

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang proses asuhan keperawatan anak pada pasien An.G dengan diagnose medis Diare,di Ruangan Anggrek Rumah Sakit Umum Umbu Rara Meha Waingapu meliputi pengkajian,diagnosa keperawatan,perencanaan,pelaksanaan,dan evaluasi.

4.1 Gambaran Lokal Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokal Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu terdapat di Kabupaten Sumba Timur. Terletak di jalan adam malik no 51 kelurahan kambajawa, Rumah sakit ini adalah rumah sakit yang terakreditasi paripurna dengan nilai B yang terdiri dari 2 intalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat nginap. Instalasi rawat jalan terdiri dari poli penyakit paru, poli saraf, poli penyakit dalam, poli bedah, poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan KB, poli VCT, poli mata, dan poli gizi. Istalasai rawat inap yaitu ruangan dahlia untuk penyakit dalam, ruangan anggrek untuk pasien anak, ruangan bougenville untuk pasien bedah, ruangan kemuning untuk kebidanan, ruangan perina untuk pasien bayi baru lahir dengan masalah Kesehatan, ruangan ICU untuk pasien emergency, ruangan vip dan utama untuk semua umur.

4.1.2 Ruang Anggrek

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

4.1.3 Ketenagaan

Tenaga kerja di ruang anggrek rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu dengan penjabaran sebagai berikut :

Tabel 4.1.3 Ketenagaan kerja diruangan anak rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu bulan juli 2024

Jenis tenaga	Jumlah
Perawat S1	5
Perawat vokasi	15
Perawat SPK	8
Administrasi	3
Cleaning service	4
jumlah	25

Sumber : ruang anak Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu,juli 2024

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Data umum pasien

Data umum dalam pengkajian ini adalah terdiri dari data umum, jenis kelamin, Tingkat Pendidikan, dan pekerjaan partisipasi di ruang anak RSUD Umu rara meha waingapu Akan di jelaskan sebagai berikut :

4.2.2 Identitas pasien

Nama : An.G

Umur : 1 Tahun (12 Bulan)

Jenis kelamin : laki – laki

Alamat : kawangu

Suku/bangsa : Sumba/Indonesia

Tanggal pengkajian : 03 Juli 2024

Diagnosa medik : Diare

4.2.3 Data khusus pasien

Data Khusus pasien dalam pengkajian ini adalah terdiri dari pengkajian,diagnosa keperawatan,intervensi keperawatan,implementasi

keperawatan,dan evaluasi keperawatan,dalam penerapan edukasi intake dan output cairan pada pasien Diare dengan usia 0-5 tahun di ruangan anggrek rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu.

4.3 Pengkajian

1. Tanggal pengkajian awal : Kamis,04 Juli 2024
2. Tanggal masuk : Rabu,03 Juli 2024
3. Identitas data
 - a) Nama : An.G
 - b) Alamat : Kawangu
 - c) Agama : Kristen protestan
 - d) Usia : 1 tahun
 - e) Jenis kelamin : laki – laki
 - f) Suku/bangsa : Sumba/Indonesia
 - g) Diagnosa medis : Diare

Penanggung jawab

- a) Nama : Ny.Y
 - b) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 - c) Alamat : Kawanggu
 - d) Pendidikan : SMA
 - e) Agama : Kristen protestan
4. Keluhan utama
Mencret dan batuk
 5. Riwayat penyakit sekarang

Ibu pasien datang di IGD rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu pada tanggal 03 juli 2024 jam 14:45 wita,dengan keluhan anaknya mencret,batuk,dan tidak mau makan selama 3 hari yang lalu sebelum bawa ke rumah sakit.

1. Riwayat Kesehatan masa lalu

a. Anatenatal

1) Tempat pemeriksaan kehamilan

Ibu pasien mengatakan Ketika hamil ibu periksa di puskesmas kawangu.

2) Jumlah pemeriksaan kehamilan selama hamil

Ibu pasien mengatakan hanya 5 kali periksa

3) Sakit yang pernah di derita

Ibu pasien mengatakan tidak ada sakit yang pernah diderita paling hanya mual-muntah biasa saja pas awal-awal kehamilan.

b. Intranatal

1) Tempat persalinan

2) Ibu pasien mengatakan bersalin di rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu.

3) Tenaga persalina

4) Ibu pasien mengatakan yang menolong persalinan adalah bidan dan dokter rumah sakit umum daerah umbu rara meha waingapu.

5) Jenis persalinan

6) Ibu pasien An.G lahir dengan operasi sesar

c. Post natal

1) Lama pemberian ASI

Ibu pasien mengatakan lama pemberian ASI An.G selama 1 tahun

2) Usia mendapat MP-ASI

Ibu An.G mengatakan mendapat MP-ASI usia 6 bulan

d. Penyakit waktu kecil

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada penyakit dari umur 0 bulan

e. Pernah dirawat di rumah sakit

Ibu pasien mengatakan sebelumnya anaknya belum pernah rawat di rumah sakit

f. Obat-obatan yang pernah di gunakan

Ibu pasien mengatakan tidak ada obat-obatan yang digunakan

g. Tindakan medis yang pernah di alami

Ibu pasien mengatakan tidak ada Tindakan medis yang pernah di alami sebelumnya

h. Alergi

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

i. Riwayat kecelakaan

Ibu pasien mengatakan tidak ada Riwayat kecelakaan.

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 Tengah luar (IM)
2-11 bulan	Polio 2 tetes	Posyandu	Di teteskan di mulut
9 bulan sampai 1 tahun	Campak 1x Hepatitis B	Posyandu	Lengan kiri atas (SC) Paha lengan luar (IM)

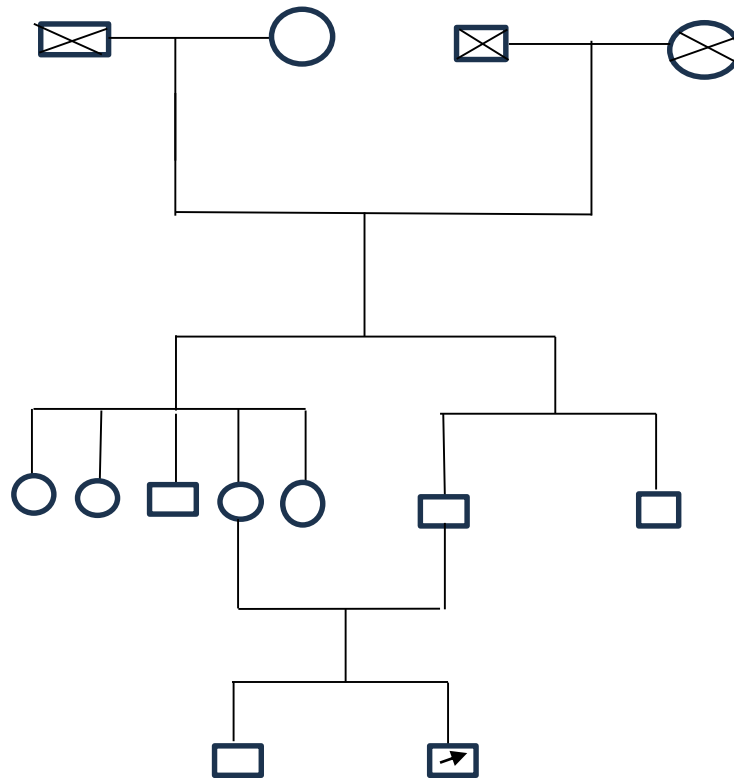
Tumbuh kembang anak

	Motorik kasar	Motoric halus	Bahasa
1	<ol style="list-style-type: none"> Anak belum bisa berjalan Anak sudah bisa duduk . 	<ol style="list-style-type: none"> Anak belum bisa menempel stiker Anak belum bisa mencocokkan gambar. 	<ol style="list-style-type: none"> Anak sudah bisa menyebutkan nama ayah dan ibu Anak belum bisa menyebutkan angka.

6. Riwayat keluarga

Ibu pasien mengatakan dari keluarga maupun dari keluarga suaminya tidak ada yang mengalami penyakit menular.

Genogram

**Keterangan :**

□	: laki-laki	⊗	: Perempuan meninggal
○	: Perempuan	⊠	: laki-laki meninggal
▣	: pasien laki-laki		: garis keturunan
⊠	: pasien Perempuan	—	: tinggal serumah

7. Riwayat sosial

- a) Orang yang mengasuh : ibu dan bapak anak G
 1. Hubungan dengan anggota keluarga

Orang tua kandung anak G
- b) Hubungan dengan teman sebaya

Ibu pasien mengatakan anaknya sering bermain dengan kakak dan ibu,bapakny.

c) Pembawa secara umum

Tidak ada pembawaan

d) Lingkungan rumah

Ibu pasien mengatakan tinggal di lingkungan rumah yang bersih dan nyaman.

8. Kebutuhan dasar

a) Nutrisi :

Makan & minum

Sebelum masuk Rs	Sesudah masuk Rs
1. Ibu pasien mengatakan anaknya makan 3x sehari 2. Minum : ibu pasien mengatakan minum 1,2liter air 3. Pantangan makanan : tidak ada	1. Porsi makan : ibu pasien mengatakan anaknya makan 2x sehari 2-3 sendok makan 2. Minum : minum pun menurun menjadi 1liter air 3. Pantangan makanan : tidak ada

b) Istirahat dan tidur

1. Tidur siang

Ibu pasien mengatakan anaknya tidur siang 2-3 jam.

2. Tidur malam

Ibu pasien mengatakan anaknya tidur malam 10 jam.

3. Kebiasaan sebelum tidur : bermain

c) Personal hygiene

Dirumah	Dirumah sakit
1. Mandi 2x/hari 2. Sikat gigi 2x/hari 3. Keramas 2x/hari 4. Ganti pakian 3-4x/hari 5. Memotong kuku 1x/minggu	1. Mandi 1x/hari (di lap ileh ibunya) 2. Sikat gigi 1x/hari 3. Keramas tidak suka keramas 4. Ganti pakian 2x/hari 5. Memotong kuku tidak mau memotong kuku

d) Aktivitas bermain

Ibu pasien mengatakan anaknya adalah anaknya ceria dan gemar bermain, namun sejak masuk rumah sakit anak sering menangis dan sebagian aktivitasnya hanya terbaring di tempat tidur.

e) Eliminasi

1. BAK

Ibu pasien mengatakan anaknya sering buang air kecil 4-5x/hari

2. BAB

Ibu pasien mengatakan anaknya sering buang air besar 2x sehari

9. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum :

Tanda -tanda vital

- 1) S : 36,7 oc
- 2) N : 134x/menit
- 3) Spo2 : 100x/menit
- 4) RR : 26x/menit
- 5) BB : 10 kg
- 6) TB: 77cm

b. Kepala : simetris, tidak ada benjolan atau pun luka

c. Rambut : rambut kusam, berbau keringat, rambut warna hitam dan tidak ada benjolan

d. Mata : mata tampak simetris, konjungtiva pucat, pupil positif terhadap Cahaya, fungsi penglihatan baik.

e. Telinga : telinga anak simetris, terdapat sedikit serumen

f. Hidung : hidung anak simetris, bersih tidak ada sekret, dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

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

h. Leher

Tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

i. Dada

- 1) Paru -paru

Inspeksi : terdapat retraksi dinding dada, irama napas cepat

Palpasi : RR 32x/menit

Perkusi : sonor

Auskultasi : terdengar bunyi ronchi

2) 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

l. Ekstremitas

1) Atas

Terpasang D5 % 30 ml/jam pada tangan kiri

2) Bawah

Tidak ada kelainan gerak

m. Kulit

Tampak sawo matang dan lembab, akral hangat

10. Pemeriksaan penunjang

Hasil Laboratorium : Rabu, 03 Juli 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12.3	g/dl	11,3-23,7
Hematokrit	37.1	%	29,0-34.6
Leokosit	13.51	Ribu/ul	3,00-19,50
Trombosit	36.1	Ribu/ul	150-450
Eritrosit	4.48	Juta/ul	3,70-6,80
MCV/MCH/MCHC			
MCV	14.5	N	14,0-102,0
MCH	14.7	Pg	11,0-31,0
MCHC	33.7	g/dl	36.0-38.6
HITUNG JENIS			
Basofil	0.0	%	0.0-1.0
Lymfosit	0.1	%	0.0-1.0
Monosit	11.1	%	0.5-5.0

11. Terapi Obat

KAen 3b 1,5 cc/kg/jam = 16 cc/jam

Inj.paracetamol 110 mg/6 jam bila demam

Zink 1x 20 mg

1 bio 1x1 sachet

Oralit 50-100 cc tiap mencret

Tampung urine per 24 jam

12 Klasifikasi data (Data Fokus)

Tabel 4.3.1 Klasifikasi data pada An.G di ruangan anggrek RSUD umbu rara meha waingapu.

Tanggal /jam	Data subjektif (DS)	Data objektif (DO)
04/07/2024 10:00	Ibu pasien mengatakan anaknya mencret lebih dari 10x serta cair campur ampas dan muntah jika diberikan makan atau minum disertai dengan perut kembung.	Anak tampak lemas dan pucat TTV : S : 36,7 0c,nadi : 134x/menit,RR : 26x/menit,spo2 : 100% Turgor kulit menurun Membran mukosa kering Mata cekung

13 Analisa data

Tabel 4.3.2 Analisa data pada An.G di ruangan anggrek RSUD umbu rara meha waingapu.

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya mencret lebih dari 10x serta cair campur ampas dan muntah jika diberikan makan atau minum disertai dengan perut kembung.</p> <p>DO :</p> <p>Anak tampak lemas dan pucat</p> <p>TTV : S : 36 0c,nadi: 100x/menit,RR : 32x/menit,spo2 : 93%</p> <p>Turgor kulit menurun</p> <p>Membran mukosa kering</p> <p>Mata cekung</p>	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif

4.4 Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan pada pasien Diare di ruangan anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu dengan masalah keperawatan Hipovolemia:

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Diagnose prioritas

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

4.5 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien Diare di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu dengan masalah keperawatan Hipovolemia di jelaskan pada table berikut :

Tabel 4.5.1 intervensi keperawatan pada pasien Diare dengan masalah Hipovolemia.

No Dx	Diagnosa keperawatan(SDKI)	Tujuan(SLKI)	Intervensi(SIKI)	Rasional
Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0024)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1) Turgor kulit meningkat 2) Output urine meningkat 3) Berat badan membaik 4) Perasaan lemah membaik 5) Intake cairan membaik 6) Keeluhan haus membaik 7) Membrane mukosa baik. (L.03028)	Manajemen hypovolemia Observasi: 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia(mis.frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan darah mengempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun). 2) Monitor intake dan output cairan Terapeutik: 1) Hitung kebutuhan cairan 2) Berikan asupan cairan oral Edukasi: 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis(mis.NaCl, RL) 2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis(mis.glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3) Kolaborasi pemberian cairan koloid(mis.albimin, plasmanate).		

4.6 Implementasi

Daftara Tindakan keperawatan yang dilakukan dari perencanaan pada kasus Diare dengan masalah keperawatan Hipovolemia di ruangan anggrek RSUD umbu rara meha waingapu dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.6.1 implementasi keperawatan pada Diare di ruangan anggrek RSUD umbu rara meha waingapu

No Dx	Hari/Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Kamis 04/07/24	09.30	1) Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, mata cekung. 2) Memonitor intake dan output cairan Intake : 500 ml/hari Output : 250 ml/hari 3) Memberikan asupan cairan oral 4) Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5) Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak 6) Kalaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, Nacl, RL) 7) Kalaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5% Nacl, 0,4%) 8) Kalaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin, plasmanate)	S : Ibu pasien mengatakan anaknya mencret 10 kali dalam sehari berbentur encer tambah ampas. O : An. G tampak rewel pasien masih tidak mau minum mata cekung turgot kulit masih tidak elastis pasien tampak lemas Suhu : 36.7 ^{oC} Nadi : 134 x/menit Pernpasan 26x/ meit Berat badan : 10 kg Tinggi badan : 77 cm A : Masalah hypovolemia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor intake dan output cairan 2) hitung kebutuhan cairan 3) berikan asupan cairan oral
2.	Jumat 05/07/24	09.25	1) Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia.	S: Ibu pasien mengatakan anaknya mencret mulai

			<p>2) Memonitor intake dan output cairan Intake : 0,5 ml/hari Output : 0,5 ml/hari</p> <p>3) Memberikan asupan cairan oral</p> <p>4) Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>5) Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>6) Mengkolaborasi pemberian cairan IV(mis.NaCl, RL)</p> <p>7). melakukan edukasi kepada keluarga tentang personal hygiene</p> <p>8) mencuci tangan sebelum dan sesudah makan</p> <p>9) Mengganti popok setiap mencret.</p>	<p>berkurang 5 kali dalam sehari berbentur encer tambah ampas</p> <p>O: Ibu pasien mengatakan masih sedikit rewel, pasien sudah mulai minum,Turgot kulit mulai membaik, mata tampak cekung, masih sedikit Lemas</p> <p>Tanda – tanda vital Suhu : 36.7^{0C} Nadi : 134 x/menit RR: 26x/ menit Spo2 : 100 % BB : 10 kg TB : 77 cm</p> <p>A: Masalah hypovolemia teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Monitor intake dan output cairan</p> <p>2) hitung kebutuhan cairan</p>
3.	Sabtu 06/07/24	10.00	<p>1) Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan</p> <p>2) monitor berat badan BB : 10 kg</p> <p>3) Memonitor status dehidrasi</p> <p>4) melakukan edukasi kepada keluarga tentang personal hygiene</p> <p>5) mencuci tangan sebelum dan sesudah makan</p>	<p>S : ibu mengatakan anaknya BAB 1 kali dalam sehari</p> <p>O :Tnda- tanda vital Suhu : 36.7^{0C} Nadi : 134 x/menit Pernpasan 26x/ meit Spo2 : 100 % Berat badan : 10 kg Tinggi badan : 77 cm</p> <p>A: Masalah teratasi</p>

				<p>P: Intervensi dilanjutkan dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mencuci tangan sebelum dan sesudah makan 2. minum obat dengan teratur 3. makan makan yang bergizi 4. minum air putih sedikit tapisering
--	--	--	--	--

4.7 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien Diare dengan masalah keperawatan Hipovolemia di ruangan Anggrek rumah sakit umum umbu rara meha waingapu. Di jelaskan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.7.1 Evaluasi keperawatan pada pasien Diare di Ruangan Anggrek Rumah Sakit Umum Umu Rara Meha Waingapu.

No Dx	Hari/Tgl	Jam	Evaluasi
1.	Kamis 04/07/24	09.30	<p>S: Ibu pasien mengatakan anaknya mencret O: Mencret 10x/hari A: Masalah hypovolemia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor intake dan output cairan 2) hitung kebutuhan cairan 3) berikan asupan cairan oral
2.	Jumat 05/07/24	09.25	<p>S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih mencret O: Mencret 5 x/hari A: Masalah hypovolemia teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p>

			1) Monitor intake dan output cairan hitung kebutuhan cairan 2) Berikan asupan cairan oral
3.	Sabtu 06/07/24	10.00	S: Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mencret lagi O: pasien tampak membaik A: Masalah hypovolemia teratasi P: hentikan intervensi

4.2 PEMBAHASAN

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus nyata pada asuhan keperawatan pada An.G dengan diagnose medis Diare di ruangan anggrek RSUD Uumbu Rara Meha Waingapu. Berdasarkan pengkajian pada An.G tanggal 04 juli 2024, penulis mengangkat 1 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya 5 langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian,diagnose,perencanaan,implementasi,dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 mei jam 08.20 Wita , di Ruangan Anggrek RSUD Uumbu Rara Meha Waingapu dari hasil pengkajian ditemukan An. EG berusia 1 tahun 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 Uumbu Rara Meha Waingapu pada tanggal 04 Juli 2024 jam 00:00 wita, dengan keluhan anaknya menceret 10 kali dalam sehari berbentu encer tambah ampas dan tidak berlendir dan berdarah . dan pada tanggal 01 Juli ada riwayat muntah , ibu pasien mengatakan karena anaknya konsumsi daging dan jajan makan ringan dan tidak mau makan selama 1 hari yang lalu sebelum dibawah ke rumah sakit. Pada hasil pemeriksaan An .G 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 ^{0C} Nadi : 134 x/menit ,Pernapasan 26x/meit ,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.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan nurarif dan kusuma (2016) dan menunjukkan 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 ^{0C} 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 .Peubahan 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.

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 keperawatan 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, membran mukosa membaik, intake cairan membaik, output urine meningkat, dengan intervensi observasi : periksa tanda dan gejala hipovolemia (misal frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran

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

3 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. G berangsur .

Hari pertama BAB An. G berkurang menjadi 10 x sehari, hari kedua menjadi 5 x sehari dan hari ketiga menjadi 2 x sehari

4 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.

