

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN
GASTROENTERITIS DENGAN INTERVENSI INOVASI
PEMBERIAN MADU TERHADAP RESPON NYERI
ANAK USIA SEKOLAH YANG DILAKUKAN
TINDAKAN INVASIF DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

Fitriana Amilatus Sholeha, S.Kep

17111024120091

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
SAMARINDA
2018**

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN
GASTROENTERITIS DENGAN INTERVENSI INOVASI
PEMBERIAN MADU TERHADAP RESPON NYERI
ANAK USIA SEKOLAH YANG DILAKUKAN
TINDAKAN INVASIF DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

Fitriana Amilatus Sholeha, S.Kep

17111024120091

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
SAMARINDA
2018**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fitriana Amilatus Sholeha, S.Kep

NIM : 17111024120091

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Klien Gastroenteritis Dengan Intervensi Inovasi Pemberian Madu Terhadap Respon Nyeri Anak Usia Sekolah Yang Dilakukan Tindakan Invasif Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2018

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, 16 Januari 2018

Fitriana A. Sholeha, S.Kep
NIM. 17111024120091

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN GATROENTERITIS DENGAN INTERVENSI INOVASI
PEMBERIAN MADU TERHADAP RESPON NYERI ANAK USIA
SEKOLAH YANG DILAKUKAN TINDAKAN INVASIF DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Fitriana Amilatus Sholeha, S.Kep

17111024120091

**Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 16 Januari 2018**

Pembimbing

Ns. Maridi M. Dirdjo, M.Kep

NIDN: 1125037202

**Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif**

Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep

NIDN: 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN GASTROENTERITIS DENGAN INTERVENSI INOVASI
PEMBERIAN MADU TERHADAP RESPON NYERI ANAK USIA
SEKOLAH YANG DILAKUKAN TINDAKAN INVASIF DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Fitriana Amilatus Sholeha, S.Kep

17111024120091

**Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 16 Januari 2018**

Penguji 1

Penguji 2

Penguji 3

**Ns. Zainudin S, M.Kep.
NIP. 197201251997031004**

**Ns. Alfi Ari F., M.Kep.
NIDN: 1111038602**

**Ns.Maridi MD., M.Kep
NIDN: 1125037202**

**Mengetahui,
Ketua
Program Studi S1 Keperawatan**

**Ns. Dwi Rahmah Fitriyani, M.Kep
NIDN: 1119097601**

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillah, Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* karena atas anugerah, rahmat, dan nikmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “Analisis Praktik keperawatan pada klien Gastroenteritis dengan intervensi inovasi pemberian madu terhadap respon nyeri anak usia sekolah yang dilakukan tindakan invasif di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Penulisan laporan karya ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ners Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan laporan karya ilmiah ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan serta bimbingan yaitu kepada:

1. Bapak Ghozali MH, M.Kes., selaku ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan.
2. Ibu Ns. Dwi rahma fitriyani, M.Kep., selaku Ketua Program Studi sarjana ilmu keperawatan fakultas kesehatan UMKT.
3. Bapak Kepala Ruangan IGD dan Staf perawat IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

4. Bapak Ns. Zainudin, M.Kep., selaku Penguji I yang senantiasa memberikan masukan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan laporan ini.
5. Bapak Ns. Alfi Ari F, M.Kep., selaku Penguji II yang senantiasa memberikan masukan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan laporan ini.
6. Bapak Ns. Maridi M. Dirdjo, M.Kep., selaku Pembimbing dan Penguji III yang senantiasa memberikan bimbingan, arahan, serta masukan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan ini.
7. Seluruh staf dosen dan petugas Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur yang telah banyak membantu penulis dalam penyelesaian laporan ini.
8. Bapak dan ibu saya yang tak pernah putus do'anya untuk saya
9. Saudara-saudara saya yang selalu memberikan do'a dan motivasi kepada penulis.
10. Seluruh teman-teman fakultas kesehatan se Progam Profesi Ners yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih untuk kebersamaan, pertemanan, dan dukungan yang telah diberikan selama ini. Semoga kita semua bisa menjadi orang yang bermanfaat bagi keluarga, bangsa, dan agama. Amin.

Semoga Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* memberikan kemurahan atas segala budi baik yang telah diberikan. Penulis telah berusaha semaksimal mungkin demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, namun masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat

diharapkan. Akhirnya, penulis berharap agar laporan ini dapat bermanfaat secara maksimal untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Samarinda, 16 Januari 2017

Fitriana A. Sholeha, S.Kep
17111024120091

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Klien Gastroenteritis Akut
Dengan Intervensi Inovasi Pemberian Madu Terhadap Respon
Nyeri Anak Usia Sekolah Yang Dilakukan Tindakan Invasif
Di Ruang IGD RSUD A.Wahab Sjahranie
Samarinda Tahun 2018**

Fitriana A. Sholeha¹, Maridi M. Dirdjo²

INTISARI

Pada kasus gastroenteritis dengan dehidrasi berat memerlukan cairan intra vena. Pada kedua tindakan invasif tersebut, akan menyebabkan munculnya masalah nyeri yang sangat dikeluhkan, apalagi pada klien anak. Prosedur yang menyakitkan atau tindakan invasif karena anak sedang sakit dan harus dirawat di rumah sakit, mereka akan menjalani berbagai macam prosedur invasif seperti pemasangan infus dan pengambilan sampel darah sebagai upaya untuk mengobati penyakit yang diderita oleh anak. Penatalaksanaan mengurangi nyeri pada anak dengan tindakan non farmakologi yang paling efektif adalah pemberian glukosa atau pemanis lainnya saat tindakan yang menyebabkan nyeri karena pada dasarnya anak-anak lebih menyukai rasa manis. Penulis memilih melakukan intervensi pemberian madu. Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk menurunkan nyeri pada klien anak usia sekolah dengan gastroenteritis yang dilakukan tindakan invasif di ruang IGD RSUD A.Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa penurunan skala nyeri (*Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*) dari *worst pain possible* (skor 10) menjadi *very severe* (skor 7-8), yang berarti bahwa skala nyeri menurun dari kategori luar biasa nyeri menjadi jauh lebih nyeri dengan rata-rata penurunan nyeri sebesar 2,3 poin. Sosialisasi tentang teknik relaksasi dengan pemberian madu diperlukan perawat ruangan agar masalah nyeri pada klien anak usia sekolah dapat diatasi.

Kata kunci: gastroenteritis, nyeri, anak usia sekolah, pemberian madu

¹Mahasiswa Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Nursing Clinical Practice Analysis in Acute Gastroenteritis Clients
with Intervention Innovation Honey-Giving of Response
School-aged Pain Invasive Done In The Room of IGD
RSUD A.Wahab Sjahranie Samarinda in 2017**

Fitriana A. Sholeha¹, Maridi M. Dirdjo²

ABSTRACT

In the cases of severe dehydration gastroenteritis requires intra venous fluids. In both of these invasive actions, it would be caused the emergence of pain problems that are very complained, it's especially on the client's child. The painful procedure or invasive action cause the child is ill and should be hospitalized; they will undergo a variety of invasive procedures such as the installation of infusion and blood sampling in an attempt to treat the illness suffered by the child. The management of reducing pain in children with the most effective nonpharmacological measures is the administration of glucose or other participants during the act of causing the pain because children basically prefer sweetness. The author chooses to intervention the provision of honey. The Final Scientific Work of Ners (KIAN) aims to reduce pain in school-aged children with gastroenteritis carried out invasive measures in the room of IGD RSUD A.Wahab Sjahranie Samarinda. The results showed that the decrease of pain scale (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale) from worst pain possible (score 10) to very severe (score 8), which means that the pain scale decreases from the extraordinary category of pain becomes much more painful. The socialization of relaxation techniques with the provision of honey needed a nurse room so that problems of pain in the client of school age children can be overcome.

Keywords: gastroenteritis, sickness, school-aged, children, honey

¹Student of Ners Professional of Muhammadiyah University East Kalimantan

²Lecturer of Muhammadiyah University East Kalimantan

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Judul.....	ii
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Intisari	ix
Abstract	x
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Tabel	xv
Daftar Lampiran	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penulisan	7
D. Manfaat Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Gastroenteritis	10
B. Konsep Anak Usia Sekolah.....	30
C. Konsep Tindakan Invasif Pada Klien.....	32

D. Konsep Nyeri.....	42
E. Konsep Intervensi Inovasi Pemberian Madu.....	62
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	72
A. Laporan Kasus I.....	72
1. Pengkajian	72
2. Diagnosa Keperawatan.....	76
3. Rencana Tindakan Keperawatan	79
4. Implementasi Keperawatan	84
5. Evaluasi Keperawatan	88
B. Laporan Kasus II	91
1. Pengkajian	91
2. Diagnosa Keperawatan.....	94
3. Rencana Tindakan Keperawatan	97
4. Implementasi Keperawatan	101
5. Evaluasi Keperawatan	105
C. Laporan Kasus III.....	107
1. Pengkajian	107
2. Diagnosa Keperawatan.....	110
3. Rencana Tindakan Keperawatan	113
4. Implementasi Keperawatan	117
5. Evaluasi Keperawatan	121
D. Intervensi Inovasi	123

BAB IV ANALISIS SITUASI	128
A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.....	128
B. Analisis Masalah Keperawatan	129
C. Analisis Intervensi Inovasi	142
D. Alternatif Pemecahan Masalah.....	146
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	148
A. Kesimpulan.....	148
B. Saran	150

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN

BIODATA PENULIS

DAFTAR GAMBAR

	Hal.
Gambar 2.1. Pathway Gastroenteritis	14
Gambar 2.2. Skala Nyeri VAS	55
Gambar 2.3. Skala Nyeri Wong-Baker FACES Pain Rating Scale	55

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Tabel Pembacaan Skala Nyeri VAS	54
Tabel 2.2. Kandungan Gizi Madu Perhutani.....	66
Tabel 3.1. Hasil Laboratorium Klien Kasus Kelolaan 1	76
Tabel 3.2. Analisa Data Kasus Kelolaan 1	76
Tabel 3.3. Rencana Tindakan Kasus Kelolaan 1.....	79
Tabel 3.4. Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan 1.....	84
Tabel 3.5. Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan 1.....	88
Tabel 3.6. Hasil Laboratorium Klien Kasus Kelolaan 2	94
Tabel 3.7. Analisa Data Kasus Kelolaan 2.....	94
Tabel 3.8. Rencana Tindakan Kasus Kelolaan 2.....	97
Tabel 3.9. Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan 2.....	101
Tabel 3.10. Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan 2.....	105
Tabel 3.11. Hasil Laboratorium Klien Kasus Kelolaan 3	110
Tabel 3.12. Analisa Data Kasus Kelolaan 3.....	110
Tabel 3.13. Rencana Tindakan Kasus Kelolaan 3.....	113
Tabel 3.14. Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan 3.....	117
Tabel 3.15. Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan 3.....	121
Tabel 3.16 Intervensi Inovasi Terapi Pemberian Madu	127

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jurnal Terkait Pemberian Madu

Lampiran 2 Dokumentasi Pelaksanaan Terapi Pemberian Madu

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Perlindungan Anak nomor 23 tahun 2002 menyebutkan bahwa Negara Kesatuan Republik Indonesia menjamin kesejahteraan tiap-tiap warga negaranya, termasuk perlindungan terhadap hak anak yang merupakan hak asasi manusia, salah satunya hak anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal tersebut didukung oleh Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 132 ayat 1 menyebutkan anak yang dilahirkan wajib dibesarkan dan diasuh secara bertanggung jawab sehingga memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara sehat dan optimal. Salah satu program pemerintah terkait optimalisasi tumbuh kembang anak yaitu Program Nasional Bagi Anak Indonesia 2015 (PNBAI). Tujuan Program Nasional Bagi Anak Indonesia 2015 (PNBAI) adalah terwujudnya anak Indonesia yang sehat, tumbuh dan berkembang, cerdas ceria, berakhlak mulia dan terlindungi dari diskriminasi, *eksploitasi* dan kekerasan serta dapat mengalami peningkatan kesejahteraan.

Tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya keadaan sakit dan hospitalisasi. Hospitalisasi merupakan suatu proses di mana karena alasan tertentu atau darurat mengharuskan anak untuk tinggal di rumah

sakit, menjalani terapi perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Supartini, 2010). Keadaan anak yang tiba-tiba sakit atau cedera mengharuskan anak untuk dibawa ke ruang unit instalasi gawat darurat (IGD). Instalasi gawat darurat memberikan pelayanan dengan respon cepat dan penanganan yang tepat (Kartikawati, 2011).

Salah satu faktor stres bagi anak semua usia adalah prosedur yang menyakitkan atau tindakan invasif karena anak sedang sakit dan harus dirawat di rumah sakit, mereka akan menjalani berbagai macam prosedur invasif seperti pemasangan infus dan pengambilan sampel darah sebagai upaya untuk mengobati penyakit yang diderita oleh anak (Supartini, 2010). Walco meneliti tentang prevalensi nyeri dan sumber utama penyebab nyeri pada 200 anak yang dirawat di rumah sakit anak. Hasil tindakan medis IV (intravena) menduduki tindakan pertama. Walco juga mengevaluasi hasil penelitiannya berdasarkan tingkatan umur dan diperoleh bahwa distress paling tinggi yaitu 83% dialami oleh anak *toddler*, *distres* cukup tinggi dialami oleh anak usia sekolah yaitu 51% serta remaja dengan *prevalensi* 28%. Hal ini menunjukkan bahwa anak *toddler* dan usia sekolah merasa *distres* yang cukup tinggi terhadap nyeri (Walco, 2008).

Penatalaksanaan nyeri dapat berupa tindakan nonfarmakologi menurut Buonocore dan Bellieni pada bayi atau anak dapat berupa *sweet solution* (glukosa dan sukrosa). Ghofur & Mardalena menjelaskan bahwa minuman yang manis mempunyai mekanisme potensial yang dapat mengurangi nyeri karena dapat merangsang mengeluarkan *opioid endogen* pada sistem syaraf

pusat. Salah satu sumber rasa manis yang banyak mengandung glukosa dan sukrosa adalah madu. Madu merupakan bahan makanan energi yang baik karena mengandung gula-gula sederhana yang dapat dimanfaatkan tubuh.

Theory gate control menjelaskan bahwa *impuls* nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medulla spinalis, thalamus, dan sistem limbik. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri.

Tubuh juga melakukan mekanisme kimia untuk manajemen nyeri. Serabut di *dorsal horn*, batang otak, dan jaringan perifer mengeluarkan *opioid endogen* yang menghambat aksi neuron yang *mentransmisikan impuls* nyeri. *Opioid endogen* menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi. Penanganan nyeri akibat tindakan invasif secara nonfarmakologi dapat berupa pemberian rasa manis (glukosa dan sukrosa).

Penatalaksanaan mengurangi nyeri pada anak dengan tindakan nonfarmakologi yang paling efektif adalah pemberian glukosa atau pemanis lainnya saat tindakan yang menyebabkan nyeri karena pada dasarnya anak-anak lebih menyukai rasa manis. Ghofur & Mardalena menjelaskan bahwa minuman yang manis mempunyai mekanisme potensial yang dapat mengurangi nyeri karena dapat merangsang mengeluarkan opioid endogen pada sistem syaraf pusat. Penelitian yang dilakukan Dewi menjelaskan bahwa perbedaan

yang signifikan antara derajat nyeri saat pemasangan infus setelah diberikan air steril dan sukrosa 24%.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) A. Wahab Sjahranie merupakan salah satu Rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit Rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berkedudukan di kota Samarinda. Saat ini RSUD A. Wahab Sjahranie merupakan Rumah Sakit kelas A pendidikan dengan capaian akreditasi paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Fasilitas Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD A. Wahab Sjahranie merupakan fasilitas pelayanan 24 jam yang didukung oleh SDM berkualifikasi PPGD, ACLS, ATLS, BTLS, BTCLS, GELS dengan sarana gedung berlantai tiga serta memiliki prasarana yang memadai diharapkan mampu melayani kasus kegawatdaruratan dengan cepat dan tepat (Profil RSUD AWS, 2017).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) A. Wahab Sjahranie merupakan salah satu Rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit Rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berkedudukan di kota Samarinda. Saat ini RSUD A. Wahab Sjahranie merupakan Rumah Sakit kelas A pendidikan dengan capaian akreditasi paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Fasilitas Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD A. Wahab Sjahranie merupakan fasilitas pelayanan 24 jam yang didukung oleh SDM berkualifikasi PPGD, ACLS, ATLS, BTLS, BTCLS, GELS dengan sarana gedung berlantai tiga serta

memiliki prasarana yang memadai diharapkan mampu melayani kasus kegawatdaruratan dengan cepat dan tepat (Profil RSUD AWS, 2017).

Berdasarkan data profil ruang IGD, diperoleh bahwa kapasitas tempat tidur sebanyak 34 tempat tidur yang dibagi dalam 6 (enam) ruangan yaitu ruang triage (2 tempat tidur), ruang resusitasi (6 tempat tidur), ruang bedah (7 tempat tidur), ruang kebidanan (2 tempat tidur), ruang anak (4 tempat tidur), ruang resus anak/bayi (2 tempat tidur), dan ruang medis (11 tempat tidur) (Profil IGD RSUD AWS, 2017).

Diperoleh pula data 10 besar penyakit periode 3 bulan terakhir yaitu bulan Oktober 2017 meliputi dispepsia 191 kasus, febris 114 kasus, cedera kepala 114 kasus, asma 114 kasus, fraktur 99 kasus, vulnus laseratum 92 kasus, gravid 90 kasus, inpartu 83 kasus, gastroenteritis akut 81 kasus dan diabetes mellitus 79 kasus. Data bulan November 2017 meliputi vulnus laseratum 128 kasus, dispepsia 125 kasus, asma 95 kasus, febris 87 kasus, cedera kepala 81 kasus, fraktur 60 kasus, diabetes mellitus 47 kasus, CHF 47 kasus, gastroenteritis akut 46 kasus dan SNH 31 kasus. Sedangkan data bulan Desember 2017 meliputi cedera kepala 94 kasus, asma 90 kasus, febris 82 kasus, CHF 67 kasus, fraktur 64 kasus, vulnus laseratum 64 kasus, diabetes mellitus 63 kasus, hipertensi 54 kasus, gastroenteritis akut 52 kasus dan SNH 49 kasus (Rekam Medik IGD RSUD AWS, 2017).

Gastroenteritis akut merupakan salah satu dari 10 penyakit yang banyak dijumpai di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Menurut data berdasarkan usia, maka *gastroenteritis* akut paling sering dialami anak usia

sekolah. Berdasarkan data 5 besar penyakit usia anak sekolah (6-12 tahun) yang terdata di rekam medik IGD, diperoleh pada bulan Oktober 2017 yaitu febris 19 kasus, gastroenteritis akut 18 kasus, asma bronkial 14 kasus, kejang demam kronik 8 kasus dan ISPA 8 kasus. Pada bulan November 2017 diperoleh gastroenteritis akut 21 kasus, febris 17 kasus, vomiting 12 kasus, ISPA 10 kasus, kejang demam kronik 5 kasus. Sedangkan data bulan Desember 2017 gastroenteritis akut 20 kasus, febris 19 kasus, asma bronkial 13 kasus, kejang demam kronik 5 kasus, ISPA 3 kasus.

Penulis melakukan observasi selama 3 (tiga) hari praktik yaitu dari tanggal 22 sampai 24 Desember 2017 diperoleh 5 klien anak usia sekolah dengan penyakit gastroenteritis akut 2 kasus, febris 1 kasus, kejang demam kronik 1 kasus dan ISPA 1 kasus. Penulis memfokuskan pada klien anak usia sekolah dengan penyakit *gastroenteritis* akut.

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada klien gastroenteritis akut dengan intervensi inovasi pemberian madu terhadap respon nyeri anak usia sekolah yang dilakukan tindakan invasif di ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018.

B. Perumusan Masalah

Perumusan masalah pada Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini yaitu “ Bagaimanakah analisis praktik klinik keperawatan pada klien gastroenteritis akut dengan intervensi inovasi pemberian madu terhadap

respon nyeri anak usia sekolah yang dilakukan tindakan invasif di ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini adalah untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada klien klien gastroenteritis akut dengan intervensi inovasi pemberian madu terhadap respon nyeri anak usia sekolah yang dilakukan tindakan invasif di ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018?”

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian dalam asuhan keperawatan pada kasus kelolaan pada klien dengan masalah gastroenteritis akut.
- b. Menentukan diagnosis keperawatan dalam asuhan keperawatan pada kasus kelolaan pada klien dengan masalah gastroenteritis akut.
- c. Melakukan perencanaan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada kasus kelolaan pada klien dengan masalah gastroenteritis akut.
- d. Melakukan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada kasus kelolaan pada klien dengan masalah gastroenteritis akut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada kasus kelolaan pada klien dengan masalah gastroenteritis akut.

- f. Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada kasus kelolaan pada klien dengan masalah gastroenteritis akut.
- g. Menganalisis intervensi inovasi pemberian madu terhadap respon nyeri pada anak sekolah yang dilakukan tindakan invasif di ruang IGD RSUD Abdul wahab Sjahranie.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Aplikasi

a. Bagi Orang Tua Klien

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada orang tua sehingga dapat memanfaatkan pemberian madu tersebut untuk mengatasi nyeri yang dialami anak usia sekolah saat dilakukan tindakan invasif.

b. Bagi Perawat

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat menambah pilihan intervensi keperawatan bagi perawat di ruangan berupa penerapan intervensi pemberian madu dalam upaya menurunkan respon nyeri pada anak yang dilakukan tindakan invasif di IGD.

2. Manfaat Bagi Keilmuan Keperawatan

a. Bagi penulis

Meningkatkan ilmu dan pengalaman bagi penulis khususnya tentang penanganan respon nyeri pada anak yang dilakukan tindakan invasif dengan melalui intervensi pemberian madu

b. Manfaat Bagi Pendidikan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan sehingga dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa dan acuan dalam penulisan selanjutnya terkait intervensi pemberian madu dalam upaya menurunkan respon nyeri pada anak yang dilakukan tindakan invasif.

c. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam penambahan intervensi pemberian madu ke dalam SPO Tindakan Invasif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Konsep Penyakit Gastroenteritis

a. Pengertian

Gastroenteritis adalah buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dengan frekuensi lebih sering dari biasanya (tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Depkes RI 2011).

Gastroenteritis dapat disebabkan oleh transportasi air dan elektrolit yang abnormal dalam usus. Diseluruh dunia terdapat kurang lebih 500 juta anak yang menderita gastroenteritis setiap tahunnya, dan 20% dari seluruh kematian pada anak yang hidup di negara berkembang berhubungan dengan gastroenteritis serta dehidrasi. Gangguan gastroenteritis dapat melibatkan lambung dan usus (Gastroenteritis), usus halus (Enteritis), kolon (Kolitis) atau kolon dan usus (Enterokolitis) (Wong, 2008).

b. Etiologi

Penyebab bakteri gastroenteritis menurut Pricilla,dkk, 2015:843) adalah:

- 1) *Escherichia coli* dengan masa inkubasi 24-72 jam
- 2) Kolitis hemoragik: *E. Coli* 0157: H7 dengan masa inkubasi 1-3 hari
- 3) Keracunan makanan *Stafilokokus* dengan masa inkubasi 2-8 jam
- 4) Kolera: *vibrio cholera* dengan masa inkubasi 1-3 hari

- 5) Salmonellosis : salmonella dengan masa inkubasi 8-48 jam
- 6) Shigelosis (disentri basiler): Shigela dengan masa inkubasi 1-4 hari
- 7) Colitis clostridium difficile (C, difficile) dengan masa inkubasi 1-2 minggu.

c. Patofisiologi

Gastroenteritis bisa disebabkan oleh 4 hal, yaitu faktor infeksi (bakteri, virus, parasit), faktor malabsorpsi dan faktor makanan dan faktor fisiologis (Ngastiyah, 2005, Mansjoer 2002).

Diare karena infeksi seperti bakteri, berawal dari makanan/minuman yang masuk kedalam tubuh manusia. Bakteri tertelan masuk sampai lambung. Yng kemudian bakteri dibunuh oleh asam lambung. Namun jumlah bakteri terlalu banyak maka ada beberapa yang lolos sampai ke duodenum dan berkembang biak.

Pada kebanyakan kasus gastroenteritis, organ tubuh yang sering diserang adalah usus. Didalam usus tersebut bakteri akan memproduksi enzim yang akan mencairkan lapisan lendir yang menutupi permukaan usus, sehingga bakteri mengeluarkan toksin yang merangsang sekresi cairan-cairan usus dibagian kripta vili dan menghambat absorpsi cairan. Sebagai akibat dari keadaan ini volume cairan didalam lumen usus meningkat yang mengakibatkan dinding usus menggebung dan tenaga dan sebagian dinding usus akan mengadakan kontraksi sehingga terjadi hipermotilitas untuk mengalirkan cairan diusus besar. Apabila jumlah cairan tersebut melebihi kapasitas absorpsi usus maka akan terjadi diare.

Diare yang disebabkan karena mal absorpsi makanan akan menyebabkan makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkan sehingga timbul diare.

Tertelannya makanan yang beracun juga dapat menyebabkan diare karena akan mengganggu motilitas usus. Iritasi mukosa usus menyebabkan hiperperistaltik sehingga mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya jika peristaltic menurun akan mengakibatkan bakteri akan tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula.

Adanya iritasi mukosa usus dan peningkatan volume cairan di dalam rongga usus menyebabkan klien mengeluh perut terasa sakit. Selain karena 2 hal itu, nyeri perut/ kram timbul karena metabolisme KH oleh bakteri di usus yang menghasilkan gas H₂ dan CO₂ yang menimbulkan kembung dan flatulensi berlebihan. Biasanya pada keadaan ini klien akan merasa mual bahkan muntah dan nafsu makan menurun. Karena terjadi ketidakseimbangan asam basa dan elektrolit.

Kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan akan menyebabkan klien jatuh pada keadaan dehidrasi. Yang ditandai dengan berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun bisa menjadi cekung (pada bayi), selaput lendir bibir dan mulut serta kulit

tampak kering. Bila keadaan ini terus berlanjut dan klien tidak mau makan maka akan menimbulkan gangguan nutrisi sehingga klien lemas.

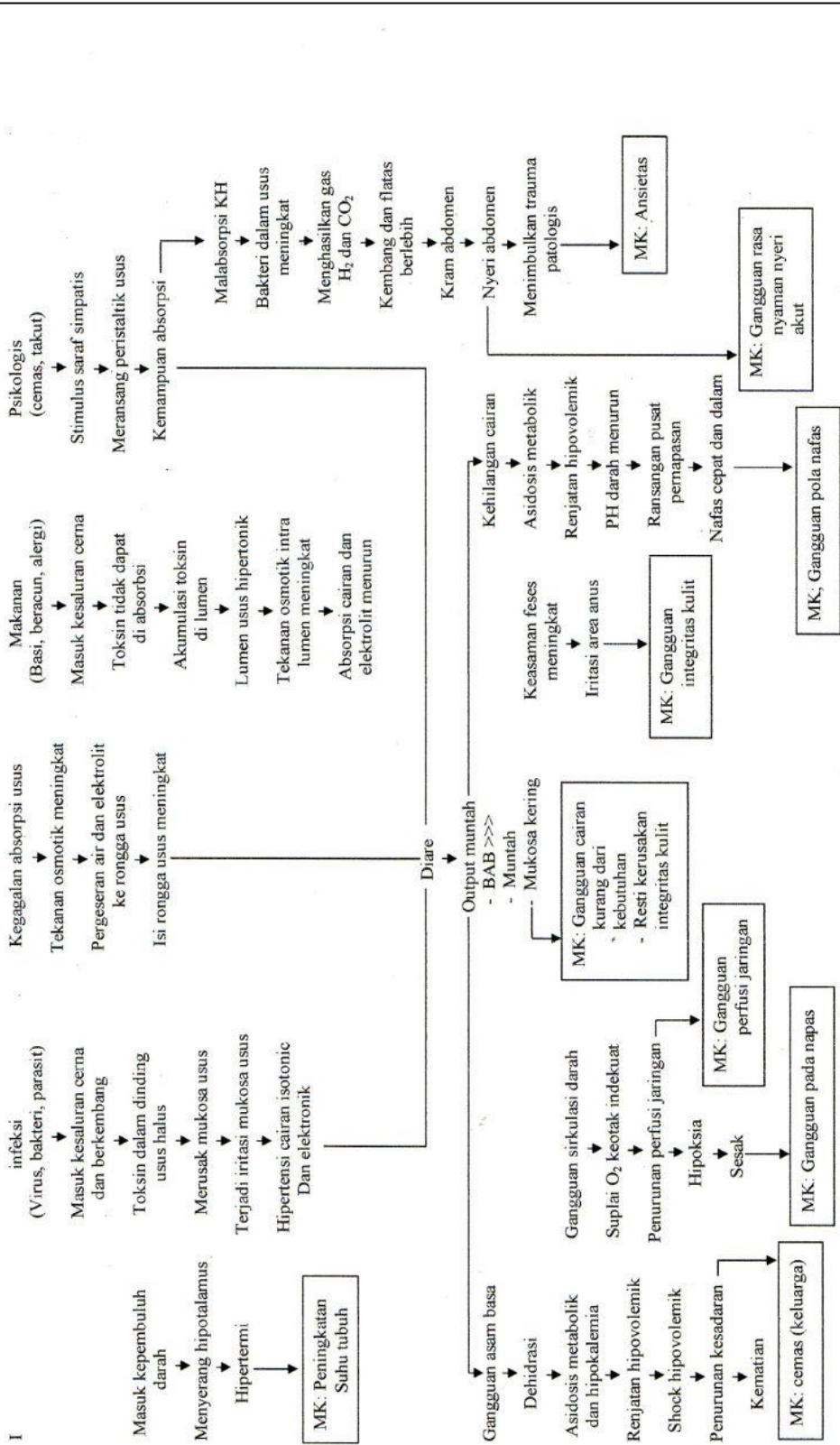
Dehidrasi dan reaksi inflamasi pada mukosa usus menyebabkan peningkatan suhu tubuh klien. Tubuh yang kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan membuat cairan ekstraseluler dan intraseluler menurun. Dimana selain itu air tubuh juga kehilangan Na, K dan ion karbohidrat. Bila keadaan ini berlanjut terus maka volume darah juga berkurang. Tubuh mengalami gangguan sirkulasi, perfusi jaringan terganggu dan akhirnya dapat menyebabkan syok hipovolemik dengan gejala denyut jantung menjadi cepat, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, klien sangat lemah kesadaran menurun.

Selain itu, akibat akibat lain dari kehilangan cairan ekstrasel yang berlebihan, tubuh akan mengalami asidosis metabolik dimana klien akan tampak pucat dengan pernafasan yang cepat dan dalam (pernafasan kussmaul).

Faktor psikologis juga dapat menyebabkan diare. Karena faktor psikologis (stress, marah, takut) dapat merangsang kelenjar adrenal dibawah pengendalian sistem pernafasan simpatis untuk merangsang pengeluaran hormon yang kerjanya mengatur metabolisme tubuh. Sehingga bila terjadi stress maka metabolisme akan terjadi peningkatan, dalam bentuk peningkatan mortalitas usus. Berikut adalah pathway penyakit gastroenteritis:

PATHWAY GASTROENTERITIS

I



Gambar 2.1. Pathway Gastroenteritis (Ngastiyah, 2005, Mansjoer 2002)

d. Manifestasi Klinis

Menurut Pricilla,dkk, 2015:842) manifestasi klinis dari gastroenteritis adalah:

- 1) Anoreksia, mual, muntah
- 2) Nyeri dan kram abdomen
- 3) Malaise, kelemahan dan nyeri otot
- 4) Sakit kepala
- 5) Kulit dan membrane mukosa kering
- 6) Turgor kulit buruk
- 7) Demam
- 8) Hipotensi ortostatik, takikardia
- 9) Borborigmi (bising usus yang hiperaktif dan sangat keras)

e. Komplikasi

Menurut Pricilla (2015:841-842) komplikasi yang dapat terjadi pada klien gastroenteritis adalah:

- 1) Ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa
- 2) Muntah berlebih dapat menyebabkan alkalosis metabolic
- 3) Hipokalemia
- 4) Hiponatremia
- 5) Syok hipovolemik

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang gastroenteritis menurut Pricilla (2015:844) adalah :

- 1) Riwayat alergi pada obat-obatan atau makanan.
- 2) Pemeriksaan intubasi duodenum.
- 3) Pemeriksaan elektrolit dan creatinin.
- 4) Pemeriksaan tinja, PH, Leukosit, glukosa, dan adanya darah.

Adapun Pemeriksaan penunjang yang lain menurut Mansjoer (2010)

- 1) Pemeriksaan tinja : Makroskopis dan mikroskopis PH dan kadar gula juga ada intoleransi gula biarkan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji retensi terhadap berbagai antibiotik.
- 2) Pemeriksaan darah : perifer lengkap, Analisa Gas Darah (AGD), elektrolit (terutama Na, K, Ca, P Serum pada gastroenteritis yang disertai kejang).
- 3) Pemeriksaan kadar ureum dan creatinin darah untuk mengetahui faal ginjal.
- 4) Duodenal intubation untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada gastroenteritis kronik.

g. Penatalaksanaan Medis

- 1) Penatalaksanaan medis menurut Biddulp and Stace (2009) adalah pengobatan dengan cara pengeluaran diet dan pemberian cairan.
 - a) Gastroenteritis tanpa dehidrasi memerlukan cairan tambahan berupa apapun misalnya air gula, sari buah segar, air teh segar, kuah sup, air tajin, ASI. Jangan memberikan air kembang gula, sari buah air dalam botol karena cairan yang terlalu banyak mengandung gula akan memperburuk gastroenteritis.

- b) Gastroenteritis dengan dehidrasi sedang memerlukan cairan khusus yang mengandung campuran gula dan garam yang disebut larutan dehidrasi oral (LRO). LRO ini dibuat dengan mencampurkan sebungkus garam rehidrasi kedalam 1 liter air.
 - c) Gastroenteritis dengan dehidrasi berat memerlukan cairan intra vena disamping LRO.
- 2) Penatalaksanaan keperawatan menurut Nelson (2009) antara lain :
- a) Penderita yang dirawat inap harus ditempatkan pada tindakan pencegahan enterik termasuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan penderita.
 - b) Penderita dan keluarganya dididik mengenal cara perolehan entero patogen dan cara mengurangi penularan.

2. **Konsep Asuhan Keperawatan Klien dengan Gastroenteritis**

Proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah-masalah, merencanakan secara sistematis dan melaksanakannya selanjutnya mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Wijaya dan Putri 2013).

a. Pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya tanda vital, wawancara klien/ keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat klien pada rekam medik (NANDA-I, 2015). Perawat juga mengumpulkan informasi tentang

kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan risiko (area yang merawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda). Menurut Lemos,dkk (2015) terdapat hal-hal yang perlu dikaji pada klien dengan gastroenteritis:

Gastroenteritis umumnya dapat terjadi pada semua kalangan dewasa dan anak. Virus Norwalk atau rotavirus biasanya akan menyebabkan seseorang akan terkena penyakit diare, namun penyakit ini bersifat ringan dan sembuh sendiri, namun akan menjadi masalah serius pada orang yang berusia sangat muda, sangat tua atau pada orang yang mengalami gangguan fungsi imun (Priscilla,dkk. 2015:840).

Riwayat kesehatan: awitan, durasi dan keparahan manifestasi; aktivitas akhir-akhir ini seperti mengikuti piknik atau memakan hidangan seadanya, perjalanan keluar daerah atau keluar negeri atau berkemah perlu dikaji. Adanya anggota keluarga lain yang mengalami kondisi yang sama, dan tindakan yang sudah dilakukan untuk meredakan manifestasi atau menggantikan cairan (Priscilla,dkk, 2015:846).

Pemeriksaan fisik: tanda-tanda vital akan didapatkan suhu tubuh meningkat dan tekanan darah bisa terjadi hipotensi ortostatik. Warna, suhu, kelembapan dan turgor kulit, nadi perifer dapat meningkat dan pengisian kambaali kapiler (capillary refill) lebih dari 2". Bentuk, kontur, (Priscilla,dkk, 2015:846).

Pada pemeriksaan fisik Abdomen biasanya akan didapatkan distensi usus, bersama dengan iritasi pada mukosa usus dan produksi gas yang disebabkan oleh fragmentasi makanan yang tidak dicerna, mengakibatkan nyeri dan kram pada abdomen. Bising usus akan terdengar keras dan hiperaktif. Akan terdapat nyeri tekan pada abdomen (Priscilla,dkk. 2015:841).

b. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Menurut NANDA International (2015) diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Diagnosis keperawatan biasanya berisi dua bagian deskriptor atau pengubah, dan fokus diagnosis, atau konsep kunci dari diagnosis. Diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi hasil yang diharapkan dari perawatan dan merencanakan tindakan keperawatan yang spesifik secara berurutan. Kriteria hasil keperawatan mencakup perilaku yang terukur atau persepsi yang ditunjukkan oleh seorang individu, keluarga,

kelompok, atau komunitas yang responsif terhadap tindakan keperawatan.

Menurut Ngastiyah, (2005) dan Mansjoer (2002), terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien dengan gastroenteritis, dan pemilihan diagnosa keperawatan penulis sesuaikan dengan standar NANDA-I (2015-2017), yaitu sebagai berikut:

- 1). Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (00013)

Definisi: pasase feces yang lunak dan tidak berbentuk.

- 2). Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (00027)

Definisi: penurunan cairan intravaskular, interstisial dan atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium.

- 3). Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera kimiawi (inflamasi gastrointestinal) dan agen cedera fisik (prosedur invasif) (00132)

Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan sebagai kerusakan (*International Association for the study of Pain*): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.

4). Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi (00007)

Definisi: suhu inti tubuh di atas kisaran normal diurnal karena kegagalan termoregulasi.

c. Rencana Tindakan

Setelah diagnosis diidentifikasi, prioritas diagnosis keperawatan harus ditentukan (NANDA-I, 2015). Prioritas utama diagnosis keperawatan perlu diidentifikasi (yaitu kebutuhan mendesak, diagnosis dengan tingkat keselarasan dengan batasan karakteristik yang tinggi, faktor yang berhubungan, atau faktor risiko) sehingga perawatan dapat diarahkan untuk menyelesaikan masalah ini, atau mengurangi keparahan atau risiko terjadinya (dalam hal diagnosis risiko).

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai "berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/ klien". Nursing Interventions Classification (NIC) adalah sebuah taksonomi tindakan komprehensif berbasis bukti yang perawat lakukan diberbagai tatanan perawatan. Dengan menggunakan pengetahuan keperawatan, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/ independen dan kolaborasi/ interdisipliner. Intervensi kolaborasi tumpang tindih dengan perawatan yang diberikan oleh para profesional kesehatan lain (mis., dokter, terapi fisik) (NANDA-I, 2015).

Berikut ini rencana tindakan keperawatan pada klien dengan gastroenteritis menurut Ngastiyah, (2005) dan Mansjoer (2002) yang

penulis sesuaikan dengan standar *Nursing Outcomes Classification/* NOC dan *Nursing Interventions Classification/* NIC, (2013) yaitu:

1). Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (00013)

a). *Nursing Outcomes Classification/* NOC: Kontinensi Usus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan masalah diare teratasi dengan indikator:

- (1) Mengenali keinginan untuk defekasi (dari skala 2 menjadi 4)
- (2) Minum cairan secara adekuat (dari skala 2 menjadi 4)
- (3) Menggambarkan hubungan asupan makanan dengan konsistensi feses (dari skala 2 menjadi 4)
- (4) Memantau jumlah dan konsistensi feses (dari skala 2 menjadi 4)

Keterangan skala:

- 1 = Tidak pernah menunjukkan
- 2 = Jarang menunjukkan
- 3 = Kadang-kadang menunjukkan
- 4 = Sering menunjukkan
- 5 = Secara konsisten menunjukkan

b). *Nursing Interventions Classification/* NIC: Manajemen Diare

- 1.1. Tentukan riwayat diare.
- 1.2. Intruksikan klien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja.

- 1.3. Anjurkan klien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut.
- 1.4. Anjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa.
- 1.5. Monitor tanda dan gejala diare.
- 1.6. Instruksikan klien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare.
- 1.7. Amati turgor kulit secara berkala.
- 1.8. Beritahu dokter jika terjadi peningkatan bising usus.
- 1.9. Instruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan.

2). Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (00027)

a). *Nursing Outcomes Classification/ NOC: Keseimbangan Cairan*
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan masalah kekurangan volume cairan teratasi dengan indikator:

- (1) Tekanan darah (dari skala 2 menjadi 4)
- (2) Denyut nadi radial (dari skala 2 menjadi 4)
- (3) Turgor kulit (dari skala 2 menjadi 4)
- (4) Kelembaban membran mukosa (dari skala 2 menjadi 4)

Keterangan skala:

1 = Tidak pernah menunjukkan

2 = Jarang menunjukkan

3 = Kadang-kadang menunjukkan

4 = Sering menunjukkan

5 = Secara konsisten menunjukkan

- b). *Nursing Interventions Classification/ NIC: Manajemen Cairan*
- 2.1. Tentukan riwayat diare.
 - 2.2. Monitor status hidrasi.
 - 2.3. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan.
 - 2.4. Monitor tanda tanda vital klien
 - 2.5. Berikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan.
 - 2.6. Berikan cairan dengan tepat.
 - 2.7. Berikan cairan intra vena sesuai suhu kamar.
 - 2.8. Tingkatkan asupan oral.
 - 2.9. Dukung klien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makanan dengan baik.
 - 2.10. Tawarkan makanan ringan
 - 2.11. Persiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus.
- 3). Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (prosedur invasif) (00132)

a). *Nursing Outcomes Classification/ NOC*

(1). NOC 1: Kontrol Nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan indikator:

(1) Mengenali kapan nyeri terjadi (dari skala 2 menjadi 4)

(2) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (dari skala 2 menjadi 4)

(3) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan (dari skala 2 menjadi 4)

Keterangan skala:

1 = Tidak pernah menunjukkan

2 = Jarang

3 = Kadang-kadang

4 = Sering

5 = Secara konsisten

(2). NOC 2: Tingkat Nyeri dengan indikator:

(1). Nyeri yang dilaporkan (dari skala 2 menjadi 4)

(2). Tidak bisa beristirahat (dari skala 2 menjadi 4)

(3). Kehilangan nafsu makan (dari skala 2 menjadi 4)

Keterangan skala:

1 = Berat

2 = Cukup berat

3 = Sedang

4 = Ringan

5 = Tidak ada

(3). NOC 3: Tanda-Tanda Vital dengan indikator:

(1). Denyut nadi radial (dari skala 3 menjadi 5)

(2). Tingkat pernafasan (dari skala 3 menjadi 5)

Keterangan skala:

1 = Deviasi berat dari kisaran normal

2 = Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal

3 = Deviasi sedang dari kisaran normal

4 = Deviasi ringan dari kisaran normal

5 = Tidak ada deviasi dari kisaran normal

c). *Nursing Interventions Classification/ NIC*

(1). NIC 1: Manajemen Nyeri

3.1. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak.

3.2. Berikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga.

3.3. Pilih tindakan menurunkan nyeri non farmakologis sesuai kebutuhan (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu).

(2). NIC 2: Terapi Relaksasi

3.4. Gambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia.

- 3.5. Ciptakan lingkungan yang tenang.
- 3.6. Atur klien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar dan mata tertutup.
- 3.7. Praktekkan tehnik relaksasi pada klien untuk mengulang secara berkala (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu).
- 3.8. Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap relaksasi.

(3). NIC 3: Monitor tanda-tanda vital

- 3.9. Ukur tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan.
- 3.10. Identifikasi perubahan tanda-tanda vital dan kemungkinan penyebabnya.

4). Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi (00007)

a). *Nursing Outcomes Classification/ NOC*: Termoregulasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan indikator:

- (1) Peningkatan suhu kulit(dari skala 2 menjadi 4)
- (2) Dehidrasi (dari skala 2 menjadi 4)
- (3) Sakit otot (dari skala 2 menjadi 4)

Keterangan skala:

1 = Berat

2 = Cukup berat

3 = Sedang

4 = Ringan

5 = Tidak ada

b). *Nursing Interventions Classification/ NIC: Pengaturan Suhu*

4.1. Monitor suhu dan warna kulit.

4.2. Monitor tekanan darah, nadi, respiratori sesuai kebutuhan.

4.3. Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipertermi.

4.4. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat.

4.5. Instruksikan klien bagaimana mencegah keluarnya panas dan serangan panas.

4.6. Diskusikan pentingnya termoregulasi dan kemungkinan efek negatif dari demam yang berlebihan sesuai kebutuhan.

4.7. Informasikan klien mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas dan penanganan emergensi yang tepat sesuai kebutuhan.

4.8. Gunakan matras pendingin, selimut yang mensirkulasikan air, kantong es atau bantalan jel dan kateterisasi pendingin

intravascular untuk menurunkan suhu tubuh, sesuai kebutuhan.

4.9. Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil.

4.10. Berikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan.

d. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2005).

e. Evaluasi

Efektifitas tindakan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status klien. Evaluasi akhirnya harus terjadi pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (NANDA-I, 2015).

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan

melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

- 1). Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.
- 2). Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- 3). Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008).

B. Konsep Anak Usia Sekolah

1. Pengertian

Anak usia sekolah adalah anak dengan usia 6-12 tahun, dimana pada usia ini anak memperoleh dasar pengetahuan dan keterampilan untuk keberhasilan penyesuaian diri anak pada kehidupan dewasanya. Sekolah menjadi pengalaman inti pada anak, karena dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua, teman sebaya, dan orang lainnya (Wong,et all, 2009).

Anak sekolah dasar adalah anak yang berusia 6-12 tahun, memiliki fisik lebih kuat mempunyai sifat individual serta aktif dan tidak bergantung dengan orang tua. Banyak ahli menganggap masa ini sebagai masa tenang atau masa latent, di mana apa yang telah terjadi dan dipupuk pada masa-masa sebelumnya akan berlangsung terus untuk masa-masa selanjutnya (Gunarsa, 2006).

2. Ciri-Ciri Anak Sekolah

Menurut Hurlock (2002), orang tua, pendidik, dan ahli psikologis memberikan berbagai label kepada periode ini dan label-label itu mencerminkan ciri-ciri penting dari periode anak usia sekolah, yaitu sebagai berikut:

- a. predikat yang digunakan oleh orang tua
 - 1) Masa yang menyulitkan Suatu masa dimana anak tidak mau lagi menuruti perintah dan dimana ia lebih banyak dipengaruhi oleh teman-teman sebaya daripada oleh orang tua dan anggota keluarga lainnya.
 - 2) Masa anak tidak rapi Suatu masa dimana anak cenderung tidak memperdulikan dan ceroboh dalam penampilan, dan kamarnya sangat berantakan. Sekalipun ada peraturan keluarga yang ketat mengenai kerapihan dan perawatan barang-barangnya, hanya beberapa saja yang taat, kecuali kalau orang tua mengharuskan melakukannya dan mengancam dengan hukuman.

3. Tugas Perkembangan Anak Sekolah

Tugas-tugas perkembangan anak sekolah dasar menurut Havighurst dalam Hurlock (2002) adalah sebagai berikut :

- a. Mempelajari ketrampilan fisik yang diperlukan untuk permainan-permainan yang umum
- b. Membangun sikap yang sehat mengenai diri sendiri sebagai makhluk yang sedang tumbuh

- c. Belajar menyesuaikan diri dengan teman-teman seusianya
- d. Mulai mengembangkan peran sosial pria atau wanita yang tepat
- e. Mengembangkan keterampilan-keterampilan dasar untuk membaca, menulis dan berhitung
- f. Mengembangkan pengertian-pengertian yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari
- g. Mengembangkan hati nurani, pengertian moral, tata dan tingkatan nilai
- h. Mengembangkan sikap terhadap kelompok-kelompok social dan lembaga-lembaga
- i. Mencapai kebebasan pribadi

C. Konsep Tindakan Invasif Pada Klien

1. Tindakan Invasif Pengambilan Sampel Darah

a. Pengertian

Pengambilan sample darah vena merupakan prosedur pemeriksaan yang sering dikerjakan pada klien anak di unit gawat darurat dan prosedur ini merupakan sumber nyeri yang paling sering dirasakan bagi anak (Eichenfield et al., 2002 dalam Skriptini, 2013).

Pengambilan darah intravena merupakan salah satu prosedur medis invasif minor yang sering dilakukan dan menyebabkan nyeri akut serta ketakutan pada anak-anak (Sikorova & Hrazdilova, 2011). Hal ini dibuktikan dengan penelitian Stevens, et al (2011), yang menemukan bahwa pengambilan darah intravena adalah prosedur medis invasif

nomor dua yang paling banyak dilakukan dan menimbulkan nyeri sedang sampai berat pada anak-anak. Oleh sebab itu, pengambilan darah intravena menjadi prosedur yang sangat tidak nyaman dan dihindari bagi anak-anak.

b. Tujuan

- 1) Untuk mendapatkan sampel darah vena yang baik dan memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan.
- 2) Untuk menurunkan resiko kontaminasi dengan darah (infeksi, needle stick injury) akibat vena punctie bagi petugas maupun penderita.
- 3) Untuk petunjuk bagi setiap petugas yang melakukan pengambilan darah (phlebotomy)(Irawandi, 2014).

c. Lokasi Yang Tidak Boleh Dilakukan Pengambilan Darah Vena

- 1) Lengan pada sisi mastectomy
- 2) Daerah edema
- 3) Hematoma
- 4) Daerah dimana darah sedang ditransfusikan
- 5) Daerah bekas luka
- 6) Daerah dengan cannula, fistula atau cangkakan vascular
- 7) Daerah intra-vena lines Pengambilan darah di daerah ini dapat menyebabkan darah menjadi lebih encer dan dapat meningkatkan atau menurunkan kadar zat tertentu(Irawandi, 2014).

d. Prosedur Tindakan Invasif Pengambilan Sampel Darah

- 1) Salam pada klien
- 2) Lakukan pendekatan klien dengan tenang dan ramah, usahakan klien nyaman mungkin.
- 3) Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan
- 4) Minta klien meluruskan lenganya, pilih tangan yang banyak melakukan aktivitas.
- 5) Minta klien untuk mengepalkan tangannya.
- 6) Pasangkan torniket kira-kira 10 cm diatas lipatan siku.
- 7) Pilih bagian vena mediana cubiti atau cephalica. Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan posisi vena. Vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastik dan memiliki dinding tebal.
- 8) Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dari arah pergelangan ke siku, atau kompres hangat selama 5 menit pada daerah lengan.
- 9) Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil dengan kapas alkohol 70% dan biarkan kering, dengan catatan kulit yang sudah dibersihkan jangan dipegang lagi.
- 10) Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk kedalam semprit (flash). Usahakan sekali tusuk vena, lalu torniket dilepas.
- 11) Setelah volume darah dianggap cukup, minta klien membuka kepalan tangannya.

12) Letakan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan / tarik jarum.

Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama \pm 15 menit.

13) Catat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan.

14) Mencatat hasil pengkajian sebelum, selama dan setelah tindakan prosedur.

15) Mencatat hasil observasi klien selama dan setelah tindakan.

2. Tindakan Invasif Pemasangan Infus

a. Pengertian

Pemasangan infus atau terapi intravena adalah proses memasukkan jarum abocath ke dalam pembuluh darah vena yang kemudian disambungkan dengan selang infus dan di alirkan cairan infus (Rosyidi, 2013). Terapi intravena adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh, melalui sebuah jarum, ke dalam pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan kehilangan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh (Darmadi, 2010).

b. Tujuan

1. Memberikan atau menggantikan cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral.
2. Memperbaiki keseimbangan asam-basa.
3. Memperbaiki volume komponen darah.
4. Memberikan jalan masuk untuk pemberian obat-obatan ke dalam tubuh.

5. Memonitor tekanan vena sentral (CVP).

6. Memberikan nutrisi pada saat sistem pencernaan mengalami gangguan(Hidayat, 2008).

c. Indikasi Pemberian Terapi Intravena

Menurut Potter& Perry (2005) indikasi pada pemberian terapi intravenayaitu: pada seseorang denganpenyakit berat, pemberian obat melalui intravena langsung masuk ke dalam jalur peredaran darah, misalnya pada kasus infeksi bakteri dalam peredaran darah (sepsis), sehingga memberikan keuntungan lebih dibandingkan memberikan obat oral.

Klien tidak dapat minum obat karena muntah, atau tidak dapat menelan obat (ada sumbatan di saluran cerna atas). Pada keadaan seperti ini, perlu dipertimbangkan pemberian melalui jalur lain seperti rektal (anus), sublingual (di bawah lidah), subkutan (di bawah kulit), dan intramuskular (disuntikkan di otot).

Kesadaran menurun dan berisiko terjadi aspirasi (tersedak obat masuk ke pernapasan), sehingga pemberian melalui jalur lain dipertimbangkan. Kadar puncak obat dalam darah perlu segera dicapai, sehingga diberikan melalui injeksi bolus (suntikan langsung ke pembuluh balik/vena).Peningkatan cepat konsentrasi obat dalam darah tercapai, misalnya pada orang yang mengalami hipoglikemia berat dan mengancam nyawa.

d. Kontraindikasi Pemberian Terapi Intravena

- 1) Inflamasi dan infeksi di lokasi pemasangan infus.
- 2) Daerah lengan bawah pada klien gagal ginjal, karena lokasi ini akan digunakan untuk pemasangan fistula arteri-venapada tindakan hemodialisis.
- 3) Obat-obatan yang berpotensi iritan terhadap pembuluh vena kecil yang aliran darahnya lambat (misalnya pembuluh vena di tungkai dan kaki) (Potter& Perry, 2005).

e. Lokasi Pemasangan Infus

Tempat atau lokasi vena perifer yang sering digunakan pada pemasangan infus adalah vena supervisial atau perifer kutan terletak di dalam fasia subkutan dan merupakan akses paling mudah untuk terapi intravena. Daerah tempat infus yang memungkinkan adalah permukaan dorsal tangan (vena supervisial dorsalis, vena basilika, vena sefalika), lengan bagian dalam (vena basilika, vena sefalika, vena kubital median, vena median lengan bawah, vena radialis), dan permukaan dorsal (vena safena magna, ramusdorsalis).

Tempat insersi/pungsi vena yang umum digunakan adalah tangan dan lengan. Namun vena-vena superfisial di kaki dapat digunakan jika klien dalam kondisi tidak memungkinkan dipasang di daerah tangan. Apabila memungkinkan, semua klien sebaiknya menggunakan ekstremitas yang tidak dominan (Potter& Perry, 2005).

f. Prosedur Tindakan Invasif Pemasangan Infus

- Persiapan alat:

- 1) Kateter intravena (IV) ukuran sesuai kebutuhan
- 2) Selang infuse (jenis sesuai kebutuhan)
- 3) Cairan infuse jenis sesuai kebutuhan
- 4) Standar infuse
- 5) Alcohol swab 3-4 lembar
- 6) Sarung tangan steriel 1 pasang
- 7) Plester
- 8) Tornequit 1 buah
- 9) Bengkok 1 buah
- 10) Underpad 1 lembar kecil
- 11) Transparan dreesing 1 lembar
- 12) Duk lubang dalam tempat steriel
- 13) Gunting

- Prosedur Pelaksanaan:

- 1) Memberikan penjelasan kepada klien tentang tindakan yang akan diberikan
- 2) Mencuci tangan (sesuai SPO cuci tangan)
- 3) Identifikasi klien (sesuai SPO indentifikasi klien)
- 4) Membawa peralatan kepada klien
- 5) Mengatur posisi klien dengan posisi supine (terlentang)

- 6) Berikan edukasi kesehatan tentang: waktu tindakan, tujuan terapi intravena, lama terai IV, jumlah dan jenis cairan yang dibutuhkan, sensasi yang diberikan.
- 7) Atur penerangan yang cukup
- 8) Bila lokasi pemasangan infus terlalu banyak ditumbuhi rambut gunting terlebih dahulu.
- 9) Cek kembali cairan sesuai prinsip 7 benar
- 10) Jelaskan kepada klien bahwa prosedur akan dimulai
- 11) Sambungkan kolf infus dengan selang infus, isi drip chamber sampai $1/3-1/2$ penuh, ujung selang infus harus dengan kondisi tertutup (agar tidak terkontaminasi, alirkan cairan secara perlahan agar tidak ada udara dalam selang)
- 12) Atur roll clam sekitar 2-3 cm dibawah drip chamber pada posisi off
- 13) Gantungkan kolf cairan ke standar infus, atur ketinggian standar infus: sambung kolf cairan harus tergantung minimal satu meter dari atas lokasi jantung klien. (meninggikan kolf akan meningkatkan kelancaran tetesan infus).
- 14) Atur posisi klien: posisi tangan lebih rendah dari posisi jantung agar pengisian kapiler baik.
- 15) Pilih lokasi yang akan di insersi
- 16) Insersi kateter IV di ekstremitas atas lebih di anjurkan
- 17) Pilih vena cephalica, basilica atau median cubital

- 18) Pilih vena yang cukup dilatasi, jika kulit klien tebal atau warnanya gelap, vena tidak dapat dilihat, palpasi vena sampai teraba penuh dan terlihat dipermukaan
- 19) Mulailah dari vena bagian distal pada lengan yang non dominan agar tidak mengganggu aktivitas klien
- 20) Penempatan kateter harus berada jauh dari ergerakan sendi, seperti pergelangan tangan atau siku
- 21) Pasang underpad
- 22) Pasang tornuquet 10-15 cm diatas area penusukan
- 23) Cuci tangan handdruf dan kenakan sarung tangan steril
- 24) Pasang duk lubang
- 25) Desinfectan area yang akan ditusuk dengan diameter 5-10 cm dengan swab alcohol 70% atau isoprofyl dengan gerakan berputar dari arah dalam keluar, tunggu sampai kering dan jangan di tiup
- 26) Jangan melakukan palpasi pada lokasi setelah kulit dibersihkan dengan antiseptic (lokasi dianggap daerah steril)
- 27) Dengan memiringkan jarum dengan sudut 30-45 derajat tusuk kulit klien
- 28) Memasuki kulit dan vena dalam satu gerakan halus dari atas. Anda rasakan jarum masuk ke vena. Mengamati darah dalam tabung jarum

- 29) Setelah yakin jarum masuk ke vena yang ditandai dengan keluarnya darah diujung kateter vena, maka tarik mainrin, dan masukkan Katter secara perlahan.
- 30) Lepaskan tornequit
- 31) Tarik pelan pelan mainrin dalam katetr dengan satu tangan, tempatkan ujung jarum anda pada ujung kateter untuk pengamanan Katter dan menutup jalan vena.
- 32) Hubungkan dnegan selang infus
- 33) Buka klem selang infus dan perhatikan tetesan cairan harus mengalir dengan mudah dan tidak ada pembengkakan di sekitar lokasi IV.
- 34) Mengurangi laju tetesan dan dilanjutkan dengan dipelester
- 35) Tutup dengan transparan dressing agar mudah di observasi secara visual jika trjasdi phlebitis dan plester selang
- 36) Atur tetesan infus sesuai intruksi
- 37) Perhatikan reaksi klien dan tayakan kondisi klien
- 38) Rapikan semua peralatan
- 39) Lepaskan sarung tangan
- 40) Cuci tangan hand rubs
- 41) Berikan label pada area infus untuk informasi sesuai kebijakan (tanggal dan jam pemasangan)
- 42) Dokumentasi dalam catatan keprawatan

D. Konsep Nyeri

1. Pengertian

Menurut NANDA International (2015) menyebutkan nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan sebagai kerusakan (*International Association for the study of Pain*): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.

Sedangkan menurut SDKI (2017) nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (nyeri akut) atau berlangsung lebih dari 3 bulan (nyeri kronis).

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Judha, 2012). Menurut IASP (*International Association for Study of Pain*, 1979 dalam Tamsuri, 2007) nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang dikaitkan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

Berdasarkan definisi yang terdapat diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang dirasakan oleh seseorang dan bersifat individual yang berkaitan dengan kerusakan jaringan baik aktual dan potensial menyangkut dua aspek yaitu aspek psikologis dan fisiologis.

2. Penyebab

Penyebab nyeri menurut SDKI (2017) terbagi menjadi tiga yaitu fisiologis, kimiawi dan fisik yaitu:

a. Agen Pencedera Fisiologis

- 1) Inflamasi
- 2) Iskemia
- 3) Neoplasma

b. Agen Pencedera Kimiawi

- 1) Terbakar
- 2) Bahan kimia iritan

c. Agen Pencedera Fisik

- 1). Abses
- 2). Amputasi
- 3). Terbakar
- 4). Terpotong
- 5). Mengangkat Berat
- 6). Prosedur Operasi
- 7). Trauma
- 8). Latihan Fisik Berlebih.

3. Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Menurut Mahon (1994 dalam Andarmoyo, 2013) menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, yaitu: nyeri bersifat individual, tidak menyenangkan, merupakan suatu kekuatan yang mendominasi, bersifat tidak berkesudahan. Menurut Caffery (1980 dalam Potter, 2006) nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri. Apabila seseorang merasa nyeri, maka perilakunya akan berubah.

4. Teori-teori nyeri

a. Teori Spesivitas (*Specivcity Theory*)

Teori Spesivitas ini diperkenalkan oleh Descartes, teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu ke pusat nyeri di otak (Andarmoyo, 2013).

Teori spesivitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu (Prasetyo, 2010).

b. Teori Pola (*Pattern theory*)

Teori Pola diperkenalkan oleh Goldscheider pada tahun 1989, teori ini menjelaskan bahwa nyeri disebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang dirangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini

merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf (Andarmoyo, 2013).

Pada sejumlah *causalgia*, nyeri pantom dan neuralgia, teori pola ini bertujuan untuk menimbulkan rangsangan yang kuat yang mengakibatkan berkembangnya gaung secara terus menerus pada *spinal cord* sehingga saraf transmisi nyeri bersifat hypersensitif yang mana rangsangan dengan intensitas rendah dapat menghasilkan transmisi nyeri (Lewis, 1983 dalam Andarmoyo, 2013).

c. Teori Pengontrol Nyeri (*Theory Gate Control*)

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun Gate control theory dianggap paling relevan (Tamsuri, 2007).

Teori gate control dari Melzack dan Wall (1965) menjelaskan bahwa impuls nyeri diatur oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Keseimbangan aktivitas dari neuron sensoris dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmiter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi

mechanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi "P". Teknik distraksi, musik, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter dan Perry, 2005).

d. *Endogenous Opiat Theory*

Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi selama alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine (Andarmoyo, 2013).

Endorphine mempengaruhi transmisi implus yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neoromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri (Andarmoyo, 2013).

5. Klasifikasi Nyeri

a. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

1). Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat

dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013).

Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2010).

2). Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (McCaffery, 1986 dalam Potter & Perry, 2005).

b. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

1). Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious (Andarmoyo, 2013). Nyeri nosiseptor ini dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain (Andarmoyo, 2013).

2). Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013).

c. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

1). Supervisial atau kutaneus

Nyeri supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

2). Viseral Dalam

Nyeri viseral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan dan berkaitan dengan mual dan gejala otonom. Contohnya sensasi pukul (*crushing*) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

3). Nyeri Alih (*Referred pain*)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Contohnya nyeri yang terjadi pada *infark miokard*, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

4). Nyeri Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulistyono, 2013). Karakteristik nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang ke bagian tubuh. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskusi intervertebralis yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

6. Hal – Hal yang mempengaruhi Nyeri

a. Usia

Menurut Potter & Perry (1993) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan dapat mempengaruhi bagaimana anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri.

Anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan kalau apa yang dilakukan perawat menyebabkan nyeri. Anak-anak yang belum mempunyai kosakata yang banyak, mempunyai kesulitan mendeskripsikan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau perawat. Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyerinya. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi (Tamsuri, 2007).

b. Jenis kelamin

Gill (1990) mengungkapkan laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri. Misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis dimana seorang wanita dapat menangis dalam waktu yang sama. Penelitian yang dilakukan Burn, dkk. (1989) dikutip dari Potter & Perry, 1993 mempelajari kebutuhan narkotik post operative pada wanita lebih banyak dibandingkan pria.

c. Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri (Calvillo & Flaskerud, 1991). Nilai-nilai budaya perawat dapat berbeda dengan nilai-nilai budaya klien dari budaya lain.

d. Ansietas

Meskipun pada umumnya diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stres praoperatif menurunkan nyeri saat pascaoperatif (Smeltzer & Bare, 2002).

e. Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Seringkali individu yang lebih berpengalaman dengan nyeri yang dialaminya, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan. Individu ini mungkin akan lebih sedikit mentoleransi nyeri, akibatnya ia ingin nyerinya segera reda sebelum nyeri tersebut menjadi lebih parah. Reaksi ini hampir pasti terjadi jika individu tersebut mengetahui ketakutan dapat meningkatkan nyeri dan pengobatan yang tidak adekuat.

f. Keluarga dan Support Sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Potter & Perry, 1993).

g. Pola koping

Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri.

7. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

Tujuan pengukuran nyeri, yaitu:

- a. Mengetahui kuantitas nyeri.
- b. Menuntun menyusun pemilihan metode manajemen nyeri.
- c. Alat evaluasi nyeri.
- d. Membantu menegakkan diagnosa nyeri.

Menurut Smeltzer and Bare (2002) intensitas nyeri dibagi menjadi 5 kategori yaitu adalah sebagai berikut:

- a. Skor 0 = Tidak nyeri
- b. Skor 1-3 = Nyeri ringan

Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

- c. Skor 4-6 = Nyeri sedang

Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

d. Skor 7-9 = Nyeri berat

Tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi

e. Skor 10 = Nyeri sangat berat

Klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Berikut beberapa skala deskriptif pengukuran nyeri:

a. *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “*tidak terasa nyeri*” sampai “*nyeri yang tidak tertahankan*”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

b. *Numerical Rating Scales (NRS)*

Skala penilaian numerik (Numerical rating scales, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992).

c. *Visual Analog Scale (VAS)*

VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2005).

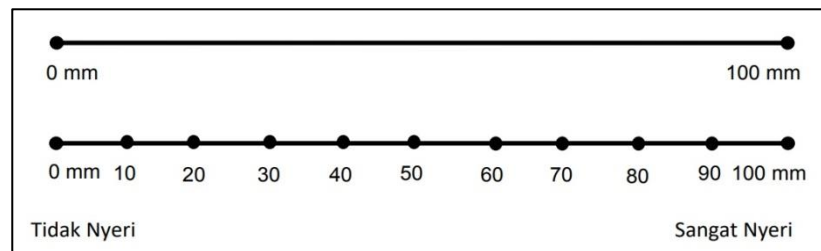
VAS adalah suatu instrumen yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri dengan menggunakan sebuah tabel garis 10 cm dengan pembacaan skala 0–100 mm dengan rentangan makna:

Tabel 2.1. Pembacaan Skala VAS

Skala VAS	Interpretasi
>0 - <10 mm	Tidak Nyeri
≥10 – 30 mm	Nyeri Ringan
≥30 – 70 mm	Nyeri sedang
≥ 70 – 90 mm	Nyeri berat
≥ 90 – 100 mm	Nyeri sangat berat

Cara penilaiannya adalah penderita menandai sendiri dengan pensil pada nilai skala yang sesuai dengan intensitas nyeri yang

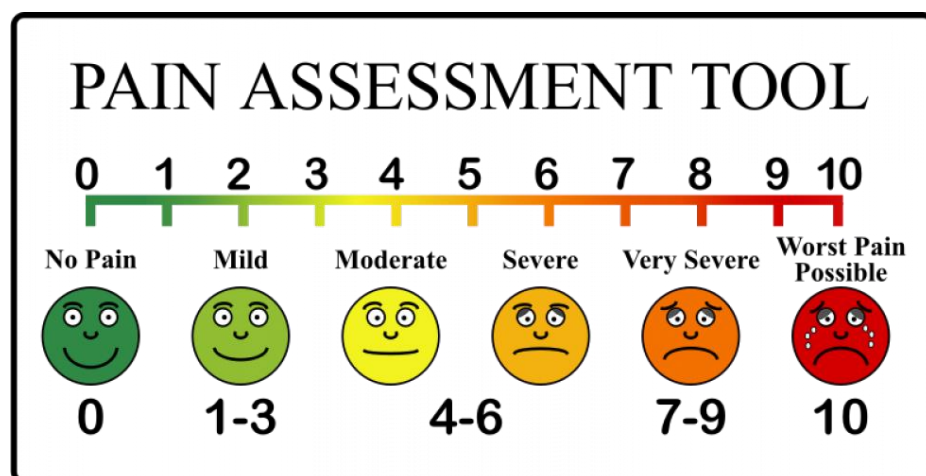
dirasakannya setelah diberi penjelasan dari peneliti tentang makna dari setiap skala tersebut. Penentuan skor VAS dilakukan dengan mengukur jarak antara ujung garis yang menunjukkan tidak nyeri hingga ke titik yang ditunjukkan klien.



Gambar 2.2. Skala VAS

d. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah klien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Berikut skala nyeri yang kita nilai berdasarkan ekspresi wajah:



Gambar 2.3. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Adapun penilaian skala nyeri dari kiri ke kanan sesuai urutan wajah sebagai berikut:

- 1) Wajah Pertama: Sangat senang karena ia tidak merasa sakit sama sekali.
- 2) Wajah Kedua: Sakit hanya sedikit.
- 3) Wajah Ketiga: Sedikit lebih sakit.
- 4) Wajah Keempat: Jauh lebih sakit.
- 5) Wajah Kelima: Jauh lebih sakit sekali.
- 6) Wajah Keenam: Sangat sakit luar biasa sampai-sampai menangis

2. Manajemen penatalaksanaan nyeri

Manajemen nyeri bisa dilakukan dengan farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi untuk mengatasi nyeri diberikan oleh dokter melalui intra vena atau rute epidural (Smeltzer dan Bare, 2004).

a. Manajemen nyeri dengan farmakologi.

Manajemen farmakologi untuk mengatasi nyeri adalah opioid, non opioid, dan adjuvant (anti convulsan, anti depresan, dan obat bius lokal). Analgesik golongan opioid yaitu morfin, fentanil, kodein, efek samping analgesik opioid adalah depresi pernafasan, hipotensi, retensi urin, penurunan cardiac output, pusing mual dan bahkan mengancam nyawa klien. Golongan analgesik non opioid yang dipakai untuk mengatasi nyeri adalah Acetaminophen, Ketorolac dan Adjuvant

(Pasero & McCaffery dalam Urden, 2008). Penjelasan obat-obat yang biasa di pakai untuk mengatasi nyeri adalah sebagai berikut:

1). Morfin

Morfin merupakan analgesik opiod yang sering digunakan untuk menyatasi nyeri, efek samping dari morfin adalah vaso dilatasi pembuluh darah sehingga bermanfaat untuk mengurangi beban kerja miokard dan mempunyai efek untuk mengatasi cemas akibat dari vasodilatasi pembuluh darah akan mengakibatkan hipotensi efek samping lain dari morfin adalah depresi pernafasan karna morfin mengurangi kerja kemosensitif central di medula oblongata maka saat pemberian morfin harus diawasi secara terus-menerus. Efek samping morfin sangat bahaya bahkan dapat menyebabkan kematian (Pasero & McCaffery dalam Urden, 2008).

2). Fentanil

Fentanil merupakan obat pilihan jika terjadi alergi terhadap morfin fentanil larut dalam lemak dan memiliki kerja lebih cepat dari pada morfin dalam pemberiannya harus diawasi kondisi tanda-tanda vital efek samping dari fentanil dapat menyebabkan bradikardi (Liu & Gropper, 2003). Satu ampul fentanil 2 ml berisi 0,05 mg/ml , fentanil mempunyai efek analgesik 80 kali lebih kuat daripada morfin daya kerja sampai dengan 3 jam, nilai puncaknya 3 sampai 30 menit setelah 30 menit dari pemberian efek analgesik

nya berkurang dan hilang 3 jam setelah pemberian fentanil (Tjay & Raharja, 2007).

3). Kodein

Menurut Mc Caffery & Passero (1999, dalam Chanif, 2012) kodein saat ini jarang diunakan untuk mengatasi nyeri, kodein mempunyai efek analgesik untuk nyeri ringan sampai sedang dalam pemberiannya harus di kombinasikan dengan analgesik non opioid (Acetaminophen), Kodein dimetabolisme dalam hati Acetaminophen Acetaminophen merupakan analgesik yang digunakan untuk mengatasi nyeri ringan sampai sedang, kerja dari Acetaminophen menghambat sintesis dari prostaglandin neurotransmitter di susunan saraf pusat (Lehne, 2007).

b. Managemen nyeri non farmakologi

Dalam rangka mengembangkan managemen nyeri non farmakologi yang efektif dibidang keperawatan pada klien yang terpasang ventilator mekanik maka perawat perlu mengetahui jenis-jenis managemen nyeri non pharmacologic yang bisa dilakukan oleh seorang perawat. Menurut Bulechek dan Dochterman (2004). Managemen nyeri non farmakologi yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri adalah musik therapy, relaksasi, hypnosis therapy, distraksi therapy, terapi bermain, terapi aktivitas, akupuntur therapy, kompres dan pijat.

Menurut Pellino, dkk (2005) manajemen nyeri non farmakologi dapat digunakan untuk kombinasi dengan farmakologi dalam mengatasi nyeri hasil penelitian menunjukkan bahwa kombinasi farmakologic dan non farmakologi mempunyai efek lebih baik daripada hanya menggunakan analgesik opioid saja. Manajemen nyeri non farmakologi yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri pada klien adalah relaksasi, terapi musik, terapi sentuhan, terapi pijat (Pellino dkk, 2005).

1). Relaksasi

Menurut Houston & Jesurum (dalam Chanif, 2011). Relaksasi merupakan manajemen nyeri non farmakologic yang mempunyai efek sangat baik untuk mengatasi nyeri. Relaksasi akan menyebabkan penurunan hormon adrenalin dengan penurunan hormon adrenalin akan menyebabkan rasa tenang, rasa tenang akan menyebabkan aktifitas saraf simpatik menurun sehingga akan menyebabkan penurunan nyeri (Biley, 2000).

2). Terapi Musik

Terapi musik merupakan bagian dari tehnik relaksasi yang dapat digunakan yang mempunyai efek menenangkan (Biley, 2000). Menurut Oken (2004) musik dapat memiliki efek terapeutik pada pikiran dan tubuh manusia. Efek suara dapat mempengaruhi keseluruhan fisiologi tubuh pada basis aktivasi korteks sensori dengan aktivasi sekunder lebih dalam pada neokorteks dan beruntun ke dalam sistem limbik, hipotalamus dan sistem saraf

otonom. Saraf kranial kedelapan dan kesepuluh membawa impuls suara melalui telinga. Dari sini, saraf vagus, yang membantu regulasi kecepatan denyut jantung, respirasi, dan bicara, membawa impuls sensorik motorik ke tenggorokan, laring, jantung, dan diafragma. (Oken, 2004).

3). Terapi Pijat

Pijat merupakan tehnik manajemen non farmakologic untuk mengurangi nyeri dan dapat menyebabkan klien rilek dan klien dapat memenuhi kebutuhan istirahat tidur. Perawatan di rumah sakit dianggap penyebab ketidaknyamanan klien baik fisik dan psikis. Dengan adanya pijatan yang mempunyai efek distraksi juga dapat meningkatkan pembentukan endorphen dalam sistem kontrol desenden dan membuat relaksasi otot. Dapat juga digunakan dasar teori Opiate endogenous, dimana reseptor opiate yang berada pada otak dan spinal cord menentukan dimana sistem saraf pusat mengistirahatkan substansi morfin yang dinamakan endorphen dan enkephalin bila nyeri diterima.

4). Terapi Pemberian Madu

Madu mengandung berbagai mineral seperti Ca, Na, K, Mg, Fe, Cl, P, S, garam Iodium, dan asam organik (asam malat, tartrat, sitrat, laktat, oksalat) (Purabaya, 2002). Selain itu, madu juga mengandung berbagai macam enzim (amylase, diastase, investase, katalase peroksidase, lipase) yang memperlancar reaksi

kimia berbagai metabolisme di dalam tubuh, serta mengandung *flavonoid* yaitu *pinocrembin* yang memiliki efek anti nyeri. Puspitasari (2007) dalam penelitiannya menyebutkan madu dapat memberikan efek analgesik. *Flavonoid* dalam madu dapat menghambat produksi *cyclooxygenase*, sehingga dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri.

Geonarwo, Chodidjah, dan Susanto (2011) melakukan eksperimental dengan pendekatan *post test only control group design*. Penelitian dilakukan dengan menggunakan hewan uji tikus putih jantan galur wistar 25 ekor, dibagi dalam 5 kelompok secara random, kelompok I (kontrol negatif) diberi aquadest, kelompok II diberi madu 25%, kelompok III diberi madu 50%, kelompok IV diberi madu 100% dan kelompok V (kontrol positif) diberi parasetamol 4,5 mg/kgBB. Setelah 5 menit semua kelompok disuntik dengan asam asetat 1% (0,1 ml) intra peritoneum, kemudian dihitung jumlah geliat setiap 5 menit selama 1 jam. Hasil penelitian menunjukkan madu dengan konsentrasi madu 50% memiliki efek analgetik yang meningkat, sedangkan madu dengan konsentrasi 25% dan 100% menunjukkan efek analgetik yang menurun.

E. Konsep Pemberian Madu

1. Pengertian

Madu adalah cairan kental yang dihasilkan oleh lebah dari nektar bunga. Madu juga merupakan suatu campuran gula yang dibuat oleh lebah dari larutan gula alami hasil dari bunga yang disebut nektar. Madu hasil dari lebah yang ditampung dengan metode pengambilan moderen berupa cairan jernih dan bebas dari benda asing (Gunawan, 2008).

Madu merupakan cairan kental seperti sirup berwarna cokelat kuning muda sampai cokelat merah yang dikumpulkan dalam indung madu oleh lebah *Apis mellifera*. Konstituen dari madu adalah campuran dekstrosa dan fruktosa dengan jumlah yang sama dan dikenal sebagai gula invert 50-90% dari gula yang tidak terinversi dan air (Purbajaya, 2007).

Madu merupakan cairan alami yang umumnya mempunyai rasa manis, dihasilkan oleh lebah madu dari sari bunga tanaman (*floral nectar*) atau bagian lain dari tanaman (*extra floral nectar*) atau ekskresi serangga (SNI, 2004). Madu merupakan zat pemanis alami yang diproduksi oleh lebah madu dari nektar tanaman atau sekresi bagian lain dari tanaman atau ekskresi dari insekta pengisap tanaman, yang dikumpulkan, diubah dan dikombinasikan dengan zat tertentu dari lebah kemudian ditempatkan, dikeringkan, lalu disimpan di dalam sarang hingga matang (Hamad, 2004; Akanmu et al., 2011; Cornelia & Chis, 2011; Ayu et al., 2013).

2. Komposisi Kimia dan Biologi Madu

Menurut hasil pengkajian dari para ahli, lebih dari 181 macam senyawa atau unsur dan zat nutrisi yang ada, terkandung di dalam madu alami. Jenis gula atau karbohidrat yang terdapat di dalam madu alami yakni fruktosa, yang memiliki kadar yang tertinggi, yaitu sedikitnya bisa mencapai 38,5 gram per 100 gram madu alami. Sementara untuk kadar glukosa, maltosa, dan sukrosanya rendah. Fruktosa atau yang sering disebut Levulosa merupakan gula murni atau alami yang berasal dari sari pati buah-buahan (Goenarwo et al., 2011; Scheiner et al., 2002; Akanmu et al., 2011; Ayu et al., 2013).

Komposisi kimia madu hasil ekstraksi terdiri dari air (17,10%), fruktosa (38,50%), glukosa (31%), maltosa (7,20%), sukrosa (1,31%), asam organik (0,57%), protein (0,7%), dan abu (0,17%). Komposisi kimiawi utama dalam madu total karbohidrat (78,90 g), kadar air (78,00 g), protein (1,20 g), lemak (0 g), serat kasar (0 g), abu (0,20 g), kalori (295,00 kal), kalsium (2 mg), posfor (12 mg), zat besi (0,8 mg%), natrium (10 mg), thiamin (0,1 mg), flavonoid (0,02 mg), dan niacin (0,02 mg) (Alzubier & Okechukwu, 2011; Suarez et al., 2010; Ayu et al., 2013).

Madu mengandung monosakarida yang mudah diserap dalam usus tanpa membutuhkan proses pemecahan yaitu fruktosa (38%) dan glukosa (31%). Madu juga mengandung berbagai mineral seperti Ca, Na, K, Mg, Fe, Cl, P, S, garam Iodium, dan asam organik (asam malat, tartrat, sitrat, laktat, oksalat) (Purabaya, 2002). Selain itu, madu juga mengandung berbagai macam enzim (amylase, diastase, investase, katalase, peroksidase, lipase)

yang memperlancar reaksi kimia berbagai metabolisme di dalam tubuh, serta mengandung *flavonoid* yaitu *pinocrembin* (Puspitasari, 2007; Truchado et al., 2009; Alzubier & Okechukwu, 2015).

Madu mengandung beberapa senyawa organik yang telah teridentifikasi antara lain seperti *polyphenol*, *flavoid*, dan glikosida. Selain itu didalam madu juga terdapat berbagai jenis enzim, antara lain enzim glukosa oksidase dan enzim invertase yang dapat membantu proses pengolahan sukrosa untuk diubah menjadi glukosa dan fruktosa yang keduanya mudah diserap dan dicerna oleh tubuh. Madu mengandung berbagai macam enzim, salah satunya adalah enzim katalase yang mampu memberikan efek pemulihan. Selain itu madu mengandung enzim amilase, enzim lipase, dan minyak volatil, seperti hidroksi metal furfural. Madu memiliki kandungan antibiotika sebagai antibakteri pada luka dan mengandung dekstroza, lilin, gen pembiakan, dan asam formik (Puspitasari,2017).

Komponen tambahan yang terkandung didalam madu seperti lisozim, asam *fenolik* dan *flavonoid* juga terdapat dalam madu yang berfungsi sebagai antioksidan dan anti radang. Kandungan *flavonoid* diduga menghambat produksi *cyclooxygenase*, sehingga dapat digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri (Almada, 2000; Goenarwo,2013).

3. Jenis - Jenis Madu

Jenis-jenis madu beraneka ragam tergantung nektar tanamannya. Beberapa jenis madu di Indonesia antara lain madu kapuk, karet, kopi,

klengkeng, sonokeling, durian, rambutan, apel, jambu air, mangga, kaliandra, *multiflora*, hutan, jambu mente, mahoni, bunga matahari dan madu *royal jelly*. Jenis-jenis madu lain yang terdapat di negara sub tropis menurut Puspitasari (2007) antara lain; *alfalfa*, *aster*, *athel*, *bamboo*, *basswood*, *bergamot*, *blackberry*, *bluberry*, *blue curls*, *bluevine*, *boneset*, *buckwheat*, *cantaloupe*, *cape vine*, *coralvine*, *cranberry*, *galiberry*, *goldenrod*, *holly*, *horsemint*, *locust*, *manzanita*, *marigold*, *mesquite*, *mountain laurel*, *mustard*, *palmatto* dan *pepperbush*. Setiap madu mempunyai karakteristik yang berbeda baik berdasarkan komposisi, rasa maupun penampilan fisik.

Jenis madu dibagi menjadi tiga macam yaitu, a) Madu flora yaitu madu yang dihasilkan dari nektar bunga, b) Madu ekstra flora yaitu madu yang dihasilkan dari nektar yang terdapat diluar bunga yaitu berasal dari bagian tanaman yang lain seperti daun, cabang atau batang tanaman, c) Madu embun yaitu madu yang dihasilkan dari cairan suktesi serangga yang kemudian eksudatnya diletakkan pada bagian-bagian tanaman, cairan ini kemudian dihisap dan dikumpulkan oleh lebah madu (Puspitasari, 2007). Di Indonesia jenis madu yang dipasarkan sering diberi nama menurut daerah asalnya, misalnya madu Sumbawa, madu Kalimantan, dan Madu Sulawesi.

Kualitas madu ditentukan oleh waktu pemanenan madu, kadar air, warna madu, rasa dan aroma madu. Madu yang memiliki kandungan enzim *diastase* sebagai salah satu acuan yang digunakan Standar Nasional Indonesia (SNI) untuk menentukan madu tersebut asli atau tidak, karena

enzim *diastase* hanya dihasilkan dari kelenjar ludah lebah (Hamad, 2004; Puspitasari, 2007).

Jenis madu yang sering digunakan pada beberapa pengobatan adalah madu PERUM PERHUTANI ber-Standar Nasional Indonesia (SNI) atau disebut sebagai madu perhutani. Penelitian yang dilakukan oleh Nurhidayah, (2011) tentang pengaruh madu dalam perawan *oral care* terhadap klien anak mukolitis akibat mukolitis pada anak menggunakan madu PERUM PERHUTANI. Madu yang digunakan adalah jenis madu hutan multiflora dan telah diuji kualitasnya oleh Pusat Perlebahan Nasional Perhutani (PPNP). Berikut ini kandungan gizi madu perhutani:

Tabel 2.2. Kandungan gizi madu perhutani

Parameter	Satuan	Hasil
Kalori	Kal/100 gram	320
Lemak	%	0
Asam lemak jenuh	%	0
Kolesterol	mg/100 gram	< 0
Total Karbohidrat	%	79,3
Serat makanan	%	0,73
Protein	%	0,63
Kalsium (Ca)	mg/100 gram	9,84
Natrium (Na)	mg/100 gram	12,8
Besi (Fe)	mg/100 gram	0,63
Kalium (K)	mg/100 gram	102
Vitamin A	UI/100 gram	< 0,5
Vitamin C	mg/100 gram	3,52

Sumber: Pusat Perlebahan Nasional Perum Perhutani 2008

4. Pengaruh Terapi Pemberian Madu Terhadap Nyeri

Madu merupakan bahan makanan yang mengandung nilai gizi tinggi tinggi mengandung banyak komponen gula sederhana (monosakarida dan disakarida) dan gula rantai panjang (polisakarida), selain itu madu mengandung enzim untuk mencerna gula, vitamin, mineral dan lain-lain (Bognadov et al., 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Alzubier dan Okechukwu (2011) menyebutkan madu memiliki efek terapeutik *anti-inflammatory*, *antipyretic*, dan *analgesic*. Penelitian dilakukan pada tikus dengan disuntikkan asam asetat pada peritoneum tikus dengan sebelumnya dikasih madu per oral, hasil menunjukkan pemberian madu mengurangi ambang *nociception* dan mengurangi rangsang saraf terminal dari serat *nociceptive*.

Suarez et al., (2010), menyebutkan madu asli 100% murni mengandung zat antibiotik yang dapat menyembuhkan penyakit dari berbagai patogen penyebab penyakit. Terdapat empat faktor yang mempengaruhi aktivitas antibakteri pada madu asli 100% murni; pertama, kadar gula madu yang tinggi akan menghalang pertumbuhan bakteri sehingga bakteri tersebut tidak dapat hidup dan berkembang. kedua, tingkat kemanisan madu yang tinggi (pH 3.65) akan mengurangi pertumbuhan dan daya hidupnya sehingga bakteri tersebut mati, ketiga, adanya pertumbuhan radikal hidrogen peroksida yang bersifat membunuh mikroorganisme patogen, dan keempat adanya senyawa organik yang bersifat antibakteri antara lain seperti *polyphenol*, *flavonoid*, dan glikosida.

Madu mengandung berbagai mineral seperti Ca, Na, K, Mg, Fe, Cl, P, S, garam Iodium, dan asam organik (asam malat, tartrat, sitrat, laktat, oksalat) (Purabaya, 2002). Selain itu, madu juga mengandung berbagai macam enzim (amylase, diastase, investase, katalase peroksidase, lipase) yang memperlancar reaksi kimia berbagai metabolisme di dalam tubuh, serta mengandung *flavonoid* yaitu *pinocrembin* yang memiliki efek anti nyeri. Puspitasari (2007) dalam penelitiannya menyebutkan madu dapat memberikan efek analgesik. *Flavonoid* dalam madu dapat menghambat produksi *cyclooxygenase*, sehingga dapat digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri.

Geonarwo, Chodidjah, dan Susanto (2011) melakukan eksperimental dengan pendekatan *post test only control group design*. Penelitian dilakukan dengan menggunakan hewan uji tikus putih jantan galur wistar 25 ekor, dibagi dalam 5 kelompok secara random, kelompok I (kontrol negatif) diberi aquadest, kelompok II diberi madu 25%, kelompok III diberi madu 50%, kelompok IV diberi madu 100% dan kelompok V (kontrol positif) diberi parasetamol 4,5 mg/kgBB. Setelah 5 menit semua kelompok disuntik dengan asam asetat 1% (0,1 ml) intra peritoneum, kemudian dihitung jumlah geliat setiap 5 menit selama 1 jam. Hasil penelitian menunjukkan madu dengan konsentrasi madu 50% memiliki efek analgetik yang meningkat, sedangkan madu dengan konsentrasi 25% dan 100% menunjukkan efek analgetik yang menurun (Skriptini, 2013).

5. Prosedur Pelaksanaan Terapi Pemberian Madu

a. Pengertian

Madu merupakan cairan alami yang umumnya mempunyai rasa manis, dihasilkan oleh lebah madu dari sari bunga tanaman (*floral nectar*) atau bagian lain dari tanaman (*extra floral nectar*) atau ekskresi serangga (SNI, 2004). Pemberian madu adalah intervensi keperawatan dalam manajemen nyeri anak usia sekolah melalui pemberian madu per oral 2 (dua) menit sebelum tindakan invasif (Sekriptini, 2013).

b. Tujuan

- 1). Membantu menurunkan nyeri anak usia sekolah dalam tindakan invasif.
- 2). Mendapatkan data perbedaan skala nyeri pada tindakan invasif 1 dan tindakan invasif 2.

c. Persiapan Alat

- 1). Peralatan invasif 1: pengambilan sampel darah (spuit, tabung darah, tornikuet, kapas alkohol, handscoon, bengkok, trolley, kassa, plester, lembar permintaan darah dan lembar SPO yang berlaku)
- 2). Peralatan invasif 2: pemasangan infus (jarum infus, cairan infus, infus set, tornikuet, kapas alkohol, handscoon, bengkok, trolley, kassa, plester, gunting dan lembar SPO yang berlaku)
- 3). Madu
- 4). Sendok makan
- 5). Air minum

- 6). Tissue
- 7). Instrumen pengukuran skala nyeri VAS (Visual Analog Scale)
- 8). Lembar observasi pengukuran skala nyeri.

d. Prosedur Pelaksanaan Pemberian Madu Dalam Tindakan Invasif

Untuk mendapatkan hasil perbedaan nyeri anak usia sekolah dipilih kasus penyakit dengan tindakan invasif yang perlu dilakukan dua kali (invasif 1 berupa pengambilan sampel darah dan invasif 2 pemasangan infus). Pemberian madu dilakukan sebelum tindakan invasif yang kedua (pemasangan infus). Adapun prosedur pelaksanaan pemberian madu sebagai berikut:

- 1). Salam terapeutik kepada klien dan keluarga.
- 2). Jelaskan tujuan tindakan pemberian madu dan prosedurnya kepada klien dan keluarga.
- 3). Identifikasi klien sebelum tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah.
- 4). Siapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan klien.
- 5). Cuci tangan.
- 6). Lakukan tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah sesuai prosedur yang berlaku.
- 7). Lakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*.
- 8). Catat hasil pengukuran di lembar observasi.
- 9). Rapiakan peralatan.

- 10). Mencuci tangan.
- 11). Tunggu sekitar 2-3 jam (sesuai kebutuhan) sampai ada advis dokter untuk tindakan invasif 2: pemasangan infus.
- 12). Jika sudah ada advis, perawat mengidentifikasi klien sebelum tindakan invasif 2: pemasangan infus.
- 13). Siapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan klien.
- 14). Cuci tangan.
- 15). Berikan madu per oral sebanyak 1 sendok makan, berikan minum air putih, lap mulut dengan tisu (berikan jeda selama 2 menit).
- 16). Lakukan tindakan invasif 2: pemasangan infus sesuai prosedur yang berlaku.
- 17). Lakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* setelah tindakan.
- 18). Catat hasil pengukuran di lembar observasi.
- 19). Berikan reinforcement positif atas kesediaan klien dan keluarga mengikuti prosedur.
- 20). Salam terapeutik kepada klien dan keluarga.
- 21). Rapikan peralatan.
- 22). Mencuci tangan.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

Pada bab ini, penulis akan memaparkan 3 (tiga) laporan kasus kelolaan keperawatan gawat darurat di IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda, dimana masing-masing kasus terdiri dari lima proses keperawatan berupa pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan sebagai berikut:

A. Laporan Kasus Kelolaan I

1. Pengkajian

Pengkajian awal dilakukan pada hari Jum'at tanggal 29 Desember 2018 jam 14.40 WITA dengan menggunakan format pengkajian klien keperawatan gawat darurat. Pada kasus ini diperoleh hasil yang didapat dengan cara *autoanamnese* dan *alloanamnese*, dimana penulis melakukan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa klien bernama An. R, berjenis kelamin perempuan, berusia 8 th, klien seorang pelajar, beragama islam, alamat rumah Jl. AM Sangaji Samarinda, BB klien 20 kg. tanggal masuk ruang IGD pada tanggal 29 Desember 2017 pada pukul 14.40 Wita, tidak bekerja. Klien masuk dengan diagnosa medis gastroenteritis akut.

a. Subyektif

Keluhan utama yang dirasakan oleh anak R adalah anak R mengatakan BAB cair. Ibu anak R mengatakan anaknya sudah BAB cair dan sering, dari tadi malam sampai dengan siang ini anak R sudah BAB lebih dari 20x. Ibu anak R mengatakan sudah memberi minum Trolit sachet (oralit) untuk mengatasi

diarenya, namun diare masih belum berhenti dan berkurang. Ibu anak R mengatakan anaknya Diare diikuti dengan demam, ibu anak R mengatakan demamnya dimulai dari tadi subuh jam 04.00, suhu tubuhnya sampai 37,5 °C. Ibu mengatakan sudah memberi obat sanmol tablet 500 mg sebanyak 1 tablet, diminum pada pukul 04.30 wita.

Anak R juga mengatakan perutnya terasa nyeri, nyeri diseluruh perut dirasakan seperti melilit lilit dan kram. Skala nyeri 4, wajah menyeringai. Nyeri dirasakan hilang timbul. Hilang ketika dipakai buat tidur. Anak R banyak tidur. Ibu anak R mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan maupun cuaca. Di RS klien mendapatkan terapi obat infus RL 20 tpm. Ibu mengatakan anak R terakhir makan tadi malam jam 20.00 wita, yang terdiri dari nasi, sayur dan ikan.

b. Obyektif

Data obyektif yang diperoleh adalah suara nafas vesikuler dan tidak terdapat suara napas tambahan (*Airway*), respirasi rate: 20 kali permenit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan reguler (*breathing*), tekanan darah: 110/70 mmHg dan heart rate: 87 kali permenit, temperature: 38,6⁰ C, anak R tampak lemah, CRT kembali < 2 detik, saturasi perifer oksigen 98%, nadi teraba teratur dan lemah (*circulation*).

Kesadaran klien compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*): *Eyes* 4 (membuka mata spontan), *Verbal* 5 (orientasi penuh), *Motorik* 6 (mengikuti perintah), untuk ekstremitas atas kekuatan otot kanan 5, kekuatan otot kiri 5, untuk ekstremitas bawah kekuatan otot kanan 5, kekuatan otot kiri 5 (*disability*). Posisi anak tidur kaki ditekuk dan tangan diapit oleh paha. Anak

menggunakan baju yang tertutup sehingga terhindar dari hipotermi (exposure dan environment).

c. *Secondary Survey* (Pemeriksaan fisik *head to toe*)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil, pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, tidak ada lesi, distribusi rambut merata, rambut berwarna hitam, pendek dan lurus, wajah tampak kemerahan karena demam. Pada pemeriksaan mata didapatkan pupil isokor berespon terhadap cahaya, tidak terdapat dilatasi pupil, ukuran pupil 3 mm, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Pada pemeriksaan telinga didapatkan tidak ada gangguan fungsi pendengaran. Pada pemeriksaan hidung didapatkan tidak ada produksi sekret, septum nasal utuh, tidak ada gangguan fungsi penciuman. Pada pemeriksaan mulut didapatkan tidak ada stomatitis, lidah bersih, membrane mukosa kering. Pada pemeriksaan fungsi tenggorokan didapatkan tidak ada gangguan menelan. Pada pemeriksaan leher didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tiroid, tidak didapatkan pembesaran vena jugularis.

Pada pemeriksaan thorax didapatkan bentuk dada normal chest, simetris. Pemeriksaan paru didapatkan tidak menggunakan otot bantu pernapasan, taktil fremitus sama di kedua paru, sonor di seluruh lapang paru, tidak terdengar suara wheezing. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan klien tidak acites, terdapat nyeri tekan pada abdomen, nyeri tekan dirasakan pada 4 kuadran, bising usus terdengar hiperaktif (12 kali permenit).

Pada pemeriksaan ekstremitas, kulit teraba hangat, tidak terdapat lesi, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas.

d. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Rontgen abdomen polos: hasil foto polos abdomen dalam batas normal.
- 2) Darah diambil jam 15.20 wita dan hasil diterima jam 16.12 WITA, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 3.1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium An. R

Jenis Pemeriksaan	Hasil (Interpretasi)	Nilai Ukur	Nilai Normal
Hemoglobin	14,3	gr/dl	(P: 12,0-14,0 ; L : 13,0-16,0)
Hematokrit	47,6	%	(P: 40-50 ; L: 45-55)
Leukosit	15,600	/mm ³	(5000-10000)
Trombosit	305,000	/mm ³	(150000-450000)
Eritrosit	5,10	10 ⁶ /gr	(4.00-5.20)
Neutrofil	13,3	10 ³ /gr	(1,5-7,0)
Urin lengkap			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Agak keruh		
pH	5,0		4.8-7.8
Kristal	Amorf+		
Lekosit	1-3		
Eritrosit	0-1		

2. Diagnosa Keperawatan

a. Analisa Data

Tabel 3.2. Analisa data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P: Klien mengatakan nyeri pada ulu hati 2) Q: Nyeri dirasakan seperti melilit lilit 3) R: Nyeri dirasakan pada seluruh perut 4) S: Skala nyeri 4 5) T: Nyeri dirasakan hilang timbul 6) Anak R mengatakan sakit ketika akan dipasang infus dan tidak mau dipasang infus <p><u>Data Obyektif:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RR 20 kali permenit 2) Nadi 87 kali permenit (teraba lemah dan teratur) 3) Tekanan darah 110/70 mmHg 4) Ekspresi wajah menyeringai 5) Anak banyak tidur 	<p>Agen cedera fisik (tindakan invasif) dan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna)</p>	<p>Nyeri akut</p>

No	Data	Penyebab	Masalah
2.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <p>1) Ibu anak R mengatakan anaknya sudah BAB cair dan sering lebih dari 20x.</p> <p>2) Ibu anak R mengatakan anaknya diare di ikuti dengan demam</p> <p><u>Data Objektif</u></p> <p>1) Anak R lemah</p> <p>2) Nadi 87 x/mnt (teraba lemah dan teratur)</p> <p>3) Bising usus hiperaktif (12x/mnt)</p> <p>4) Nyeri abdomen</p>	Faktor fisiologis (Inflamasi gastrointestinal)	Diare
3.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <p>Ibu anak R mengatakan anaknya demam dari jam 04.00 subuh, demam sampai 37,5⁰C</p> <p><u>Data Objektif</u></p> <p>1) Kulit anak R kemerahan</p> <p>2) Kulit teraba hangat</p> <p>3) Suhu 38,6 derajat selsius</p> <p>4) Postur abnormal</p>	Dehidrasi	Hipertermi
4.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <p>Ibu anak R mengatakan anaknya diare sudah lebih 20x dan di ikuti dengan demam</p> <p><u>Data Objektif</u></p> <p>1) Anak R lemah</p> <p>2) Membran mukosa kering</p> <p>3) TD: 110/70 mmHg</p> <p>4) Nadi 87 x/mnt, teraba lemah dan teratur</p> <p>5) Pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan nilai hematrokrit meningkat di nilai 47,6 %.</p>	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume cairan

b. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- 1) Diare berhubungan dengan faktor fisiologis (inflamasi gastrointestinal)
- 2) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna)
dan agen cedera fisik (tindakan invasif)
- 4) Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada An. R dirumuskan sesuai dengan urutan diagnosa keperawatan prioritas yang disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
 Umur : 8 Tahun
 Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
Jum'at, 29-12-2017	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (00013)	<p>NOC: Kontinensi Usus</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah diare teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengenal keinginan untuk defekasi (dari skala 2 menjadi 4) 2) Minum cairan secara adekuat (dari skala 2 menjadi 4) 3) Menggambarkan hubungan asupan makanan dengan konsistensi feses (dari skala 2 menjadi 4) 4) Memantau jumlah dan konsistensi feses (dari skala 2 menjadi 4) <p><u>Keterangan skala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang menunjukkan 3 = Kadang-kadang menunjukkan 4 = Sering menunjukkan 5 = Secara konsisten menunjukkan 	<p>NIC: Manajemen Diare</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Tentukan riwayat diare. 1.2. Intruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja. 1.3. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut. 1.4. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa. 1.5. Monitor tanda dan gejala diare. 1.6. Instruksikan pasien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare. 1.7. Amati turgor kulit secara berkala. 1.8. Beritahu dokter jika terjadi peningkatan bising usus. 1.9. Instruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan.

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
Jum'at, 29-12-2017	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (00027)	<p>NOC: Keseimbangan Cairan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah kekurangan volume cairan teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah (dari skala 2 menjadi 4) 2) Denyut nadi radial (dari skala 2 menjadi 4) 3) Turgor kulit (dari skala 2 menjadi 4) 4) Kelembaban membran mukosa (dari skala 2 menjadi 4) <p><u>Keterangan skala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang menunjukkan 3 = Kadang-kadang menunjukkan 4 = Sering menunjukkan 5 = Secara konsisten menunjukkan 	<p>NIC: Manajemen Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Tentukan riwayat diare. 2.2. Monitor status hidrasi. 2.3. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan. 2.4. Monitor tanda tanda vital pasien 2.5. Berikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan. 2.6. Berikan cairan dengan tepat. 2.7. Berikan cairan intra vena sesuai suhu kamar. 2.8. Tingkatkan asupan oral. 2.9. Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makanan dengan baik. 2.10. Tawarkan makanan ringan 2.11. Persiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus.
Jum'at, 29-12-2017	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (prosedur invasif) (00132)	<p>NOC 1: Kontrol Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengenal kapan nyeri terjadi (dari skala 2 menjadi 4) 	<p>NIC 1: Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak. 3.2. Berikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga. 3.3. Pilih tindakan menurunkan nyeri non

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
		<p>2) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p>3) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang 3 = Kadang-kadang 4 = Sering 5 = Secara konsisten</p> <p><u>NOC 2:</u> Tingkat Nyeri dengan indikator: 4) Nyeri yang dilaporkan (dari skala 2 menjadi 4) 5) Tidak bisa beristirahat (dari skala 2 menjadi 4) 6) Kehilangan nafsu makan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Berat 2 = Cukup berat 3 = Sedang</p>	<p>farmakologis sesuai kebutuhan (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu).</p> <p><u>NIC 2:</u> Terapi Relaksasi 3.4. Gambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia. 3.5. Ciptakan lingkungan yang tenang. 3.6. Atur pasien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar dan mata tertutup. 3.7. Praktekkan tehnik relaksasi pada pasien untuk mengulang secara berkala (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu). 3.8. Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap relaksasi. <u>NIC 3:</u> Monitor tanda-tanda vital 3.9. Ukur tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan. 3.10. Identifikasi perubahan tanda-tanda vital dan kemungkinan penyebabnya.</p>

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
 Umur : 8 Tahun
 Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
Jum'at, 29-12-2017	Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi (00007)	<p>4 = Ringan 5 = Tidak ada</p> <p><u>NOC 3</u>: Tanda-Tanda Vital dengan indikator: 7) Denyut nadi radial (dari skala 3 menjadi 5) 8) Tingkat pernafasan (dari skala 3 menjadi 5) <u>Keterangan skala:</u> 1 = Deviasi berat dari kisaran normal 2 = Deviasi yang cukup besar dari normal 3 = Deviasi sedang dari kisaran normal 4 = Deviasi ringan dari kisaran normal 5 = Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> <p><u>NOC</u>: Termoregulasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan indikator: 1) Peningkatan suhu kulit (dari skala 2 menjadi 4) 2) Dehidrasi (dari skala 2 menjadi 4) 3) Sakit otot (dari skala 2 menjadi 4)</p>	<p>NIC: Pengaturan Suhu 4.1. Monitor suhu dan warna kulit. 4.2. Monitor tekanan darah, nadi, respiratori sesuai kebutuhan. 4.3. Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipertermi. 4.4. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat. 4.5. Instruksikan pasien bagaimana mencegah keluarnya panas dan serangan panas.</p>

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
 Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
		<p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Berat 2 = Cukup berat 3 = Sedang 4 = Ringan 5 = Tidak ada</p>	<p>4.6. Diskusikan pentingnya temoregulasi dan kemungkinan efek negatif dari demam yang berlebihan sesuai kebutuhan. 4.7. Informasikan pasien mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas dan penanganan emergensi yang tepat sesuai kebutuhan. 4.8. Gunakan matras pendingin, selimut yang mensirkulasikan air, kantong es atau bantal jelly dan kateterisasi pendingin intravascular untuk menurunkan suhu tubuh, sesuai kebutuhan. 4.9. Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil. 4.10. Berikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan.</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
 Umrur : 8 Tahun
 Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
29-12-2017 Jam 16.00	1.1; 1.2. Menentukan riwayat diare dan menginstruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja.	S: Ibu anak R mengatakan barusan anaknya BAB cair, sedikit keluar, warna kuning tidak berampas. O: Bising usus: 22 kali permenit Anak R mengenali keinginan untuk defekasi
Jam 16.05	1.5; 1.6; Memonitor tanda dan gejala diare, menginstruksikan pasien 1.7. untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare dan mengamati turgor kulit secara berkala.	S: Ibu anak R mengatakan barusan anaknya BAB cair, sedikit keluar, warna kuning tidak berampas. Ibu anak R melaporkan periode diare yang anaknya alami setelah dilakukan tindakan di IGD. O: Turgor kulit anak R kembali kurang dari 2 detik. Mukosa bibir anak R mulai memerah.
Jam 16.08	1.3; 1.4; Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut, menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa dan menginstruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan.	S: Anak R mengatakan tidak suka makan pedas, dan mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat tentang makanan yang harus dihindari. O: Anak R dan keluarga dapat menyebutkan kembali makanan apa saja yang harus dihindari sesuai anjuran yang diberikan perawat.
Jam 16.15	2.2; 2.3; Memonitor status hidrasi, Memonitor hasil laboratorium 2.4; 3.9; yang relevan dengan retensi cairan dan memonitor tanda 3.10; 4.1; tanda vital pasien. 4.2.	S: Ibu anak R mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya. O: Hasil laboratorium didapatkan nilai leukosit meningkat (15.600), hematokrit meningkat (47,6) Tidak didapatkan tanda tanda hidrasi TD: 110/80 mmHg. Nadi: 108 kali permenit, Pernapasan: 20 kali permenit, Suhu: 37,8°C

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
Jam 17.15	<p>3.1; 3.2; Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak, memberikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga, memilih tindakan menurunkan nyeri non farmakologis sesuai kebutuhan (nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu), menggambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia, menciptakan lingkungan yang tenang dan mengatur pasien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar.</p>	<p>S: Anak R mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berkurang, skala nyeri 1, dan nyeri pada tangan yang di infus sedikit sakit kalau di pegang tangannya.</p> <p>O: Wajah anak R tenang (tidak menyeringai), Nyeri tekan abdomen ada, Nyeri abdomen sebelum diajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar severe (4-6), setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan mild (1-3).</p>
Jam 17.25	<p>2.5; 2.6; Memberikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan, 2.7; 2.11; memberikan cairan dengan tepat, memberikan cairan intra vena sesuai suhu kamar dan mempersiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus serta mempraktekkan teknik relaksasi pada pasien untuk mengulang secara berkala (nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu) sesuai SOP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien dan keluarga. 2. Menjelaskan tujuan tindakan pemberian madu dan prosedurnya kepada pasien dan keluarga. 3. Mengidentifikasi pasien sebelum tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah. 4. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan pasien. 5. Mencuci tangan. 	<p>S: Anak R mengatakan sakit jika mau di suntik. Anak R mengatakan tidak mau di suntik.</p> <p>O: - Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar worst pain possible (10). - Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale gambar very severe (8-9).</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Nama Klien : An. R
 Umur : 8 Tahun

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Melakukan tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah sesuai prosedur yang berlaku. 7. Melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen VAS. 8. Mencatat hasil pengukuran di lembar observasi. 9. Merapikan peralatan. 10. Mencuci tangan. 11. Menunggu sekitar 2-3 jam (sesuai kebutuhan) sampai ada advis dokter untuk tindakan invasif 2: pemasangan infus. 12. Jika sudah ada advis, perawat mengidentifikasi pasien sebelum tindakan invasif 2: pemasangan infus. 13. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan pasien. 14. Mencuci tangan. 15. Memberikan madu per oral sebanyak 1 sendok makan, berikan minum air putih, lap mulut dengan tisu (berikan jeda selama 2 menit). 16. Melakukan tindakan invasif 2: pemasangan infus sesuai prosedur yang berlaku. 17. Melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen VAS setelah tindakan. 18. Mencatat hasil pengukuran di lembar observasi. 19. Memberikan reinforcement positif atas kesediaan pasien dan keluarga mengikuti prosedur. 20. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien dan keluarga. 21. Merapikan peralatan. 22. Mencuci tangan. 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
Jam 18.00	4.4; 4.5; Meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat, 4.6. menginstruksikan pasien bagaimana mencegah keuharnya panas dan serangan panas, serta mendiskusikan pentingnya termoregulasi dan kemungkinan efek negatif dari demam yang berlebihan sesuai kebutuhan.	S: Ibu anak R mengatakan anaknya mau minum meski sedikit sedikit namun makannya tidak mau. Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan yang dibagikan oleh perawat. O: Ibu melepas jaket yang dipakai anaknya dan melepas baju anaknya dan diganti dengan baju dalam (singlet) Ibu memberikan minum kepada anak R dengan hati2 dan sedikit memaksa, namun anak R mau meminumnya perlahan lahan.
Jam 18.10	4.7; 4.8. Menginformasikan pasien mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas dan penanganan emergensi yang tepat sesuai kebutuhan.	S: Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan yang dibagikan oleh perawat O: Ibu anak R dapat menjelaskan kembali penjelasan yang dibagikan perawat dan dapat menyimpulkan penyebab anaknya menjadi lemas.
Jam 18.15	2.4; 3.9; Memonitor tanda tanda vital pasien 4.2.	S: Ibu mengatakan panas tubuh anaknya mulai menurun O: Suhu: 37,0 °C, Nadi: 104 kali permenit, TD: 100/70 mmHg _s , Pernapasan: 20 kali permenit. Bising Usus: 14 kali permenit.

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastritis akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Diagnosa Keperawatan (NANDA-I)	Evaluasi Hasil (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan)
Jum'at, 29 Desember 2017 18.20 Wita	Diagnosa 1 Diare berhubungan dengan faktor fisiologis (inflamasi gastrointestinal)	<p>S: Ibu anak R mengatakan barusan anaknya BAB cair, sedikit keluar, warna kuning tidak berampas (3) Ibu anak R mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya</p> <p>O: BU: 22 x per menit (3) Anak R mengenali keinginan tanda-tanda untuk defekasi (3) Turgor kulit anak R kembali kurang dari 2 detik (3) Mukosa bibir anak R mulai memerah (3) Anak R tampak minum air putih disuapin ibunya kurang lebih 250cc (3) Anak R dan keluarga dapat menyebutkan kembali makanan apa saja yang harus dihindari sesuai anjuran yang diberikan perawat (3)</p> <p>A: Masalah Diare teratasi sebagian P: Intervensi 1.5,1.6,1.7,1.8,1.9 di lanjutkan diruangan</p>
18.20 Wita	Diagnosa 2 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>S: Ibu anak R mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya (3) Tidak didapatkan tanda tanda hidrasi (3)</p> <p>O: Turgor kulit anak R kembali kurang dari 2 detik (3) Anak mau minum kurang lebih 300 cc (3) Mukosa bibir anak R mulai memerah(4) TD: 110/80 mmHg. Nadi: 108 kali permenit, Pernapasan: 20 kali permenit, Suhu: 37,8°C (3)</p> <p>A: Masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian P: Intervensi 2.3,2.4,2.5,2.6,2.7,2.8 di lanjutkan diruangan</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastritis akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Diagnosa Keperawatan (NANDA-I)	Evaluasi Hasil (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan)
18.20 Wita	<p>Diagnosa 3 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (tindakan invasif)</p>	<p>S: Anak R mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan saat mau BAB saja. skala nyeri 1, dan nyeri pada tangan yang di infus sedikit sakit kalau di pegang tangannya (3)</p> <p>O: Wajah anak R tenang (tidak menyeringai) (3) Nyeri tekan abdomen ada, anak R menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada abdomen. Nyeri abdomen sebelum diajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar severe (4-6), setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan mild (1-3).</p> <p>1. Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tampa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar worst pain possible (10).</p> <p>2. Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale gambar very severe (skor 8).</p> <p>A: Masalah nyeri teratasi sebagian P: Intervensi 3.3.3.9.3.10 dilanjutkan diruangan</p>
18.20 wita	<p>Diagnosa 4 Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi</p>	<p>S: Ibu mengatakan panas tubuh anaknya mulai menurun (3) O: Suhu: 37,0 °C, Nadi: 104 kali permenit, TD: 100/70 mmHg. Pernapasan: 20 kali permenit. Bising Usus: 14 kali permenit. Ibu melepas jaket yang dipakai anaknya dan melepas baju anaknya dan diganti dengan baju dalam (singlet) Ibu memberikan minum kepada anak R dengan hati2 dan sedikit memaksa, namun anak R mau meminumnya perlahan lahan.</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. R
Umur : 8 Tahun
Diagnosa : Gastritis akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Diagnosa Keperawatan (NANDA-I)	Evaluasi Hasil (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan) Akral hangat, tanda-tanda dehidrasi tidak ada. A: Masalah hipotermi teratasi P: Intervensi dihentikan
-----------------------	-----------------------------------	--

B. Laporan Kasus Kelolaan II

1. Pengkajian

Pengkajian awal dilakukan pada Hari Selasa, 02 Januari 2018 jam 11.30 WITA dengan menggunakan format pengkajian klien keperawatan gawat darurat. Pada kasus ini diperoleh hasil yang didapat dengan cara *autoanamnese* dan *alloanamnese*, dimana penulis melakukan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa klien bernama An.W, berjenis kelamin perempuan, berusia 8 th, klien seorang pelajar, beragama islam, alamat rumah Jl. Cendana 4, BB klien 23 kg. tanggal masuk ruang IGD pada tanggal 02 Januari 2018 pada pukul 11.30 Wita, tidak bekerja. Klien masuk dengan diagnosa medis GEA dehidrasi ringan-sedang.

a. Subyektif

Keluhan utama yang dirasakan oleh anak W adalah anak W mengatakan Diare. Ibu anak W mengatakan anaknya sudah BAB cair dan sering, dari tadi pagi sampai dengan siang ini anak W sudah BAB lebih dari 15x. Ibu anak W mengatakan langsung membawa anaknya ke rumah sakit untuk minta pertolongan pertama, karena anaknya sudah lemas. Ibu mengatakan tidak tahu, kenapa anaknya bias tiba-tiba diare.

Anak W juga mengatakan perutnya terasa nyeri, nyeri perut dirasakan seperti melilit lilit dan kram. Skala nyeri 4, wajah menyeringai. Nyeri dirasakan hilang timbul. Hilang ketika dipakai buat tidur. Anak W banyak tidur. Ibu anak W mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan maupun cuaca. Ibu mengatakan anak W terakhir makan tadi malam jam 07.00 wita, yang terdiri dari nasi, sayur dan ikan.

b. Obyektif

Data obyektif yang diperoleh adalah suara nafas vesikuler dan tidak terdapat suara nafas tambahan (*Airway*), respirasi rate: 20x/menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan reguler (*breathing*), tekanan darah: 110/70 mmHg dan heart rate: 87 x/menit, temperature: 36,8⁰ C, anak W tampak Lemah, CRT kembali < 2 detik, saturasi perifer oksigen 99%, nadi teraba teratur dan lemah (*circulation*).

Kesadaran klien compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*): *Eyes* 4 (membuka mata spontan), *Verbal* 5 (orientasi penuh), *Motorik* 6 (mengikuti perintah), untuk ekstremitas atas kekuatan otot kanan 5, kekuatan otot kiri 5, untuk ekstremitas bawah kekuatan otot kanan 5, kekuatan otot kiri 5 (*disability*). Posisi anak tidur kaki ditekuk dan tangan diapit oleh paha. Anak menggunakan baju yang tertutup sehingga terhindar dari hipotermi (exposure dan environment).

c. *Secondary Survey* (Pemeriksaan fisik *head to toe*)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil, pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, tidak ada lesi, distribusi rambut merata, rambut berwarna hitam, pendek dan lurus, tidak terdapat nyeri tekan pada kepala. Pada pemeriksaan mata didapatkan pupil isokor berespon terhadap cahaya, tidak terdapat dilatasi pupil, ukuran pupil 3 mm, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Pada pemeriksaan telinga didapatkan tidak ada gangguan fungsi pendengaran. Pada pemeriksaan hidung didapatkan tidak ada produksi sekret, septum nasal utuh, tidak ada gangguan fungsi penciuman. Pada pemeriksaan mulut didapatkan tidak ada stomatitis, lidah bersih, membrane mukosa kering. Pada pemeriksaan fungsi tenggorokan didapatkan tidak ada

gangguan menelan. Pada pemeriksaan leher didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tiroid, tidak didapatkan pembesaran vena jugularis.

Pada pemeriksaan thorax didapatkan bentuk dada normal chest, simetris. Pemeriksaan paru didapatkan tidak menggunakan otot bantu pernapasan, taktil fremitus sama di kedua paru, sonor di seluruh lapang paru, tidak terdengar suara wheezing. Tidak terdapat nyeri tekan pada dada. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan klien tidak acites, terdapat nyeri tekan pada abdomen, nyeri tekan dirasakan pada 4 kuadran, bising usus terdengar hiperaktif (10x/mnt).

Pada pemeriksaan ekstremitas, turgor kulit normal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas.

d. Pemeriksaan Penunjang

Darah diambil jam 11.45 wita dan hasil diterima jam 13.12 WITA, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 3.6. Hasil Pemeriksaan Laboratorium An.W

Jenis Pemeriksaan	Hasil (Interpretasi)	Nilai Ukur	Nilai Normal
Hemoglobin	13,5	gr/dl	(P: 12,0-14,0 ; L : 13,0-16,0)
Hematokrit	36	%	(P: 40-50 ; L: 45-55)
Leukosit	9,600	/mm ³	(5000-10000)
Trombosit	305,000	/mm ³	(150000-450000)
Eritrosit	5,10	10 ⁶ /gr	(4.00-5.20)
Neutrofil	13,3	10 ³ /gr	(1,5-7,0)
MCH	25	fl	26-34
MCV	81	Vol%	76-96
Urin lengkap			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Agak keruh		
pH	5,8		4.8-7.8
Kristal	Amorf+		
Lekosit	1-3		
Eritrosit	0-1		

2. Diagnosa Keperawatan

a. Analisa Data

Tabel 3.7. Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P: Klien mengatakan nyeri pada perutnya 2) Q: Nyeri dirasakan seperti melilit lilit dan kram 3) R: Nyeri dirasakan pada seluruh perut 4) S: Skala nyeri 4 5) T: Nyeri dirasakan hilang timbul 6) Anak W mengatakan sakit ketika akan dipasang infus dan tidak mau dipasang infus <p><u>Data Obyektif:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RR 20 kali permenit 2) Nadi 87 kali permenit (teraba lemah dan teratur) 3) Tekanan darah 110/70 mmHg 4) Ekspresi wajah menyeringai 5) Anak menangis kencang ketika akan dipasang infus 	<p>Agen cedera fisik (tindakan invasif) dan agen cedera kimiawi (inflamasi gastrointestinal)</p>	<p>Nyeri akut</p>
2.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ibu anak W mengatakan anaknya sudah BAB cair dan sering lebih dari 15x. 2) Ibu anak W mengatakan anaknya diare dan lemas <p><u>Data Objektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anak W lemah 2) Nadi 87 x/mnt (teraba lemah dan teratur) 3) Bising usus hiperaktif (12x/mnt) 4) Nyeri abdomen 	<p>Faktor fisiologis (Inflamasi gastrointestinal)</p>	<p>Diare</p>

No	Data	Penyebab	Masalah
3.	<u>Data Subyektif</u> Ibu anak W mengatakan anaknya diare sudah lebih 15x dan anaknya lemah <u>Data Objektif</u> 1) Anak W lemah 2) Membrane mukosa kering 3) TD: 110/70 mmHg 4) Nadi 87 x/mnt, teraba lemah dan teratur 5) Pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan nilai hematrokrit 36 %.	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume cairan

b. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- 1) Diare berhubungan dengan faktor fisiologis (inflamasi gastrointestinal)
- 2) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (tindakan invasif).

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada An. W dirumuskan sesuai dengan urutan diagnosa keperawatan prioritas yang disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
		<p>2) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p>3) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang 3 = Kadang-kadang 4 = Sering 5 = Secara konsisten</p> <p><u>NOC 2: Tingkat Nyeri dengan indikator:</u> 4) Nyeri yang dilaporkan (dari skala 2 menjadi 4) 5) Tidak bisa beristirahat (dari skala 2 menjadi 4) 6) Kehilangan nafsu makan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Berat 2 = Cukup berat 3 = Sedang</p>	<p>farmakologis sesuai kebutuhan (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu).</p> <p><u>NIC 2: Terapi Relaksasi</u> 3.4. Gambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia. 3.5. Ciptakan lingkungan yang tenang. 3.6. Atur pasien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar dan mata tertutup. 3.7. Praktekan tehnik relaksasi pada pasien untuk mengulang secara berkala (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu). 3.8. Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap relaksasi.</p> <p><u>NIC 3: Monitor tanda-tanda vital</u> 3.9. Ukur tekanan darah, nadi, suhu dan status pemafasan. 3.10. Identifikasi perubahan tanda-tanda vital dan kemungkinan penyebabnya.</p>

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W

Diagnosa : Gastroenteritis Akut

Umur : 8 Tahun

Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
	<p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (00027)</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (prosedur invasif) (00132)</p>	<p>NOC: Keseimbangan Cairan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah kekurangan volume cairan teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah (dari skala 2 menjadi 4) 2) Denyut nadi radial (dari skala 2 menjadi 4) 3) Turgor kulit (dari skala 2 menjadi 4) 4) Kelembaban membran mukosa (dari skala 2 menjadi 4) <p><u>Keterangan skala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang menunjukkan 3 = Kadang-kadang menunjukkan 4 = Sering menunjukkan 5 = Secara konsisten menunjukkan 	<p>NIC: Manajemen Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Tentukan riwayat diare. 2.2. Monitor status hidrasi. 2.3. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan. 2.4. Monitor tanda tanda vital pasien 2.5. Berikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan. 2.6. Berikan cairan dengan tepat. 2.7. Berikan cairan intra vena sesuai suhu kamar. 2.8. Tingkatkan asupan oral. 2.9. Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makanan dengan baik. 2.10. Tawarkan makanan ringan 2.11. Persiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus. <p>NIC 1: Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak. 3.2. Berikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga. 3.3. Pilih tindakan menurunkan nyeri non

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGDRSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
		<p>2) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p>3) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang 3 = Kadang-kadang 4 = Sering 5 = Secara konsisten</p> <p><u>NOC 2: Tingkat Nyeri dengan indikator:</u> 4) Nyeri yang dilaporkan (dari skala 2 menjadi 4) 5) Tidak bisa beristirahat (dari skala 2 menjadi 4) 6) Kehilangan nafsu makan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Berat 2 = Cukup berat 3 = Sedang</p>	<p>farmakologis sesuai kebutuhan (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu).</p> <p><u>NIC 2: Terapi Relaksasi</u> 3.4. Gambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia. 3.5. Ciptakan lingkungan yang tenang. 3.6. Atur pasien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar dan mata tertutup. 3.7. Praktekkan tehnik relaksasi pada pasien untuk mengulang secara berkala (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu). 3.8. Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap relaksasi.</p> <p><u>NIC 3: Monitor tanda-tanda vital</u> 3.9. Ukur tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan. 3.10. Identifikasi perubahan tanda-tanda vital dan kemungkinan penyebabnya.</p>

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
Umur : 8 Tahun

Diagnosa Ruang : Gastroenteritis Akut
Diagnosa Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
		<p>4 = Ringan 5 = Tidak ada</p> <p><u>NOC 3: Tanda-Tanda Vital dengan indikator:</u></p> <p>7) Denyut nadi radial (dari skala 3 menjadi 5)</p> <p>8) Tingkat pernafasan (dari skala 3 menjadi 5)</p> <p><u>Keterangan skala:</u></p> <p>1 = Deviasi berat dari kisaran normal 2 = Deviasi yang cukup besar dari normal 3 = Deviasi sedang dari kisaran normal 4 = Deviasi ringan dari kisaran normal 5 = Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p>	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
Selasa, 02-01-2018 Jam 12.30	1.1; 1.2. Menentukan riwayat diare dan menginstruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja.	S: Ibu anak W mengatakan anaknya terakhir BAB 15 menit yang lalu, dengan konsistensi sedikit berbentuk dan juga masih cair, warna kuning dan hanya sedikit. O: Bising usus: 8x/mnt.
Jam 12.33	1.5; 1.6; 1.7. Memonitor tanda dan gejala diare, menginstruksikan pasien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare dan mengamati turgor kulit secara berkala.	S: Ibu anak W mengatakan anaknya terakhir BAB 15 menit yang lalu, dengan konsistensi sedikit berbentuk dan juga masih cair, warna kuning dan hanya sedikit. Ibu anak W melaporkan periode diare yang anaknya alami setelah dilakukan tindakan di IGD. O: Turgor kulit anak W kembali kurang dari 2 detik. Mukosa bibir anak W mulai memerah.
Jam 12.36	1.3; 1.4; 1.9. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut, menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa dan menginstruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan.	S: Anak W mengatakan tidak suka makan pedas, dan mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat tentang makanan yang harus dihindari. O: Anak W dan keluarga dapat menyebutkan kembali makanan apa saja yang harus dihindari sesuai anjuran yang diberikan perawat.
Jam 12.43	2.2; 2.3; 2.4; 3.9; 3.10. Memonitor status hidrasi, Memonitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan dan memonitor tanda tanda vital pasien.	S: Ibu anak W mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya. O: Hasil laboratorium didapatkan nilai leukosit dalam batas normal (9.600), hematokrit menurun (36) Tidak didapatkan tanda tanda hidrasi TD: 100/70 mmHg, Nadi: 110 kali permenit, Pernapasan: 18 kali permenit, Suhu: 36,1 ^o C

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
 Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
Jam 12.50	3.1; 3.2; Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak, memberikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga, memilih tindakan menurunkan nyeri non farmakologis sesuai kebutuhan (nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu), menggambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia, menciptakan lingkungan yang tenang dan mengatur pasien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar.	S: Anak W mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berkurang, skala nyeri 1, dan nyeri pada tangan yang di infus sedikit sakit kalau di pegang tangannya. O: Wajah anak W tenang (tidak menyeringai), Nyeri tekan abdomen ada Nyeri abdomen sebelum diajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar severe (4-6), setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan mild (1-3).
Jam 13.00	2.5; 2.6; Memberikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan, 2.7; 2.11; memberikan cairan dengan tepat, memberikan cairan intra vena sesuai suhu kamar dan mempersiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus serta mempraktekkan teknik relaksasi pada pasien untuk mengulang secara berkala (nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu) sesuai SOP: 1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien dan keluarga. 2. Menjelaskan tujuan tindakan pemberian madu dan prosedurnya kepada pasien dan keluarga. 3. Mengidentifikasi pasien sebelum tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah. 4. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan pasien. 5. Mencuci tangan. 6. Melakukan tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah sesuai prosedur yang berlaku.	S: Anak W mengatakan sakit jika mau di suntik. Anak W mengatakan tidak mau di suntik. O: - Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar worst pain possible (10). - Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale gambar very severe (8-9).

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
Umur : 8 Tahun
Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
	<ol style="list-style-type: none">7. Melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen VAS.8. Mencatat hasil pengukuran di lembar observasi.9. Merapikan peralatan.10. Mencuci tangan.11. Menunggu sekitar 2-3 jam (sesuai kebutuhan) sampai ada advis dokter untuk tindakan invasif 2: pemasangan infus.12. Jika sudah ada advis, perawat mengidentifikasi pasien sebelum tindakan invasif 2: pemasangan infus.13. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan pasien.14. Mencuci tangan.15. Memberikan madu per oral sebanyak 1 sendok makan, berikan minum air putih, lap mulut dengan tisu (berikan jeda selama 2 menit).16. Melakukan tindakan invasif 2: pemasangan infus sesuai prosedur yang berlaku.17. Melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen VAS setelah tindakan.18. Mencatat hasil pengukuran di lembar observasi.19. Memberikan reinforcement positif atas kesediaan pasien dan keluarga mengikuti prosedur.20. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien dan keluarga.21. Merapikan peralatan.22. Mencuci tangan.	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
Jam 13.46	2.4; 3.9. Memonitor tanda tanda vital pasien	S: Ibu mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi O: Suhu: 36°C, Nadi: 102 kali permenit, TD: 100/70 mmHg, Pernapasan: 16kali permenit. Bising Usus: 6 kali permenit.

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastritis akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Diagnosa Keperawatan (NANDA-I)	Evaluasi Hasil (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan)
Selasa, 02 Januari 2017 14.00 Wita	Diagnosa 1 Diare berhubungan dengan faktor fisiologis (inflamasi gastrointestinal)	<p>S: Ibu anak W mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya (3)</p> <p>Ibu anak W mengatakan anaknya terakhir BAB 15 menit yang lalu, dengan konsistensi sedikit berbentuk dan juga masih cair, warna kuning dan hanya sedikit (3)</p> <p>O: BU: 8 x per menit (3)</p> <p>Turgor kulit anak W kembali kurang dari 2 detik (4)</p> <p>Anak W mengenali keinginan untuk defekasi (3)</p> <p>Anak W mau minum kurang lebih 300 cc (3)</p> <p>Mukosa bibir anak W mulai memerah(4)</p> <p>Anak W dan keluarga dapat menyebabkan kembali makanan apa saja yang harus dihindari sesuai anjuran yang diberikan perawat (3)</p> <p>A: Masalah Diare teratasi sebagian P: Intervensi 1.5,1.6,1.7,1.8,1.9 di lanjutkan diruangan</p>
14.00 Wita	Diagnosa 2 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>S: Ibu anak W mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya (3)</p> <p>Ibu anak W mengatakan anaknya terakhir BAB 15 menit yang lalu, dengan konsistensi sedikit berbentuk dan juga masih cair, warna kuning dan hanya sedikit (3)</p> <p>O: Tidak didapatkan tanda tanda hidrasi (4)</p> <p>Turgor kulit anak W kembali kurang dari 2 detik (4).</p> <p>Mukosa bibir anak W mulai memerah(4)</p> <p>Ibu anak W melaporkan periode diare yang anaknya alami setelah dilakukan tindakan di IGD (3)</p> <p>TD: 100/70 mmHg, Nadi: 110kali permenit, Pemapasan: 18 kali permenit, Suhu: 36,1°C (3)</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. W
 Umur : 8 Tahun

Diagnosa : Gastritis akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Diagnosa Keperawatan (NANDA-I)	Evaluasi Hasil (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan)
14.00 Wita	Diagnosa 3 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (tindakan invasif)	<p>A: Masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian P: Intervensi 2.3,2.4,2.5,2.6,2.7,2.8 di lanjutkan diruangan</p> <p>S: Anak W mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berkurang, nyeri perut dirasakan saat mau BAB saja, skala nyeri 1, dan nyeri pada tangan yang di infus sedikit sakit kalau di pegang tangannya (3)</p> <p>O: Wajah anak W tenang (tidak menyeringai) (3) Nyeri tekan abdomen ada (3) Nyeri abdomen sebelum diajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar severe (4-6), setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan mild (1-3). 1. Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar worst pain possible (10). 2. Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale gambar very severe (8). A: Masalah nyeri teratasi sebagian P: Intervensi 3.3,3.9,3.10 dilanjutkan di ruangan</p>

C. Laporan Kasus Kelolaan III

1. Pengkajian

Pengkajian awal dilakukan pada hari Jum'at, 05 Januari 2018 jam 09.30 WITA dengan menggunakan format pengkajian klien keperawatan gawat darurat. Pada kasus ini diperoleh hasil yang didapat dengan cara *autoanamnese* dan *alloanamnese*, dimana penulis melakukan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa klien bernama An.E, berjenis kelamin perempuan, berusia 9 tahun, klien seorang pelajar, beragama islam, alamat rumah Jl. Otto Iskandar, BB klien 27 kg. Tanggal masuk ruang IGD pada tanggal 05 Januari 2018 pada pukul 09.30 Wita, tidak bekerja. Klien masuk dengan diagnosa medis GEA akut.

a. Subyektif

Keluhan utama yang dirasakan oleh anak E adalah anak E mengatakan BAB cair. Ibu anak E mengatakan anaknya sejak tadi pagi mencret sudah 6x dan muntah muntah. Ibu anak E mengatakan langsung membawa anaknya ke rumah sakit untuk minta pertolongan pertama, karena anaknya sudah lemas dan mencretnya gk berhenti.

Anak E juga mengatakan perutnya terasa nyeri, nyeri perut dirasakan seperti mules mules mau BAB dan pantat terasa panas. Skala nyeri 4, wajah menyeringai. Nyeri dirasakan hilang timbul. Hilang nyerinya ketika sudah BAB, namun akan muncul lagi dan terus seperti itu. Ibu anak E mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan maupun cuaca. Ibu mengatakan anak E terakhir makan tadi pagi jam 07.00 wita, yang terdiri dari nasi, sayur dan ikan.

b. Obyektif

Data obyektif yang diperoleh adalah suara nafas vesikuler dan tidak terdapat suara nafas tambahan (*Airway*), respirasi rate: 18x/menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan reguler (*breathing*), tekanan darah: 110/70 mmHg dan heart rate: 87 x/menit, temperature: 36,8⁰ C, anak W tampak Lemah, CRT kembali < 2 detik, saturasi perifer oksigen 99%, nadi teraba teratur dan lemah (*circulation*).

Kesadaran klien compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*): *Eyes* 4 (membuka mata spontan), *Verbal* 5 (orientasi penuh), *Motorik* 6 (mengikuti perintah), untuk ekstremitas atas kekuatan otot kanan 5, kekuatan otot kiri 5, untuk ekstremitas bawah kekuatan otot kanan 5, kekuatan otot kiri 5 (*disability*). Posisi anak tidur kaki ditekuk dan tangan diapit oleh paha. Anak menggunakan baju yang tertutup sehingga terhindar dari hipotermi (exposure dan environment).

c. *Secondary Survey* (Pemeriksaan fisik *head to toe*)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil, pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, tidak ada lesi, distribusi rambut merata, rambut berwarna hitam, pendek dan lurus, tidak terdapat nyeri tekan pada kepala. Pada pemeriksaan mata didapatkan pupil isokor berespon terhadap cahaya, tidak terdapat dilatasi pupil, ukuran pupil 3 mm, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Pada pemeriksaan telinga didapatkan tidak ada gangguan fungsi pendengaran. Pada pemeriksaan hidung didapatkan tidak ada produksi sekret, septum nasal utuh, tidak ada gangguan fungsi penciuman. Pada pemeriksaan mulut didapatkan tidak ada stomatitis, lidah bersih, membrane mukosa kering. Pada pemeriksaan fungsi tenggorokan didapatkan tidak ada

gangguan menelan. Pada pemeriksaan leher didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tiroid, tidak didapatkan pembesaran vena jugularis.

Pada pemeriksaan thorax didapatkan bentuk dada normal chest, simetris. Pemeriksaan paru didapatkan tidak menggunakan otot bantu pernapasan, taktil fremitus sama di kedua paru, sonor di seluruh lapang paru, tidak terdengar suara wheezing. Tidak terdapat nyeri tekan pada dada. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan klien tidak acites, terdapat nyeri tekan pada abdomen, nyeri tekan dirasakan pada 4 kuadran, bising usus terdengar hiperaktif (17x/mnt), suara perut hipertympani.

Pada pemeriksaan ekstremitas, turgor kulit normal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas.

d. Pemeriksaan Penunjang

- Darah diambil jam 10.00 wita dan hasil diterima jam 11.18 WITA, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 3.11. Hasil Pemeriksaan Laboratorium An. E

Jenis Pemeriksaan	Hasil (Interpretasi)	Nilai Ukur	Nilai Normal
Hemoglobin	14,0	gr/dl	(P: 12,0-14,0 ; L : 13,0-16,0)
Hematokrit	41	%	(P: 40-50 ; L: 45-55)
Leukosit	5,330	/mm ³	(5000-10000)
Trombosit	200,000	/mm ³	(150000-450000)
Eritrosit	4,8	10 ⁶ /gr	(4.00-5.20)
Neutrofil	34	10 ³ /gr	(1,5-7,0)
MCH	29	fI	26-34
MCV	87	Vol%	76-96
Urin lengkap			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
pH	5,9		4.8-7.8
Kristal	Amorf+		
Lekosit	1-3		
Eritrosit	0-1		

2. Diagnosa Keperawatan

a. Analisa Data

Tabel 3.12. Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P: Klien mengatakan nyeri pada perutnya 2) Q: Nyeri dirasakan seperti mules mules mau BAB 3) R: Nyeri dirasakan pada seluruh perut 4) S: Skala nyeri 4 5) T: Nyeri dirasakan hilang timbul 6) Anak E mengatakan sakit ketika akan dipasang infus dan tidak mau dipasang infus <p><u>Data Obyektif:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RR 20 kali permenit 2) Nadi 87 kali permenit (teraba lemah dan teratur) 3) Tekanan darah 110/70 mmHg 4) Ekspresi wajah menyeringai 5) Anak menangis kencang ketika akan dipasang infus. 	<p>Agen cedera fisik (tindakan invasif) dan agen cedera kimiawi (inflamasi gastrointestinal)</p>	<p>Nyeri akut</p>
2.	<p><u>Data Subyektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ibu anak E mengatakan anaknya mencret dari tadi pagi sudah 6x 2) Ibu anak E mengatakan anaknya diare dan lemas <p><u>Data Objektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Anak E lemah 4) Nadi 87 x/mnt (teraba lemah dan teratur) 5) Bising usus hiperaktif (17x/mnt) 6) Nyeri abdomen 	<p>Faktor fisiologis (Inflamasi gastrointestinal)</p>	<p>Diare</p>

No	Data	Penyebab	Masalah
3.	<p><u>Data Subyektif</u> Ibu anak E mengatakan anaknya diare sudah lebih 6x dan anaknya lemas dan muntah-muntah.</p> <p><u>Data Objektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anak E lemah 2) Membrane mukosa kering 3) TD: 110/70 mmHg 4) Nadi 87 x/mnt, teraba lemah dan teratur 5) Pemeriksaan penunjang nilai hematokrit 41 %. 	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume cairan

b. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- 1) Diare berhubungan dengan faktor fisiologis (inflamasi gastrointestinal).
- 2) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (tindakan invasif).

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada An. E dirumuskan sesuai dengan urutan diagnosa keperawatan prioritas yang disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
 Umur : 9 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
Jum'at, 05-01-2018	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (00013)	<p>NOC: Kontinensi Usus</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah diare teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengenal keinginan untuk defekasi (dari skala 2 menjadi 4) 2) Minum cairan secara adekuat (dari skala 2 menjadi 4) 3) Menggambarkan hubungan asupan makanan dengan konsistensi feses (dari skala 2 menjadi 4) 4) Memantau jumlah dan konsistensi feses (dari skala 2 menjadi 4) <p>Keterangan skala: 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang menunjukkan 3 = Kadang-kadang menunjukkan 4 = Sering menunjukkan 5 = Secara konsisten menunjukkan</p>	<p>NIC: Manajemen Diare</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Tentukan riwayat diare. 1.2. Intruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja. 1.3. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut. 1.4. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa. 1.5. Monitor tanda dan gejala diare. 1.6. Instruksikan pasien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare. 1.7. Amati turgor kulit secara berkala. 1.8. Beritahu dokter jika terjadi peningkatan bising usus. 1.9. Instruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan.

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
Umur : 9 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (00027)	<p>NOC: Keseimbangan Cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah kekurangan volume cairan teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah (dari skala 2 menjadi 4) 2) Denyut nadi radial (dari skala 2 menjadi 4) 3) Turgor kulit (dari skala 2 menjadi 4) 4) Kelembaban membran mukosa (dari skala 2 menjadi 4) <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang menunjukkan 3 = Kadang-kadang menunjukkan 4 = Sering menunjukkan 5 = Secara konsisten menunjukkan</p>	<p>NIC: Manajemen Cairan 2.1. Tentukan riwayat diare. 2.2. Monitor status hidrasi. 2.3. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan. 2.4. Monitor tanda tanda vital pasien 2.5. Berikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan. 2.6. Berikan cairan dengan tepat. 2.7. Berikan cairan intra vena sesuai suhu kamar. 2.8. Tingkatkan asupan oral. 2.9. Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makanan dengan baik. 2.10. Tawarkan makanan ringan 2.11. Persiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus.</p>
	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (prosedur invasif) (00132)	<p>NOC.1: Kontrol Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan indikator: 1) Mengenal kapan nyeri terjadi (dari skala 2 menjadi 4)</p>	<p>NIC.1: Manajemen Nyeri 3.1. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak. 3.2. Berikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga. 3.3. Pilih tindakan menurunkan nyeri non</p>

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
Umur : 9 Tahun

Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
	<p>2) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p>3) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang 3 = Kadang-kadang 4 = Sering 5 = Secara konsisten</p> <p><u>NOC 2: Tingkat Nyeri dengan indikator:</u> 4) Nyeri yang dilaporkan (dari skala 2 menjadi 4) 5) Tidak bisa beristirahat (dari skala 2 menjadi 4) 6) Kehilangan nafsu makan (dari skala 2 menjadi 4)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Berat 2 = Cukup berat 3 = Sedang</p>	<p>farmakologis sesuai kebutuhan (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu).</p> <p><u>NIC 2: Terapi Relaksasi</u> 3.4. Gambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia. 3.5. Ciptakan lingkungan yang tenang. 3.6. Atur pasien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar dan mata tertutup. 3.7. Praktekkan tehnik relaksasi pada pasien untuk mengulang secara berkala (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu). 3.8. Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap relaksasi.</p> <p><u>NIC 3: Monitor tanda-tanda vital</u> 3.9. Ukur tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan. 3.10. Identifikasi perubahan tanda-tanda vital dan kemungkinan penyebabnya.</p>	

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
Umur : 9 Tahun

Diagnosa Ruang : Gastroenteritis Akut
Diagnosa Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
		<p>4 = Ringan 5 = Tidak ada</p> <p><u>NOC 3: Tanda-Tanda Vital dengan indikator:</u> 7) Denyut nadi radial (dari skala 3 menjadi 5) 8) Tingkat pernafasan (dari skala 3 menjadi 5)</p> <p><u>Keterangan skala:</u> 1 = Deviasi berat dari kisaran normal 2 = Deviasi yang cukup besar dari normal 3 = Deviasi sedang dari kisaran normal 4 = Deviasi ringan dari kisaran normal 5 = Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p>	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
 Umur : 9 Tahun
 Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
05-01-2018 Jam 10.55	1.1; 1.2. Menentukan riwayat diare dan menginstruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja.	S: Ibu anak E mengatakan anaknya sekarang sedang BAB cair O: Bising usus: 12x/mnt, Anak E masih BAB cair, tidak berampas, warna kuning dan hanya sedikit.
Jam 11.06	1.5; 1.6; Memonitor tanda dan gejala diare, menginstruksikan pasien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare dan mengamati turgor kulit secara berkala. 1.7.	S: Ibu anak E mengatakan masih Diare Ibu anak E melaporkan periode diare yang anaknya alami setelah dilakukan tindakan di IGD. O: Turgor kulit anak E kembali kurang dari 2 detik. Mukosa bibir anak E mulai memerah.
Jam 11.10	1.3; 1.4; Mengajarkan pasien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut, menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa dan menginstruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan. 1.9.	S: Anak E mengatakan tidak suka makan pedas, dan mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat tentang makanan yang harus dihindari. O: Anak E dan keluarga dapat menyebutkan kembali makanan apa saja yang harus dihindari sesuai anjuran yang diberikan perawat.
Jam 11.15	2.2; 2.3; Memonitor status hidrasi, Memonitor hasil laboratorium 2.4; 3.9; yang relevan dengan retensi cairan dan memonitor tanda 3.10. tanda vital pasien.	S: Ibu anak E mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, namun BAB cairnya belum berhenti. O: Hasil laboratorium didapatkan nilai leukosit dalam batas normal (9.600), hematokrit menurun (36) Tidak didapatkan tanda tanda hidrasi TD: 100/70 mmHg. Nadi: 110kali permenit, Pernapasan: 18 kali permenit, Suhu: 36,1°C

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
 Umur : 9 Tahun
 Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
<p>Jam 11.23</p>	<p>3.1; 3.2; Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui 3.3; 3.4; pengalaman nyeri pada anak, memberikan informasi 3.5; 3.6. mengenai nyeri kepada keluarga, memilih tindakan menurunkan nyeri non farmakologis sesuai kebutuhan (nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu), menggambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia, menciptakan lingkungan yang tenang dan mengatur pasien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar.</p>	<p>S: Anak E mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berkurang, skala nyeri 1, dan nyeri pada tangan yang di infus sedikit sakit kalau di pegang tangannya.</p> <p>O: Wajah anak E tenang (tidak menyeringai), Nyeri tekan abdomen (+) Nyeri abdomen sebelum diajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar severe (4-6), setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan mild (1-3).</p>
<p>Jam 11.40</p>	<p>2.5; 2.6; Memberikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan, 2.7; 2.11; memberikan cairan dengan tepat, memberikan cairan intra 3.7. vena sesuai suhu kamar dan mempersiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus serta mempraktekan teknik relaksasi pada pasien untuk mengulang secara berkala (nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu) sesuai SOP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien dan keluarga. 2. Menjelaskan tujuan tindakan pemberian madu dan prosedurnya kepada pasien dan keluarga. 3. Mengidentifikasi pasien sebelum tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah. 4. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan pasien. 5. Mencuci tangan. 	<p>S: Anak E mengatakan sakit jika mau di suntik.</p> <p>O: - Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar worst pain possible (10). - Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale gambar very severe (8-9).</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
 Umur : 9 Tahun
 Diagnosa : Gastroenteritis Akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Melakukan tindakan invasiif 1: pengambilan sampel darah sesuai prosedur yang berlaku. 7. Melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen VAS. 8. Mencatat hasil pengukuran di lembar observasi. 9. Merapikan peralatan. 10. Mencuci tangan. 11. Menunggu sekitar 2-3 jam (sesuai kebutuhan) sampai ada advis dokter untuk tindakan invasiif 2: pemasangan infus. 12. Jika sudah ada advis, perawat mengidentifikasi pasien sebelum tindakan invasiif 2: pemasangan infus. 13. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan pasien. 14. Mencuci tangan. 15. Memberikan madu per oral sebanyak 1 sendok makan, berikan minum air putih, lap mulut dengan tisu (berikan jeda selama 2 menit). 16. Melakukan tindakan invasiif 2: pemasangan infus sesuai prosedur yang berlaku. 17. Melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen VAS setelah tindakan. 18. Mencatat hasil pengukuran di lembar observasi. 19. Memberikan reinforcement positif atas kesediaan pasien dan keluarga mengikuti prosedur. 20. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien dan keluarga. 21. Merapikan peralatan. 22. Mencuci tangan. 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
Umur : 9 Tahun
Diagnosa : Gastroenteritis Akut
Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Proses (Subjektif, Objektif)
Jam 12.00	2.4; 3.9; Memonitor tanda tanda vital pasien	S: Ibu mengatakan anaknya masih lemas O: Suhu: 36°C, Nadi: 102 kali permenit, TD: 100/70 mmHg, Pernapasan: 16 kali permenit. Bising Usus: 6 kali permenit.

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E Umur : 9 Tahun	Diagnosa : Gastritis akut Ruang : IGD RSUD AWS	Evaluasi Hasil (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan)	
Hari, Tanggal, Jam Jum'at, 05 Januari 2017 13.00 Wita	Diagnosa Keperawatan (NANDA-I) Diare berhubungan dengan faktor fisiologis (inflamasi gastrointestinal)	Diagnosa 1	S: Ibu anak E mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, namun BAB cairnya belum berhenti (3) Ibu anak E mengatakan anaknya sekarang sedang BAB cair O: Bising usus: 12x/mnt, Anak E masih BAB cair, tidak berampas, warna kuning dan hanya sedikit (3) Anak E mau minum meski sedikit kurang lebih 200 cc (3) Anak E mengenali keinginan untuk defekasi (3) Anak E dan keluarga dapat menyebutkan kembali makanan apa saja yang harus dihindari sesuai anjuran yang diberikan perawat A: Masalah diare teratasi sebagian P: Intervensi 1.5,1.6,1.7,1.8,1.9 di lanjutkan diruangan
13.00 Wita	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	Diagnosa 2	S: Ibu anak E mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, namun BAB cairnya belum berhenti O: Turgor kulit anak E kembali kurang dari 2 detik (3). Mukosa bibir anak E mulai memerah (3) Tidak didapatkan tanda tanda hidrasi (3) TD: 100/70 mmHg, Nadi: 110 kali permenit, Pernapasan: 18 kali permenit, Suhu: 36,1°C (3) A: Masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian P: Intervensi 2.3,2.4,2.5,2.6,2.7,2.8 di lanjutkan diruangan
13.00 Wita	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (tindakan invasif)	Diagnosa 3	S: Anak E mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan saat mau BAB saja, skala nyeri 1, dan nyeri pada tangan yang di infus sedikit sakit kalau di pegang tangannya. (3) O: Wajah anak E tenang (tidak menyeringai), (3) Nyeri tekan abdomen ada (3)

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. E
 Umur : 9 Tahun

Diagnosa : Gastritis akut
 Ruang : IGD RSUD AWS

Hari, Tanggal, Jam	Diagnosa Keperawatan (NANDA-I)	Evaluasi Hasil (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan)
		<p>Nyeri abdomen sebelum diajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar severe (4-6), setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan mild (1-3).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri akibat tindakan invasiif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale didapatkan gambar worst pain possible (skor 10). 2. Skala nyeri akibat tindakan invasiif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale gambar very severe (skor 7). <p>A: Masalah nyeri teratasi sebagian P: Intervensi 3.3, 3.9, 3.10 dilanjutkan di ruangan</p>

D. Intervensi Inovasi

Diare karena infeksi seperti bakteri, berawal dari makanan/minuman yang masuk kedalam tubuh manusia. Bakteri tertelan masuk sampai lambung. Yng kemudian bakteri dibunuh oleh asam lambung. Namun jumlah bakteri terlalu banyak maka ada beberapa yang lolos sampai ke duodenum dan berkembang biak. Pada kebanyakan kasus gastroenteritis, organ tubuh yang sering diserang adalah usus. Didalam usus tersebut bakteri akan memproduksi enzim yang akan mencairkan lapisan lendir yang menutupi permukaan usus, sehingga bakteri mengeluarkan toksin yang merangsang sekresi cairan-cairan usus dibagian kriptila vili dan menghambat absorpsi cairan. Sebagai akibat dari keadaan ini volume cairan didalam lumen usus meningkat yang mengakibatkan dinding usus menggebung dan sebagian dinding usus akan mengadakan kontraksi sehingga terjadi hipermotilitas untuk mengalirkan cairan di usus besar. Apabila jumlah cairan tersebut melebihi kapasitas absorpsi usus maka akan terjadi diare (Ngastiyah, 2005, Mansjoer 2002).

Penatalaksanaan masalah gastroenteritis diawali dengan pemeriksaan darah perifer lengkap, Analisa Gas Darah (AGD), leukosit dan glukosa. Penatalaksanaan medis menurut Biddulp and Stace (2009) adalah pengobatan dengan cara pengeluaran diet dan pemberian cairan. Pada kasus gastroenteritis dengan dehidrasi berat memerlukan cairan intra vena. Pada kedua tindakan invasif tersebut, akan menyebabkan munculnya masalah nyeri yang sangat dikeluhkan, apalagi pada klien anak. Salah satu faktor stres bagi anak semua usia adalah prosedur yang menyakitkan atau tindakan invasif karena anak sedang sakit dan harus dirawat di rumah sakit, mereka akan menjalani berbagai macam prosedur invasif seperti pemasangan infus dan pengambilan sampel darah sebagai upaya untuk mengobati penyakit yang diderita oleh anak (Supartini, 2010).

Penatalaksanaan mengurangi nyeri pada anak dengan tindakan nonfarmakologi yang paling efektif adalah pemberian glukosa atau pemanis lainnya saat tindakan yang menyebabkan nyeri karena pada dasarnya anak-anak lebih menyukai rasa manis. Penulis memilih melakukan intervensi pemberian madu dimana intervensi ini dilakukan kepada tiga klien anak usia sekolah yaitu anak R, anak W dan anak E yang dilakukan masing-masing sebanyak 1 kali pertemuan di ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Pelaksanaan intervensi diawali dengan salam terapeutik kepada klien dan keluarga, menjelaskan tujuan tindakan pemberian madu dan prosedurnya kepada klien dan keluarga. Mengidentifikasi klien sebelum tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah, menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan klien lalu perawat mencuci tangan. Melakukan tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah sesuai prosedur yang berlaku dan melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*. Mencatat hasil pengukuran di lembar observasi, merapikan peralatan dan perawat mencuci tangan. Tunggu sekitar 2-3 jam (sesuai kebutuhan) sampai ada advis dokter untuk tindakan invasif 2 : pemasangan infus. Jika sudah ada advis, perawat mengidentifikasi klien sebelum tindakan invasif 2 : pemasangan infus. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan klien, perawat mencuci tangan. Memberikan madu per oral sebanyak 1 sendok makan, berikan minum air putih, lap mulut dengan tissu (berikan jeda selama 2 menit). Melakukan tindakan invasif 2: pemasangan infus sesuai prosedur yang berlaku dan melakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* setelah tindakan serta mencatat hasil pengukuran di lembar observasi. Memberikan reinforcement positif atas kesediaan

klien dan keluarga mengikuti prosedur. Melakukan salam terapeutik kepada klien dan keluarga, merapikan peralatan dan perawat mencuci tangan.

Adapun hasil pencatatan skala nyeri dengan menggunakan instrumen *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* hasil sebagai berikut:

1. Kasus 1: Pada anak R, pada hari Jum'at tanggal 29 Desember 2018
 - a. Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* didapatkan gambar worst pain possible (skor 10).
 - b. Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* gambar very severe (skor 8).

Kesimpulan: terjadi penurunan skala nyeri (*Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*) dari worst pain possible (skor 10) menjadi very severe (skor 8), yang berarti bahwa skala nyeri menurun sebanyak 2 poin dari kategori luar biasa nyeri menjadi jauh lebih nyeri.

2. Kasus 2: Pada anak W, pada hari Selasa tanggal 02 Januari 2018
 - a. Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* didapatkan gambar worst pain possible (skor 10).
 - b. Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* gambar very severe (skor 8).

Kesimpulan: terjadi penurunan skala nyeri (*Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*) dari worst pain possible (skor 10) menjadi very severe (skor 8),

yang berarti bahwa skala nyeri menurun sebanyak 2 poin dari kategori luar biasa nyeri menjadi jauh lebih nyeri.

3. Kasus 3: Pada anak E, pada hari Jum'at tanggal 05 Januari 2018
 - a. Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* didapatkan gambar worst pain possible (10).
 - b. Skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* gambar very severe (skor 7).

Kesimpulan: terjadi penurunan skala nyeri (*Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*) dari worst pain possible (skor 10) menjadi very severe (skor 7), yang berarti bahwa skala nyeri menurun sebanyak 3 poin dari kategori luar biasa nyeri menjadi jauh lebih nyeri.

Adapun rencana tindakan inovasi terapi pemberian madu dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.16 Intervensi Inovasi Terapi Pemberian Madu

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi	Prosedur Pelaksanaan Intervensi Inovasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur invasif)	Terapi Pemberian Madu	<ol style="list-style-type: none"> 1) Salam terapeutik kepada klien dan keluarga. 2) Jelaskan tujuan tindakan pemberian madu dan prosedurnya kepada klien dan keluarga. 3) Identifikasi klien sebelum tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah. 4) Siapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan klien. 5) Cuci tangan. 6) Lakukan tindakan invasif 1: pengambilan sampel darah sesuai prosedur yang berlaku. 7) Lakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen <i>Wong-Baker FACES Pain Rating Scale</i>. 8) Catat hasil pengukuran di lembar observasi. 9) Rapikan peralatan. 10) Mencuci tangan. 11) Tunggu sekitar 2-3 jam (sesuai kebutuhan) sampai ada advis dokter untuk tindakan invasif 2: pemasangan infus. 12) Jika sudah ada advis, perawat mengidentifikasi klien sebelum tindakan invasif 2: pemasangan infus. 13) Siapkan peralatan yang diperlukan dan dekatkan dengan klien. 14) Cuci tangan. 15) Berikan madu per oral sebanyak 1 sendok makan, berikan minum air putih, lap mulut dengan tisu (berikan jeda selama 2 menit). 16) Lakukan tindakan invasif 2: pemasangan infus sesuai prosedur yang berlaku. 17) Lakukan pengukuran skala nyeri dengan instrumen <i>Wong-Baker FACES Pain Rating Scale</i> setelah tindakan. 18) Catat hasil pengukuran di lembar observasi. 19) Berikan reinforcement positif atas kesediaan klien dan keluarga mengikuti prosedur. 20) Salam terapeutik kepada klien dan keluarga. 21) Rapikan peralatan. 22) Mencuci tangan.

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik

Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda (RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda) terletak di jalan Palang Merah Indonesia kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda. RSUD A. Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit kelas A serta sebagai tempat pendidikan yang merupakan rumah sakit rujukan di Provinsi Kalimantan Timur. Visi RSUD A. Wahab Sjahranie adalah menjadi rumah sakit dengan pelayanan bertaraf internasional. Misi RSUD A. Wahab Sjahranie adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan berstandar internasional, mengembangkan rumah sakit sebagai pusat penelitian dengan motto bersih, aman, kualitas, tertib dan informatif (BAKTI). Falsafah RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda adalah menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelayanan kesehatan, pendidikan, dan penelitian (Bidang Keperawatan, 2016).

RSUD A. Wahab Sjahranie meningkatkan predikatnya dengan meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan ini dapat dilihat dari pelayanan yang diberikan semua perawat di semua ruang perawatan yang ada di RSUD A. Wahab Sjahranie, salah satunya di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD).

Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD A. Wahab Sjahranie merupakan fasilitas pelayanan 24 jam yang didukung oleh SDM

berkualifikasi PPGD, ACLS, ATLS, BTLS, BTCLS, GELS dengan sarana gedung berlantai tiga serta memiliki prasarana yang memadai diharapkan mampu melayani kasus kegawatdaruratan dengan cepat dan tepat (Profil RSUD AWS, 2017). Berdasarkan data profil ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie, diperoleh bahwa kapasitas tempat tidur sebanyak 30 tempat tidur yang dibagi dalam 6 (enam) ruangan yaitu ruang Triage (2 tempat tidur), ruang resusitasi (6 tempat tidur), ruang bedah (7 tempat tidur), ruang kebidanan (2 tempat tidur), ruang anak (4 tempat tidur), ruang resus anak/bayi (2 tempat tidur), dan ruang medis (11 tempat tidur).

B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Kasus

Penulis akan menguraikan keterkaitan antara landasan teori dengan hasil Praktik Klinik Keperawatan yang dilakukan di ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda. Pembahasan ini menggunakan lima tahap proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Hal ini dikarenakan proses keperawatan merupakan rangkaian dari kegiatan atau tindakan sistematis dan menyeluruh yang digunakan untuk menentukan, melaksanakan serta menilai asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada klien anak R, anak W dan anak E masing-masing pada tanggal 29 Desember 2018, 02 Januari 2018 dan 05 Januari 2018 dengan hasil pengkajian yaitu klien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri dirasakan seperti melilit lilit, nyeri dirasakan pada

seluruh perut, skala nyeri 4, nyeri dirasakan hilang timbul, klien mengatakan sakit ketika akan dipasang infus dan tidak mau dipasang infus. RR 20 kali permenit, nadi 87 kali permenit (teraba lemah dan teratur), tekanan darah 110/70 mmHg, ekspresi wajah menyeringai, anak banyak tidur. Ibu klien mengatakan anaknya sudah BAB cair dan sering lebih dari 20x, ibu klien mengatakan anaknya diare di ikuti dengan demam, anak R lemah, ada nyeri tekan abdomen. Ibu mengatakan anaknya demam dari jam 04.00 subuh, demam sampai 37,5⁰C, kulit kemerahan, kulit teraba hangat, suhu 38,6⁰C, postur abnormal. Ibu anak R mengatakan anaknya diare sudah lebih 20x dan di ikuti dengan demam, anak R lemah, membran mukosa kering, pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan nilai hematokrit meningkat di nilai 47,6 %.

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya tanda vital, wawancara klien/ keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat klien pada rekam medik (NANDA-I, 2015). Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan risiko (area yang merawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda).

Data pengkajian tersebut sesuai dengan teori yang ada mengenai data pengkajian yang dapat muncul pada klien dengan gastroenteritis. Gastroenteritis umumnya dapat terjadi pada semua kalangan dewasa dan anak. Virus Norwalk atau rotavirus biasanya akan menyebabkan seseorang

akan terkena penyakit diare, namun penyakit ini bersifat ringan dan sembuh sendiri, namun akan menjadi masalah serius pada orang yang berusia sangat muda, sangat tua atau pada orang yang mengalami gangguan fungsi imun. Riwayat kesehatan awitan, durasi dan keparahan manifestasi; aktivitas akhir-akhir ini seperti mengikuti piknik atau memakan hidangan seadanya, perjalanan keluar daerah atau keluar negeri atau berkemah perlu dikaji. Adanya anggota keluarga lain yang mengalami kondisi yang sama, dan tindakan yang sudah dilakukan untuk meredakan manifestasi atau menggantikan cairan (Priscilla, dkk, 2015).

Pemeriksaan fisik berupa tanda-tanda vital akan didapatkan suhu tubuh meningkat dan tekanan darah bisa terjadi hipotensi ortostatik. Warna, suhu, kelembapan dan turgor kulit, nadi perifer dapat meningkat dan pengisian kembali kapiler (capillary refill) lebih dari 2". Bentuk, kontur. Pada pemeriksaan fisik abdomen biasanya akan didapatkan distensi usus, bersama dengan iritasi pada mukosa usus dan produksi gas yang disebabkan oleh fragmentasi makanan yang tidak dicerna, mengakibatkan nyeri dan kram pada abdomen. Bising usus terdengar keras dan hiperaktif, terdapat nyeri tekan pada abdomen (Priscilla, dkk. 2015).

2. Diagnosa Keperawatan

Penulis kemudian menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang ditemukan pada ketiga klien anak tersebut. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, kekurangan volume cairan berhubungan dengan

kehilangan cairan aktif, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (prosedur invasif) dan hipertermia berhubungan dengan dehidrasi.

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Menurut NANDA International (2015) diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Diagnosis keperawatan biasanya berisi dua bagian deskriptor atau pengubah, dan fokus diagnosis, atau konsep kuncidari diagnosis. Diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi hasil yang diharapkan dari dari perawatan dan merencanakan tindakan keperawatan yang spesifik secara berurutan. Kriteria hasil keperawatan mengacupada perilaku yang terukur atau persepsi yang ditunjukkan oleh seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas yang responsif terhadap tindakan keperawatan.

Diagnosa tersebut sudah sesuai dengan teori menurut Ngastiyah, (2005) dan Mansjoer (2002), dimana terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien dengan gastroenteritis yaitu

diare, kekurangan volume cairan, nyeri akut, hipertermia, gangguan pola nafas dan gangguan integritas kulit. Namun, pada ketiga klien kelolaan, tidak ditemukan munculnya diagnosa gangguan pola nafas dan gangguan integritas kulit dikarenakan tidak adanya data-data pengkajian yang mendukung sehingga penulis tidak menegakkan diagnosa tersebut.

3. Perencanaan

Setelah diagnosis diidentifikasi, prioritas diagnosis keperawatan harus ditentukan (NANDA-I, 2015). Prioritas utama diagnosis keperawatan perlu diidentifikasi (yaitu kebutuhan mendesak, diagnosis dengan tingkat keselarasan dengan batasan karakteristik yang tinggi, faktor yang berhubungan, atau faktor risiko) sehingga perawatan dapat diarahkan untuk menyelesaikan masalah ini, atau mengurangi keparahan atau risiko terjadinya (dalam hal diagnosis risiko).

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai "berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/ klien". *Nursing Interventions Classification (NIC)* adalah sebuah taksonomi tindakan komprehensif berbasis bukti yang perawat lakukan diberbagai tatanan perawatan. Dengan menggunakan pengetahuan keperawatan, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/ independen dan kolaborasi/ interdisipliner. Intervensi kolaborasi tumpang tindih dengan perawatan yang diberikan oleh para profesional kesehatan lain (dokter, terapi fisik) (NANDA-I, 2015).

Perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat dan disesuaikan dengan intervensi menurut *Nursing Outcomes Classification/ NOC* dan *Nursing Interventions Classification/ NIC*, (2013). Pada masalah diare, perencanaan yang dibuat berupa tentukan riwayat diare, intruksikan klien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, anjurkan klien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut, anjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa, monitor tanda dan gejala diare, instruksikan klien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare, amati turgor kulit secara berkala, beritahu dokter jika terjadi peningkatan bising usus, instruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan.

Pada masalah kekurangan volume cairan, perencanaan yang dibuat berupa tentukan riwayat diare, monitor status hidrasi, monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan, monitor tanda tanda vital klien, berikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan, berikan cairan dengan tepat, berikan cairan intra vena sesuai suhu kamar, tingkatkan asupan oral, dukung klien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makanan dengan baik, tawarkan makanan ringan, persiapkan pengecekan darah dan mempersiapkan pemasangan infus.

Pada masalah nyeri akut, perencanaan yang dibuat berupa gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak,

berikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga, pilih tindakan menurunkan nyeri non farmakologis sesuai kebutuhan (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu), gambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia, ciptakan lingkungan yang tenang, atur klien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar dan mata tertutup, praktekkkan tehnik relaksasi pada klien untuk mengulang secara berkala (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu), evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap relaksasi, ukur tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan, identifikasi perubahan tanda-tanda vital dan kemungkinan penyebabnya.

Pada masalah hipertermia, perencanaan yang dibuat berupa monitor suhu dan warna kulit, monitor tekanan darah, nadi, respiratori sesuai kebutuhan, monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipertermi, tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat, instruksikan klien bagaimana mencegah keluarnya panas dan serangan panas, diskusikan pentingnya termoregulasi dan kemungkinan efek negatif dari demam yang berlebihan sesuai kebutuhan, informasikan klien mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas dan penanganan emergensi yang tepat sesuai kebutuhan, gunakan matras pendingin, selimut yang mensirkulasikan air, kantong es atau bantalan jel dan kateterisasi pendingin intravascular untuk

menurunkan suhu tubuh, sesuai kebutuhan, berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil, berikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan.

4. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2005).

Adapun pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan pada ketiga klien berupa tindakan-tindakan seperti menentukan riwayat diare, mengintruksikan klien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, menganjurkan klien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut, menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa, memonitoring tanda dan gejala diare, menginstruksikan klien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare, mengamati turgor kulit secara berkala, memberitahu dokter jika terjadi peningkatan bising usus, menginstruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori sesuai kebutuhan.

Implementasi untuk masalah kekurangan volume cairan berupa menentukan riwayat diare, memonitoring status hidrasi, memonitoring hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan, memonitoring tanda-tanda vital klien, memberikan terapi intra vena, seperti yang ditentukan, memberikan cairan dengan tepat, memberikan cairan intra vena sesuai suhu kamar, meningkatkan asupan oral, mendukung klien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makanan dengan baik, menawarkan makanan ringan, mempersiapkan pengecekan darah dan pemasangan infus.

Implementasi untuk masalah nyeri akut berupa menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pada anak, memberikan informasi mengenai nyeri kepada keluarga, memilih tindakan menurunkan nyeri non farmakologis sesuai kebutuhan (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu), menggambarkan manfaat relaksasi dan jenis yang tersedia, menciptakan lingkungan yang tenang, mengatur klien mengambil posisi yang nyaman, pakaian yang longgar dan mata tertutup, mempraktekkan teknik relaksasi pada klien untuk mengulang secara berkala (untuk nyeri abdomen akibat inflamasi gastrointestinal diberikan terapi relaksasi napas dalam/ nyeri akibat tindakan invasif dilakukan terapi pemberian madu), mengevaluasi dan dokumentasikan respon terhadap relaksasi, mengukur tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan, mengidentifikasi perubahan tanda-tanda vital dan kemungkinan penyebabnya

Implementasi untuk masalah hipertermia berupa memonitoring suhu dan warna kulit, memonitoring tekanan darah, nadi, respiratori sesuai kebutuhan, memonitoring dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipertermi, meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat, menginstruksikan klien bagaimana mencegah keluarnya panas dan serangan panas, mendiskusikan pentingnya termoregulasi dan kemungkinan efek negatif dari demam yang berlebihan sesuai kebutuhan, menginformasikan klien mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas dan penanganan emergensi yang tepat sesuai kebutuhan, menggunakan matras pendingin, selimut yang mensirkulasikan air, kantong es atau bantalan jel dan kateterisasi pendingin intravascular untuk menurunkan suhu tubuh, sesuai kebutuhan, memberikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol menggigil, memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan.

5. Evaluasi

Efektifitas tindakan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terdievaluasi sebagai penilaian status klien. Evaluasi akhirnya harus terjadi pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (NANDA-I, 2015).

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan

melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Secara umum, evaluasi ditujukan untuk melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum dan mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dari beberapa rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tersebut, maka penulis telah melakukan evaluasi akhir pada perawatan. Efektifitas tindakan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status klien. Evaluasi akhirnya harus terjadi pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan (NANDA-I, 2015).

Adapun hasil evaluasi pada masalah diare yaitu ibu klien mengatakan barusan anaknya BAB cair, sedikit keluar, warna kuning tidak berampas, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya, BU: 22 x per menit , klien mengenali keinginan tanda-tanda untuk defekasi (skala 3), turgor kulit klien kembali kurang dari 2 detik (skala 3), mukosa bibir klien mulai memerah (skala 3), klien tampak minum air putih disuapin ibunya kurang lebih 250cc (skala 3), klien dan keluarga dapat menyebutkan kembali

makanan apa saja yang harus dihindari sesuai anjuran yang diberikan perawat (skala 3).

Dengan melihat data-data yang ada maka penulis berasumsi bahwa masalah diare teratasi sebagian dengan pengambilan keputusan didasarkan kepada kriteria hasil yang telah ditentukan pada rencana keperawatan. Solusi yang dapat penulis berikan yaitu mempertahankan tindakan memonitor tanda dan gejala diare dan menginstruksikan klien atau keluarga untuk memberitahu staf setiap kali mengalami periode diare.

Adapun hasil evaluasi pada masalah kekurangan volume cairan yaitu ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas lagi, dan BAB cairnya sudah berkurang dari periode sebelumnya (skala 3), tidak didapatkan tanda-tanda hidrasi (skala 3), turgor kulit klien kembali kurang dari 2 detik (skala 3), anak mau minum kurang lebih 300 cc (skala 3), mukosa bibir klien mulai memerah (skala 4), TD: 110/80 mmHg, Nadi: 108 kali permenit, Pernapasan; 20 kali permenit, Suhu: 37,8⁰C (skala 3).

Dengan melihat data-data yang ada maka penulis berasumsi bahwa masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian dengan pengambilan keputusan didasarkan kepada kriteria hasil yang telah ditentukan pada rencana keperawatan. Solusi yang dapat penulis berikan yaitu mempertahankan tindakan memonitor status hidrasi dan tanda-tanda vital klien secara periodik.

Adapun hasil evaluasi pada masalah nyeri akut yaitu klien mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan saat mau BAB saja. skala nyeri 1, dan nyeri pada tangan yang di infus sedikit sakit kalau di pegang tangannya (skala 3), wajah klien tenang (tidak menyeringai) (skala 3), nyeri tekan abdomen ada, klien menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada abdomen. Skala nyeri akibat tindakan invasif 1 (tanpa dilakukan terapi pemberian madu) diperoleh skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* didapatkan gambar ke 6 worst pain possible, skala nyeri akibat tindakan invasif 2 (dilakukan terapi pemberian madu) didapatkan skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* gambar ke 5 very severe.

Dengan melihat data-data yang ada maka penulis berasumsi bahwa masalah nyeri akut teratasi sebagian dengan pengambilan keputusan didasarkan kepada kriteria hasil yang telah ditentukan pada rencana keperawatan. Solusi yang dapat penulis berikan yaitu mempertahankan tindakan pemberian terapi relaksasi seperti nafas dalam dan pemberian madu.

Adapun hasil evaluasi pada masalah nyeri akut yaitu ibu mengatakan panas tubuh anaknya mulai menurun (skala 3), suhu 37,0 °C, nadi 104 kali permenit, TD 100/70 mmHg, pernapasan 20 kali permenit. Bising usus 14 kali permenit, ibu melepas jaket yang dipakai anaknya dan melepas baju anaknya dan diganti dengan baju dalaman (singlet), ibu memberikan minum kepada klien dengan hati-hati dan sedikit memaksa,

namun klien mau meminumnya perlahan lahan, akral hangat, tanda-tanda dehidrasi tidak ada.

Dengan melihat data-data yang ada maka penulis berasumsi bahwa masalah hipertermia teratasi sebagian dengan pengambilan keputusan didasarkan kepada kriteria hasil yang telah ditentukan pada rencana keperawatan. Solusi yang dapat penulis berikan yaitu mempertahankan tindakan monitor suhu tubuh dan intake cairan serta nutrisi adekuat.

C. Analisa salah satu intervensi dengan konsep dan penelitian terkait

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan gastroenteritis di IGD RSUD A.Wahab Sjahranie Samarinda, penulis melakukan intervensi inovasi berupa terapi pemberian madu. Intervensi ini dilakukan sebanyak tiga kali pada tiga klien yaitu pada klien anak R, anak W dan anak E masing-masing pada tanggal 29 Desember 2018, 02 Januari 2018 dan 05 Januari 2018. Adapun manfaat terapi pemberian madu adalah membantu menurunkan nyeri anak usia sekolah dalam tindakan invasif.

Berikut adalah hasil evaluasi dari tindakan keperawatan inovasi terapi pemberian madu selama 3 pertemuan yaitu:

1. Kasus 1: Pada anak R, pada hari Jum'at tanggal 29 Desember 2018

Terjadi penurunan skala nyeri (*Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*) dari *worst pain possible* (skor 10) menjadi *very severe* (skor 8), yang berarti bahwa skala nyeri menurun sebanyak 2 poin dari kategori luar biasa nyeri menjadi jauh lebih nyeri.

2. Kasus 2: Pada anak W, pada hari Selasa tanggal 02 Januari 2018

Terjadi penurunan skala nyeri (*Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*) dari *worst pain possible* (skor 10) menjadi *very severe* (skor skor 8), yang berarti bahwa skala nyeri menurun sebanyak 2 poin dari kategori luar biasa nyeri menjadi jauh lebih nyeri.

3. Kasus 3: Pada anak E, pada hari Jum'at tanggal 05 Januari 2018

Terjadi penurunan skala nyeri (*Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*) dari *worst pain possible* (skor 10) menjadi *very severe* (skor 7), yang berarti bahwa skala nyeri menurun sebanyak 3 poin dari kategori luar biasa nyeri menjadi jauh lebih nyeri.

Maka dapat disimpulkan bahwa setelah dilakukan terapi pemberian madu pada 3 orang klien anak usia sekolah dengan gastroenteritis menunjukkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri dari *worst pain possible* (skor 10) kategori luar biasa nyeri menjadi *very severe* (skor 7-8) jauh lebih nyeri dengan rata-rata penurunan sebanyak 2,3 poin.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Boroumand, et.al. (2013) tentang *Post Tonsillectomy Pain: Can Honey Reduce The Analgesic Requirements*, yang mendapatkan bahwa penurunan skala nyeri pada klien anak post operasi tonsilektomi rata-rata sebesar 2,6 poin. Adanya kesamaan hasil ini menurut asumsi peneliti disebabkan karena karakteristik umur yang sama-sama berada pada usia anak sekolah dengan rentang umur pada kasus kelolaan 8 sampai 9 tahun sedangkan pada penelitian terkait rata-rata umur 9 tahun sehingga persamaan umur ini menyebabkan anak memberikan respon

terhadap nyeri dengan skala yang cenderung sama pula. Selain itu, penulis berasumsi bahwa karakteristik jenis kelamin juga ikut berpengaruh terhadap kesamaan hasil penurunan nyeri ini, dimana pada ketiga klien kelolaan seluruhnya berjenis kelamin perempuan dan responden penelitian terkait mayoritas berjenis kelamin perempuan juga, sehingga penulis berasumsi bahwa respon terhadap nyeri yang diberikan pun cenderung menjadi sama.

Salah satu faktor stres bagi anak semua usia adalah prosedur yang menyakitkan atau tindakan invasif karena anak sedang sakit dan harus dirawat di rumah sakit, mereka akan menjalani berbagai macam prosedur invasif seperti pemasangan infus dan pengambilan sampel darah sebagai upaya untuk mengobati penyakit yang diderita oleh anak (Supartini, 2010). Walco meneliti tentang prevalensi nyeri dan sumber utama penyebab nyeri pada 200 anak yang dirawat di rumah sakit anak. Hasil tindakan medis IV (intravena) menduduki tindakan pertama. Walco juga mengevaluasi hasil penelitiannya berdasarkan tingkatan umur dan diperoleh bahwa distress paling tinggi yaitu 83% dialami oleh anak *toddler*, *distres* cukup tinggi dialami oleh anak usia sekolah yaitu 51% serta remaja dengan *prevalensi* 28%. Hal ini menunjukkan bahwa anak *toddler* dan usia sekolah merasa *distres* yang cukup tinggi terhadap nyeri (Walco, 2008).

Penatalaksanaan nyeri dapat berupa tindakan nonfarmakologi menurut Buonocore dan Bellienipada bayi atau anak dapat berupa *sweet solution* (glukosa dan sukrosa). Ghofur & Mardalena menjelaskan bahwa minuman yang manis mempunyai mekanisme potensial yang dapat mengurangi nyeri

karena dapat merangsang mengeluarkan *opioid endogen* pada sistem syaraf pusat. Salah satu sumber rasa manis yang banyak mengandung glukosa dan sukrosa adalah madu. Madu merupakan bahan makanan energi yang baik karena mengandung gula-gula sederhana yang dapat dimanfaatkan tubuh.

Theory gate control menjelaskan bahwa *impuls* nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medulla spinalis, thalamus, dan sistem limbik. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri.

Tubuh juga melakukan mekanisme kimia untuk manajemen nyeri. Serabut di *dorsal horn*, batang otak, dan jaringan perifer mengeluarkan *opioid endogen* yang menghambat aksi neuron yang *mentransmisikan impuls* nyeri. *Opioid endogen* menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi. Penanganan nyeri akibat tindakan invasif secara nonfarmakologi dapat berupa pemberian rasa manis (glukosa dan sukrosa).

Penatalaksanaan mengurangi nyeri pada anak dengan tindakan nonfarmakologi yang paling efektif adalah pemberian glukosa atau pemanis lainnya saat tindakan yang menyebabkan nyeri karena pada dasarnya anak-anak lebih menyukai rasa manis. Ghofur & Mardalena menjelaskan bahwa minuman yang manis mempunyai mekanisme potensial yang dapat mengurangi nyeri karena dapat merangsang mengeluarkan opioid endogen pada sistem

syaraf pusat. Penelitian yang dilakukan Dewi menjelaskan bahwa perbedaan yang signifikan antara derajat nyeri saat pemasangan infus setelah diberikan air steril dan sukrosa 24%.

D. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan

Pada pelaksanaan intervensi inovasi terapi pemberian madu yang dilakukan penulis untuk menurunkan nyeri klien anak usia sekolah dengan gastroenteritis di ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda, penulis menyarankan kepada keluarga (orang tua) untuk memberikan madu jika periode nyeri anak muncul. Namun, hal ini menjadi keluhan bagi orang tua bahwa harga madu yang relatif mahal. Maka penulis memberikan alternatif pemecahan masalah tersebut yaitu mengganti madu dengan membuat air gula.

Hal ini didasarkan pada hasil penelitian sebelumnya menurut Ulfah, dkk. (2014) yang meneliti tentang pengaruh pemberian larutan gula per oral terhadap skala nyeri anak usia 3-4 tahun yang dilakukakan pungsi vena di RSUD Tugurejo Semarang yang mendapatkan hasil bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pemberian larutan gula terhadap skala nyeri anak selama tindakan pungsi vena, terlihat bahwa (p -value 0.00; $\alpha = 0.05$).

Memberikan rangsangan rasa manis, anak-anak pada dasarnya lebih menyukai rasa manis. Glukosa atau pemanis lainnya yang diberikan oleh anak dapat menjadi tindakan non-farmakologis saat tindakan yang menyebabkan nyeri. Anand, et al., (2007), melaporkan bahwa 1 mL dari 24% sukrosa, seperti dextrose, susu ibu sangat efektif dalam menurunkan nyeri karena prosedur pada bayi baru lahir dan substansi ini bekerja secara sinergis dengan

nonnutritive suction. Glukosa atau pemanis oral lainnya bekerja dengan cara mengeluarkan opioid endogen melalui kelenjar perasa manis yang berada di porsio anterior lidah. Efek dari tindakan pemberian glukosa atau pemanis lainnya per oral diperantarai oleh stimulasi orotaktil yang meningkat oleh karena adanya kontak antara cairan dengan rongga oral dan pelepasan opioid endogen. Cara kerja analgesik pemanis oral mencakup mekanisme modulasi nyeri desenden, dengan menghambat nyeri pada tingkat spinal (Ren, Blass, Zhou, & Dubner, 1997 dalam Chermont, et al., 2009).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Telah dilakukan pengkajian keperawatan dalam asuhan keperawatan pada tiga klien kelolaan masing-masing pada tanggal 29 Desember 2018, 02 dan 05 Januari 2018 dengan hasil pengkajian yaitu ibu klien mengatakan anaknya sudah BAB cair dan sering, anak R lemah, ada nyeri tekan abdomen, klien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri dirasakan seperti melilit lilit, nyeri dirasakan pada seluruh perut, skala nyeri 4, nyeri dirasakan hilang timbul. Klien mengatakan sakit ketika akan dipasang infus dan tidak mau dipasang infus, ekspresi wajah menyeringai.
2. Telah ditentukan diagnosis keperawatan dalam asuhan keperawatan pada tiga klien kelolaan berdasarkan standar NANDA-I berupa 4 diagnosa keperawatan yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal; kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif; nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi saluran cerna) dan agen cedera fisik (prosedur invasif) dan hipertermia berhubungan dengan dehidrasi.
3. Telah dilakukan perencanaan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada tiga klien kelolaan berdasarkan standar NOC dan NIC yaitu pada masalah diare menggunakan NOC kontinensi usus dan NIC manajemen diare dengan 9 aktivitas keperawatan; pada masalah kekurangan volume cairan menggunakan NOC keseimbangan cairan dan

NIC managemen cairan dengan 11 aktivitas keperawatan; pada masalah nyeri akut menggunakan NOC kontrol nyeri, tingkat nyeri dan tanda-tanda vital dengan NIC managemen nyeri, terapi relaksasi dan monitor tanda-tanda vital dengan 10 aktivitas keperawatan; pada masalah hipertermia menggunakan NOC termoregulasi dan NIC pengaturan suhu dengan 10 aktivitas keperawatan;

4. Telah dilakukan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada tiga klien kelolaan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat dan dilakukan pada masing-masing klien tersebut sebanyak 1 kali 8 jam.
5. Telah dilakukan evaluasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada tiga klien kelolaan diakhir pertemuan dengan hasil masalah diare teratasi sebagian, kekurangan volume cairan teratasi sebagian, nyeri akut teratasi sebagian dan hipertermia dapat teratasi.
6. Telah dilakukan dokumentasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada tiga klien kelolaan berisi lima proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, prencanaan, implementasi dan evaluasi) yang dibuat dalam bentuk laporan asuhan keperawatan masing-masing klien.
7. Telah dilakukan analisis intervensi inovasi pemberian madu terhadap respon nyeri pada klien anak sekolah yang dilakukan tindakan invasif di ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie dengan hasil yaitu terjadi penurunan skala nyeri dari *worst pain possible* (skor 10) kategori luar biasa nyeri menjadi *very severe* (skor 7-8) jauh lebih nyeri dengan rata-rata penurunan sebanyak 2,3 poin.

B. Saran

1. Bagi Orang Tua Klien

Orang tua klien dapat memanfaatkan terapi pemberian madu untuk mengatasi nyeri yang dialami anak usia sekolah saat dilakukan tindakan invasif di rumah sakit maupun saat nyeri lainnya muncul.

2. Bagi Perawat

Perawat lebih banyak memberikan asuhan keperawatan secara maksimal sehingga mampu mengatasi masalah nyeri dengan penerapan intervensi pemberian madu dalam upaya menurunkan respon nyeri pada anak yang dilakukan tindakan invasif.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam menetapkan SOP Pemberian Madu sebagai intervensi mandiri guna menurunkan respon nyeri pada anak yang dilakukan tindakan invasif.

4. Bagi Penulis

Meningkatkan pemahaman asuhan keperawatan pada klien usia anak sekolah khususnya penanganan nonfarmakologis pada masalah nyeri sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keterampilan di bidang keperawatan gawat darurat.

5. Bagi Institusi Pendidikan

Mengembangkan intervensi inovasi terapi pemberian madu sebagai tindakan keperawatan mandiri dan mengadakan lebih banyak diskusi/ pembahasan mengenai kelebihan dan kekurangan dari penerapan intervensi ini bagi klien anak usia sekolah yang mengalami masalah nyeri sehingga mahasiswa dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis.

DAFTAR PUSTAKA

- Almada, (2012) *Natural COX-2 inhibitor the future of pain relief. International Chiropractic Pediatric Association. Pain News.* 10(2):112-118.
- Buonocore, G., & Bellieni, (2008) *C.V. Neonatal Pain: Suffering, Pain and Risk of Braindamage in the Fetus and Newborn.* Italia: Springer-Verlag.
- Boroumand, P., Zamani, M.M., Saeedi, M., Rouhbakhsfar, O., Motlagh, S., & Moghaddam, F.A. (2013) *Post Tonsillectomy Pain: Can Honey Reduce The Analgesic Requirements?. Kowsar Corp.* 6 (3):198-202.
- Dewi, R.S. (2014) *Efektifitas Sukrosa Oral terhadap Respon Nyeri Akut pada Neonatus yang Dilakukan Tindakan Pemasangan Infus di RS Ibnu Sina Pekanbaru. Jurnal Keperawatan Anak.* 1(2):1-10.
- Ghofur, A., dan Mardalena.I. (2014) *Effect of Glucose on the Response Pain Baby In Puskesmas Gamping II Sleman Yogyakarta.* Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah. 2(1): 36-42.
- Goenarwo, E., Chodijah., & Susanto, H. (2011) *Uji Efektifitas Analgetik Madu pada Tikus dengan Metoda Geliat Asetat.* E-Jurnal. 3(1):48-53.
- Hamad, S. (2004). *Terapi Madu.* Jakarta. Pustaka Imam, h. 30.
- Herdman, T. Heather. (2015). *Diagnosis keperawatan definisi & klasifikasi 2015-2017 edisi 10.* Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A. (2005) *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I.* Jakarta: Salemba Medika.
- Kartikawati, D. (2011) *Buku Ajar DasarDasar Keperawatan Gawat Darurat.* Jakarta: Salemba Medika.
- Lemone, priscilla. (2016). *Buku ajar keperawatan medical bedah: gangguan gastrointestinal edisi 5.* Jakarta: EGC.
- Lemone, Priscilla. (2015). *Buku ajar keperawatan medical bedah: gangguan integument, gangguan endokrin, gangguan gastrointestinal.* 2(5):240-250. Jakarta:EGC.
- Nursalam., Susilaningrum., dan Utami. (2005) *Asuhan Keperawatan Bayi Anak.* Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A., and Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika.

- Sherwood, L. (2011) *Fisiologi Manusia: Dari Sel ke Sistem*. Jakarta: EGC.
- Sekriptini, A.Y. (2013). *Pengaruh Pemberian Madu terhadap Penurunan Skor Nyeri Akibat Tindakan Invasif Pengambilan Darah Intravena pada Anak di Ruang UGD RSUD Kota Cirebon*. Tesis. FIK Universitas Indonesia.
- Sihombing, D, T.H. (2005). *Ilmu Ternak Lebah Madu*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sue Moorhead, dkk. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi bahasa Indonesia*. Singapore: ELSEVER.
- Supartini, Y. (2010). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Tamsuri, A. (2007). *Konsep & Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Ulfah, S. (2014) *Pengaruh Pemberian Larutan Gula Per Oral terhadap Skala Nyeri Anak Usia 3-4 Tahun yang Dilakukan Pungsi Vena DI RSUD Tugurejo Semarang*. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 1(6):1-10.
- Walco, G. (2008) *Needle Pain in Children: Contextual Factors*. *Journal of the America Academy of Pediatrics*. 19(1):55-61.

BIODATA PENULIS



Fitriana Amilatus Sholeha (Banyuwangi, 23 Februari 1992) adalah anak dari Bapak Suhartono dan Ibu Ayu kurniawati merupakan keturunan suku Jawa Osing. Masih single. Riwayat pendidikan bermula di Sekolah Dasar Negeri Sepanjang Tiga Glenmore, Kota Banyuwangi, Provinsi Jawa Timur dan lulus pada tahun 2004.

Kemudian bersekolah di SMP Negeri 1 Glenmore Banyuwangi dan lulus pada tahun 2007. Melanjutkan ke tingkat menengah kejuruan yaitu di SMK Pariwisata Nusa Dua, Badung, Provinsi Bali. Pada mulanya tertarik kuliah di perbankan, akan tetapi Tuhan menentukan lain, hingga akhirnya mulai mengenal dunia keperawatan dengan kuliah di Akademi Kesehatan RUSTIDA Krikilan Glenmore Banyuwangi dan wisuda tahun 2013. Setelah sempat satu tahun asyik bekerja sebagai perawat pelaksana di RS Haji Darjad Samarinda, baru pada pertengahan tahun 2015 kembali melanjutkan pendidikan di Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda dan lulus pada tahun 2017. Kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda sejak tahun 2017 dan Alhamdulillah sudah dapat diselesaikan pada tahun 2018 ini. Wanita yang dikenal simple dan tegas ini mempunyai motto hidup:

“Mimpilah setinggi mungkin dan berusahalah semaksimal mungkin, karena Allah menyukai orang-orang yang mau berusaha meskipun minim kemampuannya, dan serahkan semua sama Allah, karena Allah yang akan menentukan segalanya, dan tidak ada yang tidak mungkin di dunia ini jika Allah sudah berkehendak”.

DOKUMENTASI PELAKSANAAN TERAPI PEMBERIAN MADU

