

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Dasar

1. Identitas pasien

Nama Inisial klien : An. K
Nomor Rekam Medis : 209851
Tanggal Masuk RSU : 28 Februari 2022, Pukul 07:20 WIB
Tanggal pengkajian : 28 Februari 2022, Pukul 09:00 WIB
Umur : 6 bulan
Alamat : Sungkai Utara, Lampung utara
Jenis kelamin : Laki-laki
Status Pernikahan : Belum menikah

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama Inisial Klien : Tn. A
Hubungan Dengan Klien : Ayah Kandung
Umur : 54 Tahun
Alamat : Sungkai Utara, Lampung utara
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani

3. Diagnosa medis : Diare Akut

4. Riwayat kesehatan saat di IGD

Klien datang ke IGD pada tanggal 28 februari 2022 dengan diantar oleh orang keluarganya dengan keluhan BAB cair (mencret) \pm 4 kali/hari, maual, demam \pm 4 hari, makan dan minum sulit. Pemeriksaan tanda-tanda vital di IGD pada tanggal 28 febuari 2022 didapatkan hasil pernafasan 30 x/menit, nadi 112 x/menit, suhu 38,3 °C. Setelah dilakukan penanganan di IGD yaitu pemeriksaan fisik dan tanda vial, pemasangan jalur intravena, dan pemberian obat: Ondanstron/ 24 jam 1x4 mg, Zink syrup/24 jam 1x20 mg, dan Paracetamol syrup 0,7 cc, lalu klien dipindahkan keruang edelweis untuk dilakukan perawatan.

5. Keluhan utama saat pengkajian

Keluarga mengatakan klien mengalami BAB \pm 4 x/hari konsentrasi cair, berampas, tidak terdapat lendir dan darah, berbau khas, disekitar kulit anus klien terdapat lesi, serta suhu tubuh 37,8 °C.

6. Penampilan Umum.

Kesadaran klien composmentis (E4V5M6), tidak ada sianosis, akral teraba dingin, tugor kulit tidak elastis, tidak ada cekungan pada mata dan ubun-ubun, mukosa bibir kering, klien tidak memiliki riwayat penyakit dan riwayat pembedahan. Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada An. K diperoleh data frekuensi pernafasan 29 x/menit, nafas vasikuler, pemeriksaan nadi dilakukan pada pembuluh darah arteri brankialis 100 x/menit dengan kualitas kuat dan teratur, dan suhu tubuh 37,8 °C, Berat Badan klien 7,5 Kilogram.

7. Pengkajian Respirasi

Klien tidak mengalami sesak nafas, pernafasan 29 x/menit, klien tidak batuk, tidak terdapat sputum, tidak terdapat suara nafas tambahan, klien tidak menggunakan alat bantu nafas. Kesadaran klien composmentis (E4V5M6).

8. Pengkajian Sirkulasi

Denyut nadi klien yang dilakukan pada pembuluh darah arteri brankialis didapatkan 100 x/menit dengan kualitas kuat dan teratur, serta tidak terdapat distensi vana jugularis.

9. Pengkajian Nutrisi dan cairan

Nutrisi klien mengalami penurunan berat badan $\leq 2,5\%$ BB normal, BB awal klien 8 Kg, dan sekarang BB klien turun menjadi 7,5 Kg, Klien mengalami diare, Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun, klien tidak mau meminum asi dan ibu klien mencoba memberikan susu formula dan hanya $\frac{1}{4}$ yang dapat dihabiskan oleh klien, bising usus klien meningkat 30 x/menit.

10. Pengkajian eliminasi

Klien tidak memiliki masalah buang air kecil, ibu klien mengatakan klien sering mengompol pada malam hari ditempat tidur, ibu klien mengatakan mengganti pempes 3-4 kali, volume urin 400-500 ml dan tidak memiliki riwayat sakit pada ginjal. Ibu klien mengatakan klien dapat menelan dengan baik, dan klien mengalami mual. Klien mengalami masalah pada buang air besar/defekasi, buang air besar klien cair ± 4 x/hari, berwarna kuning, berampas dan berbau khas, bising usu klien 30 x/menit, ibu klien mengatakan anaknya sering menangis.

11. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Klien tidak mengalami kelemahan otot dan rentang gerak, klien tidak mengalami masalah persendian, ibu klien mengatakan klien hanya nampak lesu, dan pucat. Ibu klien mengatakan klien sering menangis pada malam hari.

12. Pengkajian Neosensori

Klien tidak mengalami masalah dalam sistem neosensori, klien tidak mengalami cedera medulla spinalis, dan tidak mengalami gangguan dalam perkembangannya.

13. Pengkajian Nyeri Dan Kenyamanan

Ibu klien mengatakan klien nampak sering menangis, klien tidak nampak berkeringat, dan pada sekitar area anus klien terdapat lesi dengan panjang 2 cm dan lebar 2 cm serta terdapat kemerahan pada lesi.

14. Pengkajian psikologis

Ibu klien merasa khawatir dengan keadaan anaknya dan mengatakan kurang mengerti tentang perawatan yang harus dilakukan dirumah.

15. Pengkajian Tumbuh Kembang

Klien tampak tidak mengalami masalah pada tumbuh kembang, tidak terdapat gangguan pada pertumbuhan klien, klien lahir tidak dalam kondisi prematur dengan berat lahir 3,4 kg, klien tidak mengalami masalah pada sistem motoriknya, pertumbuhan klien normal (6,5-10Kg) (Menggunakan tabel Standar Berat Badan menurut Panjang Badan) dengan TB 62 cm dan 7,5 Kg. Klien mengalami perkembangan yang cukup baik, klien sudah dapat menggerakkan kepala kesamping kanan dan kiri, mempertahankan posisi

kepala dalam keadaan tegak, menggenggam sebuah pensil dan dapat terlentang dan telungkup secara mandiri.

16. Pengkajian Penyakit

Klien di diagnosa oleh dokter diare akut.

17. Pengkajian prosedur

Klien mendapatkan *therapy* cairan Ringer Laktat (RL)

18. Pengobatan yang diberikan pada klien

Infus set makro, Ranger Laktat 270cc/8 jam untuk memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh klien, Ondanstron/ 24 jam 1x4 mg untuk mengobati mual yang dialami oleh klien, Zink syrup/24 jam 1x20 mg untuk memperbaiki usus, Paracetamol syrup 0,7 cc untuk menurunkan demam klien, dan Oralit 4 bungkus/24 jam untuk memenuhi kebutuhan asupan cairan klien.

19. Hasil Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium An. K di Ruang Anak RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara tanggal 02 Maret 2022

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Hemoglobin	11,3	12,6-18,0
2	Jumlah Lektosit	11.200	3.800-10.600
3	Eosinophil	1	1-4
4	Basophil	0	0-1
5	Netrofil batang	5	2-5
6	Nertrofil segmen	42	50-70
7	Limfosit	46	20-40
8	Monosit	6	2-8
9	Jumlah eritrosit	4.82	4,5-5,5
10	Hematokrit	32	40-50
11	Trombosit	296.000	150.000-400.000
12	MCV	67	77-93
13	MCH	23	27-32
14	MCHC	35	31-35

20. Analisa Data

Analisa data pasien dengan gangguan kebutuhan cairan pada kasus diare akut terhadap An. K di ruang Edelweis RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara tanggal 28 april 2022.

Tabel 3.2 Analisa data

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	2	3	4
1	DS : 1. Ibu klien mengatakan klien BAB 4 x/hari 2. Ibu klien mengatakan BAB klien cair, berampas, berwarna kuning dan berbau khas. DO : 1. Klien nampak lemas dan Lemah 2. BAB klien tampak cair dan berampas	Diare	Proses infeksi

1	2	3	4
	3. BAB 4x/hari 4. Bising usus 30x/menit		
2.	DS : tidak ada DO : 1. Terdapat lesi pada area kulit anus klien dengan panjang 2 cm dan lebar 2 cm 2. Terdapat kemerahan pada lesi.	Gangguan integritas kulit	Kelembapan
3	Ds : tidak ada Do : tidak ada	Resiko Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan berdasarkan data hasil pengkajian terhadap An. K adalah sebagai berikut (PPNI, 2016) :

1. Diare berhubungan dengan Proses infeksi dibuktikan dengan defekasi \pm 4 x/hari, konsentrasi cair dan berampas, bising usus 30x/menit
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kelembapan dibuktikan Terdapat lesi pada area anus klien dengan panjang 2 cm dan lebar 2 cm serta terdapat kemerahan pada lesi.
3. Resiko hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan kebutuhan cairan pada kasus diare terhadap An. K di Ruang Edelweis RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 28 Februari – 02 Maret 2022.

TGL	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
28/02/2022	<p>Diare berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan: DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan klien BAB 4 x/hari Ibu klien mengatakan BAB klien cair, berampas, berwarna kuning dan berbau khas. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien nampak lemas dan lemah BAB klien tampak cair dan berampas BAB 4x/hari Bising usus 30x/menit 	<p>Eliminasi fekal (L.04033) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontrol pengeluaran feses meningkat Menjejan saat defekasi menurun Konsistensi feses membaik Frekuensi BAB membaik Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen Diare (I.03101) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab diare Monitor warna, frekuensi, dan konsentrasi tinja Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Teaupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan asupan cairan oral Pasang jalur intravena Berikan cairan intravena (Ranger Laktat 270cc/8 jam) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan untuk pemberian asi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian obat (<i>Ondanstron/</i> 24 jam 1x4 mg, <i>Zink syrup /</i>24 jam 1x20 mg, <i>Paracetamol syrup</i> 0,7 cc, <i>Oralit</i> 4 bungkus/24 jam).

1	2	3	4
			Pemantauan tanda vital(I.02060) 1. Monitor nadi 2. Monitor pernafasan 3. Monitor suhu tubuh
28/02/2022	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kelembapan dibuktikan dengan: DS : tidak ada DO : 1. Terdapat lesi pada area parineal klien dengan Panjang 2 cm dan lebar 2 cm. 2. Terdapat kemerahan pada lesi.	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun	Perawatan Integritas kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Teraupetik 1. Bersihkan perineal dengan air hangat. 2. Gunakan produk berbahan ringan atau alami pada kulit sensitif 3. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering. Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab 2. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.
28/02/2022	Resiko Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif	Status cairan (L.03028) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Membran mukosa meningkat 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan nadi membaik 5. Tugor kulit membaik	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan Teraupetik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral

1	2	3	4
			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan perbanyak asupan cairan oral2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotinis2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotinis

D. Implementasi dan evaluasi

Tabel 3.4 Catatan Perkembangan Asuhan keperawatan Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan pada kasus Diare terhadap An. K di Ruang Anak RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 02 Februari – 28 Maret 2022

Catatan perkembangan hari pertama tanggal 28 Februari 2022

No	No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1	<p>Tanggal 28-02-2022 Pukul 08:30</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab diare Penyebab diare pada klien adalah proses infeksi pada saluran cerna, yang diakibatkan oleh bakteri. Memonitor warna, rekuensi, dan konsentrasi tinja Warna tinja klien berwarna kuning, dengan frekuensi ± 4 x/hari dan dengan konsentrasi cair serta berampas. Beekolaborasi pemberian obat Memberikan obat Zink syrup/24 jam 1x20 mg untuk memperbaiki pencernaan klien, dan Paracetamol syrup 0,7 cc untuk menurunkan demam dan oralit 4 bungkus/24 jam untuk memenuhi kebutuhan cairan klien. Memonitor tanda vital. Mengecek secara berkala tanda vital klien yaitu nadi, pernafasan, dan suhu. 	<p>Tanggal 28-02-2022 Pukul 09:30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan klien BAB ± 4 x/hari dan dengan konsentrasi cair serta berampas. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Warna tinja kuning Frekuensi BAB ± 4 x/hari Konsentrasi BAB cair dan berampas Nadi: 100x/menit, Suhu: 37,8C, Pernafasan: 30x/menit. <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor jumlah pengeluaran diare Berikan asupan cairan oral Anjurkan untuk pemberian asi Kolaborasi pemberian obat Monitor tanda vital. <p style="text-align: right;">Paraf  Ruliyanto</p>

1	2	3	4
	2	<p>Tanggal 28-02-2022 Pukul 10:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit Penyebab terjadinya lesi dan kemerahan karena pengaruh dari diare klien yang nyebabkan kulit pada daerah menjadi lembab. 2. Membersihkan perineal dengan air hangat. Membersihkan daerah perineal klien secara berkala dan mengajarkan keluarga klien untuk dapat melakukannya secara mandiri. 3. Menggunakan produk berbahan ringan dan alami untuk kulit sensitif Menganjurkan kerluarga klien untuk menggunakan sabun dengan produk yang menggunakan bahan yang alami jika kulit klien sensitif. 	<p>Tanggal 28-02-2022 Pukul 11:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan mengerti dan siap untuk membersihkan area perineal secara berkala. 2. Keluarga mengatakan mengerti untuk menggunakan produk berbahan ringan dan alami untuk kulit sensiif. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab lesi dan kemerahan pada klien adalah kelembapan karena diare. 2. Area perineal klien sudah nampak bersih <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan perineal dengan air hangat. 2. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering. 3. Anjurkan menggunakan pelembab 4. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya <p style="text-align: center;">Paraf  Ruliyanto</p>

1	2	3	4
	3	<p>Tanggal 28-02-2022 Pukul 13:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia : Tanda-tanda` Hipovolemia yang ditemukan pada klien antara lain tugor kulit menurun, membran mukosa kering. 2. Menghitung kebutuhan cairan : Rumus untuk menghitung kebutuhan cairan anak adalah $100 \text{ ml} \times \text{Berat badan}$ yaitu : $100 \text{ ml} \times 7,5 \text{ Kg} = 750 \text{ ml/hari}$ adalah kebutuhan cairan klien. 3. Menganjurkan perbanyak asupan cairan oral Menganjurkan keluarga untuk memperbanyak asupan cairan pada klien untuk memperbaiki asupan cairan yang kurang pada klien.. 	<p>Tanggal 28-02-2022 Pukul 14:00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan mengerti dan siap untuk memperbanyak asupan cairan klien. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ditemukan tanda-tanda hipovolemia pada klien yaitu frekuensi nadi yang meningkat, tugor kulit yang menurun, dan membran mukosa kering 2. Kebutuhan cairan klien adalah 750 ml/hari <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake dan output cairan 2. Berikan asupan cairan oral 3. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak 4. Kolaborasi pemberian cairan IV isotinis <p style="text-align: center;">Paraf  Ruliyanto</p>

Catatan perkembangan hari kedua 01 Maret 2022

No	No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
2	1	<p>Tanggal 01-03-2022 Pukul 08:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pengeluaran diare : Klien masih mengalami BAB 4X/hari dengan konsentrasi sudah mulai berbentuk lembek. 2. Memberikan asupan cairan oral: Memberikan dan memita keluarga untuk memberi klien asupan cairan oral sesuai dengan kebutuhan. 3. Menganjurkan untuk pemberian asi: Memberi tahu kepada ibu klien untuk tetap memberi asi kepada klien untuk memenuhi kebutuhan cairannya. 4. Berkolaborasi pemberian obat Memberikan obat <i>Zink syrup</i>/24 jam 1x20 mg untuk memperbaiki pencernaan klien dan <i>Paracetamol syrup</i> 0,7 cc untuk menurunkan demam, dan oralit 4 bungkus/24 jam untuk memenuhi kebutuhan cairan klien. 5. Memonitor tanda vital Mengecek tanda vital klien yaitu nadi, suhu dan pernafasan. 	<p>Tanggal 01-03-2022 Pukul 09:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan siap untuk memberi asupan cairan dan tetap memberi asi kepada klien 2. Ibu klien mengatakan BAB klien sudah mulai berkurang frekuensinya. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna tinja kuning 2. Frekuensi BAB 4 x/hari 3. Konsentrasi BAB sudah mulai lembek 4. Nadi : 97 x/menit, Suhu : 37,4 C, Pernafasan : 28 x/menit. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor jumlah pengeluaran diare 2. Anjurkan untuk pemberian asi 3. Kolaborasi pemberian obat 4. Monitor tanda vital <p style="text-align: right;">Paraf  Ruliyanto</p>

1	2	3	4
	2	<p>Tanggal 01-03-2022 Pukul 10:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan perineal dengan air hangat. Memonitor keluarga klien membersihkan daerah perineal klien yang telah diajarkan. 2. Mengindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering. Memberi tahu kepada keluarga klien untuk tidak menggunakan produk berbahan dasar alkohol. 3. Menjurkan menggunakan pelembab Menganjurkan keluarga klien untuk menggunakan pelembab pada kulit yang kering bila diperlukan. 	<p>Tanggal 01-03-2022 Pukul 11:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan mengerti untuk menggunakan pelembab pada kulit kering. 2. Keluarga klien mengatakan mengerti untuk Menghindari produk berbahan dasar alkohol. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Area perineal klien nampak bersih. 2. Kelurga klien nampak melakukan tindakan sesuai anjuran yang diberikan. 3. Lesi dan kemerahan nampak sudah mulai berkurang. <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan melakukan pembersihan area perineal. 2. Anjurkan untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya. <p style="text-align: right;">Paraf  Ruliyanto</p>

1	2	3	4
	3	<p>Tanggal 01-03-2022 Pukul 13:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor intake dan output cairan : Intake cairan oral dan cairan IV klien ± 910 cc/hari dan Output klien dari BAK, BAB, IWL dan IWL kenaikan suhu tubuh ± 920,5 cc/hari. 2. Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak: Meminta keluarga klien mengawasi dan memantau serta menganjurkan agar klien tidak melakukan dan dilakukan perubahan posisi yang mendadak. 3. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan IV isotinis : Memberikan cairan IV isotonis yaitu Ranger Laktat 270cc/8 jam sebagai terapi untuk klien agar tidak mengalami syok karena kekurangan cairan. 	<p>Tanggal 01-03-2022 Pukul 14:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan mengerti untuk mengawasi dan tidak melakukan perubahan posisi yang mendadak pada klien. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intake cairan klien ± 910 cc/hari 2. Output cairan klien ± 920,5 cc/hari <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake dan output cairan 2. Lanjutkan peberian cairan IV isotonis 3. Monitor tanda vital <p style="text-align: right;">Paraf  Ruliyanto</p>

Catatan perkembangan hari ketiga 02 Maret 2022

No	No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
3	1	<p>Tanggal 02-03-2022 Pukul 08:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pengeluaran diare : Ibu klien mengatakan BAB klien sudah satu x/hari dengan konsentrasi konsentrasi yang padat tetapi sedikit lembek.. 2. Menganjurkan untuk pemberian asi: Memberi tahu kepada ibu klien untuk tetap memberi asi kepada klien untuk memenuhi kebutuhan cairannya. 3. Berkolaborasi pemberian obat Memberikan obat <i>Zink syrup</i> /24 jam 1x20 mg untuk memperbaiki pencernaan klien dan <i>Paracetamol syrup</i> 0,7 cc untuk menurunkan demam dan oralit 4 bungkus/24 jam untuk memenuhi kebutuhan cairan klien. 4. Memonitor tanda vital Mengecek tanda vital klien yaitu nadi, suhu dan pernafasan. 	<p>Tanggal 02-03-2022 Pukul 09:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu klien mengatakan frekuensi BAB klien satu x/hari dan konsentrasi konsentrasi yang padat tetapi sedikit lembek. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi BAB satu x/hari 2. Konsentrasi BAB lembek. 3. Nadi : 97 x/menit, Suhu : 36,9 C, Pernafasan : 28 x/menit. <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Paraf  Ruliyanto</p>

1	2	3	4
	2	<p>Tanggal 02-03-2022 Pukul 10:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melanjutkan memonitor keluarga membersihkan perineal dengan air hangat. Memantau keluarga klien melakukan tindakan membersihkan area perineal apakah dilakukan sesuai anjuran atau tidak. 2. Menganjurkan untuk memandikan klien dan dengan menggunakan sabun secukupnya. Hal ini bertujuan agar lesi dan kemerahan tidak bertambah parah karena penggunaan sabun yang terlalu banyak. 	<p>Tanggal 02-03-2022 Pukul 11:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan mengerti untuk memandikan klien dan dengan menggunakan sabun secukupnya. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Area perineal klien nampak bersih 2. Kelurga klien nampak melakukan tindakan sesuai anjuran yang diberikan. 3. Lesi dan kemerahan nampak sudah berkurang dan kering. <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan melakukan pembersihan area perineal. 2. Anjurkan untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya <p style="text-align: center;">Paraf  Ruliyanto</p>

1	2	3	4
	3	<p>Tanggal 02-03-2022 Pukul 13:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor intake dan output cairan : Intake cairan oral dan cairan IV klien \pm 960 cc/hari dan Output klien dari BAK, BAB, IWL dan IWL kenaikan suhu tubuh \pm 920,5 cc/hari. 2. Melanjutkan terapi pemberian cairan IV isotinis: Memberikan cairan IV isotonis yaitu Ranger Laktat 270cc/8 jam sebagai terapi untuk klien agar tidak mengalami syok karena kekurangan cairan. 	<p>Tanggal 02-03-2022 Pukul 14:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan pengeluaran cairan klien melalui BAB/BAK sudah mulai menurun. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intake cairan klien \pm 960 cc/hari 2. Output cairan klien \pm 920,5 cc/hari <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: center;">Paraf  Ruliyanto</p>