KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”M” DENGAN DEMAM *THYPOID*DI RUANG KEPERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLAMARIS MAKASSAR

DI SUSUN OLEH:

DESMON KAMBAYONG E1614401053
SARGIN PAYOFU E1614401076

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya tulis ilmiah dengan judul**" ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".** Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji dihadapan Tim penguji yang dilaksanakanpada:

Hari/tanggal	: Rabu 22 Mei 2019
Pukul	:15-17:00
TempatKampus	: STIK Stella MarisMakassar

Tim penguji

1. Yuliana Tolaba, Ns., M.Kep ( )
2. Siprianus Abdul, S.Si., Ns., M.Kes ( )
3. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

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

NIDN : 0928027101

LEMBAR PESETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:
Desmon Kambayong E1614401053
Sargin Payofu E1614401076

Disetujui oleh:

Pembimbing

(Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes)
NIDN: 0925107502

Mengetahui
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

RIWAYAT HIDUP

1. IdentitasPribadi

Nama	: Sargin Payofu
Tempat/TanggalLahir	: Yefu 17 Juni1995
JenisKelamin	:Laki-laki
Agama	: Katolik
Alamat	: Tidungx

2. Identitas OrangTua

Ayah	:Stevanus B.Payofu
Ibu	: Mia Kaisma
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani /IRT
Alamat	

3. Pendidikan yang telahditempuh

SDInpresSagare	:2002-2008
SMP NegeriI Atsj	:2010-2013
SMA Katolik YanSmitAgats	: 2013-2016
STIK Stella Maris (ProgramDIIIKeperawatan)	:2016-2019

RIWAYAT HIDUP

1. IdentitasPribadi

Nama	: DesmonKambayong
Tempat/TanggalLahir	: Kunkim 28 September 1995
JenisKelamin	:Laki-laki
Agama	: Katolik
Alamat	: Tidungx

2. Identitas OrangTua

Ayah	: EdmundusErokjap
Ibu	: FransiskaOktop
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani /IRT
Alamat	

3. Pendidikan yang telahditempuh

TK.StTheresia	: 2000-2003
SD InpresAsiki	: 2004-2010
SMPNegeriAsiki	: 2010-2013
SMKNegeriJair	: 2013-2016

STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan):2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **" ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN DEMAM *THYPOID* + 3 DI RUANG BERNADETH II A RS. STELLA MARIS MAKASSAR"**

Selama meyusun KTI ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnyakepada:

1. Siprisnus Abdul.,S.Si,.Ns,.M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis menimbah ilmu di STIK StellaMaris.
2. Dr. Thomas Soeharto., MMR, selaku direktur RS. Stella Maris Makassar beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS.StellaMaris.
3. Henny Pongantung, Ns.,MSN selaku Wakil ketua Bidang Akademik yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikutipendidikan.
4. Rosdewi, SKp.,MSN selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikutipendidikan
5. Mery Solon, Ns,M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIK Stella MarisMakassar
6. Matilda M. Paseno,Ns., M. Kes selaku staf dosen dan sekaligus dosen pembimbing yang selalu membimbing danbersedia

membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah penulis

7. Dosen dan staf yang banyak memberikan ilmu dan pelayanan selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
8. Kedua orang tua: Stevanus dan Mia serta ketiga saudaraku Sabinus, Ika dan Welenta yang telah banyak memberikan dukungan baik moril maupunmateri.
9. Keluarga Tn.”M” dan pasien selalu penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerja sama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhankeperawatan.
10. Sahabatku (Modes, Klemen, Desmon, dan Richard) yang telah memberikan dukungan danmotivasi.
11. Seluru pihak yang tidak dapat penulis sebut satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaiakan KTI ini. Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kitasemua.

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, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMANJUDUL i
LEMBARPERSETUJUAN ii
RIWAYATHIDUP iv
KATAPENGANTAR vi
DAFTARISI vii
BAB I PENDAHULUAN
A. LatarBelakang 1
B. TujuanPenulis 3
C. ManfaatPenulis 3
D. MetodePenulis 4
E. SistematikaPenulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS
A. KonsepDasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. AnatomiFisiologi 7
3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 12
5. ManifestasiKlinik 13
6. PemeriksaanPenunjang 14
7. PenatalaksaanMedik 16
8. Komplikasi 17
B. KonsepDasarKeperawatan 17
1. Pengertian 17
2. DiagnosaKeperawatan 19
3. RencanaKeperawatan 19
4. SchargePlaninng 24

5. Patway 25
BAB III TINJAUAN KASUS
A. Pengertian 28
B. AnalisaData 48
C. DiagnosaKeperawatan 50
D. IntervensiKeperawatan 51
E. ImplementasiKeperawatan 57
F. EvaluasiKeperawatan 68
G. DaftarObat 72
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pengertian 75
B. DiagnosaKeperawatan 77
C. IntervensiKperawatan 79
D. ImplementasiKeperawatan 80
E. EvaluasiKeperawatan 80
BAB V SIMPULAN DAN SARAN
A. Simpulan 83
B. Saran 87
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. LatarBelakang

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

Menurut Inawati (2017) demam thypoid adalah penyakit infeksi bakteri, yang disebabkan oleh Salmonella typhi. Gejala biasanya muncul 1-3 minggu setelah terkena, dan gejala meliputi demam tinggi, malaise, sakit kepala, mual, kehilangan nafsu makan, sembelit atau diare, bintik-bintik merah mudah di dada (Rose spots), dan pembesaran limpa dan hati (Inawati,2017).

Hasil kasus di RS. Besar di Indonesia menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus thypoid dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500 /100.000 penduduk dan kematian diperkirakan sekitar 0,6-5% (Purba dkk, 2017). Demam thypoid menjadi penyebab utama terjadi mortalitas danmorbiditas

di Negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2016 dalam Batubuaya, 2017)

Disulawesi Sulawesi selatan berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2015 dinyatakan bahwa jumlah penderita demam thypoid yang terjadi di kota Makassar sebanyak 2325 kasus.

Berdasarkan data *Medikal Record*(MRO) RS. Stella Maris Makassar Tahun 2018 diperoleh data pada tahun 2016 jumlah pasien penderita demam *thypoid* sebanyak 385 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu laki-laki sebanyak 34 tahun jiwa (8,83%) dan perempuan sebanyak 75 jiwa (19,49) dan presentase terendah pada kelompok umur 65 + tahun yaitu laki-laki3 jiwa (0,77%) dan perempuan 8 jiwa (2,07%) serta yang meninggal sebanyak 1 jiwa (0,25%). Pada tahun 2017 presentasi demam *thypoid* sebanyak 481 jiwa dengan presentase tertinggi kelompok umur 5-14 tahun yaitu laki-laki sebanyak 78 jiwa (16,23%) dan perempuan sebanyak 73 jiwa (15,19%) dan presentase terendah pada kelompok umur 65 + tahun yaitu laki-laki 1 jiwa (0,20%) dan perempuan 5 jiwa (1,103%) serta yang meninggal 4 jiwa (0,82%). Pada tahun 2018 jumlah penderita demam *thypoid* sebanyak 553 jiwa dengan presentasi tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu laki-laki sebanyak 3 jiwa (0,54%) dan perempuan sebanyak 11 jiwa (1,98%) serta meninggal sebanyak 2 jiwa (0,36).

Tingginya angka kejadian demam thypoid ini memberikan konsenkuensi perhatian dalam perawatan. Asuhan keperawatan yang penting diberikan pada pasien demam thypoid antara lain, menganjurkan pada keluarga pasien untuk tetap menjaga

kebersihan, menganjurkan untuk tetap *bedrest* selama demam berlangsung, menganjurkan untuk makan makanan yang bergizi, serta melaksanakan kolaborasi dari dokter, dan memberikan kompres hangat bila demam timbul pada pasien.

Berdasarkan data dan uraian di atas yang mencetus minat penulis untuk mengangkat tema dengan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan demam thypoid di ruang Bernadeth II A RS. Stella Maris Makassar.

B. TujuanPenulis

1. TujuanUmum

   Penulis dapat memproleh pengalaman nyata dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan demam thypoid di ruang Perawatan Bernadeth II A RS. Stella MarisMakassar.

2. TujuanKhusus

   a) Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan demamthypoid.
   b) Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan demam thypoid.
   c) Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasiendengan demamthypoid.
   d) Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan demam thypoid.
   e) Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan demam thypoid.
   f) Mendokumentasikan Asuhan keperawatan mulai dari pelaksanaan pengkajian, perumusahan diagnosa,

perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan demamthypoid.

C. ManfaatPenulis

1. Bagi RumahSakit

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

2. Bagiinstitusi

   Sebagai bahan acuan dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam memberikan dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan demam thypoid.

3. Bagi pasien dankeluarga

   Sebagai bahan masukkan bagi klien dan keluarga tentang bagaimana merawat klien dengan demam thypoid bila klien telah pulang dari rumah sakit dengan menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melaksanakan perubahan pola hidup untuk mencega komplikasi dan berulangnyapenyakit.

4. Bagipenulis.

   a. Merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan DIII keperawatan STIK Stella MarisMakassar.
   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang di peroleh selama pendidikan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan demamthypoid.

D. MetodePenulisan

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

1. Studi kasus, terdiri dari:

a. Observasi

Melihat atau memonitr secara langsung segala kegiatan pelaksanaan keadaan pasien selama dalam keperawatan.

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan fisik dengan cara : inspeksi, Palpasi, Perkusi, danAuskultasi.

2. Studikepustakaan

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

3. Sistematikapenulis

Karya tulis ilmiah tersusun atas lima Bab yang terdiri dari Bab I “Pendahuluan” Bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan. Bab II “Tinjauan Teoritis”, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, *Discharge planning*, dan patoflowdiagram. Implementasi, dan evaluasi. Bab III, “Pengamatan kasus”, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV “ Pembahasan kasus”, yaitubab

ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus yang telah ditemukan di lapangan. Bab V “ simpulan dan saran”.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis.

1. Pengertian

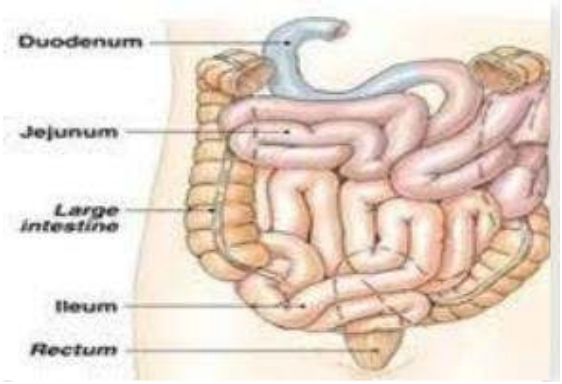
Demam thypoid (tyhpus abdominalis*, enteric fever*) adalah infeksi sistemik yang disebabkan kuman *salmonella thypi,* khususnya varian-varian turunannya, yaitu salmonella typhi, paratyphi A, paratyphi B dan paratyphi C (Ardiansah,2017).

Demam thypoid (Typhus abdominalis, *enteric fever)* adalah penyakit infeksi yang terjadi pada usus halus yang disebabkan oleh salmonella thypi (Padila, 2016).

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

Dari pengertian beberapa ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa Demam *Thypoid* merupakan penyakit infeksi akut yang terjadi pada saluran cerna yaitu usus halus yang disebabkan oleh kuman *Salmonella Typhi*, Paratyphi A, B, dan C, dengan gejala demam lebih dari satu minggu. Infeksi ini berpotensi menjadi penyakit multisistematik.

2. Anatomi fisiologi usushalus



Sumber : Smeltzer, 2017 KMB Vol. 2 hal.985

a) Anatomi usushalus

Usus halus merupakan suatu tabung yang kompleks, terlipat-lipat, dan membentang dari pilorus hingga katup ileosekal. Panjang usus halus pada orang hidup sekitar 12 kaki (3,6 m) dan hampir 22 kaki (6,6 m) pada kadaver (akibat relaksasi) usus ini mengisi bagian tengah dan bawah rongga abdomen. Ujung proksimalnya berdiameter sekitar 3,8 cm, tetapi makin kebawah garis tengahnya semakin berkurang sampai menjadi sekitar 2,5 cm.

Usus halus dibagi menjadi duodenum, jejunum, dan ileum. Pembagian ini agak kurang tepat karena didasarkan pada sedikit perubahan dalam struktur, pada hal seharusnya didasarkan pada perbedaan fungsi. Panjang duodenum adalah sekitar 25 cm, mulai dari piorus sampai jejunum. Pemisahan duodenum dan jejunum ditandai oleh adanya ligamentum Treitz, yaitu suatu pita muskulofibrosa yang berorigo pada krus dekstra diafragma dekat hiatus esofagus dan berinsersio pada batasan antara duodenum

dan jejunum. Ligamentum ini berperan sebagai ligamentum suspensorum (penggantung).

Sekitar 2/5 dari sia usus halus adalah jejunum, dan 3/5 bagian akhirnya adalah ileum. Jejunum terletak di regio midabdominalis sinistra, sedangkan ileum cenderung terletak di regio abdominslis dekstra sebelah bawah. Masuknya kimus ke dalam usus halus harus diataur oleh sfingter pilorus, sedangkan pengeluaran zat yang telah tercena ke dalam usus besar diatur oleh katup ileosekal. Katup ileosekal juga mencega terjadinya refluks isi usus besar ke dalam usus halus.

Appendiks vermiformis berbentuk tabung buntu berukuran sebesar jari kelingking terletak pada daerah ileosekal, yaitu pada apeks sekum.Peradangan dan ruptura struktur ini merupakan penyebab penting pada orang muda, walaupun frekuensinya kini lebih jarang menyebabkan kematian dibanding masa sebelum ditemukannya antibiotik. Dinding usus halus terdiri atas 4 lapisan dasar. Lapisan paling luar (lapisan serosa) dibentuk oleh peritoneum. Peritoneum mempunyai lapisan viseral dan parietal, dan ruang yang terletak di antara lapisan- lapisan ini disebut sebagai rongga peritoneum. Peritoneum melipat dan meliputi hampir seluruh visera abdomen. Nama-nama khusus yang dimaksud adalah :

1) *Mesenterium majus,* yaitu merupakan lapisan peritoneum lebar menyerupai kipas yang menggantung jejenum dan hileum dari dinding posterior abdomen, dan memungkinkan usus bergerak denganleluasa.

Mesenterium menyokong pembuluh darah dan limfe yang menyuplai ke usus.

2) *Omentum majus* merupakan lapisan ganda peritoneum yang menggantung dari kurvaktura mayor lambung dan berjalan turun di depan visera abdomen menyerupai celemek.

   Omentum biasanya mengandung banyak lemak dan kelenjar limfe yang membantu melindungi rongga peritoneum terhadap infeksi.

3) *Omentum minus* merupakan lipatan peritoneum yang terbentang dari kurvaktura minor lambung dan bagian atas duodenum, menuju ke hati membentuk ligamentum*suspensorum hepatogastrika* dan ligamentum *hepatoduodenuale*. Salah satu fungsi penting dari peritoneum adalah mencegah gesekan antara organ-organ yang berdekatan dengan cara mensekresi cairan serosa yang berperan sebagai pelumas. Peradangan pada peritoneum disebut peritonitis.

Otot yang melapisi usus halus mempunyai 2 lapis : lapisan luar terdiri atas serabut-serabut longitudinal yang lebih tipis, dan lapisan dalam terdiri atas serabut-serabut sirkuler. Penataan yang demikian membantu gerakan peristaltik usus halus. Lapisan submukosa bagian dalam tebal serta banyak mengandung pembuluh darah dan kelenjar.

Usus halus dicirikan dengan adanya tiga struktur yang sangat menambah luas permukaan dan

membantu fungsi utamanya yaitu absorpsi. Lapisan mukosa dan submukosa membentuk lipatan – lipatan sirkuler yang disebut dengan valvula koniventes, yang menonjol dalam lumen sekitar 3 sampai 10 mm, adanya lipatan- lipatan ini menyebabkan gambaran usus halus menyerupai bulu, vili merupakan tonjolan- tonjolan mukosa seperti jari yang jumlahnya

sekitar 4 atau 5 juta dan terdapat disepanjang usus halus vili sepanjang 0,5 sampai 1,5 mm dan menyebabkan gambaran mukosa menjadi menyerupai beludru mikrovili merupakan tonjolan yang menyerupai jari-jari yang panjangnya sekitar 1 m pada permukaan luar setiap vilus.

b) Fisiologi usushalus

Usus halus mempunyai 2 fungsi utama yaitu :

1) Pencernaan yaitu proses pencernahan makanan menjadi bentuk yang dapat di cerna melalui kerja berbagai enzim dalam salurangastrointestinal
2) Absorpsi bahan nutrisin dan air. Semua aktivitas lain mengatur atau mempermudah berlangsungnya proses ini. Proses pencernaan disempurnakan oleh sejumlah enzim yang terdapat dalam getah usus (sukus enterius). Enzim pencernaan usus halus meliputi:
   a) *Enterokinase* berfungsi untuk mengaktifkan *tripsinogen* yang dihasilkan pankreas.
   b) *Laktase* berfungsi untuk mengubah laktosa menjadiglukosa.

a) *Erepsin* atau dipeptidase berfungsi untuk mengubah dipeptida atau pepton menjadi asam amino.
b) *Maltase* berfungsi untuk mengubah maltosa menjadiglukosa.
c) Peptidase berfungsi untuk mengubah polipeptida menjadi asamamino.
d) *Sukrase* berfungsi buntuk mencerna sukrosa menjadi *glukosa* danfruktosa.

3. Etiologi

Menurut suratun dan Lusianah (2016). Typhus abdominalis disebabkan oleh *Salmonella typhi (S.typhi). salmonella paratyphi* A, B, dan C *Salmonella tyhpi* merupakan basil gram negatif, berflagel, dan tidak berspora. *Anaerob fakultatif*, masuk dalam keluarga *entrobacteriaceae*, panjang 1-3 um, dan lebar 0,5–7 um, berbentuk *single* atau berpasangan. *Salmonella typhi* hidup dengan baik pada suhu 37^0c dan dapat hidup apa air steril yang beku dan dingin, air tanah, air laut, dan debuh selama berminggu-minggu, dapat hidup berbulan- bulan dalam telur yang terkontaminasi dan tiram beku. Parasif hanya pada tubuh manusia. Dapat dimatikan pada suhu 36^0c selama 15 menit. Hidup subur pada medium yang mengandung garam empedu. Ada 2 sumber penularan *salmonella typhi* yaitu pasien dengan demam *thypoid* dan pasien dengan carier. Carier adalah orang yang sembuh dari demam *thypoid* dam masih terus mengekresi *salmonella typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari 1tahun.

Salmonella mempunyai 3 macam anti gen yaitu :

a) Antigen O*: Ohne Hauch*= somatik antigen (tidakmenyerap)

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.* Faktor resiko:

1) Antasida, antagonis reseptor histamin-2, proton pump inhibitors, gastrektomi, dan aklorhidria, asam lambung sangatkurang.
2) Kepadatan penduduk yangtinggi
3) Sumber air dan sanitasi yangburuk
4) Kurangnya hygiene pengelolahanmakanan
5) Kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan, jamban keluarga) (Josephinewidya.wordpress, 2015).

4. Patofisiologi

Penularan Salmonella typhi dapat ditularkan melaui berbagai cara. Yang dikenal dengan 5F yaitu *Food* (makanan*) Fringers* (jari tangan/ kuku*), Fomitus* (muntah*), Fly* (lalat), dan melalui faces (Deden Demawan, 2016).

Kuman salmonella typhi masuk ke tubuh melalui mulut dengan makanan dan air yang tercermar. Sebagian kuman dimusnahkan oleh asam lambung, sebagian lagi masuk ke usus halus dan mencapai jaringan limfoid plak peyeri di ileum terminalis yang mengalami hipertrofi. Ditempat ini komplikasi perdarahan dan perforasi intestinal dapat terjadi. Kuman salmonella tiphi kemudian menembus ke lamian propia, masuk aliranlimfedanmencapaikelenjarlimfemesenterica.Setelah

melewati kelenjar-kelenjar limfe ini, *salmonella typhi* masuk ke aliran darah melalui ductus thoracicus. Kuman-kuman salmonella typhi lain mencapai hati melalui sirkulasi portal dari usus. *Salmonella typhi* bersarang di plaque peyeri, limfa, hati dan bagian–bagian lain sistem retikuloendotelial. Dalam masa bakteremia ini kuman mengeluarkan endotoksin yang susunan kimianya sama dengan somatic antigen (lipopolisakarida), yang semula diduga bertanggung jawab terhadap terjadinya gejala – gejala dari demam *thypoid.* Namun setelah dilakukan penelitian ternya endotoksin yang dikeluarkan oleh salmonella tyohi mempunyai peranan merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang.

Selanjutnya zat pirogen yang beredar di darah mempengaruhi pusat termoregular di hypotalamus yang mengakibatkan timbulnya gejala demam.

5. Manifestasiklinik

   Menurut Suriadi dan Yuliani, (2016), masa tunas demam thypoid berlangsung 10-14hari.

   a) Minggu I *(Hiperplasia plak player*), gejala yangtimbul
      1) Demam berangsur naik terutama sore dan malamhari.
      2) Nyeri kepala dan pusing, terjadi karena demam yang tinggi menimbulkan rasa lemas,pusing.
      3) Anoreksia, mual danmuntah.
      4) Nyeri perut, terjadi karena pembengkakan hati dan limpa.
      5) Epitaksis.
      6) Konstipasi/diare
   b) Minggu II(Nekrosis) gejala menjadi jelasyaitu:

1) Demam.
2) Lidah yang khas (putih, kotor/coated, pinggirnya hiperemic), ketika bakteri *Salmonella typhi* masuk ke dalam tubuh, tubuh berusah membasmi infeksi dengan mengerahkan sistem imun, sel darah putih dan semua perangkatnya bekerja keras menghancurkan bakteri, membentuk antibodi untuk menetralkan bakteri sehingga pada penderita demam thypoid nampak pada permukaan lidah berwarna kemerahan. Hal ini juga dipengaruhi oleh kurangnya asupan cairan yang menyebabkan mukosa bibir kering dan mulut berbau tidaksedap.
3) Hepatomegali dan splenomegali, terjadi karena kuman *Salmonella typhi* masuk kedalam peredaran darah sampai ke organ-organ lain seperti hati dan limfa. Kuman yang tidak dihancurkan berkembang biak dalam hati dan limfa sehingga organ-organ tersebut dapat membesar.
4) Penurunan kesadaran,terjadi karena apabila kuman *Salmonella typhi* menyebar ke berbagai organ dan mencapai otak sehingga terjadi infeksi ke otak. Gangguan kesadaan ini biasanya terjadi pada pasien yang sudah lama menderita demam thypoid dan tidak mendapatkan pengobatan atau pada pasien yang sudah terjadikomplikasi.
5) Kulitkering.

c) Mingguketiga

Suhu tubuh berangsur-angsur norma kembali diakhir minggu.

Hal ini terjadi jika tanpa komplisi atau berhasil diobat. 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 perforasi usus. Sedangkan keringat dingin, gelisah, sukar bernapas dan nadi menurun menunjukkan jika terjadi perdarahan.

d) Minggukeempat

Merupakan stadium penyembuhan secara perlahan. Pada awal minggu keempat, demam akan cenderung menurun.

6. TesDiagnostik.

Menurut suratun, 2017 test diagnosa yang dilakukan adalah:

a) Pemeriksaan darahtepi
b) Pemeriksaan urine, didapatkan proteinuria ringan(>2 gr/liter) dan leukosit dalamurine.
c) Pemeriksaan tinja, kemungkinan terdapat lendir dan darah karena terjadi perdarahan usus, biakan tinja untuk menemukan *Salmonella typhi* dilakukan pada minggu kedua dan ketiga serta biakan urin pada minggu ketiga dan ke empat.
d) Pemeriksaanbakteriologis

Pemeriksaan serologis, yaitu pemeriksaan widal, tes widal merupakan reaksi aglutinasi antara antigen dan antibody. Peningkatan titer uji widal empat kali selama 2-3 minggu memastikan demam typhi. Reaksi widal tunggul dengan

titer antibodi O = 1: 320 atau titer antibodi H = 1:640 menyokong diagnosis demam tifoid pada pasien dengan gambaran klinis yang khas. Pada beberapa pasien, uji widal tetap negatif pada pemeriksaan ulang, walaupun biakan darahpositif.

e) Pemeriksaan TubexTF

Berdasarkan prinsip Tubex TF adalah suatu tes diagnostic in vitro semi kuantitatif 10 menit untuk deteksi demam thypoid akut yang disebabkan oleh Salmonella typhi, melalui deteksi spesifik adanya serum antibody IgM tersebut dalam menghambat (inhibisi) reaksi antigen berlabel partikel lateks magnetic(reagen berwarna coklat) dan monoclonal antibody berlabel lateks warna (reagen berwarna biru), selanjutnya ikatan inhibisi tersebut diseparasikan oleh suatu daya magnetic. Tingkat inhibisi yang dihasilkan adalah setara dengan konsentrasi antibody IgM *Salmonella Typhi* dalam sampel.hasil dibaca secara visual dengan membandingkan warna akhir reaksi terhadap skala warna (Afidin.blogs.diakses 09 september2016).

7. PenatalaksanaanMedik

Menurut suratun & Lusianah (2018), penatalaksaan demam thypoid terdiri dari beberapa bagian yaitu:

a) Bed rest, untuk mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan. Minimal 7 hari bebas demam /± 14 hari. Mobilisasi berharap, sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien. Tingkatkan *hygiene* perseorangan, kebersihan tempat tidur, pakaian, dan peralatan yang dipakai oleh pasien.

Ubah posisi minimal tiap 2 jam untuk menurunkan resiko terjadinya dekubitus dan pneumonia hepostatik. Defekasi dan buang air kecil perlu di perhatikan karena kadang-kadang terjadi *obstipasi* dan retensi urine, isolasi penderita dan desinfeksi pakaian dan ekskreta pasien.

b) Diet dan terapi penunjang. Diet makanan harus mengandung cukup cairan dan tinggi protein, serta rendah serat. Diet bertahap mulai dari makanan lunak (bubur) hingga nasi, dimaksudkan untuk menghindari koplikasi pendarahan usus atau perforasi usus. Diet tinggi serat akan meningkatkan kerja usus hingga risiko perforasi usus lebih tinggi.

c) Pemberian antibiotika, anti antiinflamasi danantipiretik
   1) Pemberianantibiotika
      (a) Cefriaxone 1gr/hari piggy bag/iv selama 5-10hari
      (b) Amoksilin 100 mg/hari,oral selama 10hari.
      (c) Kotrimoksazole 6 mg/hari,oral. Dibagi dalam 2 dosis selama 10hari
      (d) Sefiksim 10 mg/hari, oral dibagi dalam 2 dosis selama 10 hari.
      (e) Cefriaxone 80 mg/hari, IV atau IM, sekali selama 5 hari
   2) Anti radang (antiinflamasi). Kortikosteroid diberikan pada kasus berat dengan gangguan kesadaran seperti Deksametasone.
   3) Antipreutik untuk menurunkan demam seperti paracetamol.

4) Antiemetik untuk menurunkan keluhan mual dan muntah pasien sepertidomperidon.

8. Komplikasi

Menurut suratun & Lusianah (2017) koplikasi demam thypoid dibagi dalam:

a) Perdarahan usus. Secara spesifik *Salmonella typhi* hidup berkembang dalam usus halus dan merusak jaringan sekitar (epitel) dan menyebabkan kerusakkan (pendarahan).
b) Perforasi usus. Biasanya dapat timbul pada ileus diminggu ketiga atau lebih, merupakan stadium lanjut dan pendarahan usus dimana dalam usus terjadi luka yang dapat menyebabkan kebocoranusus.
c) Peritonitis. Biasanya menyertai perforasi atau tanpa perforasi usus dengan ditemukan gejala akut abdomen, (*defans musculair*) dan nyeritekan.

9. Konsep DasarKeperawatan

a) Pengkajian

1) Pola persepsi pemeliharaankesehatan

DS: Pasien suka jajan dan makan makanan diluar seperti bakso dan mie instan

DO: Pasien tampak berbaring di tempat tidur dengan keadaan tampak lemah dengan terpasang cairan infus RL 500cc 20 tetes/menit.

2) Pola nutrisi danmetabolik

DS: Pasien mengatakan ia malas makan dan minum,ia sering merasa mual saat makan.

DO: Pasien tampak menghabiskan ½ porsi makanan yang disiapkan dan minum air putih 3 aqua gelas kecil (500cc)/hari

3) Polaeliminasi

DS: Pasienmengatakan BAB encer dialami 3 hari masuk rumah sakit, dan BAK 7-9 kalisehari

DO: Tampak saat BAK di wc, pasien di bantukeluarganya karenapusing.

4) Pola aktivitas danlatihan

DS: Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan banyak beristirahat di tempat tidur.

DO: Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur.

5) Pola tidur dan istirahat

DS: Pasien mengatakan tidak ada masalah saat tidur

DO: Tampak pasien terbaring ditempat tidur

6) Pola persepsikognitif

DS: Pasien mengtakan melihat dan mendengar dengan jelas, tanpa alat bantu

DO: Tampak menjawab dengan baik, membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm.

7) Pola persepsi dan konsepdiri.

DS: Pasien mengatakan kedua kalinya dirawat di RS sehingga ada perasaan cemas

DO: Pasien tampak rileks saat menjawab pertanyaan yang diberikan.

8) Pola peran dan hubungan dengansesama

DS: Pasien mengatakan ibu dan kedelapan saudaranya sangat sedih dan perhatian atas kondisi yang dialaminya

DO: Tampak keluarga pasien sedang mendampinginya

9) Pola reproduksi danseksualitas.

DS: pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya dan seksualitasnya.

10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

DS: pasien mengatakan ia merasa cemas memikuirkan penyakitnya.

DO: pasien selalu menanyakan penyakitnya

11) Pola sistem nilaikepercayaan

DS: pasien mengatakan ia menganut Agama islam

DO: tampak pasien memiliki Alquraan disamping tempattidur

12) Diagnosakaperawatan

(a) Hipertermi berhubungan denganpenyakit

(b) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairanaktif

(c) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktorbiologis

(d) Resiko toleransiaktivitas

(e) Nyeri akut berhubungan dengan gangguan cedera biologis

13) Intervensikeperawatan.

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

a) Hipertermi berhubungan denganpenyakit

Hasil yang diharapkan: pasien tidak demam, sakit kepala hilang, pemeriksaan widalnya negatif.

Intervensi :

(1) Pantau suhu setiap 2 jam, sesuai dengan kebutuhan rasional: untuk mengetahui kestabilan suhupasien.

(2) Observasi TTV(TD,N,S,P)

Rasional: dengan mengkaji TTV dapat mengetahui bila peningkatan suhu tubuh sehingga memungkinkan untuk mengambil tindakan

(3) Kaji ketetapan jenis pakaian yang digunakan, sesuai dengna suhu lingkungan seperti menggunakan pakaian tipis yang menyerap keringat

Rasional: pakaian tipis dapat menyerap dan dapat mempermudah atau membantu penguapan tubuh.

(4) Kompres hangat bila suhu tubuh meningkat

Rasional: adanya perpindahan panas secara kondusif, sehingga dapat mengurangipanas.

(5) Anjurkan asupan cairan oral, sedikitnya 2 liter sehari.

Rasional: mengganti cairan yang keluar melalui panas serta dapat mencega terjadinya dehidrasi.

(6) Anjurkan pasien untuk menggunakan selimut pendingin

Rasional: untuk mengurangi demam umumnya lebih besar dan 39,5-40 ^{0}c pada waktu terjadi kerusakkan atau gangguan pada otot.

(7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik

Rasional: antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh.

b) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairanaktif

Hasil yang diharapkan: membran mukosa lembab, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, HCT kembali normal (42-52)%.

Intervensi

(1) Kaji tanda-tanda vital (TD,N,S, dan P).

Rasional: untuk memonitor frekuensi nadi dan pernapasan

(2) Pantau hidrasi(kelembapan mukosa dan kekuatannadi)

Rassional: hidrasi dapat menunjukkan adanya tanda kekurangan cairan.

(3) Pantau warna, jumlah, frekuensi muntah.

Rasional: perubahan warna, frekuensi dan jumlah menunjukkan adanya kehilangancairan

(4) Pantau kekurangan asupan danhaluaran.

Rasional: untuk membantu intake dan output

(5) Anjurkan higiene oral secararutin

Rasional: untuk mengurangi bakteri pada oral dan mengurangi fleksi mual

(6) Tingkatkan asupanoral

Rasional: untuk menambah cairan dan mengurangi resiko kekurangan cairan.

(7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian intravena Rasional: Untuk menambah input cairan

c) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktorbiologis.

Hasil yang di harapkan: Nafsu makan meningkat, porsi makan dihabiskan 1 piring tiap kali makan, berat badan bertambah, imt normal: 18.5-24.9.

Intervensi :

(1) Identifikasi faktor pencetus mual dan muntah.

Rasional: Agar dapat mengindari faktor pencetus mual danmuntah.

(2) Observasi TTV (TD, N, P,S)

Rasional: Mengetahui ketidakefektifan orgsn vital.

(3) Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhannutrisi

Rasional: Peningkatan kebutuhan nutrisi sangat penting untuk diukur agar dapat diketahui kemampuannya.

(4) Timbang beratbadan

Rasional: Untuk mengetahui adanya penurunan atau peningkatan nutrisi.

(5) Berikan makanan bergizi, tinnggi kalori dan bervariasi.
Rasional: Makanan yang bergizi dan bervariasi dapat meningkatkan nafsu makan.
(6) Berikan makanan yang disukaipasien
Rasional: membantu meningkatkan nafsu makan.
(7) Anjurkan hygiene mulut sebelummakan
Rasional: mulut yang tidak bersih dapat menurunkan nafsumakan
(8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi jumlah kalori dan zat gizi yang dibutuhkan
Rasional: jumlah kalori dan zat gizi yang kurang dan berbih akan berpengaruh kepadanutrisi

d) Resiko intoleransiaktivitas

Hasil yang diharapkan: menunjukan intoleransi aktivitas yangbaik

Intervensi:

(1) Identifikasiaktivitas
Rasional: untuk mengetahui aktivitas-aktivitas yang dilakuakanpasien.
(2) Ajarkan aktivitas dan manajemenwaktu
Rasional: untuk mengurangi energi yang keluar pada aktivitas pasien
(3) Pantau tingkat energi dan toleransi pasien terhadapaktivitas.
Rasional: peningkatan energi dapat memberi keletihan padapasien.
(4) Imbangi aktivitas danistirahat

Rasioanl: istirahata yang cukup dapat memberikan energi untuk beraktivitas kembali.

(5) Identitifikasi kendala saatberaktivitas.

Rasional: kendala yang muncul saat beraktivitas akan mengeluarkan energi yang berlebih saat beraktivitas.

e) Nyeri akut berhubungan dengan gangguan cedera biologis

Hasil yang diharapkan:

Intervensi:

(1) Kaji karakteristiknyeri

Rasional: dengan mengkaji karakteristik nyeri dapat diketahui tingkatan lokasi, frekuensi dan lamanya.

(2) ObservasiTTV:

Rasional: merupakan awal untuk mengetahui perkembangan keadaan umum pasien.

(3) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruh responketidaknyamanan

Rasional: lingkungan yang tidak nyaman akan berpengaruh terhadap kualitas nyeri.

(4) Anjurkan pada pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas bukan kepadanyeri

Rasional: aktivitas dapat mengurangi respon nyeri yang dirasakan

(5) Atur posisi yang menyenangkan bagi pasien

Rasional: posisi yang nyaman akan mengurangi nyeri sehingga pasien merasa lebihnyaman

(6) Ajarkan teknik relaksasi (tarik nafas panjang dan menghembuskanperlahan-lahan)
Rasional: teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri.

(7) Laksanakan instruksi dokter dalam hal pemberian obatanalgetik.
Rasional: dapat mengurangi nyeri yang timbul.

f) Devisit perawatan diri mandiri berhubungan dengan kelemahan. Hasil yangdiharapkan:
Intervensi

(1) Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri
Rasional: sebagai indikator dalam tindakan keperawatanselanjutnya.

(2) Mendorong pasien untuk melakukan aktivitas normal sampai batas kemampuan pasien
Rasional: dapat meningkatkan aktivitas mandiri pasien

(3) Anjurkan orang tua atau keluarga untuk mendukung kemandirian pasien, tapi bantu ketika pasien tidak mampumelakukannya.
Rasional: dapat memudahkan latihan aktivitas pasien

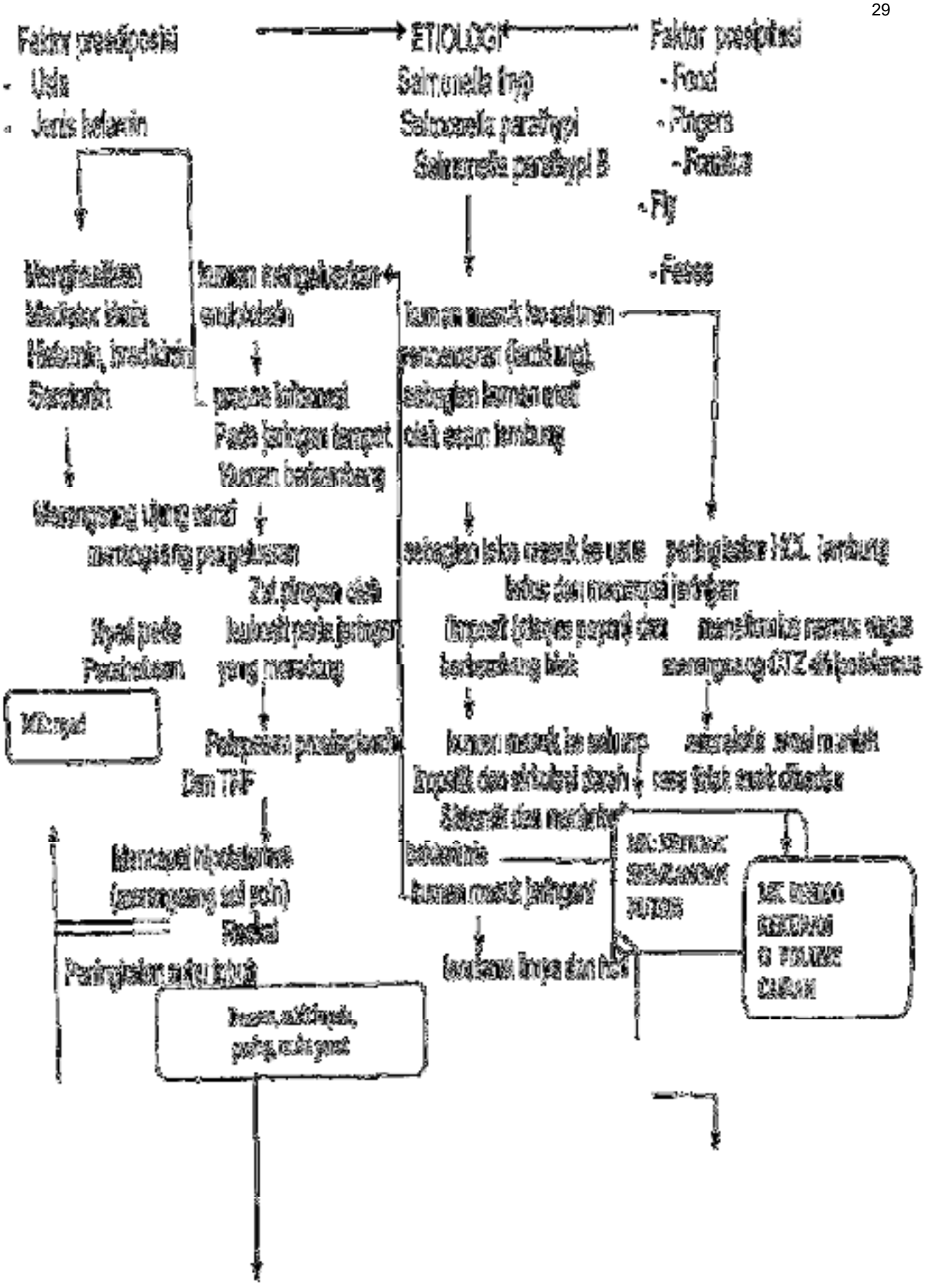
(4) Tentukan jumlah dan tipe terkait dengan bantuan yang diperlukan
Rasional: dapat mengoptimalkan aktivitas pasien secara mandiri.

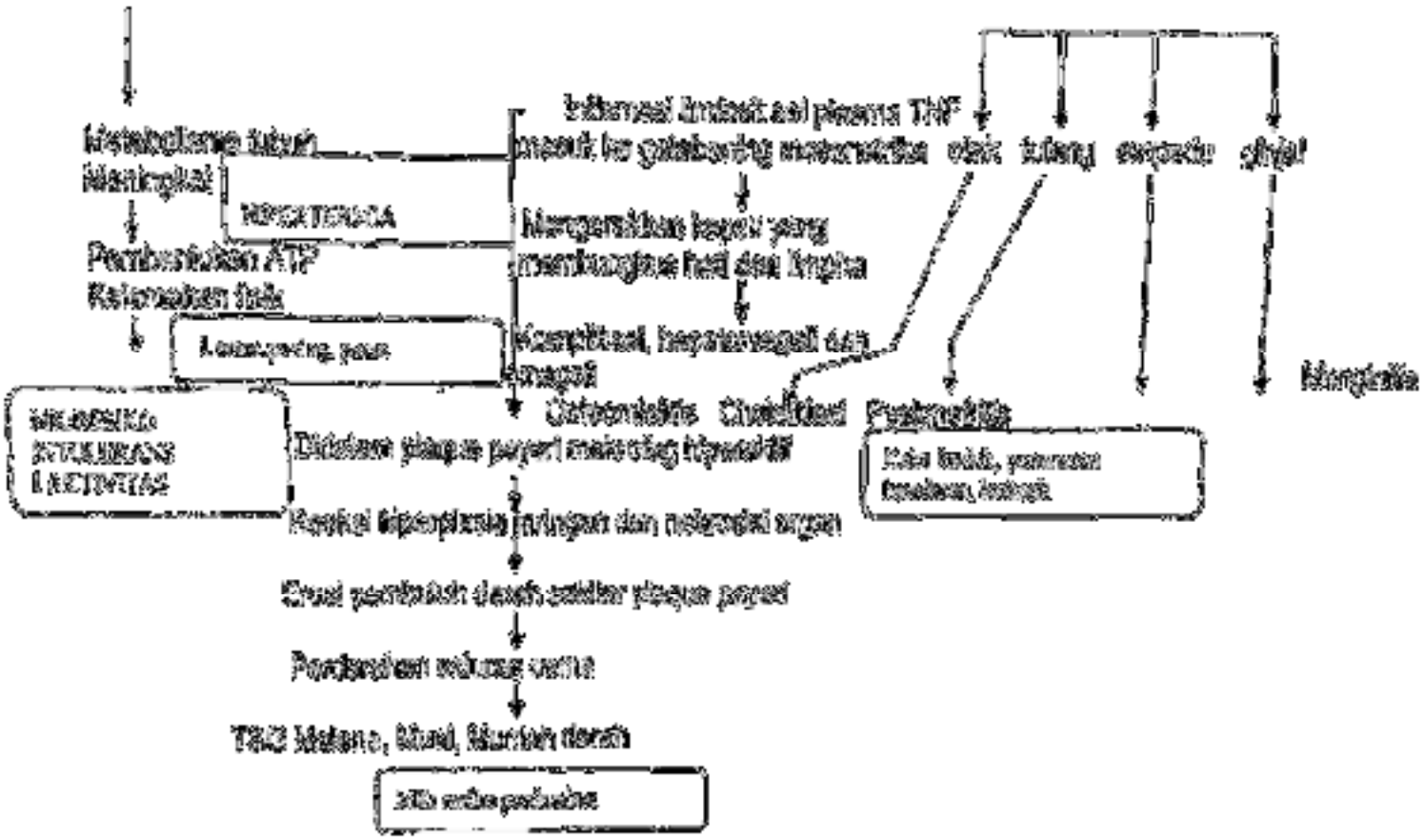
(5) Dorong kemandirian pasien, tapi bantu ketika pasien tidak mampumelakukannya.

g) Dischargeplanning

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

(1) Hindari lingkungan tidakbersih
(2) Cucilah tangan dangan sabun dan airbersih
(3) Makanlah makanan bernutrisi lengkap dan seimbang dan masak/panaskan sampai suhu 57^0c beberapa menit dan secaramerata.
(4) *Salmonella typhi* di dalam air akan mati apabila dipanasi sehingga 57^0c untuk beberapamenit.
(5) Gunakan air yang sudah direbus untuk minum dan sikatgigi
(6) Mintalah minuman tanpa es kecuali air es didinginkan atau daribotol.
(7) Lalatperlu dicegah menghinggap makanan dan minuman
(8) Istirahat cukup dan lakukan olahraga secara teratur
(9) Jelaskan terapi yang diberikan: dosis, dan efek samping
(10) Ketahuilah gejala-gejala kekambuhanpenyakit
(11) Tekankan untuk melakukan kontrol sesuai dengan waktu yangditentukan.
(12) Buangsampahpada tempatnya (Amin,2017)





BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien bernama Tn.”M” seorang laki-laki umur 25 Tahun dengan diagnosa medik demam *thypoid.* Pasien masuk RS. Pada tanggal 25 Februari 2019 dan dikaji pada tanggal 28 Februari 2019. Manifestasi klinik saat pengkajian pasien tampak sakit sedang, keadaan umum pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur, kesadaran compos mentis. Terpasang infus RL 500 cc di tangan sebelah kanan dengan 20 tetes/menit. Suhu 38,4^{0}c, pasien mengatakan demam disertai mual muntah, sakit kepala, pusing dan lemah sejak ±5 hari yang lalu, pasien mengatakan demamnya naik turun. Pasien merasakan tidak ada nafsu makan, dan sering merasakan mual saat makan dan minum. Pasien mengatakan lidahnya pahit dan sering merasa mual saat makan. Pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas karena badannya lemah, Pasien mengalami penurunan berat badan dari 61 kg menjadi 43 kg dalam 2 minggu, bibir tampak kering, tekanan darah pasien 110/70 mmHg, nadi 102 x /menit suhu 38,2^{0}c dan pernapasan 20x /menit lidah tampak putih (kotor) Pada pemeriksaan *salmonella typhi* BO: 1/80, *salmonella typhi* CO: 1/80*, salmonella typhi* H: 1/80, *salmonella paratyphi* AH (-), *salmonella paratyphi* BH: (-), *salmonella paratyphi* CH (-), WBC: 13,6 10^3/uL,RBC:6,910^6/uL,HGB:14,2g/dL,HCT:42,10%,MCH:81,6
pg, PLT: 159 10^/3uL, LED 1 JAM: 1 mm/h, LED 2 JAM: 2mm/h.

A. Pengkajiankeperawatan

Nama mahasiswa yang mengkaji :

1. SarginPayofu	Nim:E1614401076
2. DesmonKambayong	Nim:E1614401053

Unit : BernadethIIA Autoanamnese √
Kamar : 501Bed1 Alloanamnese √
TanggalMasukRS : 25 Februari2019
Tanggal Pengkajian : 28 Februari2019

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Namainitial : Tn. “M”
      Umur : 25Tahun
      JenisKelamin : Laki-laki
      StatusPerkawinan : Belummenikah
      JumlahAnak :-
      Agama/suku : Islam/ Makassar
      WargaNegara : Indonesia
      Pendidikan : SMATamat
      Pekerjaan : Buruharian
      AlamatRumah : Jl. Bunga Eja BeruLR,13.
   b. Penanggungjawab
      Nama : Ny.“R”
      Umur : 25tahun
      Alamat : Jl. Bunga Eja BeruLR,13.
      Hubungandenganpasien : Ipar
2. Data Medik
   a. DiagnosaMedik
      Saatmasuk : Demam thypoid
   b. Saatpengkajian : Demam thypoid
3. KeadaanUmum
   a. KeadaanSakit
      Pasien tampak sakit sedang

Alasan : pasien tampak lemah, berbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang. Kesadaran compos mentis. Tampak terpasang infus RL 500 cc di tangan sebelah kanan dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit.

b. Tanda-tandavital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif) :

ResponMotorik :6

ResponBicara : 5

ResponMembukamata : 4 +

Jumlah: 15

Kesimpulan : Composmentis

2) Tekanan darah: 110/70 mmHg

MAP : 83mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

Suhu :38,4^{0}c

3) Lokasi: Oral ☐ Axilla ☑ Rektal ☐

4) Pernapasan: 20x/menit

Irama : teratur ☑ kusmaul ☐ cheynes-stokes ☐

Jenis : perutDada ☑ ☐

5) Nadi : 80 x/menit

Irama: Reguler ☐ Irreguler ☑

Kekuatan:Kuat ☑ Lemah ☐

c. Antropometri

1) Lingkarlenganatas : 19 cm

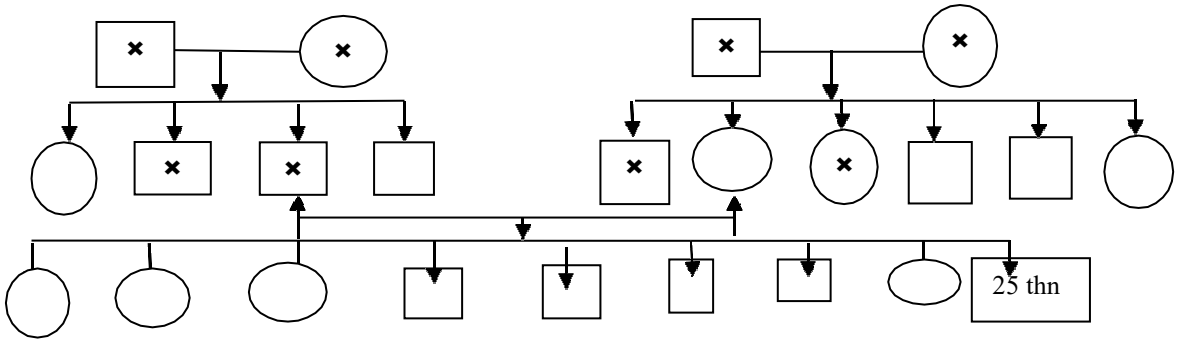
2) Tinggibadan : 160 cm

3) Beratbadan : 43kg

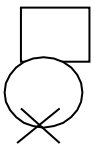
4) Indeks Massa Tubuh (IMT) : 16,79 kg

Kesimpulan : Berat badan kurang darinormal

d. Genogram



Keterangan

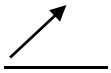


: Laki – laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien



: Tinggal serumah

4. Pengkajian PolaKesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaankesehatan

1) Keadaan sebelum sakit.

Pasien mengatakan ia seorang buru harian, ia bekerja sampai sore hari, jika jam makan ia sering makan diluar(warung kaki 5). Keluarga pasien juga mengatakan pasien jarang makan dirumah. Pasien juga mengatakan kadang makan bakso saja di dekat tempat pasien bekerja. Pasien juga mengatakan pola makannya baik dapat menghabiskan porsi yang disediakan.

2) Riwayat penyakit saatini

a) Keluhan Utama :Demam

b) Riwayat keluhanutama

Pasienmengatakandemamdisertaisakitkepala,pusing,mualmuntah, 3 kali dirumah setelah pasien makan soto ayam dengan temannya sehingga keluarga pasien memutuskan untuk mengantar ke RS. Stella Maris pada tanggal 25 Februari 2019. Pada saat pengkajian di dapatkan hasil: pasien tampak lemah, tampak berkeringat, tampak terpasang infus RL 20 tetes /menit, tampak mukosa bibir kering, tampak badan

pasien teraba panas, suhu tubuh 38,4^{0}c, tampak wajah pasien mengiris kesakitan.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialamai:

Pasien mengatakan ± 1 minggu yang lalu ia baru keluar dari RS. Stella Maris tanggal 12 Februari 2019 dengan diagnosa yang sama demam thypoid.

4) Riwayat kesehatankeluarga

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita oleh pasien saatini.

5) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihanrambut : Tampakbersih
b) Kulitkepala : Tampakbersih
c) Kebersihankulit : Tampakbersih
d) Hygiene rongga mulut : Tampakbersih
e) Kebersihangenitalia : Tidak dikaji,pasienmenolak
f) Kebersihananus : Tidak dikaji,pasienmenolak

b. Pola nutrisi danmetabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia seorang buru harian, ia bekerja sampai sore hari sehingga ia sering makan di luar (warung kaki 5) pasien mengatakan pola makannya baik dan teratur2-3 kali sehari dengan menu nasi, ikan, dan kadang daging. Pasien mengatakan jarang makan sayur-sayuran, nafsu makan pasien baik dapat menghabiskan porsi yang disediahkan minumair putih ± 6-8 gelas (1000- 1500 cc/hari). Pasien mengatakan beratbadan sebelum sakit 61 kg.

2) Keadaan sejaksakit

Pasien mengatkan sejak sakit nafsu makannya menurun bahkan tidak ada nafsu makan dan minum. Pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan dan minum 2 aqua gelas kecil sehari (400-440 cc/ hari). Pasien mengatakan lidah terasa pahit dan sering merasa mual saat makan atau minum. Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan drastis dari 61 kg menjadi 43 kg dalam 2minggu.

3) Observasi:

Tampakpasien menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan dan minum 2 aqua gelas kecil (440cc)

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak tidakberketombe
b) Hidrasikulit : Kembali dalam < 2detik
c) Palpebrae/konjungtiva: Tampak tidak edema/tidakanemic
d) Sceler :Tampak tidakicterik
e) Hidung:Tampak simetris kiri dan kanan, tidak adasecret
f) Ronggamulut : Tampak tidak adaperadangan,mukosa bibir tampakkering
   Gusi : Tampak berwarna merah mudah
   Gigi : Tampakutuh
   Gigipalsu : Tidak ada
g) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampumengunya
h) Lidah : Tampak keputihanditengah
i) Kelenjar getah bening: Tidak terabapembesaran
j) Kelenjar parotis : Tidak terabapembesaran
k) Abdomen:
   (1) Inspeksi :Perut tampak datar, tidak ada bayanganvena
   (2) Auskultasi: Peristaltic usus 20x/menit
   (3) Palpasi: Tidak ada nyeritekan
   (4) Perkusi :Thympani
l) Kulit :
   (1) Edema :Negatif
   (2) Icterik : Negatif
   (3) Peradangan : Tampak tidakada
   (4) Lesi : Tampak tidakada

c. Polaeliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan karakteristik warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat. Pasien mengatakan BAK 7-9 kali sehari dengan karakteristik warna kuning jernih. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan BAB encer dialami sejak 3 hari masuk RS. Pasien mengatakan BAB 2x /hari dengan konsistensi encer berwarna coklat. Pasien mengatakan BAK 7-9 kali/ hari, berwarna kuning pekat. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB maupunBAK.

3) Observasi : Tampak pasien BAB dan BAK dikamarmandi.

4) Pemeriksaan Fisik:

a) Peristaltic dan bising usus : 20x/menit

b) Palpasi kantung kemih :Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal:Negatif [√] positif [ ]

d) Orifisium : Tidak dikaji, pasienmenolak

e) Anus

(1) Peradangan : Tidak dikaji, pasienmenolak

(2) Hemoroid : Tidak dikaji, pasienmenolak

(3) Fistula : Tidak dikaji, pasienmenolak

d. Pola aktivitas danlatihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sering melakukan aktivitas seperti jalan santai, berolahraga dengan teman-temannya di sore hari. Pasien mengatakan sering mengikuti kerja bakti di lingkungan sekitranya, untuk mempertahankan polakesehatannya.

2) Keadaan sejaksakit

Pasien mengatakan selama sakit badannya terasa lemas. Pasien juga mengatakan ia banyak istirahat di tempat tidur dan tidakn beraktivitaskarena nyeri pergelangan kedua kaki kiri dan kanan, dan merasakan pusing saat berdiri dan berjalan.

3) Observasi : Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga danperawat.

a) Aktivitas Harian:

(1) Makan	0	0	: mandiri
(2) Mandi	1	1	: bantuan alat
(3) Pakaian	2	2	: bantuan orang
(4) Kerapihan	3	3	: bantuan orang dan alat

(5) Buangairkecil :4 4 : bantuanpenuh

(6) Mobilisasi di tempat tidur :0

b) Posturtubuh : Tampaktegap

c) Gayajalan :Tegak

d) Anggota gerakyangcacat : Tampak tidakada

e) Fiksasi : Tampak tidakada

f) Tracheostomi : Tidakada

4) PemeriksaanFisik

a) JVP : 5-2 cmH2

Kesimpulan : Pemompaan Ventrikel memadai

b) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam <3 detik

c) Thorax danpernafasan

(1) Inspeksi:

Bentukthorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi intercostal : Tidaktampak

Sianosis : Tidak tampaksianosis

Stidor : Tidak terdengarstidor

(2) Palpasi :

Vacal premitus: Getar paru kiri dan kanan sama

Krepitasi : Tidakada

Perkusi : Sonor

Lokasi : Batas paru hepar ICS 4dextra

(3) Auskultasi

Suara napas : Vesiculer terdengar kedua lapang paru

Suara ucapan paru: Terdengar intensitas bunyi dan kualitas paru kiri dan kanan sama

Suara tambahan : Tidak terdengar adanya suara tambahan

5) Jantung

a) Inspeksi ictus cordis tidaktampak

b) Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5 lineamidclavicularis

c) Perkusi

Batasatasjantung : ICS 2

Batasatasjantung : Linea sternalis dextra

Batasbawahjantung : ICS 5

Bataskirijantung : Linea midclaviculariskiri

d) Auskultasi

Bunyi jantung IIA : BJ tunggal, ICS Linea sternalis dextr. Bunyi jantung II P BJ tunggal, ICS 2 Linea sternalis sinistra. Bunyi jantung I T BJ tunggul, 4 Linea sternalis sinistra. Bunyi jantung I M BJ tunggal, ICS 5 Linea midclavicularissinistra.

e) Lengan dan tungkai atrofi ototpositif:

(1) Rentanggerak :Bebas

(2) Kakusendi : Tidakada

Nyerisendi : Tidakada

Fraktur : Tidakada

Parases : Tidakada

Paralisis : Tidakada

(3) Uji kekuatan otot:

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Kesimpulan : Kekuatan Penuh.

(4) Refleks Fisiologi : Refleks biceps ++ dan Triceps ++

Patella ++ dan Achiles++

(5) Reflek patologi:

Babinski, kiri:Negatif [ ] Positif [√]

Kanan:Negatif [√] Positif [ ]

(6) Clubingjari-jari : Tidakada

(7) Varisestungkai : Tidakada

f) ColumnaVertebralis

(1) Inspeksi

Bentuk :Lordosis [√] Skoliosis [ ]

(2) Palpasi : Tampak nyerisendi

(3) Nyeri tekan : Nyeri pergelangankaki

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

Reflekscahayapositif,bolamatadapatdigerakan ke segala arah.

N.VIII Romberg Test(Vestibulocochlearis)
Vestibulari : Pasien mengatakan tidak mampu
Berdiri seraca seimbang karena pusing
Acustikus : Pasien mampu mendengar Gesekan jari perawat
N.XI (Acsesorius): Pasien mampu mengangkat baru kiri dan kanan
Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur danistirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia jarang tidur siang karena ia kerja dari pagi sampai sore sehari, jika jam istrahat tidur siang hanya ± 1-2 jam, dan tidur pada malam hari 08 jam dari 23:00-07:30. Pengantar tidur yaitu main game dan menonton tv. Pasien mengatakan mearsa puas saat bangun pagi.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan saat sakit tidurnya kurang. Pasien mengatakan tidur siang hanya 1 jam karena kepanasan. Tidur malamnya hanya 06 jam dari 00:00 – 06:00.

3) Observasi : Tampak pasien terbaring di tempat tidur

Ekpreai wajah mengantuk: Positif ☐ Negatif ☑

Banyakmenguap : Positif ☐ Negatif ☑

Palpebra inferior berwarna gelap:Positif ☐ Negatif ☑

f. Pola persepsi dankognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam penglihat dan penghidu, mendengar dan meraba. Pasien mengatakan dapat mengingat kejadian-kejadian yang sudah lewati. Pasien juga mengatakan tidak menggunakan alat bantu untuk melihat dan mendengar.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan merasa pusing dan nyeri kepala sejak ± 3 hari yang lalu. Pasien juga mengatakan nyeri dan pusing teruama dirasakan seperti tertusuk-tusuk apabila pasien berdiri dan berjalan.

3) Observasi:

Pasien tampak lemah di tempat tidur, tampak ekspresi pasien meringis ketika nyeri timbul.

4) Pemeriksaanfisik:

a) Penglihatan

(1) Cornea : TampakJernih

(2) Pupil : TampakIsokor

(3) Lensamata : Tampak Jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tekanan intraokuler sama antara kanan dankiri

b) Pendengaran

(1) Pina : Simertis kiri dankanan

(2) Kanalis : Tampak tidak adaserumen

(3) Membran timpani: Tampak utuh, memancarkan sinar politzer

(4) Tes pendengaran : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat di telinga kiri dankanan.

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

g. Pola persepsi dan konsepdiri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia mampu mengenal identitas dirinya. Pasien mengatakan dia adalah anak kesembilan dari sembilan bersaudara. Dia merasa bangga dengan apa yang dimilikinya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan terjadi perubahan pada dirinya yang mengenai kondisi kesehatannya sehingga merasa malu pada keluarga yang menjaganya karena merasa merepotkan mereka dan tidak dapat berbuat apa-apa.

bservasi :

a) Kontak mata : Pasien menatap mata perawat denganbaik
b) Rentangperhatian : Penuh
c) Suara dan bercara bicara : Suara jelas, danpelan
d) Posturtubuh : Tegap

3) Pemeriksaanfisik

a) Kelainan pembaan yang nyata : Tidaktampak
b) Bentuk/posturtubuh : Tampaktegap
c) Kulit : Turgor kulit tidakelastis

h. Pola peran dan hubungan dengansesama

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik, begitupun tetangga dan teman-temannya, dan jika ada masalah dalam keluarganya selalu diselesaikan dengan baik, sehingga keharmonisan dalam keluargnya selalu terjaga.

2) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan Ibu dan saudara-saudaranya dengan melihat kondisi saat ini yang terbaring lemas, sangat sedih dan perhatian atas kondisi yang dialaminya.

3) Observasi :Tampak keluarga pasien sedangmendampinginya

i. Pola reproduksi danseksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan umurnya 25 tahun dan belum menikah. Pasien mengatakan ia tidak ada masalah dengan alat reproduksinya. Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakitIMS

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit tidak ada masalah dengan organ reproduksi dan seksualnya. Pasien mrngatakan tidak ada keluhan dalam organreproduksi.

3) Observasi : Tampak pasien berperilaku sesuai dengan jenis kelaminnya.

4) Pemeriksaan fisik : T idak dikaji, pasienmenolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadapstress

1) Keadaan sebelumsakit

Pasien mengatakan ia jarang mengalami stres, jika ada masalah ia langsung menyelesaikannya dan selalu menceritakan kepada keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit ia memikirkan penyakitnya. Namu dalam mengatasi masalahnya ia banyak berdoa dan menceritakan kepada keluarga sehingga ia mendapat dorongan dari keluarganya.

3) Observasi : Pasien tampak mengungkapkanperasaannya.

k. Pola sistem nilaikepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia menganut Agama Islam, pasien juga mengatakan ia rajin solat jumat.

2) Keadaan sejaksakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia hanya berdoa dalam hati sebelum tidur malam, dan selalu meminta seluruh keluarganya agar turut mendoakan biar cepatsembuh.

3) Observasi : Tampak pasien memiliki pasien memiliki Alquraan di samping tempattidurnya.

5. Uji SarafKranial
   a) N.I (Olfaktorius): Pasien menghidu dan mengenal bau minyak kayu putih
   b) N.II (Optikus) : Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm dengan font12
   c) N. III, IV, IV (Oculomotorius, Trochearis, Abduscens) : Reflek cahaya positif, bola mata dapat bergerak di seluruharah
   d) N.V (Trigeminus) Sensorik : pasien mampu merasakan sentuhan kapas di wajahnya dan mampu menujukkan lokasi goresankapas.
      Motorik : teraba adanya kontraksi musculus masseter saat pasien mampu menggigit keras.
   e) N. VII (Fascialis) (Sensorik) : Pasien mampu merasakan rasa manis pada permen relaxa. (Motorik) : Pasien mampu mengangkat alis mata dan mengerutkandahi.
   f) N.VIII (Vestubulo-acusticus) (Vestibulo) : Pasien mengatakan tidak mampu berdiri seimbang karena pusing. (Akustikus) : Pasien mampu mendengar gesekan jariperawat.
   g) N. IX (Glossopharyngenus) : Tampak letak ovula berada dimenelan.
   h) N. X (Vagus) : Pasien mampumenelan.
   i) N.XI (Acessorius) : Pasien mampu mengangakat bahu kiri dan kanannya.
   j) N.XII (Hypoglossus) : pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi Lurus

6. PEMERIKSAANPENUNJANG

a. Pemeriksaan laboratorium darah rutin tanggal27-02-2019

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai
WBC	13.6	+	10^3/uL	4.8-10.8
RBC	5.2		10^6/uL	4.7-6.1
HGB	14.2		g/dL	14-18
HCT	42.10		%	42-52
MCV	81.6		fL	80-99
MCH	27.5	+	pg	27-31
MCHC	237		g/dL	33-37
PLT	159		10^/uL	150 - 450
RDW-CV	12.2		%	11.5 -14.5
PDW	14.5	+	fL	9 -13
MPV	11.8	+	fL	7.2 -11.1
P-LCR	39.3	+	%	15 - 25
NEUT%	74.1	+	%	40 -74
LYM%	12.2	–	%	19 - 48
MXD%	13.7		%	4 - 18
NEUT#	5.2		10^3/uL	1.5 - 7
LYM#	0.8		10^3/uL	1 - 3.7
MXD#	0.9	–	10^3/uL	0 -1.2
LED 1JAM	1		mm/h	0 -20
LED 2JAM	2		mm/h	0 -20

b. Pemeriksaan Widal Tanggal27-02-2019

Widal	Hasil
Salmonela thypi O	Negatif
Salmonela thypi AO	Negatif
Salmonela thypi BO	1/80
Salmonela thypi CO	1/80
Salmonela thypi H	1/80
Salmonela parathypi AH	Negatif
Salmonela parathypi BH	Negatif
Salmonela parathypi CH	Negatif

c. Pemeriksaan Anti Salmonella Typhi IgM
Kesan Positif (+3)

7. Therapy:
   a. Levofloxacin 500 gm 1x1/Oral
   b. Ambroxol 500 gm 3x1/Oral
   c. Paracetamol 500 gm 3x1/Oral
   d. Novaldo 1 ampul /8 jamIV
   e. Ondancentron 1 amp/ 8 jamIV
   f. Omeperazole 1 amp/ 12 jamIV
   g. RL 500 cc, 20tetes/menit

B. ANALISADATA

Nama/Umur : Tn. “M”/25 tahun

Ruangan/Kamar : Bernadeth II A/501 Bet1

NO	Data	Etiologi	Masalah
01	DS: - Pasien mengatakan demam yang di alami selama± 5hari - Pasien mengatakan demamnya naikturun. DO: - Keadaan umum tampak pasien sakitsedang - Tampak pasienberkeringat - Badan pasien terabapanas - Lidah tampak kotor(putih) - ObservasiTTV TD : 110/70 mmHg N :80x/menit S :38,4^{0}c P :20x/menit - Tampak pasien lemah - Mukosa bibirkering - Ujiwidal Salmonella typhi BO:1/80 Salmonella typhi CO:1/80 Salmonella typhi H:1/80 - WBC : 13, 6	Penyakit	Hipertermia
02	DS: - Pasien mengatakan badannyalemah - Pasien mengatakan pusing kalauberdiri - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas secaramandiri. DO: - N.VIII (Romberg test) Tampak pasien tidak mampu Menjagakeseimbanagan - Tampak lemahberbaring Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu	Kelemahan	Defisit perawatan dirimandiri

03.	oleh keluarga dan perawat. DS: - Pasien mengatakan selama ia sakit nafsu makan menurun - Pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan ½ porsi makanan yang disiapkan - Pasien mengatakan lidah terasa pahit dan sering merasa mual saatmakan - Pasien mengatakanmengalami penurunan berat badan drastis dari61 kg menjadi 43 kg dalam 2minggu DO: - Pasien tampaklemah - Tampak lidah kotor(putih) - Tampak mukosa bibirkering - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan yangdisiapkan - IMT = 16,79 (berat badan kurang dari normal)	Hilang nafsu makan	Ketidakseimbnagan nutrisi kurang dari kebutuhantubuh

C. DagnosaKeperawatan.

Nama/umur : Tn. “M”/25 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth II A/ 501 bed1

NO	Diagnosa Keperawatan
1	Hipertermi b/d penyakit
2	Defisit perawatan diri mandiri b/d kelemahan
3	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d hilang nafsu makan

D. IntervensiKeperawatan

Nama/umr :Tn.”M”/25tahun
Ruang/kamar : Bernadeth II A/501 bed1

No	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC)	Rasional
01	Hipertermia b/d penyakit DS : - Pasien mengatakan demam yang di alami sudah 5hari - Pasien mengatakandemamnya naikturun - Pasien mengatakan sudah minum obat paracetamol dirumah tetapi demam tidakturun. DO: - Keadaan umum tampak sakit sedang - Tampak pasienberkeringat - Badan terabahangat - Tampak lidah keputihanditengah - Observasisuhu:38,4^{0}c - Turgor kulit tidakelastis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, pasien menunjukkan termoregulasi tidak ada gangguan dengan kriteria hasil: - Pasien melaporkan tidak demamlagi - Suhu tubuh dalam rentang normal(36-37^{0}c) - Badan tidak berkeringat lagi - Badan tidak teraba panas	1. Pantau hidrasi misalnya: turgor kulit, kelembapan, membran mukosabibir 2. Pantau tekanan darah, denyut nadi, danpernapasan 3. Pantau suhu tubuh ninimal setiap 2jam 4. Anjurkan pasien untuk memekai pakaian yang tipis dan menyerapkeringat 5. Berikan kompres airhangat	1. Dehidrasi biasanya diawali dengan tanda: turgor kulit tidak elastis, kulit dan membran mukosa kering, sehingga perlu dilakukan pembantuan untuk mengetahui tingkat dehidrasipasien 2. Tanda tanda vital dapat menunjukkan gambaran keadaan pasien dan dapat menunjukkan tindakan selanjutnya 3. Perubahan suhu tubuh dapat menunjukkan prosesinfeksius 4. Pakaian yang tipis

02.   <

	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hilang nafsu makan. ditandai dengan: DS : - Pasien mengatakan selama sakit ia malasmakan - Pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan ½ porsi makanan yangdisiapkan - Pasien mengatakan lidah terasa pahit dan sering merasa mual saat makan danminum - Pasien mengatakan mengalami penurunanberat drastis badan dari 61 kg menjadi 43 kg dalam 2 minggu DO : - Pasien tampak lemah - Tampak lidah putih(kotor) - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makan yangdisiapkan - IMT= 18,10 (berat badankurang)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien dapat memperhatikan status gizi cukup adekuat dengan kriteria hasil: - nafsu makanmeningkat - tidak merasa mual saat makan - porsi makan di habiskan 1 piring tiap kalimakan - berat badanbertambah	mual dan muntah 2. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan untukmakan. 3. Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi. 4. Timbang beratbadan. 5. Berikan makanan tinggi kalori bernutrisi. 6. Berukan makanan yang disukaipasien. 7. Anjurkan hygiene mulut sebelum makan.	secara mandiri 1. Agar dapat mengetahui faktor pencetus mual danmuntah. 2. Untuk meningkatkanafsu makan 3. Meningkatkan kebutuhan nutrisi sampai cukup untuk di ukur agar dapat di ketahuikemampuannya. 4. Untuk mengetahui adanya penurunanatau peningkatannutrisi. 5. Makanan yang bergizi dapat mempertahankan nafsumakan 6. Membantu meningkatkan nafsu makan 7. Mulut yang tidakbersih dapat menurunkan nafsu

				makan

E. Pelaksanaan keperawatan

Nama/ umur : Tn.”M” 25tahun

Ruang/ kamar : Bernadeth IIA/501 Bed 1

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
Kamis 28/02/2019	I	08:30	Mengobservasi suhu tubuh pasien Hasil: Suhu tubuh : 38,ºC	Sargin
	I,II,III	08:35	Memberikan obat hasil: - Novaldo 500 mgIV, - Ondancentron 4 mg IV dan - Ambroxol 500 mg1 tablet Levofloxacin	
	I	09:40	Melakukan kompres hangat Hasil: Tampak pasien di kompres di bagian dahi.	Desmon
	I,II	09: 53	Menganjurkan pasien untuk memakai baju yang tipis hasil: pasien mengatakan bersedia mengikuti anjuran dari perawat Pasien tampak memakai kaos	
	I,III	10:35	Mengobservasi TTV: Hasil: TD = 110/70 mmHg N =80x/menit S =38,2^{0}c P =20x/menit	
	II,III	12:35	Memberikan makanan dalam pemenuhannutrisi	

	I	16:25	Hasil: Pasien tampak menghabiskan ½ porsi dari makanan yangdisediakan. Memberikan obat hasil: - Ambroxol 500 mg1 tabletdan - Paracetamol 1mgiv	
	I	20:25	Melakukan pengukuran suhu tubuhpasien Hasil: Suhu : 37,6 ºC	
	I	21:25	Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis Hasil: Tampak pasien menggunakan pakaian kaos tipis	
	II,III	21:35	Memberikan makanan dalam pemenuhannutrisi Hasil: Pasien tampak menghabiskan ½ porsi dari makanan yangdisediakan. Memberikan obat hasil: - Omeperazole 20 mgiv	Gusni Gita
	I	24:45		
	I,III	04:50	Mengobservasi TTV hasil: TD : 110/70 mmHg N :83x/menit S :37,6^{0}C P : 20x/menit	
Jumat 01/03/2019	I,II	06:55	Memberikan obat hasil: - Omeperazole 20 mgiv	
	II	07:54		

	III	08:30	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi danmandi Memberikan makanan dalam pemenuhan nutrisi Hasil: Tampak pasien menghabiskan makanan 1/4 sendok makanan yang disediahkan	Gita& gusni
	I,II	08:45	Memberikan obat Hasil: - Novaldo 500 mg 1 tablet - Ambroxol 500 gm1 tablet	Desmon
	I,III	10:30	Mengobservsi TT hasil: TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit S :37,4^{0}c	
	I,III	12:30	P : 20 x /menit Memberi makan yang disukai pasien hasil: tampak pasien menghabiskan 3 potong biskuit dan tampak menghabiskan ¼ porsi bubur	
	I,II	12:50	Memberikan obat hasil: Omeperazole 24 mg iv PCT 500 mg 1 tablet	
	I,III	15:00	Menggantikan cairan infus RL 500 cc dengan 20 tetes/meni	
	I	15:35	Mengobservasi suhu tubuh pasien hasil: suhu 37,8^{0}c tampak pasien dikompres menggunakan waslap dingin	
	II	16:30	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi latihan napas dalam Hasil:	Yulmi

	I,II	19:15	Pasien mengtakan mau melakukan teknik latihan napas dalam ketika mengalami nyeri. Tampak pasien melakukan teknik relaksasi latihan napas yang di ajarkan oleh perawat. Menganjurkan pasien untuk memakai pakai yang tipis Hasil: pasien mengatakan mau melakukan anjuran perawat.	
	III	21:35	Tampak pasien menggunkan baju kaos yangtipis. Memberikan makanan dalam pemenuhannutrisi Hasil: tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang disiapkan. Pasien tampak hanya menghabiskan 1/5 porsi dari makanan yang disiapkan	
	I,II	24:40		
Sabtu 02/03/2019	I,III	04:55	Memberikan obat hasil: PCT 500 mg1tablet Mengobservasi TTVhasil: TD : 110 /80mmHg N : 84 x /menit S :37,8^{0}c P : 20 x /menit	
	III	06:20	Memberikan obat hasil: - Omeperazole 24 mgiv - PCT 500 mg 1tablet	Sargin
	I,III	07:30	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi dan mandi	
		08:45	Memberikan makanan dalam pemenuhan nutrisi Hasil: Tampak pasien	

		08:55 10:20 10:30 10:35	menghabiskan makanan 1/4 sendok makanan yang disediahkan Memberikanobat Hasil: Novaldo 500 mg 1 tablet dan Ambroxol 500 gm 1 tablet Mengobservsi TT hasil: TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit S :37,4^{0}c P : 20 x/menit Menimbang berat badan pasien Hasil: BB 45 hasil berat badan bertambah 2 kg dari 43 menjadi 45 kg. (Pasienpulang) Memberikan makan dalam pemenuhangizi Pasien pulang	

F. Evaluasikeperawatan

Nama/Umur : Tn. “M”/25 Tahun

Ruangan : Bernadeth II A/ 501/ Bet1

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
28/022019	DP: I Hipertermi b/d penyakit S : - Pasienmengatakanbadannya terasa panas - Pasien mengatakan demamnya naik turun O : - Tampak badan pasien terabahangat - Tampak pasien dikompres menggunakan waslapdingin - Observasi : S : 38,4ºc A : - Pasien masih menunjukkan termoregulasi P : - Lanjutkan intervensi 1-6 DP: II Defisit perawatan diri mandiri b/d kelemahan S: - Pasien mengatakan masih pusingketika berdiri danberjalan - Pasien mengatakan badannyamasih lemah O: - Tampak pasien terbaringlemah - Tampak kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga danperawat. A : - Kelemahan perawatan dirimandiri belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi 1-4 pada perencanaan	Sargon

	DP: III Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kehilangan nafsu makan S: - Pasien mengatakan lidah masih terasa pahit dan mual saatmakan - Pasien tidak ada nafsu makan - Pasien mengatakan berat badanturun drastis dari 61 kg menjadi 43kg. O: - Tampak lidah putih(kotor) - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan - IMT = 16,79 - Mukosa bibir tampak kering A: - ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bulumterasi P: -Lanjutkan intervensi 1-6	
01/03/2019	I Hipertermi b/d penyakit S : - Pasienmengatakanbadannya terasa panas - Pasien mengatakan demamnya naik turun O : - Tampak badan pasien terabahangat - Tampak pasien dikompres menggunakan waslapdingin - Observasi : S : 37,6ºc A : - Pasien masih menunjukan termoregulasi P : - Lanjutkan intervensi 1-6 DP: II Defisit perawatan diri mandiri b/d kelemahan S: - Pasien mengatakan masih pusingketika berdiri danberjalan - Pasien mengatakan badannyamasih	Desmon

02/03/2019	lemah O: - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga dan perawat. A : kelemahan perawatan diri mandiri belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi 1-4 pada perencanaan DP: III Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kehilangan nafsu makan S: - Pasien mengatakan lidah masihterasa pahit dan mual saatmakan - Pasien tidak ada nafsu makan - Pasien mengatakan berat badanturun drastis dari 61 kg menjadi 43kg. O: - Tampak lidah putih(kotor) - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan - IMT = 16,79 - Mukosa bibir tampak kering A: - ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bulumterasi P: -Lanjutkan intervensi 1-6 Hipertermi b/d penyakit S : - Pasienmengatakanbadannya terasa panas - Pasien mengatakan demamnya naik turun O : - Tampak badan pasien terabahangat - Tampak pasien dikompres menggunakan waslap dingin - Observasi : S : 36,4ºc	Gusni

	A : - Pasien masi menunjukantermoregulasi P : - Lanjutkan intervensi 1-6 DP: II Defisit perawatan diri mandiri b/d kelemahan S: - Pasien mengatakan masih pusingketika berdiri danberjalan - Pasien mengatakan badannya masih lemah O: - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak kebutuhan pasien di bantuoleh keluarga danperawat. A : kelemahan perawatan diri mandiri belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi 1-4 pada perencanaan DP: III Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kehilangan nafsu makan S: - Pasien mengatakan lidah masihterasa pahit dan mual saatmakan - Pasien tidak ada nafsu makan - Pasien mengatakan berat badanturun drastis dari 61 kg menjadi 43kg. O: - Tampak lidah putih(kotor) - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan - IMT = 16,79 - Mukosa bibir tampak kering A: - ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bulumterasi P: -Lanjutkan intervensi 1-6	

G. Daftar obat

1. Nama obat :Paracetamol
   a. Klasifikasi /golonganobat : Analgetik danantipiretik
   b. Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 3x500mg
   c. Carapemberianoabat :Oral
   d. Mekanisme kerja dan fungsiobat

      Memiliki peran ssebagai analgetic dan antipiretik

      Analgetic : mengurangi rasa sakit, paracetamol memiliki daya analgetik rendah sampaisedang

      Antipiretik : penurunan demam. Menjadi obat pilihan pengatasan demam bersama ibuprofen.
   e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan pasien mengalami demam dan sakit kepala.
   f. Kontraindikasi

      Pasien dengan alergi paracetamol atau acetaminophen, gangguan fungsi ginjal serius, shock, overdosisacetaminophen.
   g. Efeksamping

      Ruam atau pembengkakkan ini bisa terjadi tanda dari garis alergi. Dan kerusakkan hati dan ginjal, ketika di ambil pada dosisi lebih tinggi dari yang direkomendasikan (overdosis)
2. Nama obat:Omeperazole
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik
   b. Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr
   c. Cara pemberian obat :intravena
   d. Mekanisme kerja dan fungsiobat

      Omeperazole berfungsi untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri. Obat ini termasuk kelas antibiotik sefalosporin yang bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri.
   e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan, pasien terinfeksi oleh kuman Salmonellatyphi
   f. Kontrakindikasi

      Pasien gengan hipersensitif terhadap cefoperazone atau golongan cephalosporin.
   g. Efeksamping

Reaksi alergi pada kulit. Penggunaan dalam waktu yang lama dapat menyebabkan neutropenia revesible, diare, mual, muntah, penurunan nilai HB dan hematocrit. Peningkatan sementara SGOT/ SGPT/ Alkalin kosfatase, BUN, dan kreatinin serum

3. Nama obat :Novaldo
   a. Klasifikasi /golongan obat : Obatantinoninflamasi
   b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500mg
   c. Cara pemberian obat :Intravena
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat untuk meredakannyeri
   e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalaminyeri
   f. Kontrakindikasi

      Pasien dengan TD sistolik ≤100 mmHg dan Ibu menyusui.
   g. Efeksamping

      Reaksi hipersensitivitas pada kulit (kemerahan pada kulit), agranulositosis.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan konsep kesenjangan kasus nyata yang di peroleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn.”M” dengan demam thypoid diruang perawatan Bernadeth II A RS. Stella Maris Makassar,selama tiga hari berturut-turut mulai dari tanggal 28 Februari sampai 02 Maret 2019. Penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien,keluarga pasien, perawat ruangan,status pasien dan observasi langsung padapasien.

Menurut Suriadi & Yuliani (2015), manifestasi klinik pada pasien demam thypoid adalah demam, nyeri perut, diare, konstipasi, aneroksia, hepatomegali, splenomegali dan gangguan kesadaran. Selain itu pemeriksaan diagnostuk pada pasien demam typhoid adalah uji widal.

Pasien Tn.”M” usia 25 tahun, jenis kelamin laki-laki masuk RS. Stella Maris Makassar pada tanggal 27 Februari 2019. Data dari hasil pengkajian ditemukan keadaan umum pasien tampak lemah berbaring di tempat tidurkesadaran compos mentis. Terpasang infus RL 500 cc di tangan sebelah kanan dengan 20 tetes/menit. Suhu 38,4ºc, pasien mengatakan demam sejak ± 5 hari yang lalu, pasien mengatakan demam disertai sakit kepala, pusing, mual muntah dan nyeri ulu hati ± 3 hari. Pasien mengatakan demam naik turun, sakit kepala disertai pusing, pasien mengatakan nyeri dan pusing dirasakan terutama pada saat berdiri dan berjalan, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan durasi yang tidak menentu, dengan skala nyeri 4 (sedang), ekspresi wajah pasien meringis kesakitan, Nervus VIII pasien tidak mampu menjaga keseimbangan karena pusing. Pasien merasakan tidak ada nafsu makan dan sering merasakan mual saat makan atau minum. Pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan, pasien mengatakan lidahnya terasa pahit dan sering merasa mual saat makan dan minum. Pasien mengatakan mengalami

penurunan berat badan drastis dari 61 kg menjadi 43 kg dalam 2 minggu, Selain itu lidah pasien juga tampak kotor (putih) pada bagian tengah dan mukosa bibir tampak kering. Tekanan darah pasien 110/70 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 38,4ºC, dan pernapasan 20x/menit adapun data lain yang sangat menunjang yaitu pemeriksaan widal. Pada pemeriksaan *salmonella typhi* BO: 1/80,*salmonella typhi* CO: 1/80, *salmonella typhi* H: 1/80, *salmonella paratyphi* AH: (-), *salmonella paratyphi* BH: (-), *salmonella paratyphi* CH: (-), WBC: 13.6 10ˆ3/uL, RBC: 5,2 10ˆ6/uL,HGB:14,2g/dL,HCT:42,10%,MCH:27,5pg,PLT:15910ˆ3/Ul,LED1 JAM: 1 mm/h, LED 2 JAM: 2 mm/h.

Pada pasien Tn.”M” terjadi demam karena endotoksin yang di keluarkan oleh *salmonella typhi* mempunyai peranan merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang selanjutnya zat pirogen yang berada di daerah mempengaruhi pusat *termoregulator* di *hypothalamus.* Pasien mengalami mual karena kuman *salmonella typhi* yang masuk ke dalam lambung menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga terjadi mual, muntah. Dan pada pasien terdapat lidah kotor (putih), karena ketika bakteri *salmonella typhi* masuk ke dalam tubuh, tubuh berusaha membasmi infeksi dengan mengerahkan sistem imun. Sel darah putih dan semua perangkatnya bekerja keras menghancurkan bakteri, membentuk anti bodi untuk menetralkan musuh sehingga pada penderita demam thypoid nampak pada permukaan lidah berwarna putih dan tepinya berwarna kemerahan. Hal ini juga dipengaruhi oleh kurangnya asupan cairan yang menyebabkan kelembaban lidah berkurang menyebabkan mucosa bibir kering dan mulut berbau tidak sedap(Muttaqin,2017)

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

B. DiagnosaKeperawatan

Pada tinjauan teoritis, secara umum ada 5 masalah keperawatan pada pasien demam typhoid yaitu:

1. Hipertermia berhubungan denganpenyakit.
2. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairanaktif
3. Ketidaksehimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia,mual.

4. Resiko intoleransi aktivitas.
5. Nyeri akut berhubungan dengan gangguan cederabiologis.

Sedangkan pada tinjauan kasus penulis hanya mnenemukan 3 masalah keperawatan yaitu:

a. Hipertermia berhubungan denganpenyakit.

   Penulis mengakat diagnosa ini karena didukung kuat oleh adanya *salmonella typhi* dalam uji widal,dan pada pasien sedang terjadi demam (S: 38,4 ºC), WBC: 13,6 10ˆ3/uL, IgM +3.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cederabiologis.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan keluhan pasien yang mengatakan sakit kepala sejak ± 2 hari yang lalu, pasien mengatakan nyeri dan pusing dirasakan terutama pada saat pasien berdiri dan berjalan. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan durasi yang tidak menentu, dengan skala nyeri 4 (sedang), ekspresi wajah pasien meringis kesakitan, Nervus VIII pasien tidak mampu menjaga keseimbangan karenapusing.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hilang nafsu makan. Diagnosa ini di dukung kuat dengan adanya tanda dan gejala yang muncul padapasien:

   Pasien merasakan tidak ada nafsu makan dan sering merasakan mual saat makan dan minum. Pasien hanya menghabiskan ½ porsi makan yang diberikan, pasien mengatakan lidahnya terasa pahit dan sering merasa mual saat makan. Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 61 kg menjadi 43 kg dalam 2 minggu. Selain itu lidah pasien juga tampak kotor (putih) pada bagian tengah dan mukosa bibir tampak kering.

   Diagnosa keperawatan yang tidak di angkat karena kurangnya data-data yang mendukung sehingga penulis hanya mengangkat diagnosa keperawatan yang sesuai dengan data yang didapatkan saat pengkajian.

   Terdapat dua diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat pada kasus, yaitu:

   1. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

      Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak adanya data yang menunjang untuk diagnosa ini. Pasien setelah tiba di RS kesadarannya

compos mentis. Segera terpasang infus RL 500 cc di tangan sebelah kanan dengan 20 tetes /menit, dan dapat minum 2aqua gelas air putih.

2. Resiko intoleransiaktivitas.

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien demam thypoid bedres total agar dapat mempercepat proses penyembuhannya.

   Upaya yang dilakukan adalah memberikan aktivitas secara bertahap yang disesuaikan dengan kemampuan pasien.

C. PerencanaanKeperawatan

Berdasarkan diagnosa tersebut, maka intervensi yang dibuat adalah sebagai berikut:

1. Hipertemi berhubungan denganpenyakit.

   Penulis membuat intervensi sesuai dengan intervensi yang mengacu *Nursing intervention classification* (NIC) yaitu: pantau hidrasi (misalnya, turgor kulit,kelembaban,membrane mukosa,pantau tekanan darah,denyut nadi,pernapasan, suhu setiap 2 jam. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat,anjurkan asupan cairan oral sedikit 2 liter sehari,dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberianantipiretik.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cederabiologis

   Penulis membuat intervensi sesuai dengan intervensi yang didapatkan saatpengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi karakteristik, awitan, durasi,frekuensi, kualitas,intensitas atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya. Lakukan pengalihan nyeri,ajarkan teknik non farmakologis misalnya dengan teknik relaksasi,lakukan perubahan posisi,bantu pasien mengidentifikasi tindakan kenyamanan seperti distraksi,relaksasi,atau kompres dingin atau hangat,kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hilang nafsu makan. Penulis membuat intervensi sesuai dengan intervensi yang mengacu *Nursing intervention classification* (NIC) yaitu: identifikasi faktor pencetus mual dan muntah,ciptakan lingkungan yang menyenangkan untuk makan,tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, timbang berat badan,berikan makanan bergizi,tinggi kalori, dan bervariasi,berikan makanan yang disukai pasien. Anjurkan hygiene mulut sebelum makan,kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi jumlah kaloridan

zat gizi yang dibutuhkan. Semua intervensi yang dibuat penulis pada kasus tidak berbeda dengan intervensi pada NIC.

D. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut meliputi tindakan pengkajian,observasi,tindakan mandiri perawat,penyuluhan,dan kolaborasi dengandokter.

1. Pada diagnosa hypertermia berhubunga dengan penyakit,selama 3 hari perawatan, semua intervensi yang dibuat dapatdiimplementasikan.
2. Pada diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis,selama 3 hari perawatan, semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan.
3. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhbungan dengan hilang nafsu makan,selama 3 hari perawatan,semua intervensi yang dibuat dapatdiimplementasikan.

E. Evaluasikeperawatan

Tahap evaluasi merupaka langkah akhir dari proses keperawatan yang menjadi penentu apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Dari hasil evaluasi yang dilaksanakan penulis selama 3 hari melaksanakan proses keperawatan pada pasien (28 februari- 02 maret 2019),didapatkan hasil sebagai berikut.

1. Hpertermia berhubungan denganpenyakit.

   Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis,evaluasi sesuai dengan NOC yang di tetapkan yaitu setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien menunjukkan termoregulasi tidak ada gangguan dengan kriteria hasil: pasien melaporkan tidak demam lagi,suhu tubuh dalam rentang normal (36-37^{0}c), badan tidak berkeringat lagi dan pada evaluasi hari terakhir,hasil yang diperoleh dari tindakan keperawatan yang penulis lakukan antara lain: pasien mengatakan badannya tidak lemas lagi,pasien mengatakan sudah tidak demam lagi,suhu tubuh 36^{0}C. Masalah hypertermia pada pasien teratasi menunjukkan status termoregulasibaik.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cederabiologis

   Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis,evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jampasienakanmemperlihatkanpengendaliannyeridengankriteriahasil:

ekspresi nyeri pada wajah pasien tidak meringis kesakitan, pasien tidak merintih dan meringis. Dan hal ini dapat dilihat dengan evaluasi terakhir pasien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang dan berada pada skala nayeri 2,pasien tampak rileks dan tampak pasien tenang.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hilang nafsu makan. Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis. evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapakan pasien dapat memperlihatkan status gizi : asupan makanan dan cairan adekuat dengan kriteria hasil: makanan oral adekuat,asupana cairan oral atau iv adekuat, mempertahankan berat badan atau bertambah dan mempertahankan massa tubuhdan berat badan dalam batas normal,dan hal ini dapat dilihat dengan evaluasi terakhir pasien mengatakan nafsu makan mulaimembaik.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.”M” dengan Demam Thypoid di ruang perawatan Bernadeth IIA/501 beb 1 RS. Stella Maris Makassar pada tanggal 28 Februari 2019 sampai dengan 02 Maret 2019, maka penulis dapat memberikan simpulan dan saran sebagaiberikut:

A. Simpulan

1. Pengkajian data pada Tn.”M” dengan demam thypoid dengan berpedoman pada teori yang ada, maka didapatkan beberapa kesenjangan data pada kasus nyata dimana kondisi pasien pada kasus lebih ringan jika dibandingkan dengan data pengkajian pada teori. Pada kasus tidak ditemukan adanya konstipasi, dan gangguan kesadaran. Hal ini terjadi karena pasien telah mendapatkan perawatan dan pengobatan sehingga hal pada teori tidak semua ditemukan padakasus.
2. Diagnosa yang ditetapkan oleh penulis,yaitu:
   a. Hypertermian berhubungan denganpenyakit
   b. Defisit perawatan diri mandir berhubungan dengankelemahan
   c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hilang nafsumakan
3. Intervensi keperawatan yang penulis buat mengacu pada teori yang ada disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien saat dirawat. Intervensi disusun berdasarkan diagnosa yang ditemukan pada pasien saatdirawat.
4. Pada tahap implementasi keperawatan diperlukan kerja sama antara pasien, keluarga pasien, perawat ruangan bersama rekan mahasiswa dan dan disesuai dengan tersedianya sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit. Implementasi semuanya dapat dilaksanakan berdasarkan pada rencana yang telahdisusun.
5. Evaluasi keperawatan yang diperoleh setelah melakukan implementasi selama 3 hari dimana ketiga masalah pada Tn.”M” telah teratasi sesuai dengan NOC yang telah ditetapkan olehpenulis.

B. SARAN

Berdasarkan simpulan di atas maka penulis memberikan saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan

keperawatan yang berkualitas khsusnya pada pasien dengan demam thypoid.

Adapun saran-saran tersebut ditujukan kepada:

1. Bagi Pasien dan Keluarga

   Kepada klien yang menderita demam thypoid, hendaknya dapat melaksanakan upaya pencegahan dan perawatan sedini mungkin meliputi: mencuci tangan sebelum makan, mencuci tangan setalah BAB, menjaga sanitasi tempat tinggal yang bersih, kurangi atau makan makanan diluar soto atau mie instan , dan bakso di luar rumah. Biasakan makan makanan yang bergizi dan tinggi kalori. Dan kepada keluarga pasien hendaknya senantiasa tetap mendampingi pasien dan membantu merawat dalam memenuhi kebutuhan pasien yang dianggap menunjang dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan atau dalam tindakan pengobatan.

2. Rumah Sakit

   Diharapkan pihak Rumah Sakit agar senantiasa meningkatkan pelayanannya kepada Masyarakat yang membutuhkan terutama pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi: bio, psiko, sosial dan spiritual dan terus melakukan pendidikan kesehatan tentang pola hidup sehat sebagai upaya mengatasi demam thypoid.

3. InstitusiPendidikan

   Bagi institusi pendidikan kiranya meningkatkan mutu pendidikan untuk menghasilkan lulusan yang berkualitas khususnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan demam thypoid.

4. BagiMahasiswa

   Kiranya mahasiswa keperawatan agar lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan khususnya dalam merawat pasien dengan demam thypoid dengan memperhatikan seluruh komponen proses keperawatan seiring dengan perkembangan riset keperawatan sehingga kelak dapat berfungsi secara optimal dalam menghasilkan perawat yang profesional dimasa mendatang khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan demam thypoid.

DAFTAR PUSTAKA

Amin Huda Nurarif, 2015, Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan *Diagnosa medis dan NANDA, NIC-NOC,* Mediacation Publishing, Jogjakarta

Ardiansyah, 2012, wordpess, DemamThypoid, diakses Desember 2012

Deden Dermawan, 2010, *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*, Nuha Medika, Jogjakarta

Depkes RI, 2010, Demam Thypoid Diakses Juni 2010

Lestari Titik, 2016, *Asuhan Keperawatan Anak*, Nuha Medika, Yogyakarta

MRO, Rumah Sakit Stella Maris Makassar, 2016. *Data Statistik Rumah SakitStella Maris Makassar (tidak dipublikasikan)*

Padila, 2013*, Asuhan Keperawata Penyakit Dalam*, Nuha Medika, Jogjakarta

Suratun, 2010, *Asuan keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal,* Trans Info Media, Jakarta

Smeltzer, 2012, *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah*, Volume 2 ECG, Jakarta

Sujono Riyadi, 2011, *Keperawatan Medical Bedah,* Pustaka Pelajar, Yogyakarta

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

NAMA/NIM:

1. Sargin Payofu nim E1614401076
2. Desmon Kambayong nim E16144010

KELAS : IIIB /DIII KEPERAWATAN

KASUS : **ASUHAN KEPARAWATAN PADA TN."M" DENGAN DEMAM THYPOID DI RUANG KEPERAWATAN BERNADETH IIA/501 BED 1**

PEMBIMBING I :

No	TGL	MATERI KONSUL	PERBAIKAN	PARAF PEMBIMBING	PARAF MAHASISWA
01.	01/04/2019	Pengkajian	- Numbering - Pengkajian - Spasi - Pola bermasalah lebih dipertegaskan		
02.	10/04/019	Pengkajian	- Numbering - Pendahuluan - Kerapihan - Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan		
03.	12/04/019	Perbaikan	- Numbering - Dx dipertegaskan - Patoflodiagram - Bab I, II, dan III - paragraf		
04	04/05/2019	Perbaikan	- DX ke- 2 dipertegaskan		

			- Numbering - Pengkajian		
05.	06/05/2019	Perbaikan bab IV	- Pengkajian - Spasi - Numbering - Pertegaskan		
06.	10/05/2019	Perbaikan	- Lembar pesetujuan - Lembar persetujuan - Kata pengantar - Implementasi		
07.	15/05/2019	Pengkajian	- Spasi - Numbering - Kerapihan - Daftar obat - Intervensi - Pertegaskan diagnosa.		