

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 KESIMPULAN**

Dalam laporan ini penulis mendapatkan data klien dengan ruam popok pada anak diare yang dilaksanakan di rumah klien. Klien bernama inisial An, N berumur 2 tahun 5 bulan jenis kelamin perempuan, beralamat di Kp Gelam RT.02/RW.03. Des. Buniwangi, Kec. Pagelaran Kab. Cianjur Prov. Jawa Barat. Klien beragama Islam, Orang tua klien bekerja sebagai wiraswasta.

##### **5.1.1 Pengkajian**

Keluhan utama keluarga pasien mengatakan buang air besar sudah 4 kali dalam sehari. Riwayat penyakit sekarang: sebelum masuk rumah sakit pasien buang air besar 7 kali dalam sehari dengan konsistensi encer, lendir, mual-mual dan muntah 3 kali dalam sehari kemudian pasien dibawa ke Rumah Sakit Umum. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang Glasgow Coma Scale E: 4, V: 5, M: 6 jumlah 15 kesadaran Composmentris, tanda-tanda vital: nadi 122x/menit, suhu 37,8°C, pernafasan 35 x/ menit.

##### **5.1.2 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ditegakan antara lain yaitu:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi.
3. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan

##### **5.1.3 Intervensi keperawatan**

Diagnosa: kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. NOC: keseimbangan cairan kode: 0601. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan: 1. Denyut nadi radial lambat, 2. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, 3. Berat badan stabil, 4. Turgor kulit, 5. Kelembapan membrane. Kriteria

hasil: 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan berat badan dan usia, 2. TTV dalam batas normal, 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. NIC: 1). Pertahankan status hidrasi (kelembapan membrane mukosa, nadi adekuat) dan observasi keadaan umum, 2). Monitor TTV 3). Monitor asupan cairan pasien (minum), 4). Anjurkan orang tua untuk menambah intake oral, 5). Kolaborasi pemberian obat zinc, 6). Berikan cairan oralit.

Diagnosa: Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. NOC: Termoregulasi. Kode: 0800. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 15 menit pasien akan. 1. Penurunan suhu badan, 2. Melaporkan kenyamanan suhu. Kriteria hasil: 1. Suhu tubuh dalam batas normal, 2. Dan RR dalam rentang normal, 3. Tidak ada perubahan warna kulit, NIC: 1). Monitor suhu tubuh sesering mungkin, 2). Monitor warna kulit, 3). Monitor nadi, RR, 4). Monitor tingkat kesadaran, 5). Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila.

Diagnosa: Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. NOC: integritas jaringan: kulit dan membrane mukosa. Kode: 1101. Setelah dilakukan tindakan terapi pemberian minyak zaitun selama 30 menit pasien akan. 1. Elastisita, 2. Integritas kulit, 3. Perfusi jaringan. Kriteria hasil: 1. Tidak ada luka atau lesi pada kulit, 2. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (elastic, temperature). NIC: 1). Perawatan perinial oleskan minyak zaitun, 2). Monitor tanda-tanda vital suhu tubuh 36,6 derajat selsius, nadi 120x/menit respirasi 28x/menit.

#### 5.1.4 Implementasi keperawatan

Hari ketiga dilakukan pada Hari/tanggal: Jumat, 07 Mei 2020

**Diagnosa 1:** kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu: 1). Jam 07.30 Wib memonitor tanda-tanda vital (suhu 36,7 derajat selsius, nadi 120x/menit, pernapasan 40x/menit), 2). Jam 09.00 Wib memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. N minum dengan lahap). 3). Jam 13.00 Wib menganjurkan

ibu pasien untuk tetap memberikan ASI, 4). Jam 13.30 Wib pemberian obat zinc 20mg/oral.

**Diagnosa 2:** hipotermi berhubungan dengan proses inflamasi. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu: 1). Jam 11.00 Wib memonitor suhu 36,7 derajat selsius 2). Jam 12.00 Wib memonitor warna kulit.

**Diagnosa 3:** Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu: 1). 14.00 Wib melakukan perawatan perineum dengan mengoleskan minyak zaitun dianus, 2). 07.30 Wib memonitor tanda-tanda vital (suhu 36,7 derajat selsius, nadi 120x/menit, pernapasan 40x/menit).

### 5.1.5 Evaluasi

Hari ketiga evaluasi pada Hari/tanggal: jumat, 07 Mei 2021 **Diagnosa 1:** kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Evaluasi dilakukan pada jam 14.30 Wib **S:** keluarga pasien mengatakan buang air besar satu kali dalam sehari. **O:** turgor kulit elastic, minum dengan lahap (haus), sudah tidak rewel. **A:** masalah teratasi **P:** intervensi dihentikan. **Diagnosa 2:** hipertermi berhubungan proses inflamasi. Evaluasi dilakukan pada jam 14.40 Wib **S:** keluarga pasien mengatakan anak sudah tidak demam lagi. **O:** suhu tubuh 36,7 derajat selsius. **A:** masalah teratasi, **P:** intervensi dihentikan. **Diagnosa 3:** resiko kerusakan integritas kulit berhubungan kelembapan. Evaluasi dilakukan pada jam 14.45 Wib **S:** keluarga pasien mengatakan kemerahan sudah tidak ada. **O:** sekitar area perineal (anus) tidak ada kemerahan. **A:** masalah teratasi **P:** intervensi dihentikan.

## 5.2 SARAN

### 5.2.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan peneliti ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan

keperawatan pada klien anak dengan diare. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

### **5.2.2 Bagi Tempat Peneliti**

Hasil peneliti ini diharapkan kepada keluarga dapat menerapkan semua kegiatan yang sudah diberikan, meningkatkan kesehatan dan mengaplikasikannya sehingga mampu menerapkan perawatan di rumah dengan pengetahuan dan penjelasan yang telah diberikan.

### **5.2.3 Bagi Pembaca**

Hasil penelitian ini diharapkan agar dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan pada klien anak dengan diare secara komperhensif dan mengikuti perkembangan literatur-literatur keperawatan yang terbaru.