

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan typhus abdominalis yang menjalani perawatan di Paviliun Ismail RS Siti Khotijah sepanjang maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 04 Agustus 2012 sampai tanggal 07 Agustus 2012 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.1 PENGKAJIAN

Tanggal pengkajian 04 Agustus 2012 pukul 13.00 WIB

3.1.1 Pengumpulan Data

Ruangan : Paviliun Ismail

No. Register : 41.88.19

Tanggal MRS : 01 Agustus 2012 pukul 22.10 WIB

- 1) Identitas klien, nama An.B, umur 6 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama islam, pendidikan TK, alamat RT.I/RW.I Raya Luwung no.2 Sidoarjo.
- 2) Identitas keluarga, nama ayah Tn.A, umur 50 tahun, pekerjaan swasta, agama islam, pendidikan S2, nama ibu Ny.A, umur 40 tahun, pekerjaan swasta, agama islam, pendidikan S1.

3) Keluhan utama

Ibu klien mengatakan anaknya panas, kepala terasa nyeri dan tidak mau makan.

4) Riwayat penyakit sekarang

Menurut keterangan ibu klien, sejak tanggal 28 Juli 2012 anak mengeluh kepala pusing kemudian badannya panas, anak kelihatan lesu dan tidak nafsu makan, diberikan obat penurun panas (paracetamol), panasnya mulai turun sebentar kemudian panas lagi. Tanggal 29 Juli 2012, anak dibawa ke dokter dan diberi obat, anak tampak membaik tapi setelah obat habis panas lagi kemudian tanggal 01 Agustus 2012 dibawa ke RS Siti Khotijah Sepanjang. Di UGD di ukur suhunya 39°C oleh dokter diberi terapi dan disarankan untuk rawat inap.

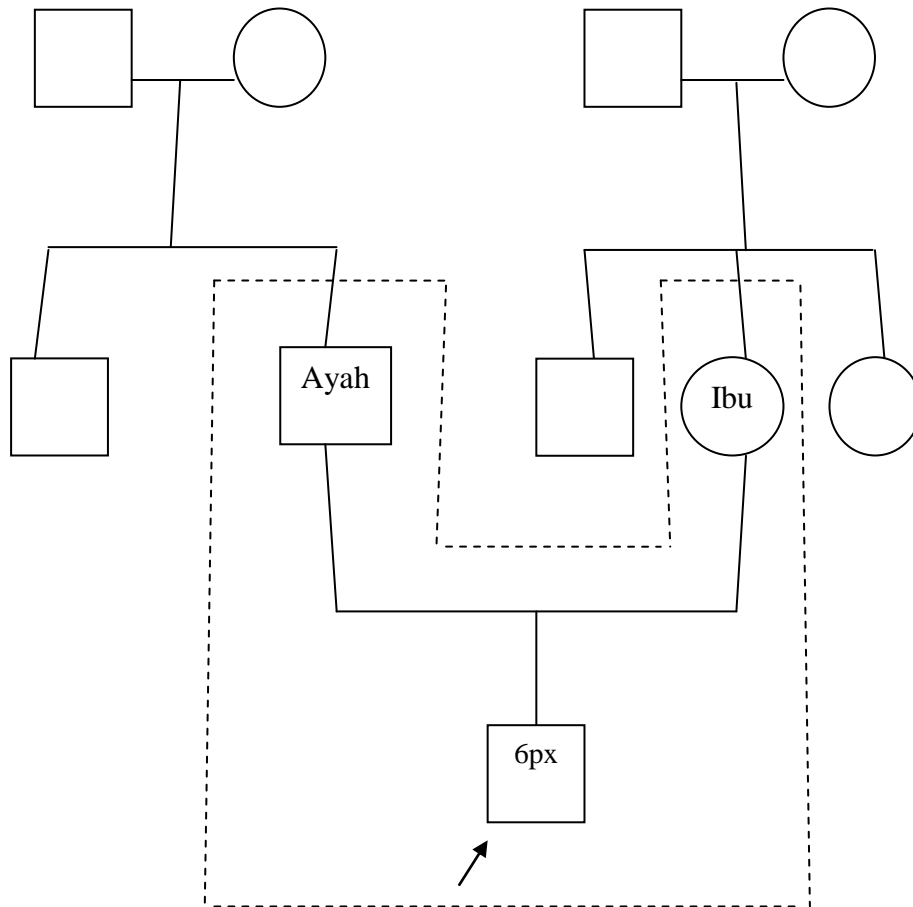
5) Riwayat penyakit dahulu

Orang tua klien mengatakan bahwa anaknya tidak pernah sakit hingga masuk ke rumah sakit, hanya sakit panas biasa saja dan batuk pilek berobat ke dokter langsung sembuh.

6) Riwayat penyakit keluarga

Orang tua klien mengatakan bahwa keluarga juga tidak pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan TBC.

7) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

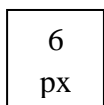


Laki-laki

----- Tinggal satu rumah



Perempuan



Pasien



8) Riwayat kehamilan dan persalinan

(1) Prenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu klien sering memeriksakan kandungannya ke bidan dan sudah mendapatkan suntikan TT 2 kali.

(2) Natal care

Klien lahir spontan (normal) dengan usia kehamilan 9 bulan, ditolong oleh bidan dengan berat badan 3500 gram tanpa kelainan fisik.

(3) Post natal care

Ibu klien rajin membawa klien ke bidan jika ada kelainan atau sakit. Klien mendapatkan ASI sampai umur 14 bulan sedangkan susu formula diberikan sampai umur sekarang. Klien telah mendapatkan imunisasi lengkap.

9) Riwayat tumbuh kembang

(1) Adaptasi sosial

Anak sudah sekolah TK, anak suka bermain dengan teman sebaya.

(2) Bahasa

Kemampuan berbahasa semakin lancar karena anak menginjak usia sekolah.

(3) Motorik halus

Anak sudah dapat menggambar dan mewarnai, anak sudah mulai belajar membaca dan menulis.

(4) Motorik kasar

Anak sudah dapat meloncat tali, bermain bulu tangkis.

10) Riwayat imunisasi

Imunisasi BCG, Polio (I, II, III, IV), DPT (I, II, III), Hepatitis (I, II, III) dan campak telah diberikan dan dilakukan di Posyandu.

11) Riwayat nutrisi

Makanan sehari-hari nasi, sayur dan lauk pauk. ASI diberikan sejak lahir sampai usia 2 tahun, tidak pernah mendapatkan susu pengganti ASI. Makanan tambahan nasi campur pisang dihaluskan mulai umur 10 hari.

12) Pola-pola fungsi kesehatan

(1) Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

SMRS = keluarga klien mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada seperti rumah sakit, dokter, perawat dan tim kesehatan lain. Keluarga juga mengatakan bahwa kebersihan amatlah penting.

(2) Pola nutrisi dan metabolisme

SMRS = Ibu klien mengatakan anaknya makan dua atau tiga kali sehari dengan porsi 1 piring terdiri dari nasi,

sayur, lauk pauk (tempe, tahu, telur dan daging), buah-buahan seperti pisang, pepaya dan lain-lain.

MRS = Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun sehingga berat badannya juga berkurang, berat badan sebelum sakit 21 kg, TB 126 cm sedang saat sakit BB 19 kg, TB 126 cm, rambut kusam. Di rumah sakit klien makan dihabiskan separuh porsi, susu diminum $\frac{1}{2}$ gelas, air putih \pm 150 CC. Suhu klien meningkat 39°C .

(3) Pola aktifitas dan latihan

SMRS = Ibu klien mengatakan klien makan, minum, mandi dan ganti pakaian sendiri.

MRS = Ibu klien mengatakan klien sering terbaring di tempat tidur ditunggu ibunya sesekali minta ganti posisi tidur karena punggungnya terasa panas, klien minta dikipasi. Makan, minum dan ganti pakaian dibantu oleh ibu. Klien terbaring lemah dan dikompres pada kepala dan axila. Klien takut menggerakkan tangan kirinya yang terpasang infus.

(4) Pola eliminasi

Eliminasi alvi :

SMRS = Ibu klien mengatakan BAB satu kali sehari secara teratur dengan konstistensi lunak tidak ada gangguan, buang air besar dilakukan sendiri.

MRS = Ibu klien mengatakan buang air besar tidak teratur kadang 2 kali sehari dengan konstistensi agak keras.

Eliminasi urine :

SMRS = Ibu klien mengatakan buang air kecil 3 – 5 kali sehari secara teratur warna kuning jernih.

MRS = Ibu klien mengatakan buang air kecil 1 – 2 kali sehari warna kuning jernih. Klien tidak mau kencing pakai pot urinal, inginnya kencing ke kamar mandi.

(5) Pola tidur dan istirahat

SMRS = Ibu klien mengatakan klien tidur 12 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari). Kalau tidur selalu minta ditemani ibunya dulu sehingga segera bisa tidur.

MRS = Ibu klien mengatakan klien tidak dapat tidur karena kepala terasa nyeri, jika tidur sering terbangun karena suhu tubuhnya meningkat dan bisa tidur kembali setelah di kompres atau di

kipasi. Tidur siang hanya berbaring saja tapi tidak bisa tidur, klien bila tidur selalu dengan ibunya.

(6) Pola sensori dan kognitif

Sensori = Indera pendengaran berfungsi dengan baik begitu juga dengan indera perasa dan pembauan. Indera penglihatan juga berfungsi dengan baik dan setelah masuk rumah sakit tidak ada gangguan fungsi hanya saja terasa nyeri.

Kognitif = Klien seorang anak berusia 6 tahun tidak mengerti tentang penyakitnya tetapi keluarga klien mengerti tentang penyakit yang diderita anaknya.

(7) Pola hubungan dan peran

SMRS = Ibu klien mengatakan hubungan klien dengan anggota keluarga lainnya baik-baik saja, demikian pula dengan teman-temannya.

MRS = klien hanya berbicara dengan keluarga dan ibunya.

(8) Pola persepsi diri dan konsep diri

Keluarga klien merasa takut dan cemas tentang penyakit yang dialami anaknya, keluarga tidak mau pulang dulu sebelum anaknya sembuh.

(9) Pola reproduksi dan seksualitas

Saat ini klien berumur 6 tahun, masalah reproduksi dan seksualitas tidak mengerti hanya mengetahui jenis kelamin perempuan dan laki-laki.

(10) Pola penanggulangan stress

Keluarga klien sebelum memasukkan anaknya ke RS Siti Khotijah Sepanjang, membawa anaknya ke dokter dan keluarga klien mematuhi anjuran dokter dan petugas kesehatan lainnya. Keluarga juga sering berdoa kepada Tuhan Yang Maha Kuasa.

(11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien menganut agama islam, sebelum masuk rumah sakit klien tidak menjalankan ibadah shalat karena masih kecil tetapi klien sudah belajar mengaji.

13) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum lemah

Kesadaran compos metis, suhu 39°C , RR = 30 x/m, nadi = 100 x/m, BB = 19 Kg, TB = 126 cm.

(2) Kepala dan leher

Bentuk kepala lonjong, warna rambut hitam dan kusut, tidak terdapat benjolan, pada leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis.

(3) Mata

Warna konjungtiva tidak pucat, mata nampak merah.

(4) Hidung

Pada hidung terdapat sekret, bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung dan polip.

(5) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tidak terdapat stomatitis. Lidah tertutup selaput putih kotor, pada tonsil tidak ada hyperemi dan tenggorokan tidak nyeri waktu menelan.

(6) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar, fungsi pendengaran telinga kanan dan kiri normal.

(7) Dada

Bentuk dada simetris, pergerakan otot pernafasan simetris, tidak ada refraksi, tidak terdengar suara tambahan (ronchi dan wheezing).

(8) Abdomen

Bentuk abdomen simetris, tidak buncit, pada palpasi ada nyeri tekan di perut bagian atas, tidak ada tanda-tanda hepatomegali, splenomegali, bising usus terdengar lemah, frekuensi peristaltik usus 5x/menit.

(9) Punggung

Punggung teraba panas, basah karena banyak berkeringat, lembab dan nampak kotor tidak terdapat lecet.

(10) Genetalia

Kebersihan anus cukup, tidak ada haemoroid, tidak ada lecet dan kemerahan.

(11) Muskuloskeletal

Pada kedua extremitas atas dan bawah tidak didapatkan odema, atropi otot dan tidak terdapat dislokasi.

14) Pemeriksaan penunjang

Tanggal 02 Agustus 2012

Hemoglobin : 11,3 (N.L : 13,5 – 18, P : 11,5 – 16)

Lekosit : 3.700 (N : 4.000 – 11.000 /cm)

Trombosit : 126.000 (N : 150.000 – 450.000)

Widal : O = 1/80 PA = 1/60

H = 1/320 PB = 1/80

15) Penatalaksanaan/terapi

Infus KAEN 3A 500 cc/24 jam.

Injeksi cefotaxim 3 x 750 mg /IV.

Injeksi antrain 3 x 1 ampul.

Diet : bubur halus.

3.1.2 Analisa Data

Tanggal 04 Agustus 2012

1) Data subyektif :

Ibu mengatakan sejak sakit nafsu makan anaknya semakin menurun dan berat badan klien juga turun.

Data obyektif :

BB = 21 kg (sebelum sakit) saat dikaji 19 kg.

Tinggi badan = 126 cm.

Turgor kulit kurang, rambut kusam.

Bibir kering, pecah – pecah.

Keadaan umum lemah dan nampak kurus.

Kemungkinan penyebab :

Menurunnya nafsu makan.

Masalah :

Pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

2) Data subyektif :

Ibu mengatakan badan klien panas sejak 8 hari yang lalu. Panas menurun pada pagi hari dan meningkat pada siang dan sore hari, panas mencapai puncaknya pada malam hari.

Klien mengatakan kepalanya terasa nyeri dan badannya panas.

Klien ingin minum terus dan mulut terasa kering.

Data obyektif :

Pemeriksaan suhu : 39°C.

Keadaan umum : lemah.

Mukosa bibir kering dan pecah – pecah.

Lidah kotor (ada selaput putih) dan tepinya hiperemi.

RR = 30 x/m, nadi = 100 x/m.

Anak di kompres dingin dan minta dikipasi.

Nadi dalam batas normal 80 – 100 x/m.

Klien nampak tenang dan tidak didapatkan keringat dingin.

Intervensi :

- 1) Lakukan observasi tanda – tanda vital setiap 4 jam.

Rasional :

Dengan mengobservasi tanda – tanda vital untuk mengetahui perkembangan pasien secara dini.

- 2) Beri kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Rasional :

Pemberian kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh.

- 3) Beri minum yang cukup (1800 – 2000 ml).

Rasional :

Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadi dehidrasi karena suhu tubuh yang meningkat.

- 4) Pakaian baju yang tipis dan menyerap keringat.

Rasional :

Pakaian yang tipis dan menyerap keringat dapat mempermudah ventilasi udara dan sirkulasi jaringan perifer pada kulit.

- 5) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian cairan infuse KAEN 3A 500cc/24jam.

Rasional :

Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektroit.

- 6) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat antipiretik : Antrain 3 x 1 ampul dan obat antibiotic : Cefotaxim 3 x 750 mg/IV.
- 7) Libatkan keluarga dalam perawatan serta ajari cara menurunkan suhu dan mengevaluasi perubahan suhu tubuh.

Rasional :

Dengan penjelasan pada keluarga dapat mengerti sehingga akan mau bekerja sama dengan perawat.

DIAGNOSA KEPERAWATAN KEDUA

Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi.

Kriteria hasil :

Nafsu makan klien meningkat.

Porsi makan dihabiskan.

Klien memakan makanan tambahan sesuai dengan diet yang diperbolehkan.

Kondisi klien membaik.

Berat badan dapat bertambah (500 – 1000 gr).

Bibir tidak kering dan pecah-pecah.

Intervensi :

- 1) Berikan diet bubur halus.

Rasional :

Makanan yang sesuai dengan kondisi dan penyakit klien dapat membantu memenuhi kebutuhan nutrisi klien sehingga dapat mempercepat penyembuhan dan tidak memperberat penyakitnya.

- 2) Berikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.

Rasional:

Makanan hangat dapat merangsang selera makan pasien.

- 3) Berikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.

Rasional :

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

- 4) Berikan nutrisi dalam bentuk makanan lunak untuk membantu nafsu makan.

Rasional :

Pemberian makanan tambahan diharapkan dapat menambah kebutuhan nutrisi pasien.

- 5) Monitor berat badan tiap 2 hari sekali.

Rasional :

Mengetahui kecukupan nutrisi dan mengetahui secara dini gejala-gejala kurang gizi.

3.4 PELAKSANAAN

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 04 Agustus 2012.

DIAGNOSA KEPERAWATAN PERTAMA

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi salmonella typhosa.

Tanggal 04 Agustus 2012	Tindakan
Jam 13.00 WIB	<p>Melakukan observasi tanda – tanda vital.</p> <p>Respon : Suhu 39°C, RR = 30 x/m, Nadi = 100 x/m.</p>
Jam 13.15 WIB	<p>Melibatkan keluarga dalam perawatan serta ajari cara menurunkan suhu dan mengevaluasi perubahan suhu tubuh.</p> <p>Respon : Ibu klien mau membantu dalam perawatan anaknya, misalnya : ikut membantu mengompres dan memberi minum.</p>
Jam 13.30 WIB	<p>Memberi kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.</p> <p>Respon : Klien mau dikompres di daerah kepala dan leher.</p>

Jam 13.45 WIB	Memberi minum yang cukup (1800 – 2000ml). Respon : Klien mau minum 3 sendok air putih tapi sering.
Jam 14.00 WIB	Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat. Respon : Klien menggunakan baju dalam dan celana pendek.
Jam 15.00 WIB	Mengganti cairan infus KAEN 3A 500 cc/24 jam 7 tetes/menit Respon : cairan infus menetes dengan lancar
Jam 17.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital. Respon : suhu = 39,1 °C, RR = 29 x/m, nadi = 98 x/m.
Jam 20.00 WIB	Memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV dan Inj. Antrain 3 x 1 ampul. Respon : Klien menangis saat pemberian obat.
Jam 21.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital. Respon : suhu = 38,9 °C, RR = 29 x/m, nadi = 99 x/m.

Tanggal 05 Agustus 2012	Tindakan
Jam 05.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital. Respon : suhu = 38,3°C, RR = 29 x/m, nadi = 99 x/m.
Jam 08.00 WIB	Memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV dan Inj. Antrain 3 x 1 ampul. Respon : Klien diam dan nurut.
Jam 09.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 38°C, RR = 30 x/m, Nadi = 100 x/m.
Jam 11.00 WIB	Memberi kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien. Respon : Klien mau dikompres di daerah kepala.
Jam 11.20 WIB	Memberi minum yang cukup (1800 – 2000ml). Respon : Klien mau minum sendiri ± 100 cc dan sering.
Jam 11.30 WIB	Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat. Respon : Klien menggunakan baju dalam dan celana pendek.
Jam 12.00 WIB	Memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV dan Inj. Antrain 3 x 1 ampul.

	Respon : Klien diam.
Jam 13.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 38,5°C, RR = 29 x/m, Nadi = 98 x/m.
Jam 15.00 WIB	Mengganti cairan infus KAEN 3A 500 cc/24 jam 7 tetes/menit Respon : cairan infus menetes dengan lancar.
Jam 17.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 38°C, RR = 30 x/m, Nadi = 100 x/m.
Jam 20.00 WIB	Memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV dan Inj. Antrain 3 x 1 ampul. Respon : Klien tidur.
Jam 21.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 38,2°C, RR = 32 x/m, Nadi = 101 x/m.
Tanggal 06 Agustus 2012	Tindakan
Jam 05.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 37,8°C, RR = 30 x/m, Nadi = 99 x/m.
Jam 08.00 WIB	Memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV.

	Respon : Klien diam dan mau di suntik.
Jam 09.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 37°C, RR = 28x/m, Nadi = 100 x/m.
Jam 10.00 WIB	Memberi kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien. Respon : Klien mau dikompres di daerah kepala.
Jam 10.20 WIB	Memberi minum yang cukup (1800 – 2000ml). Respon : Klien mau minum sendiri ± 150 cc dan sering.
Jam 11.00 WIB	Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat. Respon : Klien menggunakan baju dalam dan celana pendek.
Jam 12.00 WIB	Memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV. Respon : Klien diam dan mau di suntik.
Jam 13.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 37,1°C, RR = 29x/m, Nadi = 98 x/m.
Jam 15.00 WIB	Mengganti cairan infus KAEN 3A 500 cc/24 jam 7 tetes/menit

	Respon : cairan infus menetes dengan lancar
Jam 17.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 37°C, RR = 30x/m, Nadi = 99 x/m.
Jam 20.00 WIB	Memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV. Respon : Klien diam dan mau di suntik.
Jam 21.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 36,8°C, RR = 30x/m, Nadi = 100 x/m.
Tanggal 07 Agustus 2012	Tindakan
Jam 05.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 36,2°C, RR = 28x/m, Nadi = 100 x/m.
Jam 09.00 WIB	Melakukan observasi tanda – tanda vital. Respon :Suhu 36,4°C, RR = 28x/m, Nadi = 100 x/m.
Jam 09.15 WIB	Melepas infuse pasien.
Jam 10.00 WIB	Pasien KRS , control 3 hari lagi.

DIAGNOSA KEPERAWATAN KEDUA

Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.

Tanggal 04 Agustus 2012	Tindakan								
Jam 18.00 WIB	<p>Memberikan diet bubur halus.</p> <p>Respon : Klien makan separuh.</p>								
Jam 18.10 WIB	<p>Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.</p> <p>Respon : Klien minum ½ gelas.</p>								
Jam 18.20 WIB	<p>Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.</p> <p>Respon : Klien menolak.</p>								
Jam 18.30 WIB	<p>Memonitor berat badan.</p> <p>Respon : BB = 19 kg TB = 126 cm.</p>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Tanggal 05 Agustus 2012</th> <th style="text-align: center;">Tindakan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">Jam 07.00 WIB</td> <td> <p>Memberikan diet bubur halus.</p> <p>Respon : Klien makan 3 sendok.</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Jam 07.15 WIB</td> <td> <p>Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.</p> <p>Respon : Klien minum separuh.</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Jam 07.30 WIB</td> <td> <p>Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.</p> </td> </tr> </tbody> </table>		Tanggal 05 Agustus 2012	Tindakan	Jam 07.00 WIB	<p>Memberikan diet bubur halus.</p> <p>Respon : Klien makan 3 sendok.</p>	Jam 07.15 WIB	<p>Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.</p> <p>Respon : Klien minum separuh.</p>	Jam 07.30 WIB	<p>Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.</p>
Tanggal 05 Agustus 2012	Tindakan								
Jam 07.00 WIB	<p>Memberikan diet bubur halus.</p> <p>Respon : Klien makan 3 sendok.</p>								
Jam 07.15 WIB	<p>Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.</p> <p>Respon : Klien minum separuh.</p>								
Jam 07.30 WIB	<p>Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.</p>								

Respon : Klien mau sambil dibujuk ibunya, satu sendok mau dan satu sendok kemudian tidak mau dan seterusnya.

Tanggal 06 Agustus 2012	Tindakan
Jam 07.00 WIB	Memberikan diet bubur halus. Respon : Klien makan separuh.
Jam 07.30 WIB	Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat. Respon : Klien minum $\frac{1}{2}$ gelas.
Jam 08.00 WIB	Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi. Respon : satu porsi habis .
Jam 09.30 WIB	Memonitor berat badan. Respon : BB = 19,2 kg TB = 126 cm.

Tanggal 07 Agustus 2012	Tindakan
Jam 07.00 WIB	Memberikan diet bubur halus. Respon : Klien makan $\frac{3}{4}$ porsi.
Jam 07.30 WIB	Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat. Respon : Klien minum ± 100 cc.
Jam 08.30 WIB	Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.

Respon : Klien diberi makanan tambahan oleh ibunya seperti : roti dan buah apel.

Jam 09.30 WIB

Memonitor berat badan.

Respon : BB = 19,3 kg TB = 126 cm.

3.5 EVALUASI

3.5.1 Catatan perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 04 Agustus 2012 pukul 21.00 WIB.

1. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi salmonella typhosa.

Subyektif : ibu mengatakan suhu tubuh anaknya panas.

Obyektif : keadaan umum lemah, pemeriksaan suhu (axila) = 38,9°C, RR = 29 x/m, Nadi = 99 x/m, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, lidah kotor (ada selaput putih) dan tepinya hiperemi.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : rencana tindakan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6 di lanjutkan.

Tanggal 05 Agustus 2012 pukul 21.00 WIB

Subyektif : ibu mengatakan suhu tubuh anaknya masih panas.

Obyektif : pemeriksaan suhu (axila) = 38,2°C, RR = 32 x/m, nadi = 101 x/m, kulit lembab dan banyak keringat, klien dikompres dingin dan dikipasi.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : rencana tindakan nomor 1, 2, 3, 4, 5 dilanjutkan

Tanggal 06 Agustus 2012 pukul 21.00 WIB

Subyektif : ibu mengatakan suhu tubuh anaknya mulai turun.

Obyektif : pemeriksaan suhu (axila) = 36,8°C, RR = 30 x/m, nadi = 100 x/m, mukosa bibir agak lembab, wajah sedikit tenang.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 5 dipertahankan.

Tanggal 07 Agustus 2012 pukul 09.00 WIB

Subyektif : Ibu mengatakan badan anaknya sudah tidak panas lagi.

Obyektif : pemeriksaan suhu (axila) = 36,4°C, RR = 28 x/m, nadi = 100 x/m, mukosa bibir lembab, wajah tampak tenang.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dipertahankan.

2. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.

Tanggal 04 Agustus 2012 pukul 18.30 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan sejak sakit nafsu makan anaknya semakin menurun.

Obyektif : BB = 19 kg , SMRS = 21 kg

Turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering dan pecah-pecah, makan bubur halus separuh, minum susu $\frac{1}{2}$ gelas.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : melanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 5.

Tanggal 05 Agustus 2012 pukul 09.00 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan anaknya hanya makan sedikit.

Obyektif : klien tampak kurus, makan 3 sendok, minum susu dihabiskan separuh.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : melanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3.

Tanggal 06 Agustus 2012 pukul 09.30 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan anaknya mau makan.

Obyektif : mau makan separuh , minum susu hangat $\frac{1}{2}$ gelas,
BB = 19,2 kg TB = 126 cm.

Assesment : masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi nomor 1, 2, 3 dilanjutkan.

Tanggal 07 Agustus 2012 pukul 09.00 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya meningkat.

Obyektif : makan dihabiskan $\frac{3}{4}$ porsi , minum \pm 100 cc , makan roti dan buah apel, BB bertambah 19,3 kg.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : Intervensi nomor 1, 2, 3 dipertahankan.

3.5.2 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada An. B dengan Typhus Abdominalis yang didapatkan sebagai berikut :

1. Diagnosa peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi ditandai dengan suhu = 39°C , lemah, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, lidah kotor (ada selaput putih) dan tepinya hiperemi, RR = 30 x/m, nadi = 100 x/m, pemeriksaan widal (+). **Tujuan tercapai tanggal 07 Agustus 2012 pukul 10.00 WIB.**Suhu = $36,4^{\circ}\text{C}$, RR = 28 x/m, nadi = 100 x/m, mukosa bibir lembab, wajah tampak tenang.
2. Diagnosa gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan ditandai dengan BB = 19 kg SMRS BB = 21 kg, tinggi badan = 126 cm, turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering dan pecah-pecah. **Tujuan tercapai**

tanggal 07 Agustus 2012 pukul 10.00 WIB. Berat badan bertambah 19,3 kg, diet dari RS habis $\frac{3}{4}$ porsi, susu \pm 100 cc dan klien diberi makanan tambahan oleh ibunya.