

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

Nama Mahasiswa : Arsy Kusuma Prastiwi

NIM : 080117A007

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari kamis tanggal 16 bulan januari tahun 2020 jam 07.00

WIB diruang Dahlia RSUD Ungaran.

1. Identitas klien

Nama : Tn. N

Tempat tanggal lahir : Semarang , 14 November 1983

Pendidikan terakhir : SD Sederajat

Agama : Islam

Suku : Jawa

Status Perkawinan : Kawin

Pekerjaan : Karyawan Swasta

TB/BB : 162/66

Golongan Darah : -

Diagnosa Medis : Typoid Fever

Alamat : Pringapus

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. B

Umur : 25 tahun

Pendidikan Terakhir : SLTA

Hubungan dengan klien : Keponakan

Pekerjaan : Karyawan Swasta

Alamat : Pringapus

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan demam dan menggigil

b. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada hari minggu tanggal 12 januari 2020 16.35 WIB, pasien mengeluh demam, pusing, dan mual. Keluhan timbul secara mendadak, pasien pingsan saat dirumah dan dibawa ke RSUD Ungaran oleh keponakannya. Pada saat di IGD suhu $39,1^{\circ}\text{C}$, kemudian diberi terapi infus, dan di diagnosa Thypoid Fever selama di IGD pasien mendapatkan terapi infuse RL 20 tpm, Injeksi Ranitidin 1 amp / 12 jam, dan injeksi ceftriaxon 1gr / 12 jam. Kemudian dilakukan perawatan lebih lanjut diruang Dahlia. Pada saat dikaji tanggal 16 januari 2020, Pasien masih sering demam dan merasa pusing. Tekanan Darah: 110/90 mmhg, Suhu: $38,5^{\circ}\text{C}$, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit.

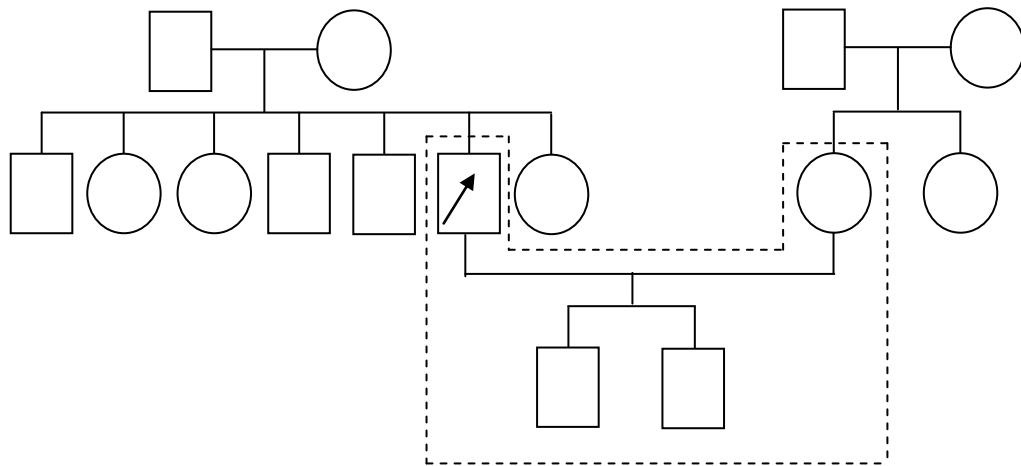
c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan belum pernah mengalami sakit dengan keluhan yang sama seperti sekarang ini. Pasien baru pertama kali dirawat dirumah sakit, pasien pernah punya riwayat jatuh dari sepeda motor, pasien belum pernah menjalani tindakan operasi apapun dirumah sakit, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga pasien saat ini jarang sekali mengalami sakit ringan atau berat. Dalam keluarga sudah melakukan pola hidup yang sehat, tidak merokok, menguras air bak kamar mandi seminggu sekali. Sampai saat ini tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, DM, dan penyakit menular seperti TBC, dan penyakit lainnya.

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. N



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- × : Meninggal
- : Garis keturunan
- : Tinggal serumah
- ↗ : pasien

e. Riwayat Lingkungan Tempat Tinggal

- 1) Tipe Rumah : Menetap
- 2) Jumlah Kamar : 3 Kamar
- 3) Jumlah penghuni : 4 orang
- 4) Kondisi Tempat Tinggal : Baik

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

- a) Penampilan : Rapi, Bersih
- b) Kesadaran : Composmentis, GCS = 15 E:4 V:6 M:5
- c) Vital sign : TD : 120/90 MmHg
S : 38'5^oderajat celcius
RR : 20x/menit
N : 89
SPO : 92 %

2) Kepala

Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada benjolan, rambut bersih, tidak ada ketombe, distribusi rambut rata, rambut mudah rontok.

3) Kulit

Warna kulit coklat, turgor cepat kembali, tidak ada lesi, tidak ada peradangan, badan tampak berkeringat.

4) Mata/Penglihatan

Bentuk mata simetris, warna kemerahan, berair, ada nyeri tekan, pergerakan mata normal, reflek pupil terhadap cahaya normal, warna

bening, konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, ketajaman penglihatan normal.

5) Hidung/ Penciuman

Bentuk hidung simetris, fungsi penciuman baik, peradangan tidak ada, tidak ada polip, pernafasan 20x/menit.

6) Telinga/ Pendengaran

Bentuk daun telinga simetris, letaknya simetris tidak ada peradangan, fungsi pendengaran baik, tidak ada serumen dan tidak ada cairan keluar dari telinga, tidak ada nyeri tekan.

7) Mulut

Bibir mulai pucat dan kering, bibir pecah-pecah, lidah kotor, gigi agak kuning, tidak ada pendarahan digusi, lidah tidak tremor, fungsi pengecapan pahit, mukosa mulut kering, tidak ada stomatitis.

8) Leher

Bentuk simetris, tidak ada benjolan/ masa, tidak ada nyeri tekan, pergerakan leher ROM:bisa bergerak fleksi, bisa hiperektensi bisa, gangguan bicara tidak ada.

9) Dada/pernafasan (IPPA).

Inspeksi (Bentuk) : Bentuk simetris, frekuensi pernafasan 20x/menit, pengembangan dada sejajar.

Palpasi (Diraba: ada tidaknya kelainan) : Taktil Fremitus (Getaran) teraba kanan dan kiri sama

Perkusi (Diketuk: Suara Perkusi) : Sonor

Auskultasi (Stetoskop : Suara/bunyi nafas vesikuler: Tidak
ada suara tambahan

10) Jantung (IPPA)

Inspeksi (Posisi denyut jantung) : Ictus cordis tidak Nampak

Palpasi (Meraba) : Ictus cordis tidak teraba

Perkusi (mengetuk) : Suara redup

Auskultasi (Suara jantung) : suara lup dup (S1 dan S2) regular

11) Abdomen (IAPP)

Inspeksi (Bentuk perut) : Simetris datar

Auskultasi (Suara peristaltik usus) : Terdengar peristaltic 14x/menit

Perkusi(Diketuk) : ada nyeri tekan

Palpasi (Diraba) : Tympani

12) Sistem Reproduksi

Genetalia secara umum tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar,
tidak ada iritasi/peradangan secret.

13) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

(1) Terpasang infuse RL 20 tpm dibagian tangan kanan

(2) Ada tanda-tanda kemerahan

(3) Tidak ada nyeri

(4) Tidak ada tanda infeksi

(5) Tidak ada fraktur

(6) Ada kelemahan tangan pada tangan kiri

(7) Tidak ada edema

b) Ekstremitas Bawah

1) Tidak ada pembatasan gerak

2) Tidak ada edema

3) Tidak ada varises

4) Tidak ada nyeri tekan

5) Tidak ada tanda infeksi

6) Tidak ada fraktur

7) Tidak ada kelemahan otot

g. Data Tambahan

1) Pola Aktivitas, Istirahat dan Tidur

DS:

a) Pasien tidak bisa tidur, kadang terbangun ketika panas naik.

b) Ketika panas turun pasien tidur cukup nyenyak

c) Aktivitas yang dilakukan pasien hanya berbaring di tempat tidur

DO:

a) Pasien terlihat tidur

b) Mata tidak merah

2) Integritas Ego (Status Psikososial)

DS : Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik, status hubungan baik, peran dalam hubungan baik. Pasien mengatakan cemas karena penyakitnya belum membaik.

DO : Pasien bisa bicara jelas, pasien tampak bingung.

3) Aktivitas Daily Living (ADL)

DS : Pasien mengatakan selama dirumah sakit aktivitas sehari-hari harus dibantu keluarganya, termasuk mandi, ganti baju, buang air kecil buang air besar, karena masih sering terasa pusing dan kesulitan gerak karena tangan kanan terpasang infus dan tangan kiri mengalami kaku(Bengkok) akibat terjatuh

DO : Pasien terlihat bersih, pakaian kurang rapi, badan pasien tidak bau, kuku pasien bersih dan rapi.

4) Kebutuhan Nutrisi

DS : Saat ini pasien mengatakan makan habis 1 porsi, klien makan, makanan dari rumah sakit, Minum habis 700cc/ hari.

DO : IMT: $BB(kg)/TB^2(m)=66 \text{ kg}/(162)^2 =25,7$ (badan berlebih)Pasien tampak makan, Pasien tampak menghabiskan makanannya.

5) Ketidaknyamanan

DS :

- a) Pasien mengatakan panasnya masih naik turun sampai menggigil.
- b) Pasien mengatakan Pasien mengatakan nyeri dikepala bagian belakang
- c) Pasien mengatakan cara menghilangkan nyeri dengan berbaring
- d) Pasien mengatakan nyeri nya sedang pada skala sedang 4

DO :

- a) suhu $38,5^{\circ}\text{C}$,pasien terbangun saat tidur
- b) Pasien terlihat menjaga nyerinya pada area kepala dengan tidur posisi semi fowler

6) Pembelajaran :

DS :

- a) Pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit yang diderita
- b) Pasien tidak tau tentang penyebab dan tanda gejala typoid

DO :

- a) Pasien tampak bingung
- b) Pasien bertanya tentang penyakitnya

h. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium ini dilakukan pada tanggal 16 januari 2020 di RSUD ungaran

Hasil laboratorium Hematologi Tn.N tanggal 16 jaunari 2020 pukul 06.50 WIB.

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Metode
HEMATOLOGI				
Darah				ECILIA
Lengkap:				
Hemoglobin	14,4	g/dL	13,2-17,3	Flowcytometri
Leukosit	8,48	$10^3/uL$	3,8-10,6	Flowcytometri
Trombosit	L 131	$10^3/uL$	150-440	Flowcytometri
Hematokrit	L 38,9	%	40-52	Flowcytometri
Eritrosit	4,80	$10^6/uL$	4,4-5,9	Flowcytometri
MCV	81,0	FL	80-100	Flowcytometri
MCH	30,0	Pg	26-34	Flowcytometri
MCHC	H 37,0	g/dL	32-36	Flowcytometri
Hitung Jenis (Diff)				
Eosofil	0,2	%	0-3	Flowcytometri
Basofil	0,2	%	0-1	Flowcytometri
Neutrofil	62,0	%	28-78	Flowcytometri
Limfosit	32,4	%	25-40	Flowcytometri
Monosit	5,2	%	2-8	Flowcytometri

Hasil Laboratorium Tn.N pada tanggal 16 januari 2020 pukul 12.40 WIB

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Metode
KIMIA KLINIK				
Ureum	20	Mg/dL	C 42	GLDH
Creatinin	0,87	mg/dL	0,50-1,10	Jaffe
Asam Urat	3,3	mg/dL	2-7	Uricase
SGOT	H 65	U/L	0-50	IF CC
SGPT	H 85	U/L	0-50	IF CC

Hasil laboratorium Sample Darah Tn.N pada tanggal 12 januari 2020

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode
HEMATOLOGI				
Darah				
Lengkap:				
Hemoglobin	14,8	g/dL	13,2-17,3	Flowcytometri
Leukosit	7,57	$10^3/UL$	3,8-10,6	Flowcytometri
Trombosit	L 127	$10^6/UL$	150-440	Flowcytometri
Hematokrit	41,70	%	40-50	Flowcytometri
Eritrosit	4,83	$10^6/UL$	4,4-5,9	Flowcytometri
Index eritrosit				
MCV	86	FL	80-100	Flowcytometri
MCH	30,7	Pg	26-34	Flowcytometri
MCHC	35,6	g/dL	32-36	Flowcytometri
RDW-CV	H 10,0	%	4,5-14,5	Flowcytometri
Hitug Jenis (Diff)		%		
Granulosit	72,3	%	43,6-73,4	Flowcytometri
Limfosit	27,2	%	25-40	Flowcytometri
Monosit	L 0,5	%	2,8	Flowcytometri
SEROLOGI				
Widal				
Paratyphii				
S. Typhii O	Negatif		<1/160	Flowcytometri
S. Typhii H	H 1/640		<1/160	Flowcytometri
S. Typhii A H	Negatif		<1/160	Flowcytometri

Terapi Obat Tn. N

Nama Obat	Dosis	Rute Pemberian	Kegunaan
Ceftriaxon	1gr/12jam	Intravena	Mengobati infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran urin, infeksi tulang, sendi dan kulit golongan obat Antibakteri
Ondansetron	1gr/12jam	Intravena	Untuk mencegah atau mengobati mual dan muntah
Antalgin	3x500mg	Oral	Untuk pengurang rasa sakit
Diazepam	1x5mg	Oral	Untuk memberikan efek penenang
Omeprazol	2x40mg	Oral	Untuk mengurangi kadar garam lambung
Paracetamol	3x500mg	Oral	Untuk menurunkan demam meringankan sakit kepala
B Complex	2x1	Oral	Untuk memenuhi kebutuhan Vitamin B complex dalam tubuh

B. Analisa Data

No.	Hari/Tanggal/Jam	Analisa Data	Penyebab	Masalah	TTd
1.	Kamis , 16 Januari 2020 Jam 07.10	DS: Pasien mengatakan demam dan menggigil DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak gelisah • Kulit teraba hangat • Kulit kemerahan • Mukosa bibir Kering • TD : 120/90 MmHg • S : 38'5°C • N : 89x/menit • RR :20x/menit 	Bakteri salmonella typhii ↓ Berkembang biak diusus ↓ Infeksi ↓ Pelepasan endokrin ↓ Proses inflamasi (Kalor) ↓ Hipertermi	Hipertermi (Nanda, 00007)	Arsi
2.	Kamis , 16 Januari 2020 Jam 07.10	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri dikepala bagian belakang • Pasien mengatakan cara menghilangkan nyeri dengan berbaring • Pasien mengatakan nyeri nya sedang pada skala sedang 4 DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak cemas • Pasien terlihat menjaga 	Bakteri salmonella typhii ↓ Infeksi ↓ Sirkulasi Darah ↓ Bakteremia asimtomatik ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut (Nanda,00132)	Arsi

		nyerinya pada area kepala dengan tidur posisi semi fowler			
3.	Kamis , 16 januari 2020 Jam 07.10	DS: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit yang diderita Pasien tidak tau tentang penyebab dan tanda gejala typhoid DO: <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak bingung Pasien bertanya tentang penyakitnya 	Menderita typhoid ↓ Kurang informasi tentang penyakit yang diderita ↓ Berobat , diet dan pencegahan tentang penyakitnya ↓ Ketidakefektifan dalam menjaga pola makan ↓ Kurang pengetahuan tentang penyakitnya	Kurang pengetahuan (Nanda, 00126)	Arsi

C. Daftar masalah keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

D. Catatan Perkembangan

No.	Hari/Tanggal/jam	Tujuan	Rencana	TTd
1.	Kamis ,16 januari 2020 Jam 07.35	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan Teremogulasi dapat teratasi dengan Kriteria Hasil: (NOC : 1922-Kontrol Risiko : Hipertermi) 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipertermi dari skala (3) menjadi sedang skala (2) 2. Mengenali kondisi tubuh yang dapat mempercepat produksi panas dari kadang-kadang skala (3) menjadi jarang skala (2) 3. Memodifikasi lingkungan sekitar untuk mengontrol suhu tubuh dari tidak pernah skala (1) menjadi sering skala (4) 4. Memakai pakaian yang sesuai untuk melindungi kulit dari jarang (1) menjadi sering skala (4)	(NIC: Kewaspadaan (pencegahan) Hipertermi malignant : 3840) 1. Monitor tanda-tanda vital termasuk suhu tubuh 2. Berikan kompres hangat pada lipatan paha dan aksila 3. Berikan cairan intravena 4. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi 5. Monitor hidrasi seperti turgor kulit, kelembaban membrane mukosa 6. Anjurkan banyak minum air putih (NIC : Perawatan demam : 3740) 1. Monitor warna kulit dan suhu tubuh 2. Pantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi demam (misalnya, Kejang, penurunan tingkat kesadaran, status elektrolit abnormal,	Arsi

-
- aritmia jantung)
3. Pantau suhu dan tanda-tanda vital
 4. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung fase demam yaitu :
memberikan selimut hangat untuk fase dingin
 5. Anjurkan pasien memperbanyak minum (mengonsumsi cairan)
 6. Fasilitasi istirahat , terapkan pembatasan aktivitas
 7. Kolaborasi dengan keluarga tentang pemakaian selimut dan pakaian yang menyerap keringat

(NIC: Manajemen obat : 2380)

1. Monitor terhadap pengobatan dengan cara yang tepat
 2. Monitor efek samping obat
 3. Berikan obat penurun panas (Paracetamol 500mg)
 4. Ajarkan pasien dan atau anggota keluarga mengenai
-

			tindakan dan efek samping yang diharapkan dari obat
			5. Berikan informasi mengenai penggunaan obat dan bagaimana obat tersebut dapat mempengaruhi kondisi saat ini
			6. Konsultasikan dengan dokter untuk meminimalkan jumlah dan frekuensi obat yang dibutuhkan agar didapatkan efek terapeutik

2.	Kamis , 16 januari 2020 Jam 07.35	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan Nyeri Akut dapat teratasi dengan Kriteria Hasil : (NOC:2102-Tingkat Nyeri)	(NIC: Manajemen Nyeri : 1400)	Arsi
		1. Panjang episode nyeri dari skala (3) menjadi ringan skala (2)	1. Monitor tanda-tanda vital	
		2. Panjang episode nyeri dari sedang skala (3) menjadi tidak ada skala (1)	2. Ajarkan Teknik relaksasi dan distraksi	
		3. Mengeluarkan keringat dari sedang skala (3) menjadi ringan skala (2)	3. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur	
		4. Ketegangan otot dari sedang skala (3) menjadi ringan skala (2)	4. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya	

3. Kamis , 16 januari 2020 Jam 07.35	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan dapat teratasi dengan Kriteria Hasil:</p> <p>(NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda dan gejala penyakit tidak ada pengetahuan skala (1) menjadi pengetahuan banyak (4) 2. Strategi untuk meminimalkan perkembangan penyakit tidak ada pengetahuan skala (1) menjadi pengetahuan banyak skala (4) 3. Manfaat manajemen penyakit pengetahuan terbatas skala (2) menjadi pengetahuan banyak skala (4) 4. Sumber-sumber informasi penyakit spesifik yang terpercaya skala (1) menjadi skala (4) 	<p>(NIC: Pendidikan Arsi kesehatan :5510)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien 2. Mengedukasikan tentang penyakit typhoid 3. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi fisiologi, dengan cara yang tepat 4. Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat
---	--	---

E. Implementasi Keperawatan

No.	Hari/Tanggal/Jam	Intervensi	Respon & Hasil	TTd
1.	Kamis 16 Januari 2020 Jam 08.00 WIB	-Melatih melakukan kompres hangat dibagian lipatan dipaha dan di aksila	DS: Pasien Kooperatif DO: TD : 120/80 MmHg S : 38'5°C N : 89x/menit RR : 20x/menit	Arsi
	Jam 08.15	-Mengukur tanda-tanda vital	DS : Pasien mengatakan bersedia DO : - Pasien tampak minum - Pasien kooperatif	
	Jam 08.30	- Memberikan selimut hangat	DS : Pasien mengatakan suhu ruangan dingin DO : Suhu : 38,0°C	
	Jam 09.00	-Menganjurkan pasien untuk minum air putih	DS : Pasien mengatakan masih demam DO : - Pasien tampak menggigil - Suhu : 38'5°C	
	Jam 11.00	-Melakukan pengkajian nyeri	DS : Pasien mengatakan pusing , nyeri dibagian kepala	

		belakang, skala 4 DO : Pasien Kooperatif
Jam 12.00	-Memberikan obat oral <ul style="list-style-type: none"> • Antalgin 3x500mg • Paracetamol 3x500mg 	DS : Pasien mengatakan mau minum obat DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak minum obat • Pasien kooperatif
Jam 13.00	-Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	Ds: Pasien kooperatif DO: Pasien tampak tidur

2.	Jumat, 17 Januari 2020 Jam 08.00	-Mengobservasi keluhan tambahan	DS: Pasien tampak kooperatif DO: TD : 120/80 mmHg S : 38'1°C N : 79x/menit RR : 20x/menit
	Jam 08.10	-Kaji tingkat nyeri	DS: Pasien mengatakajn pusing dikepala belakang DO: Pasien tampak memegangi
	Jam 08.30	Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi	DS: Pasien mengatakan bersedia DO: Pasien tampak

			mengikuti instruksi dan mau melakukan
Jam 09.00	-Menedukasi tentang typhoid	pasien	DS: Pasien kooperatif DO: Pasien tampak konsentrasi dan mendengarkan
Jam 11.00	-Memberikan obat oral <ul style="list-style-type: none">• Antalgin 3x500mg• Paracetamol 3x1		DS: Pasien kooperatif DO: Pasien tampak minum obat
Jam 12.30	- Menganjurkan memakai pakaian yang menyerap keringat	pasien	DS : Pasien mengatakan bersedia DO : Pasien tampak berkeringat

F. Catatan Keperawatan

No.	Hari/tanggal/jam	Evaluasi	TTd
1.	Jum'at 17 januari 2020	<p>S : Pasien mengatakan demam dan mengigil</p> <p>O : Pasien tampak gelisah ,Turgor kulit teraba hangat Kulit kemerahan, Mukosa bibir Kering,TD : 120/90 MmHg, S : 38'5°C, N : 89x/menit, RR :20x/menit</p> <p>A : Masalah keperawatan Hipertermi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda vital atau suhu tubuh • Menganjurkan kompres hangat dibagian lipatan dipaha dan aksila • Menganjurkan banyak minum air sedikit tapi sering 	Arsi
2.	Jum'at 17 januari 2020	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri dikepala bagian belakang • Pasien mengatakan cara menghilangkan nyeri dengan berbaring • Pasien mengatakan nyeri nya sedang pada skala sedang 4 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak cemas • Pasien terlihat menjaga nyerinya pada area kepala dengan tidur posisi semi fowler <p>A : Masalah Keperawatan Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik Relaksasi dan Distraksi 	Arsi
3.	Jum'at 17 januari 2020	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit yang diderita • Pasien tidak tau tentang penyebab dan tanda gejala typhoid <p>O : Pasien tampak bingung</p> <p>A : Masalah Keperawatan Kurang pengetahuan teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Arsi

B. PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang “pengelolaan hipertermi pada Tn. N dengan Typoid di Ruang Dahlia RSUD UNGARAN pada tanggal 16 januari 2020. Asuhan yang diberikan mulai dari pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi, yang akan dibahas satu per satu sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar proses keperawatan (Walid,2013). Pengkajian terdiri dari dua metode autonamnesa dan alloanamnesa, autonamnesa adalah data yang diambil langsung dari sumber pasien, sedangkan alloanamnesa adalah data yang diambil dari sumber sekunder atau dari keluarga dan rekam medis (Potter&perry, 2010).

Pengkajian dilakukan pada hari kamis, 16 januari 2020 pukul 7.30 WIB pada pasien Tn. N di Ruang Dahlia RSUD Ungaran.

Data yang diperoleh dari pengkajian yang dilakukan pada Tn. N didapatkan data yaitu pasien mengatakan demam dan menggigil. Pada pasien typhoid, demam di akibatkan karena peningkatan abnormal suhu badan rektal.

Dari data objektif suhu pasien 38,5°C pasien tampak pucat bibir pecah-pecah Dan kering, akral hangat, adapun hasil pemeriksaan laboratorium tuan N di dapatkan hasil yaitu tes widal terdapat bakteri salmonilla typhii yang menunjukkan hasil adanya bakteri Salmonella thypii H=H1/640. Dari hasil pemeriksaan fisik pasien.

Sesuai pengkajian fungsional yang bermasalah yang dialami pasien yaitu pola makan yang kurang terjaga yang menjadikan adanya bakteri didalam lambung yang di sebabkan oleh makanan sembarangan.

Dari pemeriksaan fisik pasien BB : 66kg dan TB : 162 cm dengan hasil perhitungan IMT: $BB(kg)/TB^2(m)=66 \text{ kg}/(162)^2 =25,7$ (badan berlebih). Sesuai pengkajian fungsional yang bermasalah yang dialami pasien yaitu karena kurang menjaga pola makan, makan sembarangan seperti mengonsumsi asupan makanan yang berjenis berminyak dan lain sebagainya, menjadikan peningkatan asam lambung, dan terdapat bakteri didalamnya, pasien jika aktivitas sehari-hari dirumah sakit dibantu oleh istrinya karena tangan kanan terpasang infus dan tangan kiri kaku (bengkok) akibat terjatuh dari motor dan menyebabkan cedera.

Data yang mendukung penegakan diagnosa keperawatan hipertermi ini yaitu data laboratorium yang berhubungan dengan typhoid fever dari test widal terdapat bakteri *salmonella typhi* hasilnya menunjukkan adanya bakteri Salmonella Thyphi H = H 1/640 pada pasien Tn. N.

2. Diagnosa Keperawatan

Disini penulis akan membahas tentang prioritas utamanya yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Hipertermia terjadi karena adanya ketidakmampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. Hipertermia tidak berbahaya jika dibawah 39°C. hal ini terjadi pada Tn.N dengan ditandai suhu pasien 38,5°C akral hangat, nadi 89x/menit.

Menurut Arif Muttaqin & Kumalasari (2011) hipertermia disebabkan oleh mekanisme pengatur panas hipotalamus yang disebabkan oleh meningkatnya produksi panas endogen (olah raga berat, hipertermi maligna, sindrom neurotoksikmaligna, hipertiroidisme, pengurangan kehilangan panas (memakai selimut berlapis-lapis keracunan atropine) atau terpajang lama pada lingkungan bersuhu tinggi (sengatan panas). Ada juga yang menyebutkan bahwa

hipertermia atau demam pada pasien terjadi karena reaksi transfusi, tumor, dehidrasi, dan juga karena adanya pengaruh obat.

Diagnosa ini penulis prioritaskan berdasarkan teori Maslow yaitu kebutuhan akan rasa aman ini diantaranya adalah rasa aman fisik, perlindungan dan kebebasan, penyakit, takut, cemas.

Alasan penulis mengangkat diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit karena pada klien ditemukan data subyektif; klien mengatakan merasakan demam dan menggigil, dengan data obyektif; klien tampak pucat, lemas, suhu $38,5^{\circ}\text{C}$. Data tersebut sesuai dengan batasan karakteristik mayor maupun minor untuk hipertermi.

Tujuan yang ingin dicapai pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yaitu termogulasi membaik dengan kriteria hasil, Panas klien turun, suhu normal menjadi 36°C .

3. Intervensi Keperawatan

Untuk mengatasi masalah diatas penulis menyusun intervensi, intervensi adalah pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan desain menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien, intervensi yang telah disusun juga dilengkapi dengan rasional. Rasional adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkannya tindakan keperawatan (Rohman & Wahid 2010).

Rencana keperawatan yang disusun penulis pada hari Kamis 16 Januari 2020, pukul 08.35 WIB, mempunyai tujuan disusun setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermi pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil mempertahankan suhu tubuh dengan rentan normal, tanda-tanda vital normal. Penulis melakukan intervensi yang ditetapkan yaitu: kaji tanda-tanda vital, beri kompres hangat, beri air minum banyak, beri pakaian yang mudah menyerap keringat, dan kolaborasi dengan dokter. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pemberian kompres hangat, penulis melakukan pemberian kompres hangat pada pasien saat demam naik.

Kompres hangat memberikan rasa hangat dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Adapun tujuan dari pemberian kompres yaitu menurunkan suhu tubuh, mengurangi rasa sakit atau nyeri, mengurangi perdarahan dan membatasi peradangan. Beberapa indikasi pemberian kompres adalah memberikan rasa hangat dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan (Gofar, 2012).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yaitu realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan dan menilai data yang baru (Rohmah&Wahid, 2010), pada tanggal 16-17 januari penulis melakukan implementasi, antara lain meliputi:

Implementasi yang pertama dilakukan penulis dalam menurunkan suhu tubuh pada pasien, penulis memberikan kompres hangat. Alasannya tindakan ini selain untuk melancarkan sirkulasi darah juga untuk menghilangkan rasa sakit, menurunkan suhu tubuh, dapat memfalsifikasi pengeluaran panas, serta dibutuhkan untuk meningkatkan ketidakefektifan pemberian antipiretik. Menurut Rohmah & Wahid (2010) tindakan kompres dengan air hangat adalah

memberikan rasa nyaman dan hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian kompres hangat pada aksila lebih efektif, karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak kelenjar keringat aprokin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga 8 kali lipat lebih banyak.

Kompres hangat dapat dilakukan dengan kain handuk atau waslap yang dicelupkan di air hangat dengan suhu air maksimal 43°C (Hangat Kuku) dan kemudian ditempelkan dibagian aksila dan dahi selama 15-30 menit. Pengukuran suhu dengan thermometer aksila dapat dilakukan 2-3 menit sebelum dan sesudah dilakukan kompres hangat.

Hasil Penelitian ini didukung oleh penelitian Wardiyah (2016) tentang perbedaan efektivitas kompres hangat dalam menurunkan demam pada pasien typhoid abdominalis di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. Penelitian tersebut mendapatkan hasil $p < 0,05$ yang menunjukkan tindakan kompres air hangat efektif dalam menurunkan demam dengan penurunan mencapai 1°C .

Menurut Wahid, (2013) panas atau kalor dapat berpindah dari suatu benda ke benda yang lain melalui tiga cara yaitu konduksi, konveksi, dan radiasi. Ketika suhu tubuh turun maka tubuh akan melakukan mekanisme penghangatan tubuh, mekanisme ini disebut dengan termoregulasi yaitu mekanisme makhluk hidup untuk mempertahankan suhu internal agar berada didalam kisaran yang didapat di toleransi. Mekanisme termoregulasi di hipotalamus mengaktivasi

mekanisme pendinginan. Kemudian pembuluh darah didekatkan kulit melebar dan dilalui oleh darah yang membawa panas ke permukaan panas ke permukaan kulit melalui konveksi sehingga berkeringat, selanjutnya panas diradiasikan dari permukaan kulit melalui penguapan keringat.

Demam typhoid dapat berkurang dari 38,3°C menurun menjadi suhu 36°C panas bisa mulai membaik karena implementasi yang dilakukan perawat baik tindakan mandiri atau dibantu dengan obat, bila hasil keduanya disimpulkan maka hasilnya pasien mengalami tahap membaik dalam masalah hipertermi.

Implementasi yang dilakukan oleh perawat yang kedua adalah memonitor tanda-tanda vital, didapat data suhu 38'5°C, nadi: 89x/menit, pernafasan 20x/menit dan dilakukannya tindakan kompres hangat ini dengan tujuan memonitor panas. Tanda-tanda vital adalah suatu aktifitas melakukan pengukuran suhu, nadi, tekanan darah, frekuensi pernafasan dan saturasi oksigen. Semakin tinggi suhu tubuh semakin cepat frekuensi pernafasannya, hal ini berhubungan erat dengan peningkatan proses metabolisme tubuh, pernafasan normal pada pasien normalnya 18-26x/menit, jika lebih dari 40 maka terjadilah peningkatan frekuensi pernafasan (Tarwoto,2015)

Implementasi yang ketiga yang dilakukan oleh penulis yaitu: dengan menganjurkan pasien untuk memperbanyak minum air putih, alasan penulis dalam pemberian banyak minum dengan pelepasan suhu panas dalam tubuh keluar melalui keringat. Asupan bukan hanya terdapat pada minuman melainkan bisa terdapat dari makanan berkuah dan sari buah-buahan. Sedangkan pengeluaran cairan dapat melalui urine, keringat, feses, asupan (intake) cairan dalam kondisi normal pada orang dewasa adalah \pm 2.500 cc per hari dan

pengeluaran (ouput) cairan sebagai bagian untuk menyeimbangi asupan cairan pada orang dewasa, dalam kondisi normal $\pm 2.300\text{cc}$ per hari (Hidayat, 2012).

Implementasi keempat yang dilakukan oleh penulis dengan menganjurkan dalam memakai pakaian yang mudah menyerap keringat, alasan penulis dalam pemberian pakaian yang mudah menyerap keringat, pada saat pasien mengeluarkan keringat maka keringat akan mudah diserap oleh pakaian dan tidak menimbulkan basah pada pakaian, sehingga pasien tetap nyaman dari suhu tubuh dapat berkurang atau menurun. Tindakan menganjurkan pasien memakai pakaian tipis sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Purwanti, (2013) yaitu menganjurkan memakai pakaian tipis bisa mengurangi penguapan dan membantu penyerapan keringat, karena ketika suhu tubuh tinggi maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan keringat dan menguap, selain itu juga melindungi permukaan tubuh terhadap lingkungan dengan suhu udara yang tinggi atau panas.

Implementasi yang ke lima yang dilakukan oleh penulis dengan menganjurkan mengatur suhu udara pada ruangan lebih dingin, tujuannya agar panas berpindah ke ruangan. Misalnya dengan membuka jendela, menyalakan kipas angin. Karena panas bisa berpindah lewat udara dan berpindah ke lingkungan yang lebih dingin.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terkakhir dari proses keperawatan, evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan (Nursalam, 2013). Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari penulis melakukan evaluasi terakhir pada tanggal 16 Januari 2020 didapat data subyektif pasien mengatakan

panas sudah turun, suhu 36°C. Pemilihan kompres hangat sebagai terapi, selain dapat menurunkan suhu tubuh, tetapi juga mampu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit. Prosedur pendinginan seperti mengusap dan mandi hangat tidak efektif dalam mengatasi demam pada anak baik digunakan sendiri atau kombinasi dengan antipiretik, dan menyebabkan tidak kenyamanan pada anak, tetapi pemberian antipiretik digabungkan dengan kompres hangat mengalami penurunan suhu yang lebih besar.

Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu hipotalamus, pusat pengaturan suhu mempertahankan suhu dalam keadaan seimbang baik pada saat sehat ataupun demam dengan mengatur keseimbangan diantara produksi dan pelepasan panas tubuh. Bila terjadi suatu peningkatan suhu tubuh yang tidak teratur, karena disebabkan oleh tidak keseimbangannya antara produksi pada pembatas panas dan sering disebut hipertermia.

Pemberian kompres hangat menurut Purwanti (2013) menyatakan bahwa apabila pasien mengalami demam sebaiknya dilakukan tindakan seperti memberikan kompres hangat, memberikan lingkungan nyaman mungkin, berikan minuman lebih banyak dari biasanya, dan aktivitas fisik yang berat dibatasi.

Selain pemberian kompres hangat penulis memberikan minum air putih yang banyak dengan tujuan untuk mempertahankan kelembababan kulit dan pencegahan dehidrasi pada pasien, selain itu perawat juga memberikan pasien dengan pakaian yang mudah menyerap keringat sesuai dengan teori purwanti, (2013), dalam kasus typhoid dehidrasi pada suhu tubuh yang meningkat mengakibatkan kehilangannya cairan tubuh melalui penguapan dan keringat

serta membantu menurunkan panas. Hal ini disebabkan karena air minum merupakan unsur pendingin tubuh yang penting dalam lingkungan panas dan air sendiri diperlukan untuk mencegah dehidrasi akibat keringat sehingga memakai pakaian tipis bisa mengurangi penguapan dan penyerapan keringat. Karena suhu tubuh tinggi maka tubuh akan merespon mengeluarkan keringat dan menguap, selain itu juga melindungi permukaan tubuh terhadap lingkungan dengan suhu udara yang tinggi dan panas.

Penulis menemukan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pemberian asuhan keperawatan. Faktor pendukung adalah perawat mendukung dalam melakukan proses keperawatan, tenaga kesehatan dan keluarga mendukung dalam pemberian asuhan keperawatan dan bantuan dari fasilitator yang sangat bermanfaat bagi penulis.

Sedangkan faktor penghambat secara interistiknya adalah perawat selalu tergesa-gesa dalam melakukan proses keperawatan alternatif pemecahannya adalah perawat lebih mempersiapkan dengan tepat dalam melakukan asuhan keperawatan alternatif, pemecahannya perawat lebih teliti dalam melakukan asuhan keperawatan. Pasien kurang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga alternatif pemecahannya adalah membina hubungan saling percaya pada pasien.