

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DEMAM TIFOID + GASTRITIS KRONIS DI RUANG B2
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

FITRIA DYA ANFALIA

NIM. 152.0024

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DEMAM TIFOID + GASTRITIS KRONIS DI RUANG B2
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagian satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

FITRIA DYA ANFALIA

NIM. 152.0024

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2018**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 09 Juli 2018



FITRIA DYA ANFALIA

NIM. 152.0024

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

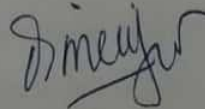
Nama : FITRIA DYA ANFALIA
NIM. : 152.0024
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Diagnosa
Medis Demam Tifoid + Gastritis Kronis Di Ruang B2
Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Setelah perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persetujuan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 09 Juli 2018


Pembimbing



Dini Mei Widayanti, M.Kep
NIP. 03.011

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan



Dra/Sustrami, S. Ken., Ns, M. Kes
NIP. 03.007

Motto & Persembahan

Allah mengijinkan kita hidup di dunia karena sebuah Alasan, begitu pula dengan kita, hidup di dunia ini hanya sekali, cari dan temukan Alasan kita untuk hidup.

Kita melihat, kita bisa, kita mencoba, kita terbiasa, tetap hadapi dengan penuh kepercayaan tanpa ada satu keraguan.

Kupersembahkan karya yang sederhana ini kepada:

1. *Kedua orang tuaku, untuk ayah dan ibuku yang selalu mendoakan ku disetiap sujudnya. Terima kasih telah membesarkan, membimbing, memberikan motivasi serta menasehatiku. Doa ayah dan ibu selalu mengiringi langkahku.*
2. *Kedua kakakku yang menjadikanku motivasi, dan memberikan semangat di tiap hariku.*
3. *Mr. Aditya H Albid dan Mrs. Atik Handayani, Amd. Keb yang telah menemaniku berjuang dan memberikan semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis ini.*
4. *Teman – teman seperjuanganku yang saya sayangi, terima kasih selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini kalian yang sudah membantu dan memberikan motivasi dan saran kepada saya.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditemukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulis, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr.I.D.G. Nalendra D.I,Sp.B, Sp.BTKV, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (K/W) Purn. Wiwiek Liestyningrum, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 yang telah membekali dan memfasilitasi proses pembelajaran kami untuk belajar sehingga di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surabaya.

4. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Dini Mei Widayanti, M.Kep selaku pembimbing I sekaligus penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktunya, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Muharini, S.Kep.,Ns selaku penguji II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini. Juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Kedua orang tua saya dan seluruh keluarga saya tercinta, yang telah memotivasi hidup saya, terima kasih atas seluruh do'a, dukungan, serta kasih sayangnya.
9. Sahabat-sahabat perjuangan tersayang Gadar dan ASPI XXI Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 09 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR TAB EL.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sitematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit Tifoid.....	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Manifestasi Klinik.....	9
2.1.4 Tanda Gejala	11
2.1.5 Patofisiologi	12
2.1.6 Diagnosa Banding.....	12
2.1.7 Komplikasi	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.9 Pencegahan.....	15
2.1.10 Penatalaksanaan	17
2.1.11 Dampak Masalah.....	18
2.2 Konsep Penyakit Gastritis	18
2.2.1 Pengertian.....	18
2.2.2 Etiologi.....	18
2.2.3 Manifestasi Klinik.....	19
2.2.4 Tanda Gejala	20
2.2.5 Patofisiologi	20
2.2.6 Komplikasi	22
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	22
2.2.8 Penatalaksanaan	22
2.3 Asuhan Keperawatan.....	23
2.3.1 Pengkajian.....	23
2.3.2 Diagnosa.....	23
2.3.3 Perencanaan.....	28

2.3.4	Pelaksanaan	32
2.3.5	Evaluasi	34
2.4	Kerangka Masalah.....	35
BAB 3 TINJAUAN KASUS		
3.1	Pengkajian	36
3.2	Analisa Data	47
3.3	Prioritas Masalah	49
3.4	Rencana Keperawatan	50
3.5	Tindakan dan Evaluasi keperawatan	54
BAB 4 PEMBAHASAN		
4.1	Pengkajian.....	70
4.2	Diagnosa Keperawatan	72
4.3	Perencanaan	72
4.4	Pelaksanaan.....	74
4.5	Evaluasi.....	75
BAB 5 PENUTUP		
5.1	Simpulan	77
5.2	Saran	79
DAFTAR PUSTAKA		
	Daftar Pustaka	81
LAMPIRAN		

DAFTAR SKEMA

2.4	Kerangka Masalah.....	35
-----	-----------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Terapi Medis	45
Tabel 3.2	Analisa Data	47
Tabel 3.3	Prioritas Masalah Keperawatan	49
Tabel 3.4	Rencana Asuhan Keperawatan.....	50
Tabel 3.5	Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	54

DAFTAR SINGKATAN

BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
C	: <i>Celcius</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
GCS	: Gaslow Coma Scale
HB	: Hemoglobin
HCT	: Hemotokrit
ICS	: Intra Costa
IgA	: Immunoglobulin
IGD	: Instansi Gawat Darurat
IV	: Intra Vena
Kg	: Kilo Gram
KRS	: Keluar Rumah Sakit
Mg	: Miligram
mmHg	: <i>Milimeter Merkuri Hydrargyrum</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: Naso Gastric Tube
PCR	: <i>Polymerase Chain Reaction</i>
PRC	: <i>Packed Red Cell</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
SOAP	: <i>Subjective, Objective, Assesment, Plan</i> : Subjektif, Objektif, Pengkajian Rencana.
SPO	: Standar Prosedur Operasional
Tn	: Tuan
TD	: Tekanan Darah
TKTP	: Tinggi Kalori Tinggi Protein
TTV	: Tanda-Tanda Vital
WHO	: World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan	82
Lampiran 2 Lafleat Penyuluhan	89
Lampiran 3 SPO Pengambilan darah vena.....	91
Lampiran 4 SPO Injeksi Intra vena Melalui Saluran Infus	94

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Tifoid atau sering disebut dengan *tifus abdominalis* adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi* (Arif & Kumala, 2011). Demam tifoid adalah infeksi sistemik yang disebabkan kuman *Salmonella enterika*, khususnya varian-varian turunannya, yaitu *Salmonella Typhi*, *Paratyphi A*, *Paratyphi B*, dan *Paratyphi C*. kuman-kuman tersebut menyerang saluran pencernaan, terutama di perut dan usus. Demam tifus merupakan penyakit infeksi akut yang selalu ditemukan di masyarakat Indonesia. Penderitanya beragam, melalui dari usia balita, anak-anak, dan dewasa. (Suratum & Lusiana, 2010). Menurut World Health Organization demam tifoid merupakan penyakit infeksi yang diakibatkan oleh bakteri *Salmonella Typhi*. Penyakit ini ditransmisikan melewati makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh feses atau urine dari orang yang terinfeksi. Berdasarkan perjalanan penyakit dengan penanganan yang tepat penderita demam tifoid dapat sembuh namun masih saja ditemukan yang dibawa ke Rumah Sakit dengan demam tifoid yang tidak tertangani dengan tepat dapat menyebabkan melena yang disertai nyeri perut dengan tanda-tanda renjatan. Hasil wawancara dengan perawat di ruangan B2 untuk penderita yang dirawat dengan demam tifoid di temukan pasien dengan komplikasi gastritis kronis, serta di temukan masalah keperawatan pada umumnya seperti nyeri akut, mual, defisit nutrisi.

Data WHO (*World Health Organization*) memperkirakan angka insidensi di seluruh dunia terdapat sekitar 17 juta per tahun dengan 600.000 orang meninggal karena demam tifoid dan 70% kematiannya terjadi di Asia (WHO, 2008 dalam Depkes RI, 2013). Menurut Riset Kesehatan Dasar Nasional tahun 2013 prevalensi Thypoid klinis nasional sebesar 1,6%. Sedangkan prevalensi hasil analisis lanjut ini sebesar 1,5% yang artinya ada kasus typoid 1.500 per 100.000 penduduk Indonesia. Angka kejadian demam tifoid diketahui lebih tinggi pada negara yang sedang berkembang di daerah tropis, sehingga tak heran jika demam tifoid banyak ditemukan di negara kita. Di Indonesia sendiri, demam tifoid masih merupakan penyakit endemic dan menjadi masalah kesehatan yang serius. Demam tifoid erat kaitannya dengan higine perorangan dan sanitasi lingkungan (Sri, 2011). Angka kesakitan di Indonesia 350-180/100.000 penduduk dan kematian 0,6-5%. (Rina et al., 2013). Di Rumkital Dr Ramelan Surabaya pada bulan Januari sampai Juli 2018 klien dengan demam tifoid di ruang B2 mencapai 631 kasus yang datang dengan masalah keperawatan hipertermi 50%, defisit nutrisi 25% serta diare 25%. Di Rumkital Dr Ramelan Surabaya pasien dengan demam tifoid dapat teratasi dengan baik.

Demam tifoid timbul akibat dari infeksi oleh bakteri *Salmonella Typhi* yang memasuki tubuh penderita melalui saluran pencernaan. Sumber utama yang terinfeksi adalah manusia yang selalu mengeluarkan mikroorganisme penyebab penyakit, baik ketika ia sedang sakit atau dalam masa penyembuhan. Kuman masuk melalui mulut, sebagian kuman akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus, ke jaringan limfoid dan berkembang biak menyerang vili usus halus kemudian kuman masuk

keperedaran darah (bakterimia primer) dan mencapai sel-sel retikulo endoteleal, hati, limpa dan organ lainnya. Sehingga dapat mengganggu saluran pencernaan dan dapat mengakibatkan diare. Dapat juga mengakibatkan berak darah, hal ini terjadi karena perforasi usus yang timbul pada minggu ketiga atau setelahnya dan terjadi pada usus distal ileum. (Arif & Kumala, 2011).

Penyakit demam tifoid erat kaitannya dengan hygiene peorangan dan sanitasi lingkungan. Perlu penanganan yang tepat komprehensif agar dapat memberikan pelayanan yang tepat terhadap pasien. Tidak hanya dengan antibiotika, namun perlu juga asuhan keperawatan yang baik dan benar serta pengaturan diet yang tepat agar dapat mempercepat proses penyembuhan demam tifoid. Untuk perawatan demam tifoid, harus ada kerjasama antara tenaga kesehatan dengan keluarga agar selalu memberikan informasi tentang perkembangan kesehatan pasien, keluarga harus senantiasa memotivasi pasien dan menjaga kesehatan pola hidup pasien. Sedangkan upaya untuk mencegah kekambuhan pada pasien dengan demam tifoid ialah menjaga gaya hidup sehat, mengatur pola makan yaitu makanan yang cukup cairan, kalori, vitamin dan protein serta memberikan makanan lunak diberikan selama istirahat. Oleh karena itu perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit demam tifoid melalui penyuluhan pentingnya hygiene dan sanitasi lingkungan untuk mencegah penyakit demam tifoid.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan demam tifoid dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana

asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa Demam Tifoid + Gastritis Kronis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa demam tifoid + gastritis kronis + kolitis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa demam tifoid + gastritis kronis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan demam tifoid + gastritis kronis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa demam tifoid + gastritis kronis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa demam tifoid + gastritis kronis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa demam tifoid + gastritis kronis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa demam tifoid + gastritis kronis di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien demam tifoid + gastritis kronis.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien demam tifoid + gastritis kronis dengan baik.

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan klien demam tifoid + gastritis kronis dengan baik.

c. Bagi profesi keperawatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien demam tifoid + gastritis kronis.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil di peroleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose demam tifoid + gastritis kronis, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak demam tifoid. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit demam tifoid dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Tifoid

2.1.1 Pengertian Demam Tifoid

Demam Tifoid atau sering disebut dengan *Tifus Abdominalis* adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi* (Arif & Kumala, 2011).

Tipes atau demam tifoid adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri salmonella tifosa. Penyakit ini dapat menyerang tubuh melalui makanan atau minuman yang menyebabkan infeksi usus halus. (Sinta,2014)

2.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit ini adalah jenis *Salmonella typhosa*, kuman ini memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

1. Basil gram negative yang bergerak dengan bulu getar dan tidak berspora.
2. Memiliki paling sedikit 3 macam antigen, yaitu Antigen O (somatik yang terdiri atas kompleks *lipopolisakarida*), Antigen H (*flagella*), dan Antigen Vi. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pasien, biasanya terhadap zat anti (*aglutinin*) terhadap ketiga macam antigen tersebut.

3. Dan kuman tumbuh pada suasana aerob dan fakultatif anaerob pada suhu 15 – 41 °C (optimum 37 °C) dan pH pertumbuhan 6 – 8 (Ardiansyah, 2012).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Gejala klinis demam tifoid pada anak biasanya lebih ringan jika dibandingkan dengan penderita dewasa. Masa tunas rata-rata 10-20 hari. masa tunastersingkat adalah 4 hari, jika infeksi terjadi melalui makanan. Sedangkan, masa tunas terlama berlangsung 30 hari, jika infeksi melalui minuman. Selama masa inkubasi, mungkin ditemukan gejala prodromal, yaitu perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing, dan tidak bersemangat.

Kemudian menyusul gejala klinis yang biasa ditemukan, yaitu :

1. Akhir Minggu Pertama

Akhir minggu pertama demam sekitar 38,8°C-40°C penderita mengeluh sakit kepala hebat, tampak apatis, bingung dan lelah. Penderita tampak sakit sedang akan tetapi pada kondisi sekitar 10-15% tampak toksik. Pada saat panas tinggi mulut menjadi kering karena saliva berkurang, lidah tampak kotor, dilapisi selaput putih sampai kecoklatan, bisa disertai dengan tepi yang hiperemisis dan tremor. Pada akhir minggu pertama sering didapatkan rasa mual dan muntah. Penderita kadang-kadang masih mengalami batuk dan didapati gambaran klinis bronkhitis. Bronkhitis biasanya ditemukan pada pasien demam typhoid berat. Tidak ditemukan nyeri perut, tetapi pasien mengeluh tidak enak perut dan juga masih konstipasi. Abdomen tampak membesar sekitar 2-3 cm dibawah lengkung iga kanan. Kulit tampak kering dan panas yang mungkin juga didapatkan bercak rose diderah abdomen,

dada, atau punggung. Bercak rose merupakan ruam mukular ataupun mululopular dengan garis tengah 1-6 mm yang akan menghilang dalam waktu 2-3hari (Suriadi, 2010).

2. Minggu kedua

Pada sebagian besar penderita demam tinggi terus berlangsung mencapai $38,8^{\circ}\text{C}$ - $39,4^{\circ}\text{C}$, bersifat kontinyu dengan perbedaan suhu sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ pada pagi dan petang hari. Pada keadaan ini mungkin didapatkan bradikardi relative, gejala klasik yang sekarang hanya dijumpai pada kurang dari 25% penderita. Keadaan umum penderita makin menurun, apatis, bingung, kehilangan kontak dengan orang disekitarnya, tidak bisa istirahat atau tidur. Lidah tertutup selaput tebal dan penderita kehilangan nafsu makan serta minum. Pemeriksaan abdomen sulit di interpretasikan, gambaran klasik menyerupai adonan dan mudah diraba usus yang berisi air dan udara. Didapatkan daerah nyeri yang merata diseluruh kuadran bawah, dan distensi abdomen dengan daerah yang meteorismus atau timpani oleh karena konstipasi, penumpukan tinja atau berkurangnya tonus lapisan otot intestine dan lambung (Suriadi, 2010).

3. Minggu ketiga

Memasuki minggu ketiga penderita memasuki tahapan thypoid state yang ditandai dengan disorientasi, bingung, insomnia, lesu dan tidak bersemangat. Biasa didapatkan pula adanya delirium, tetapi jarang dijumpai koma. Wajah tampak toksik mata berkilat dan mungkin kemerahan, kelopak mata cekung, pucat dan flushing didaerah pipi. Dan ada juga yang mengatakan atau menggambarkan wajah thypoid yang khas yaitu wajah tanpa ekspresi, suram

kelopak mata sebagian terbuka, dilatasi pupil, mulut dan bibir kering. Pernafasan tampak cepat dan dangkal dengan tanda stagnasi dibasal paru. Abdomen tampak lebih distensi dari sebelumnya. Nodus player mungkin mengalami nekrotik dan ulserasi, sehingga sewaktu-waktu dapat timbul perdarahan saat ini penderita mengalami nekrotik dan ulserasi, sehingga sewaktu-waktu dapat timbul perdarahan dan perporasi saat ini penderita mengalami berak lembek dan berwarna coklat tua atau kehijauan dan berbau, hal ini dikenal dengan pea-soupdiarhoea, tetapi mungkin penderita masih mengalami konstipasi pada akhir minggu ketiga suhu mulai menurun secara lisis dan mencapai normal pada minggu berikutnya (Suriadi, 2010).

2.1.4 Tanda dan Gejala

1. Nyeri kepala, lemah dan lesu
2. Demam yang tidak terlalu tinggi dan berlangsungnya selama 3minggu, minggu pertama peningkatan suhu tubuh berfluktuasi. Biasanya suhu tubuh meningkat pada malam hari dan menurun pada pagi hari. Pada minggu kedua suhu tubuh terus meningkat, dan pada minggu ketiga suhu tubuh beransur-ansur turun dan kembali normal.
3. Gangguan pada saluran cerna : halitosis, bibir kering dan pecah-pecah lidah ditutupi selaput putih kotor (*coated tongue*), meteorismus, mual, tidak nafsu makan, *hepatomegali* yang disertai nyeri pada perabaan.
4. Gangguan kesadaran : penurunan kesadaran (apati, somnolen).
5. Bintik-bintik kemerahan pada kulit (*roseola*) akibat emboli basil dalam kapiler kulit
6. Epitaksis (Ardiansyah, 2012).

2.1.5 Patofisiologi

1. Organisme berpenetrasi ke mukosa usus dan berjalan ke kelenjar regional untuk multiplikasi, kemudian sebagian besar memasuki aliran darah yang menandai onset demam.
2. Plak primer ileum terinfeksi selama bakteremia dan juga selanjutnya melalui empedu yang terinfeksi.
3. Usus kemudian mengalami inflamasi dan selanjutnya selama seminggu kedua atau ketiga penyakit dapat mengalami ulserasi sehingga menyebabkan pendarahan dan perforasi.
4. Hati dan kandung empedu juga terlibat setelah pemulihan, infeksi dapat menetap di saluran empedu dan saluran kemih terutama pada penyakit yang sudah ada sebelumnya sehingga menyebabkan karier feses atau urin kronik. Setelah pemulihan, terbentuk imunitas intestinal lokal, selular, dan hormonal dan serangan kedua jarang terjadi. (Sinta, 2014)

Kuman masuk ke dalam mulut melalui makanan atau minuman yang tercemar oleh *salmonella* (biasanya lebih dari 10.000 basil kuman). Sebagian kuman dapat dimusnahkan oleh asam HCL lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus. Jika respon imunitas hormonal mukosa (IgA) usus kurang baik, maka hasil *salmonella* akan menembus epitel (sel M) dan selanjutnya menuju *lamina propria* dan berkembang baik di jaringan limfoid plak Peyreri di ileum distal dan kelenjar getah bening mesenterika.

Jaringan limfosit plak Peyreri dan kelenjar getah bening mesenterika mengalami hiperplasia. Dan basilnya masuk ke aliran darah (bakteremia) melalui duktus toracicus dan menyebar ke seluruh organ retikulo endotelial tubuh,

terutama hati, sumsum tulang, dan limfa melalui sirkulasi portar dari usus. Hati membesar (hepatomegali) dengan infiltrasi limfosit, zat plasma, dan zat mononuklear, terdapat juga nekrosis fokal dan pembesaran limfa (esplenomegali). Di organ ini, kuman *S. Typhi* berkembang baik dan masuk sirkulasi darah lagi, sehingga mengakibatkan bakteremia kedua disertai tanda dan gejala infeksi sistemik (demam, malaise, myalgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskuler, dan gangguan mental koagulasi). Pendarahan saluran cerna terjadi akibat erosi pembuluh darah disekitar plak nyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hiperplasia. Proses patologis ini dapat berlangsung hingga ke lapisan otot, serosa usus, dan mengakibatkan perforasi usus. Endotoksin basil menempel di reseptor sel endotel kapiler dan dapat menyebabkan komplikasi, seperti gangguan neuropsikiatrik kardiovaskuler, pernafasan, dan gangguan organ lainnya. Pada minggu pertama timbulnya penyakit, terjadi hiperplasia (pembesaran sel-sel) plak nyeri. Disusul kemudian, terjadi nekrosis pada minggu kedua dan ulserasi plak nyeri pada minggu ketiga. Selanjutnya, dalam minggu keempat terjadi proses penyembuhan ulkus dengan meninggalkan sikatriks (jaringan parut). (Ardiansyah, 2012)

2.1.6 Komplikasi

1. Perdarahan dan perforasi usus (terutama pada minggu ketiga)
2. Miokarditis (peradangan pada lapisan dinding jantung).
3. Neuropsikiatrik : psikosis, ensefalomielietis.
4. Kolesitis, kolanitis, hepatitis, pneumonia, pankreatitis.
5. Abses pada limfa, tulang, atau ovarium (biasanya setelah pemulihan).

6. Keadaan karier kronik (kultur urin/tinja positif) terjadi pada 3% kasus (lebih sedikit setelah terapi fluorokuinolon). (Sinta, 2014)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah perifer lengkap

Dapat ditemukan leukopeni, dapat pula leukositosis atau kadar leukosit normal. Leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder.

2. Pemeriksaan SGOT / SGPT

SGOT dan SGPT sering meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh. Peningkatan SGOT / SGPT ini tidak memerlukan penanganan khusus.

3. Pemeriksaan uji widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap bakteri salmonella typhi. Uji widal dimasukkan untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum penderita demam tifoid. Akibat adanya infeksi oleh salmonella typhi maka penderita membuat antibodi (aglutinin).

4. Kultur

Kultur darah : bisa positif pada minggu pertama, secara progresif berkurang setelah atau bila sebelumnya terdapat penggunaan antibiotik.

Kultur urin : bisa positif pada minggu kedua

Kultur feses : bisa positif pada minggu kedua hingga minggu ketiga bersifat diagnostik jika gambaran klinis mendukung.

Kultur sumsum tulang : dapat tetap positif walaupun setelah pemberian antibiotik

5. Anti salmonella Typhi IgM

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut salmonella typhi, karena antibodi IgM muncul pada hari ke-3 dan 4 terjadinya demam.

6. Sejumlah tes serodiagnostik yang lebih baru dan lebih sensitif (misalnya tes antibodi Vi) dan deteksi anti Vi melalui PCR masih dalam evaluasi.

2.1.8 Pencegahan

Usaha pencegahan dapat dibagi atas :

a. Usaha terhadap lingkungan hidup :

1. Hindari tempat yang tidak sehat
2. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih
3. Makan makanan bernutrisi lengkap dan seimbang serta masak atau panaskan sampai suhu 57°C beberapa menit secara merata, dikarenakan salmonellatyphio didalam air akan mati apabila dipanasi setinggi 57°C untuk beberapa menit atau dengan proses iodinasi/kalorinasi.
4. Istirahat cukup dan lakukan olahraga secara teratur.
5. Buang sampah pada tempatnya.
6. Penyediaan air minum yang memenuhi syarat
7. Pembuangan kotoran manusia yang higienis.
8. Pemberantasan lalat.
9. Pengawasan terhadap penjual makanan.

b. Usaha terhadap manusia

1. Imunisasi

Vaksin yang di gunakan ialah :

- a) Vaksin yang dibuat dari Salmonella Typhosa yang dimatikan.

Vaksin ini pada pemberian oral ternyata tidak memberikan perlindungan yang baik.

- b) Vaksin yang dibuat dari strain Salmonella yang dilemahkan (Ty 21a).

Vaksin ini pada pemberian oral memberikan perlindungan 87-95% selama 36 bulan, dengan efek samping 0-5% berupa demam atau nyeri kepala.

- c) Vaksin polisakarida kapsular Vi (Typhi Vi).

Vaksin yang terbuat dari kapsul Vi (Typhi Vi) disuntik SC atau IM 0,5 ml dengan booster 2-3 tahun, dengan efek samping demam 0-1%, sakit kepala 1,5-3% dan 7% berupa pembengkakan dan kemerahan pada tempat suntikan.

2. Menemukan dan mengobati karier.

3. Pendidikan kesehatan masyarakat (Rampengan, 2007).

2.1.9 Penatalaksanaan

A. Non Farmakologi

1. Perawatan
 - a. Tirah baring total/bed rest sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari.
 - b. Posisi tidur harus diubah 2 jam sekali untuk mencegah dekubitus, luka pada kulit akibat penekanan yang terlalu lama, ulkus kulit, bedsores akibat terlalu lama berbaring ditempat tidur pada satu sisi tubuh tertentu.
 - c. Mobilisasi sesuai kondisi.
2. Diet
 - a. Makanan diberikan secara bertahap sesuai dengan keadaan penyakitnya (mula-mula air, lalu makanan lunak, dan kemudian makanan biasa).
 - b. Makanan mengandung cukup cairan TKTP.
 - c. Makanan harus mengandung cukup cairan, tinggi kalori, dan tinggi protein, tidak boleh mengandung banyak serat. Tidak merangsang maupun menimbulkan banyak gas.

B. Farmakologi

1. Kloramfenikol, dosis 50 mg/kgBB/Hari terbagi dalam 3-4 kali pemberian, oral atau IV selama 14 hari
2. Bila ada kontraindikasi kloramfenikol diberikan ampisilin dengan dosis 200 mg/kgBB/Hari, terbagi dalam 3-4 kali. Pemberian, intravena saat sebelum dapat minum obat, selama 21 hari, atau amoksilin dengan dosis 100 mg/kgBB/hari, terjadi dalam 3-4 hari. pemberian, oral/intravena

selama 21 hari kotrimoksazol. Dengan dosis (tmp) 8 mg/kgBB/hari terjadi 2-3 kali pemberian, oral, selama 14 hari.

3. Pada kasus berat dapat diberi ceftriaxone dengan dosis 50 mg/kgBB/Kali dan diberikan 2 kali sehari atau 20 mg/kgBB/hari, sekali sehari, intravena, selama 5-7 hari.
4. Pada kasus yang diduga mengalami MDR, maka pilihan antibiotik adalah meropenem, azithromisin dan fluoroquinolon.

2.2 Konsep Penyakit Gastritis

2.2.1 Pengertian Gastritis

Suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan-kerusakan erosi. Gastritis ini paling banyak ditemukan pada mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, lokal. (Rendy & Margareth, 2012)

Gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung yang disertai kerusakan atau erosi pada mukosa. Gastritis merupakan masalah saluran pencernaan yang paling sering ditemukan dapat bersifat akut yang datang mendadak dalam beberapa jam atau beberapa hari dan dapat juga bersifat kronis sampai berbulan-bulan atau bertahun-tahun.

2.2.2 Etiologi

1. Obat analgetik-anti inflamasi terutama aspirin. Aspirin dalam dosis yang rendah sudah dapat menyebabkan erosi pada mukosa lambung.
2. Bahan kimia misalnya lisol
3. Merokok
4. Mengonsumsi alkohol

5. Kondisi stres fisik yang disebabkan oleh luka bakar spesies, trauma, pembedahan, gagal pernafasan, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat.
6. Refluks usus lambung.
7. Endotoksin.

Gastritis Akut :

1. Pemakaian sering obat-obatan NSAID seperti aspirin yang tanpa pelindung selaput emtrik.
2. Peminum alkohol
3. Perokok berat
4. Stress fisik (luka bakar).
5. Keracunan makanan (enterotoksin)

Gastritis Kronik atau tipe spesifiknya dapat tampak terutama pada keadaan klinik berikut :

1. Penderita dengan ulkus peptikum.
2. Hubungan dengan karsinoma lambung.
3. Pada penderita dengan anemia.
4. Pada penderita setelah gastrektomi.

Pada orang sehat terutama orang tua. (Rendy & Margareth, 2012)

2.2.3 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik dari gangguan ini cukup bervariasi melalui dari keluhan ringan hingga muncul pendarahan pada saluran cerna bagian atas. Pada beberapa pasien, gangguan ini tidak menimbulkan gejala yang khas. Manifestasi gastritis akut dan kronis hampir sama. Berikut penjelasannya :

1. Manifestasi gastritis akut

- a. anoreksia
- b. nyeri pada epigastrium
- c. mual dan muntah
- d. pendarahan saluran cerna (hematesis melena), dan
- e. anemia (tanda lebih lanjut).

2. Manifestasi gastritis kronis

- a. Mengeluh nyeri ulu hati
- b. Anoreksia, dan
- c. Nausea (Ardiansyah, 2012)

2.2.4 Tanda dan Gejala

1. Mual
2. Sebagian penderita bisa muntah darah
3. Nyeri epigastrium
4. Nausea
5. Muntah dan cegukan
6. Sakit kepala (Rendy & Margareth, 2012)

2.2.5 Patofisiologi**1. Gastritis akut**

Membran mukosa lambung mengalami edema dan heperemik (kongesti dengan jaringan, cairan, dan darah), serta mengalami erosi superfisial. bagian ini berperan untuk mengsekresi sejumlah getah lambung yang mengandung sangat sedikit asam tetapi banyak mucus. laserasi superfisial dapat terjadi dan dapat menimbulkan hemoragi. pasien dapat mengalami ketdaknyamanan, sakit kepala,

malas, mual, dan anoreksia. mukosa lambung mampu memperbaiki dirinya sendiri setelah mengalami gastritis. kadang-kadang, sejumlah khusus hemoragi memerlukan intervensi bedah. bila makanan pengiritasi tidak dimuntahkan dan telah mencapai usus, maka ini dapat mengakibatkan kolik dan diare. biasanya, pasien sembuh kira-kira sehari, meskipun nafsu makan meurun selama 2-3 hari.

2. Gastritis Kronis

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung atau oleh bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis kronis dapat diklarifikasikan menjadi dua, yaitu Tipe A dan Tipe B.

Gastritis kronis tipe A (sering disebut sebagai gastritis autoimun) diakibatkan perubahan sel parietal yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi selur. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun, seperti anemia pernisiiosa, dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung.

Sedangkan, gastritis tipe B (kadang disebut sebagai gastritis *H. Pylori*) mempengaruhi antrum dan *pylorus* (ujung bawah lambung dekat duodenum) dan dihubungkan bakteri *H. Pylori*. Faktor diet, seperti minum panas atau pedes, penggunaan atau obat-obatan dan alkohol, merokok, atau refluks isi usus ke dalam lambung, juga dapat menyebabkan gangguan ini.

2.2.6 Komplikasi

1. Gastritis Akut

Komplikasi yang timbul pada gastritis akut adalah pendarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa hematemesis dan melena, yang berakhir dengan *shock* hemoragik. Apabila prosesnya hebat, sering juga terjadi ulkus, namun jarang terjadi perforasi.

2. Gastritis Kronis

Komplikasinya yang timbul pada kasus gastritis kronis adalah gangguan penyerapan vitamin B12. Yang mengakibatkan timbulnya anemia pernesiosa, gangguan penyerapan zat besi, dan penyempitan daerah pilorus (pelepasan dari lambung ke usus 12 jari).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah lab
2. Pemeriksaan serum B12
3. Analisis feses
4. Analisis gaster
5. Achlorhidria (kurang/tidak adanya produksi asam lambung)
6. Uji serum antibodi
7. *Endoscopy*
8. Sitologis

2.2.8 Penatalaksanaan

1. Farmakologi
 - a. Pemberian anti reumatik dan pemasangan infus untuk mempertahankan cairan tubuh pasien.
 - b. Antasida untuk mengatasi perasaan *begah* (penuh) dan tidak enak di abdomen, serta untuk menetralsisir asam lambung.
 - c. Antagonis H₂ (seperti rantin atau ranitidine, simetidine) mampu menurunkan sekresi asam lambung.
 - d. Antibiotik diberikan bila dicurigai adanya infeksi oleh *helicobacter pylori*.

2. Non Farmakologi

- a. Diet makanan lunak yang diberikan porsi sedikit tapi sering.
- b. Untuk menetralkan alkali, gunakan jus lemon encer atau cuka encer.
- c. Hindari alkohol.

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data (Arif & Kumala, 2011).

a. Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien yang meliputi unsur bio-psiko-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan revalan untuk mengenal klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

1) Keluhan Utama.

Berupa perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri, kepala, pusing dan kurang bersemangat, serta nafsu makan berkurang (Terutama selama masa inkubasi) (Sodikin, 2011). Terdapat pula peningkatan suhu tubuh 39°C sampai 41°C pada malam hari dan turun saat pagi hari (Arif & Kumala, 2011).

2) Riwayat penyakit dahulu

Kaji tentang penyakit yang pernah dialami oleh klien, baik ada hubungannya dengan saluran cerna atau tidak kemudian kemudian kaji tentang obat-obatan yang biasa dikonsumsi oleh klien.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Akhir minggu pertama demam sekitar 38,8°C- 40°C.

Pada minggu kedua sebagian besar penderita demam tinggi terus berlangsung mencapai 38,8°C-39,4°C, bersifat kontinyu dengan perbedaan suhu sekitar 0,5°C pada pagi dan petang hari. Keadaan umum penderita makin menurun, apatis, bingung, kehilangan kontak dengan orang disekitarnya, tidak bisa istirahat atau tidur pada penderita dengan peningkatan suhu tubuh.

Memasuki minggu ketiga penderita memasuki tahapan *thypoid state* yang ditandai dengan disorientasi, bingung, insomnia, lesu dan tidak bersemangat. Biasa didapatkan pula adanya delirium, tetapi jarang dijumpai koma (Suriadi, 2010). Pada pemeriksaan nadi didapatkan penurunan frekuensi nadi (bradikardi relatif) (Arif & Kumala, 2011).

b) Sistem Pernafasan (B1)

Sistem pernafasan biasanya mengalami perubahan respons akut dengan gejala batuk kering. Pada beberapa kasus berat bisa didapatkan adanya komplikasi tanda dan gejala pneumonia (Arif & Kumala, 2011).

c) Sistem Kardiovaskuler (B2)

Penurunan tekanan darah, keringat dingin, dan diaphoresis sering didapatkan pada minggu pertama. Kulit pucat dan akral dingin berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin. Pada minggu ketiga, respons toksin sistemik bisa mencapai otot jantung dan terjadi miokarditis dengan manifestasi penurunan curah jantung dengan tanda denyut nadi lemah, nyeri dada, dan kelemahan fisik (Brusch, 2009).

d) Sistem Persyarafan (B3)

Pada pasien dengan dehidrasi berat akan menyebabkan penurunan perfusi serebral dengan manifestasi sakit kepala, perasaan lesu, gangguan mental seperti mental seperti halusinasi dan delirium. Pada beberapa pasien bisa didapatkan kejang umum yang merupakan respons terlibatnya system saraf pusat oleh infeksi *Tifus Abdominalis*. Didapatkan ikterus pada sklera terjadi pada kondisi berat (Arif & Kumala, 2011).

e) Sistem Genitorinarius (B4)

Pada kondisi berat akan didapatkan penurunan urine output respon dari penurunan curah jantung (Arif & Kumala, 2011).

f) Sistem Gastrointestinal (B5)

Inspeksi : Lidah kotor berselaput putih dan tepi hiperemis disertai stomatitis. Tanda ini jelas mulai nampak pada minggu kedua berhubungan dengan infeksi sistemik dan endotoksin, sering muntah, perut kembung, distensi abdomen dan nyeri merupakan tanda yang diwaspadai terjadinya perforasi dan peritonitis.

Auskultasi : Didapatkan penurunan bising usus kurang dari 5 kali/menit pada minggu pertama dan terjadi konstipasi, serta selanjutnya meningkat akibat terjadi diare.

Perkusi : Didapatkan suara timpani abdomen akibat kembung.

Palpasi : Hepatomegali dan splenomegali. Pembesaran hati dan limpa mengindikasikan infeksi RES yang mulai terjadi pada minggu ke II, nyeri tekan abdomen Pada kondisi berat akan didapatkan penurunan urine output respons dari penurunan curah jantung (Arif & Kumala, 2011).

g) Sistem Muskuloskeletal (B6)

Respons sistemik akan menyebabkan malaise, kelemahan fisik umum, dan didapatkan kram otot ekstremitas Pada kondisi berat akan didapatkan penurunan urine output respon dari penurunan curah jantung (Arif & Kumala, 2011).

4) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola nutrisi dan metabolisme

Klien akan mengalami penurunan nafsu makan karena mual dan muntah sehingga makan hanya sedikit bahkan tidak makan sama sekali (Arif & Kumala, 2011).

b) Pola eliminasi

Eliminasi alvi klien dapat mengalami konstipasi oleh karena tirah baring lama. Sedangkan eliminasi urine menjadi kuning kecoklatan. Klien dengan demam tifoid terjadi peningkatan suhu tubuh yang berakibat

keringat banyak keluar dan merasa haus, sehingga dapat meningkatkan kebutuhan cairan tubuh (Arif & Kumala, 2011).

c) Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas klien akan terganggu karena harus tirah baring total, agar tidak terjadi komplikasi maka segala kebutuhan klien dibantu (Arif & Kumala, 2011).

d) Pola tidur dan aktivitas

Pola tidur dan istirahat terganggu sehubungan peningkatan suhu tubuh (Arif & Kumala, 2011).

e) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan pada orang tua terhadap keadaan penyakit anaknya (Arif & Kumala, 2011).

f) Pola sensori dan kognitif

Pada penciuman, perabaan, perasaan, pendengaran dan penglihatan umumnya tidak mengalami kelainan (Arif & Kumala, 2011).

g) Pola hubungan dan peran

Hubungan dengan orang lain terganggu sehubungan klien dirawat di rumah sakit dan harus bed rest total (Arif & Kumala, 2011).

b. Analisa data

Kemampuan mengait data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Setiadi, 2012).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (Tim Pokja SKDI DPP PPNI, 2017).
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang adekuat (Arif & Kumala, 2011).
- c. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis (Tim Pokja SKDI DPP PPNI, 2017).
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (Tim Pokja SKDI DPP PPNI, 2017).

2.3.3 Perencanaan

- a. Diagnosa Keperawatan 1 :

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam terjadi penurunan suhu tubuh

Kriteria Hasil : suhu tubuh dalam batas normal (36-37,5°C), tidak ada tanda peningkatan suhu tubuh, klien tenang, membran mukosa lembab.

Intervensi :

- 1) Observasi suhu tanda vital setiap 4 jam atau bila diperlukan.
R/ mengetahui secara dini peningkatan suhu tubuh dan gejala yang menyertai.
- 2) Berikan baju tipis menyerap keringat.
R/ memberikan rasa nyaman mempercepat penguapan panas tubuh.
Dengan menggunakan baju tipis dapat membantu menurunkan panas klien.
- 3) Berikan kompres dingin pada lipatan paha, inguinal axilla.

R/ membantu mempercepat konduksi karena pada daerah tersebut dekat dengan arteri besar.

- 4) Anjurkan klien untuk banyak minum.

R/ peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan cairan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang banyak.

- 5) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan dan antipiretik.

R/ anti piretik mempunyai reseptor di hypothalamus dapat meregulasi suhu tubuh sehingga suhu tubuh diupayakan mendekati suhu normal.

(Sumber : Taylor & Ralph, 2010)

b. Diagnosa Keperawatan 2

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang adekuat.

Tujuan : nutrisi terpenuhi sesuai kebutuhan dalam waktu 3 x 24 jam.

Kriteria Hasil : Berat badan bertambah, tidak mual, klien mau makan sesuai yang disediakan, nafsu makan bertambah.

Intervensi :

- 1) Kaji riwayat nutrisi klien termasuk makanan yang disukai.

R/ mengidentifikasi defisiensi nutrisi.

- 2) Observasi dan catat masukan makanan klien.

R/ mengawasi masukan kalori/kualitas kekurangan konsumsi makanan.

- 3) Anjurkan keluarga memberikan makanan sedikit tapi sering.

R/ memungkinkan variasi sediaan makanan akan memungkinkan pasien untuk mempunyai pilihan terhadap makanan yang dapat disukai.

- 4) Kolaborasi untuk pemberian obat dengan dokter.

R/ memperbaiki nafsu makan dan membantu proses penyembuhan.

(Sumber : Taylor & Ralph, 2010)

c. Diagnosa Keperawatan 3

Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis.

Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam nyeri berkurang/ hilang atau teradaptasi.

Kriteria Hasil : Secara subyektif nyeri berkurang atau dapat diadaptasi, skala nyeri 0-1, pasien tidak gelisah.

Intervensi :

- 1) Jelaskan dan bantu pasien dengan tindakan pereda nyeri nonfarmakologi dan noninvasive.

R/ Pendekatan dengan menggunakan relaksasi dan nonfarmakologi lainnya telah menunjukkan keefektifan dalam mengurangi nyeri.

- 2) Ajarkan teknik relaksasi pernafasan dalam pada saat nyeri muncul.

R/ Meningkatkan asupan oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia spina.

- 3) Manajemen lingkungan : Lingkungan tenang, batasi, pengunjung dan istirahatkan pasien.

R/ Istirahat akan menurunkan kebutuhan oksigen jaringan perifer.

- 4) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti nyeri.

R/ Obat anti nyeri dapat mengurangi panas pasien. (Sumber : Taylor & Ralph, 2010)

d. Diagnosa Keperawatan 4

Ansietas berhubungan dengan kurang informasi.

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam pasien rasa cemas berkurang.

Kriteria Hasil : Secara subjektif melaporkan rasa cemas berkurang, pasien mampu mengungkapkan perasaannya terhadap perawat.

Intervensi :

- 1) Kaji pengetahuan pasien mengenai situasi yang dialaminya.
R/ Untuk mendiskusikan alasan-alasan munculnya ansietas sehingga dapat membantu pasien mengidentifikasi perilaku kecemasan dan menyadarkan penyebabnya.
- 2) Dorong pasien untuk mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam aktivitas yang ia rasa menyenangkan.
R/ Untuk membangun rasa kontrol.
- 3) Berikan penjelasan yang benar kepada pasien tentang semua tindakan.
R/ Untuk menghindari terlalu banyak informasi.
- 4) Berikan kesempatan keluarga untuk melakukan kunjungan ekstra.
R/ Untuk menurunkan ansietas keluarga dan pasien. (Sumber : Taylor & Ralph, 2010)

2.3.4 Pelaksanaan

Penatalaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Pada diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1 x 24 jam dengan intervensi observasi suhu tanda vital setiap 4 jam, memberikan baju tipis menyerap keringat, memberikan kompres dingin pada lipatan tubuh, inguinal axilla, menganjurkan klien untuk banyak minum. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan dan antipiretik.

Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang adekuat, dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi mengkaji riwayat nutrisi klien termasuk makanan yang disukai, observasi dan catat masukan makanan klien, menimbang berat badan klien, menganjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering, kolaborasi untuk pemberian obat dengan dokter.

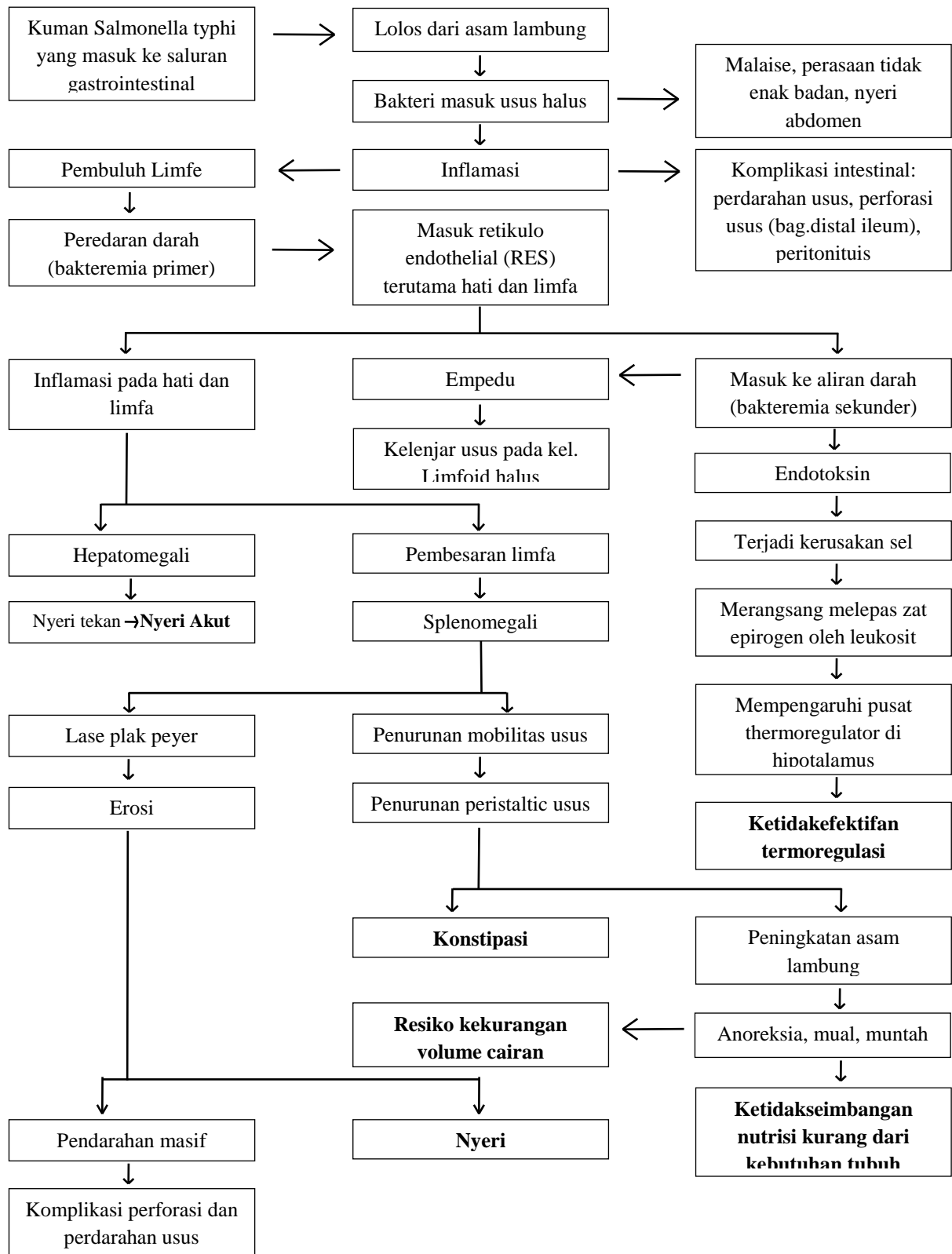
Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis, dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam nyeri berkurang/hilang atau teradaptasi dengan intervensi jelaskan dan bantu pasien dengan tindakan pereda nyeri nonfarmakologi dan noninvasif, mengajarkan teknik relaksasi pernafasan dalam pada saat nyeri muncul, manajemen lingkungan : Lingkungan tenang, batasi, pengunjung dan istirahatkan pasien, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti nyeri.

Pada diagnosa ansietas berhubungan dengan kurang informasi, dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1 x 24 jam secara subjektif melaporkan rasa cemas berkurang dengan tindakan keperawatan mengkaji pengetahuan pasien mengenai situasi yang dialaminya, mendorong pasien untuk mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam aktivitas yang ia rasa menyenangkan, memberikan penjelasan yang benar kepada pasien tentang semua tindakan, memberikan kesempatan keluarga untuk melakukan kunjungan ekstra.

2.3.5 Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan terjadi penurunan suhu tubuh, nutrisi terpenuhi sesuai kebutuhan dalam waktu 3 x 24 jam, Dalam waktu 3 x 24 jam nyeri berkurang/ hilang atau teradaptasi, rasa cemas berkurang dalam waktu 1 x 24 jam.

2.4 Kerangka Masalah



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan demam tifoid + gastritis kronis, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 4 juni 2018 sampai dengan 6 juni 2018 dengan data pengkajian pada tanggal 4 juni 2018 jam 09.35 WIB. Anamnesa diperoleh dari Tn. A dan file No. Register 55.XX.XX sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama “A” berusia 22 tahun, beragama Islam, Status belum menikah, pasien tinggal di Sidoarjo, Pendidikan terakhir tamat SMA, Pekerjaan TNI-AL, Penanggung Biaya BPJS. Pasien MRS pada tanggal 3 juni 2018 Jam 15.30 WIB.

3.2 Riwayat Kesehatan

3.2.1 Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri, P= Nyerinya karena sakitnya, Q = Seperti ditusuk-tusuk, R = Di bagian ulu hati, S = 5 , T = Terasa terus menerus.

3.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan saat di rumah, kurang lebih 20 hari mengalami panas naik turun dan muncul panasnya saat sore hari, disertai pusing seperti berputar-putar dan mengeluh sering mual, tidak ada muntah. Pada tanggal 3 Juni 2018 pasien di bawah oleh keluarganya ke RSAL dengan menggunakan kendaraan umum. Setelah tiba di IGD RSAL pada pukul 16.00 WIB. Pasien di anamnesa dengan keadaan umum lemas, TD 132/83

mmHg, Suhu tubuh 36,8° C, Frekuensi Nafas 20^x/menit, Frekuensi Nadi 83^x/menit, SPO₂ 99%. Saat di tanya pasien mengeluh dengan keluhan yang sama dan di tambah dengan adanya nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian ulu hati dengan skala nyeri 5 terasa terus menerus. Kemudian pasien mendapatkan tindakan pertolongan oleh tim medis pemasangan infus dengan cairan RL serta pengobatar Inj. Ranitidin 50 mg/2 ml 1 amp, Inj. Dypenhidramin 150 mg/15 ml 2 amp, Inj. Prinperan 10 mg/2 ml 1 amp. Dan pengambilan sampel darah untuk memastikan keadaan kondisi pasien lebih akurat. Setelah 3-4 jam pasien di observasi di IGD dengan nilai EWS 0 dan , pasien di pindahkan pada pukul 20.00 keruangan B2 untuk MRS. Pada tanggal 4 Juni 2018 pada pukul 09.35 WIB. Saat di kaji pasien tampak keadaan umumnya tenang, Tanda – tanda vital TD 130/80 mmHg, Suhu tubuh 36,8° C, Frekuensi Nafas 20^x/menit, Frekuensi Nadi 83^x/menit, SPO₂ 99%. Dengan keluhan pusing berputar-putar dan pasien mengatakan nyeri, P= Nyerinya karena sakitnya, Q = Seperti ditusuk-tusuk, R = Di bagian ulu hati, S = 5, T = Terasa terus menerus.

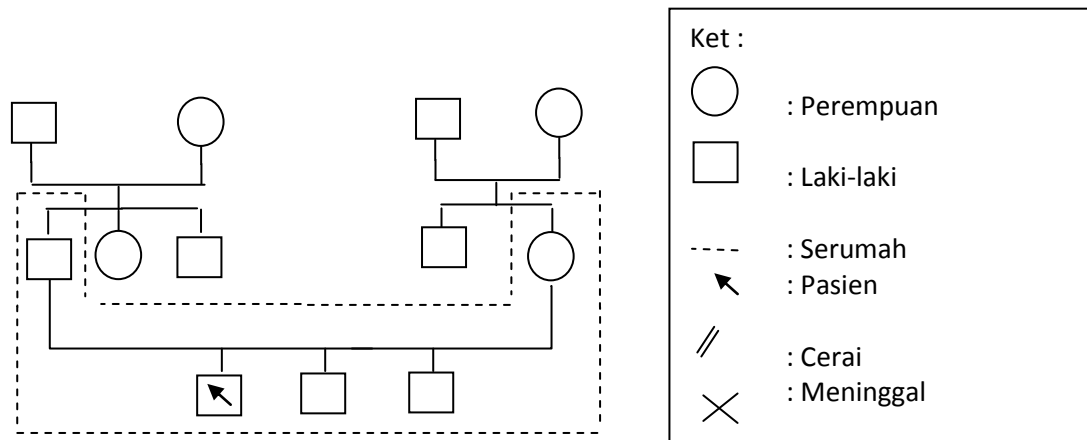
3.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit varicocele sudah hampir 1 tahun. Dan sampai saat ini masih belum ada tindakan yang dilakukan secara medis. Hanya di lakukan pengobatan alternatif seperti relaksasi pijet.

3.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit terkait.

3.2.5 Genogram



3.2.6 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki Alergi .

3.3 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien tampak lemas, Tanda – tanda vital TD: 130/80 mmHg, Suhu 36,8° C, Nadi 78 x/menit, RR 21 x/menit, TB 170 cm, BB SMRS 68 kg, BB MRS 60 kg,

3.3.1 Pemeriksaan Fisik :

a) B1 (Breath) Pernafasan

Bentuk dada normochest, pergerakan simetris, otot bantu nafas tambahan tidak ada, irama nafas reguler, kelainan tidak ada, pola nafas eupnea, suara nafas versikuler, sesak nafas tidak ada, sputum tidak ada, batuk tidak ada, sianosis tidak ada, kemampuan aktivitas pasif.

Masalah : Tidak Ada Masalah Keperawatan

b) B2 (Blood) Kardiovaskuler dan Limfatik

Ictus cordis teraba di ICS 4-5, irama jantung reguler, nyeri dada ada seperti ditusuk-tusuk di bagian ulu hati dengan skala nyeri 5 timbul terus

menerus, bunyi jantung S1/S2 tunggal, bunyi jantung tambahan tidak ada, CRT >2 detik, akral hangat, odema tidak ada, pembesaran kelenjar getah bening tidak ada, pendarahan tidak ada

Masalah : Nyeri Akut

c) **B3 (Brain) Persarafan dan Penginderaan**

Tingkat kesadaran : compos mentis, Keadaan umum : Lemas, GCS : 456, Saraf nervus kranial I pasien dapat mencium bau ruangan, Saraf nervus kranial II Pasien dapat membaca tulisan gelang nama pasien, Saraf nervus kranial III pasien mampu membuka kelopak mata dengan baik, Saraf nervus kranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri, Saraf nervus kranial V pasien mampu menggerakkan rahang bawah dan atas, Saraf nervus kranial VI pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan atas, Saraf nervus kranial VII pasien mampu mengecap makanan dengan normal, Saraf nervus kranial VIII pasien mampu berkomunikasi dengan baik, Saraf nervus kranial IX pasien dapat menelan dan tidak ada muntah, Saraf nervus kranial X pasien mampu menelan dengan baik dan tidak sulit membuka mulut, Saraf nervus kranial XI pasien mampu menggerakkan kepala dan leher, Saraf nervus kranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan dan kiri, paralisis atau kelumpuhan tidak ada, bentuk hidung simetris, septum simetris, polip tidak ada, gangguan atau kelainan tidak ada, mata simetris, pupil isokor, reflek cahaya +/+, konjungtiva merah tidak anemis, sclera putih, lapang dada luas, gangguan atau kelainan tidak ada, telinga simetris, kebersihan bersih, tidak ada gangguan

pada telinga, alat bantu tidak ada, kebersihan lidah bersih, uvula ditengah-tengah tidak ada pembesaran, tidak ada kesulitan menelan, dapat berbicara dengan lancar dan baik.

Masalah : Tidak Ada Masalah Keperawatan

d) **B4 (Bladder) Perkemihan dan Genetalia**

Kebersihan bersih, ekskresi jarang, kandung kemih distensi, ada nyeri tekan kandung kemih, eliminasi urin SMRS frekuensinya ± 2 kali sehari, jumlah ± 240 ml/hari, warna kuning kemerahan, eliminasi urin MRS frekuensinya ± 2 kali sehari, jumlah ± 240 ml/hari, warna kuning, tidak terpasang kateter.

Masalah : Tidak Ada Masalah Keperawatan

e) **B5 (Bowel) Pencernaan**

Mulut bersih dan simetris, membran mukosa kering, gigi bersih tidak ada karies dan tidak terpasang gigi palsu, faring simetris tidak ada pendarahan, pola makan dan minum SMRS cukup dengan makan 2 x 1 hari, jenisnya nasi biasa, minum ± 900 ml/hari, tidak ada pantangan. Pola makan dan minum MRS nafsu makan menurun, dapat diit NTKTP, frekuensi makan 3 X 1 hari, porsi makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, muntah tidak ada, adanya mual, frekuensi minum jarang jumlahnya ± 900 ml/hari, jenis air putih, betuk perut datar, adanya nyeri di abdomen seperti ditusuk-tusuk di bagian abdomen kiri atas dengan skala nyeri 3-4 terasa hilang timbul, tidak teraba adanya pembesaran hepar, tidak terlihat adanya garis lien, adanya riwayat varicocele dan tidak ada hemeroid, eliminasi alvi SMRS frekuensi 1x/hari,

konsistensi padat berwarna hitam, eliminasi alvi MRS belum pernah, tidak ada colostomi.

Masalah : Nyeri akut, Defisit Nutrisi, Konstipasi

f) **B6 (Bone) Muskuloskeletal & Integumen**

Rambut hitam merata, tidak ada defisiensi, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgon kulit elastis, ROM aktif. Kelainan jaringan/trauma tidak ada, tidak ada pernah patah tulang,

kekuatan otot $\begin{array}{c|c} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$

Keterangan :

5 = mampu melawan tahanan dengan normal

4 = mampu melawan tahanan ringan

3 = dengan melawan tahanan minimal, hanya menggerakkan telapak dan jari

2 = dapat menggerakkan otot/bagian yang lemah sesuai perintah

1 = masih terdapat kontraksi otot

0 = tidak bisa menggerakkan sama sekali

Masalah : Tidak ada masalah keperawatan

3.4 Endokrin

Thyroid tidak ada pembesaran, hiperglikemia tidak ada, hipoglikemia tidak.

Masalah : Tidak ada masalah

3.5 Kemampuan Perawatan Diri

Pasien SMRS mampu merawat perawatan diri secara mandiri, dari mandi, berpakaian/dandan, toileting/eliminasi, mobilitas di tempat tidur, berpindah, bejalan naik tangga, hingga pemeliharaan rumah pasien tetap melakukannya sendiri. Pada saat pasien MRS aktivitas perawatan dirinya sedikit terganggu atau bahkan tidak mampu melakukannya dengan sendiri, sehingga memerlukan bantuan dari keluarga atau orang terdekatnya.

Masalah : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.6 Personal Hygiene

Pasien SMRS mampu melakukan personal hygiene secara mandiri dari mandi 2x/hari, keramas 1x2hari, ganti pakaian tiap hari, menyikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x/minggu. Pada saat MRS pasien personal hygiene sebagian tidak dilakukan seperti mandi hanya diseka, keramas belum dilakukan, ganti baju 1x1 hari, menyikat gigi belum dilakukan, dan memotong kuku juga belum pernah dilakukan.

Masalah : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.7 Istirahat-Tidur

SMRS : pasien mengatakan jarang bahkan tidak pernah tidur siang, sedangkan tidur malam selama 6 jam mulai jam 22.00-04.00 WIB. Jadi total tidur sehari 6 jam. Pada saat di rumah pasien mengeluh sedikit terganggu dengan istirahatnya karena timbulnya rasa sakit pada nyeri ulu hati yang timbul. MRS : pasien mengatakan tidur siang tidak menentu terkadang tiba-tiba tertidur. Dan malam hari tidur pasien tidak menentu sekitar jam 23.30-04.00 WIB

Masalah: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.8 Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit pasien mengatakan sakit yang di alami saat ini di karenakan kondisi tubuhnya kurang baik dan kurang mempertahankan kondisi kesehatan tubuhnya. Konsep diri menurut pasien : Identitas diri pasien adalah seorang laki-laki usia 22 tahun bekerja sebagai Tentara Negara Indonesia (TNI). Citra diri pasien mengatakan jika dirinya merasa lemas. Harga diri pasien menerima keadaan dirinya saat ini. Peran diri pasien merasa kehilangan kebiasaannya bekerja. Ideal diri: Pasien berharap kondisinya cepat membaik sehingga bisa beraktivitas kembali seperti biasanya. Bahasa sehari-hari digunakan pasien jawa dan indonesia. Kemampuan adaptasi terhadap masalah pasien mampu beradaptasi dengan normal. Ansietas tidak ada. Aktivitas sehari-hari SMRS pasien bekerja dan MRS aktivitas pasien hanya berbaring di tempat tidur. Rekreasi pasien mendengarkan musik atau bercengkrama dengan keluarga. Olahraga pasien SMRS lari-lari dan saat MRS mengatakan tidak pernah berolahraga. Sistem pendukung pasien adalah keluarga dan rekan kerja. Hubungan dengan orang lain pasien sangat baik Kegiatan ibadah selama MRS pasien terganggu hanya berdo'a saja yang di lakukan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium (23-05-2018)

Para Typhi	AO	: +1/60	Negatif
Para Typhi	BO	: +1/60	Negatif
Para Typhi	BH	: -1/320	Negatif
Typhi N		: +1/160	Negatif
Kalium		: 3,4 mEq/L	3,5-5,1

Pemeriksaan Laboratorium (24-05-2018)

Keton		: +/-positif	Negatif
Eritrosit		: 3-6 /LPB	0-1
Epitel		: +/-positif	Negatif

Pemeriksaan Laboratorium (26-05-2018)

Leokosit estervase		: +/-positif	Negatif
Keton		: +/-positif	Negatif
Leokosit		: 2-5 /LPB	0-5
Eritrosit		: 3-8 /LPB	0-1
Epitel		: +/-positif	Negatif

Pemeriksaan Laboratorium (26-05-2018)

RBC		: 5,65	$10^6/UL$	400-550
HGB		: 16,3	g/dL	12,0-16,0
Natrium		: 133,6	mmol/L	135,0-145,0

Tabel 3.1 Terapi Medis

Tanggal 3 Juni 2018

Terapi Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping
Ondansetron	3x4 mg	Mencegah serta mengobati mual dan muntah	Jangan diberikan kepada penderita yang hipersensitif atau alergi terhadap ondansetron	Sakit kepala dan pusing
OMZ (Omeprazole)	2x10 mg	Mengobati masalah pada lambung, seperti nyeri ulu hati pada dyspepsia	Tidak boleh digunakan pada pasien yang diketahui mempunyai riwayat hipersensitif terhadap komponen omeprazole	Sakit kepala, mual, kembung, diare, konstipasi, kulit kemerahan dan gatal pada kulit
Cinam	4x5 mg	Mengobati infeksi disebabkan bakteri. Seperti infeksi kulit, infeksi saluran pernafas, ISK, infeksi saluran pencernaan	Hindari pemakaian dengan adanya riwayat alergi, dan penderita dengan fungsi hati/ginjal yang rusak, asma	Kemerahan dan rasa sakit di tempat penyuntikan, diare, ruam pada kulit, mual, muntah, tenggorokan gak enak
Parasetamol tab	3x500 mg	Sebagai obat penurun panas, penghilang rasa sakit segala jenis sakit kepala, gigitan, nyeri pasca operasi, pilek, nyeri otot pasca trauma	Tidak boleh digunakan pada orang dengan kondisi gangguan fungsi hati dan fungsi ginjal, shock, gizi buruk, dan alergi paracetamol	Adanya ruam atau pembengkakan karna adanya reaksi alergi, hipotensi, kerusakan hati dan ginjal
Antasida	3x5 ml	Obat penetral asam lambung, meringankan gejala maag yang timbul,	Penderita yang hipersensitif terhadap alluminium dan magnesium	Kontipasi, diare, mual, muntah

		mulai dari rasa tuka lambung, tukak usus duabelas jari, mual,nyeri lambung, nyeri ulu hati, perasaan penuh pada lambung		
--	--	---	--	--

Surabaya, 09 Juli 2018

fda

(Fitria Dya Anfalia)

Tabel 3.2 Analisa Data

Nama Klien : Tn. A

Ruang/Kamar : B2 / 2D

Umur : 22 Tahun

No. RM : 55xxxx

No	Data / faktor resiko	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri, P = Nyerinya karena sakitnya, Q = Seperti ditusuk-tusuk, R = Di bagian ulu hati, S = 5 T = Terasa terus menerus.</p> <p>DO: - Pasien tampak memegang area nyeri - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Pasien nafsu makan turun - TD : 130/80mmHg, Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit, Suhu : 36,8°C, SPO₂ : 98%</p>	Agens cedera fisiologis	Nyeri Akut
2.	<p>DS: Pasien mengatakan mual, tidak minat untuk makan, merasa asam di mulut</p> <p>DO: - Pasien terlihat pucat - Membran mukosa bibir kering - Pasien terlihat lemas dan diaforesis - TD : 130/80mmHg, Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit, Suhu : 36,8°C, SPO₂ : 98%</p>	Iritasi lambung	Nausea
3.	<p>DS: Pasien mengatakan cepat merasa kenyang setelah makan, dan merasa nafsu makan menurun</p> <p>DO: Antropometri : - TB: 170 cm - BB: 60 kg - IMT : $BB (kg)/TB^2(M)$. $60/2,89=20,7$ (IDEAL: 18,5 – 24,9)</p>	Faktor psikologis (Keengganan untuk makan)	Difisit Nutrisi

<p>Biokimia :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemaglobin (Hb): 16,3 (12-16) - Hematokrit (HCT): 47,5% (40-54) - Leukosit (WBC): $6,9 \cdot 10^3/\text{Ul}$ (4.0-10.0) - Eritrosit (RBC): $5,66 \cdot 10^6/\text{ul}$ (4.00-5,50) <p>Clinis/klinical sign :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemas dan pucat - Pasien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan - Pasien terlihat mual, tidak ada muntah - TD : 130/80mmHg, Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit, Suhu : 36,8°C <p>Diet : Makanan harus mengandung cukup cairan, tinggi kalori, dan tinggi protein, tidak boleh mengandung banyak serat. Tidak merangsang maupun menimbulkan banyak gas.</p>		
--	--	--

Tabel 3.3 Prioritas Masalah Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis	04 Juni 2018	06 Juni 2018	<i>fda</i>
2.	Neusea berhubungan dengan iritasi lambung	04 Juni 2018	05 Juni 2018	<i>fda</i>
3.	Difisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan)	04 Juni 2018	06 Juni 2018	<i>fda</i>

Tabel 3.4 Rencana Asuhan Keperawatan

NO	Masalah	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p>Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis</p> <p>DS: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian ulu hati dengan skala nyeri 5 terasa terus menerus</p> <p>DO: - Pasien tampak memegang area nyeri - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Pasien nafsu makan turun - TD : 130/80mmHg, Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit, Suhu : 36,8°C, SPo2 : 98%</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang/ hilang atau teratasi</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri berkurang dengan skala nyeri 0-1 2. Pasien tidak gelisah 3. Pasien mampu mengontrol nyeri, mampu menggunakan teknik relaksasi 4. Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Observasi TTV dan Observasi nyeri (lokasi, waktu, skala, kualitas dan faktor presipitasi) 3. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman 4. Memberikan informasi keadaan pasien untuk meningkatkan toleransi terhadap nyeri dan mengajarkan teknik tarik nafas dalam 5. Pemberian obat OMZ (Omeprazole) 2x10 mg yang dianjurkan oleh tim medis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien 2. Untuk memfasilitasi pengkajian yang akurat tentang tingkat nyeri pada pasien 3. Untuk menurunkan rasa nyeri pasien 4. Untuk mendidik pasien dan keluarga mengupayakan untuk mengurangi tingkat nyeri 5. Untuk meyakinkan pengurangan nyeri yang adekuat

2.	<p>Nausea berhubungan dengan iritasi lambung</p> <p>DS: Pasien mengatakan mual, tidak minat untuk makan, merasa asam di mulut</p> <p>DO: - Pasien terlihat sering menelan ludah - Pasien nafsu makan turun - Membran mukosa bibir kering - Pasien terlihat lemas - TD : 130/80mmHg, Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit, Suhu : 36,8°C, SpO2 : 98%</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nausea teratasi</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengkonsumsi zat gizi yang cukup untuk mempertahankan kesehatan 2. pasien tidak tampak sering menelan ludah 3. membran mukosa lembab 4. pasien tidak tampak lemas 5. Pasien mampu mengambil langkah untuk mengatasi mual 6. Pasien tidak terlihat lemas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi penyebab mual dan asupan cairan/makanan pasien 2. Mengajari pasien teknik relaksasi pengalihan mual dengan mengganti menu makan, dan juga bisa mengatur posisi berbaring/duduk untuk meletakkan kepala lebih tinggi dari kaki 3. Memberikan penjelasan pada pasien terkait menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak sedap serta menganjurkan makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering 4. Berikan obat Ondansetron 3x4 mg dan Antasida 3x5 ml yang sesuai diresepkan dokter 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk merencanakan intervensi pemberian konsumsi zat gizi dan perlunya pemberian suplemen dapa pasien 2. Untuk mengurangi stres dan mengalihkan perhatian mual 3. Untuk membantu mencegah mual semakin memburuk serta membantu pasien mengonsumsi zat gizi yang adekuat 4. Untuk menyakinkan mengurangi mual dan memungkinkan pasien untuk makan
----	--	--	--	--

3.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan)</p> <p>DS: Pasien mengatakan cepat merasa kenyang setelah makan, dan merasa nafsu makan menurun</p> <p>DO: Antropometri : - TB: 170 cm - BB: 60 kg - IMT: BB (kg)/TB²(M). 60/2,89=20,7 (IDEAL: 18,5 – 24,9)</p> <p>Biokimia : - Hemaglobin (Hb): 16,3 (12-16) - Hematokrit (HCT): 47,5% (40-54) - Leukosit (WBC): 6,9 10³/UI (4.0-10.0) - Eritrosit (RBC): 5,66 10⁶/ul (4.00-5,50)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak lagi mual 2. Pasien tidak tampak pucat dan lemas 3. Nafsu makan bertambah, dan 4. Pasien mampu menghabiskan makan sesuai porsi yang disediakan untuk pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV, asupan nutrisi pasien dan beri kesempatan pasien memberikan alasan kenapa tidak makan 2. Membantu pasien untuk menciptakan lingkungan yang menyenangkan 3. Anjurkan keluarga untuk menentukan makanan kesukaan pasien dan usahakan untuk mendapatkan makanan yang merangsang indra penciuman pada pasien 4. Memberikan suplemen tinggi protein, tinggi kalori. Seperti susu, puding, atau es krim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membantu mengkaji penyebab keadaan pasien dan mengkaji zat gizi yang diperlukan pasien 2. Untuk memberikan pengendalian pasien pada waktu makan 3. Untuk meningkatkan nafsu makan pada pasien 4. Untuk mencegah kerusakan protein tubuh dan memberikan kalori energi pada pasien.
----	--	---	--	---

<p>Clinis/klinical sign :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemas dan pucat - Pasien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan - Ada mual, tidak ada muntah - TD : 130/80mmHg, Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit, Suhu : 36,8°C, <p>Diet : Makanan harus mengandung cukup cairan, tinggi kalori, dan tinggi protein, tidak boleh mengandung banyak serat. Tidak merangsang maupun menimbulkan banyak gas</p>			
--	--	--	--

Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

No. DX	WAKTU (tgl & jam)	TINDAKAN	TT WAT	WAKTU (tgl & jam)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TT WAT
1	Senin, 04/06/2018 9.35	DINAS PAGI 1. Bina hubungan saling percaya (BHSP). R= Membina hubungan saling percaya antar perawat dan pasien/keluarga.	<i>Fda</i>	Selasa, 05/06/2018 06.30	S: pasien mengatakan nyeri masih tetap di bagian ulu hati, seperti ditusuk-tusuk dengan skala 5,terasa terus menerus. O: 1) Pasien tampak meringis 2) Pasien tampak memegang area nyeri saat di kaji 3) KU terlihat lemas 4) TD: 110/70 mmHg 5) N : 78x/Menit 6) S : 36,8 °C 7) RR : 20x/Menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan	<i>Fda</i>
	10.00	2. Observasi Nyeri (lokasi, waktu, skala, kualitas, faktor). R= Pasien mengatakan ada nyeri di bagian ulu hati, seperti ditusuk-tusuk dengan skala 5,terasa terus menerus.	<i>Fda</i>			
	11.00	3. Observasi TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO ₂ : 98%	<i>Fda</i>			
	12.00	4. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			
	13.00	5. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. R= Pasien nyaman dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki	<i>Fda</i>			

14.00	6. Memberikan informasi keadaan pasien untuk meningkatkan toleransi terhadap nyeri dan mengajarkan teknik tarik nafas dalam	<i>Fda</i>			
	DINAS SORE				
17.00	1. Observasi TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO ₂ : 98%	<i>Fda</i>			
18.00	2. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Ceftriaxon 250 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			
20.00	3. Mengajarkan pasien teknik tarik nafas dalam	<i>Fda</i>			
	DINAS MALAM				
21.00	1. Mengajarkan pasien teknik tarik nafas dalam	<i>Fda</i>			
05.00	2. Observasi TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO ₂ : 98%	<i>Fda</i>			

	6.00	3. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Ceftriaxon 250 mg Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			
1	Selasa, 05/06/2018 07.00 08.00 08.30 11.00 12.00	DINAS PAGI 1. Timbang terima dengan dinas pagi 2. Observasi Nyeri (lokasi, waktu, skala, kualitas, faktor). R= Pasien mengatakan nyeri masih tetap di bagian ulu hati, seperti ditusuk-tusuk dengan skala 5,terasa terus menerus. 3. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. R= pasien nyaman dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki 4. Observasi TTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO2 : 98% 5. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Cinam 5 mg	<i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i>	Rabu, 06/06/2018 06.30	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4 O: 1) Pasien tampak tersenyum 2) Pasien tampak memegang area nyeri saat di kaji 3) KU terlihat lemas 4) TD: 110/70 mmHg 5) N : 78 ^x /Menit 6) S : 36,8 ⁰ C 7) RR : 20 ^x /Menit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan	<i>Fda</i>

	13.00	6. Memberikan informasi keadaan pasien untuk meningkatkan toleransi terhadap nyeri dan mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam	<i>Fda</i>			
		DINAS SORE				
	17.00	1. Observasi TTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>			
	18.00	2. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg	<i>Fda</i>			
	19.00	3. Mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam	<i>Fda</i>			
	20.00	4. Memberikan posisi nyaman pada pasien	<i>Fda</i>			
		DINAS MALAM				
	22.00	1. Mengajarkan pasien teknik relaksasi tarik nafas dalam	<i>Fda</i>			
	05.00	2. Mengobservasi tidur malam pasien Pasien mengatakan cukup baik	<i>Fda</i>			
	05.10	3. Observasi TTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit	<i>Fda</i>			

	06.00	RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO2 : 98% 4. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg Inj. Ondansetron 4 mg Inj. Cinam 5 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			
1	Rabu, 06/06/2018 07.00 08.00 09.00 09.30 11.00	DINAS PAGI 1. Timbang terima dengan dinas pagi 2. Observasi nyeri(lokalasi, waktu, skala, kualitas dan factor presipitasi) R= pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 terasa hilang timbul 3. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman 4. Memberikan penjelasan terkait kondisi pasien yang saat ini cukup membaik dan menganjurkan keluarga dan pasien untuk tetap menjaga kesehatan dan melakukan kontrol kondisi kesehatan pasien dengan tepat waktu 5. ObservasiTTV	<i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i>	Rabu, 06/06/2018 14.00	S: pasien mengatakan ada nyeri berkurang dengan skalah 3 O: 1) KU terlihat lemas 2) TD: 110/70 mmHg 3) N : 78 _x /Menit 4) S : 36 °C 5) RR : 20 _x /Menit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di hentikan	<i>Fda</i>

	12.00	<p>TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36°C SPO2 : 98%</p> <p>6. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Cinam 5 mg</p>	<i>Fda</i>			
2	<p>Senin, 04/06/2018 07.00 10.30</p> <p>12.00</p> <p>13.00</p> <p>14.30</p>	<p>DINAS PAGI</p> <p>1. Timbang terima dengan dinas pagi</p> <p>2. Observasi penyebab mual dan asupan cairan/makanan pasien. Dan pasien mengatakan mual karena terasa tidak enak di tenggorokan dan enggan untuk makan</p> <p>3. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Parasetamol tab 500 mg</p> <p>4. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. R= Pasien nyaman dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki</p> <p>5. Memberikan penjelasan pada pasien terkait menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak sedap untuk menghindari mual</p>	<p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p>	<p>Selasa, 05/06/2018 06.30</p>	<p>S: Pasien mengatakan masih merasa mual</p> <p>O:</p> <p>1) Pasien terlihat sering menelan ludah 2) Membran mukosa kering 3) KU terlihat lemas 4) TD: 130/80 mmHg 5) N : 78 x/Menit 6) S : 36,8 °C 7) RR : 20 x/Menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>	<i>Fda</i>

		DINAS SORE			
16.00	1.	Mengajari pasien teknik relaksasi pengalihan mual dengan mengganti menu makan kesukaan pasien	<i>Fda</i>		
17.00	2.	Observasi TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>		
18.00	3.	Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Ceftriaxon 250 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>		
05.00		DINAS MALAM			
	1.	Observasi TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8°C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>		
05.30	2.	Menganjurkan pasien makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering	<i>Fda</i>		

	06.00	3. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Ceftriaxon 250 mg Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			
2	Selasa, 05/06/2018 07.00 08.00 09.00 11.00 12.00 13.00	DINAS PAGI 1. Timbang terima dengan dinas pagi 2. Observasi penyebab mual dan asupan cairn/makanan pasien. Pasien mengatakan masih mual karena sakitnya 3. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. pasien nyaman dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki 4. Observasi TTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8 ⁰ C SPO2 : 98% 5. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Cinam 5 mg 6. Memberikan penjelasan pada pasien terkait menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak	<i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i>	Rabu, 06/06/2018 06.30	S: Pasien mengatakan masih merasa mual O: 1) Pasien terlihat sering menelan ludah 2) Membran mukosa kering 3) KU terlihat lemas 4) TD: 110/80 mmHg 5) N : 78 X/Menit 6) S : 36,8 ⁰ C 7) RR : 20x/Menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan	<i>Fda</i>

		sedap untuk mengurangi timbulnya rasa mual				
	17.00	DINAS SORE 1. Observasi TTV TD : 110/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8 ⁰ C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>			
	18.00	2. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg	<i>Fda</i>			
	19.30	3. Mengajari pasien teknik relaksasi pengalihan mual dengan mengganti menu makan yang di suka	<i>Fda</i>			
	20.00	4. Memberikan posisi nyaman pada pasien. Dan pasien lebih nyaman meletakkan kepala lebih tinggi dari kaki	<i>Fda</i>			
	21.30	DINAS MALAM 1. Menganjurkan pasien makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering	<i>Fda</i>			
	05.00	2. Mengobservasi tidur malam pasien Pasien mengatakan cukup baik	<i>Fda</i>			

	05.10	4. Observasi TTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8 ⁰ C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>			
	06.00	5. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg Inj. Ondansetron 4 mg Inj. Cinam 5 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			
2	Rabu, 06/06/2018 07.00 08.30 09.00 09.30	DINAS PAGI 1. Timbang terima dengan dinas pagi 2. Observasi penyebab mual dan asupan cairn/makanan pasien. Pasien mengatakan masih mual karena sakitnya 3. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. Pasien nyaman meletakkan kepala lebih tinggi dari kaki 4. Memberikan penjelasan pada pasien terkait menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak sedap untuk mengurangi timbulnya mual	<i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i>	Rabu, 06/06/2018 14.00	S: Pasien mengatakan tidak mual O: 1) Pasien tidak lagi menelan ludah 2) Membran mukosa lembab 3) KU terlihat cukup baik 4) TD: 110/80 mmHg 5) N : 78 X/Menit 6) S : 36,8 ⁰ C 7) RR : 20x/Menit A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan	<i>Fda</i>

	10.30	5. menganjurkan pasien makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering	<i>Fda</i>			
	11.00	6. ObservasiTTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36 ⁰ C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>			
	12.00	7. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Cinam 5 mg	<i>Fda</i>			
3	Senin, 04/06/2018 07.00 10.45 12.00 13.30	DINAS PAGI 1. Timbang terima dengan dinas pagi 2. Observasi TTV, asupan nutrisi pasien dan beri kesempatan pasien memberikan alasan kenapa tidak makan 3. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Parasetamol tab 500 mg 4. Membantu pasien untuk menciptakan lingkungan yang menyenangkan	<i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i> <i>Fda</i>	Selasa, 05/06/2018 06.30	S: Pasien mengatakan nafsu makan menurun O: 1) Membran mukosa kering 2) KU terlihat lemas 3) TB: 170 cm 4) BB: 60 kg 5) IMT: BB (kg)/TB ² (M). 60/2,89=20,7 (IDEAL: 18,5 – 24,9) A : Masalah belum teratasi	<i>Fda</i>

		DINAS SORE			P : Intervensi di lanjutkan	
17.00	1.	Observasi TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8oC SPO2 : 98%	<i>Fda</i>			
18.00	2.	Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Ceftriaxon 250 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			
		DINAS MALAM				
05.00	1.	Observasi TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8 ⁰ C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>			
05.30	2.	Menganjurkan pasien makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering	<i>Fda</i>			
06.00	3.	Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Ceftriaxon 250 mg Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg Parasetamol tab 500 mg	<i>Fda</i>			

3	<p>Selasa, 05/06/2018</p> <p>07.00 08.45</p> <p>09.45</p> <p>11.00</p> <p>12.00</p> <p>13.00</p>	<p>DINAS PAGI</p> <p>1. Timbang terima dengan dinas pagi</p> <p>2. Observasi TTV, asupan nutrisi pasien dan beri kesempatan pasien memberikan alasan kenapa tidak makan</p> <p>3. Menganjurkan keluarga untuk menentukan makanan kesukaan pasien dan usahakan untuk mendapatkan makanan yang merangsang indra penciuman pada pasien</p> <p>4. Observasi TTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8oC SPO2 : 98%</p> <p>4. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Cinam 5 mg</p> <p>5. Memberikan suplemen tinggi protein, tinggi kalori. Seperti susu, puding, atau es krim</p>	<p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p>	<p>Rabu, 06/06/2018 06.30</p>	<p>S: Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun</p> <p>O:</p> <p>1) Membran mukosa kering 2) KU terlihat lemas 3) TB: 170 cm 4) BB: 60 kg 5) IMT: BB (kg)/TB²(M). 60/2,89=20,7 (IDEAL: 18,5 – 24,9)</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>	<p><i>Fda</i></p>
---	--	---	---	---------------------------------------	---	-------------------

		DINAS SORE			
17.00	1.	Observasi TTV TD : 110/80mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36,8 ⁰ C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>		
18.00	2.	Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg	<i>Fda</i>		
19.30	3.	Mengajari pasien teknik relaksasi pengalihan mual dengan mengganti menu makan yang di suka	<i>Fda</i>		
20.00	4.	Memberikan posisi nyaman pada pasien. Dan pasien lebih nyaman meletakkan kepala lebih tinggi dari kaki	<i>Fda</i>		
		DINAS MALAM			
21.30	1.	Menganjurkan pasien makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering	<i>Fda</i>		
05.00	2.	Mengobservasi tidur malam pasien Pasien mengatakan cukup baik	<i>Fda</i>		
05.10	3.	Observasi TTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit	<i>Fda</i>		

	06.00	<p>Suhu : 36,8⁰C SPO2 : 98%</p> <p>4. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. OMZ (Omeprazole) 10 mg Inj. Ondansetron 4 mg Inj. Cinam 5 mg Parasetamol tab 500 mg</p>	<i>Fda</i>			
3	<p>Rabu, 06/06/2018 07.00 08.30</p> <p>09.00</p> <p>09.30</p> <p>10.30</p>	<p>DINAS PAGI</p> <p>1. Timbang terima dengan dinas pagi</p> <p>2. Observasi TTV, asupan nutrisi pasien dan beri kesempatan pasien memberikan alasan kenapa tidak makan</p> <p>3. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. Pasien nyaman meletakkan kepala lebih tinggi dari kaki</p> <p>1. Memberikan penjelasan pada pasien terkait menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak sedap untuk mengurangi timbulnya mual</p> <p>2. menganjurkan pasien makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering</p>	<p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p> <p><i>Fda</i></p>	<p>Rabu, 06/06/2018 14.00</p>	<p>S: Pasien mengatakan nafsu makan tidak lagi menurun</p> <p>O: BB: 60 kg IMT: BB (kg)/TB²(M). 60/2,89=20,7 (IDEAL: 18,5 – 24,9)</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	<i>Fda</i>

	10.45 11.00	3. Membantu menciptakan lingkungan yang menyenangkan	<i>Fda</i>			
		4. ObservasiTTV TD : 110/70mmHg Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit Suhu : 36 ⁰ C SPO2 : 98%	<i>Fda</i>			
	12.00	5. Memberikan injeksi sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter Inj. Cinam 5 mg	<i>Fda</i>			

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan Diagnosa Demam Tifoid di ruang B2 Rumkital Dr Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka di dapatkan keluhan utama pada pasien berupa perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri, kepala, pusing dan kurang bersemangat, serta nafsu makan berkurang (Terutama selama masa inkubasi) (Sodikin, 2011). Terdapat pula peningkatan suhu tubuh 39°C sampai 41°C pada malam hari dan turun saat pagi hari (Arif & Kumala, 2011). Klien dengan demam tifoid terjadi peningkatan suhu tubuh yang berakibat keringat banyak keluar dan merasa haus, sehingga dapat meningkatkan kebutuhan cairan tubuh. Biasanya terjadi kecemasan pada orang tua terhadap keadaan penyakit anaknya. Di pemeriksaan fisik akhir minggu pertama demam sekitar $38,8^{\circ}\text{C}$ - 40°C . Pada minggu kedua sebagian besar penderita demam tinggi terus berlangsung mencapai $38,8^{\circ}\text{C}$ - $39,4^{\circ}\text{C}$, bersifat kontinyu dengan perbedaan suhu sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ pada pagi dan petang hari. Keadaan umum penderita makin

menurun, apatis, bingung, kehilangan kontak dengan orang disekitarnya, tidak bisa istirahat atau tidur pada penderita dengan peningkatan suhu tubuh. Memasuki minggu ketiga penderita memasuki tahapan *thypoid state* yang ditandai dengan disorientasi, bingung, insomnia, lesu dan tidak bersemangat. Biasa didapatkan pula adanya delirium, tetapi jarang dijumpai koma (Suriadi, 2010). Pada pemeriksaan nadi didapatkan penurunan frekuensi nadi (bradikardi relatif) (Arif & Kumala, 2011). Sistem Pernafasan biasanya mengalami perubahan respons akut dengan gejala batuk kering. Pada beberapa kasus berat bisa didapatkan adanya komplikasi tanda dan gejala pneumonia (Arif & Kumala, 2011). Penurunan tekanan darah, keringat dingin, dan diaphoresis sering didapatkan pada minggu pertama. Kulit pucat dan akral dingin berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin. Pada minggu ketiga, respons toksin sistemik bisa mencapai otot jantung dan terjadi miokarditis dengan manifestasi penurunan curah jantung dengan tanda denyut nadi lemah, nyeri dada, dan kelemahan fisik (Brusch, 2009). Sistem Persyarafan Pada pasien dengan dehidrasi berat akan menyebabkan penurunan perfusi serebral dengan manifestasi sakit kepala, perasaan lesu, gangguan mental seperti mental seperti halusinasi dan delirium. Pada beberapa pasien bisa didapatkan kejang umum yang merupakan respons terlibatnya system saraf pusat oleh infeksi *Tifus Abdominalis*. Didapatkan ikterus pada sklera terjadi pada kondisi berat (Arif & Kumala, 2011).

Kesenjaan pada pengkajian di tinjauan kasus penulisan pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian ulu hati dengan skala nyeri 5 terasa terus menerus disertai pusing seperti berputar-putar dan mengeluh sering mual, tidak

ada muntah. Pada tanggal 3 Juni 2018 pasien di bawah oleh keluarganya ke RSAL dengan keadaan umum lemas, TD 132/83 mmHg, Suhu tubuh 36,8° C, Frekuensi Nafas 20x/Menit, Frekuensi Nadi 83x/Menit. Bentuk dada normochest, pergerakan simetris, otot bantu nafas tambahan, tidak ada, irama nafas reguler, kelainan tidak ada, pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, sesak nafas tidak ada, sputum tidak ada, batuk tidak ada, dan kemampuan beraktivitas pasif.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan fakta di dapatkan masalah keperawatan yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang adekuat.
3. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis
4. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Sedangkan pada tinjauan pustaka ditemukan masalah keperawatan yaitu:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis
2. Neusea berhubungan dengan iritasi lambung
3. Difisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan)

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tujuan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan

(Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku klien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang/ hilang atau teratasi. Dengan kriteria hasil berkurang dengan skala nyeri 0-1, Pasien tidak gelisah, Pasien mampu mengontrol nyeri, mampu menggunakan teknik relaksasi, Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Neusea berhubungan dengan iritasi lambung. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nausea teratasi. Dengan kriteria hasil pasien mengkonsumsi zat gizi yang cukup untuk mempertahankan kesehatan, Pasien mampu mengambil langkah untuk mengatasi mual, Pasien tidak terlihat lemas.

Difisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan difisit nutrisi teratasi. Dengan kriteria hasil Pasien tidak lagi mual, Pasien tidak tampak pucat dan lemas, Nafsu makan bertambah, dan pasien mampu menghabiskan makan sesuai porsi yang disediakan untuk pasien.

4.4 Pelaksanaan

Penatalaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Penatalaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama tinjauan pustaka, hal ini karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melakukan penatalaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari ruangan perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis. Bina hubungan saling percaya. Observasi TTV dan Observasi nyeri (lokasi, waktu, skala, kualitas dan factor presipitasi). Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. Memberikan informasi keadaan pasien untuk meningkatkan toleransi terhadap nyeri dan mengajarkan teknik tarik nafas dalam. Pemberian obat OMZ (Omeprazole) 2x10 mg yang dianjurkan oleh tim medis.

Nausea berhubungan dengan iritasi lambung. Observasi penyebab mual dan asupan cairan/makanan pasien. Mengajari pasien teknik relaksasi pengalihan mual dengan mengganti menu makan, dan juga bisa mengatur posisi

berbaring/duduk untuk meletakkan kepala lebih tinggi dari kaki. Memberikan penjelasan pada pasien terkait menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak sedap serta menganjurkan makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering

Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan). Observasi TTV, asupan nutrisi pasien dan beri kesempatan pasien memberikan alasan kenapa tidak makan. Membantu pasien untuk menciptakan lingkungan yang menyenangkan. Anjurkan keluarga untuk menentukan makanan kesukaan pasien dan usahakan untuk mendapatkan makanan yang merangsang indra penciuman pada pasien. Memberikan suplemen tinggi protein, tinggi kalori. Seperti susu, puding, atau es krim

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

Pada dilaksanakan tindakan evaluasi perkembangan klien selama waktu yang sudah di tentukan, menurut rencana tujuan dan kriteria hasil yang di dapatkan, sebagai berikut :

1. Diagnosa 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis.

Dengan di tentukannya waktu tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Pada tanggal 07 Juni 2018. Didapatkan hasil :

S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 3

O: Kondisi umum terlihat tersenyum, TD: 110/70 mmHg, N : 78_x/Menit, S : 36 °C, RR : 20_x/Menit

A: Masalah teratasi sebagian

P: Memberikan informasi keadaan pasien untuk meningkatkan toleransi terhadap nyeri dan mengajarkan teknik tarik nafas dalam dan menganjurkan pasien mencari posisi senyamanya.

2. Diagnosa 2

Neusea berhubungan dengan iritasi lambung.

Dengan di tentukannya waktu tindakan keperawatan selama 1x24 jam. Pada tanggal 06 Juni 2018. Didapatkan hasil :

S: Pasien mengatakan tidak mual

O: Pasien tidak lagi menelan ludah, membran mukosa lembab, keadaan umum terlihat cukup baik, Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, N: 78_x/Menit, S : 36,8⁰C, RR : 20_x/Menit

A: Masalah teratasi

P: Intervensi di hentikan

3. Diagnosa 3

Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan.

Dengan di tentukannya waktu tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Pada tanggal 07 Juni 2018. Didapatkan hasil :

S: Pasien mengatakan nafsu makan tidak lagi menurun

O: BB: 60 kg, IMT: $BB (kg)/TB^2(M)$. $60/2,89=20,7$ (IDEAL: 18,5 – 24,9)

A: Masalah teratasi

P: Intervensi di hentikan

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga pasien dan perawat. Hasil evaluasi Tn. A sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS tanggal 07 Juni 2018.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Demam Tifoid di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus sara yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Demam Tifoid.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan demam tifoid, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut ini :

1. Pada pengkajian pasien di dapatkan keluhan utama pada pasien berupa nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian ulu hati dengan skala nyeri 5 terasa terus menerus disertai pusing seperti berputar-putar dan mengeluh sering mual, tidak ada muntah. Pada tanggal 3 Juni 2018 pasien di bawah oleh keluarganya ke RSAL dengan keadaan umum lemas, TD 132/83 mmHg, Suhu tubuh 36,8° C, Frekuensi Nafas 20 ^x/menit, Frekuensi Nadi 83 ^x/menit SPO₂ 98%. Pasien tampak memegang area nyeri, Pasien tampak meringis, Pasien tampak gelisah, Pasien nafsu makan turun, tanda tanda vital TD : 130/80mmHg, Nadi : 80x/Menit RR : 20x/Menit, Suhu : 36,8°C, SPo2 : 98%. Pasien mengatakan mual, tidak minat untuk makan, merasa asam di mulut, pasien terlihat pucat.

2. Membran mukosa bibir kering, Pasien terlihat lemas dan diaforesis.
3. Masalah keperawatan yang muncul adalah Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis, nausea berhubungan dengan iritasi lambung, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).
4. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nausea teratasi. Dengan kriteria hasil pasien mengkonsumsi zat gizi yang cukup untuk mempertahankan kesehatan, Pasien mampu mengambil langkah untuk mengatasi mual, Pasien tidak terlihat lemas. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi. Dengan kriteria hasil Pasien tidak lagi mual, Pasien tidak tampak pucat dan lemas, Nafsu makan bertambah, dan pasien mampu menghabiskan makan sesuai porsi yang disediakan untuk pasien.
5. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan demam tifoid yaitu membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. Memberikan informasi keadaan pasien untuk meningkatkan toleransi terhadap nyeri dan mengajarkan teknik tarik nafas dalam. Mengajari pasien teknik relaksasi pengalihan mual dengan mengganti menu makan, dan juga bisa mengatur posisi berbaring/duduk untuk meletakkan kepala lebih tinggi dari kaki. Memberikan penjelasan pada pasien terkait menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak sedap serta menganjurkan makan makanan yang kering, lunak seperti roti dan di konsumsi dengan porsi sedikit tapi sering. Membantu pasien untuk menciptakan lingkungan yang

menyenangkan. Anjurkan keluarga untuk menentukan makanan kesukaan pasien dan usahakan untuk mendapatkan makanan yang merangsang indra penciuman pada pasien. Memberikan suplemen tinggi protein, tinggi kalori. Seperti susu, puding, atau es krim.

6. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama baik antara pasien dan keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An. A sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 06 Juni 2018.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan Demam Tifoid.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.

5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik

DAFTAR PUSTAKA

- Ardianyah, Muhammad. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta : DIVA Press.
- Muttaqin, Arif, Kumala. (2011). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Novel, Sinta Sasika. (2014). *Ensiklopedi Penyakit Menular dan Infeksi*. Yogyakarta : Familia.
- Nurarifin, AH & Kusuma, Hardi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, jilid 1*. Yogyakarta: Mediacion.
- Rampengan. (2007). *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Jakarta : EGC.
- Rendi, MC & Margareth, TH. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan : Teori dan Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Suriadi, Yuliani, Rita. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Jakarta : EGC.
- Taylor, Cynthia, Ralph, Sheila. (2010). *Diagnosis Keperawatan dengan Rencana Asuhan*. Jakarta : EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta : EGC

Lampiran 1**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN****PENYULUHAN KESEHATAN****DEMAM TIFOID**

Pokok Bahasan	: Demam Tifoid
Sasaran	: Keluarga Tn. A
Hari / tanggal	: Rabu, 6 Juni 2018
Waktu	: 08.00 - Selesai
Tempat	: Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
Penyuluh	: Fitria Dya Anfalia

1.1 Latar Belakang

Menurut Riset Kesehatan Dasar Nasional tahun 2013 prevalensi Thypoid klinis nasional sebesar 1,6%. Sedangkan prevalensi hasil analisis lanjut ini sebesar 1,5% yang artinya ada kasus typoid 1.500 per 100.000 penduduk Indonesia. Angka kejadian demam tifoid diketahui lebih tinggi pada negara yang sedang berkembang di daerah tropis, sehingga tak heran jika demam tifoid banyak ditemukan di negara kita. Di Indonesia sendiri, demam tifoid masih merupakan penyakit endemic dan menjadi masalah kesehatan yang serius. Demam tifoid erat kaitannya dengan higine perorangan dan sanitasi lingkungan (Sri, 2011).

Dengan demikian, maka penyuluh memilih materi Demam Tifoid untuk penyuluhan pada keluarga pasien Tn. A di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Tujuan

a. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang Demam Tifoid, peserta diharapkan mampu mengenal, mencegah dan mengatasi Demam Tifoid dalam keluarga.

b. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan :

1. Peserta mampu memahami dan menjelaskan kembali pengertian Demam Tifoid.
2. Peserta mampu memahami dan menjelaskan kembali penyebab Demam Tifoid.
3. Peserta mampu memahami dan menjelaskan tanda dan gejala dari Demam Tifoid.
4. Peserta mampu memahami dan menjelaskan kembali pencegahan yang dapat dilakukan untuk menghindari terjadinya Demam Tifoid.
5. Peserta mampu memahami dan menjelaskan kembali tentang penatalaksanaan pada Demam Tifoid.

1.3 Garis Besar Materi

1. Pengertian Demam Tifoid
2. Penyebab Demam Tifoid
3. Tanda dan Gejala Demam Tifoid
4. Pencegahan Demam Tifoid
5. Penatalaksanaan pada demam Tifoid

1.4 Metode

Metode yang digunakan dalam penyampaian materi penyuluhan adalah :

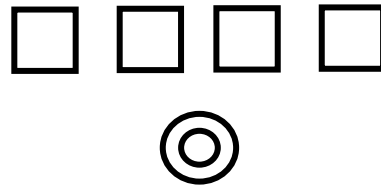
1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

1.5 Media dan Alat Peraga


1. Lembar balik (Leaflet)


1.6 Pengorganisasian

Setting Tempat



Keterangan :

 : Peserta

 : Penyuluh (Fitria Dya Anfalia)

1.7 Proses Kegiatan Penyuluhan

No.	Tahap	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Waktu
1.	Pendahuluan	a. Memberi salam pembuka dan perkenalan b. Menjelaskan Tujuan dan kontrak waktu c. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	Menjawab salam Mendengarkan dan Memperhatikan	5 Menit

2.	Penjelasan	Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur : 1. Pengertian Demam Tifoid 2. Penyebab Demam Tifoid 3. Tanda dan gejala Demam Tifoid 4. Pencegahan Demam Tifoid 5. Penatalaksanaan pada Demam Tifoid	Mendengar, melihat dan memperhatikan	30 menit
3.	Penutup	a. Tanya Jawab b. Menyimpulkan hasil penyuluhan c. Memberi salam penutup	a. Mendengar dan menyimak b. Bertanya dan menjawab pertanyaan c. Menjawab salam	10 Menit

1.8 Hasil evaluasi

Evaluasi struktur :

1. Keluarga hadir di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
2. Peserta mengikuti penyuluhan dari awal sampai akhir yaitu berjumlah 4 orang

Evaluasi Proses :

1. Penyuluhan dilaksanakan pukul 08.00-08.45
2. Penyuluhan dilakukan oleh 1 orang sebagai tim penyuluh.
3. Penyuluhan diawali dengan pendahuluan yang meliputi salam perkenalan, penyebutan materi yang akan dijelaskan dan kontrak waktu.
4. Materi dijelaskan secara urut oleh tim penyuluh dengan menggunakan metode ceramah dan alat peraga yaitu lembar balik (leaflet).

Evaluasi Hasil :

1. Peserta memperhatikan dengan baik materi penyuluhan.
2. Peserta mampu menerima materi penyuluhan dengan baik.
3. Peserta mampu mengulang kembali materi yang telah disampaikan oleh penyuluh.
4. Peserta mampu menjawab pertanyaan evaluasi yang disampaikan oleh penyuluh.

LAMPIRAN MATERI

DEMAM TIFOID

A. Pengertian Demam Tifoid

Demam Tifoid atau sering disebut dengan *Tifus Abdominalis* adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi* (Arif & Kumala, 2011).

B. Penyebab Demam Tifoid

Penyebab Penyakit ini adalah jenis *Salmonella Typhi*.

C. Tanda dan Gejala Demam Tifoid

1. Nyeri kepala, lemah dan lesu
2. Demam yang tidak terlalu tinggi dan berlangsungnya selama 3 minggu, minggu pertama peningkatan suhu tubuh berfluktuasi. Biasanya suhu tubuh meningkat pada malam hari dan menurun pada pagi hari. Pada minggu kedua suhu tubuh terus meningkat, dan pada minggu ketiga suhu tubuh beransur-ansur turun dan kembali normal.
3. Gangguan pada saluran cerna : halitosis, bibir kering dan pecah-pecah lidah ditutupi selaput putih kotor (*coated tongue*), meteorismus, mual, tidak nafsu makan, *hepatomegali* yang disertai nyeri pada perabaan.
4. Gangguan kesadaran : penurunan kesadaran (apati, somnolen).
5. Bintik-bintik kemerahan pada kulit (*roseola*) akibat emboli basil dalam kapiler kulit
6. Epitaksis (Ardiansyah, 2012).

D. Pencegahan Demam Tifoid

1. Hindari tempat yang tidak sehat
2. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih
3. Makan makanan bernutrisi lengkap dan seimbang.
4. Istirahat cukup dan lakukan olahraga secara teratur.
5. Buang sampah pada tempatnya.
6. Penyediaan air minum yang memenuhi syarat
7. Pembuangan kotoran manusia yang higienis.
8. Pemberantasan lalat.
9. Pengawasan terhadap penjual makanan.

c. Usaha terhadap manusia

1. Imunisasi
2. Menemukan dan mengobati karier.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat (Rampengan, 2007).

E. Penatalaksanaan Demam Tifoid

1. Melakukan tirah baring total selama 2 minggu.
2. Diet tinggi kalori, tinggi protein, tidak mengandung banyak serat.
3. Pemberian antibiotik kloramfenikol dengan dosis tinggi.

Lampiran 2

APA ITU TIFOID ???



Oleh :
FITRIA DYA ANFALIA
 152.0024

STIKES HANG TUAH SURABAYA
 2018

PENGERTIAN

Penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi*

(Arif & Kumala, 2011)



Kuman *SALMONELLA TYPHOSA*

TANDA DAN GEJALA

1. Nyeri kepala, lemah, lesu
2. Demam pada malam hari dan turun pada pagi hari
3. Bibir kering
4. Mual
5. Tidak nafsu makan

(Ardiansyah, 2012)

PENATALAKSANAAN



Istirahat selama demam hingga 2 minggu



Makan-makanan yang sehat dan bergizi

(Tinggi kalori, Tinggi Protein)



Pemberian obat Antibiotik

PENCEGAHAN



Menjaga Kebersihan rumah dan

lingkungan sekitar



Menjaga makanan dan minuman agar

tidak dihingapi lalat



Mencuci tangan menggunakan sabun

atau menggunakan handrub



Lampiran 3

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGAMBILAN DARAH VENA

3.1 Pengertian

Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal dengan istilah phlebotomy yang berarti proses mengeluarkan darah. Dalam praktek laboratorium klinik, ada 3 macam cara memperoleh darah, yaitu melalui tusukan vena (*venipuncture*), tusukan kulit (*skinpuncture*), dan tusukan arteri atau nadi. Venipuncture adalah cara yang paling umum dilakukan, oleh karena itu istilah phlebotomy sering dikaitkan dengan venipuncture.

3.1.1 Pengambilan Darah Vena

Pada pengambilan darah vena (*venipuncture*), contoh darah umumnya diambil dari vena *median cubital*, pada anterior lengan (sisi dalam lipatan siku). Vena ini terletak dekat dengan permukaan kulit, cukup besar, dan tidak ada pasokan saraf besar. Apabila tidak memungkinkan, vena *cephalica* atau vena *basalica* bisa menjadi pilihan berikutnya. Venipuncture pada vena *basilica* harus dilakukan dengan hati-hati karena letaknya berdekatan dengan arteri *brachialis* dan syaraf mediana.

3.2 Tujuan

- 3.2.1 Untuk mendapatkan sampel darah vena yang baik dan memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan.
- 3.2.2 Untuk menurunkan resiko kontaminasi dengan darah (infeksi, needle stick injury) akibat vena punctie bagi petugas maupu penderita.
- 3.2.3 Untuk petunjuk bagi setiap petugas yang melakukan pengambilan darah (*phlebotomy*).

3.3 Lokasi yang tidak diperbolehkan diambil darah adalah :

- 3.3.1 Lengan pada sisi *masectomy*
- 3.3.2 Darah edema
- 3.3.3 Hematoma

- 3.3.4 Darah dimana daerah sedang ditranfusikan
- 3.3.5 Darah bekas luka
- 3.3.6 Daerah dengan cannula, fistula atau cangkakan vascular
- 3.3.7 Daerah intravena lines, pengambilan darah di daerah ini dapat menyebabkan darah menjadi lebih encer dan dapat meningkatkan atau menurunkan kadar zat tertentu.

3.4 Alat dan bahan

- 3.4.1 Spuit atau jarum suntik 3ml atau 5ml
- 3.4.2 Torniquet
- 3.4.3 Kapas alkohol
- 3.4.4 Plesterin
- 3.4.5 Anti koagulan/EDTA
- 3.4.6 Vacuum tube
- 3.4.7 Bak injeksi

3.5 Prosedur kerja

- 3.5.1 Salam pada pasien
- 3.5.2 Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah, usahakan pasien nyaman mungkin
- 3.5.3 Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan
- 3.5.4 Minta pasien meluruskan lengannya, pilih tangan yang banyak melakukan aktivitas
- 3.5.5 Minta pasien untuk mengepalkan tangannya
- 3.5.6 Pasangkan torniquet kira-kira 10cm diatas lipatan siku
- 3.5.7 Pilih bagian vena *mediana cubiti* atau *cephalica*. Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan posisi vena. Vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastis dan memiliki dinding tebal

- 3.5.8 Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dariarah pergelangan ke siku, atau kompres hangat selama 5 menit pada area lengan
- 3.5.9 Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil denga kapas alkohol 70% dan biarkan kering, dengan catatan kulit yang sudah dibersihkan jangan dipegang lagi
- 3.5.10 Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk ke dalam semprit (*flash*). Usahakan sekali tusuk vena, lalu tourniquet dilepas.
- 3.5.11 Letakan kapas di tempat suntikan lalusegera lepaskan / tarik jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama \pm 15 menit.

3.6 Dokumentasi

- 3.6.1 Catat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan
- 3.6.2 Catat hasil pengkajian sebelum, selama dan setelah tindakan prosedur
- 3.6.3 Catat hasil observasi klien selama dan setelah tindakan

3.7 Sikap

- 3.7.1 Sistematis
- 3.7.2 Hati-hati
- 3.7.3 Erkomunikasi
- 3.7.4 Mandiri
- 3.7.5 Telit
- 3.7.6 Tanggap terhadap respon klien
- 3.7.7 Rapi
- 3.7.8 Menjaga privasi
- 3.7.9 sopan

Lampiran 4

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

PEMBERIAN INJEKSI INTRAVENA MELALUI SALURAN INFUS

4.1 Pengertian

Memasukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dengan melalui vena.

4.2 Tujuan

Sebagai tindakan pengobatan.

4.3 Prosedur

4.3.1 Pra Tahap Interaksi

1. Mengecek status pasien dan mengkaji kebutuhan pasien terkait pemberian obat.
2. Menyiapkan alat baki berisi :
 - a. Obat yang akan diberikan
 - b. Spuit atau disposibel spuit steril
 - c. Desinfektan : Alkohol 70% dan Providon iodine 10%
 - d. Kapas alcohol atau kassa swab
 - e. Lidi kapas dan kassa steril pada tempatnya
 - f. Pengalas
 - g. Bengkok dan galiot (kom kecil)
 - h. Alat pelindung diri : sarung tangan
 - i. Alat tulis, form dokumentasi atau buku catatan injeksi
3. Menjaga lingkungan : Atur pencahayaan, jaga privasi pasien, tutup pintu dan jendela.

4.3.2 Tahap Orientasi

1. Memberikan salam
2. Mengklarifikasikan kontrak atau pemberian obat

3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemberian obat
4. Memberi kesempatan pasien untuk bertanya

4.3.3 Tahap Kerja

1. Perawat mencuci tangan
2. Memakai sarung tangan bersih
3. Menyiapkan obat sesuai dengan prinsip 6 benar
4. Mengatur posisi pasien untuk penyuntikan
5. Memasang perlak dan pengalasnya pada area dibawah yang terpasang infus
6. Mengecek kelancaran tetesan infus sebelum obat dimasukkan
7. Memastikan tidak ada udara pada spuit disposable yang berisi obat
8. Mematikan atau mengklame infus
9. Melakukan desinfektan pada area laret saluran infus set pada saluran infus
10. Menusukkan jarum kebagian karet saluran infus dengan hati-hati dengan kemiringan jarum 14-45 derajat
11. Melakukan aspirasi atau menghisap spuit disposable untuk memastikan bahwa obat masuk ke saluran vena dengan baik. Jika saat aspirasi terlihat darah keluar ke selang infus maka obat siap dimasukkan
12. Memasukkan obat secara perlahan dengan mendorong pegangan disposable spuit sampai obat habis
13. Mencabut jarum dari bagian karet saluran infus dengan mendidih kapas pada lokasi tusukan jarum tadi
14. Membuka klem cairan infus dan mengobservasi kelancaran tetesan aliran infus
15. Membuang disposable spuit ke bengkok
16. Menghitung tetesan infus sesuai dengan ketentuan progam pemberian cairan
17. Membereskan pasien
18. Membereskan alat-alat
19. Melepas sarung tangan

20. Mencuci tangan

4.3.4 Tahap Terminasi

1. Mengevaluasi respon pasien
2. Menyimpulkan hasil kegiatan
3. Memberi pesan (menjaga posisi dan kelancaran)
4. Melakukan kontrak selanjutnya (waktu, tempat, topik/kegiatan)

