

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Thyphoid Abdominalis

2.1.1 Pengertian

Thyphoid abdominalis adalah penyakit infeksi akut yang biasanya terdapat pada saluran cerna dengan gejala demam lebih dari satu minggu dengan atau tanda gangguan kesadaran(Nanda, 2012).

Demam thyphoid atau thyphoid abdominalis adalah suatu infeksi akut yang terjadi pada usus kecil yang disebabkan oleh kuman Salmonella Typhi. Typhi dengan masa tunas 6-14 hari . Demam typhoid yang terbesar diseluruh dunia tidak tergantung pada iklim. Kebersihan perorangan yang buruk merupakan sumber dari penyakit ini meskipun lingkungan hidup umumnya adalah baik (Widodo, 2006).

Typhoid abdominalis merupakan suatu penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh Salmonella typhii yang ditandai dengan gangguan pada sistem pencernaan dan terkadang disertai dengan gangguan kesadaran. Penyakit thyphoid abdominalis masih dijumpai secara luas di berbagai negara berkembang yang terutama terletak di daerah tropis dan subtropis (Ngastiyah,2005).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Sistem pencernaan berurusan dengan penerimaan makanan dan mempersiapkannya untuk di asimilasi oleh tubuh. Saluran pencernaan yang panjangnya 8-9 meter pada orang dewasa ini dimulai dari mulut, esofagus, lambung, usus halus, usus besar, rektum, dan berakhir di anus (Pearce, 2008).

Saluran pencernaan dapat dikatakan berada di luar tubuh. Zat-zat gizi yang berasal dari makanan harus melewati dinding saluran cerna agar dapat diabsorpsi ke dalam aliran darah. Berikut ini adalah urutan saluran pencernaan dari mulut sampai anus(Almatsier, 2005) :

1. Mulut

Proses pencernaan dimulai di mulut. Mulut adalah rongga lonjong pada permulaan saluran pencernaan. Terdiri dari dua bagian luar yang sempit, atau vestibula, yaitu ruang diantara gusi serta gigi dengan bibir dan pipi, dan bagian dalam yaitu rongga mulut yang dibatasi di sisi-sisinya oleh tulang maxilaris dan semua gigi, dan di sebelah belakang bersambung dengan awal farink. Disaat kita mengunyah, gigi geligi memecah makanan menjadi bagian-bagian kecil, sementara makanan bercampur dengan cairan ludah untuk memudahkan proses menelan. Ketika ditelan, makanan melewati epiglotis, suatu katup yang mencegah makanan masuk trakea paru-paru. Makanan yang telah ditelan dinamakan bolus yang segera masuk ke dalam faring.

2. Esofagus ke lambung

Esofagus adalah sebuah tabung berotot yang panjangnya dua puluh sampai dua puluh lima sentimeter, diatas dimulai dari farink, sampai pintu masuk kardiak lambung bawah. Terletak di belakang trakhea dan di depan tulang punggung. Setelah makanan masuk ke farink maka palatum lunak naik untuk menutup nares posterior, glotis ditutup oleh kontraksi otot-ototnya. Makanan berjalan dalam esofagus karena kerja peristaltik, lingkaran didepan serabut otot makanan mengendor dan yang dibelakang makanan berkontraksi. Maka gelombang peristaltik mengantarkan bola makanan ke lambung. Bolus dalam lambung

bercampur dengan cairan lambung dan di giling halus menjadi cairan yang dinamakan kimus. Lambung kemudian sedikit demi sedikit menyalurkan kimus melalui sfingter pilorus ke dalam usus halus, setelah itu sfingter pilorus menutup.

3. Usus halus

Usus halus adalah segmen yang paling panjang dari saluran Gastrointestinal, yang jumlah panjangnya kira-kira dua per tiga dari total saluran (Smeltzer, 2001). Usus halus terletak di daerah umbilikus dan dikelilingi oleh usus besar. Pada bagian atas usus halus, kimus melewati lubang saluran empedu, yang meneteskan cairan ke dalam usus halus berasal dari dua alat, yaitu kantong empedu dan pankreas. Usus halus dibagi dalam beberapa bagian :

a. Usus dua belas jari (Duodenum)

Duodenum adalah bagian pertama usus halus yang panjangnya 25cm. Berbentuk sepatu kuda, dn kepalanya mengelilingi kepala pankreas. Saluran empedu dan saluran pankreas masuk ke dalam duodenum pada suatu lubang yang disebut ampula hepatopankreatika, atau ampula Vateri, sepuluh sentimeter dari pilorus.

b. Usus kosong (Jejunum)

Jejunum menempati dua perlima sebelah atas dari usus halus yang selebihnya. Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesenterium. Permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus.

c. Usus penyerapan (Ileum)

Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, ini memiliki panjang sekitar 2-4 m dan terletak setelah duodenum dan jejunum, dan dilanjutkan oleh usus buntu. Didalam ileum terjadi proses absorpsi. Absorpsi makanan yang telah dicernakan selurunya berlangsung di dalam usus halus melalui dua saluran, yaitu pembuluh darah kapiler dan saluran limfe di vili di sebelah dalam permukaan usus halus. Sebuah vilus berisi lakteal, pembuluh darah, epitelium, dan jaringan otot yang diikat bersama oleh jaringan limfoid. Lakteal sentralis berakhir menjadi usus buntu, sedangkan jaringan otot datar melaluinya, dan pembuluh darah kapiler mengitarinya. Kemudian seluruhnya diselimuti oleh membran dasar dan ditutupi oleh epitelium. Karena vili keluar dari dinding usus maka bersentuhan dengan makanan cair atau kimus, dan lemak diabsorpsi ke dalam lakteal. Lemak yang telah diabsorpsi kemudian berjalan melalui banyak pembuluh limfe ke reseptakulum khili dan kemudian oleh saluran torasika ke dalam aliran darah.

4. Usus besar (kolon)

Usus besar terdiri dari kolon ascendens (kanan), kolon transversum, kolon descendens (kiri), kolon sigmoid (berhubungan dengan rectum). Panjang usus besar kira-kira satu setengah meter, merupakan bagian akhir dari saluran cerna sebagai tempat ,mengumpulkan sisa makanan padat, tempat mengabsorpsi air dan mineral tertentu serta tempat pertumbuhan bakteri. Sisa makanan ditahan oleh kolon hingga keluar dalam bentuk feces. Makanan paling lama ditahan di dalam kolon, sering sampai dua puluh empat jam. Karena kontraksi peristaltik dan segmentasi bergerak lebih lambat dalam kolon, bakteri mendapat kesempatan

untuk berkembang biak. Bakteri mendapat makanan dari sisa makanan yang ada dalam kolon. Bakteri dalam kolon dapat membentuk beberapa jenis vitamin yang sebagian diabsorpsi oleh tubuh. Sebagian kecil vitamin B dan K diduga diperoleh melalui absorpsi ini. Disamping itu bakteri kolon menghasilkan gas sebagai sisa produk metabolisme makanan. Bila gas ini tertumpuk akan dikeluarkan melalui anus. Kolon memberi tubuh kesempatan terakhir untuk mengabsorpsi air serta natrium dan klorida. Bila tidak berhasil akan menimbulkan Diare. Ini hanya terjadi pada keadaan khusus.

5. Usus buntu (sekum)

Sekum terletak di daerah iliaka kanan menempel pada otot iliopsoas. Dari sini kolon naik melalui daerah sebelah kanan lumbal dan disebut kolon ascenden. Dibawah hati berbelok pada tempat yang disebut flexura hepatica, lalu berjalan melalui tepi daerah epigastrik dan umbilikal sebagai kolon transversum. Di bawah limpa membelok sebagai flexura sinistra atau flexura lienalis dan kemudian berjalan melalui daerah kanan lumbal sebagai kolon descenden.

6. Umbai cacing (appendiks)

Umbai cacing atau appendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Appendiks juga terdiri atas empat lapisan dinding yang sama seperti usus yang lainnya, hanya lapisan submukosa berisi sejumlah besar jaringan limfe, yang dianggap mempunyai fungsi yang sama dengan tonsil. Dalam appendiks jika mengalami suatu inflamasi atau peradangan disebut appendiksitis, dan harus dilakukan appendektomi.

7. Rektum dan anus

Rektum ialah sepuluh sentimeter terbawah dari usus besar, dimulai pada kolon sigmoid dan berakhir pada saluran anal yang kira-kira 3 cm panjangnya. Saluran ini berakhir ke dalam anus yang dijaga oleh otot internal dan external. Otot-otot rektum menahan sisa makanan ini hingga tiba waktunya untuk dikeluarkan oleh tubuh. Pada saat itu otot rektum mengendor dan sisa makanan keluar melalui sfingter terakhir, yaitu anus yang membuka.

2.1.3 Etiologi

Penyakit ini disebabkan oleh *Salmonella typhosa*, basil gram negatif yang bergerak dengan rambut getar dan tidak berspora. Mempunyai sekurang – kurangnya 3 macam antigen yaitu antigen O, antigen H dan antigen Vi. Dalam serum pasien terdapat anti (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut (Nanda, 2012).

2.1.4 Patofisiologi

Penularan *salmonella typhosa* dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal dengan 5F yaitu Food(makanan), Fingers(jari tangan/kuku), Fomitus (muntah), Fly(lalat), dan melalui Feses. Kuman masuk melalui mulut, sebagian kuman akan dimusnahkan dalam lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus (terutama di ileum bagian distal), ke jaringan limfoid dan berkembang biak menyerang vili usus halus kemudian kuman masuk ke peredaran darah (bakterimia primer), dan mencapai sel-sel retikula endotelial, hati, limpa dan organ-organ lainnya.

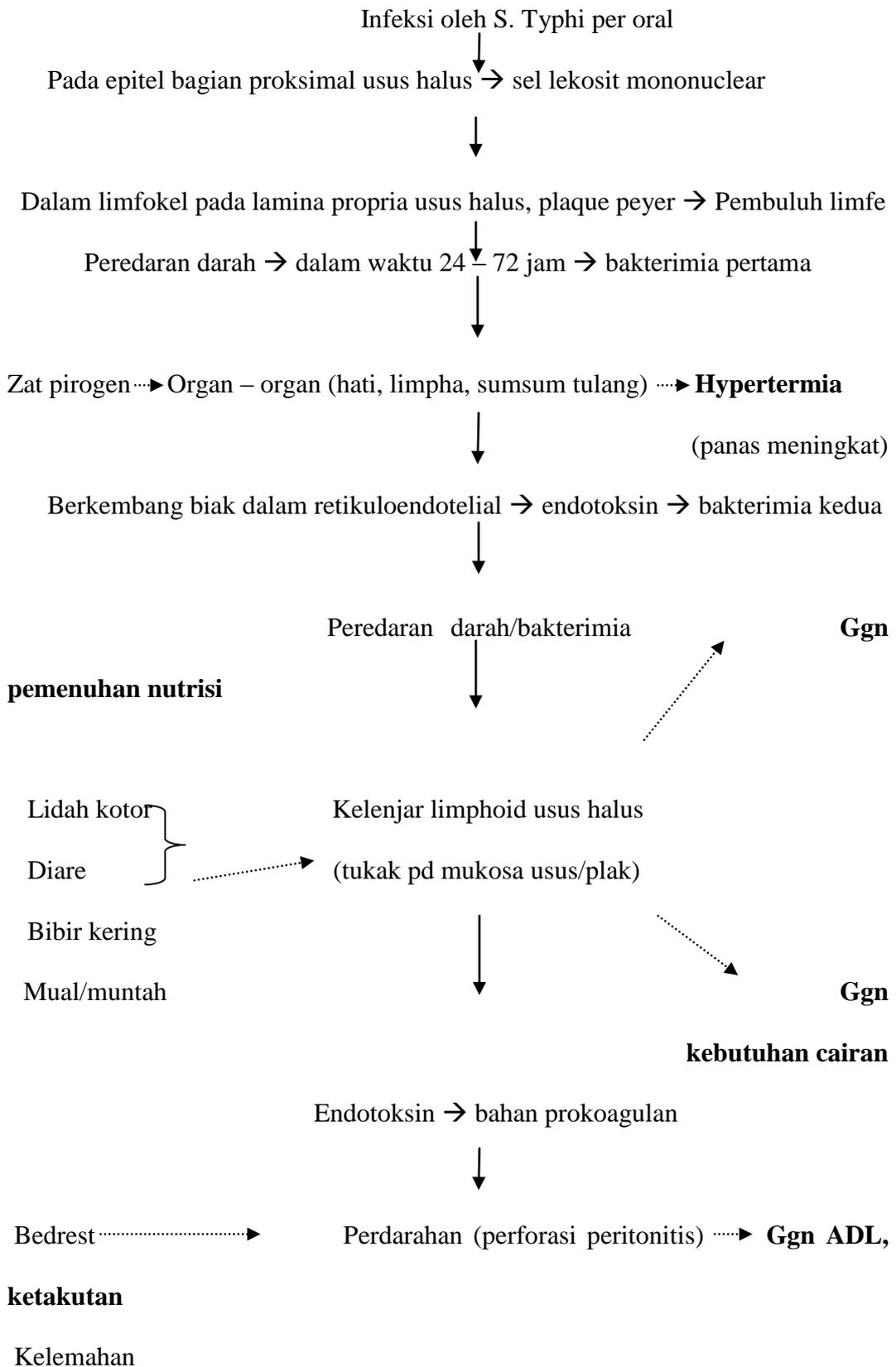
Pada minggu pertama infeksi, terjadi nekrosis dan tukak. Tukak itu lebih besar di ileum dari pada di kolon sesuai dengan ukuran plak peyer yang ada disana.

Kebanyakan tukaknya dangkal, tetapi kadang lebih dalam sampai menimbulkan perdarahan. Perforasi terjadi pada tukak yang menembus serosa. Setelah penderita sembuh, biasanya ulkus membaik tanpa meninggalkan jaringan parut dan fibrosis (Brusch, 2009).

Masuknya kuman ke dalam intestinal terjadi pada minggu pertama dengan tanda dan gejala suhu tubuh naik turun khususnya akan naik pada malam hari dan akan turun menjelang pagi hari. Demam yang terjadi pada masa ini tersebut demam intermiten (suhu yang tinggi, naik – turun, dan turunnya dapat mencapai normal). Di samping peningkatan suhu tubuh, juga akan terjadi obstipasi sebagai akibat penurunan motilitas suhu, namun hal ini tidak selalu terjadi dan dapat pula terjadi sebaliknya. Setelah kuman melewati fase awal intestinal, kemudian masuk ke sirkulasi sistemik dengan tanda peningkatan suhu tubuh yang sangat tinggi dan tanda – tanda infeksi RES seperti nyeri perut kanan atas splenomegali, hepatomegali (Chatterjee, 2009)

Pada minggu selanjutnya dimana infeksi fokal intestinal terjadi dengan tanda – tanda suhu masih tinggi, tetapi nilainya lebih rendah dari fase bakterimia dan berlangsung terus menerus (demam kontinu), lidah kotor, tepi lidah hiperemisis, penurunan peristaltik, gangguan digesti dan absorpsi sehingga akan terjadidistensi atau diare dan pasien merasa tidak nyaman. Pada masa ini dapat terjadi perdarahan usus, perforasi, dan peritonitis dengan tanda distensi abdomen berat, peristaltik menurun bahkan hilang, melena, syok, dan penurunan kesadaran (parry, 2005).

Phatway



2.1.5 Gejala klinis

Masa inkubasi rata-rata 10-20 hari. Yang tersingkat 4 hari jika infeksi terjadi melalui makanan, sedangkan yang terlama sampai 30 hari jika infeksi melalui minuman. Selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala prodromal, Seperti, pusing, lesu, nyeri kepala dan tidak bersemangat(Pearce, 2008). Kemudian gejala klinis yang biasa ditemukan, yaitu :

a. Demam

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

b. Gangguan pada saluran pencernaan

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

c. Gangguan kesadaran

Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak berapa dalam, yaitu apatis sampai somnolen. Di samping itu gejala tersebut mungkin terdapat gejala lain yaitu pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan roseola, yaitu

bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit, yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam. Kadang ditemukan bradikardia dan epistaksis pada anak besar.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi thyphoid abdominalis dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu komplikasi pada usus halus dan komplikasi di luar usus halus.

1. Komplikasi pada usus halus

1) Perdarahan usus halus

Bila sedikit hanya ditemukan jika dilakukan pemeriksaan tinja dan benZidin, bila perdarahan banyak terjadi melena dan bila berat dapat disertai perasaan nyeri perut.

2) Perforasi usus

Timbul biasanya pada minggu ketiga atau setelah itu terjadi pada bagian distal ileum. Perforasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara di rongga peritoneum yaitu tukak hati menghilang dan terdapat udara di antara hati diafragma pada foto rontgen abdomen yang dibuat dalam keadaan tegak.

3) Peritonitis

Biasanya menyertai perforasitetapi dapat terjadi tanpa perforasi usus, ditemukan gejala abdomen akut yaitu nyeri perut hebat, dinding abdomen tegang (defence muscular dan nyeri pada tekanan).

2. Komplikasi di luar usus halus

Terjadi karena lokalisasi peradangan akibat sepsis (bakterimia) yaitu meningitis, kolesistisis, ensefalopati dan lain – lain terjadi karena infeksi

sekunder yaitu bronkopneumonia, dehidrasi dan asidosis dapat timbul akibat masukan makanan yang kurang dan perspirasi akibat suhu tubuh yang tinggi.

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan typhoid adalah pemeriksaan laboratorium, yang terdiri dari :

a) Pemeriksaan widal

Dasar pemeriksaan adalah reaksi aglutina antara anti gen dan anti body pada penderita yang terinfeksi penyakit salmonella typhii akan terbentuk anti body terhadap anti gen O, H, V₁ pada mulanya akan terjadi peningkatan liter anti body O kemudian anti body H walaupun anti body ini hilang lebih lama dari peredaran darah pasien. Uji widal dianggap positif bila liter anti body O lebih besar atau sama dengan $\frac{1}{200}$ terjadi liter H atau lebih atau sama dengan $\frac{1}{200}$.

b) Pemeriksaan SGOT DAN SGPT

SGOT dan SGPT pada demam typhoid seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuh typhoid.

c) Biakan darah

Bila biakan darah positif hal itu menandakan demam typhoid, tetapi bila biakan darah negatif tidak menutup kemungkinan akan terjadi demam typhoid. Hal ini dikarenakan hasil biakan darah tergantung dari beberapa faktor :

1. Teknik pemeriksaan Laboratorium

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

digunakan. Waktu pengambilan darah yang baik adalah pada saat demam tinggi yaitu pada saat bakteremia berlangsung.

2. Saat pemeriksaan selama perjalanan Penyakit

Biakan darah terhadap salmonella thypi terutama positif pada minggu pertama dan berkurang pada minggu-minggu berikutnya. Pada waktu kambuh biakan darah dapat positif kembali.

3. Vaksinasi di masa lampau

Vaksinasi terhadap demam typhoid di masa lampau dapat menimbulkan antibodi dalam darah klien, antibodi ini dapat menekan bakteremia sehingga biakan darah negatif

2.1.8 Pencegahan

Cara pencegahan yang dilakukan pada demam typhoid adalah cuci tangan setelah dari toilet dan khususnya sebelum makan atau mempersiapkan makanan, hindari minum susu mentah (yang belum dipsterisasi), hindari minum air mentah, rebus air sampai mendidih dan hindari makanan pedas. Setelah terserang tindakan yang dilakukan berupa pencegahan terhadap lingkungan meliputi penyediaan air bersih yang memenuhi syarat kesehatan, pembuangan kotoran manusia yang hygiene, pemberantasan lalat serta pengawasan terhadap rumah - rumah makan dan penjual – makanan.

Dari usaha – usaha diatas perbaikan sanitasi dan pendidikan kesehatan kepada masyarakat adalah usaha paling efektif walaupun membutuhkan waktu yang lama, akan tetapi hasilnya akan komulatif dan tetap. (Pearce, 2008).

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Perawatan

- a) Penderita perlu dirawat di RS untuk diisolasi, observasi, dan pengobatan.
- b) Harus istirahat
- c) Mobilisasi bertahap, sesuai kondisi.
- d) Bila kesadaran menurun harus diobservasi agar tidak terjadi aspirasi dan komplikasi yang lain.

2. Diet

- a) Makanan mengandung cukup cairan, kalori dan tinggi protein (TKTP).
- b) Bahan tidak boleh mengandung banyak serat, tidak merangsang, dan menimbulkan gas.
- c) Susu 2 kali sehari perlu diberikan.
- d) Bila anak sadar dan nafsu makan baik, dapat diberikan makanan lunak.

3. Obat-obatan

- a) Kloramfenikol
- b) Clotrimoxazol

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Carpenito (1996) dikutip oleh Keliat (2006), pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Asuhan keperawatan juga menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian menentukan masalah atau diagnosa, menyusun rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data yang akurat yang sistematis serta membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien serta merumuskan diagnosa keperawatan (Carol Vestal Allen, 2005).

2.2.2 Analisa data

Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan mentabulasi, menyeleksi, mengklasifikasi, mengelompokkan, mengaitkan data dan menentukan kesenjangan informasi, melihat polanya data, membandingkan dengan standart, menginterpretasikan dan terakhir membuat kesimpulan (Carol Vestal Allen, 2005).

2.2.3 Dagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan yang aktual dan potensial (Carol Vestal Allen ,2005)

2.2.4 Perencanaan

Setelah melakukan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan pelaksanaan keperawatan perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan klien yang meliputi :memprioritaskan masalah, menunjukkan tujuan dan kriteria hasil serta merumuskan sesuai dengan masalah diatas.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk melihat efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang akan di laksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan jangka pendek dan panjang yang telah di lakukan, rencana tindakan lanjutan dapat berupa :

1. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
2. Rencana modifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi belum memuaskan
3. Rencana dibatalkan jika di temukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diaknosa lama dibatalkan.
4. Rencana atau diaknosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.(Budi Anna Keliat, 2006).

2.3 Asuhan keperawatan pada pasien dengan thyphoid abdominalis

2.3.1 Pengkajian dengan masalah thyphoid abdominalis

Pengkajian adalah Tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistemis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2008 : 29).

Riwayat pengkajian meliputi :

1. Pengumpulan Data

a) Biodata

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

b) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus thyphoid abdominalis adalah panas, mual, pusing dan nyeri hati.

c) Riwayat kesehatan sekarang

Secara umum keluhan penyakit thyphoid abdominalis panas lebih dari satu minggu, mula – mula panas turun naik makin lama makin meningkat biasanya terjadi pada minggu pertama, pada minggu kedua panas semakin tinggi dan mulai turun secara berangsur – angsur terjadi minggu ketiga didapat mual muntah dan kembung lidah kotor dan kadang – kadang konstipasi atau diare dan juga dapat terjadi gangguan kesadaran yaitu dapat berupa samnolen, stupar, delinum dan koma.

d) Riwayat kesehatan Dahulu

Penyakit yang pernah diderita sebelumnya seperti thyphoid, DM, TBC dll.

e) Riwayat penyakit keluarga

Meliputi penyakit yang pernah diderita oleh keluarga, seperti thyphoid abdominalis, DM, TBC.

f) Riwayat psikososial

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya

dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat (Ignatavicius, Donna D, 1995).

g) Pola-Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Persepsi klien terhadap kesehatan dan penyakitnya, apa yang dilakukan klien atau keluarga ada yang sakit, kebiasaan mandi

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan, selama sakit pasien malas makan karena lidah kotor dan pahit sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi.

3. Pola Eliminasi

Pola kebiasaan buang air besar di dapatkan diare, kebiasaan buang air kecil akan terjadi retensi bila dehidrasi karena panas tinggi atau konsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan.

4. Pola Tidur dan Istirahat

Kebiasaan tidur pasien akan terganggu dengan adanya panas tinggi, pasien juga kadang – kadang mengigau dalam tidurnya sehingga tidur akan terganggu.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Dengan pasien merasakan panas, mual, muntah dan pusing akan mengganggu aktivitas pasien.

6. Pola Hubungan dan Peran

Adanya kondisi kesehatan mempengaruhi terhadap hubungan interpersonal dan peran serta mengalami tambahan dalam menjalankan perannya selama sakit.

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengalami kelemahan, kecemasan tidak mampu mengambil sikap serta akan mengalami perubahan dalam konsep diri.

8. Pola Reproduksi Seksual

Pada pola reproduksi dan seksual pada pasien yang telah menikah akan terjadi perubahan karena pasien harus bedrest total.

9. Pola Persepsi dan Pengetahuan

Perubahan kondisi kesehatan dan gaya hidup akan mempengaruhi pengetahuan dan kemampuan dalam merawat diri.

10. Pola Penanggulangan Stress

Adanya ketidak efektifan mengatasi masalah keluarga dan individu.

11. Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Timbulnya distress spiritual pada pasien akan menjadi cemas dan takut akan kematian, pada ibadah akan mengalami gangguan ibadah.

2) Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum:

pasien lemah dan pucat.

2. Tingkat kesadaran:

tingkat kesadaran pasien typhoid abdominalis bisa baik seperti composmentis, somnolen sampai stopor.

3. Sistem integument

Turgor kulit menurun keadaan kulit kuning dan banyak keringat tingkat, tidak ada gangguan integritas kulit.

4. Sistem respirasi

Terdapat peningkatan respiratory rate, suara nafas vesekuler, tidak ada rhonchi dan wheezing.

5. Sistem kardiovaskuler

Tekanan darah turun, HB mengalami penurunan, nadi bradikardi relatif, suhu meningkat, suara S1 S2 tunggal

6. Sistem gastrointestinal

Konstipasi ataupun diare atau kembung bising usus menurun, adanya nyeri epigastrik.

7. Sistem neurologis

Reflek patologis dan fisiologis positif.

8. Sistem perkemihan

Tidak ada nyeri saat berkemih, buang air kecil lancar.

9. Sistem musculoskeletal

Terjadi kelemahan otot, adanya nyeri pada persendian.

10. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan biakan darah

Pada pemeriksaan kultur darah menunjukkan hasil positif adanya kuman salmonella typhi pada minggu pertama.

b. Pemeriksaan widal

Dasar pemeriksaan adalah reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi pada penderita yang terinfeksi penyakit salmonella typhi akan terbentuk antibodi terhadap antigen O, H, V₁ pada mulanya akan terjadi peningkatan titer antibodi O kemudian antibodi H walaupun antibodi

ini hilang lebih lama dari peredaran darah pasien. Uji widal dianggap positif bila liter anti body O lebih besar atau sama dengan $\frac{1}{200}$ terjadi liter H atau lebih atau sama dengan $\frac{1}{200}$.

c. Pemeriksaan darah

Leukosit : jumlah leukosit normal atau peningkatan leokositosis terdapat anemi ringan, LED, SGOT, SGPT, danfosfatase alkali meningkat.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, menfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respons terhadap masalah aktual dan risiko tinggi .

Berdasarkan data – data diatas maka diagnosa keperawatan yang timbul adalah :

1. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi kuman salmonella typhii.
2. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang tidak adekuat.
3. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.
4. Resiko tinggi terjadinya gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama.
5. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan perforasi usus.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

2.4.4 Perencanaan

Perencanaan adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang di butuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien (A. Aziz Alimul Hidayat, 2007).

1. Diagnosa keperawatan 1

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi kuman salmonella typhi.

a. Tujuan : Suhu tubuh dapat kembali normal kembali.

b. Kriteria hasil : Suhu normal (36 – 37 °C), mata tidak cowong tanda tanda vital dalam batas normal.

c. Intervensi keperawatan :

1) Membina hubungan saling percaya dengan pasien.

Rasional : untuk meningkatkan hubungan saling percaya dengan pasien.

2) Jelaskan pada pasien dan keluarga sebab – sebab terjadinya peningkatan suhu tubuh

Rasional : Dengan penjelasan pada pasien dan keluarga dapat mengerti sehingga akan mau bekerja sama dengan perawat.

3) Anjurkan pada pasien untuk minum banyak 2 – 3 liter/hari.

Rasional : Dengan minum banyak dapat mengganti cairan yang hilang dan dapat mempermudahkeluarnya keringat.

4) Lakukan kompres dingin pada lipatan paha.

Rasional : Dengan kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh pasien.

- 5) Lakukan observasi tanda – tanda vital.

Rasional : Dengan mengobservasi tanda – tanda vital untuk mengetahui perkembangan pasien.

- 6) Lakukan observasi kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

Rasional : Dengan mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi dapat mempercepat proses penyembuhan.

2. Diagnosa keperawatan 2

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang tidak adekuat.

- a. Tujuan : Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.
- b. Kriteria hasil : Terjadi penambahan BB 0,5 – 1 KG/minggu. Atau secara bertahap, nafsu makan bertambah, mual dan muntah tidak ada, pasien segar.
- c. Intervensi keperawatan :

- 1) Kaji status nutrisi pasien.

Rasional : Berguna dalam mendefinisikan derajat masalah dan pilihan intervensi yang tepat.

- 2) Jelaskan pada pasien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh.

Rasional : penjelasan tentang pentingnya nutrisi diharapkan agar pasien mengerti dan termotivasi untuk bekerja sama dalam pemeliharaan kesehatan.

- 3) Sajikan makanan dalam porsi kecil tapi sering sesuai dengan diet.

Rasional :Rasa mual dan muntah dapat disebabkan oleh porsi makan yang dihabiskan sekaligus tanpa memperhatikan keadaan pasien.

- 4) Hidangkan makanan saat masih hangat.

Rasional : Makanan hangat merangsang selera makan pasien.

- 5) Jaga kebersihan mulut terutama sebelum tidur dan sesudah.

Rasional : Mulut yang bersih dapat merangsang nafsu makan pasien dan mencegah terjadinya mual karena muncul bagian yang berbau dan kurang segar.

- 6) Kolaborasi dengan tim dokter dan ahli gizi dalam pemberian makanan lunak rendah serat.

Rasional : Makanan lunak dan rendah serat adalah sesuai dengan diet pasien.

3. Diagnosa keperawatan 3

Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit.

- a. Tujuan : Rasa cemas hilang.
- b. Kriteria hasil : pasien mampu mengidentifikasi tanda atau gejala thyphoid abdominalis, ekspresi wajah tidak murung.
- c. Intervensi keperawatan :
 - 1) Kaji tingkat pemahaman pasien tentang keadaan penyakit dan cara pengobatannya.

Rasional : Akan mengetahui tingkat pemahaman pasien tentang penyakit yang diderita.

- 2) Berikan waktu yang cukup kepada pasien untuk menanyakan tentang penyakitnya.

Rasional : Lebih banyak memberi peluang pada pasien untuk mengetahui penyakit dan permasalahannya.

- 3) Berikan penjelasan pada pasien tentang penyakitnya meliputi pencegahan, faktor penyebab dan perawatannya.

Rasional : Pasien dapat mengerti tentang penyakitnya sehingga dapat mengurangi kecemasan.

- 4) Alihkan perhatian pasien yang dapat mengurangi kecemasan dengan aktivitas yang diperbolehkan dengan program dokter.

Rasional : Dengan mengalihkan perhatian pasien dapat melupakan masalahnya.

4. Diagnosa keperawatan 4

Resiko tinggi terjadinya gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama.

- a. Tujuan : Gangguan integritas kulit tidak terjadi.
- b. Kriteria hasil : Tidak ada tanda – tanda kemerahan pada kulit dan kulit tetap bersih.
- c. Intervensi keperawatan :
 - 1) Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang pentingnya kebersihan kulit.

Rasional : Dengan penjelasan diharapkan pasien dan keluarga pasien mengerti dan termotivasi untuk menjaga kebersihan kulit.

- 2) Lakukan mobilisasi tiap 2 jam.

Rasional : Dengan mobilisasi dapat mengurangi tekanan yang terus menerus dan dapat melancarkan aliran darah pada daerah yang tertekan.

- 3) Lakukan observasi kelainan pada kulit yang tertekan.

Rasional : Bagian kulit yang tertekan mudah menjadi kemerahan, pembekakan dan keputihan karena terjadi perubahan sirkulasi pada daerah yang tertekan.

- 4) Jaga kulit tetap bersih dan kering juga ganti sprei bila basah.

Rasional : Mengetahui kebersihan dari bagian tubuh yang rawan sehingga dapat mencegah terjadinya integritas kulit lebih dini.

- 5) Lakukan masase pada kulit yang cenderung tertekan dan taburkan bedak bila perlu.

Rasional : Dengan masase dapat memperlancar aliran darah ke daerah yang tertekan dan dapat mengurangi penekanan.

5. Diagnosa keperawatan 5

Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan perforasi usus.

- a. Tujuan : Rasa nyeri dapat diatasi atau berkurang.
- b. Kriteria hasil : Keluhan nyeri berkurang atau hilang, pasien dapat istirahat dengan tenang.

c. Intervensi keperawatan :

- 1) Berikan Health education tentang sebab terjadinya penurunan aktivitas.

Rasional : Diharapkan klien dapat mengerti sebab timbulnya dan ikut serta mengatasi masalah tersebut.

- 2) Anjurkan pada klien dan bantu keperluan aktivitas semampu klien secara bertahap.

Rasional : Diharapkan dapat membantu mengatasi perkembangan asuhan keperawatan pada masalah aktivitas.

- 3) Anjurkan klien untuk istirahat cukup.

Rasional : Diharapkan dapat membantu mengembalikan kekuatan kemampuan beraktifitas.

- 4) Observasi tanda – tanda vital.

Rasional : Diharapkan dapat mengatasi perkembangan usaha perawatan pada masalah perawatan.

2.4.4 Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan ini, fase pelaksanaan terdiri dari berbagai kegiatan yaitu :

1. Intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan konsolidasi
2. Keterampilan interpersonal, intelektual, tehcnical, dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat
3. Keamanan fisik dan psikologia dilindungi
4. Dokumentasi intervensi dan respon klien

Pelaksanaan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam,2008).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2008). Evaluasi adalah stadium pada proses keperawatan dimana taraf keberhasilan dalam pencapaian tujuan keperawatan dinilai dan kebutuhan untuk memodifikasi tujuan atau intervensi keperawatan ditetapkan (Brooker,2001).

Ada tiga alternatif yang dipakai perawat dalam menilai suatu tindakan berhasil atau tidak dan sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan itu tercapai dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan rencana yang ditentukan, adapun alternatif tersebut adalah :

1. Tujuan tercapai
2. Tujuan tercapai sebagian
3. Tujuan tidak tercapai (Budi Anna Keliat, SKP, th 2000)