

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016).

Pengkajian keperawatan terhadap diare dimulai dengan mengenal keadaan umum dan perilaku bayi atau anak, keadaan umum bayi yang dapat diperiksa meliputi mengkaji dehidrasi seperti berkurangnya haluran urin, menurunnya berat badan, membran mukosa yang kering, turgor kulit yang jelek, ubun-ubun yang cekung, dan kulit yang pucat, dingin serta kering. Pada dehidrasi yang lebih berat gejala meningkat dehidrasi nadi, dan respirasi, menurunnya tekanan darah dan waktu pengisian ulang kapiler yang memanjang (>2 detik) dapat menunjukkan syok yang mengancam). Riwayat penyakit akan memberikan informasi penting mengenai kemungkinan agen penyebabnya seperti pengenalan makanan yang baru, kontak dengan agen yang menular, berwisata kedaerah dengan suseptibilitas tinggi, kontak dengan hewan yang diketahui sebagai sumber infeksi enterik. Riwayat alergi, penggunaan obat

dan makanan dapat menunjukkan kemungkinan alergi, terhadap makanan yang banyak mengandung, sorbitol dan fruktosa(misalnya jus apel).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Okja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah :

- a. Hipovolemia yang berhubungan dengan gangguan kekurangan volume cairan
- b. Diare berhubungan dengan Malabsorpsi
- c. Defisit nutrisi yang berhubungan dengan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi hiperperistaltik
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Diagnosa keperawatan pada anak Gastroenteritis dengan tindakan terapi relaksasi (kompres hangat) adalah : “Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi hiperperistaltik”

3. Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan PPNI (2019). Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit diare adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipovolemia	Hipovolemia pasien membaik setelah melakukan pengkajian pada waktu 2x24 jam : <ul style="list-style-type: none"> - perasaan lemah menurun - Keluhan haus menurun - Berat badan membaik - Membran mukosa meningkat - Intake cairan membaik 	Manajemen Hipovolemia Observasi : 1) Periksa tanda dan gejala 2) Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1) Hitung kebutuhan cairan 2) Berikan posisi trendelenburg 3) berikan asupan oral Edukasi : 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis 2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis 3) Kolaborasi pemberian cairan koloid
2.	Diare	Pasien membaik setelah melakukan pengkajian pada waktu 2x24 jam : <ul style="list-style-type: none"> - Diare menurun - Mual muntah berkurang - Nyeri berkurang 	Manajemen Diare Observasi: 1) Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal)

-
- 2) Identifikasi riwayat pemberian makanan
 - 3) Identifikasi gejala invaginasi
 - 4) Monitor warna, volume, frekwensi, dan konsistensi tinja.
 - 5) Monitor tanda dan gejala hipovolemia
 - 6) Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal
 - 7) Monitor jumlah pengeluaran diare
 - 8) Monitor keamanan penyiapan makanan

Terapeutik:

- 1) Berikan asupan cairan oral
- 2) Pasang jalur intravena
- 3) Berikan cairan intravena
- 4) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- 5) Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu

Edukasi:

- 1) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
-

-
- 2) Anjurkan menghindari makanan, pembentuk gas, pedas, dan mengandung lactose
 - 3) Anjurkan melanjutkan pemberian ASI

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas
- 2) Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik
- 3) Kolaborasi pemberian obat penguas feses.

3.	Defisit Nutrisi	Pasien membaik setelah melakukan pengkajian pada waktu 2x24 jam : <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan yang dihabiskan meningkat - IMT membaik - Berat badan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik - Membran mukosa mulut membaik 	Manajemen nutrisi Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 2) Monitor adanya mual muntah 3) Monitor kebutuhan kalori yang dikonsumsi sehari-hari 4) Monitor berat badan Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
----	-----------------	---	--

-
- 3) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - 4) Berikan makanan tinggi kalori dan protein
 - 5) Berikan suplemen makanan

Edukasi :

- 1) Anjurkan posisi duduk
- 2) Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan

4.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam pasien bisa menunjukkan hasil:	Manajemen Nyeri Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulititas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respn nyeri nonverbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
		<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri berkurang - Meringis menurun 	

-
- 6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitas istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologi

Kolaborasi :

Kolaborasi pemberian analgetik

5.	Intoleransi Aktivitas	Intoleransi aktivitas pasien membaik setelah	Manajemen Energi <i>Observasi :</i>
-----------	-----------------------	--	---

melakukan pengkajian
pada waktu 2x24 jam :
- Lesu menurun

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Terapeutik :

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- 2) Lakukan latihan rentanf gerak pasif atau aktif
- 3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi :

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi
 - 2) Kolaborasi cara meningkatkan asupan makanan
-

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016).

2.2. Konsep Gastroenteritis Pada Anak

1. Definisi Gastroenteritis

Diare adalah peningkatan frekuensi atau penurunan konsistensi feses. Diare pada anak dapat bersifat akut atau kronik (Carman, 2016) Diare merupakan gejala yang terjadi karena kelainan yang melibatkan fungsi pencernaan, penyerapan dan sekresi. Diare di sebabkan oleh transportasi air dan elektrolit yang abnormal dalam usus (Wong, 2009). Diare adalah peradangan pada lambung, usus kecil dan usus besar dengan berbagai kondisi patologis dari saluran gastrointestinal dengan manifestasi di sertai muntah-muntah atau ketidaknyaman abdomen (Muttaqin & Sari, 2011).

2. Etiologi

Etiologi diare dapat dibagi dalam beberapa faktor yaitu:

- a. Infeksi : Infeksi dari bakteri (Shigella, Salmonella, E.Coli, Gol. Vibrio, Bacillus cereus, Clostridium perfringens, Stafilokokus aureus, Campylobacter aeromonas), virus (rotavirus, Norwalk/ Norwalk like agent, Adenovirus, Protozoa, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Balantidium coli), dan parasit (cacing perut, Ascaris, Trichiuris, Strongyloides, jamur, Candida)
- b. Malabsorpsi : Kandungan nutrient makanan yang berupa karbohidrat, lemak maupun protein dapat menimbulkan intoleransi, malabsorpsi maupun alergi sehingga terjadi diare pada anak maupun bayi. Malabsorpsi terdiri dari karbohidrat yaitu disakarida (laktosa, maltosa, sukrosa) dan monosakarida (glukosa, fruktosa, galaktosa), lemak terutama Long Chain Triglycerida dan protein berupa asam amino, B lactoglobulin
- c. Makanan yaitu makanan basi, belum waktunya diberikan, keracunan berupa makanan beracun (bakteri: Clostridium botulinum, Stafilokokus) dan makanan campuran racun (bahan kimia) serta kwashiorkor, marasmus.
- d. Alergi dan Imunodefisiensi : alergi susu, alergi makanan, Cow's milk protein sensitive enteropathy dan imunodefisiensi dimana keadaan ini mungkin hanya berlangsung sementara, misalnya sesudah infeksi virus (seperti campak) atau mungkin yang berlangsung lama seperti pada penderita AIDS (Auto Imune Deficiency Syndrome). Pada anak immunosupresi berat, diare dapat terjadi karena kuman yang tidak patogen dan mungkin juga berlangsung lama.

- e. Penyebab lain (psikis) : Rasa takut, cemas, dan tegang, jika terjadi pada anak dapat menyebabkan diare kronis. Tetapi jarang terjadi pada anak balita, umumnya terjadi pada anak yang lebih besar.

3. Patofisiologi

Menurut Muttaqin & Sari (2011) secara umum kondisi peradangan pada gastrointestinal disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini menghasilkan peningkatan sekresi cairan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit. Mekanisme dasar yang menyebabkan diare meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Gangguan osmotik, kondisi ini berhubungan dengan asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa intestinal dan akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
- b. Respons inflamasi mukosa, terutama pada seluruh permukaan intestinal akibat produksi enterotoksin dari agen infeksi memberikan respons peningkatan aktivitas sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
- c. Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare, sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare.

Usus halus menjadi bagian absorpsi utama dan usus besar melakukan absorpsi air yang akan membuat solid dari komponen feses, dengan adanya gangguan dari gastroenteritis akan menyebabkan absorpsi nutrisi dan elektrolit oleh usus halus, serta absorpsi air menjadi terganggu.

Selain itu, diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Mikroorganisme tersebut berkembangbiak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare. Mikroorganisme memproduksi toksin. Enterotoksin yang di produksi agen bakteri (seperti *E. Coli* dan *Vibrio cholera*) akan memberikan efek langsung dalam peningkatan pengeluaran sekresi air ke dalam lumen gastrointestinal. Beberapa agen bakteri bisa memproduksi sitotoksin (seperti *Shigella dysenteriae*, *vibrio parahaemolyticus*, *clostridium difficilr*, *enterohemorrhagic E. Coli*) yang menghasilkan kerusakan sel-sel yang terinflamasi. Invasi enterosit dilakukan beberapa mikroba seperti *Shigella*, organisme *campylobacter*, dan enterovirus *E. Coli* yang menyebabkan terjadinya destruksi, serta inflamasi.

Pada manifestasi lanjut dari diare dan hilangnya cairan, elektrolit memberikan manifestasi pada ketidakseimbangan asam basa dan gangguan sirkulasi yaitu terjadinya gangguan keseimbangan asam basa (metabolik asidosis). Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bikarbonat bersama feses. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun dalam tubuh dan terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anoreksia jaringan. Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria/anuria) dan terjadinya pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler ke dalam cairan intraseluler.

Respon patologis penting dari gastroenteritis dengan diare berat adalah dehidra, pemahaman perawat sangatlah penting mengenai bagaimana patofisiologi dehidrasi dapat membantu dalam menyusun rencana intervensi sesuai kondisi individu. Dehidrasi adalah suatu gangguan dalam keseimbangan air yang disebabkan output melebihi intake sehingga jumlah air pada tubuh berkurang. Meskipun yang hilang adalah cairan tubuh, tetapi dehidrasi juga disertai gangguan elektrolit. Dehidrasi dapat terjadi karena kekurangan air (water deflection), kekurangan natrium (sodium deflection), serta kekurangan air dan natrium secara bersama-sama.

4. Manifestasi klinik

Menurut Kusuma (2016) Manifestasi klinis dapat di jadikan dua yaitu diare akut dan diare kronis:

a. Diare akut

- 1) Buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak dan nyeri perut
- 2) Nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut
- 3) Demam biasanya dalam menanggapi infeksi seperti virus atau infeksi bakteri atau peradangan karena penyakit

b. Diare kronik

- 1) Penurunan berat badan dan napsu makan
- 2) Demam biasanya dalam menanggapi infeksi seperti virus atau infeksi bakteri atau peradangan karena penyakit
- 3) Dehidrasi tanda-tandanya hipotensi takikardi, denyut lemah

5. Komplikasi

Menurut Suhayono dalam (Nursalam, 2011) komplikasi yang dapat terjadi dari diare akut maupun kronis, yaitu:

a. Kehilangan cairan dan elektrolit (terjadi dehidrasi)

Kondisi ini dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolic), karena:

- 1) Kehilangan natrium bicarbonate bersama tinja.
- 2) Walaupun susu diteruskan, sering dengan pencernaan dalam waktu yang terlalu lama
- 3) Makanan diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik adanya hiperstaltik.

b. Gangguan sirkulasi

Sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai muntah, maka dapat terjadi gangguan sirkulasi dara berupa renjatan atau syok hipovolemik. Akibat perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah sehingga dapat mengakibatkan perdarahan di dalam otak, kesadaran menurun, dan bila tidak segera ditolong maka penderita meninggal.

c. Hiponatremia

Anak dengan diare hanya minum air putih atau cairan yang hanya mengandung sedikit garam, dapat terjadi hiponatremi ($\text{Na} < 130 \text{ mol/L}$). Hiponatremi sering terjadi pada anak dengan Shigellosis dan pada anak malnutrisi berat dengan oedema. Oralit aman dan efektif untuk terapi darin hamper semua anak dengan hiponatremi. Bila tidak berhasil, koreksi Na dilakukan berasama dengan koreksi cairan rehidrasi yaitu: memakai Ringer Laktat.

6. Diagnosa

Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik dan mempertimbangkan riwayat medis pasien untuk menentukan penyebab diare. Dokter juga

dapat melakukan tes laboratorium untuk memeriksa sampel urin dan darah. Tes tambahan yang dapat dilakukan dokter untuk menentukan penyebab diare dan kondisi terkait lainnya, di antaranya adalah:

- a. Tes puasa untuk menentukan intoleransi makanan atau alergi
- b. Pemeriksaan radiologi untuk memeriksa peradangan dan kelainan struktural usus
- c. Kultur tinja untuk memeriksa bakteri, parasit atau tanda-tanda penyakit lainnya
- d. Kolonoskopi untuk memeriksa seluruh usus besar
- e. Sigmoidoskopi untuk memeriksa rektum (usus bagian akhir) dan usus besar bagian bawah untuk tanda-tanda penyakit usus

Kolonoskopi atau sigmoidoskopi sangat membantu untuk menentukan apakah Anda memiliki penyakit usus jika mengalami diare akut atau kronis.

7. Penatalaksanaan

Menurut Ngastiyah (2014) penatalaksanaan yaitu:

- Penatalaksanaan Medis.
 - a. Dehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan. Empat hal penting yang perlu diperhatikan.
 - 1) Jenis cairan: oral: pedialyte atau oralit, ricelyte. Parenteral: NaCl, isotonic, infuse RL
 - 2) Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan.
 - 3) Jalan masuk atau cairan pemberian :
 - Cairan per oral, pada pasien dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCl dan NaHCO₃, KCL, dan glukosa.

- Cairan parenteral, pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana saja. Mengenai beberapa banyak cairan yang diberikan tergantung dari berat ringan dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

4) Jadwal pemberian cairan

Diberikan 2 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian kembali status hidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan. Identifikasi penyebab diare. Terapi sistemik seperti pemberian obat anti diare, obat anti motilitas dan sekresi usus, antimetik.

b. Pengobatan dietetic

Untuk anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan: susu (ASI atau susu formula yang mengandung laktosa rendah ada asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM. Almiron atau sejenis lainnya). Makan setengah padat (bubur) atau makan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena dirumah tidak biasa. Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh.

2.3. Konsep Terapi Relaksasi (Kompres Hangat)

1. Pengertian Kompres Hangat

Pemberian kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya. Tujuannya adalah memperlancar sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, merangsang peristaltik usus, memperlancar pengeluaran getah radang (eksudat), memberikan rasa nyaman atau hangat dan

tenang. Pemberian kompres panas dilakukan pada klien dengan perut kembung, klien yang mengalami radang, kekejangan otot (spasmus), adanya abses (bengkak) akibat suntikan, tubuh dengan abses atau hematoma (Kusyati, 2006 pada Mujib, 2017)

2. Prosedur Kompres Hangat

Berikut adalah prosedur pemberian terapi kompres hangat (Kholid, 2013) :

a. Persiapan alat

- 1) Buli-Buli panas dan sarungnya
- 2) Termos berisi air panas
- 3) Termometer air panas
- 4) Lap kerja

b. Langkah prosedur

- 1) Persiapan alat
- 2) Cuci tangan
- 3) Lakukan pemasangan terlebih dahulu pada buli-buli panas dengan cara: mengisi buli-buli dengan air panas, kencangkan penutupnya kemudian membalik posisi buli-buli berulang-ulang, lalu kosongkan isinya. Siapkan dan ukur air yang diinginkan (50-60°C)
- 4) Isi buli-buli dengan air panas sebanyak kurang lebih setengah bagian dari buli-buli tersebut.
- 5) Letakkan atau tidurkan buli-buli di atas meja atau tempat datar.
- 6) Bagian atas buli-buli di lipat sampai kelihatan permukaan air di leher buli-buli
- 7) Kemudian penutup buli-buli di tutup dengan rapat/benar
- 8) Periksa apakah buli-buli bocor atau tidak lalu keringkan dengan lap kerja dan masukkan ke dalam sarung buli-buli
- 9) Bawa buli-buli tersebut ke dekat klien
- 10) Letakkan atau pasang buli-buli pada area yang memerlukan

- 11) Kaji secara teratur kondisi klien untuk mengetahui kelainan yang timbul akibat pemberian kompres dengan buli-buli panas, seperti kemerahan, ketidak nyamanan, kebocoran, dsb.
- 12) Ganti buli-buli panas setelah 30 menit di pasang dengan air panas lagi, sesuai yang di kehendaki
- 13) Bereskan alat-alat bila sudah selesai
- 14) Cuci tangan