

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keterangan Membimbing

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An

NIDN : 06-1809-7805

Pangkat/Golongan : Asisten Ahli/III A

Jabatan : Dosen FIK UNISSULA

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA, sebagai berikut :

Nama : Naylizda Qothrinnada

NIM : 48901700046

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada An. M dengan Demam Typhoid di ruang Baitunnisa I Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 03 Maret 2020

Pembimbing



(Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An)

NIDN: 06-1809-7805

Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An

NIDN : 06-1809-7805

Pangkat/Golongan : Asisten Ahli/III A

Jabatan : Dosen FIK UNISSULA

Adalah pembimbing Karya Tulis Ilmiah dari mahasiswa Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA, sebagai berikut :

Nama : Naylizda Qothrinnada

NIM : 48901700046

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada An. M dengan Demam Typhoid di ruang Baitunnisa I Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing Karya Tulis Ilmiah pada tanggal 03 Maret - 10 Mei 2020 bertempat di Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 10 Mei 2020

Pembimbing



(Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An)

NIDN: 06-1809-7805

Lampiran 1. Lembar Konsultasi





LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2020







NAMA MAHASISWA : Naylizda Qothrinnada







NIM : 48901700046

**JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Anak Pada An. M
dengan Demam Typhoid**

PEMBIMBING : Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Selasa, 3 Maret 2020	Konsul kasus yang diambil untuk askep	Secepatnya ambil kasus yang ada	
Rabu, 4 Maret 2020	Konsul pengkajian	Data kurang lengkap segera dilengkapi	
Kamis, 5 Maret 2020	Konsul pengkajian	Data kurang lengkap segera dilengkapi	
Jum'at, 6 Maret 2020	Konsul intervensi	Intervensi ditambahi sesuai	

Senin, 9 Maret 2020	Konsul askep	Pengkajian ditambahkan lebih lengkap, perbaiki intervensi kurang tepat	
Selasa, 10 Maret 2020	Konsul askep	Penghitungan balance cairan dan dosis obat kurang tepat	
Rabu, 11 Maret 2020	Konsul askep	Diteliti lagi, Acc, lanjut bab 1	
Selasa, 24 Maret 2020	Konsul bab 1-3	Penulisan diperbaiki sesuai ketentuan buku panduan, diperbaiki sesuai saran yang diberi kolom komentar, scan ASKEP tulis tangan	
Jum'at, 3 April 2020	Konsul bab 1-3	Bab1 paragraf 3 ke 4 tidak nyambung, diperbaiki sesuai saran yang diberi kolom komentar	
Kamis, 23 April 2020	Konsul bab 4-5	Pembahasan harus lengkap sesuai dengan	

		sumber, diperbaiki sesuai saran yang diberi kolom komentar	
Sabtu, 9 Mei 2020	Konsul revisi bab 1-5, cek turnitin	Sudah bagus, diteliti lagi penulisannya, acc	
Rabu, 26 Agustus 2020	Konsul KTI setelah siding	Revisi, diperbaiki ada yang belum direvisi sesuai saran yang diberikan waktu sidang	
Senin, 28 September 2020	Konsul revisi KTI	Acc	
Rabu, 26 Agustus 2020	Konsul KTI setelah siding	Revisi, diperbaiki ada yang belum direvisi sesuai saran yang diberikan waktu sidang	
Senin, 14 September 2020	Konsul revisi KTI	Diperbaiki sesuai saran komentar masih ada yang belum sesuai	
Jum'at, 02 Oktober 2020	Konsul revisi KTI	Acc	

Lampiran 4. Asuhan Keperawatan Asli

ASUHAN KEPERAWATAN PD AN. M
DENGAN THYROID DI RUANG BAITUNNISA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

NAMA = NATLIZDA QOTHRINNAD
NIM = 48901700096

PRODI VIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2020

Nama Mahasiswa : Naylizda Qothrinada

Tempat Praktek :

Tanggal Pengkajian : 4 Maret 2020

I. IDENTITAS DATA

A. Klien

Nama : An. M

Tempat / tanggal lahir : Demak, 28 Juni 2018

Usia : 20 bulan

Pendidikan : -

Alamat : Demak

Agama : Islam

Tanggal Masuk : 3 Maret 2020

No. CM : 01407971

B. Penanggungjawab

Nama Ayah : Tr. F

Pekerjaan Ayah : Buruh Pabrik

Pekerjaan Ibu : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan Ayah : SMP

Pendidikan Ibu : SMP

Agama : Islam

Alamat : Demak

Suku / bangsa : Jawa, Indonesia

II. KELUHAN UTAMA

Ibu klien mengatakan klien muntah sudah 4 hari

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Ibu klien mengatakan pada hari Sabtu tanggal 29 Februari 2020 klien badan panas, batuk dan muntah lebih dari 10 kali. Kemudian pada sore hari jam 17.00 WIB klien dibawa ke klinik terdekat dan diperiksa dokter suhunya 38°C, mendapat obat paracetamol dan anti muntah. Pada tanggal 2 Maret 2020 klien kembali dibawa ke klinik karena kondisi klien masih panas dan muntah pada jam 17.00 WIB, dokter menyarankan jika kondisi klien tidak lekas membaik esoknya bisa dibawa ke RS. Pada tanggal 3 Maret jam klien dibawa ke IGD Rumah Sakit Islam Sultan Agung karena kondisi

belum membaik, masih muntah dan panas. Kemudian klien diperiksa oleh dan didiagnosa Febris Typhoid, klien disarankan rawat inap. Pada jam 22.00 WIB klien masuk Ruang Baitunhisa 1 untuk rawat inap.

IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Prenatal

Ibu klien mengatakan pada saat hamil keluhannya hanya mual-mual biasa

2. Natal

Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien dibantu oleh bidan di puskesmas.

3. Postnatal

Ibu klien mengatakan setelah lahir klien sehat, nilai Antropometri saat lahir BB = 2,600 gram TB = 55 cm dan saat ini: BB = 9 kg TB = 80 cm

4. Penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan sewaktu kecil klien hanya sakit biasa seperti panas, batuk, flu.

5. Pernah dirawat di Rumah Sakit

Ibu klien mengatakan klien sebelumnya belum pernah dirawat di Rumah Sakit dan ini baru pertama kalinya.

6. Obat-obatan yang digunakan

Ibu klien mengatakan klien tidak mengkonsumsi obat-obatan, hanya minum obat dari dokter saat sakit.

7. Alergi

Ibu klien mengatakan jika klien tidak memiliki alergi pada makanan maupun obat-obatan

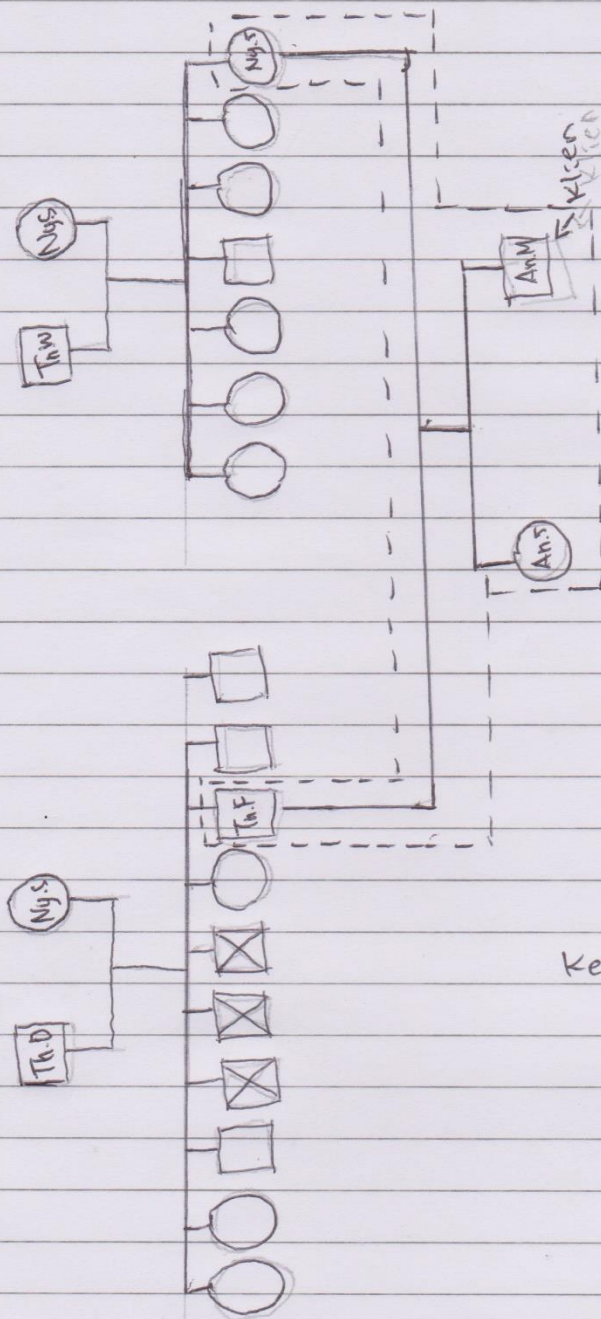
8. Kecelakaan

Ibu klien mengatakan klien tidak pernah mengalami kecelakaan yang sampai serius.

9. Imunisasi

Ibu klien mengatakan klien sudah imunisasi lengkap.

V. RIWAYAT KELUARGA



- Ket :
- = Laki-laki
 - = Perempuan
 - ← = Klien
 - X = Meninggal
 - = tinggal serumah
 - T = Hubungan keluarga

Klien adalah anak kedua dari Tu.F dan Ny.5, klien mempunyai kakak perempuan. Klien tinggal bersama ayah dan ibunya dan kakaknya. Saat ini tidak ada anggota keluarga yang sakit. Semua dalam keadaan sehat.

VI. RYWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh

Ibu klien mengatakan mengasuh klien bersama suaminya

2. Pembawaan secara umum

Ibu klien mengatakan klien anak yang aktif

3. Lingkungan rumah

Ibu klien mengatakan kesehatan lingkungan itu sangat penting. Ibu klien mengatakan selalu membersihkan lingkungan tempat tinggalnya, jamban rumah sudah bagus bentuk jangkak, rumah klien jauh dari tempat pembuangan sampah.

VII. KEADAAN SAAT INI

a. Diagnosa Medis = Thyroid

b. Tindakan Medis = Tidak ada

VIII. PENINGKATAN POLA FUNGSI GORDON

a. Persiapan kesehatan atau perangawan kesehatan

Ibu klien mengatakan kesehatan klien sejak lahir baik, bila sakit hanya panas, pilek, batuk. Saat klien sakit dibawa ke dokter umum di klinik. Klien baru kali ini dirawat di Rumah Sakit.

b. Nutrisi atau Metabolik

1) Sebelum sakit

Ibu klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dan terkadang lebih, makan habis 1 porsi terdiri nasi, sayuran dan lauk, minum air ± 1 botol 150ml sehari dan minum ASI. Makanan kesukaan klien sayur

2) Selama sakit

Ibu klien mengatakan klien hanya minum ASI dan air mineral 1-2 gelas karena muntah. Makan 3 kali sehari habis 1/4 porsi makan yang disediakan rumah sakit tetapi kemudian muntah, Napsu makan klien menurun sebelum sakit klien suka makan. Alat makan yang digunakan sendok dan tempat makan dari rumah sakit. Klien muntah beberapa saat setelah makan dan minum air mineral. Klien tidak terpasang NBT atau OBT

$$IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB \text{ (m)}^2}$$

$$= \frac{9}{(0,8)^2}$$

$$= 14,06$$

c. Eliminasi

1) Usus

Sebelum sakit = Ibu klien mengatakan BAB klien 2 kali sehari, ampas warna kuning, bau khas feces, frekuensi sedang, tidak ada darah maupun lendir.

Selama sakit = Ibu klien mengatakan BAB klien 2 kali sehari cair, warna kuning, bau khas feces, frekuensi sedang, tidak ada darah dan lendir, klien tidak menggunakan penthar.

2) Kandung kemih

Sebelum sakit = Ibu klien mengatakan klien tidak ada masalah pada pola BAK, klien menggunakan pemres, isi penuh dan warna bening.

Selama sakit = Ibu klien mengatakan klien tidak ada masalah pada pola BAK klien. Klien menggunakan pemres, isi cukup penuh warna kuning.

d. Aktivitas atau Latihan

1) Mobilitas

Ibu klien mengatakan klien mandi 2 kali sehari menggunakan sabun, shampoo. Kebersihan klien selalu terjaga.

Aktivitas klien bermain bersama keluarganya maupun tetangganya. Ayah klien mengatakan klien anak yang sangat aktif, tidak bisa diam. Selama sakit kecukupan energi menurun, kekuatan lemah.

2) Pernapasan

Pernapasan klien normal. Klien tidak sesak napas maupun kesulitan dalam bernapas.

e. Tidur atau Istirahat

Ibu klien mengatakan klien dapat tidur siang 1-2 jam pada malam hari klien tidur mulai jam 21.00-05.00 WIB. Pola tidur 8-9 jam. Selama sakit tidur klien terjaga, mudah bangun saat siang maupun malam hari.

f. Kognitif atau Perseptual

Ibu klien mengatakan klien mampu berbicara tapi belum jelas pengucapannya, klien menangis saat merasa tidak nyaman. Ibu klien mengatakan tidak begitu mengerti dan paham tentang penyakit yang diderita klien.

g. Konsep diri atau persepsi diri

Klien tampak anak yang mudah menangis dan merasa takut ketika ada tenaga kesehatan yang memeriksa, memberi obat ataupun mengganti cairan infus. Ibu klien mengatakan akan selalu mendukung yang anaknya pilih untuk masa depan.

h. Peran atau hubungan

Klien sangat dekat dengan ibunya karena yang mengasuh dibantu oleh ayahnya dan terkadang neneknya. Respon klien terhadap perpisahan klien akan menangis, klien masih ketergantungan dengan orangtuanya.

i. Seksualitas atau reproduksi

Klien membutuhkan rasa dicintai oleh kedua orangtuanya dan orang terdekatnya. Kedua orangtua klien sudah memberikan perhatian dan sayang secara tulus.

j. Koping atau toleransi stress

Klien tampak menangis saat ada tenaga kesehatan yang memeriksa. Ibu klien sempat panik saat anak harus dibawa ke rumah sakit.

k. Nilai kepercayaan

Klien mengimani agama kedua orang tuanya yaitu beragama Islam. Orang tua klien mengatakan melaksanakan shalat 5 waktu dan berdoa agar anaknya segera di beri kesembuhan oleh Allah SWT.

IX. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum

Kesadaran composmentis, GCS 15

b. Tanda-tanda vital

S = 36°C

N = 105 x /menit, kekuatan sedang

RR = 24 x /menit, normal, teratur, napas tidak cuping hidung

c. Antropometri

TB = 80 cm

BB = 9 kg

LF = 46 cm

LO = 43 cm

LILA = 15 cm

d. Kepala

Bentuk mesocephal, rambut hitam, tidak lebat, bersih

e. Mata

Simetris kanan dan kiri, adanya reflek terhadap cahaya, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis

f. Hidung

Berlubang kanan dan kiri, bersih, tidak ada secret

g. Telinga

Simetris kanan dan kiri, bersih, tidak ada penumpukan serumen, tidak ada lesi

h. Mulut

Bersih, bibir pucat, tidak ada gangguan menelan, lidah kotor terdapat flak putih, tidak ada lesi.

i. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada lesi

j. Dada

Tidak ada jejas perkembangan dada simetris kanan dan kiri

k. Santung

Inspeksi = tidak ada pulsasi tetus cordis

Palpasi = tidak teraba adanya pulsasi di area tetus cordis

Perkusi = Pekak, bagian atas pada ICS-III, bagian bawah pada ICS-V, bagian kiri pada midklavikula, kanan sejajar sisi sternum kanan

Auskultasi = terdengar lupdup, tidak ada bunyi tambahan

l. Paru-paru

Inspeksi = tidak ada jejas, simetris kanan kiri

Palpasi = teraba pengembangan dada bersamaan

Perkusi = Sonor

Auskultasi = Terdengar vesikuler, tidak ada suara tambahan

m. Abdomen

Inspeksi = Kembung, kencang, warna kulit merata

Auskultasi = terdengar bisung usus 18 x/menit, reguler durasi 2 detik

Perkusi = Timpani

Palpasi = Terdapat nyeri tekan

n. Punggung

Bersih, tidak ada lesi, tegak dan tidak teraba benjolan

o. Genetalia

Bersih, tidak ada infeksi, tidak ada benjolan, anus berlubang.

p. Ekstremitas

Tidak ada edem maupun lesi, akral hangat, terpasang infus pada ekstremitas atas sebelah kiri

q. Kulit

Kulit berwarna putih, bersih, kering, tidak ada lesi, turgor kulit baik, CRT < 2 detik

r. Neurologis

Tidak ada kelainan supraf, dan tidak ada kejang

X. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

a. Kemandirian dan bergaul atau personal sosial

Ayah klien mengatakan anaknya sangat aktif saat diajak bicara, dan senang saat diajak bermain

b. Motorik halus

Ayah klien mengatakan klien sudah bisa berjalan

c. Kognitif dan bahasa

Ayah klien mengatakan klien belum bisa berbicara dengan jelas.

d. Motorik kasar

Ayah klien mengatakan klien mampu berlari.

XI. THERAPY

Oral	IV	Other
- Paracetamol 3x1	- Ceftriaxone 2x350 mg	- RL 15 tetm
- Lacto B 3x1	- Metilpred 3x15 mg	
- Zinet pro 1x1	- Ranitidin 2x10 mg	
	- Ondan 3x1 mg	

XII.

Hematology	Hasil	Nilai Rujuk	Satuan
H			
Hemoglobin	8.0 L	10.8-12.8	g/dl
Hematokrit	29.5 L	35-43	%
Leukosit	14.36	6.0-17.5	ribu/ul
trombosit	500 H	217-437	ribu/ul
Gol Darah/Rh	B/positif		
Salmonella Typhi: O	Positif 1/160	Negatif	-
Sal Paratyphi: A O	Positif 1/160	Negatif	-
Sal Paratyphi: B O	Positif 1/160	Negatif	-
Sal Paratyphi: C O	Positif 1/160	Negatif	-
Salmonella Typhi: H	Positif 1/160	Negatif	-
Sal Paratyphi: A H	Negatif	Negatif	-
Sal Paratyphi: B H	Negatif	Negatif	-
Sal Paratyphi: C H	Negatif	Negatif	-
Na, K, Cl			
Natrium	135.1	132-145	mmol
Kalium	3.93	3.5-5	mmol
Chloride	101.9	95-105	mmol

XIII. ANALISA DATA

Tgl/Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTO
4 Feb 2020 09.30	<p>DS - Ibu klien mengatakan klien makan tapi kemudian muntah</p> <p>- Ibu klien mengatakan klien tidak muntah saat minum ASI selainnya makanan, air mineral akan dimuntahkan muntah ± 3x sehari</p> <p>- Ibu klien mengatakan klien makan 3x sehari hanya habis 1/4 porsi</p> <p>DO.</p> <p>A: TB 80cm BB sebelum sakit 10kg BB selama sakit 9kg LILA 15 cm IMT 14,06</p> <p>B = Hb = 0,1 g/dl Na = 135,1 mmol K = 3,99 mmol</p> <p>C - bibir pucat, klien tampak lemah</p> <p>D : Diet tcm/bubur frekuensi: 3x sehari, setiap makan habis 1/4 porsi</p>	Defisit nutrisi	Kusangnya asupan makanan	Mh
	<p>DS - Ibu klien mengatakan klien muntah setiap habis makan</p> <p>- Ibu klien mengatakan klien muntah bisa > 10x sehari</p> <p>- Ibu klien mengatakan klien minum air mineral 1-2 gelas</p> <p>- Ibu klien mengatakan klien minum ASI cukup banyak</p> <p>DO. Intake 837,5, BB = 9kg TB = 80cm, N = 105x/mnt S = 36°C RR = 29x/menit</p>	Risiko Hipovolemia	Kehilangan cairan secara akref	R

DS- Ibu klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang diderita klien

Defisit Pengetahuan

Keterbatasan Pengetahuan

Handwritten signature

DO- Klien tampak bingung dan mengelengkan kepalanya

XIV. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan
2. Risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan pengetahuan

XV. PLANNING / INTERVENSI

Tgl/sam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	TCD
4 Feb 2020 10.00	Defisit nutrisi bd kurangnya asupan makanan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x 8 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. BB membaik 2. Nafsu makan membaik	1. Monitor asupan makanan 2. Monitor BB 3. Monitor mual dan muntah 4. Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap 5. Kolaborasi pemberian obat 6. Kolaborasi dg ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan	<i>Handwritten signature</i>
10-10	Risiko Hipovolemia diakibatkan kehilangan cairan secara aktif	Setelah dilakukan intervensi selama 3x 8 jam maka status cairan membaik dengan kriteria hasil : 1. Intake cairan membaik 2. Rasa haus menurun	1. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor status hidrasi 3. Catat intake-output, & hitung balance cairan 4. Berikan cairan intravena 5. Kolaborasi pemberian obat	<i>Handwritten signature</i>

10.20	Defisit pengetahuan b.d keterbatasan pengetahuan	Setelah dilakukan intervensi: Keperawatan selama 1 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dg KH: 1. Keluarga klien mampu menjelaskan kembali terkait thyposid 2. Keluarga klien bertanya	1. Identifikasi: kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Berikan kesempatan untuk bertanya 3. Jelaskan penyebab dan faktor risiko thyposid 4. Jelaskan proses patofisiologi: munculnya thyposid 5. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh thyposid 6. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi	R
-------	--	--	--	---

XVI. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl/Waktu	Dx	Implementasi	Respon Klien	TTO
5 Feb 2020 10.00	1	Memonitor asupan makanan	DS. Ibu klien mengatakan klien makan 1/4 porsi bubur, minum 1/2 botol sds dan minum ASI cukup banyak DO. Klien tampak minum ASI,	R
10.05	2	Memonitor tanda dan gejala hipovolemia	DS. Ibu klien mengatakan klien minum ASI cukup banyak, dan minum 1/2 botol aqua 600 ml DO. Klien tampak minum ASI RR = 24 x/menit S = 36,2°C N = 102 x/menit	D
10.10	1	Memonitor BB	DS. Ibu klien mengatakan berat badan klien sebelum sakit 10 kg DO. BB 9 kg selama sakit	R

10.15	1	Memonitor mual dan muntah	DS. Ibu klien mengatakan klien muntah ± 3x/sehari sekitar 1/2 gelas per muntah DO. Klien tampak lemah	RS
10.20	2	Memonitor hidrasi	DS. Ibu klien mengatakan klien minum ASI cukup banyak dan 1/2 botol aqua sedang DO. Klien tampak minum ASI, mukosa mulut kering	RS
10.25	1	Mengajarkan makan porsi kecil dan sering	DS. Ibu klien mengatakan akan memberi makan klien sedikit tapi sering DO. Klien tampak minum ASI	
10.30	2	Memberi/mengganti cairan RL 15 tpm	DS. Tidak ada DO. Klien tidak tampak adanya alergi	
11.00	1,2	Memberi obat scr IV - Ceftriaxone 350 mg - ranitidin 10 mg	DS. Tidak ada DO. Klien tampak menangis. Tidak ada tanda alergi setelah obat dimasukkan	
11.30	1	Memberi makan tinggi karbohidrat, rendah serat	DS. Ibu klien mengatakan nanti akan menyusui klien DO. Klien tampak tidur	
14.00	2	Mencatat intake - output dan menghitung balance cairan	DS. Tidak ada DO. Intake 837,15 CC Output 970 CC BC -133,15 CC	
6 Feb 2020 08.05	2	Memonitor tanda dan gejala hipovolemia	DS. Ibu klien mengatakan klien makan 1/4 porsi bubur, minum ± 4 gelas dan minum ASI cukup banyak DO. Klien tampak lemah, RR = 22x/menit S = 36,5°C N = 100x/menit	

08.20	1/2	Memberi obat secara (IV) - Metilpred 15mg - Ondans 1mg	DS. Tidak ada DO. tidak ada tanda alergi; setelah obat dimasukkan	R
08.25	1	Memonitor asupan makanan	DS. Ibu klien mengatakan klien makan 1/4 porsi bubur DO. Klien tampak rewel	R
08.30	1	Memonitor BB	DS. Ibu klien bersedia klien ditimbang DO. BB 9 kg	R
08.35	1	Memonitor mual muntah	DS. Ibu klien mengatakan klien muntah ± 3x sehari sekitar 1/2 gelas per muntah DO. Klien tampak lemah	R
08.40	2	Memonitor status hidrasi	DS. Ibu klien mengatakan klien minum 1/2 botol aqua sedang, ASI cukup banyak DO. Klien tampak lemah, mukosa mulut kering	R
10.05	2	Memberikan cairan intravena 15 tpm	DS. Tidak ada DO. tidak tampak tanda alergi	R
11.00	1/2	Memberikan obat - Ceftriaxone 350 mg (IV) - Kanitidin 10 mg (IV)	DS. Tidak ada DO. Klien tampak menangis, tidak tampak tanda alergi; setelah obat dimasukkan	R
11.30	1	Memberi makan	DS. Ibu klien mengatakan nanti akan menyusui klien DO. Klien tampak menangis	
12.30	2	Memcatat intake-output dan menghitung BE	DS. Tidak ada DO. Intake 837,15 cc Output 870 cc BE -33,15 cc	
7 Feb 2020 08.20	2	Memonitor tanda dan gejala hipovolemia	DS. Ibu klien mengatakan klien makan 1/2 porsi bubur, minum 1 botol aqua sedang dan ASI cukup banyak DO. Klien tampak mukosa mulut lembab sedikit	

08.25	1,2	Memberikan obat (IV) - Methylpred 15mg - Ondans 1mg	DS. Tidak ada DO. tidak ada tanda alergi Setelah obat di masukkan	M
08.30	1	Memonitor asupan makanan	DS. Ibu klien mengatakan klien makan 1/2 porsi bubur DO. Klien tampak menangis	M
08.35	1	Memonitor BB	DS. Ibu klien bersedia klien di ukur BB nya DO. BB 9 kg	M
08.40	1	Memonitor mual dan muntah	DS. Ibu klien mengatakan klien muntah ± 2x sehari sekitar 1/2 gelas per muntah DO. Klien tampak rewel.	M
08.45	2	Memonitor status hidrasi	DS. Ibu klien mengatakan klien minum 1 botol sedang, ASI cukup DO. Mukosa mulut tampak lembab cukup	M
09.30	3	- Mengidentifikasi kesiapan & kemampuan menerima informasi. 3 - Menjelaskan penyebab dan faktor risiko hiperd - Menjelaskan proses patofisiologi: +hiperd - Menjelaskan tanda dan gejala hiperd - Menjelaskan kemungkinan komplikasi hiperd	DS. Keluarga klien mengatakan sudah siap DO. Keluarga klien kooperatif DS. Keluarga klien mengatakan cukup paham terkait apa yang dijelaskan DO. Keluarga klien tampak kooperatif	M
	3	Memberi kesempatan klien untuk bertanya	DS. Tidak ada DO. Keluarga klien kooperatif	M
11.00	1,2	Memberikan obat - Ceftriaxone 350mg - Parasetamol 100mg Secara IV	DS. Tidak ada DO. Klien tampak menangis, tidak tampak tanda alergi Setelah obat dimasukkan	M
12.00	2	Mencatat intake-output & BB	DS. Tidak ada DO. Intake 1237,15 cc output 1170 cc EC 60 cc	M

XVII. EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl/jam	Diagnosa kep.	Catatan Perkembangan	TTD
5 Feb 2020 19.00	Defisit nutrisi	<p>S = Ibu klien mengatakan klien makan 3 kali sehari habis 1/4 porsi (Nafsu makan belum membaik)</p> <p>O = BB 9 kg (BB belum membaik) IMT 14,06 RR = 24 x/menit S = 36,20C N = 102 x/menit</p> <p>A = Masalah belum teratasi, tujuan dan kriteria hasil belum tercapai</p> <p>P = Lakukan intervensi no 1, 2, 3, 5, 6</p>	
5 Feb 2020	Risiko hipovolemia	<p>S = Ibu klien mengatakan klien masih muntah setiap habis makan, minum 1/2 botol aqua 600ml, minum ASI juga, muntah 3-5 kali</p> <p>O = - Klien tampak lemas - Intake cairan belum meningkat (B37,15 cc) - Rasa haus sedang - Balance cairan -B33,15 cc</p> <p>A = Masalah tidak terjadi, tujuan dan kriteria hasil belum tercapai</p> <p>P = Lakukan intervensi no. 1, 2, 3, 5</p>	
5 Feb 2020 19.00	Defisit nutrisi	<p>S = Ibu klien mengatakan klien makan 3 kali sehari, habis 1/4 porsi (nafsu makan belum membaik)</p> <p>O = BB 9 kg (BB belum membaik) IMT 14,06 RR = 22 x/menit S = 36,5 °C N = 100 x/menit</p> <p>A = Masalah belum teratasi, tujuan dan kriteria hasil belum tercapai</p> <p>P = Lakukan intervensi no. 1, 2, 3, 5, 6</p>	

		Risiko hipovolemia	<p>S = Ibu klien mengatakan klien masih muntah, setiap habis makan, minum 1/2 botol aqua sedang, minum ASI juga, muntah 3-5 kali sehari sebanyak 1/2 gelas sekali muntah</p> <p>O = Klien tampak lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake cairan belum meningkat (837,15 cc) - Rasa haus sedang (minum 1/2 botol aqua sedang, ASI) - Balance cairan - 33,15 cc <p>A = Masalah tidak terjadi, tujuan dan kriteria hasil belum tercapai</p> <p>P = Lakukan intervensi no 1, 2, 3, 5</p>	
7 Feb 2020	Defisit nutrisi		<p>S = Ibu klien mengatakan klien makan 3 kali sehari, makan habis 1/2 porsi (masih makan sedang)</p> <p>O = BB g kg (BB belum membaik)</p> <p>IMT 11,06</p> <p>RR = 22 x/menit S = 36,3°C</p> <p>N = 104 x/menit</p> <p>A = Masalah belum teratasi, tujuan dan kriteria hasil belum tercapai</p> <p>P = Lakukan intervensi 1, 2, 3, 5, 6</p>	
		Risiko hipovolemia	<p>S = Ibu klien mengatakan klien masih muntah setiap habis makan, minum 1 botol aqua sedang, minum ASI juga, muntah 6 kali</p> <p>O = Klien tampak lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake meningkat 1237,15 - Rasa haus menurun - Balance cairan 60 cc <p>A = Masalah tidak terjadi, tujuan dan kriteria hasil tercapai</p> <p>P = Lakukan intervensi 1, 2, 3, 5</p>	

7 Feb 2020 10.30	Defisit pengetahuan	<p>S = Keluarga klien mengatakan cukup paham tentang thyroid</p> <p>O = - Keluarga klien mampu menjelaskan kembali thyroid walau hanya pengertian dan penyebab, tanda gejala</p> <p>- Keluarga klien aktif bertanya</p> <p>A = Masalah teratasi, tujuan dan kriteria hasil tercapai</p> <p>P = Hentikan intervensi</p>
------------------------	------------------------	--