

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### 4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

##### 4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah sakit umum umbu rara meha waingapu di kabupaten sumba timur, terletak di jalan adam malik no 51 kelurahan kambajawa, rumah sakit ini adalah rumah sakit tipe B yang terdiri dari 2 instalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari poli umum, poli bedah, poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan Kb, poli TB, dan poli mata. Instalasi rawat inap yaitu ruangan dahlia untuk penyakit dalam, ruangan anggrek untuk pasien anak, ruangan bogenvill untuk pasien bedah, ruangan kemuning untuk kebidanan, ruang perina untuk pasien bayi baru lahir dengan masalah kesehatan, ruang ICU untuk pasien emergency, ruang Vip dan utama untuk semua umur.

##### 4.1.2 Ruang Anggrek

Ruang anggrek adalah salah satu instalasi rawat inap rumah sakit umum umbu rara meha waingapu yang dikhususkan untuk pasien anak yang terdiri dari 14 ruangan yaitu 1 ruang observasi untuk kasus-kasus pasien gawat, 2 ruang vip, 1 ruang kelas 1, 1 ruang kelas 2, 2 ruang kelas 3, 1 ruang perawat, 2 ruangan iso untuk kasus-kasus penyakit menular, 1 ruang dapur, 1 ruangan petugas, 1 ruangan administrasi, dan 1 ruangan gudang.

### 4.1.3 Ketenagakerjaan

Tenaga kerja di ruangan Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu dengan penjabaran sebagai berikut.

Tabel 4.1 Ketenagaan Kerja Diruang Anggrek RSUD Umu Rara Meha Waingapu

Jenis tenaga	Jumlah
Perawat S1	5
Perawat Vokasi	13
Perawat Spk	8
Administrasi	3
Cleaning Service	4
Jumlah	35

## 4.2 Hasil penelitian

### 4.2.1 Pengkajian

#### 1. Identitas Pasien

Tanggal Pengkajian : 28 April 2024

No Rekam Medik : Xxxxx

Nama : An. E

Umur : 1 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Alamat : Km 8

Suku /Bangsa : Sumba/Indonesia

Diagnose Medis : Diare

#### **Nama Orang Tua**

Ayah : Tn .E

Ibu : Ny.E

**Pekerjaan**

Ayah : Petani  
Ibu : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Km 8  
Pendidikan : SD  
Agama : Kristen Protestan

**2. Keluhan Utama**

Diare

**3. Riwayat penyakit sekarang**

Ibu pasien datang di IGD rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu pada tanggal 28 April 2024 jam 00:00 wita, dengan keluhan anaknya menceret 10 kali dalam sehari dengan konsistensi encer tambah ampas dan tidak berlendir dan berdarah . dan pada tanggal 26 April ada riwayat mual muntah , ibu pasien mengatakan karena anaknya konsumsi daging dan jajanan ringan dan tidak mau makan selama 1 hari yang lalu sebelum dibawa ke rumah sakit.

**4. Riwayat Kesehatan masa lalu****a. Anamnesis**

An. E merupakan anak ke tiga dan selama hamil ibu pasien mengatakan melakukan pemeriksaan rutin di puskesmas waingapu kurang lebih 7 kali .Dan selama hamil ibu pasien mengatakan tidak pernah sakit yang pernah di derita rasa mual dan muntah dan edema pada kaki .Dan selama hamil ibu pasien mengatakan obat yang diminum yaitu tablet tambah darah dari bidan

b. Intranatal

Ibu pasien mengatakan bersalin di rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu. persalinan di tolong oleh bidan dan dokter . Ibu pasien mengatakan An.E lahir dengan normal.

c. Post natal

3. Lama pemberian ASI

Ibu pasien mengatakan lama pemberian ASI An.E sampai saat ini masih memberikan ASI

4. Usia mendapat MP ASI

Ibu An.E mengatakan anaknya mendapat MP-ASI usia 6 bulan

5. Penyakit waktu kecil

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada penyakit dari umur 0 bulan

6. Pernah dirawat di rumah sakit

Ibu pasien mengatakan sebelumnya anaknya belum pernah rawat di rumah sakit

7. Obat -obatan yang pernah digunakan

Ibu pasien mengatakan tidak ada obat obatan yang digunakan

8. Tindakan medis yang pernah di alami

Ibu pasien mengatakan tidak ada tindakan medis yang pernah dialami oleh anaknya

9. Alergi

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada alergi, baik obat-obatan maupun makanan.

## 10. Riwayat kecelakaan

Ibu pasien mengatakan tidak ada Riwayat kecelakaan

## 11. Riwayat kesehatan sebelumnya

## a. Riwayat kesehatan ibu

Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yng di deritanya

## b. riwayat kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit menular seperti Tbc

## 12. Riwayat status Nutrisi

Ibu pasien mengatakan An. E pertama kali diberikan ASI pada usia 0 bulan sampai pemberian saat ini. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak diberikan susu formula .Pada usia 0-6 jenis nutrisi yang diberikan yaitu ASI. Dan pada usia 6 bulan sampai dengan saat ini jenis nutrisi yang diberikan yaitu bubur. Sedangkan saat ibu pasien mengatakan anaknya selama sakit selera makan menurun dan minum air putih kurang .makanannya hanya ASI . Status cairan An. E minum ASI .

## 13. Riwayat imunisasi

Tabel 4.2 Riwayat imunisasi

Umur	Vaksin	Tempat	Area penyuntikan
0-11 bulan	BCG, 1x.0,05cc	RSUD	Lengan kanan atas (IC)
0-11 bulan	DPT/HB 123	Posyandu	Paha tenga luar (IM)
2-11 bulan	Polio 2 tetes	Posyandu	Diteteskan dmulut
9 bulan sampai 1 tahun	Campak 1x Hepatitis B	Posyandu	Lengan kiri atas (SC) Paha lengn luar (IM)

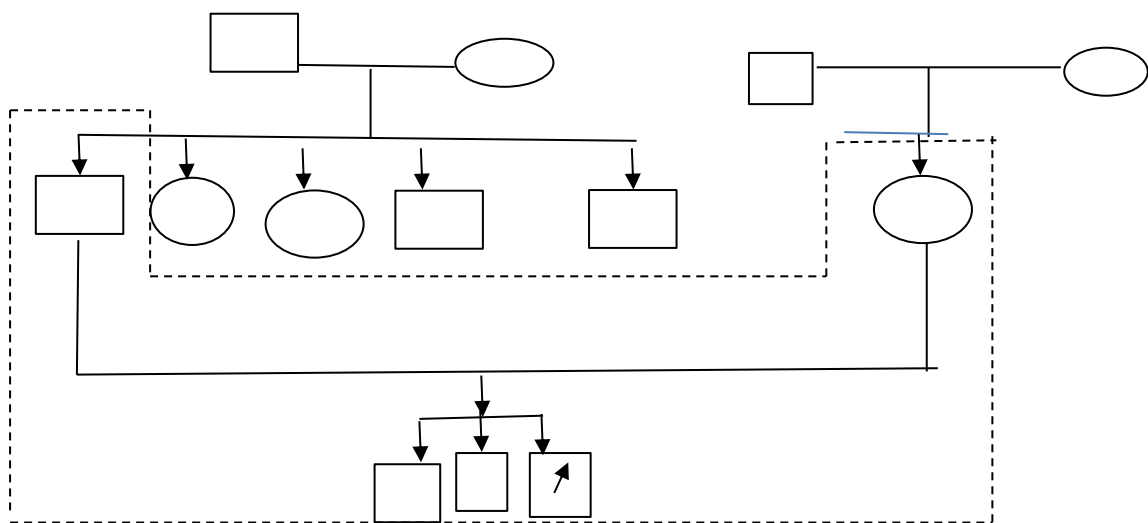
## 14. Tumbuh Kembang Anak

Riwayat tumbuh kembang An .berat badan : 10 kg ,tinggi badan :70 cm ,

TB : 77 LK : 42 cm ,LL : 14 cm An E sudah tumbuh gigi .

Perkembangan tiap tahun yaitu An.E berguling pada saat usia 4 bulan belum bias duduk,An E merangkak pada usia 7 bulan,pada usia 1 tahun pasien sudah bisa jalan ,berbicara berbatah-batah , Pada usia 5 bulan senyum kepada orang lain pertama kali , An.E belum bisa berpakaian sendiri harus dengan bantuan.

### 15. Genogram



#### Keterangan:

○ : perempuan

□ : laki-laki

↗ : pasien

⊗ ⊘ : Anggota keluarga yang meninggal

| : garis keturunan

— : hubungan

-----: tinggal serumah

- I. Orang yang mengasuh : ibu dan bapak An E Orang tua kandung
- II. Hubungan dengan teman sebaya

Ibu pasien mengatakan anak sering bermain dengan kaka dan ibu bapaknya.

### III. Pembawaan secara umum

Tidak ada pembawaan

### IV. Lingkungan rumah

Ibu pasien mengatakan tinggal di lingkungan rumah yang bersih dan nyaman

## 11. Kebutuhan Dasar

### 1. Nutrisi:

Makan & minum

Tabel 4.3 Kebutuhan dasar

Sebelum masuk Rs	Sesudah masuk Rs
Ibu pasien mengatakan sebelum sakit An E selera makan membaik .di Rumah anak An. E disuapi oleh ibunya makan bubur 3x/ sehari dengan 1 porsi bubur dihabiskan An.E di rumah minum AS Idanair putih Dengan Frekuensi 4-8 gelas	Ibu pasien mengatakan pada saat dirumah sakit selera makanya menurun karena tidak terlalu suka makan yang diberikan oleh rumah sakit dan minum air putih berkurang An. E hanya minum ASI.

### Istirahat dan tidur

ibu pasien mengatakan sebelum sakit istirahat pada siang hari tidak teratur sedangkan pada malam hari 19.00 sudah mulai tidur dan memiliki kebiasaan tidur sebelum tidur selalu disusui oleh ibunya. tidak memiliki keselitan tidur. Sesudah masuk rumah sakit istirahat tidur pada siang hari terganggu ,tidak teratur, pada malam hari tidak teraur, tidak ada kenyamanan pasien keselitan tidur karena selalu BAB.

### 2. Personal hygiene

Selama sakit belum perna dimandii oleh ibunya .Selam sakit kesulitan pergerakan tubuh terhalang oleh infus .Tetapi An. E 2 x/ hari(dilap

oleh ibunya) dan Ganti pakian 2x/hari

### 3. Aktivitas bermain

Ibu pasien mengatakan anaknya sebelum sakit adalah anak yang ceria dan gemar bermain, namun sejak masuk rumah sakit anak sering menangis dan Sebagian aktivitasnya hanya terbaring ditempat tidur.

### 4. Eliminasi

Ibu pasien mengatakan anaknya selama BAB menggunakan pempers 8x/hari konsistensi cair+ ampas ,BAK > 3x sehari dengan warna kuning pekat

### 5. Pemeriksaan Fisik

#### a. Keadaan Umum : sedang

Tanda -Tanda Vital

S : 36.6 c

N : 130 x/menit

SPO2 : 100%

#### b. Kepala: simetris, tidak ada benjolan ataupun luka

#### c. Rambut: warna hitam tiak terlalu tebal dan tidak ada benjolan

#### d. Mata: mata tampak cowong, tampak simetris, konjungtiva pucat penglihatan baik.

#### e. Telinga: telinga anak simetris, tidak ada nyeri tekan

#### f. Hidung: hidung tampak bersih tidak ada secret dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

#### g. Mulut: warna bibir pucat, mukosa bibir kering, mulut kemerahan, lidah tampak keputihan.



h. Leher

tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjer tiroid.

i. Dada

Paru -paru

Inspeksi : terdapat retraksi dinding dada, irama napas cepat

Palpasi : RR 32x/menit

Perkusi : sonor

Auskultasi : tidak terdengar bunyi ronchi

Jantung

Inspeksi : tidak tampak ictus cordis

Palpasi : tidak ada pembesaran jantung

Perkusi : pekak

Auskultasi: bunyi jantung S1, S2, regular dan tidak ada suara napas tambahan.

j. Abdomen

Inspeksi : bentuk datar

Auskultasi : bising usus 14x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri abdomen

Perkusi : terdengar bunyi timpani

k. Genetalia

Jenis kelamin laki-laki tidak ada kelainan , tampak kemerhan pada daerah anus

### I. Ekstremitas

An. E Atas Ekstremitas Terpasang infus kaon 16ml/ jam pada tangan

kiri. Ekstremitas Bawah Tidak ada kelainan gerak

### m. Kulit

Tampak sawo matang dan lembab, akral dingin

## 6. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.4 Hasil Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	9.2	g/dL	11.3 -14. 1
Hematokrit	30.0	%	33.0 – 45.0
Lekosit	9.91	1. Ribu/ul	2. 4.50 – 14.50
Trombosit	568	3. Ribu/ul	4. 150 – 450
Eriktrosit	5.98	5. Ribu/ul	6. 3.80 – 5.80
MCV/MCH /MCHC		7.	8.
MCV	50.2	9. FI	10. 74.0 – 102 – 0
MCH	15.4	11. pg	12. 23. 0 -31.0
MCHC	30.7	13. g/dL	14. 28.0 -32.0
RDW	21.0	15. %	16. 11.5 – 14.5
HITUNG JENIS		17.	18.
Basophil	0.3	19. %	20. 0.0-1.0
Eosinofil	2.9	21. %	22. 0.0-4.0
Segmen	17.5	%	29.0 – 72.0
Limfosit	70.6	%	33,0 -48.0
Monosit	8.7	%	1.0- 6.0
Malaria	NEGATIF	-	Negatif

## 7. Terapi

1. Infus Kaon 3b 16mi/jam
2. Zink 1x20 mg
3. L bio 1x1 sachet
4. oralit 50-100 cc
5. paracetamol 110 mg/6 jam bila demam

### A. Klasifikasi data

## Klasifikasi Data Pada An.E. Di Ruangan Anggrek RSUD Umbu Rara Meha

Waingapu.

Tabel 4.5 klasifikasi data

No	Data subyektif (DS) ibu pasien mengatakan anaknya bab 10 dalam sehari encer tambah ampas encer dan tambah ampas An. E sebelum dibawah kerumah sakit anak mual dan muntah <3 x dan pada saat dirumah sakit pasien nafsu makan menurun dan minum air putih menurun	Data (Data Obyektif ) Pasien tampak lemas Mukosa bibir kering, Turgot kulit tidak elastis , mata cekung. Kesedaran umum : komposmentis Tanda-tanda vital S : 36,7 <sup>0C</sup> N : 134 X/ menit SPO2 : 100% BB : 10 kg
----	---	---

### B. Analisa data

Analisa Data Pada An. E Di Ruangan Anggrek RSUD Umbu Rara Meha

Waingapu

Tabel. 4.6 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : ibu pasien mengatakan anaknya BAB 10 dalam sehari encer tambah ampas encer DO: Pasien tampak lemas, Mukosa bibir kering, Turgot kulit tidak elastis , mata cekung. Kesedaran umum : komposmentis	Proses infeksi	Diare

	<p>Tanda-tanda vital  S : 36,7 °C  N : 134 X/ menit  SPO2 : 100%  BB : 10 kg</p>		
2	<p>DS :  Sebelum dibawah kerumah sakit anak mual dan muntah &lt;3 x. Dan pada saat dirumah sakit pasien nafsu makan menurun dan minum air putih menurun</p> <p>DO:  Pasien tampak lemas, Mukosa bibir kering, Turgot kulit tidak elastis , mata cekung.  Kesedaran umum : komposmentis  Tanda-tanda vital  S : 36,7 °C  N : 134 X/ menit  SPO2 : 100%  BB : 10 kg</p>	<p>Kehilangan Cairan aktif</p>	<p>Hipovolemia</p>

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian dari ibu pasien mengatakan anaknya bab 10 dalam sehari encer tambah ampas encer dan

tambah ampas An. E sebelum dibawah kerumah sakit anak mual dan muntah <3 x. Dan pada saat dirumah sakit pasien nafsu makan menurun dan minum air putih menurun dari data diatas diangonsa keperwatan yang muncul yaitu Diare berhubungan dengan malaborsi Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif .

#### 4.2.3 Perencanaan

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnose	Tujuan	Intevensi
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.kontrol pengeluaran feses meningkat</li> <li>2. nyeri abdomen menurun</li> <li>3.konsistensi feses membaik (L.04033)</li> </ol>	<p>Manajemen Diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab diare</li> <li>2. Identifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>3. Monitor, warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</li> <li>4. Monitor tnda dan gejala hipovolemia</li> <li>5. Monitor iritasi kulit di daerah perinial</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral (mis, larutan gula garam,oralit)</li> <li>2. Pasang jalur intravena</li> <li>3. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>2. Anjurkan menghindari makan yang berbentuk gas,dan pedas</li> <li>3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI</li> </ol> <p>Kalaborasi</p>

			Kalaborasi pemberian obat antimotilitis mberia
2	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0024)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Turget kulit membaik</li> <li>2. Output urine membaik</li> <li>3. Berat badan membaik</li> <li>4. Perasaan lemah membaik</li> <li>5. Keluha haus membaik</li> <li>6. Intake cairan membaik</li> <li>7. Membrane mukosa membaik</li> </ol> (L.03028)	Manajemen hipovolemia (L.03116) Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah meningkat, tekanan nadi menyempit, turget kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</li> <li>2. Monitor output dan intake cairan</li> </ol> Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>2. Berikan asupan cairan oral</li> </ol> Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ol> Kalaborasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kalaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCl, RL)</li> <li>2. Kalaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5% NaCl, 0,4%)</li> <li>3. Kalaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin, plasmanate)</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kalaborasi pemberian produk darah</li> </ol>

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan

Dx	Hari/ tanggal	Jam	Implementasi dan Respon
Diare berhubungan dengan proses infeksi	Senin 28 April 2024	08: 10 Wita  08:20  08: 40  09:00  09.10  10:00  10:15  10:40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab diare Ibu pasien mengatakan ankaya makan daging dan roti</li> <li>2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan ibu pasien mengatakan anaknya diberikan pada pagi hari</li> <li>3. Memonitor, warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja. Warna kuning 10 kali dalam sehari dengan konsistensi cair</li> <li>4. Memonitor tanda dan gejala hipovolemia Memiliki tanda hipovolemia seperti mata cekung kulit tidak elastis , membran mukosa kering</li> <li>5. Monitor iritasi kulit di daerah perinial Terdapat warna kemerahan</li> <li>6. Memberikan asupan cairan oral (mis, larutan gula garam, oralit) Telah memberikan oralit 50-100 cc</li> <li>7. memasang jalur intravena telah memasang infus Kaon 3b 16ml/jam dibagian ekstremitas kanan atas</li> <li>8. mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> <li>9. menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>10. menganjurkan menghindari makan yang berbentuk gas, dan pedas</li> <li>11. menganjurkan melanjutkan pemberian ASI</li> </ol>
Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	Selasa 29 April 2024	13: 00 Wita  13:10  13:15  13: 40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah meningkat, tekanan nadi menyempit, turget kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) terdapat mukosa kering</li> <li>2. Monitor output dan intake cairan Mukosa bibir lembab</li> <li>3. menghitung kebutuhan cairan 16 ml/ jam</li> <li>4. memberikan asupan cairan oral</li> </ol>

		14:00	5. menganjurkan memperbanyak minum minuman sudah diberikan sedikit tapi sering
		14: 20	6. melakukan edukasi kepada keluarga tentang personal hygiene mencuci tangan sebelum dan sesudah makan
			7. mengganti popok setiap mencret
Diare berhubungan dengan proses infeksi	Rabu 30 April 2024	08: 10 Wita	1. Mengidentifikasi penyebab diare Ibu pasien mengatakan ankaya makan daging dan roti
		08:20	2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan ibu pasien mengatakan anaknya diberikan pada pagi hari
		08: 40	3. Memonitor,warna,volume,frekuensi dan konsistensi tinja. Warna kuning10 kali dalam sehari dengan konsistensi cair
		09:00	4. Memonitor tnda dan gejala hipovolemia Memiliki tanda hipovolemia seperti mata cekung kulit tidak elastis
		09.10	,membran mukosa kering
		10:00	5. Monitor iritasi kulit di daerah perinial Terdapatwarna kemerahan
		10:15	6. Memberikan asupan cairan oral (mis, larutan gula garam,oralit) Telah memberikan oralit 50-100 cc
		10; 40	7. memasang jalur intravena telah memasang infus Kaon 3b 16mil/jam dibagian ekstramitas kanan atas
			8. mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
			9. menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap
			10. menganjurkan menghindari makan yang berbentuk gas,dan pedas
			11. menganjurkan melanjutkan pemberian ASI

#### 4.2.5 Evaluasi

Tabel .4.9 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Evaluasi		
	Hari pertama	Hari kedua	Hari ketiga



<p>Diare berhubungan dengan proses infeksi</p>	<p>S: ibu mengatakan anaknya masih BAB 10 kali dalam sehari berbentur encer tambah ampas  O : An. E tampak rewel pasien masih tidak mau minum mata cekung turgot kulit masih tidak elastis pasien tampak lemas  Tanda-tanda vital  Suhu : 36.7<sup>oC</sup>  Nadi : 134 x/menit  Pernapasan: 26x/ menit  Berat badan : 10 kg  Tinggi badan : 77 cm  A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan</p>	<p>S : ibu mengatakan anaknya BAB mulai berkurang 6 kali dalam sehari berbentur encer tambah ampas .Dan ibu mengatakan anaknya sudah memberikan minum sedikit tapi sering  O : Pasien masih sedikit rewel, pasien sudah mulai minum, Turgot kulit mulai membaik, mata tampak cekung, masih sedikit Lemas  Tanda -tanda vital  Suhu : 36.7<sup>oC</sup>  Nadi : 134 x/menit  Pernapasan 26x/ menit  Spo2 : 100 %  Berat badan : 10 kg  Tinggi badan : 77 cm  A : masalah belum terasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan</p>	<p>S : ibu mengatakan anaknya BAB 1 kali dalam sehari  O :Tnda-tanda vital  Suhu : 36.7<sup>oC</sup>  Nadi : 134 x/menit  Pernapasan 26x/ menit  Spo2 : 100 %  Berat badan : 10 kg  Tinggi badan : 77 cm  A: Masalah teratasi  P: Intervensi dilanjutkan dirumah  1.mencuci tangan sebelum dan sesudah makan  2. minum obat dengan teratur  3. makan makan yang bergizi  4. minum air putih sedikit tapi sering</p>
--	--	--	---

<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0024)</p>	<p>S: ibu mengatakan anaknya masih BAB 10 kali dalam sehari berbentur encer tambah ampas dan mual muntah  O: An. E tampak rewel pasien masih tidak mau minum, tampak lemas mata cekung, turgot kulit masih tidak elastis pasien tampak lemas suhu: 36,7<sup>C</sup></p> <p>Nadi : 134 x/menit  Pernapasan 26x/ menit  Berat badan : 10 kg  Tinggi badan : 77 cm  A : masalah belum terasi  P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>2. Monitor output dan intake cairan</li> <li>3. menghitung kebutuhan cairan</li> <li>4. memberikan asupan cairan oral</li> <li>5. menganjurkan memper banyak minum</li> </ol>	<p>S : ibu mengatakan anaknya BAB mulai berkurang 6 kali alam sehari berbentur encer tambah ampas dan pasien tidak mual dan muntah .Dan ibu mengatakan anaknya sudah memberikan minum sedikit tapi sering  O : Pasien masih sedikit rewel, pasien sudah mulai minum, Turgot kulit mulai membaik, mata tampak cekung, masih sedikit Lemas  Tanda – tanda vital  Suhu : 36.7<sup>0C</sup>  Nadi : 134 x/menit  Pernapasan 26x/ menit  Spo2 : 100 %  Berat badan : 10 kg  Tinggi badan : 77 cm  A : masalah belum terasi sebagian  P : intervensi</p>	<p>S : ibu mengatakan anaknya BAB 1 kali dalam sehari</p> <p>O :Tanda-tanda vital  Suhu : 36.7<sup>0C</sup>  Nadi : 134 x/menit  Pernapasan 26x/ menit  Spo2 : 100 %  Berat badan : 10 kg  Tinggi badan : 77 cm  A: Masalah teratasi  P: Intervensi dilanjutkan dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.mencuci tangan sebelum dan sesudah makan</li> <li>2. minum obat dengan teratur</li> </ol>
--	---	--	--

### 4.3 PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas dan menjelaskan yang terjadi antara praktik dan teori. Dimana dalam Laporan tugas akhir penulis mengambil kasus pada pasien Diare di Ruangan Anggrek RSUD Umu Rara Meha Waingapu. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 28 Mei sampai 30 Mei 2024, meliputi pengkajian, diagnosa, implementasi dan evaluasi.

#### 4.3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Mei jam 08.20 Wita, di Ruangan Anggrek RSUD Umu Rara Meha Waingapu dari hasil pengkajian ditemukan An. E berusia 1 tahun 3 bulan dengan diagnose medis diare.

Keluhan Utama : ibu pasien mengatakan anaknya 10 BAB kali dalam sehari berbentuk encer tambah ampas

Riwayat penyakit sekarang : Ibu pasien datang di IGD rumah sakit umum daerah umu rara meha waingapu pada tanggal 28 Mei 2024 jam 00:00 wita, dengan keluhan anaknya menceret 10 kali dalam sehari berbentuk encer tambah ampas dan tidak berlendir dan berdarah. dan pada tanggal 26 Mei ada riwayat muntah, ibu pasien mengatakan karena anaknya konsumsi daging dan jajan makan ringan dan tidak mau makan selama 1 hari yang lalu sebelum dibawa ke rumah sakit. Pada hasil pemeriksaan An. E BAB 10 kali dalam sehari berbentuk encer tambah ampas, mukosa bibir kering, mata tampak cekung, mukosa bibir kering, kulit tidak elastis Tanda – tanda vital Suhu : 36.6 °C Nadi : 134 x/menit, Pernapasan 26x/ menit, SPO2 : 100 %

Berdasarkan hasil yang ditemukan diatas, menurut Wijayaningsih ( 2013) yang menjelaskan manifestasi klinis diare pada anak yaitu anak cengeng gelisah , nafsu makan berkurang , sering buang air besar dengan konsistensi cair atau encer , terdapat tanda – tanda dehidrasi , kulit tampak elastis , mata cekung , membrane mukosa kering,dan pasien sangat lemas.

Dari Hasil penelitian tersebut penulis melakukan analisa data sehingga dapat merumuskan masalah keperawatan yaitu diare berhubungan dengan proses infeksi dan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Hal ini sejalan dengan penelitian menurut Rosyidahinayatur, (2019) yang menyatakan bahwa diare adalah suatu penyakit dengan adanya tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi dari tinja, yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar biasanya tiga kali atau lebih dalam sehari. Diare diartikan sebagai suatu keadaan dimana terjadinya kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi buang air besar satu kali atau lebih dengan bentuk encer atau cair. Pada pasien dalam studi kasus ini didapati anak BAB lebih dari 3 kali sehari.

#### 4.3.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan nurarif dan kusuma (2016) dan menunjukan standar diagnosa keperawatan PPNI ( 2017 ) terdapat diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diare yaitu diare berhubungan dengan proses infeksi dan hipovolemia berhubungan kehilangan cairan aktif .Dari hasil

pengkajian ditemukan data Subjektif BAB 10 kali dalam sehari dengan konsistensi encer tambah ampas dan pasien lemas. Data Objektif ditemukan Subjektif BAB 10 kali dalam sehari dengan konsistensi encer tambah ampas mukosa bibir kering, mata tampak cekung, mukosa bibir kering, kulit tidak elastis, tanda – tanda vital Suhu : 36.6 °C Nadi : 134 x/menit, Pernapasan 26x/ menit, SPO2 : 100 %

Pada penderita diare menjadi peningkatan tekanan osmotik dalam usus sehingga terjadi pergeseran cairan dan elektrolit dalam rongga usus. Perubahan dalam kapasitas usus menyebabkan gangguan fungsi usus dalam mengabsorpsi (penyerapan) cairan dan elektrolit (cairan disekresi lebih banyak dari kapasitas absorbs atau adanya kegagalan absorbs). Ketika hal itu terjadi frekuensi BAB meningkat sehingga mengakibatkan hilangnya cairan dan elektrolit berlebihan dalam feses, maka gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit akan terjadi hingga mengakibatkan kekurangan volume cairan.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan tercantum pada pasien menurut teori penulisan diagnosa pada SDKI PPNI). Berdasarkan data tersebut maka penulis berasumsi terdapat dua diagnosa yaitu Diare berhubungan dengan proses infeksi dan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Hal ini sejalan dengan penelitian menurut Rosyidahinayatur, (2019) yang menyatakan bahwa diare adalah suatu penyakit dengan adanya tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi dari tinja, yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar biasanya tiga kali atau lebih dalam sehari. Diare

diartikan sebagai suatu keadaan dimana terjadinya kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi buang air besar satu kali atau lebih dengan bentuk encer atau cair. Pada pasien dalam studi kasus ini didapati anak BAB lebih dari 3 kali sehari.

#### 4.3.3 Intervensi Keperawatan

Menurut panduan SIKI PPNI (2018) intervensi keperawatan harus memuat 4 komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi, dan menggunakan panduan SLKI (PPNI, 2019). Maka intervensi yang sesuai dengan panduan PPNI tersebut ialah sebagai berikut : Intervensi dan kriteria hasil pada diagnosa keperawaan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status cairan pasien membaik ( L. 03114 ) dengan kriteria hasil turgor kulit membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, membrane mukosa membaik, intake cairan membaik, output urine meningkat, dengan intervensi observasi : periksa tanda dan gejala hypovolemia ( missal frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun,haus,lemah), monitor intake dan output cairan, terapeutik : hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral, edukasi : anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, anjurkan menghindari posisi mendadak, kolaborasi : kolaborasi pemberian cairan

Penulis melakukan tindakan manajemen Hipovolemia ini karena didukung oleh hasil penelitian (Kayrus and Latifah 2019) bahwa

manajemen Hipovolemia merupakan salah satu cara penanganan diare yang tepat. Dengan memberikan edukasi pasien bahwa dengan penatalaksanaan yang tepat maka BAB cair dapat berkurang dan komplikasi akibat diare dapat dicegah, Edukasi kepada anggota keluarga mengenai faktor resiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan perilaku hidup bersih sehat, edukasi kepada keluarga untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit diare, dengan cara cuci tangan setiap sebelum makan dan setelah dari kamar mandi, memberikan asupan cairan oral, serta berkolaborasi untuk pemberian obat seperti pemberian oralit, Zinc , L-Bio sachet 2x1

#### 4.3.4 implementasi

Implementasi yang dilakukan pada pasien pada tanggal 28 mei 2024 Implementasi pada diagnosa hipovolemi dengan kehilangan cairan aktif yang dilakukan ialah kaji tanda – tanda vital pasien, kaji tanda-tanda dehidrasi, kaji intake dan output cairan, anjurkan keluarga untuk memberikan minum sedikit tapi sering, dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dan cairan, dan oralit.

Sejalan dengan penelitian sebelumnya (Yuliana & Setiyawan, 2017). Implementasi yang dilakukan adalah manajemen hipovolemia tindakan lain yang dilakukan yaitu pemberian terapi cairan yang bertujuan untuk mengatasi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada tubh (Hidayatulloh, 2016). Implementasi lain adalah pemberian infus KA –EN 3B yang merupakan cairan intravena yang diberikan untuk menyalurkan atau memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien dengan

kondisi asupan makanan tidak cukup atau tidak dapat diberikan melalui oral.

Menurut (Nursalam, 2013) Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta permasalahan kesehatan yang dimiliki pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan. Implementasi dilakukan mengenai intervensi yang telah dilaksanakan atau diatur. Tindakan manajemen hipovolemia yang diberikan pada pasien dilakukan selama 3 hari, yang dimulai pada tanggal 28-30 Mei 2024. Dari pelaksanaannya, BAB An. E berangsur. Hari pertama BAB An. R berkurang menjadi 10 x sehari, hari kedua menjadi 5 x sehari dan hari ketiga menjadi 2 x sehari.

#### 4.3.5 Evaluasi

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).

Evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 x 24 jam didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning). Pada diagnosa Diare berhubungan dengan proses infeksi dan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, evaluasi yakni Subjective : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak diare, BAB sudah



tidak cair. Objective : Kulit sudah tidak tampak kemerahan, suhu 36,8oC, nadi 110x/menit, An.F tampak tenang, mukosa bibir lembab. Assesment : Masalah teratasi. Planning : dilanjutkan dirumah.