

## **BAB III**

### **HASIL**

#### A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari rabu tanggal 16 Agustus 2023 di ruang bugenville.

##### Identitas Pasien

Nama : An. A  
TTL : 20 Mei 2022  
Usia : 1 Tahun 2 bulan 25 hari  
No. RM : 0058xxxx  
Alamat : Nunggalan, Ngembak  
Agama : Islam  
Diagnosa Medis : DADRS (Diare Akut Dehidrasi Ringan Sedang)  
Tanggal Masuk : 15 Agustus 2023 pukul 21.30 wib  
Nama Ayah/Ibu : Ny.M  
Pekerjaan Ayah : Swasta  
Pekerjaan Ibu : Ibu rumah tangga  
Agama : Islam  
Suku/Bangsa : Jawa / Indonesia  
Alamat : Nunggalan, Ngembak

## **B. KELUHAN UTAMA**

Ibu pasien mengatakan An.A, BAB 12x sehari, konsistensi encer

## **C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

Ibu pasien mengatakan pasien mengalami keluhan BAB cair 12x, muntah 5x, panas sudah 2 hari, pilek, batuk sudah 2 hari ini, parineal kemerahan, dirumah belum diberikan apa apa hanya dikompres saja kemudian dibawa ke IGD RSUD Dr.R.Soedjati Soemodiardjo purwodadi pasien diperiksa dan hasil pemeriksaannya yaitu BB = 9,5kg, TB = 67cm, LILA = 11cm, Lingkar dada = 39cm, Lingkar kepala = 36cm, dengan keadaan umum sedang, HR : 120x/mnt, Suhu : 39<sup>0</sup>C, RR : 20x/mnt, SPO2 97%, GCS : 15 compos mentis, kemudian mendapat terapi infus RL 6tpm, Infus Paracetamol 100mg, PO paracetamol siyup 3x5ml, Lbio 1x1, PO zinc 1x10mg, injeksi ondansetron 1mg/12jam, kemudian pasien dibawa ke ruang inap yaitu bugenville untuk diberikan perawatan lanjutan.

## **D. RIWAYAT MASA LAMPAU**

1. Prenatal :

Keluhan saat hamil : tidak ada keluhan saat hamil

Tempat ANC : puskesmas

Usia kehamilan : 9 bulan

2. Natal :

Persalinan:Sectio Caesarea (SC)

Tempat bersalin : Rumah sakit Permata bunda

Kondisi kesehatan lahir : Menangis

3. Post Natal :

Ibu pasien mengatakan melahirkan An.A dengan BB lahir 2,5 kg, panjang badan 45 cm, ibu pasien memberikan susu formula

4. Penyakit waktu kecil :

Ibu pasien mengatakan pasien tidak punya riwayat penyakit

5. Pernah dirawat di RS :

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit, ini adalah pertama kali anaknya dirawat.

6. Obat-Obatan yang digunakan

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak pernah meminum obat-obatan

7. Alergi

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai alergi

8. Kecelakaan

Tidak pernah mengalami kecelakaan

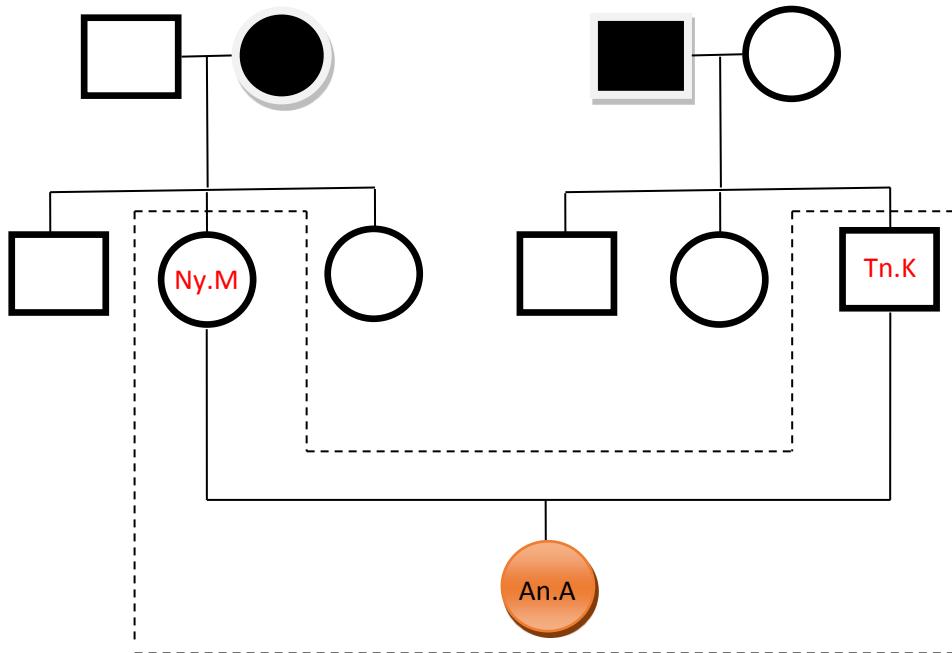
9. Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien sudah melaksanakan imunisasi lengkap, seperti: hepatitis, folio 1, 2, 3, 4, BCG, DPT 1, 2

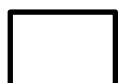
**E. RIWAYAT KELUARGA**

Ibu pasien mengatakan bahwa dalam keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita oleh pasien.

## F. GENOGRAM



Keterangan:



:Laki-laki



:Perempuan



:Perempuan sudah meninggal



:Laki laki sudah meninggal



:Pasien

----- : Tinggal serumah

\_\_\_\_\_ : Hubungan keluarga

**Gambar 3.1 Genogram**

## G. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh dan alasannya :

Orang tua, karena pasien tinggal bersama orang tua.

2. Pembawaan secara umum :

Ibu pasien mengatakan pembawaan pasien yang periang dan sedikit pemalu

3. Lingkungan rumah :

Lingkungan rumah sehat dan bersih

## H. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL (GORDON)

- a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

1. Status kesehatan anak sejak lahir :

Ibu pasien mengatakan pasien lahir secara sc

2. Pemeriksaan kesehatan secara rutin, imunisasi :

Ibu pasien mengatakan untuk pemeriksaan kesehatan dilakukan secara rutin di posyandu dan pasien sudah mendapatkan imunisasi seperti : hepatitis, folio 1, 2, 3, 4 BCG, DPT 1, 2

3. Penyakit yang menyebabkan anak absen dari sekolah :

Ibu pasien mengatakan anak belum sekolah

4. Praktik pencegahan kesehatan :

Ibu pasien mengatakan bahwa sejauh ini untuk pencegahan kesehatan sudah dilakukan sebisa mungkin.

5. Apakah orangtua merokok? Di dekat anak? :

Ibu pasien mengatakan bahwa bapak pasien merokok, tapi tidak didekat anak. Sesudah merokok langsung bermain dengan pasien.

6. Mainan anak/bayi ? keamanan kendaraan? :

Ibu pasien mengatakan untuk mainan anak cukup aman, tidak ada yang membahayakan.

7. Praktik keamanan orangtua :

Ibu pasien mengatakan cukup aman.

b. Pola nutrisi – metabolic

1. Pemberian ASI/PASI

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa sebelum sakit pasien minum ASI eksklusif

Selama sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih diberikan ASI eksklusif

2. Selera makanan yang disukai atau tidak disukai

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien makan makanan yang diberikan orang tua seperti bubur satu porsi dan minum susu juga mau

selama sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien menyukai makanan yang diberikan orangtua dan minum susu jika diberi makanan dari rumah sakit hanya dimakan 1-2 sendok saja/ sedikit.

3. Kebiasaan makan :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa kebiasaan pasien makan 2x pagi dan sore dengan bubur dengan porsi sedikit

selama sakit :ibu pasien mengatakan hanya minum susu dan makanan dari rumah sakit itu pun hanya 1-2 sendok saja.

4. Alat makan yang digunakan :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan alat makan yang digunakan adalah sendok makan, piring makan pasien dan gelas minum pasien

Selama sakit :ibu pasien mengatakan saat dirumah sakit menggunakan alat makan semuanya dari rumah sakit.

5. Pengkajian ABCD :

A. (Antropometri)

Sebelum sakit:

BB=10,5kg

TB=67cm

LILA=11cm

Selama sakit:

BB = 9,5kg

TB = 67cm

LILA = 11cm

Lingkar dada = 39cm

Lingkar kepala = 36cm

B. (Biochemical)

Sebelum sakit= -

Selama sakit =Haemoglobin: 12,1 m/dl

Hematokrit: 35,2 %

C. (Clinical Assesment)

Sebelum sakit :Kulit halus dan bersih,mulut dan lidah  
lembab,mata normal

Selama sakit :Rambut tumbuh dengan sebaran merata,  
kulit halus dan bersih, mulut dan lidah  
lembab, ekstermitas atas kiri terpasang infus  
dan ekstermitas bawah normal

D (Diit)

Sebelum sakit :pasien minum susu formula,dan makan satu  
porsi bubur

Selama sakit :pasien minum susu formula,dan 1-2 sendok  
makan bubur dari Rumah Sakit.

c. Pola eliminasi

1. Pola defekasi :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa urin pasien berwarna kekuningan,BAB Pasien lembek,tidak berlendir dan tidak ada darah dan berbau khas

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa urine pasien berwarna hijau kekuningan. BAB pasien cair sedikit ampas,tidak berlendir, tidak ada darah saat BAB dan berbau khas.

2. Mengganti pakaian dalam/pampers “

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan jika dirumah pasien tidak menggunakan pempers dan mengganti pakaian dalam setelah mandi.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan jika pempers penuh diganti dan jika pasien BAB diganti.

3. Pola eliminasi urin dan bab :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAK± 8x/hari dan BAB 3x/hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa sehari pasien BAK ± 8x/ hari dan bab ± 12 x/ hari.

d. Pola latihan – aktivitas

1. Rutin mandi :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan saat dirumah pasien rutin mandi setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya disibukkan setiap pagi dan sore hari.

2. Kebersihan rutin :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan kebersihan juga dilakukan setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa untuk kebersihan juga dilakukan setiap pagi, sore dan setiap ganti pempers

3. Aktivitas sehari-hari :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa untuk aktivitas sehari-hari pasien bermain dengan orang tua, nenek dan ponakan yang main kerumah pasien.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya bermain bersama orang tua

4. Level aktivitas anak/bayi secara umum, toleransi

Ibu pasien mengatakan bahwa anak cukup tanggap meskipun baru berusia 1 tahun

5. Persepsi anak terhadap kekuatan (kuat/lemah)

Ibu pasien mengatakan untuk persepsi pasien sangat kuat.

6. Kemampuan kemandirian anak :

Ibu pasien mengatakan bahwa untuk kemandirian belum bisa karena masih butuh bantuan orangtua dan orang di lingkungan sekitar.

e. Pola istirahat tidur

1. Pola istirahat/tidur anak, perkiraan jam/dll

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien beristirahat ± 10 jam dengan nyenyak dan posisi tidur yang tenang  
Selama sakit :ibu pasien mengatakan saat sakit kebutuhan tidur ± 9 jam dan sering terbangun

2. Perubahan pola istirahat, mimpi buruk, nokturnia

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien selama dirumah belum pernah mengalami mimpi buruk.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit belum pernah mimpi buruk

3. Posisi anak tidur, gerakan tubuh

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidur dengan posisi yang nyaman dengan gerakan yang sedikit,

Selama sakit :posisi tidur tidak nyenyak dan sedikit rewel sering menangis.

f. Pola persepsi kognitif

1. Responsif secara umum

Ibu pasien mengatakan pasien cukup responsive

2. Respon anak untuk bicara, suara, objek, sentuhan

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengerti respon yang diberikan tetapi untuk menyampaikan umpan balik terkadang susah karena pasien belum jelas mengucap kata-kata.

3. Apakah anak mengikuti objek dengan matanya? Respon untuk meraih mainan

Ibu pasien mengatakan iya, tetapi terkadang jika mood nya tidak bagus pasien agak cuek.

4. Vokal suara, pola bicara, kata-kata, kalimat ?

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum bisa mengucap kata-kata dengan jelas

5. Gunakan stimulus : bicara, mainan, dsb

Ibu pasien mengatakan bahwa untuk menstimulus pasien dengan bicara dan mainan.

6. Kemampuan anak untuk mengatakan nama, waktu, alamat

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum mampu untuk mengucap kata-kata.

7. Kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan :

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengidentifikasi kebutuhannya dengan cara menangis dan rewel.

g. Pola persepsi diri – konsep diri

1. Status mood bayi/anak iritabilitas

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien termasuk orang dengan mood yang tidak bisa ditebak.

2. Pemahaman anak terhadap identitas diri, kompetensi, dll

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah sedikit mampu untuk memahami identitas dirinya sendiri.

Anak/bayi :

1. Status mood : berubah-ubah
2. Banyak teman, seperti yang lain ? iya, dirumah dan di lingkungan rumah pasien memiliki cukup banyak teman.
3. Kesepian ? tidak, karena setiap hari anak selalu ditemani orangtua dan keluarga
4. Takut ? tidak, karena selalu ada orangtua yang menemani pasien

h. Pola hubungan dan peran

1. Struktur keluarga :

Ibu pasien mengatakan bahwa struktur keluarga masih lengkap, yaitu orangtua dan kakek nenek pasien.

2. Masalah/stressor keluarga

Ibu pasien mengatakan bahwa tidak ada masalah apapun didalam keluarga

3. Interaksi anggota keluarga dan anak

Ibu pasien mengatakan bahwa interaksi keluarga dengan anak dilakukan setiap hari.

4. Respon anak/ bayi terhadap perpisahan

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien memahami jika ditinggal terkadang ditinggal bekerja oleh ibunya.

5. Anak : ketergantungan ?

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih membutuhkan bantuan dalam berbagai hal.

6. Anak : pola bermain ?

Ibu pasien mnagtakan bahwa dalam bermain pasien antusias dengan mainannya.

7. Anak : temperature ? masalah disiplin? Penyesuaian sekolah ?

Ibu pasien mengatkan bahwa pasien belum sekolah

i. Pola seksual – reproduksi

An.A merupakan anak perempuan,Ny.M mengatakan bersyukur memiliki An.A

j. Pola toleransi stress – coping

Sebelum sakit :Ny.M mengatakan An.A menangis saat kebutuhannya/ keinginannya tidak diberi,menenangkan An.A dengan cara membujuknya.

Selama sakit :Ny.M mengatakan An.A saat dirawat di rumah sakit sering rewel dan menangis.

k. Pola kepercayaan nilai

Ny.M mengatakan mendidik An.A secara islami

## I. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

Kesadara comosmentis (GCS: 15)

b. Tanda Vital :

Tekanan Darah : -

Nadi : 120x/ menit

RR : 20 x/ menit

Suhu : 39<sup>0</sup>C

c. TB : 67 cm

BB : 9,5 kg

d. LILA : 11 cm

Lingkar kepala : 36cm

Lingkar dada : 39 cm

e. Mata :

Simetris kanan dan kiri, pupil 2mm/2mm, reflek terhadap cahaya ada.

f. Hidung :

Bentuk simetris kanan dan kiri,tidak ada penumpukan secret,tidak ada gangguan pernafasan

g. Mulut :

Mukosa bibir lembab, tidak ada lesi.

h. Telinga :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan serumen

i. Tengkuk :

Tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakan

j. Dada :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi.

k. Jantung

I : tidak ada lesi, ictus cordis teraba

P : ictus cordis teraba di ics 5

P : suara pekak

A : terengar S<sub>1</sub> dan S<sub>2</sub>, tidak ada suara tambahan

l. Paru-Paru

I : simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi

P : tidak ada nyeri tekan

P : redup

A : terdengar suara vesikuler

m. Abdomen

I : tidak ada lesi dan tidak ada benjolan pada umbilikus

A : bisisng usus 20x/ menit

P : timpansi

P : tidak ada nyeri tekan

n. Punggung

Simetris, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi

o. Genitalia

Tidak terpasang DC

p. Parineal

Sedikit kemerahan disekitar parineal

q. Ekstermitas

Terpasang infus RL 6 tpm ditangan kiri

r. Kulit

Kulit sawo matang

## **J. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN**

1. Perhitungan umur

Tanggal Test :15 Agustus 2023

Tanggal Lahir :20 Mei 2023

Umur :1 Tahun 2 Bulan 25 Hari

2. Pelaksanaan Test DDST

**Tabel 3.1 Hasil Test DDST**

<b>Sektor</b>	<b>Respon anak</b>
Personal Sosial	1. Pasien sudah bisa makan sendiri(P) 2. sudah bisa tepuk tangan(P) 3. sudah bisa menyatakan keinginan(P) 4. sudah bisa daag-daag dengan tangan(P)
Motorik Halus	1. Sudah bisa memegang dengan ibu jari(P) 2. Sudah bisa membenturkan 2 kubus 3. sudah bisa menaruh kubus dicangkir(P)
Bahasa	1. Pasien sudah bisa mengkombinasikan silabel(P)

	2. sudah bisa mengoceh(P) 3. sudah bisa menyebutkan papa mama spesifik(P) 4. sudah bisa menyebut satu kata(P)
Motorik kasar	1. Pasien sudah bisa bangkit terus duduk(P) 2. Sudah bisa berdiri 2 detik(P) 3. Sudah bisa berdiri sendiri(P)
Kesimpulan :Perkembangan An.A pada personal sosial,motorik halus,Bahasa dan motorik kasar sesuai dengan usianya yaitu 1 tahun dalam batas normal dan tidak mengalami keterlambatan dalam perkembangan.	

## K. PEMERIKSAAN PENUNJANG

### 1. Hasil Laboratorium

**Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium**

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujuk
<b>Hematologi</b>			
Hemoglobin	12.1	g/dl	0.7 – 13.1
Hematokrit	35.2	%	35-43
Lekosit	8070	/ul	6000 – 17500
Trombosit	418000	/ul	229000- 553000
GDS	72	Mg/dL	60-100

**Tabel 3.3 Pemeriksaan feses**

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujuk
<b>Feses Lengkap</b>			
<b>Bakroskopis Feses</b>			
Warna	Kuning		
Bau	Khas		
Konsistensi	Encer		
Lendir	Negatif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Nanah	Negatif		Negatif

Cacing	Negatif	Negatif
<b>Mikroskopis Feses</b>		
Eritosit	0-1	LPB
Lekosit	1-2	LPB
Epitel	Negatif	Negatif
Bakteri feses	Positif	Negatif
Jamur feses	Negatif	Negatif
Sisa makanan	Negatif	Negatif
Lemak	Positif	Negatif
Karbohidrat	Positif	Negatif
Protein	Negatif	Negatif
Kista	Negatif	Negatif
Telur ascaris	Negatif	Negatif
Telur Oxyuris	Negatif	Negatif
Telur Ankylostoma	Negatif	Negatif
Telur Trichus	Negatif	Negatif

## L. Terapi

**Tabel 3.4 Terapi obat**

Obat	Dosis	Rute	Indikasi
RL	6tpm	IV	Mengembalikan keseimbangan elektrolit
Infus PCT	100mg	IV (jika <38)	Menurunkan demam
Inj. Ondansentron	1mg/12jam	IV	Mencegah mual
PCT syr	3x5ml	PO	Menurunkan demam
L Bio	1x1	PO	Membantu menjaga keseimbangan bakteri baik dalam saluran pencernaan
Zinc	1x10mg	PO	memperkuat daya tahan tubuh, meredakan peradangan, dan mempercepat penyembuhan luka

## M. ANALISA DATA

**Tabel 3.5 Analisa data**

No	Hari/tgl	Data Fokus	Problem	TTD
1.	Rabu, 16/8/23	Ds : Ibu pasien mengatakan parineal kemerahan Do : Terlihat area parineal kemerahan	Resiko Gangguan Integritas Kulit (D.0139)	Soffia
2.	Rabu, 16/8/23	DS : Ibu pasien mengatakan bab cair 12x DO : Pasien nampak lemas, dan pucat	Diare (D.0020)	Soffia
3.	Rabu, 16/8/23	DS : Ibu pasien mengatakan demam,batuk, pilek sudah 2hari DO : KU : Sedang S : 39°C Hr : 120x/mnt RR ; 20x/mnt SPO2 : 97%	Hipertemia (D.0130)	Soffia

## N. DIAGNOSA KEPERAWATAN

**Tabel 3.6 Dianogsa Keperawatan**

No	Hari/tgl	Dx. Keperawatan	Tgl Teratasi	TTD
1.	Rabu,16/8/23	Resiko Gangguan Integritas Kulit b/d Perubahan Sirkulasi (D.0139)	Jumat,18/8/23	Soffia
2.	Rabu,16/8/23	Diare b/d Proses Infeksi (D.0020)	Jumat,18/8/23	Soffia
3.	Rabu,16/8/23	Hipertermia b/d Proses Penyakit (D.0130)	Jumat,18/8/23	Soffia

## O. INTERVENSI KEPERAWATAN

**Tabel 3.7 Intervensi keperawatan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
Risiko Gangguan	Integritas Kulit L.14125	Perawatan Integritas Kulit I.11353 Observasi
Integritas Kulit (D.0139)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat  Kriteria hasil :  1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)  Terapeutik  1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipalerigik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering  Edukasi  1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim

---

			6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
Diare (D.0020)	<p>Eliminasi Fekal L.04033</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol pengeluaran feses meningkat</li> <li>2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</li> <li>3. Mengejan saat defekasi menurun</li> <li>4. Urgency menurun</li> <li>5. Nyeri abdomen menurun</li> <li>6. Kram abdomen menurun</li> <li>7. Konsistensi feses membaik</li> <li>8. Frekuensi defekasi membaik</li> <li>9. Peristaltik usus membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Diare I.03101</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu)</li> <li>2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan</li> <li>3. Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, keputusan pada bayi)</li> <li>4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)</li> <li>6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</li> <li>7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare</li> <li>8. Monitor keamanan penyiapan makanan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)</li> <li>2. Pasang jalur intravena</li> <li>3. Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu</li> <li>4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan</li> </ol>	

---

---

		<p>elektrolit</p> <p>5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa</li> <li>3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)</li> <li>3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin)</li> </ol>
Hipertermia (D.0130)	<p>Termoregulasi L. 14134</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C-37,5°C.</li> <li>2. Tidak menggigil</li> <li>3. Kulit teraba dingin</li> <li>4. Mukosa bibir lembab</li> </ol>	<p>Manajemen Termoregulasi I.15506</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor kadar elektrolit</li> <li>4. Monitor haluan urin</li> <li>5. Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> </ol>

---

---

<p>3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>4. Berikan cairan oral</p> <p>5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)</p> <p>6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>8. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian cairan</p>	IV
--	----

---

## P. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

**Tabel 3.8 Implementasi keperawatan**

a) Hari Pertama ( 16 Agustus 2023)

No Dp	Hari /tgl/jam	Implementasi	Respon Hasil	TTD
1,2	16 Agustus 2023 07:00 Wib	<p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit secara komprehensif</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab diare secara komprehensif</p>	<p>DS : Ibu pasien mengatakan bahwa bagian parineal anaknya terlihat kemerahan dan sedikit lecet, tiba tiba anak mengalami diare padahal hanya mengkonsumsi ASI dan MP asi berupa bubur lunak halus</p> <p>DO :</p> <p>S : Pasien terlihat lemas dan</p>	Soffia

				puCAT
3	09:00 Wib	3. Memonitor tanda vital 4. Mengidentifikasi penyebab hipertermia secara komprehensif	DS : ibu pasien mengatakan demam sudah 2 hari DO : S : 39°C N : 120x/menit Spo2 : 99%	Soffia
1,2	09:30 Wib	5. Monitor iritasi dan ulserasi pada area perineal 6. Mengidentifikasi feses secara komprehensif	DS : ibu pasien mengatakan bahwa sang anak mengalami BAB cair tidak ada ampas DO : -Feses cair tidak berampas berwarna kuning kehijauan -terdapat kemerahan dan lecet pada area parineal	Soffia
1,2,3	10:00 Wib	7. Memberikan cairan intravena 8. Menganjurkan pemberian ASI tetap berlanjut	DS : ibu pasien mengatakan bahwa sang anak minum ASI sejak bayi DO : Terpasang infus RL 500ml (6Tpm)	Soffia
1,3	11:00 Wib	9. Membersihkan parineal dengan air hangat 10. Menganjurkan pemakaian pakaian yang tipis	DS : - DO : -pasien memakai baju yang tipis - perineal bersih namun terdapat kemerahan dan lecet	Soffia
1,2,3	11:30 Wib	11. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat	DS : - DO : Diberikan obat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj.Ondansentron 1mg/12jam</li> <li>• PCT syirup 3x5ml</li> <li>• L bio 1x1</li> <li>• Zinc 1x10mg</li> </ul>	Soffia
1	13:00 Wib	12. Memberikan olesan minyak kelapa pada area terindikasi	DS : ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel dan menangis ketika selepas	Soffia

		iritasi	periode diare	
13.	Memonitor	tanda dan gejala hypovolemia	DO :	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turgor kulit baik</li> <li>• Mukosa lembab</li> <li>• CRT &lt;2 detik</li> <li>➤ Balance cairan</li> </ul>	
			<b>Input</b>	
			Per oral : 600cc	
			Parenteral : 432cc	
			Jumlah = <b>1032 cc</b>	
			<b>Output</b>	
			Urine : 400cc	
			IWL : 199,5	
			<b>Balance Cairan :</b>	
			<b>432,5</b>	
			<b>Diuresis :</b>	<b>4,2</b>
			<b>kg/BB</b>	

b) Hari Kedua (17 Agustus 2023)

No Dp	Hari /tgl/jam	Implementasi	Respon Hasil	TTD
1,2	17 Agustus 2023 07:00 Wib	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan intregitas kulit secara komprehensif 2. Mengidentifikasi penyebab diare secara komprehensif	DS : Ibu pasien mengatakan bagian parineal anaknya sudah tidak mengalami kemerahan dan lecet sedikit berkurang dan diare pada pasien sudah berkurang DO : S : 38,5°C	Soffia
3	09:00 Wib	3. Memonitor tanda vital 4. Mengidentifikasi penyebab hipertermia secara komprehensif	DS : ibu pasien mengatakan demam naik turun DO : S : 39°C N : 110x/menit Spo2 : 99%	Soffia
1,2	09:30	5. Monitor iritasi dan	DS : ibu pasien mengatakan	Soffia

			Wib	ulserasi pada area perineal	bahwa sang anak mengalami BAB dengan konsistensi lembek	
		6.	Mengidentifikasi feses secara komprehensif	DO :	- kemerahan dan lecet pada area parineal sedikit berkurang -Feses lembek berwarna kuning kehijauan	
1,2,3	10:00	7.	Memberikan cairan intravena	DS : ibu pasien mengatakan bahwa sang anak minum ASI sejak bayi	Soffia	
		8.	Menganjurkan pemberian ASI tetap berlanjut	DO : Terpasang infus RL 500ml (6Tpm)		
1,3	11:00	9.	Membersihkan parineal dengan air hangat	DS : - DO : - perineal bersih namun terdapat kemerahan dan lecet	Soffia	
		10.	Menganjurkan pemakaian pakaian yang tipis	-pasien memakai baju yang tipis		
1,2,3	11:30	11.	Kolaborasi dalam pemberian terapi obat	DS : - DO : Diberikan obat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj.Ondansentron 1mg/12jam</li> <li>• PCT syirup 3x5ml</li> <li>• L bio 1x1</li> <li>• Zinc 1x10mg</li> </ul>	Soffia	
1	13:00	12.	Memberikan olesan minyak kelapa pada area terindikasi iritasi	DS : ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel dan menangis ketika selepas periode diare	Soffia	
		13.	Memonitor tanda dan gejala hypovolemia	DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turgor kulit baik</li> <li>• Mukosa lembab</li> <li>• CRT &lt;2 detik</li> <li>➤ Balance cairan</li> </ul>		

<b>Input</b>
Per oral : 600cc
Parenteral : 432cc
Jumlah = <b>1032 cc</b>
<b>Output</b>
Urine : 400cc
IWL : 199,5
<b>Balance Cairan :</b>
<b>432,5</b>
<b>Diuresis :</b> <b>4,2</b>
<b>kg/BB</b>

## c) Hari Ketiga (18 Agustus 2023)

No Dp	Hari /tgl/jam	Implementasi	Respon Hasil	TTD
1,2	18 Agustus 2023 07:00 Wib	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan intregitas kulit secara komprehensif 2. Mengidentifikasi penyebab diare secara komprehensif	DS : Ibu pasien mengatakan bahwa bagian parineal anaknya sudah tidak ada kemerahan dan anak sudah tidak diare DO : S : anak lebih tenang dan ceria	Soffia
3	09:00 Wib	3. Memonitor tanda tanda vital 4. Mengidentifikasi penyebab hipertermia secara komprehensif	DS : ibu pasien mengatakan Sudha tidak demam DO : S : 37,1°C N : 130x/menit Spo2 : 99%	Soffia
1,2	09:30 Wib	5. Monitor iritasi dan ulserasi pada area perineal 6. Mengidentifikasi feses secara komprehensif	DS : ibu pasien mengatakan bahwa sang anak bab pagi dengan konsistensi lembek namun cenderung padat DO : - tidak terdapat kemerahan dan lecet pada area parineal -Feses padat sedikit lembek dan berwarna coklat	Soffia

		7. Mengajurkan pemberian ASI tetap berlanjut	DS : ibu pasien mengatakan bahwa sang anak minum ASI sejak bayi DO : Terpasang infus RL 500ml (6Tpm)	Soffia
1,2,3	10:00 Wib	8. Membersihkan parineal dengan air hangat	DS : - DO : - parineal bersih,tidak ada kemerahan maupun lesi	Soffia
1,2,3	11:00 Wib	9. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat	DS : - DO : Diberikan obat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj.Ondansentron 1mg/12jam</li> <li>• PCT syirup 3x5ml</li> <li>• L bio 1x1</li> <li>• Zinc 1x10mg</li> </ul>	Soffia
1	11:30 Wib	10. Memberikan olesan minyak kelapa pada area terindikasi iritasi	DS : Ibu pasien mengatakan bahwa kemerahan pada parineal sang anak	Soffia
1	13:00 Wib	11. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia	berangsur pulih DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turgor kulit baik</li> <li>• Mukosa lembab</li> <li>• CRT &lt;2 detik</li> <li>➤ Balance cairan</li> </ul> <p><b>Input</b> Per oral : 400cc Parenteral : 500cc Jumlah = 900 cc</p> <p><b>Output</b> Urine : 400cc IWL : 275,5cc <b>Balance Cairan :</b> <b>645,5cc</b> <b>Diuresis : 1,75 kg/BB</b></p>	Soffia

## Q. EVALUASI KEPERAWATAN

**Tabel 3.9 Evaluasi keperawatan**

a) Evaluasi hari pertama

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1	16 Agustus 2023 (14:00)	<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan parineal sang anak mengalami kemerahan dan lecet</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kemerahan pada parineal</li> <li>• Terdapat lesi berupa lecet pada sekitar area parineal</li> <li>• Pasien menangis</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi menjadi actual</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersihkan parineal dengan air hangat terutama selama periode diare</li> <li>Beri olesan minyak pada kulit yang kering</li> </ul>	Soffia
2	16 Agustus 2023 (14:00)	<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih mengalami BAB cair</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feses cair berampas berwarna kuning kehijauan</li> <li>• Anak menangis setiap periode diare</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Diare berhubungan dengan proses infeksi belum teratas</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor diare dan kaji pengeluaran feses secara komprehensif</li> <li>• Anjurkan melanjutkan pemberian asi</li> </ul>	Soffia
3		<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan badan anaknya panas</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S : 39°C</li> <li>• N : 120x/menit</li> <li>• Spo2 : 99 %</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipertermi berhubungan</p>	Soffia

---

dengan proses penyakit belum teratasi

**P :** Intervensi dilanjutkan

- Monitor suhu tubuh
  - Anjurkan menggunakan pakaian yang tipis
  - Kolaborasi dalam pemberian terapi obat
- 

b) Evaluasi hari kedua

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1	17 Agustus 2023 (14:00 )	<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan parineal sang anak mengalami kemerahan dan lecet</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kemerahan pada parineal</li> <li>• Terdapat lesi berupa lecet pada sekitar area parineal</li> <li>• Pasien menangis</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersihkan parineal dengan air hangat terutama selama periode diare</li> <li>• Beri olesan minyak pada kulit yang kering</li> </ul>	Soffia
2	17 Agustus 2023 (14:00 )	<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan bahwa diare pada pasien sedikit berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feses lembek ,berwarna kuning kehijauan</li> <li>• Anak menangis setiap periode diare</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Diare berhubungan dengan proses infeksi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor diare dan kaji pengeluaran feses secara komprehensif</li> <li>• Anjurkan melanjutkan pemberian asi</li> </ul>	Soffia

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dalam pemberian terapi obat</li> </ul>	
		<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan badan anaknya masih panas</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S : 38,5°C</li> <li>• N : 110x/menit</li> <li>• Spo2 : 99 %</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor suhu tubuh</li> <li>• Anjurkan menggunakan pakaian yang tipis</li> <li>• Kolaborasi dalam pemberian terapi obat</li> </ul>	
3			Soffia

c) Evaluasi hari ketiga

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1	18 Agustus 2023 (14:00)	<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan parineal sang anak sudah tidak mengalami kemerahan dan lecet</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kemerahan pada parineal berkurang</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dipertahankan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersihkan parineal dengan air hangat terutama selama periode diare</li> <li>• Beri olesan minyak pada kulit yang kering</li> </ul>	Soffia
2	18 Agustus 2023 (14:00)	<p><b>S :</b> ibu pasien mengatakan bahwa anaknya sudah tidak diare</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feses lembek cenderung</li> </ul>	Soffia

---

padat,berwarna coklat

**A** : Masalah Diare berhubungan dengan proses infeksi teratasi sepenuhnya

**P** : Intervensi dipertahankan

---

**S** : ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak rewel dan badannya sudah tidak panas

**O** :

- S : 37,1<sup>0</sup>C
- N : 130x/menit
- Spo2 : 99 %

Soffia

**A** : Masalah Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit teratasi

**P** : Intervensi dipertahankan

---

3