KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. "H" DENGAN DEMAM *TYPHOID*
DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A
RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH :

SERLI DUA LEMBANG
E.1514401043

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Nn. "H" dengan DEMAM *TYPHOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**. Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Serli Dua Lembang
Nim : E1514401043

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(**Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes**)	(**Yunita Gabriela Madu, S.Kep.,Ns**)
NIDN. 0925117501	

Menyetujui
Wakil Ketua I Bidang Akademik

(**Henny Pongantung, Ns.,MSN**)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. "H" DENGAN DEMAM *TYPHOID* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".** Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Hari/Tanggal	: Senin, 11 Juni 2018
Pukul	: 12.30-13.15 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Henny Pongantung, Ns.,MSN (.....)
2. Fransiska Upa, S.Kep.,Ns (.....)
3. Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Serli Dua Lembang
Tempat/Tanggal Lahir	: Palesan 15 September 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Datu Museng No 5

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Hendrik Sattu
	Maria Kutu’
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Jl. Palesan

Pendidikan Yang Telah Ditempuah

SDN 7 Tikala	: Tahun 2003 - 2009
SMPN 6 Saluputti Pangdo	: Tahun 2009 - 2012
SMKN 1 Rantepao	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

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

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa STIK Stella Maris Makassar program D-III keperawatan tahun 2015-2018.

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

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan dan Pembimbing Akademik (PA) yang senantiasa memberikan motivasi kepada kami, sejak awal masuk kuliah.
4. Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes dan Yunita Gabriella Madu, S.Kep.,Ns selaku pembimbing dalam menyusun karya tulis yang telah

meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

5. Segenap dosen dan staf pegawai Stik Stella Maris yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulisan mengikuti pendidikan
6. Dr. Thomas Soeharto, MMR selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi izin untuk melakukan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan staf perawatan yang telah memberikan kesempatan dan motivasi kepada penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan di ruang perawatan Bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris.
8. Kedua orang tuaku dan saudara-saudariku, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyususnan karya tulis ini.
9. Teman-teman seangkatan 2015, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran, dan kerja sama yang baik dalam proses pengambilan kasus.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih mempunyai kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk dapat melengkapi karya tulis ini. Semonga karya tulis dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien demam *thypoid.*

Makassar, Juni 2018

Serli

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN
HALAMAN PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR..... i
DAFTAR GAMBAR..... iii
DAFTAR TABEL…….. iv
DAFTAR ISI …….. v
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 2
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..... 11
4. Patofisiologi..... 12
5. Manifestasi Klinis..... 13
6. Tes Diagnostik..... 13
7. Penatalaksanaan Medik..... 15
8. Komplikasi..... 16
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 17
1. Pengkajian..... 17
2. Diagnosis Keperawatan..... 19

3. Intervensi Keperawatan..... 19
4. Discharge Planing..... 25
C. Patoflowdiagram..... 26
BAB III PENGAMATAN KASUS..... 27
A. Pengkajian..... 28
B. Analisis Data..... 47
C. Diagnosis Keperawatan..... 50
D. Intervensi Keperawatan..... 51
E. Implementasi Keperawatan..... 58
F. Evaluasi Keperawatan..... 84
G. Daftar Obat..... 89
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 92
A. Pengkajian..... 92
B. Diagnosis Keperawatan..... 93
C. Intervensi Keperawatan..... 94
D. Implementasi Keperawatan..... 94
E. Evaluasi Keperawatan..... 94
BAB V PENUTUP..... 96
A. Kesimpulan..... 96
B. Saran..... 97
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium..... 45
Tabel 3.2 Analisis Data..... 47
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan..... 50
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan..... 51
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan..... 58
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Usus Halus..... 7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram 26
Gambar 3.1 Genogram 30

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan Feces. Feces pada penderita demam *typhoid* dan carier dapat menularkan kuman *Salmonella tyhp*i kepada orang lain. Demam *typhoid* di dunia sangat sulit ditentukan karena penyakit ini dikenal mempunyai gejala dengan spectrum klinis yang sangat luas (Deden, 2010).

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.

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

bersifat endemik, angka penderita demam *typhoid* di Indonesia mencapai 81% per 100.000 (Depkes RI, 2014).

Data statistik tahun 2016 yang tercatat pada Medical Record di RS Stella Maris Makassar didapatkan penderita demam *typhoid* berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 15 - 24 tahun, dan mayoritas terjadi pada kelompok umur 65 tahun keatas, jumlah penderita demam *typhoid* tahun 2016 mencapai 385 jiwa, laki – laki adalah 154 jiwa (40%), perempuan adalah 231 jiwa (60%) dan 1 jiwa yang meninggal (Medical Record, Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016). Tahun 2017 yang tercatat pada Medical Record di RS Stella Maris Makassar didapatkan penderita demam *typhoid* berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 25 - 44 tahun dan minoritas terjadi pada kelompok umur 65 tahun keatas, jumlah penderita demam *typhoid* tahun 2017 mencapai 469 jiwa, laki – laki adalah 208 jiwa (44,34%), perempuan adalah 261 jiwa (55,65%) dan 4 jiwa yang meninggal (Medical Record, RS Stella Maris Makassar 2017).

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.

Dengan melihat hal tersebut 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 12 - 15 April, 2018.

1. 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* (Enteric fever) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran (Sodikin, 2011).

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).

Demam *typhoid* adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh kuman *salmonella typhi* (Arif, 2003).

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

BAB II
TINAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

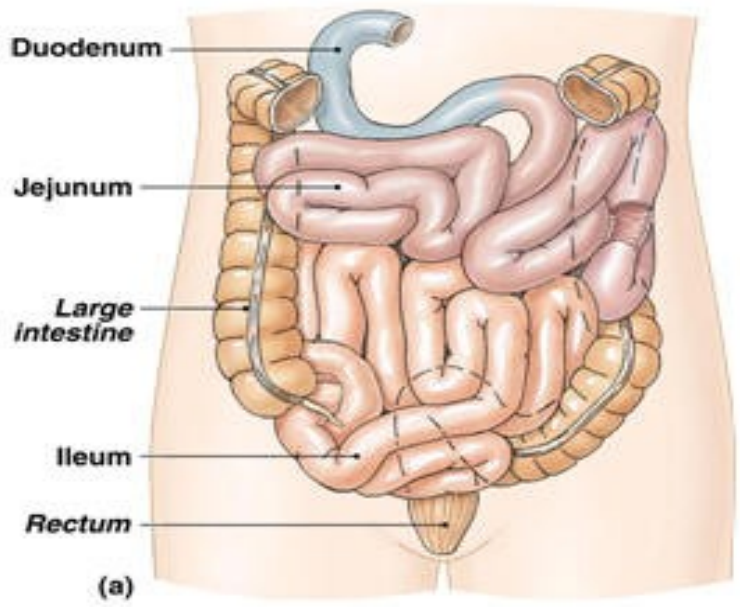
Demam *typhoid* (Enteric fever) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran (Sodikin, 2011).

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).

Demam *typhoid* adalah penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh kuman *salmonella typhi* (Arif, 2003).

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



(Suarnianti, 2016)

a. Usus halus

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

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

1) Bagian Usus Halus

a) Bagian atas disebut duodenum (usus 12 jari)

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

b) Bagian tengah disebut Jejenum (usus kosong)

Jejenum, memiliki panjang antara 1,5 m – 1,75m. Di dalam usus ini, makanan mengalami pencernaan secara kimiawi oleh enzim yang dihasilkan dinding usus. Getah usus yang dihasilkan mengandung lendir dan berbagai macam enzim yang dapat memecah makanan menjadi lebih sederhana. Di dalam jejunum, makanan menjadi bubur yang lumat yang encer.

c) Bagian bawah disebut penyerapan (ileum)

Usus penyerapan (ileum), panjangnya antara 0,75m – 3,5m terjadi penyerapan sari–sari makanan. Permukaan dinding ileum dipenuhi oleh jonjot-jonjot usus/vili. Adanya jonjot usus mengakibatkan permukaan ileum menjadi semakin luas sehingga penyerapan makanan dapat berjalan dengan baik. Dinding jonjot usus halus tertutup sel epithelium yaung berfungsi untuk menyerap zat hara. Terdapat sekitar 1000 mikrovili dalam tiap sel. Dinding tersebut juga mengeluarkan mucus. Enzim pada mikrovili menghancurkan makanana menjadi partikel yang cukup

kecil untuk diserap. Di dalam setiap jonjot terdapat pembuluh darah halus dan saluran limfa yang menyerap zat hara dari permukaan jonjot. Vena porta mengambil glukosa dan asam amino, sedangkan asam lemak dan gliserol masuk ke sel limfa.

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

   Secara mikrokopis usus halus memiliki tiga struktur yang sangat menambah luas permukaan dan membantu fungsi utama untuk mengabsorbsi nutrient di usus hingga 1,6 juta cm^2 meningkat

sekitar 1.000 kali lipat (bila permukaannya rata sekitar 2.000 cm^2).

a) Lapisan mukosa dan submukosa membentuk lipatan-lipatan sikular seperti jalan yang disebut valvula koniventes (lipatan kerckring) yang menonjol ke dalam lumen sekitar 3 sampai 10 mm. Adanya lipatan-lipatan ini menyebabkan gambaran usus halus menyerupai bulu pada pemeriksaan radiografis.
b) Vili merupakan tonjolan –tonjolan mukosa seperti jari-jari yang jumlahnya sekitar 4 atau 5 juta di sepanjang usus halus. Vili panjangnya 0,5 sampai 1,5 mm (dapat terlihat secara mikroskopis) dan menyebabkan gambaran mukosa menyerupai beludru.
c) Mikrovili merupakan tonjolan menyerupai jari-jari yang panjangnya sekitar 1 mm pada permukaan luar setiap vili. Mikrovili berfungsi sebagai *brushborder*. Penyakit-penyakit usus halus dapat menyebabkan atrofi dan pendataran vili, sehingga sangat mengurangi luas permukaan absorpsi dan terjadilah malapsorpsi. Mikrovili sebagai sel absorptif bertanggung jawab atas absorpsi bahan makanan di usus halus. Ensim pada brushborder membantu menyelesaikan proses pencernaan saat berlangsungnya absorpsi.

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

f) Sukrase berfungsi untuk mencerna sukrosa menjadi glukosa dan fruktosa.

5) Fungsi usus halus

a) Usus 12 jari (duodenum)

Usus 12 jari adalah tempat bermuaranya dua buah saluran kelenjar, yaitu saluran empedu dan saluran pankreas. Masing masing saluran ini mengeluarkan beberapa enzim yang berkontribusi dalam menunjang fungsi usus halus.

b) Usus kosong (jejenum)

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

c) Usus Penyerapan (ileum)

fungsi usus halus bagian ini, Semua nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh yang sudah menjadi dalam bentuk sederhana diserap oleh dinding usus penyerapan dalam bentuk jonjot-jonjot usus. Jonjot usus bentuknya seperti lipatan-lipatan yang gunanya untuk memperluas permukaan penyerapan oleh dinding usus halus.

3. Etiologi.

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

Salmonella mempunyai 3 macam antigen yaitu:

a. Antigen O : Ohne Hauch=somatik antigen (tidak menyerap)

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

4. Patofisiologi

Penularan *salmonella thypi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (jari tangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan melalui Feces .Kuman *salmonella typhi* masuk ke tubuh melalui mulut dengan makanan dan air yang tercemar. Sebagian kuman dimusnahkan oleh asam lambung, sebagian lagi masuk ke usus halus dan mencapai jaringan limfoid plak peyeri di ileum terminalis yang mengalami hipertrofi. Ditempat ini komplikasi perdarahan dan perforasi intestinal dapat terjadi. Kuman *salmonella typhi* kemudian menembus ke lamina propia, masuk aliran limfe dan mencapai kelenjar limfe mesenterica. Setelah melewati kelenjar-kelenjar limfe ini, *salmonella typhi* masuk ke aliran darah melalui ductus thoracicus. Kuman-kuman *salmonella typhi* lain mencapai hati melalui sirkulasi portal dari usus. *Salmonella typhi* bersarang di plaque peyeri, limpa, hati dan bagian-bagian lain sistem retikuloendotelial. Dalam masa bakteremia ini kuman mengeluarkan endotoksin yang susunan kimianya sama dengan somatic antigen (lipopolisakarida), yang semula diduga bertanggung jawab terhadap terjadinya gejala-gejala dari demam typhoid. Namun setelah dilakukan penelitian ternyata endotoksin yang dikeluarkan oleh salmonella typhi mempunyai peranan merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang. Selanjutnya zat pirogen yang beredar di darah mempengaruhi pusat termoregulator di hypothalamus yang mengakibatkan timbulnya gejala demam **(**Deden, 2010).

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 leukosit berguna untuk diagnosa demam *typhoid.*

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

c. Uji Widal

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

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

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

d. Tubex Tes

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

mendeteksi antibodi IgG dalam waktu beberapa menit. (Suratun,2010)

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan demam *typhoid* terdiri dari sebagian yaitu :

a. Perawatan

Observasi dan pengobatan bagi pasien demam *typhoid* :

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

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

2. Diagnosa Keperawatan.

a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis
c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan fisik
d. Nyeri berhubungan dengan Agen cedera biologis
e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

3. Intervensi Keperawatan

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

a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

NOC:

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

NIC :

1) Perawatan demam
   a) Dorong konsumsi air

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

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

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

NOC :

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

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

NIC :

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

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

NOC :

1) Toleransi terhadap aktivitas hasil kriteria :

a) frekuensi nadi ketika beraktivitas dipertahankan pada sakal 3 (cukup terganggu) di tingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

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

NIC :

1) Manajemen Energi

a) Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan

b) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara perbal mengenai keterbatasan yang di alami

c) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis, dengan tepat.

d) Monitor intake/ asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energy yang adekuat

e) Ajarkan pasien mengenai pengelolahan kegiatan dan teknik manajemen waktu utnuk mencegah kelelahan

f) Anjurkan pasien untuk memilih aktivitas-aktivitas yang membangun ketahanan.

g) Anjurkan tidur siang ,bila di perlukan

d. Nyeri berhubungan dengan gangguan cedera biologis

NOC :

1) Kontrol nyeri dengan hasil kriteria:

a) Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).

b) Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).

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

NIC :

1) Menajemen nyeri

a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus

b) Kurangi atau eleminasi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri

c) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.

d) Evaluasi keefektifan dan tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan

e) Dukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

f) Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat.

g) Kaloborasi dengan pasien orang terdekat dan tim kesehatan lainya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan.

h) Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi , nonfarmakologi) untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai kebutuhan.

2) Terapi relaksasi

a) Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi

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

e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

NOC :

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

NIC :

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

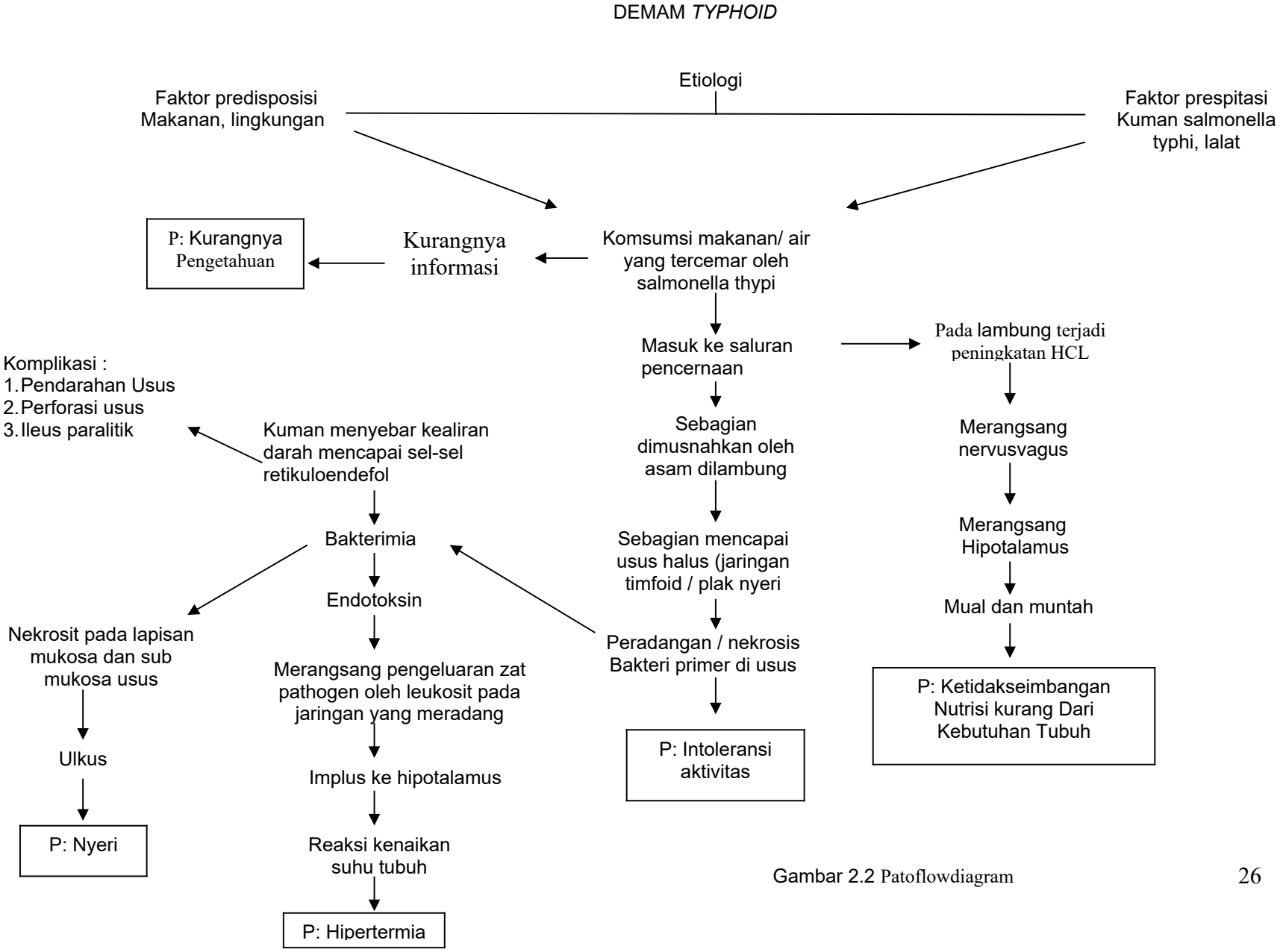
2) Pengajaran proses penyakit
   a) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit spesifik
   b) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya
   c) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan
   d) Identifikasi perubahan kondisi fisik pasien
   e) Berikan informasi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



Gambar 2.2 Patoflowdiagram

A. Jhn bPengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Serli D.L NIM : E1514401043

Unit : Bernadeth II A Autoanamnese : ✓

Kamar : 501 Bed[1] Alloananmnese : ✓

Tanggal masuk RS : 11 April 2018

Tanggal pengkajian : 12 April 2018

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Nn.”H”
Umur	: 23 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Belum kawin
Jumlah anak	: -
Agama/suku	: Islam
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: -
Alamat rumah	: JL.Damai

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. “H”
Umur	: 51 tahun
Alamat	: JL.Damai

Hubungan dengan pasien: Ibu

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Demam *Typhoid*

Saat pengkajian : Demam *Typhoid*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit~~, ringan~~ / sedang ~~/ berat / tidak tampak sa~~kit

Alasan : Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur, tampak pasien menggigil, tampak pasien berkeringat, wajah tampak meringis, lidah tampak kotor dan terpasang cairan RL 500 cc / 24 tetes/menit.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma glaslow

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

Jumlah : 15

Kesimpulan: Tidak koma

2) Tekanan darah : 110/70 mmHg

MAP: 83,3 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 39,1 °C ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 20 x/menit

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

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 88 x/menit

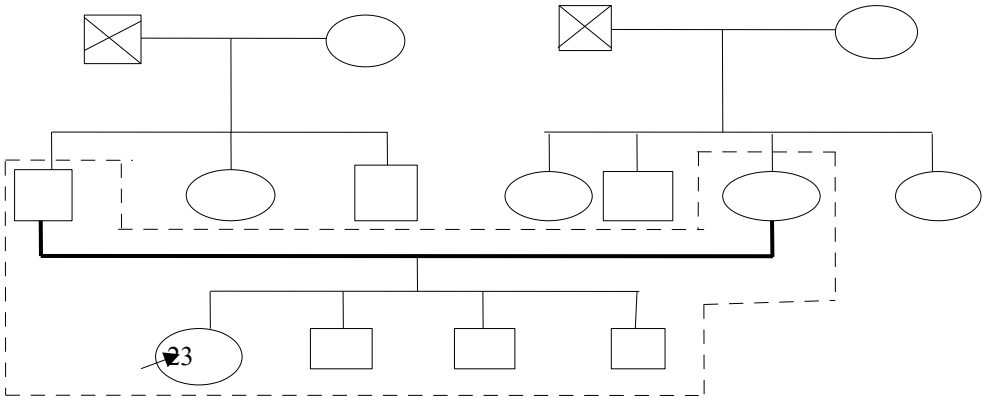
Irama: ☑ Teratur ☐ Tachikardi ☐ Bradichardi ☐ Kuat ☑ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 20 cm
2. Tinggi badan : 160 cm
3. Berat badan : 43 kg
4. IMT : 16,79 kg/m^2

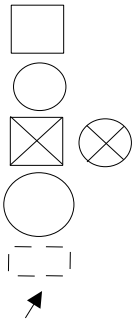
Kesimpulan : Tubuh kurang ideal

d. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



: Pria

: Wanita

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan jarang olahraga. Pasien mengatakan tidak teratur makan karena malas tapi ia sering jajan diluar seperti beli bakso, somai, dan jarang cuci tangan sebelum makan. Pasien mengatakan ia mandi 2 kali sehari. Apabila ia sakit ibunya pergi beli obat di Apotek atau toko dekat rumah.

a) Keluhan utama :

Demam

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan pada tanggal 6 April 2018 pulang jalan-jalan bersama teman-temannya dari mall, pada sore hari mulai merasa demam sehingga ibunya pergi belikan obat

paracetamol di Apotek tapi demamnya tidak turun. Pasien mengatakan pada tanggal 11 April 2018 malam demamnya tidak turun-turun disertai menggigil, perutnya sakit tidak tertahankan, pasien malas makan, mual sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke rumah sakit. Saat pengkajian pada tanggal 12 April 2018 pasien mengatakan demam selama di rumah kurang lebih 5 hari, demam naik turun disertai menggigil, sakit kepala, pusing, dan pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas seperti miring kiri dan kanan ditempat tidur, nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk, nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas perut, skala 6 berlangsung selama kurang lebih 5 menit. Badan pasien teraba hangat, pasien tampak berkeringat, tampak bibir kering dan pecah-pecah, ekspresi wajah tampak meringis, tampak gelisah, tampak pasien memegang ulu hati bagian kanan atas perut.

2) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

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

3) Riwayat kesehatan keluarga:

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

4) Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut : Tampak bersih, tidak ada ketombe
   b) Kulit kepala : Tampak bersih
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih, tampak lembab
   d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih

e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji

f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya malas makan di rumah karena sering jajan diluar. Apabila ia makan nasi, sayur hanya sedikit tapi ia suka makan ikan bolu. Pasien mengatakan lebih suka makan diluar yang pedas seperti bakso, mie pangsit, nasi goreng dan somai. Pasien mengatakan paling sering makan bakso 1 kali sehari. Minum air putih 6-8 gelas dalam sehari (1600cc) dan beli teh kotak 2 kali seminggu. Pasien mengatakan tidak tahu berat badan sebelumnya karena tidak pernah timbang berat badan.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya tambah malas makan semenjak sakit. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak bisa menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit hanya dapat menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan. Frekuensi makan 3x sehari dengan jenis makanan yaitu bubur, ikan, telur dan sayur serta makanan tambahan yaitu roti atau biskuit 1-2 potong. Pasien mengatakan minum air putih 4-5 gelas (800cc) dalam 14 jam. Pasien mengatakan merasa mual kalau makan dan lidahnya terasa pahit. Infus RL 1.000 cc /24tetes/menit/14 jam. Berat badan 43 kg

3) Observasi:

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

Intake (cm)

Infus RL/14 jam = 1.000 cc

AP = 800 cc +

= 1.800 cc

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak hitam dan tidak rontok

b) Hidrasi kulit : *Finger print* kembali dalam 2 detik

c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/tidak anemik.

d) Sclera : Tampak tidak ikterik.

e) Hidung : Tampak septum berada ditengah, tampak simetris.

f) Rongga mulut : Tampak ada sariawan

Gusi : Tampak tidak ada peradangan.

g) Gigi : Tampak bersih dan utuh

Gigi palsu : Tidak ada

h) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras.

i) Lidah : Tampak kotor, tidak ada peradangan.

j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan.

k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran.

l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran.

m) Abdomen:

a. Inspeksi : Simetris, perut tampak datar

b. Auskultasi : Peristaltik usus 11x/menit.

c. Palpasi : Nyeri tekan pada *epigastrica*

d. Perkusi : Tympani

n) Kulit

a. Edema : ☐ Positif ☑ Negatif

☐ ☑

b. Ikterik : Positif Negatif

c. Tanda – tanda radang : Tampak tidak ada.

d. Lesi : Tampak tidak ada lesi pada kulit.

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pola BAB dalam sehari 1x berwarna kuning kecoklatan, pasien mengatakan BAB yang keluar banyak dan tidak mengalami kesulitan dalam BAB, pasien mengatakan pola BAK dalam sehari kurang lebih 7 kali, berwarna kuning, pasien mengatakan pasien tidak sakit saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi:

Intake dalam 14 jam : 1800 cc

Output dalam 14 jam (total urin) : 800 cc

IWL dalam 14 jam = BB x 15 /14 jam

= 43 x 15 / 14 jam

= 645 cc/ 14 jam = 46 cc

IWL demam = 46 + 200 (39,1 -36,8)

= 46 + 460 = 506 cc/14 jam

Balance cairan = CM-(CK+IWL demam)

= 1.800 - (800+ 506)

= 1.800 – 1.306

= 494 cc/ 14 jam

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 11 x/menit.

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : tidak dikaji karena pasien menolak.

e) Anus :

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

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan adalah membantu orang tua masak, membersihkan rumah, jalan-jalan bersama teman dan nonton bersama adeknya di rumah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan semenjak sakit tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya karena ia hanya berbaring terus ditempat tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti duduk, makan dan pergi toilet. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas seperti miring kiri dan kanan ditempat tidur, nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk, nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas perut, skala 6 berlangsung kurang lebih 5 menit.

3) Observasi :

Tampak aktivitas dibantu oleh keluarga, ekspresi wajah meringis, tampak pasien gelisah.

a) Akitivitas harian :

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

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

b) Postur tubuh : Tampak tegap

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada

e) Fiksasi : Tampak tidak ada

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 110/70 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

Kesimpulan : Hipotensi Orostatik : [-] Posistif

[-] Negatif

b) HR : 90x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Pasien tampak berkeringat

Basah : Tampak keringat pada badan pasien

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

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

f) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kana

Retraksi intercostal : Tampak tidak ada

Sianosis : Tidak ada.

Stridor : Tidak ada

2) Palpasi :

Vocal fremitus : Teraba getaran paru kiri dan kanan sama.

3) Perkusi : ☑ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak

4) Auskultasi :

Suara napas : Vasikular disemua lapang paru

Suara ucapan : Normal disemua lapang paru

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

g) Jantung

5) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

6) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS V midklavikularis sinistra

7) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung : ICS V midclavicularis

Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung : Linea midaxilaris kiri.

8) Auskultasi :

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

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

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

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

Bunyi jantung II : Tidak terdengar

irama gallop

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta :

A. Renalis : Tidak terdengar.

A. Femoralis : Tidak terdenngar.

h) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot [-] : [✓] Positif

Negatif

2) Rentang gerak

Kaku sendi : Tampak tidak ada

Nyeri sendi : Tampak tidak ada

Fraktur : Tampak tidak ada

Parese : Tampak tidak ada

Paralisis : Tampak tidak ada

3) Uji kekuatan otot :

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada otot, tidak mampu bergerak

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

5) Refleks patologi:
   Babinski, Kiri : ☑ Positif ☐ Negatif
   Kanan : ☐ Positif ☐ Negatif
6) Clubbing jari-jari : Tampak tidak ada
7) Varises tungkai : Tampak tidak ada

i) Columna vertebralis :
1) Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis
2) Palpasi : Tampak tidak ada.
3) Kaku kuduk : Tampak tidak ada.

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

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

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan :

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

b) Pendengaran :

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

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

b) Rentang perhatian : Tampak perhatian penuh.

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

d) Postur tubuh : Tampak tegap

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tampak banyak keluarga, teman datang jeguk pasien.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dapat dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas selama ia dirawat di rumah sakit karena penyakit yang dialami tidak sembuh-sembuh tapi ibunya selalu kasih motivasi kalau dia bisa sembuh dari penyakitnya sehingga pasien tidak cemas lagi.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien rajin ke masjid untuk beribadah

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tampak ada alquran di samping pasien

5. UJI SARAF CRANIAL
    a. NI *Olafactorius*

        Tampak pasien dapat mencium aroma minyak kayu putih
    b. N II *Optikus*

        Tampak pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 6 cm
    c. N III *Oculomotorius*

        Tampak pasien dapat mengerakkan bola mata keatas dan kebawah
    d. N IV *Trochlearis*

        Tampak pasien dapat menggerakkan bola mata kearah berlawanan kekiri atas dan kekanan bawah begitupun sebaliknya
    e. N VI *Abduscens*

        Tampak adanya pembesaran pupil, reflex cahaya dan pergerakna bola mata kesegala arah
    f. N V *Trigeminus*

        Respon sensorik tampak pasien dapat merasakan goresan kapas pada dahi pipi, dan dagu. Respon motorik tampak pasien mampu menggigit.
    g. N VII *Fascialis*

        Fungsi motoric tampak pasien dapat mengangkat alis, mencucurkan bibir, mengkerutkan dahi, tersenyum dan meringis. Respon sensorik tampak pasien dapat merasakan manis dan pahit dari bahan gula dan kopi
    h. N VIII *Vestibulo-Acustikus*

Tampak pasien dapat mendengarkan gesekan jari perawatn pada kedua telinga pasien

i. N IX *Glossopharyngeus*

Tampak ulvula berada ditengah

j. N X *Vagus*

Tampak pasien mampu menelan

k. N XI *Accessorius*

Tampak pasien mampu mengangkat bahu kekiri dan kekanan serta gerakan kepala

l. NXII *Hypoglossus*

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

Pemeriksaan Laboratorium

Nama / umur : Nn. ”H” /23 tahun

Tanggal pemeriksaan :11-04-2018

Ruangan / kamar : Bernadeth II A /501[1]

Test/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
IMUNO SEROLOGI – INFEKSI LAIN			
ANTI SALMONELLA TYPHI IgM	Positif +4	Negatif	

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilia normal
WBC	13.1	-	10^3/uL	[4.8 - 10.8]
RBC	4.9	-	10^6/uL	[4.7 - 6.1]
HBG	15.3		g/dL	[14 - 18]
HCT	42.7		%	[42 - 52]
MCV	66.5		Fg	[80 - 99]
MCH	30.3		Pg	[27 - 31]
MCHC	35		g/dL	[33 - 37]
PLT	325		10^3uL	[150 - 450]
RDW-CV	12.1		%	[11.5 - 14.5]
PDW	9.9		Fl	[9 - 13]
MPV	8.6		Fl	[7.2 - 11.1]
P-LCR	14.8		%	[15 - 25]
NEUT%	65.6		%	[40 - 74]
LYM%	20.6		%	[19 - 48]
MXD%	13.8		%	[4 - 18]

NEUT#	6.4		10^3/uL	[1.5 - 7]
LYM#	2.0		10^3/uL	[1 - 3.7]
MXD	1.3		10^3/uL	[0 - 1.2]

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

Terapi obat

Paracetamol 500 mg / 8 jam / oral
Novaldo 500 mg/1 ampul/12 jam/IV bolus
Cefoperazone 1 gr/12 jam/ IV bolus
Raditine 50 mg/ 1 ampul / 12 jam / Iv bolus
Ulsidex 500 mg / 12 jam / oral
Infus RL 24 tetes / menit

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Serli Dua Lembang)

B. Analisa Data

NAMA / UMUR : Nn.” H “/23 Tahun

UNIT / KAMAR : Bernadeth II A / 501 Bed[1]

Tabel 3.2 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS - Pasien mengatakan demam naik turun disertai menggigil - Pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari - Pasien mengatakan demam selama di rumah kurang lebih 5 hari. - Pasien mengatakan pusing. - Pasien mengatakan sakit kepala. DO : - Badan pasien teraba hangat - Tampak lidah pasien kotor - Tampak bibir pecah-pecah dan kering - Tampak pasien berkeringat - Tanda-tanda vital TD : 110/70mmHg N : 88 x/ menit S : 39,1 C° P : 20x/ menit - *Anti salmonella typhi* IgM : Positif (+4)	Penyakit	Hipertermia

2.	- *WBC* : 13,1 g/dl DS : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati yang tak tertahankan - Pasien mengatakan nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas seperti balik kiri dan kanan ditempat tidur - Pasien mengatakan nyeri menetap pada ulu hati - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk - Skala 6 berlangsung kurang lebih 5 menit DO : - Ekspresi wajah tampak meringis - Tampak gelisah - Tampak pasien memegang ulu hati bagian kanan atas perut - Pemeriksaan fisik *abdomen*, palpasi : nyeri tekan pada *epigastrica* - Tanda-tanda vital TD : 110/70 mmHg N : 88x/ menit S : 39.1C° P : 20x/ menit - *Anti salmonella typhi* IgM : Positif (+4)	Agen cedera biologis (infeksi salmonella typhi)	Nyeri akut

	- *WBC* : 13,1 g/dl		
3.	DS : - Ibu pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit - Ibu pasien mengatakn semenjak sakit anaknya tambah malas maka - Pasien mengatakan merasa mual kalau makan - Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit DO : - Tampak pasien kurus - Tampak ada sariawan - Lidah tampak kotor - Nyeri tekan pada epigastrica - Tampak pasien hanya makan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit - BB : 43 kg TB : 160 cm IMT:16,79kg/m^2 Kesimpulan: Tubuh kurang ideal - *Anti salmonella typhi* IgM : Positif (+4) - *WBC* : 13,1 g/dl	Faktor biologis	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

C. Diangnosis Keperawatan

Nama / Umur : Nn. ” H ” / 23 Tahun

Ruangan / Kamar : Bernadeth II A / 501 Bed [1]

No	Diagnosis Keperawatan
I	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
II	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
III	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis

Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan

D. Intervensi Keperawatan

NAMA / UMUR : Nn. ”H” / 23 Tahun

RUANGAN / KAMAR : BERNADETH II A / 501 Bed 1

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

TANGGAL	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC) Meliputi: mandiri, observasi, penyuluhan, kaloborasi
12-04-2018	Hipertermia berhungan dengan penyakit ditandai dengan: DS : - Pasien mengatakan demam naik turun disertai menggigil - Pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari - Pasien mengatakan demam selama di rumah kurang lebih 5 hari. - Pasien mengatakan pusing. - Pasien mengatakan sakit kepala.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapakan Tergomulasi, Tanda-Tanda Vital, Hidrasi dengan hasil kriteria: 1. Termogulasi 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)	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

	DO : - Badan pasien teraba hangat - Tampak lidah pasien kotor - Tampak bibir pecah-pecah dan kering - Tampak pasien berkeringat - Tanda-tanda vital TD : 110/70mmHg N : 88 x/ menit S : 39,1 C° P : 20x/ menit - *Anti salmonella typhi* IgM : Positif (+4) - *WBC* : 13,1 g/dl	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). 2. Tanda - tanda vital a. Suhu tubuh dipertahankan pada skala 2 (devisi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 4 (devisi ringan dari kisaran normal. 3. Hidrasi a. Membran mukosa lembab dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)	antiperetik, agen antibakteri dan anti menggigil. 2. Pengaturan suhu a. Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan b. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat. c. Berikan pengobatan antiperetik sesuai kebutuhan. d. Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil.
	Nyeri Akut Berhubungan Dengan	Setelah dilakukan tindakan	1. Menajemen nyeri

	Agens Cedera Biologis (infeksi salmonella typhi ditandai dengan: DS : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati yang tak tertahankan - Pasien mengatakan nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas seperti balik kiri dan kanan ditempat tidur - Pasien mengatakan nyeri menetap pada ulu hati - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk - Skala 6 berlangsung kurang lebih 5 menit DO : - Ekspresi Wajah tampak	keperawatan selama 3x24 jam diharapakan kontrol nyeri, tingkat nyeri, tingkat ketidaknyamanan dengan hasil kriteria : 1. Kontrol nyeri a. Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan). b. Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan). c. Menggunakan tindakan pencegahan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan pada skala 3 (kadang- d. kadang menunjukkan).	a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus b. Kurangi atau eleminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri, (mis kelelahan, keadaan menoton, ketakutan) 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

	meringis - Tampak gelisah - Tampak pasien memegang ulu hati bagian kanan atas perut - Pemeriksaan fisik *abdomen*, palpasi : nyeri tekan pada *epigastrica* - Tanda-tanda vital TD : 110/70 mmHg N : 88x/ menit S : 39.1C° P : 20x/ menit - *Anti salmonella typhi IgM* : Positif (+4) - *WBC* : 13,1 g/dl	2. Tingkat nyeri a. Nyeri yang dilaporkan dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan). b. Ekspresi nyeri wajah dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan). c. Tidak bisa beristrahat dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan) 3. Tingkat ketidaknyamanan a. Nyeri dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan pada skala 3 (sedang)	penurunan nyeri. f. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat. g. Kaloborasi dengan pasien orang terdekat dan tim kesehatan lainya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan. h. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi) untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai kebutuhan. 2. Terapi relaksasi a. 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
12-04-2018	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis ditandai dengan: DS : - Ibu pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapakan Status Asupan Nutrisi, Nafsu makan dengan hasil kriteria : 1. Status Asupan Nutrisi a. Asupan kalori dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3	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

	- Ibu pasien mengatakn semenjak sakit anaknya tambah malas maka - Pasien mengatakan merasa mual kalau makan - Pasien mengatakan lidahnya pahit DO : - Tampak pasien kurus - Tampak ada sariawan - Lidah tampak kotor - Nyeri tekan pada epigastrica - Tampak pasien hanya makan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit - BB : 43 kg TB : 160 cm IMT:16,79kg/m^2	(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	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

	Kesimpulan: Tubuh kurang ideal - *Anti salmonella typhi* IgM : Positif (+4) - *WBC* : 13,1 g/dl	(sepenuhnya adekuat) 2. Nafsu makan a. Hasrat / keinginan untuk makan dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan pada skala 4 sedikit terganggu.	yang dianjurkan c. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan d. Tentukan kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi sesui kebutuhan

E. Implementasi Keperawatan

NAMA / UMUR : Nn.” H “/23 Tahun

UNIT / KAMAR : Bernadeth II A / 501 Bed[1]

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan	Perawat
13-04-2018	II	07.01	Menunjukkan dan mempraktikan teknik relaksasi seperti nafas dalam Hasil : - Tampak pasien mengikuti anjuran perawat - Tampak pasien mengerti dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Serli
	I	07.10	Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan Hasil : - Suhu 37,9 C°	Serli
	I	07.20	Mengganti cairan infus pasien hasil : - Cairan RL 500cc 20 tetes/menit	Febrianti
	I II	08.10	Memberikan obat atau cairan IV agen, antibakteri sesuai yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Novaldo 1 ampul/IV - Ranitidine 1 ampul/IV - Ulsidex 500 mg/oral - Cefoperasone 1gr/IV - Tampak pasien minum air putih 100 cc	Perawat Maria
	II	08.20	Mengurangi atau eliminasi faktor-faktor dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri misalnya menganjurkan keluarga membantu pasien untuk BAK, BAB dan	Serli

			mengurangi aktivitas pasien. Hasil : - Tampak keluarga membantu pasien untuk melakukan aktivitas - Tampak ada pispot dibawah tempat tidur pasien untuk BAK	
	I	08.31	Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 200 cc	Serli
	I II III	09.50	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil : - TD :100/70 mmHg - N :88X/menit - P :22x/menit - S :37,9 C°	Serli
	I	10.15	Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Tampak ibu pasien memberikan air putih kepada pasien 100 cc	Serli
	II	11.20	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya menganjurkan pada keluarga untuk membatasi penjaga pasien Hasil : - Tampak keluarga mau melakukan anjuran perawat untuk mengurangi penjaga pasien	Febrianti
	III	11.32	Mengidentifikasi adanya alergi makanan pasien Hasil :	Serli

			- Pasien mengatakan alergi udang	
	III	11.45	Berkolaborasi bersama ahli gizi untuk memenuhi kebutuhan pasien. Hasil : - Ahli gizi mengatakan pasien harus harus makan tinggi kalori, protein, karbohidrat, mineral, zat besi, lemak dan pasien dianjurkan makan bubur. Berat badan : 43 kg	Serli,ahli gizi
	III	11.50	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan misalnya menganjurkan kepada keluarga bahwa pasien tidak boleh makan makanan yang keras seperti nasi untuk sementara pasien dianjurkan makan bubur. Hasil : - Tampak keluarga mengerti anjuran perawat dan mau mengikuti anjuran perawat	Serli
	I III	12.12	Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Pasien mengatakan malas makan karena merasa mual dan lidahnya pahit - Pasien mengatakan hanya makan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit. - Tampak pasien makan bubur dan ada sayur-sayuran - Tampak pasien hanya makan ¼	Serli

			porsi makanan yang disediakan - Tampak pasien minum air putih 100 cc	
	II	13.00	Memfasilitasi istrahat, tetapkan pembatasan aktivitas jika diperlukan misalnya menganjurkan pasien untuk istirahat Hasil : - Tampak pasien berbaring untuk beristrahat	Serli
	I	13.40	Memonitor suhu pasien sesuai kebutuhan. Hasil : - S : 37,8 C°	Febrianti
	III	14.00	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien Hasil : - Ibu pasien mengatakan anaknya suka makan bubur ayam	Velaria
	II	14.15	Mendorong klien untuk mengulagi dan mempraktekan teknik relaksasi Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam	Velaria
	I	14.20	Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 200 cc	Velaria
	I	14.25	Memonitor suhu pasien sesuai kebutuhan. Hasil : - S : 38,2 C° Memberikan kompres hangat kepada	Velaria

			pasien	
			Hasil :	Velaria
	I	14.26	- Tampak terpasang kompres air hangat didahi pasien	
			Memberikan obat atau cairan IV misalnya antipiretik sesuai yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi	Perawat
	I II	14.28	cairan misalnya air putih	Desi
			Hasil :	
			- Parastamol 500 mg/oral	
			- Tampak pasien minum air putih 100 cc	
			Menutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam.	Velaria
	I	14.30	Hasil :	
			- Tampak pasien memakai baju tipis yang menyerap keringat	
			Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih	
			Hasil :	Perawat
	I	14.55	- Tampak pasien minum air putih 100 cc	Desi
			Mengganti cairan infus pasien	
			Hasil :	
			- cairan RL 500 cc 24 tts / menit	Velaria
	II	15.20	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya	
			Hasil :	Velaria
	I II III	16.10	- TD :90/70 mmHg	
			- N :89X/menit	
			- P :2Ox/menit	
			- S :37,5 C°	
			Membantu pasien untuk memilih	

	III	17.55	makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam sesuai kebutuhan misalnya pasien dianjurkan makan bubur Hasil : - Tampak pasien mengerti memilih makanan yang lunak dan tidak mengandung asam	Velaria
	I III	18.20	Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Pasien mengatakan malas makan karena merasa mual dan lidahnya pahit - Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit. - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan - Tampak pasien minum air putih 100 cc	Velaria
	III	18.45	Memastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi. Hasil : - Tampak pada bubur pasien terdapat 1 potong ayam, sayur bening dan 1 buang pisang - Tampak ibu pasien membelikan buah-buahan seperti pepanya dan pisang. Memonitor asupan dan keluaran cairan	Velaria

			misalnya air putih Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 200 cc	Fatma
	I	18.59	Memberikan obat atau cairan IV, antibakteri sesui yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil :	Velaria
	I II	20.01	- Novaldo 1 ampul/IV - Ranitidine 1 ampul/IV - Ulsidex 20mg/oral - Cefoperasone 1gr/IV - Tampak minum air putih 100 cc Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil :	
	II	20.56	- Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien meringis dan gelisah Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil :	Velaria
	I II III	22.00	- TD :100/80 mmHg - N :8IX/menit - P :2Ox/menit - S :38 C° Menganjurkan keluaraga untuk mengompres pasien Hasil :	Yuli
			- Tampak keluarga melakukan	

			anjuran keluarga - Tampak terpasang kompres air hangat didahi pasien	Perawat yusrah
	I	22.05	Memberikan obat atau cairan IV misalnya antipiretik sesuai yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Parastamol 500 mg/oral	Yuli
	I	22.07	Monitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 250 cc	
	I	22.15	Mengganti cairan infus pasien Hasil : - RL 500 cc 24 tetes / menit	Yuli
	I	22.20	Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih 100 cc	Yohanes
	I	22.22	Mendukung istirahat/tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri misalnya menganjurkan pasien untuk istrahat Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Perawat Yusra Yuli
	II	22.26	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi dengan lampu yang redup Hasil : - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	
			Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya	Yuli

	II	22.29	Hasil : - TD :100/70 mmHg - N :88X/menit - P :22x/menit - S :38 C°	Yuli
	I II III	05.05	- Pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari - Pasien mengatakan masih demam naik turun - Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing - Kulit teraba hangat - Bibir tampak kering dan pecah-pecah, pasien tampak gelisah Menganjurkan keluaraga untuk mengompres pasien Hasil : - Tampak keluarga melakukan anjuran keluarga - Tampak terpasang kompres air hangat didahi pasien	Perawat
	I	05.07	Memberikan obat atau cairan IV, agen antipiretik sesuai yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Parastamol 500 mg/oral - Tampak pasien minum air putih 100 cc	Ida Yuli
	I	05.09	Mengganti cairan infus pasien Hasil : - RL 500 CC 24 tt / menit Memonitor asupan dan keluaran cairan	

			Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 250cc	Yuli
	I	05.20	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.	Yuli
	I	05.45	Hasil : - Pasien mengatakan nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas seperti balik kiri dan kanan - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas - Skala 6 dan berlangsung kurang lebih 5 menit - Pasien tampak gelisah - Wajah tampak meringis	Perawat yusrah
	I	05.55	Mendorong klien untuk mengulagi dan mempraktekan teknik relaksasi Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam	
	II	05.5	Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Pasien mengatakan malas makan karena merasa mual dan	Yuli Perawat

	I III <

			Hasil : - S : 38 C°	
	I	07.20	Menganjurkan keluaraga untuk mengompres pasien Hasil : - Tampak keluarga melakukan anjuran perawat - Tampak terpasang kompres air hangat didahi pasien	Serli Serli
14-04-2018	I	07.22	Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih 100 cc	
	I	07.30	Memberikan obat atau cairan IV, agen antibakteri sesuai yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Novaldo 1 ampul/IV - Ranitidine 1 ampul/IV - Ulsidex 20mg/oral	Ferbrianti Perawat Yanti
	I II	08.10	- Cefoperasone 1gr/IV - Tampak pasien minum air putih 100 cc Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil : - TD :110/70 mmHg - N :86X/menit - P :21x/menit - S :37,9 C° Melakukan pengkajian nyeri	 Serli

	I II III	09.50	komprehensif yang meliputi lokasi atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Hasil : - Pasien mengatakan nyeri timbul apabila melakukan beraktivitas seperti balik kiri dan kanan ditempat tidur	Serli
	II	10.20	- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas - Skala 5 dan berlangsung kurang lebih 4 menit. Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien meringis dan gelisah	Serli
	II	10.25	Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 300 cc Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya suhu lingkungan 24 C° Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman	Serli

	I	10.28	Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih	Febrianti
	II	11.01	Hasil : - Pasien mengatakan malas makan karena merasa mual dan lidahnya pahit. Berat badan 43 kg - Pasien mengatakan hanya makan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit.	Serli
	I III	12.01	- Tampak pasien hanya makan ¼ porsi makanan yang disediakan - Tampak pasien makan bubur,sayur dan buah-buahan. - Tampak pasien minum air putih 150 cc Mengganti cairan infus pasien Hasil: - RL 500 cc 20 tt / menit Memfasilitasi istrahat, tetepkan pembatasan aktivitas jika diperlukan misalnya menganjurkan pasien untuk istrahat Hasil : - Tampak pasien baring untuk istirahat	Serli
	I	12.20	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan.	Serli
	II	13.00	Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam	

			- Tampak pasien meringis dan gelisah	
				Febrianti
	II	13.50	Meminta untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi Hasil: - Tampak pasien merasa nyaman	
			Memonitor suhu pasien sesuai kebutuhan. Hasil : - S : 38 C°	
			Menganjurkan keluaraga untuk mengompres pasien	Serli
			Hasil :	
	II	13.55	- Tampak keluarga melakukan anjuran perawat	
			- Tampak terpasang kompres air hangat didahi pasien	Velaria
	I	14.49	Memberikan obat atau cairan IV, agen antipiretik sesuai yang diresepkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih	Ulfa
	I	14.55	Hasil : - Parastamol 500 mg/oral - Tampak pasien minum air putih 100 cc	
			Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih	Velaria
			Hasil :	
	I	14.53	- Tampak pasien minum air putih 150cc	
			Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot	

			dengan jumlah 300 cc	
	I	15.20	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil : - TD :100/70 mmHg - N :82X/menit - P :20x/menit - S :37.9C°	Velaria Fatma
	I	15.22	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien Hasil : - Tampak ibu pasien membelikan membelikan bubur ayam kesukaan pasien	Velaria
	I II	16.11	Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Pasien mengatakan sudah mulai makan 1/3 porsi makanan yang disediakn rumah sakit - Tampak pasien minum air putih 150 cc	Velaria
	III	17.29	Memastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi misalnya makan sayur-sayuran dan buah-buahan Hasil : - Pasien mengatakan sudah BAB 1x - Tampak pada bubur pasien	Velaria
	I III	18.10		

	III	18.30	terdapat 1 potong ayam, sayur bening dan 1 buang pisang - Tampak ibu pasien membelikan buah-buahan seperti pepanya dan pisang. Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien meringis dan gelisah	Velaria
	II	19.10	Memonitor suhu pasien sesuai kebutuhan. Hasil : - S : 38,1 C° Memberikan obat atau cairan IV, agen antibakteri sesuai yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air Hasil : - Novaldo 1 ampul/IV - Ranitidine 1 ampul/IV - Ulsidex 20mg/oral - Cefoperasone 1gr/IV - Tampak minum air putih 100 cc	Velaria Velaria
	I I II	19.58 20.00	Mengganti cairan infus pasien Hasil - RL 500 cc 20 tt / menit Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya	Perawat ida

			Hasil : - TD :100/70 mmHg - N :82X/menit - P :20x/menit - S :37.9 C°	
	I	20.20	Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih 100 cc	Velaria Perawat Rini
	I II III	22.00	Mendukung istrahat/tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri misalnya menganjurkan pasien untuk istrahat Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	
	I	22.10	Menciptakan lingkungan yang tenang dan lampu yang redup jika memungkinkan Hasil : - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Perawat Rini Perawat Desri
	II	22.13	Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 200 cc	
	II	22.16	Mengganti cairan infus pasien Hasil - RL 500 CC 20 tetes / menit Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil : - TD :100/70 mmHg	Perawat Rini Perawat

	I 22.20 I 04.20 I II III 05.00 <

	I III <

			150 cc	
	I	07.00	Memberikan obat atau cairan IV, agen antibakteri sesuai yang dirsepkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air Hasil : - Novaldo 1 ampul/IV	Serli
15-04-2018	I	07.20	- Cefoperasone 1gr/IV - Tampak minum air putih 100 cc Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil :	Serli
	I II	08.00	- TD :110/80 mmHg - N :88X/menit - P :20x/menit - S :36,9 C° Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil :	Serli
	I II	10.00	- Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 300 cc Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Hasil :	Serli
	I	10.15	- Pasien mengatakan nyeri ulu hati dan sakit kepala mulai berkurang dengan skala 4 Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil :	Febrianti
	II		- Pasien mengatakan sudah mulai merasa nyaman - Tampak pasien mampu	Serli

		11.20	melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam	
			Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih	Serli
	II		Hasil :	
		11.05	- Pasien mengatakan sudah tidak mual kalau makan dan lidanya sudah tidak pahit. Berat badan 43 - Pasien mengatakan sudah mulai makan 1/3 porsi makanan yang disediakan rumah sakit. - Tampak minum air putih 150 cc	
			Mengganti cairan infus pasien	Febrianti
	I III		Hasil	
		12.10	- RL 500 CC 20 tetes / menit	
			Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri misalnya menganjurkan pasien untuk istrahat	
			Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai istrahat	
			Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih	
			Hasil :	Serli
	I		- Tampak pasien minum air putih 200 cc	
		12.20	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya	Serli
	II		Hasil :	
		13.26	- TD :110/80 mmHg	

			- N :84X/menit - P :20x/menit - S :36,6 C°	
	I	14.30	Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 300cc	Perawat Desi
	I II	16.00	Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak mual kalau makan dan lidanya sudah tidak pahit	Perawat Desi
	II	16.45	- Pasien mengatakan sudah mulai makan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit.	Perawat desi
	I III	18.11	- Tampak pasien makan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit. - Tampak pasien minum air putih 200 cc Memberikan obat atau cairan IV, agen antipiretik, antibakteri sesuai yang diresapkan dokter dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air Hasil : - Novaldo 1 ampul/IV - Cefoperasone 1gr/IV - Tampak minum air putih 100 cc Mengganti cairan infus pasien	Perawat Desi

			Hasil: - RL 500 cc 20 tetes / menit	
	I II	20.00	Mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih 100 cc	Perawat Desi
	I	20.20	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam	Perawat Desi Perawat Desi
	I	20.47	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil : - TD :110/80 mmHg - N :82X/menit - P :19x/menit - S :36,4 C°	Perawat mery
	II	20.56	Mendukung istrahat/tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri misalnya menganjurkan pasien untuk istirahat Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Perawat mery
	I II	22.00	Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 300 cc	

			Mengganti cairan infus pasien Hasil: - RL 500 cc 20 tetes / menit	Perawat
	II	22.10	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya Hasil : - TD :110/80 mmHg - N :82X/menit - P :19x/menit	mery
	I	22.15	- S :36,4 C° - Pasien mengatakan demamnya sudah turun	Perawat mery
	I	04.20	- Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala - Badan pasien sudah tidak teraba hangat	Perawat Meri
	I II III	05.00	Memonitor asupan dan keluaran cairan Hasil : - Tampak pasien BAK dipispot dengan jumlah 300 cc	Perawat Meri
			Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengakajian nyeri dilakukan. Hasil : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah berkurang dan berada pada skala 2 - Tampak pasien rileks - Tampak pasien tenang	Perawat
	I	05.32	Memantau status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi dan dan mendorong pasien mengkonsumsi cairan misalnya air	Meri Perawat

	II I III <

F. Evaluasi Keperawatan

NAMA / UMUR : Nn. ”H” / 23 Tahun

RUANGAN / KAMAR : BERNADETH II A / 501 Bed[1]

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi Soap	Nama Perawat
13-04-2018	DP I : Hipertermia b/d Penyakit S : - Pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari - Pasien mengatakan masih demam naik turun - Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing O : - Kulit teraba hangat - Bibir tampak kering dan pecah-pecah - Pasien tampak gelisah - Obervasi TTV TD : 100/70 mmHg N : 88X/menit P : 22x/menit S : 38C A : - Pasien masih mengalami hipertermia P : - Lanjutkan intervensi : a, c, d, e, f, g, a, d DP II : Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas seperti balik kiri dan kanan - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas - Skala 6 dan berlangsung kurang lebih 5 menit	Serli

	O : - Pasien tampak gelisah - Wajah tampak meringis - Obeservasi TTV : TD :100/70 mmHg N : 88X/menit P : 22x/menit S : 38C° A : - Pasien masih merasakan nyeri akut P : - Lanjutkan intervensi : a, b, d, e, f, h, a, b, c, d DP III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis S : - Pasien mengatakan malas makan karena merasa mual dan lidahnya pahit. - Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan rumah sakit. O : - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan - Tampak pasien kurus - Berat badan: 43. - IMT : 16,79 kg/m^2 A : - Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi P : - Lanjutkan intervensi : a, d, e, b	
14-04-2018	DP I : Hipertermia b/d Penyakit S : - Pasien mengatakan demam sudah mulai turun - Pasien mengatakan masih sakit kepala O : - Badan pasien masih teraba hangat - Obervasi TTV TD : 100/70 mmHg N : 88X/menit	Serli

	P : 21x/menit S : 37,9C A : - Demam pasien sudah mulai menurun P : - Lanjutkan intervensi : a, c, d, e, f, g, a, b DP II : Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang pada skala 5 - Pasien mengatakan sudah mulai nyaman O : - Tampak pasien meringis - Obervasi TTV TD : 100/70 mmHg N : 88X/menit P : 21x/menit S : 37,9C° A : - Nyeri pasien sudah mulai berkurang P : - Lanjutkan intervensi: a, d, e, h, a, b, c, DP III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis S : - Pasien mengatakan lidahnya sudah mulai tidak pahit. - Pasien mengatakan sudah mulai makan 1/3 porsi makanan yang disediakan rumah sakit O : - Tampak pasien kurus - Tampak pasien makan 1/3 porsi makanan yang disediakan rumah sakit - Berat badan : 43 kg - IMT : 16,79 kg/m^2 A : - Pasien masih mengalami ketidakseimbangan	

	nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. P : - Lanjutkan intervensi : a, d, e, b	
15-09-2018	DP I : Hipertermia b/d penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya sudah turun - Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala O : - Badan pasien sudah tidak teraba hangat - Observasi TTV TD :110/80 mmHg N : 82X/menit P :19x/menit S : 36.4 C° A : - Demam pasien sudah menurun P : - Stop intervensi DP II : Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah berkurang dan berada pada skala 2 O : - Tampak pasien rileks - Tampak pasien tenang - Observasi TTV TD :110/80 mmHg N : 82X/menit P :19x/menit S : 36.4C A : - Nyeri pasien sudah berkurang P : - Stop intervensi DP III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis S : - Pasien mengatakan sudah tidak mual kalau makan dan lidahnya sudah tidak pahit, berat badan - Pasien mengatakan sudah mulai makan ½	Serli

	porsi makanan yang disediakan rumah sakit - Tampak pasien makan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit. O : - Tampak pasien makan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit. - Tampak pasien kurus - Berat badan : 43 kg - IMT : 16,79 kg/m^2 A : - Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan faktor biologis P : - Lanjutkan intervensi : a, d	

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Nn. “H” umur 23 tahun, masuk RS Stella Maris Makassar di ruangan Bernadeth II A pada tanggal 11 April 2018 dengan diagnosa Demam *Typhoid* dengan keluhan demam pada sore hari naik turun disertai menggigil, perutnya sakit tidak tertahankan, pasien malas makan, mual.

Pada saat pengkajian pada tanggal 12 April 2018 diperoleh data: pasien mengatakan demam selama di rumah kurang lebih 5 hari, demam naik turun disertai menggigil, sakit kepala, pusing, lemas, nafsu makan menurun, mual dan pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas, nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk, nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas perut, skala 6 berlangsung selama kurang lebih 5 menit. Badan pasien teraba hangat, GCS : 15, tampak pasien berkeringat, tampak bibir kering dan pecah-pecah, wajah tampak meringis, tampak gelisah, tampak pasien memegang ulu hati bagian kanan atas perut, lidah tampak kotor, tampak pasien kurus, berat badan 43 kg, IMT 16,79 kg/m^2. Pemeriksaan TTV : TD :110/70 mmHg, N: 88x/menit, P: 20x/menit, S: 39,1^{0}C. Terapi obat yang didapatkan paracetamol 500 mg oral, ulsidex 500 mg 2 x1/hari/oral, cefoperazone 1 gr/12 jam, ranitidin 1 ampul/12 jam, novaldo 1 ampul/12 jam, terpasang cairan infus RL 500 mL dengan jumlah tetesan 24 tetes/menit dan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan *anti salmonella typhi* IgM (+4) dan WBC meningkat yaitu 13,1 10^3/ul.

Dari data di atas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, hipertermia berhubungan dengan penyakit, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

G. Daftar Obat

1. Paracetamol
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antipiretik
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : jika pasien demam
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Kerjanya dengan menghilangkan produksi prostaglandin (senyawa penyebab inflamasi) namun obat ini hanya sedikit memiliki khasiatanti anti inflamasi dan fungsinya meringankan rasa sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam
   f. Alasan pemberian obat pada pasien : Karena pasien demam
   g. Kontra indikasi : jangan menggunakan paracetamol untuk pasien yang memiliki riwayat hipersensitif
   h. Efek samping : ruam atau pembengkakan bisa menjadi tanda dari reaksi alergi, kerusakan hati dan ginjal, ketika di ambil pada dosis lebih tinggi dari yang direkomendasikan (overdosis).
2. Novaldo
   a. Klasifikasi/golongan obat : anti inflamasi Non steroid (AINS)
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien : 1 Amp/12 jam
   d. Cara pemberian obat : intravena/bolus
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Merupakan kelompok obat antiinflamasi nonsteroid yang memiliki fungsi sebagai penghilang rasa sakit, antispasmodic (meredakan kejang otot), dan penurunan demam.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan pasien di berikan obat ini Karena obat ini bekerja untuk menurunkan demam
g. Kontra indikasi : pasien dengan TD sistolik < 100 mmHg. Pasien dengan agranulositosis. Hamil, laktasi. Bayi < 3 bulan atau BB < 5kg.
h. Efek samping obat : reaksi hipersensitivitas pada kulit (kemerahan pada kulit), agranulositosis.

3. Ranitidin
   a. Klasifikasi /golongan obat : antisida
   b. Dosis umum : 300 mg / hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp / 12 jam
   d. Cara pemberian obat : intravena/bolus
   e. Mekanisme kerja obat : obat ini bekerja untuk menurunkan kadar asam berlebihan yang diproduksi oleh lambung sihingga rasa sakit dapat redah dan luka pada lambung perlahan-lahan akan sembuh. Selain mengobati, ranitidin juga dapat digunakan untuk mencegah menculnya gejala-gejala gangguan pencernaan akibat mengkomsumsi makanan tertentu.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien nyeri ulu hati
   g. Kontra indikasi : penderita yang hipersekresi terhadap obat
   h. Efek samping :
      Sakit kepala, takikardi, bradikardi, SSP ,jarang terjadi, malaise vertigo, mengantuk, depresi.
4. Cefoperazone
   a. Klasifikasi /golongan obat : Antibiotik /sefalosporin
   b. Dosis umum : 2-4 gram per hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr /12 jam
   d. Cara pemberian obat : intravena/bolus

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat sintesisi dinding sel bakteri dengan mengikat 1 atau lebih protein pengikat yang menghambat tahap transpeptidifikasi akhir sintesis peptidoglikan di dinding sel bakteri dan berfungsinya untuk untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri pseudomonas, dan tidak bisa menyembuhkan infeksi akibat virus (seperti flu atau batuk)
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien infeksi salmonella thypi.
g. Kontra indikasi : bagi pasien yang alergi terhadap penisilin atau sefalosporin sebaiknya tidak mengonsumsi cefoperazone.
h. Efek samping : sariawan, diare, infeksi jamur pada vagina, muntah.

5. Ulsidex
   a. Klasifikasi /golongan obat : obat keras
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg 2 x 1
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja obat dan fungsi : obat yang mengandung sucralfate, suatu senyawa kompleks aluminium hidroksida dan sukrosa sulfat yang berfungsi sebagai anatasida minimal.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien merasa nyeri pada ulu hati.
   g. Kontra indikasi : Jangan menggunakan obat ini untuk pasien yang diketahui memiliki riwayat hipersensitif pada sucralfate, tidak dianjurkan digunakan oleh anak usia <15 tahun, Efek samping : Gangguan pencernaan, mual, sembelit, ruam kulit, mulut kering.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis, akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teoritis dengan kasus pada pasien Nn. “H” dengan Demam *typhoid* di Rumah Sakit Stella Maris selama 3 hari yang dilaksanakan pada tanggal 13-15 April 2018 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada Nn. “H” umur 23 tahun, pada tanggal 12 April 2018 didapatkan data yaitu pasien mengatakan demam selama di rumah kurang lebih 5 hari, demam naik turun disertai menggigil, sakit kepala, pusing, lemas, nafsu makan menurun, mual dan pasien mengatakan demam pada sore dan malam hari. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas, nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk, nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas perut, skala 6 berlangsung selama kurang lebih 5 menit. Badan pasien teraba hangat, tampak pasien berkeringat, tampak bibir kering dan pecah-pecah, wajah tampak meringis, tampak gelisah, tampak pasien memegang ulu hati bagian kanan atas perut, lidah tampak kotor, tampak pasien kurus, berat badan 43 kg, IMT 16,79 kg/m^2. Pemeriksaan TTV : TD :110/70 mmHg, N: 88x/menit, R: 20x/menit, S: 39,1^{0}C. Terapi obat yang didapatkan paracetamol 500 mg oral 3x1/hari, ulsidex 500 mg 2 x1/hari/oral, cefoperazone 1 gr/12 jam, ranitidin 1 ampul/12 jam, novaldo 1 ampul/12 jam, terpasang cairan infus RL 500 mL dengan jumlah tetesan 24 tetes/menit dan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan *anti salmonella typhi* lgM (+4) dan WBC meningkat yaitu 13,1 10^3/ul.

Dari tinjauan teori masa inkubasi terjadi 10-14 hari dengan gejalanya : demam naik turun terutama sore hari dan malam hari, nyeri kepala, pusing, 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 tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada pasien karena sebagian penyebab serta tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teori.

B. Diangnosa Keperawatan

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

      Adapun diagnosa yang tidak diangkat penulis pada kasus yaitu: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pada intervensi penulis sudah merencanakan tindakan keperawatan pada diagnosa nyeri untuk membatasi aktivitas pada pasien. Dan yang kedua defisiensi pengetahuan penulis tidak

mengangkat diagnosa ini karena pasien sudah mengetahui penyebab penyakitnya.

C. Perencanaan Keperawatan

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

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari. Semua intervensi dilakukan sesuai rencana keperawatan teoritis dan kasus adapun intervensi yang tidak dilakukan pada diangnosa kedua yaitu: berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil, penulis tidak melakukan tindakan keperawatan ini karena pada saat implementasi pasien sudah tidak menggigil. Intervensi yang tidak dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu berikan pilihan makanan sambil menawarkan bimbingan terhadap pilihan (makanan) yang lebih sehat jika diperlukan penulis tidak melakukan intervensi ini karena pasien harus makan makanan yang disajikan dari RS.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan yang menjadi penentuan apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Evaluasi hasil tindakan keperawatan yang dilaksanakan penulis selam 3 hari yaitu mulai dari tanggal 13-15 April 2018,sebagai berikut :

1. Hipertermia berhubungan dengan penyakit. Evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu tidak terjadinya hipertermia dan dapat

teratasi dengan suhu tubuh normal berkisar (36°c -37°c), hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir, pasien mengatakan tidak demam lagi, suhu tubuh 36,4°c, sehingga perencanaan selanjutnya adalah intervensi dihentikan

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu nyeri yang dirasakan pasien berkurang dengan skala nyeri 2, sehingga perencanaan selanjutnya adalah intervensi dihentikan.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

   Evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu pasien mengatakan tidak mual lagi dan lidah tidak pahit, porsi makan yang disajikan sudah mulai dihabiskan, tetapi berat badan pasien masih menetap 43kg, dan belum mencapai berat badan ideal, sehingga intervensi dilanjutkan.

BAB V
PENUTUP

A. Simpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada pasien Nn. ”H” dengan demam *typhoid* maka penulis menemukan beberapa data : pasien mengatakan demam selama di rumah kurang lebih 5 hari, demam naik turun disertai menggigil, demam pada sore dan malam hari, lidah kotor. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri timbul apabila bangun tidur dan beraktivitas, nyeri hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk, nyeri menetap pada ulu hati bagian kanan atas perut, skala 6 berlangsung selama kurang lebih 5 menit, wajah tampak meringis, tampak gelisah, tampak pasien kurus, berat badan 43 kg, IMT 16,79 kg/m^2, *anti salmonella typhi* IgM (+4).
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Nn. ”H”
    a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
    b. Nyeri berhubungan dengan Agen cedera biologis
    c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis.
3. Intervensi keperawatan disusun pada prinsip yang sama terdapat dalam tinjauan teoritis, meliputi tindakan keperawatan mandiri, observasi, tindakan pendidikan kesehatan dan kolaborasi.
4. Implementasi dilakukan selama 3 hari penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
5. Evaluasi masalah hipertermi dan nyeri sudah teratasi
   Untuk diagnosa “Ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi, meskipun pasien mengatakan tidak mual lagi dan lidah tidak pahit, porsi makan yang disajikan sudah mulai dihabiskan, tetapi berat badan pasien masih menetap 43 kg.

B. Saran

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

1. Bagi Institusi pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

   Penulis menganjurkan pelayanan kesehatan yang berkompeten, terampil dalam meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Bagi pasien

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

4. Bagi penulis selanjutnya

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

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

http://repository.ump.ac.id/3897/2/DEDI%20AGUS%20NANDAR%20BAB 1 WHO.2014.pdf. Diakses pada tanggal 24 April 2018 pukul 20.30 WITA.

https //mediskus .com / fungsi dan indikasi obat paracetamol demam ***thypoid*** . Diakses 14 Mei 2018. Pkl 21.30 WITA.

https://hellosehat.com/obat/cefoperazone/. Diakses 14 Mei 2018 pukul 21.33WITA.

http://www.kerjanya.net/faq/5185-ranitidin.html. Diakses 14 Mei 2018 pukul 21.35 WITA.

https://www.tabletwise.com/indonesia-id/ulsidex-tablet. Diakses 14 Mei 2018 pukul 21.37 WITA.

https://www.farmasi-id.com/novaldo/. Diakses 14 Mei 2018 pukul 21.39 WITA.

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : yohanes ronaldo eman susanto
Nim : E. 1514401052
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Tn“I” dengan Dengue Hemoragic Fever di ruangan St.Bernadeth II a Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing : Yunita Gabriela Madu, S.Kep.,Ns

NO	Hari Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	Jumat 13-04-2018	- Bab III Pengkajian Analisa,data Diangnosis	- Pengkajian - Analisa data - Lanjutkan intervensi	
3.	Rabu 18-04-2018	- Bab III Pengkajian Analisa data Intervensi	- Pengkajian - Analisa data - Intervensi lanjutkan implementasi	
4	Rabu 25-04-2018	- Bab III Pengkajian Analisa data Intervensi Evaluasi	- Pengkajian, - Analisa data - Intervensi - Implementasi lanjutkan evaluasi	
5	Selasa 15-05-2018	- Bab III Pengkajian Analisa data Intervensi Implementasi evaluasi Pembahasan kasus	- Pengkajian - Analisa data - Intervensi - Implementasi - Evaluasi - Pembahasan kasus	
6	Kamis 17-05-2018	- Bab III Pengkajian	- Pengkajian, - Implementasi	

		Analisa data, Intervensi Implementasi Evaluasi Pembahasan kasus	- Evaluasi - Pembahasan kasus	
7	Sabtu 19-05-2018	- Bab III Pengkajian Implementasi Evaluasi Pembahasan kasus	- Pengkajian - Implementasi - Evaluasi keperawatan, - Pembahasan kasus	
8	Senin 21-05-2018	- Bab III Pengkajian, Implementasi Evaluasi pembahasan kasus	- Pengkajiani - Implementasi - Evaluasi keperawatan, - Pembahasan kasus	
9	Senin 04-06-2018	- Bab III Pengkajian, Implementasi Evaluasi pembahasan kasus	- Pengkajiani - Implementasi - Evaluasi keperawatan, - Pembahasan kasus	
10	Selasa 07-06-2018	- Bab III Pengkajian, Implementasi Evaluasi	Implementasi Evaluasi	
11	Rabu 07-06-2018	- Bab III Implementasi Evaluasi	- Implementasi Evaluasi	
12	Kamis 08-06-2018	- Bab III - Implementasi	- Acc Bab III	

		- Evaluasi		

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : SERLI DUA LEMBANG
NIM : E1514401043
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Nn.”H” dengan Demam Typhoid di Ruang Perawatan Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing : Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes

NO	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Senin 24-05-2018	- Bab I Latar belakang - Bab II Tinjauan teoritis	- Bab I Latar bekang - Bab II Sesuaikan kdk dengan teoritis lanjutkan Bab IV dan v	
2.	Selasa 15-05-2018	- Bab I, II, IV, V	- Bab I dan Bab II ACC - Bab IV Dilengkapi buat kesenjangan pada setiap doagnosa - Bab V perbaiki kesimpulan dan saran	
3.	Kamis 27-05-2018	- Bab IV,V	- Bab IV Perbaiki implementasi keperawatan - Bab v Perbaiki kesimpulan intervensi	
4	Sabtu	- Bab IV	- Bab IV perbaiki	

	26-05-2018		implementasi sesuaikan dengan kesenjangan yang ditentukan pada pelaksanaan tindakan pada masalh - Bab V ACC	
5	Senin 28-05-2018	- Bab IV dan kata pengantar	- Bab IV ACC	