

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. D DENGAN THYPOID
DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH SALATIGA**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Eko Septian Aminanto
NIM. 89. 331.28.52

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN


Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang Pada :

Hari : Selasa

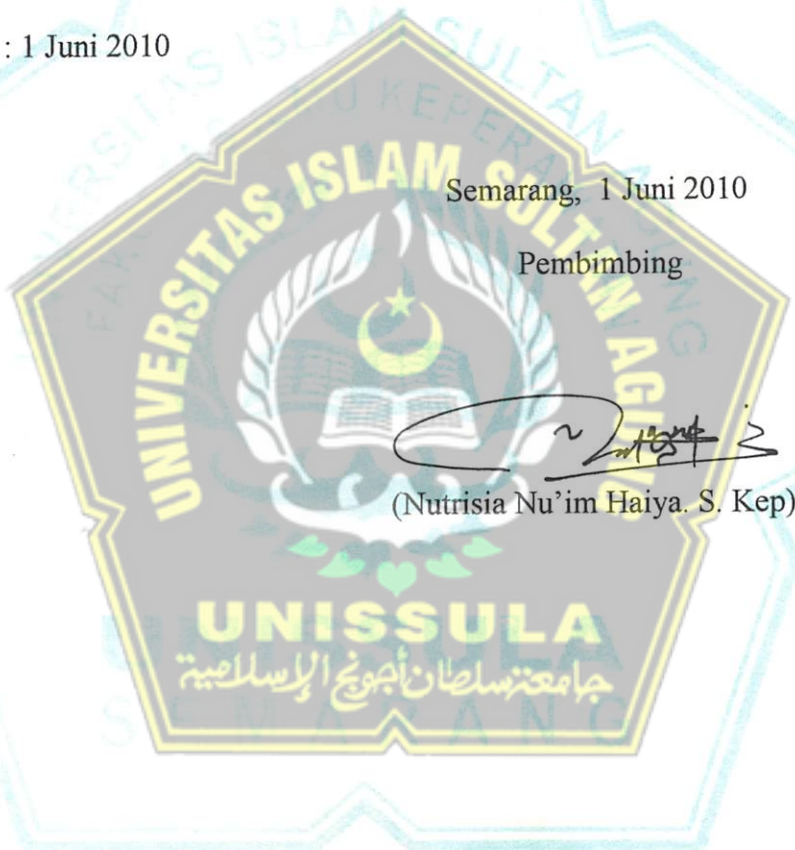
Tanggal : 1 Juni 2010

Semarang, 1 Juni 2010

Pembimbing



(Nutrisia Nu'im Haiya. S. Kep)



HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Rabu, Tanggal 2 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juni 2010

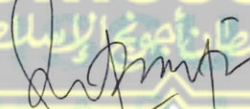
Tim Penguji,

Penguji I



(Suyanto, S. Kep., Ns)
NIK. 210909018

Penguji II



(Retno Setyawati, S. Kep. Ns. M. Kep. Sp. KMB)
NIK. 210996002

Penguji III



(Nutrisia Nu'im Haiya, S. Kep)

MOTTO

1. Keberhasilan didasari kerja keras yang akan menghasilkan kepuasan dan kebanggaan tersendiri bagi kita.
2. Bersakit-sakit dahulu berenang-renang ketepian, bersusah-susah dahulu bersenang-senang kemudian.
3. Berusaha menjadi diri sendiri yang lebih baik dari pada sekarang.



KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Dengan segenap puji syukur kepada ALLAH SWT, atas rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus dengan judul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. D DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SALATIGA**”.

Dalam penyusunan laporan kasus ujian kompetensi ini penulis menemui berbagai hambatan namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak maka masalah tersebut dapat diatasi. Maka pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Ibu Nutrisia Nu'im Haiya, S.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Asuhan Keperawatan Keluarga ini.
3. Bapak dan Ibu dosen yang selama ini telah memberikan ilmu pada kami selama kurang lebih tiga tahun.
4. TIM penguji laporan kasus ujian komprehensif ini.
5. Ayah dan Ibu tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang yang telah membesarkan, mendidik, mendoa'kan dan memberikan motivasi dan semangat untuk kesuksesan putranya.
6. Keluarga besarku terima kasih atas dukungan dan bantuan yang selama ini telah diberikan.

7. Buat Istri saya yang selalu ada dan setia menemani, terima kasih atas doa, dukungan dan perhatian yang berikan kepada saya.
8. Kepada Coky, Mail, Mbae, Rizal, Beto, dan Hasan yang telah menyumbangkan pikiran, fasilitas, dan memberikan support.
9. Semua pihak yang telah membantu hingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang namanya tidak mungkin disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari Asuhan Keperawatan ini jauh dari sempurna dengan keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang penulis miliki. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa mendatang.

Semoga Asuhan Keperawatan ini dapat bermanfaat bagi penulis dan untuk semua pembaca dalam menambah pengetahuan dan wawasan dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan yang kita berikan kepada keluarga selama di rumah.

Segala sesuatunya kita kembalikan, semoga ALLAH SWT memberikan balasan setiap amal perbuatan yang baik.

Semarang, 31 Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	2
C. Manfaat penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	
A. Pengertian	4
B. Etiologi	4
C. Patofisiologi	6
D. Manifestasi klinik	8
E. Patways	11
F. Pemeriksaan diagnostik	12
G. Komplikasi	16
H. Penatalaksanaan	18
I. Konsep dasar keperawatan	20

BAB III RESUME KEPERAWATAN	26
A. Pengkajian	26
B. Anamnesa, Observasi, dan Pemeriksaan Fisik	27
C. Analisa Data	31
D. Diagnosa Keperawatan	31
E. Intervensi	32
F. Implementasi	33
G. Evaluasi	35
BAB IV PEMBAHASAN	36
A. Pengkajian	36
B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.....	36
BAB V PENUTUP	45
A. Kesimpulan	45
B. Saran	46

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Kesediaan Membimbing
- Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi
- Lampiran 4. Laporan Asuhan Keperawatan Asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Demam thypoid merupakan penyakit endemik di Indonesia. Penyakit ini termasuk penyakit menular yang tercantum dalam undang-undang no 6 tahun 1962 tentang wabah. Dari survey Departemen Kesehatan RI, frekuensi kejadian demam thypoid di Indonesia pada tahun 1990 sebesar 9,2 dan tahun 1994 terjadi peningkatan frekuensi menjadi 15,4 per 10.000 penduduk. Dari survey berbagai rumah sakit di Indonesia dari tahun 1981 sampai dengan 1986 peningkatan jumlah penderita sekitar 35,8% yaitu dari 19.596 menjadi 26.606 kasus. Insidens demam thypoid biasanya terkait dengan sanitasi lingkungan; di daerah rural (Jawa Barat) 157 kasus per 100.000 penduduk, sedangkan di daerah urban ditemukan 760-810 per 100.000 penduduk. Case fatality rate (CFR) demam thypoid di tahun 1996 sebesar 1,08% dari seluruh kematian di Indonesia. Namun demikian berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Departemen Kesehatan RI (SKRT DEPKES RI) tahun 1995 demam thypoid tidak termasuk dalam 10 penyakit dengan mortalitas tertinggi (Sudoyo, 2006).

Di daerah endemik demam thypoid, insiden tertinggi didapatkan pada anak-anak. Orang dewasa sering mengalami infeksi ringan yang sembuh sendiri dan menjadi kebal. Insiden pada pasien berumur 12 tahun ke atas

adalah, 70-80% pasien berumur antara 12 dan 30 tahun, 10-20% antara 30 dan 40 tahun dan hanya 5-10% di atas 40 tahun (Noer, 2002).

Penyakit demam thypoid merupakan masalah kesehatan di negara berkembang karena penyakit ini berhubungan erat dengan perilaku hidup sehat dan sanitasi lingkungan yang buruk. Di kota Semarang, thypoid menempati urutan keempat pada penderita rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit dan menempati urutan ketiga pada penderita rawat jalan di puskesmas. Untuk mempertajam faktor resiko kejadian thypoid di Kota Semarang maka dilakukan penelitian ini. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *chase control* dengan *sample*, 63 kasus pada bulan Juli sampai dengan Desember 2001 dan 63 pembanding berasal dari tetangga kasus pengumpulan data dilakukan melalui wawancara langsung di lapangan pada bulan Februari sampai dengan 2002. Penelitian ini menemukan beberapa faktor resiko kejadian thypoid di Kota Semarang yang bermakna, diantaranya kebiasaan makan di luar penyediaan rumah, kebiasaan buang tinja, kebiasaan cuci tangan sebelum makan, kebiasaan minum air sebelum di masak. Berdasarkan hasil penelitian ini disarankan untuk penanggulangan thypoid bersama dengan program maupun sektor lain (Kurniawan, 2002).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien thypoid dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang utuh dan komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada pasien thypoid .
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien thypoid.
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien thypoid.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien thypoid.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien thypoid.

C. Manfaat Penulisan

Asuhan Keperawatan ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Penulis

Dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan thypoid.

2. Klien dan keluarga

Dapat meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang thypoid.

3. Institusi

Dapat dijadikan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan thypoid.

4. Lahan Praktek

Dapat dijadikan masukan dalam peningkatan pengetahuan dan mutu pemberian pelayanan asuhan keperawatan thypoid.

5. Masyarakat

Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang thypoid.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Demam thypoid adalah suatu penyakit infeksi menular yang menyerang pada saluran pencernaan di bagian usus halus (Murwani, 2008).

Demam thypoid adalah penyakit infeksi pada usus dengan febris yang khas dan gejala yang akut (Djoehari, 2007).

Demam thypoid adalah merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dengan atau tanpa gangguan kesadaran (Rampengan, 2008).

Demam thypoid adalah merupakan penyakit infeksi yang terjadi pada usus halus yang disebabkan *salmonella typhi* (Hidayat, 2006).

Demam thypoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya terdapat pada saluran cerna dengan gejala demam lebih dari satu minggu dan terdapat gangguan kesadaran (Suriadi, 2006).

Jadi demam thypoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya terdapat pada saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari satu minggu.

B. Etiologi

Salmonella typhi sama dengan *salmonella* yang lain adalah bakteri Gram negatif, mempunyai flagella, tidak berkapsul, tidak membentuk spora, fakultatifanaerob. Mempunyai antigen somatik (O) yang terdiri dari

oligosakarida, flagelar antigen (H) yang terdiri dari protein dan envelope antigen (K) yang terdiri dari polisakarida. Mempunyai makromolekular lipopolisakarida kompleks yang membentuk lapis luar dari dinding sel dan dinamakan endotoksin (Soedarmo, 2008).

Menurut Soegijanto (2002), berpendapat bahwa etiologi dari demam thypoid adalah sebagai berikut:

Etiologi demam thypoid adalah *salmonella typhi* yang berhasil diisolasi pertama kali dari seorang pasien demam thypoid oleh Gafkey di Jerman pada tahun 1884. Mikroorganisme ini merupakan bakteri gram negatif yang motil, bersifat aerob dan tidak membentuk spora. *Salmonella typhi* dapat tumbuh dalam semua media, pada media yang selektif bakteri ini memfermentasikan glukosa dan manosa, tetapi tidak dapat memfermentasi laktosa.

Bakteri ini mempunyai beberapa komponen antigen, yaitu:

1. Antigen dinding sel (O) yang merupakan lipopolisakarida dan bersifat spesifik grup.
2. Antigen flagella (H) yang merupakan komponen protein berada dalam flagella dan bersifat spesifik spesies.
3. Antigen virulen (Vi) merupakan polisakarida dan berada dikapsul yang melindungi seluruh permukaan sel. Antigen Vi dapat menghambat proses aglutinasi antigen O oleh anti O serum dan melindungi antigen O dari proses fotogenesis. Antigen Vi berhubungan dengan daya invasif bakteri dan efektivitas vaksin. *Salmonella typhi* menghasilkan endotoksin yang merupakan bagian terluar dari dinding sel, terdiri dari antigen O yang

dilepaskan, lipopolisakarida dan lipid A. Ketiga antigen di atas dalam tubuh akan membentuk antibodi aglutinin.

4. Outer Membran Protein (OPM). Antigen *Outer Membran Protein* (OPM) *salmonella typhi* merupakan bagian dari dinding sel terluar yang terletak di luar membrane sitoplasma dan lapisan peptidoglikan yang membatasi sel dengan lingkungan sekitar. Outer Membran Protein (OPM) berfungsi sebagai barier fisik yang mengendalikan masuknya zat dan cairan ke dalam membrane sitoplasma. Selain itu itu Outer Membran Protein (OPM) juga berfungsi sebagai resptor untuk bakteriofag dan bakteriosin. Outer Membran Protein (OPM) sebagian besar terdiri dari protein purin, berperan pada pathogenesis demam thypoid dan merupakan antigen yang penting dalam mekanisme respon imun pejamu.

Salmonella typhi hanya dapat hidup pada tubuh manusia. Sumber penularan berasal dari tinja dan urine karier, dari penderita pada fase akut dan penderita dalam fase penyembuhan.

C. Patofisiologi

Kuman *salmonella typhi* masuk tubuh manusia melalui mulut dengan makanan dan air yang tercemar. Sebagian kuman dimusnahkan oleh asam lambung. Sebagian lagi masuk ke usus halus dan mencapai jaringan limfoid plaque peyeri di ileum terminalis yang mengalami hipertrofi. Di tempat ini komplikasi perdarahan dan perforasi intestinal dapat terjadi. Kuman *salmonella typhi* kemudian menembus ke lamina propia, masuk aliran limfe dan mencapai kelenjar limfe mesenterial, yang juga mengalami hipertrofi.

Setelah melewati kelenjar-kelenjar limfe ini *salmonella typhi* masuk aliran darah melalui ductus thoracicus. Kuman-kuman *salmonella typhi* mencapai hati melalui sirkulasi portal dari usus. *Salmonella typhi* bersarang di plaque peyeri, limpa, hati dan bagian-bagian lain system retikuloendotelial. Semula disangka demam dan gejala-gejala toksemia pada demam thypoid disebabkan oleh endotoksemia. Kemudian dapat disimpulkan bahwa ensoteksimia bukan merupakan penyebab utama demam dan gejala-gejala toksemia pada demam thypoid. Endotoksin *salmonella typhi* berperan pada patogenesis demam thypoid, karena membantu terjadinya proses inflamasi lokal pada jaringan tempat *salmonella typhi* berkembangbiak. Demam pada thypoid disebabkan karena *salmonella typhi* dan endotoksinya merangsang sintesis dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit pada jaringan yang meradang (Noer, 2002).

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 usus halus kemudian kuman masuk ke peredaran darah (bakteremia primer), dan mencapai sel-sel retikulo endoteleal, hati, limpa dan organ lainnya. Proses ini terjadi dalam masa tunas dan akan berakhir saat sel retikulo endoteleal melepaskan kuman ke dalam peredaran darah dan menimbulkan bakterimia untuk kedua kalinya. Selanjutnya kuman masuk ke beberapa jaringan tubuh, terutama limpa, usus, dan kandung empedu (Suriadi, 2006).

Pada minggu pertama sakit, terjadi hiperplasia plaks player. Ini terjadi pada kelenjar limfoid usus halus. Minggu ke dua terjadi nekrosis dan pada minggu ke tiga terjadi ulserasi plaks player. Pada minggu ke empat terjadi penyembuhan ulkus yang dapat menimbulkan sikatrik. Ulkus dapat menyebabkan perdarahan, bahkan sampai perforasi usus. Selain itu hepar, kelenjar mesentrial dan limpa membesar. Gejala demam disebabkan oleh endotoksil, sedangkan gejala pada saluran disebabkan oleh kelainan pada usus halus (Suriadi, 2006).

D. Manifestasi Klinis

Masa tunas demam thypoid berlangsung selama 10-20 hari. Yang tersingkat 4 hari jika infeksi terjadi melalui makanan, sedangkan jika melalui minuman yang terlama 30 hari. Selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala, prodromal, yaitu perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing dan tidak bersemangat, nafsu makan kurang (Ngastiyah, 2005).

Gambaran klinis yang oleh Ngastiyah (2005) terdapat 2 hal yaitu:

1. Demam

Pada kasus yang khas demam berlangsung 3 minggu, bersifat febrisremiten dan suhu tidak tinggi sekali. Selama minggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap hari, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dalam minggu kedua pasien terus berada dalam keadaan demam, pada minggu ketiga suhu berangsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga.

Gangguan pada saluran pencernaan. Pada mulut terdapat napas berbau tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah (*ragaden*). Lidah tertutup selaput putih kotor (*coated tongue*), ujung dan tepinya kemerahan, jarang disertai tremor. Pada abdomen dapat ditemukan keadaan perut kembung (*meteorismus*). Hati dan limpa membesar disertai nyeri pada perabaan. Biasanya sering terjadinya konstipasi tetapi juga dapat diare atau normal.

2. Gangguan kesadaran.

Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak dalam yaitu apatis sampai somnolen, jarang terjadi spoor, koma atau gelisah (kecuali penyakitnya berat dan terlambat mendapatkan pengobatan). Disamping gejala tersebut mungkin terdapat gejala lainnya. Pada punggung dan anggota gerak ditemukan reseola, yaitu bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam.

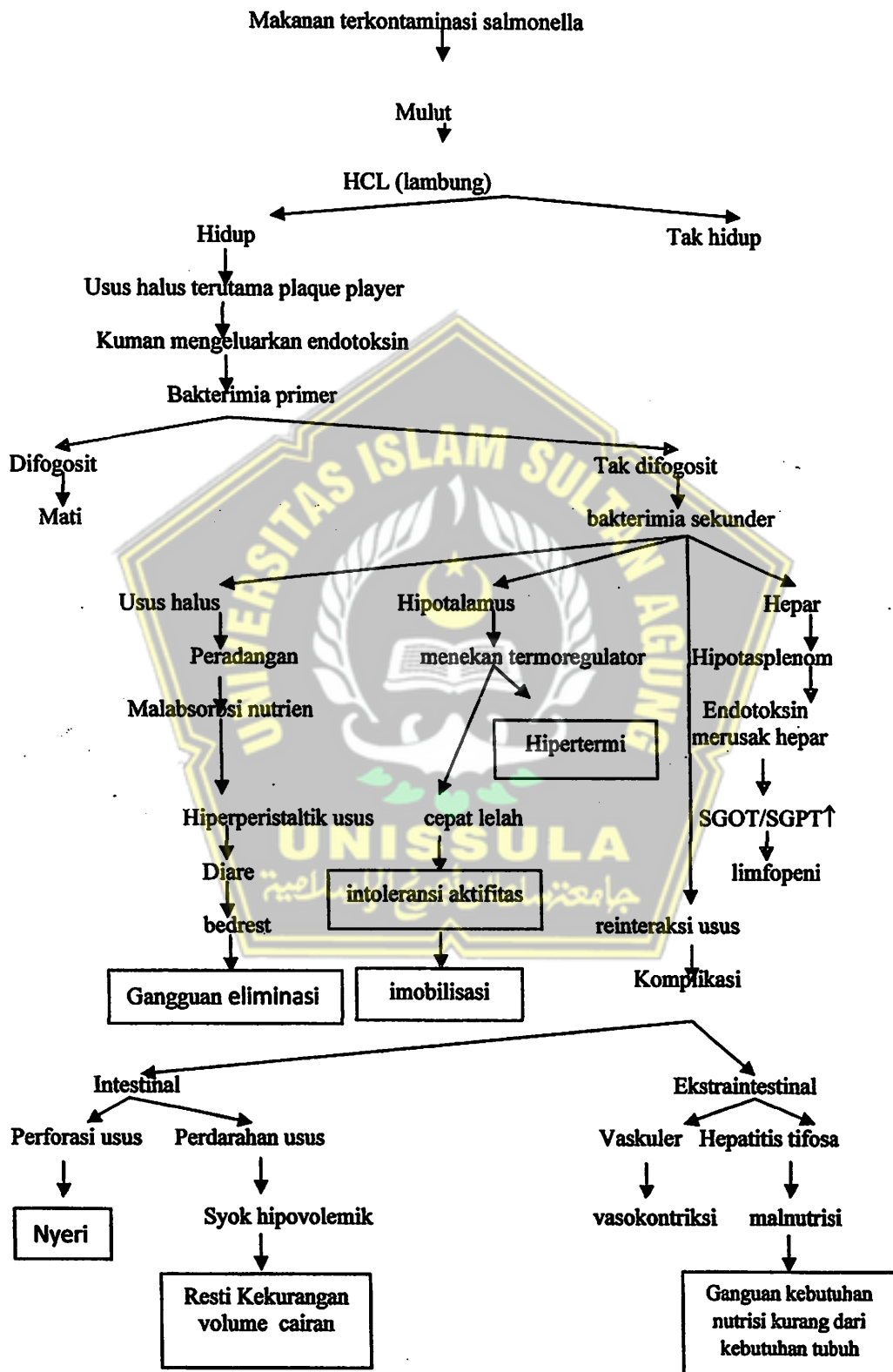
Menurut Mansjoer (2001), gambaran klinis demam thypoid adalah sebagai berikut:

Masa tunas 7-14 (rata-rata 3-30) Selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala prodromal berupa rasa tidak enak badan. Pada khas terdapat demam remiten pada minggu pertama, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat pada sore dan malam hari. Dalam minggu kedua, pasien terus berada dalam keadaan demam, yang turun selama secara berangsur-angsur pada minggu ketiga. Lidah kotor yaitu ditutupi selaput kecoklatan kotor,

ujung dan tepi kemerahan, jarang disertai tremor. Hati dan limpa membesar yang nyeri pada perabaan. Biasanya terdapat konstipasi, tetapi mungkin normal bahkan diare.



E. Pathways



(Soegijanto, 2002; Suriadi, 2006; Ngastiyah, 2005; Noer, 2002)

F. Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan diagnostik menurut Sudoyo (2009) sebagai berikut:

Walaupun pada pemeriksaan darah perifer lengkap sering ditemukan leukopenia, dapat pula terjadi kadar leukosit normal atau leukositosis. Leukositosis dapat pula terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Selain itu pula dapat ditemukan anemia ringan dan trombositopenia. Pada pemeriksaan hitung jenis leukosit dapat terjadi aneosinofilia maupun limfopenia. Laju endap darah pada demam thypoid dapat meningkat. SGOT dan SGPT seringkali meningkat, tetapi akan kembali menjadi normal setelah sembuh. Kenaikan SGOT dan SGPT tidak memerlukan penanganan khusus.

a. Uji Widal

Uji widal dilakukan untuk deteksi antibody terhadap kuman salmonella typhi. Pada uji widal terjadi suatu reaksi aglutinasi antara antigen kuman salmonella typhi dengan antibody yang disebut agglutinin. Antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspense salmonella yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium. Maksud uji widal adalah untuk menentukan adanya agglutinin dalam serum penderita demam thypoid, yaitu :

- 1) Agglutinin O (dari tubuh kuman)
- 2) Agglutinin H (flagela kuman)
- 3) Agglutinin Vi (simpai kuman)

Dari ketiga agglutinin tersebut hanya agglutinin O dan H yang digunakan untuk diagnosis demam thypoid. Semakin tinggi titernya semakin besar kemungkinan terinfeksi kuman ini.

Pembentukan agglutinin mulai terjadi pada akhir minggu pertama demam, kemudian meningkat secara cepat dan mencapai puncak pada minggu ke-empat, dan tetap tinggi selama beberapa minggu. Pada fase akut mula-mula timbul agglutinin O, kemudian diikuti dengan agglutinin H. Pada orang yang telah sembuh agglutinin O masih tetap dijumpai setelah 4-6 bulan. Oleh karena itu uji widal bukan untuk menentukan kesembuhan penyakit.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi uji widal, yaitu:

- 1) Pengobatan dini dengan antibiotik.
- 2) Gangguan pembentukan antibodi dan pemberian kortikosteroid.
- 3) Waktu pengambilan darah.
- 4) Daerah endemik atau non endemik.
- 5) Riwayat vaksinasi.
- 6) Reaksi anamnestik, yaitu: peningkatan titer aglutinin pada infeksi bukan demam thypoid akibat infeksi demam thypoid masa lalu atau vaksinasi.
- 7) Faktor teknik pemeriksaan antar laboratorium, akibat aglutinasi silang, dan strain salmonella yang digunakan untuk suspense antigen.

b. Kultur Darah

Hasil biakan darah yang positif memastikan demam thypoid, akan tetapi hasil negatif tidak menyingkirkan demam thypoid, karena mungkin disebabkan beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Telah mendapat terapi antibiotik. Bila pasien sebelum dilakukan kultur darah telah mendapat antibiotik, pertumbuhan kuman dalam media biakan terhambat dan hasil mungkin negatif.
 - 2) Volume darah yang kurang (diperlukan kurang lebih 5 cc darah). Bila darah yang dibiak terlalu sedikit hasil biakan bisa negatif.
 - 3) Riwayat vaksinasi. Vaksinasi dimasa lampau menimbulkan antibodi dalam darah pasien. Antibodi (aglutinin) ini dapat menekan bakteremia hingga biakan darah dapat negatif.
 - 4) Saat pengambilan darah setelah minggu pertama, pada saat agglutinin semakin meningkat.
2. Pemeriksaan diagnostik menurut Noer (2002) sebagai berikut:

Pada kebanyakan kasus demam thypoid, jumlah leukosit pada sediaan darah tepi berada batas-batas normal, terkadang terdapat leukositosis, walaupun tidak ada komplikasi atau infeksi sekunder. Oleh karena itu pemeriksaan jumlah leukosit tidak berguna untuk diagnosis demam thypoid.

Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT seringkali meningkat, tetapi kembali ke normal setelah sembuhnya demam thypoid. Kenaikan SGOT dan SGPT ini tidak memerlukan pembatasan pengobatan.

a. Uji widal

Uji widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (agglutinin). Agglutinin yang spesifik terdapat dalam serum pasien demam thypoid, antigen yang digunakan pada uji widal adalah *suspense salmonella* yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium. Maksud uji widal adalah untuk menentukan adanya agglutinin dalam serum pasien yang disangka menderita demam thypoid.

Akibat infeksi oleh *salmonella typhi*, pasien membuat antibody (agglutinin), yaitu:

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

b. Kultur darah

Kultur darah positif memastikan demam thypoid, tetapi kultur darah negatif tidak menyingkirkan demam thypoid. Hal ini disebabkan karena hasil biakan darah bergantung pada beberapa faktor, antara lain:

- 1) Teknik pemeriksaan laboratorium.

Hasil pemeriksaan satu laboratorium berbeda dengan yang lain, hal ini disebabkan oleh perbedaan teknik dan media biakan yang

digunakan. Bila darah yang dibiak terlalu sedikit hasil biakan bisa negatif, terutama pada orang yang sudah mendapatkan pengobatan spesifik. Pengambilan darah paling baik pada saat demam tinggi pada waktu bakteremia berlangsung.

2) Saat pemeriksaan selama perjalanan penyakit.

Biakan darah terhadap salmonella typhi terutama positif pada minggu pertama dan berkurang pada minggu berikutnya.

3) Vaksinasi di masa lampau.

Vaksinasi menimbulkan antibody dalam darah, antibody ini dapat menekan bakteremia, hingga mungkin biakan darah negatif.

4) Pengobatan dengan antimikroba.

Sebelum pembiakan darah, pasien sudah mendapatkan obat antimikroba dalam media biakan mungkin negatif.

G. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada demam thypoid menurut Soegijanto (2002) meliputi sebagai berikut :

1) Perforasi usus

Perforasi usus merupakan komplikasi pada 1-5% penderita yang dirawat, biasanya terjadi pada minggu ketiga tetapi bisa terjadi selama masa sakit. Selain gejala yang bisa ditemukan pada demam thypoid, penderita mengeluh perforasi nyeri perut hebat di kuadran kanan tetapi dapat pula bersifat menyebar. Abdomen tampak tegang, dengan nyeri

lepas dan hilangnya pekak hati dan bising usus. Perforasi menyebabkan tekanan darah turun, nadi bertambah cepat, dan timbul nyeri hebat. Pada pemeriksaan darah tepi didapatkan leukositosis dan pergeseran ke kiri.

2) Perdarahan usus

Terjadi pada 15% kasus, 25% merupakan perdarahan ringan dan tidak perlu tranfusi. Perdarahan hebat dapat menyebabkan syok, tetapi biasanya sembuh spontan tanpa pembedahan.

Komplikasi yang dapat terjadi pada demam thypoid menurut Sudoyo, (2009) meliputi sebagai berikut:

3) Komplikasi Hematologi

Komplikasi hematologik berupa trombositopenia, hipofibrinogenemia, peningkatan prothrombin time, peningkatan partial thromboplastin time, peningkatan fibrin degradation. Produk sampai koagulasi intravascular disseminata (KID) dapat ditemukan pada kebanyakan pasien thypoid. Trombositopenia saja sering dijumpai, hal ini mungkin terjadi karena menurunnya produksi trombosit disusut tulang selama proses infeksi atau meningkatnya destruksi trombosit disistem retikuloen dotelial. Obat-obatan juga memegang peranan.

Penyebab koagulasi intravaskular disseminata (KID) pada demam thypoid belumlah jelas. Hal-hal yang sering dikemukakan adalah endotoksin mengaktifkan beberapa system biologik, koagulasi, dan fibrinolisis. Pelepasan kinin, prostaglandin dan histamine menyebabkan vasokonstriksi dan kerusakan endotel pembuluh darah dan selanjutnya mengakibatkan perangsangan mekanisme koagulasi.

Bila terjadi koagulasi intravascular diseminata (KID) dekompensata dapat diberikan tranfusi darah, substitusi trombosit dan atau tanpa faktor-faktor koagulasi bahkan heparin, meskipun ada pula yang tidak sependapat tentang manfaat pemberian heparin pada demam thypoid.

4) Hepatitis Tifosa

Pembengkakan hati ringan sampai sedang dijumpai pada 50% kasus dengan demam thypoid dan lebih banyak dijumpai karena salmonella typhi dari pada salmonella paratyphi. Untuk membedakan apakah hepatitis ini oleh karena thypoid, firus malaria, atau amuba maka perlu diperhatikan kelainan fisik, parameter laboratorium, dan bila histopatagolik hati. Pada demam thypoid kenaikan enzim transaminase tidak relevan dengan kenaikan serum bilirubin (untuk membedakan dengan hepatitis oleh karena virus). Hepatitis tifosa dapat terjadi pada pasien dengan malnutrisi dan system imun yang kurang. Meskipun sangat jarang, komplikasi hepatoensefalopati dapat terjadi.

H. Penatalaksanaan

Sampai saat ini masih dianut trilogy pelaksanaan demam thypoid menurut Mansjoer (2001) yaitu :

1. Pemberian antibiotik; untuk menghentikan dan memusnahkan penyebaran kuman.

Antibiotik yang dapat digunakan:

- a. Kloramfenikol : dosis hari pertama 4 x 250 mg, hari kedua 4 x 500 mg, diberikan selama demam dilanjutkan sampai 2 hari bebas

demam, kemudian dosis diturunkan menjadi 4 x 250 mg selama 5 hari kemudian. Penelitian terakhir (Nelwan, dkk. Di RSUP Persahabatan), penggunaan kloramfenikol masih memperlihatkan hasil penurunan suhu 4 hari, sama seperti obat-obat terbaru dari jenis kuinolon.

- b. Ampisilin atau Amoksisilin : dosis 50-150 mg/kg BB, diberikan selama 2 minggu.
 - c. Kotrimoksazol : 2 x 2 tablet (1 tablet mengandung 400 mg sulfametoksazol-80 mg trimetoprim, diberikan selama dua minggu pula.
 - d. Sefalosporin generasi II dan III. Di Subbagian Penyakit Tropik dan Infeksi FKUI RSCM, pemberian sefalosporin berhasil mengatasi demam thypoid dengan baik. Demam pada umumnya mengalami mereda pada hari ke-3 atau menjelang hari ke-4. Regimen yang dipakai adalah:
 - 1) Seftriakson 4 g/hari selama 3 hari.
 - 2) Norfloksasin 2 x 400 mg/hari selama 14 hari.
 - 3) Siprofloksasin 2 x 500 mg/hari selama 6 hari.
 - 4) Ofloksasin 600 mg/ hari selama 7 hari.
 - 5) Pefloksasin 400 mg/hari selama 7 hari.
 - 6) Fleroksasin 400 mg/hari selama 7 hari.
2. Istirahat dan perawatan professional : bertujuan mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan. Pasien harus tirah baring absolute sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari. Mobilitas dilakukan bertahap, sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien.

Dalam perawatan perlu sekali dijaga hygiene perseorangan, kebersihan tempat tidur, pakaian, dan peralatan yang dipakai oleh pasien. Pasien dengan kesadaran menurun, posisinya perlu diubah-ubah untuk mencegah diskubitus dan pneumonia hipostatik. Defekasi dan buang air kecil perlu diperhatikan, karena kadang-kadang terjadi obstipasi retensi urin.

3. Diet dan terapi penunjang (simtomatis dan suportif).

Pertama pasien diberi diet bubur saring, kemudian bubur kasar, dan akhirnya nasi sesuai tingkat kesembuhan pasien. Namun beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini, yaitu nasi dengan lauk pauk rendah selulosa (pantang sayuran dengan serat kasar) dapat diberikan dengan aman. Juga diperlukan pemberian vitamin dan mineral yang cukup untuk mendukung keadaan umum pasien. Diharapkan dengan menjaga keseimbangan dan homeostasis, system imun akan tetap berfungsi dengan optimal.

Pada kasus perforasi intestinal dan renjatan septik diperlukan perawatan intensif dengan nutrisi parentral total. Spektum antibiotik maupun kombinasi beberapa obat yang bekerja secara sinergis dapat dipertimbangkan. Kortikostteroid selalu diberikan pada rejanan septik.

I. Konsep dasar keperawatan

Konsep dasar keperawatan menurut Dongoes (2001) adalah sebagai berikut:

1. Diagnosa Keperawatan

- a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d arbsorpsi nutrisi.

- b. Hipertermi b/d efek langsung dari sirkulasi endotoksin pada hipotalamus.
- c. Resiko tinggi kurang volume cairan b/d kehilangan cairan sekunder terhadap diare.
- d. Intoleransi aktivitas b/d peningkatan kebutuhan metabolisme sekunder terhadap infeksi akut.
- e. Kurang pengetahuan mengenai kondisi b/d kesalahan interpretasi informasi, kurang mengingat.

2. Intervensi

- a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d absorpsi nutrisi

Tujuan: Kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Intervensi:

- 1) Dorong tirah baring.

Rasional: Menurunkan kebutuhan metabolik untuk meningkatkan penurunan kalori dan simpanan energi.

- 2) Anjurkan istirahat sebelum makan.

Rasional: Menenangkan peristaltik dan meningkatkan energi makan.

- 3) Berikan kebersihan oral.

Rasional : Mulut bersih dapat meningkatkan nafsu makan.

- 4) Sediakan makanan dalam ventilasi yang baik, lingkungan menyenangkan.

Rasional: Lingkungan menyenangkan menurunkan stress dan konduktif untuk makan.

5) Jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat.

Rasional: Nutrisi yang adekuat akan membantu proses.

6) Kolaborasi pemberian nutrisi, terapi IV sesuai indikasi.

Rasional: Program ini mengistirahatkan saluran gastrointestinal, sementara memberikan nutrisi penting.

b. Hipertermi b/d efek langsung dari sirkulasi endotoksin pada hipotalamus

Tujuan: Mendemonstrasikan suhu dalam batas normal.

Intervensi:

1) Pantau suhu klien.

Rasional: Suhu 38°C sampai $41,1^{\circ}\text{C}$ menunjukkan proses peningkatan infeksius akut.

2) Pantau suhu lingkungan, batasi atau tambahkan linen tempat tidur sesuai dengan indikasi.

Rasional: Suhu ruangan atau jumlah selimut harus dirubah, mempertahankan suhu mendekati normal.

3) Berikan kompres mandi hangat.

Rasional : Dapat membantu mengurangi demam.

4) Kolaborasi pemberian antipiretik.

Rasional: Untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya hipotalamus.

c. Resiko tinggi kurang volume cairan b/d kehilangan cairan sekunder terhadap diare

Tujuan: Mempertahankan volume cairan adekuat dengan membran mukosa, turgor kulit baik, kapiler baik, tanda vital stabil, keseimbangan dan kebutuhan urin normal.

Intervensi:

- 1) Awasi masukan dan keluaran perkiraan kehilangan cairan yang tidak terlihat.

Rasional: Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan dan elektrolit penyakit usus yang merupakan pedoman untuk penggantian cairan.

- 2) Observasi kulit kering berlebihan dan membran mukosa turgor kulit dan pengisian kapiler.

Rasional: Menunjukkan kehilangan cairan berlebih atau dehidrasi.

- 3) Kaji tanda vital.

Rasional : Dengan menunjukkan respon terhadap efek kehilangan cairan.

- 4) Pertahankan pembatasan peroral, tirah baring.

Rasional: Kalau diistirahkan untuk penyembuhan dan untuk penurunan kehilangan cairan usus.

- 5) Kolaborasi untuk pemberian cairan parenteral.

Rasional: Mempertahankan istirahat usus akan memerlukan cairan untuk mempertahankan kehilangan.

- d. Intoleransi aktivitas b/d peningkatan kebutuhan metabolisme sekunder terhadap infeksi akut

Tujuan: Melaporkan kemampuan melakukan peningkatan toleransi aktivitas.

Intervensi:

- 1) Tingkatkan tirah baring dan berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung.

Rasional: Menyediakan energi yang digunakan untuk penyembuhan.

- 2) Ubah posisi dengan sering, berikan perawatan kulit yang baik.

Rasional: Meningkatkan fungsi pernafasan dan meminimalkan tekanan pada area tertentu untuk menurunkan resiko kerusakan jaringan.

- 3) Tingkatkan aktifitas sesuai toleransi.

Rasional: Tirah baring lama dapat menurunkan kemampuan karena keterbatasan aktifitas yang mengganggu periode istirahat.

- 4) Berikan aktifitas hiburan yang tepat (nonton TV, radio).

Rasional: Meningkatkan relaksasi dan hambatan energi.

- e. Kurang pengetahuan mengenai kondisi b/d kesalahan interpretasi informasi, kurang mengingat

Tujuan: Dapat menyatakan pemahaman proses penyakit.

Intervensi:

- 1) Berikan informasi tentang cara mempertahankan pemasukan makanan yang memuaskan di lingkungan yang jauh dari rumah.

Rasional: Membantu individu untuk mengatur berat badan.

- 2) Tentukan persepsi tentang proses penyakit.

Rasional: Membuat pengetahuan dasar dan memberikan kesadaran kebutuhan belajar individu.

- 3) Kaji ulang proses penyakit, penyebab/efek hubungan faktor yang menimbulkan gejala dan mengidentifikasi cara menurunkan faktor pendukung.

Rasional: Faktor pencetus/pemberat individu, sehingga kebutuhan pasien untuk waspada terhadap makanan, cairan dan faktor pola hidup dapat mencetuskan gejala.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas

Nama Nn. D, umur 20 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan mahasiswa, pekerjaan pelajar, suku atau bangsa Jawa Indonesia, alamat Kalijambe, Bringin, Salatiga, tanggal masuk 15 Februari 2009, Diagnosa Medis Febris Thypoid, No. RM.09-10-133126.

Penanggung jawab klien adalah Ny. D, umur 45 tahun, alamat Kalijambe Bringin Salatiga, hubungan dengan klien adalah ibu.

2. Riwayat penyakit

Keluhan utama: klien mengatakan badannya panas.

Riwayat penyakit sekarang: panas, mual, dan muntah. Selanjutnya dibawa ke IGD dengan diagnose Febris Thypoid kemudian dirawat di Ruang Mawar, Rumah Sakit Umum Daerah Salatiga.

Riwayat penyakit yang lalu: klien mengatakan pernah mengalami sakit febris Thypoid pada saat kelas 2 SD dan ini yang kedua kalinya mengalami sakit febris Thypoid.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Klien anak ke dua dari dua bersaudara, klien tinggal bersama dengan ayah dan ibunya dan juga kakak perempuannya. Ayahnya anak ke 3 dari 4 bersaudara dan semuanya laki-laki. Kakek dari ayahnya sudah

meninggal. Ibu anak ke 2 dari 7 bersaudara, yang pertama laki-laki yang kedua ibu klien, yang ketiga perempuan, yang keempat dan kelima laki-laki, yang keenam dan ketujuh perempuan. Kakek klien dari ayah sudah meninggal. Dalam riwayat keluarga klien, keluarga klien belum pernah ada yang menderita penyakit seperti ini khususnya Febris Thypoid.

B. Anamnesa, Observasi, dan Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum: composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 80 x / menit, pernafasan: 16 x / menit, suhu: 37,9°C.

3. Body system

a. B1 (breating / pernafasan)

Hidung: lubang hidung simetris, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak sesak nafas. Inspeksi: bentuk dada simetris dan refraksi dada seimbang. Perkusi: bunyi sonor pada perkusi paru. Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada paru. Auskultasi: tidak ada ronchi dan tidak ada bunyi wheezing.

b. B2 (blod / kardiovaskuler)

Pemeriksaan jantung.

Inspeksi: ictus kordis tidak tampak, palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: pekak, auskultasi: terdengar lup-dup dan regular.

c. B3 (brain / persyarafan)

Kesadaran: composmentis.

Mata: sklera tidak ikterik, konjungtiva anemis, tidak ada edema, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

GCS: Eye (klien membuka mata secara spontan ketika dipanggil) nilai 4, Verbal (klien menjawab ketika dipanggil) nilai 5, Motorik (klien sanggup melawan gravitasi secara penuh) nilai 6. Nilai total

GCS: $(E + V + M) = 4 + 5 + 6 = 15$.

Persepsi sensori: pendengaran normal, penciuman, tidak ada gangguan, dan perabaan tidak ada gangguan.

d. B4 (blader / perkemihan)

Frekuensi urin sebelum sakit 5-7 x / 24 jam warna kuning muda, bau khas urine, tidak terpasang kateter. Selama sakit frekuensi urin 5-7 x / jam warna kuning muda, bau khas urine, tidak terpasang kateter.

e. B5 (bowel / pencernaan-eliminasi alvi)

Sebelum sakit: antropometri, berat badan: 42 kg, tinggi badan: 155 cm.

Setelah sakit: berat badan: 41 kg, tinggi badan: 155 cm, lingkar kepala: 60 cm, LLG: 24 cm.

Biomedikal: Hb: 11,4 g/dl, GDS: 69 mg/dl.

Diit: Makanan habis 1/3 porsi, dengan komposisi bubur, lauk, dan sayur.

Inspeksi: perut cembung, tidak nampak adanya bekas operasi.

Auskultasi: peristaltik usus 20 x / menit.

Perkusi: tympani.

Palpasi: nyeri tekan di ulu hati.

Rektum / anus: tidak ada hemoroid.

BAB: 1-2 x sehari, konsistensi lembek, bau khas.

Keluhan: mual dan muntah.

Diit: sebelum sakit klien makan 3-4 x sehari, komposisi: nasi, sayur, lauk, porsi yang disajikan habis dimakan.

Selama sakit klien makan 3 x sehari, komposisi: bubur, sayur, lauk, porsi yang disajikan hanya dimakan 1/3 porsi.

f. B6 (bone / tulang, otot, integumen)

Tulang: simetris tidak ada kelainan.

Otot: tidak ada kelemahan otot, tidak mengalami parase atau plegia.

Kulit: warna sawo matang, tidak ikterik, tidak cyanosis, nampak agak pucat.

Akral: turgor baik.

g. Sistem endokrin

Tidak menggunakan terapi hormon, tidak menderita Diabetes Melitus.

Karakteristik sex sekunder: tidak ada kelainan dalam perkembangan.

Riwayat perkembangan dan pertumbuhan fisik, perubahan ukuran tangan, kaki, leher dan kepala.

h. Sistem reproduksi

Jenis kelamin klien: perempuan, status: belum menikah, pemeriksaan

fisik: bentuk payudara normal, siklus haid normal.

4. Psikososial

a. Sosial / Interaksi

Dukungan keluarga: aktif, keluarga selalu menunggu klien dan memberi semangat pasien agar cepat sembuh.

Dukungan kelompok/ teman/ masyarakat: aktif, teman, saudara, dan masyarakat klien sering menengok.

b. Spiritual

Konsep tentang kehidupan klien adalah Allah SWT. Sumber kekuatan atau harapan saat sakit adalah Allah SWT. Keyakinan atau kepercayaan bahwa sakit klien saat ini dapat disembuhkan, klien menganggap bahwa sakit yang diberikan adalah sebuah cobaan.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Hasil laboratorium Imunoserologi (darah) pada tanggal 15 februari 2009 adalah salmonella typhi O, salmonella typhi H, paratyphi AO, BO, CO: 1/320, salmonella paratyphi ab dan CH: 1/80, partyphi BH: negatif.

b. Hasil pemeriksaan hematologi pada tanggal 15 februari 2009 adalah leukosit (AL): $6,6 \times 10^3/\text{NL}$, eritrosit (AE): $3,96 \times 10^6/\text{NL}$, Hemoglobin (HB): 11,4 g/dl, hematokrit (HT): 32,0 %, trombosit (AT): $268 \times 10^3/\text{NL}$, laju endap darah (LED): 1 jam = 77 mm, 2 jam = 112 mm.

c. Terapi

1) Di UGD tanggal 15 februari 2009

a) Injeksi : ranitidin 1,1 gram, cefotaxim 1,1 gram.

b) Infus : RL 20 tpm.

- 2) Terapi di Ruang Mawar tanggal 16, 17, dan 18 Februari 2009
 - a) Per oral : Inhipras 2 x sehari, paracetamol 3 x sehari, trijek 1 x sehari.
 - b) Infus : RL 20 tpm.

C. Analisa Data

Pada tanggal 18 Februari 2009 jam 06.00 WIB data subjektif klien mengatakan merasakan tubuhnya panas, data objektif klien wajahnya nampak merah, tanda-tanda vital klien: Tekanan darah: 100/70 mmHg, pernafasan: 16 x /menit, nadi: 80 x /menit, suhu: 37,9°C. Problem: hipertermi, etiologi: efek langsung endotoksin pada hipotalamus.

Pada tanggal 18 Februari 2009 jam 06.00 WIB data subjektif klien mengatakan tidak minum jika tidak haus, perutnya mual, data obyektif membran mukosa terlihat kering, turgor baik. Problem: kekurangan volume cairan. Etiologi: kehilangan cairan sekunder akibat demam atau peningkatan laju metabolik.

Pada tanggal 18 Februari 2009 jam 06.00 WIB data subjektif klien mengatakan klien tidak nafsu makan, rasanya mual, data objektif klien terlihat diit makanan yang diberikan habis 1/3 porsi. Problem: perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Etiologi: anoreksia.

D. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan efek langsung endotoksin pada hipotalamus.

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder akibat demam atau peningkatan laju metabolik.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.

E. Intervensi

Pada tanggal 19 Februari 2009 jam 06.15 WIB, diagnosa pertama; hipertermi berhubungan dengan efek langsung endotoksin pada hipotalamus. Tujuan dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan panas klien turun menjadi 36°C dengan kriteria hasil; klien sudah tidak panas, suhu 36°C. Intervensi: kaji tanda-tanda vital, beri kompres hangat, beri air minum putih banyak, beri pakaian yang mudah menyerap keringat, dan kolaborasi dengan dokter. Rasional; bila ada perubahan tanda-tanda vital segera lakukan tindakan keperawatan, membantu menurunkan suhu, memperlancar metabolisme, memperlancar sirkulasi keringat, dan membantu menurunkan suhu.

Pada tanggal 18 Februari 2009 jam 06.40 WIB, diagnosa kedua; kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder akibat demam atau peningkatan laju metabolik. Tujuan dilakukan tindakan keperawatan selama ± 24 jam diharapkan kebutuhan cairan klien terpenuhi dengan kriteria hasil; klien mau minum tidak mual dan muntah, turgor baik dan berat badan tetap. Intervensi; monitor intake, monitor output, berikan minuman kesukaan sesuai batasan diit, dan kolaborasi dalam pemberian cairan secara parenteral. Rasional; mengetahui intake cairan yang diberikan, jika terjadi ketidakseimbangan input dan output dapat dilakukan tindakan keperawatan, berikan tambahan input, dan bantu memperbaiki cairan yang hilang.

Pada tanggal 18 Februari 2009 jam 07.00 WIB, diagnosa ketiga; perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. Tujuan dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nutrisi klien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil; klien mau makan tidak mual dan muntah, klien makan makanan yang disajikan, habis satu porsi, komposisi bubur, sayur dan lauk. Intervensi; timbang berat badan setiap hari, pertahankan kebersihan mulut yang baik, tawarkan makanan porsi kecil tapi sering, dan kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit. Rasional; mengetahui perubahan berat badan, hilangkan rasa tidak enak di mulut, mencegah mual muntah, dan menambah nutrisi tubuh.

F. Implementasi

Pada hari Kamis, tanggal 19 Februari 2009 dilakukan implementasi pada diagnosa pertama jam 20.30 WIB; mengkaji tanda-tanda vital, dengan respon subjektif; klien bersedia diukur tanda-tanda vitalnya dan respon objektif; tekanan darah 100/70 mmHg, suhu 37,9°C, nadi 80 x /menit, pernafasan 16 x/menit. Jam 20.35 WIB; memberikan kompres hangat, dengan respon subjektif; klien dilakukan kompres hangat dan respon objektif; klien merasa lebih nyaman dan panas berkurang. Jam 20.40 WIB; memberikan minum banyak, dengan respon subjektif; klien mau minum dan respon objektif; klien tidak muntah. Jam 20.45 WIB; memberikan pakaian yang dapat menyerap keringat, dengan respon subjektif; klien bersedia memakai pakaian yang dapat menyerap keringat dan respon objektif; klien tampak nyaman. Jam 20.30 WIB; memberikan obat penurun panas, dengan respon

subjektif; klien bersedia minum obat dan respon objektif; obat diminum klien tidak alergi dan muntah.

Pada hari Kamis, 19 Februari dilakukan implementasi pada diagnosa kedua jam 20.45 WIB; memonitor intake, dengan respon subjektif; klien menjawab semua pertanyaan dan respon objektif; intake cairan klien normal. Jam 20.50 WIB, memonitor output, dengan respon subjektif; klien menjawab pertanyaan dan output cairan klien normal. Jam 20.40 WIB; memberikan minuman kesukaan sesuai diit, dengan respon subjektif; klien bersedia minum dan respon objektif; klien tidak muntah. Jam 20.30 WIB; memberikan cairan secara parenteral, dengan respon subjektif; klien bersedia diberikan cairan lewat vena dan respon objektif; klien mendapat cairan RL.

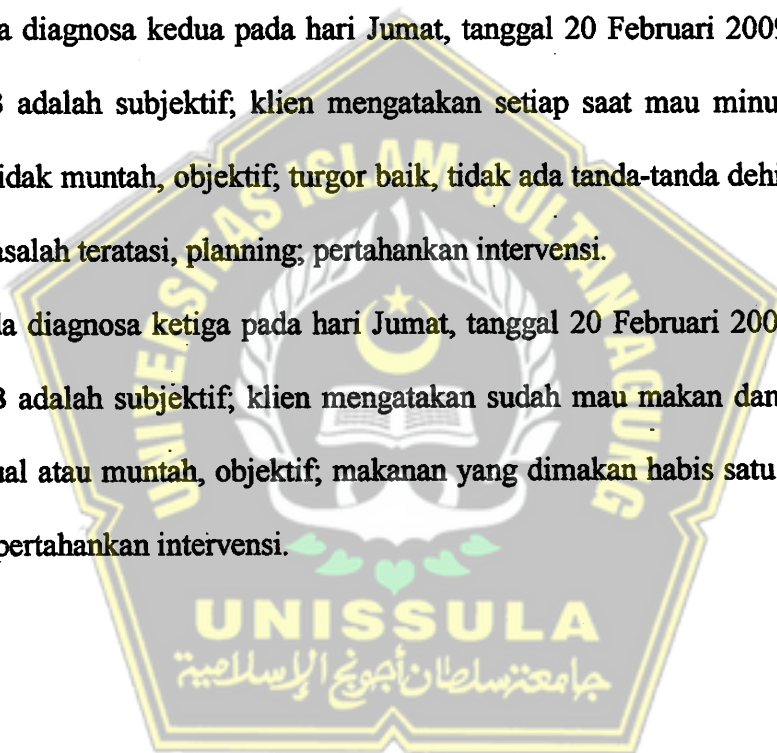
Pada hari Kamis, 19 Februari dilakukan implementasi pada diagnosa ketiga jam 20.50 WIB; menimbang berat badan setiap hari, dengan respon subjektif; klien bersedia ditimbang dan respon objektif; selama sakit berat badan \pm 41 kg. Jam 20.55 WIB; mempertahankan kebersihan mulut, membantu gosok gigi dan membilas mulut sebelum dan setelah makan, dengan respon subjektif; klien bersedia menggosok gigi dan respon objektif; klien tampak lebih segar. Jam 06.00 WIB; menawarkan makanan porsi kecil tapi sering, dengan respon subjektif; klien mau makan sedikit tapi sering dan respon objektif; klien tidak muntah. Jam 06.05; kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit, dengan respon subjektif; klien bersedia diberi tambahan vitamin dan respon objektif; nutrisi klien terpenuhi.

G. Evaluasi

Catatan perkembangan klien pada diagnosa pertama pada hari Jumat, tanggal 20 Februari 2009 jam 06.00 WIB adalah subjektif; klien mengatakan badannya sudah tidak panas, objektif; suhu tubuh klien turun, dengan suhu 36,8°C, analisa; masalah teratasi, planning; pertahankan kondisi, modifikasi pengaman dan pengawasan.

Pada diagnosa kedua pada hari Jumat, tanggal 20 Februari 2009 jam 06.05 WIB adalah subjektif; klien mengatakan setiap saat mau minum air putih dan tidak muntah, objektif; turgor baik, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, analisa; masalah teratasi, planning; pertahankan intervensi.

Pada diagnosa ketiga pada hari Jumat, tanggal 20 Februari 2009 jam 06.10 WIB adalah subjektif; klien mengatakan sudah mau makan dan tidak merasa mual atau muntah, objektif; makanan yang dimakan habis satu porsi, planning; pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV ini, penulis akan membahas tentang diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang berinisial nama Nn. D dengan typhoid di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Salatiga dengan tahapan proses keperawatan mulai dari: pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi selama memberikan asuhan keperawatan tersebut.

A. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan yang dilakukan penulis tidak menggunakan pola pengkajian menurut Gordon namun penulis menggunakan pola per sistem, yang terdiri dari: B1 (breathing/pernapasan), B2 (blood/kardiovaskuler), B3 (brain/persarafan), B4 (bladder/perkemihan-eliminasi uri), B5 (bowel/pencernaan-eliminasi alvi), B6 (bone/tulang-integumen), sistem endokrin dan sistem reproduksi. Penulis menggunakan pola pengkajian per system, karena untuk mempermudah penetapan diagnosa.

B. Diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 18 februari 2009, penulis mengangkat masalah keperawatan dan penatalaksanaannya sebagai berikut:

1. Hipertermi berhubungan dengan efek langsung endotoksin pada hipotalamus. Hipertermia adalah keadaan di mana seorang individu

mengalami atau beresiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih tinggi dari 37,8°C (100°F) per oral atau 38,8°C (101°F) per rectal karena faktor eksternal (Carpenito, 2001).

Adapun batasan karakteristik mayor atau harus terdapat (50% - 100%) meliputi: Suhu lebih tinggi dari 37,8°C (100°F) per oral atau 38,8°C (101°F), per rektal, kulit hangat dan takikardia. Sedangkan batasan karakteristik minor atau mungkin terdapat (50% - 79%) meliputi: kulit kemerahan, peningkatan kedalaman pernapasan, menggigil atau merinding, perasaan hangat atau dingin, nyeri dan sakit yang spesifik atau umum (misal: sakit kepala), malaise (keletihan atau kelemahan), kehilangan nafsu makan, dan berkeringat (Carpenito, 2001).

Alasan penulis mengangkat diagnosa hipertermi berhubungan dengan efek langsung endotoksin pada hipotalamus karena pada klien ditemukan data subjektif; klien mengatakan merasakan tubuhnya panas, dengan data objektif; klien wajahnya nampak merah dengan suhu 37,8°C. Data tersebut sesuai dengan batasan karakteristik mayor maupun minor untuk hipertermi menurut Carpenito.

Diagnosa hipertermi oleh penulis diangkat prioritas pertama yaitu kebutuhan keselamatan dan keamanan karena menurut Hierarki Maslow, diagnosa pertama yang terkait merupakan kebutuhan fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Kebutuhan ini untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam terhadap fisik, bila tidak segera dilakukan penanganan

atau tindakan keperawatan, maka bisa menyebabkan kematian. Tetapi penulis salah dalam menentukan prioritas, seharusnya tidak menjadi prioritas pertama sebab diagnosa kedua kekurangan cairan yang seharusnya menjadi prioritas karena lebih mendesak untuk segera ditangani. Penulis salah dalam memprioritaskan diagnosa karena pada saat menentukan diagnosa penulis tidak melihat konsep atau teori.

Tujuan yang ingin dicapai pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan efek langsung endotoksin pada hipotalamus yaitu panas klien turun menjadi 36°C , dengan kriteria hasil klien sudah tidak panas, suhu 36°C . Penentuan tujuan pada diagnosa yang telah dirumuskan oleh penulis yaitu panas klien turun menjadi 36°C masih kurang tepat, yang seharusnya adalah suhu tubuh klien normal antara $36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$. Hal ini diakui penulis sebagai kekeliruan dan kelalaian dalam merumuskan tujuan.

Pada tanggal 19 Februari 2009 jam 06.15 WIB, penulis melakukan intervensi yang ditetapkan yaitu: kaji tanda-tanda vital, beri kompres hangat, beri air minum putih banyak, beri pakaian yang mudah menyerap keringat, dan kolaborasi dengan dokter.

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 19 februari 2009. Jam 20.30 WIB dilakukan implementasi mengkaji tanda-tanda vital dengan respon subjektif: klien bersedia diukur tanda-tanda vitalnya; dan respon objektif: tekanan darah 100/70 mmHg, suhu $37,9^{\circ}\text{C}$, nadi 80 x /menit, pernapasan 16 x /menit. Jam 20.35 WIB dilakukan implementasi

memberikan kompres dengan respon subjektif; klien bersedia dilakukan dilakukan kompres hangat dan respon objektif; klien merasa lebih nyaman, panas berkurang. Jam 20.40 WIB dilakukan implementasi memberikan minum banyak dengan data subjektif: klien mau minum; dan data objektif: klien tidak muntah. Jam 20.45 WIB dilakukan implementasi memberikan pakaian yang mudah menyerap keringat dengan respon subjektif: klien bersedia memakai pakaian yang dapat menyerap keringat; dan respon objektif: klien tampak nyaman. Jam 20.50 WIB dilakukan implementasi memberikan obat penurun panas dengan respon subjektif: klien bersedia minum obat; dan respon objektif: klien tidak alergi dan muntah. Dalam melakukan intervensi yang pertama, penulis tidak memberikan kompres mandi hangat, karena kompres mandi hangat hanya diberikan pada pasien anak, sedangkan pasien adalah pasien dewasa. Intervensi yang kedua pantau suhu lingkungan, batasi atau tambahkan linen tempat tidur sesuai indikasi, penulis tidak memberikan linen, karena keterbatasan alat di ruangan perawatan.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 20 Februari 2009 untuk diagnosa keperawatan yang pertama, diperoleh hasil suhu tubuh klien normal antara 36°C – $37,5^{\circ}\text{C}$. Masalah dapat teratasi, yang ditunjukkan oleh subjektif: klien mengatakan badannya sudah tidak panas; objektif: suhu tubuh klien turun menjadi $36,8^{\circ}\text{C}$, rencana tindak lanjut yang diprogramkan yaitu pertahankan kondisi pengamanan dan pengawasan.

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder akibat demam atau peningkatan laju metabolik. Kekurangan volume cairan adalah keadaan di mana seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau beresiko mengalami dehidrasi vaskuler, interstisial atau intravaskular (Carpenito, 2001).

Adapun batasan karakteristik mayor (harus terdapat) meliputi: ketidak cukupan masukan cairan oral, keseimbangan negatif antara masukan dan haluran, penurunan berat badan, kulit atau membran mukosa kering. Sedangkan batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) meliputi: peningkatan natrium serum, penurunan haluaran urine atau haluaran urine berlebihan, urine memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, haus atau mual atau muntah (Carpenito, 2001).

Penulis dalam menentukan diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder akibat demam atau peningkatan laju metabolik, masih kurang tepat untuk ditegakkan pada pasien kelolaan karena tidak didukung oleh data yang meliputi balance cairan sehingga dapat diketahui status cairan pasien. Kesalahan ini karena kelalaian dari penulis.

Diagnosa kekurangan volume cairan, oleh penulis sebagai prioritas kedua. Dalam hal ini penulis salah untuk pengambilan prioritas, seharusnya diagnosa ini menjadi prioritas utama. Karena Menurut Hierarki Maslow kekurangan volume cairan terkait dengan kebutuhan cairan merupakan kebutuhan fisiologis primer, apabila kebutuhan ini

tidak terpenuhi dapat mempengaruhi proses fisiologis sistem tubuh lainnya. Kebutuhan fisiologis cairan bersifat mendesak untuk didahulukan dari pada kebutuhan yang lain serta memerlukan penanganan secara tepat untuk memelihara homeostatis biologis dan kelangsungan hidup manusia.

Tujuan yang ingin dicapai pada diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder akibat demam atau peningkatan laju metabolik yaitu kebutuhan cairan klien terpenuhi, dengan kriteria hasil; klien mau minum, tidak mual, dan muntah.

Dari berbagai intervensi keperawatan, penulis melakukan implementasi untuk diagnosa kedua yaitu: memonitor intake cairan sedikitnya 1500 ml/24 jam, memonitor output, memberikan minuman kesukaan sesuai diit, dan memberikan cairan parenteral.

Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis, didapatkan evaluasi sebagai berikut, subjektif: klien mengatakan setiap saat mau minum air putih dan tidak muntah; objektif: turgor baik dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi, masalah teratasi, dan rencana tindak lanjut yang diprogramkan pertahankan intervensi.

3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau yang beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan

yang tidak adekuat atau metabolisme nutrient yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik (Carpenito, 2001).

Adapun batasan karakteristik mayor (harus terdapat) meliputi: Individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami: masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial dalam masukan yang berlebihan. Sedangkan batasan minor (mungkin terdapat) meliputi: berat badan 10% sampai 20% atau lebih di bawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh; lipatan kulit trisep, lingkaran lengan tengah, dan lingkaran otot pertengahan lengan kurang dari 60% standar pengukuran; kelemahan otot dan nyeri tekan; peka rangsang mental dan kekacauan mental; penurunan albumin serum; penurunan tranferin serum atau penurunan kapasitas ikatan besi (Carpenito, 2001).

Penulis mengangkat diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia karena penulis dalam melakukan pengkajian data subjektif: klien mengatakan tidak nafsu makan, rasanya mual. Data objektif: makanan yang diberikan habis 1/3 porsi.

Diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, oleh Hierarki Maslow diprioritaskan utama karena nutrisi merupakan kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi dapat mempengaruhi proses fisiologis sistem tubuh lainnya. Tetapi diagnosa ini penulis memprioritaskan menjadi diagnosa ketiga

karena belum terjadi masalah atau gangguan. Sedangkan dalam perumusan diagnosa seharusnya tertulis resti perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Etiologi yang penulis tegakkan untuk diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia kurang tepat karena saat dilakukan pengkajian penulis hanya menemukan data: klien mengatakan tidak nafsu makan, rasanya mual, makanan yang diberikan habis 1/3 porsi, penulis tidak mencantumkan data biokimia.

Tujuan yang ingin dicapai pada diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia yaitu nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil: klien mau makan tidak mual dan muntah.

Dari berbagai intervensi keperawatan penulis melakukan implementasi untuk diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia yaitu: timbang berat badan setiap hari, pertahankan kebersihan mulut yang baik, tawarkan makanan porsi kecil tetapi sering, dan kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit.

Berdasarkan implementasi yang dilakukan penulis, didapatkan evaluasi sebagai berikut, subyektif : klien mengatakan sudah makan dan tidak merasa mual atau muntah; obyektif: makanan yang disajikan habis satu porsi. Masalah klien teratasi dan rencana tindak lanjut yang diprogramkan pertahankan intervensi.

Meskipun asuhan keperawatan yang penulis buat memiliki banyak kekurangan namun hal ini tidak menjadikan hambatan bagi penulis untuk melakukan asuhan keperawatan secara maksimal. Asuhan keperawatan, ini penulis lakukan selama 3 hari mulai hari Rabu, 18 Februari 2009 sampai dengan Jumat, 20 Februari 2009 dan evaluasi terakhir dilakukan, tanggal 20 Februari 2009.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan agar tetap memantau kondisi klien sampai kondisi klien benar-benar stabil.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Dalam pengkajian data klien ditemukan keluhan utama klien mengatakan badannya panas.

2. Analisis data

Dalam analisa data diperoleh tiga diagnosa, yang pertama yaitu hipertermi berhubungan dengan efek langsung endotoksin pada hipotalamus. Yang kedua yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder akibat demam atau peningkatan laju metabolik. Dan yang ketiga yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.

3. Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama adalah melakukan kompres hangat, pada diagnosa kedua dilakukan kolaborasi dalam pemberian cairan secara parentral, dan pada diagnosa ketiga adalah tawarkan makanan sedikit tapi sering.

4. Implementasi

Implementasi pada diagnosa pertama dilakukan implementasi memberikan kompres hangat dengan respon subjektif: klien dilakukan kompres hangat dan respon objektif: klien merasa nyaman. Diagnosa

kedua dilakukan implementasi memberikan cairan secara parenteral dengan respon subjektif: klien bersedia diberikan cairan lewat vena dan respon objektif: klien mendapatkan cairan RL. Diagnosa ketiga dilakukan implementasi menawarkan makanan porsi kecil tapi sering dengan respon subjektif: klien mau makan sedikit tapi sering dan respon objektif: klien tidak muntah.

5. Evaluasi

Evaluasi diagnosa pertama klien mengatakn badannya sudah tidak panas, suhu tubuh klien turun, masalah pada klien teratasi, dan pertahankan kondisi klien. Evaluasi diagnosa kedua klien mengatakan tidak muntah, tidak ada tanda-tanda dehidrasi pada klien, masalah klien teratasi, dan pertahankan intervensi. Evaluasi diagnosa kedua klien mengatakn tidak mual, makanan yang disajikan habis, masalah teratasi, dan pertahankan intervensi.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada Nn. D dengan Tifoid.

2. Bagi klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat mengenali tanda dan gejala tifoid secara dini. Keluarga dapat merawat anggota keluarga dengan demam tifoid.

3. Bagi lahan praktek

Lahan praktek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan Tifoid dan dapat memberikan bimbingan yang lebih maksimal pada mahasiswa.

4. Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan Tifoid, baik di dalam laboratorium maupun lahan praktek.

5. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala serta penanganan secara dini penderita tifoid.



DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2008. *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Carpenito, L.J, 2001. *Diagnosa Keperawatan (terjemahan)*. Jakarta: EGC.
- Djoehari, 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam I*. Jakarta: EGC.
- Dongoes, Marilyn E,.. [at all], 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Alih Bahasa, I Made Karista, N Made Sumarwati. Ed.3. Jakarta: EGC.
- Hidayat, 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Kurniawan, 2002. *Beberapa Resiko Kejadian Tifoid Di Kota Semarang*. [Http://www.google.com/sprint.undip.ac.id/3986](http://www.google.com/sprint.undip.ac.id/3986). Diunduh pada tanggal 28 Februari 2009.
- Mansjoer, 2000. *Kapita Selekt Kedokteran Edisi Ketiga Jilid Kedua*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Murwani, 2008. *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*. Jogjakarta: Mitra Cendikia.
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC.
- Noer..[at all], 2002. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Rampengan, 2008. *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Jakarta: EGC.
- Rohim..[at all], 2002. *Ilmu Penyakit Anak*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Soedarmo..[at all], 2008. *Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Sudoyo..[at all], 2006. *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta: Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suriadi & Yuliani, 2006. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Jakarta: PT. Percetakan Penebar Swadaya.