

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan *Typhus Abdominalis* yang menjalani perawatan Di RS Muhammadiyah maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 15 mei 2014 sampai tanggal 18 mei 2014 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 15 mei 2014 sampai dengan 18 mei 2014 jam 08.00 WIB pada An.F di Ruang Interna Anak RS Muhammadiyah Surabaya.

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas klien

Nama : An.F, umur 6 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama islam, pendidikan TK, alamat Jl.Sidodadi no.178 RT.1 RW.2 surabaya, Nama ayah Tn.R, umur 50, pekerjaan swasta, agama islam, pendidikan SMA, nama ibu Ny.S, umur 48tahun, ibu rumah tangga, agama islam, pendidikan SMA. No Register 07-05-67 tanggal masuk 14 mei 2014 Jam 11.00 WIB, diagnosamedis *Typhus Abdominalis*.

2) Keluhan utama

Ibu klien mengatakan anaknya panas.

3) Riwayat penyakit sekarang

Menurut keterangan ibu klien, sejak tanggal 7 mei 2014 anak mengeluh badannya panas, anak kelihatan lesu dan tidak nafsu makan, diberikan obat penurun panas (paracetamol), panasnya mulai turun sebentar kemudian panas lagi. Tanggal 9 mei 2014 Anak dibawa ke dokter dan diberi obat, anak tampak membaik tapi setelah obat habis panas lagi kemudian tanggal 14 dibawa ke RS muhammadiyah di UGD diukur suhunya 38°C, Oleh dokter diberi terapi dan disarankan rawat inap.

5) Riwayat penyakit terdahulu

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, diabetes mellitus dan TBC.

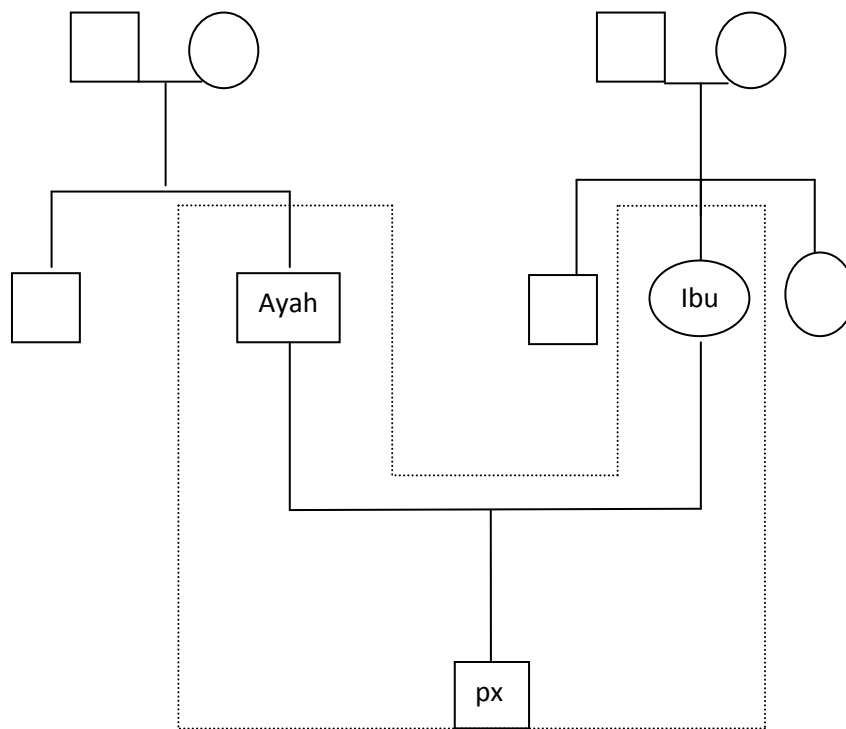
7) Penggunaan obat-obatan

Ibu klien mengatakan pasien hanya minum obat dari dokter atau puskesmas pada saat sakit, bila tidak sakit pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan.

8) Alergi

Ibu pasien mengatakan pasien tidak ada riwayat alergi terhadap suatu obat-obatan, makanan atau udara dingin.

9) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



Laki laki



Perempuan



Pasien

----- Tinggal satu rumah

10) Riwayat kehamilan dan persalinan

a. Prenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu klien sering memeriksakan kandungannya ke bidan dan selalu minum vitamin yang dapat dibeli di apotik atau puskesmas, ibu klien sudah mendapatkan suntikan imunisasi TT1 dan TT 2, kebiasaan ibu klien mengkonsumsi makanan yang bergizi serta buah-buahan sehari 3x, tidak mengkonsumsi jamu-jamuan, dan mengalami mual muntah saat kehamilan klien.

b. Natal care

Klien lahir spontan (normal) dengan usia kehamilan 9 bulan, ditolong oleh bidan RS Muhammadiyah Surabaya dengan berat badan 3,5kg dan panjang badan 48 cm dalam keadaan lahir langsung menangis tanpa kelainan fisik.

c. Post natal care

Ibu klien rajin membawa klien ke bidan puskesmas jika ada kelainan atau sakit. Klien mendapat ASI sampai umur 4 bulan dan diberi makan tambahan bubur halus.

11) Riwayat tumbuh kembang

a. Adaptasi sosial

Anak sudah sekolah TK, anak suka bermain dengan teman sebaya lingkungan rumah ataupun disekolah.

b. Bahasa

Kemampuan berbahasa semakin lancar karena anak menginjak usia sekolah.

c. Motorik halus

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

d. Motorik kasar

Anak sudah dapat meloncat tali, bermain bulu tangkis.

12) Riwayat imunisasi

Imunisasi BCG, poli (I,II,III,IV), DPT (I,II,III),Hepatitis (I,II,III) dan campak telah diberikan dan dilakukan diposyandu yaitu meliputi : BCG 1x di berikan pada umur 2 bulan, DPT II di berikan pada umur 4 bulan, DPT III di berikan pada umur 6 bulan, polio 3x, di berikan polio I pada umur 6 bulan,polio II di berikan pada umur 3 tahun, dan polio III di berikan pada umur 6 tahun, hepatitis B I di berikan pada umur 1 minggu, hepatitis B II di berikan pada umur 1 ½ bulan, hepatitis B III berikan pada umur 3 bulan, campak di berikan 1x di berikan umur 9 bulan.

13) Riwayat nutrisi

Makanan sehari – hari nasi, sayur dan lauk pauk. ASI diberikan sejak lahir sampai usia 4 bulan, tidak pernah mendapatkan susu pengganti ASI. Makanan tambahan bubur halus.

14) Pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit ibu 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.

Masuk rumah sakit pasien tidak merasa minder dengan sakit yang dideritanya terbukti pasien diajak komunikasi oleh perawat dan sesama pasien lainnya.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya makan 2 atau 3 kali sehari dengan porsi 1 piring terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk (tempe, tahu, telur, dan daging), buah-buahan seperti pisang, papaya dan lain-lain.

Masuk rumah sakit ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun sehingga berat badannya berkurang, berat badan sebelum sakit 21 kg setelah sakit 19 kg, TB 126 cm, rambut kusam, Di rumah sakit klien makan dihabiskan separuh porsi, susu diminum 1/2 gelas, air putih ± 150 CC. Suhu klien meningkat 39°C .

c. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan klien makan, minum, mandi dan ganti baju sendiri,

Masuk rumah sakit ibu klien mengatakan klien sering terbaring di tempat tidur ditunggu ibunya sesekali minta ganti posisi tidur karena sesekali punggungnya terasa panas, klien minta dikipasi. Makan, minum dan ganti pakaian dibantu

oleh ibu. Klien terbaring lemas dan dikompres pada kepala dan axila. Klien takut menggerakkan tangan kirinya yang terpasang infus.

d. Pola eliminasi

Eliminasi alvi :

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan BAB satu kali sehari secara teratur dengan konsistensi lunak tidak ada gangguan, buang air besar dilakukan sendiri.

Masuk rumah sakit ibu klien mengatakan buang air besar tidak teratur kadang 2 kali sehari dengan konsistensi agak keras.

Eliminasi urine :

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan buang air kecil 3 – 5 kali sehari secara teratur warna kuning jernih.

Masuk rumah sakit ibu klien mengatakan buang air kecil 1 -2 kali sehari warna kuning jernih. Klien tidak mau kencing menggunakan pot urinal, inginnya kencing ke kamar mandi.

e. Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan pasien tidur 12 jam dalam sehari (10 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari) kalau tidur selalu minta ditemani ibunya dulu sehingga segera bisa tidur.

Masuk rumah sakit ibu klien mengatakan klien sulit tidur dan tidurnya tidak nyenyak, jika tidur sering terbangun karena suhu tubuhnya meningkat, bisa tidur kembali setelah di kompres atau di kipasi dan klien baru pertama kali masuk rumah sakit. Tidur siang hanya sering berbaring saja tapi tidak bisa tidur, klien tidur dengan ditemani ibunya.

f. 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, dan tidak terdapat nyeri seluruh tubuh.

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

g. Pola hubungan dan peran

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan hubungan klien dengan anggota keluarganya baik- baik saja, demikian pula dengan teman-temannya.

Masuk rumah sakit Klien berkomunikasi dengan keluarga, perawat dan dokter.

h. 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.

i. pola reproduksi dan seksualitas

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

j. Pola penanggulan stress

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

k. 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.

15). Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum lemah

Kesadaran compos metis, suhu 39°C , RR = 20x/m, nadi = 100x/m, BB = 19 kg, TB = 126 cm.

b. 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.

c. Mata

Warna konjungtiva tidak pucat, mata nampak merah.

d. Hidung

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

e. Mulut dan Tenggorokan

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

f. Telinga

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

g. Dada

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

h. Abdomen

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

i. Punggung

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

j. Genetalia

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

k. Muskuloskeletal

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

l. Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 15-05-2014

Hemoglobin : 9,9 (N : 12 - 16 g/dl)

Leukosit : 3.700 (N : 4500 - 11.000/ul)

Trombosit : 136,000 (N : 150.000 - 450.000)

Widal : O = 1/80 PA = 1/60
 H = 1/320 PB = 1/80

m. Penatalaksanaan /terapi

Infus D51/2 3A 14 tetes/ menit

Injeksi colsansetin 3 x 300 mg/ IV

Injeksi sampicilin 3 x 600mg

Sanmol 3x1 pulv

Diet : bubur halus

3.1.2 Analisa Data

1. Analisa Data 1

Tanggal 15 mei 2014

Data subyektif :

Ibu mengatakan badan klien panas sejak 7 hari yang lalu. Panas menurun pagi hari dan meningkat pada siang dan sore hari, panas mencapai puncaknya pada malam hari. Klien mengatakan badannya panas dan tidak enak makan, dan ingin minum terus karena mulut terasa kering.

Data objektif :

Klien lemah, Suhu tubuh klien 39°C RR = 20x/m , nadi = 100x/m, Mukosa bibir kering dan pecah-pecah, Lidah kotor (ada selaput putih), Klien dikompres air dingin dan minta dikipasi. Pemeriksaan laborat : widal O = 1/80 , PA =1/60, H = 1/320, PB = 1/80

Kemungkinan penyebab : Proses infeksi.

Masalah : Hipertermi/peningkatan suhu tubuh.

2. Analisa Data 2

Data subyektif :

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

Data Objektif :

Berat badan klien turun (sebelum masuk rumah sakit 21 kg setelah sakit 19 kg), Tinggi badan 126 cm, Hemoglobin 9,9 (N : 12-16 g/dl), Leukosit 3.700 (N : 4500-11.00/dl), Trombosit 136,000 (N:150,00 - 450.000), rambut tampak kotor , turgor kulit menurun, bibir kering dan pecah-pecah, klien lemah.

Diet : Bubur halus.

Kemungkinan penyebab :Menurunnya nafsu makan.

Masalah : Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Analisa Data 3

Data subyektif :

Ibu klien mengatakan klien tidur sering terbangun, klien baru pertamakali dirawat dirumah sakit.

Data Obyektif :

Klien tampak sering menguap, mata tampak merah, terlihat mengantuk, jumlah tidur klien 5-6 jam/hari,wajah pucat, nadi: 100x/menit, RR : 20x/menit.

Kemungkinan penyebab : Hospitalisasi

Masalah : Gangguan pola tidur

3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang ada di dapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi salmonella typhosa.
2. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.
3. Gangguan pola istirahat dan tidur berhubungan dengan hospitalisasi.

3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 15 mei 2014.

3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama

Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi salmonella typhosa.

Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam, suhu tubuh normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$).

Kriteria hasil :Suhu tubuh dalam batas normal $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C , Leukosit dalam batas normal (4,000 -11,000/ul)Nadi normal 80-100 x/m, Wajah Nampak tenang dan tidak didapatkan keringat dingin, Kulit teraba hangat.

Intervensi :

1. Lakukan observasi tanda – tanda vital (Suhu, Nadi, Tensi, dan Pernafasan) setiap 4 jam.

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

2. Beri kompres dingin pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Rasional :Pemberian kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh.

3. Beri minum yang cukup 1600 ml tiap 24 jam

Rasional : Rasional :Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang banyak.

4. Berikan pasien Pakaian yang tipis dan dapat 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 infus D5½ 20 tpm

Rasional :Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit.

6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat antipiretik : sampicillin 3 x 300mg/IV dan obat antibiotic : colsansentrin 3 x 650 mg/IV.

7. Beri penjelasan pada klien dan keluarga tentang penyebab peningkatan suhu tubuh serta hal – hal yang dilakukan untuk mengatasi peningkatan suhu tubuh.

Rasional :Dengan penjelasan pada keluarga dapat mengurangi kecemasan sehingga keluarga akan mau bekerja sama dengan perawat.

3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.

Tujuan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dalam waktu 3x24 jam.

Kriteria hasil : Nafsu makan klien meningkat, berat badan naik, Porsi makan dihabiskan, Klien memakan makanan tambahan sesuai dengan diet yang diperbolehkan dan Mukosa bibir lembab, berat badan bertambah.

Interverensi :

1. Berikan nutrisi dalam bentuk makanan lunak untuk membantu nafsu makan (diet : bubur halus kalori 1600 kkal)

Rasional :Makanan yang sesuai dengan kondisi dan penyakit klien dapat membantu memenuhi kebutuhan nutrisi klien sehingga dapat mempercepat penyembuhan dan mencegah terjadinya komplikasi.

2. Berikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.

Rasional :Makanan hangat dapat merangsang selera makan pasien.

3. Berikan makanan 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. Monitor berat badan tiap 1 hari sekali.

Rasional :Mengetahui kecukupan niutrisi dan mngetahui secara dini gejala – gejala kurang gizi.

5. Kolaborasi dengan tim dokter dan ahli gizi dalam pemberian Diet.

3.3.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hospitalisasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 2x24 jam.

Kriteria hasil: klien mampu tidur nyenyak jumlah tidur 9-10 jam/24jam, wajah rileks, dan tidak ada tanda-tanda gangguan pola tidur (mata merah, klien sering menguap dan terlihat mengantuk).

Intervensi :

1. Kaji pola tidur dan tanda-tanda kurang tidur saat ini dengan kebiasaan tidur sebelum masuk rumah sakit.

Rasional : Dengan membandingkan pola tidur klien akan memudahkan perawatan yang efektif.

2. Berikan suasana yang tenang dan nyaman dengan cara meminimalkan jam kunjungan keluarga.

Rasional : Suasana yang nyaman dan tenang dapat membantu klien tidur dengan nyenyak.

3. Rapikan tempat tidur klien apabila klien akan tidur.

Rasional : Tempat tidur yang rapi dapat memotivasi klien tidur dengan nyenyak.

4. Berikan posisi yang nyaman sesuai keinginan klien.

Rasional : Posisiku saat tidur sangat mendukung untuk tidur dengan nyenyak.

5. Berikan penjelasan tentang peningkatan kebutuhan istirahat bagi klien.

Rasional :Diharapkan klien dan keluarga mengerti dan termotifasi untuk memenuhi kebutuhan tidurnya.

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 15 mei 2014.

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi *salmonella typhosa*.

Tanggal 15 Mei 2014

1. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon: S = 39⁰C, RR = 20x/m, Nadi = 100x/m. (jam:08.00)

2. Melibatkan keluarga dalam perawatan serta ajari cara menurunkan suhu dan mengevaluasi perubahan suhu tubuh.

Respon : ibu klien mau membantu dalam perawatan anaknya, Misal : ikut membantu mengompres dan memberi minum. (jam:08.30)

3. Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat.

Respon : klien mengenakan baju dalam dan celana pendek. (jam:09.05)

4. Mengganti cairan infus D5½ 14 Tetes/menit.

Respon : cairan infus menetes dengan lancar. (jam:10.00)

5. Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : S : 39 C , N : 90x/m , RR : 21x/m (jam:11.10)

memberikan kompres dingin pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien yang lain.

Respon : klien mau dikompres di daerah kepala dan leher.

6. Memberi minum yang cukup dan extra susu

Respon : klien mau minum susu $\frac{1}{2}$ gelas.(jam 12.00)

melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : S : 38,8 C, N: 98x/m, RR :23x/m.(jam:12.15)

7. Memberikan klien inj.sampisillin 3 x 600 mg/IV, inj.ondansentrin 3 x 300mg/IV drip 100 cc PZ, Sanmol 1 tablet dihaluskan.

Respon : klien menangis saat pemberian obat.(jam:13.00)

8. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= 38,7⁰C, RR = 25x/m , Nadi = 99x/m.(Jam:14.00)

Tanggal 16 Mei 2014

1. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= 38,3⁰C, RR =29x/m , Nadi =98x/m.(Jam:13.00)

2. Memberikan klien inj.sampisillin 3 x 600 mg/IV dan inj colsansentrin 3 x 300mg/IV drip 100 CC PZ, sanmol mg.

Respon : klien diam dan nurut.(jam:13.15)

3. Member minum yang cukup (1800 – 2000 ml)

Respon : klien mau minum sendiri \pm 100cc dansering.(jam:13.30)

4. Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat
Respon : klien mengenakan baju dalam dan celana pendek.

Respon : klien diam.(Jam:14.00)

5. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= 38°C , RR = 24x/m, Nadi = 99x/m.(jam:15.00)

6. Mengganti cairan infus D51/2 3A 14 tetes/menit

Respon : cairan infuse menetes dengan lancar.(jam:17.00)

7. Memberikan klien inj.sampisillin 3 x 600 mg/IV dan inj colsansentrin 3 x 300mg/IV drip 100 CC PZ, sanmol mg.

Respon : klien tidur.(jam:20.00)

8. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= 37°C , RR =21x/m , Nadi =100x/m.(jam:21.00)

Tanggal 17 Mei 2014

1. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= $37,8^{\circ}\text{C}$, RR = 25x/m , Nadi =100x/m.(jam:07.00)

2. Memberikan klien inj. colansentrin 3 x 600 mg/IV.drip 100 CC PZ

Respon : klien diam dan mau di suntik.(jam:08.00)

3. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= 37°C , RR =26x/m , Nadi = 90x/m.(jam:09.00)

4. Memberikan kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Respon : klien mau dikompres di daerah kepala.(jam:10.00)

5. Memberi minum yang cukup (1800 – 2000 ml)

Respon : klien mau minum sendiri $\pm 150\text{cc}$ dan sering.(jam:10.20)

6. Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat.

Respon : klien mengenakan baju dalam dan celana pendek.(jam:11.00)

7. Memberikan klien inj.sampisillin 3 x 600 mg/IV dan inj colsansentrin 3 x 300mg/IV drip 100 CC PZ, sanmol mg.

Respon : klien diam dan mau disuntik.(jam : 12.00)

8. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= $37,1^{\circ}\text{C}$, RR =20x/m , Nadi = 98x/m.(jam:13.00)

9. Mengganti cairan infuse D5 $\frac{1}{2}$ 14 tetes/ menit.

Respon : cairan infuse menetes dengan lancar.(jam:14.00)

10. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= 37°C , RR =28x/m , Nadi =100x/m.(jam:17.00)

11. Injeksicolsansentrin 3 x 300mg/IV drip 100 CC PZ.

Respon : klien diam dan mau disuntik.(jam:20.00)

12. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu=36,2⁰C, RR =28x/m , Nadi = 100x/m.(jam:21.00)

3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan .

Tanggal 15 Mei 2014

1. Memberikan diet bubur halus.(1500kkal)

Respon : klien makan 3 sendok.(Jam:07.15)

2. Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan Hangat.

Respon : klien minum ½ gelas.(Jam:08.05)

3. Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.

Respon : klien menolak dan menangis.(Jam:08.10)

4. Memonitor berat badan.

Respon : BB = 19 kg TB = 126 cm.(Jam:08.45)

Tanggal 16 Mei 2014

1. Memberikan diet bubur halus (1500 kkal)

Respon : klien makan ½ porsi.(Jam:12.15)

2. Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan Hangat.

Respon : klien minum setengah gelas.(jam:12.20)

3. Memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.

Respon : klien mau sambil dibujuk ibunya, hanya habis setengah porsi.

(jam :12.40)

Tanggal 17 Mei 2014

1. Memberikan diet bubur halus.(1500kkal)

Respon : klien makan $\frac{3}{4}$ porsi.(Jam:07.00)

2. Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan Hangat.

Respon : klien minum 1 gelas.(jam:07.30)

3. Memberikan makan sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.

Respon : satu porsi habis, klien diberi makanan tambahan oleh ibunya seperti :

Roti dan buah apel. (jam:08.30)

4. Memonitor berat badan.

Respon : BB = 19,3kg TB = 126kg(jam:09.30)

3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Gangguan pola istirahat dan tidur berhubungan dengan hospitalisasi .

Tanggal 15 mei 2014

1. Mengkaji keadaan umum klien

Respon : keadaan klien tampak lemah.(Jam:07.30)

2. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon: S= 39°C , RR =20x/m, Nadi =100x/m.(jam:08.00)

3. Menanyakan tidur klien dalam sehari

Respon : klien sering terbangun dan tidur tidak nyenyak, jumlah tidur klien 5-6/24jam.(jam:08.15)

4. Menjelaskan tentang kondisi klien

Respon : keluarga mengerti dan tidak cemas lagi.(jam:09.00)

Tanggal 16 mei 2014

1. melakukan Observasi Tanda - tanda vital.

Respon : suhu= $38,3^{\circ}\text{C}$, RR =29x/m , Nadi =98x/m.(jam:13.00)

2. mengkaji keadaan umum klien

Respon : keadaan klien sudah tidak lemah lagi. Wajah tampak rileks dan tidak ada tanda-tanda mengantuk.(jam:13.20)

3. Mencatat jumlah tidur klien dalam 24 jam.

Respon : klien tidur 7-8 jam /24jam.(jam:13.25)

Tanggal 17 mei 2014

1. Melakukan observasi tanda – tanda vital.

Respon : suhu= $36,2^{\circ}\text{C}$, RR = 26x/m , Nadi = 100x/m.(jam:07.00)

2. Mengkaji keadaan umum klien

Respon : klien mengatakan tidur nyenyak (jam:07.15)

3. Mencatat jumlah tidur klien dalam 24 jam.

Respon : klien tidur 9-10 jam /24jam.(jam:07.20)

3.5 Evaluasi

3.5.1 Catatan Perkembangan pertama

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 15 mei 2014 pukul 14.00 WIB.

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

Subjektif : Ibu mengatakan suhu tubuh anaknya panas.

Objektif : Keadaan umum lemah, pemeriksaan suhu (axila) = $38,7^{\circ}\text{C}$, RR =25x/m N=99x/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 16 mei 2014 pukul 21.00 WIB

Subjektif : Ibu mengatakan suhu tubuh anaknya masih panas

Objektif : Pemeriksaan suhu (axila) $S = 36,7^{\circ}\text{C}$, RR $= 28\text{x/m}$, Nadi $= 100\text{x/m}$, kulit lembab dan banyak keringat, klien dikompres dingin dan Dikipasi.

Assesment : Masalah belum teratasi.

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

Tanggal 17 Mei 2014 pukul 10.00

Subjektif : Ibu mengatakan suhu tubuh anaknya mulai turun

Objektif : Pemeriksaan suhu (axila) $= 36,2^{\circ}\text{C}$, RR $= 28\text{x/m}$, Nadi $= 100\text{x/m}$. mukosa bibir agak lembab, wajah tampak tenang.

Assesment : Masalah teratasi.

Planning : Intervensi nomor 1,2,3,4,5, di pertahankan.

3.5.2 Catatan Keperawatan Kedua

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.

Tanggal 15 mei 2014 pukul 08.45

- Subjektif : Ibu klien mengatakan sejak sakit nafsu makan anaknya mulai Menurun.
- Objektif : BB = 19 kg , SMRS = 21 kg, Turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering, pecah-pecah, Makan bubur halus 3 sendok, minum susu ½ gelas.
- Assement : Masalah belum teratasi.
- Planning : Melanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5.

Tanggal 16 mei 2014 pukul 12.40

- Subjektif : Ibu klien mengatakan anaknya hanya makan sedikit.
- Objektif : Klien tampak kurus, makan ½ porsi s, minum susu dihabiskan Separuh (100 cc).
- Assement : Masalah teratasi sebagian.
- Planning : Melanjutkan intervensi nomor 1,2,3. dilanjutkan.

Tanggal 17 mei 2014 pukul 09.30 WIB

- Subjektif : Ibu klien mengatakan anaknya mau makan.
- Objektif : Makanan habis $\frac{3}{4}$ porsi, roti dan Buah apel,
minum susu hangat $\frac{1}{2}$ gelas, BB = 19.3 kg ,
Sebelum masuk rumah sakit = 21 kg.
- Assement : Masalah teratasi.
- Planning : Intervensi nomor 1,2,3 dipertahankan.

3.5.3 Catatan Perkembangan Ketiga

Gangguan pola istirahat dan tidur berhubungan dengan hospitalisasi.

Tanggal 15 mei 2014 pukul 09.00 WIB

- Subjektif : Ibu klien mengatakan klien sulit tidur dan sering terbangun
- Objektif : Mata merah, klien sering menguap, wajah pucat, jumlah total tidur klien 6-5 jam/24jam,
 $S=39^{\circ}\text{C}$, $RR=20\text{x/m}$, $Nadi=100\text{x/m}$.
- Assement : Masalah teratasi sebagian.
- Planning : intervensi nomor 2, 3, 5 dilanjutkan.

Tanggal 16 mei 2014 pukul 13.25 WIB

Subjektif : Klien mengatakan mulai bisa tidur dan jarang terbangun, tidurnya nyenyak, dan tidurnya 7-8 jam/24jam.

Objektif : Mata klien tidak merah, Wajah rileks, dan tidak sering menguap.

Assement : Masalah teratasi. sebagian:

Planning : Rencana tindakan nomor 2,3,5, di lanjutkan.

Tanggal 17 mei 2014 pukul 07.20 WIB

Subyektif : Klien mengatakan tidurnya nyenyak, tidur jam 9-10/24jam.

Obyektif : Mata tidak merah, wajah rileks, klien tidak sering menguap.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan.

3.6 Evaluasi hasil akhir keperawatan

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada An.F 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 = 20x/m, nadi=100x/m, pemeriksaan widal (+). **Tujuan tercapai tanggal 17 Mei 2014 pukul 10.00 wib.** Suhu $36,2^{\circ}\text{C}$, RR = 28x/m, nadi 100x/m, mukosa bibir lembab, wajah tampak tenang.

2. Diagnosa Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan di tandai dengan BB = 19 kg, Sebelum masuk rumah sakit = 21 kg, tinggi badan = 126 cm, turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering dan pecah – pecah. **Tujuan tercapai tanggal 17 Mei 2014 pukul 09.30 WIB.** Berat badan bertambah 3 ons, diet dari RS habis $\frac{3}{4}$ porsi, susu ± 100 cc dan klien diberikan makanan tambahan oleh ibunya.

3. Diagnosa Gangguan pola istirahat dan tidur di tandai dengan klien tampak sering menguap, mata tampak merah, klien terlihat mengantuk, pada daerah sekitar mata tampak kehitaman karena kurang tidur, **Tujuan tercapai tanggal 17 Mei 2014 pukul 07.20 WIB.** Jumlah tidur pasien 9-10 jam/24jam (siang 2 jam, malam 7 jam).

