KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "M" DENGAN *DEMAM THYPOID* DIRUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

VALENTINA SAVSAVUBUN

E1614401083

YULMI PATANDUK

E1614401084

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah judul **" ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN *DEMAM THYPOID* DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

VALENTINA SAVSAVUBUN
E1614401083
YULMI PATANDUK
E1614401084

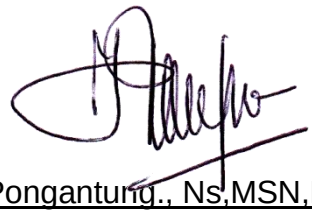
Disetujui Oleh :

Pembimbing



(Asrijal Bakri, Ns., M.Kes)
NIDN :0918087701

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik



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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Valentina savsavubun
Tempat/tanggal lahir	: 19 oktober 1998
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: jln. Cendrawasih V

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Petrus Savsavubun/alm.Maria Agusta
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: PNS/IRT
Alamat	: Merauke Papua

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD St. Agustinus Bambu Pemali Merauke	: 2004 - 2010
SMP St. Mikael Merauke	: 2010 - 2013
SMK Yaleka Maro	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris Makassar	: 2016 - 2019

I. Identitas Pribadi

Nama	: Yulmi Patanduk
Tempat/tanggal lahir	: Tondon, 28 Juni 1997
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Perumahan Griya Alam Permai

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	:D.Patanduk/Mariyani Suwito
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Tondon rantepao

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 97 Tondok Batu	: 2004 - 2010
SMP Negri 1 Tondon	: 2010 - 2013
SMK Matallo Rantepao	: 2013 - 2016
Stik Stella Maris Makassar	: 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan demam *thypoid* kepada Ny"M" umur 34 thn Yang Di Rawat Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan KTI ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal yang disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan KTI ini.

Selama penyusunan KTI ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik itu dukungan moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-Sbesarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S,Si, Ns, M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung., Ns,MSN,DN.Sc.Selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon Ns,M.Kes. Selaku ketua program DIII keperawatanSTIK Stella Maris Makassar.
4. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan KTI ini.
5. Kepada seluruh staf dosen, pengajar, dan pegawai di STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
6. Dr. Thomas Soharto, MMR selaku direktur RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan

pengambilan data awal dan memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di RS Stella Maris Makassar.

7. Yuliana Tolaba, Ns., M.kep sebagain penguji I & Fransiska Anita E.R.S, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB sebagai penguji II
8. Teristimewa kepada orang tua valen bpk.Petrus Savsavubun&alm. Ibu Maria Agustayang selalu memberikan doa, semangat, dukungan ,bantuan berupa materil sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
9. Teristimewa kepada orang tua valen bpk.D patanduk & Ibu Mariyani suwito yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan ,bantuan berupa materil sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
10. Seluruh teman Program D3 keperawatan angkatan 2016 dan sahabat teruntuk *BLL squad* dan yang tidak berhentinya mendukung dalam penyusunan KTI ini. Sukses buat kita semua.
11. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan KTI ini

Akhir kata semoga KTI ini dapat bermanfaat dikemudian hari. Terimakasih

Makassar, April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

RIWAYAT HIDUP iv

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR GAMBAR x

DAFTAR TABEL xi

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar belakang 1

B. Tujuan penulisan 3

C. Manfaat penulisan 4

D. Metode penulisan 4

E. Sistematika penulisan 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS 6

A. Konsep Dasar Medis 6

1. Pengertian 6

2. Anatomi fisiologi 7

3. Etiologi 10

4. Patofisiologi 11

5. Manifestasi klinik 12

6. Tes diagnostik 12

7. Penatalaksanaan medik 14

8. Komplikasi 15

B. Konsep Dasar Keperawatan 16

1. Pengkajian 16

2. Diagnosa Keperawatan 18

3. Intervensi Keperawatan 18

4. Discharge Planing 24
C. Patoflowdiagram 25
BAB III TINJAUAN KASUS 27
A. Pengamatan Kasus 27
B. Pengkajian 28
C. Analisa data 48
D. Diagnosa keperawatan 51
E. Rencana keperawatan 52
F. Pelaksanaan keperawatan 59
G. Evaluasi 72
H. Terapi 76
I. Daftar obat 76
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 80
A. Pengkajian 80
B. Diagnosa Keperawatan 81
C. Perencanaan Keperawatan 82
D. Pelaksanaan Keperawatan 83
E. Evaluasi 84
BAB V PENUTUP 86
A. Kesimpulan 86
B. Saran 87
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi sistim Pencernaan bagian bawah 7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram 25
Gambar 3.1 Genogram 31

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium..... 46
Tabel 3.2 pemeriksaan Tubex tes..... 47
Tabel 3.3 analisa data..... 52
Tabel 3.4 diagnosa keperawatan..... 52
Tabel 3.5 rencana keperawatan..... 60
Tabel 3.6 pelaksanaan keperawatan..... 71
Tabel 3.7 evaluasi..... 71

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Salah satu fenomena masalah utama yang berpengaruh adalah perubahan lingkungan yang berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan.

Demam *typhoid* merupakan penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh kuman *salmonella tyhpi*. *Salmonella tyhpi* dapat ditularkan melalui berbagai cara yang dikenal dengan 5F, yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (jari tangan/kuku), V*omitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan Feces. Feces pada penderita demam *typhoid* dan carier dapat menularkan kuman *Salmonella tyhp*i kepada orang lain. Tifus abdominalis sendiri merupakan penyakit infeksi akut yang selalu di temukan di masyarakat (endemik) Indonesia. Penderitanya juga beragam, mulai dari usia balita, anak-anak, dan dewasa (Titik, 2016).

Masuknya bakteri ke dalam tubuh hingga munculnya gejala (masa inkubasi) berlangsung selama 8-14 hari, serta bergantung pada banyaknya bakteri yang masuk ke dalam tubuh. Pada minggu pertama, gejalanya menyerupai penyakit infeksi akut pada umumnya seperti demam (suhu tubuh meningkat terutama sore dan malam hari), sakit kepala, mual, muntah, nafsu makan menurun, sakit perut, diare pada anak-anak, atau sembelit pada orang dewasa. Pada minggu kedua, gejala menjadi lebih jelas yaitu demam yang tinggi terus-menerus, nafas berbau tak sedap, kulit kering, rambut kering, bibir kering pecah-pecah, lidah ditutupi selaput putih kotor, pembesaran hati dan limpa serta terasa nyeri bila diraba, perut kembung. Demam *typhoid* sendiri akan sangat

berbahaya jika tidak segera ditangani secara baik dan benar, bahkan menyebabkan kematian (Titik, 2016).

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%.

Berdasarkan data *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar (2019), diperoleh data bahwa pada tahun 2016 jumlah pasien penderita demam thypoid sebanyak 385 jiwa dengam presentase tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu laki-laki sebanyak 34 jiwa (8,83 %) dan perempuan sebanyak 75 jiwa (19,49 %) dan pada presentase terendah pada kelompok umur 65+ tahun yaitu laki-laki 3 jiwa (0,77%) dan perempuan 8 jiwa (2,07%) serta yang meninggal sebanyak 1 jiwa (0,25%). Pada tahun 2017 jumlah pendertia demam thypoid sebanyak 481 jiwa dengan presentase tertinggi pada 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 sebanyak 5 jiwa (1,03%) serta yang meninggal sebanyak 4 jiwa (0,84%). Pada tahun 2018 jumlah penderita demam thypoid sebanyak 553 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu laki-laki sebanyak 70 jiwa (12,65%) dan perempuan sebanyak 100 jiwa (18, 08%) dan presentase terendah pada kelompok umur 65+ yaitu laki - laki sebanyak 3 jiwa (0,54%) dan perempuan sebanyak 11 jiwa (1,98%) serta meninggal sebanyak 2 jiwa (0,36%).

Berdasarkan data yang telah diperoleh dari berbagai sumber mengenai demam typhoid, meskipun kasus tersebut mulai mengalami penurunan, tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa dikemudian hari penyakit tersebut akan meningkat dan apabila masalah tersebut tidak mendapat pengobatan yang cepat dan tepat maka akan menimbulkan komplikasi seperti perdarahan usus, perporasi usus, ileus paralitik. Maka

perawat berupaya untuk memberikan pengetahuan mengenai penyakit demam *typhoid* dengan adanya pengetahuan, masyarakat dapat berupaya mencegah terjadinya demam *typhoid* berulang, dianjurkan kepada pasien untuk menjaga pola makan dengan tidak makan atau pun jajan di sembarang tempat, dan menjaga kebersihan diri seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal dan diharapkan pasien dan keluarga juga dapat memahami, penyebab, tanda dan gejala, dari demam *typhoid* sehingga dapat segera memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit ataupun layanan kesehatan lainnya.

Berdasarkan fenomena di atas maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul " Asuhan Keperawatan Dengan Demam *Typhoid* Di Ruang Perawatan Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar ".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Demam *Typhoid* di ruang perawatan medikal bedah bernadeth II.A RS Stella Maris Makassar pada periode 21- 23 Februari 2019.

2. Tujuan Khusus

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

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

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

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi / Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Pasien

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

4. Penulis

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

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kasus, terdiri dari

a. Observasi

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

b. Wawancara

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

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

2. Studi Kepustakaan

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

E. Sistematika Penulisan

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

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

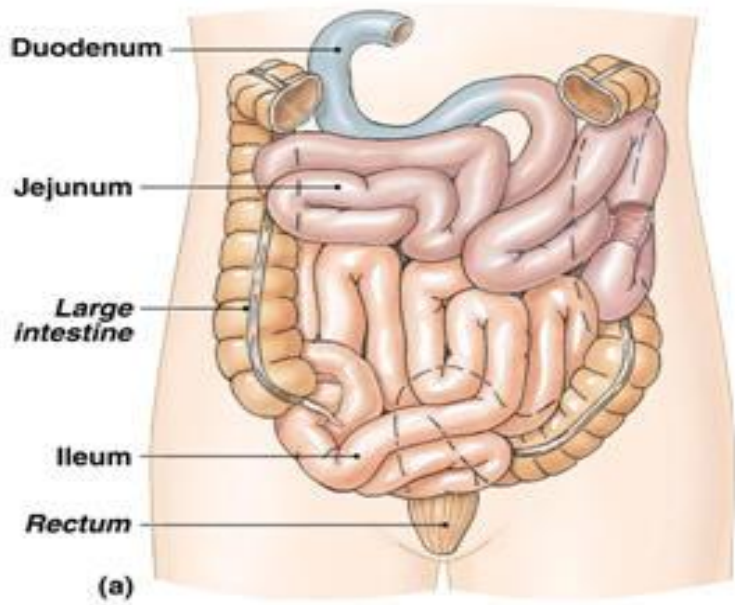
Demam *typhoid* adalah penyakit infeksi akut pada usus halus yang biasanya mengenai saluran pencernaan degan gejala demam yang lebih dari satu minggu yang di sebabbkan oleh Salmonella thypi (Titik, 2016).

Demam *thypoid* merupakan salah satu penyakit yang berhubungan erat dengan lingkungan terutama lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan seperti penyediaan air minum yang tidak memenuhi syarat kesehatan dan sanitasi lingkungan yang buruk. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *salmonella thypi* (Soewanda, 2014)

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

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

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi sistim Pencernaan bagian bawah (Surniati, 2016).

Sistem pencernaan berfungsi sebagai, sebagai transport, pengolahan fisik, pengolahan kimiawi dan reabsorbsi. Pencernaan berlangsung secara mekanik dan kimiawi meliputi ingesti (masuknya makanan ke dalam mulut), peristaltis (gerakan kontraksi otot polos usus), digesti (penguraian molekul berukuran besar menjadi lebih kecil), absorbsi (penyerapan produk sisa pencernaan

a. Mulut

Mulut adalah permulaan pencernaan yang merupakan bagian dari pencernaan. Didalam mulut terdiri dari bibir, lidah, gigi,kelenjar ludah. Terdapat pula kelenjar yakni kelnjar submandibularis, parotis,sublingualis,parotis, sublingualis dan sedikit bucalis.

Adapun fungsi mulut:

1) Mengunyah makanan menjadi bagian kecil
2) Menghancurkan segala macam fibrosa untuk memudahkan enzim mencerna makanan menjadi partikel makanan.

b. Faring (tekak)

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan. Didalam lengkung faring terdapat tonsil yaitu: kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terdapat infeksi. Disini terletak persimpangan antara jalan nafas dan jalan makan. Lapisan dinding faring terdiri dari 3 bagian yaitu :

1) Lapisan mukosa terletak paling dalam bersambung dengan lapisan dalam hidung mulut dan saluran eustachius.
2) Lapisan fibrosa terletak antara lapisan mukosa dan lapisan berobat.
3) Lapisan berobat otot pada faring adalah otot kostriktor yang berkontraksi sewaktu makanan masuk ke faring dan mendorongnya kedalam esofagus.

c. Esophagus (kerongkongan)

Terdiri dari saluran muskuler dan lentur yang di pengaruhi oleh tekanan intrathorakal dan intrabdominal merupan saluran yang menghubungkan antara letak dan lambug. Panjang sekitar 25 cm, mulai dari faring sampai pintu masuk kardiak di bawah lambung dapun fungsinya yaitu :

1) Membawa makanan dari esophagus
2) Memutar dan mendorong bolus kelambung bila les terbuka
3) Sebagai hambatan warier atau warier anti refluks
4) Sebagai bahan vertilasi bila tekanan gaster meningkat

d. Gaster (lambung)

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari 3 bagian yaitu fundus,korpus dan phylorus adapun fungsi lambung yaitu menampung makanan, menghancurkan dan menghaluskan makanan oleh peristaltik lambung yang di hasilkan lambung berfungsi sebagai :

1) Pepsin: memecahkan putih telur dan menjadi asam amino
2) Asam garam (HCL)mengasamkan makanan sebagai antiseptik membuat suasana asam pada persinogen sehingga menjadi pepsin
3) Renin: sebagai ragi yang membekukan susu dan membentuk kasein dari karsinogen.
4) Lapisan lambung jumlahnya sedikit yang memecahkan lemak menjadi asam lembek yang merangsang sekresi getah bening

e. Intestium minor (usus halus)

usus halus dalah bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum. Merupakan saluran paling panjang tempat pencernaan dan absorsi hasil pencernaan. Lapisan- lapisan usus halus antara lain lapisan mukosa (sebelah dalam) lapisan otot melingkar (muskulus sirkuler) lapisan memanjang (muskulus longitudinal) dan lapisan serosa (sebelah luar) usus halus terdiri dari beberapa segmen yaitu:

1) Duodenum di sebut juga usus 12 jari, panjangnya kurang lebih 25 cm berfungsi untuk memproduksi getah istetinum.
2) Jejenum mempunyai panjang 2,5cm yang merupakan bagian tengah dari usus halus.
3) Ileum panjangnya 3,6cm merupakan bagian akhir dari usus halus berfungsi mengontrol aliran ke kolon dan mencegah refleks ke usus halus.

Fungsi utama usus halus adalah :

a) Menerima zat makanan yang sudah di serap melalui kapiler darah dan saluran –saluran limfe.
b) Menyerap protein dalam bentuk asam amino
c) Menghasilkan getah usus yaitu enterokinase mengaktifkan enzim proteolitik eripsi menyempurnakan protein menjadi asam amino.

f. Intestinum mayor (usus besar)

Panjangnya kurang lebih dari 1,5m lebar 5-6cm fungsi usus besar yaitu menyerap air dari makanan, tempat tinggal bakteri coli,tempat feses usus besar juga di bedakan atas 3 segmenyaitu seikum kolon dan rektum

Adapun fungsi utama usus besar yaitu:

1) Menyimpan menyerap air dan natrium
2) Menurunkan volume chime
3) Manufaktur vitamin,termasuk vitamin B dan K
4) Membentuk feses
5) Mengeluarkan feses dari tubuh

g. Rektum

Terletak di bawah kolon yang menghubungkan usus besar halus,terletak dalam rongga pelvis di depan os sacrum dan os koksigis fungsinya yaitu :

1) Menyeraap air dari makanan
2) Tempat tinggal bakteri coli
3) Tempat feses

h. Anus

Merupakan bagian dari saluran pencernaanyang menghubungkan rectum dengan dunia luar dan dindingnya di perkuat 3 spinkter yaitu : spinter ani interus bekerja tidak di perkuat.

3. Etiologi

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

Salmonella mempunyai 3 macam antigen yaitu:

a. Antigen O : Ohne Hauch = somatik antigen (tidak menyerap)
b. Antigen H : Hauch (menyebar), terdapat pada flagella dan bersifat termolabic.
c. Antigen Vi : Virulen = merupakan kapsul yang meliputi tubuh kuman dan melindungi antigen O terhadap fagositosis (Deden, 2010).

4. Patofisiologi

Penularan *salmonella thypi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (jari tangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan melalui Feces .Kuman *salmonella typhi* masuk ke tubuh melalui mulut dengan makanan dan air yang tercemar. Kuman *sallmonella thypi* yang masuk ke saluran gastrointetinal akan ditelan oleh sel-sel fagosit ketika masuk melewati mukosa. Sebagian dari *salmonella thypi* ada yang dapat masuk melalui usus halus mengadakan invaginasi kejaringan limfoid usus halus. Kemudian *salmonella thypi*, masuk melalui folikel limfa ke saluran limfatik dan sirkulasi darah sistemik sehingga terjadi bakterimia. Bakterimia pertama-tama menyerang sistem retikulo endothelial (RES) selanjutnya akan dikolonisasi melalui saluran limfe. Limfe yang mengalir duktus torasikus menghantarkan organisme masuk melalui aliran darah, dari sini terjadi desiminasi ke seluruh organ jauh. Sel retikulo di sumsum tulang, hati, dan limpa memakan bakteri yang menyebar secara hematogen, yang kadang menimbulkan fokus infeksi. Organisme yang menyebar melalui darah kemudian selanjutnya mengenai seluruh organ di dalam tubuh seperti di sistim saraf pusat, ginjal, dan jaringan limpa. (Rudholph, 2014)

5. Manifestasi Klinis

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

   a. Minggu I (hiperplasia plak player)
      1) Demam berangsur naik terutama sore hari dan malam hari.
      2) Nyeri kepala
      3) Pusing
      4) Anoreksia
      5) Mual, muntah
      6) Nyeri perut
      7) Epitaksis
      8) Konstipasi
   b. Minggu II (Nekrosis)

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

6. Tes Diagnostik

   a. Pemeriksaan Leukosit

      Beberapa literatum menjelaskan bahwa demam *typhoi*d terdapat leukopenia dan lemfositosis relati tetapi kenyataanya leukopenia tidaklah sering dijumpai pada kebanyakan kasus demam *typhoid*. Jumlah leukosit pada sediaan darah tepi berada pada batas-batas normal bahkan kadang-kadang terdapat leukositosis walaupun tidak ada pemeriksaan komplikasi atau infeksi sekunder, oleh karena itu pemeriksaan jumlah leukositberguna untuk diagnosa demam *typhoid.*

b. Pemeriksaan SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) dan SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transminase). SGOT dan SPGT pada demam *typhoid* sering kali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya *typhoid*.

c. Uji Widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap salmonella terdapat dalam serum pasien dengan *typhoid* juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasikan. Antigen digunakan pada uji Widal adalah suspensi salmonella yang sudah dimatikan, dan diolah di laboratorium, tujuan dari uji Widal ini adalah untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum pasien yang disangka menderita t*yphoid*. Akibat infeksi oleh *salmonella thypi*, pasien membuat antibodi atau aglutinin yaitu:

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

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

d. Tubex Tes

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

beberapa menit. (Suratun,2010)

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan demam *typhoid* terdiri dari sebagian yaitu :

a. Perawatan

Observasi dan pengobatan bagi pasien demam *typhoid* :

1) Tirah baring total sampai minimal tujuh hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari, bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus.
2) Mobilisasi sesuai dengan kondisi
3) Posisi tubuh harus diubah-ubah stiap 2 jam sekali untuk mencegah decubitus (luka pada kulit akibat penekanan yang teralu lama, ulkus kulit, bedsores akibat terlalu lama berbaring di tempat tidur pada satu sisi tubuh tertentu).
4) BAB dan BAK perlu diperhatikan, karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan retensi urine(Suratan, 2010).

b. Diet

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

c. Obat-obatan.

1) Kloramefenikol

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

2) Tiamfenikol

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

3) Ampisilin dan Amoksilin

Indikasi penggunaanya adalah pasien demam *typhoid* dengan leucopenia dosis yang dianjurkan berkisar antara 75 – 150 mg/ kg/ BB sehari. Digunakan sampai 7 hari bebas demam dengan ampisilin dan amoksilin pada demam *typhoid.* Turun rata-rata 7 – 9 hari.

4) Fivorokonium

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

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

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

8. Komplikasi

Komplikasi demam *typhoid* dibagi dalam :

a. Komplikasi intestinal

1) Perdarahan usus

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

2) Perforasi usus

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

3) Ileus paralitik

Muncul pada saat jumlah toksin bertambah dan terjadi peningkatan usus.

b. Komplikasi ektra intestinal

1) Komplikasi kardivaskuler

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

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

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

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

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perubahan pemelihaaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.

b. Pola nutrisi dan metabolik.

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

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan latihan

Kebiasaan dalam beraktivitas sehari-hari.

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

e. Pola tidur dan istirahat.

Kebiasaan pola tidur terganggu akibat peningkatan suhu tubuh gelisah.

f. Pola persepsi kognitif

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

g. Pola persepsi dan konsep diri.

Sejauh mana masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

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

i. Pola reproduksi dan seksulitas.

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

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Kemampuan dan strategi yang digunakan pasien dalam mengahadapi masalah / penyakit.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

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

2.Diagnosa Keperawatan.

a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis
c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring
d. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis
e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi (Nanda 2016)

3. Intervensi Keperawatan

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

a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

NOC:

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

NIC :

1) Perawatan demam
   a) Dorong konsumsi air
   b) Tutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam
   c) Memberikan kompres hangat
   d) Fasilitasi istrahat, jika diperlukan
   e) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainya

f) Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan cairan yang tidak disadari
g) Beri obat atau cairan IV(mis antiperetik, agen antibakteri dan anti menggigil.

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

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

NOC :

1) Asupan nutrisi dengan hasil kriteria:
a) Asupan kalori dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
b) Asupan protein dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
c) Asupan karbohidrat dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
d) Asupan mineral dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
e) Asupan zat besi dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
f) Asupan lemak dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)

NIC :

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

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

NOC :

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

b) kemudahan bernapas ketika beraktivitas di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tigkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

NIC :

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

d. Nyeri akut berhubungan dengan gangguan cedera biologis

NOC :

1) Kontrol nyeri dengan hasil kriteria:
   a) Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).
   b) Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).

c) Menggunakan tindakan pencegahan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).

NIC :

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

2) Terapi relaksasi
   a) Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi

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

e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

NOC :

1) Pengetahuan Manajemen Penyakit Akut
   a) Tanda dan gejala penyakit dipertahankan pada skala 2(pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala3 (pengetahuan sedang)
   b) Tanda dan gejala komplikasi dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)
   c) Efek terapi obat dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)

NIC :

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

perilaku yang tidak sehat atau beresiko daripada memberikan saran untuk menghindari atau mengubah perilaku

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

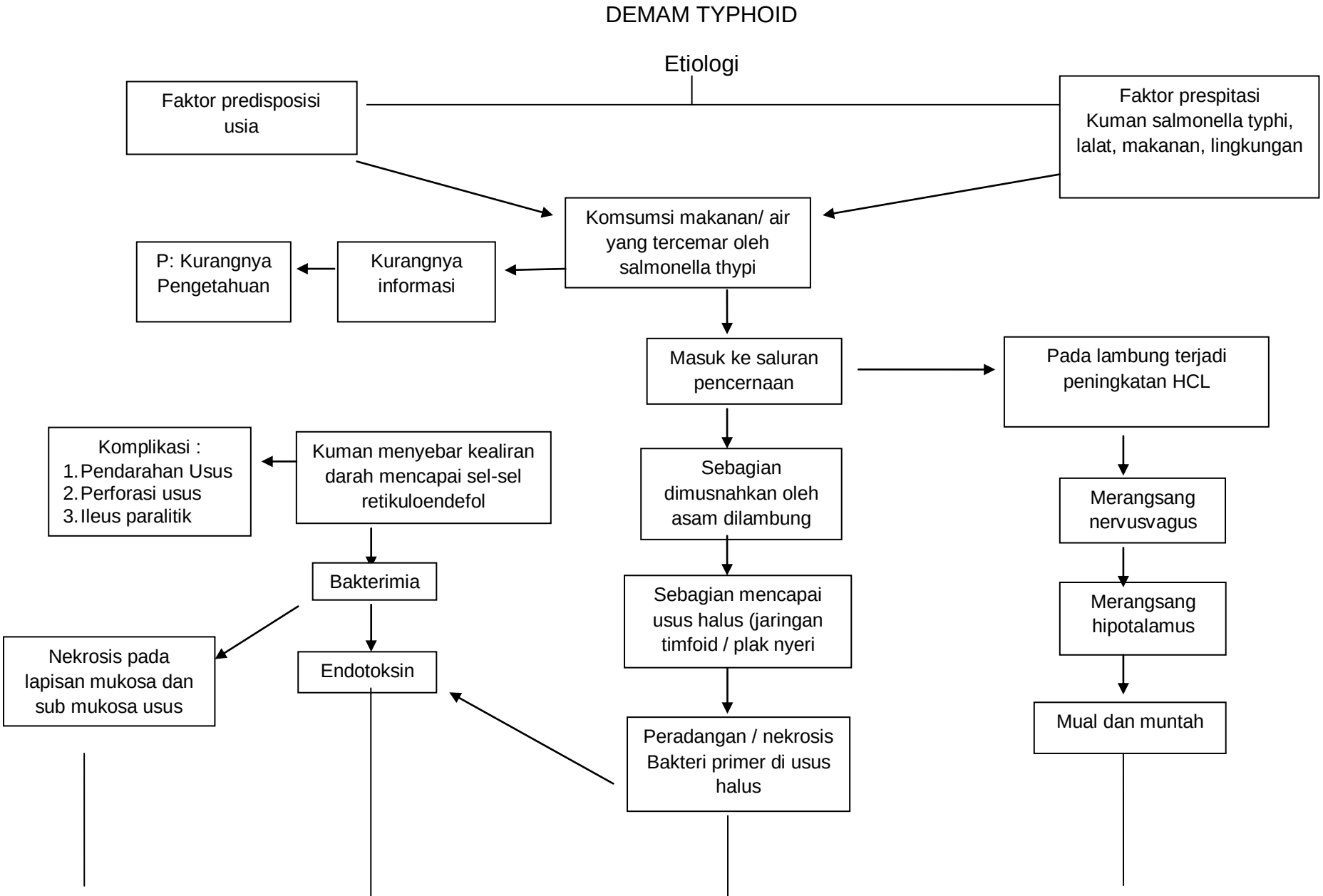
4. Discharge Planing

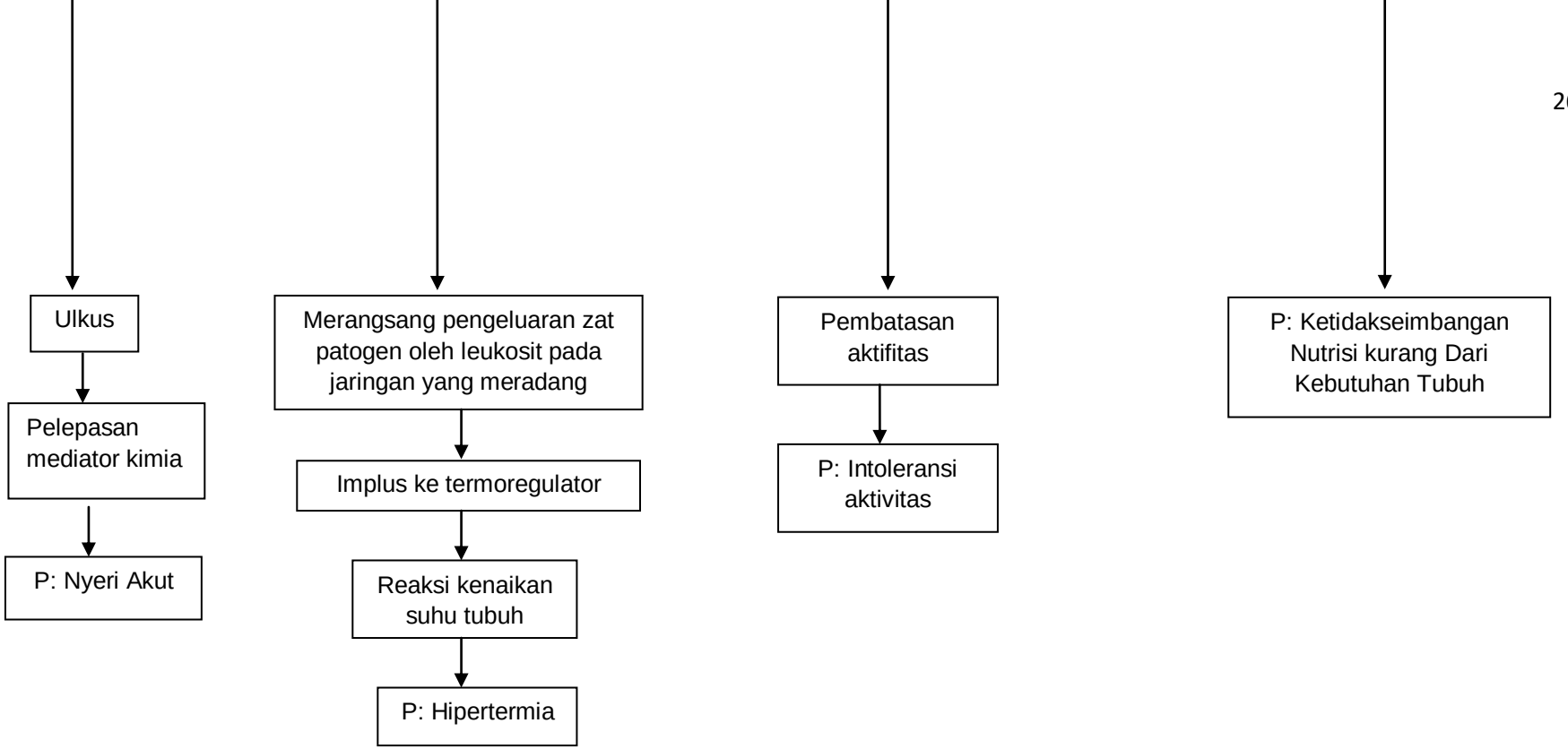
Hal-hal yang perlu disampaikan kepada pasien atau keluarga sebelum pulang adalah :

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

(Ardiansyah,2012).

C. PATOFLOWDIAGRAM




Ulkus
Pelepasan mediator kimia
P: Nyeri Akut
Merangsang pengeluaran zat patogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang
Implus ke termoregulator
Reaksi kenaikan suhu tubuh
P: Hipertermia
Pembatasan aktifitas
P: Intoleransi aktivitas
P: Ketidakseimbangan Nutrisi kurang Dari Kebutuhan Tubuh

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien dengan inisial Ny ”M” masuk rumah sakit di ruangan Bernadeth IIA pada tanggal 21 februari dengan diagnosa medik demam thypoid dengan keluhan utama demam, dan pola demamnya tidak menentu kadang naik turun selama ± 1 minggu yang lalu terutama pada sore hari menjelang malam, disertai dengan nyeri ulu hati, pusing, sakit kepala, mual, keluarga sempat memberikan obat kepada pasien tetapi tidak ada perubahan sehingga keluarganya memutuskan untuk membawah pasien ke rumah sakit Stella Maris Makassar, dengan harapan pasien bisa mendapat pengobatan dan perawatan yang efektif.

Pada saat pengkajian penulis mendapat pasien dalam keadaan berbaring lemah diatas tempat tidur dengan kesadaran compos mentis, menggunakan pengkajian nyeri (PQRST) P : pasien mengatakan demamnya masih naik turun, nyeri pada ulu hati, disertai sakit kepala, pusing dan mual. Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : tampak pasien sesekali memegang ulu hati dan kepalanya, S : skala 6, T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul dirasakan setiap 15 menit. Tampak suhu badan pasien 39℃, badan pasien teraba panas, tampak pasien meringis,. Observasi TTV = TD: 120\80, suhu: 39^0C, nadi 84x/menit, pernapasan 23x/menit.

Pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 21 februari 2019 WBC: 11.20 (10^3/uL), HGB 18.2 (g/dl), HCT 48.9 (%), anti salmonella thypi Igm positif (+2). Keadaan pasien tampak lemah dengan terpasang cairan RL 500cc dengan jumlah 28 tetes / menit pada tangan sebelah kanan pasien. Saat ini pasien dapa terapi injeksi berupa ondancentron 4mg IV/ 8 jam, thiampenicol 500 mg / 8 jam / oral, omeprazole / 12 jam / oral.

Dari hasil pengkajian Ny “M” penulis menemukan masalah keperawatan sebagai berikut : hipertermi berhubungan dengan penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

B. Pengkajian

NamaMahasiswaYangMengkaji	: Valentina Savsavubun Nim: E1614401083 Yulmi Patanduk Nim: E1614401084

Unit	:Bernadeth II A	Autoanamnese	√	: Pasien
Kamar	: 506	Alloanamnese	√	:Suami Pasien

Tgl masuk RS : 21 februari 2019

Tgl pengkajian : 21 februari 2019

I. Identitas

a. Pasien

Nama initial	:Ny”M”
Umur	:34 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah Anak	: 2 Orang
Agama/suku	: Katolik/flores
Warga Negara	: Indonesia

Bahasa yang digunakan : Indonesia

Pendidikan : Tamat SMA

Pekerjaan : Pembantu rumah tangga

Alamat rumah : Jl. kerung-kerung lr.12 Makassar

b. Penanggung jawab

Nama : Tn “A”

Umur : 40 Tahun

Alamat : Jl.kerung-kerung LR.12

Hubungan dengan pasien : Suami pasien

II. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Demam Thypoid

Saat pengkajian : Demam Thypoid

III. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan :Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, pasien mengatakan masih demam, badannya terasa lemas, mual, nyeri pada ulu hati, pusing, sakit kepala, skala nyeri 6, nyeri yang dirasakan seperti tertususk-tusuk, pasien tampak bedrest, dan terpasang infus RL 28 tetes/menit pada tangan sebelah kanan.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran :Compos mentis

Skala Koma Glaslow :

a) Respon motorik : 6
b) Respon bicara : 5
c) Respon membuka mata : 4
Jumlah : 15

Kesimpulan :Tidak coma

2) Tekanan darah : 120/80mmHg
MAP : 93,33mmHg

3) Suhu:36,4° C : di Oral [-] Axilla [√] Rectal [-]
4) Pernapasan : 16 x/menit
Irama : Teratur [√] Kusmaul [-] Cheynestokes [-]

Jenis : Dada [√] Perut [-]

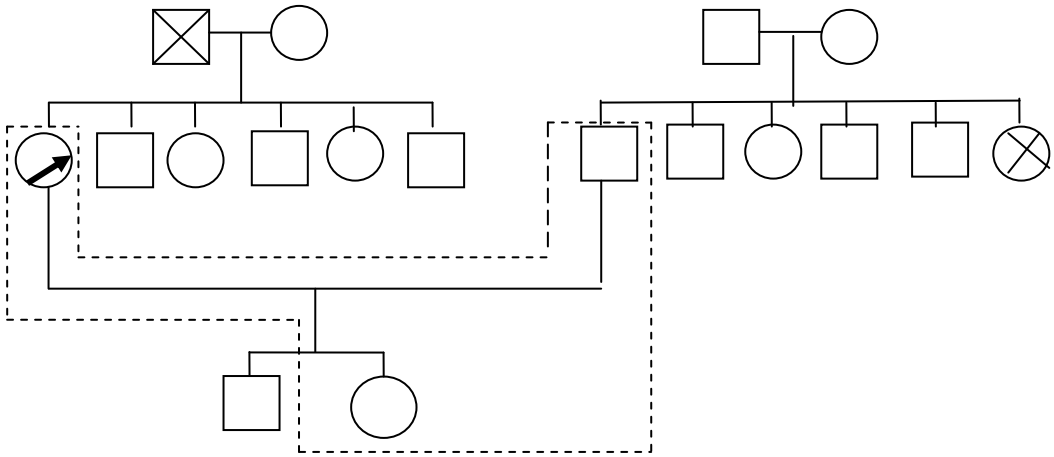
Nadi :84x/menit

Irama : Teratur [√] Takichardi [-] Bradichardi [-]

Kuat [√] Lemah [-]

c. Pengukuran
1) Lingkar lengan atas : 23 cm
2) Tinggi badan : 172 cm
3) Berat badan : 60 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 20,28 kg
Kesimpulan : Berat badan ideal

d. Genogram



Gambar 3.1 genogram

Keterangan

: Laki-Laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

--------- : Tinggal serumah

IV. Pengkajian Pola-Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sehat itu penting. Pasien mengatakan untuk menjaga kesehatannya pasien makan 3x sehari rajin dan mandi. Pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan kesehatannya jika ia sakit ia hanya membeli obat di warung terdekat dari rumahnya.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a. Keluhan utama : Demam

b.Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk RS demamnya naik turun ± satu minggu terutama pada sore menjelang malam. Pada saat pengkajian pasien mengatakan demamnya masih naik turun, nyeri pada ulu hati, disertai sakit kepala, pusing dan mual. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul, dan skalanya 6. Tampak suhu badan pasien 39℃, badan pasien teraba panas, tampak pasien meringis, tampak pasien sesekali memengang ulu hati dan kepalanya.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah dirawat pernah dirawat di RS ± 1 tahun yang lalu karena demam.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan orang tuanya menderita penyakit Hipertensi.

5) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : Tampak rambut berwarna hitam
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji karena pasien menolak.
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji karena pasien menolak

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pola makannya teratur yaitu 3x dalam sehari dengan menu nasi dan lauk pauk dan kadang-kadang ditambah dengan buah-buahan.Pasien juga mengatakan ia suka makan bakso, coto dan sering makan di luar. Pasien mengatakan dalam sehari pasien minum air putih ± 7-8 gelas.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan pola makannya teratur yaitu 3x dalam sehari tetapi napsu makannya menurun. Pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari porsi yang telah di sediakandan pasien juga sering mengkonsumsi buah-buahan.Pasien mengatakan dalam sehari pasien minum air putih ± 5-6 gelas.

3) Observasi:

Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari porsi yang telah disediakan dan minum air putih 1 gelas.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak hitam dan pendek
b) Hidrasi kulit : Kulit elastis kembali dalam waktu 3 detik
c) Palpebra/konjungtiva :Tidak tampak edema/tidak tampak anemis.
d) Sklera : Tidak tampak ikterik
e) Hidung :Tampak simetris,septum berada ditengah dan tidak ada polip.
f) Rongga mulut :Tampak bersih
g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh dan tidak ada caries

gigi palsu : Tidak ada

i) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah dengan keras

j) Lidah : Bersih dan tidak ada peradangan

k) Pharing : Tidak ada pembesaran

l) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

m) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

n) Abdomen

- Inspeksi : Simetris dan tidak ada bayangan vena
- Auskultasi : Peristaltik usus 6 x/mnt
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : Timpani

o) Kulit:

- Edema :Positif [-] Negatif [√]
- Icterik :Positif [-] Negatif [√]
- Tanda-tanda radang: Tampak tidak ada

p) Lesi : Tampak tidak ada pada kulit

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAB lancar yaitu 1-2x dalam sehari dengan kosistensi lunak, berwarna kekuningan dan BAK nya juga lancar dengan frekuensi 7-8x sehari,jumlahnya ± 950-1200cc dan berwarna kuning jernih.Pasien mengatakan tidak ada masalah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar yaitu 1x sehari dengan konsistensi lunak, bewarna coklat kekuningan dan jumlahnya sedikit. Sedangkan BAK juga lancar dengan frekuensi 5-6x sehari jumlahnya ± 750-900cc berwarna kuning jernih dan berbau khas.

3) Observasi:

BAB berwarna kuning dengan kosistensi lunak dan jumlahnya sedikit. Sedangkan BAK berwarna kuning jernih berbau khas dan jumlahnya ± 750-900cc.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus : 6 x/mnt

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

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

d) Mulut uretra : Tidak di kaji karena pasien menolak

e) Anus :

Peradangan : Tidak di kaji karena pasien menolak

Hemoroid : Tidak di kaji karena pasien menolak

Fistula : Tidak di kaji karena pasienmenolak

d. Pola aktifitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tiap hari pasien pergi kerja dengan menggunakan sepeda motor dan kadang pulang pada sore hari.Setelah pulang kerja pasien tidak istirahat, namun pasien langsung mengerjakan pekerjaan rumah lainnya. Pasien mengatakan tidak ada kegiatan olahraga rutin yang dijalankannya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan pasien tidak mampu beraktifitas seperti biasanya dan lebih banyak berbaring karena merasa lemas, nyeri pada ulu hati, dan mual sehingga sebagian aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

1) Aktivitas harian

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

0. mandiri
1. bantuan orang
2. bantuan alat dan orang
3. bantuan penuh
4. bantuan dengan alat

2) Postur tubuh : Tidak di kaji karena pasien bedrest

3) Gaya jalan : Tidak di kaji karena pasien bedrest

4) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

5) Fiksasi : Tidak ada

6) Tracheostomi: Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring :120/80 mmHg
Duduk : Tidak di kaji
Berdiri : Tidak di kaji

Kesimpulan :hipotensi ortostatik: positif [-] negatif [√]

b) HR : 84 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan vertikel memadai

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

f) Thoraks dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thoraks : Simetris kiri dan kanan

Retraksi Interkostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Tidak di kaji karena pasien tidak mampu duduk.

Krepitasi : Tidak ada

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

Lokasi : ICS 5 linea Mid Clavicularis Sinistra

(4) Auskultasi

Suara napas :Vesikular

Suara ucapan :Tidak dikaji karena pasien tidak mampu duduk atau berdiri.

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi

Ictus cordis :Teraba pada ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra

(3) Perkusi

Batasatas jantung :ICS 3 Linea Sternalis sinistra.

Batas bawah jantung :ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra.

Batas kanan jantung : ICS 3 Linea Sternalis Dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 Linea Axilaris Anterior Sinistra.

(4) Auskultasi:

Bunyi jantung II A :Tunggal ICS 2 Linea Sternalis Dextra.

Bunyi jantung II P :Tunggal ICS 2 Line Sternalis Sinistra.

Bunyi jantung I T :Tunggal ICS 4 Linea Sternalis Sinistra.

Bunyi jantung I M :Tunggal ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra.

Bunyi jantung II

Irama gallop :Tidak ada

Murmur :Tidak ada

Bruit :Tidak ada

A.Renalis :Tidak ada

A.Femoralis :Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : [-] Positif [√] Negatif

Rentang gerak : Terbatas

Kaku sendi :Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parase : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot : kanan kiri

Tangan	5	5
kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain.

Nilai 3 :Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan kekuatan.

Nilai 2 :Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengansentuhanakan jatuh.

Nilai 1 :Tampak kontraksi otot ada sedikit garakan.

Nilai0 :Tidak ada kontraksi otot,tidak mampu bergerak

Refleks fisiologis : Biceps + triceps + patela + achiles tidak dilakukan karena pasien tidak mampu duduk atau berdiri.

Refleks patologi

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

Kanan : [-] Positif [√] Negatif

Clubing jari-jari : Tidak tampak

Varises tungkai : Tidak tampak

i) Columna vetebralis :

Inspeksi : [-] Lordosis [-] Kifosis [-] Skoliosis

Palpasi :Tidak dikaji karena pasien tidak mampu duduk.

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola istirahat dan tidur

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidur malam ± 7-8 jam antara pukul 22.00-05.00 tetapi jika pasien merasa lelah kadang-kadang pasien tidur awal sekitar pukul 20.00 dan kadang-kadang pasien bangun pagi jam 06.00. Pasien juga mengatakan jarang tidur siang karena pasien kerja dari pukul 08.00 dan kadang-kadang sampai pukul 17.00, tetapi jika pasien lebih awal pulang pasien istirahat 1-2 jam.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit, pasien lebih banyak membutuhkan waktu untuk beristirahat. Pasien tidur siang,tetapi ia sering terbangun dan sering mengeluh nyeri pada ulu hati, sakit kepala disertai pusing. Pasien mengatakan tidur malam sekitar 9 jam.

3) Observasi:

Pasien tampak berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi telentang.

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

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan karena menurut pasien penglihatan dan pendengarannya masih baik., pasien mengatakan tidak ada gangguan daya ingat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan karena menurut pasien penglihatan dan pendengarannya masih baik., pasien mengatakan tidak ada gangguan daya ingat. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hari disertai mual dan sakit kepala.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan, pasien mampu menbaca papan nama perawat

dengan jarak 50cm. Tampak pasien meringis, tampak pasien sesekali memengang kepala dan ulu hatinya.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan.
- Lensa mata :Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO): Sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Bersih kiri dan kanan
- Membran timpani : Utuh dan dapat memancarkan cahayaPolipser.

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Lengan dan tungkai bagian kiri bisa digerakkan.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada yang menonjol dalam dirinya. Pasien menagatakan ia menerima dirinya dengan senang hati dan merasa nyaman dengan pekerjaannya sebagai pembantu rumah tangga.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat berbuat apa-apa, ia hanya berbaring di atas tempat tidur. Keluarga pasien juga mengatakan pasien cemas dengan keadaannya sekarang dan keluarga pasien mengatakan pasien sering mengatakan kapan keadaannya bisa kembali seperti biasa.

3) Observasi:

Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur

Kontak mata	:	Ada
Rentang perhatian	:	Penuh
Suara dan cara bicara	:	Pelan dan kata-kata yang diucapkan jelas.
Postur tubuh	:	Tidak dikaji karena pasien tidakkaji karena pasien bedrest.

4) Pemeriksaan fisik

Kelainan bawaan yang nyata	:	Tidak ada
Bentuk/postur tubuh	:	Tidak dikaji karena pasien berdrest.
Kulit	:	Bersih dan berwarna sawo matang.

h. Pola peran dan hubungan dengansesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien menjalin hubungan yang baik dengan sesama.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien ditemani oleh suaminya. Pasien mengatakan selama sakit pasien hanya berkomunikasi dengan suami dan orang-orang yang datang menjenguknya serta teman dalam kamar.

3) Observasi:

Pasien tampak akrab dengan keluarganya serta teman sesama pasien dalam kamar.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia mempunyai 2 orang anak. Anak pertama laki – laki dan anaknya yang kedua perempuan. Pasien mengatakan dia masih berencana untuk mempunyai anak ketika anak keduanyanya sudah berumur 5 tahun.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat reproduksi. Pasien mengatakan dia menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan.

3) Observasi : tidak diobservasi (pasien menolak)

4) Pemeriksaan fisik:

Tidak dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan jika ada masalah pasien menceritakan kepada mereka tetapi pasien juga sering marah-marah jika ada masalah, dan orang yang sangat membantu dalam mengatasi masalah tersebut adalah suami pasien.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien sangat cemas dengan keadaannya sekarang dan pasien mengatakan sampai kapan keadaannya kembali seperti biasa.

3) Observasi:

Pasien tampak bertanya-tanya tentang keadaannya.

k. Pola sistem dan nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan mereka menganut agama Katolik. Tiap hari minggu dan hari-hari raya mereka selalu pergi ke gereja. Keluarga pasien juga mengatakan pasien adalah seorang umat Katolik yang aktif dalam kegiatan keagamaan.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit pasien selalu berdoa dan selalu didoakan oleh keluarga.

3) Observasi:

Tampak pasien bersama keluarga dan berdoa untuk kesembuhan pasien.

V. Uji Saraf Kranial

a. N I : Pasien mampu mencium bau dari minyak kayu putih

b. N II : pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm

c. N III,IV,VI : Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat dengan menggerakan bola mata kesegala arah.

d. N V : Sensorik :Pasien dapat merasakan sentuhan tissue.
Motorik : Pasien mampu mengunyah makanan.

e. N VII : Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis dari gula pasir.
Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi,tersenyum dan meringis.

f. N VIII : Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien berdrest
Acusticus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.

g. N IX : Uvula berada di tengah

h. N X : Pasien mampu menelan

i. N XI : Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan bahu kiri.

j. N XII : Pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah.

VI. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 21 februari 2019

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	11.20		10^3/uL	4.8-10.2
RBC	6.00		10^6/uL	4.0- 5.5
HGB	18.2		g/dl	12.2-16.2
HCT	48.9		%	37.7-47.9
MCV	81.5		fl	80.0-97.0
MCH	30.3		pg	26.0-31.0
MCHC	37.2		g/dl	31.8 – 35.4
PLT	**340**	**-**	10^3/uL	**130.0 –400.0**
RDW – CV	13.8		%	11.5-14.5
PDW	**12.5**	**+**	fl	**9.0 – 13.0**
MPV	10.1		fl	7.2-11.1
P-LCR	**25.5**	**+**	**%**	**15.0 – 25.0**
Neut %	14.3		%	37.0 – 80.0
LYMPH# %	61.8		%	1 – 3.7
MXD %	1.6		%	0 – 1.2
Neut #	6.90		10^3/uL	1.5-7
LYM #	2.6		10^3/uL	1-3.7
MXD #	0.7		10^3/uL	0-1.2
LED 1 jam	20		Mm/h	0-20
LED 2 jam	**40**		Mm/h	**0-20**

Tabel 3.2 pemeriksaan Tubex tes

Test/ jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
UNO SEROLOGI – INFEKSI LAIN ANTI SALMONELLA TYPHI IgM	POSITIF (+2)	NEGATIF		

C. Analisa Data

Nama/ Umur : Ny"M" / 34 thn

Ruang/ Kamar : Bernadeth IIA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS - Pasien mengatakan Badannya teraba hangat. - Pasien mengatakan demam. - Pasien mengatakan demamnya naik turun terutama pada sore hari dan menjelang malam. - Pasien mengatakan sudah minum obat paracetamol di rumah tetapi demamnya tidak turun. DO - Tampak pasien sakit sedang - Badan pasien teraba hangat. - TTV TD :120/80 mmhg N : 84 x/menit S : 39^0C P : 23 x/menit - Salmonella Thypi WBC 11.20 RBC 6.00	Penyakit	Hipertermi

2.	DS - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati. - Pasien mengatakan sakit kepala. - Pasien mengatakan nyeri berada pada skala 6 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi ± 15 menit - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk DO: - Tampak pasien sakit sedang - Tampak pasien berbaring ditempat tidur - Tampak wajah pasien meringis saat perawat menekan ulu hati pasien - TTV TD :120/80 mmhg N : 84 x/menit S : 39^{0}C P : 23 x/menit	Agen cedera biologis	Nyeri akut
3.	DS : - Pasien mengatakan merasa lemas - Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan perawat kecuali makan dan mobilisasi tempat tidur - Pasien mengatakan pusing	Tirah baring	Intoleransi aktifitas

	Data objektif : - Tampak pasien lemas Tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti mandi, BAB, BAK, kecuali mobilitas diatas tempat tidur.		

D. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny"M" / 34 thn

Ruang / Kamar : Bernadeth IIA / 506

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

E. Rencana Keperawatan

Nama / Umur : Ny"M" / 34 thn

Ruang / Kamar : Bernadeth IIA / 506

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC) Meliputi : Tindakan keperawatan, tindakan observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasional
21/02/19	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit yang ditandai dengan : Data subjektif : - Pasien mengatakan badannya teraba hangat - Pasien mengatakan demam - Pasien mengatakan demam naik turun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x4 jam akan menunjukan termoregulasi dengan indikator cukup terganggu sampai tidak terganggu Dengan kritera hasil : - Keadaan umum baik - Kulit tidak teraba hangat - Suhu tubh dalam batas normal (36^0C-37^0C) a. Hipertermia	1. Kaji tingakat kenaikan suhu tubuh 2. Observasi TTV terutama suhu tubuh	1. suhu tubuh menunjukan aktivitas bakteri 2. Tanda-tanda vital dapat menunjukan gambaran keadaan pasien dan dapat menunjukan tindakan selanjutnya

	terutama pada sore hari dan malam hari dirasakan ± 1 minggu yang lalu - Pasien mengatakan sudah minum obat paracetamol dirumah tapi demamnya tidak turun Data objektif - Pasien tampak sakit sedang - Badan pasien teraba hangat - Lidah tampak berwarna putih bagian tengah - TTV TD :120/80 mmhg N :84x / menit S: 39^{0}C P : 23x / menit	dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 5 (tidan terganggu)	3. Anjurkan kompres air hangat bila demam timbul 4. Anjurkan pasien banyak minum air putih 5. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian tipis dan menyerap keringat 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotik dan antipiretik	3. Kompress air hangat dapat membantu penurunan demam 4. Minum banyak dapat mengganti cairan yang hilang akibat penguapan 5. Pakaian yang ttipis dapat membantu dalam penyerapan keringat 6. Antibiotic dapat menghambat pertumbuhan kuman, antipiretik dapat menurunkan demam

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC) Meliputi : Tindakan keperawatan, tindakan observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasional
21/02/19	DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis Data subjektif : - pasien mengatakan nyeri tekan pada ulu hati dan nyeri kepala - pasien mengatakan nyeri berada pada skala 7 - pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi + 15 menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2-3 hari diharapkan nyeri akut berkurang dengan kriteria : - Keadaan umum pasien baik - Nyeri yang dirasakan pasien dapat berkurang sampai hilang - TTV normal - Ekspresi wajah rileks - Mempertahankan skala nyeri pada skala (0-1) - Memperlihatkan teknik relaksasi secara individu yang efektif untuk mencapai	1. Kaji karakteristik nyeri (P,Q,R,S,T). 2. Observasi TTV (Terutama DN,P dan TD)	1. . Indikator dalam menegakkan diagnosa dan menentukan intervensi tindakan keperawatan selanjutnya 2. perubahan status kardiovaskuler, sebagai indikator nyeri

	- pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk Data objektif : - Tampak pasien sakit sedang - Tampak pasien berbaring ditempat tidur - Tampak wajah pasien meringis saat perawat menekan ulu hati pasien - TTV TD :120/80 mmhg N :84x / menit S: 39^0C P : 23x / menit	kenyamanan	3. Berikan posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan pasien. 4. Ajarkan dan anjurkan pasien tentang teknik relaksasi bila nyeri yang dirasakan timbul, seperti nafas dalam. 5. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian analgetik.	3. . Pengaturan posisi dengan berbaring miring meningkatkan rasa nyaman. 4. Nafas dalam meningkatkan oksigen ke jaringan dan meningkatkan relaksasi 5. Analgetik dapat memblok reseptor nyeri sehingga dapat menurunkan stimulus nyeri.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan (NIC) Meliputi : Tindakan keperawatan, tindakan observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasional
21/02/19	DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring Data sekunder : - Pasien mengatakan merasa lemas - Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan perawat kecuali makan dan mobilisasi tempat tidur - Pasien mengatakan pusing	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2-3 hari diharapkan pasien dapat melakukan aktivitasnya dengan mandiri dalam dengan kriteria hasil : - Keadaan umum pasien baik - Pasien dapat beraktifitas - Pasien mampu mandiri dalam hal BAB, BAK, mandi, dan dalam hal kerapian.	1. Kaji tingkat keterlibatan pasien untuk melakuka tugas normal, catat laporan kelelahan dan keletihan. 2. Ubah posisi dengan perlahan dan pantau terhadap pusing	1. dengan mengkaji pola aktifitas pasien dapat diketahui tingkat keterbatasan sehingga diketahui tindakan yang dibutuhkan pasien. 2. untuk mengidentifikasi masalah pasien seperti adanya hipoksia

	Data objektif : - Tampak pasien lemas - Tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti mandi, BAB, BAK, kecuali mobilitas diatas tempat tidur.		3. Bantu pasien memenuhi kebutuhan aktifitasnya sehari-hari sesuai dengan tingkat keterbatasan pasien seperti BAB, BAK, mandi, dan kerapian. 4. Awasi TTV selama atau sesudah melakukan aktifitas.	serebral. 3. bantuan sangat diperlukan pasien pada saat kondisinya lemah dan sekaligus membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien 4. Manifestasi kardiopulmonal dan upaya jantung dan paru-paru untuk membawa jumlah oksigen

			5. Beri lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring diindikasikan dan dipantau, dan batasi pengunjung.	yang adekuat. 5. meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan menurunkan beban kerja jantung dan paru-paru.

F. Pelaksanaan Keperawatan

Nama / Umur : Ny"M" / 34 thn

Ruang / Kamar : Bernadeth IIA / 506

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
21/02/19	I	21.00	Mengkaji peningkatan suhu tubuh pasien dan mengakaji keadaan umum pasien Hasil : - Pasien mengatakan badannya terasa lemas - Pasien mengatakan badannya teraba hangat - S : 39^0C	Yulmi
	I	21.30	Memberikan kompres hangat kepada pasien - S : 39^0C	Yulmi
	I	22.10	Melaksanakan Melaksanakan advis dokter Hasil : - Paracetamol 500mg oral	Yulmi
	III	08:30	Mengkaji kemampuan pasien dalam beraktivitas Hasil : - Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas sendiri seperti BAB, BAK dan mandi.	Valen
	III	09:45	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya Hasil : - Membantu pasien mandi - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah dimandikan.	Valen
	I,II	11:30	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 120/70mmHg	Valen

			S : 38,8^{0}C N : 98x/menit P : 19x/menit	Valen
	II	11:50	Mengganti cairan infus Hasil : cairan RL 500 cc 28 tts/menit	
	I'II	12:00	Melaksanakan advis dokter Hasil : - Thiampenicol 500mg oral - Omeprazole 20mg oral	Valen
	II	13:00	Mengakaji keluhan nyeri pasien Hasil : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu, nyeri pada semua otot dan sakit kepala - Skala nyeri 6 - Terasa seperti tertusuk-tusuk ,berlangsung selama ± 3 - 5 menit	Valen
	II	14:45	Mengajarkan teknik relaksasi Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi dari perawat	Valen
	I	15:25	Memberikan kompres hangat Hasil : - S : 38^{0}C	Indri
	III	16:00	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas Hasil : - Membantu pasien mengganti popoknya karena sudah BAB - Membantu pasien mengganti dan memakai baju	Indri dan ochi
	I,II	17:00	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil :	Yulmi

			- Tampak pasien minum air putih 150cc	
	II	18:00	Mengkaji karakteristik nyeri Hasil : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati dan nyeri kepala terasa seperti tertusuk-tusuk , berlangsung selama ± 3 - 5 menit - Tampak wajah pasien meringis	Yulmi
	II	19:00	Menganjurkan teknik relaksasi Hasil : - Pasien mampu melakukan anjuran perawat dengan tarik nafas dalam.	Yulmi
	II,III	19:30	Memberikan posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan pasien. Hasil : - Posisi sim -	Yulmi
	III	20:00	Memberikan lingkungan yang nyaman hasil: -Tampak pasien beristirahat	Yulmi
	I,II	20:25	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 110/70mmHg S : 38,8^{0}C N : 84x/menit P : 19x/menit	Thomi
	II	20:35	Mengkaji karasteristik nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan nyeri kepala - Dengan skala nyeri 6 - Terasa seperti tertusuk- tusuk berlangsung selam ± 15 menit	Yulmi

	II	20:45	Mengajarkan teknik relaksasi Hasil : - Pasien mengikuti anjuran perawat	Yulmi
	I,II	20:50	Melaksanakan advis dokter Hasil : - Paracetamol 500mg oral - Thiampenicol 500mg oral - Omeprazole 20mg oral	Yulmi
	I,II	21:10	Mengganti cairan infus Hasil : - Cairan RLcc/28tts/menit	Sargon
	I	21:15	Mengkaji tingkat kenaikan suhu pasien Hasil : - Suhu 38,4^{0}C	Sargon
	I	21:30	Menganjurkan kompres air hangat Hasil : - Pasien mengikuti anjuran perawat	Thomi
			Menganjurkan pasien untuk beristirahat: Hasil : - Tampak pasien beristirahat	Thomi

22/02/19	I	07.00	Mengkaji peningkatan suhu tubuh pasien dan kaji keadaan tubuh pasien Hasil : - Pasien mengatakan badannya masih teraba hangat - Suhu : 39^0C	Yulmi
	I	07.30	Melaksanakan advist dokter Hasil : - Paracetamol 500 mg/oral	Yullmi
	I	08.00	Memberikan kompres hangat kepada pasien Hasil : - Pasien merasa nyaman setelah diberi kompres hangat	Yulmi
	III	09.00	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya Hasil : - Membantu pasien mandi - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah di mandikan	Yulmi
	II	09.30	Mengkaji karakteristik nyeri Hasil : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan nyeri kepala masih dirasakan - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - Durasi $\pm$ 10 menit - Nyeri berada pada skala 6 - Tampak pasien meringis dan sesekali memenganng perutnya	Yulmi
	II	10.00	Menganjurkan teknik relaksasi Hasil : - Tampak pasien mengikuti instruksi dari perawat - Tampak pasien mampu menarik nafas dalam	Yulmi

	I,II	10.15	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmhg N : 80 x/menit S : 37,8 0c P : 22x/menit	Yulmi
	I	11.10	Mengganti cairan infus pasien Hasil : - Cairan RL 500cc 28 tts/menit	Julia
	I,II	12.00	Melaksanakan advist dokter Hasil : - Paracetamol 500mg/oral - Thiampenicol 500mg/oral - Omeperazole 200 mg/oral	Yulmi
	I	12.10	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih 200 cc	Yulmi
	III	13.00	Memberikan lingkungan yang nyaman Hasil : - Tampak pasien beristirahat	Yulmi
	II,III	14.00	Memberikan posisi yang sesuai dengan kebutuhan pasien Hasil : - Posisi semifowler	Yulmi
	II,III	14.30	Menganjurkan pasien untuk beristirahat Hasil : - Tampak pasien dalam posisi supine dan beristirahat	Valen
	I,II	16.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmhg N : 80 x/menit	

			S : 37,8 0c P : 22x/menit	Valen
	III	16.30	Mengkaji tingakat keterbatasan pasien untuk melakukan aktivitasnya Hasil : - Pasien mengatakan sudah mampu turun dari tempat tidur	Ilma
	III	17:00	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya Hasil : - Membantu pasien BAK dengan menggunakan pispod	Gita
	II	18:00	Mengkaji karasteristik nyeri: Hasil : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang pada skala 4 - Durasinya ± 5 menit	Valen
	II	18:45	Menganjurkan teknik relaksasi: Hasil : - Tampak pasien mengikuti instruksi dari perawat - Tampak pasien menarik napas dalam.	
	I	19:15	Mengkaji peningkatan suhu tubuh pasien: Hasil: - Pasien mengatakan sudah tidak demam lagi - Suhu 36’5^{0}C	Valen
	I	20:00	Menganjurkan pasien untuk minum air putih Hasil: - Tampak pasien minum air putih 250cc	Valen
	I,II	20:30	Mengobservasi TTV	Ilma dan

			Hasil: TD: 120/80 N: 80x/menit S:37^{0}C P:22x/menit	Valen Desmon
	I	21:00	Melaksanakan advis dokter: Hasil: - Paracetamol 500mg/oral - Thiampenicol 500 mg oral - Omeprazole 200 mg/oral	 Gusni
	I	21.30	Mengganti cairan infus pasien Hasil : - cairan RL 500 cc 28 tts/menit	
	III	22.45	memberikan lingkungan yang nyaman hasil : - tampak pasien pada posisi supine dan beristirahat	Desmon Gusni
	I,II	05.00	mengobservasi TTV hasil : - TD : 120/90 mmhg N : 84x/menit S : 38^{0}c P : 22x/menit	 Gusni dan Desmon
23/02/19	I	08.30	Mengkaji peningkatan suhu tubuh pasien dan mengkaji keadaan umum pasien Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak demam lagi S : 36,5^{0}C	Yulmi
	I	09.00	Menganjurkan pasien untuk minum air putih Hasil : - Tampak pasien melaksanakan anjuran perawat	Yulmi

	I,II	10.00	Melaksanakan advis dokter Hasil : - Paracetamol 500 mg oral - Thiampenicol 500 mg oral - Omeperazole 200 mg oral	Yulmi dan Valen
	I,II	10.15	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/90 mmhg S : 36,3^{0}C N : 80 x/menit	Yulmi
	III	11.00	Mengkaji kemampuan pasien beraktifitas Hasil : - Pasien mengatakan sudah bisa jalan masuk ke kamar mandi BAK, dan BAB ditemani oleh suaminya	dan valen Yulmi dan
	II	11.30	Mengkaji karakteristik nyeri Hasil : -pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan nyeri pada semua otot dan sakit kepala mulai berkurang dengan skala nyeri 4	Valen Yulmi
	II	12.15	Mengganti cairan infus Hasil : - Cairan RL 500 cc 28 tts/menit	
	II	13.00	Menganjurkan pasien untuk beristirahat Hasil : - Tampak pasien pada posisi supine dan beristirahat	Julia
	III	13.20	Memberikan lingkungan yang nyaman Hasil : - Memberitahukan pada keluarga untuk tidak ribut	
	I,II	16.00	Mengobservasi TTV Hasil :	Ilma

			TD : 120/80 mmhg N :82x/menit S : 36^{0}C P : 20x/menit	
	I,II	17.00	Menganjurkan pasien untuk minum air putih Hasil : - Pasien minum satu gls (200cc)	Yulmi
	III	18.00	Mengkaji kemampuan pasien beraktifitas Hasil : - pasien mengatakan sudah bisa jalan masuk kamar mandi BAK ditemani keluarganya - tampak pasien sudah bisa melakukan aktivitasnya dengan mandiri seperti BAK dan BAB di kamar mandi	Indri Ochy
	I	20.00	Melaksanakan advist dokter hasil : - paracetamol 500 mg/ oral - thiampenicol 500 mg/oral - omeperazol 200 mg/oral	Indri dan Ochy
	II,III	21.00	AFF infus	Indri
	I,II	21.20	Mengobsevasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmhg N : 80x/ menit S : 36^{0}C P : 20x/menit	Ochy Indri

G. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny"M" / 34 thn
Ruangan / Kamar : BIIA

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Nama Perawat
21 / 02/ 2019	DP I : Hipertermi b/d penyakit S: - Pasien mengatakan badannya terasa lemas - Pasien mengatakan badannya teraba hangat O: - Tampak pasien lemas - Badan pasien teraba hangat - Observasi TTV TD : 120/70mmHg S : 38,8 C N : 80x/menit P : 19x/menit A : - Hipertermi belum terasi P : - Lanjutkan intervesi DP II : Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri tekan pada ulu hati dan nyeri kepala - Pasien mengatakan nyeri berada pada skala 6 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi ± 15 menit - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk.	Yulmi Yulmi

	O: - Tampak pasien gelisah - Tampak wajah pasien meringis saat perawat menekan ulu hatinya,dan pasien tampak meringis sambil memegang kepalanya. - TTV: TD : 120/90mmHg S : 38,5^{0}C N : 110x/menit P : 24x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP III : Intoleran aktivitas b/d tirah baring S : - Pasien mengatakan merasa lemas - Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat kecuali makan dan mobilisasi ditempat tidur O : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien bedrest - Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga saat BAK,BAB,dan mandi,kecuali makan dan mobilisasi ditempat tidur	Yulmi

	A : Intoleran aktivitas belum teratasi P : Lanjut intervensi	

Nama / Umur : Ny"M' / 34 thn
Ruangan / Kamar : BIIA

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Nama Perawat
22/ 02/ 2019	DP I : Hipertermi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya Sudah mulai turun O : - Badan pasien msih teraba hangat - Observasi TTV TD : 110/80mmHg S : 37,8C N : 80x/menit P : 22x/menit A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP II :Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang pada skala 4 - Pasien mengtakan sudah mulai merasa nyaman O : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien gelisa - Tampak pasien meringis - Tampak pasien memengang ulu hatinya - Observasi TTV TD : 110/80mmHg	Valen Valen

	S : 37,8^{0}c N : 80x/menit P : 22x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP III : Intoleran aktivitas b/d tirah baring S: - Pasien mengatakan badannya masih lemah - Pasien mengatakan semua kebutuhannya masih dibantu oleh perawat O : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya A : Pasien menunjukkan tanda tanda intoleran aktivitasnya P : Lanjutkan intervensi	Valen

Nama / Umur : Ny"M" / 34 thn

Ruangan / Kamar : BIIA

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Nama Perawat
23/ 02/2019	DP I : Hipertermi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya sudah turun O : - Keadaan umum pasien membaik - Badan pasien teraba hangat - Suhu 36^0c A : Suhu tubuh kembali normal,hipertermi sudah teratasi P : Hentikan intervensi DP II :Nyeri akut b/d agen cederah Biologis S : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati dan nyeri kepala sudah berkurang dan berada pada skala 4 O : - Tampak pasien rileks - Tampak pasien tenang - TTV TD : 120/80 mmhg S : 36^0C N : 82 x/menit P : 20 x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Yulmi & Valen Yulmi & Valen

	DP III : Intoleran aktivitas b/d tirah baring S : - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya dengan mandiri - Pasien mengatakan sudah mampu turundari tempat tidur O : - Keadaan umum pasien baik - Tampak pasien pasien sudah bisa melakukan aktivitas dengan mandiri seperti BAK dan BAB di kamar mandi A : Sudah tidak ada tanda tanda intoleran Aktivitas P : Hentikan intervensi	Yulmi & Valen

H. Terapi

1. Cairan infus RL: 500 cc 28 tetes/menit
2. Paracetamol : 500 mg/ 8 jam oral 3x1
3. Ondancentron: 4mg/ 8 jam oral 3x1
4. Omeprazole: 20mg/ 12 jam oral 2x1
5. Thiampenicol : 500mg /8 jam oral 3x1

I. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien

1. Nama obat : PARACETAMOL
   Klasifikasi/ golongan obat : Antipiretik
   Dosis umum : 500 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1 /8 jam
   Cara pemberian obat : Oral
   Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   - Meringankan rasa sakit pada keadaan sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam.

   Alasan pemberian obat pada pasien :

   - Karena pasien demam

   Kontra indikasi :

   - Jangan menggunakan paracetamol pada pasien dengan riwayat hipersensitif

   Efek samping :

   - Secara umum obat ini bisa ditoleransi dengan baik oleh sebagian besar orang, selama diberikan pada dosis yang dianjurkan.

2. Nama obat : Ondasentron
   Dosis umum : 8mg – 32mg per hari
   Klasifikasi/ golongan obat : *5HT$_3$-receptor antagonist*
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1 / 8 jam
   Cara pemberian obat : IV
   Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   - Mencegah dan mengobati mual dan muntah akibat kemoterapi, radioterapi, dan pascaoperasi.

   Kontra indikasi :

   - Narfonse jangan diberikan kepada penderita yang hipersensitif atau alergi terhadap ondasentron.

   Alasan pemberian obat pada pasien :

   - Karena pasien mual-mual
   - Efek samping :
   - Sakit kepala dan pusing
   - Mudah mengantuk
   - Kepanasan
   - Pusing ketika berdiri
   - Mudah lelah
   - Konstipasi
   - Sakit perut

3. Nama obat : Thiampenicol
   Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik
   Dosis umum : 500 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1 /8 jam
   Cara pemberian obat : Oral
   Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   - Untuk infeksi yang disebabkan oleh salmonella thypi.

   Alasan pemberian obat pada pasien :

   - Karena anti salmonella thypi Igm positif

   Kontra indikasi :

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

   Efek samping :

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

4. Nama obat : Omeprazole
   Klasifikasi/ golongan obat : Generik
   Dosis umum : 20 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1 / 12 jam
   Cara pemberian obat : Oral
   Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   - Pengobatan jangka pendek tukak usus dan tukak lambung, refluks esofagitis yang erosis. Pengobatan jangka panjang sindroma Zollinger-Ellison.

   Alasan pemberian obat pada pasien :
   - Karena pasien nyeri ulu hati.

   Kontra indikasi :
   - Penderita yang hipersensitif/ alergi terhadap tiamfenikol
   - Penderita depresi sumsum tulang diskrasia darah.
   - Wanita hamil dan menyusui.

   Efek samping :

   Reaksi hipersensitif/ alergi, gangguan salura pencernaan (mual, muntah, diare), sariawan, glositis, ensefalopati, depresi mental, sakit kepala, dan otot oksisitas, dan anemia hemoliti

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini penulis , akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori yang di peroleh secara tertulis dengan penerapana asuhan keperawatan pada pasien Ny ''M'' dengan demam *thypoid* di rumah sakit Stella Maris Makassar selama 4 hari sejak pada tanggal 21 - 23 februari 2019 dengan menggunakan pendekatan keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai proses sumber yaitu pasien,keluarga,perawat,ruangan, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus, diperoleh pengkajian yang dilakukan penulis pada Ny ''M'' umur 34 tahun, yang masuk rumah sakitpada tanggal 21 Februari didapatkan data/keluhan : pasien masuk rumah sakit dengan keluahan demam,dan pola demamnya tidak menentu kadang naik turun selama ±1 minggu yang lalu,kemudian disertai nyeri ulu hati,mual,pusing,sakit kepala dan lemas.Tekanan darah 120/80mmHg, suhu 39^0c, nadi 84x/menit, pernapasan 23x/menit. Gejala demam timbul karena *exogeneous* dan *virogens* (seper tibakteri,virus kompleks antigen-antibodi) akan menstimulasi sel host inflamasi (magrofag,selPMN)yang memproduksi endogenous pyrogen (Eps). Interleukin 1 sebagai prototypical ER Epsmenyebabkan endothelium hipotalamus meningkatkan prostaglandin dan neurotransmitter kemudian beraksi dengan neuron preoptik di hipotalamus anterior dengan memproduksi peningkatan '' set point" mekanisme

tubuhsecarafisiologismengalamivasokontriksiperifer,menggigil,danperilakuinginberpakaian yang tebalatauingindiselimutidanminum air

hangat. Selain itu, pada pasien dapat demam *thypoid* dapat di lihat dari tanda dan gejala seperti cirri khas lidah putih kotor berselaput, ujung dan tepi kemerahan, dapat menular melalui 5 F yaitu: *food* (makanan), *fingers* (jaritangan/kuku). *Fomitus* (muntah),*fly* (lalat),*feses* dan pemeriksaan tubesnya positif artinya zat anti (antibody) terhadap kuman salmonella, menunjukkan bahwa seseorang pernah kontak/ terinfeksi dengan kuman salmonella tipe tertentu. Pada pemeriksaan darah ditemukan WBC :11,20 meningkat maka hal itu sedang terjadi infeksi dalam tubuh.

Dari tinjauan teori yang ditentukan adalah demam berangsur 10-14 hari gejalanya: demam naik turun terutama pada sore hari dan malam hari, nyeri kepala, anoreksia, mual, muntah, konstipasi, keluhan tubuh yang lain seperti : lidah yang khas (putih kotor dengan tepi kemerah-merahan),penurunan kesadaran, kulit kering.

Berdasarkan data diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa dengan hasil pengamatan menunjukkan tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang ditemukan pada pasien karena penyebab serta tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teori.

B. Diagnosakeperawatan

Dari tinjauan teori ada 5 diagnosa yang muncul pada demam *thypoid* yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
3. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

5.Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Dari 5 diagnosa yang ada penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu :

a) Hipertermi berhubungan dengan penyakit, diagnosa ini didukung oleh adanya temuan *salmonella thypi* dalam pemeriksaan tubex test, pasien mengatakan sedang demam, tampak TTV suhu 39ºC, pemeriksaan laboratorium WBC meningkat.
b) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.Diagnos ini didukung oleh pemeriksaan skala nyeri numerik, pasien juga mengatakan nyeri di daerah abdomen.
c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring,diagnosa ini didukung oleh sebagian aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga .

Diagnosa keperawatan ketidak seimbangan nutrisi dan defisiensi pengetahuan tidak diangkat karena tidak adanya data-data yang mendukung seperti berat badan dan IMTdalam batas normal.

C. Perencanaan keperawatan

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

1. Hipertemi berhubungan dengan penyakit adalah :

   intervensi :

   Kaji peningkatan suhu tubuh pasien ,observasi TTV,(TD,N,S,P). Dan kaji keluhan pasien setiap 6 jam berikan kompres hangat bila suhu tubuh pasien meningkat, anjurkan pasien untuk memakai pakaian tipis dan menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi cairan infus RL 500 cc/28 tetes /menit, anti piretik paracetamol 500mg/8 jam/oral.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis adalah :

   Intervensi:

Kaji karak teristik nyeri (P,Q,R,ST) observasi TTV (TD,N,S,P),kaji keluhan umum pasien, beriposisi yang nyaman sesuai kebutuhan pasien, anjurkan pasien tentang teknik relaksaks itarik napas dalam, kolaborasi dengan dokter pemberian terapi analgetik.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring adalah :
   intervensi :
   kaji tingkat keterbatasan pasien, ubah posisi serta pantau terhadap, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya, awal observasi TTV setelah pasien melakukan aktivitas. Berikan lingkungan yang tenang serta pertahankan tirah baring, libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari - hari dan bantu pasien untuk mandiri sesuai dengan perkembangan kemampuan beraktivitas.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacup ada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin di atasi sehingga dapat tercapai. Pada tahap ini penulis melaksanakan apa yang telah direncanakan sebelumnya selama 3hari, sebagai acuan dalam melakukan implementasi sebelum melakukan tindakan, sebaiknya terlebih dahulu menjelaskan tentang tindakan apa yang harus dilakukan, dan mengharapkan kerja sama yang baik antara pasien dan keluarga pasien sehingga mempermudah untuk mencapai hasil yang diharapakan.

1) Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   Implementasi: yang ini adalah observasi TTV, memberikan kompres hangat, memberikan minum air putih, menganjurkan memakai baju yang tipis dan dapat menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik (paracetamol).

2) Nyeri akut berhubungan dengan agens cederah biologis
Implementasi yang di lakukan pada diagnosa ini adalah :mengkajikarakteristik nyeri (P,Q,R,S,T), mengobservasi TTV, mengajarkan dan menganjurkan teknik relaksasi bila nyeri yang dirasakan hilang timbul seperti tarik nafas dalam, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat analgetik.

3) Intoleransiaktivitasberhubungandengantirah baring
Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah: mengkaji tingkat keterbatasan pasien dalam melakukan tugas normal, menggubah posisi dengan perlahan dan pantau terhadap pusing,bantu dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari - harus sesuai dengan keterbatasan pasien seperti mandi BAB, BAK, dan kerapian, awasi TTV selama dan sesudah melakukan aktivitas, memberikan lingkungan yang nyaman, menganjurkan pasien beristirahat, membatasi pengunjung.

E. Evaluasi

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit berdasarkan kasus yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang di tetap kanya itu tidak terjadinya hipertermi dan dapat teratasi dengan suhu tubuh normal berkisar (36ºC-37ºC),hal ini dapat di lihat dengan evaluasi hari terakhir, pasien mengatakan tidak demam lagi, suhu tubuh 36^0c, sehingga perencanaan selanjutnya adalah hentikan intervensi.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Berdasarkan kasus yang di lakukan penulis, evalua sisesuai dengan NOC yang di tetapkan yaitu nyeri yang di rasakan pasien sudah mulai berkurang tetapi melihat skala nyeri pasien maka perencanaan selanjutnya adalah pertahankan intervensi.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring. Berdasarkan kasus yang di lakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang di tetapkan yaitu peningkatan dalam beraktivitas,hal ini dapat di lihat dari evaluasi hari terakhir, keadaan umum pasien baik, pasien mampu beraktivitas secara mandiri dalam halini : mandi, BAB, BAK, dan perawatandiri. Sehingga penulis memutuskan untuk pengambilan keputusan tersebut adalah: hentikan intervensi pasien bisa melaksanakan aktivitasnya dengan mandiri.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pasien Ny ”M” umur 34 tahun, jenis kelamin perempuan masuk RS Stella Maris Makassar pada tanggal 21 Februari 2019. Data darihasil pengkajian ditemukan keadaan umum pasien tampak lemah pasien mengeluh demam, nyeri uluh hati, sakit kepala ual, tekanan darah:120/80mmHg, suhu: 39^0c, nadi: 84x/menit, pernapasan 23x/menit. Dan tampak lidah pasien putih kotor kemerah-merahan dibagian tepi.
2. Diagnosa yang di angkat oleh penulis yaitu :
    a. Hipertemi berhubungan dengan penyakit
    b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cederah biologis
    c. Intolerasi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
3. Intervensi keperawatan yang penulis susun disesuaikan dengan intervensi yang telah dibuat dan sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan itu meliputi: tindakan keperawatan mandiri, observasi keperawatan dan tindakan evaluasi yang penulis laksanakan untuk mengatasi masalah tersebut :s
    a. Hipertermi berhungan dengan penyakit : pantau suhu tubuh pasien, observasi TTV, anjurkan keluarga pasien kompres air hangat, anjurkan pasien memakai pakaian tipis yang dapat menyerap keringat, anjurkan pasien untuk banyak minum air putih, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik.
    b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedara bilogis : kaji skala nyeri pasien, anjurkan pasien teknik relaksaksi

Napas dalam, obsevasi TTV kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring : kaji keterbatasan pasien dalam melakukan aktivitas, bantu pasien dalam melakukan aktivitas, bantu pasien dalam memenuhi aktivitas sehari–hari sesuai dengan tingkat keterbatasan pasien seperti mandi, BAB, BAK, dan kerapian anjurkan beristirahat.

4. Implementasi dilakukan selama tiga hari dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dengan bekerja sama dengan pasien, keluarga serta tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasil maksimal.
5. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari dari tiga diagnosa hanya 2 diagnosa yang dapat teratasi yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan diagnosa nyeri akut berhubungan agens cedera biologis belum teratasi karena membutuhkan waktu lebih dari 3 hari.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam uraian–uraian di atas maka penulis menganjurkan beberapan saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, guna kemajuan keperawatan professional dan meningkatkan derajat kesehatan di masyarakat antara lain :

1. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan bagi pasien mampu mengubah pola hidupnya menjadi pola hidup yang sehat dengan mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, serta memperhatikan keberhasilan makanan tersebut, istirahat yang cukup, menciptakan lingkungan yang bersih dan juga kebersihan

diri, lingkungan sehingga mencegah terjadinya demam thypoid.

2. Institusi rumah sakit

   Tetap melakukan pendidikan kesehatan serta penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar meningkatkan status kesehatan pasien.

3. Institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/I yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat yang professional bagi masyarakat.

4. Mahasiswa/mahasiswi

   a. Hendaknya mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan selalu tetep menerapkan teori-teori yang di dapat sesuai dengan prosedur yang berlaku.

   b. Hendaknya dalam pemberi anasuhan keperawatan pada pasien, selalu memberikan penjelasan pada pasien maupun keluarga untukmenjaga, memperhatikan, dan mencegah faktor-faktor penyebab demam thypoid.

DAFTAR PUSTAKA

Alba, s., Dkk. 2016. *PHARMACON. Jurnal ilmiah farmasi*. Hal. 266-275

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

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

Herman Heather Dan Kamitsuru Shigemi. 2015. *Diagnosis Keperawatan Deinisi& Klasifikasi2015-2017*. Edisi 10. Jakarta : EGC.

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

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

Nurif, Huda Amin. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda NIC NOC*. Yogyakarta : Madication.

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

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

World healt organization. 2014. thypoid fever, diunduh pada http//.www.who.int/topics/typoid_fever/en/. Diakses pada tanggal 15 maret 2019.

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Valentina savsavubun (E1614401083)
-Yulmi Patanduk (E1614401084)

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Demam *Thypoid*

Pembimbing I : Asrijal Bakri, Ns., M.Kes

No	Hari/Tanggal	MateriKonsul	Perbaikan	ParafPembimbing
1.	Jumat 15/03/19	Bab I	- Sumber - Data riskesdas	
		Bab II	- Pengetikan - Sumber update	
		Bab III	- Askep sesuaikan - Pengobatan dan sesuaikan tanggal terapi - Perhatikan pengetikan - Lengkapi data dan pengetikan	

2.	Kamis 20/03/19	Bab I	- Lengkapi data dan pengetikan	
3.	Selasa 01/04/19	Bab II Bab III	- Pengetikan - Perbaikan bagian patoflow - Rasional	 
4	Rabu 02/04/19	Bab III Lanjut bab IV (*Next*)	- Pengetikan, huruf, margin .	
5	Kamis 10/04/19	Bab IV	- Kesenjangan teori dan kasus perhatikan	

		Bab V	- Perhatikan pengetikan	
6	Jumat 10/05/19	Bab I Bab IV	- Riskesdas - Perhatikan pengetikan	
7	Senin 13/05/2019	BAB I-V	- Perhatikan pengetikan - Kirim email	
8	Rabu 15/05/2019	Perhatikan	- Perhatikan pengetikan	