



**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An.R DENGAN MASALAH  
INTOLERANSI AKTIVITAS PADA KASUS  
TIFUS ABDOMINALIS DI RUANG EDELWEIS  
RSUD dr.M. YUNUS BENGKULU  
TAHUN 2017**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ahli Madya  
Keperawatan Pada Program Studi DIII Keperawatan**

**Oleh :**

**ARTHA ULY SIMANJUNTAK**

**F0H014005**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS BENGKULU  
TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An.R DENGAN MASALAH  
INTOLERANSI AKTIVITAS PADA KASUS  
TIFUS ABDOMINALIS DI RUANG EDELWEIS  
RSUD dr.M. YUNUS BENGKULU  
TAHUN 2017**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Oleh :

**ARTHA ULY SIMANJUNTAK**

**FOH014005**

**Telah diuji, disetujui dan disahkan untuk memenuhi salah satu syarat  
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan  
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam**

**Bengkulu, Juli 2017**

**Pembimbing Pendamping**

**Pembimbing Utama**

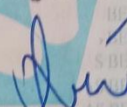


**Renny Afrida, S. Kep**  
**NIP. 19700413 198903 2 001**

**Penguji II**

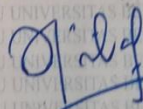


**Ns. Renny Pratiwi, S. Kep**  
**NIP. 19851109 201001 2 006**



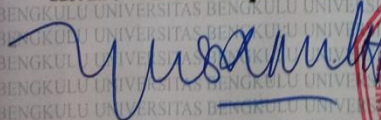
**Ns. Feni Eka Dianty, M. Kep**  
**NIP. 19730214 199203 2 001**

**Penguji I**



**Ns. Titin Aprilatutini, S. Kep, M.Pd**  
**NIP.19760414 199803 2 002**

**Mengetahui:**  
**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Ns. Yusran Hasymi, M. Kep, SP, KMB**  
**NIP. 19711019 199503 1 003**

**Mengesahkan:**  
**Dekan FMIPA Universitas Bengkulu**



**Dr. Zul Bahrum Caniago, M.S**  
**NIP. 19571125 198902 1 001**

## PERSEMBAHAN

Puji Syukur ku Panjatkan padamu ya Tuhan atas besar karunia yang telah Engkau limpahkan

Kepadaku dan juga pada orang tua ku yang telah berusaha membesarkan dan mendidiku hingga akhir studiku.

Buat Papa dan Mama, inilah kado kecil yang dapat anakmu persembahkan untuk sedikit menghibur hatimu yang telah aku susahkan, aku tau banyak yang telah kalian korbankan demi memenuhi kebutuhanku yang selalu tak pernah lelah demi memenuhi kebutuhanku.

Saya hanya bisa mengucapkan banyak terima kasih kepada papa dan mama, hanya Tuhanlah yang membalas kemuliaan hati kalian. Kakak-kakak ku dan sesorang yang tersayang yang juga telah banyak memberikan dukungan kepada saya, terima kasih atas kebaikan, perhatian dan kasih sayang yang kalian berikan kepada saya, dan ini adalah hari kebahagiaanku dan juga merupakan kebagian kalian juga, dan biarlah kuasa Tuhan senantiasa bersama kita semua, Amin

Ku persembahkan Karnya Tulis Ilmiah ini buat

Papa : Marison Simanjuntak

Mama : Juwita Siahaan

Kakak-kakakku : Anwar Halomoan Simanjuntak

Mikhael Sahala Simanjuntak

Terkasih : Gisol Silitonga

## MOTTO

**“Berbahagialah orang yang tidak berjalan menurut nasihat orang fasik, yang tidak berdiri di jalan orang berdosa, dan yang tidak duduk dalam kumpulan pencemooh, tetapi yang kesukaanya ialah Taurat TUHAN, dan yang merenungkan Taurat itu siang dan malam. Ia seperti pohon, yang ditanam di tepi aliran air, yang menghasilkan buahnya pada musimnya, dan yang tidak layu daunnya; apa yang diperbuatnya berhasil.**

**(Mazmur 1 : 1-3)**

**“Segala Perkara dapat kutanggung di dalam Dia yang memberi kekuatan kepadaku”.**

**(Filipi 4 : 13)**

**“Dan bergembiralah karena TUHAN, maka ia akan memberikan kepadamu apa yang diinginkan hatimu”**

**(Mazmur 37 : 4)**

**“Diberkatilah orang yang mengandalkan TUHAN, yang menaruh harapannya pada TUHAN”**

**(Yeremia 17 : 7)**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN****FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM****UNIVERSITAS BENGKULU****KARYA TULIS ILMIAH, 2017****ARTHA ULY SIMANJUNTAK**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.R DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS PADA KASUS TIFUS ABDOMINALIS DI RUANG EDELWEIS RSUD DR. M.YUNUS BENGKULU TAHUN 2017

PEMBIMBING : 1. Ns. Feni Eka Dianty, M.Kep  
2. Renny Afrida, S.Kep

**ABSTRAK**

*Tifus Abdominalis* adalah penyakit yang mengenai saluran pencernaan (usus halus) yang disebabkan oleh bakteri salmonella typhi dan disebarkan dari kotoran ke mulut melalui makanan dan air minum yang tercemar. Di RSUD Dr M.Yunus Bengkulu penderita rawat inap penyakit *Tifus abdominalis* pada tahun 2013 di semua umur berjumlah 747 orang, dimana usia anak usia anak 1-14 tahun berjumlah 264 orang, Pada tahun 2014 di semua umur berjumlah 807 orang, dan pada usia anak 1-14 tahun mengalami penurunan yaitu berjumlah 249 orang. Sedangkan pada tahun 2015 jumlah penderita *Tifus abdominalis* di semua umur mengalami peningkatan yaitu dengan jumlah 895 orang dimana pada usia anak 1-14 tahun 264 orang. Adapun tujuan dilakukan studi kasus ini adalah untuk memperoleh informasi dan gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada An.R dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis* diruang Rawat Inap Edelweis RSUD dr.M.Yunus Bengkulu. Penelitian ini dilaksanakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan pada pasien yang menderita penyakit *Tifus Abdominalis*. Hasil penelitian ini adalah dalam pengkajian ditemukan pasien demam menggigil, mual, muntah, tidak nafsu makan, nyeri abdomen, tampak lemah, lidah terlihat putih kotor,

mukosa bibir kering, dan suhu 38,5°C. Diagnosa keperawatan ada 5 yakni peningkatan suhu tubuh (hipertermi), Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko kurangnya volume cairan, intoleransi aktivitas, kurang pengetahuan mengenai proses penularan penyakit dan perawatan. Pada intervensi dapat direncanakan semua karena sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Serta beberapa intervensi yang tidak teratasi dirumah sakit dilanjutkan dengan perawatan dirumah. Pada evaluasi masalah sudah teratasi semua ditanda dengan keadaan pasien yang sudah membaik. Berhubungan dengan hal ini penulis mengharapkan kepada keluarga agar dapat menjaga kebersihan lingkungan.

*Kata Kunci* : Tifus Abdominalis, Intoleransi Aktivitas

*Daftar Pustaka* : (2011-2016)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada An.R Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Kasus Tifus Abdominalis diruang Rawat Inap Edelweis RSUD dr.M Yunus Kota Bengkulu Tahun 2017”**. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan program D III Vokasi dan Ilmu Kesehatan di Universitas Bengkulu.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak baik moril maupun materil. Ucapan terima kasih ini penulis sampaikan kepada yang terhormat :

1. Bapak Ns. Yusran Hasymi, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB selaku ketua prodi keperawatan D III Vokasi Ilmu Kesehatan FMIPA.
2. Ns. Feni Eka Dianty, M.Kep selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Renny Afrida, S.Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan, bimbingan dan saran kepada penulis selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Anyahanda tercinta Marison Simanjuntak (alm) dan Ibu ku yang tercinta ibu Juwita Siahaan, S.Pd yang selalu mendoakan keberhasilan anaknya, yang selama ini memberikan semangat cinta kasih, selalu memberikan motivasi serta

bantuan moril dan materi dalam menyelesaikan proposal di D III Vokasi Ilmu Kesehatan FMIPA Prodi Keperawatan Universitas Bengkulu.

5. Sahabat-sahabatku yang selalu menemaniku saat suka dan duka serta memberikan semangat bagiku untuk menempuh masa depan.
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-satu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan masukan penulis harapkan demi kesempurnaan proposal ini. Akhirnya, penulis berharap agar proposal ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Amin.

Bengkulu, Juli 2017

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>MOTTO.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Ruang Lingkup.....	5
1.3. Tujuan Penulisan.....	6
1.4. Metode Penulisan.....	8
 <b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
2.1 Konsep Dasar Teori Tifus Abdominalis	
2.1.1 Pengertian.....	9
2.1.2 Anatomi Fisiologi.....	10
2.1.3 Etiologi.....	24
2.1.4 Patofisiologi.....	24
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	27
2.1.6 Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik.....	28
2.1.7 Penatalaksanaan.....	29
2.1.8 Komplikasi.....	30
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	
2.2.1 Pengkajian.....	32
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	40

2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	41
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	48
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	48
2.3 Konsep Masalah Intoleransi Aktivitas	
2.3.1 Pengertian.....	50
2.3.2 Batasan Karakteristik.....	50
2.3.3 Patofisiologi.....	50
2.3.4 Faktor-faktor yang berhubungan.....	52
2.3.5 Tingkat Ketahanan Intoleransi Aktivitas.....	52
2.3.4 Penatalaksanaan.....	52
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian.....	54
3.2 Analisa Data.....	66
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	69
3.4 Intervensi Keperawatan.....	71
3.5 Implementasi Keperawatan.....	76
3.6 Evaluasi Keperawatan.....	88
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
4.1 Pengkajian.....	93
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	95
4.3 Intervensi Keperawatan.....	96
4.4 Implementasi Keperawatan.....	98
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	99
<b>BAB V PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan.....	101
5.2 Saran.....	102
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1. Intervensi Keperawatan Tinjauan Teori.....	41
Tabel 2. Pola Aktivitas Sehari-hari.....	59
Tabel 3. Pemeriksaan Penunjang.....	64
Tabel 4. Analisa Data Tinjauan Kasus.....	66
Tabel 5. Diagnosa Keperawatan.....	69
Tabel 6. Intervensi Keperawatan.....	71
Tabel 7. Implementasi Keperawatan.....	76
Tabel 8. Evaluasi Keperawatan.....	88

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Surat Pra Penelitian Rumah Sakit.....	106
Lampiran 2. Surat Penelitian Rumah Sakit.....	107
Lampiran 3. Surat Rekomendasi DMPTSP Provinsi.....	108
Lampiran 4. Surat Rekomendasi DMPTSP Kota.....	109
Lampiran 5. Surat Pengantar Dari Kampus.....	110
Lampiran 6. Jadwal Dinas.....	111
Lampiran 7. Lembar Konsul.....	112
Lampiran 8. Surat Pernyataan Mengambil Kasus.....	113
Lampiran 9. Surat Selesai Dinas.....	114

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

*Tifus abdominalis* merupakan penyakit yang dijumpai secara luas di daerah tropis dan subtropis terutama didaerah dengan sumber air yang tidak memadai, dengan standar *hygiene* yang rendah. Masyarakat mengenal penyakit ini dengan nama tifus, tetapi dalam dunia kedokteran disebut *Typhoid fever* atau *Tifus abdominalis*, karena pada umumnya kuman menyerang usus, maka usus menjadi luka, menyebabkan perdarahan serta bias pula menjadi kebocoran usus. Penyakit ini banyak diderita oleh anak-anak atau orang muda. (Ardiansyah, 2012).

Penyebab utama *Tifus abdominalis* adalah bakteri *Salmonella thypi*. Bakteri *Salmonella thypi* adalah berupa hasil gram negatif, bergerak dengan rambut getar, tidak berspora, dan mempunyai tiga macam antigen yaitu antigen O (somatik yang terdiri atas zat kompleks lipopolisakarida), antigen H (flegella), dan antigen VI. Dalam serum penderita, terdapat zat (aglutinin) terhadap ketiga macam antigen tersebut. Kuman tumbuh pada suasana aerob dan fakultatif anaerob pada suhu 15-41°C (optimum 37°C) dan pH pertumbuhan 6-8. Faktor pencetus lainnya adalah lingkungan, sistem imun ke

peredaran darah melalui aliran limfe dan masuk ke peredaran darah melalui aliran limfe. Selanjutnya kuman menyebar ke seluruh tubuh dalam sistem retikuloendotelial yaitu hati dan limfa, kemudian kuman berkembang biak dan masuk ke peredaran darah. Kelainan yang terjadi pada tifus abdominalis kumannya menyerang pada daerah usus ileum bagian distal, dimana pada minggu pertama dapat terjadi hiperflasi plak peyer, kemudian pada minggu kedua dapat terjadi nekrosis, pada minggu ketiga dapat terjadi ulserasi, dan selanjutnya pada minggu keempat terjadi penyembuhan ulkus yang dapat meninggalkan sikatrik yang memudahkan terjadi pendarahan hingga perforasi.

Prevalensi tertinggi *Tifus abdominalis* di Indonesia terjadi pada kelompok usia 5-14 tahun. Pada usia 5-14 tahun merupakan usia anak yang rentan terhadap penyakit, ini dikarenakan pola hidup mereka yang kurang memperhatikan diri dan kebiasaan jajan yang sembarangan sehingga dapat menyebabkan tertular penyakit *Tifus abdominalis*. Pada anak usia 0-1 tahun prevalensinya lebih rendah dibandingkan dengan kelompok usia lainnya dikarenakan kelompok usia ini cenderung mengkonsumsi makanan yang berasal dari rumah yang memiliki tingkat kebersihannya yang cukup baik dibandingkan dengan yang dijual diwarung pinggir jalan yang memiliki kualitas yang kurang baik. (Nuruzzaman, 2016)

Berdasarkan data dari Badan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan angka kejadian di seluruh dunia terdapat sekitar 17 juta per tahundengan 600.000 orang meninggal karena penyakit ini dan 70%

kematiannya terjadi di Asia. Diperkirakan angka kejadian dari 150/100.000 per tahun di Amerika Selatan dan 900/100.000 per tahun di Asia. (WHO, 2013)

Di Indonesia, penyakit *Tifus abdominalis* bersifat endemik. Penyakit ini tersebar di seluruh wilayah dengan jumlah yang tidak berbeda jauh antar daerah. Penderita *tifus abdominalis* di Indonesia cenderung meningkat setiap tahun dengan rata-rata 800 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2010 *Tifus Abdominalis* menempati urutan ke 3 dari 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit Indonesia dengan CPR 0,6%. (Paputungan dkk, 2016)

Berdasarkan catatan Rekam Medis RSUD Dr M.Yunus Bengkulu penderita rawat inap penyakit *Tifus abdominalis* pada tahun 2013 di semua umur berjumlah 747 orang, dimana usia anak usia anak 1-14 tahun berjumlah 264 orang, Pada tahun 2014 di semua umur berjumlah 807 orang, dan pada usia anak 1-14 tahun mengalami penurunan yaitu berjumlah 249 orang. Sedangkan pada tahun 2015 jumlah penderita *Tifus abdominalis* di semua umur mengalami peningkatan yaitu dengan jumlah 895 orang dimana pada usia anak 1-14 tahun 264 orang. (Medikal Record RSUD Dr.M Yunus, 2016)

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan diruang Edelweis RSUD M.Yumus Bengkulu, dari hasil observasi pada tanggal 7 Januari 2017 didapatkan data 1 orang anak yang berusia 7 tahun dirawat dengan *penyakit Tifus abdominalis*. Pada saat dilakukan observasi pasien tampak lemas,

mukosa kering, konjungtiva anemis, keluarga pasien mengatakan anaknya mengeluh lemas, tidak nafsu makan, masih mengalami mual, dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti buang air besar (BAB), buang air kecil (BAK), makan, dan lain-lain. Dari data pasien tersebut mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko kekurangan volume cairan, dan intoleransi aktivitas.

Mengingat banyaknya kasus penyakit *Tifus abdominalis* serta dampak yang ditimbulkan seperti peradangan pada otot-otot vital, meningitis, terjadi anemia, dan rusaknya usus. Maka dibutuhkan peran perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien dan keluarga. Selain itu perawat pun diperlukan atau dibutuhkan juga untuk memberikan advokat, edukator, koordinator, kolaborator, konsultan serta sebagai peneliti. Peran dari perawat yang masih belum maksimal pada kasus ini adalah sebagai edukator atau pendidikan kesehatan, misalnya mengajarkan keluarga untuk mencegah agar tidak terjadinya komplikasi pada kasus *Tifus abdominalis*. Dengan cara menganjurkan klien untuk memperhatikan pola makan yang sehat dan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan serta memberikan bantuan dalam aktivitas klien seperti personal hygiene, makan, BAB, BAK, dan aktivitas lainnya.

Penyakit *Tifus Abdominalis* dapat menimbulkan beberapa masalah keperawatan antara lain gangguan nutrisi, gangguan keseimbangan cairan, dan intoleransi aktivitas. Jika tidak di atasi dapat mengakibatkan komplikasi lebih lanjut, antara lain perdarahan usus, perforasi usus, perforasi usus,



peritonitis dan meningitis. Oleh sebab itu pasien yang menderita *Tifus Abdominalis* ini diharuskan untuk menjaga makanan / nutrisi yang baik, jumlah cairan terpenuhi, dan bedrest total karena jika terlalu aktif melakukan aktivitas suhu tubuh semakin meningkat, kuman akan berkembang biak masuk ke dalam darah, dan dapat menimbulkan resiko usus pecah. Penderita hanya boleh miring kiri dan kanan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut dan menggerakkan sendi-sendi untuk menghindari terjadi kekakuan sendi (Ardiansyah, 2012).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Anak dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis* diruang Rawat Inap Edelweis RSUD Dr.M Yunus Bengkulu”.

## **1.2 Ruang Lingkup**

Dalam asuhan keperawatan ini penulis membahas tentang Asuhan Keperawatan anak dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis* di ruang Rawat Inap Edelweis RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu yang akan dilaksanakan selama 5 hari perawatan.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu memperoleh informasi dan gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan Anak dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Typus Abdominalis* di ruang Edelweis RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep teori *Tifus Abdominalis*
- b. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis*
- c. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis*
- d. Mampu melakukan rencana tindakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis*
- e. Mampu menerapkan rencana tindakan dan mengevaluasi rencana tindakan yang sudah disusun pada klien dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis*
- f. Mampu menganalisa kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan aplikasi Asuhan Keperawatan anak dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis*
- g. Mampu menyimpulkan hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis*.
  - 1) Mampu menjelaskan dan menuangkan Asuhan Keperawatan Anak yang benar pada klien dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis* diruang Rawat Inap Edelweis RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu.

- 2) Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Anak yang benar pada klien dengan masalah utama intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis* diruang Rawat Inap Edelweis RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu.
- 3) Mampu mengidentifikasi kesenjangan pada setiap proses keperawatan.
- 4) Mampu memberikan masukan berupa alternatif pemecahan masalah dengan memperhitungkan situasi dan kondisi yang ada.

#### **1.4 Metode Penulisan**

Metode yang digunakan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus diruang Rawat Inap Edelweis RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu dengan judul Asuhan Keperawatan Anak dengan Intoleransi Aktivitas pada Kasus *Tifus Abdominalis*.



## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### 2.1 KONSEP TEORI

##### 2.1.1 Pengertian

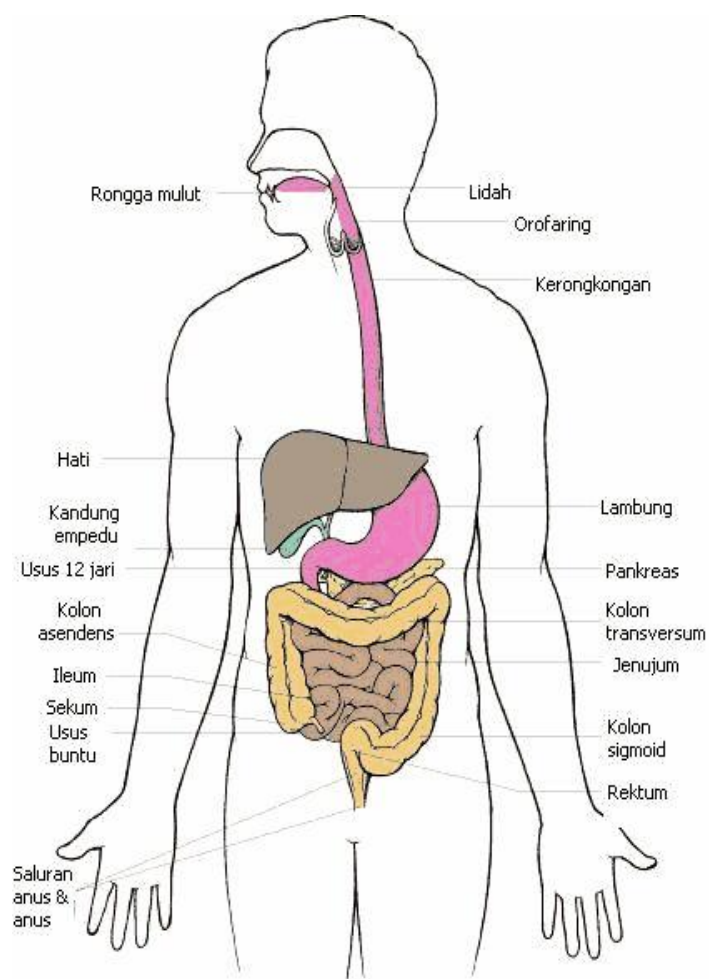
*Tifus abdominalis* adalah penyakit infeksi bakteri pada usus halus, dan terkadang pada aliran darah, yang disebabkan oleh kuman *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi* A, B, dan C, yang terkadang juga dapat menyebabkan gastroenteritis (keracunan makanan) dan septicemia (tidak menyerang usus). (Ardiansyah, 2012).

*Tifus abdominalis* adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7 hari, gangguan pada saluran cerna, gangguan kesadaran, dan lebih banyak menyerang pada anak usia 12-13 tahun (70%-80%), pada usia 30-40 tahun (10%-20%) dan diatas usia pada anak 12-13 tahun sebanyak (5%-10%). (Haryono, 2012)

*Tifus abdominalis* merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dan dengan atau tanpa gangguan kesadaran. Penularan penyakit ini hamper selalu terjadi melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi (Wijayaningsih, 2013)

Dari ketiga pendapat diatas penulis menyimpulkan bahwa *Tifus abdominalis* adalah penyakit yang mengenai saluran pencernaan (usus halus) yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* dan disebarkan dari kotoran ke mulut melalui makanan dan air minum yang tercemar.

### 2.1.2 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan

Sumber: (Judha, dkk 2012)

Susunan saluran pencernaan menurut Haryono, 2012 terdiri dari mulut, faring, esophagus, lambung, usus halus, usus besar, rectum dan anus, pancreas, hati, kandung empedu yang akan di uraikan dibawah ini :

a. Mulut

Mulut merupakan suatu rongga terbuka tempat masuknya makanan dan air pada manusia dan hewan. Mulut biasanya terletak di kepala dan umumnya merupakan bagian awal dari sistem pencernaan lengkap yang berakhir di anus. Mulut merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh organ perasa yang terdapat di permukaan lidah. Pengecapan relatif sederhana, terdiri dari manis, asam, asin dan pahit.

Makanan di potong-potong oleh gigi depan (incisivus) dan di kunyah oleh gigi belakang (molar, geraham), menjadi bagian-bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Palatum adalah langit-langit mulut. Palatum keras tersusun atas tajuk-tajuk palatum dari sebelah depan tulang maxilaris, di belakangnya terdapat palatum lunak yang merupakan lipatan menggantung yang dapat bergerak terdiri atas jaringan fibrus dan selaput lendir.

Ludah dari kelenjar ludah (saliva) akan membungkus bagian-bagian dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan mulai mencernanya. Ludah juga mengandung antibodi dan enzim (misalnya

lisozim), yang memecah protein dan menyerang bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai secara sadar dan berlanjut secara otomatis. Epiglotis akan tertutup agar makanan tidak masuk ke dalam pipa udara (trakea) dan ke paru-paru, sedangkan bagian atap mulut sebelah belakang (palatum mole, langit-langit lunak) terangkat agar makanan tidak masuk ke dalam hidung.

b. Tenggorokan (Faring)

Merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Berasal dari bahasa Yunani yaitu Pharynx. Didalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kelenjar limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi, disini terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang.

Keatas bagian depan berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantara lubang bernama koana, keadaan tekak berhubungan dengan rongga mulut dengan perantara lubang yang disebut isthmus faucium. Tekak terdiri dari; Bagian superior : bagian yang sangat tinggi dengan hidung, bagian media : bagian yang sama tinggi dengan mulut dan bagian inferior : bagian yang sama tinggi dengan laring. Bagian superior disebut nasofaring, pada nasofaring bermuara tuba yang menghubungkan tekak dengan ruang gendang telinga. Bagian media disebut orofaring,

bagian ini berbatas kedepan sampai diakar lidah bagian inferior di sebut laring gofaring yang menghubungkan orofaring dengan laring.

c. Kerongkongan (Esofagus)

Kerongkongan (esofagus) merupakan saluran berotot yang berdinding tipis dan dilapisi oleh selaput lendir. Kerongkongan menghubungkan tenggorokan dengan lambung. Makanan didorong melalui kerongkongan bukan oleh gaya tarik bumi, tetapi oleh gelombang kontraksi dan relaksasi otot ritmik yang disebut dengan peristaltik.

Esofagus bertemu dengan faring pada ruas ke-6 tulang belakang. Esofagus dibagi menjadi tiga bagian :

1. Bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka)
2. Bagian tengah (campuran otot rangka dan otot halus)
3. Serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot halus)

d. Lambung

Lambung merupakan organ otot berongga yang besar dan berbentuk seperti kantung keledai, terdiri dari 3 bagian yaitu *kardia*, *fundus* dan *antrum*. Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (sfingter), yang bisa membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, sfingter menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan.



Lambung berfungsi sebagai gudang makanan, yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting yaitu *lendir, asam klorida dan prekursor pepsin* (enzim yang memecahkan protein).

*Lendir* melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung dan enzim. Setiap kelainan pada lapisan lendir ini (apakah karena infeksi oleh bakteri *Helicobacter pylori* atau karena aspirin), bisa menyebabkan kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.

*Asam klorida* menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri. Pelepasan asam dirangsang oleh :

Saraf yang menuju ke lambung

1. Gastrin (hormon yang dilepaskan oleh lambung)
2. Histamin (zat yang dilepaskan oleh lambung)

Pepsin bertanggung jawab atas pemecahan sekitar 10% protein. Pepsin merupakan satu-satunya enzim yang mencerna kolagen, yang merupakan suatu protein dan kandungan utama dari daging. Hanya beberapa zat yang bisa diserap langsung dari lambung (misalnya alkohol dan aspirin) dan itupun hanya dalam jumlah yang sangat kecil.

#### e. Usus Halus (Usus Kecil)

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak.

Lapisan usus halus; lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar (sirkuler), lapisan otot memanjang (Longitudinal) dan lapisan serosa (sebelah luar). Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum).

##### 1) Usus dua belas jari (Duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejunum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari duodenaedan berakhir di ligamentum Treitz.

Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. pH usus dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Pada usus dua belas

jari terdapat dua muara yaitu dari pankreas dan kantung empedu. nama duodenum berasal dari bahasa Latin duodenum digitorum, yang berarti dua belas jari.

Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa dicerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

## 2) Usus Kosong (Jejunum)

Usus kosong atau jejunum (terkadang sering ditulis yeyunum) adalah bagian kedua dari usus halus, diantara usus dua belas jari (duodenum) dan usus penyerapan (ileum). Pada manusia dewasa panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesenterium.

Permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus. Secara histologis dapat dibedakan dengan usus dua belas jari, yakni berkurangnya kelenjar Brunner. Secara histologis pula dapat dibedakan dengan usus penyerapan, yakni sedikitnya sel goblet dan plak Peyeri. Sedikit sulit untuk membedakan usus kosong dan usus

penyerapan secara makroskopis. Jejunum diturunkan dari kata sifat jejune yang berarti “lapar” dalam bahasa Inggris modern. Arti aslinya berasal dari bahasa Latin, jejunos, yang berarti “kosong”.

### 3) Usus Penyerapan (Ileum)

Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, ini memiliki panjang sekitar 2-4 m dan terletak setelah duodenum dan jejunum, dan dilanjutkan oleh usus buntu. Ileum memiliki pH antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) dan berfungsi menyerap vitamin B dan garam-garam empedu.

### f. Usus Besar (Kolon)

Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses.

Usus besar terdiri dari :

1. Kolon asendens (kanan)
2. Kolon transversum
3. Kolon desendens (kiri)
4. Kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum)

Banyaknya bakteri yang terdapat di dalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat-zat gizi. Bakteri di dalam usus besar juga berfungsi membuat zat-zat penting,

seperti vitamin K. Bakteri ini penting untuk fungsi normal dari usus. Beberapa penyakit serta antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri didalam usus besar. Akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air, dan terjadilah diare.

a. Usus Buntu (Sekum)

Usus buntu atau sekum dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar. Organ ini ditemukan pada mamalia, burung, dan beberapa jenis reptile juga. Sebagian besar herbivora memiliki sekum yang besar, sedangkan karnivora eksklusif memiliki sekum yang kecil, yang sebagian atau seluruhnya digantikan oleh umbai cacing.

b. Umbai Cacing (Appendix)

Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Infeksi pada organ ini disebut apendisitis atau radang umbai cacing. Apendisitis yang parah dapat menyebabkan apendiks pecah dan membentuk nanah di dalam rongga abdomen atau peritonitis (infeksi rongga abdomen).

Dalam anatomi manusia, umbai cacing atau dalam bahasa Inggris, vermiform appendix (atau hanya appendix) adalah ujung buntu tabung yang menyambung dengan caecum. Umbai cacing berbentuk dari caecum pada tahap embrio. Dalam orang dewasa, umbai cacing

berukuran sekitar 10 cm tetapi bisa bervariasi dari 2 sampai 20 cm. Walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung umbai cacing bisa berbeda di retrocaecal atau di pinggang (pelvis) yang jelas tetap terletak di peritoneum.

#### g. Rektum Dan Anus

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar dimana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi. Orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB.

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan

tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses fibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar), yang merupakan fungsi utama anus.

#### h. Pankreas

Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama yaitu menghasilkan enzim pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum (usus dua belas jari).

Pankreas terdiri dari 2 jaringan dasar yaitu :

1. Asini, menghasilkan enzim-enzim pencernaan
2. Pulau pankreas, menghasilkan hormon

Pankreas melepaskan enzim pencernaan ke dalam duodenum dan melepaskan hormon ke dalam darah. Enzim yang dilepaskan oleh pankreas akan mencerna protein, karbohidrat dan lemak. Enzim proteolitik memecah protein ke dalam bentuk yang dapat digunakan oleh tubuh dan dilepaskan dalam bentuk inaktif. Enzim ini hanya akan aktif jika telah mencapai saluran pencernaan. Pankreas juga melepaskan sejumlah besar sodium bikarbonat, yang berfungsi melindungi duodenum dengan cara menetralkan asam lambung.

Hormon yang dihasilkan oleh pankreas adalah :

1. Insulin, yang berfungsi menurunkan kadar gula dalam darah

2. Glukagon, yang berfungsi menaikkan kadar gula dalam darah
3. Somatostatin, yang berfungsi menghalangi pelepasan kedua hormon lainnya (insulin dan glukagon)

i. Hati

Hati merupakan sebuah organ yang terbesar di dalam badan manusia dan memiliki berbagai fungsi, beberapa diantaranya berhubungan dengan pencernaan. Organ ini memainkan peran penting dalam metabolisme dan memiliki beberapa fungsi dalam tubuh termasuk penyimpanan glikogen, sintesis protein plasma, dan penetralan obat. Dia juga memproduksi bile, yang penting dalam pencernaan. Istilah medis yang bersangkutan dengan hati biasanya dimulai dalam hepat- atau hepatic dari kata Yunani untuk hati, hepar.

Zat-zat gizi dari makanan diserap ke dalam dinding usus yang kaya akan pembuluh darah yang kecil-kecil (kapiler). Kapiler ini mengalirkan darah ke dalam vena yang bergabung dengan vena yang lebih besar dan pada akhirnya masuk ke dalam hati sebagai vena porta. Vena porta terbagi menjadi pembuluh-pembuluh kecil di dalam hati, dimana darah yang masuk diolah.

Hati melakukan proses tersebut dengan kecepatan tinggi, setelah darah diperkaya dengan zat-zat gizi, darah dialirkan ke dalam sirkulasi umum. Hati menghasilkan sekitar separuh dari seluruh kolesterol dalam



tubuh, sisanya berasal dari makanan. Sekitar 80% kolesterol yang dihasilkan dihati digunakan untuk membuat empedu.

#### j. Kandung Empedu

Empedu mengalir dari hati melalui duktus hepatikus kiri dan kanan, yang selanjutnya bergabung membentuk duktus hepatikus umum. Saluran ini kemudian bergabung dengan sebuah saluran yang berasal dari kandung empedu (duktus sistikus) untuk membentuk saluran empedu umum. Duktus pankreatikus bergabung dengan saluran empedu umum dan masuk ke dalam duodenum.

Sebelum makan, garam-garam empedu menumpuk di dalam kandung empedu dan hanya sedikit empedu yang mengalir dari hati. Makanan di dalam duodenum memicu serangkaian sinyal hormonal dan sinyal saraf sehingga kandung empedu berkontraksi. Sebagai akibatnya, empedu mengalir ke dalam duodenum dan bercampur dengan makanan.

Empedu memiliki 2 fungsi penting :

1. Membantu pencernaan dan penyerapan lemak
2. Berperan dalam pengembangan limbah tertentu dari tubuh, terutama hemoglobin yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol.

Secara spesifik empedu berperan dalam berbagai proses berikut :

1. Garam empedu meningkatkan kelarutan kolesterol, lemak dan vitamin yang larut dalam lemak untuk membantu proses penyerapan
2. Garam empedu merangsang pelepasan air oleh usus besar untuk membantu menggerakkan isinya
3. Bilirubin (pigmen utama dari empedu) dibuang ke dalam empedu sebagai limbah dari sel darah merah yang dihancurkan
4. Obat dan limbah lainnya dibuang dalam empedu dan selanjutnya dibuang dari tubuh
5. Berbagai protein yang berperan dalam fungsi empedu dibuang di dalam empedu.

### **2.1.3 Etiologi**

*Tifus Abdominalis* timbul akibat dari infeksi oleh bakteri golongan salmonella yang memasuki tubuh penderita melalui saluran pencernaan.

1. *Salmonella typosa*. Basil gram negatif yang bergerak dengan bulu getar, tidak berspora mempunyai sekurang-kurangnya antigen yaitu :
  - a. Antigen O (Somatik terdiri dari zat komplet Lipopolisakarida)
  - b. Antigen H (Flagella)
  - c. Antigen V1 dan protein membran hialin.
2. *Salmonella parathypi A*
3. *Salmonella parathypi B*
4. *Salmonella parathypi C*

Didalam serum pasien terdapat zat anti (Agglutinin) terhadap ketiga antigen tersebut. (Kartika, 2013)

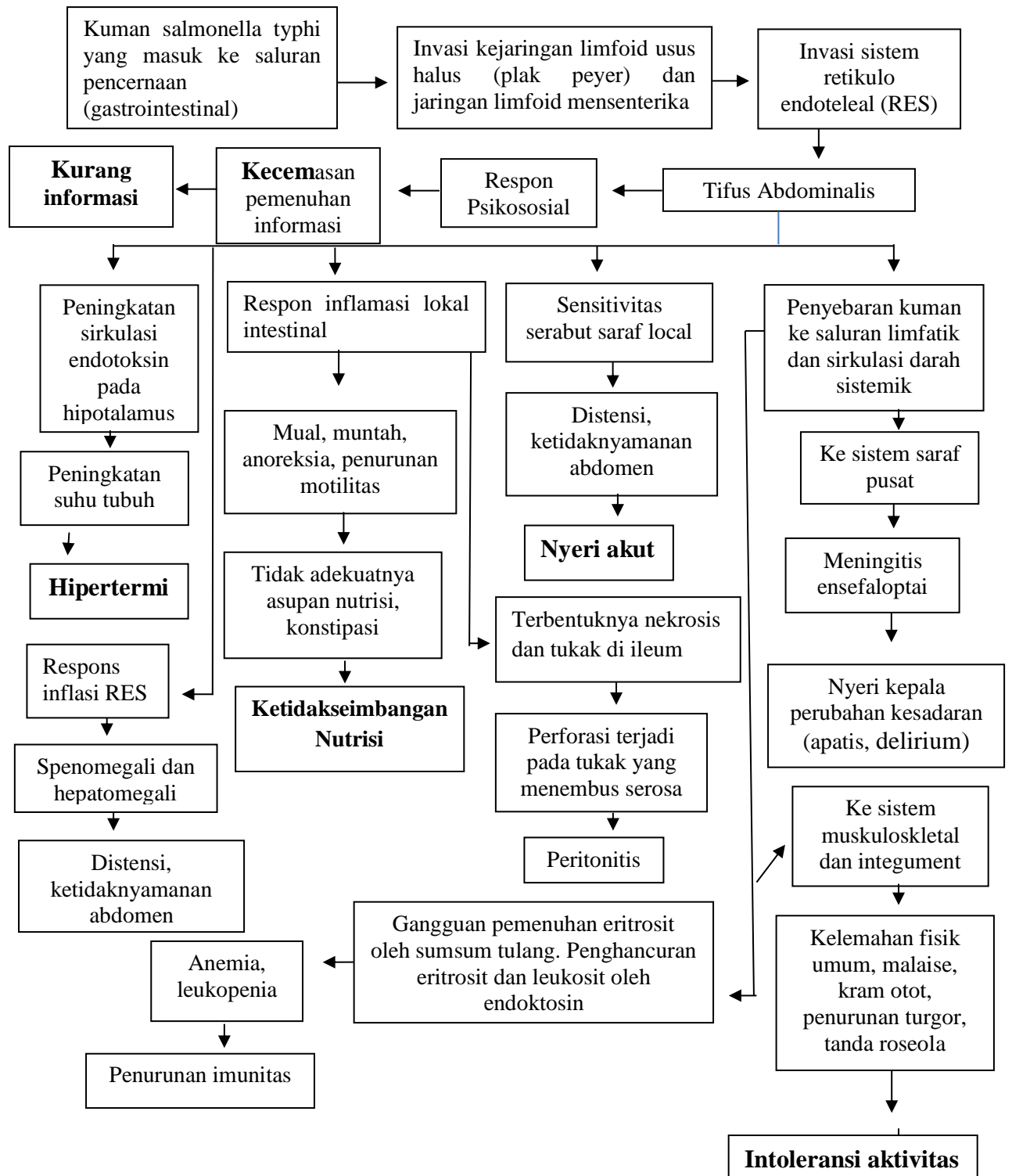
#### 2.1.4 Patofisiologi

Kuman masuk ke dalam mulut melalui makanan atau minuman yang tercemar oleh *Salmonella* (biasanya lebih dari 10.000 basil kuman). Sebagian kuman dapat dimusnahkan oleh asam HCL lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus. Jika respons imunitas humoral mukosa (IgA) usus kurang baik, maka basil *Salmonella* akan menembus sel-sel epitel (sel M) dan selanjutnya menuju *lamina propia* dan berkembang biak di jaringan limfoid plak Peyreri di ileum distal dan kelenjar getah bening mesenterika. Jaringan limfoid plak Peyreri dan kelenjar getah bening mesenterika mengalami hiperplasia.

Basil tersebut masuk ke aliran darah (bakterimia) melalui *duktus thoracicus* dan menyebar ke seluruh organ retikuloendotelial tubuh, terutama hati, sumsum tulang, dan limfa melalui sirkulasi portar dari usus. Hati membesar (hepatomegali) dengan infiltrasi limfosit, zat plasma, dan sel mononuclear. Terdapat juga nekrosis fokal dan pembesaran limfa (splenomegali). Di organ ini, kuman *Salmonella typhi* berkembang biak dan masuk sirkulasi darah lagi, sehingga mengakibatkan bakterimia kedua disertai tanda dan gejala infeksi sistemik (demam, malaise, myalgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskuler, dan gangguan mental koagulasi). Perdarahan saluran cerna terjadi akibat erosi pembuluh darah di sekitar

plak peyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hiperplasia. (Ardiansyah, 2012)

Pada minggu pertama timbulnya penyakit, terjadi hiperplasia plak peyeri. Disusul kemudian, terjadi nekrosis pada minggu kedua dan ulserasi plak peyeri pada minggu ketiga. Selanjutnya, dalam minggu ke empat akan terjadi proses penyembuhan ulkus dengan meninggalkan sikatriks (jaringan parut). Sedangkan penularan salmonella thypi dapat ditularkan melalui berbagai cara, yang dikenal 5F yaitu Food(makanan), Fingers (jari tangan/kuku), Fomitus (muntah), Fly (lalat), dan melalui Feses. (Titik, 2016)



Gambar 2.2 : Pathway Tifus Abdominalis  
Sumber: (Mutaqin, 2011)

### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Ardiansyah (2012), gejala klinis *Tifus Abdominalis* pada anak biasanya lebih ringan jika dibandingkan dengan penderita dewasa. Masa tunas rata-rata 10-20 hari. Masa tunas tersingkat adalah empat hari, jika infeksi terjadi melalui makanan. Sedangkan, masa tunas terlama berlangsung 30 hari, jika infeksi terjadi melalui minuman. Selama masa inkubasi, mungkin ditemukan gejala tidak normal, yaitu perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing dan tidak bersemangat, yang kemudian disusul dengan gejala-gejala klinis sebagai berikut :

#### a. Demam

Demam berlangsung selama tiga minggu, bersifat *febris remiten* dan dengan suhu tubuh tidak terlalu tinggi. Selama minggu pertama, suhu berangsur-angsur meningkat, biasanya turun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Pada minggu kedua, penderita terus demam dan pada minggu ketiga demam penderita berangsur-angsur normal.

#### b. Gangguan pada saluran pencernaan

Nafas berbau tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah, lidah putih kotor (*coated tongue*) ujung dan tepi kemerahan, perut kembung, hati dan limpa membesar, disertai nyeri pada perabaan

#### c. Gangguan kesadaran

Kesadaran menurun, walaupun tidak terlalu merosot, yaitu apatis sampai somnolen atau *somnolence* (keinginan untuk tidur dan terus

tidur). Disamping gejala-gejala tersebut, pada punggung dan anggota gerak juga dijumpai adanya roseola, yaitu bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit.

### 2.1.6 Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

1. Pemeriksaan darah tepi : dapat ditemukan leukopenia ( Nilai Normal : 9.000-12.000 mm<sup>3</sup> ) : , limfositosis relatif (Nilai normal : 25-35% ) , aneosinofilia ( Nilai normal : 1-3 %), trombositopenia ( Nilai normal : 150.000 - 400.000  $\mu$ L) anemia ( Hb : 11-13 gram ).
2. Biakan empedu : basil salmonella typhii ditemukan dalam darah penderita biasanya dalama minggu pertama sakit.
3. Pemeriksaan Widal  
Pemeriksaan positif apabila terjadi reaksi aglutinasi. Apabila titer lebih dari 1/80, 1/160, dan seterusnya, maka hal ini menunjukkan bahwa semakin kecil titrasi berarti semakin berat penyakitnya.
4. Pemeriksaan SGOT dan SGPT  
SGOT ( Nilai normal : 5-40 u/l ) dan SPGT ( Nilai normal : 5-41 u/l) pada *Tifus abdominalis* seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya tifus.
5. Biakan darah  
Biakan darah positif hal itu menandakan *Tifus abdominalis*, tetapi bila biakan darah negative tidak menutup kemungkinan akan terjadi tifus.  
(Kartika dan Asfuah, 2012-2013)

## 6. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT ( Nilai normal : 5-40 u/l ) dan SPGT ( Nilai normal : 5-41 u/l) pada demam typhoid seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya typhoid. (Haryono, 2012)

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Terdiri dari 3 bagian, yaitu :

#### 1. Perawatan

- a. Tirah baring absolut sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari.
- b. Posisi tubuh harus diubah setiap 2 jam untuk mencegah dekubitus.
- c. Mobilisasi sesuai kondisi. (Haryono, 2012)

#### 2. Diet

Biasanya diet yang diberikan adalah TETP/TKTP (Tinggi energi tinggi protein atau Tinggi kalori tinggi protein tinggi) untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkatkan dan mencegah serta mengurangi iritasi dan inflamasi lebih lanjut. Pada penderita yang akut dapat diberi bubur saring, setelah bebas demam diberi bubur kasar selama 2 hari lalu nasi tim dan dilanjutkan dengan nasi bisa setelah penderita bebas dari demam selama 7 hari. (Ardiansyah, 2012)

#### 3. Obat

- a. Antimikroba; Kloramfenikol, Tiamfenikol, Cotrimoxazol (kombinasi Trimetoprim dan Sulkametoksazol).



- b. Obat Symptomatik; Antipiretik, Kortikosteroid diberikan pada pasien yang toksik.
- c. Supportif : vitamin-vitamin.
- d. Penenang : diberikan pada pasien dengan gejala neuropsikiatri.

(Haryono, 2012)

### **2.1.8 Komplikasi**

1. Komplikasi intestinal
  - a. Perdarahan usus
  - b. Perforasi usus
  - c. Ileus paralitik
2. Komplikasi ekstra intestinal
  - a. Kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi perifer (renjatan sepsis), miokarditis, trombosis, dan tromboflebitis.
  - b. Darah : anemia hemolitik, tromboritopenia, sindrom uremia hemolitik.
  - c. Paru : pneumoni, empiema, pleuritis.
  - d. Hepar dan kandung empedu : hepatitis dan kolesistitis.
  - e. Ginjal : glomerulonefritis, pielonefritis, dan perinefritis.
  - f. Tulang : osteomielitis, periostitis, spondilitis, dan arthritis.
  - g. Neuropsikiatrik : delirium, meningismus, meningitis, polyneuritis perifer, sindrom Guillan-Barre, psikosis dan sindrom katatonia.

(Haryono, 2012)

## 2.2 KONSEP ASKEP

### 2.2.1 Pengkajian

#### a. Identitas Pasien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, tanggal masuk.

#### b. Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku bangsa, alamat.

#### c. Riwayat Kesehatan

##### 1) Riwayat penyakit sekarang

Ingesti makanan yang tidak dimasak misalnya daging, telur, atau terkontaminasi dengan minuman.

##### a. Keluhan utama

Demam berlangsung selama 3 minggu, bersifat *febris remiten* dan dengan suhu tubuh tidak terlalu tinggi. Selama minggu pertama, suhu berangsur-angsur meningkat, biasanya turun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Pada minggu kedua, penderita terus demam dan pada minggu ketiga demam penderita berangsur-angsur normal, kesadaran menurun yaitu apatis sampai somnolen atau *somnolence* (keinginan untuk tidur dan terus tidur). dan gangguan saluran cerna seperti perut kembung atau tegang dan nyeri pada perabaan, mulut bau, konstipasi atau diare, tinja berdarah dengan atau tanpa lendir, anoreksia dan muntah.

## 2) Riwayat penyakit dahulu

Biasanya pernah menderita penyakit infeksi yang menyebabkan sistem imun menurun.

## 3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

### a. Pre natal care

Hal pertama yang perlu ditanyakan adalah kesehatan ibu selama hamil apakah ibu pernah mengalami penyakit *tifoid kongential*, serta upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyakit tersebut. Di rinci pula berapa kali ibu melakukan kunjungan antenatal dan kepada siapa kunjungan antenatal dilakukan (dukun, perawat, bidan, dokter umum, dokter spesialis). Dan apakah selama dan sebelum hamil ibu pernah dirawat dirumah sakit dan pernah menderita penyakit tifus, penyakit menular dan menurun.

### b. Natal care

Awal kelahiran pasien harus ditanyakan dengan teliti, termasuk tanggal dan tempat kelahiran, siapa yang menolong, cara kelahiran (spontan, eksternal cunan, eksternal vakum, bedah Caesar), adanya kehamilan ganda, keadaan segera setelah lahir, perlu ditanyakan apakah cukup bulan, kurang bulan, ataukah lewat bulan. Bila ada, lebih baik di lihat catatan yang diberikan oleh puskesmas atau rumah bersalin tempat bayi lahir, yang biasanya memberikan informasi yang diperlukan, termasuk nilai apgar. Pada persalinan

instrumental (termasuk bedah caesar) ditanyakan apakah indikasi tindakan tersebut.

c. Post natal

Ditanyakan kondisi bayi, riwayat perawatan atau operasi setelah lahir, dan pada anamnesis tentang riwayat makan ditanyakan keterangan tentang makanan yang dikonsumsi oleh anak, baik dalam jangka pendek (beberapa waktu sebelum sakit), maupun jangka panjang (sejak bayi). Pada bayi perlu diketahui susu apa yang diberikan : air susu ibu (ASI) atukah pengganti air susu ibu pengganti air susu ibu (PASI). Apabila di berikan ASI, apakah ASI di berikan secara eksklusif (ASI saja sampai 6 bulan). Baik pada ASI maupun PASI perlu ditanyakan cara pemberiannya, atukah dengan jadwal tertentu. Untuk PASI perlu ditanyakan jenis dan mereknya, takaran, frekuensi pemberian, dan jumlah setiap kali pemberian untuk tiap umur tertentu. Harus ditanyakan pemberian makanan tambahan, umur berapa mulai diberikan, jenis dan jumlahnya, serta jadwal pemberiannya. Dengan demikian maka dapat di perkirakan kuantitas dan kualitas makanan yang diterima oleh bayi atau anak tersebut selama ini.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

*Tifoid kongential* biasanya didapatkan dari seorang ibu hamil yang menderita demam tifoid atau *Tifus abdominalis* dan menularkan kepada janin melalui darah. Umumnya bersifat fatal.

#### 5) Riwayat Imunisasi

Riwayat imunisasi, menanyakan tentang (usia klien pada saat imunisasi, jenis imunisasi) khususnya vaksin demam tifoid yaitu vaksin suntikan (polisakarida atau capsular Vi Polisaccharide/ViPS) dan vaksin oral Ty21a. vaksin suntikan diberikan setiap pada umur lebih dari 2 tahun. Vaksin ulangan berikan setiap 3 tahun. ( Yuni dan Oktami, 2014)

#### 6) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

##### a. Pertumbuhan fisik

Pada riwayat pertumbuhan ditanyakan bagaimana status pertumbuhan pada anak apakah terjadi gangguan pertumbuhan dan terjadi pada saat umur berapa dengan menanyakan atau catatan kesehatan tentang ukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran dada dan lingkaran kepala.

##### b. Perkembangan

Pada pengkajian riwayat perkembangan ini perlu ditanyakan tentang perkembangan dalam bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan personal social yang dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan DDST II (Denver development screening test II).

(Kartika, 2013)

#### 7) Riwayat Psikososial dan Spritual

##### a) Data Psikologis

Efek dari hospitalisasi biasanya pasien dan keluarga mengalami

cemas akibat sakit dan dirawat dirumah sakit.

b) Data sosial dan ekonomi

Hubungan pasien dan keluarga, penghasilan orang tua untuk memenuhi kebutuhan hidup dan biaya pengobatan selama dirawat dirumah sakit.

c) Data spiritual

Keyakinan pasien dan keluarga terhadap Tuhan Yang Maha Esa baik dirumah sakit. (Haryono, 2012)

8) Pola Aktivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Menurut Haryono (2012) adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor, dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi berubah.

b. Eliminasi

Kebiasaan dalam buang air kecil (BAK) akan terjadi Retensi bila dehidrasi karena panas yang meninggi, konsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Pada pasien *Tifus abdominalis* kadang-kadang diare atau konstipasi, produksi urine pasien bila mengalami penurunan (kurang dari normal).  $N \frac{1}{2} - 1$  cc/kg BB/jam (Haryono, 2012)

c. Personal hygiene

Biasanya pada pasien *Tifus abdominalis* mulut bau, lidah kotor dibagian tengah dan tepi lidah merah (Haryono, 2012)

d. Istirahat dan tidur

Kebiasaan tidur pasien akan terganggu dikarenakan suhu badan yang meningkat, sehingga pasien merasa gelisah pada waktu tidur. (Haryono, 2012). Andra & Yessie (2013) selama sakit pasien merasa tidak dapat istirahat karena pasien merasakan nyeri pada abdomennya, mual, muntah, kadang diare.

e. Aktivitas

Pasien akan terganggu aktivitasnya akibat adanya kelemahan fisik serta pasien akan mengalami keterbatasan gerak akibat dari penyakit *Tifus abdominalis* (Haryono, 2012)

9) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien *Tifus abdominalis* mengalami badan lemah, terjadi peningkatan suhu tubuh, pucat, mual, perut tidak enak, anoreksia.

1) Kesadaran

Pada fase lanjut, secara umum pasien terlihat sakit berat dan sering didapatkan penurunan tingkat kesadaran. (Muttaqin, 2011)

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah: biasanya didapatkan penurunan tekanan darah. (Nilai Normal : 80-100/60 mmHg).

Nadi: didapatkan penurunan frekuensi nadi (bradikardi).

(Nilai Normal : 80-90 x/menit)

Pernapasan: terdengar suara nafas ronchi dan wheezing serta pernapasan cepat dan sesak nafas.(Nilai Normal : 20-30 x/menit). (Wijayaningsih, 2013).

Suhu: Pada fase 7-14 hari didapatkan suhu tubuh meningkat 39-41°C pada malam hari dan biasanya turun pada pagi hari. (Nilai Normal : 36,7-37,0 °C). (Haryono, 2012)

### 3) Pemeriksaan Antropometri

Untuk klien anak dibawah usia 5 tahun :

Berat badan: perlu dikaji berat badan karena pada klien *Tifus Abdominalis* biasanya mengalami penurunan berat badan karena gangguan saluran pencernaan. Tidak nafsu makan, mual dan muntah hingga intake kurang.

Lingkar lengan dan Badan: terjadinya penurunan massa lemak karena gangguan pemenuhan nutrisi. (Wijayaningsih, 2013).

### 4) Pemeriksaan Head to toe

#### a) Kepala

Biasanya rambut tampak kusam.

#### b) Mata

Konjungtiva anemis, penglihatan kabur, mata cekung. Pada kondisi berat didapatkan icterus pada sclera.



c) Telinga

Biasanya klien akan mengalami tuli ringan atau otitis media. (Wijayaningsih, 2013)

d) Hidung

Kadang-kadang terjadi epistaksis (Ardiansyah, 2012)

e) Mulut

Mukosa bibir kering dan pecah-pecah, nafas berbau tidak sedap, lidah kotor (diselimuti selaput berwarna putih dibagian tengah lidah, ditepi dan ujung lidah berwarna kemerahan). (Wijayaningsih, 2013)

f) Leher

Saat di Inspeksi biasanya tampak roseola.

g) Thorax

Paru-paru: Biasanya didapatkan kelainan yaitu ronchi dan wheezing, tetapi akan mengalami perubahan apabila terjadi respon akut dengan gejala batuk kering, pada beberapa kasus berat didapatkan adanya komplikasi tanda dan gejala pneumonia.

Jantung: Pengkajian didapatkan diiferesis pada minggu pertama. Pada minggu ketiga respons toksin sistemik bisa mencapai otot jantung dan terjadi miokarditis dengan manifestasi penurunan curah jantung dengan denyut nadi lemah, nyeri dada.

#### h) Abdomen

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik abdomen biasanya didapatkan. Inspeksi biasanya lidah kotor, sering muntah perut kembung, distensi abdomen dan nyeri.

Auskultasi biasanya didapatkan penurunan bising usus kurang dari 5x/menit pada minggu pertama dan terjadi konstipasi. Perkusi dan palpasi biasanya didapatkan hepatomegali dan splenomegali yang mulai terjadi di minggu ke dua serta nyeri tekan abdomen. (Muttaqin, 2011)

#### i) Ginjal dan kandung kemih

Biasanya saat dilakukan palpasi pada kandung kemih klien mengalami distensi. (Wijayaningsih, 2013)

#### j) Sistem persyarafan

Pada klien dengan dehidrasi berat akan menyebabkan penurunan perfusi serebral dengan manifestasi sakit kepala, perasaan lesu, gangguan mental seperti halusinasi dan delirium. Pada beberapa klien biasanya kejang umum yang merupakan respons terlibatnya sistem saraf pusat oleh infeksi kuman *salmonella typhi* pada kasus *tifus abdominalis*. (Muttaqin, 2011)

k) Ekstremitas atas dan bawah

Didapatkan kram otot pada ekstremitas, nyeri pada persendian. Akral teraba dingin berhubungan dengan penurunan hemoglobin.

l) Integumen (kulit)

Biasanya didapatkan kulit kering, turgor kulit menurun, muka tampak pucat dan didapatkan tanda Roseola (bintik berukuran 2-4 mm, sedikit menonjol, berwarna merah, pucat, serta hilang pada penekanan, lebih sering terjadi pada akhir minggu pertama dan awal minggu kedua) biasanya roseola terdapat pada leher, punggung, paha, perut, dada, lengan, dan ekstremitas. (Muttaqin, 2011)

10) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah tepi

Dapat ditemukan leukopenia (Nilai Normal : 9.000-12.000 mm<sup>3</sup>), limfositosis relatif (Nilai normal : 25-35%), aneosinofilia (Nilai normal :1-3%), trombositopenia (Nilai normal : 150.000-400.000  $\mu$ L), hemoglobin (Nilai normal : 13-16 g/dl (P), 12-14g/dl (L)).

b. Biakan empedu : basil salmonella typhii ditemukan dalam darah penderita biasanya dalama minggu pertama sakit.

c. Pemeriksaan Widal

Pemeriksaan positif apabila terjadi reaksi aglutinasi. Apabila

titer lebih dari 1/80, 1/160, dan seterusnya, maka hal ini menunjukkan bahwa semakin kecil titrasi berarti semakin berat penyakitnya.

d. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT ( Nilai normal : 5-40 u/l ) dan SPGT ( Nilai normal : 5-41 u/l) pada *Tifus abdominalis* seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya tifus.

e. Biakan darah

Biakan darah positif hal itu menandakan *Tifus abdominalis*, tetapi bila biakan darah negative tidak menutup kemungkinan akan terjadi tifus. (Kartika dan Asfiah, 2012-2013)

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan infeksi *Salmonella Typhi*
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
3. Nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring/immobilitas
5. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan anoreksia
6. Diare berhubungan dengan infeksi pada saluran intestinal.
7. Kurang pengetahuan berhubungan mengenai proses penyakit dan perawatan berhubungan dengan informasi yang tidak akurat. (Nurarif & Hardhi 2013)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan infeksi <i>Salmonella Typhii</i>	<b>NOC</b> a) Status Imun b) Pengendalian resiko c) Deteksi resiko <b>Kriteria Hasil</b> a) Keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas. b) Temperature stabil (36,5-37°C) c) Tidak ada perubahan warna kulit. d) Tidak ada kejang e) Tidak ada perubahan warna kulit. f) Glukosa darah stabil. g) Nadi dan RR dalam rentang normal	<b>NIC</b> <b>Temperature regulation (pengaturan suhu)</b> a) Monitor suhu minimal tiap 2 jam b) Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu. c) Monitor warna dan suhu kulit. d) Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi. e) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi. f) Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh. g) Ajarkan pada pasien cara mencegah kelelahan akibat panas. h) Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negative dari kedinginan. i) Beritahu tentang indikasi terjadinya kelelahan dan penanganan yang diperlukan. j) Berikan anti piretik jika perlu.
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat	<b>NOC</b> a) Status Nutrisi b) Status Nutrisi : Asupan makanan dan cairan. c) Status gizi d) Asupan gizi e) Pengendalian berat badan	<b>NIC</b> <b>Nutrition Management</b> a) Kaji adanya alergi makanan. b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.

		<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.</li> <li>b) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.</li> <li>c) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.</li> <li>d) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.</li> <li>e) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan.</li> <li>f) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c) Anjurkan pasien untuk meningkatkan Intake Fe.</li> <li>d) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C.</li> <li>e) Berikan substansi gula.</li> <li>f) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</li> <li>g) Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).</li> <li>h) Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>i) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.</li> <li>j) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.</li> <li>k) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.</li> </ul> <p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) BB pasien dalam batas normal.</li> <li>b) Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>c) Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan.</li> <li>d) Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan.</li> <li>e) Monitor lingkungan selama makan.</li> <li>f) Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan.</li> <li>g) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi.</li> </ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>h) Monitor turgor kulit.</li> <li>i) Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah.</li> <li>j) Monitor mual dan muntah.</li> <li>k) Monitor kadar albumin, total protein, hb, dan kadar Ht.</li> <li>l) Monitor pertumbuhan dan perkembangan.</li> <li>m) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva.</li> <li>n) Monitor kalori dan Intake nutrisi.</li> <li>o) Catat adanya edema, hiperemik, hipertoniik papilla lidah dan cavitas oral.</li> <li>p) Catat jika lidah berwarna magenta,scarlet.</li> </ul>
3	Nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tingkat nyeri</li> <li>b) Kontrol nyeri</li> <li>c) Tingkat kenyamanan</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan.</li> <li>b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Pain Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</li> <li>b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.</li> <li>c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</li> <li>d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.</li> <li>e) Evaluasi bersama</li> </ul>

		<p>c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).</p> <p>d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</p>	<p>pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau.</p> <p>f) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</p> <p>g) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p> <p>h) Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p> <p>i) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal).</p> <p>j) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p> <p>k) Ajarkan tentang teknik non farmakologi.</p> <p>l) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>m) Evaluasi keefektifan control nyeri.</p> <p>n) Tingkatkan istirahat.</p> <p>o) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.</p> <p>p) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</p> <p><b>Analgesic Administration</b></p> <p>a) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.</p> <p>b) Cek instruksi dokter</p>
--	--	---	---



			<p>tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.</p> <p>c) Cek riwayat alergi.</p> <p>d) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu.</p> <p>e) Tentukan pilihan tergantung tipe dan beratnya nyeri.</p> <p>f) Tentukan analgesic pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal.</p> <p>g) Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.</p> <p>h) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali.</p> <p>i) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</p> <p>j) Evaluasi efektivitas analgesic, tanda dan gejala.</p>
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring/immobilitas	<p><b>NOC</b></p> <p>a) Konservasi energi.</p> <p>b) Toleransi aktivitas.</p> <p>c) Perawatan diri : ADLs.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.</p> <p>b) Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs)</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Activity Therapy</b></p> <p>a) Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.</p> <p>b) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.</p> <p>c) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social.</p>

		<p>secara mandiri.</p> <p>c) Tanda-tanda vital normal.</p> <p>d) Energy psikomotor.</p> <p>e) Level kelemahan.</p> <p>f) Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat.</p> <p>g) Status kardiopulmunari adekuat.</p> <p>h) Sirkulasi status baik.</p> <p>i) Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat.</p>	<p>d) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.</p> <p>e) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.</p> <p>f) Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</p> <p>g) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.</p> <p>h) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.</p> <p>i) Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.</p> <p>j) Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.</p>
5	Resiko kekurangan volume cairan berhubungan anoreksia	<p><b>NOC</b></p> <p>a) Cairan seimbang</p> <p>b) Status gizi: Asupan makanan dan cairan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal.</p> <p>b) Tekanan darah , nadi, suhu tubuh dalam batas normal.</p> <p>c) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi,</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Fluid management</b></p> <p>a) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.</p> <p>b) Monitor status hidrasi ( kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan.</p> <p>c) Monitor vital sign.</p> <p>d) Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian.</p> <p>e) Kolaborasikan pemberian cairan IV.</p> <p>f) Monitor status nutrisi.</p>

		Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.	g) Dorong masukan oral. h) Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.
6.	Diare berhubungan dengan infeksi pada saluran intestinal.	<p><b>NOC</b></p> <p>a) Cairan seimbang b) Elektrolit dan asam basa seimbang</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a) Feses berbentuk, BAB sehari tiga kali. b) Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi. c) Tidak mengalami diare. d) Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan. e) Mempertahankan turgot kulit.</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Diarhea Management</b></p> <p>a) Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal. b) Ajarkan pasien untuk menggunakan obat antidiare. c) Intruksikan pasien/keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses. d) Evaluasi intake makanan yang masuk. e) Identifikasi faktor penyebab dari diare. f) Monitor tanda dan gejala diare. g) Observasi turgor kulit secara rutin. h) Ukur diare/keluaran BAB. i) Hubungi dokter jika ada kenaikan bising usus. j) Instruksikan pasien untuk makan rendah serat, tinggi protein dan tinggi kalori jika memungkinkan. k) Instruksikan untuk menghindari laksative. l) Monitor persiapan makanan yang aman.</p>
7	Kurang pengetahuan m mengenai proses penyakit dan	<p><b>NOC</b></p> <p>a) Tingkat pemahaman.</p>	<p><b>NIC</b></p> <p>a) Kaji tingkat pengetahuan b) Beri informasi tentang</p>

	perawatan berhubungan dengan informasi yang tidak akurat.	<b>Kriteria Hasil :</b> a) Mampu menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan b) Mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan.	penyakit dan pengobatan c) Beri motivasi kepada klien tentang kesembuhannya d) Diskusikan setiap tindakan yang berhubungan dengan penyakitnya
--	---	--	---

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Implementasi dilakukan pada klien dengan *Tifus Abdominalis* diantaranya meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan, mempertahankan suhu dalam keadaan normal, mencegah kekurangan volume cairan, memenuhi kebutuhan perawatan diri, mencegah komplikasi, dan memberikan penyuluhan tentang *Tifus Abdominalis*. Dalam tindakan ini diperlukan kerjasama antar perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan, tim kesehatan, klien dan keluarga. (Nursalam, 2011).

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah bagian terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan maka perawat dapat menentukan efektivitas asuhan keperawatan. Meskipun evaluasi merupakan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan tetapi tidak berhenti sampai disini, jika masalah belum

teratasi atau timbul masalah baru maka tindakan perlu dilanjutkan atau dimodifikasi kembali (Nursalam, 2011)

Evaluasi yang diharapkan pada klien *Tifus Abdominalis* menurut Muttaqin (2011) adalah :

- a. Kebutuhan nutrisi terpenuhi.
- b. Suhu tubuh klien kembali normal.
- c. Klien bisa melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) optimal.
- d. Nyeri berkurang atau tidak ada lagi.
- e. Pengenalan diri dari perkembangan/kambuhnya infeksi.
- f. Pengetahuan keluarga bertambah tentang penyakit *Tifus Abdominalis*
- g. Komplikasi tidak terjadi.

## **2.3 KONSEP INTOLERANSI AKTIVITAS**

### **2.3.1 Pengertian**

Intoleransi aktivitas adalah infusien energi fisiologis atau psikologis untuk melaksanakan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang dibutuhkan atau yang ingin dilakukan. (Kozier dan Berman, 2011)

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. (Willkinson, 2012)

### **2.3.2 Batasan Karakteristik**

#### 1. Subjektif

- a. Ketidaknyamanan atau dispnea saat beraktivitas.
- b. Melaporkan kelelahan atau kelemahan secara verbal.

#### 2. Objektif

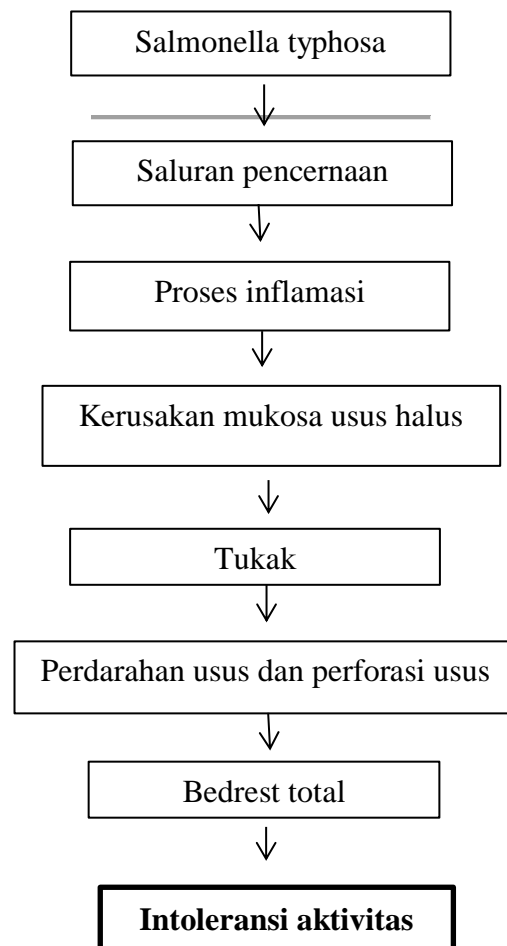
- a. Frekuensi jantung atau tekanan darah tidak normal sebagai respons terhadap aktivitas.
- b. Perubahan elektrokardiografi yang menunjukkan adanya *aritmia* atau *iskemia*. (Willkinson, 2012)

### **2.3.3 Patofisiologi**

Infeksi terjadi pada saluran pencernaan, basil diserap diusus halus, melalui pembuluh limfe halus masuk ke dalam peredaran darah sampai dirongga-rongga terutama hati dan limfe. Basil yang tidak dihancurkan berkembang biak dalam hati dan limfe sehingga organ-organ tersebut akan membesar disertai nyeri pada perabaan. Kemudian basil kembali masuk

kedalam darah (bakterimia) dan menyebar keseluruh tubuh terutama kedalam kelenjar limfoid, usus halus, menimbulkan tukak berbentuk lonjong pada mukosa diatas plak payeri, tukak tersebut dapat menyebabkan perdarahan dan perforasi usus, untuk itu pasien diharuskan untuk bedrest total. (Muttaqin, 2011).

## WOC



Gambar 2.3 : WOC Intoleransi Aktivitas kasus Tifus Abdominalis

Sumber : (Muttaqin, 2011)

### **2.3.4 Faktor-faktor yang berhubungan**

- a. Tirah baring dan imobilitas.
- b. Kelemahan umum.
- c. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- d. Gaya hidup kurang gerak. (Willkinson, 2012)

### **2.3.5 Tingkat Ketahanan Intoleransi Aktivitas**

Menurut Wilkinson (2012)

- a. Tingkat 1 : Berjalan dalam kecepatan yang teratur pada bidang datar, tetapi pernapasan menjadi lebih pendek dari normal ketika memanjat satu atau lebih anak tangga.
- b. Tingkat 2 : Berjalan satu blok kota mendatar 15 meter atau memanjat satu anak tangga dengan perlahan tanpa berhenti.
- c. Tingkat 3 : Berjalan mendatar tidak lebih dari 15 meter tanpa berhenti dan tidak mampu memanjat satu anak tangga tanpa berhenti.
- d. Tingkat 4 : Dispnea dan kelelahan ketika istirahat.

### **2.3.6 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada pasien Intoleransi Aktivitas menurut Andra dan Yessie (2013) adalah sebagai berikut :

- a. Kaji tingkat toleransi pasien terhadap aktivitas
- b. Kaji jumlah makanan yang dikonsumsi pasien setiap hari
- c. Anjurkan pasien untuk tirah baring selama fase akut.



- d. Jelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan.
- e. Bantu pasien melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan.
- f. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari.
- g. Berikan kesempatan pada pasien melakukan aktivitas sesuai kondisi klien (jika telah bebas dari panas beberapa hari, hasil laboratorium menunjukkan perbaikan).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

No. Register : 732011

Ruangan : Edelweis

Tanggal masuk : 15-6-2017 Pukul 01.30 WIB

Tanggal pengkajian : 15-6-2017 Pukul 08.00 WIB

Diagnosa medis : Tifus Abdominalis dan Tonsilitis Faringitis Akut (TFA)

#### **3.1 Pengkajian**

##### 1. Data biografi

###### a. Identitas pasien

Nama : An.R

Umur : 4 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Suku bangsa : Indonesia

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jl. Raden Patah, No. 20 Rt 12 Rw 2 Kel.  
Pagar Dewa Kec. Selebar, Bengkulu

###### b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny.M

Umur : 37 tahun

Jenis kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Alamat : Jl. Raden Patah, No. 20 Rt 12 Rw 2 Kel.  
Pagar Dewa Kec. Selebar, Bengkulu  
Hubungan dengan klien : Ibu kandung

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan utama

Demam secara terus-menerus selama 3 hari disertai menggigil.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang ke IGD RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu diantar oleh kedua orang tuanya pada tanggal 15 Juni 2017 pukul 01.30 WIB, dengan keluhan demam tinggi disertai menggigil sejak 3 hari yang lalu, demam meningkat pada sore dan malam hari, keluhan disertai mual muntah, tidak ada nafsu makan, batuk dan seluruh tubuh terasa lemas. Sebelum ke rumah sakit An.R sempat berobat ke praktek Bidan di komplek tempat tinggalnya, pasien diberi obat penurun panas dan vitamin, setelah dua hari mengkonsumsi obat tersebut namun belum ada perubahan pada An.R, sehingga keluarga membawa An.R ke rumah sakit, dengan keadaan umum lemah, tampak pucat, mukosa bibir kering dan turgor kulit kurang elastis dan suhu 38,5°C. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Juni 2017 pukul 08.00

WIB ibu klien mengatakan anaknya demam, dan terjadi peningkatan suhu tubuh pada sore dan malam hari, panas pada seluruh tubuh, tampak gelisah dan rewel, mual muntah setiap makan yang dimuntahkan cair, terdapat pembesaran pada tonsil, kelenjar limfa leher membengkak, diare 4-5x/hari dan nyeri pada abdomen. P : Nyeri terasa saat ditekan, Nyeri bertambah jika digunakan bergerak, Q : Nyeri terasa seperti disayat, R : Nyeri terdapat pada kuadran kanan atas (hepar), T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu bila ditekan. Skala nyeri : 4.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Ibu klien mengatakan klien pernah di diagnosa malaria, dan belum pernah dirawat di rumah sakit. Bila sakit atau demam klien hanya berobat ke Bidan atau Puskesmas.

3) Riwayat kehamilan dan persalinan

a) Pre natal care

Pada saat ibu klien hamil sering memeriksakan kehamilannya ke bidan, pada trimester pertama ibu klien sering mual, muntah-muntah, pada trimester ke 2 ibu klien tidak ada keluhan pada kehamilannya. Pada trimester ke 3 ibu klien tidak mengeluh pinggang terasa pegal-pegal dan tidur tidak nyaman. Selama kehamilan ibu mendapatkan vitamin.

b) Natal care

Persalinan dilakukan di bidan dengan umur kehamilan 38 minggu, lahir pada tanggal 11 Januari 2013 secara spontan tidak ada kesulitan, APGAR score 10, BB 3200 gr, panjang 51 cm.

c) Post natal

Klien minum ASI mulai dari lahir hingga berumur  $\pm$  6 bulan dan sejak umur 6 bulan klien mendapatkan makanan tambahan berupa makanan lembek. Umur  $\pm$  8 bulan sudah makan nasi biasa.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu klien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama yang saat ini dialami klien.

5) Riwayat imunisasi

Klien mendapatkan imunisasi lengkap.

6) Riwayat tumbuh kembang

An.R lahir normal dengan dibantu oleh bidan dengan berat badan lahir 3200gr, panjang 51 cm, klien tidak mengalami masalah tumbuh kembang selama bayi dan balita. Klien tumbuh dalam perkembangan yang normal. Pada umur 4 tahun saat ini An.R merupakan anak yang aktif, klien senang mencoba-coba gerakan fisik, mampu berbicara dengan kalimat yang lebih baik dan menggunakan banyak kata, mampu menggambar dan mewarnai, mengenal bentuk dan warna, sering berinteraksi dan bermain dengan teman sebaya.

## 7) Riwayat psikososial

Ibu klien mengatakan klien dalam keluarga sangat aktif dan hubungan dengan keluarga dan teman sebaya baik, apabila dirumah klien tidak rewel, akan tetapi saat dirumah sakit klien cenderung rewel.

## 8) Riwayat spiritual

Ibu klien mengatakan klien sering diajak mengikuti ibadah, pada saat sakit klien jarang mengikuti ibadah, tapi klien selalu diajarkan berdoa agar cepat diberikan kesembuhan agar bisa berkumpul lagi dengan keluarga dan teman-temannya.

## 9) Pola Aktivitas Sehari-hari

NO	Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Nutrisi		
	Makan		
	a. Pola makan	3x/hari	3x/hari
	b. Jenis makanan	Nasi, lauk dan suka jajan	Bubur, lauk dan buah
	c. Porsi makanan	1 porsi	3-4 sendok makan
	d. Gangguan	Tidak ada	Mual muntah
	Minum		
	a. Jenis minuman	Air putih	Air putih
	b. Jumlah	± 1000 cc/hari	± 400 cc/hari

2	<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Konsistensi</p> <p>c. Warna</p> <p>BAK</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Warna</p> <p>c. Kesulitan</p>	<p>1-2x/hari</p> <p>Padat</p> <p>Kuning</p> <p>5-6x/hari</p> <p>Kuning</p> <p>Tidak ada</p>	<p>4-5x/hari</p> <p>Cair</p> <p>Kuning</p> <p>3-4x/hari</p> <p>Kuning pekat</p> <p>Tidak ada</p>
3	<p>Personal hygiene</p> <p>a. Mandi</p> <p>b. Cuci rambut</p> <p>c. Gosok gigi</p>	<p>2x/hari</p> <p>1x/hari</p> <p>2x/hari</p>	<p>Hanya di lap</p> <p>Tidak</p> <p>1x/hari</p>
4	<p>Istirahat tidur</p> <p>a. Kebiasaan</p> <p>b. Gangguan tidur</p>	<p>± 6-8 jam</p> <p>Tidak ada</p>	<p>± 5-6 jam</p> <p>Ada, karena peningkatan Suhu tubuh pada malam hari</p>
5	<p>Aktivitas</p>	<p>An.R sehari-hari melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga</p>	<p>Pasien dianjurkan bedrest total, untuk aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p>

## 9) Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Lemah
2. Kesadaran : Compos mentis (CM)
3. Tanda-tanda vital : TD : Tidak diukur  
HR : 135 x/menit  
S : 38,7°C  
RR : 26 x/ menit  
BB : 18 kg

## 4. Pemeriksaan head to toe

## a. Kepala

Inspeksi : bentuk simetris, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, rambut tampak kusam, tidak ada oedema

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

## b. Mata

Inspeksi : konjungtiva an anemis, tidak terdapat sekret, penglihatan baik, reflek pupil isokor, sklera an ikterik

## c. Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada oedema, terdapat secret, fungsi penciuman baik.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan



d. Telinga

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

e. Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, lidah kotor ditutupi selaput putih dan tepi lidah kemerah-merahan, warna gigi tampak kuning, fungsi pengecapan baik, terdapat pembesaran pada tonsil.

f. Leher

Inspeksi: bentuk simetris, tidak terdapat lesi.

Palpasi : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, sulit menelan, kelenjar limfa leher membengkak.

g. Dada / thorak

Paru-paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada lesi, warna kulit sama.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, pergerakan dinding dada simetris.

Perkusi : bunyi resonan diseluruh lapang paru

Auskultasi : bunyi paru vesikuler

### Jantung

Inspeksi : dada simetris, ictuscordis normal, tidak ada jaringan parut, tidak ada bekas luka operasi

Palpasi : area apital jantung teraba kuat

Perkusi : bunyi jantung redup

Auskultasi : S1 dan S2 terdengar normal.

### h. Abdomen

Inspeksi : tampak kembung, tidak terdapat lesi, tidak ada luka bekas operasi, warna kulit sama dengan kulit sekitar.

Palpasi : didapatkan limpa dan hepar membesar dengan konsistensi lunak serta nyeri tekan pada kuadran kanan atas (hepar), nyeri tekan pada bagian gaster.

Auskultasi : bising usus 26 x/menit

Perkusi : timpani pada abdomen

### i. Genetalia

Pemeriksaan tidak dilakukan

### j. Ekstremitas

Atas : pada tangan kiri terpasang infus Kaen 3B 15 tetes / meni, fungsi pergerakan lemah.

Bawah : tidak terdapat oedema, tidak ada kelainan, fungsi pergerakan lemah.

k. Integumen

Inspeksi : tidak terdapat lesi, tidak ada bintik-bintik kemerahan.

Palpasi : kulit teraba hangat, turgor kulit in elastis.

10) Psikologi

Ibu klien mengatakan anaknya cemas dan takut dan kedua orang tua klien juga merasakan hal yang sama sebab baru pertama kali anaknya masuk rumah sakit, biasanya kalau sakit ia hanya berobat di puskesmas langsung sembuh.

## 11) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium	Hasil	Nilai normal
<b>Hematologi (15-6-17)</b>		
Hematokrit	39	37-47%
Hemoglobin	13,6	13,0 – 18,0 gr/dl
Leukosit	10.800	4000-10.000 mm <sup>3</sup>
Trombosit	244. 000	150.000-400.000 sel/mm <sup>3</sup>
<b>Widal test</b>		
S. Typhi O	(+) 1/320	
S.Paratyphi AO	(-) Negatif	
S.Paratyphi BO	(-) Negatif	
S.Paratyphi CO	(-) Negatif	
S. Typhi H	(-) Negatif	
S.Paratyphi AH	(-) Negatif	
S.Paratyphi BH	(+) 1/160	
S.Paratyphi CH	(-) Negatif	
<b>Malaria</b>	(-) Negatif	

## 12) Penelaksanaan medis

**15 Juni 2017**

## 1. Parenteral

- a. Inj.Cefotaxime 2x500 mg iv
- b. Inj.Ranitidin amp 2x½ amp iv

c. Inj.Dexametason 3x½ amp iv

d. Iufd Kaen 3B 15 tetes/menit

2. Oral

a. Paracetamol syrup 3x2 cth

b. Ambroxol syrup 3x½ cth

**16 Juni 2017**

1. Parenteral

a. Inj.Cefotaxime 2x500 mg iv

b. Inj.Ranitidin amp 2x½ amp iv

c. Inj.Dexametason 3x½ amp iv

d. Iufd Kaen 3B 15 tetes/menit

2. Oral

a. Paracetamol syrup 3x2 cth

b. Ambroxol syrup 3x½ cth

c. Cetrizin 1x1 pulvus / ½ tab

**17 – 19 Juni 2017**

1. Oral

a. Ambroxol syrup 3x½ cth

b. Cetrizin 1x1 pulvus / ½ tab

c. Cefixime syrup 2x1 cth

### 3.2 ANALISA DATA

Nama : An. R

No.Reg : 732011

Umur : 4 tahun

Ruangan : Edelweis

NO	Data Senjang	Interpretasi Data	Masalah
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan badan anaknya panas sudah lebih dari 3 hari.</li> <li>- Ibu klien mengatakan panasnya timbul pada sore dan malam hari.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu tubuh 38,7°C</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Nadi 115x/menit</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- Leukosit 10.800 mm<sup>3</sup></li> <li>- Kulit teraba hangat</li> <li>- Titer S.Typhi (+) 1/320</li> </ul>	<p>Salmonela typhosa</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Saluran pencernaan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Diserap oleh usus halus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri memasuki aliran darah sistemik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Endotoksin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipertermi</p>	Hipertermi
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan anaknya muntah sudah ± 3 kali</li> <li>- Ibu klien mengatakan klien hanya makan 3-4 sendok makan</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nafsu makan pasien menurun</li> <li>- Mual muntah</li> <li>- BB menurun ( dari 19 kg menjadi 18 kg)</li> </ul>	<p>Proses inflamasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lumen usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kuman hiperaktif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Melepas endotoksin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang nervus vagus</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Perubahan pemenuhan kebutuhan nutrisi

		<p>Mual dan muntah</p> <p>↓</p> <p>Perubahan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p>	
3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan anaknya muntah sudah <math>\pm</math> 3 kali</li> <li>- Ibu klien mengatakan anaknya diare 4-5x/hari. Dengan konsistensi encer</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- BB menurun, BB awal 19kg, BB sakit 18kg.</li> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Turgor kulit kurang elastis</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Bising usus 26x/menit</li> <li>- Abdomen klien tampak kembung.</li> </ul>	<p>Masuknya bakteri kedalam saluran cerna</p> <p>↓</p> <p>Iritasi usus</p> <p>↓</p> <p>Hiperperistaltik usus</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan haluaran elektrolit dan cairan</p> <p>↓</p> <p>Resiko kurangnya volume cairan</p>	Resiko kekurangan volume cairan
4	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan nyeri pada abdomen bila beraktivitas</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titer S.Typhi (+) 1/320</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur.</li> <li>- Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.</li> </ul>	<p>Proses inflamasi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan mukosa usus</p> <p>↓</p> <p>Tukak</p> <p>↓</p> <p>Bedrest total</p> <p>↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	Intoleransi aktivitas
5	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit tifus abdominalis yang saat ini dialami anaknya</li> </ul> <p>Do :</p>	<p>Salmonella typhosa</p> <p>↓</p> <p>Saluran pencernaan</p> <p>↓</p> <p>Diserap oleh usus halus</p>	Kurang pengetahuan

	<ul style="list-style-type: none"><li>- ibu klien tidak mengerti tentang gejala penyakit tifus</li><li>- Ibu klien tidak mengerti tentang penularan penyakit tifus</li></ul>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Tifus Abdominalis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Respon psikososial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kecemasan pemenuhan informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kurang pengetahuan</p>	
--	--	---	--



### 3.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : An. R

No.Reg : 732011

Umur : 4 tahun

Ruangan : Edelweis

NO	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan masalah		Teratasi	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1	Peningkatan suhu tubuh (Hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi.	15-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>	19-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
2	Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, hilangnya nafsu makan	15-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>	19-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
3	Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan output cairan yang berlebihan.	15-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>	19-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring/immobilitas	15-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>	19-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
5	Kurang pengetahuan	18-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>	19-06-2017	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>

	mengenai proses penularan berhubungan dengan informasi yang tidak akurat atau kesalahan interpretasi tentang penyakit				
--	---	--	--	--	--

### 3.4 INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : An. R

No.Reg : 732011

Umur : 4 tahun

Ruangan : Edelweis

NO Dx.	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Setelah dilakukan perawatan selama 5x24jam diharapkan suhu tubuh dalam batas normal. Dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh anak dalam kembali normal (36-37,0°C )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan anak untuk istirahat secara mutlak (<i>bedrest total</i>) total</li> <li>2. Berikan kompres dingin dengan air.</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk banyak minum.</li> <li>4. Berikan pakaian tipis.</li> <li>5. Observasi suhu tubuh, agar suhu selalu terpantau.</li> <li>6. Kolaborasi dengan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan kebutuhan metabolisme tubuh sehingga turut menurunkan suhu tubuh.</li> <li>2. Kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh.</li> <li>3. Kebutuhan cairan dalam tubuh cukup mencegah terjadinya peningkatan suhu tubuh.</li> <li>4. Pakaian tipis memudahkan penguapan panas. Saat suhu tubuh naik, pasien akan banyak mengeluarkan keringat.</li> <li>5. Peningkatan suhu secara terus menerus setelah pemberian antipiretik dan antibiotik, kemungkinan mengindikasikan terjadinya komplikasi perforasi.</li> <li>6. Untuk menurunkan atau mengontrol suhu tubuh.</li> </ol>

		<p>medis untuk pemberian obat antibiotik, agar suhu tetap dalam batas normal.</p>	
2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi dapat teratasi. Dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pasien makan habis 1 porsi b. Pasien tidak mual dan muntah lagi c. Mempertahankan atau menunjukkan peningkatan berat badan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau pola makan dan status nutrisi pasien.</li> <li>2. Berikan makanan yang tidak merangsang (pedas, asam dan mengandung gsa).</li> <li>3. Berikan makanan lunak selama fase akut (masih ada panas/suhu lebih dari normal).</li> <li>4. Berikan makanan dalam porsi kecil tapi sering</li> <li>5. Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat ukur yang sama.</li> <li>6. Lakukan perawatan mulut secara teratur dan sering.</li> <li>7. Jelaskan kepada pasien dan keluarga pentingnya intake nutrisi yang adekuat. Kolaborasi</li> <li>8. Berikan terapi antiemetik sesuai program medik..</li> <li>9. Berikan nutrisi parenteral sesuai program terapi medic, jika pemberian makanan melalui oral tidak dapat diberikan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai dasar untuk menentukan intervensi.</li> <li>2. Mencegah iritasi usus dan distensi abdomen.</li> <li>3. Mencegah terjadinya iritasi usus dan komplikasi perforasi usus.</li> <li>4. Mencegah rangsangan mual/muntah.</li> <li>5. Untuk mengetahui masukan makanan /penambahan berat badan.</li> <li>6. Meningkatkan nafsu makan.</li> <li>7. Agar pasien kooperatif dalam pemenuhan nutrisi.</li> <li>8. Untuk mengontrol mual dan muntah sehingga dapat meningkatkan masukan makanan.</li> <li>9. Untuk mengistirahatkan gastrointestinal, dan memberikan nutrisi penting untuk metabolisme tubuh.</li> </ol>
3	<p>Setelah dilakukan tindakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi tanda-tanda vital (suhu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipotensi, takikardi, demam menunjukkan</li> </ol>

	<p>keperawatan selama 5x24 jam diharapkan keseimbangan cairan tubuh tetap terpenuhi secara adekuat. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Intake dan output seimbang.</li> <li>Tanda-tanda vital dalam batas normal.</li> <li>Membran mukosa lembab.</li> <li>Berat badan normal</li> <li>Tidak ada pendarahan.</li> </ol>	<p>tubuh) paling sedikit setiap 4 jam.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda-tanda meningkatnya kekurangan cairan : turgor kurang elastis, ubun-ubun cekung, produksi urine menurun, membrane mukosa kering.</li> <li>Mengobservasi dan mencatat intake dan output dan mempertahankan intake dan output yang adekuat.</li> <li>Monitor dan mencatat berat badan pada waktu yang sama dan dengan skala yang sama.</li> <li>Berikan cairan parenteral sesuai program medik.</li> <li>Observasi tanda-tanda perdarahan.</li> <li>Kolaborasi pemberian obat-obat komustatin.</li> </ol>	<p>respon terhadap kehilangan cairan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tanda-tanda tersebut menunjukkan kehilangan cairan berlebihan/dehidrasi.</li> <li>Untuk mendeteksi keseimbangan cairan dan elektrolit.</li> <li>Berat badan merupakan indikator kekurangan cairan dan status nutrisi.</li> <li>Untuk memperbaiki kekurangan volume cairan.</li> <li>Untuk mengetahui adanya perdarahan.</li> <li>Untuk menghentikan perdarahan.</li> </ol>
4	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam pasien toleran terhadap aktivitas. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kebutuhan personal terpenuhi</li> <li>Memenuhi aktivitas sehari-hari secara mandiri.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kaji tingkat toleransi pasien terhadap aktivitas.</li> <li>Anjurkan pasien untuk tirah baring selama fase akut.</li> <li>Jelaskan kepada pasien dan keluarga akan pentingnya istirahat dan tidak beraktivitas.</li> <li>Jelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan.</li> <li>Bantu pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sebagai dasar untuk menentukan intervensi.</li> <li>Untuk menurunkan metabolisme tubuh dan mencegah iritasi usus.</li> <li>Agar tidak memperburuk keadaan inflamasi pada usus halus.</li> <li>Untuk mengurangi peristaltik usus, sehingga mencegah iritasi usus.</li> <li>Kebutuhan aktivitas</li> </ol>

		<p>melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan.</p> <p>6. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.</p> <p>7. Berikan kesempatan pada pasien melakukan aktivitas sesuai kondisi klien (jika telah bebas dari panas beberapa hari, hasil laboratorium menunjukkan perbaikan).</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Berikan terapi multivitamin sesuai program medik.</p>	<p>klien terpenuhi, dengan energi minimal sehingga mengurangi peristaltik usus.</p> <p>6. Partisipasi keluarga meningkatkan kooperatif pasien dalam perawatan.</p> <p>7. Meningkatkan partisipasi pasien dapat meningkatkan harga diri pasien dan meningkatkan toleransi aktivitas.</p> <p>8. Meningkatkan daya tahan tubuh, sehingga meningkatkan aktivitas pasien.</p>
5	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6 jam keluarga mengerti tentang penyakit anaknya. Dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Keluarga klien mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan komplikasi penyakit tifus.</p> <p>b. Keluarga mengerti tentang cara penularan penyakit tifus abdominalis.</p>	<p>1. Kaji tingkat pengetahuan keluarga pasien tentang penyakit <i>Tifus Abdominalis</i>.</p> <p>2. Jelaskan kepada keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan komplikasi <i>Tifus Abdominalis</i></p> <p>3. Jelaskan pada keluarga tentang perawatan penyakit tifus, pentingnya banyak istirahat, menghindari makanan yang merangsang.</p> <p>4. Jelaskan kepada keluarga tentang pentingnya menjaga kebersihan makanan dan kebersihan diri.</p>	<p>1. Sebagai dasar menentukan intervensi.</p> <p>2. Keluarga mendapat memahami tentang penyakit tifus.</p> <p>3. Pasien mendapat kejelasan tentang perawatan di rumah setelah pulang dari rumah sakit.</p> <p>4. Untuk mencegah teulangnya infeksi usus yang berasal dari makanan, alat makan, kebersihan</p>

		<p>5. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang cara-cara penularan penyakit <i>Tifus Abdominalis</i>.</p> <p>6. Berikan catatan tertulis waktu control ulang setelah sakit.</p>	<p>yang kurang.</p> <p>5. Untuk dapat menghindari penularan penyakit kepada orang-orang terdekat pasien.</p> <p>6. Agar pasien mudah mengingat kapan waktu control yang tepat.</p>
--	--	--	--

### 3.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : An. R

No.Reg : 732011

Umur : 4 tahun

Ruangan : Edelweis

Hari/Tanggal/ Jam	No.Dx	Implementasi Keperawatan	Respon Hasil	Paraf
15-06-2017 Dinas pagi 08.00	1	1. Mengukur tanda-tanda vital	1. RR : 28 x/menit N : 115 x/menit	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
08.40	2	2. Menimbang berat badan	S : 37,3°C	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
08.55	2	3. Menilai status nutrisi An.R	2. BB : 18 kg 3. An.R tidak nafsu makan, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, mual muntah	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
09.10	3	4. Mengkaji turgor kulit, kelembaban mukosa, dan tanda dehidrasi	4. Mukosa bibir kering, mata cekung, turgor kulit sedang.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
09.25	1	5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan banyak minum	5. Klien minum ±500cc/hari.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
10.00	4	6. Mengkaji kemampuan beraktivitas klien.	6. Pasien hanya berbaring ditempat tidur.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
10.20	4	7. Membantu pasien untuk beraktivitas ringan (miring kanan)	7. Pasien tidur dengan miring ke kanan.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
11.00	3	8. Mengkaji frekuensi BAB pasien	8. Ibu klien mengatakan anaknya diare 4-5x/hari	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
12.00	2,4	9. Membantu pasien untuk makan -	9. Pasien menghabiskan	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>



		makan makanan yang sudah disediakan	menghabiskan makanan 3-4 sendok dari yang disediakan	
12.30	3	10.Memonitor tetesan infus Kaen 3B 15 tetes/menit	10. Tetesan infus sudah diatur 15 tetes/menit.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
12.45	1	11.Mengatur ruangan cukup ventilasi.	11.Ventilasi kamar dibuka setiap	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
13.05	2	12.Membantu keluarga untuk memberikan makan pasien sedikit tapi sering.	12.Keluarga mengikuti yang dianjurkan oleh perawat.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
13.15	4	13.Memberi terapi bermain seperti menggambar.	13.Klien tampak rewel.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
13.30	1	14.Membantu pasien banyak minum air putih.	14.Pasien minum 1 gelas air putih / 4jam.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
13.45	2	15.Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat	15.Keluarga klien dapat mengulangi apa yang dijelaskan oleh perawat.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
14.00	1	16.Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Cefotaxime 2x500mg	16.Obat sudah dimasukkan melalui bolus dan tidak adareaksi alergi.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
Dinas sore 16.20	1	17.Mengukur tanda-tanda vital	17.N :110x/menit RR : 25x/menit S : 38,7°C	Perawat Ruangan
17.00	2	18.Menilai status nutrisi An.R	18.An.R tidak nafsu makan, An.R tidak nafsu makan, mukosa bibir kering, konjungtiva	Perawat Ruangan

17.20	2	19.Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk penyembuhan penyakit.	anemis, mual muntah 19.Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat	Perawat Ruang
17.30	2	20.Mengkaji adanya mual muntah	20.Klien muntah 3x sehari	Perawat Ruang
17.45	1	21.Menganjurkan keluarga untuk kompres dingin	21.Keluarga kompres dengan air biasa	Perawat Ruang
18.00	1	22.Memberikan obat oral PCT syrup 3x2 cth	22.Obat sudah diminum oleh pasien.	Perawat Ruang
20.00	2	23.Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Dexamethasone 2x500mg	23.Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruang
20.00	1	24.Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½ cth	24.Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruang
Dinas malam 20.15	2	25.Mengizinkan pasien makan makanan yang dapat ditoleransi	25.Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat	Perawat Ruang
22.10	1	26.Membantu pasien untuk banyak air minum putih	26.Pasien minum 1 gelas air putih/4jam	Perawat Ruang
23.30	3	27.Mengganti cairan infus KN 3B	27.Infus terpasang 15 tetes/menit	Perawat Ruang
23.45	1	28.Menganjurkan keluarga agar pasien menggunakan baju nyang tipis dan menyerap keringat.	28.Pasien menggunakan baju yang tipis.	Perawat Ruang
24.00	2	29.Memberikan obat injeksi intravena	29.Obat sudah dimasukan	Perawat Ruang

00.35	1	secara bolus a. Ranitidin 2x½ amp 30.Mengukur tanda-tanda vital sign	melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi. 30.N : 113x/menit RR : 28x/menit S : 38,3°C	Perawat Ruangan
02.00	1	31.Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Cefotaxime 2x500mg	31.Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruangan
04.00	2	32.Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Dexamethasone 2x500mg	32.Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruangan
04.00	1	33.Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½cth	33.Obat sudah diminum oleh pasien.	Perawat Ruangan
16-06-2017 Dinas pagi 08.10	1	1. Mengukur tanda-tanda vital	1. N : 98x/menit RR : 25x/menit S : 37,6°C	Perawat Ruangan
09.00	1	2. Mengatur ruangan cukup ventilasi	2. Ventilasi kamar dibuka setiap hari.	Perawat Ruangan
09.30	1	3. Memberikan obat oral PCT syrup 3x2 cth	3. Obat sudah diminum oleh pasien.	Perawat Ruangan
10.30	3	4. Mengganti cairan infus KN 3B	4. Cairan infus sudah terpasang 15 tetes/menit	Perawat Ruangan
12.00	2	5. Memberikan obat injeksi iv : a. Dexametason 3x½ amp. b. Ranitidin 2x½ amp.	5. Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruangan
12.00	1	6. Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½cth	6. Obat sudah diminum oleh pasien.	Perawat Ruangan
14.00	1	7. Memberikan obat injeksi intravena	7. Obat sudah dimasukan	

		secara bolus a. Cefotaxime 2x500mg	melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
Dinas sore 14.00	1	8. Mengukur tanda-tanda vital sign	8. N : 110x/menit RR : 25x//menit S : 38,2 °C	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
15.00	1	9. Memberikan obat oral Cetirizin 1x1 pulvus	9. Obat sudah diminum oleh pasien. Obat sudah	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
15.20	1	10.Menganjurkan keluarga untuk kompres dingin air biasa disekitar dahi, lipatan paha dan ketiak.	10.Suhu tubuh klien sebelumnya 38,2°C, sesudah dikompres suhu 37,6°C	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
15.40	3	11.Mengkaji turgor kulit, kelembaban mukosa, dan tanda dehidrasi.	11.Turgor kulit sedang, mukosa bibir kering, mata cekung	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
16.00	4	12. Memberi terapi bermain seperti menggambar dan mewarnai	12.Klien koopertif dan mau mengikuti proses terakpi bermain.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
16.15	3	13.Mengkaji frekuensi BAB pasien	13.Ibu klien mengatakan anaknya diare 3x/hari	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
16.30	2	14.Mengkaji adanya mual dan muntah	14.Klien muntah 2x sehari	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
17.00	2	15.Membantu keluarga untuk memberikan makan pasien sedikit tapi sering	15.Pasien menghabiskan makananan ½ porsi dari yang disediakan	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
17.20	1	16.Menganjurkan keluarga untuk memberikan pasien banyak minum	16.Pasien minum 1 gelas air putih /4jam	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
18.00	1	17.Memberikan obat oral PCT syrup 3x2 cth	17.Obat sudah diminum oleh pasien	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>

18.15	1	18.Menganjurkan pasien menggunakan baju yang tipis dan menyerap keringat	18.Keluarga mengikuti yang dianjurkan oleh perawat	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
18.20	4	19.Membantu keluarga untuk memenuhi kebutuhan pasien	19.Keluarga mengikuti yang dianjurkan oleh perawat	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
19.00	4	20.Membantu pasien dan menganjurkan keluarga untuk mengganti posisi tidur setiap 2-3 jam untuk menghindari terjadinya komplikasi	20.Pasien berganti posisi tidurnya 4 jam sekali	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
19.30	2	21. Mengizinkan pasien makan makanan yang dapat ditoleransi.	21. An.R hanya makan roti	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
20.00	2	22. Memberikan obat injeksi iv : a. Dexametason 3x½ amp.	22.Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
20.00	1	23. Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½cth	23.Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruangan
Dinas malam 20.15	1	24.Menganjurkan keluarga untuk memberikan pasien banyak minum	24.Pasien minum 1 gelas air putih/4jam	Perawat Ruangan
20.30	1	25.Menganjurkan pasien menggunakan baju yang tipis dan menyerap keringat	25.Pasien menggunakan baju yang tipis.	Perawat Ruangan
21.30	3	26.Mengganti cairan infus Kaen 3B	26.Cairan infus terpasang 15 tetes/menit	Perawat Ruangan

23.45	1	27.Mengukur tanda-tanda vital	27.N: 105x/menit RR : 28x/menit S : 38,4°C	Perawat Ruangan
24.00	2	28.Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Ranitidin 2x½ amp	28.Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruangan
02.00	1	29.Memberikan obat oral PCT syrup 3x2 cth	29.Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruangan
04.00	2	30.Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Dexamethasone 3x½ amp	30. Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruangan
04.00	1	31. Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½ cth	31.Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruangan
17-06-2017 Dinas pagi				
08.10	1	1. Mengukur tanda-tanda vital	1. N : 98x/menit RR : 26x/menit S : 37,6°C	Perawat Ruangan
08.30	3	2. Mengganti cairan infus Ka-En 3B	2. Cairan infus terpasang 15 tetes/menit	Perawat Ruangan
09.00	2	3. Menilai status nutrisi An.R	3.Nafsu makan An.R meningkat, konjungtiva anememis, mukosa bibir lembab.	Perawat Ruangan
09.30	2	4. Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk penyembuhan penyakit.	4. Keluarga mengerti yang sudah dijelaskan oleh perawat	Perawat Ruangan
09.45	2	5. Mengkaji adanya mual muntah	5. Ibu klien mengatakan anaknya tidak	Perawat Ruangan

10.00	1	6. Memberikan obat oral PCT syrup 3x2 cth	6. Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruang
10.20	1	7. Menganjurkan keluarga untuk kompres dingin	7. Keluarga mengikuti yang sudah dianjurkan oleh perawat.	Perawat Ruang
12.00	2	8. Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Dexamethasone 3x½ amp b. Ranitidin 2x½ amp	8. Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruang Perawat Ruang
12.00	1	9. Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½ cth	9. Obat sudah diminum oleh pasien	
14.00	1	10. Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Cefotaxime 2x500mg	10. Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
Dinas sore 14.30	1	11. Mengukur tanda-tanda vital sign	11. N: 95x/menit RR : 25x/menit S : 38,0°C	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
15.00	1	12. Memberikan obat oral Cetirizin 1x1 pulvus	12. Obat sudah diminum oleh pasien	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
15.20	1	13. Menganjurkan keluarga untuk kompres dingin air biasa disekitar dahi, lipatan paha dan ketiak.	13. Suhu tubuh klien sebelumnya 38,0°C, sesudah dikompres suhu 37,3°C	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
15.45	3	14. Mengkaji turgor kulit, kelembaban mukosa, dan tanda dehidrasi.	14. Turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
16.00	3	15. Mengkaji frekuensi BAB pasien	15. Ibu klien mengatakan anaknya tidak diare lagi	<i>Artha Wly Simanjuntak Artha Wly</i>

16.05	2	16.Mengkaji adanya mual dan muntah	16.Ibu klien mengatakan anaknya tidak muntah lagi.	<i>Simanjuntak</i>
17.00	2	17.Membantu keluarga untuk memberikan makan pasien sedikit tapi sering	17.Pasien menghabiskan makananan 1 porsi dari yang disediakan	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
17.40	1	18.Menganjurkan keluarga untuk memberikan pasien banyak minum	18.Pasien minum 1 gelas air putih /4jam	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
18.00	1	19.Memberikan obat oral PCT syrup 3x2 cth	19.Obat sudah diminum oleh pasien	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
18.20	1	20.Menganjurkan pasien menggunakan baju yang tipis dan menyerap keringat	20.Keluarga mengikuti yang dianjurkan oleh perawat	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
18.30	4	21.Membantu keluarga untuk memenuhi kebutuhan pasien	21.Keluarga mengikuti yang dianjurkan oleh perawat	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
19.00	4	22.Membantu pasien dan menganjurkan keluarga untuk mengganti posisi tidur setiap 2-3 jam untuk menghindari terjadinya komplikasi	22.Pasien berganti posisi tidurnya 4 jam sekali	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
19.30	3	23.Mengganti cairan infus Kaen 3B	23.Cairan infus terpasang 15 tetes/menit	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
20.00	2	24.Memberikan obat injeksi iv : a. Dexametasone 3x½ amp.	24.Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
20.00	1	25.Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½cth	25.Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruangn



Dinas malam 20.10	1	26. Mengukur tanda-tanda vital sign	26.N : 93x/menit RR : 27x/menit S : 37,7°C	Perawat Ruangan
24.00	2	27. Memberikan obat injeksi intravena secara bolus a. Ranitidin 2x½ amp	27. Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruangan
02.00	1	28. Memberikan obat oral PCT syrup 3x2 cth	28. Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruangan
04.00	2	29. Memberikan obat injeksi iv : a. Dexametasone 3x½ amp.	29. Obat sudah dimasukan melalui bolus dan tidak ada reaksi alergi.	Perawat Ruangan
04.00	1	30. Memberikan obat oral Ambroxol syrup 3x½cth	30. Obat sudah diminum oleh pasien	Perawat Ruangan
06.00	1	31. Mengukur tanda-tanda vital sign	31. N : 96x/menit RR : 26x/menit S : 37,0°C	Perawat Ruangan
06.30	3	32. Mengevaluasi turgor kulit, kelembaban mukosa, dan tanda-tanda dehidrasi.	32. Turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, konjungtiva anememis.	Perawat Ruangan
07.00	3	33. Melepaskan infus Kaen 3B	33. Infus tidak terpasang lagi.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
18-06-2017 09.00	5	<b>Home Care</b> 1. Memberikan penyuluhan pada pasien dan keluarga tentang penyakit tifus.	1. Pasien dan keluarga memperhatikan dan mengerti apa yang disampaikan perawat.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
10.00	5	2. Menjelaskan kepada keluarga	2. Klien dan keluarga	

		tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan komplikasi penyakit <i>Tifus Abdominalis</i>	menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan komplikasi penyakit tifus	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
11.20	5	3. Menjelaskan kepada pasien tentang cara penularan penyakit <i>Tifus Abdominalis</i> .	3. Pasien dan keluarga memperhatikan dan mengerti tentang cara penularan penyakitnya.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
13.30	5	4. Memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya tentang tifus	4. Keluarga menanyakan tanda-tanda membutuhkan evaluasi medic.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
18-06-2017 14.00	5	1. Memberikan penyuluhan tentang cara pencegahan penyakit Tifus Abdominalis serta makanan yang baik di konsumsi untuk An.R	1. Pasien dan keluarga memperhatikan dan mengerti apa yang disampaikan perawat.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
15.30	5	2. Melibatkan keluarga dalam perawatan pasien	2. Keluarga kooperatif dalam merawat pasien.	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
16.00	5	3. Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidak melakukan aktivitas yang berat	3. Keluarga mengikuti yang dianjurkan oleh perawat	<i>Artha Uly Simanjuntak</i>
17.00	5	4. Membantu keluarga untuk memberi makan makanan yang tidak mengandung gas	4. Keluarga mengikuti yang dianjurkan oleh perawat	

### 3.6 EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : An. R

No.Reg : 732011

Umur : 4 tahun

Ruangan : Edelweis

No Dx	Hari/tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Kamis 15-06-2017	<p>S : - Ibu klien mengatakan anaknya pada sore dan malam hari badannya masih panas.</p> <p>- Ibu klien mengatakan anaknya banyak mengeluarkan keringat.</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak lemah</p> <p>- Klien tampak gelisah</p> <p>- Mata klien tampak cekung</p> <p>- Suhu tubuh 38,7°C</p> <p>- Akral hangat</p> <p>A :</p> <p>- Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
2		<p>S : - Ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan</p> <p>- ibu klien mengatakan anaknya setiap makan dimuntahkan</p> <p>- Ibu klien mengatakan anaknya hanya makan 3-4 sendok dari yang disediakan.</p> <p>O : - Klien tampak pucat</p> <p>- Klien tampak lemah</p> <p>- BB klien menurun dari 19 kg menjadi 18 kg</p> <p>- Mulut klien tampak kotor</p> <p>A : - Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan</p>	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>
3		<p>S : - Ibu klien mengatakan klien buang air besar 4-5x sehari konsistensi encer.</p> <p>- Ibu klien mengatakan klien masih dehidrasi</p>	<i>Artha Wly Simanjuntak</i>

4		<p>O : - Mukosa mulut kering  - Mata tampak cekung  - Abdomen klien tampak kembung  - Bising usus 26x/menit  - Turgor kulit kurang baik  - Hematokrit 39 %  - Hemoglobin 13,6  - Leukosit 10.800 mm<sup>3</sup>  - Trombosit 244. 000 sel/mm<sup>3</sup></p> <p>A : - Masalah belum teratasi  P : - Intervensi dilanjutkan</p> <p>S : - Ibu klien mengatakan badannya anaknya masih terasa lemas.  - Klien mengeluh nyeri pada abdomen bila beraktivitas dengan skala : 4</p> <p>O : - Pasien tampak lemah  - Pasien berbaring ditempat tidur  - Aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>A : - Masalah belum teratasi  P : - Intervensi dilanjutkan</p>	<p><i>Artha Wly  Simanjuntak</i></p>
1	<p>Jumat  16-06-2017</p>	<p>S : - Ibu klien mengatakan panas anaknya sudah mulai menurun  - Ibu klien mengatakan anaknya tidak gelisah lagi.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Mata klien tampak cekung</li> <li>- Suhu tubuh 38,2°C</li> <li>- Akral hangat</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	<p><i>Artha Wly  Simanjuntak</i></p>
2		<p>S : - Ibu klien mengatakan anaknya kurang nafsu makan  - ibu klien mengatakan anaknya masih mual muntah  - Ibu klien mengatakan anaknya hanya makan ½ porsi dari yang disediakan.</p> <p>O : - Klien tampak pucat  - Klien tampak lemas</p>	<p><i>Artha Wly  Simanjuntak</i></p>

3		<ul style="list-style-type: none"> <li>- BB klien menurun dari 19 kg menjadi 18 kg</li> <li>- Mulut klien tampak kotor</li> </ul> <p>A : - Masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan</p> <p>S : - Ibu klien mengatakan klien buang air besar 3x sehari konsistensi encer. - Ibu klien mengatakan klien masih dehidrasi</p> <p>O : - Mukosa mulut kering - Mata tampak cekung - Abdomen klien tampak kembung - Bising usus 23x/menit - Turgor kulit kurang baik - Hematokrit 39 % - Hemoglobin 13,6 - Leukosit 10.800 mm<sup>3</sup> - Trombosit 244. 000 sel/mm<sup>3</sup></p> <p>A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan</p>	<p><i>Artha Wly Simanjuntak</i></p>
4		<p>S : - Ibu klien mengatakan badannya anaknya masih terasa lemas namun sudah lebih baik dari sebelumnya. - Klien mengeluh nyeri pada abdomen bila beraktivitas dengan skala : 2</p> <p>O : - Pasien tampak lemah - Pasien berbaring ditempat tidur - Aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>A : - Masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan</p>	<p><i>Artha Wly Simanjuntak</i></p>
1	<p>Sabtu 17-06-2017</p>	<p>S : - Ibu klien mengatakan anaknya tidak panas lagi - Ibu klien mengatakan anaknya tidak gelisah lagi</p> <p>O : - Klien tidak lemah lagi - Mata klien tidak cekung lagi - Suhu tubuh 37,0°C - Akral dingin - Turgor kulit elastis</p> <p>A : - Masalah teratasi</p>	<p><i>Artha Wly Simanjuntak</i></p>

2		<p>P : - Intervensi dihentikan</p> <p>S : - ibu klien mengatakan anaknya tidak muntah lagi - Ibu klien mengatakan anaknya sudah menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan.</p> <p>O : - Klien tidak tampak pucat lagi - Klien tampak lemas - BB klien meningkat ½ kg</p> <p>A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dihentikan</p>	<p><i>Artha Uly</i> <i>Simanjuntak</i></p>
3		<p>S : - Ibu klien mengatakan klien buang air besar 1x sehari konsistensi lembek. - Ibu klien mengatakan klien tidak muntah lagi</p> <p>O : - Mukosa mulut lembab - Mata tidak cekung lagi - Abdomen klien tidak tampak kembung lagi - Bising usus 8x/menit - Turgor kulit elastis</p> <p>A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dihentikan</p>	<p><i>Artha Uly</i> <i>Simanjuntak</i></p>
4		<p>S : - Ibu klien mengatakan badan anaknya tidak lemas lagi - Klien tidak mengeluh lagi nyeri pada abdomen bila beraktivitas</p> <p>O : - skala nyeri 0 - Aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga</p> <p>A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dihentikan</p>	<p><i>Artha Uly</i> <i>Simanjuntak</i></p>
5	Minggu 18-06-2017	<p>S : - Klien mengatakan sudah mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan komplikasi pada penyakit tifus abdominalis.</p> <p>O : - Klien menyebutkan tentang pengertian, tanda dan gejala, pengobatan dan komplikasi pada penyakit tifus abdominalis.</p>	<p><i>Artha Uly</i> <i>Simanjuntak</i></p>

		A : - Masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan	
5	Senin 19-06-2017	S : - Klien mengatakan sudah mengerti tentang bagaimana cara penularan tifus abdominalis. O : - Klien menjelaskan tentang penularan penyakit tifus abdominalis. A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dihentikan	<i>Artha Uly</i> <i>Simanjuntak</i>

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan pada An.R dengan *Tifus Abdominalis* yang di ruang rawat inap Edelweis RSUD dr. M.Yunus Bengkulu dari tanggal 15 Juni 2017 sampai dengan 19 Juni 2017. Maka pada bab ini penulis akan membahas mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada An.R dengan *Tifus Abdominalis* yang telah penulis laksanakan selama ini.

Pembahasan ini dibuat sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang ada dalam tinjauan kasus dan akan dibandingka dengan proses keperawatan yang ada dalam tinjauan teoritis.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Dalam pengumpulan data, penulis menggunakan metode wawancara dengan pasien dan keluarga serta melakukan observasi dengan menggunakan pemeriksaan fisik, dokumentasi melalui catatan kesehatan pada status pasien. Selama melakukan pengkajian terhadap pasien dan keluarga dalam studi kasus ini penulis tidak banyak menemui kesulitan, ini karena pasien dan keluarga kooperatif pada saat wawancara maupun dalam tindakan keperawatan.



Pada An.R didapatkan riwayat kesehatan yaitu demam, mual muntah, lidah kotor, mukosa bibir kering, nafas berbau tidak sedap, keadaan perut kembung, diare, hati dan limpa membesar, nyeri tekan pada kuadran kanan bawah (hati), nafsu makan menurun. Sesuai dengan pendapat Ardiansyah (2012) yaitu selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala tidak normal, yaitu perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing dan tidak bersemangat. Pada kasus-kasus yang khas, demam berlangsung selama 3 minggu. Bersifat *febris remiten* dan dengan suhu tubuh tidak terlalu tinggi. Selama minggu pertama, suhu berangsur-angsur meningkat, biasanya turun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dalam minggu kedua penderita masih dalam keadaan demam. Dalam minggu ketiga suhu berangsur-angsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga. Gangguan pada saluran pencernaan. Pada mulut terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah, lidah ditutupi selaput putih kotor, ujung dan samping lidah kemerahan, jarang disertai tremor. Pada abdomen mungkin ditemukan kembung (*meteoasmus*), hati dan limpa membesar disertai nyeri perabaan.

Adapun kesenjangan riwayat kesehatan yang ditemukan antara kasus dan konsep teori yaitu tidak didaptkannya data gangguan penurunan kesadaran (*apatis sampai samnolen*), hal ini disebabkan karena gangguan kesadaran dapat ditemukan pada pasien Tifus Abdominalis pada stadium lanjut dan bila terlambat mendapat pengobatan (Haryono, 2012). Pada riwayat keluarga tidak ditemukan adanya penyakit yang sama seperti yang

diderita pasien. Pada riwayat kesehatan dahulu Ibu klien mengatakan klien tidak pernah mengalami sakit *Tifus Abdominalis* tetapi pernah di diagnosa malaria.

Pada pemeriksaan laboratorium dalam tinjauan teoritis disebutkan bahwa pemeriksaan positif apabila terjadi reaksi aglutinasi. Apabila titer lebih dari 1/80, 1/160, dan seterusnya, maka hal ini menunjukkan bahwa semakin kecil titrasi berarti semakin berat penyakitnya. Pada An.R ditemukan hasil uji titer O bernilai 1/320. Pada An.R terjadi peningkatan leukosit hal ini sesuai dengan teori Ardiansyah (2012) yaitu pada pemeriksaan darah perifer lengkap sering ditemukan leukopenia, dapat pula terjadi kadar leukosit normal atau leukositosis, leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder. Jadi tidak ada kesenjangan antara teoritis dan kasus.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut Nurarif & Hardhi (2013) diagnosa keperawatan pada pasien *Tifus Abdominalis* terdapat 7 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya terdapat 5 diagnosa keperawatan yaitu : Peningkatan suhu tubuh (Hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi, Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan anoreksia, mual/muntah, Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan output cairan yang berlebihan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring/immobilitas, Kurang pengetahuan mengenai proses penyakit berhubungan dengan informasi yang tidak akurat atau kesalahan interpretasi

tentang penyakit. Hal ini yang mendasari penulis untuk mengangkat diagnosa sesuai patofisiologi, tanda dan gejala yang ada pada tinjauan teoritis.

Diagnosa intoleransi aktivitas sangatlah baik untuk ditegakkan karena tampak pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest total, pasien tidak diperbolehkan untuk berjalan apalagi melakukan aktivitas seperti kamar mandi. Selain itu juga ditemui gejala seperti pasien mengeluh nyeri pada abdomen bila beraktivitas, pasien tampak lemah. Gejala ini juga sangat menunjang terjadinya intoleransi aktivitas.

Adapun diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yaitu Resiko terjadi komplikasi : perdarahan berhubungan dengan kerusakan mukosa usus dan gangguan rasa nyaman nyeri, tidak diangkat karena tidak ditemukan adanya tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan, perforasi, peritonitis, pneumoni, : hipatitis, meningitis, dan skala nyeri hanya 4.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Dalam menyusun rencana tindakan disesuaikan dengan diagnosa yang ditemukan pada kasus sehingga rencana tindakan yang dibuat dapat mencapai tujuan yang diinginkan, tidak semua rencana tindakan yang ada dalam teori dapat ditetapkan. Hal ini dikarenakan dalam menetapkan rencana tindakan keperawatan harus mengobservasi keadaan pasien dan kebutuhan pasien saat itu. Penulis membuat intervensi sesuai dengan masalah keperawatan yang ditemukan dan sesuai dengan kemampuan perawat serta ketersediaan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.

Peningkatan suhu tubuh (Hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi berhubungan dengan proses infeksi. Intervensi dilaksanakan sesuai dengan teoritis yaitu : kaji tanda-tanda vital, anjurkan klien untuk istirahat total, berikan kompres dengan dengan air biasa dibagian dahi, ketiak dan lipatan paha, anjurkan klien untuk banyak minum, berikan pakaian tipis kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian obat turun panas.

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan anoreksia, hilangnya nafsu makan. Intervensi dilaksanakan sesuai dengan teoritis yaitu : menilai status nutrisi anak, berikan makanan yang lunak, menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering, menimbang berat badan, memperhatikan kebersihan mulut, kolaborasi dengan tim dokter dan tim gizi untuk memenuhi kebutuhan gizi anak.

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan output cairan yang berlebihan. Intervensi dilaksanakan sesuai dengan teoritis yaitu : observasi tanda-tanda vital, monitor tanda-tanda vital, monitor tanda-tanda meningkatnya kekurangan cairan, observasi intake dan output, monitor berat badan, berikan cairan parenteral sesuai program medik.

Untuk intervensi dari diagnosa Intoleransi Aktivitas semuanya dapat dilaksanakan sesuai dengan teoritis yang telah dibuat sebelumnya. Adapun intervensi yang dilakukan adalah pantau tingkat toleransi pasien terhadap aktivitas, anjurkan pasien untuk tirah baring selama fase akut, jelaskan pentingnya pembatasan aktivitas selama perawatan, bantu pasien melakukan

aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan, libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari, berikan kesempatan pada pasien melakukan aktivitas sesuai kondisi klien (jika telah bebas dari panas beberapa hari, hasil laboratorium menunjukkan perbaikan), berikan terapi multivitamin sesuai program terapi medik.

Kurang pengetahuan mengenai proses penularan penyakit berhubungan dengan informasi yang tidak akurat atau kesalahan interpretasi tentang penyakit. Intervensi dilaksanakan sesuai dengan teoritis yaitu : Menjelaskan kepada keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan komplikasi penyakit *Tifus Abdominalis*, Menjelaskan kepada pasien tentang cara penularan penyakit *Tifus Abdominalis*.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang penulis laksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun, dapat dilaksanakan sesuai dengan keadaan pasien, kemampuan perawat dan ketersediaan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit, tidak ditemukan hambatan yang berarti dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap An.R pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri oleh penulis, berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, bekerjasama dengan baik antara perawat ruang edelweiss dan partisipasi keluarga juga dilibatkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan yang dilakukan selama lima hari perawatan, penulis tidak dapat memberikan perawatan selama 24 jam penuh,

penulis hanya memberikan perawatan 6 jam setiap hari. Pemantauan 18 jam berikutnya tetap dilaksanakan kerjasama dengan perawat ruang edelweis. Pendokumentasian implementasi keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat ruang edelweis, penulis melihatnya dicatatkan perawat ruang edelweis di dalam status pasien An.R.

Adapun tindakan keperawatan untuk diagnose intoleransi aktivitas yang dilakukan selama lima hari perawatan adalah sebagai berikut : menganjurkan pasien untuk banyak istirahat, membantu keluarga memenuhi kebutuhan pasien, mendekatkan keperluan pasien dalam jangkauan.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan kegiatan akhir dari pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui apakah tindakan keperawatan yang dilakukan sudah berhasil atau belum. Dari evaluasi ini dapat dilihat masalah mana yang belum teratasi, apa penyebab dan apa yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut.

Dari lima diagnosa yang penulis temukan dapat penulis lakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun secara bertahap, semua rencana dapat implementasikan dan dari pelaksanaan tindakan tersebut penulis dapat mengevaluasi setelah lima hari perawatan. Penulis dapat menemukan bahwa semua masalah pasien dapat dievaluasi yaitu Peningkatan suhu tujuan tercapai karena suhu tubuh  $37,0^{\circ}\text{C}$ , mukosa bibir lembab, kulit tidak teraba panas. Gangguan pemenuhan kebutuhan

nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tujuan tercapai sebagian, belum terjadi peningkatan berat badan karena pada pasien *Tifus Abdominalis* perawatan harus lama. Resiko kekurangan volume cairan tujuan tercapai karena mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Intoleransi aktivitas tujuan terapai karena pasien sudah dapat beraktivitas secara mandiri walaupun masih ada aktivitas dibantu oleh keluarga. Kurang pengetahuan tujuan teratasi keluarga klien sudah mengerti dan dapat menjelaskan pengertian tentang penyakit *Tifus Abdominalis*.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil penerapan asuhan keperawatan anak pada An.R dengan diagnose medis *Tifus Abdominalis* selama 5 hari perawatan dari tanggal 15 Juni 2017 sampai dengan 19 Juni 2017 di ruang Edelweis RSUD dr.M.Yunus Bengkulu dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dalam pengkajian tidak ditemukan gangguan kesadaran karena gangguan kesadaran ditemukan pada pasien Tifus Abdominalis stadium lanjut dan apabila terlambat mendapat pengobatan. Pada pemeriksaan laboratorium ditemukan hasil uji titer O pada An.R bernilai 1/320
2. Pada konsep teori terdapat 7 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya terdapat 5 diagnosa keperawatan yaitu : Peningkatan suhu tubuh (Hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi, Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan anoreksia, mual/muntah, Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan output cairan yang berlebihan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring/immobilitas, Kurang pengetahuan mengenai proses penyakit berhubungan dengan informasi yang tidak akurat atau kesalahan interpretasi tentang penyakit.
3. Proses pelaksanaan dari intervensi dibuat sesuai dengan konsep teori, mengacu pada penggunaan penyelesaian masalah keperawatan dengan



dengan memperhatikan kondisi pasien, kebutuhan pasien saat itu serta ketersediaan sarana dan prasarana diruangan serta kemampuan perawat untuk melaksanakannya.

4. Pada implementasi keperawatan penulis tidak banyak mengalami kesulitan dan implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
5. Pada evaluasi penulis dapat mengevaluasi semua masalah pasien yang sudah dapat teratasi. Hal ini dibuktikan dengan keadaan pasien membaik, meningkatnya nafsu makan, pasien kooperatif dan keluarga ikut berpartisipasi dalam merawat An.R.

## 5.2 Saran

### 1. Bagi Mahasiswa

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan pedoman ataupun acuan dalam mempelajari pembuatan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan anak pada pasien Tifus Abdominalis untuk meningkatkan pengetahuan sebelum melaksanakan praktek di rumah sakit.

### 2. Bagi Institusi

Agar kiranya proses belajar pelaksanaan praktek laboratorium ditingkatkan terutama pada perawatan pada pasien *Tifus Abdominalis* dan diharapkan literatur yang menunjang dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

### 3. Bagi RSUD dr. M. Yunus Bengkulu

Diharapkan pihak RSUD dr. M. Yunus Bengkulu agar dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan secara professional pada

klien dengan masalah intoleransi aktivitas pada kasus *Tifus Abdominalis* pada anak di ruang edelweiss supaya memberikan hasil asuhan keperawatan yang optimal untuk meningkatkan derajat kesehatan klien.

#### 4. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan agar dapat menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan makanan karena dapat menjadi media penularan penyakit *Tifus Abdominalis*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Hidayat, A.Aziz.2012.*Pengantar Ilmu Keperawatan Anak.*\_Jakarta : Salemba Medika
- Ardiansyah, muhammad.2012. *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa.* Yogyakarta: DIVA Press.
- Asfuah, Siti. 2012. *Buku Saku Klinik Untuk Keperawatan dan Kebidanan.* Yogyakarta : Nuha Medika.
- Haryono, Rudi. 2012. *Keperawatan Medical Bedah Sistem Pencernaan.* Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Judha, Mohamad dkk. 2012. *Anatomi dan Fisiologi Rangkuman Sederhana Belajar Anatomi dan Fisiologi Untuk Mahasiswa Kesehatan dan Keperawatan.* Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Kozier, dkk. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 7 Volume 2.* Jakarta : EGC
- Lestari, Titik. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak.*\_Yogyakarta: Nuha Medika.
- Medical, Record. 2016. *Catatan Pasien Tifus Abdominalis.* Bengkulu : RSUD Dr. M. Yunus
- Muttaqin, Arif dan Kumala, Sari .2011.\_*Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta : Salemba Medika.
- Nurarif, Amin Huda & Hardhi Kusuma. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagonosa Medis dan NANDA NIC – NOC.* Jilid 1. Yogyakarta : MediAction Publishing
- Nurarif, Amin Huda & Hardhi Kusuma. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagonosa Medis dan NANDA NIC – NOC.* Jilid 2. Yogyakarta : MediAction Publishing
- Nursalam, 2011. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik.* Jakarta : Salemba Medika
- Nuruzzaman, Hilda & Fariani Syahrul. 2016. *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan Diri Dan Kebiasaan Jajan Di Rumah.* <https://www.researchgate.net/publication/313943440>. (Di akses 15 Maret 2017 pukul 12:00)
- Paputungan, W dkk. 2016. *Hubungan Antara Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Dengan Kejadian Tifus Abdominalis Di Wilayah Kerja Puskesmas Upai Kota Kotamobagu Tahun 2015.*\_Jurnal Ilmiah Farmasi–UNSRAT Vol.5

No.2 <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/pharmacon/article/view/122215>  
( Diakses tanggal 13 Maret 2017 pukul 14.00 WIB )

Taufan, Nugroho. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika

Wijaya, Andra Saferi & Yessie Mariza Putri. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wijayaningsih, Kartika Sari. 2013. *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Wilkinson. 2011. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: Diagnosa NANDA, Intervensi NIC, criteria Hasil NOC*. Jakarta :EGC

Yuni, Natalia Erlina & Rika Septiana Oktami. 2014. *Panduan Lengkap Posyandu Untuk Bidan dan Kader*. Yogyakarta : Nuha Medika.



## **RIWAYAT SINGKAT PENULIS**

Penulis dilahirkan di Tais pada tanggal 3 Juli 1996. Anak ketiga dari tiga bersaudara pasangan Bapak Marison Simanjuntak (alm) dan Ibu Juwita Siahaan yang beralamat di Jln. Basuki Rahmat RT 01 RW 01 Kel. Sido Mulyo, Kec. Seluma Selatan, Kab. Seluma

Riwayat Pendidikan yang pernah ditempuh oleh penulis :

1. SD N 24 Seluma dari tahun 2002 dan tamat 2008
2. SMP N 5 Seluma dari tahun 2008 dan tamat tahun 2011
3. SMA Sint Carolus Bengkulu dari tahun 2011 dan tamat tahun 2014
4. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan DIII Keperawatan di Fakultas MIPA Universitas Bengkulu dari tahun 2014 dan tamat tahun 2017



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD Dr. M. YUNUS**

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007  
BENGKULU 38229



Bengkulu, 20 Desember 2016

Nomor : 074/1271 /BID-DIK  
Lampiran : -  
Perihal : Pemohonan Izin Pra Penelitian

Kepada  
Yth. 1. Kabag Penyusunan Program dan Evaluasi  
2. Kabid Pelayanan Keperawatan  
RSUD dr. M. Yunus Bengkulu  
di-  
Tempat

Dengan hormat,

Menindaklanjuti Surat Permohonan dari Politeknik Kesehatan Provinsi Bengkulu

Nomor : 100/1144/Poltekkes-BKL/XII/2016 Tanggal 02 Desember 2016 Perihal

Permohonan Izin Pra Penelitian Mahasiswa :

Nama : **ARTHA ULY SIMANJUNTAK**

NPM : P201405

Program Studi : D III Keperawatan

Maksud : Asuhan Keperawatan Anak dengan Intoleransi Aktivitas Pada  
Kasus Typus Abdominalis di Ruang Edelweis RSUD dr. M.  
Yunus Bengkulu Tahun 2016.

Ruang Penelitian : Edelweis

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin terhitung  
mulai tanggal 20 Desember 2016 s.d 20 Januari 2017

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

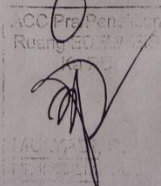
Bengkulu, 29-12-2016  
Bidang Pelayanan Keperawatan  
Ka. Sie Rawat Inap

**HERRY NOVERIZAL, SKM**  
NIP. 197011191989031001

An. Wakil Direktur  
Penunjang Medik dan Kependidikan  
KEPALA BIDANG PENDIDIKAN

**dr. SRI HASTUTI, Sp. JP**  
NIP. 196808302000122002

Tembusan disampaikan kepada Yth:  
1. Yang Bersangkutan  
2. Arsip



Acc dan rekan medis 29/12  
Dini  
Rina A. SIM



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD Dr. M. YUNUS**

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007  
BENGKULU 38229



Bengkulu, 14 Juni 2017

Kepada  
Kabag Penyusunan Program &  
Evaluasi Cq. Kasubbag Rekam Medis  
Yth. Kabid. Pelayanan Keperawatan  
RSUD dr. M. Yunus Bengkulu  
di-  
Tempat

Nomor : 074/ 666 /BID-DIK  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

*Abdullah  
Peneliti & my  
Edelweis  
Kam  
Mulyati  
Mulyati*

Dengan Hormat,

Menindaklanjuti surat permohonan dari Poltekkes Provinsi Bengkulu,

Nomor : 1346 / UN30.12/LT/2017, Tanggal 02 Juni 2017, Perihal permohonan izin penelitian:

Nama : ARTHA ULY SIMANJUNTAK  
NIM : F0H014005  
Jurusan : DIII KEPERAWATAN  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Anak Dengan Masalah Intoleransi Aktifitas Pada Kasus Tifus Abdominalis di Ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2017  
Ruang Penelitian : Edelweis

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin terhitung tanggal 14 Juni s.d 14 Juli 2017.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

16 / 06 / 2017

KEPALA BIDANG PENDIDIKAN

*Ammy*

*Sri Hastuti*

dr. SRIHASTUTI, Sp.JP.  
NIP. 19680830 200012 2 002

Tembusan disampaikan kepada:

1. Yang Bersangkutan
2. Arsip







**PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Batang Hari No.108 Padang Harapan, Kec. Ratu Agung, Kota Bengkulu Telp/Fax : (0736) 22044 SMS : 091919 35 6000  
 Website: dpmpmsp.bengkuluprov.go.id / Email: email@dpmpmsp.bengkuluprov.go.id  
 BENGKULU 38223

**REKOMENDASI**

Nomor : 503/08.65/1812/DPMPSTSP/2017

**TENTANG PENELITIAN**

- Dasar :
1. Peraturan Gubernur Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017 tentang Pendelegasian Sebagian Kewenangan Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan Pemerintah Provinsi Bengkulu Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bengkulu.
  2. Surat dari Dekan Fakultas MIPA UNIB Nomor : 1346 / UN30.12/LT/2017, Tanggal 2 Juni 2017 Perihal Rekomendasi Penelitian. Permohonan Diterima Tanggal 09 Juni 2017.

Nama / NPM : ARTHA ULY SIMANJUNTAK / F0H014005  
 Pekerjaan : Mahasiswi  
 Maksud : Melakukan Penelitian  
 Judul Proposal Penelitian : Asuhan Keperawatan anak Dengan Masalah Intoleransi aktivitas Pada Kasus Tifus Abdominalis di Ruang Edetweis RSUD DR.M. Yunus Bengkulu Tahun 2017  
 Daerah Penelitian : RSUD DR.M. Yunus Bengkulu  
 Waktu Penelitian/ Kegiatan : 13 Juni sd 13 Juli 2017  
 PenanggungJawab : Dekan Fakultas MIPA UNIB

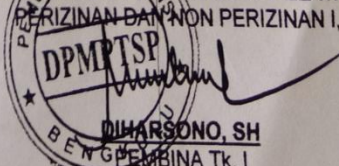
Dengan ini merekomendasikan penelitian yang akan diadakan dengan ketentuan :

- a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Gubernur/ Bupati/ Walikota Cq, Kepala Badan/ Kepala Kantor Kesbang Pol atau sebutan lain setempat.
- b. Harus mentaati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- c. Selesai melakukan penelitian agar melaporkan/ menyampaikan hasil penelitian kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan Rekomendasi Penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
- e. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat rekomendasi ini tidak mentaati/ mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Bengkulu, 12 Juni 2017

**a.n. KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL  
 DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
**PROVINSI BENGKULU**  
 KEPALA BIDANG ADMINISTRASI PELAYANAN  
 PERIZINAN DAN NON PERIZINAN I,

  
**DIHARSONO, SH**  
 PEMBINA Tk. I

NIP. 19620911 198303 1 005

Terselubung disampaikan kepada Yth.:

1. Kepala Badan Kesbang Pol Provinsi Bengkulu
2. Dekan Fakultas MIPA UNIB
3. Yang bersangkutan





PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN  
 PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
 ( DPM-PTSP )**

Jl. WR SUPRATMAN KEL BENTIRING PERMAI KEC. MUARA BANGKAHULU  
 Telp. (0736) 349731 Fax . Telp. (0736) 349731 email : dpmptspkotabkl@gmail.com  
 KOTA BENGKULU

**IZIN PENELITIAN**

**Nomor : 070/679/06/DPMPSTP.B/2017**

- Dasar : Peraturan Walikota Bengkulu Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Tentang Pelimpahan *Wewenang* Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bengkulu
- Memperhatikan : Rekomendasi Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bengkulu Dengan Nomor : **503/08.65/1812/DPMPSTP/2017** Tanggal **12 Juni 2017** .

**DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA**

Nama/NPM : **ARTHA ULY SIMANJUNTAK / FOH014005**  
 Pekerjaan : **MAHASISWA**  
 Fakultas : **FAKULTAS MIPA UNIB**  
 Judul Penelitian : **ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH Intoleransi, AKTIVITAS PADA KASUS TIFUS ABDOMINALIS DI RUANG EDELWEIS RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2017**  
 Daerah Penelitian : **RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU**  
 Waktu Penelitian : **13 Juni 2017 s/d 13 Juli 2017**  
 Penanggung Jawab : **DEKAN FAKULTAS MIPA UNIB**

- Dengan Ketentuan :
1. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
  2. Harus mentaati peraturan dan perundang - undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
  3. Apabila masa berlaku surat keterangan penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaannya belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan keterangan penelitian.
  4. Surat keterangan penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian Surat Keterangan ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana semestinya.

**TIDAK DIPUNGUT BIAYA**

Dikeluarkan di : Bengkulu  
 Pada Tanggal : 15 Juni 2017

a.n. WALIKOTA BENGKULU

Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
 Pelayanan Terpadu Satu Pintu



**TONI HARISMAN, S.Sos, M.Si**  
 Pembina  
 NIP. 19700310 199703 1 004



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS BENGKULU  
 FAKULTAS MATEMATIKA DAN IMU PENGETAHUAN ALAM  
 Jalan Indragiri No.4 Padang Harapan Bengkulu 38225  
 Telepon 0736 – 20655, 349489 Faksimile (0736) 21118

Nomor : 797 / UN30.12/LT/2017  
 Lampiran : -  
 Perihal : Izin Pra Penelitian

Bengkulu, Maret 2017

Yth.  
 Plt. Ka. Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu  
 di  
 Bengkulu

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI), yang dilakukan oleh mahasiswa atas nama :

Nama : **Artha Uly Simanjuntak**  
 NPM : F0H014005  
 Program Studi : Keperawatan  
 Pembimbing I : Plasia Saragih, SST, SKM, M.Pd  
 Pembimbing II : Renny Afrida, S.Kep  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Anak dengan Intoleransi Aktivitas pada Kasus Typus Abdominalis di kota Bengkulu

Maka melalui surat ini kami mengajukan permohonan izin pra penelitian yang berkaitan dengan judul diatas. Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.



Tembusan :  
 1. Kantor Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu  
 2. Arsip


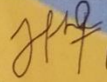
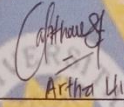
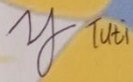

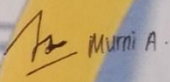

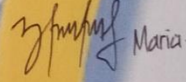
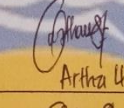
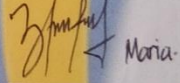
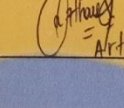
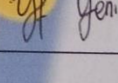


**JADWAL DINAS PENELITIAN  
FAKULTAS MIPA PRODI DII KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BENGKULU**

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH  
INTOLERANSI AKTIVITAS PADA KASUS TIFUS  
ABDOMINALIS DI RUANG EDELWEIS RSUD dr.M.YUNUS  
BENGKULU TAHUN 2017**

**NAMA : ARTHA ULY SIMANJUNTAK**

**NPM : F0H014005**

NO	HARI/TANGGAL/JAM	MAHASISWA	PARAF PERAWAT DAN KELUARGA
1	Kamis, 15 Juni 2017 08.00-14.00	 Artha Uly S.	 NOFA.
2	Jumat, 16 Juni 2017 14.00 – 20.00	 Artha Uly S.	 Tuti
3	Sabtu, 17 Juni 2017 14.00 – 20.00	 Artha Uly S.	 Murni A.
4	Minggu, 18 Juni 2017 08.00-14.00	 Artha Uly S.	 Maria.
5	Senin, 19 Juni 2017 14.00 – 20.00	 Artha Uly S.	 Maria.
6	Selasa, 20 Juni 2017 14.00 – 20.00	 Artha Uly S.	 Yeni

Mengetahui,

\*/n Kepala Ruangan Edelweis



**Mulyadi, S.Kep**  
NIP. 19680421 198703 1001



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN  
TINGGI UNIVERSITAS BENGKULU  
PROGRAM DIPLOMA III VOKASI ILMU KESEHATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN  
Jl. Indragiri No. 4 Padang Harapan Bengkulu, 38225  
Telp. (0736) 349489, 20655

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : ARTHA ULY SIMANJUNTAK

NIM : F0H014005

Pembimbing II : Reni Afrida, S.Kep

RENNY AFRIDA, S.Kep. 19700413 198903 2

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Dengan Intoleransi Aktivitas Pada Kasus Tifus Abdominalis di Ruang Edelweis RSUD M. Yunus Bengkulu

No.	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Perbaikan & Saran	Paraf
1	14/3-2017	- Bab I . - Bab II	- Cara Penulisan . - Data Keadaan . - Wac + Gub. Asuhan	
2		- Bab I - Bab II	- Tambah konsep masalah intoleransi aktivitas	
3				
4				
5				
6				
7	22/7/2017	BAB III	Perbaiki sesuai saran	
8	10/7/2017	BAB III BAB IV BAB V	- Tambahkan materi bab IV	
9	12/7/2017		ACC Maju sidang KTI	



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN  
TINGGI UNIVERSITAS BENGKULU  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
PRODI D III KEPERAWATAN  
Jl. Indragiri No. 4 Padang Harapan Bengkulu, 38225  
Telp. (0736) 349489, 20655



### LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : ARTHA ULY SIMANJUNTAK

NPM : F0H014005

Pembimbing I : Ns. FENI EKA DIANTI, S.Kep, M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Kasus Tifus Abdominalis Diruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu

No.	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Perbaikan& Saran	Paraf
1	6/7-17	Bab III	Perbaiki referensi	
2	8/7-17	Bab III IV V	Perbaiki	
3	12/7-17		Art Maju Sidangker	
4				
5				
6				
7				
8				
9				





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BENGKULU  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN  
ALAM

Jalan WR Supratman Kandang Limun Bengkulu (38371)  
Telephone (0736) 20919, 21170 Ext. 208 Fax (0736) 20919  
Laman: [www.fmipa.ac.id](http://www.fmipa.ac.id) e-mail: [dekanat\\_fmipa@unib.ac.id](mailto:dekanat_fmipa@unib.ac.id)

SURAT PERNYATAAN PENGAMBILAN KASUS

SAYA YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI :

NAMA : ARTHA ULY SIMANJUNTAK

NIM : F0H014005

MAHASISWA TINGKAT III PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM UNIVERSITAS BENGKULU DENGAN SEBENARNYA BAHWA SAYA MENYATAKAN TELAH MENGAMBIL KASUS DAN MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA :

INISIAL PASIEN : An.R

RUANGAN : EDELWEIS

DIAGNOSA MEDIS : TIFUS ABDOMINALIS, TFA

WAKTU : 15 JUNI s/d 20 JUNI 2017

DEMIKIAN SURAT PERNYATAAN INI SAYA BUAT DENGAN SEBENARNYA DAN DAPAT DIPERTANGGUNG JAWABKAN

Bengkulu, 6 Juli 2017

Yang membuat pernyataan



(Artha Uly Simanjuntak)

MENGETAHUI

PEMBIMBING II

Renny Afrida, S.Kep  
NIP 19700413 198903 2 001

% KEPALA RUANGAN



Mulyadi, S.Kep  
NIP 19680421 198703 1001



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD Dr. M. YUNUS**

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007  
BENGKULU 38229



**SURAT KETERANGAN**

Nomor: 074 / 2065 / BIKP - DIK / 2017

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : dr. Hj. HARTIN NITA WULANSARI  
b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **ARTHA ULY SIMANJUNTAK**  
b. NIM : F01014005  
c. Institusi : D III Keperawatan / Universitas Bengkulu  
d. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Anak dengan Masalah Intoleransi Aktifitas Pada Kasus Tifus Abdominalis di Ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2017.  
e. Tempat Penelitian : Edelweis  
f. Maksud : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian Mulai Tanggal 14 Juni s.d 07 Juli 2017.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, 07 Juli 2017

Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan



**dr. Hj. HARTIN NITA WULANSARI**  
NIP. 19730923 200604 2 010