

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN THYPOID
DENGAN HIPERTERMI DI RUANG AGATE ATAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (Amd.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Stikes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

Ani Rosita

NIM : AKX.16.154



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESHATAN
BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ani Rosita

NIM : AKX.16.154

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Thypoid Dengan
Hipertermi Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit
Umum Daerah Dr.Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 01 Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan



Ani Rosita

AKX.16.154

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN THYPOID DENGAN
HIPERTERMI DIRUANG AGATE ATAS
RSUD DR SLAMET GARUT**

**OLEH
ANI ROSITA
AKX.16.154**

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera
dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



Vina Vitniawati S. Kep., Ners., M. Kep
NIP : 10104025

Pembimbing Pendamping



A. Aep Indarna, S. Kep., Ners., M. Pd
NIP : 0409127702

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S. Kp., M. Kep
NIP : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN THYPOID DENGAN
HIPERTERMI DI RUANGAN AGATE ATAS
RSUD DR.SLAMET GARUT**

**OLEH
ANI ROSITA
AKX.16.154**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal 16 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Vina Vitniawati S.Kep.,Ners.,M.Kep

Anggota :

1. Tuti Suprapti S.Kp.,M.Kep
2. Angga Satria Pratama S.Kep.,Ners.,M.Kep
3. A Aep Indarna S.Kep.,Ners.,M.Pd



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung



Ketua,
Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep

NIK:10107064

ABSTRAK

Latar Belakang : Thypoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh Salmonella typhi. Typoid ini umumnya ditandai dengan gejala demam satu minggu dan mengakibatkan hipertermi. Hipertermi yaitu suatu kondisi dimana suhu tubuh meningkat drastis dari suhu normal. Di RSUD Dr Slamet Garut pada tahun 2018 angka kejadian demam typhoid menempati urutan ke-2 dari 10 kasus penyakit dalam. **Tujuan :** Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Thypoid Dengan Masalah Keperawatan Hipertermi Di Rsud Dr.Slamet Garut **Metode :** Studi kasus dilakukan untuk mengeksplorasi masalah keperawatan pada klien thypoid dan menyertakan dari berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien thypoid dengan masalah keperawatan Hipertermi. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Hipertermi pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi dan mendapatkan hasil evaluasi sesuai dengan kriteria kedua klien. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah hipertermi dikarenakan repon tubuh yang menandakan adanya bakteri. Terdapat kesamaan antara hasil dari intervensi kompres hangat pada kedua klien yaitu hari ketiga dengan hasil klien mengatakan tidak panas lagi. **Saran :** Penulis menyarankan kepada perawat agar pelaksanaan kompres hangat dapat dilakukan secara rutin, dan pihak rumah sakit dapat meningkatkan fasilitas kesehatan sesuai standar operasional prosedur dalam pelaksanaan kompres hangat.

Kata Kunci : *Thypoid, Hipertermi, Asuhan Keperawatan*

Daftar Pustaka : 6 Buku (2000-2016), 1 Jurnal (2018), 2 Website

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN THYPOID DENGAN HIPERTERMI DI RSUD SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam penyelesaian Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H Mulyana, SH, M,PD, MH.Kes selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep Selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. A. Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,M.Pd selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. H. Maksut Farid MM. Selaku direktur utama rumah sakit umum dr.slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Wita Juwita S.Kep.,Ners selaku CI ruangan Agate Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Kedua orang tua saya dan seluruh keluarga saya tercinta yang selalu memberi motivasi, terimakasih atas seluruh do'a, dukungan, serta kasih sayangnya.

9. Sahabat-sahabat seperjuangan saya Tresna, Hilmi, Puspitasari, Imelda, Irfan, Arif dan semua pihak yang tidak dapat saya tulis satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas semua pihak yangtelah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 24 Juli 2019

Ani Rosita

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	6
2.1.1 Pengertian Penyakit Thypoid	6
2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan	6
2.1.3 Etiologi	12

2.1.4 Patofisiologi	12
2.1.5 Pathway	14
2.1.6 Manifestasi Klinis	15
2.1.7 Komplikasi	17
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.9 Penatalaksanaan	19
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Thyroid	20
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	20
2.3.2 Analisa Data	27
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	27
2.3.4 Perencanaan Keperawatan	28
2.3.5 Pelaksanaan	34
2.3.6 Evaluasi	34
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	37
3.2 Batas Istilah	37
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian	38
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	38
3.5 Pengumpulan Data	39
3.6 Uji Keabsahan data	40
3.7 Analisis Data	40
3.8 Etik Penulisa KTI	42
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil.....	45
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	45
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	46
4.1.3.1 Pengkajian	46

4.1.3.2 Analisis Data	55
4.1.3.3 Diagnosa Keperawatan	58
4.1.3.3 Intervensi Keperawatan	59
4.1.3.4 Implementasi Keperawatan	61
4.1.3.5 Evaluasi	65
4.2 Pembahasan	67
4.2.1 Pengkajian	66
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	66
4.2.3 Perencanaan	70
4.2.4 Implementasi	73
4.2.5 Evaluasi	76
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	77
1. Pengkajian	77
2. Diagnosa Keperawatan	77
3. Intervensi Keperawatan	78
4. Implementasi Keperawatan	78
5. Evaluasi	78
5.2 Saran	79
1. Untuk Perawat	79
2. Untuk Rumah Sakit	79
3. Untuk Pendidikan	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 anatomi lambung	7
Gambar 2.2 usus halus	9
Gambar 2.3 usus besar	10

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi hipertermi	29
Tabel 2.2 Intervensi resiko tinggi ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.....	30
Tabel 2.3 Intervensi nyeri	32
Tabel 2.4 Intervensi resiko kerusakan integritas jaringan	33
Tabel 2.5 Intervensi kecemasan	34
Tabel 2.6 Intervensi pemenuhan intervensi	35
Tabel 4.1 Pola aktivitas sehari-hari	49
Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan labolatorium	59
Tabel 4.3 Rencana pengobatan	59
Tabel 4.4 Analisa data	59
Tabel 4.5 Diagnosa keperawatan	61
Tabel 4.6 Intervensi keperawatan	61
Tabel 4.7 Implementasi keperawatan	65
Tabel 4.8 Evaluasi	69

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway tifoid	14
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Proposal

Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran III SAP (Satuan Acara Penyuluhan)

Lampiran IV Jurnal

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi merupakan salah satu masalah kesehatan terbesar tidak hanya di Indonesia, tetapi juga diseluruh dunia. Selain virus sebagai penyebabnya bakteri juga tidak kalah pentingnya sebagai penyebab penyakit infeksi. Penyakit infeksi ini juga merupakan penyebab kematian diseluruh dunia. Indonesia merupakan negara berkembang dengan angka kejadian infeksi yang tinggi yang didominasi oleh infeksi saluran nafas disusul oleh infeksi saluran pencernaan diantaranya yaitu thypoid (Nuraini,2015).

Penyakit thypoid ini sangat erat kaitannya dengan dengan kualitas yang kurang memadai dari hygiene pribadi dan sanitasi lingkungan, thypoid merupakan salah satu penyebab utama penyakit dan kematian pada daerah dengan populasi berlebih dan tidak bersih. Saat ini sebagian besar insidensi penyakit thypoid terdapat pada negara-negara berkembang dengan tingkat higienitas kurang baik terutama negara yang terletak di daerah tropis dan subtropis (Brusch&Garvey, 2011).

Menurut WHO pada tahun 2016, memperkirakan 21 juta kasus thypoid diseluruh dunia dengan insidensi 222.000 jiwa. Riset Kesehatan Dasar Nasional tahun 2013 prevalensi typhoid klinis nasional sebesar 1,6%. Sedangkan prevalansi hasil analisis lanjut ini sebesar 1,5% yang artinya ada kasus typhoid 1.500/100.000 penduduk Indonesia. Profil kesehatan

Indonesia tahun 2010 thypoid atau paratiroid juga menempati urutan ke-3 dari 10 penyakit terbanyak pasien rawat inap dirumah sakit tahun 2010 yaitu sebanyak 41,081 kasus, yang meninggal 247 orang dengan case fatality rate 0,67%.

Di daerah Jawa Barat terdapat 2,14 kasus per 1.000 penduduk yang berhubungan dengan kebiasaan pola hidup bersih dan sehat. (Riskesdas, 2009). Berdasarkan hasil laporan di ruang agate atas RSUD Dr Slamet Garut pada tahun 2018 angka kejadian demam typhoid di RSUD dr Slamet Garut menempati urutan ke-2 dengan jumlah 274 dengan presentase 27,3% dari 10 kasus penyakit dalam (Data rekam medik RSUD dr Slamet Garut, 2018).

Thypoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Typhoid ini umumnya ditandai dengan gejala demam satu minggu atau lebih, lemah dan lesu, nyeri kepala, ruam pada kulit, dan disertai gangguan pada saluran pencernaan dengan atau tanpa gangguan kesadaran. Dampak dari penyakit thypoid yang tidak segera ditangani diantaranya bisa menyebabkan perdarahan usus, perforasi usus, peritonitis dan peradangan akibat sepsis yaitu meningitis, bronkitis dan miokarditis. Akan tetapi untuk pasien yang dirawat dengan penyakit thypoid jarang ditemukan pasien dengan komplikasi karena sebagian besar pasien mengeluh demam dengan suhu diatas $37,7^{\circ}\text{C}$ sehingga menimbulkan masalah hipertermi (Muttaqin&Kumala, 2013).

Hipertermi merupakan suatu kondisi dimana suhu tubuh meningkat drastis dari suhu normal. Hipertermi dapat disebabkan karena terjadi akibat

paparan suhu panas yang berlebihan dari luar tubuh dan kegagalan sistem regulasi suhu tubuh untuk mendinginkan tubuh. Dampak dari hipertermi yang tidak segera ditangani salah satunya adalah bisa menimbulkan dehidrasi dimana kondisi tubuh kehilangan lebih banyak cairan dari pada yang didapatkan, sehingga keseimbangan zat gula dan garam menjadi terganggu akibatnya tubuh tidak dapat berfungsi secara normal. (Lynda Juall, 2012).

Maka dalam hal ini peran perawat sangat penting dalam merawat pasien thypoid antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan (Marini&Wulandari,2014). Salah satu cara untuk mengatasi hipertermi dapat dilakukan dengan cara farmakologi dan non farmakologi, yaitu tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain dengan cara pemberian paracetamol sesuai dengan dosis yang dibutuhkan. Sedangkan untuk cara non farmakologi bisa dilakukan dengan cara kompres hangat, kompres hangat merupakan salah satu cara yang dapat membantu menurunkan suhu tubuh (Fatmawati, dikutip dalam jurnal yang berjudul efektifitas kompres hangat).

Berdasarkan fenomena diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien thypoid dengan hipertermi secara komprehensif dan membuat suatu karya tulis ilmiah dengan judul ‘*Asuhan Keperawatan Pada Klien Thypoid Dengan Hipertermi Di Ruang Agate Atas RSUD dr Slamet Garut*’

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien thypoid dengan hipertermi di ruang Agate Atas RSUD Dr Slamet Garut.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penulis membuat karya tulis ilmiah ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang menderita thypoid dengan hipertermi di ruang Agate Atas RSUD Dr Slamet garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien thypoid dengan hipertermi di ruang Agate Atas RSUD Dr Slamet Garut
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien thypoid dengan hipertermi di ruang Agate Atas RSUD Dr Slamet Garut
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien thypoid dengan hipertermi di ruang Agate Atas RSUD Dr Slamet Garut
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien thypoid dengan hipertermi di ruang Agate Atas RSUD Dr Slamet Garut
5. Melakukan evaluasi pada klien thypoid dengan hipertermi di ruang Agate Atas RSUD Dr Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien thyoid dengan hipertermi.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi pelayanan dirumah sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien thyoid dengan hipertermi.

b. Bagi pendidikan

Manfaat praktis bagi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien thyoid dengan hipertermi.

c. Bagi perawat

Perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien thypoid dengan hipertermi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian Penyakit Typhoid

Thypoid adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *Salmonella typhi* (Muttaqin&Kumala, 2013). Thypoid adalah suatu penyakit infeksi usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella* tipe A,B, C yang dapat menular melalui oral, fektal, makanan dan minuman yang terkontaminasi. (Padila,2013).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa thypoid merupakan penyakit akut yang menyerang saluran pencernaan tepatnya usus halus yang disebabkan oleh *Salmonella thypi*.

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

1. Mulut

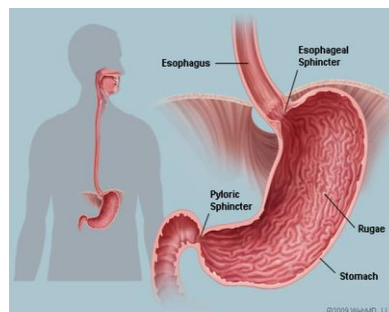
Mulut merupakan organ pencernaan yang pertama bertugas dalam proses pencernaan makanan. Fungsi utama mulut adalah untuk menghancurkan makanan sehingga ukurannya cukup kecil untuk dapat ditelan ke dalam perut. Mulut dapat menghaluskan makanan karena didalam mulut terdapat gigi dan lidah. Selain mencerna makanan secara mekanis, dimulut juga terjadi pencernaan secara kimiawi. Pencernaan secara kimiawi dimungkinkan karena kelenjar air liur

menghasilkan ludah yang mengandung air, lendir, dan enzim ptialin. Air dan lendir berguna untuk melumasi rongga mulut dan membantu proses menelan. Adapun enzim ptialin mengubah amilum menjadi karbohidrat yang lebih sederhana, yaitu maltosa.

2. Kerongkongan

Kerongkongan atau esofagus merupakan saluran penghubung antara rongga mulut dengan lambung. Kerongkongan berfungsi sebagai jalan bagi makanan yang telah dikunyah dari mulut menuju lambung. Otot kerongkongan dapat berkontraksi secara bergelombang sehingga mendorong makanan masuk ke dalam lambung. Gerakan kerongkongan ini disebut gerak peristaltik. Gerak ini terjadi karena gerak otot yang memanjang dan melingkari dinding kerongkongan mengkerut secara bergantian. Jadi, gerak peristaltik merupakan gerak kembang-kempis kerongkongan untuk mendorong makanan masuk ke lambung.

3. Lambung

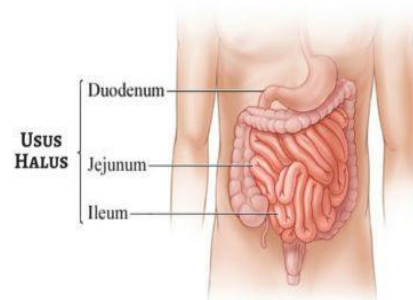


Gambar 2.2 Lambung (Farandika, 2014)

Lambung adalah kelanjutan dari esofagus, berbentuk seperti kantung. Lambung dapat menampung makanan 1 liter hingga mencapai 2 liter. Dinding lambung disusun oleh otot-otot polos yang berfungsi menggerus makanan secara mekanik melalui kontraksi otot-otot tersebut. Ada 3 otot polos yang menyusun lambung, yaitu otot memanjang, otot melingkar, dan otot menyerong. Lambung memiliki tiga fungsi utama dalam sistem pencernaan, yaitu untuk menyimpan makanan dan cairan yang tertelan; untuk mencampur makanan dan cairan pencernaan yang diproduksinya, dan perlahan-lahan mengosongkan isinya ke dalam usus kecil. Hanya beberapa zat, seperti air dan alkohol, yang dapat diserap langsung dari lambung.

Zat-zat makanan lainnya harus menjalani proses pencernaan lambung. Dinding otot perut yang kuat mencampur dan mengocok makanan dengan asam dan enzim, memecahnya menjadi bagian-bagian yang lebih kecil. Makanan diolah menjadi bentuk semi padat yang disebut chyme. Setelah makan, chyme perlahan dilepaskan sedikit demi sedikit melalui *pyloric sphincter*, sebuah cincin otot antara lambung dan bagian pertama dari usus halus yang disebut duodenum (usus 12 jari). Sebagian besar makanan meninggalkan perut hingga empat jam setelah makan (Syarifuddin, 2011).

4. Usus halus



2.2 Gambar usus halus (Farandika, 2014)

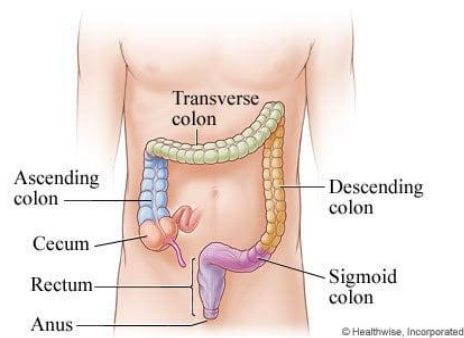
Usus halus berbentuk tabung tipis sekitar satu inci dengan panjang sekitar 10 meter. Usus halus terletak hanya lebih rendah dari pada lambung dan memakan sebagian besar ruang di rongga perut. Seluruh usus halus digulung seperti selang dan permukaan bagian dalamnya penuh dengan banyak tonjolan dan lipatan. Lipatan ini digunakan untuk memaksimalkan pencernaan makanan dan penyerapan nutrisi. Pada saat makanan meninggalkan usus halus, sekitar 90 persen dari semua nutrisi telah diekstraksi dari makanan yang masuk ke dalamnya. Usus halus terdiri dari tiga bagian, yaitu duodenum (usus 12 jari), jejunum (bagian tengah melingkar), dan ileum (bagian terakhir). Usus halus memiliki dua fungsi penting, yaitu:

1. Proses pencernaan selesai di sini oleh enzim dan zat lain yang dibuat oleh sel usus, pankreas, dan hati. Kelenjar di dinding usus mengeluarkan enzim yang memecah pati dan gula. Pankreas mengeluarkan enzim ke dalam usus kecil yang membantu

pemecahan karbohidrat, lemak, dan protein. Hati menghasilkan empedu, yang disimpan di kantong empedu. Empedu membantu membuat molekul lemak dapat larut, sehingga dapat diserap oleh tubuh.

2. Usus halus menyerap nutrisi dari proses pencernaan. Dinding bagian dalam dari usus kecil ditutupi oleh jutaan villi dan mikrovilli. Kombinasi keduanya meningkatkan luas permukaan usus halus secara besar-besaran, memungkinkan penyerapan nutrisi terja.

5. Usus besar



Gambar 2.4 Usus Besar (Farandika, 2014)

Usus kecil mengarah tepat ke dalam usus besar yang kemudian berakhir di anus, yang kedua terakhir dari usus besar. Usus besar membentuk huruf “U” terbalik di atas usus halus yang digulung. Ini dimulai di sisi kanan bawah tubuh dan berakhir di sisi kiri bawah. Usus besar berukuran sekitar 5-6 meter, yang memiliki tiga bagian, yaitu sekum (cecum), kolon dan rektum (rectum). Sekum adalah

kantung di awal usus besar. Area ini memungkinkan makanan lewat dari usus halus ke usus besar. Kolon adalah tempat cairan dan garam diserap dan memanjang dari sekum ke rektum. Bagian terakhir dari usus besar adalah rektum, yang mana disimpan sebelum meninggalkan tubuh melalui anus.

Fungsi utama dari usus besar adalah membuang air dan garam (elektrolit) dari bahan yang tidak tercerna dan membentuk limbah padat yang dapat dikeluarkan. Bakteri di usus besar membantu memecah bahan yang tidak tercerna. Sisa isi usus besar dipindahkan ke arah rektum, di mana feses disimpan sampai meninggalkan tubuh melalui anus (Syarifuddin, 2011).

6. Rektum dan Anus

Rektum adalah organ terakhir dari usus besar pada beberapa jenis mamalia yang berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, di mana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi.

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit tifoid adalah jenis salmonella typhi dengan ciri-ciri sebagai berikut :

1. Basil gram negative yang bergerak dengan bulu getar dan tidak berspora.
2. Memiliki paling sedikit 3 macam antigen, yaitu antigen O (somatik yang terdiri atas kompleks liposakarida), antigen H (flagella), dan antigen Vi. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pasien, biasanya terhadap zatanti (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut (sodikin, 2011)

2.1.4 Patofisiologi

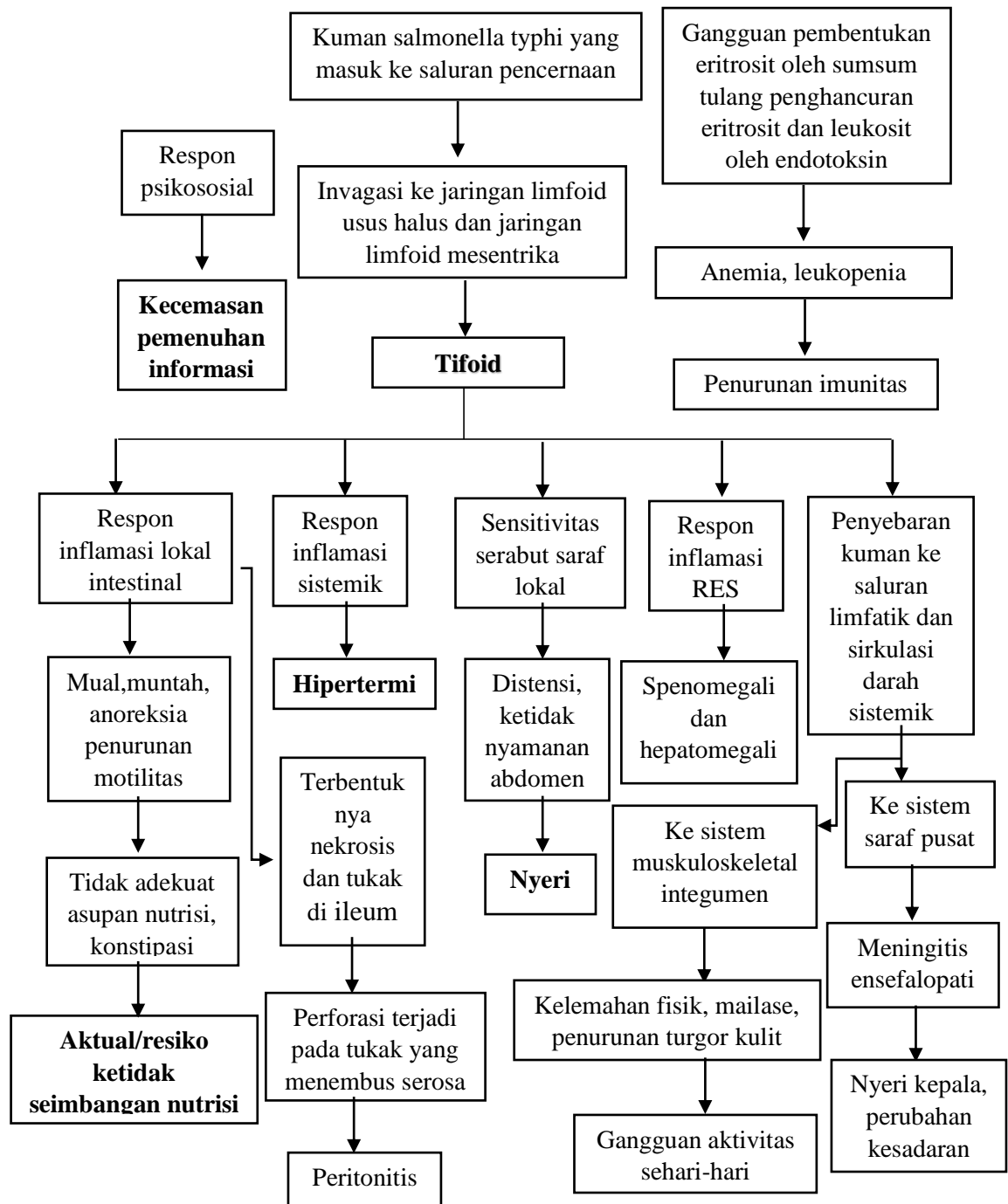
Kuman salmonella thypi masuk melalui mulut, sebagian kuman akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus, ke jaringan limfoid dan berkembang biak menyerang vili usus halus kemudian kuman masuk ke peredaran darah (bakterimia primer) dan mencapai sel-sel retikulo endoteal, hati, limpa dan organ lainnya. Usus yang terserang *tifus* umumnya ilemun distal, tetapi kadang bagian lain usus halus dan kolon proksimal juga dihinggap. Pada mulanya, *plak peyer* penuh dengan fagosit, membesar, menonjol, dan tampak seperti infiltrat atau hiperplasia di mukosa usus.

Masuknya kuman kedalam intestinal terjadi minggu pertama dengan tanda dan gejala suhu tubuh naik turun khususnya suhu akan naik pada

malam hari dan akan menurun menjelang pagi hari. Demam yang terjadi masa ini disebut demam intermiten (suhu yang tinggi, naik-turun, dan turunnya dapat mencapai normal). Disamping peningkatan suhu tubuh, juga akan terjadi obstipasi sebagai penurunan motilitas suhu, namun hal ini tidak selalu terjadi dapat pula sebaliknya. Setelah kuman melewati fase awal intestinal, kemudian masuk ke sirkulasi sistemik dengan tanda peningkatan suhu tubuh yang sangat tinggi dan tanda-tanda infeksi pada RES seperti nyeri perut kanan atas, *splenomegaly*, dan *hepatomegaly* (Chatterjee, 2009).

Proses ini terjadi dalam masa tunas dan akan berakhir saat sel-sel retikulo endoteleal melepaskan kuman ke dalam peredaran darah dan menimbulkan bakterimia untuk kedua kalinya. Selanjutnya kuman masuk kebeberapa jaringan organ tubuh, terutama limpa, usus dan kandung empedu. Pada minggu pertama sakit, terjadi hiperplasia plaks player. Ini terjadi pada kelenjar limfoid usus halus. Minggu kedua terjadi nekrosis dan pada minggu ketiga terjadi ulserasi plak player. Pada minggu ke empat terjadi penyembuhan ulkus yang dapat menimbulkan sikatrik. Ulkus dapat menyebabkan perdarahan, bahkan sampai porferasi usus. Selain itu hepar, kelenjar-kelenjar mesentrial dan limpa membesar. Gejala demam disebabkan oleh kelainan pada usus halus (Suriadi, 2010).

2.1.5 Pathway



(Muttaqin&Kumala 2013)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Gejala umum

1. Demam yang disebabkan endotoksin yang dikeluarkan oleh kuman.

Minggu I

Akhir minggu pertama demam sekitar 38,8°C-40°C penderita mengeluh sakit kepala hebat, tampak apatis dan lelah. Penderita tampak sakit sedang akan tetapi pada kondisi sekitar 10-15% tampak toksik. Pada saat panas tinggi mulut menjadi kering karena saliva berkurang, lidah tampak kotor, dilapisi selaput putih kecoklatan. Pada akhir minggu pertama sering di dapatkan rasa mual dan muntah. Tidak ditemukan nyeri perut akan tetapi biasanya penderita mengeluh tidak enak perut dan juga masih konstipasi.

Minggu II

Pada sebagian besar penderita demam tinggi terus berlangsung mencapai 38,8°C-40°C, bersifat kontinyu dengan perbedaan suhu sekitar 0,5°C pada pagi dan petang hari. Pada keadaan ini mungkin didapatkan bradikardi relative, gejala klasik yang sekarang hanya dijumpai pada 25% penderita. Lidah tertutup selaput tebal dan penderita kehilangan nafsu makan dan minum. Didapatkan daerah nyeri yang merata diseluruh kuadran bawah, dan distensi abdomen dengan daerah yang timpani karena konstipasi, penumpukan tinja atau berkurangnya tonus lapisan otot intestine dan lambung.

Minggu III

Memasuki minggu ketiga penderita memasuki tahap *typhoid state* yang ditandai dengan disorientasi, bingung, insomia, lesu dan tidak bersemangat. Biasa didapatkan pula delirium tetapi jarang dijumpai koma. Abdomen tampak lebih distensi dari sebelumnya. *Nodus player* mungkin mengalami nekrotik ulserasi, sehingga sewaktu-waktu dapat timbul perdarahan dan perforasi dan penderita mengalami berak berwarna lembek berwarna coklat tua atau kehijauan dan berbau. Tetapi penderita masih mengalami konstipasi pada akhir minggu ketiga suhu mulai menurun secara lisis dan mencapai normal pada minggu berikutnya. (Suriyadi, 2010).

2. Lemah dan lesu
3. Ruam muncul pada hari ke 7-9 dan bertahan selama 2-3 hari
4. Nyeri kepala , nyeri perut
5. Kembung, mual muntah, diare, konstipasi
6. Pusing, bradikardi, nyeri otot
7. Lidah yang berselaput dan kotor ditengah.
8. Hepatomegali dan splenomegali

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi biasanya terjadi pada usus halus, gangguan pada usus halus ini dapat berupa :

1. Perdarahan usus

Apabila perdarahan terjadi dalam jumlah sedikit, perdarahan tersebut hanya dapat ditemukan jika dilakukan pemeriksaan feses dengan benzidin. jika perdarahan banyak, maka dapat terjadi melena yang bisadisertai nyeri perut. Perforasi usus biasanya timbul pada minggu ketiga atau setelahnya dan terjadi pada bagian usus distal ileum.

2. Perforasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara dirongga peritonium, yaitu pekak hati menghilang terdapat udara dihati dan diafragma pada foto rontgen abdomen yang dibuat tegak.

3. Peritonitis

Peritonitis biasanya menyertai perforasi, namun dapat juga terjadi tanpa perforasi usus. Ditemukan gejala abdomen akut seperti nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang dan nyeri tekan.

4. Komplikasi diluar usus

Terjadi lokalisasi peradangan akibat sepsis, yaitu meningitis, bronkitis, miokarditis, kolesistitis, ensefalopati, dan lain-lain (Muttaqin&Kumala, 2013).

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan darah perifer lengkap

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

2. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

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

3. Pemeriksaan uji widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap bakteri salmonella typhi. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya infeksi oleh salmonella typhi maka penderita membuat antibodi (aglutinin).

4. Kultur

Kultur darah : bisa positif pada minggu pertama.

Kultur urine : bisa positif pada akhir minggu kedua.

Kultur feses: bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga.

5. Anti salmonella typhi igM

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

6. Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan ini untuk mengetahui apakah ada kelainan atau komplikasi akibat tifoid.

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Non farmakologi

Bisa dilakukan bed rest serta diet yang diberikan bubur saring kemudian bubur kasar dan akhirnya nasi sesuai dengan tingkat kesembuhan pasien. diet berupa makanan rendah serat.

2. Farmakologi

Diberi kloramfenikol, dosis 50mg/kgBB/hari terbagi dalam 3-4 kali pemberian oral atau IV selama 14 hari. Bila ada kontraindikasi kloramfenikol diberikan ampisilin dengan dosis 200mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali. Pemberian, intravena saatsebelum dapat minum obat, selama 21 hari, atau amoksilin dengan dosis 100mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali. Pemberian, oral/intravena selama 21 hari kotrimoksazol dengan dosis 8mg/kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian oral selama 14 hari. Pada kasus berat, dapat diberi ceftriaxon dengan dosis 50mg/kgBB/hari dan diberikan 2 kali sehari atau 80mg/kgBB/hari, sekali sehari, intravena selama 5-7 hari.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Tifoid

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Keluhan utama berupa perasaan tidak enak badan, panas, lesu nyeri kepala, pusing, kurang bersemangat dan nafsu makan berkurang. Pada kasus yang khas demam berlangsung tiga minggu, dan suhu tidak tinggi sekali. Selama minggu pertama suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap hari, biasanya menurun setelah beberapa 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.

Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak berapa dalam, yaitu apatis sampai somnolen. Jarang jadi stopor, koma atau gelisah (kecuali penyakitnya berat dan terlambat mendapat pengobatan). Disamping gejala – gejala tersebut mungkin terdapat gejala lainnya. Pada punggung atau anggota gerak dapat ditemukan rescola, yaitu bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam kadang-kadang ditemukan bradikardi (muttaqin & Kumala, 2013).

A. Aktivitas Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Di isi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi nutrisi sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi : jenis makanan

dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi dan keluhan yang berhubungan dengan nutrisi. Klien biasanya memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang tidak bersih dan sudah terkontaminasi oleh bakteri salmonella typhi. Apabila telah terkena tifoid, penderita harus melakukan diet rendah serat memperbanyak konsumsi makanan yang mengandung banyak kalori, cairan dan protein (Rohmah, 2009).

b. Pola Eliminasi

Di isi dengan eliminasi BAB dan BAK menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi : frekuensi, konsistensi, warna dan bau. penderita thypoid akan mengalami konstipasi atau diare dan yang paling parah dapat terjadi melena (Muttaqin&Kumala, 2013).

c. Pola Istirahat Tidur

Di isi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat sakit meliputi : jumlah jam tidur siangdan malam serta masalahatau keluhan tidur. penderita thypoid biasanya akan mengalami nyeri kepala yang dapat mengganggu kualitas dan kuantitas tidurnya.

d. Pola Personal Hygiene

Di isi dengan bagaimana kebersihan diri dari sejak sehat dan saat sakit. klien dengan thypoid akan mengalami

kelemahan fisik akibat infeksi salmonella typhi, sehingga kebersihan diri tidak dapat dilakukan (Rohmah, 2009).

B. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, berat badan, dan nilai GCS (Glasgow Coma Scale). pemeriksaan fisik ditemukan hal-hal sebagai berikut :

a. Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Keadaan umum klien thypoid, pada fase awal penyakit biasanya tidak di dapatkan adanya perubahan. Pada fase lanjut, secara umum pasien terlihat sakit berat dan sering di dapatkan penurunan tingkat kesadaran (apatis, delirium). Pada fase 7-14 hari didapatkan suhu tubuh meningkat $38,8^{\circ}\text{C}$ - $39,4^{\circ}\text{C}$ pada malam hari dan biasanya turun pada pagi hari. Pada pemeriksaan nadi didapatkan penurunan frekwensi nadi atau bradikardi relatif (Muttaqin&Kumala, 2013)

b. Sistem pernafasan

Sistem pernafasan biasanya tidak di dapatkan adanya kelainan, tetapi akan mengalami perubahan apabila terjadi respon akut dengan gejala batuk kering. Pada beberapa kasus berat bisa di dapatkan adanya komplikasi tanda dan gejala pnemonia (Muttaqin&Kumala, 2013).

c. Sistem kardiovaskuler

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

d. Sistem pencernaan

Saat dilakukan inspeksi biasanya lidah kotor berselaput putih kecoklatan dan tepi hiperemis disertai stomatitis. Tanda ini mulai nampak pada akhir minggu pertama berhubungan dengan infeksi sistemik dan endotoksin kuman, Sering muntah, Perut kembung, distensi abdomen dan nyeri, merupakan tanda yang di waspadai terjadinya perforasi dan peritonitis. Saat di auskultasi didapatkan penurunan bising usus kurang dari 5 kali/menit pada minggu pertama dan terjadi konstipasi serta selanjutnya meningkat akibat diare.

Saat di perkusi di dapatkan suara timpani abdomen akibat kembung. Saat dipalpasi biasanya hepatomegali dan splenomegali, pembesaran hati dan limpa mengindikasikan infeksi RES yang mulai terjadi pada minggu ke II dan nyeri tekan abdomen.

e. Sistem genitourinaria

Awal klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral pada kondisi berat akan di dapatkan penurunan urine output respons dari penurunan curah jantung. (Muttaqin&Kumala, 2013).

f. Sistem persyarafan

Pada pasien dengan dehidrasi akan menyebabkan penurunan perfusi serebral dengan manifestasi sakit kepala, perasaan lesu, gangguan mental seperti halusinasi dan delirium pada beberapa pasien bisa di dapatkan kejang umum yang merupakan respon terlibatnya sistem saraf pusat oleh infeksi thypoid. Di dapatkannya ikterus pada sklera terjadi pada kondisi berat. (Muttaqin&Kumala, 2013).

g. Sistem integumen

Pemeriksaan integumen sering di dapatkan kulit kering, turgor kulit menurun, muka tampak pucat, rambut agak kusam, dan yang terpenting sering, sering di dapatkannya reseola (bintik merah pada leher, punggung dan paha) roseolamerupakan suatu nodul kecil sedikit menonjol dengan diameter 2-4 mm berwarna merah, pucat serta hilang pada penekanan, lebih sering terjadi pada akhirminggu pertama dan awal minggu kedua. Roseola ini merupakan emboli kuman

dimana didalamnya mengandung kuman salmonela dan terutama di dapatkan di daerah perut, dada dan terkadang di bokong maupun bagian lengan atas (Muttaqin&Kumala, 2013).

h. Sistem muskuloskeletal

Respon sistemik akan menyebabkan malaise, kelemahan fisik umum, dan di dapatkan kram otot ekstemitas.

C. Data Psikologis

1. Status emosi

Pengendalian emosi mood yang domain, mood yang dirasakan saat ini, pengaruh atas pembicaraan orang lain dan kestabilan emosi.

2. Konsep diri

Dikaji pola konsep diri yang meliputi gambran diri, ideal diri, identitas diri dan peran konsep diri menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri, kemampuan dan perasaan klien.

3. Gaya komunikasi

Cara klien bicara, cara memberi informasi, penolakan untuk merespon, komunikasi non verbal, kecocokan bahasa verbal dan non verbal.

4. Pola koping

Pola koping umum dan keefektifan keterampilan klien dalam mentoleransi stres dan apa yang dilakukan klien dalam menghadapi masalah, kepada siapa klien mengadu masalah.

5. Data spiritual

Data yang harus dikaji meliputi ciri kehidupan yang penting dalam kehidupan klien, keyakinan tentang penyakit dan kesembuhan, hubungan kepercayaan dengan Tuhan, pelaksanaan ibadah, keyakinan bantuan Tuhan, dalam proses kesembuhan yang diyakini tentang kehidupan dan kematian.

D. Data penunjang

1. Laboratorium

Pemeriksaan darah ditentukan leukopenia antara 3000-4000/mm³ dan trombositopenia.

2. Terapi

Diet makanan harus mengandung cukup banyak cairan, kalori dan tinggi protein. Bahan makanan tidak boleh banyak mengandung banyak serat tidak merangsang dan tidak menimbulkan banyak gas. Obat pilihan utama adalah kloramfenikol atau tiamfenikol.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengait data dan menghubungkan teori tersebut dengan konsep, teori dan prinsip relevan untuk membuat keputusan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Setiadi, 2012).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Merupakan pernyataan yang menggambarkan respon keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan.

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit. faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah dan kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah. dibawah ini adalah diagnosa keperawatan secara teori menurut (Muttaqin&Kumala, 2013) :

1. Hipertermi berhubungan dengan respon sistemik dari inflamasi gastrointestinal.
2. Aktual atau resiko tinggi ketidakseimbangan nutrisi kurangdarebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang tidak adekuat.

3. Nyeri berhubungan dengan iritasi saluran gastrointestinal.
4. Resiko kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan penekanan setempat, tirah baring lama dan kelemahan fisik.
5. Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit dan kurangnya informasi.

2.3.4 Perencanaan keperawatan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan, desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien (Rohmah, 2009). Rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan menurut (Muttaqin & Kumala, 2013) :

1. Hipertermi berhubungan dengan respon sistemik dari inflamasi gastrointestinal.

Tujuan : Dalam waktu 2x24 jam terjadi penurunan suhu tubuh

Kriteria evaluasi :

1. Ttv dalam batas normal.
2. Badan klien tidak panas lagi.
3. Klien menunjukkan suhu dalam batas normal (36,5-37,7).

Tabel 2.1
Intervensi hipertermi

Intervensi	Rasional
1. Evaluasi TTV pada setiap pergantian shift atau setiap ada keluhan dari pasien.	1. Sebagai pengawasan terhadap perubahan keadaan umum sehingga dapat dilakukan penanganan dan perawatan secara cepat dan tepat.
2. kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang cara menurunkan suhu tubuh.	2. sebagai data dasar untuk menentukan intervensi selanjutnya.
3. lakukan tirah barig total.	3. penurunan aktivitas akan meningkatkan laju metabolisme yang tinggi. dengan demikian membantu menurunkan suhu tubuh.
4. Atur lingkungan yang kondusif.	4. ruangan yang tidak panas, tidak bising dan sedikit pengunjung memberikan efektifitas terhadap proses penyembuhan.
5. beri kompres dengan air hangat pada daerah aksila, lipatan paha dan temporal bila terjadi panas.	5. meningkatkan efek konduktivitas dari proses konduksi yang berpindah dari tubuh ke material yang dingin.
6. anjurkan keluarga untuk memakai pakaian yang dapat menyerap keringat seperti katun.	6. pakaian yang mudah menyerap keringat sangat efektif meningkatkan efek evaporasi untuk mengeluarkan suhu tubuh sebesar 22%.
7. anjurkan keluarga untuk melakukan masase pada ekstremitas.	7. meningkatkan aliran darah ke ferifer dan menjadi vasodilatasi perifer yang akan meningkatkan efek dari evaporasi.
8. kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipireutik.	8. bertujuan untuk memblok respon panas sehingga suhu tubuh pasien dapat lebih cepat turun.

2. Aktual atau resiko tinggi ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan tidak adekuat.

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam pasien akan memenuhi kebutuhan nutrisi yang adekuat.

Kriteria evaluasi :

1. Membuat pilihan diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

2. Menunjukkan peningkatan berat badan

Tabel 2.2
intervensi resiko tinggi ketidak seimbangan nutrisi

Intervensi	Rasional
1. kaji pengetahuan pasien tentang asupan nutrisi.	1. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi pasien. Perawat menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kondisi individu pasien. Dengan mengetahui tingkat pengetahuan tersebut perawat dapat lebih terarah dalam memberikan pendidikan sesuai dengan pengetahuan pasien secara efisien dan efektif.
2. berikan nutrisi oral secepatnya setelah rehidrasi dilakukan.	2. Pemberian sejak awal setelah intervensi rehidrasi dilakukan dengan memberikan makanan lunak yang mengandung kompleks karbohidrat seperti nasi lembek, roti, kentang, dan sedikit daging khususnya ayam. Pemberian bubur saring kemudian bubur kasar dan akhirnya sesuai dengan tingkat toleransi pada masalah untuk menghindari komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus.
3. Monitor per kembangan berat badan.	3. Penimbangan berat badan dilakukan sebagai evaluasi terhasap intervensi yang diberikan.

3. Nyeri berhubungan dengan iritasi gastrointestinal

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam nyeri berkurang

Kriteria evaluasi :

1. Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang atau dapat diatasi.

2. Dapat mengidentifikasi aktivitas yang meningkatkan atau menurunkan nyeri.
3. Pasien tidak gelisah.

Tabel 2.3
Intervensi nyeri

Intervensi	Rasional
1. jelaskan dan bantu pasien dengan tindakan pereda nyeri nonfarmakologi dan noninvasif.	1. pendekatan dengan menggunakan relaksasi dan nonfarmakologi telah menunjukkan keefektifan mengurangi nyeri.
2. lakukan manajemen nyeri :	2. istirahat secara fisiologi bisamenurunkan kebutuhan metabolisme.
a. istirahatkan pasien pada saat nyeri muncul	3. meningkatkan asupan oksigen sehingga akan menurunkan nyeri dekunder dan iskemia internal.
b. anjurkan teknik relaksasi pernafasan dalam saatnyeri muncul.	4. Distraksi pengalihan perhatian dapat menurunkan stimulus internal.
c. anjurkan teknik dikstraksi nyeri pada saat nyeri.	5. lingkungan yang tenang akan menentukan nyeri eksternal dan pembatasan pengujung akan membantu meningkatkan oksigen ruangan.
d. manajemen lingkungan yang tenang batasi pengujung.	6. Pengetahuan yang akan dirasakan membantu mengurangi nyeri.
3. tingkatkan pengetahuan tentang penyebab nyeri dan menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung.	
4. Resiko kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan	

penekanan setempat, tirah baring lama dan kelemahan fisik.

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam resiko dekubitus tidak terjadi

Kriteria evaluasi :

1. Pasien terlihat mampu melakukan pencegahan dekubitus.
2. Area yang beresiko tinggi penekanan setempat tidak ada gejala dekubitus.

Tabel 2.4
Intervensi Resiko kerusakan integritas jaringan

Intervensi	Rasional
1. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang cara dan teknik peningkatan kondisi mobilisasi.	1. Perawat dapat lebih terarah dalam memberikan pendidikan yang sesuai dengan pengetahuan pasien secara efisien dan efektif.
2. Lakukan mobilisasi kiri kanan tiap 2 jam.	2. Mencegah penekanan setempat yang bisa berlanjut pada nekrosis jaringan lunak.
3. Jaga kebersihan dan ganti spreii bila kotor dan basah.	3. Mencegah stimulasi kerusakan pada area bokong yang beresiko terjadi dekubitus.
4. Bantu pasien untuk latihan ROM dan perawatan diri sesuai toleransi.	4. Untuk memelihara fleksibilitas sendi sesuai kemampuan dan peningkatan aliran darah ke ektremitas.
5. Lakukan masase pada daerah menonjol yang baru saja kena penekanan pada waktu berubah posisi.	5. Menghindari kerusakan-kerusakan kapiler-kapiler.
6. Observasi adanya eritema dan kepuccatan serta palpasi area sekitar terhadap kehangatan dan pelunakan jaringan tiap berubah posisi.	6. Deteksi dini adanya gangguan sirkulasi dan hilangnya sensasi resiko tinggi kerusakan integritas kulit kemungkinan komplikasi bedres total dan imobilisasi. Hangat dan pelunakan adalah tanda kerusakan jaringan.

5. Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit dan kurangnya pengetahuan.

Tujuan : Secara subjektif melaporkan rasa cemas berkurang

Kriteria evaluasi :

1. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya kepada perawat
2. Perawat dapat mendemonstrasikan keterampilan pemecahan masalahnya dan perubahan koping yang digunakan sesuai situasi yang dihadapi.
3. Pasien dapat mencatat penurunan kecemasan/ketakutan di bawah standar.

4. Pasien dapat rileks dan tidur dengan baik.

Tabel 2.5
Intervensi kecemasan

Intervensi	Rasional
1. Monitor respon fisik seperti perubahan tanda vital, gerakan yang berulang-ulang, catat kesesuaian respon verbal dan nonverbal selama komunikasi.	1. Digunakan dalam mengevaluasi kesadaran khususnya ketika melakukan komunikasi verbal.
2. Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengungkapkan dan mengekspresikan rasa takutnya.	2. Untuk mengekspresikan rasa takut dan kekhawatiran tentang adanya tentang akan adanya perasaan malu akibat kurang kontrol terhadap eliminasi usus.
3. Catat reaksi dari pasien atau keluarga, berikan kesempatan untuk mendiskusikan perasaannya dan harapan masa depan.	3. Anggota keluarga dengan responnya pada apa yang terjadi dari kecemasannya dapat disampaikan kepada pasien.
4. Anjurkan aktivitas pengalihan perhatian sesuai kemampuan individu seperti menonton tv.	4. Meningkatkan distraksi dan pikiran pasien dengan kondisi sakit.

5. Kurang pengetahuan b.d kurangnya terpapar dengan sumber informasi.

Tujuan : Setelah diberikan penjelasan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan apa yang telah diinformasikan dengan

Kriteria hasil :

1. Klien mampu mengulang kembali informasi penting yang diberikan.
2. Klien terlihat termotivasi terhadap informasi yang dijelaskan.

Intervensi	Rasional
1. Kaji kemampuan klien untuk meng, ikuti pembelajaran (tingkat kecemasan kelelahan umum, pengetahuan klien	1. Keberhasilan proses pembelajaran dipengaruhi oleh persiapan fisik emosional dan lingkungan yang kondusif.

<p>sebelumnya, suasana yang tepat)</p> <p>2. Jelaskan pola hidup sehat.</p>	<p>2. Klien diberi tahu tentang penyediaan makanan sehat pengolahan makanan yang sesuai dengan cara menghindari konsumsi makanan yang tidak terjamin kebersihannya, cara higienis, cara cuci tangan sebelum makan, jika perlu menggunakan sendok, kuku selalu pendek cuci tangan dengan sabun setelah BAB.</p>
---	--

2.3.5 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan serta menilai data yang baru. Dalam pelaksanaan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor.

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dengan kriteria hasil yang dibuat pada saat perencanaan (Muttaqin&Kumala, 2013).

Tujuan yang diharapkan setelah di lakukan intervensi keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Terjadi penurunan suhu tubuh.

2. Asupan nutrisi adekuat.
3. Penurunan tingkat nyeri atau nyeri teratasi.
4. Tidak terjadi kerusakan integritas jaringan dekubitus.
5. Penurunan tingkat kecemasan.

Tujuan dan evaluasi ini adalah :

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- c. Meneruskan rencana tindakan keperawatan

Macam-macam evaluasi yaitu :

- a. Evaluasi formatif (proses)
 1. Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan
 2. Berorientasi pada etiologi
 3. Dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan selesai.
- b. Evaluasi sumatif (hasil)
 1. Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna
 2. Berorientasi pada masalah keperawatan
 3. Menjelaskan keberhasilan dan ketidak berhasilan
 4. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang diterapkan.

Evaluasi sumatif dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut :

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: Analisa ulang atau subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah muncul masalah baru atau data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.