

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Adapun tahapan dari proses keperawatan yang digunakan saat ini adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama: dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan pasien dan mengidentifikasi masalah-kesehatan potensial. Analisis data dimasukan sebagai bagian dari pengkajian. Pengkajian juga merupakan kumpulan informasi subjektif dan objektif pasien yang menjadi dasar rencana keperawatan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami nya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon lien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Tabel 2.1
Diagnosa keperawatan

No.	Diagnosa	Etiologi	Tanda dan gejala		Kondisi klinis
1.	Hipertermia	1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker) 4. Ketidak sesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju	Gejala dan tanda mayor Subjektif - Objektif Suhu tubuh diatas nilai normal	Gejala dan tanda minor Subjektif - Objektif 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardia 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat	1. Proses infeksi 2. Hipertiroid 3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas

		metabolis 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan incubator			
2	Nyeri akut	1. Agen pecedera fisiologis(mis.inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pecedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pecedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan	Gejala dan tanda mayor Subjektif: - Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Gejala dan tanda minor Subjektif - Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma
3.	Intoleransi aktifitas	1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 1. frekuensi jantung meningkat	Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivita	1. Anemia 2. Gagal jantung kongesif 3. Penyakit jantung coroner 4. Penyakit katup jantung 5. Aritmia 6. Penyakit

			>20% dari kondisi sehat	s 3. Merasa lemah Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukan iskemia 4. Sianosis	paru obstruksi kronis (PPOK) 7. Gangguan metabolic 8. Gangguan muskuloskeletal
--	--	--	-------------------------	---	--

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2016).

Table 2.2

Rencana intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Hipertermia	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik	Manajemen Hipertermia Observasi a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) b. Monitor suhu tubuh

		3. Suhu kulit membaik	c. Monitor kadar elektrolit d. Monitor haluaran urin e. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2.	Nyeri akut	Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang dengan	manajemen nyeri observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

		kriteria hasil - Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3 dan menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri - Meringis Menurun Gelisah Menurun - TTV dalam batas normal	nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi a. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan
--	--	---	--

			menggunakan analgesik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik
3.	Intoleransi aktivitas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam intoleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi menurun 2. Kemudahan melakukan aktivitas meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Kekuatan tubuh meningkat 5. Perasaan lemah menurun	Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk diatas tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan

			menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	--

4. Implementasi

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2016).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. (Tambunan, 2011). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Definisi Kenyamanan

Kenyamanan/ rasa nyaman adalah suatu keadaan suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan) yang meningkatkan penampilan sehari-hari kelelahan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri) kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- Fisik, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial
- Sosial, berhubungan dengan hubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang

- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan)
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

C. Tinjau konsep penyakit

a. Definisi

Demam Tifoid atau *enteric fever* adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari satu minggu, gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran. Demam Tifoid disebabkan oleh infeksi *salmonella typhi* (Lestari, 2016).

Demam Tifoid atau *typhus abdominalis* adalah suatu penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari seminggu, gangguan pada pencernaan dan juga kesadaran (Price & Wilson, 2015).

Tifoid fever atau demam Tifoid adalah penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dan dengan gangguan kesadaran (Maghfiroh & Siwiendrayanti, 2016).

a. Etiologi

Penyebab utama demam Tifoid ini adalah bakteri *salmonella typhi*. Bakteri. berupa basil gram negatif, mempunyai flagela, bergerak dengan rambut getar, tidak berspora, dapat hidup di dalam air, sampah dan debu mempunyai tiga macam antigen yaitu antigen O (somatik yang terdiri atas zat kompleks lipopolisakarida), antigen H (flagella), 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. Bakteri ini dapat mati dengan pemanasan suhu 70°C selama 15-20 menit. Faktor pencetus lainnya adalah lingkungan, sistem imun yang rendah, feses, urin, makanan minuman yang terkontaminasi, formalitas dan lain sebagainya (Lestari, 2016).

b. Manifestasi klinis

Demam Tifoid biasanya lebih ringan daripada orang dewasa. Masa tunas 10-20 hari, yang tersingkat 4 hari jika infeksi terjadi melalui makanan, sedangkan jika melalui minuman yang terlama 30 hari. Selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala prodromal, perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri, nyeri kepala, pusing dan tidak bersemangat, kemudian menyusul gejala klinis yang biasanya di temukan, yaitu (Lestari, 2016).

a. Demam

Pada kasus yang khas, demam berlangsung 3 minggu bersifat febris remitten dan suhu tidak tinggi sekali. Minggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap hari, menurun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dalam minggu ketiga suhu berangsur turun dan normal kembali.

b. Gangguan pada saluran pencernaan

Pada mulut terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah (ragaden). Lidah tertutup selaput putih kotor, ujung dan tepinya kemerahan. Pada abdomen dapat di temukan keadaan perut kembung. Hati dan limpa membesar disertai nyeri dan peradangan.

c. Gangguan kesadaran

Umumnya kesadaran pasien menurun, yaitu apatis sampai samnolen.. Jarang terjadi supor, koma atau gelisah (kecuali penyakit berat dan terlambat mendapatkan pengobatan). Gejala yang juga dapat ditemukan pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan reseol, yaitu bintik-bintik kemerahan karena emboli hasil dalam kapiler kulit, yang ditemukan pada minggu pertama demam, kadang-kadang ditemukan pula takikardi dan epistaksis.

d. Relaps

Relaps (kambuh) ialah berulangnya gejala penyakit demam Tifoid, akan tetap berlangsung ringan dan lebih singkat. Terjadi pada minggu kedua setelah suhu badan normal kembali, terjadinya sukar diterangkan. Menurut teori relaps terjadi karena terdapatnya basil dalam organ-organ yang tidak dapat dimusnahkan baik oleh obat maupun oleh zat anti

(Lestari, 2016).

c. Patofisiologi

Proses perjalanan penyakit kuman masuk ke dalam mulut melalui makanan dan minuman yang tercemar oleh salmonella (biasanya >10.000 basil kuman). Sebagian kuman dapat dimusnahkan oleh asam hcl lambung dan sebagian lagi masuk ke usus halus. Jika respon imunitas humoral mukosa 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 peyeri di ileum distal dan kelenjar getah bening mesenterika (Lestari, 2016).

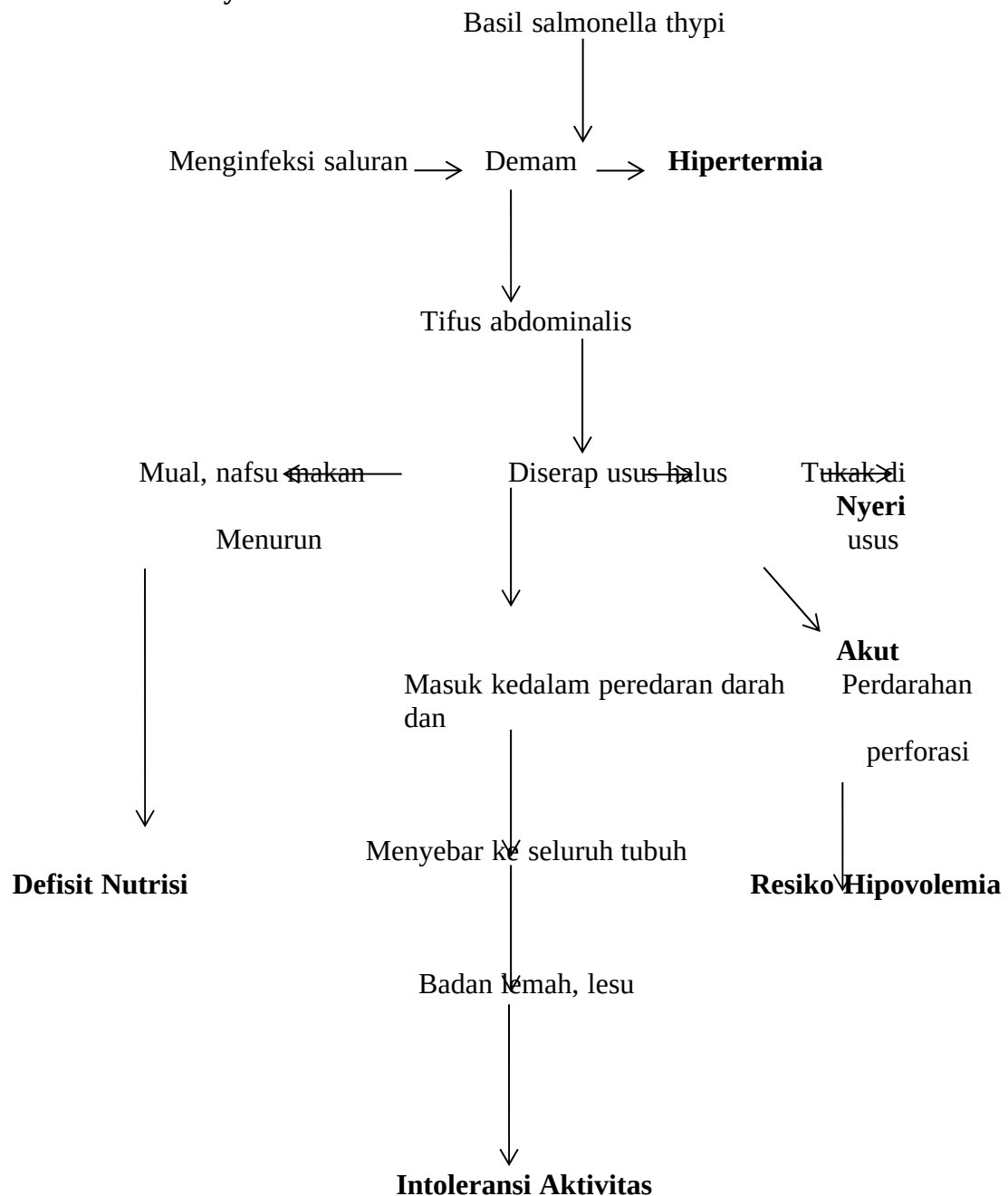
Jaringan limfoid plak peyeri dan kelenjar getah bening mesenterika mengalami hiperplasia. Basil tersebut masuk ke aliran darah (bakterimia) melalui duktus thoracicus dan menyebar ke seluruh organ retikulo endotalial tubuh, terutama hati, sumsum tulang, dan limfa melalui sirkulasi portal dari usus (Lestari, 2016).

Hati membesar (hepatomegali) dengan infiltrasi limfosit, zat plasma, dan sel mononuclear. Terdapat juga nekrosis fokal dan pembesaran limfa (splenomegali). Di organ ini, kuman salmonella thypi berkembang biak dan masuk sirkulasi darah lagi, sehingga mengakibatkan bakterimia ke dua yang disertai tanda dan gejala infeksi sistemik (demam, malaise, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskuler dan gangguan mental koagulasi) (Lestari, 2016).

Perdarahan saluran cerna terjadi akibat erosi pembuluh darah di sekitar plak peyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hiperplasia.

Proses patologis ini dapat berlangsung hingga ke lapisan otot, serosa usus, dan mengakibatkan perforasi.

d. Pathway



Tabel 2.1 WOC Tifoid fever
(Sumber. Hidayat, 2016)

e. Komplikasi

Komplikasi intestinal : perdarahan usus halus , perforasi usus dan ilius paralitik.

Komplikasi extra intestinal :

- a. Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi (renjatan sepsis), miokarditis, trombosis, tromboplebitis
- b. Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia dan sindrome uremia hemolitik
- c. Komplikasi paru : pneumonia, empiema, dan pleuritis.
- d. Komplikasi pada hepar dan kandung empedu : hepatitis, dan kolesistitis.
- e. Komplikasi ginjal glomerulus nefritis, pyelonephritis dan perinephritis.
- f. Komplikasi pada tulang : osteomyelitis, osteoporosis, spondilitis dan arthritis.
- g. Komplikasi neuropsikiatrik : delirium, meningitis, polyneuritis perifer, sindroma guillain bare dan sindroma katatonik (Lestari, 2016).

f. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah perifer lengkap

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

- b. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

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

- c. Pemeriksaan uji widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap bakteri salmonella typhi. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan

adanya aglutinin dalam serum penderita demam Tifoid. Akibat adanya infeksi oleh salmonella typhi maka penderita membuat antibody (agglutinin)

d. Kultur

- 1) Kultur darah : bisa positif pada minggu pertama
- 2) Kultur urine : bisa positif pada akhir minggu kedua
- 3) Kultur feses : bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga

e. Anti salmonella typhi ig M

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut salmonella typhi, karena antibody ig M muncul pada hari ke 3 dan 4 terjadinya demam (Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015).

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No.	Judul	Tahun	Penulis	Metode	Hasil
1.	Asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman pada pasien tipoid di RSHD KOTA BENGKULU	2022	Pebriyanto	Studi kasus	Hasil didapat berdasarkan dari asuhan keperawatan pada pasien dimana terdapat ada nya demam pada pasien dan nyeri di abdomen bagian kiri bawah pasien sehingga bisa menimbulkan komplikasi yang berbahaya bagi pasien jika tidak segera diatasi seperti terkena heat stroke akibat hipertermia dan perforasi usus akibat infeksi di usus halus.