

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Pasien

Pengkajian dilakukan pada Sabtu, 04 Juni 2022 Jam 16.00 WITA

1. Identitas Pasien

Nama Pasien	: An. A
Usia	: 3 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Belum Menikah
Pendidikan	: Belum sekolah
Penanggung jawab	: Orang tua
Nama Ayah	: Tn. R
Alamat	: Jl. Kangkung Mas Bengkuring Raya 1
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Nama Ibu	: Ny. V
Alamat	: Jl. Kangkung Mas Bengkuring Raya 1
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Berdasarkan keterangan dari Ibu pasien memberitahukan bahwa anaknya diare selama 3 hari, Frekuensi BAB sekitar 6 kali selama satu hari dengan

tekstur berair .

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Dari pengkajian penampilan umum tingkat kesadaran : Composmentis dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) E4V5M6 = 15, tidak terdapat sianosis, akral teraba hangat, turgor kulit lambat mata cekung, sering minum dan terkadang rewel. Pada saat pengkajian, pasien sudah mengalami diare selama 3 hari dengan frekuensi BAB 5-6 kali perhari warna feses kuning kecoklatan dan bercampur air, terdapat lendir padafeses namun sedikit berampas. Hasil pemeriksaan yang telah dilakukan pada An. A diperoleh data , pemeriksaan denyut nadidilakukan pada pembuluh darah arteri brakialis 101x/menit dengan kualitas kuat dan irama teratur, frekuensi pernafasan 24x/menit, temperatur 37,9 °C dan berat badan pasien adalah 16 kg

c. Riwayat Kesehatan dahulu

Ibu pasien mengungkapkan bahwa sebelumnya pasien pernah terjangkit diare dan pasien biasanya jika sakit berobat ke klinik terdekat

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengungkapkan bahwa tidak ada anggota keluarga yang terkena diare atau penyakit lainnya saat ini.

e. Riwayat Alergi

Pasien tidak memiliki alergi yang berat terhadap makanan, minuman maupun obat – obatan.

f. Pemeriksaan Fisik dan Tanda-tanda Vital

KU : CM, Tanda – tanda vital yaitu Suhu : 37,9 °C, Frekuensi nadi :

101x/menit, Frekuensi pernafasan : 22x/menit, pada pemeriksaan kepala didapatkan hasil bentuk kepala oval, simetris, tidak ditemukan benjolan, tidak terdapat luka, tidak ditemukan trauma kepala, kulit kepala bersih dan berambut hitam yang panjang. Pada pemeriksaan mata didapatkan hasil yaitu mata cekung, mukosa bibir kering, Pada pemeriksaan thorax didapatkan Inspeksi : simetris, Palpasi : taktil fremitus, Perkusi : sonor, Auskultasi : vesikuler, Pada pemeriksaan jantung didapatkan hasil : Inspeksi : ictus cordis tidak tampak. Palpasi ictus cordis teraba di IC ke-5. Perkusi : pekak. Auskultasi tidak ditemukan suara tambahan Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil , Inspeksi : perut datar. Auskultasi : bising usus meningkat, Palpasi : hepar tidak dapat diraba. Perkusi : timpani, Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil, An.A tidak terjadi pelemahan otot. Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah , Pada pemeriksaan Integumen didapatkan hasil Inspeksi : kulit pasien terlihat kering, Palpasi : turgorkulit pasien dalam 3 detik, akral teraba hangat, CRT > 3 . Pada pemeriksaan genitalia didapatkan hasil Bersih tidak ada kelainan

3. Pengkajian Fungsi Kesehatan Menurut Gordon

a. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan.

Subjektif

Gambaran status kesehatan anak kurang baik dan ibu pasien mengatakan penyakit yang diderita hanya penyakit ringan, sehingga berpikir lama kelamaan akan sembuh sendiri. An. A tidak memiliki penyakit kronik, An. A memiliki riwayat imunisasi yang lengkap, kondisi rumah yang ditempati An. A baik, An .A tidak mengalami kesulitan untuk mendapat pelayanan

kesehatan, anak minum obat rutin yang diberikan oleh dokter dari klinik, An .A tidak pernah mengalami kecelakaan/cedera setahun terakhir, An .A tidak memiliki luka, anak tidak melakukan olahraga, tidak ada suara mendengung di telinga, dan tidak ada vertigo

Objektif

Status mental orientasi pasien baik, sensori pasien normal (kooperatif), kemampuan mengatur waktu baik. Penglihatan pasien baik, ukuran pupil normal dan reaksi pupil normal, tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak. Pendengaran pasien normal tidak menggunakan alat bantu mendengar, indra perasa dan penciuman normal, penampilan umum pasien baik dengan rambut gelombang, kulit sawo matang, kuku pendek. Respon pasien di saat diberikan pertanyaan baik dan mampu menjawab pertanyaan yang sudah diberikan.

b. Pola Nutrisi

Subjektif

Ibu pasien mengatakan pola nutrisi pasien baik mau makan dan selalu habis dengan jumlah makan 3 kali sehari dengan makanan habis 1 porsi, menu makanan nasi dan anak suka makan sayur sop, tidak ada pantangan makanan, tidak ada alergi makanan, cara makan yaitu makan sendiri. Saat sakit terjadi penurunan nafsu makan, makan 3 kali sehari namun tidak habis tetapi dipaksa makan karena harus minum obat.

Objektif

Nafsu makan pasien berkurang, akral teraba hangat, anak sering minum, mukosa bibir kering, konjungtiva tidak anemis, mata cekung, mata

tidak ikterus dan tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

Subjektif

Ibu pasien mengungkapkan sebelum sakit anak BAB 2 hari sekali dan BAK 4 kali sehari. Saat sakit mengalami peningkatan frekuensi BAB hingga 5-6x per hari dan feses berwarna kuning kecoklatan serta lendir dan konsistensi lembek dan BAK 4x hanya sedikit berwarna kuning gelap

Objektif

Frekuensi peristaltic usus meningkat 29x/menit, tidak ada nyeri tekan an keras tidak ada masa.

d. Pola Aktivitas – Latihan

Subjektif

Pola aktivitas dan latihan anak normal, Ibu dari pasien mengungkapkan sebelumnya aktivitas di rumah anak baik tidak ada masalah, Saat sakit ibu anaknya menjadi rewel dan lemas

Objektif

Tidak ada sianosis, denyut jantung mudah di palpasi, ekstremitas atas dan bawah hangat, rentan gerak sendi normal, pengembalian kapiler normal, nadi karotis teraba, nadi radialis teraba, nadi jugularis teraba. Ekstremitas teraba hangat, pasien terlihat lemah dan pucat, sebaran rambut normal, dan tidak ada cedera tulang belakang.

e. Pola Tidur-Istirahat

Subjektif

Selama dirumah ibu pasien mengatakan biasanya anak tidur 9 jam,

tetapi selama sakit anak hanya tidur kurang lebih 7 jam tidurnya tidak teratur terkadang malam terbangun dan rewel dan bangun malam hari saat ingin BAK atau BAB mulai tidur pukul 10 malam dan terbangun pukul 6 pagi, ibu pasien mengatakan anaknya tidur siang sekitar 30 menit, tidak ada insomnia.

f. Pola Kognitif – Perseptual

Subjektif

Ibu pasien mengatakan sebelumnya, pasien tidak sebelumnya, pasien tidak memiliki masalah kognitif perseptual. Pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri saat ini, Orientasi pasien terhadap waktu dan lingkungan baik, Orang tua mengerti apa yang dimaksud dengan diare

Objektif

Tidak terdapat tanda-tanda nyeri dan tidak terjadi fluktuasi tekanan intrakranial, tidak menggunakan otot bantu nafas, dan tidak adanya pernafasan cuping hidung.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Subjektif

Ibu pasien mengungkapkan ketika pasien sakit akan dilarikan ke klinik. Ibu pasien menyatakan sebelumnya tidak ditemukan permasalahan terkait kesehatan pasien. Pasien adalah anak bungsu dari 6 bersaudara.

Objektif

Pada saat pengkajian anak sedikit rewel dan terlihat lesu berbaring di kasur.

h. Pola peran – Hubungan

Subjektif

Pasien hidup dan tinggal dengan orang tua, ibunya hanya IRT dan ayahnya bekerja swasta. Orangtua pasien mengatakan akan selalu bersama dengan anaknya, Ketika sakit anak tampak lesu, aktivitas sosial anak kurang aktif dari biasanya. Orang tua mengatakan dirumah berbicara menggunakan bahasa Indonesia. Selama wawancara/pengkajian tidak terlihat interaksi keluarga yang disfungsi.

Objektif

Anak terkadang rewel, menangis, dan gelisah

i. Pola Seksualitas-Reproduktif

Pasien berjenis kelamin perempuan

j. Pola Koping- Ketahanan stress

Subjektif

Ibu pasien mengatakan anak tidak pernah mengalami kejadian yang stress atau traumatik.

Obyektif

Tidak ada tanda-tanda stress, saat pengkajian ibu pasien sangat kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, saat dikaji anak terlihat rewel dan merengek.

k. Pola Nilai- Keyakinan

Subjektif

Ibu pasien mengatakan anaknya beragama islam, ibu pasien juga mengatakan didalam keluarga tidak ada kepercayaan larangan atau

pantangan.

Obyektif

Tidak ada tanda tanda gangguan alam perasaan

4. Pemeriksaan Fisik Tambahan

a. Keadaan Umum

Tingkat kesadaran : Compos mentis

b. Tanda-tanda Vital

Nadi : 101x/menit

Suhu : 36,9° celcius

RR : 25x/menit

c. Keadaan fisik

1) Kepala dan Leher

Kepala berbentuk mesocephal, kepala bentuk oval ,tidak terdapat tonjolan, kulit kepala kuning langsung, bersih.

2) Mata

lengkap dan simetris, pucat dan mata tidak anemis, refleksi terhadap cahaya normal, sklera tidak ikterik, pasien tidak memakai kacamata dan tidak ada katarak.

3) Telinga lengkap dan simetris, pucat dan mata tidak anemis, refleksi

terhadap cahaya normal, sklera tidak ikterik, pasien tidak memakai kacamata dan tidak ada katarak.

4) Hidung

Dapat mendengar dengan baik, tidak terasa nyeri, hidung pasien tidak ditemukan sekret atau sumbatan, tidak ditemukan epistaksis, tidak

ditemukan tonjolan serta lubang hidung simetris, Kemampuan mendengar baik, tidaka ada nyeri.

5) Mulut

Mukosa bibir kering, gigi bersih, tidak ada stomatitis, pasien tidak memakai gigi palsu, keadaan gusi kering, tidak ada lesi, keadaan lidah An. A simetris.

6) Tenggorokan

Terlihat bersih, simetris, tidak ditemukan pembengkakan kelenjar tiroid.

7) Leher

Pada leher tidak ditemukan pembengkakan kelenjar gondok dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

8) Dada dan paru-paru

Inspeksi : Berbentuk datar dan simetris (besar antara kiri dan kanan sama) tidak dijumpai pembesaran atau asites

Palpasi : Tidak ditemukan retraksi dinding dada, tidak memakai otot bantu napas.

Perkusi : dapat didengar suara sonor pada paru – paru.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, RR : 20x/menit

9) Jantung

Inspeksi : Iktus cordis tidak terlihat

Palpasi : Tidak terasa nyeri tekan dan iktus cordis tidak terlihat

Perkusi : Pekak, ditemukan batas-batas jantung

Auskultasi : tidak ada bunyi tambahan, bunyi jantung normal lup dup

10) Abdomen

Inspeksi : Perut simetris dan tidak asites,

Auskultasi : Terdengar peristaltic, bising usus pasien meningkat pasien 32 x/menit.

Perkusi : Timpani

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ditemukan tonjolan , tidak terdapat asites, tidak terdapat hepar.

11) Integumen

Kulit pasien teraba hangat

12) Ekstremitas

Kekuatan otot pasien tangan kiri 5, tangan kanan 5, kaki kiri 5, kaki kanan 5

B. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Data Subjektif</p> <p>Ibu pasien mengungkapkan anaknya BAB sudah tiga hari dengan frekuensi 5-6x per hari</p> <p>Ibu pasien mengatakan konsistensi BAB berair sedikit berampas bahkan berlendir, sebelum diare pasien beli minuman jelly di warung</p> <p>Data Objektif</p> <p>Konsistensi BAB berair, feses pasien berwarna kuning kecoklatan, frekuensi BAB 6 kali. Pasien pucat, mukosa bibir kering, Bising usus 32x/menit, turgor kulit pasien kembali 3 detik , mata cekung dan rewel</p>	Proses infeksi	Diare
2	<p>Data Subjektif</p> <p>Ibu pasien mengungkapkan anaknya</p>	Proses Penyakit	Hipertermia

	<p>demam tidak stabil di hari pertama suhu tubuh : 38,5°C</p> <p>Ibu pasien mengatakan badan anaknya hangat dan sering minta minum</p> <p>Data Objektif</p> <p>Suhu tubuh saat pengkajian 37,9°C Akral hangat</p> <p>Anak lemas</p> <p>Nadi : 101x/menit</p> <p>Pernafasan : 24x/menit</p> <p>Turgor kulit pasien kembali dalam 3 detik</p> <p>Mata cekung</p>		
3	<p>Data Subjektif</p> <p>Ibu pasien mengatakan bibir anaknya kering dan selalu merasa haus, frekuensi BAB hingga 6x/hari, ibu pasien mengatakan anaknya pucat saat sakit</p> <p>Data Objektif</p> <p>Pasien pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva tidak anemis, mata pasien cekung, suhu 37,9°C, turgor kulit kembali dalam 3 detik, Frekuensi nadi : 82x/menit dan pernafasan 24x/menit.</p>		<p>Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan kekurangan intake cairan</p>

C. Prioritas Masalah Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi
2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
3. Risiko hipovolemia dibuktikan dengan kekurangan intake cairan

D. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Diare berhubungan dengan proses infeksi	Eliminasi fekal (L.04033) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,	Manajemen Diare (I.03101) Observasi

	<p>diharapkan diare membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kontrol pengeluaran feses dari skala 2 ke skala 4 . - mengejan saat defekasi dari skala 2 ke skala 4 -konsistensi feses dari skala 2 ke skala 4 - frekuensi diare dari skala..ke skala... <p>Dengan Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>1.1 Identifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi)</p> <p>1.2 Identifikasi riwayat makanan</p> <p>1.3 Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja.</p> <p>1.4 Memonitor Jumlah pengeluaran feses.</p> <p>1.5 Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.6 Berikan asupan cairan oral (mis, pemberian madu, larutan garam gula, renalyte)</p> <p>Edukasi</p> <p>1.7 Anjurkankan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p>
<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 Jam, diharapkan hipertermi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit merah dari skala 3 ke skala 5 -Pucat dari skala 3 ke skala 5 <p>Dengan Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun <ul style="list-style-type: none"> - Suhu Tubuh dari skala 3 ke skala 5 - Suhu Kulit dari skala 3 ke skala 5 <p>Dengan Ekspektasi :</p>	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi :</p> <p>2.1 Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</p> <p>2.2 Monitor suhu tubuh</p> <p>Teraupeutik :</p> <p>2.3 Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>2.4 Basahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>2.5 Berikan cairan oral</p> <p>2.6 Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik 	<p>hangat pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>Edukasi :</p> <p>2.7 Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>2.8 Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena, jika perlu</p>
<p>Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan</p>	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan hipovolemia membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membrane mukosa dari skala 2 ke skala 4 - Intake cairan dari skala 2 ke skala 4 <p>Dengan Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Menurun <ul style="list-style-type: none"> - turgor kulit dari skala 3 ke skala 5 <p>Dengan Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik 	<p>Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering). 3.2 Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Hitung kebutuhan cairan 3.4 Berikan posisi modified trendelenburg. 3.5 Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. 3.7 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

E. Intervensi Inovasi

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi	Intervensi
Diare berhubungan dengan proses infeksi	<p>Pemberian bubur tempe untuk menurunkan frekuensi BAB pada pasien diare dilakukan pada tanggal</p> <ul style="list-style-type: none"> - 04 – Juni – 2022 - 05 – Juni – 2022 - 06 – Juni – 2022 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengkaji keadaan pasien dan pra interaksi 1.2 Mencuci tangan 1.3 Mempersiapkan alat dan bahan untuk membuat bubur tempe 1.4 Menyajikan bubur tempe <p>Fase Orientasi</p>

		<p>1.5 Memberikan salam dan menyapa pasien</p> <p>1.6 Memperkenalkan diri dan melakukan kontrak</p> <p>1.7 Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan</p> <p>1.8 Menanyakan kesiapan pasien</p> <p>1.9 Mendekatkan makanan yaitu bubur tempe</p> <p>Fase Kerja</p> <p>1.10 Membaca basmalah dan menjaga privasi pasien</p> <p>1.11 Membantu memberikan makan “bubur tempe” pada anak</p> <p>1.12 Rapikan pasien</p> <p>1.13 Rapikan alat</p>
--	--	---

F. Implementasi Keperawatan

Hari Pertama

No	Waktu	Diagnosa	Implementasi dan evaluasi proses
1	04/06/2022 16.00	I	<p>1.1. Mengidentifikasi penyebab diare (mis inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi)</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan penyebab diare karena minum jelly botolan di warung</p> <p>O: Diare disebabkan bakteri</p> <p>1.2. Mengidentifikasi riwayat makanan</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan An.A jajan sembarangan</p> <p>O : Wajah pasien pucat</p> <p>1.3. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan sudah BAB 6 kali sehari</p> <p>O : warna feses kuning kecoklatan, konsistensi cair sedikit berampas</p> <p>1.4. Memonitor jumlah pengeluaran feses</p>

			<p>S : Ibu pasien mengatakan An.A BAB 6 kali/hari tidak terlalu banyak namun cair</p> <p>1.5. Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal S : Pasien mengatakan tidak sakit dibagian dubur O : Tidak terlihat iritasi di bagian rektal</p> <p>1.6. Memberikan asupan cairan oral (mis, pemberian madu, larutan garam gula, renalyte) S : Pasien mengatakan bersedia jika diberikan bubur tempe O : Pasien terlihat menyukai bubur tempe</p> <p>1.7. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap S : Ibu pasien mengatakan akan memberikan bubur tempe agar cepat sembuh O : Pasien makan bubur tempe dengan lahap</p>
2	16.20	II	<p>2.1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia S : Ibu pasien mengatakan An.A demam naik turun selama 3 hari O : Hipertermi disebabkan oleh proses infeksi</p> <p>2.2. Memonitor suhu tubuh S : Ibu pasien mengatakan tubuh An.A Hangat O : Suhu tubuh pasien 37,9°C</p> <p>2.3. Melonggarkan atau lepaskan pakaian S : Ibu pasien mengatakan tubuh An.A hangat O : Menyarankan kepada ibu pasien untuk melonggarkan atau melepaskan baju anak ketika demam tinggi</p> <p>2.4. Membasahi dan kipasi permukaan tubuh S : Ibu pasien mengatakan ruangan menggunakan kipas angin O :Menyarankan kepada ibu pasien untuk membasahi dan mengipasi permukaan tubuh</p> <p>2.5. Memberikan cairan oral S : Ibu pasien mengatakan An.A diberikan obat oleh dokter O : Pasien mendapatkan pengobatan farmakologi</p> <p>2.6. Melakukan pendinginan eksternal</p>

			<p>S : Ibu pasien mengatakan saat demam An.A dikompres</p> <p>O : Menyarankan kompres anak menggunakan air hangat</p> <p>2.7. Menganjurkan tirah baring</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan An.A lemas</p> <p>O : Menyarankan agar pasien baring ditempat tidur</p>
3	16.30	III	<p>3.1 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering)</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan pasien lemas dan bibir kering</p> <p>O: Pasien tampak pucat dan lemas, turgor kulit kembali 3 detik, mukosa bibir kering, dan mata cekung</p> <p>3.2 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan anak sering haus dan minum banyak, frekuensi BAB 6 kali/hari</p> <p>O : Pasien minum 1 hari sebanyak 1 liter lebih dengan frekuensi BAB 6 kali</p> <p>3.3 Menghitung kebutuhan cairan</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya minum banyak sekitar 1 liter perhari selama sakit</p> <p>O : Kebutuhan cairan An.A 480 ml</p> <p>3.4 Memberikan posisi modified trendelenburg</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan akan mencoba memberikan posisi sesuai yang diajarkan</p> <p>O : Pasien diposisikan modified</p> <p>3.5 Memberikan asupan cairan oral</p> <p>S : Pasien mengatakan sering haus</p> <p>O : Pasien saat sakit dapat minum air 1 liter lebih perhari</p> <p>3.6 Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>S : Pasien mengatakan akan mengikuti apa yang sudah disarankan</p> <p>O : Pasien terlihat paham apa yang sudah dijelaskan</p>

			<p>3.7 Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan akan memperbanyak asupan cairan anaknya dan memberikan bubur tempe</p> <p>O : Pasien dapat makan bubur tempe dengan lahap</p>
--	--	--	---

Hari Kedua

No	Waktu	Diagnosa	Implementasi dan evaluasi proses
1	05/06/2022 11.00	I	<p>1.3. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan BAB berkurang menjadi 4x/hari dan konsistensi feses menjadi padat namun sedikit berlendir</p> <p>O : warna feses kuning , konsistensi padat sedikit berlendir</p> <p>1.4. Memonitor jumlah pengeluaran feses</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan An.A BAB tidak terlalu banyak namun sudah berkurang</p> <p>O : Pasien sudah tidak rewel seperti kemarin</p> <p>1.6 Memberikan asupan cairan oral (mis, pemberian madu, larutan garam gula, renalyte)</p> <p>S Ibu pasien mengatakan memberikan bubur tempe</p> <p>O : Pasien menyukai bubur tempe</p> <p>1.7. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan sudah memberikan bubur tempe</p> <p>O : Pasien makan bubur tempe</p>
2	11.05	II	<p>2.2. Memonitor suhu tubuh</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan tubuh An.A sudah tidak demam</p> <p>O : Suhu tubuh pasien 36,1 °C</p> <p>2.6. Melakukan pendinginan eksternal</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan saat demam An.A dikompres</p>

			O : Menyarankan kompres anak menggunakan air hangat
3	11.10	III	<p>3.1 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering)</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan An.A lemasnya berkurang</p> <p>O: Pasien tampak sedikit lemas, turgor kulit dalam 3 detik</p> <p>3.2 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan anak sering haus dan minum banyak, frekuensi BAB 4 kali/hari</p> <p>O : Pasien minum 1 hari sebanyak 1 liter lebih dengan frekuensi BAB 4 kali</p> <p>3.3 Menghitung kebutuhan cairan</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya minum banyak sekitar 1 liter perhari selama sakit</p> <p>O. : Kebutuhan cairan An.a 480 ml</p> <p>3.6 Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>S : Pasien mengatakan akan mengikuti apa yang sudah disarankan</p> <p>O : Pasien terlihat paham apa yang sudah dijelaskan</p> <p>3.7 Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan akan memperbanyak asupan cairan anaknya dan memberikan bubur tempe</p> <p>O : Pasien dapat makan bubur tempe dengan lahap</p>

Hari ketiga

No	Waktu	Diagnosa	Implementasi dan evaluasi proses
1	06/06/2022 15.30	I	<p>1.3. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan BAB berkurang menjadi 2x/hari dan konsistensi feses menjadi padat tanpa lendir</p> <p>O : warna feses kuning , konsistensi padat</p>

			<p>1.4. Memonitor jumlah pengeluaran feses</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan An.A BAB tidak terlalu banyak dan berkurang</p> <p>O : Pasien terlihat dapat beraktivitas</p> <p>1.6 Memberikan asupan cairan oral (mis, pemberian madu, larutan garam gula, renalyte)</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan memberikan bubur tempe setiap jam makan</p> <p>O : Pasien makan olahan tempe yaitu bubur tempe</p> <p>1.7 menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan selalu memberikan bubur tempe pada saat jam makan</p> <p>O : Pasien makan bubur tempe</p>
3	15.40	III	<p>3.1 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering)</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan anak sudah lebih baik dan kadang mulai bermain</p> <p>O : Pasien tampak terlihat segar dan bisa beraktivitas</p> <p>3.2 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan anak tidak mengeluh haus lagi dan frekuensi BAB 3 kali/hari</p> <p>O : Pasien minum 1 hari sebanyak 1 liter lebih dengan frekuensi BAB 3 kali</p> <p>3.3 Menghitung kebutuhan cairan</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya minum banyak sekitar 1 liter perhari selama sakit</p> <p>O. : Kebutuhan cairan An.A 480 ml</p> <p>3.7 Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan masih memberikan bubur tempe</p> <p>O : Pasien makan bubur tempe</p>

G. Evaluasi Keperawatan

Hari pertama

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Hasil	Paraf																				
04/06/22 17.00	Diare berhubungan dengan proses penyakit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan frekuensi BAB selama sakit 6 kali perhari - Ibu pasien mengatakan penyebab diare karena minum jelly botolan di warung - Ibu pasien mengatakan konsistensi BAB berair dan berwarna kuning kecoklatan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsistensi BAB cair berampas disertai lendir - BAB berwarna kuning kecoklatan - Frekuensi BAB 6 kali perhari - Mukosa bibir terlihat kering - Anak rewel dan tampak lemas - Mata cekung - Bising usus 32x/menit <p>A : Masalah keperawatan diare belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Mengejan saat defekasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Konsistensi feses</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi BAB</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 1.4 Monitor jumlah pengeluaran feses 1.6 Berikan asupan cairan oral (mis, pemberian madu, larutan garam gula, renalyte) 1.7 Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 	No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Mengejan saat defekasi	2	2	4	2	Konsistensi feses	2	2	4	3	Frekuensi BAB	2	2	4	
No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																			
1	Mengejan saat defekasi	2	2	4																			
2	Konsistensi feses	2	2	4																			
3	Frekuensi BAB	2	2	4																			

17.05	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan demam naik turun mulai hari pertama selama 3 hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba hangat dengan suhu 38,1°C <p>A : Masalah Keperawatan Hipertermia belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="699 504 1268 925"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kulit merah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pucat</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Suhu tubuh</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Suhu kulit</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.2 Monitor suhu tubuh 2.5 Lakukan pendinginan eksternal 	No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Kulit merah	3	4	5	2	Pucat	3	4	5	3	Suhu tubuh	3	4	5	4	Suhu kulit	3	4	5	
No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																								
1	Kulit merah	3	4	5																								
2	Pucat	3	4	5																								
3	Suhu tubuh	3	4	5																								
4	Suhu kulit	3	4	5																								
17.10	Risiko hipovolemia dibuktikan dengan kekurangan intake cairan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan An.A bibir kering dan sering merasa haus tidak seperti biasanya - BAB 6 kali perhari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat dan lemas - Anak rewel saat pengkajian - Mukosa bibir kering - Suhu : 38,1°C - Turgor kulit kembali dalam 3 detik - CRT > 2 detik - Frekuensi nadi : 101 kali permenit - Frekuensi pernafasan :24x per menit <p>A : Masalah risiko hipovolemia belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="699 1704 1348 1939"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Membran mukosa</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Intake cairan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Membran mukosa	2	2	4	2	Intake cairan	2	2	4	3	Turgor kulit	3	3	5						
No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																								
1	Membran mukosa	2	2	4																								
2	Intake cairan	2	2	4																								
3	Turgor kulit	3	3	5																								

		<p>3.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering).</p> <p>3.2 Monitor intake dan output cairan</p> <p>3.3 Hitung kebutuhan cairan</p> <p>3.5 Berikan asupan cairan oral</p> <p>3.7 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.</p>	
--	--	---	--

Hari kedua

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Hasil	Paraf																				
05/06/22 12.00	Diare berhubungan dengan proses penyakit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan frekuensi BAB 4 kali perhari - Ibu pasien mengatakan konsistensi BAB mulai padat dan berwarna kuning kecoklatan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsistensi BAB mulai padat namun disertai lendir - BAB berwarna kuning kecoklatan - Frekuensi BAB 4 kali perhari - Mukosa bibir terlihat kering - Bising usus 24x/menit <p>A : Masalah keperawatan diare belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Mengejan saat defekasi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Konsistensi feses</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi BAB</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 1.4 Monitor jumlah pengeluaran feses 	N o	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Mengejan saat defekasi	2	3	4	2	Konsistensi feses	2	3	4	3	Frekuensi BAB	2	3	4	
N o	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																			
1	Mengejan saat defekasi	2	3	4																			
2	Konsistensi feses	2	3	4																			
3	Frekuensi BAB	2	3	4																			

		<p>1.6 Berikan asupan cairan oral (mis, pemberian madu, larutan garam gula, renalyte)</p> <p>1.7 Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p>																										
12.06	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tubuh pasien sudah tidak hangat lagi - Suhu pasien 36,1 °C - Jika anak demam kompres menggunakan air hangat <p>A : Masalah Keperawatan Hipertermia teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kulit merah</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pucat</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Suhu tubuh</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan intervensi</p>	No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Kulit merah	4	5	5	2	Pucat	4	5	5	3	Suhu tubuh	4	5	5	4	Suhu kulit	4	5	5	
No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																								
1	Kulit merah	4	5	5																								
2	Pucat	4	5	5																								
3	Suhu tubuh	4	5	5																								
4	Suhu kulit	4	5	5																								
12.10	Risiko hipovolemia dibuktikan dengan kekurangan intake cairan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan An.lemasnya berkurang - BAB 4 kali perhari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak terlihat mulai dapat beraktivitas - Turgor kulit kembali dalam 3 detik - CRT < 2 detik - Frekuensi nadi : 93 kali permenit - Frekuensi pernafasan :23x per menit <p>A : Masalah Risiko hipovolemia belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Membran mukosa</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Intake</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Membran mukosa	2	3	4	2	Intake	2	3	4											
No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																								
1	Membran mukosa	2	3	4																								
2	Intake	2	3	4																								

			cairan			
3	Turgor kulit	3	4	5		

P : Lanjutkan intervensi

3.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering).

3.2 Monitor intake dan output cairan

3.3 Hitung kebutuhan cairan

3.7 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

Hari Ketiga

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Hasil	Tanda Tangan																				
16.10	Diare berhubungan dengan proses penyakit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan frekuensi BAB 3 kali perhari - Ibu pasien mengatakan konsistensi BAB padat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsistensi BAB padat - BAB berwarna kuning - Frekuensi BAB 2 kali perhari - Bising usus 15x/menit <p>A : Masalah keperawatan diare belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Mengejan saat defekasi</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Konsistensi feses</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi BAB</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.3 Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</p>	No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Mengejan saat defekasi	3	3	4	2	Konsistensi feses	3	3	4	3	Frekuensi BAB	3	3	4	
No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																			
1	Mengejan saat defekasi	3	3	4																			
2	Konsistensi feses	3	3	4																			
3	Frekuensi BAB	3	3	4																			

		<p>1.4 Monitor jumlah pengeluaran feses</p> <p>1.6 Berikan asupan cairan oral (mis, pemberian madu, larutan garam gula, renalyte)</p> <p>1.7 Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p>																					
16.20	Risiko hipovolemia dibuktikan dengan kekurangan intake cairan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya mulai bermain - BAB 2 kali perhari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak terlihat mulai dapat beraktivitas - Turgor kulit kembali dalam 3 detik - CRT < 2 detik - Frekuensi nadi : 93 kali permenit - Frekuensi pernafasan :23x per menit <p>A : Masalah Risiko hipovolemia belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Membran mukosa</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Intake cairan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Turgor kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering). 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Hitung kebutuhan cairan 3.7 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. 	No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	1	Membran mukosa	3	4	4	2	Intake cairan	2	3	4	3	Turgor kulit	4	5	5	
No	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																			
1	Membran mukosa	3	4	4																			
2	Intake cairan	2	3	4																			
3	Turgor kulit	4	5	5																			