

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penulis mengambil data penelitian di Puskesmas Bangsal Mojokerto di ruang rawat inap terdapat 2 ruang rawat inap 6 kamar dewasa dan anak. Partisipan studi kasus ini adalah Typhoid pada anak dengan masalah risiko defisit nutrisi.

4.1.2 Karakteristik Partisipan (Identitas Pasien)

Tabel 4.1 Identitas pasien

Identitas pasien	Pasien
Nama	An.A
Umur	2Tahun
Agama	Islam
Pendidikan	-
Jenis kelamin	Laki-laki
Alamat	Kedunguneng,bangsal Mojokerto
No.RM	-
Diagnosa masuk	Typhoid
TGL Mrs	22-08-2019 Jam 09.00
TGL Pengkajian	22-08-2019 Jam 10.00
Identitas Ayah/wali pasien	Ayah/wali
Nama	Tn.R

Umur	25 Tahun
Agama	Islam
Pendidikan	SLTA
Jenis kelamin	Laki-laki
Alamat	Kedunguneng, bangsal mojokerto
Pekerjaan	Swasta

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

Tabel 4.2

Tabel 4.2 Pengkajian

Riwayat Penyakit	Klien
Keluhan utama	Ibu pasien mengatakan nafsu makan anak menurun
Riwayat penyakit sekarang	Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mau makan sejak 3 hari yang lalu karena demam dan tidak mau makan sebelum di bawa ke puskesmas pasien hanya makan sedikit lalu muntah. Pada tanggal 22 Agustus 2019 pasien semakin lemas dan tidak nafsu makan, mual muntah

	<p>dan nyeri pada epigastrium mukosa bibir kering, lidah kotor, nyeri pada epigastrium, ibu pasien khawatir dari pada saat sampai di puskesmas pasien langsung di infus.</p>
Riwayat penyakit terdahulu	Ibu pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit batuk dan pilek.
Riwayat penyakit keluarga	Ibu klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit menular maupun menurun.

K

ebutuhan Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola kebutuhan sehari-hari

Pola Kebutuhan Sehari-hari	Klien
Pola kesehatan	Keluarga klien mengatakan saat klien sakit dibawa ke puskesmas terdekat.
Pola nutrisi	Ibu pasien mengatakan anaknya sebelum sakit rutin makan dalam sehari 3 kali dan minum kurang lebih 5-7 gelas, pasien jarang telat makan karena ibu pasien memberikan makanan tepat waktu. Selama sakit pasien makan dari

	<p>Puskesmas tetapi tidak habis paling 3-4 suaap selesai, serta minum hanya sedikit kurang lebih 2-3 gelas dalam sehari.</p>
Pola istirahat tidur	<p>Ibu pasien anaknya sebelum sakit tidur malam sekitar 5-8 jam per hari , selama sakit pasien hanya tidur malam 4-7 jam karena sering terbangun.</p>
Pola aktivitas	<p>Ibu pasien mengatakan sebelum sakit anaknya sering beraktifitas mainan dan sering belajar berbicara dalam aktifitas sehari-hari pasien selalu di bantu orang tua, selama sakit pasien tidak mau beraktifitas dan sering nangis.</p>
Pola Eliminasi	<p>Ibu pasien mengatakan anaknya dalam BAK 2-3 kali/hari dan BAB 1x dalam sehari, selama sakit pasien hanya BAB sekali.</p>
Pola hygiene	<p>Ibu pasien mengatakan saat di rumah klien mandi 2x/hari, gosok gigi dan keramas setiap mandi.</p> <p>Saat di rumah sakit klien hanya di seka oleh keluarga, gosok gigi, tidak</p>

	keramas.
Dampak Hospitalisasi	<p>Anak : timbul kecemasan karena tidak terbiasa dengan lingkungan RS terlihat pasien tidak mau sendiri selalu ditemani ibunya.</p> <p>Keluarga : takut dan cemas karena tidak mempunyai pengetahuan tentang penyakit anak dengan terlihat ibu bertanya-tanya tentang gejala yang di derita anak.</p>

Pemeriksaan fisik

1. **Keadaan umum** : **lemah**
2. Kesadaran : CM 456
3. Tanda-tanda vital
 - A. Denyut nadi : 115 x/m
 - B. Suhu : 38°C
 - C. Pernafasan : 28 x/m
4. Berat badan : 10 kg
5. Tinggi badan: 85cm
6. Kepala

a. Terapi Medis

1. Oral Pamol 3×1mg
2. Oral Amoxilin 3×1mg
3. Oral Antasid 3×1 Sebelum makan
4. Oral Syr Curcuma 3×1
5. Injeksi iv Ranitidin 2 ×10 mg
6. Inj iv ceftriaxone 1 gr
7. Inj ondansetron 3×1mg

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.4 Analisa Data

a. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>-Ibu pasien mengatakan anaknya nafsu makan menurun</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum: Lemah 2. GCS : 4-5-6 3. Nafsu makan 	<p>Bakteri salmonella</p> <p>↓</p> <p>Masuk ke saluran cerna melalui makanan dan minuman</p> <p>↓</p> <p>Sebagian dimusnahkan</p>	<p>Risiko defisit nutrisi</p>



	menurun	asam lambung	
	4. Pasien makan		
	hanya habis	Peningkatan	
	setengah	produksi asam	
	porsi	lambung	
	5. Anoreksia	↓	
		Mual, muntah	
		Berat badan	
		menurun	
		↓	
		Risiko defisit	
		nutrisi	

4.1.5 Diagnosa Keperawatan

Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan ibu pasien mengatakan anaknya nafsu makan menurun, keadaan umum lemah, GCS 4/5, nafsu makan menurun, mukosa bibir kering, ketidakmampuan untuk mengabsorpsi makanan ditandai dengan pasien makan

sedikit lalu mual dan muntah, ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, tanda-tanda vital suhu: 38°C , RR: 28×/m, Nadi: 115×/m

4.1.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.5 Intervensi keperawatan

Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan pasien dapat terhindar dari risiko defisit nutrisi dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang di habiskan meningkat 2. Berat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status nutrisi anak 2. Kaji adanya alergi makanan atau tidak 3. Timbang BB secara rutin 4. Berikan makanan sedikit tapi sering pada anak 5. Ajarkan pengaturan diet yang tepat untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu dalam mengidentifikasi kasus malnutriis protein-protein khususnya apabila bb kurang dari normal 2. Untuk mengetahui anak memiliki alergi pada makanan apa

<p>badan</p> <p>membalik</p> <p>3. Frekuensi</p> <p>makan</p> <p>membalik</p> <p>3x/hari</p> <p>4. Nafsu</p> <p>makan</p> <p>membalik</p> <p>5. IMT</p> <p>membalik</p>	<p>anak kepada</p> <p>orang tua</p> <p>atau ibu</p> <p>6. Jelaskan</p> <p>kebutuhan</p> <p>gizi</p> <p>seimbangan</p> <p>pada anak</p> <p>7. Anjurkan</p> <p>menghindari</p> <p>makanan atau</p> <p>jajanan yang</p> <p>tidak sehat (</p> <p>misal</p> <p>mengandung</p> <p>pemanis</p> <p>buatan, pewar</p> <p>na buatan,</p> <p>pengawet dan</p> <p>penyedap)</p> <p>8. Kolaborasi</p> <p>dengan ahli</p> <p>gizi untuk</p>	<p>saja, agar</p> <p>pemenuhan</p> <p>nutrisi dapat</p> <p>terpenuhi</p> <p>sesuai</p> <p>anjuran</p> <p>3. Untuk</p> <p>memertahan</p> <p>kan berat</p> <p>badan</p> <p>4. Meningkatkan</p> <p>selera</p> <p>makan</p> <p>5. Untuk</p> <p>memberikan</p> <p>informasi</p> <p>kepada</p> <p>keluarga diet</p> <p>yang tepat</p> <p>6. Untuk</p> <p>memberitahu</p> <p>kan gizi</p> <p>seimbang</p>
---	---	--

	<p>membantu</p> <p>memilih</p> <p>makanan</p> <p>yang dapat</p> <p>memenuhi</p> <p>kebutuhan</p> <p>gizi selama</p> <p>sakit</p> <p>9. Anjurkan</p> <p>perilaku</p> <p>hidup bersih</p> <p>dan sehat</p> <p>saat di rumah</p> <p>(mencuci</p> <p>tangan</p> <p>sebelum dan</p> <p>sesudah</p> <p>makan,</p> <p>mencuci</p> <p>tangan</p> <p>dengan sabun</p> <p>setelah dari</p> <p>kamar</p>	<p>untuk anak</p> <p>pada</p> <p>keluarga</p> <p>7. Agar</p> <p>keluarga</p> <p>lebih</p> <p>mengetahui</p> <p>cara</p> <p>memberikan</p> <p>amkanaan</p> <p>yang baik</p> <p>untuk anak</p> <p>dan</p> <p>menghindari</p> <p>jajanan yang</p> <p>mengandung</p> <p>pengawet</p> <p>8. Agar</p> <p>pemenuhan</p> <p>kebutuhan</p> <p>nutrisi anak</p> <p>dapat</p> <p>terpenuhi</p>
--	--	---

	mandi)	sesuai kebutuhanny a 9. Agar anak di jauhkan dari penyakit dan selalu hidup bersih
--	--------	---

4.1.7 Implementasi

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

Waktu	Hari/tanggal	Waktu	Hari/tanggal	waktu	Hari/tanggal
07.00	Kamis 22-08-2019		Jum'at 23-08-2019		Sabtu 24-08-2019
07.30-10.00	Timbang terima shift Melakukan bina hubungan saling percaya dengan keluarga dan pasien Hasil:	08.00-09.10	Timbang terima shift Mengajarkan pengaturan diet yang tepat untuk anak kepada orang tua/ibu Hasil: ibu pasien memahami	07.30-08.55	Timbang terima shift Jelaskan kebutuhan gizi seimbang pada anak Hasil: memberikan penjelasan

<p>Meperkenalkan diri kepada ibu pasien dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>Mengkaji status nutrisi anak</p> <p>Hasil: Diet makanan lunak (nasi tim, lauk, sayur dan buah) 3x/hari, minum ± 650 cc.</p> <p>Mengkaji adanya alergi makanan atau tidak</p> <p>Hasil: ibu pasien</p>	<p>pengaturan diet yang tepat untuk anak yaitu dengan cara memberikan makanan gizi seimbang</p> <p>Memberikan makanan sedikit tapi sering</p> <p>Hasil: pasien mau makan hanya habis 4 sendok makan saja</p> <p>Memonitor mual dan muntah</p> <p>Hasil: saat diberikan makanan pasien muntah 1 kali</p> <p>Memonitor berat badan</p>	<p>tentang kebutuhan gizi seimbang anak dengan memberikan makanan 4 sehat 5 sempurna</p> <p>Menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>Hasil: ibu pasien selalu mengusahakan anaknya makan makanan yang diberikan masih hangat</p> <p>Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>Hasil: Ibu pasien mengatakan</p>
---	--	--

	<p>mengatakan anakny tidak merasakan gatal –gatal saat diberikan makanan, pasien tidak mempunyai alergi</p> <p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil: Berat badan sebelum sakit 9kg dan pada saat sakit menjadi 9kg</p> <p>Memonitor mual dan muntah pada anak</p> <p>Hasil: Pasien Cuma</p>		<p>Hasil: berat badan 9kg,tidak ada kenaikan tetap</p> <p>Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi</p> <p>Hasil: Inj ondan 2×1 gram, inj ranitidin 2×1 gram,</p> <p>Memberikan makanan yang tinggi serat</p> <p>Hasil: menu yang diberikan ke pasien sudah ada sayur dan ada kuah tetapi pasien tidak mau memakan sayur</p>	<p>anakny makan dengan frekuensi 3 kali,dengan pori yang di habiskan setengah porsi makan.</p> <p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil: berat badan 9kg, tidak ada kenaikan tetap</p> <p>Memonitor mual dan muntah</p> <p>Hasil: pasien sudah tidak mual dan muntah</p> <p>Mengingatkan makan sedikit tapi sering</p>
--	---	--	---	--

<p>mau makan 2 sendok saja karena masih mual kalo makna banyak, pasien sehari muntah 3 kali</p> <p>Berikan makanan sedikit tapi sering</p> <p>Hasil: Pasien mau makan tetapi hanya habis 2 sendok makan saja</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk membantu memilih makanan yang</p>	<p>Menganjurkan menghindari makanan atau jajanan yang tidak sehat(misal mengandung pemanis buatan, pewarna buatan , pengawet dan penyedap)</p> <p>Hasil: ibu pasien memahami yang di jelaskan dan mau menghindari jajanan yang banyak pengawet buatan</p>	<p>Hasil: ibu pasien mengatakan pasien sudah mulai makan 3 kali dengan habis setengah porsi makan</p> <p>Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat saat di rumah (mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, mencuci tangan dengan sabun setelah dari kamar mandi)</p> <p>Hasil: saat di berikan edukasi ibu pasien memn=mahami nya dan mau</p>
---	--	---

dapat memenuhi kebutuhan gizi selama sakit					mengajarkan perilaku hidup bersih pada anaknya.
Hasil: Pasien mendapatkan diit nasi tim,n					

4.1.8 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan		
Hari/Tanggal	Hari/Tanggal	Hari/Tanggal
Kamis 22-08-2019	Jum'at 23-08-2019	Sabtu 24-08-2019
S: Ibu pasien mengatakan anaknya tidak makan ,makan 1 hari 3× tidak habis hanya 2 sendok makan O: keadaan umum: lemah Mukosa bibir kering,	S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan sedikit-sedikit,1 hari 3 kali tetapi tidak habis 4 sendok makan O: keadaan umum: cukup, mukosa bibir membaik TTV	S:Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan 3 kali sehari 6 sendok makan O: keadaan umum : baik, GCS 456, TTV Nadi: 108 ×/m

lemas,nafsu makan	Nadi : 110 x/m	RR: 25 x/m
menurun	RR: 26 x/m	Suhu: 36,7 °C
GCS:456	Suhu: 37,8°C	A:Risiko defisit nutrisi
TTV	A:Risiko defisit nutrisi	P:Intervensi dihentikan
Nadi: 115 x/m	P: Intervensi di lanjutkan	
RR: 28 x/m	1,2,3,4,5,6,7	
Suhu: 38°C		
A: Risiko defisit nutrisi		
Belum teratasi		
P:Intervensi dilanjutkan		
1,2,3,4,5,6,7		

4.2 Pembahasan

Pada sub ini berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus yang nyata. Bab ini juga membahas tentang masalah pada An.A antara kasus nyata dengan teori

4.2.1 Pengkajian

Hasil dari pengkajian yang bisa diketahui pasien risiko defisit nutrisi adalah di dapatkan pasien mengalami penurunan nafsu makan dikarenakan pasien tidak enak badan, saat badanya merasa

tidak enak untuk makanpun hanya sedikit habis dalam 2 sendok makan saja

Ketidakmampuan Kemampuan mencerna dan mengabsorpsi makanan dipengaruhi oleh adekuatnya fungsi organ pencernaan. Adanya peradangan saluran cerna dapat juga menimbulkan tidak adekuatnya kebutuhan nutrisi .(Wartonah, Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan, 2015)

Di lihat dari hasil pengkajian partisipan mengalami risiko defisit nutrisi karena ketidakmampuan mencerna dan mengabsorpsi nutrisi sehingga nutrisi dalam tubuh pasien berkurang.

Dari hasil penelitian di dapatkan pasien hanya makan 2 sendok makan, dan muntah habis makan muntah.

Pada tinjauan kasus, pengkajian dilakukan peneliti pada pasien yang mengalami typhoid dengan masalah risiko defisit nutrisi. Setelah dilakukan tindakan tirah baring, saat pemeriksaan ditemukan lidah nampak kotor, bibir lembab, konjungtiva pucat, nafsu makan menurun, terpasang infus pada tangan bagian kanan, pasien tampak lemah dilihat dari ekspresi wajahnya. Hasil observasi dari tanda-tanda vital pasien yaitu : Nadi : 84 × / menit; suhu : 38 °C ; RR : 24 ×/menit.

Gambaran umum menurut (SDKI 2017) setelah dilakuakn pengkajian atau observasi secara fisik pasien memiliki gangguan pada pola nutrisi. Masalah muncul pada pola nutrisi pasien yang

setelah didapat dari data obyektif dan subyektif pasien mengalami risiko defisit nutrisi, didapat dari ungkapan ibu pasien bahwa pasien mengalami ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi.

Berdasarkan teori yang ada dan hasil study penulis berasumsi bahwa pada anak typhoid yang memiliki masalah risiko defisit nutrisi ini berkaitan dengan faktor psikologis yang di picu oleh efek dari proses penyakit seperti batuk, sesak nafas, anak mudah lelah, dan gangguan pada indra pengecap sehingga anak tidak nafsu makan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ini diantaranya ialah mengkaji status nutrisi, mengkaji adanya alergi makanan/minuman, memonitoring berat badan , monitoring adanya mual dan muntah, serta melakukan observasi tanda-tanda vital.

Risiko defisit nutrisi adalah keadaan dimana individu yang mengalami kekurangan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolic. (Wilkinson Judith M. 2007)

Menurut peneliti berdasarkan fakta dan teori Risiko defisit nutrisi ditemukan saat pengkajian pada partisipan yaitu mual muntah, kurangnya nafsu makan anak, lemas, nyeri epigastrium, lidah kotor. Kemudian sebelum di bawa ke puskesmas pasien mengalami demam pada sore hingga malam hari dan merasa lemas.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Dari pengkajian didapatkan nafsu makan menurun, pasien makan hanya habis setengah porsi, setiap makan pasien mual dan muntah keadaan umum lemah, GCS 4/5, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan untuk mengabsorpsi makanan, pasien makan hanya habis setengah porsi, tanda-tanda vital suhu 38°C, nadi 115 x/m, pernafasan 28 x/m,

Risiko defisit nutrisi dengan etiologi yang sama yaitu di buktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan dengan proses yang sama yaitu disebabkan karena mual muntah setiap akan makan, nyeri epigastrium, mukosa bibir kering sehingga menyebarkan pasien lemas. Akibatnya pasien mengalami masalah risiko defisit nutrisi.

Menurut PPNI (2016) diagnosa keperawatan risiko defisit nutrisi yang di buktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan dan juga bisa berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (2016). Menurut ppni (2016) Karakteristik untuk mengakkan diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi adalah nyeri abdomen, penurunan nafsu makan, mukosa bibir kering dan mual muntah.

Risiko defisit nutrisi dengan etiologi yaitu berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dengan proses yaitu disebabkan mual muntah setiap akan makan, nyeri epigastrium,

mukosa bibir kering sehingga menyebabkan pasien tidak nafsu makan dari faktor tersebut menyebabkan pasien lemas. Akibatnya pasien mengalami masalah Risiko defisit nutrisi

4.2.1 Intervensi keperawatan

Pada perencanaan keperawatan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul. Pada tahap ini peneliti membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori. Dalam tujuan intervensi adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan pasien dapat terhindar dari risiko defisit nutrisi dengan kriteria hasil : mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, nafsu makan meningkat, porsi makan yang dibutuhkan meningkat, tidak terjadi penurunan berat badan dan frekuensi makan membaik.

Menurut peneliti berdasarkan ulasan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Pasien mendapatkan intervensi yang sama dengan teori. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan oleh penulis sudah sesuai dengan teori yang ada, namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena harus melihat kondisi yang ada di lapangan. Diberikan intervensi pertama Mengkaji status nutrisi anak untuk membantu dalam mengidentifikasi malnutrisi protein-protein

khususnya apabila bb kurang dari normal, intervensi kedua Mengkaji adanya alergi makanan atau tidak untuk mengetahui anak memiliki alergi pada makanan apa saja, agar pemenuhan nutrisi dapat terpenuhi sesuai anjuran, Intervensi ketiga Mengidentifikasi status nutrisi untuk mengetahui status nutrisi yang diberikan kepada pasien, Intervensi ke empat Memonitor Berat badan untuk mengetahui adanya peningkatan atau penurunan berat badan anak, Intervensi ke lima Memonitor muntah pada anak untuk mengetahui adanya mual dan muntah anak, Intervensi ke enam Mengobservasi tanda-tanda vital Untuk mengetahui keadaan anak, Intervensi ke tujuh Memberikan makanan sedikit tapi sering untuk meningkatkan nafsu makan anak, Intervensi ke delapan Mengkolaborasi dengan tim medis untuk memilih makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi selama sakit Agar pemenuhan kebutuhan nutrisi anak dapat terpenuhi sesuai kebutuhannya.

Intervensi yang diberikan membuahkan hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3×24 jam nafsu makan anak naik makan 1 porsi habis, keadaan umum membaik, berat badan tetap, tidak mual dan muntah.

Intervensi atau perencanaan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan setelah melakukan

diagnose keperawatan. Pada langkah ini perawat menentukan tujuan dan kriteria hasil bagi pasien untuk acuan yang digunakan pada saat melakukan evaluasi, dan merencanakan tindakan yang akan dilakukan pada pasien. Dari pernyataan tersebut dapat diketahui bahwa dalam membuat perencanaan harus mempertimbangkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Infeksi kuman pada saluran pencernaan dapat mengakibatkan produksi lambung berlebih sehingga menyebabkan mual muntah serta penurunan nafsu makan. Sehingga jika tidak di tangani akan menimbulkan masalah risiko defisit nutrisi .

4.2.2 Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut berdasarkan rencana keperawatan yang telah direncanakan. Implementasi merupakan fase perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Peneliti memberikan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan. Berdasarkan data diatas baik pasien dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan keadaan pasien dalam bentuk tindakan mandiri maupun kolaborasi, hal diatas sesuai dengan teori setiadi (2012)

Tindakan keperawatan yang direncanakan yaitu mengkaji status nutrisi pasien, mengkaji adanya alergi atau tidak, memberikan makan sedikit tapi sering, mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi berat badan.

Implementasi adalah pengelompokkan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi juga sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Menurut teori (Debora, 2013).

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat dipublikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang dilakukan pada pasien akan berbeda-beda, disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh pasien.

Implementasi yang diberikan kepada pasien 3×24 jam yaitu kaji status nutrisi anak, kaji adanya alergi makanan atau tidak, monitor berat badan, monitor mual dan muntah, mengobservasi tanda-tanda vital, berikan makanan sedikit tapi sering, kolaborasi dengan ahli gizi untuk membantu memilih makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi selama sakit.

Menurut peneliti implementasi ini, Intervensi yang paling efektif yang bisa mengatasi masalah risiko defisit nutrisi adalah

memberikan makanan sedikit tapi sering karena hal itu dapat meningkatkan nafsu makan anak, sehingga adanya peningkatan nafsu makan anak bisa mencegah terjadinya risiko defisit nutrisi.

4.2.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan pada hari pertama sampai hari terakhir perawatan pada hari pertama ibu pasien mengatakan anaknya tidak nafsu makan hanya habis 2 sendok makan, pada hari kedua pasien makan habis 4 sendok, pada hari ketiga pasien makan habis 6 sendok, pada hari ketiga pasien sudah membaik dan banyak gerak, tanda-tanda vital menunjukkan pasien sudah membaik.

Menurut (Padila, 2013) evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada evaluasi diharapkan pasien dapat menunjukkan peningkatan nafsu makan, mampu menghabiskan porsi makan, tidak ditemukan adanya mual muntah.

Hasil evaluasi pada partisipan pada hari terakhir sudah teratasi pasien sudah memenuhi kriteria hasil yang diberikan, nafsu makan membaik, pasien sudah mau makan seperti sebelum sakit. Pasien mau beraktifitas seperti biasa, sudah mau di

di dekati, keadaan umum membaik, tidak rewel dan nangis. Menurut Asmadi (2012) ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan.

1. Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standart yang telah ditentukan.
2. Tujuan tercapai sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian, yaitu jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
3. Tujuan tidak tercapai jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.