

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan demam tifoid yang menjalani perawatan di Ruang Jabal Nur RS PKU Muhammadiyah Surabaya maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 04 Mei 2015 sampai tanggal 07 Mei 2015 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan Pada tanggal 04 Mei 2015 pukul 08.00 WIB, klien dengan no registrasi 07.50.41 di ruang Jabal Nur.

1. Identitas klien nama An. A, umur 7 tahun 3 bulan 2 hari, jenis kelamin laki-laki agama Islam, pendidikan SD, alamat Bulak Rukem Surabaya.
2. Identitas keluarga, nama ayah Tn.S, umur 35 tahun, pekerjaan swasta, agama Islam, pendidikan SMA, nama ibu Ny.A, umur 32 tahun, agama Islam, pendidikan SMU.
3. Keluhan utama
Ibu klien mengatakan anaknya panas
4. Riwayat penyakit saat ini : Menurut keterangan ibu klien, sejak tanggal 2 Mei 2015 anak mengeluh kepala pusing dan badannya panas, anak terlihat lesu dan tidak nafsu makan, diberikan obat penurun panas (paracetamol), panas mulai turun sebentar kemudian panas lagi. Pada tanggal 3 Mei 2015, anak dibawa ke dokter dan diberi obat, namun di rumah kondisi anak tidak mengalami

perubahan, kemudian pada tanggal 4 Mei 2015, ibu membawa anaknya ke UGD RS PKU Muhammadiyah Surabaya. Di UGD di ukur suhunya 39°C dan disarankan untuk rawat inap.

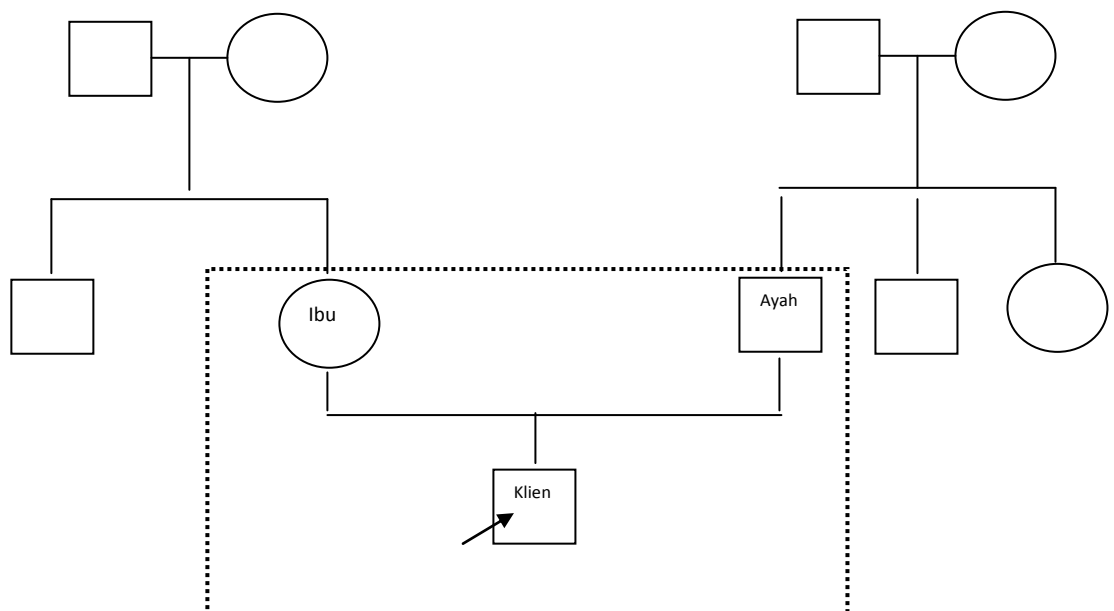
5. Riwayat penyakit dahulu

Orang tua klien mengatakan anaknya tidak pernah sakit, hanya sakit panas batuk pilek biasa yang biasanya 3 bulan sekali, dan berobat ke dokter langsung sembuh.

6. Riwayat kesehatan keluarga


Orang tua klien mengatakan bahwa keluarga tidak pernah menderita penyakit demam tifoid seperti yang di derita oleh anaknya. Orang tua klien mengatakan bahwa dirinya tinggal di perkampungan yang padat penduduk, ibu klien juga mengatakan setiap hari membuka jendela rumah, saluran air di perkampungan yang menggenang dan jarak tempat sampah dengan rumah terlalu dekat, ibu juga mengatakan ada alat- alat yang berasal dari tempat sampah. Keluarga juga cemas dengan kondisi anaknya yang suhu tubuhnya masih panas.


7. Genogram (3 generasi)




Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

 = laki-laki

 = perempuan

..... = tinggal 1 rumah

 = klien

8. Riwayat kehamilan dan persalinan

a. Antenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu klien sering memeriksakan kehamilannya ($\pm 7x$ selama kehamilan) ke bidan dan sudah mendapatkan imunisasi Tetanus Toxoid (TT), ibu mengonsumsi makan–makanan yang bergizi yaitu 3x/hari dengan menu nasi, lauk, sayur, buah dan minum susu. Ibu mengonsumsi multivitamin kehamilan yang didapatkan dari bidan. Ibu tidak mengonsumsi jamu selama kehamilannya,

b. Intra natal

Klien lahir spontan, normal dengan usia kehamilan 9 bulan ditolong oleh bidan dengan BB 3000 gram, PB 51 cm tanpa kelainan kongenital.

c. Post natal

Ibu klien rajin memeriksakan diri serta anaknya ke bidan. Klien mendapatkan ASI hingga usia 2 tahun.

9. Riwayat tumbuh kembang

a. Adaptasi sosial

Anak sudah sekolah kelas 1, anak suka bermain dengan teman sebaya.

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 bola.

10. Riwayat imunisasi

Imunisasi BCG (usia 1 bulan). Polio I (usia 1 bulan), Polio II (usia 2 bulan), Polio III (usia 3 bulan), Polio IV (usia 4 bulan). DPT I (usia 2 bulan), DPT II (usia 3 bulan), Polio III (usia 4 bulan). Hepatitis 0 Uniject (saat lahir) di BPM, Hepatitis I (usia 2 bulan), Hepatitis II (usia 3 bulan), Hepatitis III (usia 4 bulan). Campak (9 bulan). Semua imunisasi dilakukan di bidan.

11. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit keluarga klien mengatakan jika ada salah satu keluarga yang sakit, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya makan 3x/hari (pagi, siang, sore), dengan menu : nasi, sayur, lauk dan buah. 1 porsi habis.

Selama di rumah sakit ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya menurun sehingga berat badanya berkurang, berat badan sebelum sakit 21 kg, TB 126 cm sedangkan saat sakit BB 19 kg, TB 126 cm, rambut kusam.

Di rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya makan 3x/hari (pagi, siang, sore), sesuai dari porsi RS yaitu diet tim (nasi dan lauk), habis $\frac{1}{4}$ porsi.

c. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit. Ibu klien mengatakan anaknya makan, minum, mandi dan ganti pakaian sendiri.

Selama di rumah sakit. Ibu klien mengatakan klien sering berbaring di tempat tidur ditunggu ibunya sesekali minta ganti posisi tidur karena punggungnya terasa panas, klien minta dikipasi. Makan ,minum, dan ganti pakain di bantu oleh ibu. Klien terbaring lemah dan dikompres pada kepala dan axila. Klien takut menggerakan tangan kirinya yang terpasang infuse.

d. Pola eliminasi

1) Elminasi Alvi

Sebelum masuk rumah sakit. Ibu mengatakan anaknya BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan dan bisa dilakukan dengan sendiri.

Selama di rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya BAB tidak teratur, kadang 2 hari sekali dengan konsistensi agak keras dan warna kuning kecoklatan.

2) Eleminasi Uri

Sebelum masuk rumah sakit. Ibu klien mengatakan anaknya BAK \pm 6-7x/hari dengan lancar tidak ada penyulit saat BAK dan warna kuning jernih

Selama di rumah sakit Ibu klien mengatakan anaknya BAK \pm 5-6x/hari dengan lancar tidak ada penyulit saat BAK dan warna kuning jernih.

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya tidur malam \pm 9 jam / hari dan tidur siang \pm 1-2 jam / hari.

Setelah di rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya tidak dapat tidur karena mengeluh kepala teas pusing. Bisa tidur kembali setelah dikompres. Tidur siang 1 jam/hari.

f. Pola kognitif dan sensori

Kognitif : klien seorang anak berusia 7 tahun, tidak mengerti tentang penyakitnya. Namun keluarga mengerti tentang penyakit yang diderita anaknya.

Sensori : indera pendengaran, indera perasa, indera penglihatan, indera penciuman, indera peraba berfungsi dengan baik, setelah MRS tidak ada gangguan fungsi namun hanya terasa nyeri pada kepalanya.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Pola persepsi dan konsep diri : keluarga klien merasa takut dan cemas yang dialami anaknya, keluarga tidak mau pulang dahulu sebelum anaknya dinyatakan sembuh. Sedangkan anak menangis ketika petugas kesehatan datang untuk memeriksa.

h. Pola Reproduksi Seksual

Saat ini klien berusia 7 tahun, klien tidak mengerti masalah reproduksi dan seksualitas, klien hanya mengetahui jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

i. Pola Hubungan Peran

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan hubungan klien dengan anggota keluarga lainnya baik-baik saja, demikian pula dengan teman-temannya. Setelah di rumah sakit klien hanya berbicara dengan keluarga.

j. Mekanisme Koping

Pola penanggulangan stress : Sebelum keluarga klien membawa anaknya ke RS ibu klien telah memeriksakan anaknya ke dokter umum dahulu, serta telah mematuhi nasihat dai dokter.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien menganut agama Islam, sebelum masuk RS klien tidak menjalankan ibadah shoalat dikarenakan masih kecil tetapi klien sudah belajar mengaji.

l. Stress hospitalisasi

Pada fase ini anak mengalami *fase of protes*, klien menangis ketika dilakukan tindakan keperawatan, terkadang menjerit dan marah kepada ibunya.

12. Pemeriksaan Fisik

a. Status kesehatan umum

Kesadaran composmentis, Suhu 39° C, RR 28 x/menit, Nadi 96 x/menit.

b. Pemeriksaan head to toe

1) Kepala dan leher

a) Kepala : bentuk kepala bulat, warna rambut hitam dan kusut, tidak terdapat benjolan.

b) Mata : sclera putih, konjungtuva merah muda.

c) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe ataupun kelenjar tiroid, serta tidak ada pembendungan vena juggularis.

2) Thorak

a) Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada gerakan retraksi dada, irama nafas teratur.

b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, taktil fremitus lebih jelas didaerah interskapula dibandingkan di paru bawah. Paru kanan lebih jelas dibanding paru kiri.

c) Auskultasi : tidak terdapat suara tambahan yaitu *wheezing* (-/-) atau *ronchi* (-/-).

3) Abdomen

a) Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran abdomen.

b) Palpasi : terdapat nyeri tekan pada perut bagian atas kiri(pada daerah lambung.

c) Auskultasi : bising usus terdengar lemah, peristaltic \pm 5x/menit.

4) Inguinal, genital dan anus

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

5) Musculoskeletal neurologis

Pada kedua ekstremitas atas dan bawah tidak didapatkan oedeme, atropi otot ataupun dislokasi. Terpasang infuse di tangan kiri D5 ½ NS 20 tetes/menit.

13. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium:

Pada tanggal 4 Mei 2015 jam 8.11 WIB

Uji Widal :

S. Thyphi O	: 1/160
S. Thyphi H	: 1/80
S. Parathypi A	: 1/160
S. Parathypi B	: 1/80
Hemoglobin	: 12,4 g/dL (normal 12 -18 g/dL)
Leukosit	: 7.400 uL (normal : 4.500-11.000 uL)
Trombosit	: 287.000 uL (normal : 150.000-450.000 uL)

b) Pemeriksaan radiologi : tidak ada

c) Pemeriksaan lain-lain: tidak ada

d) Terapi dan diet

Pada tanggal 4 Mei 2015 jam 8.11 WIB

Infus : Infus D5 ½ NS 20 tetes/menit.

Injeksi : Sanpicillin 3 x 650 mg intravena

Colcacetin 3x50mg intravena

Diet : Tim (nasi dan lauk)

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tanggal 04 Mei 2015

1. Data subjektif

Ibu mengatakan klien panas sejak 2 hari yang lalu. Panas menurun pada pagi hari dan meningkat pada siang hari. Panas mencapai puncaknya pada malam hari.

2. Data obyektif

Pemeriksaan suhu 39°C, k/u lemah, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, lidah kotor(ada selaput putih), RR : 30 x/menit, Nadi 100 x/menit, anak di kompres dingin dan minta dikipasi, pemeriksaan laboratorium : uji titer O : 1/160, H :1/80, A 1/160, B : 1/80

3. Masalah :

Hipertermi.

4. Kemungkinan penyebab :

Proses infeksi salmonella thyposa

Tanggal 04 Mei 2015

1. Data subyektif

Ibu mengatakan sejak sakit nafsu makan anaknya menurun dan juga berat badan anaknya turun 2 kg.

2. Data obyektif

Antropometri : BB sebelum sakit 21 kg, BB saat sakit 19 kg, TB 126 cm

Biokimia : uji widal O : 1/160, H :1/80, A 1/160, B : 1/80, Hemoglobin : 12,4 g/dL, Leukosit: 7.400 uL, Trombosit: 287.000 uL

Clinical : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6

Dietary : diet tim (nasi, lauk dan sayur).

3. Masalah :

Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

4. Kemungkinan penyebab :

Menurunnya nafsu makan

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang ada didapatkan diagnose keperawatan sebagai berikut :

- 1) Hipertermi berhubungan dengan poses infeksi *salmomella thyposa* ditandai dengan penigkatan suhu tubuh 39°C.
- 2) Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan ditandai dengan BB menurun 19 kg.
- 3) Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan proses penyakit

3.3 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan di susun secara prioritas masalah maka penulis melakukan perencanaan yang dilaksanakan tanggal 04 Mei 2015.

Diagnosa Keperawatan Pertama

Hipertermi berhubungan dengan poses infeksi *salmomella thyposa*

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, suhu tubuh normal

Kriteria hasil :

- a. Suhu tubuh normal 36,7-36,9°C
- b. Nadi dalam batas normal 60-100x/menit
- c. Klien tampak tenang dan tidak berkeringat dingin

Intervensi :

- a. Lakukan observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam

Rasional :

Dengan mengobservasi TTV untuk mengetahui perkembangan pasien secara dini.

b. Beri kompres dingin di daerah axial, leher dan perlipatan tubuh

Rasional :

Pemberian kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh

c. Beri minum yang cukup

Rasional :

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

d. Pakai baju yang tipis dan menyerap keringat

Rasional :

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

e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi infuse D5 ½ NS 20 tetes/menit.

Rasional :

Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit

f. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi yaitu Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg.

Rasional :

Pemberian terapi antibiotic yang dapat memper cepat proses penyembuhan penyakit.

g. Memberika edukasi pada keluarga tentang demam tifoid

Rasional :

Dengan penjelasan pada keluarga, keluarga dapat mengerti sehingga dapat 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 3x24 jam , kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- a Nafsu makan klien meningkat
- b Porsi makan dihabiskan
- c Klien makan makanan tambahan sesuai dengan diet yang diperbolehkan
- d Kondisi klien membaik
- e Berat badan dapat bertambah

Intervensi :

- a Berikan tim (nasi, lauk)

Rasional :

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

- b Berikan ekstra susu hangat dari RS

Rasional:

Minuman hangat dapat merangsang selera makan pasien.

- c Berikan makanan sedikit-sedikit sesuai jadwal RS yaitu pagi, siang, dan malam hingga jumlah asupan terpenuhi.

Rasional :

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

- d Monitor berat badan tiap 2 hari sekali.

Rasional :

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

- e Memberikan edukasi kepada keluarga dalam pemberian makanan untuk penderita demam tifoid.

Rasional: keluarga mengerti tentang makanan yang baik untuk di konsumsi oleh anaknya

- f Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet

Rasional: membantu dalam proses penyembuhan klien

3.4 Pelaksanaan Asuhan keperawatan

Diagnosa Keperawatan Pertama

Hipertermi berhubungan dengan poses infeksi salmomella thyposa

Tanggal 04 Mei 2015

Jam 13.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda - tanda vital

Respon : suhu = 39°C, RR = 30x/menit, Nadi = 100x/menit

2. Melibatkan keluarga dalam perawatan serta mengajari cara menurunkan suhu tubuh anak dengan cara mengompres.

Respon: ibu bersedia membantu mengompres dan memberi minum

3. Memberi kompres dingin di axila, leher, perlipatan tubuh

Respon : klien bersedia dikompres di bagian axila dan leher.

Jam 14.00 WIB

1. Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat

Respon: klien memakai baju dan celana pendek

Jam 16.00 WIB

1. Memberi klien Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: klien menangis saat pemberian obat.

Jam 17.00 WIB

1. Mengganti cairan D5 ½ NS 20 tetes/menit

Respon: cairan infuse menetes dengan lancar

Jam 18.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda –tanda vital

Respon: suhu = 39,1°C, RR = 29 x/menit, Nadi: 98x/menit

Jam 21.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon: suhu = 38,9°C, RR = 29x/menit, Nadi = 99x/menit.

Jam 24.00 WIB

1. Memberi klien Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: klien menangis saat pemberian obat.

Tanggal 05 Mei 2015

Jam 05.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon: Suhu = 38,3°C, RR = 30x/menit, Nadi = 100x/menit.

Jam 08.00 WIB

1. Memberi klien inj. Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: obat masuk melalui vena dan tidak terdapat alergi terhadap obat.

Jam 09.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon: Suhu = 38C, RR = 30 x/menit, Nadi =100 x/menit.

Jam 11.00 WIB

1. Memberi kompres dingin pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Respon: Klien mau dikompres di daerah kepala.

2. Memakaikan baju yang tipis dan menyeap keringat.

Respon: Klien menggunakan baju dalam dan celana pendek.

Jam 13.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon: Suhu 38,5°C, RR =29x/menit, Nadi = 96x/menit.

Jam 15.00 WIB

1. Mengganti cairan D5 ½ NS 20 tetes/menit

Respon: cairan infuse menetes dengan lancar

Jam 16.00 WIB

1. Memberi klien Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: klien menangis saat pemberian obat.

Jam 17.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon: Suhu 38,2°C, RR = 30 x/menit, Nadi =100 x/menit.

Jam 21.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda –tanda vital.

Respon: Suhu 38,2°C, RR = 30 x/menit, Nadi =101 x/menit.

Jam 24.00 WIB

1. Memberi klien inj. Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: Klien tidur

Tanggal 06 Mei 2015**Jam 05.00 WIB**

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : suhu = 37,8°C, RR = 30x/menit, Nadi = 99 x/menit

Jam 08.00 WIB

1. Memberi klien injeksi Sanpicillin 650mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon : klien diam dan mau disuntik

Jam 09.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : Suhu = 37° C, RR =28 x/menit, Nadi = 100 x/menit

2. Memberi kompres dingin pada axilla, leher dan daerah perlipatan tubuh klien

Respon : klien mau dikompres di daerah kepala

Jam 11.00 WIB

1. Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat

Respon : klien memakaikan baju dalam dan celana pendek

Jam 13.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : Suhu = 37° C, RR =28 x/menit, Nadi = 100 x/menit

Jam 15.00 WIB

1. Mengganti cairan D5 ½ NS 20 tetes/menit

Respon: cairan infuse menetes dengan lancar

Jam 17.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : Suhu = 37° C RR =28 x/menit, Nadi: 100 x/menit

2. Memberi klien inj. Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: Klien diam

Jam 20.00 WIB

1. Memberi klien injeksi Sanpicillin 650mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: klien diam dan mau disuntik

Jam 21.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : Suhu = 36,8° C RR =30 x/menit, Nadi: 100 x/menit

Jam 24.00 WIB

1. Memberi klien inj. Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: Klien tidur

Tanggal 07 Mei 2015

Jam 05.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon: Suhu = 36,2 C, RR = 28 x/menit, Nadi = 100x/menit.

Jam 08.00 WIB

1. Memberi klien inj. Sanpicillin 650 mg intra vena dan Colcacetin 50mg

Respon: Klien diam

Jam 09.00 WIB

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon : Pemeriksaan suhu Axila 36,2°C, RR 30 x/menit, Nadi 99 x/menit,
mukosa bibir lembab, wajah tenang

2. Melepas infuse pasien

Respon: infus aff

Diagnosa Keperawatan Kedua

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

Tanggal 04 Mei 2015**Jam 14.00 WIB**

1. Memberi minum yang cukup (1800 – 2000 ml/24 jam)

Respon: klien mau minum 1 gelas air putih

Jam 18.00 WIB

1. Memberikan diet tim (nasi, lauk, sayur)

Respon: Klien makan ½ porsi.

2. Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.

Respon: Klien minum ½ gelas.

3. Memberi makanan sedikit tapi sering sehingga jumlah asupan terpenuhi

Respon: klien menolak.

Jam 20.00 WIB

1. Memonitor berat badan.

Respon: BB = 19 kg TB = 126 cm.

Tanggal 05 Mei 2015

Jam 07.00 WIB

1. Memberi diet bubur halus

Respon: klien makan 3 sendok.

2. Memberikan susu hangat

Respon: klien minum ½ gelas susu.

3. Memberi makanan sedikit tapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi

Respon: klien mau sambil dibujuk ibunya, satu sendok mau, 2 sendok mau kemudian tidak mau dan seterusnya.

Jam 11.00 WIB

1. Memberi minum yang cukup

Respon: Klien mau minum sendiri 100 cc

Tanggal 06 Mei 2015

Jam 07.00 WIB

1. Memberikan diet tim (nasi, lauk, sayur)

aRespon : klien makan setengah porsi

2. Memberi susu hangat

Respon : klien minum susu setengah gelas

Jam 09.00 WIB

1. Memonitor berat badan

Respon : BB = 19,2 kg, TB = 126 cm

Tanggal 07 Mei 2015**Jam 07.00 WIB**

1. Memberikan diet tim (nasi, lauk)

Respon : klien makan $\frac{3}{4}$ porsi

2. Memberikan susu hangat

Respon : klien minum \pm 100 cc susu.

3. Memberikan makanan sedikit tapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi

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

Jam 09.00 WIB

1. Memonitor berat badan

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

3. 5 Evaluasi

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 04 Mei 2015 pukul 21.00 WIB.

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

Tanggal 04 Mei 2015 pukul 21.00 WIB.

Subyektif : Ibu mengatakan suhu tubuh anaknya panas.

Obyektif : keadaan umum lemah, pemeriksaan suhu, 38,9 C, RR 29

x/menit, Nadi : 99 x/menit, mukosa bibir kering dan pecah

pecah, lidah kotor.

Assesment : Masalah belum teratasi.

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

Tanggal 05 Mei 2015 pukul 21.00 WIB

Subyektif : ibu mengatakan suhu tubuh anaknya masih panas.

Obyektif : pemeriksaan suhu (axial) 38,2 C, RR 28 x/menit, Nadi 100
x/menit, mukosa bibir lembab, wajah tampak tenang.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planing : Intervensi, 1,2,3,4,5 dilanjutkan

Tanggal 06 Mei 2015 jam 21.00 WIB

Subyektif : Ibu mengatakan suhu tubuh anaknya mulai turun.

Obyektif : Pemeriksaan suhu Axila 36,8°C, RR 30 x/menit, Nadi 100
x/menit, mukosa bibir agak lembab, wajah sedikit tenang.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5 dilanjutkan.

Tanggal 07 Mei 2015 pukul 09.00 WIB

Subyektif : Ibu klien mengatakan suhu badan anaknya sudah turun

Obyektif : Pemeriksaan suhu Axila 36,2°C, RR 30 x/menit, Nadi 99
x/menit, mukosa bibir lembab, wajah tenang

Assesment : Masalah teratasi.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5 dihentikan.

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

Tanggal 04 Mei 2015 jam 21.00 WIB

Subyektif : Ibu mengatakan sejak sakit nafsu makan anaknya menurun.

Obyektif : BB 19 kg, SMRS 21 kg turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering dan pecah-pecah, diet habis $\frac{1}{2}$ porsi, minum susu $\frac{1}{2}$ gelas.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Melanjutkan intervensi 1,2,3,5.

Tanggal 05 Mei 2015 pukul 21.00 WIB

Subyektif : Ibu klien mengatakan anaknya makan hanya sedikit.

Obyektif : Klien tampak kurus, makan 3 sendok, minum susu dihabiskan $\frac{1}{2}$ gelas.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Melanjutkan intervensi 1,2,3

Tanggal 06 Mei 2015 pukul 21.00 WIB

Subyektif : Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau makan.

Obyektif : Mau makan $\frac{1}{2}$ porsi, minum susu hangat $\frac{1}{2}$ gelas.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Melanjutkan intervensi 1,2,3.

Tanggal 07 Mei 2015 pukul 09.00 WIB

Subyektif : Ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya meningkat.

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

Assesment : Masalah teratasi.

Planning : Intervensi 1,2,3 dihentikan.