

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Biodata

1) Identitas Klien

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Suku/Bangsa :

Agama :

Pendidikan :

Tanggal masuk RS :

Tanggal pengkajian :

Diagnosa medis :

Nomor medrek :

Alamat :

2) Ayah

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Alamat :

3) Ibu

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Alamat :

4) Genogram :

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

2) Riwayat kesehatan sekarang (pqrst)

3) Riwayat kesehatan dahulu

5) Riwayat Kesehatan keluarga

5) Riwayat kehamilan dan kelahiran

(1) Prenatal

(2) Natal

(3) Post Natal

6) Riwayat Imunisasi

Jenis Kelamin	Waktu Pemberian Dalam Bulan														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
BCG															
DPT															
POLIO															
CAMPAK															
HEPATITIS															

Keterangan :

7) Riwayat tumbuh kembang

a) Pengkajian reflek (bila pasiennya neonatus atau bayi muda)

(1) Moro

(2) Sucking

(3) Graps

(4) Tonik Nekk

(5) GAG

(6) Rooting

(7) Menelan

(8) Startle

(9) Lain - lain

b) Pengkajian pertumbuhan

(1) BB Lahir :

(2) BB Sebelum Sakit :

(3) BB Saat Sakit :

(4) TB :

(5) LLA :

(6) Lingkar kepala, lingkar perut, lingkar dada (bila bayi muda dan neonatus) :

(7) Pertumbuhan Gigi

a. Jumlah Gigi keseluruhan :

b. Karies Gigi :

c) Pengkajian Perkembangan

(1) Perkembangan motorik halus

(2) Perkembangan motorik kasar (bila mungkin)

(3) Perkembangan bahasa

(4) Perkembangan Personal sosial (Bila mungkin)

8) Aspek fisik

a) Penampilan umum

b) Kesadaran Gunakan Prdiatrik Coma Scala atau GCS untuk anak yang lebih besar

c) Pemeriksaan fisik

(1) System pernafasan

(2) System pencernaan

(3) System kardiovaskuler

(4) System musculoskeletal

(5) System Persyarafan

(6) System endokrin

(7) System Integumen

(8) System genitourinaria

(9) System panca indra

9) Aktivitas sehari-hari

No.	Jenis aktivitas	Sebelum Sakit	Selama Sakit
1.	Nutrisi Makan a) Frekuensi b) Porsi c) Jenis makanan d) Nafsu makan Minum a) Frekuensi b) Jumlah c) Jenis minuman Keluhan		
2.	Eliminasi BAB a) Frekuensi b) Warna c) Konsistensi BAK a) Frekuensi b) Warna c) Jumlah Keluhan		
3.	Pola istirahat / tidur a) Lamanya tidur b) Gangguan tidur Keluhan		
4.	Personal hygiene a) Mandi b) Keramas Gosok gigi Gunting kuku Keluhan		
5.	Pola Aktivitas Keluhan		

10) Aspek psikologis (Hospitalisasi anak dan orang tua)

11) Aspek social (anak dan orang tua)

12) Data penunjang

a) Data Laboratorium

b) Data terapi

c) Data radiology

2. Analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas masalah

- 1.
- 2.
- 3.

B. Intervensi

Rencana Asuhan Keperawatan

Nama Klien :

No. Medrec :

Diagnosa Medis :

Ruang/Kelas :

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional

C. Implementasi

No.	Hari / Tgl	DP	Implementasi	Paraf Pelaksana

D. Evaluasi

No.	Hari/Tgl	DP	Evaluasi		Paraf Pelaksana
			Observasi	Modifikasi	
			S :		
			O :		
			A :		
			P :		

E. Catatan Perkembangan

Nama :

Diagnosa Medis :

Umur :

No. Medrec :

No.	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf Pelaksana
		S : O : A : P : I : E : R :	

ISSN 2477 - 4375

Jurnal *Scientific Journal of Midwifery*
Ilmiah Kebidanan

Volume 4 Nomor 2 September 2018

Diterbitkan Oleh :
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
STIKES PEMKAB JOMBANG

Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)	Vol. 4	No. 2	Hal. 70 - 142	Jombang September 2018	ISSN 2477 - 4375
--	--------	-------	------------------	---------------------------	---------------------

STUDI HUBUNGAN ANTARA SENAM NIFAS, INSIASI MENYUSU DINI (IMD) DAN PARITAS DENGAN INVOLUSIO UTERI

Study Of Relationship Between Senam Nifas, Early Breastfeeding Initiation (IMD) And Parity With Uteri Involution

Sholaikhah Sulistyoningtyas

70-76

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.162>

HUBUNGAN USIA MENARCHE DAN TINGKAT STRES DENGAN KEJADIAN DISMENORE PRIMER PADA REMAJA PUTRI

The Relations Menarche Age And Stress Levels With The Dismenore Primary Events In Adolescents

luluk khusnul dwihestie

77-82

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.161>

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA BIDAN DESA DALAM PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL DI KABUPATEN GOWA

The Analysis Of Factors Associated With Village Village Performance In Pregnant Women's Health Services In Gowa District

Megawati Megawati

83-90

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.186>

PENDAMPINGAN MENGGUNAKAN BUKU KIA DENGAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK USIA BAWAH DUA TAHUN (BADUTA) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKOMULYO - GRESIK

The Assistance Of Using Kia Book With The Two-Year Old Childrengrowth And Development In Sukomulyo Health Center– Gresik

Nur Hasanah, Yunita Dyah Fitriani

91-100

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.187>

**ANALISA KONTRIBUSI PROGRAM KAMPUNG KB DALAM UPAYA
PENINGKATAN PROGRAM KKBPK DI KAB. JOMBANG, PROVINSI
JAWA TIMUR**

Analysis Of Contribution Kampung KB Program In Efforts To Improve the
KKBPK Program In Jombang, East Java Province

Agus Raikhani, Novy Setia Yunas, Linda Ratnasari, Iswari Hariastuti

101-113

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.188>

**PERBANDINGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI YANG
TINGGAL DI PONDOK PESANTREN DAN DI RUMAH DI MADRASAH
ALYIAH PONDOK PESANTREN DARUSSALAM KEPUNG KEDIRI**

Comparison Anemia In Adolescent Girls Who Stay At Pondok Pesantren And At
Home In Madrasah Aliyah Pondok Pesantren Darussalam Kepung Kediri

Eka Sri Purwandari

114-119

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.191>

**EFEK PEMAKAIAN KONTRASEPSI SUNTIK DMPA JANGKA PANJANG
TERHADAP TINGKAT KEPADATAN TULANG**

The Effect Of Long-Term Contraception Of Contraception Against Bone Density
Levels

Anis Setyowati, Wahyu Nuraisya, Eka Sri Purwandari

120-124

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.194>

**PRAKTIK PEMBERIAN ASI DAN WAKTU PELEPASAN TALI PUSAT
BAYI BARU LAHIR**

Breastfeeding Practice and Time of Umbilical Cord Detachment in Newborn

Ifana Syafira Maharani, Ika Yudianti

125-134

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.166>

PIZZA KACANG HIJAU INTERVENSI DIET UNTUK ANAK AUTISME DAN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

The Green Bean Pizza For Diet Intervention To Autism And Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children (ADHD)

Vika Ramadhana Fitriyani, Ainiyatul Luklukatul Lababah, Zakiyah Zakiyah, Aries Chandra Ananditha

135-138

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.196>

ASUHAN KEPERAWATAN PADA DIARE AKUT DEHIDRASI SEDANG FOKUS STUDI KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI RSUD TEMANGGUNG

Nursing Care In Acute DiarrheaWith Midle Dehydrated Focusing Study Of Deficite Fluid Volume In Temanggung Hospital

Yufita Wahid Hidayah

139-142

Full Text

: <https://doi.org/10.33023/jikeb.v4i2.197>

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA DIARE AKUT DEHIDRASI
SEDANG FOKUSSTUDI KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI RSUD
TEMANGGUNG**

*Nursing Care In Acute DiarrheaWith Midle Dehydrated Focusing Study
Of DeficiteFluid Volume In Temanggung Hospital*

ABSTRAK

Pendahuluan : Diare merupakan pengeluaran tinja yang tidak normal, frekuensi lebih dari 3 kali dengan atau tanpa lendir darah. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan penjelesan terkait profil pasien, tindakan yang diberikan kepada pasien baik farmakologi maupun non farmakologi dan berapa lama pasien dilakukan perawatan. **Metodologi** Metode penulisan dalam studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yang menggambarkan proses asuhan keperawatan yang berfokus pada klien keperawatan dengan diare dehidrasi sedang dengan fokus pada studi defisiensi volume cairan. **Hasil** setelah perawatan 3x24 jam kekurangan volume cairan bisa diatasi jadi An. H mengalami peningkatan kesehatan yang ditandai oleh orang-orang dari bab pertama 5 kali sehari hingga 1 x sehari. **Kesimpulan** asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diare akut dehidrasi sedang dengan masalah kekurangan volume cairan mengalami peningkatan kesehatan di tandai dengan dari yang awalnya BAB 5 x sehari menjadi 1 x sehari dan dari yang awalnya mual,munta,lemes setelah dilakukan tindakan selama 3 hari menjadi mual muntah tidak ada dan lemas berkurang.

Kata kunci : Diare Akut, Dehidrasi Sedang, Kekurangan Volume Cairan

ABSTRACT

Introduction : *Diarrhea is an abnormal stool expenditure, frequency more than 3 times with or without blood mucus. The purpose of this study is to provide an explanation regarding the patient's profile, the actions given to patients both pharmacological and non-pharmacological and the length of time the patient is treated*

Method : *The writing method in this case study uses a descriptive method that describes the process of nursing care that focuses on nursing clients with moderate dehydrated diarrhea with a focus on the study of fluid volume deficiency. Result: after treatment 3x24 hours lack of fluid volume can be overcome so An. H has a health improvement characterized by people from the first chapter 5 times a day to 1 x a day.*

Discussion/Conclusion: *Nursing care performed on patients with acute diarrhea with dehydration with a lack of fluid volume has improved health, marked by those who initially defecate 5 daily to 1 x a day and from the initial nausea, munta, lemes after 3 days of nausea. no vomiting and weakness.*

Keywords : *Acute Diarrhea, Middle Dehydration, Deficite of Electrolize*

PENDAHULUAN

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (lebih dari tiga kali) dalam satu hari. Survei Kesehatan Nasional tahun 2006 menempatkan diare pada posisi tertinggi kedua sebagai penyakit paling berbahaya pada balita. Diare dilaporkan telah membunuh 4 juta anak setiap tahun di negara-negara berkembang (Kemenkes RI, 2010).

Penyakit diare sering dijumpai pada anak-anak. Menjelang akhir dekade milenium ketiga ini, diare pada anak dibawah usia lima tahun masih menjadi penyebab kedua kematian di dunia. Hampir setiap tahun diare membunuh sekitar 525 ribu anak di usia tersebut, dan secara global kasus diare pada masa bayi setiap tahunnya mencapai angka 1,7 milyar (WHO, 2017).

Diare masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian karena angka morbiditas dan mortalitasnya masih tinggi. Data dari Riskesdas 2007 menyebutkan bahwa penyakit diare dari tahun ke tahun masih menjadi penyebab utama kematian bayi dan balita di Indonesia (Anggraeni dan Farida, 2011). Di dunia sekitar lima juta anak meninggal dunia karena diare akut, dimana sebagian besar terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia (Widoyono, 2011).

Beberapa survei menunjukkan bahwa diare masih menjadi penyebab kematian balit (Kemenkes, 2011). Menurut SKRT 2001 menyebutkan angka mortalitas balita mencapai 13%; Studi Mortalitas Dunia 2005 menyebutkan angka mortalitas anak karena diare sebanyak 17%; WHO (Asia) sebesar 15%; dan Riskesdas 2007 menyebutkan angka mortalitas karena diare balita (1-4 tahun) sebesar 25,2% (Kemenkes, 2011). Pada tahun 2013 angka kejadian diare di Jawa Tengah mencapai 1.407.082 dengan angka kematian berjumlah 62 orang dan 13% kematian terjadi di kota Banyumas (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2013)

Secara klinis penyebab diare dapat dikelompokkan dalam 6 golongan besar yaitu infeksi (disebabkan oleh bakteri, virus atau infestasi parasit), malabsorpsi, alergi, keracunan, imunodefisiensi dan sebab-sebab lainnya. Penyebab yang sering ditemukan di lapangan ataupun secara klinis adalah diare yang disebabkan infeksi dan keracunan (Departemen Kesehatan RI, 2011).

Kelompok umur yang paling rawan terkena diare adalah kelompok anak usia balita. Pada usia ini, anak mulai mendapat makanan tambahan seperti makanan pendamping dan susu formula, sehingga kemungkinan termakan makanan yang sudah terkontaminasi oleh agen penyebab penyakit diare menjadi lebih besar (Hiswani, 2003). Selain itu beberapa faktor yang dapat memicu kerentanan terhadap diare pada bayi dan anak-anak, antara lain: pemberian ASI kurang dari 2 tahun, kekurangan gizi, imunodefisiensi, immunosupresi, faktor lingkungan dan faktor perilaku (Adisasmito, 2007).

Tata laksana di rumah maupun di sarana kesehatan sangat mempengaruhi keselamatan jiwa anak yang menderita diare terutama dengan dehidrasi (Mafazah, 2013).

Pemberian cairan adalah yang utama pada penderita diare karena sebagian besar kasus terutama anak-anak yang dibawa ke rumah sakit sudah terjadi komplikasi berupa dehidrasi sehingga diperlukan cairan rehidrasi yang sesuai. Pemberian cairan untuk rehidrasi yang direkomendasikan WHO adalah cairan rehidrasi oral yaitu oralit 200 yang diberikan pada kasus diare dengan dehidrasi ringan-sedang yang efektif untuk mengembalikan cairan dan juga menurunkan volume feces serta menurunkan muntah (Depkes, 2008) Salah satu faktor resiko terjadinya diare pada anak adalah keracunan makanan. Keracunan makanan tersebut disebabkan karena anak mengkonsumsi makanan yang tidak terjamin kebersihannya (Wong, 2009).

Resiko akibat diare dapat dikurangi dengan terapi yang tepat. Terapi pertama bagi penderita diare akut tanpa dehidrasi, dan dehidrasi ringansedang adalah dengan pemberian CRO (cairan rehidrasi oral). Pemberian CRO yang tepat dengan jumlah yang memadai merupakan modal yang utama mencegah dehidrasi. Terapi lain yang dapat diberikan adalah adsorben (attapulgit dan pektin), dan antiemetik (metoklopramid, domperidon, dan ondansentron). Pemberian antibiotik hanya

diindikasikan pada keadaan tertentu seperti diare yang terindikasi infeksi patogen serta diare pada bayi dan anak dengan keadaan *immunocompromised* (Gunawan, 2007).

Kebersihan dalam kehidupan sehari-hari merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan seseorang. Seseorang mengalami sakit, biasanya masalah kebersihan kurang diperhatikan, hal ini terjadi karena menganggap bahwa masalah kebersihan diri adalah masalah sepele, padahal jika hal tersebut dibiarkan dapat mempengaruhi kesehatan secara umum bisa menyebabkan penyakit seperti diare (Tarwoto dan Wartonah, 2008). Kebersihan lingkungan pada hakekatnya adalah kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap status kesehatan yang optimum. Ruang lingkup kebersihan lingkungan antara lain mencakup : perumahan, pembuangan kotoran manusia (tinja), penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor (air limbah), rumah hewan ternak (kandang) dan sebagainya (Anwar, 2003).

METODE

Metode penulisan pada studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan tentang proses asuhan keperawatan yang memfokuskan pada salah satu masalah penting dalam kasus yang dipilih yaitu asuhan keperawatan klien dengan diare akut dehidrasi sedang dengan fokus studi kekurangan volume cairan. kriteria dari responden adalah klien yang mengalami diare akut dehidrasi sedang dan memiliki tanda kekurangan volume cairan. Sampel dari penelitian ini adalah anak An H dengan usia 9 bulan di RSUD Temanggung.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Responden dalam penulisan ini adalah klien An. H dengan usia 9 bulan, berjenis Kelamin Laki-laki, beragama Islam dan beralamat di Temanggung. Klien tinggal bersama ibu dan Ayahnya. Pada hari Senin tanggal 15 Januari 2018 pada pukul 21.05 WIB, telah dilakukan pengkajian terhadap An. H dan didapatkan data subjektif yaitu ibu klien mengatakan bahwa klien BAB 5 kali sehari dengan konsistensi cair dengan sedikit ampas dan klien muntah, minumannya sedikit. Sedangkan pada data objektif didapatkan data klien terlihat lemas, mukosa bibir kering, mata sedikit cekung, dan bising usus 24x/menit.

Berdasarkan analisa data yang dilakukan pada tanggal 15 Januari 2018 pada pukul 21.05 WIB. Didapatkan diagnosa

keperawatan prioritas yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan ditandai dengan kelemahan dan kulit kering.

Didapatkannya diagnosa diatas, maka akan dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan umum yang akan di capai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil tidak terdapat tanda tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab, ttv dalam batas normal, turgor kulit normal.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan pada An. H dengan diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan, penulis menggunakan rencana keperawatan menurut buku NIC edisi keenam yaitu dengan monitor tanda tanda vital pasien, tentukan riwayat diare, monitor anda tanda dehidrasi, tentukan input output klien, instruksikan keluarga untuk memberitahu setiap kali mengalami diare. Sehingga dapat membantu mengetahui perkembangan klien.

Implementasi hari pertama dilakukan pada pukul 21.05 WIB yaitu diawali dengan memonitor TTV(tanda tanda Vital) klien dengan hasil nadi : 102 x /menit, suhu : 36⁵ C ,respirasi rate : 23 x /menit dan ibu klien mengatakan klien masih lemas dan BAB 5 kali perhari, berwarna kuning dengan sedikit ampas. Selanjutnya menentukan riwayat diare dengan hasil ibu klien mengganti pempers 5 kalo sehari, memonitor input dan output cairan dengan hasil balance cairan = - 120,5 cc, memonitor tanda dehidrasi pada pasien dengan hasil mukosa bibir

kering, turgor kulit tidak elastis, mata sedikit cekung. Evaluasi yang didapat pada hari pertama yaitu ibu klien mengatakan anaknya masih merasa lemas dan BAB 4 kali sehari dengan nadi : 102 x /menit, suhu : 36⁵°C ,respirasi rate : 23 x /menit. Dengan lanjut intervensi monitor ttv dan monitor input dan output cairan.

Implementasi hari kedua penulis memonitor tanda vital di mulai pada jam 15.00 WIB pada tanggal 16 Januari 2018 dengan hasil perkembangan klien suhu : 36⁶°C, nadi : 101 x /menit dan RR : 22x/ menit. Sedangkan pada pukul 16.00 memonitor input dan output cairan klien dengan input cairan 770 CC dan output cairan klien 260 CC dan ibu klien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi sedikit cair. Evaluasi yang didapat pada hari kedua yaitu ibu klien mengatakan anaknya mual muntahnya sudah berkurang, lemas berkurang dengan nadi 102 x/menit, suhu : 36⁵°C dan RR : 23x/menit dengan tindakan lanjutnya monitor TTV dan monitor input dan output cairan.

Implementasi hari ketiga pada tanggal 19 Januari 2018 pukul 09.00 WIB penulis memonitor TTV klien dengan hasil nadi : 103 x/menit, suhu : 36⁴°C, RR : 22x/menit, dan memonitor input dan output cairan dengan hasil input yang terdiri dari makan, minum dan infus : 900 CC dan output yang terdiri dari BAK dan BAB 380 cc lembek, berampas dan 1 klai dalam sehari. dan ibu

klien mengatakan anaknya makan dan minumannya lumayan banyak, sudah tidak muntah lagi. Evaluasi yang didapat pada hari ketiga adalah klien BAB 1 x sehari, sudah tidak lemas, makan dan minum sudah mau. Nadi 103 x /menit, RR : 22x/menit, dan suhu 35⁴°C.

Dari kesimpulan evaluasi diatas dapat terlihat bahwa dari hari pertama – hari ketiga An H mengalami peningkatan perkembangan kesehatannya.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian didapatkan kesimpulan bahwa

a. Pengkajian

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. H dan dihasilkan data BAB 5 x sehari konsistensi cair dan sedikit ampas, merasa lemas, dan mual muntah, mukosa bibir kering yang menandakan bahwa klien mengalami kekurangan volume cairan.

b. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang diberikan terhadap klien yaitu memonitor TTV, memonitor Input dan Output cairan, memonitor tanda dehidrasi penulis mengatakan bahwa dilakukan tindakan keperawatan tersebut Untuk mengetahui kondisi perkembangan kesehatan klien.

c. Evaluasi

Dalam melakukan evaluasi tindakan keperawatan, penulis menganalisis dari tindakan keperawatan yang dilakukan penulis, setelah di evaluasi An.H mengalami peningkatan kesehatan di tandai dengan dari yang awalnya BAB 5 x sehari menjadi 1 x sehari

dan dari yang awalnya mual, muntah, lemes setelah dilakukan tindakan selama 3 hari menjadi mual muntah tidak ada dan lemas berkurang.

SARAN

a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan perawat lebih meningkatkan komunikasi terapeutiknya dan diharapkan pasien dan keluarga dapat bersama-sama ikut serta dalam upaya peningkatan dan mempertahankan kesehatan klien.

b. Bagi Peneliti Lain

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi lain serta untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diare akut dehidrasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, Gloria M (2013) *Nursing Interventions Classification(NIC)* edisi keenam. Jakarta. Elsevier
- Christy, M. Y. (2014). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dehidrasi Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalijudan. *Jurnal Berkala Epidemiologi*.
- Herdman, T Hether (2015). *Diagnosis Keperawatan definisi dan klasifikasi 2015-2017 edisi 10*. Jakarta : EGC
- Indriyani Puji, Kurniawan Yuniar Deddy (2017). Pengaruh oralit 200 terhadap lama perawatan bayi dengan diare akut dehidrasi ringan-sedang. *Prosiding Seminar Nasional Publikasi Hasil- Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat*
- Jacobs, C., Manoppo, J., & Warouw, S. (2013). Pengaruh oralit WHO terhadap kadar natrium dan kalium plasma pada anak diare akut dengan dehidrasi. *Jurnal E-Biomedik (EBM)*.
- Kemkes RI (2011) *Buletin Jendela data dan informasi kesehatan*. Jakarta
- Mafazah, L. (2013). Ketersediaan sarana sanitasi dasar, personal hygiene ibu dan kejadian diare. *Jurnal Kesehatan masyarakat*. Vol.8.No.2.176-182
- Moorhead, Sue & Johnson, Marion (2013). *Nursing Outcomes Classification(NOC)* edisi 5. Jakarta Elsevier
- Profil Kesehatan Jateng (2013) *Profil kesehatan provinsi Jawa Tengah 2013*
- Siswidiyari, A., Astuti, K. W., & Yowani, S.C. (2014). Profil terapi obat pada pasien rawat inap dengan diare akut pada anak di Rumah Sakit Umum Negara. *Jurnal Kimia* 8.

2021



Vol 8, No 1 (2021): Jurnal Profesi Keperawatan

2020

Vol 7, No 2 (2020): Jurnal Profesi Keperawatan

Vol 7, No 1 (2020): Jurnal Profesi Keperawatan

2019

Vol 6, No 2 (2019)

Vol 6, No 1 (2019): Jurnal Profesi Keperawatan

2018

Vol 5, No 2 (2018): Jurnal Profesi Keperawatan

2016

Vol 3, No 1 (2016)

2015

Vol 2, No 1 (2015)

Home > Archives > **Vol 2, No 1 (2015)**

Vol 2, No 1 (2015)

Table of Contents

Articles

PEMBERIAN NEBULIZER DENGAN VENTOLIN DAN BISOLVON DALAM MENGATASI SESAK NAFAS PADA PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS (PPOK) DI RUANG MELATI II RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KUDUS <i>Z Uliya, Jamaludin Jamaludin</i>	PDF
PEMBERIAN STRATEGI PELAKSANAAN PADA KLIEN GANGGUAN JIWA DENGAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG CITRO ANGGODO RSJD DR. AMINO GONDHUTOMO SEMARANG <i>C. R Dewi Soekarno, I N Pramudaningsih</i>	
PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN PADA ANAK A. DENGAN GASTROENTRITIS DI RUANG BOUGENVILLE 3 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KUDUS <i>U Syuibah, Ambarwati Ambarwati</i>	PDF
PENATALAKSANAAN INTOLERANSI AKTIVITAS DENGAN RANGE OF MOTION (ROM) AKTIF PADA PASIEN POST PARTUM SPONTAN PRE EKLAMSI BERAT (PEB) DI RUANG BOUGENVILLE I RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KUDUS <i>D P WIRANATA, E pujiati</i>	PDF
PERAWATAN LUKA POST ORIF (OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION) DENGAN NAACL 0,9% PADA PASIEN FRAKTUR TYBIA DI RUMAH NY.D DI DESA JETIS KAPUAN KUDUS <i>E Nurfaily, S Yusra</i>	

**PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN PADA ANAK A. DENGAN
GASTROENTRITISDI RUANG BOUGENVILLE 3 RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KUDUS**

Oleh

U. Syuibah¹⁾, dan Ambarwati²⁾

1) Alumni Akademi Keperawatan Krida Husada, Kudus

2) Dosen Akademi Keperawatan Krida Husada, Kudus

ABSTRAK

Diare bisa mengakibatkan terjadinya penurunan kebutuhan cairan dikarenakan ketika saraf dalam devisi sakrum dan mensarafi separuh distal usus besar, saraf parasimpatis mengeluarkan asetilkolin dan merangsang pelepasan muatan plexus mesentrikus. Hal ini akan mempercepat peristaltik (Hiperperistaltik) dan percampuran makanan sehingga timbul diare. Penanganan yang tepat dalam mengatur keseimbangan cairan pasien salah satunya adalah memantau IWL (*insensible water loss*), *intake* dan *output* pada pasien setiap hari, selain itu mengukur dan memantau masukan dan haluaran cairan setiap harinya. Dengan tujuan memantau keseimbangan cairan antara yang masuk dengan yang keluar. Akibat kehilangan cairan yang berlebih tubuh anak mengalami kekurangan cairan, dan jika dibiarkan hal ini dapat mengakibatkan terjadi syok hipovolemik, syok hipovolemik merupakan kondisi dimana sistem kardiovaskuler gagal melakukan perfusi ke jaringan dengan adekuat, akibatnya jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan kematian.

Kata kunci : Pemenuhan kebutuhan cairan, anak, Gastroenteritis.

PENDAHULUAN

Diare merupakan salah satu penyakit tersering yang menyebabkan dehidrasi, terutama di negara-negara berkembang⁽¹⁾. WHO mengantisipasi keadaan tersebut dan sampai saat ini telah menunjukkan perbaikan. Lebih kurang 4 miliar kasus diare di dunia pada tahun 2006, terdapat 2,5 juta kasus berakhir dengan kematian dan sebagian besar (lebih dari 90%) terjadi di negara-negara berkembang, □ 80 % kematian akibat diare tersebut terjadi pada anak usia di bawah dua tahun⁽²⁾.

Diperkirakan pada orang dewasa setiap tahunnya mengalami diare akut atau gastroenteritis akut sebanyak 99.000.000 kasus. Di Amerika Serikat diperkirakan 8.000.000 pasien berobat ke dokter dan lebih dari 250.000 pasien dirawat di rumah sakit tiap tahun (1,5 % merupakan pasien dewasa) yang disebabkan karena diare atau gastroenteritis. Kematian yang terjadi, kebanyakan berhubungan dengan kejadian diare pada anak-anak atau usia lanjut, dimana kesehatan pada usia pasien tersebut rentan terhadap dehidrasi sedang-berat. Frekuensi kejadian diare pada negara-negara berkembang termasuk Indonesia lebih banyak 2-3 kali dibandingkan negara maju⁽³⁾.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2008, diare tetap menjadi penyakit pembunuh kedua bagi anak-anak dibawah 5 tahun di Indonesia, Menyebabkan kematian lebih dari 10.000 anak setiap tahun. Hasil survey rumah tangga (2005), baik di Jawa-Bali maupun di luar Jawa-Bali, diare merupakan penyebab kematian nomor tiga kematian pada bayi setelah gangguan perinatal dan penyakit sistem pernafasan⁽²⁾.

Diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor diantaranya salah satunya adalah faktor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Dampaknya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan sistem transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan akan meningkat⁽⁴⁾.

Pemberian cairan harus dipantau dengan ketat oleh perawat untuk mendeteksi tanda kelebihan volume cairan. Data yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Semarang dalam rekam medik terbaru sepanjang tahun 2013 prevalensi yang paling tinggi akibat dari diare yang sering terjadi pada anak diare dengan dehidrasi (kekurangan cairan) yaitu sebanyak 42,6% dimana dari dehidrasi ringan 24,7 %, dehidrasi sedang 58,8 %, dan dehidrasi tinggi 17,5 % sementara sisanya renjatan hipovolemik 22,3%, hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia, perubahan elektrokardiogram 8,6 %, hipoglikemia 3,5 %, dan kejang yang terjadi pada dehidrasi hipertonik sebanyak 23 % dari 5.051 kasus diare, kasus ini menempatkan diare berpotensi dehidrasi sedang sangat tinggi yaitu sebanyak 58,8 %, hal ini mengalami peningkatan angka kejadian anak diare dengan dehidrasi sedang yang sebelumnya pada tahun 2012 sebanyak 4791 kasus 47,3

% mengalami dehidrasi sedang, sementara 33,6 % dehidrasi ringan dan 19,1 % dehidrasi berat⁽⁵⁾.

Dari latar belakang tersebut penulis tertarik untuk mengangkat masalah “Studi Kasus Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Anak A dengan Gastroenteritis di Ruang Bougenville III Rumah Sakit Umum Daerah Kudus”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini telah dilakukan selama tiga hari, tanggal 14 – 16 oktober 2014, bertempat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kudus. Metode penelitian adalah dengan cara observasi yang dilaksanakan secara mendalam (*in-depth observation*) terhadap objek yaitu pasien penderita Gastroenteritis di Ruang Bougenville III Rumah Sakit Umum Daerah Kudus”. Analisis dan penyajian data dilakukan secara deskriptif kualitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Pada ringkasan kasus ini penulis melakukan pengkajian pada tanggal 14 oktober 2014 pukul 10.00 WIB. Ruang Bougenville III Rumah Sakit Umum Daerah Kudus secara *allo anamnesa*. Pasien bernama An. A yang berusia 11 bulan, saat dikaji ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair ± 4 x / hari. Riwayat keperawatan, pada riwayat kesehatan sekarang ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair sudah 1 minggu yang lalu, kemudian dibawa ke balai pengobatan tetapi karena tidak ada perubahan kemudian pasien dirujuk ke RSUD Kudus dan masuk lewat IGD oleh keluarganya. Kemudian klien di IGD mendapat *teraphy* infuse RI 10 tpm, Cefotaxime 2x200 mg, Ondansetron 2x25 mg, kemudian pasien dipindah keruang Bougenville 3 untuk mendapat perawatan lebih lanjut. Hasil Tanda-tanda Vital Nadi 110 x / menit dengan irama teratur, Suhu:

37 °C, Respirasi Rate: 30 x / menit, BB 9 kg, TB 60 cm, LL 17 cm, mukosa bibir kering, mata cekung, dan CRT kurang dari 3 detik. Pada pengkajian pola fungsional khususnya pola nutrisi sebelum sakit ibu pasien mengatakan anaknya makan bubur 3 x sehari dan minum susu ASI 1-2 jam sekali dan minum air putih 250 cc, dan selama sakit ibu pasien mengatakan anaknya hanya makan 2 sendok bubur yang diberikan rumah sakit dan minum susu ASI 2 jam sekali dan minum air putih 150 cc. Selain itu pada pol fungsional eliminasi sebelum sakit ibu pasien mengatakan pasien BAB 2 x sehari dengan konsistensi lembek, dan bau khas, dan BAK $\pm 5-6$ x / hari warnanya kuning, dan bau khas amoniak, dan selama sakit ibu pasien mengatakan BAB ± 4 x sehari dengan konsistensi cair, dan bau khas, BAK $\pm 6-7$ x / hari dengan warna kuning, dan bau khas amoniak, intake meliputi makan + minum: 422 cc + infuse: 740 cc + injeksi cefotaxime + paracetamol + ondansetron + zink (15 cc + 54 cc + 75 cc + 20 cc = 164 cc) + AM:

$(8 \times 9 \text{ kg} / \text{BB} = 72 \text{ cc}) = 1398 \text{ cc} - \text{output: urin: } 980 \text{ cc BAB } 200 \text{ cc muntah } 100 \text{ cc} + \text{IWL (30-1) kg} / \text{BB} = 261 \text{ cc}) = 1541 \text{ cc}$, jadi balance cairannya = -143 cc.

Pada pemeriksaan diagnostik laboratorium pertama dilakukan pada tanggal 13 oktober 2014, dengan hasil pemeriksaan Hemoglobin 11,3 g/dl (normal), WBC $12,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ (lebih), LYM 52,4% (lebih). Pada tanggal 14 Mei penulis membuat rencana keperawatan untuk diagnosa kurangnya volume cairan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan volume cairan teratasi, pasien BAB 1 x sehari dengan konsistensi lembek, bau khas, warna kuning, kelopak mata tidak cekung, dan pasien tidak lemas. Dengan data tersebut diatas penulis mengambil diagnosa keperawatan kurangnya volume cairan berhubungan dengan output yang berlebih.

Intervensi yang ditetapkan adalah kaji KU dan Tanda-tanda Vital, anjurkan minum banyak, monitor intake output, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian therapy R1 10 tpm, injeksi cefotaxime 2x200 mg, ondansetrone 2x25 mg, paracetamol 6x6 cc, dan oral zink 1x1 tablet dilarutkan kemudian untuk implementasi yang dilakukan pada hari pertama yaitu tanggal 14 oktober 2014 pukul 10.10 WIB memonitor KU dan Tanda-tanda Vital dengan hasil KU tampak lemah, Nadi 110x/ menit irama teratur, Respirasi Rate: 30x/ menit, dan Suhu: 37°C, pukul 11.00 WIB menganjurkan minum banyak dengan hasil pasien tampak

sulit untuk minum, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, mata tidak cekung, pada pukul 16.00 WIB memberikan therapy injeksi cefotaxime 1x 200 mg, ondansetrone 1x25 mg dengan hasil obat masuk melalui selang infuse. Kemudian pada pukul 08.30 WIB memberikan terapi injeksi cefotaxime 2x200 mg, ondansetrone 1x25 mg, paracetamol 6x3 cc, dan oral zink 1x1 tablet dilarutkan Kemudian pada pukul 10.00 WIB memonitor intake output cairan dengan hasil intake meliputi makan + minum: 422 cc + infuse: 740 cc + injeksi cefotaxime + paracetamol + ondansetrone + zink (15 cc + 54 cc + 75 cc + 20 cc = 164 cc) + AM: $(8 \times 9 \text{ kg} / \text{BB} = 72 \text{ cc}) = 1398 \text{ cc} - \text{output: urin: } 980 \text{ cc BAB : } 200 \text{ cc muntah } 100 \text{ cc} + \text{IWL (30-1) kg} / \text{BB} = 261 \text{ cc}) = 1541 \text{ cc}$, jadi balance cairannya = -143 cc, untuk Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 15 oktober 2014 pukul 10.10 WIB memonitor KU dan Tanda-tanda Vital dengan hasil KU tampak lemah, Nadi 112 x/ menit irama teratur, Respirasi Rate: 33 x / menit, dan Suhu: 37°C, pukul 12.00 WIB menganjurkan minum banyak dengan hasil pasien tampak minum, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, mata sudah tidak cekung, pada pukul 16.00 WIB memberikan therapy injeksi cefotaxime 1x200 mg, ondansetrone 1x 25 mg dengan hasil obat masuk melalui selang infuse. Kemudian pada pukul 08.30 WIB memberikan terapi injeksi cefotaxime 1x200 mg, ondansetrone 1x25 mg, paracetamol 6x3 cc, dan oral zink 1x1 tablet dilarutkan. Kemudian pada pukul 10.10 WIB memonitor

intake output cairan dengan hasil intake meliputi makan + minum: 552 cc + infus : 800 cc + injeksi cefotaxime + paracetamol + ondansetron + zink (15 cc + 54 cc + 75cc + 20 cc = 164cc) + AM: (8x9 kg/BB = 72cc) = 1458 cc – output: urin: 960 cc BAB : 180 cc muntah 100 cc + IWL (30-1) kg/BB = 261 cc) = 1501 cc, jadi balance cairannya = -43 cc.

Setelah dilakukan pengelolaan selama 2x24 jam pada tanggal 16 oktober 2014 penulis menyimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian karena dari semua tujuan yang direncanakan sebelumnya khususnya untuk balance cairan walaupun kurang tetapi disini mengalami peningkatan yaitu dari hari pertama balance cairan -143 cc menjadi -43 cc, selain itu data lain yang mendukung adalah turgor kulit pasien baik, mukosa bibir lembab, mata sudah tidak cekung

Pembahasan

Pada kasus diare yang terjadi pada An.A penulis membahas tentang pemenuhan kebutuhan cairan dan dengan gastroenteritis di Ruang Bougenville III Rumah Sakit Umum Daerah Kudus. Diare merupakan keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak. Konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja, salah satu penyebab terjadinya diare adalah virus *e. coli* sehingga mengakibatkan infeksi⁽¹⁾.

Ketika seorang anak mengalami infeksi tersebut, maka

akan menunjukkan tanda dan gejala bahwa awalnya anak akan menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin juga meningkat, nafsu makan berkurang (tidak ada), kemudian timbul diare tinja semakin cair, dan mungkin mengandung darah atau lendir, warna tinja berubah menjadi kehijau- hijauan karena tercampur empedu. Anus dan sekitarnya lecet karena tinja menjadi asam. Gejala muntah dapat terjadi sebelum dan sesudah diare. Bila lelah banyak kehilangan air dan terjadilah gejala dehidrasi. Berat badan turun pada bayi, ubun-ubun besar cekung, tonus dan turgor kulit berkurang. Selaput lendir, mulut dan bibir kering⁽⁶⁾.

Selain itu faktor psikologis jugadapat menyebabkan diare yang menstimulasi syaraf parasimpatis. Ketika saraf dalam devisi sakrum dan mensarafi separuh distal usus besar, saraf parasimpatis mengeluarkan asetilkolin dan merangsang pelepasan muatan plexus mesentrikus. Hal ini akan mempercepat peristaltic (Hiperperistaltik) dan percampuran makanan sehingga timbul diare⁽⁷⁾. Dampak dari diare mencakup potensial terhadap disritmia jantung akibat hilangnya cairan secara bermakna (khususnya kehilangan kalium). Akibat kehilangan cairan yang berlebih tubuh anak mengalami kekurangan cairan, dan jika dibiarkan hal ini dapat mengakibatkan terjadi syok hipovolemik, syok hipovolemik merupakan kondisi dimana sistem kardiovaskuler gagal melakukan perfusi ke jaringan dengan adekuat⁽⁸⁾. Terdapat tiga mekanisme

dasar yang menyebabkan diare. Pertama gangguan osmotik, gangguan ini akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap, menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkan sehingga timbul diare. Mekanisme ke dua gangguan sekresi akibat rangsangan tertentu (misal toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air ke dalam rongga usus. Mekanisme ke tiga, gangguan motilitas usus, gangguan ini akibat hiperperistaltik usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare⁽⁹⁾.

Pada kasus diare yang dialami pada An.A, proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor diantaranya faktor infeksi yaitu : Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Infeksi enteral ini meliputi : Infeksi bakteri : *Vibrio*, *E. Coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Compylobacter* *yersinia*, *Aeromonas*, dan sebagainya. Infeksi virus : Eterovirus (*Virus echo*, *Coxsackie*, *Poliomyelitis*), *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus* dan lain-lain. Infeksi parasit : *Cacing* (*Ascaris*, *Trichiuris*, *Oxyuris*, *Strongyloides* protozoa (*Entamoeba hystolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*), jamur (*Candida albicans*). Infeksi parenteral yaitu infeksi dibagian tubuh lain di luar alat pencernaan, seperti *Otitis Media Akut (OMA)*,

Tonsilofaringitis, *Bronkopneumonia*, *Ensefalitis* dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun. Faktor Malabsorpsi : *Malabsorpsi karbohidrat* : *Disakarida* (*intoleransi laktosa*, *maltosa* dan *sukrosa*). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering ialah *intoleransi laktosa*. Faktor makanan : Makanan basi, beracun, elergi terhadap makanan. Faktor psikologis : Rasa takut dan cemas walaupun jarang dapat menimbulkan diare terutama pada anak yang lebih besar⁽⁷⁾. Penentuan klasifikasi dehidrasi dan tingkat kegawatan menurut MTBS (*Manajemen Terpadu Balita Sakit*) adalah dehidrasi berat, apabila ada tanda dan gejala seperti letargis atau tidak sadar, mata cekung, turgor jelek sekali. Dehidrasi ringan atau sedang, dengan tanda gelisah, rewel, mata cekung, haus, turgos jelek, diare tanpa dehidrasi, apabila tidak cukup adanya tanda dehidrasi⁽⁴⁾.

Penulis menyimpulkan bahwa pasien An. A termasuk dalam kategori ringan atau sedang, karena pada pemeriksaan yang ditemukan penulis pada An. A didapatkan data mukosa bibir kering, mata cekung, dan CRT kurang dari 3 detik. Selain itu pada pengkajian pola fungsional khususnya pola nutrisi sebelum sakit ibu pasien mengatakan anaknya makan bubur 3x sehari dan minum susu ASI 1-2 jam sekali, dan selama sakit ibu pasien mengatakan anaknya hanya makan 2 sendok bubur yang dikasih rumah sakit dan minum susu ASI 2 jam sekali, dan juga pada

pola fungsional eliminasi sebelum sakit ibu pasien mengatakan pasien BAB 2 x sehari dengan konsistensi lembek, dan bau khas, dan BAK ±5-6x/hari warnanya kuning, dan bau khas amoniak, dan selamasakit ibu pasien mengatakan BAB ±4 x sehari dengan konsistensi cair, dan bau khas, BAK ± 6 -7 x / hari dengan warna kuning, dan bau khas amoniak.

Kebutuhan cairan pada anak bisa dihitung dengan cara menghitung Balance cairan anak (tergantung tahap umur) untuk menentukan air Metabolisme, usia balita (1-3 tahun) kebutuhan cairannya 8cc/kgBB/hari, pada usia 5 - 7 tahun kebutuhan cairannya : 8 - 8,5 cc/kgBB/hari, sementara pada usia 7 - 11 tahun kebutuhan cairannya : 6 - 7 cc/kgBB/hari, dan pada usia 12 - 14 tahun : 5 - 6 cc/kgBB/hari. Untuk menghitung IWL (*Insensible Water Loss*) pada anak dengan rumus $(30 - \text{usia anak dalam tahun}) \times \text{cc/kgBB/hari}$, jika anak mengompol menghitung urine 0,5 cc - 1 cc/kgBB/hari. Selain itu rumus balance cairan adalah (intake - output), input cairan meliputi air (makan+Minum), cairan Infus, therapiinjeksi, dan air metabolisme (Hitung AM 8x kg/BB/hari) selain itu Output cairan meliputi urine, feses (kondisi normal 1 BAB feses 100 cc) muntah / perdarahan, cairan drainase luka / cairan⁽¹⁰⁾.

Hal-hal yang dilakukan oleh penulis dalam mengatur keseimbangan cairan pasien salah satunya adalah memantau IWL (intake maupun output) pada pasien setiap hari, selain itu mengukur dan memantau masukan dan haluaran cairan setiap harinya. Dengan

tujuan memantau keseimbangan cairan antara yang masuk dengan yang keluar, disini penulis mendapatkan data pada hari pertama adalah intake meliputi intake makan + minum: 422 cc + infuse: 740 cc + injeksi cefotaxime + paracetamol + ondansetron + zink (15 cc + 54 cc + 75 cc + 20 cc =164 cc) + AM: $(8 \times 9 \text{ kg/BB} = 72\text{cc}) = 1398 \text{ cc}$ - output: urin: 980 cc BAB : 200cc muntah 100 cc + IWL $(30-1) \text{ kg} / \text{BB} = 261 \text{ cc}$) = 1541 cc, jadi balance cairannya = -143 cc. Tetapi setelah dilakukan pemantauan dan evaluasi pada hari kedua pasien mengalami peningkatan, hal ini dibuktikan dengan terjadinya peningkatan balancecairan pada hari kedua yaitu intake meliputi : makan + minum: 552 cc + infus : 800 cc + injeksi cefotaxime + paracetamol + ondansetron + zink (15 cc + 54 cc + 75cc + 20 cc = 164 cc) + AM: $(8 \times 9 \text{ kg/BB} = 72\text{cc}) = 1458 \text{ cc}$ - output: urin: 960 cc BAB : 180 cc muntah 100 cc + IWL $(30-1) \text{ kg/BB} = 261 \text{ cc}$) = 1501 cc, jadi balance cairannya = -43 cc.

Setelah dilakukan pengelolaan selama 2x24 jam pada tanggal 16 Mei 2013 penulis menyimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian karena dari semua tujuan yang direncanakan sebelumnya khususnya untuk balance cairan walaupun kurang tetapi disini mengalami peningkatan yaitu dari hari pertama balance cairan -143 cc menjadi - 43 cc, selain itu data lain yang mendukung adalah turgor kulit pasien baik, mukosa bibir lembab, mata sudah tidak cekung.

SIMPULAN

Penelitian pada kasus anak dengandiare yang terjadi pada An.A penulis menyimpulkan bahwa pasien dengan diare bisa mengakibatkan terjadinya penurunan kebutuhan cairan dikarenakan ketika saraf dalam devisi sakrum dan mensarafi separuh distal usus besar, saraf parasimpatis mengeluarkan asetilkolin dan merangsang pelepasan muatan plexus mesentrikus. Hal ini akan mempercepat peristaltic (Hiperperistaltik) dan percampuran makanan sehingga timbul diare.

Penanganan yang tepat dalam mengatur keseimbangan cairan pasien salah satunya adalah memantau IWL (*insensible water loss*), *intake* dan *output* pada pasien setiap hari, selain itu mengukur dan memantau masukan dan haluaran cairan setiap harinya. Dengan tujuan memantau keseimbangan cairan antara yang masuk dengan yang keluar. Akibat kehilangan cairan yang berlebih tubuh anak mengalami kekurangan cairan, dan jika dibiarkan hal ini dapat mengakibatkan terjadi syok hipovolemik, syok hipovolemik merupakan kondisi dimana sistem kardiovaskuler gagal melakukan perfusi ke jaringan dengan adekuat, akibatnya jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan kematian



STIKES BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

Jln. Raya Jabon Km. 06 Mojokerto Telp/Fax. (0321) 390203

LEMBAR KONSULTASI



NAMA MAHASISWA : EMI PURWATI

NIM : 201804069

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH HIPOVOLEMIA PADA ANAK DIARE

PEMBIMBING I : Dr. Noer Saudah, S.Kep., M.Kes

NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	26 Oktober 2020	Konsultasi tema KTI	
2	27 Oktober 2020	ACC judul KTI	
3	09 November 2020	Konsultasi BAB I + revisi BAB I : - Setiap alinea harus ada referensi - Revisi latar belakang	
4	18 November 2020	Konsul BAB I + ACC BAB I	
5	06 Januari 2021	Revisi BAB II - Penulisan bahasa asing - Penambahan gambar pengukuran turgor kulit pada anak - Menambahkan implementasi dari diare - Menambahkan evaluasi dari diare - Kerangka konsep	
6	12 Januari 2021	Revisi BAB II - Mengubah Pathway menjadi potret - Daftar pustaka ditulis dengan 1 spasi	
7	15 Januari 2021	1. ACC BAB II 2. Revisi BAB III - Merubah metode penelitian menjadi metode literatur review	
8.	19 Januari 2021	Revisi BAB III - Tempat dan waktu studi literatur - Analisi data	
9.	21 Januari 2021	ACC BAB III	



STIKES BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
Jln. Raya Jabon Km. 06 Mojokerto Telp/Fax. (0321) 390203

LEMBAR KONSULTASI

NAMA MAHASISWA : EMI PURWATI
NIM : 201804069
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
HIPOVOLEMIA PADA ANAK DIARE
PEMBIMBING I : Dr. Noer Saudah, S.Kep., M.Kes

NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	25 Maret 2021	Konsultasi BAB 4	
2	31 Maret 2021	- Revisi hasil review - Riviisi pembahasan dengan menambahkan teori jurnal internasional - Melanjutkan BAB 5	
3	12 April 2021	Konsultasi BAB 4 dan BAB 5 : - Revisi opini - Kesimpulan	
4	17 April 2021	Ace uji KT 1	



STIKES BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

Jln. Raya Jabon Km. 06 Mojokerto Telp/Fax. (0321) 390203

LEMBAR KONSULTASI



NAMA MAHASISWA : EMI PURWATI

NIM : 201804069

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH HIPOVOLEMIA PADA ANAK DIARE

PEMBIMBING II : Sri Sudarsih, S.Kp., M.Kes

NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	28 Oktober 2020	Konsultasi tema KTI via email	
2	03 November 2020	ACC judul KTI	
3	10 November 2020	Bimbingan + Revisi BAB 1 : – Penambahan kalimat dalam judul – Latar belakang	
4	23 November 2020	Bimbingan + Revisi BAB 1 : – Cek penulisan bahasa asing dan latin cetak miring – Isi tulisan usahakan tidak double dengan bab 2 – Untuk justifikasi carilah data terbaru, coba buka riskesdas 2018 dan profil kabupaten mojokerto yang terbaru	
5	01 Desember 2020	– ACC BAB 1 – Revisi sesuai saran pada proposal – Siapkan bab 2	
6	20 Januari 2021	Revisi BAB 2 – Bahasa latin dan asing dicetak miring – Pathway	
7	22 Januari 2021	ACC BAB 1, 2 dan 3	



STIKES BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

Jln. Raya Jabon Km. 06 Mojokerto Telp/Fax. (0321) 390203

LEMBAR KONSULTASI

NAMA MAHASISWA : EMI PURWATI
NIM : 201804069
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH HIPOVOLEMIA PADA ANAK DIARE
PEMBIMBING II : Sri Sudarsih, S.Kp., M.Kes

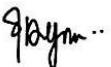
NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	17 April 2021	Konsultasi BAB 4 dan 5	
2	26 April 2021	Revisi hasil review, Revisi pembahasan dengan menambahkan teori dari buku SDKI, SIKI, SLKI	
3	12 Mei 2021	Konsultasi BAB 4, BAB 5 dan Abstrak : Revisi opini	
4	19 Mei 2021	Prinsip ACC ujian sidang KTI : Revisi : penulisan abstrak disesuaikan dengan buku pedoman penulisan KTI	
5	20 Mei 2021	ACC BAB 4, BAB 5 dan Abstrak. Lanjut persiapan ujian sidang KTI	

LEMBAR PENSETUJUAN MENGUJI PROPOSAL KTI

Nama Mahasiswa : Emi Purwati

NIM : 201804069

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan dengan Masalah Hipovolemia pada Anak Diare

NAMA PENGUJI	KETERANGAN	TANDA TANGAN
PENGUJI I Dr. Indah Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes	TGL UJIAN 30 Januari 2021	
PENGUJI II Dr. Noer Saudah.S.Kep.Ns.,M.Kes	TGL ACC PROPOSAL 26-7-2021 TGL UJIAN 30 Januari 2021	
PENGUJI III Sri Sudarsih, S. Kep. , M. Kes	TGL ACC PROPOSAL 22-1-2021 TGL UJIAN 30 Januari 2021	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203
Email : stikes_ppni@telkom.net

LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH



Proposal KTI ini telah diujikan,

JUDUL PROPOSAL : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
HIPOVOLEMIA PADA ANAK DIARE

NAMA MAHASISWA : EMI PURWATI

NIM : 201804069

Tanggal Ujian : 30 Januari 2021

Dengan Revisi Sebagai Berikut :

No	Nama Penguji	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
1	Penguji I: Dr. Indah Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes	1. Masukkan penataan pada PPT secara baik dan benar 2. Penambahan data dukung pada kasus hipovolemia 3. Menulis intervensi sesuai prinsip (diurutkan sesuai tindakan yang utama) 4. Penambahan konsep pengkajian pada anak	
2	Penguji II: Dr. Noer Saudah. S.Kep.Ns.,M.Kes	1. Penambahan keterangan sumber gambar 2. Perbaiki penomoran halaman 3. Perbaiki penempatan tanda baca 4. Tambahkan referensi jurnal internasional 5. Pelajari BAB 3	
3	Penguji III: Sti Sudarsih, S. Kp. , M. Kes	1. Pelajari konsep penyusunan studi literatur review 2. Matangkan lagi BAB 3	

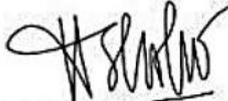
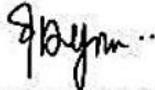
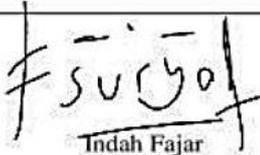
LEMBAR PERMOHONAN UJI KTI
PRODI DIII KEPERAWATAN STIKES BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
TA 2020/ 2021

NAMA : EMI PURWATI

NIM : 201804069

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH *HIPOVOLEMIA* PADA
ANAK DIARE

TANGGAL UJIAN : 11 Juni 2021

NO	PERMOHONAN KEPADA	TANGGAL ACC UJIAN	TTD DAN NAMA TERANG
1	PENGUJI 1	11 Juni 2021	 Dr. Indah Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes
2	PENGUJI 2	11 Juni 2021	 Dr. Noer Saudah, S.Kep.Ns.,M.Kes
3	PENGUJI 3	11 Juni 2021	 Sri Sudarsih, S. Kp.,M.Kes
4	MODERATOR	11 Juni 2021	 Indah Fajar

Pemohon, 09 Mei 2021



NIM : 201804069



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO**
Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203
Email : stikes_ppni@telkom.net

LEMBAR REVISI UJIAN KARYA TULIS ILMIAH



KTI ini telah diujikan,

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
HIPOVOLEMIA PADA ANAK DIARE

NAMA MAHASISWA : EMI PURWATI

NIM : 201804069

Tanggal Ujian : 11 Juni 2021

Dengan Revisi Sebagai Berikut :

No	Nama Penguji	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
1	Penguji I: Dr. Indah Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes	1. Opini pada pengkajian, intervensi dan implementasi dimatangkan 2. Intervensi difokuskan pada anak usia di jurnal dan rehidrasi	
2	Penguji II: Dr. Noer Saudah. S.Kep.Ns.,M.Kes	1. Pada pembahasan opini intervensi lebih dimatangkan 2. Tambahkan keterbatasan	
3	Penguji III: Sri Sudarsih, S. Kp. , M. Kes	1. Tambahkan teori SLKI pada intervensi	