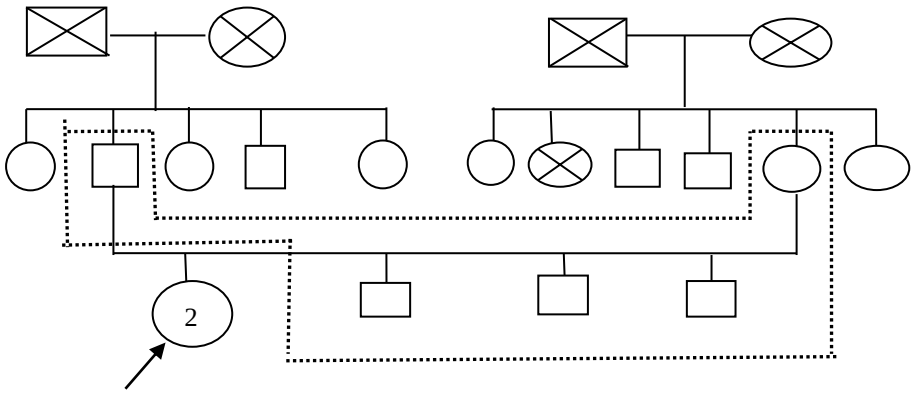
2) Tinggi badan : 150 cm

3) Berat badan : 48 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 21,33 kg

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram pasien

Keterangan :

: Pria/Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan
   a. Pola Presepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan
      1) Keadaan sebelum sakit

         Pasien mengatakan kesehatan itu penting. Pasien mengatakan jarang berolahraga karena sibuk bekerja. Pasien mengatakan Tidak pernah menkonsumsi Vitamin, jamu atau obat-obatan. Pasien mengatakan apabila sakit di rumah dia biasa membeli obat di warung atau apotik.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama :

Demam

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan demam sejak 1 minggu yang lalu pada tanggal 25 februari 2019. Pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari disertai disertai sakit kepala dan lemas. Pasien mengatakan sudah minum obat paracetamol di rumah yang dibeli di apotik tetapi demamnya tidak turun sehingga keluarga dan pasien memutuskan untuk datang ke Rumah Sakit Stella Maris pada hari minggu tanggal 03 maret 2019 pukul 16.00. Saat pengkajian, pasien mengatakan demam masih naik turun, badan terasa lemas dan nyeri. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di bagian ulu hati , pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak dan jika ulu hati ditekan, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk ,pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 4 dan Pasien mengatakan merasa mual. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, suhu 39°C, badan teraba hangat, tampak lidah berwarna putih, tampak mukosa bibir kering, tampak pasien pucat pemeriksaan Laboratorium : Anti Salmonella TYPHI IgM: positif (+4), WBC: 4.3.

Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan pernah mengalami sakit maag tetapi tidak berobat ke pelayanan kesehatan.

c) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mengalami penyakit yang sama seperti dirinya.

Pemeriksaan fisik :

(1) Kebersihan rambut : Tampak bersih, tidak beruban
(2) Kulit kepala : Tampak bersih tidak ada ketombe
(3) Kebersihan kulit : Tampak bersih tidak ada lesi
(4) Hygiene rongga mulut : Tampak bersih dan mukosa bibir` kering
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji pasien menolak
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasien menolak

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makannya baik, frekuensi makan 3x sehari, dengan nasi, lauk ikan dan sayur. Pasien mengatakan jarang menkonsumsi buah-buahan. Pasien mengatakan sering jajan sembarangan seperti nasi goreng dan gorengan. Pasien mengatakan menkonsumsi air putih 8 gelas ±2000 cc per hari. Pasien mengatakan tidak pernah menkonsumsi obat-obatan, vitamin, jamu, maupun suplemen penambah nafsu makan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien berkurang karena merasa mual serta rasa pahit pada lidah dan hanya makan ½ porsi makanan yang telah di sediakan. Pasien mengatakan minum air putih 1 botol ±2000 cc per hari.

3) Observasi :

Pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan dan minum air putih 1 gelas 250 cc.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Rambut : tampak bersih, tebal, tidak beruban

b) Hidrasi kulit : turgor kulit elastis, finger print kembali <3 detik.

c) Palpebra/ conjungtiva :Tampak anemik

d) Sclera : Tidak tampak icterik

e) Hidung : Septum berada di tengah, simetris

f) Rongga mulut : Tampak bersih, mukosa bibir kering

g) Gigi : Tampak bersih dan utuh

h) Gusi : Tidak tidak ada peradanagan

i) Gigi Palsu : Tampak Tidak ada

j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras

k) Lidah : Tampak kotor dan berwarna putih

l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan

m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

n) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran

o) Abdomen :

(1) Inspeksi : Tampak tidak ada benjolan

Bayangan vena : Tidak tampak bayangan vena

(2) Auskultasi : Peristaltik usus 17 x/menit

(3) Palpasi : Nyeri tekan pada regio epigastrika

(4) Perkusi :Terdengar thympani di empat kuadran

p) Kulit :

(1) Edema : ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Icterik : ☐ Positif ☑ Negatif

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

q) Lesi : Tidak tampak adanya lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar, frekuensi 1 kali/ hari dengan kosistensi padat berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK lancar ± 2-3 kali / hari berwarna kuning dan berbau pesing. Pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama pengkajian pasien belum BAB. pasien mengatakan BAK lancar ± 2-3 kali sehari.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan kateter. Pasien belum BAB selama pengkajian.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 17 x/menit
b) Palpasi kandung kemih : [ ] Penuh [√] Kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : [ ] Positif [√] Negatif
d) Mulut uretra : Tidak dikaji pasien menolak
e) Anus :
   (1) Peradanga : Tidak dikaji pasien menolak
   (2) Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak
   (3) Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia bekerja sebagai pegawai Toko di Jalan Bandang. Pasien mengatakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan yaitu kerja di Toko mulai pukul 08.00 pagi sampai pukul 17.30 sore. Pasien mengatakan kegiatannya setelah pulang kerja yaitu mandi, makan, dan menonton tv.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mngatakan sejak sakit dia tidak dapat melakukan aktivitasnya seperti biasa karena berbaring lemah di tempat tidur . pasien mengatakan badan terasa lemas, pusing cepat merasa Lelah apabila terlalu banyak beraktivitas. Pasien juga mengatakan nyeri pada ulu hati apabila beraktivitas pasien mengatakan nyeri hilang timbul seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 4.

3) Observasi

Pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur. Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitasnya. Tampak pasien pucat. Tampak pasien meringis jika regio epigastrika ditekan. Observasi TTV : TD : 110/80 mmHg, S :39ºC, N :90 x/menit, P:19 x/menit. Tampak pasien pucat. Pemeriksaan laboratorium: HGB : 10.7g/dl

a) Aktivasi harian :

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

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

b) Postur tubuh : Tegak
c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien bedrest
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi : Tidak ada
f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan Darah

Berbaring : 110/80 mmHg

Duduk : 110/80 mmHg

Berdiri : Tidak dikaji pasien tidak bias berdiri

b) HR : 80 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak pasien tidak keringat dingin

Basah : Tidak tampak basah

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

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

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak Simetris kiri kanan

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi :

Vokal premitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

Krepitasi : Tidak ada

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

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : getaran paru kiri dan kanan sama

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung:

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid-clavikularis sinistra

(3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid-clavikularis sinistra

Batas kanan jantung : Linea mid- sternalis dekstra

Batas kiri jantung : Linea axilaris anterior sinistra

(4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 linea sternalis dekstra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 linea sternalis mid clavikularis sinistra.

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta

A.Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai :

(1) Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Rentang gerak : Sama kiri dan kanan

(3) Kaku sendi : Tidak ada

(4) Nyeri sendi : Tidak ada

(5) Fraktur : Tidak ada

(6) Parese : Tidak ada

(7) Paralisis : Tidak ada

(8) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5

Kaki 5 5

Keterangan:

0 : Tidak ada otot, tidak mampu bergerak

1 :Tampak kontrasi otot ada sedikit gerakan

2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekan

4 : Kekuatan kurang dibanding sisi lain

5 : Kekuatan penuh

(9) Refleksi fisiologi : Tampak adanya gerak biceps, triceps, patella

(10) Refleksi patologi :

Babinski Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

(11) Clubbing jari- jari : Tidak ada

(12) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis :

(1) Inspeksi : Tidak ada kelainan bentuk

(2) Palpasi : Nyeri tekan : regio epigastrika

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan saat tidur. Pasien mengatakan pada malam hari tidur jam 9 dan bangun jam 6 pagi. Pasien mengatakan jarang tidur siang karena sibuk bekerja. Pasien mengatakan lebih suka tidur dalam suasana terang dan pada saat sebelum tidur pasien

selalu menonton Tv. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada gangguan pada pola tidurnya. Pasien mengatakan pada malam hari biasanya tidur jam 10 malam dan bangun jam 6 pagi. Pasien mengatakan sebelum tidur dia minum air putih ± 1 gelas.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk	:	☐ Positif	☑	Negatif
Banyak menguap	:	☐ Positif	☑	Negatif
Palpebra berwarna gelap	:	☐ Positif	☑	Negatif

f. Pola presepsi kognitif dan sensori

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, pasien mengatakan tidak ada masalah pada indera penglihatan, pendemgaran, perabaan, penghiduan dan pengecapan. Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak pernah mengalami gangguan. Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan seperti kacamata. Pasien mengatakan nyeri dirasakan dibagian ulu hati, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak dan jika ulu hati ditekan, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk ,pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 4

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan kacamata. Tampak pasien mampu membaca nama perawat dengan jarak 6 cm. Tampak pasien meringis jika regio epigastrika ditekan. Tampak pasien khawatir.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak Jernih

(2) Pupil : Tampak Isokor kiri dan kanan

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan.

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak Simetris kiri dan kanan

(2) Kanalis : Tampak Bersih

(3) Membran timpani : Tampak Utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola Presepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dia adalah anak sulung dari 4 bersaudara. Pasien mengatakan dia dia selalu bersyukur dengan apa yang dimiliki.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit merasa sedih dan cemas dengan penyakitnya dan tidak bisa melakukan aktivitasnya. tetapi pasien juga merasa senang ketika ada keluarga dan kerabatnya yang datang menjenguk. Pasien berharap agar cepat sembuh dan dapat melakukan aktifitasnya dengan baik seperti biasanya.

3) Observasi

a) Kontak mata : kontak mata tertuju pada perawat
b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara : Suara pasien jelas dan pelan
d) Postur tubuh : Tampak tidak dapat dikaji karena pasien tidak mampu berdiri

4) Pemeriksaan fisik :
a) Kelainan bawaaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri
c) Kulit : Tampak tidak ada lesi

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama
1) Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan tinggal bersama temannya di kontrakan. pasien mengatakan berperan sebagai anak yang bekerja di Toko untuk membantu orang tua mencari nafkah , pasien juga mengatakan bahwa hubungan dengan keluarga dan oranglain baik disekitar lingkungan rumahnya maupun di tempat kerja terjalin dengan baik. Pasien mengatakan senang bergaul dengan orang lain.
2) Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat dan pasien lainnya terjalin dengan baik. Pasien mengatakan sejak di rawat di rumah sakit ia rindu dengan suasana lingkungan rumah serta tempat kerjanya.
3) Observasi
Tampak pasien berkomunikasi dengan perawat dan keluarganya dengan baik

i. Pola Reproduksi dan seksualitas
1) Keadaan sebelum sakit

Pasin mengatakan mulai menstruasi sejak keas 3 SMP dan berlangsung 4-5 hari. Pasien mengatakan belum menikah. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit dia belum menstruasi. Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

3) Observasi

Tidak dikaji pasien menolak.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bila menghadapi masalah dia bisa mengontrol diri. Pasien mengatakan bila mengalami suatu masalah dia membicarakannya dengan temannya untuk mencari solusi dari masalahnya. Pasien mengatakan jika stress, dia biasa mengalihkan pikirannya dengan menoton tv atau bekerja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit dia merasa cemas dengan penyakitnya dan ingin segera sembuh. Pasien mengatakan ia dia selalu tidur atau bercerita dengan keluarganya untuk mengalihkan stres.

3) Observasi

Tampak pasien khawatir

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menganut agama khatolik. Pasien mengatakan rajin pergi ke Gereja setiap hari minggu. Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di Gereja karena sibuk bekerja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak pernah ikut beribadah di Gereja tetapi tetap rajin berdoa.

3) Observasi

Tampak adanya Rosario di tempat tidur pasien.

5. Uji Saraf Kranial

No.	Nervus	Hasil
1.	N I (OLFACTORIUS)	Pasien mampu menghidu wangi-wangian dan mampu menyebutkan dengan benar(minyak kayu putih) yang yang diberikan dalam keadaan mata (kiri dan kanan)tertutup.
2.	N II (OPTICUS)	Psien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30cm, font 14.
3.	N III (OCULOMOTORIUS) N IV (TROCHLEARIS) N VI (ABDUSCENS)	Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah (ke atas, bawah, kiri dan kanan), refleks pupil, isokor kiri dan kanan.
4.	N V (TRIGEMINUS)	Fungsi sensorik : Pasien mampu merasakan dan menunjukkan lokasi goresan kapas pada wajah dengan keadaan mata tertutup. Fungsi motorik : Pasien mampu mengunya dengan keras, teraba otot maseter.
5.	N VII (VASCIALIS)	

		Fungsi motorik : Psien mampu mengangkat alis kiri dan kanan, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir, tersenyum meringis, menggembungkan pipi. Fungsi sensorik : Pasien mampu mengecap rasa yang diberikan pada permukaan lidah yang dijulurkan (manis, asin)
6.	N VIII (VESTIBULO-ACUSTICUS)	Tidak dikaji karena oasien tidak mampu berdiri Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.
7.	N IX (GLOSSOPHARYNGEUS) N X (VAGUS)	Letak uvula berada di tengah. Pasien mampu menelan dengan baik.
8.	N XI (ACCESSORIUS)	Pasien mampu mengangkat kedua bahunya dan mampu menggerakkan kepala ke kiri, kanan, atas dan bawah.
9.	N XII (HYPOGLOSSUS)	Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi lurus, mampu menggerakkan lidah mendorong pipi kiri dan kanan dari dalam.

Tabel 3.1 Uji saraf Kranial

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah : Pemeriksaan Darah Lengkap

Nama/umur : Nn “W”/ 20 Tahun

Ruang/kamar : 517³

Tanggal pemeriksaan :03-03-19

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	4.3		10^3uL	4.8-10.2
RBC	4.19		10^6/uL	4.0-5.5
HGB	10.7		g/dL	12.2-16.2
HCT	31.4		%	37.7-47.9
MCV	74.9		fL	80.0-97.0f
MCH	25.5		Pg	26.0-31.0
MCHC	34		g/dL	31.8-35.4
PLT	145	+	10^3uL	130.0-400.0
RDW-CV	14.6		%	11.5-14.5
PDW	13.3	-	fL	9.0-13.0
MPV	10.2		fL	7.2-11.1
P-LCR	27.2	-	%	15.0-25.0
MXD	6.9	+	%	1.0-20.0
NEUT	72.0	-	%	37.0-80.0

Test / jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan

IMUNO SEROLOGI-INFEKSI LAIN

ANTI SALMONELLA TYPHI IgM POSITIF +4 NEGATIF

B. Analisa Data

Nama / Umur : Nn. “W”/20 Tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth IIB / 517³

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan demam sejak 1 minggu yang lalu pada tanggal 25 februari 2019 b. Pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari disertai sakit kepala dan lemas c. Pasien mengatakan sudah minum obat Paracetamol di rumah yang dibeli di apotik tetapi demamnya tidak turun Data Objektif : a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur b. Suhu 39ºC c. Badan teraba hangat d. Tampak lidah berwarna putih e. Tampak mukosa bibir kering f. Pemeriksaan laboratorium: Anti Salmonella Thypi (+4) WBC : 4.3 ul	Penyakit (infeksi bakteri Salmonella Thypi)	Hipertermi

2.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan jika ulu hati ditekan d. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 4 f. Pasien mengatakan merasa mual Data Objektif : a. Tampak pasien meringis bila regio epigastrika ditekan	Agens Cedera Biologis	Nyeri Akut
3.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan sejak sakit tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karena terbaring lemah di tempat tidur b. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing c. Pasien mengatakan	Tirah Baring	Intoleran Aktivitas

	mudah lelah jika terlalu banyak beraktivitas Data Objektif : a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur b. Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitasnya. c. Tampak pasien pucat d. Observasi TTV : TD : 110/80 mmHg S :39ºC N :90 x/menit P :19 x/menit e. Pemeriksaan laboratorium: HGB : 10.7g/dl		

Tabel 3.3 Analisa Data

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Nn “W” / 20 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth II B / 517[3]

NO	Diagnosa Keperawatan
1	Hipertermi berhubungan dengan penyakit (infeksi bakteri *salmonella typhi*)
	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
2	Intoleran aktivitas berhubungan tirah baring
3	

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Nn. “W” / 20 Tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 517

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang di harapkan (NOC)	Rencana Tindakan Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	Rasional
04-03-19	Hipertermi berhubungan dengan penyakit ditandai dengan: Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan demam sejak 1 minggu yang lalu 2. Pasien mengata demam naik turun terutama pada sore hari disertai mual, sakit kepala lemas dan nafsu makan berkurang 3. Pasien mengatakan sudah minum obat paracetamol di rumah yang dibeli di apotik tetapi demamnya tidak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan termoregulasi dengan kriteria hasil: 1. Keadaan umum baik 2. Badan tidak teraba hangat 3. Suhu tubuh dalam batas normal (36°c-37,5°c) 4. Badan tidak menggigil	1. Berikan kompres hangat 2. Lembabkan bibir yang kering	1. Kompres dengan air hangat dapat memvasodilatasi pembuluh darah sehingga memperlancar aliran darah ke seluruh tubuh dan membantu proses evaporasi atau penguapan sehingga suhu tubuh turun. 2. Mencegah dehidrasi

	turun Data Objektif: 1. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur 2. Suhu 38°c 3. Badan teraba hangat 4. lidah berwarna putih . 5.Tampak mukosa bibir kering 6 Pemeriksaan LAB : Anti Salmonella TYPHI IgM: positif (+4) WBC : 4.3 uL HGB : 10. 7 g/dl		3. Menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam. (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin dan menyediakan pakaian tipis untuk fase hangat). 4. Observasi tanda-tanda vital. 5. Monitor intake dan output pasien.	3. Pakaian yang tipis dapat membantu dalam penyerapann keringat 4. Tanda-tanda vital dapat menunjukkan gambaran keadaan pasien dan dapat menunjukkan tindakan selanjutnya. 5. Intake dan output dapat membantu menghitung balance cairan pasien 6. Minum banyak air dapat

			6. Menganjurkan pasien banyak minum air putih. 7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat atau cairan IV (misalnya antipireetik, antibiotik, agen antibakteri,).	mengganti cairan yang hilang akibat penguapan 7. Antipiretik dapat menurunkan demam dan antibiotic dapat menghambat pertumbuhan bakteri

04-03-19	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis ditandai dengan: Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak 2. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di bagian ulu hati 4. Pasien mengataka berada pada skala nyeri 4 5. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul 6. Pasien mengatakan merasa mual Data objektif : 1) Tampak pasien meringis jika regio epigastrika ditekan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keadaan umum baik 2. Mampu mengenali kapan nyeri terjadi 3. Mampu melakukan manajemen nyeri 4. Ekspresi wajah tenang 5. Skala Nyeri berkurang	1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi. Frkuensi, kualitas, intensitas, atau beratnya nyeri dan factor pencetus. 2. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri. 3. Berikan informasi mengenai nyeri , berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaaknyamanan akibat prosedur. 4. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri seperti napas dalam 5. Anjurkan pasien tidur untuk membantu	1. Sebagai indicator dalam menegakkan diagnosa dan menentukan intervensi keperawatan selanjutnya. 2. mengetahui pemahaman pasien tentang nyeri. 3. Membantu pasien mengetahui berapa lama nyeri akan dirasakan 4. Napas dalam meningkatkan oksigen ke jaringan dan mereleksasi otot abdomen

			penurunan nyeri 6. kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tindakan farmakologi	5. Tidur bisa mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri. 6. pemberian obat bisa membantu menyembuhkan dan mengurangi rasa sakit pada nyeri yang dialami pasien.

04-03-19	Intoleran aktivitas berhubungan tirah baring ditandai dengan : Data subjektif: 1. Pasien mengatakan sejak sakit tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa karena terbaring lemah di tempat tidur 2. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing 3. Pasien mengatakan cepat merasa Lelah jika terlalu banyak beraktivitas Data objektif : 1. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur 2. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh kluarga dan perawat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x24 jam diharapkan Intoleran aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kadaan umum pasien baik 2. Pasien dapat beraktivitas 3. Pasien mampu mandiri dalam BAB, BAK, mandi, dan melakukan aktivitas lainnya.	1. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri 2. Dorong kemandirian pasien, tetapi bantu ketika pasien tak mampu melakukannya 3. Monitor kemampuan perawatan diri pasien secara mandiri	1. Bantuan dari perawat sangat dibutuhkan oleh pasien saat kondisinya lemah agar pasien tidak cepat merasa Lelah 2. Membantu pasien sangat pnting untuk menghindari komplikasi penyakit 3. Memonitor kemampuan perawatan mandiri pasien dapat membantu mengetahui tingkat keterbatasan sehingga diketahui tindakan yang dibutuhkan pasien 4. Aktivitas yang berlebihan

			4. Anjurkan pasien untuk malakukan aktivitas sehari-hari sampai batas kemampuan 5. Ajarkan keluarga untuk mendukung kemandirian pasien dan memberikan bantuan apabila pasien tak mampu melakukannya.	akan membuat pasien mengalami komplikasi penyakit. 5. Keluarga perlu memantau kemandirian pasien agar mampu memberikan bantuan jika pasien tidak mampu

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Nn.W / 20 Tahun

Ruangan / kamar : Bernadeth IIB / 517[3]

No.	Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
1.	05/03/2019	I	16.00	Mengkaji peningkatan suhu tubuh dan keadaan umum pasien Hasil : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan teraba hangat b. Pasien mengatakan demamnya naik turun c. Pasien mengatakan merasa menggigil d. S : 39ºC e. Tampak keadaan umum pasien lemah f. Badan pasien teraba hangat	Rista
2.		II	16.10	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. Hasil: a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di bagian ulu hati. b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak dan jika ulu hati ditekan d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 4 f. Tampak keadaan umum pasien lemah	siska

3.		I	16.20		Rista
4.		I	16.30		Siska
5.		III	17.00	g. Tampak wajah pasien meringis bila regio epigastrika di tekan h. Tampak pasien khawatir Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. Hasil: TD : 110/80 mmHg S : 39ºC N : 80 x/menit P : 19x/menit Memberikan kompres hangat kepada pasien. Hasil : tampak pasien dikompres menggunakan kain bersih dan air hangat.	Siska
6.		II	17.10	Memonitor kemampuan pasien secara mandiri Hasil : a. pasien mengatakan belum bisa melakukan perawatan secara mandiri karena masih lemah. b. Pasien mengatakan merasa lemas c. Tampak keadaan umum pasien lemah d. Tampak pasien dibantu	Siska
7.		I	17.30		Siska
8.		I,II	18.00		Rista

				oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya Mengajarkan prinsip manajemen nyeri. Hasil :	
9.		III	18.30	Tampak pasien mengerti dan melakukan tehknik nafas dalam. Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : Tampak pasien minum air putih 1 gelas (± 250cc) Memberikan obat kepada pasien sesuai instruksi dokter.	Rista
10.		I	19.00	Hasil : a. Tampak pemberian obat Novaldo 500 mg/8jam/IV b. Tampak pmberian thampenicol 500 mg/8 jam/oral Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk mengurangi aktivitas pasien. Hasil : a. Tampak pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat b. Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga	Rista
11.		I	19.30	Mengkaji peningkatan suhu tubuh dan keadaan umum pasien Hasil : a. Tampak kadaan umum pasien lemah	Siska
12.		III	20.00	b. Badan pasien teraba hangat c. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan teraba hangat d. Pasien mengatakan demamnya naik turun	Siska
13.		II	20.10	e. Pasien mengatakan badannya menggigil	Siska

				f. S : 39ºC Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : Tampak pasien minum air putih ± 250cc (1 gelas)	
14.		I	20.15	Menganjurkan pasien untuk beristirahat. Hasil : a. Tampak pasien mengikuti anjuran perawat. b. Tampak pasien mulai beristirahat di tempat tidur	Rista
15.		II,III	20.00	Menggali pengetahuan pasien mengenai nyeri Hasil : a. Pasien mengetakan nyeri adalah sakit yang dirasakan pada bagian tubuh tertentu. b. Pasien mengatakan nyeri ulu hati.	Siska
16		I	21.00	Menganjurkan pasien untuk memakai selimut. Hasil : Tampak pasien mengikuti anjuran perawat	Vino
17.	06/03/2019	I	06.30	Menganjurkan pasien untuk beristirahat. Hasil : Tampak pasien mengikuti anjuran perawat.	Vino
18.		I	07.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. Hasil : TD : 110/70 S : 39°C N : 86 x/menit P : 18 x/ menit	Vino
19.		I	08.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. Hasil : TD : 110/80 S : 39°C	Siska

20.		III	08.10	N : 80 x/menit P : 19 x/ menit Memonitor intake dan output cairan. Hasil : Balance cairan/24 jam: CM-(CK+IWL) 1000-(200+780) =1.000-980 =20 Kesimpulan : input>output Memberikan obat sesuai instruksi dokter. Hasil : a. Tampak pemberian obat omeperazole 40 mg/12jam/IV b. Tampak pemberian thampenicol 500 mg/8 jam/oral Memonitor kemampuan perawatan diri pasien Hasil :	Siska
21.		II	08.50	a. Pasien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri b. Pasien mengatakan merasa lemas c. Tampak keadaan umum pasien lemah d. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam memenuhi kebutuhannya Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. Hasil : a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di bagian ulu hati b. Pasien mengatakan nyeri	Siska

				yang dirasakan hilang timbul	
22.		II	09.00	c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak dan jika ulu hati ditekan	Siska
23.		I	09.10	d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk	
				e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 3	Siska
				f. Tampak keadaan umum pasien lemah	
24.		I,II	09.30	g. Tampak wajah pasien meringis jika regio epigastrika ditekan	Siska
				Mengajarkan prinsip manajemen nyeri kepada pasien.	
25.		I	09.50	Hasil : Tampak pasien mengerti dan melalukan teknik nafas dalam.	Siska
26.		III	10.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. Hasil : TD : 100/70 mmHg S : 39ºC N : 88 x/menit P : 19 x/menit	Siska
27		III	10.15	Memberikan obat kepada pasien sesuai instruksi dokter. Hasil : Tampak pemberian obat Novaldo 500 mg/8jam/IV	Siska
28		I,II	11.00	Memberikan kompres hangat kepada pasien. Hasil : Tampak pasien dikompres menggunakan kain bersih dan air hangat.	Siska
29		I	12.30	Memberikan bantuan kepada pasien. Hasil : Tampak pasien dibantu dalam	Siska

				memenuhi kebutuhannya.	
30		I	14.00	Mengajarkan keluarga untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya. Hasil : Tampak pasien menbantu pasien untuk makan.	Siska
31		I	15.00	Memberikan obat kepada pasien sesuai instruksi dokter. Hasil : Tampak pemberin obat Thampenicol 500mg/8 jam/oral	Siska
32.		I	16.00	Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : Tampak pasien minum air putih ±150cc (1/2 gelas).	Rista
33.		I	16.30	Mengganti cairan infus pasien. Hasil : Tampak terpasang cairan RL 500cc.	Rista
34.		I,II	16.15	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. Hasil : TD : 110/80 mmHg S : 39ºc N : 80 x/menit P : 19 x/menit	Rista
35.		III	17.00	Memberikan kompres hangat kepada pasien. Hasil : Tampak pasien dikompres menggunakan kain bersih dan air hangat. Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : Tampak pasien minum minum air putih 250cc (1 gelas).	Rista
36.		I	18.00	Memberikan obat kepada pasien sesuai instruksi dokter. Hasil : Tampak pemberian obat : a. Novaldo 500 mg/8jam/IV	Rista

37.		II	19.00	b. Omeperazole 40 mg/12jam/IV c. Thampenicol 500mg/8 jam/oral. Memberikan bantuan perawatan diri kepada pasien. Hasil :	Rista
38.		I	19.30	Tampak pasien dibantu mengganti pakaiannya Melembabkan mukosa bibir pasien.	Rista
39.		I	20.00	Hasil : Tampak bibir pasien dilembabkan menggunakan air hangat. Mengajarkan prinsip manajemen nyeri kepada pasien. Hasil : a. Tampak pasien meringis b. Tampak pasien mengerti dan melakukan tehknik nafas dalam. Mengganti cairan infus pasien. Hasil : Tampak terpasang cairan RL 500cc Mengkaji peningkatan suhu tubuh dan keadaan umum pasien Hasil : a. Tampak kadaan umum pasien lemah	Rista
40.		I	20.30	b. Badan pasien teraba hangat c. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan teraba hangat d. Pasien mengatakan demamnya naik turun	Rista
41	07/03/2019	I	07.00	e. Pasien mengatakan badannya menggigil f. Tampak keadaan umum pasien lemah g. Badan pasien teraba hangat h. S : 39ºC	Rista

42.		II	07.30	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. Hasil : TD : 110/80mmHg S : 39ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit Memonitor intake dan output cairan pasien. Hasil : Balance cairan/24 jam: CM-(CK+IWL) 1000-(150+780) =1000-930 =70 Kesimpulan : input>output Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. Hasil : a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di bagian ulu hati b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak mulai berkurang d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 2 f. Tampak keadaan umum pasien membaik g. Tampak pasien tenang Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya TD : 110/70mmHg S : 37,8ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit	Wayan
43.		I	08.00		Wayan
44.		I	08.20		Wayan

45.		I	09.00	Memonitor kemampuan perawatan diri mandiri pasien. Hasil : a. Pasien mengatakan merasa lemas dan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat b. Tampak keadaan umum pasien lemah c. Tampak pasien bedrest d. Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya	Siska
46.		I,II	09.30	Mengkaji peningkatan suhu tubuh pasien. Hasil : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan teraba hangat b. Pasien mengatakan demamnya naik turun	Siska
47.		III	10.00	c. Pasien mengatakan badannya menggigil d. Tampak keadaan umum pasien lemah e. Badan pasien teraba hangat f. S : 37,8ºC	Siska
48		III	10.30	Memberikan obat kepada pasien sesuai instruksi dokter. Hasil : Tampak pemberian obat : a. Novaldo 500 mg/8jam/IV b. Omeperazole 40 mg /12 jam/IV	Siska
49.		III	11.50	Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan. Hasil :	Siska
50.		I,II	12.00	Pasien mengatakan masih dibantu keluarga untuk BAB dan BAK di kamar mandi Memberikan bantuan kepada	

				pasien. Hasil :	
51.		I	12.30	Tampak pasien dibantu mengganti pakaian dan merapikan penampilannya Mengajarkan keluarga pasien untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya.	Siska
52.		I	14.00	Hasil : Tampak keluarga membantu pasien untuk makan	Siska
53.		II	15.00	Memberikan obat kepada pasien sesuai instruksi dokter. Hasil : Tampak pemberian obat Thampenicol 500mg/8 jam/oral	Siska
54.		I	16.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya TD : 100/80 N : 85 x/ menit S : 37,8°C P : 19 x /menit	Siska
55.		I	16.10	Mengganti cairan infus pasien Hasil : Tampak terpasang cairan RL 500cc Mengajarkan prinsip manajemen nyeri kepada pasien.	Siska
56.		I	16.15	Hasil : Tampak pasien melakukan teknik nafas dalam Memantau suhu tubuh dan tanda-tanda vital lainnya	Siska
57.		III	17.00	Hasil : TD : 110/70mmHg S : 37,8ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit	Siska
58.		I, II	17.20	Memberikan kompres hangat kepada pasien Hasil : Tampak pasien dikompres menggunakan kain bersih dan air hangat	

				Melembabkan mukosa bibir pasien Hasil :	
59.		I	17.30	Tampak bibir pasien dilembabkan menggunakan air hangat Memberikan bantuan kepada pasien Hasil : Tampak pasien dibantu mengganti pakaian	Rista
60.		I	18.00	Memberikan obat kepada pasien sesuai instruksi dokter Hasil : tampak pemberian obat : a. Novaldo 500 mg/8 jam/IV b. Thampenicol 500mg/8 jam/oral	Rista
61.		III	20.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Hasil: TD : 110/70mmHg S : 37,8ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit Mengganti cairan infus pasien Hasil : Tampak terpasang cairan RL 500cc	Rista
62.		II	21.00	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil : a. Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga b. Pasien mengatakan sudah mampu duduk dikursi c. Tampak keadaan umum pasien membaik d. Tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhanya kecuali BAK dan BAB di kamar mandi. Melakukan pengkajian nyeri	Rista

63.		I	22.00	secara komprehensif Hasil : a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di bagian ulu hati mulai berkurang b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak mulai berkurang	Rista
64.		I	23.30	d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 2 f. Tampak keadaan umum pasien membaik	Rista
65.	08/03/2019	I	07.00	g. Tampak pasien tenang Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : Tampak pasien minum air putih 1 gelas (250 cc) Mengganti cairan infus pasien Hasil : Tampak terpasang RL 500 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil :	Rista
66.		I	09.00	Tampak pemberian obat : Thampenicol 500mg/8 jam/oral. Mengkaji peningkatan suhu tubuh dan keadaan umum pasien Hasil : a. Pasien mengatakan demamnya sudah turun b. Pasien mengatakan badannya tidak menggigil	Rista
67.		II	09.30	c. S : 36ºC d. Tampak keadaan umum pasein membaik e. Badan pasien tidak teraba hangat	Rista

68.		I	10.00	Memantau suhu dan Tanda-tanda vital lainnya TD : 110/80mm/Hg S :36°C N :90 x/ menit P :19 x/ menit Menganjurkan pasien untuk beristirahat di rumah dan Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Hasil: a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di bagian ulu hati mulai berkurang b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak mulai berkurang d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 2 f. Tampak keadaan umum pasien membaik g. Tampak pasien tenang	Rista
69 70.		I III	11.30 12.00	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil : a. Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga b. Pasien mengatakan sudah mampu duduk dikursi c. Tampak keadaan umum pasien membaik d. Tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya kecuali BAK	Rista

.				san BAB di kamar mandi` Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : tampak pasien minum air putih 1 gelas (250 cc) Menganjurkan pasien untuk beristirahat di rumah dan menghindari menkonsumsi makanan yang dijual dipinggir jalan /makanan siap saji Hasil: Tampak pasien mengerti dengan anjuran perawat	

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Nn “W” / 20 tahun

Ruangan /Kamar : bernadeth IIB/517[3]

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
05/03/2019	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit (infeksi bakteri Salmonella Thypi) S : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan teraba hangat b. Pasien mengatakan demamnya naik turun c. Pasien mengatakan merasa menggigil O : Observasi TTV : a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Badan pasien teraba hangat c. Observasi ttv: TD : 110/80 mmHg S : 39 ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit A :Hipertermi belum teratasi P :Lanjutkan intervensi DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S : a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan dibagian ulu hati b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak dan jika ulu hati ditekan d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakn nyeri yang dirasakan berada pada skala 4.	Siska

	O : a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak wajah pasien meringis bila regio epigastrika ditekan c. Observasi TTV : TD : 110/80 mmHg S : 38,5 ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P :Lanjutkan intervensi DP III : Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring S : a. Pasien mengatakan belum bisa melakukan perawatan secara mandiri b. Pasien mengatakan merasa lemas O : a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya A : Pasien menunjukkan tanda-tanda intoleran aktivitas P : Lanjutkan intervensi	

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
06/03/2019	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit (infeksi bakteri Salmonella Thypi) S : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan teraba hangat b. Pasien mengatakan demamnya naik turun c. Pasien mengatakan merasa menggigil O : a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Badan pasien teraba hangat c. Observasi TTV : TD : 110/80 mmHg S : 39 ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S : a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan di ulu hati b. Paseien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak dan jika ulu hati ditekan d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 3 O : a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien meringis jika regio epigastrika ditekan c. Observasi TTV : TD : 110/80mmHg S : 37,5ºC N : 88 x/menit P : 18 x/menit	Rista

	DP III : Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring S : a. Pasien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri b. Pasien mengatakan merasa lemas O : a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam memenuhi kebutuhannya A : Pasien menunjukkan tanda-tanda intoleran aktivitas P : lanjutkan intervensi	

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
07/03/2019	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit (infeksi bakteri Salmonella Thypi) S : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan teraba hangat b. Pasien mengatakan demamnya naik turun c. Pasien mengatakan badannya menggigil O : a. Tampak Kadaan umum pasien lemah b. Badan pasien teraba hangat c. TD : 110/70mmHg S : 37,8ºC N : 80 x/menit P : 19 x/menit A : Hipertermi belum teratasi P : lanjutkan intervensi DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S : a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian ulu hati b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak mulai berkurang d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 2 O : a. Tampak keadaan umum pasien membaik b. Tampak pasien tenang A : Nyeri akut teratasi P : Lanjutkan intervensi DP III : Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah	Siska

	baring S : a. Pasien mengatakan merasa lemas b. Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat O : a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya A : Pasien menunjukkan tanda-tanda intoleran P : lanjutkan intervensi	

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
08/03/2019	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit (infeksi bakteri Salmonella Thypi) S : a. Pasien mengatakan demamnya sudah turun b. Pasien mengatakan badannya tidak menggigil O : a. Tampak keadaan umum pasein membaik b. Badan pasien tidak teraba hangat c. Observasi TTV :D : 110/80 mmHg S : 36ºC N : 90 x/menit P : 19 x/menit A : Hipertermi teratasi P : Stop intervensi DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S : a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian ulu hati mulai berkurang b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak mulai berkurang c. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk d. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 2 e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul O : a. Tampak keadaan umum pasien membaik b. Tampak pasien tenang c. Observasi TTV : TD : 110/80 mmHg S : 36ºC N : 90 x/menit P : 19 x/menit A : Nyeri akut teratasi	Rista

	P : Stop intervensi DP III : Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring S : a. Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga b. Pasien mengatakan sudah mampu duduk dikursi O : a. Tampak keadaan umum pasien membaik b. Tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhan kecuali BAK dan BAB di kamar mandi. A : Pasien menunjukkan tanda-tanda intoleran P : lanjutkan intervensi	

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

Daftar obat yang diberikan kepada pasien

a. Novaldo

Klasifikasi / golomgan obat : antipiretik dan analgetik

Dosis umum : 500mg

Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 ampul / 8jam

Cara pemberian obat : IV

Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Alasan pemberian obat pada pasien :

Karena pasien yang bersangkutan mengalami demam dan nyeri.

Kontra indikasi :

1) Pasien dengan TD sistolik <100 mmHg
2) Pasien dengan agranulositosis
3) Ibu hamil dan menyusui
4) Bayi <3bulan atau BB <5kg.

Efek samping :

1) Reaksi hipersensitifitas pada kulit (kemerahan pada kulit)
2) Agranulositosis

b. Omeprazole

Klasifikasi / golongan obat : antiemetik dan analgetik

Dosis umum : 40 mg

Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 vial / 12 jam

Cara pemberian obat : IV

Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Pengobatan jangka pendek tukak usus dan tukak lambung, refluks esophagitis yang erosis. Pengobatan jangka panjang sindroma Zollinger-Ellison.

Alasan pemberian obat pada pasien :

Karena pasien mengalami nyeri pada regio epigastrika.

Kontra indikasi :

1) Penderita yang hipersensitif/ alergi terhadap tiamfenikol.
2) Penderita depresi sumsum tulang diskrasia darah
3) Wanita hamil dan menyusui

Efek samping :

1) Reaksi hipersensitif/ alergi, gangguan saluran pencernaan (mual, muntah, diare), sariawan, glositis, ensefolopati, depresi mental, sakit kepala, otot oksisitas.
2) Anemia hemolitik

c. Thampenicol

Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik

Dosis umum : 500 mg

Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1/8jam

Cara pemberian obat : Oral

Mekasnisme kerja dan funfsi obat :

Untuk infeksi yang disebabkan oleh bakteri salmonella thypi.

Alasan pemberian obat pada pasien :

Karena pasien terdapat pemeriksaan Anti Salmonella Thypi (+4)

Kontra indikasi :

1) Hipersensitif terhadap tiamfenikol (thiamphenicol) dan antibiotik derifat chloramphenicol lainnya.
2) Sebaiknya tidak diberikan kepada pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan hati.
3) Jangan menggunakan antibiotik ini untuk pengobatan influenza, batuk pilek dan infeksi lain yang disebabkan oleh virus

Efek samping :

1) Reaksi hipersensitif / alergi, gangguan pada saluran pencernaan seperti mual, muntah, diare.
2) Obat ini dapat juga menyebabkan sariawan, glositis, ensefalopati, depresi mental, sakit kepala, otot oksisitas, anemia hemolitik.
3) Jika antibiotik ini digunakan dalam jangka panjang dapat menyebabkan perdarahan, neuritis optic dan perifer

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini penulis membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kesenjangan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasian Nn.”W” dengan gangguan system pencernaan Demam *Thypoid* di ruangan perawatan Bernadeth IIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar, 4 hari berturut-turut mulai dari tanggal 5-8 Maret 2019. Penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, status pasien dan hasil observasi langsung pada pasien. Hasil pengkajian pada Nn.”W”, jenis kelamin perempuan masuk dengan keluhan utama demam selama ± 1 minggu sebelum masuk rumah sakit pada tanggal 3 maret 2019. Panas naik turun terutama pada sore hari, gelisah, lemas dan meringis. Sering jajan sembarangan. Hasil pemeriksaan fisik saat pengkajian, TD : 110/80 mmHg, N : 90 x/menit, S : 39ºC, P : 19 x/menit, tampak lidah kotor, pasien sering jajan sembarangan seperti nasi goring dan gorengan.Hhasil pemeriksaan tes diagnostik Anti *Salmonella Thypi* IgM (+4).

Pada pasien terjadi peningkatan suhu tubuh yaitu 39ºC karena masuknya bakteri *salmonella thypi* kedalam tubuh, mencapai jaringan limpoid dan masuk kedalam aliran darah (bacteremia primer) kemudian

bakteri menyerang retikulo endothelial system (RES), berkembang biak dan masuk kedalam aliran darah (bacterimia sekunder) dan mengeluarkan endoktosin kemudian merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit dan beredar dalam darah sehingga mempengaruhi pusat termoregulator dan hipotalamus yang menyebabkan kemerahan, lidah kotor, kulit terasa hangat dan letargi. (padila, 2013)

Pada tinjauan kasus ini hasil pemeriksaan laboratorium anti *Salmonella Thypi* menunjukkan hasil (+4), pemeriksaan darah lengkap yaitu WBC : 4.3 uL, HGB : 10.7 g/dl. Berdasarkan data dari pengamatan kasus diatas, menujukkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus yang terjadi di rumah sakit.

Berdasarkan pengkajian 11 Pola Gordon maka ada beberapa pola yang bermasaalah yaitu : Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, Pola Aktivitas dan latihan, pola persepsi kognitif.

Pada tinjauan kasus, obat antibiotik yang diberikan yaitu Thampenicol yang bertujuan untuk mengatasi infeksi saluran pencernaan Nn. “W” dan pemberian Novaldo sebagai antipiretik dan analgetik yang diberikan kepada pasien yang bertujuan menurunkan demam dan mengurangi nyeri. Obat lain yang diberikan adalah antiemetik dan analgetik yaitu Omeprazole yang bertujuan untuk mengurangi nyeri di regio epigastrika (nyeri ulu hati).

B. Diagnosa Keperawatan

Dari tinjauan teoritis ada 5 diagnosa yang muncul pada Demam *Thypoid* yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit (infeksi bakteri *Salmonella Thypi*).

   Diagnosis ini didukung oleh adanya kuman *Salmonella Thypi* pada pemeriksaan Tubex TF, pada pemeriksaan darah lengkap dan pada data observasi diperoleh yaitu badan teraba hangat, suhu

tubuh meningkat 39º. Berdasarkan Nanda (2015-2017) menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosis pertama hipertermi berhubungan dengan penyakit adalah kulit teraba hangat.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

   Diagnosis ini mendukung oleh adanya data pada pasien saat pengkajian pasien mengeluh nyeri bila regio epigastrika ditekan, dengan skala 4 terutama pada saat bergerak. Pasien mengatakan merasa mual. Berdasarkan Nanda (2015-2017) menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnose nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis adalah keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (skala penilaian numerik).

3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring

   Diagnosa yang terakhir adalah intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring. Diagnosa ini didukung oleh adanya data pada saat pengkajian pasien tidak bisa melakukan aktivitasnya karena badanya terasa lemas dan tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak aktivitas pasien dibatasi. HGB : 10. 7 g/dl. Berdasarkan Nanda (2015-2017) menjelaskan bahwa batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosa intoleran adalah keletihan.

   Berdasarkan data dari pengamatan kasus diatas, menunjukkan tidak ada kesenjangan antara diagnosis yang biasanya muncul pada penyakit Demam *Thypoid* dengan kasus yang diangkat penulis karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teoritis. Diagnosis yang biasa muncul ada lima diagnosa keperawatan sedangkan pada Nn. “W” terdapat tiga diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang lain yang tidak diangkat adalah kekurangan volume cairan, karena penulis tidak menemukan data yang

mendukung pada pasien seperti penguranga cairan, muntah/pengeluaran yang berlebihan, diare, finger prin kembali <3 detik.

C. Intervensi Keperawatan

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Intervensi berdasarkan NIC :

   Observasi tanda-tanda vital, menutup pasien dengan selimut atau pakaian tipis tergantung fase demam, dorong konsumsi cairan, monitor intake dan output cairan pasien, lembabkan bibir yang kering, berikan kompres hangat, serta kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat atau cairan IV.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

   Intervensi berdasarkan NIC :

   Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri, berikan informasi mengenai nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri seperti napas dalam, anjurkan pasien tidur untuk membantu penurunan nyeri, serta kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tindakan farmakologi.

3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring

   Intervensi berdasarkan NIC :

   Monitor kemampuan pasien secara mandiri, berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri, dorong kemandirian pasien tetapi bantuan hanya ketika pasien tak mampu melakukannya, ajarkan orangtua/keluarga untuk mendukung kemandirian dengan bantuan hanya ketika pasien tak

mampu melakukannya dan anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas normal sehari-hari sampai batas kemampuan pasien.

D. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan intervensi yang telah ditentukan sesuai dengan masalah dan kondisi pasien sehingga masalah pasien dapat teratasi. Penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan. Adapun tindakan yang dilakukan yaitu:

1. Pada diagnosa keperawatan yang pertama mengenai hipertermi berhubungan dengan penyakit, selama 4 hari perawatan semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan seperti mengobservasi TTV, memberikan kompres hangat, menganjurkan minum air putih, kolaborasi dalam pemberian obat dan intervensi lainnya.
2. Pada diagnosa keperawatan yang kedua mengenai nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis selama 4 hari perawatan semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan seperti mengkaji karakteristik nyeri secara komprehensif, mengajarkan prinsip manajemen nyeri, kolaborasi dalam pemberian obat dan intervensi lainnya.
3. Pada diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring selama 4 hari perawatan semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan seperti memberikan bantuan kepada pasien, menganjurkan pasien untuk istirahat dan intervensi lainnya.
4. Selama implementasi keperawatan tidak ada masalah yang menghambat penerapan intervensi yang telah ditentukan.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan yang menjadi penentu apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Dari hasil evaluasi yang dilaksanakan penulis selama 4 hari melaksanakan proses keperawatan pada pasien (5-8 maret 2019), didapat hasil sebagai berikut :

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit dengan analisa evaluasi masalah teratasi pada hari terakhir, Pasien mengatakan demamnya naik turun, suhu tubuh dalam batas normal 37,5ºC sehingga masalah keperawatan dinyatakan telah teratasi dan intervensi dapat dihentikan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis dengan evaluasi masalah teratasi pada hari terakhir skala nyeri berkurang menjadi skala 2 (nyeri ringan), pasien tampak tenang, tampak pasien tenang sehingga intervensi dapat dihentikan.
3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring analisa evaluasi hari terakhir belum teratasi. Data yang didapatkan adalah pasien masih dibantu oleh keluarga dalam pemenuhan kebutuhannya, pasien masih memerlukan istirahat selama di rumah. Perencanaan selanjutnya intervensi masih dilanjutkan oleh keluarga di rumah.

Selama implementasi keperawatan dilakukan selama 4 hari mulai pada tanggal 5-8 maret 2019 dengan cara pendekatan pada pasien dan keluarga pasien serta melakukan intervensi sesuai dengan apa yang telah direncanakan dan semua intervensi telah dilaksanakan dengan baik pada pasien dan keluarga, respon pasien dan keluarga baik dimana pasien dan keluarga bisa bisa menerima dan melakukan semua tindakan yang diberikan pada pasien serta keluarga sangat senang diperlukan dengan sopan dan bisa diajak kerja sama.

Peran penulis yaitu selalu dekat dengan pasien dan keluarga pasien serta merawat pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya dengan baik sehingga pasien bisa sembuh ditunjang dari keterlibatan perawat ruangan yang selalu membantu penulis dalam merawat pasien. Semua intervensi yang telah direncanakan dapat dilaksanakan atau dikerjakan dalam waktu 4 hari atau tidak ada yang tidak dikerjakan dilihat dari kondisi dan kemampuan pasien dan keluarga.

Dari tiga diagnosa keperawatan diatas, masih ada 1 diagnosa yang belum teratasi yaitu intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Setelah membahas teori dan menerapkan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan pada Nn “W” dengan gangguan sistem Pencernaan “*Demam typhoid*” di ruang perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan mengajukan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Demam thyphoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh kuman *Salmonella Typhi*, yang jika tidak segera di obati akan mengakibatkan komplikasi.
2. Pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Nn “W” dengan demam *thypoid.* Penulis menemukan beberapa data seperti demam naik turun disertai mual, sakit kepala, lemas, nafsu makan berkurang dan nyeri ulu hati.
3. Metode yang digunakan dalam menyelesaikan masalah yang timbul adalah pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.
4. Dari hasil pengkajian yang didapatkan dari Tn.”R”, maka diagnosa keperawatan yang ditetapkan antara lain:
   a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
5. Dari rencana tindakan yang disusun, penulis telah melaksanakan semuanya. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya.

6. Setelah 4 hari mengimplementasikan asuhan keperawatan pada pasien Nn “W” maka diperoleh hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan yaitu : hipertermi berhubungan dengan penyakit teratasi, nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis teratasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring belum teratasi.

B. Saran

Melihat kenyataan yang ada diatas, maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak

1. Bagi instansi rumah Sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, dan mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif khususnya pada penanganan pasien demam *thypoid.*

2 . Bagi Instansi pendidikan

   Diharapkan dapat menambah referensi buku yang berhubungan dengan penyakit demam *thypoid* sehingga dimasa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut.

3. Bagi pasien dan keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit demam *thypoid* , dianjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri, kebersihan lingkungan, tidak jajan di sembarang tempat, serta memperhatikan kebersihan makanan dan memperhatikan personal hygiene, serta menganjurkan pasien untuk istirahat di rumah dan menghindari aktivitas yang berat selama penyembuhan.

4. Bagi penulis

a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat sendiri melalui pengetahuan yang telah dimiliki.
b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subjektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan tidak merasa terabaikan.
c. Tetap mempertahankan dan meningkatkan ilmu pengetahuan, keterampilan serta ketekunan dalam memberikan perawatan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Arjuna Rahmat . Faktor-faktor yang berpengaruh pada keseimbangan cairan dan elektrolit. https://www.academia.edu pfd diakses tanggal 27 mei 2019

Badan bidang pengendalian penyakit dan penyehat lingkungan http://dinkes-sulsel.go.id/pdf/profil-dinkes,2014 Pdf diakses tanggal 15 april 2019

Brunner & Syddarth (2013). *Keperawatan medikal bedah edisi 8*. Jakarta : EGC

Depkes. (2014). Pembangunan Kesehatan Masyarakat http://www.depkes.co.id. Diakses tanggal 15 april 2019

Dermawan D dan Rahayuningsi T (2010). *Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Pencernaan).* Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Diyono & Mulyanti Sri (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan .* Jakarta : Prenada Media Group

Doenges, Marilynn. E, dkk (2015). *Rencan Asuhan Keperawatan, Edisi :3.* Jakarta : EGC.

Herdinan.T.H (2015). *Nanda International Diagnosa Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta : EGC

MRO Rs Stella Maris Makassar. 2018. *Data pasien rawat inap demam thypoid*. Rs. Stella Maris Makassar. Tidak dipublikasikan

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

Nurjannah Intisari & Tumanggor Roxsana D (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi keenam*. Jakarta : ELSEVIER

Nurjannah Intisari & Tumanggor Roxsana D (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Edisi kelima*. Jakarta : ELSEVIER

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

WHO. 2015. Demam *Thypoid,*from world health organization. http//www.who.int mediacentre/factsheets/fs diakses tanggal 15 april 2019

LEMBAR KONSUL

Nama : Rista Wahyuni (E1614401075)
Siska Pratiwi (E1614401079)

Judul KTI : Asuhan Keeperawatan pada Nn. "W" dengan penyakit Demam *thypoid*

Pembimbing : Yunita Carolina, Ns.,M.kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	05-03-2019	BAB III Pengkajian	1. Pola Gordon 2. Intervensi 3. Keadaan umum	
2	12-03-2019	BAB III Pengkajian	1. Pola Gordon 2. Nervus 3. Analisa data	
3	21-03-2019	Bab II Tinjauan teoritis	1. Tambahkan referensi terbaru 2. Anatomi fisiologi 3. Manifestasi klinik	
4	02-04-2019	Bab I Pendahuluan	1. Latar belakang 2. Tujuan penulisan 3. Manfaat penulisan 4. Metode penulisan 5. Sistematika penulisan	
5	09-04-2019	Bab III Pengkajian	1. Pola Gordon 2. Analisa data 3. Implementasi	

6	13-04-2019	Bab I sampai Bab V	1. Latar belakang 2. Tinjauan teoritis 3. Implementasi	
7	22-04-2019	Bab I dan III	1. Latar belakang 2. Tinjauan teoritis	
8	11-05-2019	Bab II, III, IV	1. Etiologi 2. Implementasi 3. Evaluasi	
9	13-05- 2019	Pathway	Pathway	
10	16-05-2019	BAB 1-5 Sampul sampai daftar pusaka	Acc	