

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami Asuhan Keperawatan pada pasien thypoid abdominalis dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus thypoid abdominalis di ruangan RS. Bhakti Rahayu Surabaya sejak tanggal 16 juli 2013 sampai 18 juli 2013, dimana dalam kasus ini penulis memberikan Asuhan Keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

3.1 Pengkajian keperawatan (pada tanggal 16.00 wib)

1. Anamnesa

1) Identitas pasien

Nama : Ny M, Umur : 53 Tahun, Alamat : Cipta manunggal I 12 / 1 Surabaya, Jenis Kelamin : Perempuan , Pendidikan : SLTA, Agama : Islam, suku/bangsa : Jawa/Indonesia, Pekerjaan : Wiraswasta, Tanggal MRS: 16 Juli 2013, Nomor register : 101735, Diagnosa medis : thypoid abdominalis.

2) Keluhan utama

Pasien mengatakan badannya panas, mual, dan muntah.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

pasien mengatakan badannya panas dan mual, muntah dari 4 hari yang lalu sebelumnya membeli obat penurun panas (paracetamol) tapi panasnya belum turun dan masih mual dan muntah kemudian pasien dibawa ke RS Bhakti rahayu surabaya dan disarankan oleh dokter untuk rawat inap setelah mendapatkan perawatan di UGD pasien rawat inap di ruang interne RS Bhakti Rahayu Surabaya tanggal 16 Juli 2013 jam 12.45 wib.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah sakit thyphoid abdominalis.

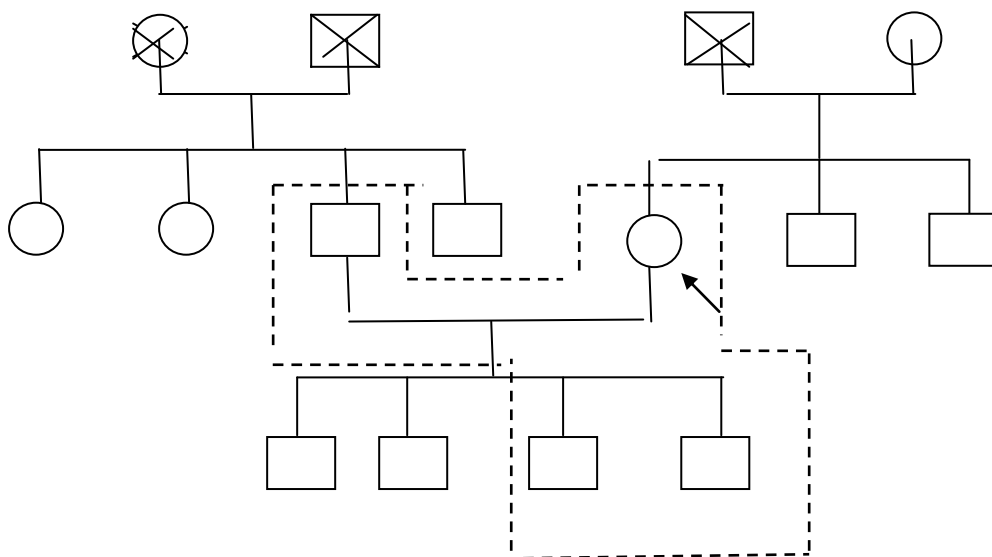
5) Riwayat Penyakit Keluarga

Anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit thyphoid abdominalis, penyakit yang sering diderita oleh keluarga antara lain: Batuk, pilek, dan pusing.

6) Riwayat Psikososial

Pasien seorang lulusan SLTA pasien dirumahnya dalam sehari hari memasak, membersihkan rumah, dan mencuci apabila ada waktu kosong digunakan untuk berkumpul dengan keluarga.

Genogram



keterangan :

- | | | | |
|---|-------------|-------|-------------------|
| ○ | : perempuan | ----- | : tinggal serumah |
| □ | : laki-laki | ⊗ | : meninggal |
| ○ | : pasien | | |

7) Pola Fungsi-Fungsi Kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hihup sehat

Pasien mengatakan jika sakit minum obat yang dijual bebas, bila dirasakan berat baru dibawa ke Dokter / RS dan pasien mempunyai kebiasaan sering jajan diluar, sebelum dirumah sakit pasien sehari mandi dan gosok gigi 3 x sehari, selama di Rumah sakit mandi 2 x sehari dengan cara diseka yaitu pagi dan sore serta gosok gigi, pasien diseka oleh keluarga.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum sakit pasien mempunyai kebiasaan makan teratur yaitu makan 3 x sehari dengan porsi satu piring habis dengan komposisi nasi, lauk pauk dan sayur. Di rumah pasien minum 1 – 2 liter / hari. selama sakit pasien tidak berselera makan, makan Cuma 2 sampai 3 sendok makan, karena merasa mual dan pengen muntah. Pasien minum 2 gelas / hari. BB menurun 2 kg (SMRS = 45 Kg) (MRS = 43 Kg), TB = 153 cm, pasien nampak pucat dan lemas.

Masalah keperawatan : pemenuhan kabutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

c. Pola Eliminasi

(1). Eliminasi alvi

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit buang air besar 2 x sehari, warna kuning, konsistensi lembek. Selama di rumah sakit pasien buang air besar 1 kali sehari.

(2). Eliminasi uri

Pasien mengatakan sebalum masuk rumah sakit buang air kecil 4-5 kali sehari warna kuning jernih, bau khas, tidak ada kesulitan saat buang air kecil. Saat di rumah sakit buang air kecil 3-4 kali sehari warna kuning jernih.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur malam 6 – 7 jam tidur siang 2 jam. Selama di rumah sakit pasien mengatakan susah tidur disebabkan suhu badan yang naik (panas) dan ruangan sekitar yang ramai karena pengunjung tidur malam 4 jam , tidur siang 1 jam.

e. Pola Aktifitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan sendiri misalnya makan, minum, mandi dan lain-lain. Selama di rumah sakit pasien hanya duduk-duduk di tempat tidur aktifitas sebagian di bantu keluarga karena badannya merasa lemas tangan kiri terpasang infus.

f. Pola Persepsi dan Konsep diri

(1). Gambaran diri : pasien mengatakan penyakit yang di deritanya merupakan cobaan dari Allah SWT.

(2). Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

(3). Ideal diri : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa disembuhkan.

(4). Identitas diri : pasien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan.

(5). Peran diri : pasien adalah seorang ibu rumah tangga.

g. Pola Sensori dan Kognitif

Penglihatan tidak ada gangguan, penciuman, pendengaran, perabaan, dan pendengaran tidak mengalami gangguan. Pasien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit yang sekarang dideritanya.

h. Pola Reproduksi seksual

Pasien adalah seorang wanita berumur 53 tahun, sudah menikah dan mempunyai 4 anak.

i. Pola Hubungan dan Peran

sebelum masuk rumah sakit hubungan pasien dengan keluarga baik. Selama di rumah sakit hubungan pasien dengan keluarga baik.

j. Pola Penanggulangan Stress

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah bercerita dengan keluarganya.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam sholat lima waktu. Selama dirumah sakit pasien sholat lima waktu

2. Pemeriksaan Fisik

1). Status kesehatan umum

Keadaan penyakit berat, kesadaran kompos mentis, GCS 456, suara bicara jelas, pernapasan frekuensi 20 x/menit, irama reguler, suhu tubuh 38,5° c, nadi 98 x/menit irama reguler kualitas baik, tekanan darah 110/70 mmhg, berat badan SMRS 45 kg – MRS 43 kg, tinggi badan 153 cm.

2). Kepala

Kepala simetris, tidak ada luka, rambut bersih berwarna hitam tidak berketombe.

3). Muka

Muka simetris, tampak menyeringai kesakitan dan tegang, lesu, tidak ada lesi dan odema.

4). Mata

Palpebra simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, pupil isokor, reflek cahaya +/+

5). Telinga

Telinga simetris, tidak ada serumen, tidak terjadi penurunan pendengaran

6). Hidung

Hidung simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epetaksis, fungsi penciuman baik.

7). Mulut

Mulut simetris, Mukosa bibir kering, tidak ada nyeri telan, mulut terasa pahit, lidah kotor.

8). Leher

Tidak ada masa/benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

9). Thorak

a. Inspeksi : pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu pernafasan,

b. Palpasi : tidak ada nyeri tekan,

c. Perkusi : suara sonor pada paru , suara redup pada jantung

b. Auskultasi : tidak ada suara ronchi atau wheezing

10). Abdomen

- a. Inspeksi : tidak ada luka jahitan.
- b. Palpasi : ada nyeri tekan perut kanan bawah
- c. Perkusi : kembung
- d. Auskultasi : bising usus 5 x/menit

11). Inguinal, genital, dan anus

Tidak ada hemoroid dan hernia

12). Integumen

Turgor kulit elastis warna kulit sawo matang, tidak ada odema, tidak ada ikterus didaerah muka dan leher.

13). Ekstremitas dan neurologis

Tidak ada kelemahan pada keempat eksremitas, Tangan kanan terpasang infus RL 21 tpm, Kesadaran kompos mentis GCS 456

3. Pemeriksaan Penunjang

1). Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 16 juli 2013

SGOT	: 61 u/l	(<38 u/l)
SGPT	: 45 u/l	(<41 u/l)
BUN	: 12,3 mg/dl	(10-20 mg/dl)
Creat	: 0,78 mg/dl	(< 1,2 mg/dl)
GDA	: 114 mg/dl	(< 140 mg/dl)
Wbc	: 8,7	
Hgb	: 13,8 gr/dl	(11-16 gr/dl)
Rbc	: 4,87	(3,50-5,50)

Hct : 39,9 (37-50)
Plt : 326 (150-400)
Widal : O @ $1/400$. H @ $1/400$.

2). Terapi

Tanggal 16 juli 2013

Infus RL : NS 2 : 1 : 21tpm / menit

Cipro 2 x 200 mg

Omeprazol 2 x 1

Paracetamol 3 x 500 mg

Antasida 3 x 500 mg

4. Analisis Data

Setelah data terkumpul semua, maka selanjutnya mengelompokan data untuk menentukan masalah yang timbul dan memungkinkan penyebabnya. Pengelompokan data dapat dibagi menjadi dua, yaitu data subjektif dan data objektif.

1. Kelompok Data I

Tanggal 16 Juli 2013

1) Data Subjektif

- a. Pasien mengatakan badan terasa panas.
- b. Pasien mengatakan minum 2 – 3 gelas/hari.

2) Data Objektif

- a. Panas S = 38,5°C Nadi 98 x/menit, tekanan darah 110/70 mmHg, wajah menyeringai.
- b. Produksi urine 100 cc/hari, bibir kering.

- c. Akral panas, terpasang infuse RL 21 x/menit.
- d. Lab Widal O $\text{R}^1/400$. H $\text{R}^1/400$.

3) Kemungkinan Penyebab

Invasi kuman salmonella (bakterimia)

4) Masalah

Peningkatan suhu tubuh

2. Kelompok Data II

Tanggal 16 Juli 2013

1) Data Subjektif

- a. Pasien mengatakan tidak selera makan.
- b. Setiap makan perutnya mual dan mau muntah.
- c. Perut kembung

2) Data Objektif

- a. Tiap porsi makan tidak habis hanya 2 – 3 sendok / porsi, Pasien nampak lemah.
- b. A: TB 153 cm, BB 43 Kg. B: Hb 13,8 gr/dl. C: mukosa bibir kering, tugor kulit menurun, lidah kotor. D: bubur halus.
- c. Konjungtiva anemis
- d. Tekanan darah 110/70 mmHg. Nadi 98 x / menit, S = 38,5° C, pernafasan 20 x/menit, bising usus menurun. BB menurun 2 kg (SMRS = 45 Kg) (MRS = 43 Kg)

3) Kemungkinan Penyebab

Asupan makanan yang tidak adekuat.

4) Masalah

Pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data dapat dirumuskan beberapa data diagnose keperawatan yaitu :

1. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi kuman salmonella typhii (bakterimia) ditandai dengan panas Suhu : 38,5⁰C, nadi 98 x/menit, tekanan darah 110 / 70 mmHg, pernafasan 20 x / menit, bibir kering, akral panas, terpasang infuse RL 21 x / menit, lab widal 0 @¹/₄₀₀ @¹/₂₀₀.
2. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang tidak adekuat ditandai dengan tiap porsi makan yang diberikan tidak habis, hanya 2 – 3 sendok per porsi, pasien tampak lemah, mual / muntah, konjungtiva anemis, BB menurun 2 kg (SMRS = 45 Kg) (MRS = 43 Kg), tekanan darah 110 / 70 mmHg, nadi 98 x /menit, suhu 38,5⁰C pernafasan 20 x / menit, bising usus menurun.

3.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan dibawah ini telah disusun sesuatu dengan prioritas masalah sebagai berikut :

1. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi kuman salmonella typhii (bakterimia) ditandai dengan panas suhu 38,5⁰C, nadi 98 x/menit, tekanan darah 110 / 70, pernafasan 20 x / menit, bibir kering, mata cowong, terpasang infus RL 21 /menit, lab widal 0 @¹/₄₀₀ H @¹/₂₀₀.

1) Tujuan

Suhu tubuh pasien normal kembali dalam waktu 3 x 24 jam.

2) Kriteria Hasil

Suhu normal (36-37°C).

Tanda – tanda vital dalam batas normal.

Hasil lab widal normal.

3) Rencana Tindakan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien.
- b. Jelaskan pada pasien dan keluarga sebab-sebab terjadinya peningkatan suhu tubuh.
- c. Anjurkan pada pasien untuk minum banyak 2-3 Liter/hari.
- d. Lakukan kompres dingin pada lipatan paha.
- e. Lakukan observasi tanda-tanda vital
- f. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi (infuse RL / menit dan obat oral)

4) Rasional

- a. Untuk meningkatkan hubungan saling percaya dengan pasien.
- b. Dengan penjelasan pada pasien dan keluarga dapat mengerti sehingga akan mau bekerjasama dengan perawat.
- c. Dengan minum banyak dapat mengganti cairan yang hilang dan dapat mempermudah keluarnya keringat.
- d. Dengan kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh pasien.
- e. Dengan mengobservasi tanda-tanda vital untuk mengetahui perkembangan pasien secara dini.
- f. Dengan mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi dapat mempercepat proses penyembuhan.

2. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang tidak adekuat ditandai dengan tiap porsi makanan yang diberikan tidak habis, habis hanya 2 – 3 sendok per porsi. Pasien tampak lemas, mual/muntah, konjungtiva anemis, BB menurun 2 kg (SMRS = 45 Kg) (MRS = 43 Kg), tekanan darah 110 / 70 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 38,5⁰C, pernafasan 20 x/menit, bising usus menurun.

1) Tujuan

Kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi dalam waktu 3 x 24 jam.

2) Kriteria Hasil

Terjadi peningkatan BB 0,5 – 1 Kg/minggu/secara bertahap.

Pasien dapat menghabiskan porsi makan yang telah disediakan.

Mual dan muntah hilang/berkurang.

3) Rencana Tindakan

- a. Kaji status nutrisi pasien.
- b. Jelaskan pada pasien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh.
- c. Sajikan makanan dalam porsi kecil tapi sering sesuai dengan diet.
- d. Hidangkan makanan dalam bentuk hangat.
- e. Jaga kebersihan mulut terutama sebelum dan sesudah tidur
- f. Kolaborasi dengan tim dokter dan ahli gizi dalam pemberian makanan lunak rendah serat.

4) Rasional

- a. Berguna dalam mendefenisikan derajat / wasnya masalah dan pilihan indervensi yang tepat.

- b. Penjelasan tentang pentingnya nutrisi diharapkan agar pasien mengerti dan termotivasi untuk bekerja sama dalam pemeliharaan kesehatan.
- c. Rasa mual dan muntah dapat disebabkan oleh porsi makanan yang dihabiskan sekaligus tanpa memperhatikan keadaan pasien.
- d. Makanan hangat dapat merangsang selera makan pasien.
- e. Mulut yang bersih dapat merangsang nafsu makan pasien dan mencegah terjadinya mual karena mulut yang berbau dan kurang segar.
- f. Makanan lunak dan rendah serat sesuai dengan diet pasien.

3.4 Pelaksanan Keperawatan

Merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.

Tanggal 16 juli 2013

1) Diagnosa Keperawatan I

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi kuman salmonella typii (bakterimia) ditandai dengan panas suhu 38,5°C, nadi 98 x / menit, tekanan darah 110 / 70 mmHg, pernafasan 20 x / menit bibir kering, mata cowong, terpasang infus RL 21/menit, lab widal 0 \otimes $^{1/400}$ H \otimes $^{1/200}$.

Pelaksanaan :

Jam 16.00 wib

- a. Membina hubungan saling percaya, dan pengakajian.

Respon : pasien dan keluarga kooperatif dan menjawab dengan apa adanya.

Jam 16.30 wib

- b. Mejelaskan pada pasien dan keluarga sebab – sebab terjadinya peningkatan suhu tubuh

Respon :, Pasien mengatakan badanya panas.

Jam 16. 45 wib

- c. Menganjurkan pasien untuk minum banyak 2 – 3 liter/hari.

Respon pasien minum 2 – 3 gelas.

Jam 17.00 wib

- d. Memberikan kompres dingin pada lipatan paha.

Respon : pasien mengatakan merasa nyaman

Jam 17. 15 wib

- e. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu 38,5°C, nadi 98 x/menit, tekanan darah 110 / 70 mmHg
pernafasan 20 x/menit.

Jam 19.00 wib

- f. Memberikan terapi oral paracetamol 500 mg.

Respon : pasien meminum obat tersebut.

2) Diagnosa Keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang tidak adekuat ditandai dengan tiap porsi makanan yang diberikan tidak habis, habis hanya 2 – 3 sendok per porsi. Pasien tampak lemas, mual/muntah, konjungtiva anemis, BB menurun 2 kg (SMRS = 45 Kg) (MRS = 43 Kg), tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 38,5°C, pernafasan 20 x/menit, bising usus menurun.

Pelaksanaan :

Jam 17. 15 wib

- a. Mengkaji status nutrisi pasien.

Respon : pasien mual, muntah, pasien mengatakan nafsu makan menurun karena mulut terasa pahit.

Jam 19.00 wib

- b. Menjelaskan pada pasien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh.

Respon : pasien hanya makan 2 – 3 sendok makan.

Jam 19.30 wib

- c. Menganjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering sesuai dengan diet.

Respon : pasien makan diet 2 sendok makan

Jam 20.00 wib

- d. Menganjurkan pada pasien makan pada saat makanan masih hangat.

Respon : pasien makan tepat waktu

Jam 20.30 wib

- e. Menganjurkan pada pasien untuk menjaga kebersihan mulut terutama sebelum tidur dan sesudah.

Respon : pasien mengosok giginya

Tanggal 17 juli 2013

1) Diagnosa Keperawatan I

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi kuman salmonella typii (bakterimia) ditandai dengan panas suhu 38,5 °C, nadi 98 x/menit, tekanan darah 110 / 70 mmHg, pernafasan 20 x / menit, bibir kering, mata cowong, terpasang infus RL 21/menit, lab widal 0 $\text{R}^1_{/400}$ H $\text{R}^1_{/200}$.

Pelaksanaan :

Jam 08.00 wib

- a. Menjelaskan pada pasien dan keluarga sebab – sebab terjadinya peningkatan suhu tubuh.

Respon : Pasien mengatakan panasnya turun pada pagi hari dan panasnya meningkat pada sore hari dan malam hari.

Jam 08.20 wib

- b. Menganti cairan infus RL

Respon : pasien tampak tenang

Jam 09.00 wib

- c. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : TTV tensi darah 120 / 80 mmHg, suhu 37,5°C, nadi 86 x/menit pernafasan 20 x/menit.

Jam 09.10 wib

- d. Memberikan terapi obat oral paracetamol 500 mg.

Respon : pasien kooperatif.

2). Diagnosa Keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang tidak adekuat ditandai dengan tiap porsi makanan yang diberikan tidak habis, habis hanya 2 – 3 sendok porsi makan. Pasien tampak lemas, mual / muntah, konjungtiva anemis, BB menurun 2 kg (SMRS = 45 Kg) (MRS = 43 Kg)., tekanan darah 110 / 70mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 38,5⁰C, pernafasan 20 x/menit, bising usus menurun.

Pelaksanaan :

Jam 10.00 wib

- a. Menjelaskan pada pasien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh.

Respon : Pasien mengatakan tidak selera makan, perut terasa mual dan mau muntah.

Jam 11.00 wib

- b. Menganjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering sesuai dengan diet dan makan makanan saat masih hangat.

Respon : Porsi makan habis $\frac{1}{4}$ porsi yang disediakan dari rumah sakit, keadaan masih lemah.

Jam 12.00 wib

- c. Menganjurkan pada pasien untuk menjaga kebersihan mulut terutama sebelum tidur dan sesudah.

Respon : pasien mengosok giginya.

18 juli 2013

1). Diagnosa Keperawatan I

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi kuman salmonella typii (bakterimia) ditandai dengan panas suhu $38,5^{\circ}\text{C}$, nadi 98 x/menit, tekanan darah 110 / 70 mmHg, pernafasan 20 x / menit bibir kering, mata cowong, terpasang infus RL 21/menit, lab widal 0 \otimes $\frac{1}{400}$ H \otimes $\frac{1}{200}$.

Pelaksanaan :

Jam 16.00 wib

- a. Menganti cairan infus RL 21 tpm

Respon : pasien nampak tenang

Jam 17.00 wib

- b. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : TTV tensi 120/80 mmHg, suhu 37°C, nadi 86 x/menit pernafasan 20 x/menit. Pasien mengatakan panasnya mulai turun tidak seperti kemarin.

Jam 19.00

- c. Memberikan terapi obat oral paracetamol 500 mg.

Pasien : pasien meminum obatnya

2). Diagnosa Keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang tidak adekuat ditandai dengan tiap porsi makanan yang diberikan tidak habis, habis hanya 2 – 3 sendok per porsi. Pasien tampak lemas, mual/muntah, konjungtiva anemis, BB menurun 2 kg (SMRS = 45 Kg) (MRS = 43 Kg)., tekanan darah 110 / 70mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 38,5⁰C, pernafasan 20 x/menit, bising usus menurun.

Pelaksanaan :

Jam 19.00 wib

- a. Menjelaskan pada pasien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh.

Respon : pasien kooperatif, Porsi makan habis ¼ porsi makan yang di sediakan oleh rumah sakit.

Jam 19.30 wib

- b. Menganjurkan makanan dalam porsi kecil tapi sering sesuai dengan diet dan makan makanan saat masih hangat.

Respon : pasien makan tepat waktu

Jam 20.00 wib

- c. Menganjurkan pada pasien untuk menjaga kebersihan mulut terutama sebelum tidur dan sesudah.

Respon : pasien kooperatif

3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada system thypoid abdominalis dicantumkan perkembangan sebagai berikut:

Catatan Perkembangan:

1. Diagnosa Keperawatan I

Tanggal 16 Juli 2013

a. Data subjektif:

Pasien mengatakan badanya panas.

b. Data obyektif

Suhu 38,5⁰C nadi 98 x/menit, pernafasan 20 x/menit, tensi darah 110 / 70 mmHg, bibir kering, mata cowong.

c. Assement : Masalah belum teratasi.

d. Planning : Rencana tindakan di lanjutkan no 1,2,3, 4 dan 5.

Tanggal 17 Juli 2013

a. Subjektif

Pasien mengatakan panasnya turun pada pagi hari dan panasnya meningkat pada sore hari dan malam hari.

b. Objektif

Suhu $37,5^{\circ}\text{C}$, nadi 86 x/menit, pernafasan 20 x/menit, tensi darah 120 / 80 mmHg, bibir kering.

- c. Assement : Masalah belum teratasi.
- d. Planning : Rencana tindakan di lanjutkan no 2,3, 4,dan 5.

Tanggal 18 Juli 2013

- a. Subjektif

Pasien mengatakan panasnya mulai turun tidak seperti kemarin

- b. Objektif

Suhu 37°C , nadi 88 x/menit, tensi darah 120 / 80 mmHg, pernafasan 20 x/menit,

- c. Assement : Masalah teratasi sebagian
- d. Planning : Rencana tindakan di pertahankan no 2,3, dan 4.

2. Diagnosa Keperawatan II

Tanggal 16 Juli 2013

- a. Subjektif

Pasien mengatakan tidak selera makan, perut terasa mual dan mau muntah.

- b. Objektif

Porsi makan habis 2 – 3 sendok/porsi pasien tampak lemah, tensi darah 110 / 70 mmHg, nadi 98 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

- c. Assement : Masalah belum teratasi
- d. Planning : Rencana nomor 1,2,3,4, dan 5 diteruskan.

Tanggal 17 Juli 2013

- a. Subjektif

Pasien mengatakan tidak selera makan terasa pahit, perut terasa mual.

b. Objektif

Porsi makan habis $\frac{1}{4}$ porsi yang disediakan dari rumah sakit, keadaan masih lemah, tensi darah 120/80 mmHg, nadi 86 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

c. Assement : Masalah belum teratasi

d. Planning : Rencana nomor 1,2,3, dan 4 diteruskan

Tanggal 18 Juli 2013

a. Subjektif

Pasien mengatakan sudah mau makan tapi sedikit, rasa mual berkurang.

b. Objektif

Porsi makan habis $\frac{1}{4}$ porsi makan yang di sediakan oleh rumah sakit, tensi darah 120/80 mmHg, nadi 86 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

c. Assement : Masalah teratasi sebagian

d. Planning : Rencana nomor 2,3, dan 4 diteruskan