

Perawatan Klien Thyphus Abdominalis Dengan Masalah Hipertermi Berbasis Theori Of Comfort

by Nila Sofifelia

Submission date: 02-Sep-2020 03:53PM (UTC+0700)

Submission ID: 1378127367

File name: turnit_ulang_kti_nila_d3_kep.doc (801.5K)

Word count: 10496

Character count: 64836

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Thyphus abdominalis sering terjadi di beberapa negara di dunia dan umumnya terjadi di negara-negara dengan tingkat kebersihan yang rendah. Penyakit ini menjadi masalah kesehatan publik yang signifikan (Rahmasari & Lestari, 2018). *Thyphus abdominalis* akan sangat berbahaya jika tidak segera ditangani secara baik dan benar, bahkan menyebabkan kematian. Prognosis menjadi tidak baik apabila terdapat gambaran klinik yang berat, seperti demam tinggi (hiperpireksia) maupun febris kontinua (Elisabeth Purba et al., 2016). Hipertermi terjadi karena adanya ketidakmampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. Hipertermi menjadi berbahaya jika di atas 39⁰C. Hipertermi jika tidak ditangani dengan segera dapat menyebabkan dehidrasi yang akan mengganggu keseimbangan elektrolit dan dapat menyebabkan kejang (Nurkhasanah, Taamu & Atoy, 2018).

World Health Organisation (WHO) pada tahun 2018 secara global memperkirakan setiap tahunnya terjadi sekitar 21 juta kasus dan 222.000 menyebabkan kematian. *Thyphus abdominalis* menjadi penyebab utama terjadinya mortalitas dan morbiditas di Negara berpenghasilan rendah dan menengah (Ulfa & Handayani, 2018). *Thyphus abdominalis* menduduki

peringkat ke-3 setelah penyakit diare, dengan jumlah penderita total kasus *thypus abdominalis* mencapai 41.081 penderita yaitu 19.706 jenis kelamin laki-laki, 21.375 perempuan. Sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi *thypus abdominalis* diatas prevalensi nasional yaitu Nanggroe Aceh Darussalam (2,96%), Bengkulu (1,60%), Jawa Barat (2,14%), Jawa Tengah (1,61%), Banten (2,24%), NTB (1,93%), NTT (2,33%), Kalimantan Selatan (1,95%), Kalimantan Timur (1,80%), Sulawesi Selatan (1,80%), Sulawesi Tengah (1,65%), Gorontalo (2,25%), Papua Barat (2,39%), dan Papua (2,11%) (Riskesdas, 2018). Di Jawa Timur angka kejadian *thypus abdominalis* sebanyak 483 kasus (Dinkes Jawa Timur, 2017).

¹³ Patofisiologi tifoid atau *thypus abdominalis* bergantung pada banyaknya organisme kausal yang masuk (Brunner & Suddarth, 2016). Seseorang bila menelan *Salmonella typhi* bersama makanan atau minuman yang tercemar, sebagian bakteri akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung. Bakteri yang dapat bertahan pada pH lambung serendah 1,5 akan masuk ke ileum bagian distal, mencapai jaringan limfoid lalu berkembang biak, dan menyebabkan hiperplasia *Peyeri patches* (selanjutnya disebut sebagai *plak Peyeri*) (Guyton & Hall, 2016). Bakteri yang masuk ke aliran darah, menyebabkan bakteriemia, akan melepaskan endotoksin yang berperan pada patogenesis tifoid, karena membantu terjadinya proses inflamasi lokal pada jaringan tempat bakteri ini berkembang biak (Margareth TH, 2015). Demam pada *thypus abdominalis*

disebabkan karena *Salmonella typhi* dan endotoksinya merangsang sintesis dan pelepasan zat pirogen oleh lekosit pada jaringan yang meradang. Demam ini bisa diikuti oleh gejala tidak khas lainnya seperti diare, anoreksia, atau batuk (Angelina, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Sari (2016) di Mojokerto ditemukan penderita *thypus abdominalis* mengalami masalah hipertermi sebesar 100%. Prevalensi *thypus abdominalis* di RSUD Bangil Pasuruan selama bulan November dan Desember berjumlah 126 (Dewi, 2018).

Demam menyebabkan gangguan rasa nyaman yang perlu diatasi. Rasa nyaman merupakan bagian dari keperawatan yang penting untuk diperhatikan. Kenyamanan diartikan sebagai kondisi sejahtera dan merupakan tahap berakhirnya tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien. Kenyamanan merupakan nilai dasar yang menjadikan tujuan keperawatan pada setiap waktu (Nurkhasanah, Taamu & Atoy, 2018). Pendekatan teori *comfort* yang dikembangkan oleh Kolcaba berorientasi kenyamanan sebagai bagian terdepan dalam proses keperawatan. Kolcaba berpendapat bahwa kenyamanan holistik adalah kenyamanan yang menyeluruh meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan, dan psikososial. Tingkat kenyamanan terbagi menjadi tiga yaitu relief dimana pasien memerlukan kebutuhan kenyamanan yang spesifik, yaitu terbebas dari rasa ketidaknyamanan atau meningkatkan rasa nyaman, dan *transcendence* yaitu mampu mentoleransi atau dapat beradaptasi dengan ketidaknyamanan (Tomey & Alligood, 2017).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien *thypus abdominalis* dengan masalah hipertermi berbasis *theory of comfort*?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien *thypus abdominalis* dengan masalah hipertermi berbasis *theory of comfort comfort*

12

1.3.2 Tujuan khusus

Mampu melakukan kegiatan asuhan keperawatan meliputi tindakan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evauasi keperawatan pada klien *thypus abdominalis* dengan masalah hipertermi berbasis *theory of comfort comfort*

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah serta digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya dengan metode yang berbeda.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil studi kasus diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien. Selain dapat digunakan untuk mengembangkan mutu dan kualitas pelayanan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan berupa acuan dalam penyusunan standar operasional prosedur asuhan keperawatan pada klien dengan *thypus abdominalis*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Thypus Abdominalis

2.1.1 Pengertian

Tipes atau thypus adalah penyakit infeksi bakteri pada usus halus dan terkadang pada aliran darah yang disebabkan oleh Bakteri *Salmonella typhosa* atau *Salmonella paratyphi A, B dan C*, selain ini dapat juga menyebabkan *gastroenteritis* (radang lambung). Dalam masyarakat penyakit ini dikenal dengan nama Tipes atau thypus, tetapi dalam dunia kedokteran disebut *Typhoid fever* atau *Thypus abdominalis* karena berhubungan dengan usus di dalam perut (Guyton & Hall, 2016). *Thypus abdominalis* adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari 1 minggu, gangguan pencernaan dan gangguan kesadaran (Angelina, 2016).

2.1.2 Etiologi

Penyakit *Thypus abdominalis* merupakan penyakit yang ditularkan melalui makanan dan minuman yang tercemar oleh bakteri *Salmonella typhosa*, (*food and water borne disease*). Seseorang yang sering menderita penyakit tifus menandakan bahwa dia mengkonsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri ini. *Salmonella thyposa* sebagai suatu spesies, termasuk dalam kingdom Bakteria, *Phylum Proteobakteria*, *Classis Gamma proteobakteria*, *Ordo Enterobakteriales*,

Familia Enterobacteriaceae, Genus *Salmonella*. *Salmonella typhosa* adalah bakterigram negative yang bergerak dengan bulu getar, tidak berspora mempunyai sekurang-kurangnya tiga macam antigen yaitu: antigen O (somatik, terdiri dari zat kompleks lipopolisakarida), antigen H (flagella) dan antigen V1 (hyalin, protein membrane). Dalam serum penderita terdapat zat anti (glutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut (Zulkhoni, 2016)

2.1.3 Manifestasi klinis

Masa tunas demam typhus berlangsung antara 10-14 hari. Gejala klinis yang timbul sangat bervariasi dari ringan sampai dengan berat, dari asimtomatik hingga gambaran penyakit yang khas disertai komplikasi hingga kematian. Pada minggu pertama gejala klinis penyakit ini ditemukan keluhananda 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 epistaksis. Pada pemeriksaan fisik hanya didapatkan suhu tubuh meningkat. Sifat demam adalah meningkat perlahan-lahan dan terutama pada sore hingga malam hari (Margareth TH, 2015).

2.1.4 Patofisiologi

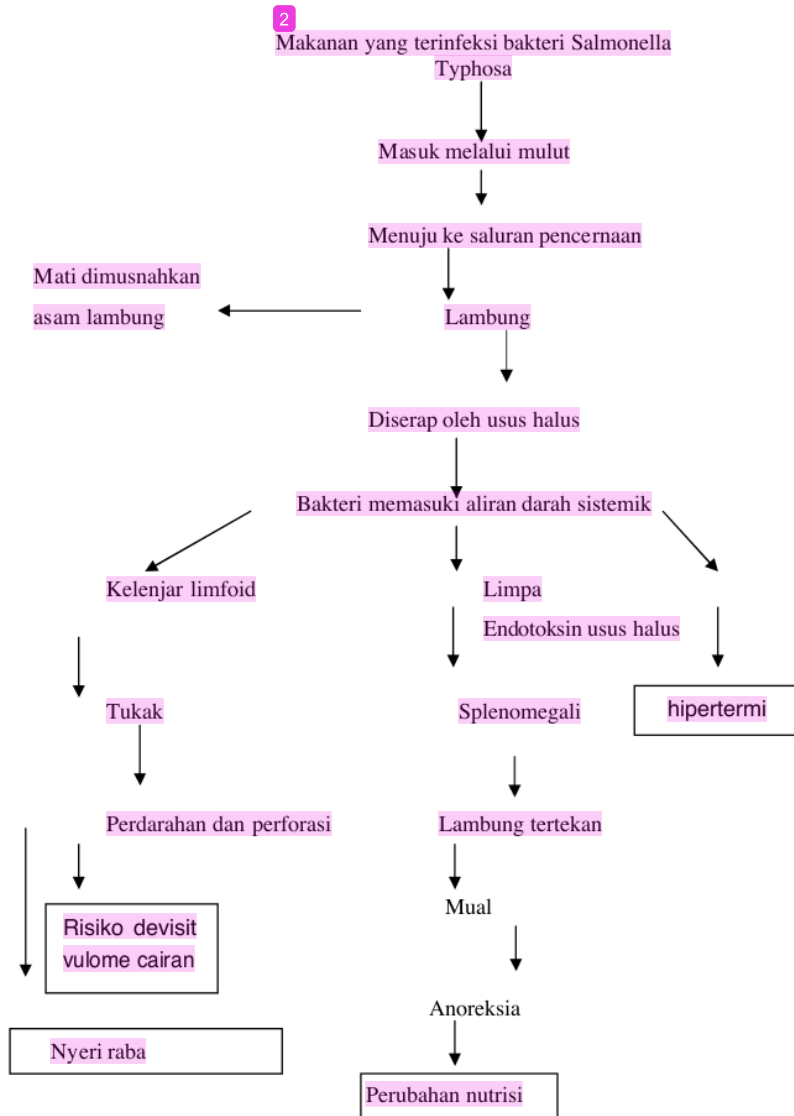
Salmonella Thyphi masuk kedalam tubuh manusia melalui makanan dan air yang tercemar. Sebagian kuman dihancurkan oleh asam lambung dan sebagian masuk ke usus halus., mencapai jaringan limfoid *plak Peyeri* di ileum terminalis. *Salmonella thyphi* memiliki fibria khusus yang dapat menempel ke lapisan epitel *plak peyeri*. Setelah menempel, bakteri

memproduksi protein yang mengganggu lapisan usus dan memaksa sel usus untuk membentuk kerutan membrane yang akan melapisi bakteri dalam vesikel (Guyton & Hall, 2016).

Kuman memiliki berbagai mekanisme sehingga dapat terhindar dari serangan sistem imun. Setelah sampai kelenjar getah bening, kuman kemudian masuk ke aliran darah melalui duktus torasikus sehingga terjadi bakteremia pertama yang asimtomatik. *Salmonella thypi* juga bersarang dalam hati dan limpa, dimana kuman meninggalkan sel fagosit, berkembang biak, dan masuk sirkulasi darah lagi sehingga terjadi bakteremia kedua dengan gejala sistemik. *Salmonella thypi* menghasilkan endotoksin yang berperan dalam inflamasi lokal jaringan tempat kuman berkembang biak, merangsang pelepasan zat pirogen, dan leukosit jaringan sehingga muncul demam dan gejala sistemik lain. Perdarahan saluran cerna dapat terjadi akibat erosi pembuluh darah sekitar *plak peyeri*. Apabila proses patologis semakin berkembang, perforasi dapat terjadi (Chris tanto dkk, 2014).

Setelah pemulihan, infeksi dapat menetap di saluran empedu dan saluran kemih terutama pada penyakit yang sudah ada sebelumnya, sehingga menyebabkan karies feses atau urun kronik. Setelah pemulihan, terbentuk imunitas, serangan kedua jarang terjadi (Brunner & Suddarth, 2016).

2.1.5 Pathway Thypus Abdominalis



(Zulkoni, 2016)

2.1.6² Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan darah perifer lengkap dapat ditemukan leukopeni, dapat pula leukosistosis atau kadar leukosit normal. Leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Dapat pula ditemukan anemia ringan dan trombositopeni. Pemeriksaan hitung jenis leukosit dapat terjadi aneosinofilia maupun limfopeni laju endap darah dapat meningkat.

2. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

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

3. Pemeriksaan uji widal

Dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap bakteri *salmonella typhi*. Pada uji widal terjadi suatu reaksi aglutinasi antara antigen bakteri *salmonella typhi* dengan antibody salmonella yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum penderita tersangka demam tifoid enema barium mungkin juga perlu dilakukan (Brunner & Suddarth, 2016)

2.1.1 Penatalaksanaan medis

Menurut Guyton & Hall (2016)² obat-obat antibiotika yang biasa digunakan ialah ampisilin dan amoksisilin, antipiretika, bila perlu diberikan laksansia, tirah baring selama demam untuk mencegah komplikasi

perdarahan usus atau perforasi usus, mobilisasi bertahap bila tidak panas, sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien, diet pada permulaan, diet makanan yang tidak merangsang saluran cerna dalam bentuk sering atau lunak, makanan dapat ditingkatkan sesuai perkembangan keluhan gastrointestinal, perforasi, transfusi bila diperlukan pada komplikasi perdarahan.

2.2 Konsep Hipertermi

2.2.1 Definisi

Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas. Hipertermi terjadi karena adanya ketidakmampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. Hipertermi tidak berbahaya jika dibawah 39°C. Selain adanya tanda klinis, penentuan hipertermi juga didasarkan pada pembacaan suhu pada waktu yang berbeda dalam satu hari dan dibandingkan dengan nilai normal individu tersebut (Potter & Perry,2010).

Hipertemia merupakan keadaan suhu tubuh seseorang yang meningkat diatas rentang normalnya. Hipertemi terjadi karena pelepasan pirogen dari dalam leukosit yang sebelumnya telah terangsang oleh pirogen eksogen yang dapat bersala dari mikroorganisme atau merupakan suatu hasil reaksi imunologik yang tidak berdasarkan suatu infeksi (Margareth TH, 2015).

Sedangkan menurut Dorland (2006) hipertemia/febris/demam adalah peningkatan suhu tubuh diatas normal. Hal ini dapat diakibatkan oleh stress

fisiologik seperti ovulasi, sekresi hormon thyroid berlebihan, olahraga berat, sampai lesi sistem syaraf pusat atau infeksi oleh mikroorganisme atau ada penjamu proses noninfeksi seperti radang atau pelepasan bahan-bahan tertentu seperti leukimia. Demam diasosiasikan sebagai bahan dari respon fase akut, gejala dari suatu penyakit dan perjalanan patologis dari suatu penyakit yang mengakibatkan kenaikan set-point pusat pengaturan suhu tubuh (Sugarman,2005).

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa hipertemia adalah keadaan dimana suhu tubuh meningkat diatas rentang normal dan tubuh tidak mampu untuk menghilangkan panas atau mengurangi produksi panas. Rentang normalnya suhu tubuh anak berkisar antara 36,5-37,5°C.

3 2.2.2 Etiologi

Hipertemi dapat disebabkan karena gangguan otak atau akibat bahan toksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu. Zat yang dapat menyebabkan efek perangsangan terhadap pusat pengaturan suhu sehingga menyebabkan demam yang disebut pirogen. Zat pirogen ini dapat berupa protein, dan zat lain. Terutama toksin polisakarida, yang dilepas oleh bakteri toksi/pirogen yang dihasilkan dari degenerasi jaringan tubuh dapat menyebabkan demam selama keadaan sakit (Angelina, 2016).

Faktor penyebabnya:

1. Dehidrasi
2. Penyakit atau trauma
3. Ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk berkeringat

4. Pakaian yang tidak layak
5. Kecepatan metabolisme meningkat
6. Pengobatan/ anesthesia
7. Terpajan pada lingkungan pada lingkungan panas (jangka panjang)
8. Aktivitas yang berlebihan

2.2.3 Patofisiologi

³ Substansi yang menyebabkan demam disebut pirogen dan berasal baik dari oksigen maupun endogen. Mayoritas pirogen endogen adalah mikroorganisme atau toksik, pirogen endogen adalah polipeptida yang dihasilkan oleh jenis sel penjamu terutama monosit, makrofag, pirogen memasuki sirkulasi dan menyebabkan demam pada tingkat termoregulasi di hipotalamus. Peningkatan kecepatan dan pireksi atau demam akan mengarah pada meningkatnya kehilangan cairan dan elektrolit, padahal cairan dan elektrolit dibutuhkan dalam metabolisme di otak untuk menjaga keseimbangan termoregulasi di hipotalamus anterior (Brunner & Suddarth, 2016).

Apabila seseorang kehilangan cairan dan elektrolit (dehidrasi), maka elektrolit-elektrolit yang ada pada pembuluh darah berkurang padahal dalam proses metabolisme di hipotalamus anterior membutuhkan elektrolit tersebut, sehingga kekurangan cairan elektrolit mempengaruhi fungsi hipotalamus anterior dalam mempertahankan keseimbangan termoregulasi dan akhirnya menyebabkan peningkatan suhu tubuh (Angelina, 2016).

2.2.4 Klasifikasi

Hipertermia yang disebabkan oleh peningkatan produksi panas:

1. Hipertermia maligna

Hipertermia maligna biasanya dipicu oleh obat-obatan anesthesia. Hipertermia ini merupakan miopati akibat mutasi gen yang diturunkan secara autosomal dominan. Pada episode akut terjadi peningkatan kalsium intraselular dalam otot rangka sehingga terjadi kekakuan otot dan hipertermia. Pusat pengatur suhu di hipotalamus normal sehingga pemberian antipiretik tidak bermanfaat.

2. *Exercise-Induced hyperthermia* (EIH)

Hipertermia jenis ini dapat terjadi pada anak besar/remaja yang melakukan aktivitas fisik intensif dan lama pada suhu cuaca yang panas. Pencegahan dilakukan dengan pembatasan lama latihan fisik terutama bila dilakukan pada suhu 30°C atau lebih dengan kelembaban lebih dari 90%, pemberian minuman lebih sering (150 ml air dingin tiap 30 menit), dan pemakaian pakaian yang berwarna terang, satu lapis, dan berbahan menyerap keringat.

3. *Endocrine Hyperthermia* (EH)

Kondisi metabolic/endokrin yang menyebabkan hipertermia lebih jarang dijumpai pada anak dibandingkan dengan pada dewasa. Kelainan endokrin yang sering dihubungkan dengan hipertermia antara lain hipertiroidisme, diabetes mellitus, pheochromocytoma, insufisiensi adrenal dan Ethicolanone suatu steroid yang diketahui sering

berhubungan dengan demam (merangsang pembentukan pirogen leukosit). Hipertermia yang disebabkan oleh penurunan pelepasan panas.

4. Hipertermia Neonatal

Peningkatan suhu tubuh secara cepat pada hari kedua dan ketiga kehidupan bisa disebabkan oleh:

1) Dehidrasi

Dehidrasi pada masa ini sering disebabkan oleh kehilangan cairan atau paparan oleh suhu kamar yang tinggi. Hipertermia jenis ini merupakan penyebab kenaikan suhu ketiga setelah infeksi dan trauma lahir. Sebaiknya dibedakan antara kenaikan suhu karena hipertermia dengan infeksi. Pada demam karena infeksi biasanya didapatkan tanda lain dari infeksi seperti leukositosis/leucopenia, CRP yang tinggi, tidak berespon baik dengan pemberian cairan, dan riwayat persalinan prematur/resiko infeksi.

2) *Overheating*

Pemakaian alat-alat penghangat yang terlalu panas, atau bayi terpapar sinar matahari langsung dalam waktu yang lama.

3) ¹ Trauma lahir

Hipertermia yang berhubungan dengan trauma lahir timbul pada 24% dari bayi yang lahir dengan trauma. Suhu akan menurun pada 1-3 hari tapi bisa juga menetap dan menimbulkan komplikasi berupa kejang. Tatalaksana dasar hipertermia pada neonatus termasuk menurunkan suhu bayi secara cepat dengan melepas semua

baju bayi dan memindahkan bayi ke tempat dengan suhu ruangan.

Jika suhu tubuh bayi lebih dari 39°C dilakukan tepid sponged 35°C sampai dengan suhu tubuh mencapai 37°C.

4) ¹Heat stroke

Tanda umum heat stroke adalah suhu tubuh > 40,5°C atau sedikit lebih rendah, kulit teraba kering dan panas, kelainan susunan saraf pusat, takikardia, aritmia, kadang terjadi perdarahan miokard, dan pada saluran cerna terjadi mual, muntah, dan kram. Komplikasi yang bisa terjadi antara lain DIC, lisis eritrosit, trombositopenia, hiperkalemia, gagal ginjal, dan perubahan gambaran EKG. Anak dengan serangan heat stroke harus mendapatkan perawatan intensif di ICU, suhu tubuh segera diturunkan (melepas baju dan sponging dengan air es sampai dengan suhu tubuh 38,5°C kemudian anak segera dipindahkan ke atas tempat tidur lalu dibungkus dengan selimut), membuka akses sirkulasi, dan memperbaiki gangguan metabolic yang ada.

5) *Haemorrhagic Shock and Encephalopathy* (HSE)

¹Gambaran klinis mirip dengan heat stroke tetapi tidak ada riwayat penyelimutan berlebihan, kekurangan cairan, dan suhu udara luar yang tinggi. HSE diduga berhubungan dengan cacat genetic dalam produksi atau pelepasan serum inhibitor alpha-1-trypsin. Kejadian HSE pada anak adalah antara umur 17 hari sampai dengan 15 tahun (sebagian besar usia < 1 tahun dengan median usia 5 bulan).

Pada umumnya HSE didahului oleh penyakit virus atau bakterial dengan febris yang tidak tinggi dan sudah sembuh (misalnya infeksi saluran nafas akut atau gastroenteritis dengan febris ringan). Pada 2 – 5 hari kemudian timbul syok berat, ensefalopati sampai dengan kejang/koma, hipertermia (suhu > 41°C), perdarahan yang mengarah pada DIC, diare, dan dapat juga terjadi anemia berat yang membutuhkan transfusi. Pada pemeriksaan fisik dapat timbul hepatomegali dan asidosis dengan pernafasan dangkal diikuti gagal ginjal. Pada HSE tidak ada tatalaksana khusus, tetapi pengobatan suportif seperti penanganan heat stroke dan hipertermia maligna dapat diterapkan. Mortalitas kasus ini tinggi sekitar 80% dengan gejala sisa neurologis yang berat pada kasus yang selamat. Hasil CT scan dan otopsi menunjukkan perdarahan fokal pada berbagai organ dan edema serebri.

6) *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*

Definisi SIDS adalah kematian bayi (usia 1-12 bulan) yang mendadak, tidak diduga, dan tidak dapat dijelaskan. Kejadian yang mendahului sering berupa infeksi saluran nafas akut dengan febris ringan yang tidak fatal. Hipertermia diduga kuat berhubungan dengan SIDS. Angka kejadian tertinggi adalah pada bayi usia 2- 4 bulan. Hipotesis yang dikemukakan untuk menjelaskan kejadian ini adalah pada beberapa bayi terjadi mal-development atau maturitas batang otak yang tertunda sehingga berpengaruh terhadap pusat

chemosensitivity, pengaturan pernafasan, suhu, dan respons tekanan darah. Beberapa faktor resiko dikemukakan untuk menjelaskan kerentanan bayi terhadap SIDS, tetapi yang terpenting adalah ibu hamil perokok dan posisi tidur bayi tertelungkup. Hipertermia diduga berhubungan dengan SIDS karena dapat menyebabkan hilangnya sensitivitas pusat pernafasan sehingga berakhir dengan apnea.

2.2.5 Manifestasi Klinis

1. Suhu tinggi 37,8 °C (100 °F) peroral atau 38,8 °C (101 °F)
2. Takikardia
3. Hangat pada sentuhan
4. Menggigil
5. Dehidrasi
6. Kehilangan nafsu makan
7. Pernafasan cepat
8. Mulut kering

2.2.6 Komplikasi

1. Kerusakan sel-sel dan jaringan
2. Kematian

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

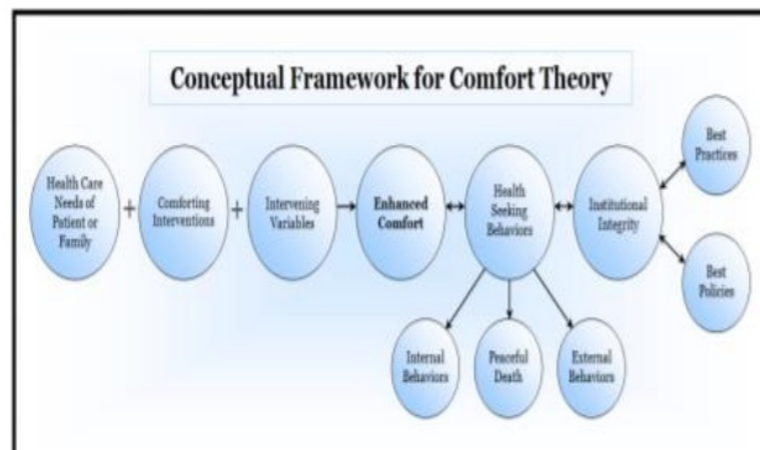
Pemeriksaan Laboratorium

1. Pemeriksaan darah lengkap : mengidentifikasi kemungkinan terjadinya resiko infeksi
2. Pemeriksaan urine

3. Uji widal: suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi untuk pasien hipoid
4. Pemeriksaan elektrolit: Na, K, Cl
5. Uji tourniquet

2.3 Konsep Teori/Model kenyamanan (KOLCABA)

Kenyamanan adalah pengalaman yang di terima oleh seorang dari suatu intervensi. Hal ini merupakan pengalaman langsung dan menyeluruh ketika kebutuhan fisik, social, psikospiritual, dan lingkungan terpenuhi (Peterson & bredow,2008). Konsep teori kenyamanan meliputi kebutuhan kenyamanan, variable intervensi, peningkatan kenyamanan, perilaku pencari kesehatan, dan intergritas institusional. Menurut Kalcoba & DiMacro(2005) hal tersebut dapat di gambarkan dalam kerangka konseptual sebagai berikut :



Gambar 1. Kerangka Kerja Konseptual Pada Teori Kenyamanan Seluruh konsep tersebut terkait dengan klien dan keluarga. Teori kenyamanan terdiri atas tiga tipe, yaitu (1) *relief* : kondisi resipien yang

mempunyai penanganannya spesifik dan segera, (2) *ease* : kondisi tenang atau kepuasan hati dari klien yang terjadi karena hilangnya ketidaknyamanan fisik yang dirasakan pada semua kebutuhan, (3) *transcendence* : keadaan dimana seseorang mampu mengatasi masalah dari ketidaknyamanan yang terjadi.

Kolcaba berorientasi bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seorang individu yang bersifat *holistic*, meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, lingkungan. Kenyamanan fisik berhubungan dengan mekanisme sensasi tubuh dan homeostasis, meliputi penurunan kemampuan tubuh dalam merespon suatu penyakit atau prosedur invasif. Beberapa alternatif untuk memenuhi kebutuhan fisik adalah memberikan obat, merubah posisi, *backrup*, kompres hangat atau dingin, sentuhan terapeutik. Kenyamanan psikospiritual dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang dapat difasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan interaksi dan sosialisasi klien dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam proses kesembuhan klien.

Kebutuhan kenyamanan sosiokultural berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan masyarakat, meliputi kebutuhan terhadap informasi keperawatan (*discharge planning*), dan perawatan yang sesuai dengan budaya klien. Beberapa cara untuk memenuhi kebutuhan sosiokultural adalah menciptakan hubungan terapeutik dengan klien, menghargai hak-hak klien tanpa memandang status sosial atau budaya,

mendorong klien untuk mengekspresikan perasaannya, dan memfasilitasi kerja tim yang mengatasi kemungkinan adanya konflik antara proses penyembuhan dengan budaya klien. Kebutuhan yang terakhir adalah kebutuhan akan kenyamanan lingkungan yang berhubungan dengan menjaga kerapian dan kebersihan lingkungan, membatasi pengunjung dan terapi sat klien beristirahat, dan memberikan lingkungan yang aman bagi klien (Kolcaba, Tilton, & Drouin,2006)

Kolcaba menggambarkan kebutuhan kenyamanan dalam taksonomi struktur sebagai berikut :

Gambar 2 Struktur Taksonomi Comfort

	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
<i>Physical</i>			
<i>pychospiritual</i>			
<i>Environmental</i>			
<i>Sociocultur</i>			

Gambar 2.2 Struktur gambar taksonomi *comfort* menggambarkan hubungan antara konsep – konsep penting dalam teori *comfort*. Baris pertama menggambarkan konsep teori di generalisasi dan merupakan *middle range theory*. Baris ini merupakan tingkat tertinggi yang bersifat abstrak dan

setiap baris berikutnya lebih kongret. Baris kedua adalah tingkat praktik *comfort* pada kasus perawatan thypus . Baris ketiga adalah cara dimana masing masing konsep dilakukan. Di baris ke empat adalah operasionalisasi, yang berarti untuk di masukkan ke dalam praktik (seperti sebuah panduan) atau untuk mengukur (seperti dengan instrumen kenyamanan) yang bertujuan untuk menunjukkan bagaimana kerangka ini membantu perawat menentukan teori kedalam praktik dan penelitian.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Klien Dengan Thypus Abdominalis Berdasarkan Teori Kenyamanan Kolcaba

2.4.1 Pengkajian

¹⁰ Langkah awal asuhan keperawatan menggunakan teori *Comfort* Kolcaba adalah pengkajian. Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data klien. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan pendekatan teori *comfort* yaitu dengan ⁷ melakukan penilaian terhadap struktur taksonomi antara tiga kenyamanan yang dikaitkan dengan empat pengalaman kenyamanan.

⁸ 1. Identitas

Di dalam identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, No. Registrasi, status perkawinan, agama, pekerjaan, tinggi badan, berat badan dan tanggal MRS

2. Keluhan utama

Pada pasien Typhus biasanya mengeluh perut merasa mual dan kembung, nafsu makan menurun, panas, dan demam.

3. Riwayat Penyakit dahulu

Apakah pasien sebelumnya pernah mengalami sakit Typhus, dan apakah menderita penyakit lainnya.

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada umumnya pasien Typhus demam, anorexia, mual, muntah, diare, perasaan tidak enak di perut, pucat (anemi), nyeri kepala/pusing, nyeri otot, lidah kotor, gangguan kesadaran berupa somnolen sampai koma.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah dalam kesehatan keluarga ada yang pernah menderita Typhus atau sakit yang lainnya.

6. ⁸ Pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor, dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi berubah.

b. Pola aktivitas dan latihan

Pasien akan terganggu aktivitasnya akibat adanya kelemahan fisik serta pasien akan mengalami keterbatasan gerak akibat penyakitnya.

c. Pola tidur dan aktivitas

Kebiasaan tidur pasien akan terganggu dikarenakan suhu badan yang meningkat, sehingga pasien merasa gelisah, pada waktu tidur.

d. Pola Eliminasi

Kebiasaan dalam BAK akan terjadi retensi bila dehidrasi karena panas yang meninggi, konsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan.

e. Pola reproduksi dan seksual

Pola reproduksi dan seksual pada pasien yang telah atau sudah menikah akan terjadi perubahan.

Pengkajian pemeriksaan fisik

11

Pemeriksaan *Head To toe*

1. Kepala

Keadaan kepala cukup bersih, tidak ada lesi / benjolan, distribusi rambut merata dengan warna warna hitam, tipis, tidak ada nyeri tekan.

2. Mata

Kebersihan mata cukup, bentuk mata simetris kiri dan kanan, sclera tidak ikterik konjungtiva kemerahan / tidak anemis. Reflek pupil terhadap cahaya baik.

3. Telinga

Kebersihan telinga bersih, bentuk tidak ada kelainan, tidak terdapat peradangan.

4. Hidung

Kebersihan hidung cukup, bentuk tidak ada kelainan, tidak terdapat tanda-tanda peradangan pada mucosa hidung. Tidak terlihat pernafasan cuping hidung tak ada epistaksis.

5. Mulut dan gigi

Kebersihan mulut kurang dijaga, lidah tampak kotor, kemerahan, mukosa mulut/bibir kemerahan dan tampak kering.

6. Leher

Kebersihan leher cukup, pergerakan leher tidak ada gangguan.

7. Dada

Kebersihan dada cukup, bentuk simetris, ada nyeri tekan. tidak ada sesak., tidak ada batuk.

8. Abdomen

Kebersihan cukup, bentuk simetris, tidak ada benjolan/nyeri tekan, bising usus 12x /menit, terdapat pembesaran hati dan limfa

9. Ekstremitas

Tidak ada kelainan bentuk antara kiri dan kanan, atas dan bawah, tidak terdapat fraktur, genggam tangan kiri dan kanan sama kuat

2.4.2 Kenyamanan terkait pengalaman fisik

Pengkajian kenyamanan terkait pengalaman fisik Pengkajian dalam teori comfort Kolcaba meliputi pengumpulan data yang diperoleh melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Pengkajian kenyamanan fisik terkait dengan keluhan utama saat dirawat di rumah sakit, sikap

tubuh dan perilaku yang menunjukkan ketidaknyamanan. ⁷ Pengkajian keperawatan dilakukan secara menyeluruh dengan pemeriksaan head to toe, namun difokuskan pada masalah.

4.2.3 Pengkajian kenyamanan terkait pengalaman psikospiritual.

⁷ Pengkajian ketidaknyamanan terkait pengalaman psikospiritual mencakup kepercayaan diri, motivasi dan kepercayaan terhadap Tuhan. Hal ini karena dapat mempengaruhi kepercayaan diri seseorang.

4.2.4 Pengkajian kenyamanan terkait pengalaman sosiokultural

⁷ Pengkajian kenyamanan sosiokultural dilihat dari sosial meliputi hubungan interpersonal dan intra personal. Lingkungan sosial yang banyak berinteraksi dengan klien adalah keluarga. Mengkaji kondisi klien dengan keluarga merupakan hal yang penting selain hubungan antara pemberi asuhan dengan klien. Masalah tersebut dapat menimbulkan ketidaknyamanan sosial pada klien.

4.2.5 Pengkajian kenyamanan terkait pengalaman lingkungan

⁷ Pengkajian kenyamanan terkait pengalaman lingkungan mencakup respon adaptasi klien dan keluarga terhadap lingkungan fisik di rumah sakit. Lingkungan yang berbeda dapat menjadi stressor tersendiri bagi klien dan keluarga seperti cahaya lampu kamar, kebisingan, suhu kamar yang panas/dingin. Peterson dan Bredow (2004): Kolcaba (2003) mengatakan apabila klien dan keluarga tidak dapat beradaptasi maka akan timbul rasa ketidaknyamanan terhadap lingkungan. Ketidaknyamanan tidak terlihat pada semua kasus klie dan

keluarga, dikarenakan suhu ruangan yang cukup dingin dan ruangan yang tenang

Table Taksonomi *Comfort*

	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Trancendence</i>
<i>Physical</i>			
<i>pychospiritual</i>			
<i>Environmental</i>			
<i>Sociocultur</i>			

4.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Untuk melakukan diagnosis penyakit typhus abdominalis, perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium yang mencakup pemeriksaan-pemeriksaan sebagai berikut ;

1. ¹⁴ Pemeriksaan darah tepi : dapat ditemukan leukopenia, limfositosis relatif, aneosinofilia, trombositopenia, anemia.
2. Biakan empedu : basil *salmonella typhi* ditemukan dalam darah penderita biasanya dalam minggu pertama sakit.
3. Uji Widal

Uji Widal adalah suatu reaksi aglutinasi antara antigen dan antibodi (aglutinin). Aglutinin yang spesifik terhadap *salmonella thypi* terdapat dalam serum klien dengan typhus juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasi. Antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspensi salmonella yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium.

Tujuan dari uji widal ini adalah menentukan adanya aglutinin dalam serum klien yang disangka menderita typhus. Akibat infeksi oleh *Salmonella Thypi*, klien membuat antibodi atau aglutinin yaitu :

- 1) Aglutinin O, yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh kuman).
- 2) Aglutinin H, yang dibuat karena rangsangan antigen H (berasal dari flagel kuman).
- 3) Aglutinin Vi, yang dibuat karena rangsangan antigen Vi (berasal dari simpai kuman). Dari ketiga aglutinin tersebut hanya aglutinin O dan H yang ditentukan titernya untuk diagnosa, makin tinggi titernya makin besar klien menderita typhus.

4. Pemeriksaan SGOT/SGPT

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

4.2.7 Analisa Data

Data yang sudah terkumpul dikelompokkan dan dianalisis untuk menentukan masalah klien. Untuk mengelompokkan data ini dilihat dari jenis data yang meliputi data subyek dan data obyek. Data subyek adalah data yang diambil dari ungkapan klien atau keluarga klien sedangkan data obyek adalah data yang didapat dari suatu pengamatan atau pendapat yang digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan (Lismidar, 1990).

4.2.8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu, klien atau masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Herdman & Kamitsuru, 2015)

1. Aktual : Diagnosa keperawatan yang menggambarkan penilaian klinik yang harus di validasi perawat karena ada batasan mayor.
2. Potensial : Diagnosa keperawatan menggambarkan kondisi klien kearah yang lebih positif (kekuatan pasien)
3. Risiko : Diagnosa keperawatan yang menggambarkan kondisi klinis individu lebih rentan mengalami masalah.
4. Kemungkinan : Diagnosa keperawatan yang menggambarkan kondisi klinis yang memerlukan data tambahan sebagai faktor pendukung yang lebih adekuat. Jadi yang dimaksud adalah dengan diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas berkaitan dengan masalah yang didapat pada pasien baik itu secara actual, potensial, risiko atau kemungkinan.

Contoh diagnosa keperawatan thypus abdominalis yang muncul

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

2.4.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 2 Intervensi Keperawatan Kolbaca

Intervensi Keperawatan	Tindakan Keperawatan
<i>Standard comfort</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji suhu tubuh setiap empat jam 2. Pantau warna kulit dan suhu 3. Monitor tanda- tanda vital dan kesadaran. 4. Monitor leukosit, Hb, SGOT, SGPT 5. Berikan cairan intravena 6. Berikan kompres hangat/<i>water tepid sponge</i>
<i>Coaching</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan kepada keluarga untuk kompres air hangat bila suhu tubuh pasien 37,9°C pada lipatan paha dan aksila 2. Anjurkan kepada keluarga untuk menyelimuti pasien dengan selimut 3. Bantu/libatkan keluarga untuk membuat rencana kedaruratan bila pasien mengalami demam
<i>Comfort food for the soul</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien makan sedikit namun sering dengan tekstur makanan yang lunak serta kaya protein seperti ikan, telur, serta rendah serat untuk mempercepat penyembuhan. 2. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan minum lebih banyak

2.4.7 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam,2008)

2.4.8 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah disusun tercapai atau tidak. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Ada beberapa metode evaluasi yang dipakai dalam perawatan. Faktor yang paling penting adalah bahwa metode tersebut harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang dievaluasi. (Friedman,2016)

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Typhus Abdominalis Dengan Masalah Hipertermi di RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah yang digunakan untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok dan perseorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. Klien adalah individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama.
3. Typhus abdominalis adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari 1 minggu, gangguan pencernaan dan gangguan kesadaran

4. Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas.

3.3 Partisipan

Pada penelitian ini menggunakan 2 klien yang mengalami diagnosa *Thypus Abdominalis* dengan masalah hipertermi di RSUD Bangil Pasuruan.

Dengan kriteria yaitu :

1. 2 klien yang mengalami thypus abdominalis
2. 2 klien yang mengalami masalah hipertermi
3. 2 klien yang dirawat melalui fase 1 hari
4. 2 klien dan 2 keluarga yang bersedia untuk dilakukan penelitian studi kasus

3.4 Lokasi dan Waktu Peneltian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan yang beralamat di JL.RACI Pasuruan,

3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan mulai dari penyusunan proposal pada bulan Januari 2020 sampai bulan Juni 2020

3.5 Pengumpulan Data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah :

1. Pengajuan permohonan ijin untuk melakukan penelitian dimulai dari pengajuan surat pengantar permohonan ijin dari prodi D3 Keperawatan kemudian diproses ke BAAK (Biro Adminastri Akademik dan Kemahasiswaan), setelah surat permohonan ijin penelitian telah selesai diproses, maka surat tersebut akan langsung disampaikan ke direktur RSUD Bangil, dimana peneliti akan mendapatkan surat balasan yang menyertakan data serta pembagian tempat atau ruangan yang sesuai dengan responden yang akan dilakukan penelitian oleh peneliti.
2. ⁵ Persetujuan menjadi responden, dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.
3. Wawancara adalah percakapan yang memiliki tujuan tertentu, biasanya antara dua orang yang saling bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab. Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan 2 jenis wawancara yaitu autoanamnesa dan heteroanamnesa.
4. Observasi dan pemeriksaan fisik
Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan, Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistis perilaku manusia dan mengevaluasi. Pemeriksaan fisik pada kasus ini menggunakan pendekatan IPPA : inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi pada sistem tubuh pasien.

3.6 Uji keabsahan data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/ informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi (Nursalam, 2017). Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan (Nursalam, 2017).

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen).

Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam

bentuk catatan. Data yang dikumpulkan terkait dengan ⁵ data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.

2. Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk studi laporan asuhan keperawatan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etika Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan menurut Nursalam (2017) antara lain :

- ⁵ 1. Persetujuan menjadi responden (*informed consent*), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak

menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. Tanpa nama (*anonymity*), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (*anonimiti*)
3. Rahasia (*confidentiality*), kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran umum lokasi pengumpulan data

Rumah sakit daerah Bangil yaitu rumah sakit rujukan tipe C milik pemerintahan Kabupaten Pasuruan. Terletak di jalan rasi Kabupaten Pasuruan dengan luas tanah kurang lebih sekitar 2 hektar.

Pengkajian dilakukan di ruang Melati RSUD Bangil. Ruang Melati 2E dan Melati 11F, dengan kapasitas tempat tidur masing - masing 6 tempat tidur.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien pada klien 1 dan klien 2

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. S	Ny. N
Umur	53 tahun	21 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMA
Alamat	Kedung Pandan	Sumedung Barat
Status	Menikah	Belum menikah
Suku/bangsa	Jawa	Jawa
Sumber informasi	Klien	Klien
Tanggal MRS	20 Februari 2020	22 Februari 2020
Jam masuk	16.00	18.00
Tanggal pengkajian	20 Februari 2020	22 Februari 2020
No.RM	417xxx	352xxx
Diagnose masuk	Thypus	Thypus

2. Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan badannya panas.	Klien mengatakan badannya panas.
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan bahwa klien sebelumnya sudah demam naik turun selama 5 hari, mual dan muntah, muntah 4x tadi pagi, sudah berobat ke dokter namun belum ada perubahan, kemudian klien di bawa keluarga ke RSUD Bangil pada tanggal 20 Februari 2020 pukul 15.00 mendapat pertolongan di IGD RSUD Bangil, setelah klien stabil klien di pindahkan ke ruang Melati RSUD Bangil pada tanggal 20 Februari 2020.	Klien mengatakan bahwa klien sudah demam selama 4 hari, pusing, diare 5x, mual dan muntah 2x sejak tadi pagi. Keluarga sudah membawa klien ke dokter namun belum ada perubahan, kemudian keluarga membawa klien ke RSUD Bangil pada tanggal 22 Februari 2020 pukul 17.00 mendapat pertolongan di IGD RSUD Bangil, setelah klien stabil klien di pindahkan ke ruang Melati pada tanggal 22 Februari 2020.
¹² Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan pernah menderita penyakit thypus sebelumnya	Klien mengatakan klien tidak mempunyai riwayat penyakit thypus sebelumnya
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita thypus	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita thypus

3. Pola Fungsi Kesehatan pada klien 1 dan klien 2

Pola fungsi kesehatan	Klien 1	Klien 2
pola nutrisi dan metabolisme	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan saat di rumah makan 3x sehari secara teratur, dengan menu nasi, sayur, lauk pauk dan sambal. klien jarang minum air putih, minum kurang lebih 350 ml setiap hari, lebih sering minum kopi.</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan tidak nafsu makan, saat makan terasa pahit di lidah, dan mual setelah makan. Klien menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan dari Rs. Klien minum kurang lebih 500 ml saat di Rs</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan saat di rumah klien makan 3x sehari secara teratur, dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur, klien juga sering membeli makanan di luar seperti pentol dan mie pedas. Minum air putih kurang lebih 800 ml.</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan klien tidak mau makan, makan hanya 4 sendok makan klien hanya minum air putih saja, minum kurang lebih 800 ml.</p>
pola aktifitas dan latihan	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan sebelum sakit setiap harinya bekerja di pabrik.</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena badan terasa lemas</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan Sebelum sakit klien bekerja di swalayan.</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan klien hanya berbaring di tempat tidur.</p>
pola tidur dan aktifitas	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan saat di rumah tidur kurang lebih 7 jam/24 jam.</p> <p>Di Rs:</p> <p>Klien mengatakan tidur kurang nyenyak dan sering terbangun.</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan klien tidur kurang lebih 8 jam /24 jam.</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan klien tidak bisa tidur sering terbangun saat tidur karena perutnya sakit.</p>
pola eliminasi	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan</p>

	BAB 2 hari sekali 1x, BAK 3x sehari. Di Rs : Klien mengatakan belum BAB, BAK 3x	BAB rutin 1x sehari BAK 4x sehari. Di Rs : Klien mengatakan sudah BAB 3x, BAK 3x
pola reproduksi	Klien dalam masa produktif dan masih mampu berhubungan suami istri.	Klien tidak ada gangguan seksualitas.

4. Pemeriksaan Fisik pada klien 1 dan klien 2

Pemeriksaan fisik	Klien 1	Klien 2
Kedadaan umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Composmetis (GCS 4,5,6)	Composmetis (GCS 4,5,6)
TD	110/80 mm/Hg	100/70 mm/Hg
Suhu	38,9 °C	38,2°C
Nadi	88x/menit	100x/menit
RR	24x/menit	22x/menit
Kepala	Kepala bersih, tidak bau, distribusi rambut merata, berwarna hitam, rambut lebat, tidak ada benjolan, dan tidak ada nyeri tekan.	Kepala bersih, tidak bau, distribusi rambut merata, warna rambut hitam, rambut tipis bergelombang, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
Mata	Mata bersih, simetris kiri dan kanan, pupil isokor, sklera tidak ikterik.	Mata bersih, simetris kiri dan kanan, pupil isokor, sklera tidak ikterik.
Telinga	Telinga bersih tidak ada serumen, simetris kiri dan kanan.	Telinga bersih tidak ada serumen, simetris kiri dan kanan.
Hidung	Hidung simetris, bersih tidak ada sekret, tidak terpasang oksigen, tidak ada cuping hidung.	Hidung simetris, bersih tidak ada sekret, tidak terpasang oksigen, tidak ada cuping hidung.
Mulut	Mulut tidak sumbing, lidah kotor, mukosa bibir	Mulut tidak sumbing, lidah tampak kotor,

	kering.		mukosa bibir kering.
Leher	Tidak pembesaran kelenjar tiroid.	ada	Tidak pembesaran kelenjar tiroid.
Dada	Paru – paru : Inpeksi : dada simetris, tidak ada jejas. Palpasi : tidak ada nyeri tekan. Perkusi : sonor Auskultasi : tidak ada wheezing dan ronchi. Jantung : Inpeksi : dada simetris, tidak ada jejas. Palpasi : tidak ada nyeri tekan. Perkusi : sonor Aukultasi : irama jantung normal		Paru : Inpeksi : dada simetris tidak ada jejas. Palpasi : tidak ada nyeri tekan. Perkusi : sonor Auskultasi : tidak ada wheezing dan ronchi. Jantung : Inpeksi : dada simetris, tidak ada jejas . Palpasi : tidak ada nyeri tekan. Perkusi : sonor Auskultasi : irama jantung normal.
Abdomen	Inpeksi : tidak ada luka Palpasi : tidak ada nyeri tekan Perkusi : timpani Auskultasi : bising usus 8x/ menit.		Inpeksi : tidak ada luka Palpasi : tidak ada nyeri tekan Perkusi : timpani Auskultasi : bising usu 8x/menit.
ektermitas	Ektermitas atas terpasang infus, tidak ada luka, ektermitas bawah tidak ada odema.	atas infus, tidak ada luka, ektermitas bawah terdapat bekas luka, tidak ada odema.	

5. Pengkajian Kenyamanan Psikospiritual klien 1 dan klien 2

Klien 1 tampak cemas akan kesehatannya, klien percaya sakit yang di derita merupakan musibah dari yang kuasa, selama sakit klien tidak melakukan ibadah seperti yang di lakukan saat sebelum sakit, namun klien tetap berdoa akan kesembuhannya. Keluarga klien berharap klien lekas sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasa. Keluarga klien terlihat bergantian melakukan ibadah.

Klien 2 tampak cemas dan gelisah, klien tampak menahan sakit pada perutnya. Klien ikhlas akan kondisi yang di alami saat ini dan menerima

sebagai cobaan dari tuhan. Dalam beribadah klien tidak beribadah seperti sebelum sakit, namun klien tetap berdoa untuk kesembuhannya. Keluarga klien berharap klien dapat segera sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasa. . Keluarga klien terlihat bergantian melakukan ibadah sesuai kewajibannya.

6. Pengkajian Kenyamanan Sosiokultural klien 1 dan klien 2

Klien 1

klien biasanya di tunggu oleh anak perempuannya. Klien sangat dekat dengan anak perempuannya saat di rumah. Klien tidak ada keyakinan khusus yang berhubungan dengan kesehatan, tidak ada budaya yang di anut yang bertentangan dengan kesehatan. Klien tidak ada hambatan dalam berkomunikasi dengan perawat, klien dan keluarga menggunakan bahasa yang sama dengan perawat, keluarga sudah di beri tahu tentang informasi penyakit yang diderita klien.

Klien 2

Klien saat sakit di tunggu oleh ibunya. Klien juga sangat dekat dengan ibunya saat di rumah. Klien tidak memiliki keyakinan khusus yang berhubungan dengan kesehatan , tidak ada budaya yang di anut yang bertentangan dengan kesehatan. Klien tidak ada hambatan saat berkomunikasi dengan perawat, klien dan keluarga menggunakan bahasa yang sama dengan perawat, keluarga juga sudah di beri tahu tentang informasi penyakit yang di derita klien.

7. Pengkajian Kenyamanan Lingkungan

Klien 1

Klien di rawat di ruang kelas tiga dengan jumlah tempat tidur berisi 6 orang, klien dan keluarga sangat tidak nyaman dengan kondisi ruangan yang sempit dan suhu udara yang pengap dan panas. Klien juga sedikit terganggu saat malam hari karena pasien di sebelah terganggu berisik. Klien tidak ada masalah dengan pencahayaan ruangan, klien dan keluarga tidak nyaman dengan sekat pembatas antar ruang yang sangat sempit.

Klien 2

Klien di rawat di ruang kelas tiga dengan jumlah tempat tidur berisi 6 orang, klien dan keluarga tidak nyaman dengan kondisi ruangan yang sempit dan suhu udara yang pengap dan panas. Klien dan keluarga mengeluh bau yang tidak sedap dari kamar mandi karena tempat tidur pasien yang berada di depan kamar mandi. Klien dan keluarga tidak ada masalah dengan pencahayaan, pencahayaan cukup, klien dan keluarga tidak ada dengan sekat pembatas dengan pasien sebelah.

Tabel 3 Taksonomi Comfort Klien 1

	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
<i>Physical</i>	keadaan umum klien lemah, Kesadaran composmetis, GCS 4,5,6 Suhu : 38,9 °C TD : 110/80 mmHg Nadi : 88x/menit RR : 24x/menit Klien mengeluh pusing, klien tidak ada keluhan pada mata, hidung, mukosa mulut tampak kering, leher tidak distensi vena jugularis, klien tidak ada keluhan pada paru dan jantung, klien mengeluh mual, dan tidak enak pada perut. Ektermitas atas dan bawah klien tidak ada keluhan.	Klien tampak gelisah karena kepalanya pusing dan perut tidak enak serta mual klien mendapat terapi Infus RL 20 tetes/menit, injeksi antrain 3x500mg, ranitidine 2x150 mg, ondanecentron 2x4mg, ceftriaxone 2x1 gr, omeplazole 1x40 gr, po parasetamol 2x500 mg	Klien rutin minum obat yang di berikan oleh perawat dengan dibantu keluarga.
<i>Psychospiritual</i>	Klien tidak bisa beribadah seperti biasa karena badanya lemah, keluarga klien tampak bergantian melakukan ibadah.	Keluarga tampak bergantian menemani pasien. Keluarga juga berharap klien cepat sembuh dan dapat segera beraktifitas seperti biasa.	Klien selalu sabar akan perawatan yang diberikan oleh perawat.
<i>Environmental</i>	Klien dan keluarga juga mengeluh ruangan yang panas, sekat pembatas yang sempit, dan berisik saat malam hari.	Klien seharusnya dapat beristirahat tanpa adanya gangguan. Adanya kipas angin pada ruangan namun belum teratasinya terkait suhu udara pada ruangan yang panas.	Klien dan keluarga tampak belum nyaman terkait ruangan yang panas dan sempit

<i>sociocultural</i>	Keluarga membutuhkan informasi tentang penyakit dan cara penanganan ketika penyakit yang diderita klien kambuh.	Klien tidak ada keyakinan khusus yang berhubungan dengan penyakitnya, tidak ada budaya yang dianut yang bertentangan dengan kesehatan, bahasa yang digunakan klien dan keluarga sama dengan bahasa perawat.	Klien dan keluarga tampak paham dengan informasi penyakit yang di sampaikan oleh perawat
----------------------	---	---	--

Tabel 4 Taksonomi Comfort Klien 2

	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
<i>Physical</i>	Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmetis, GCS 4,5,6 Suhu : 38,2 °C TD : 100/70 mmHg Nadi : 88x/menit RR : 24x/menit, klien mengeluh 12 pusing, klien tidak ada keluhan pada mata dan hidung, mukosa mulut tampak kering, leher tidak distensi vena jugularis, klien tidak ada keluhan pada paru dan jantung, klien tampak gelisah dan mengeluh mual, muntah serta diare serta tampak menahan sakit pada perut. Ektermitas atas dan bawah klien tidak ada keluhan.	Klien tampak gelisah karena kepalanya pusing dan perut nyeri serta mual dan muntah. Klien mendapat terapi Infus RL 20 tetes/menit, injeksi antrain 3x500mg, ranitidine 2x150mg, ondaneceptron 2x4mg, pumpicel 1x40 mg, ceftriaxone 2x1 gr, po paracetamol 2x500 mg, po oralit 3x4 gr.	Klien rutin minum obat yang di berikan oleh perawat.
<i>Psychospiritual</i>	Klien tidak bisa beribadah seperti biasa karena badanya lemah, keluarga klien	Keluarga bergantian menemani pasien. Keluarga juga	Klien selalu sabar akan perawatan yang diberikan oleh perawat.

	tampak bergantian melakukan ibadah.	berharap klien cepat sembuh dan dapat segera beraktifitas seperti biasa.	
<i>Environmental</i>	klien dan keluarga juga mengeluh ruangan yang panas, dan bau tidak sedap dari kamar mandi	Adanya kipas angin pada ruangan namun belum teratasinya terkait suhu udara pada ruangan yang panas serta perlunya peningkatan kebersihan.	Klien dan keluarga tampak belum nyaman terkait ruangan yang panas dan sempit
<i>sociocultural</i>	Keluarga membutuhkan informasi tentang penyakit dan cara penanganan demam ketika penyakit yang diderita klien kambuh.	Klien tidak ada keyakinan khusus yang berhubungan dengan penyakitnya, tidak ada budaya yang dianut yang bertentangan dengan kesehatan, bahasa yang digunakan klien dan keluarga sama dengan bahasa perawat.	Klien dan keluarga tampak paham dengan informasi penyakit yang di sampaikan oleh perawat

8. Pemeriksaan penunjang

Klien 1 : tanggal 21 Februari 2020

Klien 2 : tanggal 23 Februari 2020

Pemeriksaan penunjang	Hasil		Nilai normal
	Klien 1	Klien 2	
Pemeriksaan Darah			
HEMATOLOGI			
Leukosit (WBC)	15,2	10,3	3,70 – 10,1
Neutrophil	13,6	6,4	
Limfosit	0,8	1,3	
Monosit	1,2	0,5	
Eosinofil	0,0	0,1	
Basofil	0,4	0,0	
Neutrofil %	H 85,3	H 74,7	39,3 -73,7
Limfosit %	L 5,4	L 16,1	18,0 -48,3
Monosit %	6,7	4,9	4,40-12,7
Eosinofil %	L 0,4	1,0	0,600-7,30
Basofil %	H 2,8	H 1,80	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	4,560	6,310	4,6-6,2
Hemoglobin (HGB)	L 12,80	L 12,75	13,5-18,0
Hematocrit (HCT)	L 37,30	40,20	40-54
MCV	L 71,60	L 80,90	81,1-96,0
MCH	L 24,60	27,00	27,0-31,2
MCHC	34,50	34,80	31,8-35,4
RDW	12,10	12,20	11,5 -14,5
PLT	L 125	198	155-366
MPV	8,55	7,7	6,90-10,6
KIMIA KLINIK			
FAAL HATI			
AST/SGOT	H 167,27	H 125,14	< 35
ALT/SGPT	H 62,67	H 50,73	< 45
Bilirubin total	2,97		
Bilirubin direk	H 2,08		0,1 -0,4
Bilirubin indirek	H 0,87		0,2 -0,7
GULA DARAH			
Glukosa darah sewaktu	125	97	<200
IMUNOSEROLOGI			
IgM S.Thypi	6	4	

9. Terapi

	Terapi	
	Klien 1	Klien 2
Infus RL	20 tetes/ menit	20 tetes/ menit
Injeksi antrain	3 x 500 mg	3 x 500 mg
Injeksi ranitidin	2 x 150 mg	2 x 150 mg
Injeksi ondancetron	2 x 4 mg	2 x 4 mg
Injeksi pumpicel		1 x 40 mg
Injeksi ceftriaxone	2x 1 gr	2 x 1 gr
Injeksi omeprazole	1 x 40 gr	
p.o paracetamol	2 x 500 mg	2 x 500 mg
p.o oralit		3x 4 gr

4.1.3 Analisa data

Data	Etiologi	Masalah
Klien 1		
Ds : klien mengatakan badanya panas, mual muntah 2x, lemas.	Hipertermi	Hipertermi
Do : a. keadaan umum lemah b. kulit kemerahan c. kulit hangat d. akral hangat e. suhu 38,9 f. TTV TD : 110/80 mm/Hg N : 88x/menit RR :24x/menit IgM S thypi 6		

Data	Etiologi	Masalah
Klien 2		
Ds : Klien mengatakan badanya panas, pusing, mual, dan diare. DO : 1. Keadaan umum lemah 2. Kulit kemerahan 3. Akral hangat 4. Kulit hangat 5. Suhu 38,2 °C 6. TTV TD : 100/70 mm/Hg N : 100x/menit RR : 22x/menit IgM S thypi 4	Hipertermi	Hipertermi

4.1.4 Diagnosa keperawatan

Kasus 1	Kasus 2
Hipertermi	Hipertermi

4.1.5 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan kolcaba

Intervensi Keperawatan	Tindakan Keperawatan
<i>Standard comfort</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji suhu tubuh setiap empat jam 2. Pantau warna kulit dan suhu 3. Monitor tanda- tanda vital dan kesadaran. 4. Monitor leukosit, Hb, SGOT ,SGPT 5. Berikan cairan intravena 6. Berikan kompres hangat/<i>water tepid sponge</i>
<i>Coaching</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan kepada keluarga untuk kompres air hangat bila suhu tubuh pasien 37,9⁰C pada lipatan paha dan aksila

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan kepada keluarga untuk menyelimuti pasien dengan selimut 3. Bantu/libatkan keluarga untuk membuat rencana kedaruratan bila pasien mengalami demam
<i>Comfort food for the soul</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien makan sedikit namun sering dengan tekstur makanan yang lunak serta kaya protein seperti ikan, telur, serta rendah serat untuk mempercepat penyembuhan. 2. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan minum lebih banyak

4.1.6 Implementasi keperawatan

Kasus 1

NO	Tanggal	Diagnosa	Pukul	Tindakan	paraf
1.	20 Februari 2020	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	16.00	1. Memonitor tingkat kesadaran Tingakt kesadaran : composmetis GCS : 4,5,6	
			16.00	2. Melakukan TTV TD : 110/80 mmHg S : 38,9 °C N : 88x/menit RR : 24x/menit	
			16.10	3. Memonitor warna dan suhu kulit klien Warna kulit tampak kemerahan, kulit hangat saat di sentuh	
			16.00	4. Berikan cairan infus RL 20 tetes/menit	
			16.15	5. Menganjurkan keluarga klien untuk mengopres klien pada lipatan paha dan aksila	
			16.20	6. Menganurkan klien minum lebih banyak.	
			16.45	7. Menyelimuti pasien dengan selimut	

2.	21 Februari 2020		08.00 08.05 08.10 08.12 08.15 08.30 08.35 08.40	<p>1. Melakukan TTV TD : 110/80 mmHg S : 37,8⁰C N : 88x/menit RR : 22x/menit</p> <p>2. Memonitor warna kulit dan suhu klien Warna kulit tampak kemerahan, kulit hangat saat di sentuh</p> <p>3. Menganjurkan keluarga untuk mengompres klien pada lipatan paha dan aksila</p> <p>4. Menganjurkan klien makan sedikit namun sering</p> <p>5. Memonitor hasil lab Leusit 15,2, Hb 12,80, SGOT 167,27, SGPT 62,67</p> <p>6. Memberikan injeksi antrain 500 mg, ranitidine 150 mg, ondaneceptron 4 mg, ceftriaxone 1 gr, omeplazole 40 gr, po parasetamol 500 mg</p> <p>7. Memberikan cairan infus RL 20 tetes/menit</p> <p>8. Memposisikan klien semi flowler</p>	
3.	22 Februari 2020		14.15 14.20 14.25 14.27 15.00	<p>1. Memonitor TTV TD : 110/80 mmHg N : 80x /menit S : 36,9⁰C RR : 22x/menit</p> <p>2. Memonitor tingkat kesadaran Tingkat kesadaran : composmetis GCS 4,5,6</p> <p>3. Memonitor warna dan suhu kulit Warna kulit tampak kemerahan, kulit hangat saat di sentuh</p> <p>4. Memberikan injeksi antrain 500mg</p> <p>5. Memberikan cairan infus RL 20 tetes/menit</p>	

Kasus 2

No	Tanggal	Diagnose	Pukul	Tindakan	paraf
1.	22 Februari 2020	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	18.00	1. Monitor tingkat kesadaran Kesadaran : composmetis GCS 4,5,6	
			18.00	2. Monitor 12° TD : 100/70 mmHg N : 100x/menit S : 38,2 °C RR : 22x/menit	
			18.15	3. Monitor warna kulit dan suhu Warna kulit tampak kemerahan, kulit hangat saat di sentuh	
			18.15	4. Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa sakit	
			18.45	5. Menganjurkan keluarga klien untuk mengompres pada lipatan paha dan aksila	
			19.46	6. Menyelimuti pasien dengan selimut	
2.	23 Februari 2020		14.10	1. Monitor TTV TD : 100/70 mmHg S : 37,9 °C N : 88x/menit RR : 22x/menit	
			14.15	2. Memonitor warna kulit dan suhu Warna kulit tampak kemerahan, kulit hangat saat di sentuh	
			14.16	3. Memonitor hasil laboratorium Leusit 10,3, Hb 12,75, SGOT 125,14, SGPT 50,73	
			15.00	4. Melakukan injeksi antrain 500 mg, po oralit 4 gr	
			15.30	5. Memberikan klien cairan infus RL 20 tetes/menit	
			15.35	6. Mengompres pada	

			16.40	lipatan paha dan aksila
			16.35	7. Membantu pasien minum
			16.37	8. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering
			16.40	9. Menyelimuti klien
				10. Memberikan klien cairan infus RL 20 tetes/menit
3.	23 februari 2020		08.10	1. 12 monitor TTV TD : 110/70 mmHg N : 88x/menit S : 36.8°C RR : 22x/ menit
			08.15	2. Memonitor warna kulit dan suhu Warna kulit tampak kemerahan, kulit hangat saat di sentuh
			08.18	3. Memberikan cairan infus RL 20 tetes/menit
			09.00	4. Melakukan injeksi antrain 500 mg, ranitidine 150 mg, ondaneceptron 4 gr, pumpicel, ceftriaxone 1 gr , po paracetamol 500 mg, po oralit 4 gr.
			09.05	5. Memposisikan klien semi flowler
			13.15	6. Memberikan cairan infus RL 20 tetes/ menit

4.1.7 Evaluasi keperawatan

Kasus 1

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
20 Februari 2020	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	<p>DS : klien mengatakan badanya panas</p> <p>12 :</p> <ol style="list-style-type: none"> keadaan umum pasien lemah kesadaran : composmetis GCS : 4,5,6 warna kulit kemerahan, akral hangat 12V TD : 110/80 mm/Hg N : 88X/menit S : 38,9⁰C RR : 24 x/ menit <p>A : Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p>	
21 Februari 2020		<p>DS : pasien mengatakan badanya panas</p> <p>12 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum pasien lemah Kesadaran: composmetis GCS : 4,5,6 Wama kulit kemerahan, akral hangat 12V TD : 110/80 mmHg N : 88x/menit S : 38,5⁰C RR : 22x/menit <p>Hasil labortorium leukosit 15,2, Hb 12,80,SGOT 167,27, SGPT 62,67</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p>	
22 Februari 2020		<p>DS : Klien mengatakan demam sudah turun</p> <p>12 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah Kesadaran composmetis, GCS 4,5,6 	

		3. Wama kulit kemerahan akral hangat 4. TTV 12 : 110/80mmHg N : 80x/menit S : 37,8°C RR : 22x/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
--	--	---	--

Kasus 2

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
22 Februari 2020	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	DS : Pasien mengatakan badanya panas dan sakit perut 12 : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran composmetis GCS : 4,5,6 3. Wama kulit kemerahan akral hangat 4. TTV 12 TD : 100/70 mmHg N : 100x/menit S : 38,2°C RR : 22x/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
23 Februari 2020		DS : Klien mengatakan badannya demam 12 : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran composmetis GCS 4,5,6 3. Wama kulit kemerahan akral hangat 4. TTV 12 TD : 100/70 mmhg N : 88x/menit S : 37,9°C RR : 22x/menit 5. Hasil laboratorium leukosit 10,3, Hb 12,75, SGOT 125,14, SGPT 50,73 A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	

24 Februari 2020		DS : Klien mengatakan panasnya turun 12 : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran composmetis GCS 4,5,6 3. Warna kulit kemerahan akral hangat 4. 12 V TD : 110/70 mmHG N : 88x/menit S : 37,6°C RR : 22x/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
---------------------	--	--	--

4.2 Pembahasan

4.1.8 Pengkajian

pengkajian merupakan langkah awal dalam proses perawatan menggunakan teori *comfort*. Pengkajian bertujuan untuk mengumpulkan data klien. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, dan observasi. Pengkajian dilakukan dengan cara pendekatan menggunakan teori *comfort* yaitu dengan melakukan penilaian struktur taksonomi antara tiga kenyamanan yang di kaitkan dengan empat kenyamanan.

Pengkajian terhadap dua pasien dengan masalah hipertermi. Diperoleh data klien 1 dan klien 2 mengeluh badannya panas. Hasil pengukuran suhu tubuh kedua pasien menunjukkan suhu tubuh di atas 37,6°C, dimana untuk mengetahui penyebab demam dilakukan pemeriksaan penunjang. Demam yang dirasakan klien berdampak

pada kenyamanan fisik, gangguan psikospiritual, gangguan sosiokultural dan lingkungan.

1. Pengkajian kenyamanan fisik

⁷ Pengkajian keperawatan fisik dilakukan secara menyeluruh dengan menggunakan pemeriksaan head to toe, namun masih terfokus pada masalah hipertermi. Pada kedua kasus di temukan keluhan utama yang sama dimana klien 1 dan klien 2 mengeluh badanya panas, klien 1 demam selama 5 hari di sertai mual dan muntah, sedangkan klien 2 demam sejak 4 hari yang lalu disertai diare 5 kali dan muntah 2 kali. hasil pengukuran suhu tubuh pada klien 1 suhu tubuh 38,9⁰C, TD 110/80mmHg, kesadaran composmetis GCS 4-5-6, akral panas, kulit teraba panas. dan klien 2 suhu tubuh 38,2⁰C, TD 100/70 mmHg, kesadaran composmetis GCS 4-5-6, akral panas, kulit teraba panas. Untuk mengetahui penyebab hipertermi dilakukan pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan pemeriksaan kedua klien mengalami kenaikan leukosit, penurunan hemoglobin, kenaikan SGOT dan SGPT serta IgMS.thypi positif 6 untuk klien 1 dan IgMS.thypi positif 4 untuk klien 2. Peneliti menyimpulkan bahwa kenaikan suhu pada kedua klien terjadi karena proses inflamasi. Hasil pengkajian sesuai dengan teori bahwa hipertermi terjadi apabila ¹³ Seseorang menelan salmonella thypi bersama makanan atau minumannyang tercemar, sebagian

bakteri akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung. Bakteri yang dapat bertahan pada PH lambung akan masuk ke ileum bagian distal mencapai jaringan limfosit lalu berkembang biak, dan menyebabkan hyperplasia peyeri patches (Guyun & Hall,2016). ¹³ Bakteri yang masuk ke aliran darah, menyebabkan bakterimia, akan melepaskan endotoksin yang berperan pada pathogenesis typhus, karena membantu terjadinya proses inflamasi pada jaringan tempat bakteri ini berkembang biak (Margareth TH,2015).

Menurut peneliti berdasarkan data-data fakta dan teori tidak terjadi kesenjangan dimana kedua klien mengeluh badanya panas dan hasil laboratorium terjadi kenaikan leukosit, penurunan hemoglobin, kenaikan SGOT dan SGPT serta IgM.S.thypi positif 6 untuk klien 1 dan IgM.S.thypi positif 4 untuk klien 2

2. Pengkajian kenyamanan psikospiritual

Pengkajian kenyamanan psikospiritual mencakup kepercayaan dan motivasi terhadap tuhan. Pada klien 1 dan 2 tidak dapat melakukan ibadah seperti sebelum sakit karena keadaan klien lemas, namun klien tetap berdoa untuk kesembuhannya. Keluarga klien 1 dan 2 berharap lekas diberi kesembuhan agar dapat beraktivitas seperti biasa.

3. Pengkajian kenyamanan sosiokultural

Pengkajian kenyamanan sosiokultural meliputi hubungan interpersonal dan intrapersonal. Keluarga merupakan lingkungan sosial yang banyak berinteraksi dengan klien. Kondisi stress yang di alami kedua klien dapat berpengaruh terhadap peningkatan suhu tubuh, keluarga dari kedua klien juga mengalami kecemasan karena kurangnya pengetahuan terhadap penyakit, sedangkan cemas pada keluarga berpengaruh pada perawatan klien, karena keluarga sering membuat keputusan yang tidak rasional saat cemas sehingga tidak efektif dalam memberian keperawatan pada klien.

4. Pengkajian kenyamanan lingkungan

Pengkajian kenyamanan lingkungan klien dan keluarga mencakup respon adaptasi terhadap lingkungan rumah sakit. Lingkungan berbeda dapat menjadi stressor bagi klien dan keluarga seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, dan ventilasi udara. Peterson dan brow (2004) kolcaba (2003) menyatakan bahwa apabila klien dan keluarga tidak dapat beradaptasi dapat menimbulkan rasa ketidaknyamanan terhapa lingkungan. Kedua klien mengalami ketidaknyamanan dikarenakan suhu ruangan yang sempit dan panas.

Dari pembahasan tersebut peneliti menyesuaikan pengkajian dengan teori bahwa pada Pengkajian kenyamanan

rasa nyaman fisik, kenyamanan sosiokultural, kenyamanan psikospiritual tidak ada kesenjangan yang terjadi namun Pengkajian pada kenyamanan lingkungan terjadi kesenjangan yaitu kedua klien tidak nyaman dengan lingkungan dimana suhu ruangan yang pengap dan sempit.

4.1.9 Diagnosa keperawatan

Peneliti pada klien 1 dan klien 2 menegakkan diagnosa keperawatan utama hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Teori menjelaskan bawa segala keluhan dan gangguan yang dirasakan oleh klien diartikan sebagai diagnosa keperawatan (Asriwati 2019). Data subjektif penunjang diagnosa tersebut yaitu klien 1 dan klien 2 mengeluh badannya panas dan didukung data objektif suhu klien 1 38,9°C dan klien 2 38,2°C serta hasil laboratorium menunjukkan kenaikan leukosit, penurunan Hb dan kenaikan SGOT, SGPT melebihi batas normal serta IgMS.thypi positif 6 untuk klien 1 dan IgMS.thypi positif 4 untuk klien 2. Peneliti menyimpulkan antara teori dengan data yang diambil tidak ada kesenjangan untuk mengambil diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

4.1.10 Intervensi

Intervensi keperawatan *comfort* berfokus pada peningkatan rasa nyaman klien dan keluarga. Penulis menyesuaikan intervensi keperawatan dengan respon dan kebutuhan klien. ⁷ Intervensi keperawatan *comfort* berpedoman pada tiga tipe kenyamanan yang dikelompokkan berdasarkan kebutuhan rasa nyaman klien meliputi : ¹⁰ *standard comfort*, *coaching*, *comfort food for the soul*. Intervensi berdasarkan *standard comfort* adalah memantau kenaikan suhu tubuh, memantau tingkat kesadaran. Intervensi berdasarkan *coaching* adalah menganjurkan kepada keluarga untuk membuat rencana kedaruratan bila klien mengalami demam contohnya mengompres klien setiap kali klien demam. Sedangkan *comfort food for the soul* adalah teknik pemberian makan sedikit namun sering dengan tekstur makanan yang lunak serta kaya protein seperti ikan, telur, serta rendah serat untuk mempercepat penyembuhan selain itu Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan minum lebih banyak. Dari pembahasan tersebut peneliti menyimpulkan bahwa antara intervensi dan teori tidak ada kesenjangan yang terjadi namun pencapaian waktu selama tiga hari mungkin terlalu singkat untuk mencapai kriteria hasil yang sesuai dengan yang diharapkan mengingat hipertermi sepenuhnya tidak akan hilang dalam kurun waktu tersebut.

4.1.11 Implementasi

¹⁰ Implementasi merupakan tahapan perawat memberikan perawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun sesuai dengan masalah dan tujuan keperawatan (Aligod & Tomey, 2006). Prinsip intervensi menurut *comfort* yaitu perawat menggunakan intervensi dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan.

Tindakan yang dilakukan antara lain dengan melakukan komunikasi tentang penyakit pada klien dan keluarga, Penjelasan mengenai demam mengurangi kecemasan keluarga. Keluarga merupakan aspek penting yang mendukung kesembuhan klien, dalam perawatan perawat melibatkan keluarga terkait pendidikan kesehatan agar keluarga mampu merawat klien. Pendidikan kesehatan yang diberikan berupa teknik mencuci tangan, mengukur suhu, memberikan kompres saat klien demam, memberikan makan sedikit namun sering dengan tekstur makanan yang lunak serta kaya protein seperti ikan, telur, serta rendah serat untuk mempercepat penyembuhan selain itu menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan minum lebih banyak, menyelimuti klien dengan selimut dan melibatkan keluarga dalam proses penyembuhan selain itu implementasi yang dilakukan kepada kedua klien sudah disesuaikan dengan intervensi teori kolcaba sesuai dengan kebutuhan klien yang

membedakan hanya dalam pemberian terapi medis yang disesuaikan dengan resep dokter..

4.1.12 Evaluasi

Evaluasi Klien 1 pada hari pertama pengkajian mengatakan badanya, panas kesadaran composmetis GCS 4-5-6, suhu 38,9 °C, TD 110/80mm/Hg, N 88x/ menit, RR 24x/menit. Klien 2 hari pertama pengkajian mengatakan badanya panas, kesadaran composmetis GCS 4-5-6, suhu 38,2 °C, TD 100/90mm/Hg, N 100x/ menit, RR 22x/menit.

Klien 1 pada hari ke-2 mengatakan badanya panas, kesadaran composmetis GCS 4-5-6, suhu 37,8 °C, TD 110/80mm/Hg, N 88x/ menit, RR 22 x/menit. Klien 2 hari ke-2 mengatakan badanya panas kesadaran composmetis GCS 4-5-6, suhu 37,9 °C, TD 100/70mm/Hg, N 88x/ menit, RR 22x/menit.

Klien 1 pada hari ke-3 mengatakan badanya panas, kesadaran composmetis GCS 4-5-6, suhu 37,8 °C, TD 110/80mm/Hg, N 80x/ menit, RR 22 x/menit. Klien 2 hari ke-3 mengatakan badanya panas kesadaran composmetis GCS 4-5-6, suhu 37,6 °C, TD 110/70 mm/Hg, N 88x/ menit, RR 22x/menit.

Hasil evaluasi klien 1 dan Klien 2 belum menunjukkan hasil yang signifikan dimana suhu tubuh kedua klien belum dalam rentan normal antara 36,5-37,5 °C. Kedua klien sama sama perlu penanganan yang lebih baik lagi sehingga hasil

evaluasi bias dicapai sesuai dengan tujuan. Asuhan keperawatan menggunakan teori comfort dapat dianalisa bahwa pada teori ini mempunyai kelebihan dan kekurangan. Kelebihannya hampir semua aspek dapat diterapkan. Teori ini dapat meningkatkan nyaman dari segi perawat maupun pasien dan lingkungan praktik keperawatan, sedangkan kelemahan teori ini intervensi kenyamanan lingkungan sulit diterapkan. Institusi pelayanan rumah sakit memiliki keinginan untuk menciptakan kenyamanan lingkungan sesuai teori comfort. Akan tetapi, rumah sakit memiliki target perhitungan badget untuk operasional organisasi, sehingga kenyamanan yang di ciptakan diperoleh dari fasilitas yang sudah ada

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian klien 1 dan klien 2 didapatkan data subjektif sama sama mengeluh badannya panas dengan didukung data objektif suhu keduanya diatas normal sedangkan normal suhu tubuh yaitu 36,5 -37,5 °C
2. Diagnosa utama pada klien 1 dan 2 berdasarkan teori *comfort* adalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit di dukung dengan data pada klien 1 dan klien 2 badannya panas.
3. Intervensi yang dilakukan disusun sesuai dengan konsep kenyamanan kolcaba yang di sesuaikan dengan kebutuhan klien
4. Implementasi yang dilakukan dalam menghadapi masalah hipertermi pada kedua klien sesuai dengan intervensi teori kenyamanan kolcaba.
5. Evaluasi yang diperoleh setelah melakukan pengkajian sampai implementasi pada klien 1 dan klien 2 masih harus dilanjutkan sesuai dengan terapi yang sudah dianjurkan.

5.2 Saran

1. Bagi perawat

Teori *comfort* diharapkan dapat dijadikan acuan dalam asuhan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan pelayanan rumah sakit, terutama pada klien hipertermi yang mengalami masalah kenyamanan. Teori *comfort* berfokus pada kenyamanan fisik,

psikospiritual, lingkungan dan sosiokulturalan yang melibatkan keluarga sehingga mampu memenuhi kebutuhan kenyamanan secara menyeluruh.

2. Bagi klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat mengerti tentang penyakit thypus abdominalis dan bagaimana cara penanganan yang baik dan benar.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar mampu mengembangkan pendekatan teori comfort sehingga asuhan keperawatn teori ini dapat digunakan secara optimal dalam asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Angelina, B. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (5th ed.). Jakarta: EGC.
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Fadlilah, S. (2019). Pengaruh kompres hangat terhadap nyeri leher pada penderita hipertensi esensial di wilayah Puskesmas Depok I, Sleman Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan*, 8(1), 23–31.
- Guyton, & Hall. (2016). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Singapore: Elsevier.
- Margareth TH, M. C. R. (2015). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- NANDA. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020* (11th ed.). Jakarta: EGC.
- Nurarif, A. H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Jogjakarta: MediAction.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Ziftama Publishing: Ziftama Publishing.
- Risnah, Hr, R., Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). *Terapi Non Farmakologi dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Akut pada Fraktur : Systematic Review*. 4, 77–87.
- Setyosari, P. (2016). *Metode Penelitian Pendidikan & Pengembangan*. Prenadamedia Group: Prenadamedia Group.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Wahid, & Suprpto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: TIM.
- Kolcaba, K., & Fisher, E (1996). A Holistic Perspective On Comfort Care as an Advance Directive. *Crite Care Nurs Q*, 18 (4), 66-67
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C., D. C. (2006). Comfort theory aunifying frame work to enhance the practive envirement. the journal of nursing administration, 36 (11), 538-544. Retrieved from: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/2006>.

Perawatan Klien Thypus Abdominalis Dengan Masalah Hipertermi Berbasis Theori Of Comfort

ORIGINALITY REPORT

29%

SIMILARITY INDEX

29%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	perpus.fikumj.ac.id Internet Source	4%
2	eprints.ums.ac.id Internet Source	3%
3	infoasuhankeperawatankece.blogspot.com Internet Source	2%
4	repository.unair.ac.id Internet Source	2%
5	digilib.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	2%
6	puputcandraraden.blogspot.com Internet Source	2%
7	ejournal.umm.ac.id Internet Source	2%
8	nindy.weebly.com Internet Source	2%
9	sukmaaji36.blogspot.com	

Internet Source

2%

10

[slideus.org](https://www.slideus.org)

Internet Source

2%

11

d3keperawatanperintis.blogspot.com

Internet Source

2%

12

[idoc.pub](https://www.idoc.pub)

Internet Source

2%

13

www.alomedika.com

Internet Source

2%

14

husnunnisaabbas.wordpress.com

Internet Source

2%

Exclude quotes Off

Exclude matches < 2%

Exclude bibliography Off