

## BAB V

### PEMBAHASAN

#### 5.1. Pengkajian

Langkah pertama dalam prosedur keperawatan untuk mengumpulkan data menyeluruh adalah pengkajian. Keluarga menyediakan semua data dan informasi yang relevan, yang kemudian disaring untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pasien dan ada pada pengkajian.

Karena merupakan dasar untuk diagnosis dan tindakan keperawatan, pengkajian merupakan langkah pertama dan terpenting dalam proses asuhan keperawatan. Pada kasus An. R.A, pengkajian dilakukan secara menyeluruh melalui wawancara, observasi, serta pemeriksaan fisik, kemudian dibandingkan dengan manifestasi klinis *gastroenteritis* akut (GEA) berdasarkan tinjauan teoritis.

Berdasarkan tinjauan teoritis, faktor utama pencetus *gastroenteritis* akut pada anak yang dibahas adalah berdasarkan tinjauan teori dan hasil pengkajian, Penyebab paling sering dari *gastroenteritis* akut pada anak-anak meliputi infeksi parasit, bakteri, dan virus. Di antara patogen tersebut, infeksi virus khususnya *Rotavirus* menjadi penyebab tersering pada anak balita. Selain itu, bakteri seperti *Salmonella*, *Escherichia coli*, dan *Shigella*, serta parasit seperti *Giardia* dan *Cryptosporidium* juga dapat menyebabkan *gastroenteritis* akut, meskipun prevalensinya lebih rendah dibandingkan virus. Faktor risiko lainnya memperbesar kemungkinan terjadinya *gastroenteritis* akut pada anak meliputi: usia balita (0–5 tahun): sistem imun anak pada usia ini masih belum matang, sehingga lebih rentan terhadap infeksi saluran cerna, perilaku eksploratif dan fase oral: Anak usia 20 bulan cenderung memasukkan benda ke mulut tanpa memperhatikan kebersihan, meningkatkan risiko transmisi patogen secara fecal-oral, lingkungan yang kurang higienis: kontak dengan mainan, makanan, atau air yang terkontaminasi memperbesar risiko infeksi, kurangnya pemahaman dan pengawasan kebersihan diri: anak belum mampu menjaga kebersihan secara mandiri, sehingga membutuhkan pengawasan ketat dari orang tua atau pengasuh, status gizi yang kurang baik: anak dengan gizi buruk lebih mudah mengalami infeksi dan komplikasi akibat *gastroenteritis* akut.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan dalam tinjauan kasus yang menjadi faktor penyebab utama *gastroenteritis* akut pada An. R.A yaitu bakteri yang ditandai dengan infeksi bakteri menyebabkan leukositosis (peningkatan leukosit).

Yang mungkin terdapat perbandingan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yaitu :

1. Berdasarkan teori, *gastroenteritis* akut pada anak umumnya ditandai oleh beberapa manifestasi klinis, antara lain: diare akut (feses encer, frekuensi meningkat), muntah, demam, nyeri perut, penurunan nafsu makan, gejala dehidrasi (seperti mata cekung, mulut kering, turgor kulit menurun, dan produksi urine menurun anak tampak lemas), rewel atau mudah menangis, penurunan berat badan. Sedangkan pada kasus An. R.A hasil pengkajian menunjukkan adanya tanda dan gejala sebagai berikut: diare akut: tinja encer lebih dari sepuluh kali sehari, dan muntah lebih dari sepuluh kali sehari, penurunan nafsu makan, anak tampak lemas dan rewel, gejala dehidrasi sedang meliputi mata cekung, turgor kulit menurun, mukosa mulut kering, frekuensi dan volume urin menurun, denyut nadi meningkat, anak masih sadar namun tampak lemah. Dari hasil tersebut bahwa tanda dan gejala pada kasus An. R.A memiliki kesesuaian dengan manifestasi klinis pada tinjauan teoritis *gastroenteritis* akut, khususnya pada kategori dehidrasi sedang.
2. Berdasarkan tinjauan teoritis, anak-anak dengan *gastroenteritis* akut mungkin menunjukkan sejumlah tanda dan gejala. namun tidak ditemukan pada kasus An. R.A antara lain: nyeri perut hebat (kolik abdomen yang berat) pada An. R.A tidak ditemukan nyeri perut hebat karena derajat inflamasi dan iritasi pada saluran cerna belum sampai menimbulkan kolik berat. Pada *gastroenteritis* akut dengan dehidrasi sedang, nyeri perut biasanya ringan hingga sedang, dan seringkali anak usia balita belum bisa mengungkapkan rasa sakit secara spesifik. Selain itu, tidak semua kasus *gastroenteritis* akut disertai nyeri perut berat; biasanya nyeri berat lebih sering muncul pada infeksi bakteri tertentu atau jika terjadi komplikasi seperti invaginasi. Penurunan kesadaran atau letargi berat (pada dehidrasi berat) umumnya terjadi pada kondisi dehidrasi berat, di mana terjadi

kekurangan cairan yang sangat signifikan sehingga perfusi otak terganggu. Pada kasus An. R.A dehidrasi yang dialami masih dalam kategori sedang, sehingga kesadaran masih baik, anak hanya tampak lemas dan rewel, tetapi tetap responsif. Hal ini menunjukkan intervensi dan penanganan yang cepat mencegah progresi ke dehidrasi berat. Kejang akibat dehidrasi berat atau gangguan elektrolit pada *gastroenteritis* akut biasanya disebabkan oleh dehidrasi berat yang menimbulkan gangguan keseimbangan elektrolit (terutama natrium dan kalsium). Pada An. R.A dehidrasi masih dalam kategori sedang, sehingga belum terjadi gangguan elektrolit berat yang dapat memicu kejang. Selain itu, pemantauan dan penanganan cairan yang baik dapat mencegah komplikasi ini. Tanda-tanda syok hipovolemik (misal: ekstremitas dingin, nadi sangat lemah, tekanan darah menurun), syok hipovolemik adalah komplikasi dehidrasi berat akibat kehilangan cairan yang sangat banyak dan tidak segera digantikan. Pada kasus An. R.A tanda-tanda vital masih dalam batas kompensasi, sehingga belum sampai pada tahap syok. Hal ini karena dehidrasi yang terjadi masih sedang dan intervensi cairan sudah diberikan sebelum terjadi syok.

3. Pada pengkajian kasus An. R.A tidak ditemukan tanda atau gejala yang tidak tercantum dalam tinjauan teoritis *gastroenteritis* akut. Seluruh gejala yang muncul pada pasien masih berada dalam rentang manifestasi klinis yang umum dijelaskan dalam teori, yaitu diare, muntah, penurunan nafsu makan, rewel, dan tanda-tanda dehidrasi. Dalam kasus ini, seluruh gejala yang dialami An. R.A sesuai dengan manifestasi klinis *gastroenteritis* akut pada anak.

## 5.2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan anak, ditemukan sejumlah masalah kesehatan yang berhubungan dengan masalah yang dialami pasien maka penulis memutuskan untuk mengangkat diagnosis-diagnosis tersebut sebagai masalah yang perlu ditangani pada An. R.A.

1. Pasien dengan *gastroenteritis* akut sering memiliki masalah keperawatan berikut:
  - a. Diare
  - b. Hipertermi
  - c. Risiko syok hipovolemia
  - d. Hipovolemia
  - e. Gangguan integritas kulit
  - f. Ansietas
2. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:
  - a. Diare b/d proses infeksi
  - b. Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif
  - c. Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis
  - d. Ansietas b/d krisis situasional

Masalah keperawatan risiko syok hipovolemia dan hipertermi tidak muncul pada pasien ini. Dikarenakan risiko syok hipovolemia adalah kondisi kegawatdaruratan akibat kehilangan volume cairan yang sangat besar sehingga mengganggu perfusi jaringan. Risiko ini biasanya muncul pada kasus diare dan muntah yang sangat berat dan tidak segera ditangani. Pada pasien ini, meskipun terdapat diare dan tanda hipovolemia, intervensi rehidrasi telah dilakukan secara tepat dan cepat sehingga volume cairan tubuh dapat dipertahankan dan syok hipovolemia tidak terjadi. Selain itu, tanda vital pasien masih dalam batas yang relatif stabil, menunjukkan bahwa perfusi jaringan belum terganggu secara signifikan.

Sedangkan, hipertermi atau demam biasanya muncul sebagai respon tubuh terhadap infeksi. Pada pasien ini, data pengkajian menunjukkan suhu tubuh dalam batas normal atau tidak ada peningkatan yang signifikan. Hal ini mungkin berkaitan dengan etiologi *gastroenteritis* yang bukan disebabkan oleh infeksi bakteri berat atau karena tubuh pasien mampu mengendalikan respon inflamasi dengan baik. Selain itu, pemberian antipiretik dan perawatan suportif dapat mencegah munculnya hipertermi.

Masalah Keperawatan yang Ada pada Pasien:

1. Diare  
Salah satu gejala utama *gastroenteritis* akut adalah diare, yang mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit. Pasien ini mengalami lebih dari sepuluh kali buang air besar encer setiap hari, sehingga memerlukan evaluasi dan perawatan untuk mencegah dehidrasi lebih lanjut.
2. Hipovolemia  
Kehilangan cairan yang signifikan ditunjukkan oleh gejala hipovolemia, yang meliputi mata cekung, membran mukosa kering, dan penurunan turgor kulit. Penanganan utama adalah rehidrasi oral atau intravena untuk mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit.
3. Gangguan integritas kulit  
Iritasi/lecel kulit di area perianal akibat kontak terus-menerus dengan feses cair menyebabkan gangguan integritas kulit yang perlu perawatan khusus agar tidak terjadi infeksi sekunder
4. Ansietas  
Kecemasan orang tua muncul karena khawatir terhadap kondisi anaknya yang sakit dan ketidakpastian proses penyembuhan. Edukasi dan dukungan psikososial sangat penting untuk membantu mengurangi ansietas ini.

### 5.3. Intervensi

Dalam proses keperawatan, ini merupakan langkah ketiga. Perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien merupakan langkah selanjutnya, setelah diagnosis keperawatan ditetapkan. Rencana tindakan keperawatan harus didasarkan pada teori dan relevan dengan situasi saat ini.

1. Diare  
Manajemen Diare (I.03101)  
Observasi :
  - a. Identifikasi penyebab diare. Dilaksanakan untuk mengetahui penyebab diare (misal: infeksi virus, bakteri, makanan, atau alergi) sangat penting untuk menentukan intervensi yang tepat, mencegah

komplikasi, dan menghindari penularan. Identifikasi ini juga membantu dalam pemilihan terapi spesifik jika diperlukan, serta mencegah kekambuhan dengan mengatasi faktor pencetus.

- b. Identifikasi riwayat pemberian makanan. Dilaksanakan karena melalui riwayat makanan dapat mengungkap adanya paparan makanan atau minuman yang terkontaminasi, intoleransi, atau alergi yang dapat memicu diare. Informasi ini penting untuk mengevaluasi pola makan yang berisiko dan memberikan edukasi pencegahan kepada keluarga.
- c. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. Dilaksanakan untuk pemantauan karakteristik tinja membantu menilai derajat keparahan diare, mendeteksi adanya perdarahan (tinja berdarah), infeksi berat, atau tanda dehidrasi.
- d. Monitor tanda dan gejala hipovolemia. Dilaksanakan untuk mendeteksi dini perubahan status cairan dan segera melakukan intervensi untuk mencegah komplikasi yang lebih serius. Pemantauan ini juga membantu evaluasi efektivitas terapi rehidrasi yang sudah diberikan.
- e. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal. Dilaksanakan karena diare yang sering dapat menyebabkan iritasi dan luka pada kulit sekitar anus, meningkatkan risiko infeksi sekunder dan menambah rasa tidak nyaman pada anak. Deteksi dini memungkinkan intervensi untuk mencegah komplikasi kulit.
- f. Monitor jumlah pengeluaran diare. Dilaksanakan untuk mengetahui jumlah pengeluaran diare sangat penting untuk memperkirakan kehilangan cairan dan elektrolit, sehingga kebutuhan cairan pengganti dapat dihitung dengan akurat dan mencegah terjadinya dehidrasi berat.

#### Terapeutik

- g. Berikan asupan cairan oral. Dilaksanakan karena bertujuan untuk menggantikan cairan dan elektrolit yang hilang akibat diare dan muntah. Cairan oral mudah diserap di usus, mencegah terjadinya

dehidrasi, dan merupakan langkah utama pada kasus dehidrasi ringan hingga sedang. Selain itu, cairan oral dapat diberikan segera tanpa perlu alat khusus dan dapat dilakukan di rumah maupun fasilitas kesehatan, sehingga sangat efektif untuk mencegah perburukan dehidrasi pada anak dengan *gastroenteritis* akut.

- h. Pasang jalur intravena. Dilaksanakan karena pemasangan jalur intravena diperlukan agar akses pemberian cairan, obat-obatan, atau nutrisi dapat dilakukan dengan cepat dan efektif, terutama jika anak tidak mampu menerima cairan oral (misal: muntah terus-menerus, penurunan kesadaran, atau dehidrasi sedang–berat). Jalur intravena juga memungkinkan pemantauan kondisi pasien secara lebih intensif dan pemberian intervensi yang tepat waktu jika terjadi perburukan.
- i. Berikan cairan intravena. Dilaksanakan karena pemberian cairan intravena (IV) bertujuan untuk mengatasi dehidrasi sedang hingga berat yang tidak dapat ditangani dengan cairan oral, atau jika ada gangguan kesadaran dan muntah berat. Cairan IV (seperti RL atau NaCl) dapat dengan cepat mengembalikan volume cairan intravaskular, memperbaiki perfusi jaringan, menstabilkan tanda vital, dan mencegah komplikasi seperti syok hipovolemik.
- j. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dilaksanakan pada tanggal 05 Mei 2025 untuk pemeriksaan hematokrit, hemoglobin, dan jumlah eritrosit dapat menunjukkan adanya hemokonsentrasi akibat kehilangan cairan, sehingga membantu menilai tingkat dehidrasi, serta mendeteksi infeksi dan respons inflamasi leukosit dan hitung jenis dapat membantu mengidentifikasi adanya infeksi bakteri sekunder atau inflamasi sistemik yang dapat memperberat kondisi pasien. Dan elektrolit dilaksanakan pada tanggal 03 Mei 2025 untuk Menilai keseimbangan elektrolit, pemeriksaan natrium, kalium, dan klorida sangat penting untuk mengetahui adanya gangguan elektrolit (misal: hiponatremia, hipokalemia, hiperkloremia) yang sering terjadi akibat muntah dan diare berulang.

- k. Ambil sampel feses untuk kultur. Dilaksanakan pada tanggal 5 Mei 2025 untuk membantu memastikan pasien benar-benar bebas dari patogen yang berpotensi menular.

#### Edukasi

- l. Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap. Dilaksanakan karena dengan memberikan makanan dalam porsi kecil dan sering dapat mengurangi beban saluran cerna, mencegah muntah, dan membantu penyerapan nutrisi secara optimal selama masa pemulihan.
- m. Anjurkan menghindari makanan gas, pedas dan mengandung laktosa. Dilaksanakan karena makanan yang mengandung gas, pedas, atau laktosa dapat memperberat iritasi saluran cerna, meningkatkan frekuensi diare, dan menimbulkan rasa tidak nyaman. Menghindari makanan ini membantu mempercepat proses penyembuhan dan mencegah kekambuhan gejala.

#### Kolaborasi

- n. Tatalaksana pemberian obat antimotilitas. Dilaksanakan untuk memperlambat pergerakan (motilitas) usus, sehingga dapat mengurangi frekuensi buang air besar pada pasien diare.

Ada beberapa tindakan keperawatan yang penulis tidak lakukan/dilaksanakan pada An. R.A seperti:

- a. identifikasi gejala invaginasi tidak dilakukan karena tidak ditemukan gejala klinis invaginasi pada pengkajian awal dan selama perawatan pada pasien yang ditandai dengan nyeri perut hebat yang hilang timbul, muntah berulang, dan feses berdarah.
- b. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI karena pasien An R.A dari lahir tidak diberikan ASI.
- c. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic dan obat penguat feses tidak diberikan kepada pasien karena obat diresepkan oleh dokter dan obat tersebut tidak Direkomendasikan pada anak dengan *gastroenteritis* akut

## 2. Hipovolemia

### Manajemen Hipovolemia (I.03116)

#### Observasi :

- a. Periksa tanda dan gejala hypovolemia. Dilaksanakan untuk mendeteksi secara dini adanya penurunan volume cairan dalam tubuh. Deteksi dini memungkinkan intervensi segera sehingga dapat mencegah komplikasi berat seperti syok hipovolemik dan kegagalan organ.
- b. Monitor intake dan output cairan. Dilaksanakan pemantauan pemasukan (intake) dan pengeluaran (output) cairan bertujuan untuk menilai keseimbangan cairan tubuh pasien. Ketidakseimbangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi lebih lanjut atau bahkan overhidrasi jika terapi tidak tepat. Data ini sangat penting untuk evaluasi efektivitas terapi cairan yang diberikan dan penyesuaian tindakan selanjutnya.

#### Terapeutik

- c. Hitung kebutuhan cairan. Dilaksanakan karena dengan menghitung kebutuhan cairan secara individual (berdasarkan berat badan, derajat dehidrasi, dan kondisi klinis) sangat penting agar terapi cairan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan tubuh pasien. Terapi cairan yang tepat dapat memperbaiki hipovolemia tanpa menimbulkan risiko overload cairan atau komplikasi lainnya.

#### Edukasi

- d. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. Dilaksanakan dengan memberikan edukasi kepada keluarga agar anak lebih banyak minum cairan (oralit, air putih, cairan bening) membantu menggantikan cairan yang hilang akibat diare dan muntah. Tindakan ini dapat mempercepat pemulihan, mencegah dehidrasi lebih lanjut, serta mengurangi risiko komplikasi akibat hipovolemia.

Ada beberapa tindakan keperawatan yang penulis tidak lakukan/dilaksanakan pada An. R.A seperti:

- a. Berikan posisi modified trendelenburg (posisi kepala lebih rendah dari kaki) tidak dilakukan karena posisi umumnya diberikan pada pasien dengan syok hipovolemik berat untuk meningkatkan aliran darah ke organ vital, terutama otak dan jantung. Pada kasus An. R.A, hasil pengkajian menunjukkan dehidrasi sedang tanpa adanya tanda-tanda syok hipovolemik (seperti penurunan kesadaran, nadi sangat lemah, tekanan darah menurun, ekstremitas dingin).
  - b. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak tidak dilakukan karena Pada An. R.A, tidak ditemukan tanda hipotensi ortostatik maupun syok. Pasien masih dapat melakukan aktivitas ringan sesuai toleransi dan tidak menunjukkan gejala pusing saat berpindah posisi.
  - c. Kolaborasi pemberian produk darah tidak dilakukan karena Pada An. R.A, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin, hematokrit, dan trombosit masih dalam batas normal atau sedikit meningkat akibat hemokonsentrasi, tanpa tanda-tanda perdarahan *gastrointestinal* atau anemia berat.
3. Gangguan integritas kulit

#### Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

##### Observasi

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Dilaksanakan karena gangguan integritas kulit umumnya disebabkan oleh iritasi akibat kontak berulang dengan feses cair dan asam selama diare, kelembapan berlebih, penggunaan popok, atau faktor lain seperti alergi dan infeksi sekunder. Dengan mengetahui penyebab spesifik, perawat dapat menentukan tindakan pencegahan dan perawatan yang paling efektif untuk mencegah kerusakan kulit lebih lanjut.

### Terapeutik

- b. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare. Dilaksanakan dengan membersihkan area perineal dengan air hangat secara rutin dapat menghilangkan sisa feses dan mencegah iritasi kulit akibat enzim dan asam pada tinja. Air hangat juga lebih nyaman dan tidak menyebabkan trauma pada kulit yang sudah sensitif atau lecet, sehingga membantu mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi sekunder.
- c. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering. Dilaksanakan karena produk berbahan dasar alkohol dapat menyebabkan kulit semakin kering dan iritasi, bahkan memperparah kerusakan pada kulit yang sudah sensitif akibat diare. Penggunaan alkohol juga dapat menghilangkan lapisan pelindung alami kulit, sehingga memperbesar risiko terjadinya luka atau dermatitis.

### Edukasi

- d. Anjurkan menggunakan pelembab. Dilaksanakan karena pelembab membantu menjaga kelembapan dan elastisitas kulit, serta membentuk lapisan pelindung yang dapat mencegah iritasi lebih lanjut akibat kontak dengan feses atau urine. Penggunaan pelembab yang tepat dapat mempercepat pemulihan integritas kulit dan mengurangi risiko infeksi.
- e. Anjurkan meningkatkan nutrisi. Dilaksanakan karena nutrisi yang cukup, terutama protein, vitamin A, C, dan zinc, sangat penting untuk proses regenerasi dan penyembuhan jaringan kulit. Asupan nutrisi yang baik akan mempercepat perbaikan kerusakan kulit, meningkatkan daya tahan tubuh, dan mencegah komplikasi lebih lanjut akibat gangguan integritas kulit.

Ada beberapa tindakan keperawatan yang penulis tidak lakukan/dilaksanakan pada pasien An. R.A seperti:

- a. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, pemijatan area penonjolan tulang, tidak dilakukan karena Pada kasus An. R.A, pasien tidak

mengalami tirah baring total; anak masih aktif, dapat duduk, bermain, dan bergerak di tempat tidur.

- b. Penggunaan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering tidak dilakukan karena Pada kasus ini, tidak ditemukan keluhan atau tanda kulit kering, iritasi, fokus keperawatan lebih pada pencegahan dermatitis akibat diare (area perianal), bukan pada seluruh permukaan kulit.
- c. Anjuran meningkatkan asupan buah dan sayur tidak dilakukan karena asupan makanan berserat tinggi seperti buah dan sayur justru dapat memperberat diare pada pasien
- d. Menghindari suhu ekstrem, menggunakan tabir surya tidak dilakukan karena Pasien dirawat di ruang rawat inap dengan suhu terkontrol, sehingga anjuran ini tidak menjadi prioritas.

#### 4. Ansietas

##### Reduksi Ansietas (I.09314)

##### Observasi

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi). Dilakukan untuk mengidentifikasi perubahan tingkat ansietas secara dini, perawat dapat segera memberikan dukungan emosional, edukasi, atau intervensi yang sesuai untuk mencegah dampak negatif pada kesehatan.
- b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan. Dilaksanakan untuk mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan, perawat dapat menyesuaikan pendekatan komunikasi, memberikan edukasi yang tepat, serta memastikan bahwa keluarga benar-benar memahami informasi yang diberikan. Hal ini juga penting untuk mencegah kesalahpahaman, meningkatkan partisipasi aktif dalam perawatan, dan mendukung tercapainya hasil kesehatan yang optimal bagi pasien.

- c. Monitor tanda-tanda ansietas. Dilaksanakan untuk memantau tanda-tanda ansietas (seperti gelisah, perubahan ekspresi wajah, perubahan pola tidur, denyut nadi meningkat, dan perilaku tidak tenang) bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat dan perkembangan ansietas secara dini. Dengan demikian, perawat dapat segera melakukan intervensi yang tepat sebelum ansietas berkembang menjadi lebih berat atau mengganggu proses penyembuhan pasien.

#### Terapeutik

- d. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. Dilaksanakan suasana terapeutik yang nyaman dan penuh kepercayaan akan membuat pasien dan keluarga merasa aman, dihargai, dan diterima. Hal ini dapat menurunkan kecemasan, meningkatkan keterbukaan, dan memudahkan pasien serta keluarga untuk mengungkapkan perasaan atau kekhawatiran yang dialami.
- e. Pahami situasi yang membuat ansietas. Dilaksanakan untuk memahami faktor pemicu ansietas (kekhawatiran terhadap penyakit anak) membantu perawat dalam merancang intervensi yang lebih spesifik dan efektif sesuai kebutuhan pasien dan keluarga.
- f. Dengarkan dengan penuh perhatian. Dilaksanakan dengan mendengarkan secara aktif dan empatik membuat pasien dan keluarga merasa dihargai dan didukung secara emosional. Hal ini dapat membantu menurunkan tingkat ansietas, meningkatkan rasa percaya, dan memperkuat hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien/keluarga.

#### Edukasi

- g. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin di alami. Dilaksanakan penjelasan yang jelas mengenai prosedur dan sensasi yang mungkin dirasakan akan mengurangi ketakutan akibat ketidakpastian dan membantu pasien/keluarga mempersiapkan diri secara mental. Ini dapat menurunkan ansietas sebelum, selama, dan setelah tindakan keperawatan/medis.

- h. Informasikan secara aktual mengenai diagnosis dan pengobatan. Dilaksanakan dengan memberikan informasi yang akurat dan jujur tentang diagnosis serta rencana pengobatan dapat mengurangi kekhawatiran akibat ketidaktahuan dan meningkatkan rasa kontrol pasien/keluarga terhadap situasi yang dihadapi.
- i. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Dilaksanakan karena dengan kehadiran keluarga memberikan dukungan emosional yang sangat penting bagi pasien, terutama anak-anak. Kehadiran orang terdekat dapat meningkatkan rasa aman, mengurangi ketakutan, dan mempercepat proses adaptasi terhadap situasi baru.
- j. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Dilaksanakan kegiatan pengalihan (misal: bermain, mendengarkan musik, menggambar) dapat membantu mengalihkan perhatian pasien dari sumber kecemasan, sehingga ketegangan berkurang dan suasana hati menjadi lebih baik.
- k. Latih teknik relaksasi. Dilaksanakan untuk mengurangi tingkat kecemasan dan stres yang orang tua alami selama anaknya sakit. Kecemasan orang tua dapat berdampak negatif pada kemampuan mereka dalam merawat anak, mengambil keputusan, dan berkomunikasi dengan tenaga kesehatan.

Ada beberapa tindakan keperawatan yang penulis tidak lakukan/dilaksanakan pada pasien An. R.A seperti: seperti latihan mekanisme pertahanan diri yang tepat dan anjuran melakukan kegiatan tidak kompetitif tidak dilakukan pada orang tua An. R.A karena ansietas yang dialami bersifat situasional, akut, dan reaktif terhadap kondisi anak, bukan karena gangguan coping kronis atau tekanan sosial-kompetitif. Fokus intervensi diarahkan pada edukasi, dukungan emosional, dan teknik relaksasi sederhana yang lebih sesuai dengan kebutuhan psikologis orang tua dalam situasi ini.

#### 5.4. Implementasi

Berdasarkan intervensi yang tersusun, maka penulis dapat melakukan implementasi tindakan keperawatan pada keluarga sesuai dengan masalah yang diangkat seperti:

1. diare, implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab diare, mengidentifikasi riwayat pemberian makanan, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal, monitor pengeluaran diare, mengajurkan makan porsi kecil dan sering, menganjurkan menghindari makanan gas, pedas dan mengandung laktosa, penatalaksanaan pemberian obat antimotilitas. Pada pasien dengan diare, implementasi tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi: Melakukan identifikasi penyebab diare dengan pengkajian riwayat penyakit, faktor pencetus, serta riwayat konsumsi makanan pasien., mengkaji riwayat pemberian makanan, termasuk jenis, frekuensi, dan pola makan pasien, melakukan pemantauan secara rutin terhadap warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja untuk menilai perkembangan kondisi pasien, memantau adanya iritasi atau ulserasi pada kulit di daerah perianal akibat seringnya buang air besar, menghitung jumlah pengeluaran diare untuk memperkirakan kehilangan cairan, memberikan edukasi kepada pasien untuk mengonsumsi makanan dalam porsi kecil dan sering secara bertahap, menganjurkan pasien agar menghindari makanan yang dapat memperburuk diare, seperti makanan bergas, pedas, dan mengandung laktosa, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat antimotilitas sesuai instruksi dokter untuk mengurangi frekuensi diare. Tindakan-tindakan tersebut bertujuan untuk mencegah dehidrasi, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, memantau kondisi dan respon tubuh terhadap diare, serta memberikan edukasi kepada keluarga mengenai nutrisi, kebersihan, dan penatalaksanaan yang tepat. Implementasi ini juga mendukung proses penyembuhan, mencegah komplikasi seperti malnutrisi dan gangguan integritas kulit, serta meningkatkan peran

aktif orang tua dalam perawatan anak. Dengan pelaksanaan tindakan yang sistematis, kondisi klinis pasien dapat membaik secara bertahap dan risiko kekambuhan dapat ditekan.

2. Pada pasien dengan hipovolemia akibat kehilangan cairan, implementasi yang dilakukan antara lain: melakukan pemeriksaan tanda dan gejala hipovolemia, seperti turgor kulit, tekanan darah, nadi, dan membran mukosa, memantau secara ketat intake dan output cairan pasien, baik oral maupun parenteral, menghitung kebutuhan cairan harian pasien berdasarkan berat badan dan kondisi klinis, memberikan asupan cairan oral secara bertahap sesuai toleransi pasien, memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk memperbanyak konsumsi cairan oral, melakukan kolaborasi dalam pemberian cairan IV isotonis sesuai instruksi dokter untuk menggantikan cairan yang hilang. Tindakan-tindakan tersebut bertujuan untuk mempertahankan dan memulihkan keseimbangan volume cairan tubuh, mencegah terjadinya syok hipovolemik, memperbaiki perfusi jaringan, serta mendukung kestabilan kondisi fisiologis pasien. Selain itu, tindakan ini juga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterlibatan keluarga dalam upaya pencegahan serta perawatan lanjutan guna mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut
3. Pada pasien dengan gangguan integritas kulit akibat diare, implementasi yang dilakukan meliputi: mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, seperti kelembaban berlebih dan iritasi kimia dari tinja, melakukan pembersihan area perineal dengan air hangat setiap kali selesai buang air besar, terutama selama periode diare, menghindari penggunaan produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering untuk mencegah iritasi lebih lanjut, memberikan edukasi kepada pasien untuk menggunakan pelembab agar kulit tetap lembab dan tidak mudah rusak, menganjurkan peningkatan asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan kulit. Tindakan-tindakan tersebut bertujuan untuk mencegah kerusakan kulit lebih lanjut,

mempercepat proses penyembuhan, mengurangi risiko infeksi, dan meningkatkan kenyamanan pasien. Upaya seperti menjaga kebersihan, menghindari iritasi tambahan, serta pemberian nutrisi dan edukasi merupakan langkah penting dalam pemulihan integritas kulit secara optimal.

4. Pada orang tua pasien yang mengalami ansietas, implementasi dilakukan dengan: memantau tanda-tanda ansietas seperti gelisah, cemas, dan perubahan perilaku, menciptakan suasana terapeutik yang nyaman untuk menumbuhkan rasa percaya pasien terhadap perawat, memahami situasi atau kondisi yang menyebabkan ansietas pada pasien melalui komunikasi terapeutik, mendengarkan keluhan dan cerita pasien dengan penuh perhatian sebagai bentuk dukungan emosional, memberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan, termasuk sensasi yang mungkin dirasakan pasien, memberikan informasi aktual mengenai diagnosis dan pengobatan yang sedang dijalani pasien, menganjurkan keluarga untuk tetap mendampingi pasien jika diperlukan, melatih pasien melakukan kegiatan pengalihan, seperti relaksasi atau aktivitas ringan, untuk mengurangi ketegangan. Tindakan-tindakan tersebut bertujuan untuk menciptakan rasa aman dan nyaman pada orang tua, membantu orang tua memahami kondisi anak secara rasional, menurunkan kecemasan melalui dukungan emosional dan informasi yang jelas, meningkatkan partisipasi aktif orang tua dalam perawatan anak, memperkuat hubungan terapeutik antara perawat dan keluarga, pendekatan ini penting karena kecemasan orang tua yang tinggi bisa memengaruhi proses pengambilan keputusan dan berpengaruh terhadap psikologis anak.

## **5.5. Evaluasi**

1. Diare b/d proses infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka masalah keperawatan diare b/d proses infeksi dapat teratasi dengan data subjektif ibu pasien

mengatakan frekuensi BAB pasien sudah menurun yaitu sebanyak 1 kali konsistensi cair berampas, ibu pasien mengatakan BAB pasien berwarna kuning dan data objektif yang didapatkan yaitu frekuensi BAB 3 kali, bising usus 28x/menit.

2. Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif dapat teratasi dengan data subjektif: ibu mengatakan pasien BAK meningkat, data objektif yang didapatkan: mukosa mulut tampak lembab

3. Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (gesekan)

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (gesekan) dapat teratasi dengan data subjektif: Ibu mengatakan bagian anus anaknya sudah tidak kemerahan dan sudah tidak lecet. Data objektif: tampak tidak lecet dan kemerahan pada bagian sekitar anus dan bokong.

4. Ansietas b/d krisis situasional

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah ansietas b/d krisis situasional dapat teratasi dengan data subjektif: ibu pasien mengatakan sudah tidak merasa khawatir dengan kondisi anaknya. Data objektif: ibu pasien tampak sudah tidak cemas.