

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran dan lokasi pengambilan data

Penulis mengambil data penelitian di RSI Sakinah Mojokerto di ruang Muria-Kudus. Di ruang Muria-Kudus terdapat ruang rawat inap 7 kamar dewasa dan 7 kamar anak. Partisipan studi kasus ini adalah gastroenteritis pada anak dengan masalah hipovolemia.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas klien

Identitas Klien	Klien
Nama	An. D
Tempat tanggal lahir	Mojokerto, 11-09-2014
Umur	5 Tahun
Agama	Islam
Pendidikan	SD
Jenis Kelamin	Laki-laki
Alamat	Sukoanyar, Mojokerto
No.RM	-
Diagnosa Masuk	GEA
TGL Mrs	10-02-2020
TGL Pengkajian	10-02-2020

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit klien

Riwayat Penyakit	Klien
Keluhan utama	Ibu pasien mengatakan BAB 6x sehari dengan konsistensi cair
Riwayat penyakit sekarang	Ibu pasien mengatakan pada tanggal 08-02-2020 anak buang air besar 7x sehari dengan konsistensi cair selama 2 hari setelah makan makroni pedas habis satu bungkus.

	Pada tanggal 10-02-2020 anak mengeluh sakit perut dan buang air besar dengan konsistensi cair sudah 6x sejak subuh, badan panas . Lalu dibawa oleh keluarga ke IGD RSI Sakinah Mojokerto pada jam 10.00 kemudian di lakukan rawat inap di ruang Muria-Kudus.
Riwayat penyakit terdahulu	Ibu klien mengatakan klien tidak pernah memiliki riwayat penyakit kronik, klien juga tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan, serta tidak memiliki riwayat operasi.
Riwayat penyakit keluarga	Ibu klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit menular maupun menurun.

3) Pola Kebutuhan 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 klien mengatakan saat sebelum sakit, klien makan teratur 3x/sehari dengan porsi 1 piring habis terdiri dari nasi, lauk pauk, dan sayuran, minum air kurang lebih 800cc. Saat sakit klien tidak nafsu makan dan terus mengeluh haus , makan 1 porsi tidak habis yang terdiri dari nasi, lauk pauk dan sayuran, minum air putih kurang lebih 800cc.
Pola istirahat tidur	Ibu klien mengatakan saat sebelum sakit klien tidur selama 7-8 jam. Saat sakit klien susah tidur karena merasakan sakit perut , klien tidur 5-6 jam.
Pola aktivitas	Ibu klien mengatakan saat di rumah klien melakukan aktivitas mandiri dan bermain. Saat di rumah sakit hanya berbaring di tempat tidur karena badannya lemas .

Pola hygiene	Ibu klien mengatakan saat di rumah klien mandi 2x/hari, gosok gigi dan keramas setiap mandi. Saat di rumah sakit klien hanya di seka oleh keluarga, gosok gigi, tidak keramas.
Dampak Hospitalisasi	Anak : timbul kecemasan karena tidak terbiasa dengan lingkungan RS terlihat klien tidak mau sendiri selalu ditemani ibunya. Keluarga : takut dan cemas karena tidak mempunyai pengetahuan tentang penyakit anak dengan terlihat ibu bertanya-tanya tentang gejala yang di derita anak.

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik	Klien
Keadaan umum	Lemah
Kesadaran	Composmentis
TTV	Takanan Darah : 100/80 mmhg Nadi : 110x/menit Suhu : 38,8 °C Respirasi : 22x/menit BB : 18kg
B1 (Breathing)	Inspeksi : pergerakan dada simetris Palpasi : vocal fremitus getaran kanan dan kiri sama Perkusi : sonor Auskultasi :suara nafas vesikuler.
B2 (Blood)	Inspeksi : tidak oedem, tidak terdapat ictus cordis Palpasi : akral hangat, CRT <2detik Perkusi : redup Auskultasi : s1 s2 tunggal.
B3 (Brain)	GCS : 4-5-6, pupil isokor, sclera putih, konjungtiva pucat.
B4 (Bladder)	Inspeksi : tidak terpasang kateter Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih BAK kurang lebih 5x/hari dengan warna kuning jernih. Input Cairan : Air (makan+minum) = 1000cc

	<p>Cairan infus = 1000cc Total = 2000 cc Output cairan Urine = 500cc Feses = 630cc IWL=450cc (30-umur(th)/kgBB/hari) Jika ada kenaikan suhu IWL = 850 cc (IWL+200 (suhu badan sekarang-36,8)) Total = 1980 cc Jadi balance cairan input-output = 2000-1980=20 cc</p>				
B5 (Bowel)	<p>Inspeksi : asites perut simetris, ada mual tidak muntah Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Auskultasi : bising usus 20x/menit BAB 6x/hari dengan konsistensi cair.</p>				
B6 (Bone)	<p>Inspeksi : tidak terdapat fraktur, tidak terdapat benjolan, terpasang infus rengger laktat di tangan kiri, mukosa bibir kering Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedem, turgor kulit menurun Kekuatan otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </p>	5	5	5	5
5	5				
5	5				

5) Hasil Pemeriksaan Diagnostic

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostic

Pemeriksaan Darah Lengkap		
TGL Pemeriksaan 10-02-2020	Hasil klien	Nilai normal
HEMATOLOGI		
Leukosit	8.200	4000-12.000/uL
Diff Count % Netrofil	53.1	50.0-80.0 %
% Limfosit	39.6	25.0-30.0 %
% Monosit	6.7	2.0-10.0 %
% Eosinofil	0.3	0.0-5.0 %
% Basofil	0.3	0.0-2.0 %
Eritrosit	4.83	4.00-6.20 juta/uL
Hemoglobin	14.1	11.0-17.0 g/dl
Hematokrit	42.1	35.0-55.0 %
MCV	87.2	80.0-100.0 fl
MCH	29.2	26.0-34.0 pg
MCHC	33.5	31.0-35.0 g/dl
Trombosit	269.000	150.000-400.000 /uL
KIMIA KLINIK		
ELEKTROLIT		
Natrium (Na)	132	136-150 mmol/L
Kalium (K)	3.2	3.50-5.50 mmol/L
Klorida (Cl)	111	96-110 mmol/L

6) Terapi Obat

1. Infus D5 ½ Ns 20 tpm (1000cc/24 jam)
2. Injeksi Ranitidine 2x10mg IV
3. Injeksi Ondansentron 3x1mg IV
4. Injeksi Antrain 2x80mg IV
5. Oral L Bio 2x1 sachet
6. Oral Zynk Syrup 3x1 sendok syrup

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS : Ibu pasien mengatakan, pasien mengeluh sakit perut dan BAB cair sebanyak 6x sejak subuh, badan panas dan mengeluh haus. Ibu pasien mengatakan anak habis makan makroni pedas satu bungkus.</p> <p>Input Cairan :</p> <p>Air (makan+minum) = 1000cc Cairan infus = 1000cc Total = 2000 cc</p> <p>Output cairan</p> <p>Urine = 500cc Feses = 630cc IWL = 850cc Total = 1980 cc</p> <p>Jadi balance cairan input-output = 2000-1980=20 cc</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : lemah 2. GCS : 4-5-6 3. Tanda-Tanda Vital : <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan Darah : 100/80 mmhg b. Nadi : 110x/menit c. Suhu : 38,8 °C d. Respirasi : 22x/menit e. BB : 18kg f. Na (132 mmol/L) g. K (3.2 mmol/L) h. Cl (111 mmol/L) 4. Nadi teraba lemah 5. Akral hangat 6. Mukosa bibir kering 7. Turgor kulit menurun 	<p>Makanan/minuman terkontaminasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mikroorganisme berkembang di usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipersekresi air dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Frekuensi BAB meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hilangnya cairan dan elektrolit berlebih</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipovolemia</p>	<p>Hipovolemia</p>

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan ibu pasien mengatakan BAB 6x sehari dengan konsistensi cair, badan panas, nafsu makan menurun, anak mengeluh haus, akral hangat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, keadaan lemah, dengan tanda-tanda vital TD : 100/80 mmhg, nadi : 110x/menit, suhu : 38,8⁰C, RR : 22x/menit.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat dipertahankan secara optimal.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal 2. Tanda-tanda dehidrasi (-), turgor kulit elastis, membran mukosa basah, haluaran urine terkontrol, mata tidak cowong dan ubun-ubun besar tidak cekung. 3. Konsistensi BAB lembek dan frekuensi 1 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda dan gejala hipovolemia (Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah). 2. Monitor intake dan output cairan 3. Observasi tanda-tanda vital, turgor kulit, membrane mukosa 4. Pemberian oralit secara bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula 5. Kolaborasi pembeian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) (Inf D5 Ns 20 tpm 1000/24jam) 6. Pemeriksaan serum elektrolit (Na, K dan Ca serta BUN) 7. Berkolarasi pemberian obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik) <ol style="list-style-type: none"> a. Inj Ranitidine 2x10mg IV b. Inj Ondansentron 3x1mg 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai status hidrasi. Penurunan volume cairan mengakibatkan kekeringan jaringan dan pemekatan urine 2. Untuk mengetahui keseimbangan cairan tubuh 3. Untuk menilai status dehidrasi 4. Untuk menilai status hidrasi 5. untuk mengatasi dehidrasi dan vomitus yang hebat 6. serum elektrolit sebagai koreksi keseimbangan cairan dan elektrolit. BUN untuk mengetahui faali ginjal (kompensasi) 7. Antisekresi berfungsi untuk menurunkan sekresi cairan dan elektrolit untuk keseimbangannya. Antispasmodik

kali dalam sehari	<p>IV</p> <p>c. Inj Antrain 2x80mg IV</p> <p>d. Oral L Bio 2x1 sachet</p> <p>e. Oral Zynk Syrup 3x1 sendok sirup</p> <p>8. Lindungi kulit dari iritasi</p> <p>9. Jelaskan tentang penyakit anak, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p> <p>10. Intruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses</p>	<p>berfungsi untuk proses absrobsi normal. Antibiotik sebagai antibakteri berspektum luas untuk menghambat endoktoksin.</p> <p>8. Untuk menghindari terjadinya dekubitus</p> <p>9. Pemahaman tentang masalah ini penting untuk meningkatkan partisipasi keluarga dalam proses perawatan klien.</p> <p>10. Untuk mengidentifikasi penurunan diare pasien</p>
-------------------	---	---

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan

Waktu	Hari/tanggal	Waktu	Hari/tanggal	Waktu	Hari/tanggal
	Senin 10/02/2020		Selasa 11/02/2020		Rabu 12/02/2020
14.00	Timbang terima antar shift	07.00	Timbang terima antar shift	07.00	Timbang terima antar shift
14.30	Memantau tanda dan gejala hipovolemia Hasil : turgor kulit menurun, akral hangat, membran mukosa kering, pasien mengeluh haus, keadaan pasien lemah.	08.00	Memantau tanda dan gejala hipovolemia Hasil : turgor kulit meningkat, membran mukosa basah, akral hangat, pasien masih mengeluh haus, keadaan tidak	08.00	Memantau tanda dan gejala hipovolemia Hasil : turgor kulit meningkat, akral hangat, membran mukosa basah, keadaan baik.
15.00	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Makan 4 sendok, minum 4 gelas kecil 800ml. BAB 6x cair, BAK 2x.	09.00	terlalu lemah seperti kemaren. Memonitor intake dan output cairan Hasil : Makan 4 sendok, minum 3 gelas kecil	09.00	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Makan 1 porsi habis, minum 2 gelas kecil 500ml. BAB 1x lembek, BAK 2x. Input Cairan :

16.00	<p>Input Cairan : Air (makan+minum) = 1000cc Cairan infus = 1000cc Total = 2000 cc Output cairan Urine = 500cc Feses = 630cc IWL = 850cc Total = 1980 cc Jadi balance cairan input- output = 2000- 1980=20 cc Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil : TD:100/80 mmhg, nadi:110x/menit, suhu : 38,8 °C, RR:22x/menit Pemberian oralit secara</p>	09.00	<p>600ml. BAB 4x cair, BAK 2x. Input Cairan : Air (makan+minum) = 800cc Cairan infus = 1000cc Total = 1800 cc Output cairan Urine = 600cc Feses = 400cc IWL = 650cc Total = 1650cc Jadi balance cairan input- output = 1800- 1650=+150 cc Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil : TD:100/80 mmhg, nadi:100x/menit, suhu : 37,8 °C, RR:22x/menit Pemberian oralit secara</p>	09.00	<p>Air (makan+minum) = 700cc Cairan infus = 1000cc Total = 1700 cc Output cairan Urine = 600cc Feses = 200cc IWL = 450cc Total = 1250cc Jadi balance cairan input- output = 1700- 1250=+450 cc Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil : TD:100/80 mmhg, nadi:100x/menit, suhu : 36,2 °C, RR:22x/menit Pemberian oralit secara</p>
17.00	<p>bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula</p> <p>Hasil : Lbio 2x1, Zynk syrup 3x1</p>	11.00	<p>bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula</p> <p>Hasil : Lbio 2x1, Zynk syrup 3x1</p>	11.00	<p>bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula</p> <p>Hasil : Lbio 2x1, Zynk syrup 3x1</p>
17.00	<p>Berkolaborasi pembeian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)</p> <p>Hasil : Inf D5 ½ Ns 20 tpm (1000/24 jam)</p>	11.30	<p>Berkolaborasi pembeian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)</p> <p>Hasil : Inf D5 ½ Ns 20 tpm (1000/24 jam)</p>	12.00	<p>Berkolaborasi pembeian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)</p> <p>Hasil : Inf D5 ½ Ns 20 tpm (1000/24 jam)</p>
17.30	<p>Melakukan pemeriksaan serum elektrolit (Na, K dan Ca serta BUN)</p>	13.00	<p>Berkolaborasi pemberian obat- obatan</p>	13.00	<p>Berkolaborasi pemberian obat- obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik)</p>

18.30	<p>Hasil : Na :132 mmol/L K : 3.2 mmol/L Cl :111 mmol/L Berkolarasi pemberian obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik)</p> <p>Hasil : Injeksi Ranitidine 2x10mg,injeksi Ondansentron 3x1mg,injeksi Antrain 2x80mg</p>	13.30	<p>(antisekresi, antispasmodik dan antibiotik)</p> <p>Hasil : Injeksi Ranitidine 2x10mg,injeksi Ondansentron 3x1mg,injeksi Antrain 2x80mg</p> <p>Mengintruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses</p> <p>Hasil : BAB 4x konsistensi cair</p>	<p>Hasil : Injeksi Ranitidine 2x10mg,injeksi Ondansentron 3x1mg,injeksi Antrain 2x80mg</p> <p>Mengintruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses</p> <p>Hasil : BAB 1x konsistensi lembek</p>
19.00	<p>tentang penyakit anak, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p> <p>Hasil : keluarga kooperatif dan mengerti apa yang telah dijelaskan oleh perawat mengenai tanda dan gejala hipovolemia</p>			
19.30	<p>Mengintruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses</p> <p>Hasil : BAB 6x konsistensi cair</p>			

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan		
Hari/tanggal Senin 10/02/2020	Hari/tanggal Selasa 11/02/2020	Hari/tanggal Rabu 12/02/2020
<p>S : Ibu pasien mengatakan, pasien mengeluh sakit perut dan BAB cair sebanyak 6x, BAK 2x, badan panas, mengeluh haus.</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum : lemah GCS : 4-5-6 Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/80 mmhg Nadi : 110x/menit Nadi teraba lemah Suhu : 38,8°C Respirasi : 22x/menit Na : 132 mmol/L K : 3.2 mmol/L Cl : 111 mmol/L Balance cairan : Input-Output : 2000 – 1950 = +50 Akral hangat Mukosa bibir kering Turgor kulit menurun A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,8,9)</p>	<p>S : Ibu pasien mengatakan, pasien BAB cair sebanyak 4x, BAK 2x, badan panas.</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum : cukup GCS : 4-5-6 Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/80 mmhg Nadi : 100x/menit Suhu : 37,8°C Respirasi : 22x/menit Balance cairan : Input-Output : 1800-1650=+150 cc Akral hangat Membran mukosa membaik Turgor kulit meningkat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,8,9)</p>	<p>S : Ibu pasien mengatakan, pasien BAB sebanyak 1x lembek, nafsu makan membaik, sudah tidak mengeluh haus, BAK 2x.</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum : baik GCS : 4-5-6 Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/80 mmhg Nadi : 100x/menit Suhu : 36,2°C Respirasi : 22x/menit Balance cairan : Input-Output : 1700-1250=+450 cc Akral hangat Membran mukosa membaik Turgor kulit meningkat A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>

4.2 Pembahasan

Pada sub bab ini berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat di terapkan dengan mudah pada kasus yang nyata. Sub bab ini juga membahas tentang masalah An.D antara kasus nyata dengan teori.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses awal dari penerapan asuhan keperawatan kepada An.D untuk memperoleh tanda dan gejala sesuai dengan permasalahan partisipan. Hasil dari pengkajian studi kasus yang telah peneliti lakukan dengan cara pengambilan data pada An.D yang berusia 5 tahun. Menurut (Arif Mutaqqin, 2011) dengan adanya gangguan 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 berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi air dan elketrolit yang selanjutnya menimbulkan diare.

Berdasarkan dari data yang diperoleh pada studi kasus yaitu data subyektif Ibu pasien mengatakan pada tanggal 08-02-2020 anak buang air besar 7x sehari dengan konsistensi cair selama 2 hari. Pada tanggal 10-02-2020 anak mengeluh sakit perut dan buang air besar dengan konsistensi cair sudah 6x sejak subuh, badan panas. Lalu dibawa oleh keluarga ke IGD RSI Sakinah Mojokerto pada jam 10.00 kemudian di lakukan rawat inap di ruang Muria-Kudus. Sedangkan data

objektif keadaan pasien lemah, tekanan darah : 100/80 mmhg, nadi : 110x/menit, suhu : 38 °C, respirasi : 22x/menit, BB : 18kg, akral hangat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun

Berdasarkan teori dan pengkajian yang dilakukan peneliti terdapat kesamaan antara apa yang dikeluhkan kedua pasien dan pada data mayor minor pada hipovolemia menurut (PPNI, 2017) data mayor yaitu frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat. Sedangkan batasan minor yaitu merasa lemah, mengeluh haus, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, berat badan turun tiba-tiba. Didapatkan dari hasil pengkajian terdapat persamaan pada data mayor dan minor yaitu nadi pasien meningkat N : 110x/menit, turgor kulit menurun, nadi teraba lemah, membran mukosa kering, pasien merasa lemah, mengeluh haus, suhu tubuh meningkat menjadi 38⁰C. Ada pun yang tidak terdapat pada klien yaitu teknan nadi menyempit, hematokrit meningkat, mengisian vena menurun, tidak menandakan ada penurunan status mental pasien dan dalam pengkajian tidk ditemukan data yang menunjukkan penurunan data yang secara tiba-tiba pada pasien.

Dari hasil riwayat penyakit sekarang menurut (Haryono, 2012) tanda dan gejala gastroenteritis cengeng dan gelisah jika pasien bayi/anak, suhu badan dapat meningkat atau tidak, nafsu makan berkurang atau tidak, diare feses cair dengan atau tanpa darah/lendir, warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur empedu, anus dan sekitarnya lecet karena tinja menjadi asam. Gejala

muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare, dehidrasi, berat badan turun. Terdapat persamaan dengan pasien yaitu suhu badan pasien meingkat menjadi 38⁰C, nafsu makan berkurang, diare feses cair tanpa darah, dehidrasi ringan.

Menurut peneliti penyebab terjadinya gastroenteritis pada pasien yaitu kurangnya higienis pribadi maupun kurangnya sanitasi lingkungan dan tindakan ibu yang ceroboh tidak mencuci tangan anak dan dirinya, sehingga memungkinkan anak menelan makanan, mainan atau benda kotor lainnya, hal itu juga menjadi salah satu terjadinya gastroenteritis. Dari hasil pengkajian dan teori terdapat persamman sehingga dapat disimpulkan bahwa apa yang dirumuskan dari teori dapat diterapkan dalam pengkajian nyata namun memang ada beberapa dalam teori yang tidak mengalami kecocokan pada pasien namun sebagian besar pada teori memiliki kemiripan.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Data pengkajian didapatkan data pada pasien, ibu pasien mengatakan, pasien mengeluh sakit perut dan BAB cair sebanyak 6x sejak subuh, badan panas, keadaan umum lemah, tekanan darah : 100/80 mmhg, nadi : 110x/menit, suhu : 38 °C, respirasi : 22x/menit, akral hangat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun. Gangguan volume cairan dan elektrolit merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia fisiologis yang harus dipenuhi. Apabila penderita telah banyak mengalami kehilangan cairan dan elektrolit, maka terjadilah gejala dehidrasi. Terutama diare pada anak perlu mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat sehingga tidak mempengaruhi tumbuh kembang anak (Sodikin, 2012)

Menurut (PPNI, 2017) batasan karakteristik hipovolemia adalah batasan mayor yaitu frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat. Sedangkan batasan minor yaitu merasa lemah, mengeluh haus, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, berat badan turun tiba-tiba.

Pada studi kasus ini hampir semua yang terdapat pada batasan karakteristik atau data mayor minor pada hipovolemia yang sebagian ditemui pada pasien. Berdasarkan apa yang terdapat pada kasus didapatkan kecocokan dari data mayor minor yang sudah disesuaikan dengan apa yang dikeluhkan pasien, sehingga hasil pengkajian dari data subjektif dan data objektif sehingga digunakan peneliti untuk menegakkan diagnosa, pasien yang mengalami hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif pada pasien gastroenteritis

4.2.3 Perencanaan

Perencanaan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul. Pada tahap ini peneliti membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori yang meliputi tujuan kriteria hasil yang telah dirumuskan dan ditetapkan sebelumnya, serta peneliti merencanakan tindakan yang operasional. Perencanaan secara umum dibuat berdasarkan pada ilmu dan teori yang ada. Tindakan keperawatan meliputi aspek promotif, preventif, kualitatif, dan rehabilitative serta melibatkan keluarga sehingga semua rencana yang ada pada teori dapat dilaksanakan dalam kasus nyata.

Intervensi asuhan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat dipertahankan secara optimal. Dengan kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal, tanda-tanda dehidrasi (-), turgor kulit elastis, membran mukosa basah, haluaran urine terkontrol, mata tidak cekung dan ubun-ubun besar tidak cekung, konsistensi BAB lembek dan frekuensi 1 kali dalam sehari. Diantaranya intervensi keperawatan meliputi Pantau tanda dan gejala hipovolemia (Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), Monitor intake dan output cairan, Observasi tanda-tanda vital, turgor kulit, membrane mukosa, Pemberian oralit secara bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula, Kolaborasi pembeian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), (Inf D5 Ns 20 tpm 1000/24jam), Pemeriksaan serum elektrolit (Na, K dan Ca serta BUN), Berkolaborasi pemberian obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik) Inj Ranitidine 2x10mg IV, Inj Ondansetron 3x1mg IV, Inj Antrain 2x80mg IV, Oral L Bio 2x1 sachet, Oral Zynk Syrup 3x1 sendok sirup, Lindungi kulit dari iritasi, Jelaskan tentang penyakit anak, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, Intruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses.

4.2.4 Implementasi

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan setelah tahap perencanaan dari masalah keperawatan yang muncul pada klien. Tindakan secara umum dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Perencanaan

keperawatan serta tindakan keperawatan dilakukan bertujuan untuk masalah yang dialami klien dapat teratasi. Dari jangka waktu yang telah ditentukan selama 3x24 jam diharapkan konsistensi BAB kembali normal dengan konsistensi lembek atau tidak cair lagi. Pada kasus yang dialami pasien semua tindakan telah dilakukan seperti.

Pada hari pertama peneliti memberikan tindakan keperawatan diantaranya sebagai berikut, memantau tanda dan gejala hipovolemia (Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) didapatkan turgor kulit menurun, akral hangat, membran mukosa kering, pasien mengeluh haus, keadaan pasien lemah. Intervensi yang kedua yaitu memonitor intake dan output cairan untuk mengetahui keseimbangan cairan tubuh terdapat bahwa pasien Makan 4 sendok, minum 4 gelas kecil 800ml. BAB 6x cair, BAK 2x. Input Cairan : Air (makan+minum) = 1000cc, Cairan infus = 1000cc Total = 2000 cc, Output cairan ,Urine = 500cc, Feses = 600cc, IWL = 850cc Total = 1950 cc, Jadi balance cairan input-output = 2000-1950=+50 cc. Intervensi yang ketiga yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, turgor kulit, membrane mukosa untuk menilai status hidrasi didapatkan TD:100/80 mmhg, nadi:110x/menit, suhu : 38,8 °C, RR:22x/menit, membrane mukosa ketring, turgor kulit menurun. Intervensi yang keempat yaitu menimbang pasien secara berkala untuk mendeteksi perubahan berat badan jika terjadi penurunan atau kenaikan, tetapi intervensi ini tidak bisa diterapkan di lapangan karena tempat penimbangan berat badan ada di igd dan itu jaraknya cukup jauh dengan tempat tidur jika pasien

dilakukan intervensi ini maka kondisi pasien akan semakin lemah. Intervensi yang kelima yaitu menghitung atau timbang popok dengan baik untuk mengetahui output klien, tetapi intervensi ini tidak bisa diterapkan karena pasien tidak memakai pampers. Intervensi yang keenam yaitu pemberian oralit secara bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula untuk menilai status hidrasi. Intervensi yang ketujuh berkolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) untuk mengatasi hidrasi dan vomitus yang hebat. Intervensi yang kedelapan yaitu pemeriksaan serum elektrolit (Na, K dan Ca serta BUN) untuk mengetahui serum elektrolit sebagai koreksi keseimbangan cairan dan elektrolit, BUN untuk mengetahui faali ginjal (kompensasi) pasien mendapat terapi cairan yaitu: Inf D5 ½ Ns 20 tpm (1000/24 jam. Intervensi yang kesembilan yaitu berkolaborasi pemberian obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik) untuk antisekresi berfungsi untuk menurunkan sekresi cairan dan elektrolit untuk keseimbangannya. Antispasmodik berfungsi untuk proses absorpsi normal. Antibiotik sebagai antibakteri berspektum luas untuk menghambat endotoksin didapatkan bahwa pasien mendapat terapi) Lbio 2x1, Zynk syrup 3x1, Injeksi Ranitidine 2x10mg, injeksi Ondansetron 3x1mg, injeksi Antrain 2x80mg. Intervensi kesepuluh yaitu melindungi kulit dari iritasi untuk menghindari terjadinya dekubitus partisipan dianjurkan untuk sering diberikan posisi miring kanan dan miring kiri untuk menghindari terjadinya dekubitus. Intervensi yang kesebelas yaitu menjelaskan tentang penyakit anak, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari untuk pemahaman tentang masalah ini penting untuk meningkatkan partisipasi keluarga

dalam proses perawatan klien didapatkan bahwa keluarga kooperatif dan mengerti apa yang telah dijelaskan oleh perawat mengenai tanda dan gejala hipovolemia. Intervensi yang kedua belas yaitu mengintruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses untuk mengidentifikasi penurunan diare pasien, pasien BAB selama 5x.

Pada hari ke dua dilakukan tindakan keperawatan yang sma diantaranya yaitu Memantau tanda dan gejala hipovolemia didapatkan turgor kulit meningkat, membran mukosa basah, akral hangat, pasien masih mengeluh haus, keadaan tidak terlalu lemah seperti kemaren. Setelah itu Memonitor intake dan output cairan pasien sudah mulai mau makan Makan 4 sendok, minum 3 gelas kecil 600ml. BAB 4x cair, BAK 2x. Didapatkan hasil penghitungan cairan pada hari ke 2, Input Cairan : Air (makan+minum) = 800cc, Cairan infus = 1000cc Total = 1800 cc. Output cairan Urine = 600cc, Feses = 400cc, IWL = 650cc Total = 1650cc Jadi balance cairan input-output = $1800 - 1650 = +150$ cc. Mengobservasi tanda-tanda vital didapatkan hasil TD:100/80 mmhg, nadi:100x/menit, suhu : 37,8 °C, RR:22x/menit turgor kulit sedikit membaik, mukosa bibir sedikit lembab. Di lanjutkan dalam pemberian oralit Pemberian oralit secara bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula diantaranya yaitu Lbio 2x1, Zynk sirup 3x1. Setelah itu diberikan tindakan kolaborasi pembeian cairan IV isotonis berupa Inf D5 ½ Ns 20 tpm (1000/24 jam). Berkolarasi pemberian obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik) diantaranya Injeksi Ranitidine 2x10mg, injeksi Ondansetron 3x1mg, injeksi Antrain 2x80mg. dan

Mengintruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses didapatkan BAB 4x konsistensi cair.

Pada hari ke 3 pasien diberikan tindakan keperawatan diantaranya yaitu Memantau tanda dan gejala hipovolemia pada hari ke 3 ini turgor kulit meningkat < 2 detik, akral hangat, membran mukosa basah, keadaan baik. Setelah itu dilakukan penghitungan intake dan output cairan didapatkan bahwa klien sudah mau Makan 1 porsi habis, minum 2 gelas kecil 500ml. BAB 1x lembek, BAK 2x. Input Cairan : Air (makan+minum) = 700cc, Cairan infus = 1000cc Total = 1700 cc. Output cairan : Urine = 600cc, Feses = 200cc, IWL = 450cc Total = 1250cc. Jadi balance cairan input-output = $1700 - 1250 = +450$ cc. pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan TD:100/80 mmhg, nadi:100x/menit, suhu : 36,2 °C, RR:22x/menit. Setelah itu dilanjutkan dalam pemberian oralit secara bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula dengan Lbio 2x1, Zynk syrup 3x1. Dilakukan kolaborasi dalam pembeian cairan IV isotonis didapatkan cairan Inf D5 ½ Ns 20 tpm (1000/24 jam), juga dilakukan kolaborasi pemberian obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik) diantaranya Injeksi Ranitidine 2x10mg, injeksi Ondansetron 3x1mg, injeksi Antrain 2x80mg. setelah itu keluarga mengatakan bahwa pada hari ke 3 ini pasien sudah mulai BAB 1x hanya konsistensi lembek

Menurut penelitian implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan sesuai dengan perencanaan yang disusun sebelumnya.

Menurut peneliti berdasarkan ulasan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Intervensi yang diberikan membuahkan hasil pada pasien setelah di beri asuhan keperawatan 3x24 jam tanda dan gejala hipovolemia mulai turun, sangat signifikan pada hari kedua perawatan membran mukosa pasien sudah basah, nadi pasien normal. Setelah di berikan oralit dan di bantu dengan pemberian terapi kolaborasi dalam pemberian cairan dan pemberian obat didapatkan perkembangan perawatan hari pertama dan kedua konsistensi BAB pasien masih cair baru pada hari perawatan ketiga konsistensi BAB pasien lembek. Dan itu membuat tanda dan gejala hipovolemia juga ikut membaik. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan pasien tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada hari pertama sampai hari terakhir perawatan. Pada hari pertama ibu pasien mengatakan, pasien mengeluh sakit perut dan BAB cair sebanyak 6x, BAK 1x, badan panas dengan suhu 38⁰C, mengeluh haus dan lemas, hari kedua ibu pasien mengatakan, pasien BAB cair sebanyak 4x, BAK 1x, badan panas dengan suhu 37⁰C, hari ketiga ibu pasien mengatakan anak sudah tidak, pasien BAB sebanyak 3x lembek. Pasien dalam tanda-tanda vital menunjukkan progres yang baik setiap harinya seperti TD dalam batas normal, membran mukosa membaik dari kering menjadi basah, tanda-tanda dehidrasi (-) dan konsistensi BAB membaik dari cair menjadi lembek. Hasil evaluasi yang ditunjukkan pasien telah memenuhi kriteria hasil dalam pencegahan kekurangan volume cairan.

Menurut buku andra dan putri menjelaskan bahwa kriteria hasil pada pasien gastroenteritis dengan masalah hipovolemia yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal, tanda-tanda dehidrasi (-), turgor kulit elastis, membran mukosa basah, haluaran urine terkontrol, mata tidak cowong dan ubun-ubun besar tidak cekung. Konsistensi BAB lembek dan frekuensi 1 kali dalam sehari.

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan yang dikaji berupa catatan perkembangan pasien berdasarkan kriteria hasil dan tujuan asuhan keperawatan terhadap hipovolemia yang terjadi.

Didapatkan catatan perkembangan pada pasien terdapat pada hari ke 2, keadaan umum klien lemah ibu pasien mengatakan BAB 6x1 dengan konsistensi cair sudah sejak 2 hari yang lalu, Nadi : 110x/menit Suhu : 38,8 °C, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, didapatkan penghitungan cairan pasien yaitu Input Cairan : Air (makan+minum) = 1000cc, Cairan infus = 1000cc, Total = 2000 cc. Output cairan : Urine = 500cc, Feses = 600cc IWL=450cc (30-umur(th)/kgBB/hari) Jika ada kenaikan suhu IWL = 850 cc (IWL+200 (suhu badan sekarang-36,8)) Total = 1950 cc Jadi balance cairan input-output = 2000-1950=+50 cc. setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diantaranya yaitu Pantau tanda dan gejala hipovolemia, Monitor intake dan output cairan, Observasi tanda-tanda vital, turgor kulit, membrane mukosa, Pemberian oralit secara bergantian dengan cairan rendah natrium seperti ASI atau susu formula, Kolaborasi pembeian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), (Inf D5 Ns 20 tpm 1000/24jam), Pemeriksaan serum elektrolit (Na, K dan Ca serta BUN),

Berkolaborasi pemberian obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik) Inj Ranitidine 2x10mg IV, Inj Ondansetron 3x1mg IV, Inj Antrain 2x80mg IV, Oral L Bio 2x1 sachet, Oral Zynk Syrup 3x1 sendok sirup, Lindungi kulit dari iritasi, Jelaskan tentang penyakit anak, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, Intruksikan keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses. Pada hari ke 1 setelah diberikan oralit dan kolaborasi obat dan cairan dan juga pemantauan dalam derajat dehidrasi juga pemantauan intake output didapatkan hasil klien masih BAB 6x1 hari dengan konsistensi cair, mukosa bibir masih kering, demam, dan pasien terus merasa haus namun badan masih tetap lemah dan tidak mau makan. Pada hari pertama masalah keperawatan belum teratasi sehingga intervensi harus dilanjutkan.

Catatan perkembangan pada hari ke 2 didapatkan hasil setelah diberikan oralit BAB pasien sudah tidak sesering kemarin, hari ke dua ini klien bab 4x1 bibir mulai membaik, turgor kulit mulai membaik, hanya saja badan klien masih demam dan klien sudah mulai mau makan walaupun hanya ¼ porsi, setelah itu diberikan terapi kolaborasi dalam cairan maupun obat setelah diberikan obat klien tertidur dengan nyenyak sehingga membantu klien dalam tahap pemulihan. Setelah itu dilakukan pemantauan tanda-tanda hipovolemia dan menghitung intake dan output cairan didapatkan kebutuhan cairan klien, sudah tidak mengeluh haus, Nadi : 100x/menit, Suhu : 37,8 °C, Respirasi : 22x/menit. Balance cairan : Input-Output : 1800-1650=+150 cc sudah mulai terpenuhi, sehingga pada hari ke dua ini catatan perkembangan klien didapatkan masalah keperawatan teratasi sebagian sehingga intervensi harus dilanjutkan.

Catatan perkembangan pada hari ke 3 setelah diberikan tindakan keperawatan dibawah ini klien diberikan oralatin setelah diberikan oralite klien mangatakan pada hari ke 3 ini pasien BAB 1x lembek,. Setelah itu dilakukan pemantauan tanda-tanda hipovolemi dan penghitungan cairan didapatkan yaitu sudah tidak mengeluh haus, Akral hangat, Membran mukosa membaik, Turgor kulit meningkat, Balance cairan : Input-Output : 1700-1250=+450 cc. selanjutnya dilakukan pemantauan ttv diantaranya yaitu Tekanan Darah : 100/80 mmhg, Nadi : 100x/menit, demam klien sudah mulai turun Suhu : 36,2 °C, Respirasi : 22x/menit, klien sudah merasa baik dan sudah mulai mau makan banyak sehingga 1 porsi makan pasien habis juga didorong dengan kolaborasi dalam pemberian terapi cairan maupun obat sehingga berpengaruh juga dalam perkembangan dan pemenuhan kebutuhan cairan klien dalam mengatasi dehidrasi pasien. Didapatkan hasil dari catatan perkembangan pada hari ke 3 masalah keperawatan hipovolemia teratasi sehingga intervensi di lanjutkan

Menurut peneliti hasil evaluasi pasien terjadi pada hari terkakhir perawatan dan masalah teratasi karena pasien sudah menunjukkan respon perbaikan dengan terlihatnya tanda-tanda sesuai kriteria hasil yang sudah ditetapkan pada intervensi. Pasien sudah tidak mengeluh sakit perut dan BAB sudah kembali normal dengan konsistensi lembek, mukosa bibir klien lembab, turgor kulit membaik. Adanya perubahan catatan perkembangan klien di pengaruhi dalam pemberian terapi oralit yang diberikan tepat waktu, juga dibantu dengan kolaborasi dalam pemberian cairan, juga dibantu dengan kekooperatifan

klien dalam setiap dilakukannya tindakan keperawatan, sehingga pada hari ke 3 masalah keperawatan pasien dapat teratasi dan inervensi di hentikan.