

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. A DENGAN TYPHOID
DI RUANG BANOWATI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Di Susun Oleh :

Yudianto

NIM. 89.331.31056

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

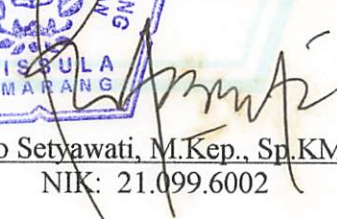
Hari : Kamis

Tanggal : 26 Mei 2011



Semarang, 26 Mei 2011

Pembimbing


(Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB)

NIK: 21.099.6002


HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari selasa tanggal 7 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 7 Juni 2011


Tim Penguji,

Penguji I


(Ns.Muh. Abdurrouf, S.Kep)

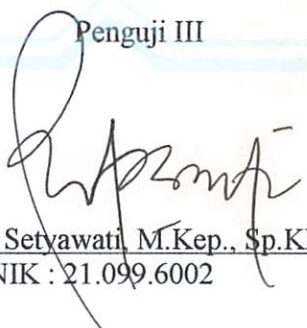
NIK :21.090.2011

Penguji II


(Ns. Suyanto, S.kep)

NIK :21.090.9018

Penguji III


(Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB)

NIK : 21.099.6002

MOTTO

“Jangan mencari seseorang yang sempurna untuk dicintai, tetapi belajarlah mencintai orang yang tidak sempurna dengan cara yang sempurna”

Nothing is impossible if we believe, surely you will get it. So teruslah berusaha dan berdo'a untuk mewujudkan impianmu karena tidak ada yang tidak mungkin di dunia ini... ☺



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Yang Maha Esa, atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. A DENGAN THYPOID DI RUANG BANOWATI RSUD KOTA SEMARANG “.

Adapun maksud dan tujuan dari karya tulis ini adalah untuk menyelesaikan tugas akhir program Ahli Madya Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya. Penulis akan mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Iwan Ardian, SKM selaku Dekan FIK Unissula yang telah banyak memberikan banyak pengarahan dan bimbingan kepada seluruh mahasiswa.
2. Ibu Wahyu Endang S., SKM, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula.
3. Ibu Retno Setyawati, M.Kep.,SpKMB selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan support.
4. Bapak dan Ibu Dosen terima kasih atas ilmu yang telah di berikan.
5. Bapak dan ibu yang sangat saya sayangi dan cintai yang telah banyak berkorban dan selalu memberikan kasih sayang, do'a serta dukungan yang sangat berarti selama ini.

6. Kakakku yang selalu memberi semangat.
7. Saudara-saudara serta keluarga besarku tercinta yang selalu memberikan support selama penulis menuntut ilmu.
8. Sahabat-sahabatku dona, ulin, khamdan, indra, sukarjono, dan someone yang telah banyak memberi arti dalam hidupku terima kasih kalian yang selalu ada dalam suka maupun duka.
9. Teman-teman se-angkatan terima kasih atas supportnya.
10. Serta semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini tidak lepas dari kekurangan, mengingat keterbatasan ilmu dan waktu yang penulis miliki. Namun kiranya laporan ini dapat memberi manfaat bagi perawat, mahasiswa keperawatan dan semua pihak yang membaca.

Semarang, Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Penyakit	4
1. Pengertian	4
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi	6
4. Manifestasi Klinis	7
5. Pemeriksaan Diagnostik	8
6. Komplikasi	10
7. Penatalaksanaan	11

B. Konsep Dasar Keperawatan.....	11
1. Pengkajian.....	11
2. Diagnosa Keperawatan	13
3. Fokus Intervensi	13
C. Pathway.....	17
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	18
A. Pengkajian	18
B. Analisa Data.....	25
C. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi Keperawatan, Evaluasi	25
BAB IV PEMBAHASAN	29
BAB V PENUTUP	37
A. Kesimpulan	37
B. Saran	38
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Dokumentasi Asuhan Keperawatan
- Lampiran 2. Surat Kesiediaan Membimbing
- Lampiran 3. Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran 4. Lembar Konsultasi Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Typhoid adalah penyakit infeksi mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran (Ngastiyah, 2005).

Typhoid disebabkan oleh *salmonella typhi* yang bertahan hidup lama di lingkungan kering dan beku, peka terhadap proses klorinasi dan pasteurisasi pada suhu 63⁰ C (Darmowandowo, 2002)

Menurut Rahmawati, (2011) typhoid merupakan masalah kesehatan di Negara berkembang, termasuk Indonesia karena dapat membawa dampak peningkatan angka morbiditas maupun angka mortalitas. Oleh karenanya diperlukan surve pemetaan distribusi typhoid untuk membantu mengarahkan intervensi pencegahan dan akhirnya menurunkan insiden. Batas sekunder diperoleh dari register kasus demam typhoid DKK Semarang, dari subjek peneliti angka tertinggi terjadi pada bulan November 2009 (43,8%) yang di ikuti curah hujan yang tinggi terutama terdapat pada kecamatan Semarang barat dengan 21 kasus (12.4%). Umur penderita berkisar antara 0 sampai dengan 86 tahun dengan angka tertinggi pada kelompok umur 0 sampai 10 tahun (43,8 %). Kasus typhoid cenderung terbesar secara merata terutama terdapat pada daerah dengan kepadatan penduduk tinggi dan sekitar area tempat tinggal penderita typhoid. Kasus typhoid lebih banyak pada saat terjadinya peningkatan curah hujan.

Perawat memiliki beberapa peran yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah yang timbul akibat typhoid, diantaranya yaitu peran sebagai perawat pelaksana dan pendidik.

Perawat harus mempunyai kemampuan untuk memberikan edukasi tentang penyakit typhoid dan perawat mampu meneliti tentang bakteri *salmonella typhi*. Sebisa mungkin penderita dapat melakukan upaya promotif dan preventif serta meminimalkan risiko komplikasi typhoid diantaranya perdarahan usus, perforasi usus, ileus paralitik. dll.

B. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Tujuan umum

Memberikan gambaran umum penerapan asuhan keperawatan pada pasien typhoid.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan secara spesifik proses pengkajian pada klien typhoid yaitu Sdr.A dengan mengumpulkan dan mengelompokkan data yang diperoleh.
- b. Menjelaskan dan menginterpretasikan data dengan merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Sdr.A
- c. Menjelaskan penyusunan rencana tindakan serta melaksanakan rencana tindakan tersebut pada klien Sdr.A
- d. Menjelaskan secara spesifik evaluasi proses dan hasil asuhan keperawatan yang ditemukan pada klien Sdr.A

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan pustaka bagi mahasiswa dalam penyusunan materi pembelajaran tentang ilmu keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada typhoid.

2. Bagi institusi rumah sakit

a. Memberi tambahan referensi bagi tenaga medis atau petugas kesehatan untuk memberikan informasi tentang typhoid bila ada yang membutuhkan informasi.

b. Memberikan informasi kepada tenaga medis atau petugas kesehatan untuk memperbaiki intervensi bila ada klien dengan typhoid sesuai dengan standar operasional prosedur.

3. Bagi masyarakat

Menambah wawasan untuk para pembaca yang memiliki keluarga dengan typhoid maupun yang berkemauan untuk mencegah keluarga atau orang terdekat dari typhoid.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Typhoid adalah suatu penyakit *infeksi* sistemik bersifat akut yang disebabkan *salmonella typhii*. (Soedarma, 2002).

Typhoid merupakan penyakit *infeksi* akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dan dengan atau tanpa gangguan kesadaran. (Rampengan & Laurentz, 1997).

Typhoid adalah penyakit menular yang bersifat akut, yang ditandai dengan bakterimia, perubahan pada system retikuloendotelial yang bersifat difus, pembentukan mikroabses dan ulserasi nodus peyer di distal ileum.

Berdasarkan definisi di atas, penulis dapat menyimpulkan bahwa typhoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan yang disebabkan *Salmonella typhii* ditandai dengan bakterimia, perubahan pada system retikuloendotelial yang bersifat difus dengan gejala demam lebih dari satu minggu, gangguan pada saluran pencernaan.

2. Etiologi

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

Typhoid disebabkan oleh *salmonella typhi* yang bertahan hidup lama dilingkungan kering dan beku, peka terhadap proses klorinasi dan pasteurisasi pada suhu 63⁰ C. organism ini juga mampu bertahan beberapa minggu di dalam air, es, debu, sampah kering dan pakaian, mampu bertahan disampah mentah selama satu minggu dan serta dapat berkembang biak dalam susu, daging, telur atau produknya tanpa merubah warna atau bentuknya. (Darmowandowo, 2002)

Penyebab typhoid adalah Salmonella typhosa, basil gram negatif yang bergerak dengan rambut getar dan tidak berspora (Suriadi dan Rita, 2006)

Kuman ini dapat hidup baik sekali pada suhu tubuh manusia maupun suhu yang lebih rendah sedikit serta mati pada suhu 70⁰ C maupun oleh antiseptik. Sampai saat ini diketahui bahwa kuman ini hanya menyerang manusia.

Salmonella typhosa mempunyai 3 macam antigen, yaitu:

- a. Antigen O : Ohne Hauch : Somatik antigen (tidak menyebar).
- b. Antigen H : Hauch (menyebar), terdapat pada flagella dan bersifat termolabil.
- c. Antigen V_1 : kapsul : merupakan kapsul yang meliputi tubuh kuman dan melindungi O antigen terhadap fagositosis.

Ketiga jenis antigen tersebut di dalam tubuh manusia akan menimbulkan pembentukan tiga macam antibody yang lazim disebut agglutinin.

Ada 3 spesies utama yaitu:

- a. *Salmonella typhosa* (satu serotipe)
- b. *Salmonella choleraesuis* (satu serotipe)
- c. *Salmonella enteritidis* (lebih dari 1500 serotipe)

3. Patofisiologi

Menurut Rampengan & Laurentz (2008) patofisiologi dari typhoid adalah kuman *salmonella*, masuk bersama makanan dan minuman setelah didalam usus halus mengadakan invasi jaringan limfoid usus halus (terutama *plak peyer*) dan jaringan limfoid *mesenterika*. Setelah menyebabkan peradangan dan *nekrosis* setempat, kuman lewat pembuluh limfe masuk kedalam (bakteremia primer) menuju organ *retikulo endothelial system* (RES) terutama hati dan limpa. Di tempat ini kuman difagosit oleh sel-sel *fagosit* RES dan kuman yang tidak difagosit berkembang biak. Pada akhir masa inkubasi 5-9 hari kuman kembali masuk ke darah menyebar keseluruh tubuh (bakteremia sekunder), dan

sebagian kuman masuk kedalam tubuh terutama limpa, kandung empedu yang selanjutnya kuman tersebut dikeluarkan kembali dari kandung empedu kerongga usus yang mengenai reinfeksi diusus.

Pada fase awal typhoid biasa ditemukan adanya gejala saluran nafas atas. Ada kemungkinan sebagian kuman ini masuk ke dalam peredaran darah melalui jaringan limfoid di faring. Terbukti dalam suatu penelitian bahwa *Salmonella typhi* berhasil diisolasi dari jaringan tonsil penderita typhoid ini, walaupun pada percobaan lain seseorang yang berkumur dengan air yang mengandung *S.typhi* hidup ternyata tidak menjadi terinfeksi. Pada tahap awal ini penderita juga sering mengeluh nyeri telan yang disebabkan karena kekeringan mukosa mulut. Lidah tampak kotor tertutup selaput berwarna putih sampai kecoklatan yang merupakan sisa makanan, sel epitel mati dan bakteri, kadang-kadang tepi lidah tampak hiperemis dan tremor. Bila terjadi infeksi dari nasofaring melalui saluran tuba eustachi ke telinga tengah dan hal ini dapat terjadi otitis media. telinga tengah dan hal ini dapat terjadi otitis media. (Darmowandowo, 2002)

4. Manifestasi klinis

Menurut Juwono (1996) dalam minggu pertama penyakit, keluhan dan gejala serupa dengan penyakit infeksi akut pada umumnya yaitu : demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, *obstipasi* atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan *epitaksis*. Pada pemeriksaan fisik hanya didapatkan suhu badan meningkat. Dalam

minggu kedua gejala-gejala menjadi lebih jelas berupa demam, *bradikardia* relatif, lidah yang khas (kotor ditengah, tepi dan ujung merah dan *tremor*), *hepatomegali*, *splenomegali*, *meteroismus*, gangguan kesadaran berupa *samnolen*, *stupor*, *koma*, *delirium* atau *psikosis*, *roseola* jarang ditemukan pada orang Indonesia.

Gejala-gejala yang timbul bervariasi. Dalam minggu pertama, keluhan dan gejala serupa dengan penyakit infeksi akut pada umumnya, yaitu demam, nyeri kepala, pening, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, konstipasi atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan epistaksis. Pada pemeriksaan fisik hanya didapatkan peningkatan suhu badan.

5. Pemeriksaan diagnostik

Ada 3 metode untuk mendiagnosis penyakit typhoid, yakni :

- a. Diagnosa mikrobiologik/pembiakan kuman
- b. Diagnosa serologik
- c. Diagnosa klinik

Metode diagnosa mikrobiologik adalah metode yang paling spesifik dan lebih dari 90% penderita yang tidak diobati, kultur darahnya positif dalam minggu pertama. Hasil ini menurun drastis setelah pemakaian obat antibiotika dengan hasil positif menjadi 40%. Meskipun demikian kultur sum-sum tulang memperlihatkan hasil yang tinggi yaitu 90% positif.

Pada minggu-minggu selanjutnya kultur darah menurun, tetapi untuk tinja dan kultur urin meningkat yaitu 85% dan 25% berturut-turut positif pada minggu ketiga dan keempat.

Diagnosis serologik tergantung pada antibody yang timbul terhadap *antigen* O dan H, yang dapat dideteksi dengan reaksi *aglutinasi* (test widal). Antibodi terhadap antigen O timbul dalam minggu pertama sakit dan mencapai puncak pada minggu ketiga dan keempat yang akan menurun setelah 9 bulan sampai 1 tahun.

Menurut Puspongoro (2005) pemeriksaan penunjang typhoid, yaitu :

- a. Darah tepi perifer
 - 1) *Anemia*, pada umumnya terjadi karena *supresi* sum-sum tulang, defisiensi Fe atau perdarahan usus.
 - 2) *Leukopenia*, namun jarang kurang dari 3000/ul
 - 3) *Limfositosis* relatif
 - 4) *Trombositopenia*, terutama pada typhoid berat
- b. Pemeriksaan Serologi

Serologi widal : kenaikan titer *salmonella typhi* titer O 1:200 atau kenaikan 4 kali titer fase akut ke fase konvalens.

- c. Pemeriksaan Biakan *Salmonella*
 - 1) Biakan darah terutama pada minggu 1-2 dari perjalanan penyakit.
 - 2) Biakan sum-sum tulang masih positif sampai minggu keempat.

d. Pemeriksaan Radiologik

- 1) Foto thorak, apabila diduga terjadi komplikasi *pneumonie*
- 2) Foto abdomen, apabila diduga terjadi komplikasi *intrainstetinal* seperti *perforasi* usus atau perdarahan saluran cerna.

6. Komplikasi

Komplikasi typhoid dapat dibagi dalam :

a. Komplikasi Intestinal

- 1) Perdarahan usus
- 2) Perforasi usus
- 3) Ileus paralitik

b. Komplikasi Ekstraintestinal

- 1) Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi perifer (renjatan, sepsis) miokarditik, trombosis, dan tromboflebitis.
- 2) Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia dan atau koagulasi intravaskuler diseminata dan sindrom euremia hemolitik.
- 3) Komplikasi paru : pneumonia, empiema, dan pleuritis.
- 4) Komplikasi hepar dan kandung kemih : hepatitis dan kolelitiasis.
- 5) Komplikasi ginjal : glomerulonefritis, pielonefritis dan perinefritis.
- 6) Komplikasi tulang : osteomielitis, periostitis, spondilitis, dan arthritis.

- 7) Komplikasi neuropsikiatrik : delirium, meningismus, meningitis, polyneuritis perifer, sindrom guillain-Barre, psikosis dan sidrome katatonia

7. Penatalaksanaan

- a. Tirah baring total selama demam sampai dengan 2 minggu normal kembali. Seminggu kemudian boleh duduk dan selanjutnya berdiri dan berjalan.
- b. Makanan harus mengandung cukup cairan, kalori, dan tinggi protein, tidak boleh mengandung banyak serat, tidak merangsang maupun menimbulkan banyak gas.
- c. Obat terpilih adalah kloramfenikol 100 mg/kgBB/hari dibagi dalam 4 dosis selama 10 hari. Dosis maksimal kloramfenikol 2 g/hari. Kloramfenikol tidak boleh diberikan bila leukosit kurang dari 2000/ul. Bila pasien alergi dapat diberikan golongan penisilin atau kotrimoksazol.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah, merasa gelisah dan ansietas. Pembatasan aktifitas/kerja sehubungan dengan efek proses penyakit.

b. Sirkulasi

Gejala : Takikardia (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri)

Tanda : Menurunnya bising usus

c. Eliminasi

Gejala : Tekstur feses bervariasi dari bentuk lunak sampai bau atau berair.

Tanda : menurunnya bising usus, tidak ada peristaltik atau adanya peristaltik yang dapat dilihat.

d. Makanan/cairan

Gejala : Anoreksia, mual/muntah, tidak toleran terhadap diet/sensitif, misal : buah segar, sayur, makanan berlemak.

Tanda : Menurunnya bising usus, tidak ada peristaltik atau adanya peristaltik yang dapat dilihat.

e. Higiene

Tanda : Ketidakmampuan mempertahankan perawatan diri stomatitis menunjukkan kekurangan vitamin.

f. Keamanan

Gejala : Peningkatan suhu 39°C - 40°C

Tanda : Lesi kulit mungkin ada misal evitema nodosum

g. Interaksi Sosial

Gejala : Masalah hubungan/peran sehubungan dengan kondisi ketidakmampuan aktif dalam sosial (Doenges 2000)

2. Dianosa keperawatan

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi/infeksi kuman salmonella typhi dalam jaringan tubuh.
- b. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia, mual, muntah
- c. Nyeri berhubungan dengan proses peradangan

3. Fokus intervensi

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi/infeksi kuman salmonella typhi dalam jaringan tubuh.

Tujuan:

- 1) Suhu tubuh normal (36°C - 37°C)
- 2) Pasien bebas dari demam

Intervensi:

- 1) Monitor tanda-tanda vital

Rasional : tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien

- 2) Jelaskan pentingnya tirah baring bagi pasien

Rasional : penjelasan yang diberikan pada pasien/keluarga akan memotifasi pasien untuk kooperatif

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum

Rasional : peningkatan suhu tubuh meningkatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang banyak

4) Anjurkan untuk tidak memakai pakaian dan selimut yang tebal.

Rasional : pakaian yang tipis akan mengurangi penguapan tubuh

5) Berikan kompres dingin (pada aksila dan lipat paha)

Rasional : kompres dingin akan menurunkan suhu tubuh

6) Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan intravena dan antipinotik

Rasional : pemberian cairan sangat penting dengan pasien suhu tinggi

b. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia, mual, muntah

Tujuan:

- 1) Kebutuhan nutrisi terpenuhi
- 2) BB mengalami peningkatan

Intervensi:

- 1) Kaji keluhan mual, muntah, anorexia, yang dialami pasien

Rasional : Untuk menetapkan cara mengatasinya

- 2) Anjurkan makan dikit tapi sering

Rasional : Menghindari mual dan muntah

- 3) Berikan makan dengan porsi hangat

Rasional : Makanan yang hangat dapat menambah selera makan pasien

- 4) Jelaskan manfaat makanan/nutrisi bagi pasien

Rasional : Untuk mengetahui penurunan/peningkatan BB

5) Berikan makanan yang sesuai yang diberikan oleh ahli gizi

Rasional : Nutrisi parenteral sangat bermanfaat bagi pasien terutama jika intake peroral sangat kurang (Marlyn E. Doenges, 2000)

c. Nyeri berhubungan dengan proses peradangan

Tujuan:

- 1) Klien melaporkan nyeri hilang/terkontrol
- 2) Klien tampak rileks, istirahat dengan baik

Intervensi:

- 1) Kaji ulang tingkat nyeri yang dialami dan karakteristik nyeri

Rasional : Membantu dalam evaluasi gejala nyeri apa terus menerus sakit menusuk dan mengetahui skala nyeri 0-10

- 2) Latihan untuk relaksasi dengan nafas dalam dan tindakan distraksi

Rasional : Mengurangi rasa nyeri dengan nafas dalam serta membuat pasien lupa atau mengalihkan perhatian dengan aktifitas lain

- 3) Berikan analgetik rutin sesuai indikasi khususnya 45-50 menit sebelum tindakan nafas dalam

Rasional : Mempertahankan kadar obat lebih konstan menghindari puncak nyeri (Carpenito . 2006)

- d. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit

Tujuan:

- 1) Pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit meningkat
- 2) Klien mampu menceritakan kembali

Intervensi:

- 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit typhoid

Rasional : mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang typhoid.

- 2) Kaji latar belakang pendidikan pasien/keluarga

Rasional : agar perawat bisa memberikan penjelasan sesuai tingkat pendidikan sehingga penjelasan dipahami dan tujuan yang direncanakan tercapai

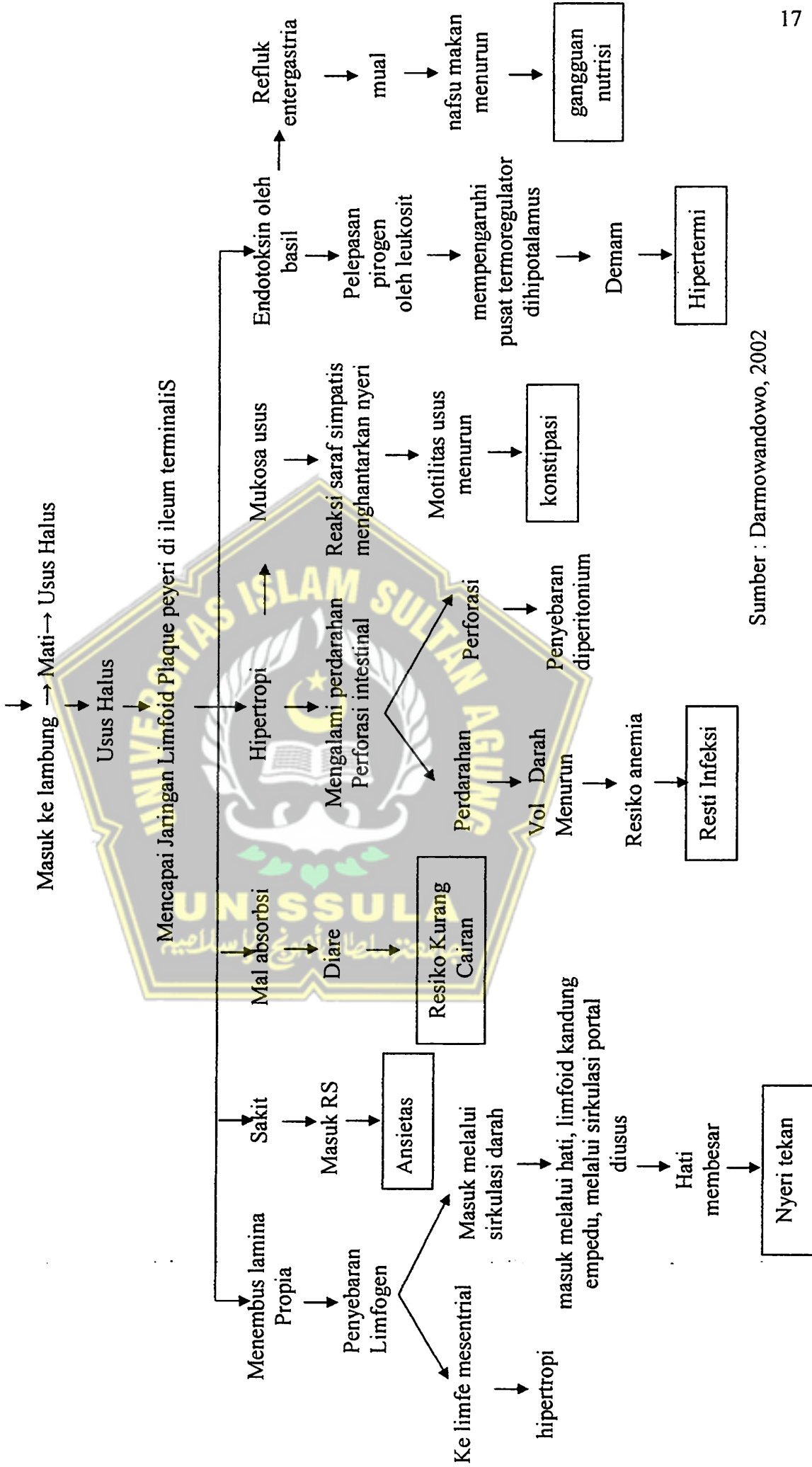
- 3) Berikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk menjelaskan kembali apa yang telah disampaikan

Rasional : mengetahui sejauh mana pengetahuan klien/keluarga tentang penyakit typhoid

Salmonella Typhi

C. Pathway

Masuk dalam tubuh lewat mulut melalui air dan makanan yang tercemar



Sumber : Darmowandowo, 2002

BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Klien bernama Sdr.A umur 17 tahun dengan jenis kelamin laki-laki beragama islam dan pekerjaan sebagai pelajar di sebuah SMK. Sdr.A beralamatkan di Arya mukti timur II/184, pedurungan, semarang. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 16 Maret 2010 dan dirawat di ruang Banowati RSUD Semarang dengan diagnose medis Typhoid. Sumber informasi : orang tua, klien, dan CM. Adapun penanggung jawab Sdr.A adalah ayahnya yaitu Tn.S agama islam, alamat Arya mukti timur II/184, pedurungan, semarang.

2. Keluhan utama

Klien mengatakan badannya panas.

3. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan sejak lima hari yang lalu menguluh panas, pusing, badan lemas, mual, muntah, BAB cair 3x sehari hingga akhirnya pada tanggal 16 maret 2010 jam 03.45 klien datang ke IGD dan dirawat di Rumah Sakit Umum Kota Semarang.

Td :135/70 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 24x/menit, S : 38,5⁰ C

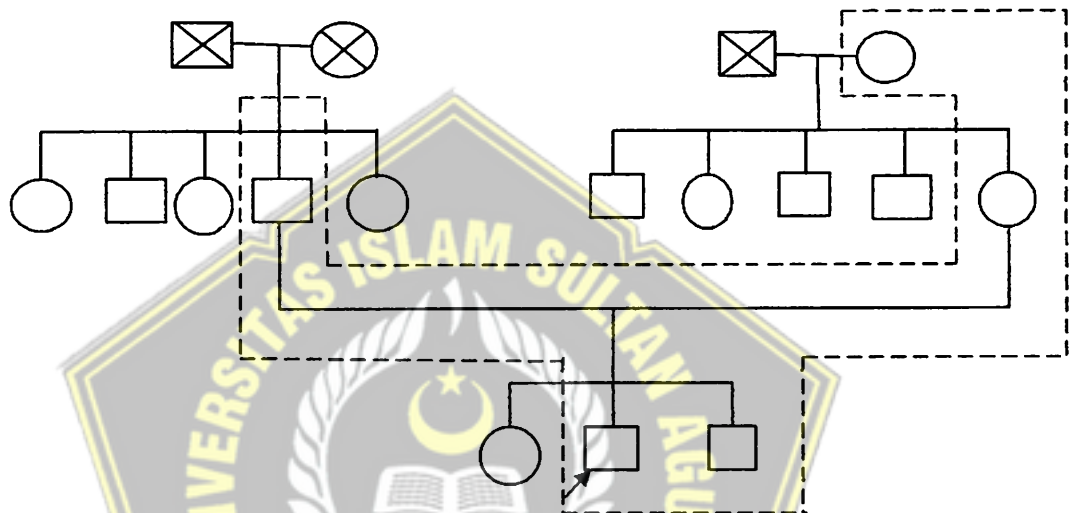
4. Riwayat masa lalu

Klien sebelumnya belum pernah mengalami penyakit seperti ini dan tidak pernah dirawat di rumah sakit. Klien mengatakan tidak alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan.

5. Riwayat keluarga

Klien mengatakan keluarga klien tidak pernah mengalami penyakit apapun dan tidak ada yang dirawat di rumah sakit, dan hanya klien yang dirawat.

Genogram



Keterangan :

- : perempuan
- : laki-laki
- | : garis keturunan
- ↗ : klien
- : dalam satu rumah
- ✕ : meninggal dunia

Klien adalah anak ke-2 dari 3 bersaudara, klien tinggal dalam satu rumah dengan orang tuanya dan neneknya. Klien juga tidak mempunyai penyakit keturunan dari orang tuanya

6. Riwayat sosial

Karakteristik sifat klien baik, ramah, dan tegas. Hubungan klien dengan orang lain baik apalagi dengan teman sekolahnya. Klien tinggal bersama kedua orang tuanya dan satu adiknya. Lingkungan rumah klien sederhana dan bersih, terdapat ventilasi.

7. Keadaan kesehatan saat ini

Diagnosa medis pada Sdr.A adalah thypoid, tidak ada tindakan operasi pada klien dan obat – obatan yang diberikan pada klien adalah lesechol 2 kali sehari, curcuma 3 kali sehari, paracetamol 3 kali sehari, dan rengtac 2 kali sehari. Klien terpasang infuse D5 dengan campuran triofusin 20 tetes permenit.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada Sdr.A adalah monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, memonitor tetesan infus, dan kolaborasi dengan tim dokter dalam memberikan obat.

8. Pengkajian pola fungsi menurut Gordon

Pola persepsi kesehatan/penanganan kesehatan. Klien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, buktinya setelah mengetahui dirinya sakit klien langsung dibawa ke rumah sakit. Hal yang dilakukan klien untuk menangani penyakitnya adalah dengan banyak minum air putih. Harapan setelah menjalani perawatan adalah bias sembuh dan kembali bersekolah lagi.

Pola pengkajian nutrisi/metabolis. Frekuensi makan sebelum sakit 3 x sehari dengan komposisi nasi, lauk, dan sayur tapi selama sakit klien

hanya makan bubur, nasi tim, lauk, dan sayur dengan porsi 2-3 sendok saja. Frekuensi minum sebelum sakit 5-6 gelas per hari dan selama sakit 8-10 gelas per hari. Ada masalah dengan makan, setiap makan klien tidak merasakan karena lidah klien terasa pahit oleh karena itu klien tidak nafsu makan dan perutnya terasa mual. Klien mengatakan tidak ada makanan tambahan atau vitamin. Mual, muntah dirasakan klien selama 3 hari. Klien tidak terpasang selang NGT. Tidak ada masalah dengan kulit klien, tidak terdapat lesi, turgor baik dan warna kulit klien sawo matang.

Pola pengkajian Eliminasi. BAB klien sebelum sakit BAB klien tidak ada gangguan, 1-2 x/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas feses, namun selama klien sakit BAB cair sampai 3 kali perhari. Klien mengatakan sebelum dan selama sakit BAK 4-6 x/hari, warna kuning, dan bau khas urin.

Pola pengkajian aktivitas dan latihan. Aktivitas sehari-hari klien adalah sekolah dan bermain, tidak ada kesulitan dalam berpakaian, mandi, mobilitas umum dan eliminasi.

Pola pengkajian tidur/istirahat. Sebelum sakit klien tidur selama \pm 8 jam sehari, selama sakit pola tidur klien sering terbangun karena merasakan badan panas dan pusing. Tidur \pm 5-6 jam sehari.

Pola pengkajian kognitif dan persepsi. Respon klien tanggap, cara berbicara cepat dan jelas, klien tidak menggunakan alat bantu, kaca mata, pendengaran, lensa, klien mampu merawat diri, dan kadang juga minta bantuan orang tuanya.

Pola pengkajian persepsi diri / konsep diri. Sebelum sakit klien peka terhadap rangsang, status mood juga baik, klien tanggap dalam menghadapi masalah, klien tidak merasakan kesepian karena orang tuanya dan adiknya yang selalu mendampingi, setelah klien sakit klien mengalami perubahan dalam mengatasi penyakitnya yaitu menjadi tidak efektif dan status moodnya kurang baik.

Pola pengkajian peran/hubungan. Struktur keluarga klien terdiri dari nenek, ayah, ibu, dan adiknya. Sejauh ini interaksi antara anggota keluarga klien berjalan harmonis, tetapi selama sakit kondisi kesehatan mempengaruhi dan peran klien sebagai pelajar dan anak.

Pola pengkajian Seksualitas/reproduksi. Klien adalah seorang laki-laki, belum menikah, riwayat seksualitas/reproduksi baik, tidak mengalami gangguan.

Pola pengkajian koping stress. Sebelum klien sakit setiap masalahnya diceritakan kepada orang tuanya untuk mendapatkan solusi dari masalahnya.

Selama sakit klien menanggapi masalah penyakitnya dengan mendapatkan saran/masukan dari keluarga dan perawat.

Pola pengkajian nilai/kepercayaan/spiritual. Sumber kepercayaan klien adalah Allah SWT, klien sangat yakin dengan adanya Allah SWT dan selalu berdo'a untuk memberikan kesembuhan dan diberikan selalu kesehatan.

9. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien baik, rambut bersih, tidak ada lesi dikepala. Kesadaran compos metis, eye 4, motorik 6, dan verbal 5. Postur tubuh klien kurus

Tekanan darah klien 135/70 mmHg, nadi 82 kali permenit, pernafasan klien 24 kali permenit, dan suhu tubuh klien 38,5⁰ C.

Tinggi badan klien 167 cm dan berat badan klien sebelum sakit 52 kg, selama sakit berat badan klien menjadi 50 kg. Bentuk kepala klien mesocephal, tidak terdapat benjolan di kepala, dan klien merasa pusing. Bentuk mata klien normal, conjunctiva kemerahan, sclera putih, dan tidak ada lesi mata. Bentuk hidung klien simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada perdarahan. Warna gigi klien putih, mukosa bibir agak kuning, tidak caries, dan tidak ada kesulitan menelan atau mengunyah. Pada pemeriksaan telinga bentuk telinga klien simetris, tidak ada benjolan, dan tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan leher klien bentuk leher simetris, tidak ada benjolan, klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Bentuk dada klien simetris tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan bentuk dada. Pada pemeriksaan jantung tidak ada kelainan suara jantung, dan tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan paru-paru tidak terdengar bunyi ronchi di paru-paru klien. Pada pemeriksaan abdomen tidak ada nyeri tekan, simetris, perkusi : tympani, auskultasi : peristaltik usus 12x/menit. Pada punggung tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi di punggung klien. Ekstremitas terpasang infuse pada ekstremitas atas

ditangan kanan D5 20tpm. Dan semua alat gerak ekstremitas atas maupun bawah normal. Dan pada kuli tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, torgor normal.

10. Pemeriksaan penunjang

Tanggal 16 maret 2009

Hasil pemeriksaan serologi/immunologi

Widal S typhi O negatif

Widal S typhi H + 1/80

Hasil Lab

WBC 1.49 10^{13} / ML

HGB 15.2 g / dL

HCT 45.1 %

PLT 57. 10^3 / ML

hasil specimen : serum

Cholesterol total 81 mg/dl

Creatinine 1.23 mg/dl

SGOT 197.5 U/I

SGPT 85.8 U/I

Urum 25.3 mg/dl

Triglyceride 99 mg/dl

Albumin 4.34 g/dl

Total protein 7.33 g/dl

Uric acid 4.68 mg/dl

B. Analisa data

Pengkajian pada hari selasa, 16 maret 2010 jam 11.00 WIB, didapatkan data klien mengatakan panas, mukosa bibir kering, tekanan darah 135/70 mmHg, suhu 38,5⁰ C, nadi 82 x/menit. Dari data tersebut muncul masalah hipertermi, dengan penyebab adanya peradangan atau infeksi virus.

Pengkajian pada hari selasa, 16 Maret 2010 jam 11.30, didapatkan klien mengatakan mual dan tidak nafsu makan, klien makan hanya 2-3 sendok. Dari data tersebut muncul masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dengan penyebab anoreksia.

Pengkajian pada hari selasa, 16 Maret 2010 jam 12.00, didapatkan klien mengatakan muntah-muntah, klien muntah dan BAB cair 3x sehari. Dari data tersebut muncul masalah resiko tinggi terhadap defisit volume cairan, dengan penyebab kehilangan cairan sekunder karena muntah.

C. Diagnosa keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi, dan Evaluasi

Diagnosa pertama hipertermi berhubungan dengan adanya peradangan infeksi virus, ditandai dengan klien mengatakan panas selama 5 hari, mukosa bibir kering tekanan darah 135/70 mmHg, Suhu 38,5⁰ C, dan nadi 82x/menit. Intervensi hari selasa tanggal 16 maret 2010 jam 11.00 WIB, dengan diagnosa hipertermi berhubungan dengan adanya peradangan infeksi virus dilakukan planning, setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan normal (36⁰C-37⁰C). Dengan criteria hasil klien mengatakan badannya sudah tidak panas lagi, mukosaa bibir tidak kering, dan tanda-tanda vital suhu 36⁰C, dan

nadi 80-100 kali permenit. Dengan rencana keperawatan yang dilakukan memonitor tanda-tanda vital, memotivasi banyak minum air putih, beri kompres hangat, beri pakaian tipis dan tidak panas, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Kemudian pada hari selasa 16 maret 2010 dilakukan implementasi untuk diagnose pertama, jam 11.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan respon subyektif klien bersedia dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan respon obyektif hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien suhu $37,8^{\circ}\text{C}$, nadi 80 kali permenit. Memotivasi banyak minum air putih dengan respon subyektif klien mau minum air putih dan respon obyektif klien minum 5-6 gelas. Kemudian memberikan kompres hangat dengan respon subyektif klienn mau dikompres dan respon obyektif suhu badan klien turun menjadi 37°C . kemudian memberikan pakaian tipis dan tidak panas dengan respon subyektif klien bersedia ganti pakain dan respon obyektif klien tampak nyaman. Dan memberikan obat penurun panas dengan respon subyektif klien mau minum obat dan respon obyektif klien meminum obat penurun panas. Evaluasi pada hari Jum'at, 19 maret 2010 jam 14.00 WIB dari implementasi yang dilakukan didapatkan evaluasi pertama untuk diagnose keperawatan pertama, subyektif klien mengatakan sudah tidak panas, suhu 37°C dan nadi 80 kali permenit, masalah teratasi, dan pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengamatan.

Diagnosa kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan klien mengatakan mual, tidak nafsu makan, dan klien makan hanya 2-3 sendok dengan dilakukan planning,

setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi. Dengan criteria hasil klien mengatakan sudah mau makan dan minum, tidak mual lagi, porsi makan yang disediakan klinik habis dimakan. Dengan rencana keperawatan yang dilakukan kaji status nutrisi dan riwayat mual muntah, beri makan porsi kecil tapi sering, berikan makanan selagi hangat, kolaborasi dengan ahli gizi, dan jelaskan pentingnya nutrisi bagi penyembuhan. Pada hari selasa 16 maret dilakukan implementasi untuk diagnose kedua jam 2010 jam 15.00 WIB mengkaji status nutrisi mual muntah dengan respon subyektif klien mengatakan mual dan respon obyektif klien terlihat lemas. Kemudian memberikan makanan porsi kecil tapi sering dengan respon subyektif klien bersedia makan dan respon obyektif klien makan 1/4 porsi. Kemudian memberikan makanan selagi hangat dengan respon subyektif klien mau makan dan respon obyektif makanan dari klinik langsung dimakan. Kemudian memantau berat badan klien dengan respon subyektif klien menyebutkan berat badannya dan respon obyektif berat badan klien 50,5 kg. kemudian berkolaborasi dengan ahli gizi dengan respon subyektif klien tidak nafsu makan dan respon obyektif makan hanya habis 1/4 porsi. Dan menjelaskan pentingnya nutrisi bagi penyembuhan dengan respon obyektif klien mendengarkan dan respon obyektif klien tampak paham. Evaluasi pada hari Jum'at, 19 maret 2010 jam 14.30 WIB dari implementasi yang dilakukan didapatkan evaluasi yang kedua untuk diagnose kedua, subyektif klien mengatakan nafsu makan bertambah, klien tidak mual, nafsu makan 3 kali sehari dan habis 1/2 porsi, masalah teratasi sebagian, dan lanjutkan intervensi.

Resiko tinggi terhadap defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder terhadap muntah ditandai dengan klien mengatakan muntah-muntah, dan klien muntah dan BAB cair 3x sehari setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan defisit cairan normal dengan kriteria hasil klien mengatakan tidak muntah-muntah, dan BAB normal. Dengan rencana keperawatan yang dilakukan kaji keluhan muntah, pantau tanda dan gejala muntah, dan pertimbangkan kehilangan cairan tambahan yang berhubungan dengan muntah. Implementasi untuk diagnose kedua jam 2010 jam 19.00 WIB mengkaji keluhan muntah dengan respon subyektif klien mengatakan muntah-muntah dan respon obyektif klien tampak lemas. Kemudian memantau tanda dan gejala muntah dengan respon obyektif mukosa bibir tampak kering. Dan mempertimbangkan kehilangan kehilangan cairan dengan respon obyektif muntah dan BAB cair 3 kali sehari. Kemudian pada hari jum'at, 19 maret 2010 jam 14.30 WIB dari implementasi yang dilakukan didapatkan evaluasi yang ketiga untuk diagnose ketiga, subyektif klien mengatakan tidak muntah-muntah, dan BAB tidak cair lagi, masalah teratasi dan pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengamatan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Sdr.A dengan Typhoid di Ruang Banowati Rumah Sakit Umum Daerah Semarang dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan penulis pada tanggal 16 Maret 2010, dalam pengumpulan data-data dari pasien yang didapat melalui wawancara, catatan medik dan informasi dari perawat ruang yang selanjutnya dikelompokkan dan diidentifikasi, mengklarifikasi data sesuai dengan permasalahan, menganalisa sehingga dapat dirumuskan suatu diagnosa keperawatan.

Dalam mengkaji Sdr. A penulis menggunakan pengkajian pola fungsional menurut Gordon, dimana dalam pola ini juga mencakup 11 komponen kebutuhan Sdr. A dengan typhoid. Masih banyak data yang tidak terkaji oleh penulis yang meliputi pola eliminasi, data yang harusnya dikaji dalam pola eliminasi diantaranya BAB dan BAK, namun data BAK belum terkaji oleh penulis. Sedangkan pada pola nutrisi, data yang seharusnya dikaji diantaranya meliputi intake dan output cairan, namun data tersebut belum terkaji oleh penulis.

Selama pengkajian didapatkan 3 diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis sesuai respon individu, keluarga, dan masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktuak

dan potensial, diagnosa ini memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk memperoleh hasil yang menjadi tanggung gugat perawat (Doenges, 2000). Diagnosa yang telah ditegakkan selanjutnya disusun perencanaan guna mengatasi masalah pasien melalui implementasi dan evaluasi.

B. Diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang dirumuskan oleh penulis adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus
2. Defisit volume cairan sekunder berhubungan dengan demam atau laju metabolik
3. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

Selanjutnya, penjelasan mengenai rencana keperawatan pada Sdr. A sesuai dengan diagnosa yang muncul adalah sebagai berikut:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus

Hipertermi adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau beresiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh terus-menerus lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rektal karena faktor eksternal. Dengan batasan karakteristik mayor adalah suhu lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rektal, kulit hangat, takikardia. Data minornya adalah kulit kemerahan,

peningkatan kedalaman pernafasan, menggigil atau merinding, perasaan hangat atau dingin, nyeri dan sakit yang spesifik atau umum, malaise, keletihan, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkeringat. (Carpenito, 2000)

Diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus ditegakkan karena dari pengkajian didapatkan data dari Sdr.A sebagai berikut: klien mengatakan tubuhnya panas, Suhu $38,5^{\circ}\text{C}$.

Diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dalam penulisan etiologi kurang tepat karena penyebab typhoid bukan karena virus. Dan etiologi yang tepat adalah proses infeksi salmonella typhosa. Sehingga diagnosa yang tepat adalah hipertermi berhubungan dengan proses infeksi salmonella typhosa.

Untuk mengatasi diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi salmonella typhosa, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh klien dan KH : suhu klien turun, suhu tubuh kembali normal $36^{\circ}\text{--}37^{\circ}\text{C}$. Adapun intervensinya meliputi: kaji tanda-tanda vital, monitor intake dan output cairan, berikan kompres hangat, anjurkan klien untuk memakai baju yang menyerap keringat, kolaborasi pemberian obat penurun panas, dalam pemberian terapi penulis seharusnya tidak berkolaborasi lagi tetapi memberikan obat.

Dalam intervensi yang telah ditetapkan, penulis telah melakukan implementasi yaitu mengkaji tanda-tanda vital, rasional tanda-tanda vital

merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien meliputi tekanan darah 135/70 mmHg, suhu 38,5⁰ C, nadi 82 x/menit, memberikan obat penurun panas/antipiretik (paracetamol 1 x 250 mg) pada pukul 11.00.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Maret 2010 setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, masalah hipertermi sudah teratasi karena dari evaluasi akhir didapatkan data-data klien mengatakan tubuhnya tidak panas lagi, suhu 37⁰ C. Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Sdr.A penulis telah menginformasikan pada perawat yang berada di ruangan untuk melanjutkan tindakan keperawatan yaitu memonitor tanda-tanda vital meliputi suhu.

2. Defisit volume cairan sekunder berhubungan dengan demam atau laju metabolik

Kehilangan volume cairan adalah keadaan ketika seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau beresiko mengalami dehidrasi vascular, interstisial, atau intravascular. Dengan batasan karakteristik mayor ketidakcukupan asupan cairan oral, keseimbangan negatif antara asupan haluaran, penurunan berat badan, kulit/membran mukosa kering. Dan batasan minor atau yang mungkin terjadi adalah peningkatan natrium serum, penurunan haluaran urin atau haluaran urin berlebihan, urin memekat atau sering berkemih, penurunan torgor kulit, haus, mual, dan anoreksia. (carpenito 2006)

Diagnosa defisit volume cairan sekunder berhubungan dengan demam atau laju metabolik karena dari pengkajian didapatkan data subyektif sebagai berikut : klien mengatakan muntah-muntah dan data obyektifnya adalah klien muntah dan BAB cair 3 x sehari.

Dalam intervensi yang telah ditetapkan, penulis telah melakukan implementasi yaitu mengkaji keluhan muntah dengan respon subyektif klien mengatakan muntah-muntah dan respon obyektif klien tampak lemas. Kemudian memantau tanda dan gejala muntah dengan respon obyektif mukosa bibir tampak kering. Dan mempertimbangkan kehilangan kehilangan cairan dengan respon obyektif muntah dan BAB cair 3 kali sehari. Penulis belum lengkap dalam mendokumentasikan implementasi monitor intake dan output cairan, penulis tidak melakukan pengkajian karena penulis kurang teliti dalam melakukan intervensi .

Evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Maret 2010 setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan defisit volume cairan sekunder berhubungan dengan demam atau laju metabolic sudah teratasi karena dari evaluasi akhir didapatkan data-data klien mengatakan tidak muntah-muntah, dan BAB tidak cair lagi. Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Sdr.A penulis telah meginformasikan pada perawat yang berada di ruangan untuk melanjutkan tindakan keperawatan yaitu memantau tanda dan gejala muntah dan BAB cair, dan memonitor intake dan output cairan.

3. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan di mana individu yang tidak puasa mengalami atau yang beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tak adekuat atau metabolisme nutrien yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Dengan batasan karakteristik mayor adalah individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami: masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan-kebutuhan metabolik aktual atau potensial dalam masukan yang berlebihan. Data minornya adalah 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 transferin serum atau penurunan kapasitas ikatan-besi. (Carpenito, 2000)

Diagnosa gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditegakkan karena dari pengkajian di dapatkan data dari Sdr.A sebagai berikut : Klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan mual, makanan yang disediakan habis ½ porsi. Untuk pengkajian nutrisi, seharusnya penulis mencantumkan didalam analisa data, sehingga penulis akan membahas pengkajian nutrisi A: BB awal 52 kg, BB sekarang 50 kg, BB turun 2 kg, TB 167 cm, B: GDS 92 mg/100ml (N: < 140), Hb 13,9 g/dl (N: 12,0-16,0), C: mukosa bibir kering, lidah kotor, tubuh lemah, D: makan habis ½ porsi.

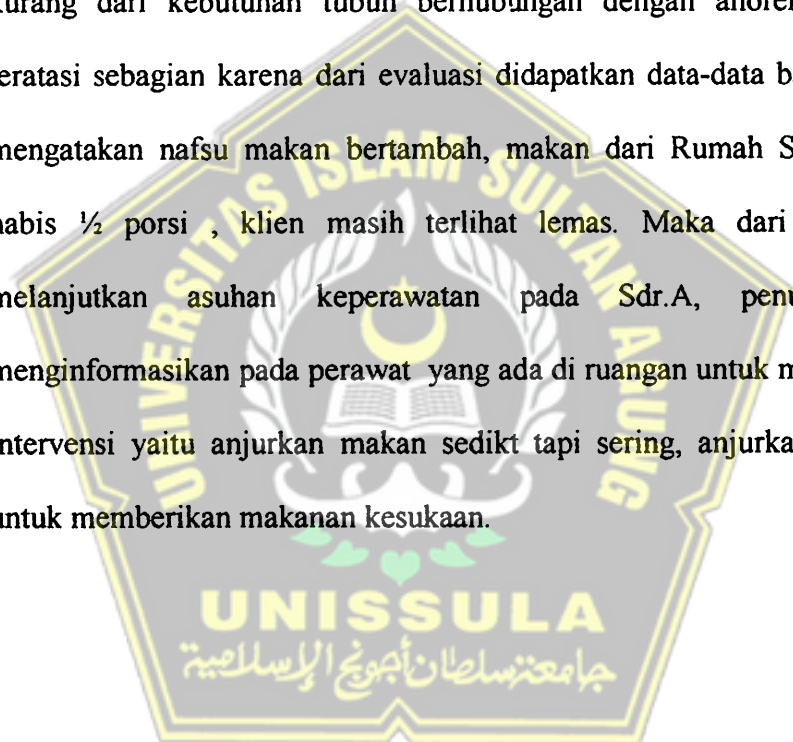
Etiologi dari diagnosa gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dalam penulisan etiologi kurang tepat. Menurut Carpenito (2000) etiologi yang tepat adalah berhubungan dengan penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat anoreksia, mual.

Dalam memprioritaskan diagnosa gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat anoreksia, mual, penulis memprioritaskan pada prioritas ketiga karena menurut Hierarki Maslow kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan fisiologis yang membutuhkan tindakan. Perubahan nutrisi ini dijadikan prioritas ketiga karena gangguan nutrisi yang dialami oleh klien karena adanya inflamasi pada gastrointestinalnya. Jika penurunan nafsu makan dan mual berlangsung secara terus-menerus dan tidak ditangani dengan segera maka dapat menimbulkan tidak adekuatnya asupan nutrisi dalam tubuh dan penurunan daya tahan tubuh serta membahayakan klien.

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien yaitu anjurkan klien untuk makan dalam porsi sedikit tapi sering, rasional makanan porsi sedikit tapi sering, jelaskan pentingnya nutrisi bagi penyembuhan, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan kesukaan, kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit.

Dalam melaksanakan intervensi, penulis tidak mengalami kesulitan-kesulitan karena klien dan keluarga kooperatif. Implementasi yang dilakukan adalah menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering, menjelaskan pentingnya nutrisi dalam masa penyembuhan mengenai diet terhadap penyakit.

Evaluasi pada tanggal 19 Maret 2010 diagnosa gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia masih teratasi sebagian karena dari evaluasi didapatkan data-data bahwa klien mengatakan nafsu makan bertambah, makan dari Rumah Sakit hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi, klien masih terlihat lemas. Maka dari itu untuk melanjutkan asuhan keperawatan pada Sdr.A, penulis telah menginformasikan pada perawat yang ada di ruangan untuk melanjutkan intervensi yaitu anjurkan makan sedikit tapi sering, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan kesukaan.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesimpulan dari pengelolaan kasus yang berkaitan dengan asuhan keperawatan typhoid pada Sdr. A di ruang Banowati RSUD Kota Semarang. Selain itu penulis juga akan memberikan saran yang ditujukan pada instansi pendidikan, lahan praktek dan masyarakat.

A. Kesimpulan

Typhoid merupakan penyakit *infeksi* akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dan dengan atau tanpa gangguan kesadaran. Etiologi typhoid adalah salmonella typhi yang berhasil diisolasikan pertama kali dari seorang pasien typhoid oleh gaffkey di jerman pada tahun 1884. Mikroorganisme ini merupakan bakterigram negatif yang motil bersifat aerob dan tidak membentuk spora. Salmonella typhi dapat tumbuh dalam semua media, pada media yang selektif bakteri ini memfermentasi glukosa dan manosa, tetapi tidak dapat memfermentasi laktosa.

Masalah keperawatan yang muncul pada Sdr. A adalah: Hipertermi berhubungan dengan adanya peradangan infeksi virus, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, dan resiko tinggi terhadap defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder.

Intervensi yang direncanakan untuk diagnosa hipertermi berhubungan dengan adanya peradangan infeksi virus : memonitor tanda-tanda vital, memotivasi banyak minum air putih, beri kompres hangat, beri pakaian tipis dan tidak panas, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Pada diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia : kaji status nutrisi dan riwayat mual muntah, beri makan porsi kecil tapi sering, berikan makanan selagi hangat, kolaborasi dengan ahli gizi, dan jelaskan pentingnya nutrisi bagi penyembuhan. Pada resiko tinggi terhadap defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder : kaji keluhan muntah, pantau tanda dan gejala muntah, dan pertimbangkan kehilangan cairan tambahan yang berhubungan dengan muntah.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang muncul sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Evaluasi yang penulis dapatkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan pada Sdr. A adalah hipertermi berhubungan dengan adanya peradangan infeksi virus masalah teratasi, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia masalah teratasi sebagian, dan resiko tinggi terhadap defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder masalah teratasi.

B. Saran

1. Bagi Instansi Pendidikan

Bagi staf pengajar dapat menambah pengetahuan dan wawasan sehingga dalam memberikan masukan dalam hal pembelajaran khususnya pada asuhan keperawatan pada pasien dengan typhoid yang nantinya diberikan kepada mahasiswa.

2. Bagi Lahan Praktik

Tenaga kesehatan diharapkan dapat menambah wawasan dan untuk menangani kasus medikal dengan masalah typhoid diperlukan pengamatan, pengawasan, perawatan dan pemeliharaan yang lebih intensif. Upaya-upaya tersebut dimaksudkan untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien dari hari ke hari selama di rumah sakit.

3. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat mengetahui dan menambah wawasan tentang typhoid.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. (2006). *Diagnosa Keperawatan*. Edisi 10. (Alih bahasa Yasmin Asih). Jakarta: EGC
- Darmowandowo W (2002). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak : Infeksi & Penyakit Tropis*, edisi 1. FKUI ,Jakarta
- Doenges, Marylin, E, 2000,*Rencana Asuhan Keperawatan, Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, EGC, Jakarta
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan Anak Sakit*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Puspongoro,(2002).*Standar Pelayanan Medis*. Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta
- Rahmad Juwono, 1996, *Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 3, FKUI, Jakarta.
- Rahmawati Dwi Agustina. (2011). *Analisi Kasus Demam Typoid Di Wilayah Semarang*. Wordpress.com. Diakses pada tanggal 4 april 2011 jam 15.40 WIB.
- Rampengan, 1997. *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Jakarta: EGC
- Rampengan, 2008. *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Jakarta: EGC
- Soedarmo, et all, 2002. *Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis*. Jakarta: badan Penerbit IDAI.
- Suriadi & Yuliani, R. (2006). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Jakarta: Sagung Seto