

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 GAMBARAN LOKASI STUDI KASUS**

##### 4.1.1 Gambaran umum lokasi studi kasus

Rumah Sakit Kristen Lindimara terdapat di Kabupaten Sumba Timur terletak di jalan kelurahan. Rumah sakit ini adalah Rumah sakit tipe D yang terdiri dari 2 instalasi, yaitu instalasi rawat jalan dan rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari poli umum, poli bedah, poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan KB, poli VCT dan poli mata. Instalasi rawat inap yaitu Ruang Samaria untuk pasien dewasa perempuan dan anak, Ruang Kapernaum untuk pasien dewasa laki-laki, Ruang Getsemani untuk kebidanan, Ruang ICU untuk pasien emergency, dan Ruang VIP untuk semua umur.

##### 4.1.2 Ruang kapernaum

Ruang Kapernaum adalah salah satu instalasi rawat inap Rumah Sakit Kristen Lindimara yang di khususkan untuk pasien laki-laki dewasa dengan kapasitas tempat tidur banyak 11 tempat tidur yang terdiri dari 2 kelas perawatan yaitu kelas 1 dan 2, kelas satu terdiri dari 4 tempat tidur, kelas 2 terdiri dari 7 tempat tidur, ruang perawatan pasien penyakit menular (isolasi) yang terdiri dari 2 ruang masing-masing ruang memiliki 2 tempat tidur serta ruang observasi yang memiliki 2 tempat tidur..

#### 4.1.3 Ketenagaan

Tenaga kerja diruangan Kapernaum RSK Lindimara Waingapu dengan penjabaran sebagai berikut :

Tenaga kerja di Ruang Kapernaum Rumah Sakit Kristen Lindimara dengan penjabaran sebagai berikut :

Tabel 4.1

Ketenagaan Ruang Kapernaum Rumah Sakit Kristen Lindimara pada bulan Maret 2020

Jenis tenaga	Jumlah	Presentase (%)
Perawat Vasokosional (DIII)	7	94 %
Administrasi	1	2,9 %
Cleaning Service	2	5,9 76 %
Jumlah	1	100 %

*Sumber : Ruang Kapernaum Rumah Sakit Kristen Lindimara 2020*

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa tenaga kerja seluruhnya adalah perawat Vasokosional (DIII) sebanyak 7 orang (94 %), dan tenaga kerja paling sedikit adalah Administrasi dan klining servis (5,9 %)

## 4.2 Data Klien

### ASUHAN KEPERAWATAN

#### PADA TN. A DENGAN PENYAKIT DEMAM THYPOID

##### I. IDENTITAS

1. Nama Pasien : Tn.A
2. Umur : 45 Tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Status : Berkeluarga
5. Agama : Kristen Protestan
6. Suku/Bangsa : Sumba/Indonesia
7. Bahasa : Bahasa Indonesia
8. Pendidikan : SD
9. Pekerjaan : Petani
10. Alamat : Bidi Praing
11. Penanggung jawab : KIS
12. Tanggal MRS : 09-03-2020 Jam : 09.45 wib

##### II. Riwayat Sakit Dan Kesehatan

###### 1. Riwayat Sebelum Sakit

###### a. Penyakit berat yang pernah diderita

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit berat atau penyakit menular

###### b. Obat – obat yang pernah dikonsumsi

Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan

c. Kebiasaan berobat

Pasien mengatakan jika sakit berobat ke puskesmas

d. Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi

e. Alat bantu yang digunakan

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu dalam melakukan kegiatan/aktivitas

2. Riwayat penyakit sekarang

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan mual, muntah, rasa tidak enak di perut tidak ada nafsu makan, demam, dan pusing

b. Tanggal mulai sakit

Pasien mengatakan sakit mulai tanggal 08-03-2020

c. Proses terjadinya sakit

Pasien mengatakan awal terjadinya sakit perut, nyeri ulu hati dan tidak lancar buang air besar

d. Upaya yang telah dilakukan untuk menanggulangnya

Pasien mengatakan sudah pergi berobat ke puskesmas sebanyak 2 kali

3. Riwayat kesehatan keluarga

a. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

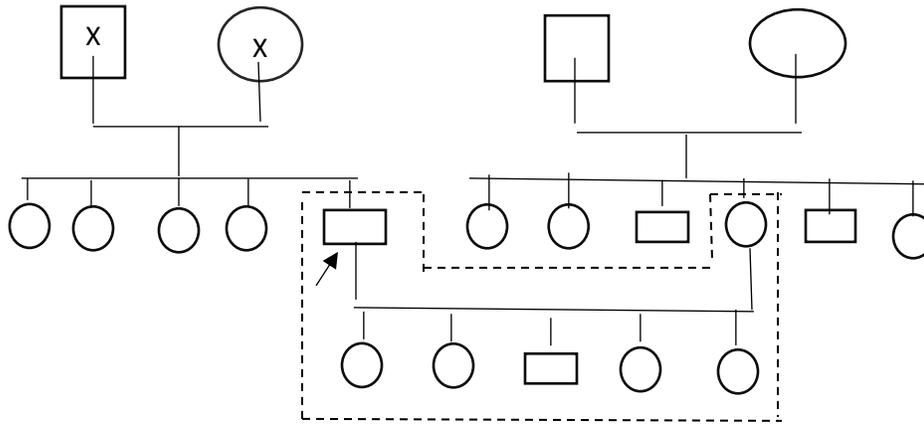
Pasien mengatakan penyakit yang pernah diderita anggota keluarga adalah demam, batuk dan sakit kepala

b. Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

Pasien mengatakan saat ini keluarganya sehat-sehat saja

c. Susunan anggota keluarga

### GENOGRAM



Ket :

- = laki- laki
- = perempuan
- ↗ = sakit
- X = meninggal

### III. Pola fungsi kesehatan

#### 1. Presepsi terhadap kesehatan (keyakinan terhadap kesehatan dan sakit)

Pasien mengatakan kesehatan merupakan berkat dari tuhan sedangkan penyakit atau sakit merupakan teguran dari tuhan

## 2. Pola aktivitas dan latihan

### a. Kemampuan perawatan diri (Diisi sebelum dan sesudah MRS)

Tabel 4.2 Kemampuan perawatan diri

Aktivitas	SMRS			MRS		
Mandi	0			0		
Berpakaian/berdandan	0			0		
Eliminasi/toileting	0			0		
Mobilitas ditempat tidur	0			0		
Berpindah	0			0		
Berjalan	0			0		
Naik tangga	0			0		
Berjalan	0			0		
Memasak	0			0		
Pemeliharaan rumah	0			0		

### b. Kebersihan diri

#### 1. Mandi

SMRS : pasien mengatakan mandi dua kali dalam sehari

MRS : pasien mengatakan belum mandi tetapi sudah dilap dengan air hangat

## 2. Gosok gigi

SMRS : pasien mengatakan gosok gigi dua kali sehari

MRS : pasien mengatakan tetap gosok gigi dua kali sehari

## 3. Keramas

SMRS : pasien mengatakan keramas atau cuci rambut setiap kali mandi

MRS : pasien mengatakan belum keramas

## 4. Potong kuku

SMRS : pasien mengataan potong kuku setiap satu minggu sekali

MRS : pasien mengatakan belum potong kuku

### c. Aktivitas sehari-hari

SMRS : pasien mengatakan selalu menghabiskan waktunya setiap hari dengan cara bertani dikebun dan disawah

MRS : pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas apapun selain tidur

### d. Rekreasi

### e. Olah raga

SMRS : pasien mengatakan tidak pernah berolahraga

MRS : pasien mengatakn tidak berolahraga

## 3. Pola istirahat dan tidur

### a. Waktu tidur

SMRS : pasien mengatakan tidak pernah tidur siang sedangkan pada malam hari dari jam 20:00-05:00 pagi

MRS : pasien mengatakan tidak bisa tidur

b. Jumlah jam tidur

SMRS : pasien mengatakan tidak pernah tidur siang sedangkan malam dari jam  
20:00-05:00

MRS : tidur siang hanya 30 menit karena lingkungan baru sedangkan malam 4  
jam

c. Masalah dirumah sakit

pasien mengatakan tidak memiliki masalah tetapi tidurnya terganggu

4. Pola nutrisi dan metabolik

a. Pola makan

➤ Frekuensi

SMRS : pasien mengatakan makan tiga kali sehari

MRS : pasien mengatakan nafsu makan berkurang karena mual muntah 3x sehari

➤ Jenis

SMRS : pasien mengatakan makanan yang dimakan dirumah yaitu nasi  
putih, sayur dan lauk

MRS : pasien mengatakan makan bubur

➤ Porsi

SMRS : pasien mengatakan makan habis dalam satu porsi

MRS : pasien mengatakan hanya makan setengah porsi

➤ Pantangan

SMRS : pasien mengatakan tidak memiliki pantangan

MRS : pasien mengatakan tidak memiliki pantangan

➤ Diet khusus

SMRS : pasien mengatakan tidak memiliki diet khusus

MRS : pasien mengatakan memiliki diet khusus

➤ Makanan yang disukai

SMRS : pasien mengatakan semua jenis makanan disukainya

MRS : pasien mengatakan makanan yang disukai yaitu buah

➤ Nafsu makan dirumah sakit

Pasien mengatakan nafsu makannya selama dirumah sakit sedikit menurun karena mual dan muntah

➤ Kesulitan menelan

Pasien mengatakan tidak memiliki kesulitan dalam menelan tetapi karena mual dan muntah sehingga nafsu makannya menurun

➤ NG Tube

Pasien tidak terpasang NGT Tube

b. Pola minum

➤ Frekuensi

SMRS : pasien mengatakan minum enam gelas dalam sehari

MRS : pasien mengatakan hanya minum sedikit yaitu 4 gelas dalam sehari

➤ Jenis

Air putih

➤ Porsi

Enam gelas dalam sehari

➤ Pantangan

Pasien mengatakan tidak memiliki pantangan

➤ Diet khusus

Pasien mengatakan tidak ada diet khusus

➤ Minuman yang disukai

Pasien mengatakan menyukai semua jenis minuman

5. Pola eliminasi

a. Buang air besar (BAB)

➤ Frekuensi

SMRS : pasien mengatakan BAB dua kali sehari

MRS : pasien mengatakan belum BAB

➤ Warna

SMRS : pasien mengatakan saat BAB berwarna kuning-kecoklatan

MRS : pasien mengatakan belum BAB sehingga tidak tau warnanya

➤ Konsistensi

SMRS : pasien mengatakan konsistensi BABnya padat dan lunak

MRS : pasien mengatakan belum BAB

➤ Masalah dirumah sakit

Pasien mengatakan tidak bisa buang air besar

b. Buang air kecil (BAK)

➤ Frekuensi

SMRS : pasien mengatakan BAK 4x sehari

MRS : pasien mengatakan BAK 5x sehari

➤ Jumlah

SMRS : pasien mengatakan jumlah BAK sama dengan setelah masuk rumah sakit

➤ Warna

SMRS : pasien mengatakan warna urinnya berwarna kuning pucat

MRS : pasien mengatakan urinnya berwarna kuning pucat

➤ Masalah dirumah sakit

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dirumah sakit

## 6. Pola kognitif perseptual

➤ Berbicara

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dalam berbicara

➤ Bahasa sehari-hari

Pasien mengatakan sehari-hari berbicara menggunakan bahasa indonesia

➤ Kemampuan membaca

Pasien masih mampu membaca

➤ Tingkat ansietas

Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya

➤ Kemampuan interaksi

Pasien dapat berinteraksi dengan baik

➤ Vertigo

Pasien mengatakan sakit kepala

## 7. Pola konsep diri

➤ Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai bentuk tubuhnya karena pemberian dari tuhan

➤ Ideal diri

Pasien mengatakan ingin bekerja lagi sehingga dapat membantu keadaan ekonomi keluarganya

➤ Harga diri

Pasien mengatakan baik-baik saja selama tidak ada yang merendahkan anggota keluarganya

➤ Identitas diri

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki

➤ Peran

Pasien mengatakan bahwa ia bapak dari 5 orang anak dan suami dari istrinya

8. Pola koping

➤ Pola koping umum

Pasien selalu didampingi anaknya saat dirumah sakit

➤ Masalah utama selama masuk rumah sakit

➤ Kehilangan / perubahan yang terjadi sebelumnya

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu bekerja di kebun tetapi setelah sakit pasien tidak melakukan pekerjaan lagi

9. Pola sosial reproduksi

10. Pola peran-hubungan

➤ Presepsi terhadap peran utama dalam kehidupan sehari-hari

Pasien mengatakan sudah menjadi tugas suami dan ayah untuk mencari nafkah

➤ Pekerjaan

Pasien mengatakan bekerja sebagai petani

➤ Kualitas bekerja

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat bekerja dengan baik tetapi setelah masuk rumah sakit pasien tidak mampu melakukan pekerjaan

➤ Hubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan hubungan dengan orang lain baik-baik saja

11. Pola nilai kepercayaan

➤ Agama

Kristen Protestan

➤ Pelaksanaan ibadah

Pasien mengatakan sering beribadah di gereja

➤ Pantangan agama

Pasien mengatakan tidak memiliki pantangan agama

➤ Meminta kunjungan rohaniawan/ti

**IV. PENGKAJIAN FISIK**

1. Keadaan umum : pasien tampak lemah

2. Tanda-tanda vital :

TD : 90/60 mmHg

N : 121 X/menit

S : 37,7C

RR : 21 X/menit

TB/ BB: 165cm/ 53kg

### 3. Sistem pernapasan

- Inspeksi : bentuk simetris,tidak ada masa dan sputum
- Palpasi : tidak nyeri tekan
- Perkusi : resocor pada lapang dada
- Auskultasi : normal

### 4. Sistem kardiovaskuler

- Inspeksi : dada simetris, tidak ada pembesaran dada kiri dan kanan
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : tidak terdengar suara pekak
- Auskultasi : terdengar suara jantung S1 (lub) dan S2 (dup), Gailop (-)  
murmur (-)

### 5. Sistem persyarafan

### 6. Sistem perkemihan

- Inspeksi : pasien mengatakan bentuk alat kelaminnya normal
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada vesita urinaria

### 7. Sistem pencernaan

- Inspeksi : bentuk mulut simetris,mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis
- Palpasi : terdapat nyeri tekan pada abdomen atas atau bagian ulu hati

### 8. Sistem musculoskeletal

- Inspeksi : pada tangan kiri pasien terpasang infus Ns. 0.9% 20 Tpm
- Palpasi : tidak ada udemata pada tangan

## 9. Integumen

- Inspeksi : warna kulit sawo matang, kulit bersih dan tidak ada lesi
- Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan kulit tidak kasar

## 10. Sistem reproduksi

## 11. Sistem penginderaan

### ➤ Mata

Inspeksi : bentuk simetris, konjungtiva berwarna merah muda, penglihatan baik dan tidak ada alat bantu penglihatan

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

### ➤ Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada massa dan sputum

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

### ➤ Telinga

Inspeksi : bentuk simetris terdapat serumen, pendengaran baik

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada tragus dan mastoid

## V. PEMERIKSAAN PENUNJANG

tabel . 4.3 pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Normal
WBC	13 k/u	4.0-12.0 k/uL
RBC	5.39 x 10 <sup>6</sup> /uL	4.00-5.50
HGB	13.6 g/dL	12.0-16.0
Salmonella thypy O	1/320	1/80
Salmonella thypy H		1/80

Salmonela thypy AO	1/320	<b>1/80</b>
Salmonela thypy BO	1/320	<b>1/80</b>
	1/160	

## VI. TERAPI

tabel 4.4 terapi

No	Nama	Dosis	Cara pemberian
1	Infus NS 0,9%	20 tpm	Iv
2	Donperidon	30.9/8 jam	Oral
3	Paracetamol	1000 mg/8 jam	Oral
4	Duncolaxsupo	10 mg	Supo
5	Ceftriaksone	39ml	Iv

## VII . ANALISA DATA

tabel 4.5 analisa data

No	Data fokus	Etiologi	Masalah
1	Ds : pasien mengatakan tidak mau makan  Do : pasien tampak mengeluh dan meringgis  BB sebelum masuk 53 kg	Anoreksia,mual dan muntah	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	<p>BB sesudah masuk rumah sakit 50 kg</p> <p>IMT : <math>50 / (16,5)^2</math></p> <p><math>50 / 2,7225</math></p> <p>= 18,3</p> <p>Pasien hanya menghabiskan 4-6 sendok makan, bibir kering , pecah-pecah</p>		
--	---	--	--

### VIII. DIAGNOSA

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia, mual dan muntah

### XI. PERENCANAAN

table 4.6 intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia, mual dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pola nutrisi</li> <li>2. Pertahankan makanan pasien sesuai jadwal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui pola makan pasien</li> <li>2. Mempertahankan BB pasien</li> <li>3. Agar mencegah</li> </ol>

	<p>muntah</p>	<p>tidak mual dan muntah dengan kriteria hasil :  Pasien mau makan  Pasien tampak lahap pada saat makan</p>	<p>3. Pastikan diet mencakup tinggi serat  4. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering  5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan jenis zat gizi yang diperlukan</p>	<p>terjadinya konstipasi  4. Agar makan pasien kembali normal  5. Untuk mengetahui kalori yang dibutuhkan pasien</p>
--	---------------	---	--	--

**IX. IMPLEMENTASI**

**tabel 4.7 implementasi**

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  b.d anoreksia, mual</p>	<p>Rabu, 11/03/2020</p>	<p>1. mengkaji pola nutrisi</p>	<p><b>S</b> : pasien mengatakn nafsu makan masih berkurang</p>

	dan muntah	10:45  11:00  11:30  12:05  12:30	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. mempertahankan makanan pasien sesuai jadwal</li> <li>3. berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya</li> <li>4. menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering</li> <li>5. mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan zat gizi yang di perlukan</li> </ol>	<p>O : pasien tampak mual dan muntah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia, mual dan muntah	Kamis,12/03/2020  08:20  08:35  09:00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengkaji pola nutrisi</li> <li>2. mempertahankan makanan pasien sesuai jadwa</li> <li>3. memberikan informasi yang tept tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya</li> <li>4. menganjurkan pasien</li> </ol>	<p><b>S</b> : pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai bertambah</p> <p>O : pasien tampak masih mual dan muntah tapi tidak sering</p> <p>A : masalah teratasi</p>

		09:20	makan sedikit tapi sering	sebagian
		09:55	5. mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan zat gizi yang diperlukan	P : lanjutkan intervensi
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia, mual dan muntah	Jumat, 13/03/2020		<b>S</b> : pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik
		12:15	1. mengkaji pola nutrisi	
		12:35	2. mempertahankan makanan pasien sesuai jadwa	O : pasien tidak mual dan muntah dan menghabiskan 1 porsi makanan
		13:00	3. memberikan informasi yang tept tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya	A: masalah teratasi
			4. menganjurkan pasien makan sedikit tapi	P : intervensi dihentikan

		13:10	sering 5. mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan zat gizi yang diperlukan	
--	--	-------	---	--

ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA TN. F DENGAN PENYAKIT DEMAM THYPOID

I. PENGKAJIAN

1. Nama : Tn. F
2. Umur : 17 Tahun
3. Jenis kelamin : laki laki
4. Status : belum menikah
5. Agama : Kristen Protestan
6. Suku/bangsa : Sumba/ Indonesia
7. Bahasa : Indonesia
8. Pendidikan : SMP
9. Pekerjaan : Pelajar
10. Alamat : maubokul
11. Penanggung jawab : KIS
12. Tanggal MRS : 15-03-2020 Jam : 21.03 WIT

II. RIWAYAT SAKIT DAN KESEHATAN

1. RIWAYAT SEBELUM SAKIT

- a) Penyakit berat yang dialami  
Keluarga mengatakan pasien tidak pernah menderita penyakit berat atau penyakit menular.
- b) Obat obat yang biasa dikonsumsi  
Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan.
- c) Kebiasaan berobat  
Keluarga mengatakan belum pernah berobat.
- d) Alergi  
Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi baik makanan ataupun minuman.
- e) Alat bantu yang digunakan  
Klien tidak menggunakan alat bantu.

2. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

- a) Keluhan Utama

Klien mengatakan mual dan muntah

b) Tanggal Mulai Sakit

keluarga mengatakan pasien mulai sakit pada pada tanggal 14-03-2020.

c) Proses Terjadinya Penyakit

Klien mengatakan awal terjadinya sakit yaitu lemas, nyeri ulu hati dan demam.

### 3 RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

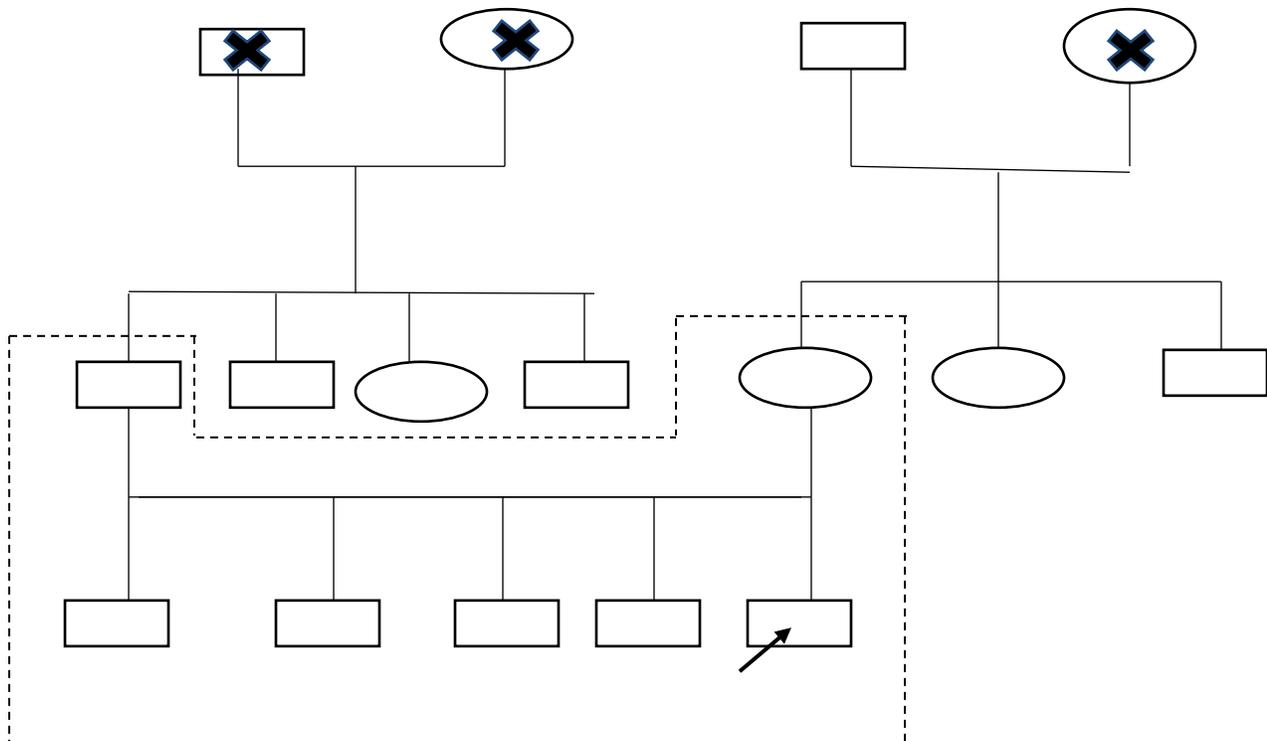
a) Riwayat penyakit keluarga yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Keluarga mengatakan penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga adalah sakit kepala, batuk dan pilek.

b) Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

Keluarga mengatakan saat ini anggota keluarganya sehat sehat saja.

c) Susunan anggota keluarga ( genogram )



Keterangan :

□ : laki laki  
○

- : perempuan
- : sakit
- ✘ : meninggal
- : tinggal serumah

### III.POLA FUNGSI KESEHATAN

#### 1. Persepsi terhadap kesehatan

keluarga mengatakan kesehatan merupakan berkat dari Tuhan dan sakit merupakan ujian dari tuhan.

#### 2. Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan dapat melakukan personal hygiene, berpindah, berjalan secara mandiri.

##### a) Kebersihan diri

##### 1. Mandi :

SMRS : klien mengatakan mandi dua kali dalam sehari.

MRS : klien mengatakan mandi satu kali dalam sehari.

##### 2. Gosok gigi :

SMRS : klien mengatakan gosok gigi dua kali dalam sehari

MRS : klien mengatakan tetap gosok gigi dua kali dalam sehari.

##### 3. Keramas :

SMRS : klien mengatakan keramas atau cuci rambut setiap kali mandi.

MRS : klien mengatakan belum pernah keramas.

##### 4. Potong kuku :

SMRS : klien mengatakan potong kuku satu kali dalam seminggu.

MRS : klien mengatakan belum pernah potong kuku.

##### b) Aktivitas sehari hari

SMRS : klien mengatakan selalu menghabiskan waktunya dari pagi sampai siang hanya disekolah.

MRS : klien mengatakan tidak melakukan aktivitas apa apa selain tidur.

c) Olah raga :

SMRS : klien mengatakan olah raga satu kali dalam seminggu.

MRS : klien mengatakan belum pernah olah raga.

3. Pola istirahat dan tidur

a) Waktu tidur

SMRS : klien mengatakan tidur siang dari jam 2:30 sampai jam 04:00  
sedangkan tidur malam dari jam 11:00 sampai jam 06:00.

MRS : klien mengatakan susah tidur karna lingkungan baru dan pencahayaan  
yang terang.

b) Jumlah jam tidur

SMRS : klien mengatakan lama jam tidur siang yaitu satu setenga jam  
sedangkan tidur malam tujuh jam.

c) Masalah dalam tidur

Klien mengatakan tidak memiliki masalah tidur tetapi tidurnya selalu terganggu  
karna lingkungan baru dan pencahayaan yang terang.

4. pola nutrisi dan metabolik

a). pola makan

➤ frekuensi

SMRS : klien mengatakan akan tiga kali dalam sehari

MRS : klien mengatakan nafsu makan berkurang karna mual dan  
muntah

➤ jenis

SMRS : klien mengatakan makanan yang di makan dirumah yaitu

nasih putih, sayur dan ika

MRS : klien mengatakan hanya makan bubur.

➤ porsi

SMRS : klien mengatakan makan habis dalam satu porsi.

MRS : klien mengatakan hanya makan satu perempat porsi.

➤ Pantangan

SMRS : klien mengatakan tidak memiliki pantangan soal makanan.

MRS : klien mengatakan tidak memiliki pantangan.

➤ Diet khusus

SMRS : klien mengatakan tidak memiliki diet khusus.

MRS : klien mengatakan memiliki diet bubur.

➤ Makanan yang disukai

SMRS : klien mengatakan tidak menyukai makanan pahit.

MRS : klien mengatakan makanan yang disukai yaitu hanya bubur.

➤ Nafsu makan dirumah sakit

Klien mengataka nafsu makannya selama dirumah sakit sedikit berkurang karna mual dan muntah.

➤ Kesulitan menelan

Klien mengatakan tidak memiliki kesulitan menelan tetapi rasa mual dan muntah yang membuat nafsu makannya berkurang.

➤ NG tube

Klien tidak terpasang NGT.

## 2. Pola minum

➤ Frekuensi

SMRS : klien mengatakan minum tujuh sampai delapan kali dalam sehari.

MRS : klien mengatakan minum sedikit berkurang yaitu empat sampai lima kali dalam sehari.

➤ Jenis

Air putih.

➤ Jumlah

SMRS : klien mengatakan jumlah minum dalam sehari bisa menghabiskan 1.400 cc sampai 1.600 cc.

MRS : klien mengatakan jumlah minum dalam sehari hanya bisa menghabiskan 800 cc sampai 1000 cc.

➤ Pantangan

Klien mengatakan tidak memiliki pantangan soal minum.

#### 4. Pola eliminasi

##### a.) Buang air besar ( BAB )

➤ Frekuensi

SMRS : klien mengatakan buang air besar dua kali dalam sehari.

MRS : klien mengatakan buang air besar satu kali dalam sehari.

➤ Warna

SMRS : klien mengatakan buang air besar berwarna coklat.

MRS : klien mengatakan buang air besar berwarna kuning.

➤ Konsistensi

SMRS : klien mengatakan konsistensinya yaitu padat dan lunak.

MRS : klien mengatakan konsistensinya yaitu lunak.

➤ Masalah dirumah sakit

Klien mengatakan tidak memiliki masalah.

##### b). Buang air kecil ( BAK )

➤ Frekuensi

SMRS : klien mengatakan buang air kecil empat sampai lima kali dalam Sehari.

MRS : klien mengatakan buang air kecil empat kali dalam sehari.

➤ Jumlah

SMRS : klien mengatakan jumlah buang air kecil dalam sehari yaitu 800 cc sampai 1000 cc.

MRS : klien mengatakan jumlah buang air kecil dalam sehari 700 cc sampai 900 cc.

➤ Warna

SMRS : klien mengatakan urinnya berwarna kuning pucat.

MRS : klien mengatakan urinnya berwarna kuning pucat.

➤ Masalah dirumah sakit

Klien mengatakan tidak memiliki masalah dirumah sakit.

#### 6.pola kognitif perseptual

- Berbicara  
klien dapat berbicara dengan normal.
- Bahasa sehari hari  
Klien mengatakan bahasa sehari yang digunakan yaitu bahasa indonesia.
- Kemampuan membaca  
Klien mampu membaca dan tidak menggunakan kacamata.
- Tingkat aniseatas  
Klien mangatakan biasa biasa saja dengan penyakitnya.
- Kemampuan interaksi  
Klien mempu berinteraksi dengsn baik.
- Vertigo  
Klien mengatakan sakit kepala.

#### 5. Pola konsep diri

- Gambaran Diri  
klien menagatakan dirinya menyukai bentuk tubuhnya karna pemberian dari Tuhan.
- Ideal diri  
klien mengatakan ingin cepat sembuh karna ingin masuk sekolah seperti biasa
- Identitas diri  
klien mengatakan bahwa dirinya seorang laki laki.
- Harga diri  
keluarga mengatakan baik baik saja selama ini karna tidak ada yang merendahkan anggota keluarganya.
- Peran  
Klien mengatakan bahwah ia anak kelima dari lima bersaudara dan anak kandung dari kedua orang tuanya.
- Minuman yang disukai  
SMRS : klien mengatakan minuman yang disukai yaitu teh manis.  
MRS : klien mengatakan yang disukai yaitu iar putih dan buah vita.

#### 8. pola konsep diri

➤ Pola koping umum

Klien mengatakan ia selalu didampingi selama ia masih dirumah sakit.

➤ Perubahan yang terjadi sebelumnya

Klien mengatakan sebelum sakit ia selalu pergi kesekolah setelah sakit ia tidak pernah kesekolah.

9. Pola peran hubungan

➤ Persepsi terhadap peran utama dalam kehidupan sehari hari

Klien mengatakan sudah menjadi anak untuk bersekolah.

➤ Pekerjaan

Klien mengatakan belum bekerja karna masih sekolah.

➤ Kualitas kerja

SMRS : klien mengatakan dapat bersekolah dengan normal.

MRS : klien mengatakan tidak dapat bersekolah dengan baik.

➤ Hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan hubungannya dengan orang lain selalu baik

10. Pola nilai kepercayaan

➤ Agama

Klien mengatakan dirinya beragama Kristen Protestan

➤ Pelaksanaan ibadah

Klien mengatakan pergi ke gereja setiap minggu

➤ Pantangan agama

Klien mengatakan tidak memiliki pantangan dalam agama.

#### IV. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : klien tampak lemah

2. Tanda-tanda vital :

TD : 110/60 mmHg

N : 100 x/m

RR : 20 x/m

S : 37,8 °C

Tb/ BB : 162cm / 48kg

3. Sistem Pernafasan

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada massa dan tidak ada sputum.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada sinus frontalis, maksilaris dan nyeri tidak ada.

Perkusi: bunyi resonansi pada lapang dada.

#### 4. Sistem Kardiovaskular

Inspeksi : dada simetris, tidak ada pembesaran dada kiri dan kanan.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan frekuensi nadi 100 x/m.

Perkusi : tidak terdengar suara pekak.

Auscultasi : terdengar suara jantung S1 ( lub ) dan S2 ( dub ) gallop ( - ) murmur ( - )

#### 5. Sistem Perkemihan

Inspeksi : klien mengatakan bentuk alat kelamin normal.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada vesika urinaria.

#### 6. Sistem Pencernaan

Inspeksi : bentuk mulut simetris, mukosa bibir lembab tidak ada stomatitis.

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada abdomen atau bagian ulu hati.

#### 7. Sistem Muskuloskeletal

Inspeksi : pada tangan kanan terpasang infus Ns,09 persen.

Palpasi : tidak ada oedema pada tungkai, kekuatan otot kiri dan kanan 5.

#### 8. Sistem integumen

Inspeksi : warna kulit sawo matang, kulit bersih dan terdapat lesi di wajah.

#### 9. Sistem Penginderaan

##### a) Mata

Inspeksi : bentuk simetris, konjungtiva berwarna merah muda, penglihatan baik dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

##### b) Hidung

Inspeksi : bentuk simetris dan tidak ada sputum.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

##### c) Telinga

Inspeksi : bentuk simetris dan tidak terdapat serumen.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada tragus dan mastoid.

## V. PEMERIKSAAN PENUNJANG

tabel 4.8 pemeriksaan penunjang

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Normal
1	WBC	4.11x10 <sup>3</sup> /ul	.00 – 10
2	RBC	5.29x10 <sup>6</sup> /ul	400 -5 .500
3	HGB	13.39/dl	12.0 -16.6
4	SALMONELLA THYPY O	1/320	1/80
5	SALMONELLA THYPY H	1/320	1/80
6	SALMONELLA PARATHYPY AO	1/320	1/80
7	SALMONELLA PARATHYPY BO	1/160	1/80

## VII. TERAPI

tabel 4.9 terapi

No	Nama obat	Dosis	Cara pemberian
1	Infus RL :	20tpm	Iv
2	Parasetamol	500 mg / 8 jam	Oral
3	Donperidon	30 mg / 8 jam	Oral
4	Po zink	20 mg / 24 jam	Oral
5	Inj ceftriaxone	1 g / 24 jam	Iv

VIII. ANALISA DATA  
 tabel 4.10 analisa data

NO	Data focus	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan nafsu makan berkurang akibat terasa mual dan muntah 3x sehari</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. BB sebelum masuk 50 kg</li> <li>3. BB setelah masuk 48 kg</li> <li>4. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi</li> </ol> <p>IMT : <math>48 / (1,62)^2</math></p> <p style="padding-left: 40px;"><math>48 / 2,6244</math></p> <p style="padding-left: 40px;"><math>= 18,2</math></p>	<p>Anoreksia mual dan muntah</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>

## VIII. Intervensi

tabel 4.11 intervensi

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan nafsu makan berkurang akibat terasa mual dan muntah 3x sehari</p>	<p>Setelah dilakuakn tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>Diharapkan klien tidak mual dan muntah</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mau makan</li> <li>2. Klien terlihat lahap saat makan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pola nutrisi</li> <li>2. Pertahankan makanan klien sesuai jadwal</li> <li>3. memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya</li> <li>4. Anjurkan klien makan sedikit epi sering</li> <li>5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan zat gizi yang diperlukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui porsi makan klien</li> <li>2. Mempertahankan berat badan klien</li> <li>3. Agar keluarga paham tentang gizi yang tepat</li> <li>4. Agar makan klien kembali normal</li> <li>5. Untuk mengetahui kalori yang dibutuhkan klien</li> </ol>

## IMPLEMENTASI

tabel 4.12 implementasi

NO	Diagnosa KEP.	Hari /tanggal	Implementasi	Evaluasi

1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan nafsu makan berkurang akibat terasa mual dan muntah 3x sehari</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. BB sebelum masuk 56 kg</li> <li>3. BB setelah masuk 53 kg</li> <li>4. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi</li> </ol>	<p>Rabu, 11/03/2020</p> <p>09:15</p> <p>12:00</p> <p>12:15</p> <p>12:25</p> <p>12:40</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji pola nutrisi</li> <li>2. Mempertahankan makanan sesuai jadwal</li> <li>3. Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya</li> <li>4. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering</li> <li>5. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan zat gizi yang diperoleh</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan nafsu makan masih berkurang</p> <p>O : klien Tampak mual dan muntah</p> <p>A : masalah Belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan.</p>
---	--	--	---	--

No	Diagnosa kep.	Hari/ tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan nafsu makan berkurang akibat terasa mual dan muntah 3x sehari</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. BB sebelum masuk 56 kg</li> <li>3. BB setelah masuk 48 kg</li> <li>4. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi</li> </ol>	<p>Kamis,12/03/2020</p> <p>09:20</p> <p>09:30</p> <p>09:45</p> <p>10:00</p> <p>10:15</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji pola nutrisi</li> <li>2. Mempertahankan makanan klien sesuai jadwal</li> <li>3. Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya</li> <li>4. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering</li> <li>5. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan zat gizi yang di perlukan</li> </ol>	<p>S : klien</p> <p>Mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik</p> <p>O : klien tampak mual dan muntah</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>

No	Diagnosa kep.	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Ds :</p> <p>Klien mengatajan nafsu makan berkurang akibat terasa mual dan muntah 3xsehari</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. BB sebelum masuk 50 kg</li> <li>3. BB setelah masuk 48 kg</li> <li>4. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi</li> </ol>	<p>Jumad,13/03/2020</p> <p>09:20</p> <p>09:30</p> <p>09:45</p> <p>10:00</p> <p>10:15</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji pola nutrisi</li> <li>2. Mempertahan makan klien sesuai jadwal klien</li> <li>3. Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya</li> <li>4. Menganjurkan makan sedikit tapi sering</li> <li>5. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan zat gizi yang di perlukan</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan nafsu makan sudah Membaik</p> <p>O : klien tidak mual dan muntah dan menghabiskan satu porsi makanan</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : interensi Dihentikan</p>

## A. PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang telah dilakukan berdasarkan langkah –langkah yang telah ditentukan, maka akan dibahas sesuai variabel yang diteliti sebagai berikut:

### 1. Hasil pengkajian

Pengkajian merupakan komponen dasar dalam proses keperawatan sehingga dengan pengkajian yang tepat akan menentukan langkah berikutnya (Potter & Perry, 2005)

Menurut Nursalam (2008) keluhan utama pada pasien dengan demam thypoid adalah perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala dan kurang bersemangat serta nafsu makan berkurang (terutama selama masa inkubasi). Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun berapapun dalam, yaitu apatis sampai somnolen. Jarang terjadi sopor, koma atau gelisah (kecuali penyakitnya berat dan terlambat mendapatkan pengobatan)

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada partisipan di ruang Kapernaum Rumah Sakit Kristen Lindimara, dalam Demam Thypoid didapatkan data sebagai berikut:

#### a. Data subjektif

Pada data subjektif dari pengkajian antara 2 klien didapatkan keluhan yang sama yaitu mual dan muntah, penurunan nafsu makan dan lemas, tetapi penurunan nafsu makan klien 1 lebih berat daripada klien 2.

Menurut Rampengan (2008) mengatakan bahwa manifestasi klinis Thypoid adalah keluhan dan gejala menyerupai penyakit infeksi akut pada umumnya seperti demam, nyeri kepala, anoreksia, mual, muntah,

bibir kering, bibir pecah, diare atau konstipasi, lidah tertutup selaput putih kotor (coated tongue) , abdomen kembung (meteorismus) dan suhu badan yang meningkat, pembesaran hati dan limpa, mungkin disertai gangguan kesadaran yang ringan sampai berat.

Menurut peneliti tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik tetapi peneliti menemukan tingkat respon yang berbeda dalam penerimaan nutrisi yang ditunjukkan oleh klien yang berbeda. Adapun pada klien 1 lebih melakukan penolakan dalam penerimaan nutrisi daripada klien 2.

b. Data Objektif

Pemeriksaan fisik pada data objektif antara klien 1 dan klien 2 didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda gejala yang sama yakni pada klien 1 ditemukan TD: 90/60 , N: 121x/menit, S: 37,7°C, N: 121x/menit, RR: 21x/menit, kesadaran composmentis, GCS 15 , Tb/BB : 165cm/50kg klien tidak mau makan , sedangkan pada klien 2 TD : 110/60 mmhg, N : 100x/menit, S: 37,8°C, RR : 20x/menit, kesadaran composmentis, GCS 15, Tb/BB: 162cm/48kg klien mau makan tapi porsi sedikit.

Menurut Aden(2010) bahwa pada pengkajian biasanya nafsu makan berkurang karena terjadi gangguan pada usus halus, kemudian dijelaskan Rampengan (2008) bahwa selama sakit klien mengalami merasakan sakit pada perutnya karena mual, muntah , diare atau konstipasi.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan diagnositik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah :

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah.

Menurut Herdman (2015) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah, dengan data subjektif : klien tidak mau makan , data objektif : bibir kering dan pecah-pecah, lidah kotor (coated tongue)

Menurut peneliti klien dengan riwayat thypoid dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak segera di atasi akan mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolic. Diagnosa keperawatan ini diambil dari batasan karakteristik yang muncul pada tanda gejala kedua klien.

## 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 adalah pada klien 1 diberikan infuse Ns 0,9 % 20tpm/iv, Donperidon 30g /8jam peroral, Paracetamol 1000mg/8jam peroral, Dulcolaxsupo 10mg, Ceftriaksone 39ml/Iv sedangkan klien 2 diberikan infuse RL 20tpm/Iv, paracetamol 500mg/8jam, Donperidon 30mg/8jam peroral, Po zinc 20mg/2jam peoral, inj. Ceftriaxone 1g/2jam/Iv.

Menurut peneliti intervensi keperawatan digunakan sesuai dengan keluhan utama dan tanda gejala yang dialami klien 1 dan klien 2. Intervensi keperawatan menurut NIC-NOC (2015) dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menggunakan NOC status nutrisi dengan NIC manajemen nutrisi : mengkaji adanya alergi makanan dan jika klien didapat mempunyai alergi makanan dapat dicegah dalam pemberian makanan, melakukan perawatan mulut sebelum makan, pastikan diet mencakup makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi , berikan kalori kebutuhan nutrisi , beri obat-obatan sebelum makan jika diperlukan. Monitor kalori dan asupan makanan , monitor kecendrungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan. NOC nafsu makan dengan NIC monitor nutrisi : Timbang berat badan pasien, monitor adanya penurunan berat badan , monitor turgor kulit, monitor kulit kering, monitor adanya mual muntah, identifikasi abnormalitas eliminasi bowel, monitor diet dan asupan makanan, identifikasi penurunan nafsu makan, monitor kekeringan , rambut kusam dan mudah patah, monitor adanya warna pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering, monitor kadar HB dan kadar Ht, monitor makanan kesukaan, monitor pertumbuhan dan perkembangan.

Menurut peneliti intervensi yang digunakan sesuai dengan keluhan dan tanda dan gejala yang dialami klien 1 dan klien 2.

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi keperawatan, tetapi untuk kolaborasi pemberian terapi pada klien 1 di berikan infus Ns 0,9 % 20tpm/iv, Donperidon

30g /8jam peroral, Paracetamol 1000mg/8jam peroral, Dulcolaxsupo 10mg, Ceftriaksone 39ml/Iv sedangkan pada klien 2 diberikan infuse RL 20tpm/Iv, paracetamol 500mg/8jam, Donperidon 30mg/8jam peroral, Po zinc 20mg/2jam peoral, inj. Ceftriaxone 1g/2jam/Iv. Hal ini menunjukkan bahwa pada kedua klien dengan masalah keperawatan yang sama tapi tidak sama dalam pemberian terapi.

Menurut Hidayat Alimul(2012), merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai tindakan keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.. jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri dan kolaborasi

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada studi kasus pada kedua klien dengan masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh sudah sesuai dengan intervensi. Jika ada penambahan pada implmentasi untuk kolaborasi dengan tim dokter itu dilakukan untuk mempercepat kesembuhan klien dalam pemenuhan nutrisi.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 3 hari, pada hari pertama dan hari kedua yang belum mnencapai kriteria hasil karena keluhan dan tanda dan gejala yang dialami klien masih teratasi sebagian dan masih sama disaat pengkajian dilakukan yakni kedua klien masih mengalami penurunan nafsu makan, rasa mual masih muncul. Pada hari ketiga kedua klien mengalami perubahan evaluasi keperawatan yang menunjukkan adanya peningkatan nafsu makan, keadaan umum kedua klien juga tampak baik. Bahkan klien 2 menurut

Visite dokter sudah diperbolehkan pulang sedangkan klien 1 masih sedikit mual tetapi keadaan umum sudah baik dan mau makan.

Menurut Nikmatur dan Saiful ( 2012) , ini adalah tahap akhir dari proses keperawatan dengan menilai sejauh mana rencana dan tindakan perawat yang telah dilakukan. Serta perbandingan keadaan klien dan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Adapun kriteria hasil yang harus dicapai untuk memperoleh evaluasi yang maksimal untuk klien dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah Klien mau makan ,Klien terlihat lahap saat makan

Menurut peneliti pada hari ke-2 , kedua klien menunjukkan hasil yang berbeda karena masih mengeluh mual , tetapi klien 2 sudah menunjukkan peningkatan nafsu makan yang baik dibanding klien 1.