

BAB III

GAMBARAN KASUS

Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Pada An. 10 (Tahun) Dengan Demam Typoid Di Rawat Inap Puskesmas Sukaratu

3.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama	: An. R
Usia	: 10 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SD
Agama	: Islam
Tgl Masuk	: 17-04-2026
Tgl Pengkajian	: 17-04-2026
No RM	: 36731
Diagnose Medis	: Demam Typoid

Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S
Umur	: 40 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Hubungan dengan klien:	Anak
Alamat	: Sayuran, Kel Padakembang, Kec Padakembang

2. Keluhan Utama

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 17 April 2026 pukul 07.20 WIB, diperoleh data bahwa klien mengalami demam dengan suhu tubuh 38,5°C. Klien mengeluhkan nyeri kepala yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan intensitas nyeri skala 2 (skala 0–10). Demam bersifat hilang timbul dan cenderung meningkat pada malam hari. Selain itu, klien juga mengeluhkan nyeri pada daerah ulu hati dengan karakteristik nyeri perih, intensitas skala 5, serta bersifat hilang timbul. Klien mengaku mengalami mual, penurunan nafsu makan, dan tubuh terasa lemas. Hasil pengkajian juga menunjukkan adanya penurunan berat badan dari 30 kg sebelum sakit menjadi 27,5 kg selama mengalami penyakit.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang ke puskesmas (UGD) pada tanggal 17 April 2026 pada pukul 07.00 WIB. Dengan keluhan demam sejak $\pm$ 2 minggu yang lalu sebelum masuk puskesmas. Panas naik turun terutama pada malam hari, disertai mual, nyeri ulu hati, lemas dan pusing

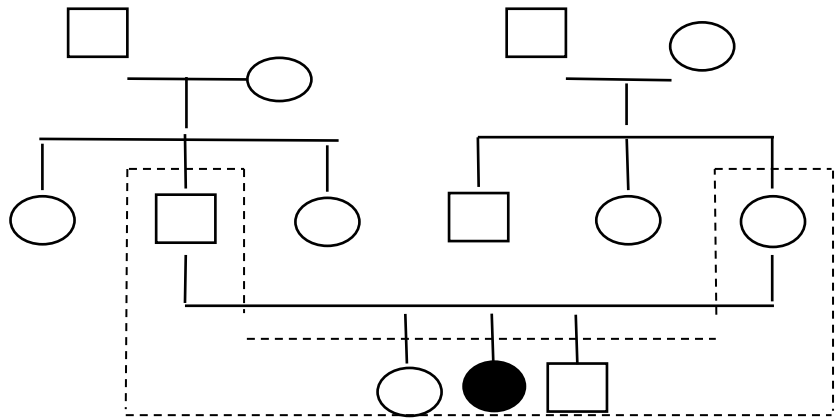
4. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien menyatakan bahwa sejak usia 2 tahun, An. R setiap mengalami demam sering disertai kejang dengan frekuensi yang sering (hampir sepanjang hari), dan pernah mendapatkan perawatan di rumah sakit.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien menyatakan terdapat riwayat hipertensi pada kakek dan nenek pasien.

Genogram



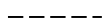
KETERANGAN:



: Garis Keturunan



: Garis Perkawinan



: Tinggal Serumah



: Klien



: Laki-laki



: Perempuan

6. Riwayat Imunisasi

Tabel 3.1 Riwayat Imunisasi

No.	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian
1.	Hepatitis B	Saat Lahir	1 kali	Tidak ada
2.	BCG, Polio 1	1 bulan	1 kali	Tidak ada
3.	DPT-Hb-Hib 1, Polio 2	2 bulan	1 kali	Tidak ada
4.	DPT-Hb-Hib 2, Polio 3	3 bulan	1 kali	Tidak ada
5.	DPT-Hb-Hib 3, Polio 4	4 bulan	1 kali	Tidak ada
6.	Campak	9 bulan	1 kali	Tidak ada

7. Riwayat Nutrisi

- a. Pemberian ASI: ASI dan tambahan susu formula
- b. Pemberian susu formula : Susu formula diberikan sejak umur 3 bulan

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini :

Tabel 3.2 Pola Perubahan Nutrisi

Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
1 – 2 bulan	Asi saja	2 bulan
3 – 6 bulan	Asi dan susu formula	4 bulan
6 – 8 bulan	Susu formula dan nasi tim	2 bulan
9 – 12 bulan	Susu formula dan nasi lembek	3 bulan
12 – 24 bulan	Susu formula dan nasi normal	12 bulan

8. Riwayat Tumbuh Kembang

a. Pertumbuhan Fisik

- 1) Berat Badan : 27,5
- 2) Tinggi Badan : 146cm
- 3) Waktu tumbuh gigi 7 bulan, Tanggal gigi lengkap usia 3Tahun

b. Perkembangan Tiap Tahap

0 – 6 Tahun Dengan Menggunakan KPSP

1) Motorik Kasar

Sesuai usia, mampu berlari, melompat, bermain aktif.

2) Motorik Halus

Menulis, menggambar sederhana sesuai umur.

3) Bahasa

Mampu berbicara lancar, memahami perintah dua langkah.

4) Personal Sosial

Mau berbagi, bermain dengan teman sebaya.

6 Tahun keatas

1) Perkembangan Kognitif: Sesuai usia sekolah (Piaget: operasional konkret).

a) Anak mampu memahami instruksi sederhana terkait perawatan, seperti Kompres daun dadap, minum obat, istirahat, dan tidak banyak bergerak.

b) Dapat mengerti hubungan sebab–akibat secara konkret, misalnya “kalau tidak minum banyak air, bisa tambah lemah.”

- c) Selama sakit, konsentrasi dapat sedikit menurun akibat demam tinggi, lemah, dan rasa tidak nyaman.
- 2) Perkembangan psikoseksual: Tahap laten (Freud).
- a) Anak lebih fokus pada hubungan dengan teman sebaya, sehingga mungkin merasa sedih atau bosan karena tidak bisa sekolah dan bermain.
 - b) Selama dirawat, anak mungkin menunjukkan perilaku lebih tenang, dan ketergantungan pada orang tua meningkat sementara.
 - c) Aktivitas seksual tidak menjadi perhatian; yang lebih menonjol adalah kebutuhan untuk berprestasi dan diterima.
- 3) Perkembangan psikososial: Industri vs inferioritas (Erikson).
- a) Selama dirawat karena Demam, anak dapat merasa ketinggalan pelajaran atau tidak produktif, yang bisa memunculkan rasa tidak mampu (inferior).
 - b) Adanya proses perawatan (infus, pemeriksaan darah) dapat membuat anak merasa takut karena merasa “tidak bisa mengontrol tubuhnya.”

9. Riwayat *Activities of Daily Living* (ADL)

Tabel 3.3 Riwayat *Activities of Daily Living* (ADL)

No	Kebutuhan	Sebelum Sakit	Sesudah Sakit
1.	Nutrisi a. BB/TB b. Diet c. Kemampuan d. Frekuensi e. Porsi Makan f. Makanan yang menimbulkan alergi g. Makanan yang disukai	30 kg/146 Makan Biasa Mandiri 2x/hari 1 porsi Tidak ada Buah, seblak,bakso	27,5 kg/146 Makan kurang Dibantu sebagian 2x/hari 2 sendok Tidak ada Bubur
2.	Cairan a. Intake - Oral • Jenis • Jml...cc/hari • Kebutuhan Cairan • Bantuan total/sebagian - Intravena • Jenis • Jml...cc/hari b. Output - Jenis - Jml...cc/hari	Air putih ± 1500 cc/hari ± 1500 cc/hari Mandiri Tidak ada	Air putih ± 1500 cc/hari ± 1500 cc/hari Dibantu Sebagian Ringer Laktat (RL) ± 1000–1500

		Urine	cc/hari Urine ±1200cc/hari
3.	Eliminasi a. BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Keluhan - Bantuan total/sebagian b. BAK - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Keluhan - Bantuan total/sebagian	1x/hari Lembek Kuning Tidak ada Mandiri 4–5x/hari Cair Kuning jernih Tidak ada Mandiri	belum BAB - - Belum BAB Dibantu sebagian 6-7x/hari Cair Kuning Tidak ada Dibantu sebagian
4.	Istirahat/tidur a. Lama tidur b. Kesulitan memulai tidur c. Gangguan tidur	4–5 jam/hari Tidak ada Kurang tidur karena sering bermain	6–7 jam/hari Ada Tidak ada

	d. Kebiasaan sebelum tidur	game Bermain game	Lebih banyak istirahat
5.	Personal Hygiene a. Mandi - Frekuensi - Bantuan total/sebagian b. Gosok gigi c. Cuci rambut d. Gunting kuku e. Ganti pakaian	2x/hari Mandiri 2x/hari 2–3x/minggu 1x/minggu 3x/hari	1x/hari waslap, dibantu Sebagian 1x/hari 1x/minggu Belum pernah 1x/hari
6.	Aktivitas a. Mobilitas aktivitas b. Olah raga c. Rekreasi	Aktif 1x/minggu (di sekolah) Jarang	Terbatas Tidak ada Tidak ada

10. Data Psikologi

Pasien terhadap kondisi kesehatannya, terlihat lemah dan kurang bersemangat. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman akibat pusing dan demam yang dialami. Respon terhadap pertanyaan baik, namun tampak lesu.

11. Data Sosial

Hubungan pasien dengan keluarga baik, tampak mendampingi pasien selama perawatan dan memberikan dukungan. Aktivitas sosial pasien

sebelum sakit cukup baik, namun selama sakit mengalami penurunan aktivitas.

12. Data Spiritual

Pasien beragama islam, Pasien dan keluarga tetap berdoa untuk kesembuhan, pasien biasanya mengaji setiap sore.

13. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Pasien tampak lemah, kesadaran baik, tampak sakit sedang.

b. Kesadaran

Compos mentis

c. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah: 90/60 mmHg

Nadi : 92 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

Suhu : 38,5°C

d. Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung teraba reguler, tidak terdapat bunyi tambahan. Akral hangat, CRT < 2 detik.

e. Sistem Pernafasan

Hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak terdapat sekresi pada hidung, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, bentuk dada simetris, tidak terdapat retraksi pada dinding dada, perkusi resonan, tidak terdapat bunyi napas tambahan, Pola napas reguler, frekuensi

22 x/menit, tidak terdapat sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu napas.

f. Sistem Pencernaan

Mukosa bibir kering, lidah berwarna merah muda, ada reflek menelan dan mengunyah. Pada abdomen bentuk simetris, tidak terdapat luka, teraba lunak, tidak ada pembesaran organ, adanya nyeri tekan, bising usus 13x/menit. Pasien mengeluh mual dan nyeri ulu hati. Nafsu makan menurun. Tidak ada muntah saat pengkajian.

g. Sistem Endokrin

Tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada tanda gangguan endokrin.

h. Sistem Integumen

Kulit tampak hangat, tidak terdapat ruam, turgor kulit cukup.

i. Sistem Muskuloskeletal

Kekuatan otot menurun, pasien tampak lemah, aktivitas terbatas.

- Ekstremitas Atas

Bentuk simetris, tidak ada kram otot, tidak terdapat edema, tidak ada kemerahan atau nyeri tekan, pada tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm.

- Ekstremitas Bawah

Bentuk simetris, tidak ada kram otot, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

j. Sistem Perkemihan

Tidak ada pembesaran organ, tidak tampak massa, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi pada kandung kemih, frekuensi BAK klien $\pm$ 6-7x/hari.

k. Sistem Penginderaan

Penglihatan, pendengaran, dan penciuman baik.

l. Sistem Persyarafan

Kesadaran compos mentis, tidak terdapat kejang saat pengkajian, refleks baik.

14. Data Penunjang

INSTALASI LABORATORIUM

No RM/No. LAB	: MR-012604-0560/0126040468
Nama	: An. R
Umur	: 10 tahun
Alamat	: Kp. Sayuran, Padakembang
Dokter Penanggung Jawab	: dr. Khairunnisa, Sp. P. K
Tanggal Periksa	: 2026-04-17 11.28: 41
Pengirim	: dr. Ruth (PKM Sukratu)
Tanggal Laporan Hasil	: 17 April 2026 12:31

Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
<u>HEMATOLOGY</u>		
Hemoglobin	11,1	12-15,3 g/dl
Hematokrit Jumlah	35	37-47 %
Leukosit	6.700	4000-10000/sel
Eritrosit	4,8	4,2-5,2 juta/sel
Jumlah Trombosit	271.000	150.000-450.000/sel

15. Pemberian Terapi Obat

Tabel 3.5 Pemberian Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Waktu Pemberian
1	Cefotaxime	2x1	IV	07.00, 20.00
2	Ondansetro	2x1	IV	07.00, 20.00
3	Paracetamol	3x1	Oral	08.00, 14.00, 20.00

3.2 Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: - Klien mengatakan demam sejak ± 2 minggu - Demam hilang	Agen infeksi (bakteri/virus) ↓ Masuk ke dalam tubuh	Hipertermia

	timbul, terutama malam hari meningkat - Klien mengeluh badan lemas dan pusing DO: - Suhu tubuh 38,5°C - Kulit teraba hangat - Mukosa bibir kering - Nadi 92 x/menit - Respirasi 22 x/menit - Pasien tampak lemah	↓ Merangsang sistem imun ↓ Pelepasan pirogen (endogen & eksogen) ↓ Merangsang hipotalamus (pusat pengatur suhu) ↓ Set point suhu tubuh meningkat ↓ Tubuh meningkatkan produksi panas (vasokonstriksi, menggigil) ↓ Terjadi peningkatan suhu tubuh ↓ Hipertermia	
2.	DS: - Klien mengatakan kepala pusing seperti ditusuk-tusuk (skala 2) - Klien mengatakan nyeri ulu hati terasa	Iritasi mukosa lambung / inflamasi saluran cerna ↓ Peningkatan produksi asam lambung ↓	Nyeri Akut

	perih (skala 5) - Nyeri hilang timbul DO: - Pasien tampak lemah dan tidak nyaman - Nafsu makan menurun - Aktivitas terbatas - Tekanan darah 90/60 mmHg	Iritasi pada dinding lambung ↓ Stimulasi reseptor nyeri ↓ Impuls nyeri dikirim ke sistem saraf pusat ↓ Persepsi nyeri (ulu hati perih, pusing) ↓ Respon tubuh (tidak nyaman, aktivitas menurun) ↓ Nyeri Akut	
3.	DS: - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Klien mengeluh mual - Klien merasa lemas DO: - BB turun dari 30 kg menjadi 27,5 kg - Porsi makan hanya ± 2 sendok - Intake cairan oral ± 800 cc/hari	Proses penyakit (infeksi + gangguan pencernaan) ↓ Mual dan nyeri ulu hati ↓ Penurunan nafsu makan ↓ Asupan nutrisi tidak adekuat ↓	Defisit Nutrisi

	- Mukosa bibir kering - Pasien tampak lemah - Belum BAB	Ketidakseimbangan antara kebutuhan dan intake nutrisi ↓ Penurunan berat badan ↓ Tubuh lemas / energi menurun ↓ Defisit Nutrisi	
--	---	---	--

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermia b.d Proses Infeksi
2. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisikologis
3. Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa		Luaran dan Kriteria Hasil		Intervensi
	Kode	Diagnosa	Kode	Luaran dan Kriteria Hasil	
1	D.0130	Hipertermia b.d Proses Infeksi	L.14134	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Pucat menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi,terpapar lingkungan panas) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Berikan cairan oral 7. Lakukan pendinginan eksternal (mis.selimut hipotermia atau kompres pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

					8. Lakukan Kompres daun dadap serep di dahi dan perut selama 30 menit Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengatasi demam Kalaborasi : Kalaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2	D.0077	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	L.08066	Setelah dilakukam tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingannyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik

				2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Terapeutik : 6. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kalaborasi : Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	D.0019	Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis	L.03030	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makanan yang dihabiskan	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor asupan makanan Terapeutik : 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi :

				meningkat 2. Berat badan membaik 3. Nafsu makan membaik 4. Nyeri abdomen menurun 5. Membran mukosa membaik	5. Ajarkan diet yang di programkan Kalaborasi : Kalaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.nyeri), jika perlu
--	--	--	--	---	---

3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Waktu	Evaluasi	Paraf
1	Hipertermia	Jumat 17/04/26 07.00 07.10 07.20 07.25	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil: Demam di sebabkan oleh infeksi saluran pencernaan 2. Memonitor TTV Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg Nadi: 92 x/menit Respirasi : 22 x/menit Suhu: 38,5°C 3. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan dingin Hasil: Menghindari pakaian yang tebal, ganti dengan pakaian yang tipis 4. Melonggarkan atau	Yantihera	Jumat 17/04/26 08.00	Subjektif (S) : Klien mengatakan badan masih terasa hangat, namun sudah lebih nyaman dibanding sebelumnya. Klien juga mengatakan tidak terlalu lemas seperti pagi hari. Keluarga mengatakan demam anak mulai menurun. Objektif (O): - Suhu tubuh: 38,0°C (setelah kompres) - TD: 90/60 mmHg - Nadi: 92 x/menit - RR: 22 x/menit - Klien tampak lebih rileks - Tidak ada tanda komplikasi (kejang/penurunan kesadaran)	Yantihera

			lepaskan pakaian Hasil: Klien menggunakan pakaian yang longgar dan tipis			- Klien menggunakan pakaian tipis dan lingkungan tampak nyaman Assessment (A) : Masalah hipertermia teratasi sebagian (suhu tubuh menurun namun belum dalam batas normal). Planning (P) : Lanjutkan intervensi - Lanjutkan pemantauan suhu tubuh secara berkala - Lanjutkan pemberian cairan oral - Lanjutkan kompres hangat/daun dadap serep - Pertahankan lingkungan nyaman	
		07.26	5. Memonitor suhu tubuh Hasil: Suhu : 38,5°C				
		07.27	6. Memonitor komplikasi akibat hipertermia Hasil: Tidak terdapat komplikasi pada klien seperti kejang damam, penurunan kesadaran				
		07.28	7. Memberikan cairan oral Hasil: Memberikan air putih hangat ½ gelas				
		07.30	8. Melakukan kompres daun dadap serep Hasil: Sebelum dilakukan kompres hangat suhu tubuh 38,5°C, setelah dilakukan				

			kompres suhu tubuh 38,0 °C selama 30 menit. Pengompresan dilakukan pada tubuh bagian dahi dan perut.				
		Jumat 17/04/26 16.30 19.00	1. Melakukan kompres daun dadap serep Hasil: Sebelum dilakukan kompres hangat suhu tubuh 37,8°C, setelah dilakukan kompres suhu tubuh 36,6 °C selama 30 menit. Pengompresan dilakukan pada tubuh bagian dahi dan perut. 2. Melakukan kompres daun dadap serep Hasil: Sebelum dilakukan kompres hangat suhu tubuh 37,9°C, setelah dilakukan	Yantihera	Jumat 17/04/26 19.45	Subjektif (S) : Klien mengatakan sudah tidak merasa panas, badan terasa lebih nyaman. Keluarga mengatakan kondisi anak sudah membaik. Objektif (O): - Suhu tubuh: 36,6°C – 36,8°C - Klien tampak tenang dan tidak gelisah - Tidak ada tanda komplikasi Assessment (A) : Masalah hipertermia teratasi. Planning (P) :	Yantihera

		19.30	kompres suhu tubuh 36,8 °C selama 30 menit. Pengompresan dilakukan pada tubuh bagian dahi dan perut. 3. Mengedukasi kepada keluarga pasien untuk mengatasi demam pada anak Hasil: Keluarga tampak kooperatif dan mampu mengulangi kembali penjelasan yang telah diberikan.			- Pertahankan kondisi klien - Monitor suhu tubuh secara berkala - Anjurkan tetap cukup cairan	
2	Nyeri Akut	Jumat 17/04/26 08.15	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P : Nyeri ulu hati disebabkan penyakit lambung Q : Nyeri yang dirasakan	Yantihera	Jumat 17/04/26	Subjektif (S) : Klien mengatakan nyeri pada ulu hati masih ada namun sudah berkurang setelah melakukan teknik tarik napas dalam. Nyeri dirasakan hilang timbul dan tidak sekuat sebelumnya. Objektif (O): - Skala nyeri: 3 (ringan)	Yantihera

		08.20	perih R : Nyeri dirasakan di perut bagian ulu hati S : Skala nyeri 5 T : $\pm$ 5 menit hilang timbul			- Ekspresi wajah tidak terlalu meringis - TTV: Suhu: 38°C , Nadi: 92 x/menit , RR: 22 x/menit - Klien mampu melakukan teknik napas dalam dengan benar	
		08.25	2. Mengidentifikasi Skala nyeri Hasil: Skala nyeri 5 (sedang) Ttv : Suhu 38°C, Nadi 92x/m, RR 22x/m			Assessment (A) : Masalah nyeri akut teratasi sebagian (nyeri menurun dari skala 5 menjadi 3).	
		08.30	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Nyeri akan terasa berat ketika melakukan aktifitas atau pergerakan, nyeri berkurang ketika beristirahat 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk			Planning (P) : - Lanjutkan pemantauan skala nyeri secara berkala - Anjurkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul - Anjurkan istirahat yang cukup - Hindari aktivitas yang memperberat nyeri	

			mengurangi nyeri Hasil: Setelah klien melakukan teknik tarik napas dalam, nyeri ulu hati berkurang 5. Membantu pasien mendapatkan posisi nyaman (misalnya posisi semifowler), membatasi kunjungan, serta menciptakan lingkungan yang tenang untuk mendukung istirahat dan tidur pasien. Hasil: Pasien dapat beristirahat dengan lebih baik, tampak lebih segar, dan melaporkan nyeri berkurang setelah tidur. 6. Menjelaskan berbagai cara				
--	--	--	---	--	--	--	--

			untuk mengurangi nyeri seperti istirahat cukup, teknik relaksasi, distraksi, dan penggunaan obat sesuai anjuran dokter. Hasil:Pasien menyatakan mengerti cara mengontrol nyeri dan bersedia menerapkan strategi yang diajarkan. 7. Mengajarkan teknik non farmakologis seperti napas dalam, (mendengarkan musik/menonton), dan kompres hangat/dingin sesuai kondisi pasien. Hasil:Pasien mampu mempraktikkan teknik napas dalam dan melaporkan nyeri				
--	--	--	--	--	--	--	--

			menurun setelah melakukan teknik tersebut.				
3	Defisit Nutrisi	Jumat 17/04/26 08.35 08.37 08.40 08.42	1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: Klien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa mual 2. Mengidentifikasi makanan yang disukai Hasil: Klien mengatakan suka pedas, makanan berkuah dan asam 3. Memonitor asupan makanan Hasil: Klien hanya makan sedikit, porsi makan yang dihabiskan hanya 2 sendok 4. Memberikan makanan sesuai diet tinggi kalori dan tinggi protein (misalnya telur, daging, susu, kacang-	Yantihera	Jumat 17/04/26	Subjektif (S) : Klien mengatakan nafsu makan masih kurang dan masih merasa mual, namun mulai mencoba makan sedikit sesuai anjuran. Objektif (O): - Porsi makan yang dihabiskan ± 2–3 sendok - Klien tampak lemas - Tidak ada muntah Assessment (A) : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian (asupan makan masih kurang dari kebutuhan). Planning (P) : - Lanjutkan pemantauan asupan nutrisi klien - Anjurkan makan sedikit tapi	Yantihera

			kacangan) sesuai anjuran, serta memantau toleransi pasien terhadap makanan yang diberikan. Hasil: Pasien mengonsumsi makanan yang diberikan, tidak ada keluhan mual/muntah, 5. Mengajarkan diet yang diprogramkan Hasil: Mengajarkan makan nasi lunak dan tidak pedas			sering - Anjurkan konsumsi makanan lunak dan tidak merangsang (tidak pedas/asam)	
--	--	--	---	--	--	---	--

3.6 Catatan Perkembangan

Tabel 3.9 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa	Waktu	Catatan perkembangan	Paraf
Sabtu, 18/04/2026				
1.	Defisit Nutrisi	10.00	Subjektif (S) : Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual sudah berkurang. Objektif (O) : - Porsi makan meningkat ($\pm \frac{1}{2}$ porsi) - Klien tampak lebih bertenaga - Tidak ada mual/muntah saat pengkajian Assessment (A) : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian (asupan makan meningkat namun belum optimal). Planning (P): - Lanjutkan pemantauan asupan nutrisi - Anjurkan makan sedikit tapi sering - Pertahankan diet lunak	Yantihera

