



Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Hipertermi dengan Gastroenteritis di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi

Dedie Septiawan¹, Siti Rukayah²

Nursing Care to Clients Experiencing Risk of Hyperthermia with Gastroenteritis at Budi Lestari Hospital Bekasi

Abstrak

Gastroenteritis adalah suatu peradangan yang terjadi pada sistem gastrointestinal atau saluran pencernaan. Namun sekarang lebih dikenal dengan penyakit diare. Bayi dan anak dirawat adalah kelompok umur yang sering mengalami gastroenteritis dan jika tidak ditangani akan menyebabkan komplikasi yaitu hipertermi, hypokalemia, hyponatremia, syok hipovolemik, dan asidosis metabolic, bahkan bisa berakibat pada kematian. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran asuhan kepada klien yang mengalami hipertermi dengan gastroenteritis di RS Budi Lestari, Bekasi. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif pendekatan studi kasus dengan intervensi. Partisipan dalam kasus ini adalah 2 orang klien, 2 orang keluarganya dan 1 orang perawat ruangan. Klien yang menjadi subjek penelitian ini adalah klien yang didiagnosa medis gastroenteritis dan masalah keperawatan, yaitu hipertermi. Berdasarkan data pengkajian ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan *output* yang berlebihan, defisit nutrisi berhubungan dengan *intake* yang kurang dan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Perencanaan mencakup penetapan prioritas masalah keperawatan yaitu hipertermi berdasarkan teori hierarki kebutuhan manusia menurut Maslow. Tujuan dan kriteria hasil disusun berdasarkan SMART (spesifik), Measurable (dapat diukur), Achievable (dapat dicapai), Realistic (nyata), dan Time (batasan waktu). Pencapaian tujuan dilakukan selama 3x24 jam pada masing-masing diagnosa keperawatan. Hasil data evaluasi masalah keperawatan hipertermi teratasi.

Kata kunci : Gastroenteritis, Anak, Hipertermi

Abstract

Gastroenteritis is an inflammation that occurs in the gastrointestinal system or digestive tract. However, it is now more commonly known as diarrhea. Infants and children are in the category that often experience gastroenteritis and if not treated can cause complications i.e. risk of hyperthermia, hypokalemia, hyponatremia, hypovolemic shock, and metabolic acidosis, even death. This study is aimed to obtain an idea on care to clients experiencing hyperthermia with gastroenteritis at Budi Lestari Hospital Bekasi. Study applied qualitative descriptive case study with intervention approach. Participants in this case were 2 clients, their families & 1 ward nurse. Study subjects were medical diagnosis of gastroenteritis with hyperthermic nursing problems clients. Based on study data, was found nursing diagnosis of risk of inadequate fluid volume related to excessive output, nutrition deficit related to inadequate intake and hyperthermia related to disease process. Planning covered determining priority nursing issues i.e. hyperthermia based on the theory of hierarchy of human needs according to Maslow. The objective and criteria of the results are compiled based on SMART (specific), Measurable (can be measured), Achievable (can be achieved), Realistic (definite) and Time (time limit). Achievements of objective was carried out 3x24 hours to each nursing diagnosis. Evaluation data resulted in hyperthermia nursing issues resolved.

Keywords : Gastroenteritis, Child, Hyperthermia

¹ Mahasiswa Prodi Keperawatan STIKES Persada Husada Indonesia

² Dosen Prodi Keperawatan STIKES Persada Husada Indonesia

Pendahuluan

Gastroenteritis adalah inflamasi membran mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan muntah-muntah dan diare yang berakibat kehilangan cairan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gejala keseimbangan elektrolit. (Cecily Lynn Betz, 2009). Gastroenteritis biasanya memberikan gejala dua khas; diare dan muntah. Tanda lainnya juga bisa saja muncul seperti nyeri perut. Tanda dan gejala biasanya mulai 12–72 jam setelah tertular agen infeksi. Jika karena agen virus, kondisi biasanya sembuh dalam waktu 1 minggu.

Menurut Depkes (2016), dari sekitar 10.277.628 penduduk DKI Jakarta, diperkirakan 243 ribu diantaranya menderita diare. Tiga wilayah Kota Administratif dengan jumlah perkiraan kasus diare terbesar adalah wilayah Jakarta Barat, Jakarta Timur dan Jakarta Utara. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia, WHO (2012) setiap tahunnya ada lebih dari satu milyar kasus gastroenteritis. Angka kejadian diare pada tahun 2011 yaitu 411 penderita per 1000 penduduk. Jumlah dengan gastroenteritis di Rumah Sakit (RS) Budi Lestari pada tahun 2016 sebanyak 321 penderita. Pada tahun 2017 terjadi peningkatan penderita gastroenteritis dibanding tahun 2016 yaitu sebesar 334 orang.

Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipertermi dengan gastroenteritis di RS Budi Lestari Bekasi.

Metode

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif dengan intervensi. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Anak RS Budi Lestari. Partisipan dalam penelitian ini adalah 2 (dua) orang dan 2 (dua) keluarga yang mengalami diagnosa medis yang sama yaitu gastroenteritis dan masalah keperawatan yang sama yaitu hipertermi. Penelitian dilakukan pada bulan Juni 2018. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik serta studi dokumentasi. Uji keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/ tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu perawat dan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

Hasil dan Pembahasan

Pengkajian

Identitas

Matriks 1. Identitas Klien

Identitas	Klien 1	Klien 2
Tanggal pengkajian	4 Juni 2018	4 Juni 2018
Tanggal masuk	4 Juni 2018	4 Juni 2018
Nama	An. Z	An. M
Umur	3 tahun	3 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Belum sekolah	Belum sekolah
Status Perkawinan	Indonesia	Indonesia
Suku Bangsa	Jawa	Jawa
Pekerjaan	Belum bekerja	Belum bekerja
Alamat	Jalan Narogong RT.09/07, Bekasi, Jawa Barat	Jalan Aelia No.HY39 Pusaka Raya, Bekasi
Sumber Informasi	Ibu , status, perawat ruangan	Ibu , status , perawat ruangan
Diagnosa Medis	Gastroenteritis	Gastroenteritis

Riwayat Penyakit**Matriks 2. Riwayat Penyakit**

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Masuk ke UGD RS Budi Lestari pada tanggal 3 Juni 2018 pada pukul 19.25 WIB dengan keluhan ibu mengatakan anaknya demam, tidak nafsu makan, mual dan muntah 4x dalam sehari, diare 5x sehari dan lemas.	Masuk ke UGD RS Budi Lestari pada tanggal 3 Juni 2018 pada pukul 21.00 wib, dengan keluhan demam, pusing, mual dan muntah 6x dalam sehari, lemas, diare 7x sehari.
Riwayat penyakit sekarang	Keluhan demam, tidak nafsu makan, mual dan muntah 4x dalam sehari, diare 5x sehari.	Keluhan demam, pusing, mual dan muntah 6x dalam sehari, lemas, diare 7x sehari.
Riwayat penyakit dahulu	Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang pernah diderita.	Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang pernah diderita.
Riwayat penyakit Keluarga	Ibu mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki penyakit serius seperti asma, HT, DM.	Ibu mengatakan ada anggota keluarga lain yang memiliki penyakit serius seperti asma.

Perubahan Pola Kesehatan (Pendekatan Gordon/ Pendekatan Sistem)**Matriks 3. Perubahan Pola Kesehatan (Pendekatan Gordon/ Pendekatan Sistem)**

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola Nutrisi	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan makan 3x sehari dengan jenis makanan bervariasi terdiri dari nasi, sayur dan lauk pauk, makanan yang disukai adalah ayam goreng, tidak memiliki alergi makanan dan minuman, minum $\pm$ 5 gelas per hari, tidak mual muntah, tidak menggunakan alat bantu makan seperti NGT. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan nafsu makan tidak baik dengan alasan mual, frekuensi makan 3x/hari, dengan porsi makanan yang dihabiskan 6 sendok, minum 5 gelas/hari, muntah 4x/hari dengan jumlah 200 cc, tidak menggunakan alat bantu makan seperti NGT.	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan makan 3x sehari dengan jenis makanan bervariasi terdiri dari nasi, sayur dan lauk pauk, makanan yang disukai adalah sayur dan ikan laut, tidak memiliki alergi makanan dan minuman, minum $\pm$ 6 gelas per hari, tidak mual muntah, tidak menggunakan alat bantu makan seperti NGT. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan nafsu makan tidak baik dengan alasan mual, frekuensi makan 3x/hari, dengan porsi makanan yang dihabiskan 5 sendok, minum 6 gelas/hari, muntah 1x/hari dengan jumlah 50 cc, tidak menggunakan alat bantu makan seperti NGT.
Pola Eliminasi BAK	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan BAK 4x/hari, warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAK, dan sudah tidak memiliki kebiasaan ngompol. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan BAK 6x sehari, tidak ada keluhan sakit saat BAK,	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan BAK $\pm$ 4-5x/hari, warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAK, dan sudah tidak memiliki kebiasaan ngompol. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan BAK 4x sehari, tidak ada keluhan sakit saat BAK,

		BAK tidak terlalu pekat, warna kuning, tidak tercium bau khas, tidak memakai kateter.	BAK tidak terlalu pekat, warna kuning, tidak tercium bau khas, tidak memakai kateter.
Pola Eliminasi BAB	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan BAB 3-4 x/minggu, waktu tidak menentu, dengan warna kuning, tidak ada bau khas, konsistensi setengah padat. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan BAB 5 x selama dirumah sakit, feses berwarna kuning kecoklatan, konsistensi feses cair, tidak terdapat lendir, terjadi diare, bising usus 10x/menit.	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan BAB 4 x/minggu, waktu tidak menentu, dengan warna kuning kecoklatan, tidak ada bau khas, konsistensi setengah padat. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan BAB 7x sehari feses berwarna kuning kecoklatan, konsistensi feses cair, tidak terdapat lendir, terjadi diare selama di rumah sakit, terjadi diare, bising usus 15x/menit.	
Pola Hygiene	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan anaknya mandi 2x sehari, melakukan <i>oral hygiene</i> 3x sehari dengan waktu pagi, sore dan malam hari, melakukan <i>oral hygiene</i> secara mandiri, melakukan cuci rambut setiap mandi $\pm 6-7$ x/minggu. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan anaknya hanya diseka oleh air hangat seluruh badannya, ibu mengatakan anaknya melakukan <i>oral hygiene</i> 2x sehari yaitu pagi dan sore hari dan ibu mengatakan selama dirawat anaknya belum pernah mencuci rambut	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan anaknya mandi 2x sehari, melakukan <i>oral hygiene</i> 3x sehari dengan waktu pagi, sore dan malam hari, melakukan cuci rambut setiap mandi ± 4 x/minggu. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan anaknya hanya diseka oleh air hangat seluruh badannya, ibu mengatakan anaknya melakukan <i>oral hygiene</i> 2x sehari yaitu pagi dan sore hari dan ibu mengatakan selama dirawat anaknya belum pernah mencuci rambut.	
Pola istirahat dan tidur	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan anaknya susah sekali diajak tidur siang, dan tidur malam selama ± 8 jam, tidak memiliki kelainan waktu tidur, memiliki kebiasaan sebelum tidur yaitu berdoa. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan anaknya tidur siang selama 3 jam, dan tidur malam selama ± 8 jam, tidurnya kurang begitu nyenyak karena terpasang infus.	a. Sebelum sakit Ibu mengatakan anaknya tidur siang selama ± 3 jam, dan tidur malam selama ± 8 jam, tidak memiliki kelainan waktu tidur, memiliki kebiasaan sebelum tidur yaitu berdoa dan ke toilet terlebih dahulu. b. Sesudah sakit Ibu mengatakan anaknya tidur siang selama 2 jam, dan tidur malam selama ± 8 jam, tidurnya kurang begitu nyenyak karena tidak betah di rumah sakit dan terus meminta pulang.	

Pemeriksaan Fisik**Matriks 4. Pemeriksaan Fisik**

Observasi	Klien 1	Klien 2
Pemeriksaan Fisik :		
Berat badan	Sebelum sakit: 11 kg	Sebelum sakit: 12 kg
Berat badan	Sesudah sakit: 10 kg	Sesudah sakit: 11 kg
Suhu	38,6°C	38,8°C
Nadi	84x/menit	91x/menit
Tekanan Darah	-	-
Pernapasan	Vesikuler	Vesikuler
GCS	E : 4 M : 5 V : 6	E : 4 M : 5 V : 6
Berat Badan	10 kg	11 kg
Tinggi Badan	89 cm	95 cm
Keadaan umum	Sedang	Sedang
Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis
Sistem penglihatan	Sisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak memakai kacamata dan lensa kontak, reflek cahaya kanan dan kiri baik (+).	Sisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak memakai kacamata dan lensa kontak, reflek cahaya kanan dan kiri baik (+).
Sistem pendengaran	Daun telinga normal, tidak ada serumen dalam telinga, kondisi telinga tengah normal, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinnitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada pemakaian alat bantu.	Daun telinga normal, tidak ada serumen dalam telinga, kondisi telinga tengah normal, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinnitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada pemakaian alat bantu.
Sistem pernafasan	Jalan nafas bersih, pernafasan tidak sesak, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, frekuensi 20x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman normal, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak ada darah, tidak ada nyeri tekan, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu pernafasan.	Jalan nafas bersih, pernafasan tidak sesak, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, frekuensi 22x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman normal, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak ada darah, tidak ada nyeri tekan, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu pernafasan.
Sistem Kardiovaskuler	Nadi 84x/menit, irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit sawo matang, tidak ada edema, kecepatan denyut apical normal, pengisian kapiler 2 detik, tidak terdapat edema, irama teratur, tidak	Nadi 91x/menit, irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna putih, tidak ada edema, kecepatan denyut apical normal, pengisian kapiler 2 detik, tidak terdapat edema, irama teratur, tidak ada

	ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada.	kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada.
Sistem hematologi	Tidak terjadi pucat, perdarahan tidak ada	Tidak terjadi pucat, perdarahan tidak ada
Sistem saraf pusat	Keluhan sakit kepala tidak ada, tingkat kesadaran compos mentis, nilai GCS : E : 4, M : 5, V : 6 total 15, tanda-tanda peningkatan TIK tidak ada, tidak terjadi gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis normal, reflek patologis tidak ada.	Keluhan sakit kepala tidak ada, tingkat kesadaran compos mentis, nilai GCS : E : 4, M : 5, V : 6 total 15, tanda-tanda peningkatan TIK tidak ada, tidak terjadi gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis normal, reflek patologis tidak ada.
Sistem pencernaan	Keadaan gigi normal, tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, lidah tidak kotor, saliva normal dan tidak ada nyeri di daerah perut, bising usus: 10x/menit, tidak ada diare pada, konstipasi lembek, keadaan abdomen normal.	Keadaan gigi normal, tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, lidah tidak kotor, saliva normal, pada daerah abdomen kembung, terdapat nyeri perut, bising usus : 15x/menit, tidak ada diare pada, konstipasi lembek, keadaan abdomen normal
Sistem endokrin	Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, mengalami tidak mengalami poliphagia dan poliuri	Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, mengalami tidak mengalami poliphagia dan poliuri
Sistem urogenital	Balance cairan <i>intake</i> 3.730 ml dan <i>output</i> 3.730 ml, tidak terjadi perubahan pola kemih, Bak: warna: kuning jernih, tidak ada distensi/ketegangan kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.	Balance cairan <i>intake</i> 4.150 ml dan <i>output</i> 4.126 ml, tidak terjadi perubahan pola kemih, Bak: warna: kuning jernih, tidak ada distensi/ketegangan kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.
Sistem integumen	Turgor kulit kering, temeperatur kulit hangat, warna kulit normal, keadaan kulit normal, tidak ada kelainan kulit, daerah pemasangan infus baik, keadaan rambut bersih, tekstur lembut.	Turgor kulit kering, temeperatur kulit hangat, warna kulit normal, keadaan kulit normal, tidak ada kelainan kulit, daerah pemasangan infus baik, keadaan rambut bersih, tekstur lembut.
Sistem muskuloskeletal	Tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang, kelainan bentuk tulang sendi normal, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot :	Tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang, kelainan bentuk tulang sendi normal, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot :
	5555 5555	5555 5555

Hasil Pemeriksaan Diagnostik**Matriks 5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik**

Data penunjang	I	II
Laboratorium	Hasil lab tanggal 04 Juni 2018 HB : 11,6 g/dl HT : 37 % LED : 7 mm/jam Leukosit : 5.900 mm Trombosit : 150.000 mm ³	Hasil lab tanggal 04 Juni 2018 HB : 15* g/dl HT : 35 % LED : 10 mm/jam Leukosit : 7.600 mm Trombosit : 250.000 mm ³
Radiologi	Tidak dilakukan pemeriksaan radiologi.	Tidak dilakukan pemeriksaan radiologi.
Endoskopi	Tidak dilakukan pemeriksaan endoskopi.	Tidak dilakukan pemeriksaan endoskopi.
Injeksi	1. Cefotaxim 2x1 gr 2. Ranitidine 2x50 gr 3. IUVD RL 20 TPM	1. Cefotaxim 2x1 gr 2. Ranitidine 2x50 gr 3. D5 15 TPM 4. IUVD RL 20 TPM
Oral	1. Sanmol 3x500 mg 2. Scopma 3x10 mg	1. Paracetamol 3x250 mg 2. Curliv 2x1 mg
Diit	Bubur kasar	Bubur kasar

Analisa Data

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam perawatan untuk melakukan pengkajian. Untuk itu diperlukan kecepatan dalam menanggapi dan memberikan asuhan keperawatan pada masalah-masalah kesehatan pada yang mengalami gastroenteritis dengan masalah hipertermi sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat dari pengambilan kasus diatas, penulis menggunakan metode pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi langsung tentang keadaan dan mendokumentasikan ke dalam asuhan keperawatan yang didapat oleh peneliti selama melakukan pengkajian. Penulis mendapatkan data subjektif dan data objektif. Data subyektif didapatkan langsung dari keluhan yang disampaikan ke perawat sedangkan data obyektif didapatkan dari kondisi.

Pada saat penulis melakukan pengkajian tentang riwayat kesehatan yang diderita oleh kedua klien memiliki keluhan diare, sedangkan menurut teori keluhan diare ditemukan pada yang mengalami gastroenteritis. Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat dikatakan terjadinya persamaan antara fakta dan teori. Untuk

mendapatkan data yang lengkap penulis juga melakukan diskusi dengan perawat ruangan. Adapun faktor pendukung seperti sikap dan keluarga yang kooperatif saat ditanya, kemampuan dan keluarga mengungkapkan kondisi dan perawat sangat membantu penulis untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan.

Diagnosa Keperawatan

Pada An. I diagnosa keperawatan yang muncul adalah defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), dan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Dua diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan teori dan terdapat 1 diagnosa tambahan yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).

Pada An. C diagnosa keperawatan yang muncul adalah defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) dan risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan diare, 2 diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan teori dan terdapat 1 diagnosa tambahan yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka hanya 1 diagnosa keperawatan tambahan yang muncul pada salah satu yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi). Diagnosa ini dapat diangkat berdasarkan data yang diperoleh saat dilakukan pengkajian seperti demam lebih dari 37,4°C, akral teraba hangat.

Perencanaan

Pada tahap perencanaan, penulis menetapkan prioritas masalah, menetapkan tujuan dan kriteria hasil serta membuat rencana tindakan. Prioritas masalah pada kedua adalah defisit nutrisi. Kriteria waktu dan hasil untuk dapat menyelesaikan masalah prioritas tersebut adalah selama 3x24 jam. Rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan prioritas ini mengacu kepada intervensi yang tercantum dalam teori dan disesuaikan dengan kondisi kedua.

Pelaksanaan

1. Monitor tanda-tanda vital (TTV), monitor status hidrasi dengan hasil kelembaban membran, nadi.
2. Menganjurkan pasien untuk banyak minum minimal 8 gelas/ hari.
3. Monitor kadar total protein, Hb, Ht dan albumin.

Evaluasi

Pada An. Z evaluasi diagnosa pertama risiko ketidakseimbangan elektrolit dapat teratasi pada 3x24 jam dibuktikan dengan turgor kulit sudah kembali elastis, mukosa bibir tampak lembab, sudah tidak tampak adanya tanda-tanda dehidrasi.

Diagnosa keperawatan kedua An. Z dengan diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) teratasi pada 3x24 jam dibuktikan dengan mengatakan sudah tidak mengeluh demam, akral teraba hangat, suhu dalam batas normal.

Diagnosa keperawatan ketiga An. Z dengan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) dapat teratasi pada

3x24 jam dibuktikan dengan keluarga mengatakan ibu mengatakan nafsu makan sudah meningkat, ibu mengatakan sudah bisa menghabiskan satu porsi makanan yang diberikan, ibu mengatakan sudah tidak mual.

Pada An. M evaluasi diagnosa pertama risiko ketidakseimbangan elektrolit dapat teratasi pada 3x24 jam dibuktikan dengan turgor kulit sudah kembali elastis, mukosa bibir tampak lembab, sudah tidak tampak adanya tanda-tanda dehidrasi.

Diagnosa keperawatan kedua An. M dengan diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) teratasi pada 3x24 jam di buktikan dengan mengatakan sudah tidak mengeluh demam, akral teraba hangat, suhu dalam batas normal.

Diagnosa keperawatan ketiga An. M dengan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) dapat teratasi pada 3x24 jam dibuktikan dengan keluarga mengatakan ibu mengatakan nafsu makan sudah meningkat, ibu mengatakan sudah bisa menghabiskan satu porsi makanan yang diberikan, mengatakan sudah tidak mual.

Kesimpulan

Pada tahap diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An. Z dan An. M terdapat 3 diagnosa keperawatan, sedangkan menurut teori terdapat 8 diagnosa keperawatan. Berdasarkan uraian tersebut ditemukan 3 kesamaan diagnosa keperawatan dengan teori, yaitu diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses perjalanan penyakit (infeksi), defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), dan risiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan diare, ketiga diagnosa ini dapat ditegakan karena adanya data pendukung seperti diare lebih dari 4x sehari, demam, mual, muntah, tidak nafsu makan, turgor kulit buruk dan mukosa bibir kering. Pada An. Z ditemukan juga 1 diagnosa tambahan yaitu hipertermi berhubungan dengan proses perjalanan penyakit (infeksi).

Pada tahap perencanaan, prioritas masalah keperawatan yang ditemukan pada kedua kasus

adalah risiko kurangnya volume cairan. Prioritas masalah ini memiliki kriteria waktu 3x24 jam. Rencana tindakan yang disusun berdasarkan kepada referensi yang tersedia dan disesuaikan dengan kebutuhan.

Pada tahap pelaksanaan, sebagian besar pelaksanaan rencana tindakan dapat dituliskan sesuai dengan diagnosanya masing-masing, tindakan prioritas pada kedua kasus ini adalah menganjurkan ibu untuk memberikan minum minimal 8 gelas per hari atau sesuai kebutuhan tubuh anak.

Pada tahap ini evaluasi dari ketiga diagnosa keperawatan yang dimiliki oleh kedua sudah dilakukan sesuai perencanaan dan evaluasi akhir yang didapatkan teratasi sesuai dengan kriteria waktu 3 x 24 jam.

Saran

Bagi RS diharapkan untuk dapat mempertahankan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit agar dapat menjadi motivasi dalam melakukan pelayanan kesehatan serta bagi perawat diharapkan untuk tetap menganjurkan pada pasien minum minimal 8 gelas per hari atau sesuai kebutuhan tubuh anak dapat dijadikan sebagai salah satu ketetapan tindakan mandiri yang dapat dilakukan perawat di ruang perawatan.

Daftar Pustaka

- Axton, Sharon. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC
- Betz, Linda. (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatri*. Jakarta : EGC
- Budiono & Sumirah. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Bumi Merdeka
- Dinkes RI. (2016). *Profil Kesehatan DKI Jakarta Tahun 2016*. Jakarta : Dinkes RI
- Kemenkes RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kemenkes RI
- NANDA. (2015). *Definisi Diare*. NANDA: 2015
- NANDA. (2015). *Diagnosa NANDA NIC-NOC*. NANDA : 2015
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnosis*, Jakarta: DPP PPNI
- WHO.(2012). *WHO Report (2012) – Global Gastroenteritis Control*. Diambil tanggal 26 Mei 2018. www.who.int/GE/data.