KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "R" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH

SERLI

E.1714401041

SUSANTI PALAMBA

E.1714401042

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "R" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

SERLI

E.1714401041
SUSANTI PALAMBA

E.1714401042

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep)
NIDN: 0922019105

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)
NIDN: 0913098201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "R" DENGAN DEMAM *THYPOID* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipetanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 15 Juni 2020
Pukul : 11.00 - 12.20
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep ( )
2. Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes ( )
3. Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep ( )

Mengetahui
ketua STIKStella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Serli
Tempat/Tanggal Lahir	: Pagli 25 Februari 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Daeng Tompo No.35

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Yohanes Iwan/Herlina Panggalo
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wirasuwasta/IRT
Alamat	: Timika

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN	: Tahun 2005 - 2011
SMPN	: Tahun 2011 - 2014
SMAN	: Tahun 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2017 - 2020

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Susanti Palamba
Tempat/Tanggal Lahir	: Palopo, 30 September 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Pantekosta
Alamat	: Jln. Maipa Lr.35

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Benni Palamba/Rosina Patabang
Agama	: Kristen Pantekosta
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: DSN Korombua

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 130 Korombua	: Tahun 2005 - 2011
SMPN 1 Tomoni Timur	: Tahun 2011 - 2014
SMAN 6 Palopo	: Tahun 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2017 - 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny ”R” dengan demam *Thypoid* di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulis menyadari bahwa proses penyelesaian karya tulis ini tidak terlepas dari berbagai pihak yang telah memberikan bimbingan, dorongan, petunjuk, saran, dan bantuan lainnya pada penulis. Oleh sebab itu penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis menimbah ilmu di STIK Stella Maris.
2. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang akademik STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar yang senantiasa memberikan bimbingan dan motivasi kepada penulis sejak awal masuk kuliah.
4. Sr.Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ.,M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah mengizinkan penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris.
5. Jenita Laurensia Saranga’, Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan KTI ini.
6. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep sebagai penguji I dan Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes sebagai penguji II.
7. Dosen dan Staf Pegawai Stik Stella Maris yang banyak memberikan ilmu dan pelayanan selama penulis menempuh pendidikan di Stik Stella Maris Makassar.

8. Teristimewa kepada orang tua Serli bapak Yohanes Iwan dan Ibu Herlina Panggalo yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan, bantuan berupa materil sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
9. Teristimewa kepada orang tua Susan bapak Benni Palamba dan Ibu Rosina Patabang yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan, bantuan berupa materil sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
10. Seluruh teman-teman program D3 keperawatan angkatan 2017, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran dan kerja sama yang baik dalam proses penyusunan KTI ini.
11. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan KTI ini.

Akhir kata penulis berharap agar karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien demam *thypoid*. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
LEMBAR PERSETUJUAN ii
LEMBAR PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR TABEL xi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi fisiologi 7
3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 11
5. Manifestasi klinik 12
6. Tes diagnostik 13
7. Penatalaksanaan medik 15
8. Komplikasi 16
B. Konsep Dasar Keperawatan 17
1. Pengkajian 17
2. Diagnosa keperawatan 19

3. Intervensi keperawatan 19
4. Discharge planning 24
C. Patoflowdiagram 25
BAB III TINJAUAN KASUS 27
A. Pengamatan kasus 27
B. Pengkajian 28
C. Analisa data 48
D. Diagnosa keperawatan 51
E. Rencana keperawatan 52
F. Pelaksanaan keperawatan 58
G. Evaluasi keperawatan 70
H. Terapi 76
I. Daftar obat 76
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 79
A. Pengkajian 79
B. Diagnosa Keperawatan 80
C. Intervensi Keperawatan 82
D. Implementasi Keperawatan 83
E. Evaluasi Keperawatan 84
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 86
A. Simpulan 86
B. Saran 87
DAFTAR PUSTAKA
LEMBAR KONSUL

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi sistim pencernaan..... 7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram demam *thypoid*..... 25
Gambar 3.1 Genogram pasien 30

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium 46
Tabel 3.2 Pemeriksaantubex tes 47
Tabel 3.3 Analisa data 48
Tabel 3.4 Diagnosa keperawatan 51
Tabel 3.5 Rencana keperawatan 52
Tabel 3.6 Pelaksanaan keperawatan..... 58
Tabel 3.7 Evaluasi 70

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam *thypoid* merupakan suatu penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *salmonella enterica*, umumnya disebut bakteri *salmonella typhi* penyebaran dapat terjadi melalui makanan atau air yang terkontaminasi. Demam *thypoid* merupakan penyakit infeksi yang sering terjadi di beberapa negara di dunia dan umumnya terjadi di negara-negara dengan tingkat kebersihan yang rendah. Penyakit ini menjadi masalah kesehatan publik yang signifikan (Rahmasari & Lestari, 2018).

Penularan demam *thypoid* dapat melalui berbagai cara yang dikenal dengan 5F, yaitu: *Food* (makanan), *Fingers* (jaritangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan *Feces* (tinja). *Feces* dan muntah dari penderita demam *thypoid* dapat menularkan bakteri *salmonella typhi* kepada orang lain. Bakteri tersebut dapat ditularkan melalui perantaraan lalat, dimana akan hinggap di makanan yang akan di konsumsi. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya, maka *salmonella typhi* akan masuk ke tubuh orang yang sehatsehingga menimbulkan penyakit tersebut. Gejala termasuk demam tinggi berkepanjangan, kelelahan, sakit kepala, mual, sakit perut dan sembelit atau diare serta beberapa pasien mungkin memiliki ruam. Kasus yang parah dapat menyebabkan komplikasi serius atau bahkan kematian (WHO, 2018). Hal ini didukung dengan penelitian dari Nuruzzaman (2016), menyebutkan bahwa faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian demam *thypoid* antara lain kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan kebiasaan makan diluar rumah yang dapat menjadi peluang untuk menularkan penyakit.

Menurut data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2018, penyakit demam *thypoid* di dunia mencapai 11-20 juta kasus pertahun yang mengakibatkan sekitar 128.000-161.000 kematian setiap tahunnya. Di Indonesia, penyakit ini bersifat endemik, angka penderita demam *thypoid* di Indonesia mencapai 80% per 100.000 penduduk (DEPKES RI, 2016).

Data statistik tahun 2018 yang tercatat pada *Medical Record* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan penderita demam *thypoid* berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun dan minoritas terjadi pada kelompok umur 65 tahun keatas, jumlah penderita demam *thypoid* tahun 2018 mencapai 556 jiwa, laki-laki adalah 241 jiwa (43,34%), perempuan adalah 315 jiwa (56,65%), dan 2 jiwa (0,36%) yang meninggal (*Medical Record*, RS Stella Maris Makassar 2018). Tahun 2019 yang tercatat pada *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan penderita demam *thypoid* berdasarkan kelompok umur, mayoritas terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun dan minoritas terjadi pada kelompok umur 65 tahun keatas, jumlah penderita demam *thypoid* tahun 2019 mencapai 745 jiwa, laki-laki adalah 305 jiwa (40,93%), perempuan adalah 440 jiwa (56,06%), dan 1 jiwa (0,13%) yang meninggal (*Medical Record*, RS Stella Maris Makassar 2019).

Berdasarkan data diatas diketahui bahwa kasus demam *thypoid* di Rumah Sakit Stella Maris mengalami peningkatan dari tahun 2018-2019 sehingga apabila, masalah tersebut tidak mendapat pengobatan yang cepat dan tepat maka akan menimbulkan komplikasi seperti perdarahan usus, perporasi usus, ileus paralitik. Dalam hal ini peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional pada pasien demam *thypoid* dengan cara menganjurkan kepada pasien untuk menjaga kebersihan diri, bedrest selama demam berlangsung, mengurangi aktivitas, dan menganjurkan makan makanan yang bergizi.

Dengan melihat hal tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Dengan Demam *Thypoid* Di Ruangan Perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar*".*

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Demam *Thypoid* di ruang perawatan St. Bernadeth II RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan khusus

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

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan dan menganalisa data pada pasien dengan demam *thypoid*.
   b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan demam *thypoid*.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan demam *thypoid*.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien demam *thypoid*.
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien demam *thypoid*.
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien demam *thypoid*.

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 *thypoid*.

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 *thypoid* serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan

Karya tulis ini menggunakan metode penulisan deskripsi 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 sistematika penulisan. Bab II "Tinjauan Teoritis", bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengerian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning*, dan patoflowdiagram. Bab III, "Pengamatan Kasus", menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "Pembahasan Kasus" yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V "Penutup", terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

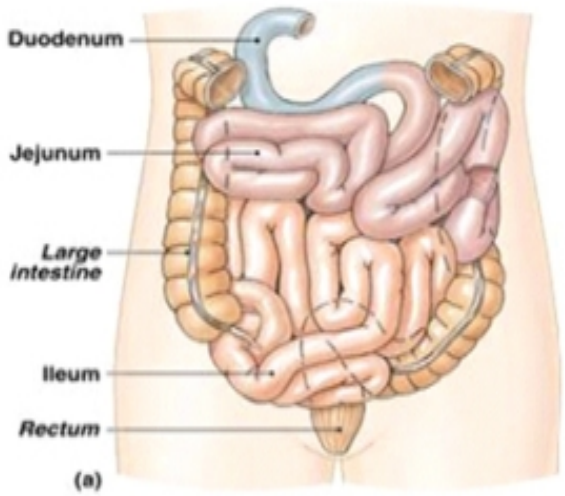
1. Pengertian

Demam *thypoid* merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* (WHO, 2018). Penyakit demam *thypoid* dapat ditularkan melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh kuman *salmonella typhi.* Kuman akan berkembang biak dan menyebar ke aliran darah dan saluran usus. Salah satu gejalanya yaitu demam tinggi berkepanjangan (Maria M.Lolon, 2018).

Demam *thypoid* (*enteric fever*) adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan, gangguan kesadaran. Demam *thypoid* disebabkan oleh infeksi *salmonella typhi* (Lestari Titik, 2016). Menurut Alba (2016) demam *thypoid* merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *salmonella typhi*, penularan demam *thypoid* melalui *fecal* dan *ora*l yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi.

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa demam *thypoid* adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi.* Penularan demam *thypoid* melalui *fecal* dan *ora*l yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh kuman *salmonella typhi*, kuman akan berkembang biak dan menyebar ke aliran darah dan saluran usus. Salah satu tanda dan gejalanya yaitu demam tinggi berkepanjangan atau demam lebih dari satu minggu.

2. Anatomi fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi sistim pencernaan bagian bawah (Suarnianti, 2016).

a. Usus halus

Usus halus (*Intestium minor*) adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak diantara lambung dan usus besar. Lapisan-lapisan usus halus antara lain lapisan mukosa (sebela dalam), lapisan otot melingkar (muskulus sirkuler), lapisan memanjang (muskulus longitudinal) dan lapisan serosa (sebelah luar). 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 (Rahmat Hidayat, 2016).

1) Bagian usus halus

a) Bagian atas disebut duodenum (usus 12 jari)

Duodenum bagian terpendek (25 cm), yang dimulai dari *pyloric sphincter* di perut sampai *jejunum*. Berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lekungan ini

terdapat pancreas dan *duodenal papila*, tempat bermuaranya pacreas dan kantung empedu. Empedu berfungsi mengemulsikan lemak dengan bantuan lipase. Pankreas menghasilkan amilase yang berfungsi mencerna karbohidrat 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)

Jejunum memiliki panjang antara 1,5 m – 1.75 m yang merupakan bagian tengah dari usus halus. 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 0.75 m-3,5 m terjadi penyerapan sari-sari makanan. Permukaan dinding *ileum* dipenuhi oleh jonjot-jonjot ususvili. Adanya jonjot usus mengakibatkan permukaan *ileum* menjadi semakin luas sehingga penyerapan makanan dapat berjalan dengan baik. Dinding jonjot usus halus tertutup sel epithelium yang berfungsi untuk menyerap zat hara terdapat sekitar 1000 *mikrovili* dalam tiap sel. Dinding tersebut juga mengeluarkan *mucus*, enzim pada *mikrovili* menghancurkan makanan menjadi partikel yang cukup kecil untuk diserap. Di dalam setiap jonjot terdapat pembuluh darah halus menjadi saluran limfa yang

menyerap zat hara dari permukaan jojot. Vena porta mengambil glukosa dan asam amino, sedangkan sam lemak dan gliserol masuk ke sel limfa (Rahmat Hidayat, 2016).

Fungsi utama usus halus adalah :

(1) Menerima zat makanan yang sudah di serap melalui kapiler darah dan saluran-saluran limfe.
(2) Menyerap protein dalam bentuk asam amino.
(3) Menghasilkan getah usus yaitu enterokinase Mengaktifkan enzim proteolitik eripsi menyempurnakan protein menjadi asam amino.

b. Usus besar

Usus besar atau *intestinum mayor* panjangnya ± 1,5 m, lebarnya 5.6 cm fungsi usus besar yaitu menyerap air dari makanan. Usus besar terdiri dari segmen *asendes* pada sisi kanan abdomen, segmen *tranversum* yang memanjang dari abdomen atas kanan ke kiri, dan segmen *desendens* pada sisi kiri abdomen. Secara makroskopis usus besar dapat dibagi menjadi enam bagian, yaitu sekum, kolon *asendens*, kolon *tranversum*, kolon *desendens*, *sigmoid*, dan rektum. Karakteristik utama pada sekum, kolon, dan rektum yaitu tidak membentuk *vili* seperti usus halus, memiliki kelenjar yang panjang dan berbentuk tubuli sederhana, tidak memiliki sel granuler asidofilik (*sel panneth*), dan memiliki jumlah nodul limfatik yang banyak. Bagian ujung dari usus besar terdiri dari 2 bagian yaitu kolon *sigmoid* dan rektum. (Rahmat Hidayat, 2016).

Adapun fungsi utama usus besar yaitu:

1) Menyimpan menyerap air dan natrium
2) Menurunkan volume chime
3) Manufaktur vitamin, termasuk vitamin B dan K

4) Mengeluarkan feses dari tubuh

c. Rektum

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

1) Menyerap air dari makanan
2) Tempat tinggal bakteri coli
3) Tempat feses (Rahmat Hidayat, 2016).

3. Etiologi

Typus abdominalis disebabkan oleh *salmonella typhi*. *Salmonella paratyphi* A, B dan C. Ada 2 sumber penularan *salmonella typhi* yaitu pasien dengan demam *thypoid* dan pasien dengan carier. Carier adalah orang yang sembuh dari demam *thypoid* dan masih terus mengekresi *salmonella typhi* dalam tinja dan air kemih selama lebih dari 1 tahun (Deden Dermawan, 2015).

Salmonella mempunyai 3 macam anti gen yaitu:

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

4. Patofisiologi

Penularan *salmonella typhi* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu *Food* (makanan), *Fingers* (jari tangan/kuku), *Fomitus* (muntah), *Fly* (lalat), dan melalui *Feces* (tinja). (Deden Dermawan, 2015).

Kuman *salmonella typhi* masuk ke tubuh melalui mulut dengan makanan dan air tercemar. Sebagian kuman dimusnakan oleh asam lambung, sebagian lagi masuk ke usus halus dan mencapai jaringan limfoid plaque peyeri di ileum terminalis yang mengalami hipertrofil. 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 kealiran darah melalui ductus thorasikus. Kuman-kuman *salmonella typhi* lain mencapai hati melalui sirkulasi portal dan usus. *Salmonella typhi* bersarang di plaque peyeri, limpa, hati dan bagian-bagian lain sistem retikuloendothelial (RES). Dalam masa bakteremia ini, kuman mengeluarkan endotoksin yang susunan kimianya sama dengan somatic antigen lipopolisakarida, yang semula diduga bertanggung jawab terhadap terjadinya gejala-gejala dari demam *thypoid*. Namun setelah dilakukan penelitian 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 mempegaruhi pusat termoregulasi di hipotalamus yang mengakibatkan timbulnya gejala demam.

5. Manifestasi Klinik

Menurut suriadi dan yuliana (2016), masa inkubasi demam *thypoid* berlangsung 10-14 hari dan gejala yang timbul bervariasi :

a. Minggu I (Hiperplasia plaque peyeri), gejala yang timbul

1) Demam berlangsung naik turutama sore dan malam hari
2) Nyeri kepala
3) pusing
4) Anoreksia
5) mual dan muntah
6) Nyeri perut, terjadi karena pembengkakan hati dan limpa
7) Epitaksis
8) Konstipasi/diare

b. Minggu II (Nekrosis) gejala menjadi jelas yaitu
1) Demam
2) Lidah yang khas (putih, kotor, pinggirnya hiperemic) dan tremor
3) Hepatomegali dan splenomegali, terjadi karena kuman *salmonella typhi* masuk kedalam peredaran darah sampai ke organ-organ lain seperti hati dan limfa. Kuman yang tidak dihancurkan berkembang biak dalam hati dan limfa sehingga organ-organ tersebut dapat membesar.
4) Penurunan kesadaran
5) Kulit kering

c. Minggu III

Suhu tubuh berangsur angsur normal kembali diakhir minggu. Hal ini terjadi jika tanpa komplikasi atau berhasil diobati. Jika keadaan makin buruk dengan terjadinya tanda-tanda khas berupa otot-otot bergerak terus, pendarahan dari usus dan nyeri abdomen. Jika denyut nadi meningkat disertai oleh peritonitis lokal maupun umum, pertanda terjadi perforasi usus. Sedangkan keringat dingin, gelisa, sukar bernafas dan nadi menurun menunjukkan jika terjadi pendarahan

d. Mingu IV

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

6. Tes Diagnostik
   a. Pemeriksaan leukosit

      Beberapa literatum menjelaskan bahwa demam *thypoid* terhadap leukopenia dan lemfositosis relati tetapi kenyataannya leukopenia tidaklah sering dijumpai pada kebanyakan kasus demam *thypoid*. 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 *thypoid*.

   b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

      Serum *Glutamic Oxaloacetic Transaminase* (SGOT) dan serum *Glutamic Pyruvic Transminase* (SPGT). Pada demam typoid seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya typoid

   c. Uji Widal

      Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutidin). Aglutidin yang spesifik terhadap *salmonella* terdapat dalam serum pasien dengan *thypoid* juga terdapat pada orang yang perna 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 disangka menderita typoid. Akibat infeksi ole salmonella typi pasien membuat antibodi atau aglutinin yaitu :

      1) Aglutinin O, yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh kuman).
      2) Anglutinin H, yang dapat dibuat karena rangsangan antigen H (berasal dari flagella kuman).

3) Anglutini vi yang dibuat karena rangsangan antigen vi (berasal dari simpai kuman).

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

d. Tubex Test

Tubex test adalah test aglutinasi kompetitif semi kuantitatif yang sederhana dancepat (kurang lebih 2 menit) dengan menggunakan partikel yang berwarna untuk meningkatkan sensivitas. 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 antibody IgG dalam waktu beberapa menit (Suratun, 2010).

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan demam *thypoid* terdiri dari:

a. Perawatan

Observasi dan pengobatan bagi pasien *thypoid* :

1) Pasien harus baring absolute sampai minimal 7 hari bebas demam selama 14 hari, bertujuan untuk mencegahterjadinya komplikasi pendarahan usus atau pervorasi usus.
2) Mobilisasi pasien dilakukan secara bertahap sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien.
3) Pasien dengan kesadaran menurun posisi tubuh harus diubah-ubah pada waktu-waktu tertentu untuk menghindari komplikasi pneumonia, hipostatik dan dekubitus.
4) BAB dan BAK diperhatikan, karena kadang-kadang terjadi obstipasi dan retensi urine.

b. Diet

Di masa lampau demam *thypoid* diberi bubur saring, kemudian bubur kasar, dan akhirnya nasi sesuai dengan tingkat 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, karna mereka hanya makan sedikit, keadan 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 *typoid* turun rata-rata setelah lima hari.

2) Tiamfenikol

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

3) Ampisilin dan amoxicillin

Indikasi penggunaannya adalah pasien demam *thypoid* dengan leucopenia dosis yang dianjurkan berkisar antara 75-150 mg/kg/bb sehari. Digunakan sampai 7 hari bebas demaam dengan ampisilin dan ampicillin pada demam*thypoid*. Turun rata-rata 7-9 hari.

4) Fivorokonium

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

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

Dalam keadaan toksindapat diberikan kortikostevina dosis tinggi (Suratun, 2010).

8. Komplikasi
   a. Komplikasi demam *thypoid* dibagi dalam :
      1) Pendrahan 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 dimana dalam usus terjadi luka yang dapat menyebabkan kebocoran usus
      3) Ileus paralitik

         Muncul pada saat jumlah toksin bertambah dan terjadi peningkatan usus.
   b. Komplikasi ekstra intestinal
      1) Komplikasi kardiovaskuler

         Semua penyakit yaitu apabila toksin (bakteri, virus, jamur) yang masuk ke pembuluh darah akan menyebar semua organ, seperti jantung yang dapat terjadi perubahan miokardium, kegagalan sirkulasi.
      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 typhi* (Deden Dermawan, 2015).

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari limatahap yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

   Kaji gejala dan tanda meningkatnya suhu tubuh, terutama pada malam hari, nyeri kepala, lidah kotor, tidak ada nafsu makan, epitaksis, penurunan kesadaran.

   a. Data biografi: nama, umur, alamat, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medik, keluarga yang dapat dihubungi.
   b. Riwayat kesehatan sekarang

      Mengapa pasien masuk rumah sakit dan apa keluhan utama pasien, sehingga dapat ditegakkan masalah keperawatan yang dapat muncul.
   c. Riwayat kesehatan dahulu

      Apakah sudah perna sakit dan dirawat dengan penyakit yang sama.
   d. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

      DS: Jajan di sembarangan tempat, kurang pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan, tidak terpeliharanya personal *hygiene.*

      DO: Lingkungan sekitar yang kotor, peralatan makan dan minuman tidak bersih.
   e. Pola nutrisi dan metabolik

      DS: Nafsu makanan menurun, penurunan berat badan.

      DO: Membran mukosa bibir kering, mual dan muntah, kulit kering
   f. Pola eliminasi

      DS: Diare/konstipasi, nyeri abdomen yang tidak jelas

      DO: Frekuensi/warna

g. Pola aktivitas dan latihan

DS: Pembatasan aktivitas kerja sehubungan dengan proses Penyakit kelemahan, cepet lelah.

DO: Pasien tampak lemah

h. Pola tidur dan istirahat

DS: Gangguan pola tidur, misal insomnia, kelemaham dan ansietas

DO: Ekspresi wajah mengantuk dan gelisah

i. Pola persepsi sensori dan kognitif

DS: Gelisadan ekspresi wajah meringis

DO: Tampak pasien gelisa ekspresi wajah mengantuk.

j. Pola persepsi dan konsep diri

DS: Ketidak berdayaan, putus asa

DO: Menolak masalah, emosi, depresi, ansietas

k. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS: Perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan aktivitas

DO: Gangguan dalam berinteraksi

l. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

DS: Adanya faktor stres lama tak terduga, gangguan penyesuaian diri terhadap lingkungan dan situasi baru

DO: Ansietas atau ketakutan

m. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Menghindari aktivitas seksual

DO: Frekuensi menurun

n. Pola sistem nilai kepercayaan

DS: Ungkapkan tentang kebutuhan spiritual

DO: Alat bantu bedoa

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
   c. Resiko defisiensi volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
   d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring.
   e. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
      (Nanda, 2018).

3. Intervensi Keperawatan
   a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit
      NOC:
      1) Termoregulasi dengan hasil kriteria:
         a) Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu).
         b) Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu).
         c) Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu).
         d) Hipertermia dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu).

      NIC :
      1) Perawatan demam
         a) Dorong komsumsi air
         b) Tutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam.
         c) Memberikan kompres hangat.
         d) Fasilitasi istirahat, jika diperlukan.
         e) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya.

f) Monitor asuhan dan keluaran,sadari perubahan kehilangan cairan yang tidak disadari.
g) Beri obat atau cairan (antiperetikdan antibiotik).

2) Pengaturan suhu
a) Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan
b) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat.
c) Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil.

b. Ketidakseimbagannutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

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 adekut) ditingkatkan ke skala 3 (sepenuhnya adekuat)
d) Asupan mineral 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).

2) Terapi nutrisi

a) Bantu pasien untuk memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam sesuai 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.

c. Resiko defisiensi volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

NOC :

1. Keseimbangan cairanhasil kriteria :

a) TTV dalam batas normal

b) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik.

c) Intake cairan dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) dan tingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu)

d) Membran mukosa lembab dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) dan tingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu)

NIC :

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

b) Kaji status cairan termasuk intake dan output.

c) Monitor status dehidrasi (kelembapan membran mukosa).

d) Tingkatkan intake atau asupan cairan per oral

e) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan intravena.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tira baring

NOC :

1) Toleransi terhadap aktivitas hasil kriteria :
   a) Frekuensi nadi ketika beraktifitas dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)
   b) Melakukan aktivitas rutin dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan keskala 5 (tidak terganggu)
   c) Kemudahan bernafas ketika beraktivitas di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

NIC :

1) Manajemen energi
   a) Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia perkembangan
   b) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami
   c) Pantau tingkat energi dan toleransi pasien terhadap aktivitas
   d) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat
   e) Ajarkan pasien mengenai pengelolahan kegiatan dan teknik manajemen waktu untuk mencegah kelelahan
   f) Anjurkan pasien untuk memilih aktivitas-aktivitas yang membangun ketahanan.
   g) Anjurkan pasien untuk beristirahat

e. Nyeri akut berhubungan dengan gangguan cedera biologis

NOC :

1) Kontrol nyeri dengan gangguan cedera biologis
   a) Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).
   b) Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).
   c) Menggunakan tindakan pencegahan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang-kadang menunjukkan).

NIC :

1) Manajemen nyeri
   a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokaasi, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
   b) Kurangi atau eliminasi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri
   c) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menagani nyerinya dengan tepat.
   d) Dukungan istirahatyang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.
   e) Laksanakan instruksi dokter dalam hal pemberian obat analgetik.
2) Terapi relaksasi
   a) Ajarkan teknik relaksasi (tarik nafas panjang dan menghembuskan perlahan-lahan)
   b) Ciptakan lingkungan yang tenang dan tampa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan nyaman jika memungkinkan

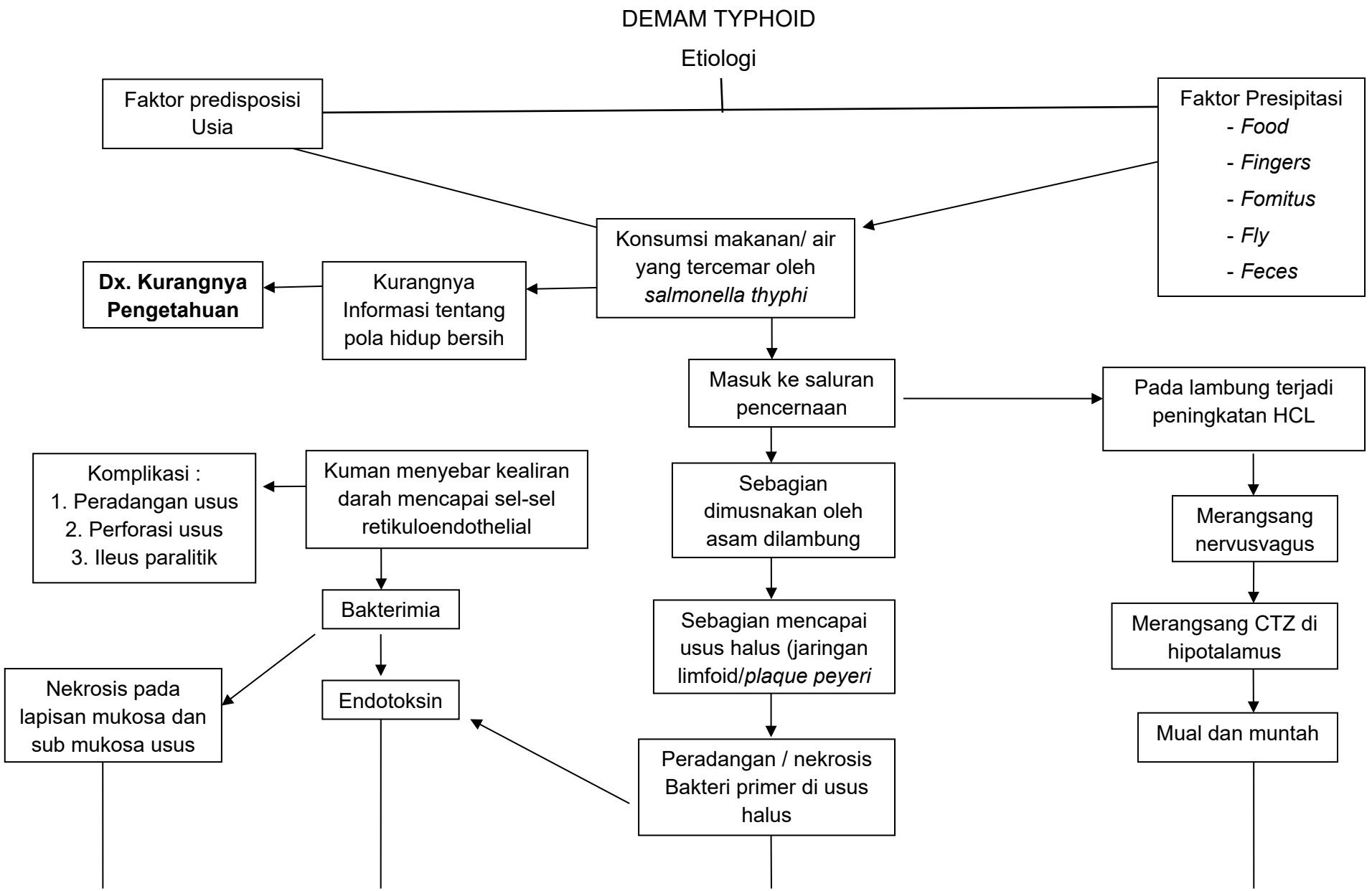
c) Anjurkan pada pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas bukan kepada nyeri.

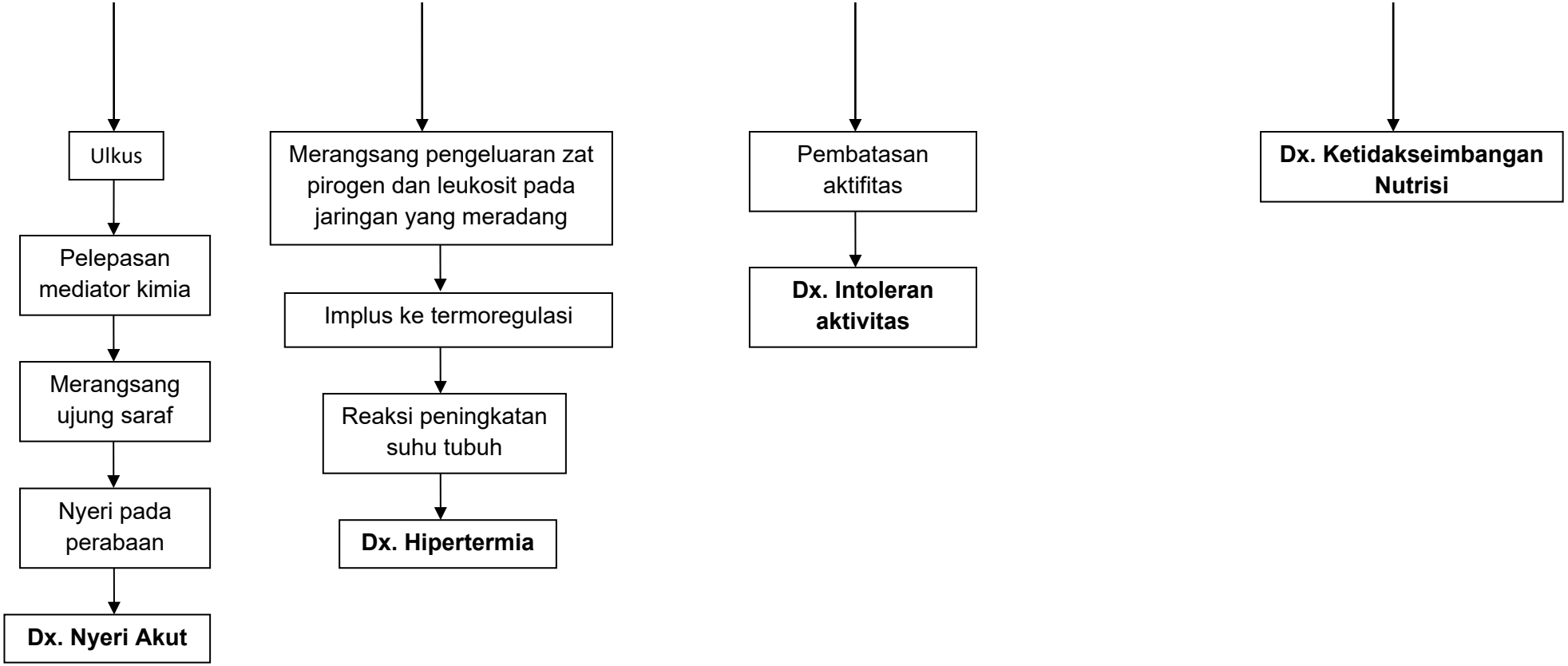
4. *Discharge Planing*

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

a. Berikan informasi tentang pentingnya mencuci tangan sebelum makan, sesudah makan dan setelah dari toilet.
b. Berikan informasi tentang pentingnya menjaga kesehatan diri dan kebersihan lingkungan
c. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selaluh menjaga kebersihan makanan dan tidak membiasakan diri untuk jajan sembarangan.
d. Jelaskan kepada keluarga bahwa pasien membutuhkan istirahat yang cukup.
e. Anjurkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien, seperti sumber karbohidrat, protein, sayuran, dan buah-buahan.
f. Jelaskan terapi yang diberikan, dosis serta efek samping.
g. Tekankan untuk melakukan kontrol sesuai waktu yang ditentukan (Amin, 2017).

C. PATOFLOWDIAGRAM




Ulkus
Pelepasan mediator kimia
Merangsang ujung saraf
Nyeri pada perabaan
Dx. Nyeri Akut
Merangsang pengeluaran zat pirogen dan leukosit pada jaringan yang meradang
Implus ke termoregulasi
Reaksi peningkatan suhu tubuh
Dx. Hipertermia
Pembatasan aktifitas
Dx. Intoleran aktivitas
Dx. Ketidakseimbangan Nutrisi

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan inisial Ny.“R” masuk rumah sakit di ruangan St. Bernadeth II pada tanggal 04 Maret 2020 dengan diagnosa medik demam *thypoid* dengan keluhan utama demamdan pola demamnya tidak menentu kadang naik turun selama ± 1 minggu yang lalu,terutama pada sore hari menjelang malam disertai dengan pusing, sakit kepala, mual, bab encer 3 kali dan nafsu makan menurun.

Pada saat pengkajian tanggal 05 Maret 2020 diperoleh data: pasien mengatakan masih demam, pasien mengatakan demamnya naik turun terutama pada sore hari dan menjelang malam disertai dengan pusing, sakit kepala, mual, pasien mengatakan masih bab encer 1 kali, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang dikonsumsi terasa hambar, pasien mengalami penurunan berat badandari 46 kg menjadi 43 kg dalam 1 minggu, tampak pasien lemah, badan pasien teraba hangat, tampak pasien menggigil, tampak bibir kering, lidah tampak kotor (putih), pemeriksaan TTVTD: 110/80 mmHg, suhu: 39^{o}C, nadi: 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan anti *salmonella typhi* IgM positif (+3), HCT: 36.1 (%), PLT: 119 (10^3/uL), PDW: 19,4 (fL), MPV: 12,6 (fL), NEUT: 82,8 (%). Terapi medik yang diberikan kepada pasien yaitu injeksi paracetamol 1 gr/8 jam, ondansentron 4 mg/12 jam dan cairan RL 500cc dengan jumlah 20 tetes/menit.

Dari hasil pengkajian Ny.“R” penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	:	Serli Nim: E1714401041 Susanti Palamba Nim: E1714401042

Unit : Bernadeth II
Kamar : 509

Autoanamnese ✓
Alloanamnese ✓

Tanggal Masuk RS : 04 Maret 2020
Tanggal Pengkajian : 05 Maret 2020

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama Initial : Ny ”R”
      Umur : 22 Tahun
      Jenis Kelamin : Perempuan
      Status Perkawinan : Menikah
      Jumlah Anak : -
      Agama/Suku : Islam/Bugis
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : Tamat Sarjana
      Pekerjaan : Karyawan Swasta
      Alamat Rumah : Jl. Sabutung Timur No 139
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Ny “M”
      Umur : 31 Tahun
      Alamat : Jl. Kodam III Blok c6 No 204
      Hubungan dengan Pasien : Kakak Kandung

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat Masuk : Demam *Thypoid*

   Saat pengkajian : Demam *Thypoid*

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan Sakit

      Pasien tampak sakit sedang

      Alasan: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien mengatakan demam, sakit kepala, tampak badan pasien teraba hangat, tampak pasien mengigil, lidah tampak putih (kotor), pasien tampak bedrest dan terpasang infus RL 500 cc pada tangan sebelah kanan dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit.

   b. Tanda-tanda vital

      1) Kesadaran (kuantitatif) : Compos mentis

         Skala koma Glaslow (kuantitatif) :

         Respon Motorik : 6

         Respon bicara : 5

         Respon membuka mata : 4

         Jumlah : 15

         Kesimpulan : tidak coma

      2) Tekanan darah : 110/80 mmHg

         MAP : 90 mmHg

         Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 39^{o}C Oral [-] Axilla [✓] Rectal [-]

      4) Pernafasan : 20 x/menit

         Irama : Teratur [✓] Kusmaul [-] Cheynestokes [-]

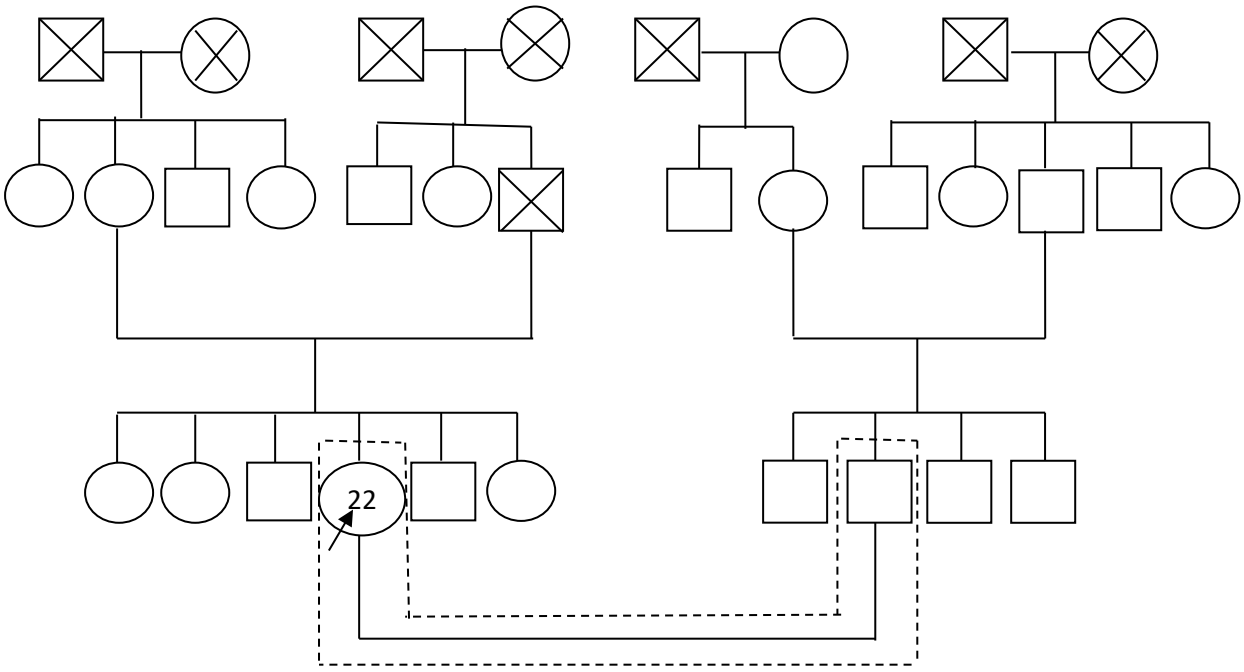
         Jenis : Dada [✓] perut [-]

         Nadi : 84 x/menit

Irama : Teratur [✓] Takichardi [-] Bradichardi [-]
Kuat [✓] Lemah [-]

c. Pengukur
1) Lingkar lengan atas : 20 cm
2) Tinggi badan : 157 cm
3) Berat badan : 43 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 17,4 kg
Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

: Laki-Laki
: Perempuan
: Meninggal
: Pasien
: Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dimana dengan kondisi sehat kita dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien mengatakan jarang olahraga karena terlalu sibuk bekerja.Pasien juga mengatakan biasa mengkonsumsi makanan luar seperti bakso, mie pangsit, dan gorengan. Pasien mengatakan jika ia sakit ia hanya membeli obat di apotik atau di warung terdekat dari rumahnya.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a. Keluhan utama : Demam

b. Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan sebelum masuk RS pasien mengalami demam ± 1 minggu dirumah, Pasien mengatakan demam naik turun terutama pada sore hari menjelang malamdisertai dengan pusing, sakit kepala, mual, bab encer 3 kali, nafsu makan menurun. Pasien mengatakan ia sudah ke puskesmas dan dirawat empat hari tetapi tidak ada perubahan, sehingga keluarganya memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit. Pada saat pengkajian pasien masih demam (39^{o}C), pusing, sakit kepala, mual, pasien mengatakan masih bab encer 1 kali, nafsu makan menurun, lidah terasa pahit, tampak pasien lemah, badan pasien teraba hangat, tampak pasien menggigil, tampak bibir kering,lidah tampak kotor (putih).

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang mengancam jiwa, pasien mengatakan penyakit yang biasanya

dialami yaitu: demam, batuk, dan flu tetapi pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

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

5) Pemeriksaan fisik :

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Hygiene rongga mulut : Rongga mulut tampak kotor (bagian lidah tengah pasien tampak kotor / berwarna putih)
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji karena pasien menolak.
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji karena pasien menolak

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pola makannya teratur yaitu 3 kali dalam sehari dengan porsi yang sedikit, yang terdiri dari nasi, sayur, ikan dan kadang-kadang ditambah dengan buah-buahan. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap jenis makan tertentu, pasien biasanya membeli makanan diluar jika tidak sempat masak seperti bakso, soto, mie pangsit dan gorengan. Pasien mengatakan dalam sehari pasien minum ± 8 gelas (2000 cc) diantaranya yaitu: air putih dan minuman tambahan lain seperti susu dan kopi. Pasien juga mengatakan tidak

pernah mengkonsumsi vitamin maupun suplemen penambah nafsu makan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan pola makannya teratur yaitu 3 kali dalam sehari tetapi nafsu makannya menurun. pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit. Pasien juga mengatakan ia merasa mual dan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang dikonsumsi terasa hambar. Pasien mengatakan dalam sehari pasien minum air putih ± 6 gelas (1200 cc). pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan yaitu dari 46 kg menjadi 43 kg.

3) Observasi :

Tampak pasien lemah, tampak pasien kurus, tampak bibir kering, tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit dan minum air putih 2 gelas (440 cc).

4) Pemeriksaan fisik :

a) Keadaan rambut : Rambut tampak bersih dan berwarna hitam
b) Hidrasi kulit : Tidak dehidrasi, *finger print* kembali dalam ≤ 3 detik
c) Palpebra/konjungtiva : Tidak tampak edema/tidak tampak anemis
d) Sklera : Tidak tampak ikterik
e) Hidung : Septum simetris kiri dan kanan
f) Rongga mulut : Tampak kotor (lidah berwarna putih)
g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh
Gigi palsu : Tidak ada

i) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu mengunyah dengan keras

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

k) Pharing : Tidak ada peradangan

l) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

m) Kelenjar Parotis : Tidak ada pembesara

n) Abdomen

Inspeksi : Tampak datar dan tidak tampak bayangan vena

Auskultasi : Peristaltik usus 18 x/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Thympani

o) Kulit

Edema : Positif [-] Negatif [✓]

Icterik : Positif [-] Negatif [✓]

Tanda-tanda radang : Tidak ada

p) Lesi : Tidak ada

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar yaitu 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning dan BAK 5-6 kali/hari (± 750-900 cc), berwarna kuning dan berbau amoniak serta tidak ada masalah dalam eliminasi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit pasien tidak mengalami masalah pada proses BAB dan BAK. Pasien mengatakaan sejak sakit pasien sudah 1 kali BAB dengan konsistensi encer dan berwarna kuning serta BAK 4-5 kali/hari (± 600-750 cc) dengan warna kuning dan berbau amoniak.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan kateter, BAB berwarna kuning dengan konsistensi encer dan BAK 4-5 kali/hari (± 600-750 cc) dengan warna kuning dan berbau amoniak.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 18 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 dikaji karena pasien menolak

d. Pola aktifitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tiap hari pasien pergi bekerja sebagai seorang guru dengan menggunakan sepeda motor dan kadang pulang pada sore hari. Setelah pulang kerja pasien pasien tidak istirahat, namun pasien langsung mengerjakan pekerjaan rumah lainnya. Jika ada waktu senggang pasien biasanya menonton tv dan mengobrol bersama suaminya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu beraktivitas seperti biasanya dan lebih banyak berbaring karena merasa lemah, pusing dan sakit kepala sehingga sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawatseperti makan, mandi, kerapihan, BAB dan BAK.

3) Observasi :

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

a) Aktivitas harian

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

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

b) Postur tubuh :Tidak dikaji karena pasien terbaring

c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien terbaring

d) Anggota gerak yang cacat: Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik :

a) Tekanan darah

Berbaring : 110/80 mmHg
Duduk : 110/80 mmHg
Berdiri : Tidak di kaji karena pasien menolak
Kesimpulan : Hipotensi ortostatik: Positif [-] Negatif [✓]

b) HR : 20 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi kapiler pembuluh kuku : Kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernafasan

(1) Inspeksi

Bentuk thoraks : Simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : Tidak ada

Sianosis : Tampak tidak sianosis

Stridor : Tidak terdengar

(2) Palpasi

Vokal premitus : Getaran sama antara paru kiri dan kanan.

Krepitasi : Tidak ada

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

Lokasi : Batas paru hepar ics 4

(4) Auskultasi

Suara nafas : Vesikuler

Suara ucapan : Terdengar sama kiri dan kanan

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak ada

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 Linea Mid Clavicularis sinistra.

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2-3 Linea sternalis.

Batas bawah jantung : ICS 5 Linea Mid Clavikularis sinistra.

Batas kanan jantung : ICS 2 Linea Sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS 5 Linea Mid Clavikularis sinistra.

(4) Auskultasi

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

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

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

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

Bunyi jantung III irama Gallop: Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

B. Femoralis: Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : [-] Positif [✓] Negatif

Rentang gerak : Bebas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parase : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot : Kanan Kiri

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

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

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak.

Refleks fisiologis : Bicep (+), Tricep (+), Patella (+), Achiles (+).

Refleks patologi : Tidak ada

Babinski, Kiri : [-] Positif [✓] Negatiif

Kanan : [-] Positif [✓] Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i) Collumna Vertebralis

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

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami gangguan tidur. Pasien mengatakan tidur malam ± 7-8 jam antara pukul 22.00-05.00 tetapi jika pasien merasa lelah kadang-kadang pasien tidur awal sekitar pukul 21.00 dan pada saat pasien bangun tidur ia merasa segar. Pasien juga mengatakan jarang tidur siang karena pasien kerja dari pukul 07.00 dan pulang pukul 15.00, tetapi jika pasien lebih awal pulang pasien biasanya istirahat 1-2 jam.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien lebih banyak membutuhkan waktu untuk beristirahat. Pasien tidur siang, tetapi tidurnya tidak nyaman mudah terbangun dan gelisah

karena demam dan sakit kepala. pasien mengatakan tidur malam ± 6 jam.

3) Observasi :

pasien tampak berbaring di atas tempat tidurdengan posisi terlentang, tampak pasien gelisah.

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

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan. Pasien juga mengatakan tidak ada gangguan pada indra pendengaran dan penglihatannya.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan, pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 50cm. Tampak pasien mampu mengenal lingkungannya.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

Kornea	: Tampak jernih
Pupil	: Tampak isokor kiri dan kanan
Lensa mata	: Tampak jernih

Tekanan intra okuler (TIO): Kiri dan kanan sama

b) Pendengaran

Pina : Bersih, simetris kiri dan kanan

Kanalis : Bersih, tidak tampak serumen

Membran timpani : Utuh dan ada refleks cahaya

c) Mengenal rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Pasien dapat merasakan sentuhan yang di berikan pada lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada yang menonjol dalam dirinya. Pasien mengatakan ia menerima dirinya dengan senang hati dan merasa nyaman dengan pekerjaannya sebagai seorang guru.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat berbuat apa-apa ia hanya berbaring di atas tempat tidur, keluarga pasien juga mengatakan pasien merasa cemas dengan keadaanya sekarang. Pasien mengatakan ia ingin cepat sembuh dan berkumpul kembali dengan keluarganya.

3) Observasi :

Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur

a) Kontak mata : Ada

b) Rentang perhatian : Penuh

c) Suara dan cara bicara : Pelan dan kata-kata yang diucapkan jelas.

d) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien terbaring.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien terbaring

c) kulit : Tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tinggal bersama suaminya. Pasien juga mengatakan bahwa hubungannya dengan suami, teman, dan keluarga serta orang yang ada disekitar lingkungan rumahnya terjalin baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan hubungannya dengan suami, keluarganya dan perawat terjalin dengan baik. Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit ia rindu dengan suasana rumah, ia ingin berkumpul lagi bersama dengan suami, keluarga dan teman kerjanya.

3) Observasi :

Tampak pasien dijaga oleh kakak kandungnya, tampak pasien di jenguk oleh keluarga serta teman-temannya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia sudah 4 tahun menikah tetapi belum mempunyai anak. Pasien mengatakan ia sangat berharap bisa memiliki seorang anak. Pasien juga mengatakan tidak sedang mengkonsumsi obat atau menggunakan alat kontrasepsi (KB).

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan siklus menstruasinya agak lebih cepat dari biasanya. Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat reproduksinya.

3) Observasi : Tidak diobservasi (pasien menolak)

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dapat dikaji karena pasien menolak

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika stres atau ada masalah pasien hanya menenangkan diri dan biasanya pasien juga menceritakan kepada suaminya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia sangat cemas dengan keadaannya sekarang akan tetapi suami, orangtua dan saudaranya selalu datang menghibur dan memotivasinya. Pasien juga mengatakan ia berusaha untuk mengontrol timbulnya stres akibat dari penyakit yang di alami.

3) Observasi :

Tampak kakak kandungnya selalu mendampingi pasien.

k. Pola sistem dan nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama islam dan selalu rajin sholat di mesjid maupun dirumahserta membaca Alquran.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak pernah lagi sholat di mesjid karena keadaannya saat ini dan pasien juga mengatakan walaupun dalam keadaan sakit ia selalu berdoa dan selalu didoakan oleh keluarganya.

3) Observasi :

Tampak Alquran di atas meja pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. N I (*Olfaktorius*) :

pasien mampu mencium bau dari minyak kayu putih.

b. N II (*Opticus*):

pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm.

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

Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat dengan menggerakkan bola mata kesegala arah dan pupil mengecil saat di beri refleks cahaya.

d. N V (*Trigeminus*) :

Sensorik : pasien mampu merasakan goresan kapas dipipi.

Motorik : pasien mampu mengunyah makanan.

e. N VII (*Fascialis*) :

Sensorik : pasien mampu mengecap rasa manis dari gula Pasir.

Motorik : pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, tersenyum dan meringis.

f. N VIII (*Vestibulo acusticus*) :

Vestibularis: Tidak dikaji karena pasien berbaring.

Akustikus : pasien mampu mendengar gesekan jari tangan perawat.

g. N IX (*Glossopharyngeus*) :

Uvula pasien tampak ditengah.

h. N X (*Vagus*) :

Pasien mampu menelan dengan baik.

i. N XI (*Acsesorius*) :

   Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan bahu kiri

j. N XII (*Hypoglossus*) :

   Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi lurus dan mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 05 maret 2020

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	5.60		10^3/Ul	4.8 - 10.2
RBC	4.13		10^3/Ul	4.0 - 5.5
HGB	12.3		g/dl	12.2 - 16.2
HCT	36.1	-	%	37.7 - 47.9
MCV	85.0		Fl	80.0 - 97.0
MCH	29.8		Pg	26.0 - 31.0
MCHC	35.0		g/dl	31.8 - 35.4
PLT	119	-	10^3/Ul	130.0 - 400.0
RDW	12.6		Fl	11.5 - 14.5
PDW	19.4	+	fL	9.0 - 13.0
MPV	12.6	+	Fl	7.0 - 11.1
P-LCR	44.8	+	%	15.0 - 25.0
DIFF				
LYMPH	13.0		%	10.0 - 50.0
MXD	4.2		%	1.0 - 20.0
NEUT	82.8	+	%	37.0 - 80.0
LYMPH#	0.70	-	10^3/uL	1.00 - 3.70
MXD#	0.2		10^9/uL	0 - 1.2
NEUT#	4.70		10^3/uL	1.50 - 7.00

Tabel 3.2 Pemeriksaan Tubex tes

Test / Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
UNO SEROLOGI – INFEKSI LAIN ANTI SALMONELLA TYPHI IgM	POSITIF (+3)	NEGATIF		

C. Analisa Data

Nama / umur : Ny ”R” / 22 tahun

Ruangan / Kamar : Bernadeth II / 509

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: - Pasien mengatakan demam di rumah selama ± 1 minngu - Pasien mengatakan demamnya naik turun terutama pada sore hari dan menjelang malam. - Pada saat pengkajian pasien mengatakan ia masih demam - Pasien mengatakan merasa pusing dan sakit kepala DO: - Tampak keadaan umum pasien lemah. - Badan pasien teraba hangat. - Tampak pasien menggigil. - Lidah tampak kotor (putih) - Hasil observasi: TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit S : 39^{o}C P : 20 x/menit - Pemeriksaan penunjang Hasil Laboratorium : - HCT = 36.1 % - PLT = 119 10^3/uL - PDW = 19,4 fL - MPV = 12,6 fL - NEUT = 82,8 % Pemeriksaan Tubex : Anti *salmonella typhi* IgM +3	Penyakit	Hipertermi

2.	DS: - Pasienmengatakan selama ia sakit nafsu makan menurun. - Pasien mengatakan merasa mual terutama ketika pasien makan atau setelah makan. - Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang di konsumsi terasa hambar. - Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan yaitu dari 46 kg menjadi 43 kg. DO: - Pasien tampak lemah. - Tampak pasien kurus - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit. - Tampak lidah pasien kotor (putih) terutama pada bagian tengah. - BB : 43 cm - TB : 157 kg IMT: 17,4 (berat badan kurang dari normal)	Faktor biologis	Ketidakseimbangan nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh
3.	DS: - Pasien mengatakan badannya terasa lemah. - Pasien mengatakan pusing - Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya di bantu oleh keluarganya dan perawat kecuali mobilisasi di tempat tidur. - Pasien mengatakan dokter menganjurkan untuk lebih banyak beristirahat.	Tirah baring	Intoleransi aktivitas

	DO: - Tampak keadaan umum pasien lemah. - Tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti mandi, makan, BAB, BAK, kecuali mobilitas di tempat tidur. - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur. - Observasi: - Makan : 2 - Mandi : 2 - Pakaian : 2 - Kerapihan : 2 - Buang air kecil : 2 - Buang air besar : 2 - Monbilitas di tempat tidur : 0		

D. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny “R” / 22 tahun

Ruang / kamar : Bernadeth II / 509

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

E.RENCANA KEPERAWATAN

Nama / Umur : Ny “R” / 22 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II / 509

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC) Meliputi : Mandiri, observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
05/03/2020	DP I : Hipertermi berhubungan dengan penyakit yang ditandai dengan : Data subjektif : - Pasien mengatakan demam di rumah selama ± 1 minngu - Pasien mengatakan demamnya naik turun terutama pada sore hari dan menjelang malam. - Pada saat pengkajian pasien mengatakan ia masih demam - Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien akan menunjukkan termoregulasi dengan indikator cukup terganggu sampai tidak terganggu dengan kriteria hasil: - Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu) - Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke	1. Perawatan demam a. Pantau suhu dan tanda-tanda vital b. Monitor warna kulit dan suhu c. Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan	a. Dengan mengkaji TTV dapat mengetahui bila peningkatan suhu tubuh sehingga memungkinkan untuk mengambil tindakan b. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan peningkatan suhu c. Perubahan suhu tubuh dapat menunjukkan proses infeksius

	merasa pusing dan sakit kepala Data objektif : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Badan pasien teraba hangat - Tampak pasien menggigil - Lidah tampak putih (kotor). - Hasil observasi: TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit S : 39°C P : 20 x/menit - Pemeriksaan penunjang Hasil Laboratorium : - HCT = 36.1 % - PLT = 119 10^3/uL - PDW = 19,4 fL - MPV = 12,6 fL - NEUT = 82,8 % Pemeriksaan Tubex : Anti *salmonella typhi* IgM +3	skala 5 (tidak terganggu) - Hipertermia dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu)	d. Berikan kompres air hangat bila demam timbul e. Anjurkan pasien banyak minum air putih f. Tutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam g. Beri obat atau cairan IV (mis: antipiretik, agen antiboitik	d. Kompres air hangat dapat membantu penurunan demam e. Minum banyak dapat mengganti cairan yang hilang akibat penguapan serta dapat mencegah terjadinya dehidrasi f. Pakaian yang tipis dapat membantu dalam penyerapan keringat g. Antibiotik dapat menghambat pertumbuhan kuman, antipiretik dapat menurunkan suhu tubuh

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC) Meliputi : Mandiri, observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
05/03/2020	DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis yang di tandai dengan: Data subjektif : - Pasien mengatakan selama ia sakit nafsu makan menurun. - Pasien mengatakan merasa mual terutama ketika pasien makan atau setelah makan. - Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang di konsumsi terasa hambar.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status asupan nutrisi, nafsu makan dengan kriteria hasil : - Asupan makanan dipertahankan pada skala 3 (sedikit adekuat) ditingkatkan keskala 5 (sepenuhnya adekuat) - Hasrat/keinginan untuk makan dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) - Frekuensi mual dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 5 (tidak ada) - Penurunan berat badan	1. Manajemen nutrisi a. Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual c. Anjurkan pemberian makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering d. Berikan makanan yang disukai pasien	a. Meningkatkan kebutuhan nutrisi sampai cukup untuk di ukur agar dapat di ketahui kemampuannya b. Untuk mengetahui apa penyebab mual c. Untuk memperbaiki asupan gizi, sehingga lambung tidak terasa terlalu kenyang d. Membantu meningkatkan nafsu makan

	- Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan yaitu dari 46 kg menjadi 43 kg. Data objektif : - Pasien tampak lemah - Tampak pasien kurus - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit. - Tampak lidah pasien kotor (putih) terutama pada bagian tengah. - BB : 43 cm - TB : 157 kg - IMT: 17,4 (berat badan kurang dari normal)	dipertahankan pada skala 3 (cukup) ditingkatkan ke skala 5 (tidak ada)	e. Lakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan kenyamanan f. Timbang berat badan	e. Untuk membersihkan mulut dan meminimalkan rasa tidak enak f. Untuk mengetahui adanya kenaikan atau penurunan berat badan pasien

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC) Meliputi : Mandiri, observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
05/03/2020	DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring yang di tandai dengan : Data subjektif : - Pasien mengatakan badannya terasa lemah. - Pasien mengatakan pusing - Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya di bantu oleh keluarganya dan perawat kecuali mobilisasi di tempat tidur. - Pasien mengatakan dokter menganjurkan untuk lebih banyak beristirahat. Data objektif : - Tampak keadaan umum	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat menunjukkan toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil : - Melakukan aktivitas rutin dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan keskala 5 (tidak terganggu) - Aktivitas fisik dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu) - Kelelahan dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak	1. Manajemen energi a. Kaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas b. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (mandi, kerapihan) c. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap	a. Kemampuan dan keterbatasan pasien dapat membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual b. Tindakan dalam personal *hygiene* akan memberikan rasa nyaman dan memperlancar peredaran darah c. Aktivitas yang bertahap dapat mencegah terjadinya kekakuan otot

	pasien lemah. - Tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, mandi, BAB, BAK, kecuali mobilitas di tempat tidur. - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur. - Observasi: - Makan : 2 - Mandi : 2 - Pakaian : 2 - Kerapihan : 2 - Buang air kecil : 2 - Buang air besar : 2 - Monbilitas di tempat tidur : 0	terganggu)	d. Berikan lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring,pantau dan batasi pengunjung e. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari	d. Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan menurunkan beban kerja jantung dan paru-paru e. Agar keluarga bisa membantu pasien apabila perawat tidak ada dan untuk menjaga privasi pasien

F. Pelaksanaan Keperawatan

Nama / Umur : Ny ”R” / 22 tahun

Ruangan / Kamar : Bernadeth II / 509

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
05/03/2020	I	13.55	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit S : 39^{o}C P : 20 x/menit - Pasien mengatakan masih demam - Pasien mengatakan merasa pusing dan sakit kepala	Serli
	I	14:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Paracetamol 1 gr/ IV	Perawat Anden & Serli
	I	14:05	Memonitor warna kulit Hasil: - Tampak kulit bersih dan elastis dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi - Teraba tubuh pasien hangat	Perawat Anden & Serli
	I	14:10	Menganjurkan pasienbanyak minum air putih Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia rajin mengkonsumsi air putih - Tampak pasien minum air putih ± 220 cc	Serli
	I	14:15	Memberikan kompres air hangat Hasil : - Tampak pasien di kompres dibagian dahi dengan menggunakan air hangat	Serli

	I	14:25	Menutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dan hangat ketika menggunakan selimut - Tampak pasien menggunakan baju dan menyerap keringat	Serli
	III	16:00	Mengkaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas Hasil : - Pasien mengatakan beberapa kebutuhan dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti mandi, makan dan kekamar mandi harus ditemani karena merasa lemah	Serli
	I	16:05	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg N : 80 x/menit S : 38,6^{o}C P : 20 x/menit	Serli
	I	17:00	Menganjurkan pasien banyak minum air putih ± 200 cc Hasil : - Tampak pasien minum air putih ± 200 cc	Serli
	II	18:00	Menganjurkanpemberian makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering Hasil : - Tampak pasien setuju dengan anjuran perawat - Pasien mengatakan lidahnya terasa pahit - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan	Serli

	I	18:05	Melakukan pemberian obat Hasil : - Paracetamol 500 mg/ oral	Serli
	II	18:30	Memberikan makanan dalam pemenuhan nutrisi Hasil : - Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur, sup, ikan - Tampak pasien disuap oleh ibunya - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit.	Serli
	III	18:45	Mengidentifikasikan faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual Hasil : - Pasien mengatakan merasa mual pada saat mau makan atau setelah makan - Tampak pasien makan secara pelan-pelan karena merasa mual	Serli
	I,II	19:50	Mengganti cairan infus Hasil : - Cairan RL 500 cc 20 tetes/menit	Susan
	II	21:05	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg N : 80 x/menit S : 37,7^{o}C P : 20 x/menit	Susan
	I	21:10	Memonitor warna kulit Hasil : - Tampak kulit bersih, elastis dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi	Susan
	III	21:50	Memberikan lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring, pantau dan batasi pengunjung	Susan

			Hasil : - Tampak keluarga mau melakukan anjuran perawat untuk mengurangi penjaga pasien - Tampak pasien beristirahat	
	I,II	24:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ondansentron 4 mg 1 amp/ IV	Susan
	I	05:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/80 mmHg N : 82 x/menit S : 38,2^{o}C P : 20 x/menit	Susan
	I	05:05	Memonitor warna kulit Hasil : - Tampak kulit bersih, elastis dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi - Pasien mengatakan demam dan pusing	Susan
	I	05:10	Menutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dan hangat ketika menggunakan selimut - Tampak pasien menggunakan baju dan menyerap keringat	Susan
	I	05:15	Memberikan kompres air hangat Hasil : - Tampak pasien di kompres dengan menggunakan air hangat	Susan
	I	05:20	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih ± 200 cc	Susan

06/03/2020	I	07:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Paracetamol 500 mg/ oral	Serli
	III	07:15	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari Hasil : - Membantu pasien ke kamar mandi untuk BAK - Pasien mengatakan merasa nyamana setelah BAK	Serli
	II	07:20	Menganjurkan pasien makan dalam porsi kecil tapi sering Hasil : - Tampak pasien setuju dengan anjuran perawat - Pasien mengatakan mualnya sudah berkurang dan lidahnya masih terasa pahit	Serli
	III	08:00	Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : - Tampak pasien sudah mulai bisa melakukan hal sederhana yang dapat dilakukan sendiri seperti makan, beraktivitas di tempat tidur	Serli
	II	08:30	Menganjurkan pasien untuk melakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan rasa nyaman Hasil : - Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat	Serli
	III	08:40	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari Hasil : - Tampak keluarga pasien membantu pasien mengganti baju	Serli

	I	09:50	Memonitor suhu sesuai kebutuhan Hasil : - S : 39,4^{o}C	Serli
	III	09:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Paracetamol 1 gr/ IV	Perawat Nalce & Serli
	I	09:05	Memonitor warna kulit Hasil : - Tampak kulit bersih, elastis dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi	Serli
	I	09:10	Menganjurkan pasienbanyak minum air putih Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia rajin mengkonsumsi air putih - Tampak pasien minum air putih ± 200 cc	Serli
	I	10:00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/60 mmHg N : 82 x/menit S : 38^{o}C P : 22 x/menit	Serli
	I	10:05	Menutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dan hangat ketika menggunakan selimut - Tampak pasien menggunakan baju dan menyerap keringat	Serli
	I	10:15	Memberikan kompres air hangat Hasil : - Tampak pasien di kompres dengan menggunakan air hangat	Serli

	I	11:00	Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan Hasil : - S : 37,3^{o}C	Serli
	I	11:25	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih 220 cc	Serli
	I,II	12:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ondansentron 4 mg 1 amp/ IV - Paracetamol 500 mg/ oral	Serli
	I,II	12:05	Mengganti cairan infus Hasil : - Cairan RL 500 cc 20 tetes/menit	Serli
	III	12:10	Memberikan makanan yang disukai pasien Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 3 potong biskuit dan 1 porsibubur yang disediakan oleh rumah sakit.	Serli
	III	14:00	Mengkaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas Hasil : - Pasien mengatakan beberapa aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga dan perawat seperti ke kamar mandi dan ganti baju - Pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan dan mobilisasi ditempat tidur	Susan
	I	16:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ceftriaxone 3 gr/ IV - Omeprazole 20 mg/ IV	Perawat Selvi & Susan

	I	16:20	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg N : 80 x/menit S : 37,6^{o}C P : 20 x/menit - Pasien mengatakan demamnya mulai turun - Pasien mengatakan masih merasa pusing dan sakit kepala	Susan
	I	17:55	Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan Hasil : - S : 38,8^{o}C - Tampak pasien menggigil	Susan
	I	18:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Paracetamol 500 mg/ oral	Susan
	I	18:05	Memberikan kompres air hangat Hasil : - Tampak pasien di kompres dengan menggunakan air hangat	Susan
	II	18:30	Memberikan makanan dalam pemenuhan nutrisi Hasil : - Tampak pasien hanya mengkonsumsi bubur, sayur, ikan, pisang - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit.	Susan
	I	19:00	Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan Hasil : - S : 37,8^{o}C	Susan
	II	20:00	Mengidentifikasikan faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual Hasil :	Susan

			- Pasien mengatakan mualnya sudah berkurang - Pasien mengatakan nafsu makannya mulai membaik	
	I,II	20:25	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : - Tampak pasien minum air putih 220 cc	Susan
	I	21:00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37^{o}C P : 20 x/menit	Susan
07/03/2020	I	07:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Paracetamol 500 mg/ oral	Susan
	I	07:30	Mengganti cairan infus Hasil : - Cairan RL 500 cc 20 tetes/menit	Susan
	II	08:05	Menganjurkan pasien untuk melakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan rasa nyaman Hasil : - Tampak pasien setuju dengan anjuran dari perawat	Susan
	III	08:25	Mengkaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien dalam beraktivitas Hasi : - Tampak keadaan umum pasien membaik - Pasien mengatakan sudah bisa makan, mengganti baju sendiri	Susan
	III	09:00	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari Hasil :	Susan

			- Tampak keluarga pasien menyediakan peralatan sikat gigi pasien - Pasien mengatakan mulutnya terasa segar dan nyaman setelah mandi dan sikat gigi	
	III	09:30	Mengganti cairan infus Hasil : - Cairan RL 500 cc 20 tetes/menit	Susan
	I	09:15	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 110/80 mmHg N : 80 x/menit S : 37,6^{o}C P : 20 x/menit	Susan
	I,II	10:00	Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : - Tampak pasien sudah bisa melakukan hal sederhana yang dapat dilakukan sendiri seperti makan, kerapihan danke kamar mandi	Susan
	I	10:10	Menganjurkan pasien banyak minum air putih ± 200 cc Hasil : - Tampak pasien minum air putih ± 200 cc	Susan
	II	11:00	Menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi sedikit tapi sering Hasil : - Pasien mengatakan kadang makan roti atau biskuit dalam jumlah sedikit-sedikit - Pasien mengatakan sdah tidak merasa mual saat makan dan lidahnya sudah tidak terasa pahit	Susan
	II	12:00	Melakukan pemberian obat	Susan

			Hasil : - Paracetamol 500 mg/ oral	
	II	12:10	Memberikan makanan dalam pemenuhan nutrisi Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit. - Pasien mengatakan nafsu makannya mulai membaik	Susan
	I	16:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Omeprazole 20 mg/ IV - Ceftriaxone 3 gr/ IV	Serli
	I	16:10	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,8^{o}C P : 20 x/menit	Serli
	I	18:50	Memberikan makanan dalam pemenuhan nutrisi Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit.	Serli
	II	19:00	Memberikan makanan yang disukai pasien Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 2 bungkus roti.	Serli
	II	20:00	Mengganti cairan infus Hasil : - Cairan RL 500 cc 20 tetes/menit	Serli
	I	21:00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg	Serli

			N : 82 x/menit S : 36,5^{o}C P 20 x/menit - Pasien mengatakan demamnya sudah turun - Pasien mengatakan sudah tidak pusing dan sakit kepala - Teraba tubuh pasien tidak hangat	
	II	21:10	Menganjurkan pasien banyak minum air putih ± 200 cc Hasil : - Tampak pasien minum air putih ± 200 cc	Serli

G. Evaluasi keperawatan

Nama / Umur : Ny ”R” / 22 tahun

Ruangan / Kamar : Bernadeth II / 509

Tanggal	DP	Evaluasi Keperawatan	Nama perawat
05/03/2020	I	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan masih demam - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan merasa pusing dan sakit kepala O : - Tampak pasien lemah - Badan pasien teraba hangat - Tampak pasien menggigil - Observasi TTV TD : 100/70 mmHg N : 80 x/menit S : 38,2^{o}C P : 20 x/menit A : - Hipertermi belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi perawatan demam: a,b,c,d,e,f,g	Susan
	II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis S : - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Pasien mengatakan lidah masih terasa pahit dan mual saat makan atau setelah makan O : - Tampak pasien lemah - Tampak lidah putih (kotor) - Tampak pasien kurus - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan	Susan

		oleh rumah sakit. - Berat badan : 43 kg - IMT : 17,4 A : - Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi manajemen nutrisi: a,b,c,d,e,f	
	III	Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring S: - Pasien mengatakan merasa lemah - Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat kecuali mobilisasi ditempat tidur O : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien bedrest - Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga saat BAK, BAB, dan mandi. A : - Intoleran aktivitas belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi manajemen energi: a,b,c,d,e	Susan

Tanggal	DP	Evaluasi Keperawatan	Nama perawat
06/03/2020	I	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan demam sudah mulai turun - Pasien mengatakan masih merasa pusing dan sakit kepala O : - Badan pasien masih teraba hangat - Observasi TTV TD : 100/80 mmHg N : 80 x/menit S :37,6^{o}C P : 22 x/menit A : - Masalah Hipertermi sebagian teratasi P : - Lanjutkan intervensi perawatan demam: a,c,d,e,f,g	Serli
	II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis S : - Pasien mengatakan lidahnya masih terasa pahit - Pasien mengatakan nafsu makannya mulai membaik dan mualnya sudah berkurang O : - Tampak pasien masih lemah - Tampak pasien kurus - Tampak pasienmenghabiskan 1 porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit. - Berat badan : 43 kg - IMT : 17,4 kg A : - Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah sebagian teratasi P : - Lanjutkan intervensi manajemen	Serli

		nutrisi: a,c,d,e,f	
	III	Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring S: - Pasien mengatakan beberapa aktivitas masih di bantu oleh keluarga dan perawat seperti ke kamar mandi dan ganti baju - Pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas sendiri di atas tempat tidur seperti makan dan lain-lain O : - Tampak pasien makan tanpa dibantu - Tampak kakak pasien mendampingi pasien ke kamar mandi - Tampak pasien sudah mulai bisa melakukan hal sederhana yang dapat dilakukannya sendiri seperti makan, beraktivitas ditempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi A : - Intoleran aktivitas sebagianteratasi P : - Lanjutkan intervensi manajemen energi: a,b,c,d,e	Serli

Tanggal	DP	Evaluasi Keperawatan	Nama perawat
07/03/2020	I	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya sudah turun - Pasien mengatakan sudah tidak pusing dan sakit kepala O : - Tampak keadaan umum pasien membaik - Teraba tubuh pasien tidak hangat - Observasi TTV TD : 110/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5^{o}C P : 20 x/menit A : - Suhu tubuh kembali normal, Hipertermi teratasi P : - Intervensi keperawatan di hentikan	Susan & Serli
	II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis S : - Pasien mengatakan nafsu makannya mulai membaik - Pasien mengatakan sdah tidak merasa mual saat makan atau setelah makan - Pasien mengatakan lidahnya sudah tidak terasa pahit O : - Tampak pasien kurus - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit. - Berat badan : 43 kg - IMT : 17,4 kg A : - Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagian teratasi	Susan & Serli

		P : - Lanjutkan Intervensi keperawatan manajemen nutrisi:a,d,f	
	III	Intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring S: - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya dengan mandiri - Pasien mengatakan sudah bisa bangun sendiri, makan sendiri, dan memakai baju sendiri O : - Tampak keadaan umum pasien membaik - Tampak pasien sudah bisa melakukan aktivitas dengan mandiri seperti makan, kerapihan, BAK dan BAB di kamar mandi A : - Intoleran aktivitas sudah teratasi P : - Intervensi keperawatan di hentikan	Susan & Serli

H. Terapi

1. Cairan infus RL: 500 cc 20 tetes/menit
2. Paracetamol: 500 mg/3x1/8 jam/ oral
3. Paracetamol: 1 gr/8 jam/ IV
4. Ceftriaxone: 3 gr/24 jam/ IV
5. Omeprazole: 20 mg/24 jam/ IV
6. Ondansentron: 4 mg/1 amp/12 jam/ IV

I. Daftar obat yang diberikan pada pasien

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

   Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   - Karena pasien demam.

   Kontra indikasi:
   - Jangan menggunakan paracetamol pada pasien dengan riwayat hipersensitif.

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

2. Nama obat : Ceftriaxone
   Klafikasi / golongan : antibiotik
   Dosis umum : 250 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 vial/24 jam
   Cara pemberian obat : pigy bag/IV

Mekanisme kerja dan fungsi obat :

- Adalah golongan cefalosforin dengan septrum luas, yang membunuh bakteri dengan menghambat sistensis dinding sel bakteri. Ceftriaxone juga aktif terhadap bakteri gram positif, seperti streptococcus pneumonia, streptococcus pyogenes.

Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan :

- Menderita demam *thypoid* yang disebabkan oleh bakteri *salmonella typhi* yang bersifat gram negatif.

Kontra indikasi :

- Hipersensitif terhadap sefalosporin dan Hipersensitif terhadap penicillin atau antibiotik B-Lactam

Efek samping :

- Gangguan lambung usus, perubahan hematologikal, reaksi kulit, gangguan koagulasi, flebitis (pada injeksi intravena), sakit kepala.

3. Nama obat : Omeprazole
   Klafikasi / golongan : Generik
   Dosis umum : 20 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 vial/24 jam
   Cara pemberian obat : IV
   Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   - Pengobatan jangka pendek tukak usus dan tukak lambung, refluks esofagitis yang erosis. Pengobatan jangka panjang sindroma Zollinger-Elison. Pengobatan ulkus dudenum dan infeksi Helicobacter pylori.

   Alasan pemberian obat pada pasien bersaangkutan :
   - Karena pasien merasa mual

   Kontra indikasi :
   - Penderita yang Hipersensitif/alergi terhadap tiamfenikol, wanita hamil dan menyusui.

Efek samping :

- Reaksi Hipersensitif/alergi, gangguan saluran pencernaan (mual, muntah, diare), sariawan, glositis, depresi mental, sakit kepala, otot oksisitas, dan anemia hemoliti.

4. Nama obat : Ondansentron
   Klafikasi / golongan : Antiemetik
   Dosis umum : 4-8 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampul/12 jam
   Cara pemberian obat : IV
   Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   - Mencegah dan mengobati mual dan muntah akibat kemoterapi, radioterapi, dan pascaoperasi.

   Alasan pemberian obat pada pasien bersaangkutan :
   - Karena pasien mual

   Kontra indikasi :
   - Narfonse jangan diberikan kepada penderita yang hipersensitif atau alergi terhadap ondansentron.

   Efek samping :
   - Sakit kepala, mudah mengantuk, kepanasan, pusing ketika berdiri, mudah lelah, konstipasi, dan sakit perut.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teoritis yang di peroleh secara tertulis dengan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny “R” dengan demam *thypoid* di rumah sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari sejak pada tanggal 05-07 Maret 2020 dengan menggunakan pendekatan keperawatan.

A. Pengkajian

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

Hasil pengkajian yang dilakukan penulis terhadap Ny.“R” umur 22 tahun, yang masuk rumah sakit pada tanggal 04 Maret dan dikaji pada tanggal 05 Maret 2020 diperoleh data: Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan demam dan pola demamnya tidak menentu kadang naik turun selama ± 1 minggu yang lalu, terutama pada sore hari menjelang malam disertai dengan pusing, sakit kepala, mual, pasien mengatakan masih bab encer 1 kali, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang dikonsumsi terasa hambar, pasien mengalami penurunan berat badan dari 46 kg menjadi 43 kg dalam 1 minggu, tampak pasien lemah, badan pasien teraba hangat, tampak pasien menggigil, tampak bibir kering, lidah tampak putih (kotor). Pemeriksaan TTV: Tekanan darah: 110/80 mmHg, suhu: 39^{o}C, nadi: 84 x/menit,

pernafasan: 20 x/menit, dan hasil pemeriksaa laboratorium yang dilakukan adalah pemeriksaan tubex test dengan hasil anti *salmonella typhi* IgM positif (+3).

Pada pasien terjadi peningkatan suhu tubuhkarena masuknya kuman *salmonella typhi* ke dalam tubuh mencapai jaringan limpoid dan masuk ke dalam aliran darah (bakterimia primer) kemudian kuman menyerang *Retikulo Endothelial System* (RES), berkembang biak dan masuk kembali ke dalam aliran darah (bakterimia sekunder) dan mengeluarkan endotoksin kemudian merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit dan beredar di dalam darah sehingga mempengaruhi pusat termoregulasi di hipotalamus yang mengakibatkan timbulnya gejala demam. Selain itu, pada pasien demam *thypoid* biasanya pada pemeriksaan tubexnya positif artinya zat anti (antibody) terhadap kuman *salmonella*, menunjukkan bahwa seseorang pernah kontak/terinfeksi dengan *salmonella typhi* tertentu.

Berdasarkan tinjauan teori masa inkubasi terjadi 10-14 hari dengan gejala: demam naik turun terutama pada sore hari dan malam hari, nyeri kepala, pusing, mual, anoreksia, diare, keluhan tubuh yang lain seperti: lidah yang khas (putih kotor dengan tepi kemerah-merahan).

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

B. Diagnosa keperawatan

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
3. Resiko defisiensi volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring.
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

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

a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit, diagnosa ini didukung oleh adanya kuman *salmonella typhi* dalam pemeriksaan tubex test, pasien mengatakan sedang demam, badan pasien teraba hangat, tampak TTV suhu 39^{o}C.
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan denganfaktor biologis, diagnosa ini didukung oleh adanya tanda dan gejala yang muncul pada pasien: pasien merasakan tidak ada nafsu makan dan sering merasakan mual saat makan atau setelah makan. pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang di sediakan oleh rumah sakit, pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang di konsumsi terasa hambar. Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan yaitu dari 46 kg menjadi 43 kg dalam 1 minggu. Selain itu lidah pasien juga tampak kotor (putih) pada bagian tengah dan tampak pasien kurus.
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring, diagnosa ini didukung oleh adanya tanda dan gejala yang muncul pada pasien: Pasien mengatakan badannya terasa lemahdan pusing, sertasebagian aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga.

Terdapat dua diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat pada kasus, yaitu resiko defisiensi volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan nyeri akut

berhubungan dengan agen cedera biologis. Penulis tidak mengakat diagnosa ini karena pada saat pengkajian tidak ada data-datayang mendukung, keadaan umum pasien compos mentis, terpasang infus RL 500 cc di tangan sebelah kanan dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit, pasien mampu menghabiskan ± 6 gelas (1200 cc) air putih dalam sehari, hidrasi kulit: *finger print* kembali dalam ≤ 3 detik, pasien mengatakan tidak ada nyeri yang tidak tertahankan yang dia rasakan serta tidak ada nyeri tekan pada epigastrica.

C. Perencanaan Keperawatan

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit adalah :

   Intervensi :

   Pantau suhu dan tanda-tanda vital, monitor warna kulit dan suhu,monitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan, berikan kompres air hangat bila demam timbul, anjurkan pasien banyak minum air putih, tutup pasien dengan selimut dan pakaian ringan tergantung pada fase demam, beri obat atau cairan IV (mis: antipiretik, agen antiboitik).

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis adalah :

   Intervensi :

   Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, Identifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan mual,anjurkan pemberian makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering, berikan makanan yang disukai pasien, lakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan kenyamanan, timbang berat badan.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring adalah :

   Intervensi :

   Kaji tingkat kemampuan dan keterbatasan pasien, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (mandi, kerapihan), anjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, berikan lingkungan yang tenang, pertahankan tirah baring, pantau dan batasi pengunjung, libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari.

D. Pelaksanaan Keperawatan

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

1. Pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan penyakit, selama 3 hari perawatan, semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan.
2. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, selama 3 hari perawatan, semua intervensi yang di buat dapat diimplementasikan kecuali intervensi terkait menimbang berat badan yang belum sempat penulis laksanankan atau lakukan dikarenakan ketersediaan alat kurang memadai (timbangan BB tidak ada).
3. Pada diagnosa intoleran aktivitas berhubungan dengan tirah baring selama 3 hari perawatan, semua intervensi yang di buat dapat diimplementasikan.

E. evaluasi

Tahap evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan yang menjadi penentuan apakah hasil yang di harapkan dapat tercapai atau tidak. Dari hasil evaluasi yang dilaksanakan penulis selama 3 hari yaitu mulai dari tanggal 05-07 maret 2020, di dapat hasil sebagai berikut :

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan termoregulasi dengan indikator cukup terganggu sampai tidak terganggu dengan kriteria hasil: Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu), sakit kepala tidak terganggu, hipertermia dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu), hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir, pasien mengatakan demamnya sudah turun, pasien mengatakan sudah tidak pusing dan sakit kepala, teraba tubuh pasien tidak hangat, suhu tubuh 36,5^{o}C, sehingga perencanaan selanjutnya adalah hentikan intervensi .
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis. Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu setelah diberikankan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status asupan nutrisi, nafsu makan dengan kriteria hasil: Asupan makanan sepenuhnya adekuat, hasrat/keinginan untuk makan dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu), frekuensi mual dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 5 (tidak ada), penurunan berat badan dipertahankan pada skala 3 (cukup) ditingkatkan ke skala 5 (tidak ada), hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir, pasien mengatakan nafsu makannya

mulai membaik, pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, pasien mengatakan lidahnya sudah tidak terasa pahit, asupan makanan adekuat dimana pasien mampu menghabiskan 1 porsi makananyang disediakan oleh rumah sakit, berat badan 43 kg (IMT = 17,4 kg), sehingga perencanaan selanjutnya adalah penulis memutuskan untuk tetap melanjutkan intervensi.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring. Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jamdiharapkan pasien dapat menunjukkan toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil: Peningkatan dalam beraktivitas, Kelelahan dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu), hal ini dapat dilihat dari evaluasi hari terakhir, keadaan umum pasien baik, pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya dengan mandiri, tampak pasien sudah bisa melakukan aktivitas dengan mandiri seperti mandi, kerapihan, BAK dan BAB di kamar mandi, sehingga perencanaan selanjutnya adalah hentikan intervensi.

BAB V
PENUTUP

A. Simpulan

1. Pengkajian data pada Ny. “R” umur 22 tahun, masuk RS Stella Maris Makassar dengan demam *thypoid* pada tanggal 04 maret 2020. Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 05 maret 2020 ditemukan keadaan umum pasien tampak lemah, pasien mengatakan masih demam dan pola demamnya tidak menentu kadang naik turun terutama pada sore hari menjelang malam disertai dengan pusing, sakit kepala, mual, pasien mengatakan masih bab encer 1 kali, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan lidahnya terasa pahit sehingga makanan/minuman yang dikonsumsi terasa hambar,pasien mengalami penurunan berat badan dari 46 kg menjadi 43 kg dalam 1 minggu, badan pasien teraba hangat, tampak pasien menggigil,tampak bibir kering, lidah tampak putih (kotor). Tekanan darah: 110/80 mmHg, suhu: 39^{o}C, nadi: 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.
2. Diagnosa yang diangkat oleh penulis yaitu :
    a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
    b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
    c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
3. Intervensi keperawatan yang penulis buat mengacu pada teori yang ada disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien saat dirawat. Intervensi disusun berdasarkan diagnosa yang ditemukan pada pasien saat dirawat.
4. Implementasi dilakukan selama tiga hari dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dengan bekerja sama dengan pasien,

keluarga pasien, sesama perawat, dan tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasil maksimal.

5. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari dari tiga diagnosa hanya 2 diagnosa yang dapat teratasi yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit dan intolenransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis belum teratasi karena membutuhkan waktu lebih dari 3 hari.
6. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari dari tiga diagnosa hanya 2 diagnosa yang dapat teratasi yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit dan intolenransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis belum teratasi karena membutuhkan waktu lebih dari 3 hari.

B. Saran

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

1. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan bagi pasien mampu mengubah pola hidupnya menjadi pola hidup yang sehat dengan mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, serta memperhatikan kebersihan makanan tersebut, istirahat yang cukup, menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri, sehingga mencegah terjadinya demam *thypoid* berulang.
2. Institusi rumah sakit

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

3. Institusi pendidikan

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

4. Mahasiswa/mahasiswi

   a. Hendaknya mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan selalu tetap menerapkan teori-teori yang didapatkan sesuai dengan prosedur yang berlaku.

   b. Hendaknya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien, selalu memberikan edukasi pada pasien maupun keluarga untuk menjaga, memperhatikan, dan mencegah faktor-faktor penyebab demam *thypoid*.

DAFTAR PUSTAKA

Dermawan Deden. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Lestari, T. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Maria Mangdalena Lolon.(2018). *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Thypoid.*

Medical Record RS Stella Maris Makassar. (2018-2019). *Statistik Penyakit Demam Thypoid. Makassar* : RS. Stella Maris Makassar.

Nuruzzaman, H. (2016). *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan Diri Dan Kebiasaan Jajan Di Rumah*. *BerkalaEpidemiologi*. https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/download/24387/13482 Diakses tanggal 20 maret 2020.

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

Rahmat Hidayat, (2016). *keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Rahmasari, V., & Lestari, K. (2018). Review : *Manajemen Terapi Demam Tifoid : Kajian Terapi Farmakologis Dan Non Farmakologis. 185-187. Http://Jurnal.Unpad.Ac.Id/Farmaka/Article//17445.* Diakses tanggal 20 maret 2020 pukul 21:30 WITA.

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

Suriadi, Yuliana. (2016). *Asuhan Keperawatan Manifestasi Klinik*.Jakarta

Suratun. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan gastrointetinal.* Jakarta: Trans Info Media.

WHO. (2018), *Weeklyepidemiologicalrecord*.Geneva: Who. https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/download/24387/13482 Diakses tanggal 20 maret 2020 pukul 13.05 WITA.

https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/download/17656/10480/ Diakses tanggal 20 maret 2020 pukul 21:00 WITA.

DAFTAR LEMBAR KONSUL

Nama mahasiswa : - Serli (E1714401041)
- Susanti Palamba (E1714401042)

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. "R" dengan Demam *Thypoid* di Ruang Perawatan St.Bernadeth IIRS Stella Maris Makassar.

Pembimbing : Jenita laurensia saranga', Ns.,M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing
1.	Senin 13/04/2020	- Cover - Kata pengantar - Bab I Latar belakang	- Perbaiki Cover - Perhatikan pengetikan - Sumber - Data statistik - Uraikan Penularan demam *thypoid* disertai sumber. - Perhatikan pengetikan	
2.	Sabtu 18/04/2020	- Bab II Tinjauan teoritis	- perbaiki pengertian - Sumber update - Perhatikan tanda baca - perhatikan pengetikan referensi	
3	Minggu 19/04/2020	- Bab I, II - Bab III Tinjauan kasus	- Bab I, Bab II ACC - Askep sesuaikan - Perhatikan pengetikan - Lengkapi data dan pengetikan	
4.	Sabtu 25/04/2020	- Bab III - Bab IV Pembahasan kasus	- Bab III ACC - Lengkapi pengetikan pengkajian - Perbaiki pelaksanaan keperawatan	

		- Bab V penutup	- Lengkapi pengetikan kesimpulan	
5.	Minggu 26/04/2020	- Bab IV	- Bab IV, Bab V, kata pengantar ACC	