

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN PADA  
PASIEN ANAK BALITA (ANAK DIBAWAH LIMA TAHUN) YANG  
MENGALAMI DIARE DI RSHD KOTA BENGKULU  
TAHUN 2022**



**DISUSUN OLEH :**

**AISYAH RAHMADANI**  
**NIM.P05120219048**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN  
PADA PASIEN ANAK BALITA (ANAK DIBAWAH LIMA TAHUN)  
DI RSHD KOTA BENGKULU TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma  
Tiga Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

**AI SYAH RAHMADANI**  
**P05120219048**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII KEPERAWATAN  
BENGKULU 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN  
PADA PASIEN ANAK BALITA (ANAK DIBAWAH LIMA TAHUN)  
DI RSHD KOTA BENGKULU TAHUN 2022**

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh

**AISYAH RAHMADANI**  
**NIM : P05120219048**

Karya tulis ini telah Diperiksa dan Disetujui untuk Dipresentasikan Dihadapan  
Penguji Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal :12 Juli 2022

**Pembimbing Karya Tulis Ilmiah**



**Pauzan Efendi, SST, M.Kes**  
**Nip: 196809131988031003**

**HALAMAN PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN  
PADA PASIEN ANAK BALITA (ANAK DIBAWAH LIMA TAHUN)  
DI RSHD KOTA BENGKULU TAHUN 2022**

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

**AISYAH RAHMADANI**  
**P05120219075**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji dan Dinilai oleh Panitia Penguji Pada  
Program Studi Diploma III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemeneks Bengkulu

Pada Tanggal 14 Juni 2022

Panitia Penguji


1. **Ns. Septiyanti S.Kep., M.Pd**  
NIP: 197502022001122002

(.....  


2. **Ns. Mercy Nafratilova, M.Kep.SP.Kep.An**  
NIP: 198512182009032001

(.....  


3. **Pauzan Efendi, SST, M.Kes**  
NIP: 196809131988031003

(.....  


Mengetahui

**Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu**



**Asmawati, S.Kp., M.Kep**  
NIP. 197502022001122002

## **Kata pengantar**

Alhamdulillah, Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia Balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami Diare di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022” Tanpa hambatan dan dapat diselesaikan Dengan baik dan tepat waktu. Adapun tujuan dan maksud dari penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu untuk memenuhi salah satu tugas akhhir semester dan suatu syarat bagi penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini sehingga memperoleh gelar di program studi DIII keperawatan poltekkes kemenkes Bengkulu yang kurang lebih telah ditempuh selama 3 (tiga) tahun lamanya.

Alhamdulillah, karya tulis ilmiah ini dapat di selesaikan oleh penulis dengan tepat waktu berkat bimbingan, bantuan, dukungan dan dorongan serta bantuan dari berbagai pihak baik dari lisan maupun tulisan, berbagai materi serta cara penyajiannya.maka dari itu penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Eliana, SKM.,MPH., Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu yang memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Dan selaku pembimbing akademik (PA) yang telah sabar membimbing dan membina serta memberikan semangat kepada penulis.
3. Ibu Asmawati, S.Kp, M.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.dan sebagai orang tua kedua kami yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan merangkul kami dengan penuh kesabaran,sehingga kami mampu menyelesaikan pendidikan kami

4. Bapak Pauzan Efendi ,SST.,M.Kes selaku pembimbing karya tulis ilmiah yang telah menginspirasi dan banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen dan Staff di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
6. Orang tua dan keluarga tercinta Bapak muryansyah,Ibu kasma sepriyanti ningsih,S.Pd dan adik-adik tersayang azzahrah rahmadani & ameilia rahma naila yang telah memberikan dukungan, motivasi serta memberikan doa kepada penulis.
7. Pasien kelolaan An.X dan keluarga beserta seluruh perawat, dokter dan seluruh tenaga medis lain yang bertugas di Ruang Safa RSHD Kota Bengkulu.
8. Seluruh mahasiswa-mahasiswi Poltekkes Kemenkes Bengkulu Prodi Keperawatan Bengkulu, terkhusus teman-teman *Excellent Nursing Class 14*.

Proses pembuatan karya tulis ilmiah ini tidak akan terselesaikan tanpa adanya bantuan dari pihak-pihak tersebut, penulis sangat berterimakasih atas dukungan dan doa yang telah diberikan.

Penulis mohon maaf apabila Dalam karya tulis ilmiah ini penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan dan penulisan yang di buat sehingga masih jauh dari kata kesempurnaan,penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca, supaya penulis dapat memperbaiki kesalahan dan kekurangan dalam karya tulis ilmiah ini dan penulis dapat berkarya lebih baik lagi untuk kedepannya. semoga karya tulis ilmiah yang di buat oleh penulis ini dapat bermanfaat bagi kita semua serta membawa dampak positif untuk semuanya terutama untuk penulis sendiri.

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>7</b>
A. Latar belakang .....	7
B. Rumusan masalah.....	10
C. Tujuan penelitian.....	11
D. Manfaat Penulisan .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>13</b>
A. Konsep Dasar Penyakit.....	13
1. Definisi diare .....	13
2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan .....	13
3. Klasifikasi diare menurut mtbs (manajmen terpadu balita sakit).....	18
4. Etiologi .....	19
5. Patofisiologi .....	20
6. Woc/phatway.....	22
7. Tanda dan gejala.....	23
8. Manifestasi klinis .....	24
9. Komplikasi .....	24
B. Konsep cairan .....	25
C. Konsep asuhan keperawatan pada anak dengan diare .....	31
D. Diagnosa keperawatan.....	36
E. Implementasi keperawatan.....	40
F. Evaluasi: .....	40
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>42</b>
A. Pendekatan / Desain penelitian.....	42
B. Subyek penelitian .....	42
C. Fokus penelitian .....	42
D. Batasan istilah .....	42
E. Lokasi dan waktu penelitian.....	43
F. Prosedur penelitian.....	43
G. Metode dan instrumen pengumpulan data.....	43
H. Keabsahan data .....	44
I. Analisa data .....	44
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>45</b>
A. Hasil studi kasus .....	45
B. Pembahasan .....	76
C. Keterbatasan Studi Kasus .....	81
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>82</b>
A. Kesimpulan.....	85
1. Pengkajian .....	82
2. Diagnosa Keperawatan.....	82
3. Intervensi Keperawatan.....	82

4. Implementasi Keperawatan` .....	83
B. Saran .....	83
<b>Daftar pustaka .....</b>	<b>85</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>93</b>



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi fisiologi sistem pencernaan .....	13
Gambar 2.2 pencernaan lambung.....	15

## Daftar tabel

Tabel 2.1 Tabel diare dengan dehidrasi .....	18
Tabel 2.2 Diare disertai darah .....	19
Tabel 2.3 Diare 14 hari atau lebih.....	19
Tabel 2.4 Kebutuhan intake cairan berdasarkan umur dan berat badan .....	28
Tabel 2.5 Besar IWL menurut usia. ....	30
Tabel 2.6 Tabel kebutuhan cairan pada anak dalam sehari.....	28
Tabel 2.7 Tabel pola kebutuhan sehari-hari.....	34
Tabel 4.1 Tingkatan dehidrasi pada An.X.....	49
Tabel 4.2 Gambaran Pola Kebutuhan Sehari-hari An.X.....	53
Tabel 4.3 Terapi Obat An.X.....	54
Tabel 4.4 Analisa Data An.X .....	55
Tabel 4.5 Gambaran Diagnosa Keperawatan.....	56
Tabel 4.6 Gambaran perencanaan keperawatan An.X .....	57
Tabel 4.7 Perencanaan keperawatan An.X Diagnosa 2.....	59
Tabel 4. 8 Implementasi.....	61
Tabel 4.9 Implementasi.....	64
Tabel 4.10 Implementasi.....	67
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan.....	70
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan.....	72
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan.....	74

## **BAB I**

### **Pendahuluan**

#### **A. Latar belakang**

Balita adalah anak usia 0-59 bulan, yang ditandai dengan proses tumbuh kembang yang sangat pesat pada saat ini, dengan perubahan-perubahan yang memerlukan kualitas asupan cairan yang lebih tinggi (Febrianti, 2020). Salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada balita adalah Diare merupakan penyakit dengan angka kematian yang cukup tinggi. Balita berisiko lebih tinggi Diare dibanding orang dewasa, itu karena tubuh balita memiliki lebih banyak komponen air dari pada orang dewasa seharusnya lebih rentan terhadap diare (Kemenkes RI, 2017).

Menjaga pola makan yang sehat serta pola hidup bersih sangat dianjurkan, apalagi masih banyak masyarakat yang kurang peka terhadap sekitar. Rentanya terjadi diare terhadap anak yaitu dikarenakan banyak anak yang sampai saat ini masih jajan sembarangan, lupa mencuci tangan, keracunan makanan.

Anak balita yang mengalami diare akan mengalami kondisi berupa hilangnya sejumlah cairan dan elektrolit yang ada dalam tubuh karena muntah dan feses yang cair. Selain itu, anak yang mengalami diare akan mengalami dehidrasi, mulai dari dehidrasi ringan hingga dehidrasi berat, bahkan sampai dapat terjadi kematian. Dehidrasi inilah yang sebenarnya patut lebih diperhatikan. Diare dehidrasi ringan merupakan kondisi dimana berat badan anak yang akan mengalami penurunan 0-5%. Kondisi ini, umumnya kelopak mata masih normal, anak masih aktif, dan keinginan untuk minum masih normal karena rasa haus tidak meningkat. Diare dehidrasi sedang merupakan kondisi dimana berat badan turun <10% berat badan sebelumnya. Kondisi ini, umumnya mata cekung dan gelisah, anak mengantuk/sukar dibangunkan, dan keinginan untuk minum buruk atau tidak ada (Lestari, 2016).

Diketahui penyebab kematian terbesar ke dua pada anak dan balita di seluruh dunia disebabkan karena diare, penyakit ini mengalami peningkatan kejadian dan kematian pada tahun 2009-2017. Menurut UNICEF & WHO

angka kematian anak balita yang disebabkan diare ditahun ini hampir mencapai angka 1,5 juta per tahun, pada tahun 2015 kejadian anak balita dengan kasus ini menyebabkan 499.000 balita meninggal dunia, pada tahun selanjutnya terdapat 525.000 angka kematian pada anak balita dan dinyatakan hampir 1,7 miliar kasus diare pada anak terjadi di tahun 2017 sampai tahun 2019 (WHO, 2019).

Angka kematian anak dan balita di negara berkembang masih mengalami peningkatan akibat diare. Menurut Kemenkes RI (2018) sebanyak 10.000.000 jiwa anak balita yang mengalami diare.

Diare dapat dikatakan kelainan yang dapat melibatkan sistem pencernaan lainnya seperti usus besar, usus halus, dan sistem sekresi, hal ini dapat terjadi karena tidak normalnya sekresi yang terjadi di dalam usus (Kemenkes, 2018). Mekanisme kelahirannya (diare) terjadi akibat adanya mikroba maupun virus yang dalam hal ini dapat membuat sistem pencernaan penderitanya tidak seperti pada umumnya, karena diare adalah suatu benih kuman yang menyerang sistem pencernaan yang menyebabkan gangguan penyerapan. akibatnya penderitanya buang air besar terus menerus lebih dari 4x dalam sehari, merasa sakit perut dan tekstur dari hasil tinja menjadi lebih encer (Letari, 2016).

Diare pada anak balita ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya: yaitu infeksi, malabsorpsi, makanan, dan psikologis anak. Infeksi enteral merupakan infeksi saluran pencernaan, yang menjadi penyebab utama diare pada anak balita. Infeksi ini disebabkan karena bakteri, virus dan parasit. Sedangkan parenteral merupakan infeksi dari luar pencernaan seperti bronkopneumonia, ensefalitis. Keadaan ini terutama menyerang pada anak berumur dibawah 2 tahun (Ngastiyah, 2014)

Secara umum tidak semua diare harus ditakuti oleh masyarakat, diare yang menyebabkan kematian itu ialah diare yang tidak ditindak lanjuti dengan baik dan tepat, sehingga terjadilah dehidrasi dan komplikasi. Sebelum makan ada baiknya mencuci tangan terlebih dahulu, bakteri bisa saja berpindah dari tangan ke makanan yang akan dimakan (Putri, 2020).

Menurut kementerian kesehatan kota Bengkulu” menyatakan tahun 2019 terdapat lebih kurang 55% mengalami diare didapatkan dari 10.000 sampel yang di mana terdapat peningkatan kematian pada anak dan pemantauan kesehatan sangat perlu di jaga. Di tahun 2020 data tersebut mengalami penurunan kasus, data diare pada anak yang di temukan di kota Bengkulu ini mulai membaik dengan 49% kasus dari 10.000 Sampel (Dinkes Bengkulu, 2020)

Pada kenyataanya masyarakat masih menyepelekan penyakit diare ini, mereka kira diare adalah penyakit biasa yang akan sembuh dengan sendirinya, dengan beranggapan seperti itu mereka hanya membeli obat-obatan yang terjual bebas di warung-warung kebanyakan masyarakat enggan untuk membawa anaknya ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan terdekat, entah itu karena mereka sibuk dengan pekerjaan mereka, jarak rumah sakit yang cukup jauh atau terkendalanya biaya yang mereka rasakan. Faktor lain yang mempengaruhi adalah tingkat dehidrasi pada balita termasuk gizi yang tidak memadai, penyakit menular, cuaca, demam tinggi dan lain-lain. Dehidrasi yang dialami pada balita diperlukan pengobatan yang cocok asalkan bahaya yang ditimbulkan oleh dehidrasi cukup berbahaya pada balita, yaitu kehilangan cairan menyebabkan kematian (Arsuya, 2017).

Dehidrasi dapat terjadi jika hal ini tidak di tangani dengan cepat, dengan pengeluaran yang terus menerus dapat membuat pasien menjadi lemas dan tidak nafsu makan sehingga pasien mengalami malnutrisi, ketika pasien mengalami drop akibat kurangnya elektrolit dan cairan maka sangat diperlukan peran perawat untuk membantu pasien dalam tahap penyembuhan (Rahmawati, 2020). Hal yang perlu dilakukan ketika pasien mengalami diare yaitu dengan minum larutan gula garam dengan takaran 1:1 yang di campur dengan air kadang membuat pasien terganggu dan risih. Hal ini menyebabkan pasien enggan untuk makan dan minum yang membuat keadaan pasien semakin memburuk, resiko besar terjadinya demam febris (Mardiana, 2019)

Menurut profil Dinas Kesehatan Bengkulu tahun 2019, penduduk Provinsi Bengkulu yang mengalami diare sebanyak 13,6% pada anak usia 1 sd 4 tahun,

Penyakit diare termasuk 10 besar penyakit terbanyak di Kota Bengkulu menurut profil Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tahun 2019.

Berdasarkan hasil survei data di RS Harapan dan Doa Kota Bengkulu untuk tahun 2019 memiliki angka kasus diare yang sangat tinggi, namun pada tahun 2020 karena adanya pandemi COVID-19 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya, dengan diare pertama kali ditangani di Puskesmas atau di rumah. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RS Harapan dan Doa Kota Bengkulu, pada tahun 2019 terdapat 45 kasus Balita diare yang dirawat, di tahun 2020 turun menjadi 18 kasus. Pada tahun 2021 kasus diare pada anak mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya yaitu 57 kasus di tahun 2021, pada awal Januari sampai Mei 2022 terdapat 45 kasus diare pada anak, hal ini mengalami peningkatan dikarenakan kasus covid 19 berkurang pada tahun 2022. Berdasarkan data di atas mengingat diare dengan dehidrasi bisa berakibat fatal jika tidak dikelola dengan baik, dan berdasarkan pengalaman peneliti sebelumnya dengan pelayanan di RSHD Kota Bengkulu, keluarga dan perawat belum fokus memantau asupan cairan, *output* cairan pada balita yang mengalami diare.

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare dapat dilakukan dengan cara memantau asupan pengeluaran cairan. Anak yang mendapatkan terapi cairan intravena perlu pengawasan untuk asupan cairan, kecepatan tetesan harus diatur untuk memberikan cairan dengan volume yang dikehendaki dalam waktu tertentu dan lokasi pemberian infus harus dijaga, menganjurkan makan tapi sering, dan memantau status tanda-tanda vital (PPNI, 2018)

## **B. Rumusan masalah**

Dari uraian latar belakang diatas, maka masalah dalam penelitian ini adalah masih banayak angka kejadian diare pada anak balita, maka peneliti tertarik untuk mengangkat kasus diare pada anak balita dengan pemenuhan kebutuhan cairan di ruang safa RSHD Kota Bengkulu tahun 2022?

### **C. Tujuan penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak Balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022

#### 2. Tujuan Khusus

- a) Diketahui gambaran terlaksananya pengkajian dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien diare di RSHD tahun 2022
- b) Diketahui gambaran dalam menentukan diagnose Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia Balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD tahun 2022
- c) Diketahui gambaran dalam merencanakan Asuhan Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia Balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD tahun 2022
- d) Diketahui gambaran terlaksananya implementasi Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia Balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD tahun 2022
- e) Diketahui gambaran evaluasi Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia Balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD tahun 2022
- f) Diketahui gambaran pendokumentasian Asuhan Keperawatan dengan pemenuhan Kebutuhan cairan pada anak usia Balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD tahun 2022

### **D. Manfaat Penulisan**

#### 1. Bagi Penulis

- a) Dengan penelitian ini dapat memberikan pengetahuan lebih dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan hasil riset tentang asuhan keperawatan serta memberikan pengalaman praktek untuk mendalami penyakit khususnya penyakit diare itu tersendiri.

- b) Penulisan karya tulis ilmiah ini juga dapat menambah wawasan dan referensi baru untuk para peneliti berikutnya yang mengangkat kasus diare pada anak balita
2. Bagi keluarga dan klien  
Gangguan nutrisi dan cairan dapat berkurang sehingga kebutuhan cairan klien terpenuhi dan Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan klien untuk menerapkan secara mandiri dirumah
  3. Bagi pelayanan kesehatan  
Penelitian ini dapat bermanfaat bagi pelayanan kesehatan berupa informasi tambahan tentang asuhan keperawatan diare dengan pemenuhan kebutuhan cairan untuk acuan agar dapat di terapkan dengan baik dan benar serta sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan
  4. Bagi instansi pendidikan Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Sebagai referensi untuk peneliti berikutnya dalam membuat karya tulis ilmiah yang berpusat pada asuhan keperawatan anak Balita ( anak dibawah lima tahun) dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien diare serta memberi sumber informasi yang dapat di tambahkan untuk referensi bacaan dan literatur kepustakaan
  5. Peneliti lain  
Dapat menjadi dasar untuk melakukan penelitian yang serupa dengan kasus lain maupun kasusu yang sama yaitu diare pada anak usia balita



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Definisi diare**

Diare adalah perubahan frekuensi dan konsistensi tinja. WHO mendefinisikan bahwa diare sebagai BAB cair empat kali atau lebih dalam sehari semalam (24 jam) (Widoyono, 2017)

Menurut (Nugroh, 2011) Diare adalah peradangan pada lambung dan usus halus yang menyebabkan meningkatnya frekuensi BAB dan berkurangnya konsistensi feses.

##### **2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan**



**Gambar 2.1 Anatomi fisiologi sistem pencernaan**

Menurut Syaifudin (2016) secara umum susunan saluran pencernaan dari mulut, faring, esofagus, lambung, usus halus dan usus besar. Fungsi utama sistem pencernaan adalah menyediakan zat nutrisi yang dicerna secara berkesinambungan, untuk didistribusikan ke dalam sel melalui sirkulasi dengan unsur-unsur (air, elektrolit)

##### **a. Mulut**

Mulut merupakan tempat proses makanan dipotong dan dihancurkan gigi sehingga dapat dicerna dengan mudah. Mulut adalah bagian utama dalam sistem pencernaan, mulut bekerja sama dengan bagian lainnya seperti lidah dan gigi, mulut juga membutuhkan air ludah untuk

membantu memperlancar proses pencernaan. Ludah juga sebagai pelindung bagi makanan karena mengandung enzim dan antibodi (Sukmaayu, 2018)

1) Gigi

Gigi merupakan suatu bagian alat pencernaan yang berguna untuk menghancurkan makanan yang masuk kedalam mulut, gigi terbenam di dalam mulut yang diselimuti oleh gusi dan dilapisi dengan email. Terdapat beberapa jenis gigi dan fungsinya pun bermacam-macam.

2) Lidah

Lidah mempunyai beberapa bagian dan fungsinya tersendiri. Secara keseluruhan ukuranyapun beragam, untuk laki-laki 8,5 cm dan untuk perempuan 7,9 cm. Fungsi lidah untuk mengetahui rasa, membantu mengunyah, berkomunikasi, serta melindungi mulut dari kuman .

3) Kelenjar lidah

Kelenjar ludah terdiri atas gabungan alveoli bentuk kantong dan yang membentuk lubang-lubang kecil. Kelenjar ludah, menghasilkan saliva yang mengandung enzim pitalin atau amilase dan ion natrium, klorida, bikarbonat, dan kalium. Kelenjar ludah ada 3 bagian:

a) Kelenjar parotis

Kelenjar ini adalah kelenjar ludah yang terbesar, terletak pada sisi kiri dan sisi kanan dan terletak dekat didepa agak bawah telinga, sekretnya dituangkan kedalam mulut melalui saluran parotis atau saluran stensen.

b) kelenjar submandibularis

Yaitu kelenjar ludah terbesar kedua setelah kelenjar parotis, terletak dibawah kedua sisi tulang rahang dan berukuran kira-kira sebesar biji kenari, sekretnya dituangkan kedalam mulut melalui saluran submandibularis atau saluran

wharton, yang bermuara di dasar mulut, dekat frenulum linguae.

c) Kelenjar sublingualis

Adalah kelenjar ludah terkecil terletak dibawah lidah dikiri dan kanan frenulum linguae dan menuangkan sekretnya ke dalam dasar mulut melalui beberapa saluran kecil

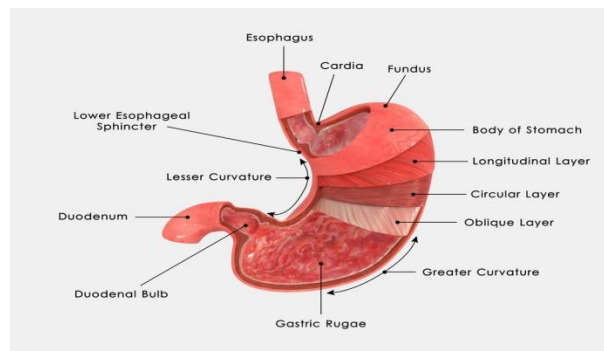
b. Faring ( tenggoorokan)

Faring adalah organ yang menghubungkan antara osofagus dengan rongga mulut. Faring memiliki beberapa bagian seperti dibelakang rongga hidung ( *nasopharynx*), dibelakang rongga mulut ( *oropharynx*), dan dibelakang laring yang berhubungan dengan esopagus ( *laryngopharynx*) atau sering juga disebut-sebut berhubungan dengan penutup makanan yang sudah ditelan (*epiglottis*).

c. Esofagus

Esfagus berbentuk tabung juga berotot yang dilewati oleh makanan yang masuk ke lambung. Lapisan otot esofagus yang terjepit bersamasama di bagian atas dan bawah esofagus bagian-bagian dari esopagus disebut dengan *spingter*

d. Lambung



**Gambar 2.2 pencernaan lambung**

Lambung merupakan organ berongga besar, yang terdiri dari kardia, fundus, dan atrium. Lambung berfungsi sebagai gudang

makanan yang berkontraksi secara ritmik, untuk mencampur makanan dan enzim-enzim. Lambung juga bagian terluas dari saluran pencernaan dan terletak di antara ujung kerongkongan dan pangkal usus kecil, bentuk dan posisi lambung dipengaruhi oleh perubahan rongga perut dan isi lambung. Lambung terletak miring dari kiri ke kanan garis bagian atas perut, saat kosong lambung berbentuk seperti huruf J tetapi jika penuh lambung berbentuk buah pir besar dan memiliki 2 lekukan. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting yaitu lendir, asam klorida, dan prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein). Lendir melindungi sel-sel lambung dari kerusakan asam lambung dan asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.

#### 1) Fungsi motorik lambung

- a) Menyimpan sejumlah makanan sampai dapat diproses di duodenum
- b) Mencampur makanan dengan sekresi lambung sampai membentuk satu campuran setengah cair
- c) Mengosongkan makanan dengan lambat dan lambung ke dalam usus halus pada kecepatan yang sesuai dan absorpsi yang tepat.

#### 2) Pengosongan lambung

Pengosongan terjadi karena peristaltik yang kuat pada antrum lambung, walaupun terdapat kontraksi tonik sfingter pylorus fungsinya kontraksi antrum diikuti kontraksi *pylorus* biasanya air dan cairan dikosongkan dari lambung dengan mudah. Kecepatan pengosongan lambung diatur oleh sinyal lambung dan duodenum

#### e. Usus halus

Setelah diproses di perut, makanan akan diteruskan ke usus kecil melalui sfingter pilorus, mayoritas pencernaan dan penyerapan terjadi di sini setelah itu dicampur dengan cairan yang berbeda yaitu empedu,

pankreas dan cairan usus. Usus kecil adalah bagian dari saluran cerna, terletak di antara lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Lapisan usus halus terdiri dari lapisan mukosa, lapisan otot melingkar, otot memanjang dan lapisan serosa. Usus halus terdiri dari 3 bagian, yaitu:

1) Usus 12 jari ( duodenum)

Usus dua belas jari adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong, usus ini adalah usus terpendek dari usus halus. Dimulai dari bulbo duodenale dan berakhir di ligamentum treitz. Usus dua belas jari tidak tertutup seluruhnya oleh selaput peritonium sering disebut organ retroperitonea, makanan masuk kedalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa dicerna oleh usus halus jika penuh duodenum akan mengirim sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

2) Usus kosong ( jejunum )

Usus jejunum adalah bagian dari kedua dari usus halus, diantara usus dua belas jari dan usus penyerapan. pada orang dewasa panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1-2 meter bagian usus kosong.

3) Usus penyerapan (ileum)

Usus penyerapan adalah bagian terakhir dari usus halus pada sistem pencernaan ileum memiliki panjang 2-4 meter dan terletak setelah duodenum dan jejunum dilanjutkan dengan usus buntu.

f. Usus besar

Setelah makanan telah melewati usus halus makanan akan masuk ke usus besar didalamnya pencernaan akan dipertahankan cukup lama untuk memungkinkan fermentasi karena aksi bakteri usus yang memecah beberapa zat yang tetap setelah pengolahan dalam usus kecil, beberapa pemecahan produk diserap pada manusia ini

termasuk sakarida paling kompleks ( paing banyak tiga sakarida yang dicerna pada manusia). Usus besar atau kolon adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Fungsi usus besar:

- 1) Mengabsorbsi 80% sampai 90% air dan elektrolit dari kimus yang tersisa dan mengubah kimus dari cairan menjadi massa semi padat
- 2) Memproduksi mukus
- 3) Mengekspresikan zat sisa dalam bentuk feses

Usus besar dibedakan menjadi dua bagian, yaitu:

- a) Coecum, merupakan pembatas antara ileum dan kolon
  - b) Kolon, pada kolon terjadi gerakan bercampur isi kolon dengan gerakan mendorong.
- g. Rektum adalah tempat penampungan sementara feses sebelum dibuang melalui anus, rektum memiliki panjang 12-13 cm
- h. Anus merupakan lubang dari saluran cerna, pada anus terdapat 2 macam otot :
- 1) Sfingter anus internus; bekerja tidak menurut kehendak
  - 2) Sfingter anus eksterus; bekerja menurut kehendak

### 3. Klasifikasi diare menurut mtbs (manajmen terpadu balita sakit)

Tabel 2.0.1 tabel diare dengan dehidrasi

Gejala	Klasifikasi	Tindakan/pengobatan
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut : a. Letargis atau tidak sadar b. Mata cekung c. Tidak bisa minum atau malas minum d. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat	Diare dehidrasi berat	Jika Tidak ada klasifikasi berat lain: Beri cairan untuk dehidrasi berat dan tablet Zinc sesuai rencana terapi a. jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain: - Rujuk segera - Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan b. Jika anak >2 tahun dan ada wabah kolera didaerah tersebut, beri antibiotik untuk kolera
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut : a. Rewel / mudah marah. b. Mata cekung.		Beri cairan, tablet Zinc dan makanan sesuai Rencana Terapi a. Jika terdapat klasifikasi berat lain :

c. Haus, minum dengan lahap. d. Cubitan kulit perut kembali lambat	DIARE DEHIDRASI RINGAN/ SEDANG	- Rujuk segera - Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan b. Nasihati kapan kembali segera c. Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan
Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang.	Diare tanpa dehidrasi	Beri cairan, tablet Zinc dan makanan sesuai Rencana Terapi a. Nasihati kapan kembali segera. b. Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan

Tabel 2.0.2 Diare disertai darah

Gejala	Klasifikasi	Pengobatan
Ada darah dalam tinja	Disentri	a. Beri antibiotik yang sesuai b. Beri tablet zinc selama 10 hari berturut-turut c. Nasihati kapan kembali segera. d. Kunjungan ulang 3 hari.

Tabel 2.0.3 Diare 14 hari atau lebih

GEJALA	Klasifikasi	PENGOBATAN
Dengan dehidrasi	Diare Persisten Berat	a. Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain. b. RUJUK
Tanpa dehidrasi	Diare Persisten	a. Nasihati pemberian makan untuk Diare Persisten. b. Beri tablet zinc selama 10 hari berturut-turut c. Nasihati kapan kembali segera kunjungi ulang 3 hari

Sumber:(Kesehatan & Indonesia, 2015)

#### 4. Etiologi

Diare dapat terjadi kaena beberapa faktor seperti infeksi, malabsorpsi, makanan dan psikologi (Dewi, 2018)

##### a. Infeksi

1) Enternal, adalah infeksi yang terjadi dalam saluran pencernaan dan merupakan penyebab utama terjadinya diare.

a) Infeksi bakteri; *vibrio, ecoli, salmunela, shigella campylobacer* dan sebagainya

- b) Infeksi virus; *enterovirus*, seperti virus *ECHO*, *poliomyelitis*, *adenovirus*, *rotavirus*, *astrovirus* dan sebagainya
- c) Infeksi parasit; cacing dan protozoa serta jamur
- 2) Parental, yaitu infeksi di bagian lain dari luar alat pencernaan misalnya otitis media akut, tonsil opharingitis, ensefalitis dan sebagainya
- b. Malabsorpsi
  - 1) Karbohidrat : disakarida monoksida pada anak dan bayi yang paling berbahaya adalah intoleransi laktosa
  - 2) Lemak
  - 3) protein
- c. Makanan, misalnya makanan basi, makanan pedas, asam, beracun dan alergi
- d. Psikologis, misalnya rasa takut, stres, cemas

## 5. Patofisiologi

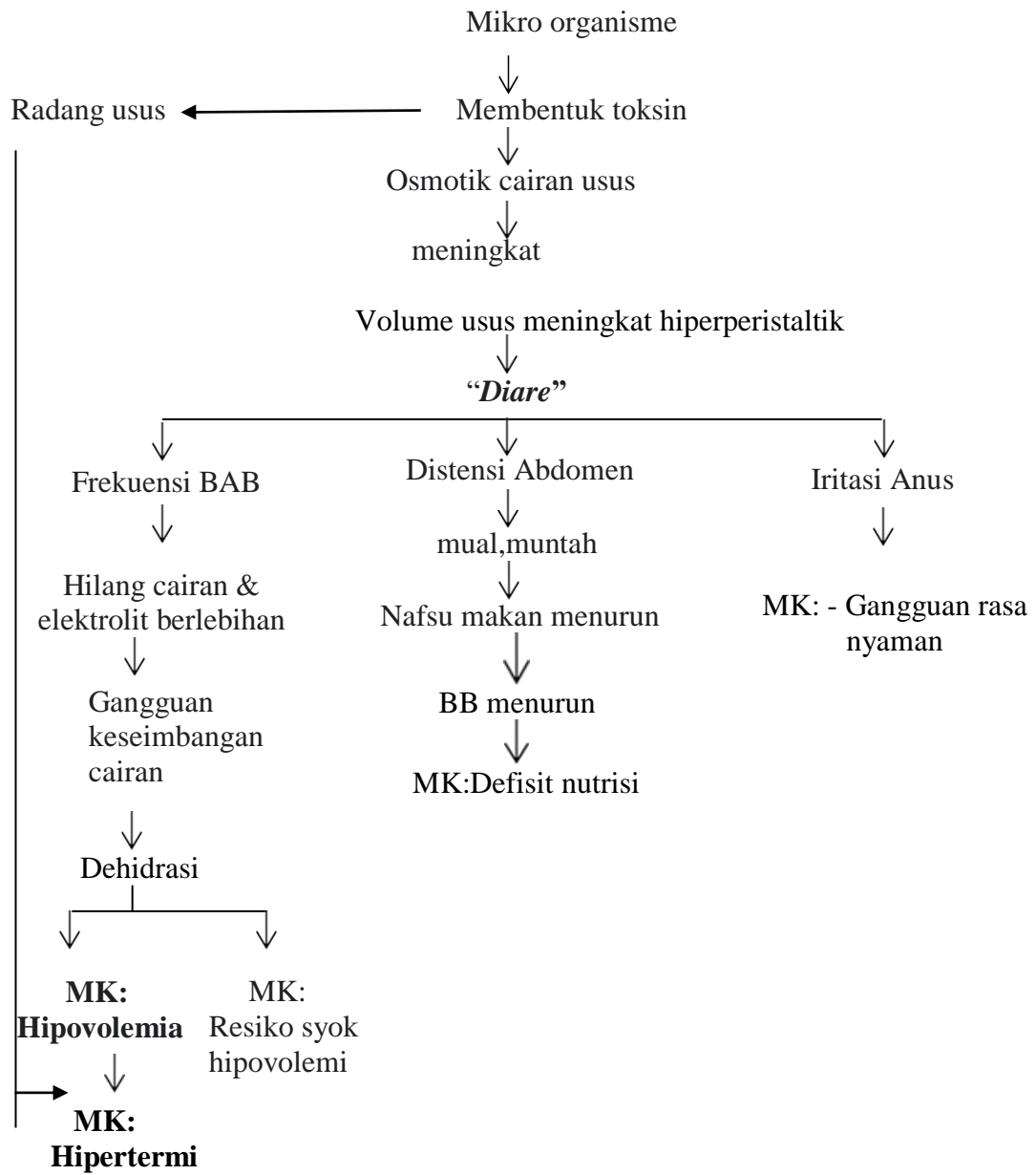
Mekanisme dasar yang mengakibatkan timbulnya diare ialah: masuknya virus (*Rotavirus*, *Adenovirus enteris*, *Virus Norwalk*), Bakteri atau toksin (*Compylobacter*, *Salmonella*, *Escherihia Coli*, *Yersinia* & lainnya), parasit (*Biardia Lambia*, *Cryptosporidium*). Beberapa mikroorganisme patogen ini mengakibatkan infeksi dalam sel-sel, menghasilkan enterotoksin atau Cytotoksin dimana menghambat sel-sel, dalam dinding usus Penularan bias melalui fekal berkaitan dengan mulut dari satu penderita ke yang lainnya.

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare merupakan gangguan osmotik (kuliner yg bisa diserap akan mengakibatkan tekanan osmotik pada rongga usus semakin tinggi sebagai akibatnya terjadi pergeseran air & elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus hiperbola sebagai akibatnya ada diare). Selain itu menyebabkan gangguan sekresi dampak toksin pada dinding usus, sebagai akibatnya sekresi air & elektrolit semakin tinggi lalu terjadi diare. Akibat berdasarkan diare itu sendiri



merupakan kehilangan air & elektrolit (Dehidrasi) yg menyebabkan gangguan asam basa (Asidosis Metabolik & Hipokalemia), gangguan gizi (intake kurang, hasil berlebih), hipoglikemia & gangguan aliran darah sehingga pasien buang air besar dengan frekuensi lebih dari 4x dalam 24 jam dan merasakan nyeri di bagian abdomen dan anus yang menyebabkan pasien tidak nyaman dan sulit beraktifitas seperti biasanya.

## 6. Woc/photway



Sumber: Muttaqin & Sari (2011); Pokja SDKI PPNI (2017)

## 7. Tanda dan gejala

Menurut WHO ada 3 derajat dehidrasi pada anak, yaitu :

- a. Tidak dehidrasi
  - 1) Kesadarannya baik
  - 2) Mata terlihat normal, kecuali jika mata cekung karena bawaan
  - 3) Terdapat air mata saat menangis
  - 4) Denyut nadi mudah diraba
  - 5) Kondisi mulut dan lidah basah
  - 6) Cara minum normal dan tidak haus
  - 7) Ketika dicubit, kulit dapat kembali ke kondisi semula dengan cepat (kurang dari 1 detik)
- b. Derajat dehidrasi ringan atau sedang
  - 1) Terlihat gelisa dan rewel
  - 2) Kondisi mata terlihat cekung dan kering
  - 3) Tidak ada air mata saat menangis
  - 4) Mulut dan lidah terlihat kering
  - 5) Denyut nadi teraba
  - 6) Terdapat rasa haus dan ingin minum dalam jumlah banyak
  - 7) Jika dicubit kulit akan kembali ke kondisi semula dengan lambat (kurang dari 2 detik)
- c. Derajat dehidrasi berat
  - 1) Selalu merasa lesu
  - 2) Kondisi mata terlihat kering dan cekung
  - 3) Tidak ada air mata saat menangis
  - 4) Mulut dan lidah terlihat kering
  - 5) Denyut nadi teraba lemah
  - 6) Tidak ingin minum atau tidak bisa minum
  - 7) Ketika dicubit, kulit akan kembali ke kondisi semula dengan sangat lambat (lebih dari 2 detik)

## **8. Manifestasi klinis**

Menurut Ardiansyah, (2022) Manifestasi klinis yaitu sebagai berikut:

1. Perut mulas dan gelisah, suhu tubuh meningkat, demam, mual, dan badan terasa lemas.
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer.
3. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur dengan empedu
4. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya defekasi, sementara tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat.
5. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas (elastis kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa kering, disertai penurunan berat badan.
6. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat, pasien sangat lemas dan kesadaran menurun (apati, somnolen, spoorskomstus) sebagai akibat hipovolemik.
7. Diuresis berkurang ( oliguria sampai anuria)
8. Bila terjadi asidosis metabolik, pasien akan tampak pucat dengan pernapasan cepat dan dalam.

## **9. Komplikasi**

Menurut Vivian (2010) dehidrasi yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan komplikasi. Peningkatan asupan air dapat mengobati dehidrasi ringan hingga sedang. Di bawah adalah beberapa komplikasi yang dapat terjadi akibat dehidrasi.

- a. Cedera karena panas merupakan kondisi yang berhubungan dengan terganggunya sistem kontrol suhu tubuh. Gejala luka bakar termasuk kelelahan panas hingga serangan panas yang berpotensi mengancam jiwa, seperti kejang demam ringan dan kelelahan panas.
- b. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonic, atau hipertonik)
- c. Kejang : dehidrasi tidak hanya menyebabkan tubuh kehilangan air, tetapi juga dapat dikaitkan dengan hilangnya elektrolit seperti kalium

dan natrium. Elektrolit ini membantu mengirim sinyal listrik dari satu sel ke sel lainnya. Ketidakseimbangan elektrolit dapat menyebabkan kejang dengan menyebabkan gangguan pada pesan listrik. Kejang adalah kontraksi otot yang tidak disengaja yang bahkan dapat menyebabkan ketidaksadaran.

- d. Syok hipovolemik adalah komplikasi dehidrasi berat yang berpotensi mengancam jiwa. Ini terjadi ketika volume darah rendah dan menyebabkan tekanan darah lebih rendah dan kadar oksigen yang lebih rendah dalam tubuh. Dehidrasi pada anak-anak dapat dihindari dengan minum air putih secara teratur dalam jumlah yang dibutuhkan setiap hari. Minum banyak air setiap hari dapat mencegah dehidrasi dan segala komplikasinya yang berbahaya.

## **B. Konsep cairan**

### **1. Definisi**

Kebutuhan cairan adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap untuk berespon terhadap stresor fisiologi dan lingkungan. Cairan dan elektrolit saling berhubungan, ketidakseimbangan yang berdiri sendiri jarang terjadi dalam bentuk kelebihan dan kekurangan.

Manusia fisiologis yang memiliki proporsi besar dalam bagian tubuh hampir 90% dari total berat badan, sementara itu sisanya merupakan bagian padat dari tubuh. Elektrolit terdapat pada seluruh cairan tubuh. Cairan tubuh mengandung oksigen, nutrisi dan sisa metabolisme, seperti karbondioksida yang semuanya disebut dengan ion

### **2. Volume Cairan Tubuh**

Jumlah volume cairan tubuh (total *body water*) kira-kira 60% dari berat badan pria dan 50% dari berat badan wanita. Jumlah volume ini tergantung pada kandungan lemak badan dan usia. Lemak jaringan sangat sedikit menyimpan cairan, lemak pada wanita lebih banyak dari pria sehingga jumlah volume cairan wanita lebih rendah dari pria. Usia juga berpengaruh terhadap jumlah volume cairan, semakin tua usia

semakin sedikit kandungan airnya Sebagai contoh, bayi baru lahir jumlah cairan tubuhnya 70-80% dari BB, usia 1 tahun 60% dari BB

### **3. Distribusi Cairan Tubuh**

Cairan tubuh dibagi menjadi dua yaitu pada intraseluler dan ekstraseluler. Cairan intraseluler kira-kira  $\frac{2}{3}$  atau 40% dari BB, sedangkan cairan ekstraseluler 20% dari BB, cairan ini terdiri atas plasma (cairan intravaskuler) 5%, cairan interstisial (cairan disekitar tubuh seperti limfe) 10-15% dan transeeluler (misalnya, cairan serebrospinalis, cairan dalam peritonium, cairan dalam rongga mata dan lain- lain) 1-3% (Tarwoto & Wartonah, 2006).

### **4. Fungsi Cairan**

Fungsi cairan tubuh adalah :

- a. Mempertahankan panas tubuh dan pengaturan teperatur tubuh
- b. Transport nutrien ke sel
- c. Tranpor hasil sisa metabolisme
- d. Transpr hormon
- e. Pelumas antar-organ
- f. Mempertahankan tekanan hidrostatik dalam sistem kardiovaskuler

### **5. Keseimbangn Cairan**

Keseimbangan cairan ditentukan oleh intake (masukan) cairan dan output (pengeluaran) cairan Pemasukan cairan berasal dari minuman dan makanan. Diperkirakan, bayi usia 0-6 bulan memerlukan cairan 700 ml/hari; bayi 7-12 bulan memerlukan cairan 800 ml/hari; anak 1-3 tahun memerlukan 1300 ml/hari; anak 4-8 tahun memerlukan 1700 ml/hari; anak 9-13 tahun memerlukan 2400 ml/hari pada anak laki-laki dan 2300 ml/ hari untuk anak perempuan.

Pengaturan keseimbangan cairan dapat dilakukan melalui mekanisme tubuh. Mekanisme tubuh adalah sebagai berikut :

- a) Rasa Dahaga

Mekanisme rasa dahaga yang dialami adalah sebagai berikut:

- 1) Penurunan fungsi ginjal merangsang pelepasan renin, pada akhirnya menimbulkan produksi angiotensin II yang dapat merangsang hipotalamus untuk melepaskan substrat neural yang terhadap sensasi haus.
- 2) Osmoreseptor di hipotalamus peningkatan tekanan osmotik dan jaringan saraf yang dapat mengakibatkan sensasi dahaga.
- 3) Anti-diuretik hormon (ADH)  
ADH dibentuk di hipotalamus dan disimpan dalam neurohipofisis dari hipofisis posterior. Sekresi ADH adalah peningkatan osmolaritas dan penurunan cairan ekstrasel. Hormon ini meningkatkan reabsorpsi air pada duktus koligentes.
- 4) Aldosteron  
Hormon ini disekresi oleh kelenjar adrenal yang bekerja pada tubulus ginjal untuk meningkatkan absorpsi natrium. Pelepasan aldosteron dirangsang oleh perubahan konsentrasi kalium, natrium serum dan sistem angiotensin renin serta dapat mengendalikan hiperkalemia.

## 6. Kebutuhan cairan

- a) Mengukur BJ Plasma

Kebutuhan cairan dihitung dengan rumus

$$\frac{\text{BJ Plasma} - 1,025}{0,001} \times \text{BB} \times 4 \text{ml}$$

- b) Metode Pierce

Berdasarkan keadaan klinis dibedakan menjadi tiga kriteria yaitu dehidrasi ringan: kebutuhan cairan = 5% x kg BB, diare sedang: kebutuhan cairan = 8% x kg BB, diare berat: kebutuhan cairan = 10% kg BB.

Tabel 2.0.4 Tabel kebutuhan cairan pada anak dalam sehari

Usia	Kriteria	Kebutuhan cairan/hari
0-6 bulan	Bayi	700 ml/hari
7-12 bulan	Bayi	800 ml/hari
1-3 tahun	Anak	1300 ml/hari
4-8 tahun	Anak	1700 ml/hari
9-13 tahun	Laki-laki	2400 ml/hari
	Perempuan	2100 ml/hari
14-18 tahun	Laki-laki	3300 ml/hari
	Perempuan	2300 ml/ hari

### Menghitung kebutuhan cairan menurut Holiday-Segar

Tabel 0.5 perhitungan cairan berdasarkan kebutuhan kalori menurut Holiday-Segar

Berat Badan (kg)	Rumus
<10 kg	100 ml/kg x BB
10-20 kg	1000 mL + [50 ml/kgBB/24jam x (BB-10)]
>20 kg	1500 mL + [20 ml/kgBB/24jam x (BB-20)]

## 7. Menghitung *balance* cairan

Menurut Oktawati. Dkk (2017) perhitungan dan pencatatan semua asupan serta keluaran cairan selama 24 jam membantu melengkapi pengkajian dasar mengenai keseimbangan cairan dan elektrolit

### a. Intake Cairan

Tabel 2.0.6 Kebutuhan intake cairan berdasarkan umur dan berat badan

No	Umur	BB (kg)	Cairan (ml)
1	1 Tahun	9,5	1150 – 1300
2	2 Tahun	11,8	1350 – 1500
3	6 Tahun	20	1800 – 2000
4	10 Tahun	28,7	2000 – 2500
5	14 Tahun	45	2200 – 2700

Pengaturan utama intake cairan adalah melalui mekanisme haus. Pusat haus dikendalikan berada di otak sedangkan rangsangan haus



berasal dari kondisi dehidrasi intraseluler, sekresi angiotensin II sebagai respon dari penurunan tekanan darah, perdarahan yang mengakibatkan penurunan volume darah. Perasaan kering di mulut biasanya terjadi bersama dengan sensasi haus walaupun kadang terjadi secara sendiri. Sensasi haus akan segera hilang setelah minum sebelum proses absorpsi oleh gastrointestinal.

b. Output Cairan

Kehilangan cairan tubuh melalui empat rute (proses) yaitu :

1) Urine

Proses pembentukan urine oleh ginjal dan ekskresi melalui traktus urinarius merupakan proses output cairan tubuh yang utama. Dalam kondisi normal output urine sekitar 1400-1500 ml per 24 jam atau sekitar 30-50 ml per jam pada orang dewasa. Pada orang yang sehat kemungkinan produksi urine bervariasi dalam setiap harinya, bila aktivitas kelenjar keringat meningkat maka produksi urine akan menurun sebagai upaya tetap mempertahankan keseimbangan dalam tubuh.

2) IWL (*Insesible Water Loss*)

IWL terjadi melalui paru-paru dan kulit dengan mekanisme difusi. Pada orang dewasa normal kehilangan cairan tubuh melalui proses ini adalah berkisar 300-400 ml per hari, tetapi bila proses respirasi atau suhu tubuh meningkat maka

**Rumus IWL (*insensible water loss*) pada anak:**

$$(30 - \text{usia}\{\text{tahun}\}) \times \text{cc/kgBB/hari.}$$

**Rumus Balance Cairan**

$$\text{Balanc Cairan} = \text{Intake} - \text{Output}$$

Menghitung balance cairan pada anak tergantung pada tahap umur, untuk menentukan air metabolisme, yaitu:

- a) Usia Balita (1-5 tahun) = 8 cc/kgBB/hari
- b) Usia 5 s/d 7 Tahun = 8 s/d 8,5 cc/kgBB/hari
- c) Usia 7 s/d 11 Tahun = 6 s/d 7 cc/kgBB/hari
- d) Usia 12 s/d 14 Tahun = 5 s/d 6 cc/kgBB/hari

Tabel 2.0.7 Besar IWL menurut usia.

Usia	Besar IWL (mg/kg BB/hari)
<b>Baru lahir</b>	50
<b>Bayi</b>	50-60
<b>Anak-anak</b>	40
<b>Remaja</b>	30
<b>Dewasa</b>	20

### 3) Keringat

Berkeringat terjadi sebagai respon terhadap kondisi tubuh yang panas, respon ini berasal dari anterior hypotalamus, sedangkan impulsnya ditransfer melalui sumsum tulang belakang yang dirangsang oleh susunan syaraf simpatis pada kulit.

### 4) Feses

Pengeluaran air melalui feses berkisar antara 100-200 ml

## 8. Pemberian cairan

### a. Jalan masuk

- 1) Cairan per oral, pada pasien dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCl dan NaHCO<sub>3</sub>, KCL, dan glukosa.
- 2) Cairan parenteral, pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) dan NaCL selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana saja. Mengenai beberapa banyak cairan yang diberikan tergantung dari berat ringan dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

### b. Jadwal pemberian cairan

Diberikan 8 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian kembali status hidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan

- 1) Identifikasi penyebab diare
- 2) Terapi sistemik seperti pemberian obat anti diare, obat antiperistaltik dan sekresi usus, antimotik.
- 3) Pengobatan dietetic

Untuk anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan

- a) Susu (ASI atau susu formula yang mengandung laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh. Almiron atau sejenis lainnya).
- b) Makan setengah padat (bubur) atau makan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena dirumah tidak biasa.
- c) Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh

### **C. Konsep asuhan keperawatan pada anak dengan diare**

#### **Pengkajian**

1. Identitas klien : nama klien, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, nomor RM, tanggal MRS, nama penanggung jawab, alamat penanggung jawab serta pekerjaan penanggung jawab.
2. Keluhan utama : buang air besar (BAB) lebih dari empat kali sehari, dengan konsistensi cair (diare tanpa dehidrasi). BAB 4-10 kali dengan konsistensi cair (dehidrasi ringan-sedang), BAB lebih dari 10 kali sehari 26 (dehidrasi berat). Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut, bila diare berlangsung 16 hari atau lebih adalah diare persisten.

### 3. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat Penyakit Sekarang

Menurut Nursalam, (2008).

- 1) Mula-mula bayi/ anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada dan kemungkinan timbul diare.
- 2) Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- 3) Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.
- 4) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- 5) Apabila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.
- 6) Diuresis: terjadi oliguria (kurang 1ml/kg/BB/jam) bila terjadi dehidrasi. Urine normal pada diare tanpa dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).

#### b. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anak maupun keluarga dalam hal ini orang tua. Apakah dalam keluarga pernah mempunyai riwayat penyakit keturunan atau pernah menderita penyakit kronis sehingga harus dirawat di rumah sakit

#### c. Riwayat Kesehatan Keluarga

##### (1) Penyakit

Apakah ada anggota keluarga yang menderita diare atau tetangga yang berhubungan dengan distribusi penularan.

##### (2) Lingkungan rumah dan komunitas

Lingkungan yang kotor dan kumuh serta personal hygiene yang kurang mudah terkena kuman penyebab diare.

(3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan BAB yang tidak pada tempat (sembarangan) atau di sungai dan cara bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat Fecal-oral.

(4) Persepsi keluarga  
Kondisi lemah dan mencret yang berlebihan perlu suatu keputusan untuk penanganan awal atau lanjutan ini bergantung pada tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga (orang tua).

d. Riwayat perkembangan anak.

1) Personal sosial (kepribadian atau tingkah laku sosial), kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.

2) Gerakan motorik halus : berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda, dan lain-lain.

a) Gerakan motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.

b) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

e. Riwayat Kehamilan dan Persalinan.

Kedua ibu sewaktu hamil per trimester, apakah ibu pernah mengalami infeksi atau demam tinggi sewaktu hamil. Riwayat trauma, perdarahan pervaginam sewaktu hamil, penggunaan obat-obatan maupun jamu selama hamil. Riwayat persalinan ditanyakan apakah sukar, sponta

n atau dengan tindakan (forcep atau vakum), perdarahan ante partum, asfiksi dan lain-lain. Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak mau menetek, dan kejang-kejang.

f. Riwayat Imunisasi

Riwayat imunisasi meliputi kelengkapan imunisasi BCG, DPT (I, II, III), poli (I, II, III, IV, V), campak, hepatitis.

4. Pola kebutuhan sehari-hari

Tabel 2.0.8 tabel pola kebutuhan sehari-hari

No	Pola Kebutuhan	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Pola nutrisi	Makan: nafsu makan baik, dengan frekuensi makan 3x sehari Minum: air putih kurang lebih 8 gelas sehari, minum susu atau ASI ( jika masih diberikan)	Makan : Nafsu makan berkurang, makan hanya seperempat porsi Minum: Air putih 8-10 gelas sehari, dengan dibantu cairan infus karena klien sering merasa haus
2	Pola eliminasi	BAB: 1x sehari dengan frekuensi lunak BAK: 4x sehari dengan frekuensi > 40 ml	BAB : > 3 kali sehari dengan frekuensi cair BAK: 4-6x dengan frekuensi urine 10-30 ml
3	Pola aktifitas	Sekolah (jika sekolah), nonton tv, bermain, belajar.	Tidur diruangan, nonton melalui handphone
4	Pola istirahat dan tidur	Tidur siang selama 3 jam sehari, tidur malam selama 7-8 jam sehari	Pola tidur anak tidak teratur
5	Personal hygiene	Mandi 2x sehari, keramas, gosok gigi, gunting kuku 1 minggu sekali	Mandi 2x sehari dengan dilap, belum perah keramas, gosok gigi dan gunting kuku

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum :

Data mayor: pemeriksaan tingkat kesadaran seperti pemeriksaan GCS.

Data minor: mual lemah dan gelisah.

- b. Tanda-tanda vital :  
Data mayor: tekanan darah, frekuensi nafas, frekuensi nadi, suhu tubuh meningkat dan berat badan menurun (misalnya menurun 5%,10% atau bahkan >10% sesuai dengan tingkat dehidrasi).
  - c. Sistem pernafasan :  
Data mayor: irama pernafasan dan pola nafas cepat.  
Data minor: gelisah dan sianosis/ pucat.
  - d. Sistem kardiovaskular :  
Data mayor: frekuensi nadi meningkat >120x/menit (normalnya 80-140x/menit), nadi melemah  
Data minor: konjungtiva pucat
  - e. Sistem pencernaan:
    - 1) Subjektif : kelaparaan, haus, mengeluh nyeri.
    - 2) Inspeksi : BAB, konstistensi (cair, padat, lembek) frekuensi lebih dari 4 kali dalam sehari, adakah bau, disertai lender atau darah, kontur permukaan kulit menurun.
    - 3) Auskultasi: bising usus (dengan menggunakan diaframa, stetoskop, peristaltik usus meningkat (gurgling)>5-20 detik dengan durasi 1 detik.
    - 4) Palpasi: adakah nyeri tekan
    - 5) Data minor: mual dan muntah.
  - f. Sistem Integumen :  
Data mayor: turgor kulit menurun >2 detik, tekstur kulit kasar dan kering, akral dingin,  
Data minor: kulit pucat, mata cekung, dan edema pada kulit.
  - g. Sistem Perkemihan :  
Data mayor: frekuensi BAK  
Data minor: volume urine menurun dan konsentrasi urin meningkat.
6. Pemeriksaan penunjang  
Pemeriksaan laboratorium penting artinya dalam menegakkan

diagnosis yang tepat, sehingga dapat memberikan terapi yang tepat pula (Nursalam, 2008). Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada anak yang mengalami diare, yaitu:

- a. Pemeriksaan tinja, dimulai berwarna coklat muda sampai warna kuning yang bercampur lendir, darah yang mana konsistensinya encer
- b. Test malabropsi yang meliputi karbohidrat (pH kurang dari 5,5 maka penyebab diare tidak menular, Clini Test), lemak dan kultur urine.

#### **D. Diagnosa keperawatan**

##### **Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif**

Definisi: penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler

##### a) gejala dan tanda mayor

Subjektif:(tidak tersedia)

- 1) frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi teraba lemah
- 3) Tekanan darah menurun
- 4) Turgor kulit menurun
- 5) Membran mukosa kering
- 6) Volume urin menurun
- 7) Hematokrit meningkat

##### b) gejala dan tanda minor

Subjektif:

- 1) Merasa lemah
- 2) Mengeluh haus

Objektif:

- 1) Status mental berubah
- 2) Suhu tubuh meningkat
- 3) Konsentrasi urin meningkat
- 4) Berat badan turun tiba-tiba



## **9. Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi**

Definisi: suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh

a) gejala dan tanda mayor

Subjektif:

Suhu tubuh diatas nilai normal

b) gejala dan tanda minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif:

- 1) Kulit merah
- 2) Kejang
- 3) Takikardi
- 4) Kulit terasa hangat

## PERENCANAAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	
1	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif gejala dan tanda mayor Subjektif:(tidak tersedia)</p> <p>a. frekuensi nadi meningkat b. Nadi teraba lemah c. Tekanan darah menurun d. Turgor kulit menurun e. Membran mukosa kering f. Volume urin menurun g. Hematokrit meningkat</p> <p>gejala dan tanda minor Subjektif: a. Merasa lemah b. Mengeluh haus</p> <p>Objektif: a. Status mental berubah b. Suhu tubuh meningkat c. Kosentrasi urin meningkat d. Berat badan turun</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Hipovolemia pada pasien dapat diatasi dengan: <b>SLKI: keseimbangan cairan</b> <b>Ekspetasi: membaik</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Asupan cairan meningkat b. Keluaran urine menurun c. Membran mukosa meningkat d. Kelembapan meningkat e. Asupan makanan meningkat f. BB pasien meningkat g. Intake pasien meningkat h. Output membaik</p>	<p><b>SIKI: manajmen cairan</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status hidrasi (mis.frekuensi nadi,kekuatan nadi,akral,pengisian kapier,kelembapan mukosa,turgor kulit,tekanan darah)</li> <li>2. Monitor berat badan harian</li> <li>3. Monitor hasil laboratorium (mis.hematokrit,hemoglobin,trombosit,leukosit dan pemeriksaan feses)</li> <li>4. Monitor tanda-tanda vital</li> </ol> <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam serta kebutuhan cairan klien</li> <li>2. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan</li> <li>3. Berikan air putih sesuai kebutuhan</li> <li>4. Kolaborasi pembeian cairan parenteral</li> </ol>	<p>Manajmen cairan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>2. Mengetahui penurunan berat badan pasien</li> <li>3. Mengetahui perkembangan kesehatan klien</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui balance cairan serta kebutuhan cairan yang dibutuhkan oleh klien</li> <li>2. Menambah asupan cairan klien yang kurang</li> <li>3. Menambah cairan agar tidak dehidrasi</li> <li>4. Kolaborasi penanganan farmakologis untuk mengatasi diareS</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	
2	<p>Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Suhu tubuh diatas nilai normal</li> <li>gejala dan tanda minor</li> </ol> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kulit merah</li> <li>Kejang</li> <li>Takikardi</li> <li>Kulit terasa hangat</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Hipertermi pada pasien dapat diatasi dengan:</p> <p><b>SLKI: status cairan</b></p> <p><b>Ekspetasi: meningkat</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi</li> <li>Tekanan nadi</li> <li>Membran mukosa</li> <li>Intake cairan</li> <li>Suhu tubuh</li> </ol>	<p><b>SIKI: manajemen hipertermia</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab hipertermia ( mis. dehidrasi, teropapar lingkungan panas, peenggunaan inkubator,)</li> <li>Monitor suhu tubuh</li> <li>Monitor kadar elektrolit</li> <li>Monitor haluan urin</li> <li>Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan lingkunan yang dingin</li> <li>Longgarkan/lepaskan pakaian</li> <li>Basahi dan kipas permukaan tubuh</li> <li>Berikan cairan oral</li> <li>Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan tirah baring</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena,jika perlu</li> </ol>	<p>Manajmen hipertermia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengetahu penyebab terjadinya hipertermia</li> <li>Mengetahui suhu tubuh pasien</li> <li>Mengetahui kadar elektrolit pasien</li> <li>Mengetahui berapa banyak haluan urin pasien</li> <li>Mengetahui apa saja komplikasi yang terjadi akibat hipertermia</li> </ol> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan lingkungan yang nyaman untuk pasien</li> <li>Mengurangi suhu panas pada pasien</li> <li>Membantu Meredakan panas</li> <li>Menambah asupan cairan pada pasien</li> <li>Agar klien nyaman ddan tempat tidur klien tidak basah karena keringat</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengurangi apabila klien merasa pusing</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>untuk membantu meredakan demam</li> </ol>

## **E. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan tahapan dimana perawat mengimplementasikan rencana atau intervensi yang telah dilaksanakan sebelumnya. Dalam terminologi SIKI, implementasi mencakup pelaksanaan dan Dokumen adalah ukuran khusus yang digunakan untuk melakukan intervensi (Tim Pokja DPP PPNI DPP SIKI, 2018). Melakukan Keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas dari perawat. Sebelum mengambil tindakan, perawat harus mengetahui alasan tindakan tersebut. Praktik keperawatan berlangsung dalam tiga fase.

1. Tahap awal adalah tahap persiapan yang meliputi mengetahui rencana konfirmasi, melaksanakan rencana, mempersiapkan pasien dan keluarga.
2. Tahap kedua adalah puncak kinerja keperawatan yang berorientasi pada tujuan.
3. Tahap ketiga adalah transmisi perawat dan pasien setelah keperawatan dilakukan. Telah selesai (Asmadi, 2018).

Langkah ini terjadi ketika rencana diterapkan pada pasien.

Tindakan bisa dibuat sama, bisa juga berbeda urutan penyelesaiannya tentang perencanaan sesuai dengan kondisi pasien (Debora, 2017).

Melakukan keperawatan akan berhasil sesuai rencana jika perawat memiliki kemampuan kognitif, keterampilan interpersonal dan keterampilan komunikasi mengambil tindakan yang berfokus pada kebutuhan pasien implementasi sesuai perencanaan

## **F. Evaluasi:**

Menurut (Tarwoto, 2018) Pengkajian keperawatan merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap intervensi keperawatan dan kemajuan menuju tujuan klien. Pengkajian keperawatan merupakan ukuran akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses, dan hasil. Penilaian terdiri dari penilaian formatif yang bertujuan untuk memberikan umpan balik selama program berlangsung. Sejak program selesai, telah dilakukan penilaian komprehensif dan penilaian efektivitas pengambilan keputusan. Evaluasi keperawatan dicatat sebagai SOAP yaitu :

- 1) S (Subjektif) :

dimana perawat menemui keluhan pasien dan masih merasakan setelah melakukan tindakan perawat,

- 2) O (Objektif):

adalah data berdasarkan pengukuran atau pengamatan perawat langsung pada pasien dan siapa Pasien merasa bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan,

3) A (Assessment) :

adalah interpretasi yang bermakna dari data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang ditetapkan dalam rencana asuhan telah tercapai. Tujuan dapat dikatakan tercapai jika pasien mampu menunjukkan perilaku yang sesuai dengan kondisi yang ditentukan dalam tujuan, sebagian tercapai jika perilaku pasien tidak sepenuhnya dapat dicapai sesuai tujuan. Sedangkan tidak tercapai jika pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan konsisten dengan tujuan dan pada akhirnya perencanaan

4) (P) adalah :

rencana tindakan berbasis analisis Jika tujuan telah tercapai perawat akan menghentikan rencana dan jika tidak tercapai perawat akan memodifikasi rencana untuk melanjutkan pelaksanaan rencana keperawatan untuk pasien. Penilaian ini disebut juga dengan penilaian proses. penilaian tentatif dari masalah yang dialami pasien dibuat berdasarkan tujuan perencanaan dan kriteria hasil. Sebuah penilaian besar dilakukan untuk menilai status kesehatan pasien setelah prosedur keperawatan. Selain itu untuk menilai pencapaian tujuan baik jangka panjang maupun jangka pendek dan memperoleh informasi yang jelas dan tepat untuk melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi keperawatan terhadap pasien yang mengalami diare dengan pemenuhan kebutuhan cairan yang diharapkan adalah:

- a) Asupan cairan meningkat
- b) Keluaran urine menurun
- c) Kelembaban meningkat
- d) membran mukosa meningkat
- e) Asupan makanan meningkat

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan / Desain penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD Kota Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. (Arikunto, 2014)

#### **B. Subyek penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian Asuhan Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD Bengkulu adalah anak yang menderita gangguan atau penyakit diare. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah satu orang dengan dua kasus dengan perawatan tiga hari.

#### **C. Fokus penelitian**

Fokus dalam penelitian yang dilakukan oleh penelitian difokuskan pada pasien Anak usia balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare dengan pemenuhan kebutuhan cairan dengan melakukan intervensi non farmakologi yaitu terapi pemberian oralit untuk mempercepat penyembuhan diare, mempertahankan kekebalan tubuh dan untuk mengurangi rasa mual pada anak. Serta pemberian edukasi terhadap orang tua mengenai diare.

#### **D. Batasan istilah**

1. asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan ini dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh penerima asuhan keperawatan (pasien) yang tahapannya berupa pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
2. pasien adalah orang yang menerima perawatan medis atau asuhan keperawatan yang dipenuhi kebutuhannya dengan tahapan asuhan keperawatan
3. diare adalah perubahan frekuensi dan konsistensi tinja. WHO mendefinisikan bahwa diare sebagai BAB cair 4 kali atau lebih dalam sehari semalam ( 24 jam ),

para ibu mungkin mempunyai istilah tersendiri untuk diare seperti berak lembek, cair, berdarah, berlendir atau dengan muntah

#### **E. Lokasi dan waktu penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah di ruangan edelwis, RSHD Bengkulu. ruang safa ini menerima pasien-pasien dengan gangguan diare, malaria, kejang, demam, dan lain-lain. Studi kasus ini dilakukan pada bulan juni 2022, pasien yang dikelola masuk rumah sakit pada bulan juni 2022, dengan waktu intervensi keperawatan dilakukan selama 3 hari.

#### **F. Prosedur penelitian**

Penelitian diawali dengan penyusunan proposal penelitian dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori Asuhan Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia balita (anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di RSHD Kota Bengkulu. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data peneliti berupa hasil pengukuran, observasi, dan wawancara terhadap pasien yang dijadikan subyek penelitian.

#### **G. Metode dan instrumen pengumpulan data**

##### **1. Tehnik pengumpulan data**

##### **a) wawancara**

pengumpulan data menggunakan tehnik wawancara untuk mengetahui identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dulu-keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan). (sumber data bias dari klien, keluarga dan perawat lainnya).

##### **b) observasi dan pemeriksaan fisik**

pengumpulan data juga menggunakan teknik observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan integument, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, genetalia, anus, pemeriksaan ekstremitas, pemeriksaan neurologis ( dengan pendekatan : inspeksi, palpasi, perkusi, dan sukultasi ) dengan sistem tubuh pasien. Data focus yang harus didapatkan adalah sistem pencernaan dan anus.

c) studi dokumentasi dan instrument

dilakukan dengan dilihat dari data MR ( *medical record*), melihat pada status pasien, melihat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, melihat hasil pemeriksaan diagnostik.

2. instrumen pengumpulan data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di Prodi D3 Keperawatan Bengkulu.

### **G. Keabsahan data**

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di ruangan selama 3 hari berturut-turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis /status pasien, pasien langsung, keluarga, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid. disamping itu untuk menjaga validasi dan keabsahan data peneliti melanjutkan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data pasien yang meragukan yang ditemui melalui data sekunder.

### **H. Analisa data**

Analisa data dilakukan dengan menyajikan hasil pengkajian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, selanjutnya hasil pengumpulan data pengkajian dianalisis dengan membandingkan dengan teori yang telah disusun pada bab sebelumnya (BAB 2) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilaksanakan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (implementasi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, dimodifikasi atau diganti dengan masalah keperawatan yang lebih relevan. Hasil pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi dituangkan dalam bentuk narasi pada bab pembahasan, yang dibandingkan dengan teori-teori yang sudah disusun sebelumnya untuk menjawab tujuan penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.



## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menjelaskan studi kasus asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan cairan melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien anak dengan diagnosa *diare* disertai dengan dehidrasi ringan maupun dehidrasi sedang dengan kesadaran composmentis yang telah dirawat dan bersedia menjadi responden selama penelitian. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan metode *auto anamnesa* (wawancara dengan klien langsung), dan *allo anamnesa* (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), petugas kesehatan lain (perawat ruangan), observasi, pemeriksaan fisik, dan review rekam medis dan catatan keperawatan

#### **A. HASIL STUDI KASUS**

##### **Gambaran pengkajian pada pasien Anak Diare**

Pengkajian pasien dengan kasus diare pada anak usia BALITA (anak dibawah lima tahun) dengan melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien dan melalui catatan rekam medis. Berikut adalah data yang didapatkan oleh peneliti

##### **1. Identitas**

Pasien Anak bernama X berjenis kelamin laki-laki, berusia 1 th, tinggal di Pekik Nyaring Pondok Kelapa, agama Islam, Ayah pasien bernama Tn.R bekerja sebagai buruh dan Ibu pasien bernama Ny.S ibu rumah tangga, Penanggung jawab pasien adalah Ny.S selaku ibu pasien. Diagnosa medis obs vomitus + Diare dengan dehidrasi ringan-sedang.

##### **2. Gambaran pengkajian riwayat kesehatan pasien**

###### **a. Keluhan utama**

Pada tanggal 5 juli 2022 ibu pasien membawa anaknya yang bernama An.X ke IGD RSHD Kota Bengkulu pada Jam 09.13 WIB dengan keluhan BAB dengan konsistensi cair 4x sejak malam tadi.

###### **b. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Satu hari SMRS anaknya mencret 4x dalam sehari disretai muntah 3x dalam sehari. Anak dibawa ke IGD pada tanggal 5 juli 2022 jam 09.13 WIB dengan keluhan mencret 4x disertai muntah 3x dalam sehari. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 5 juli 2022 pukul 15.15 WIB ibu An.X mengatakan pasien lemas, pucat, masih mencret sudah 6 kali pada saat dikaji, fesesnya cair berwarna kehijauan, tidak terdapat lendir, berbau anyir yang khas, pasien muntah sudah 5 kali, pasien demam, tidak nafsu makan, pasien mau minum

ASI tapi hanya sedikit, BAK sudah 9 kali, berat badan pasien 10 kg terjadi penurunan berat badan 1 kg dari berat badan awal 11 kg, badan pasien hangat, pasien tanpak lesu, An.X rewel.

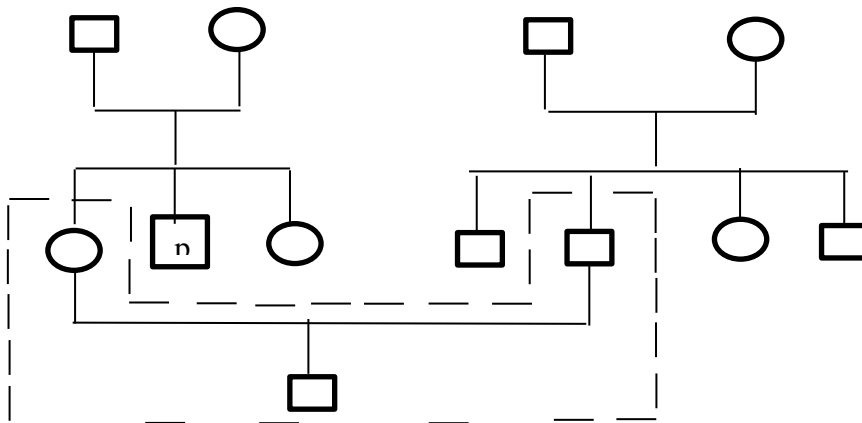
**c. Riwayat Kesehatan Lalu**

Ibu pasien mengatakan bahwa An.X pernah dirawat dirumah sakit, pernah dioperasi laparotomi bulan mei tahun 2022 di RSHD Kota bengkulu.

**d. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Ibu pasien mengatakan di keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Melitus,dan penyakit Jantung. Dari genogram diketahui pasien berumur 1 tahun merupakan anak pertama dan belum mempunyai adik.Ibu / Ny.S berumur 24 tahun merupakan anak pertama dari 3 saudara menikah dengan Tn.R berumur 26 tahun merupakan anak ke 2 dari 4 saudara. Pasien tinggal bersama ayah dan ibunya dalam 1 rumah.

genogram:



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- : tinggal dalam satu rumah

**e. Riwayat psikososial dan spiritual**

Keluarga pasien mengatakan keluarga terdekat pasien adalah ibu pasien, interaksi dalam keluarga baik, pembuatan keputusan dengan musyawarah, tidak ada dampak penyakit pasien pada keluarga, mekanisme koping terhadap masalah baik, hal yan dipikirkan saat ini adalah keluarga pasien ingin pasien segera sembuh, dan melakukan aktivitas seperti biasanya. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sangat aktif, sering bermain, dan tidak rewel.

**f. Riwayat perkembangan anak**

1. Personal social :  
pasien An.X berinteraksi dengan teman sebayanya
2. Gerakan motorik halus :  
Pasien An.X sudah bisa menyusun lego
3. Gerakan motorik kasar:  
Pasien An.X mampu belajar berjalan dengan berpegangan pada benda sekitarnya
4. Bahasa:  
Pasien An.X mampu berbicara tetap dengan bahasanya yang masih sulit dimengerti

**g. Riwayat kehamilan dan persalinan**

Ibu G1P0A0, keadaan ibu sewaktu hamil teratur memeriksakan kandungannya, ibu tidak ada komplikasi penyakit yang diderita, jenis persalinan secara normal dengan berat 2,8 kg.

**h. Riwayat imunisasi:**

Riwayat imunisasi BCG, DPT (I, II, III), poli (I, II, III, IV, V), campak, hepatitis lengkap

**3. Gambaran pemeriksaan fisik**

Peneliti melakukan pemeriksaan fisik langsung kepada pasien secara mandiri dengan bantuan pengawasan dari perawat ruangan maupun keluarga kedua pasien, peneliti juga membaca catatan rekam medis pasien. Pemeriksaan fisik ini dilakukan persistem namun di fokuskan kepada sistem yang berhubungan dengan kasus Diare sehingga didapatkan data berikut ini.

a. Keadaan umum :

Tingkat kesadaran An.X composmentis, keadaan umum lemah, ekspresi pasien sangat lesu dan gelisah, mata tampak cekung.

b. Pemeriksaan head to toe

- 1) Pemeriksaan kepala : bentuk kepala simetris, tidak ada lesi dan benjolan .
- 2) Pemeriksaan rambut : hitam merata, rambut kepala lebat, distribusi rambut merata.
- 3) Pemeriksaan wajah : Warna kulit pucat, gerak muka simetris kanan dan kiri, kelopak mata cekung, konjungtiva ananemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, reaksi pupil mengecil saat terkena cahaya, palpasi tidak adanya edema dan nyeri tekan.

- 4) Pemeriksaan telinga : Telinga, kebersihan telinga serta tidak ada tanda-tanda adanya infeksi seperti tidak ada pembengkakan dan nyeri di daerah belakang telinga, tidak ada keluar cairan dari telinga.
  - 5) Pemeriksaan hidung : Hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada sputum.
  - 6) Pemeriksaan mulut dan tenggorokan : Bibir simetris, bau mulut, lidah kotor, bibir pucat, mukosa kering.
  - 7) Pemeriksaan leher: Pergerakan leher baik, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran tiroid.
  - 8) Pemeriksaan Abdomen : Abdomen mengalami distensi, kram dan bising usus meningkat.
    - a) Inspeksi : Permukaan abdomen simetris.
    - b) Auskultasi : Bising usus 20 x/ menit.
    - c) Perkusi : Perut anak kembung.
    - d) Palasi : Terdapat nyeri tekan pada abdomen.
  - 9) Pemeriksaan Kulit : akral hangat, crt 3 detik.
  - 10) Pemeriksaan Ekstremitas : anak hanya di tempat tidur, tangan terpasang infus pada tangan bagian kanan.
  - 11) Pemeriksaan Genetalia: anus tidak ada lesi dan tidak berwarna merah
- c. Tanda-tanda vital:  
Suhu tubuh 38°C, frekuensi nafas 42 x /menit, frekuensi nadi 145 x /menit, tidak terjadi penurunan berat badan
- d. Sistem kardiovaskuler:  
Frekuensi nadi 145 x /menit, nadi teraba lemah, bunyi jantung vasuler, tidak ada bunyi jantung tambahan.
- e. Sistem pencernaan:
- 1) Inspeksi : BAB, konstistensi cair frekuensi lebih dari 4 kali dalam sehari, ada bau.
  - 2) Auskultasi: Bising usus 20 x/menit.
  - 3) Palpasi: Nyeri tekan pada abdomen .
- f. Sistem integumen:  
Turgor kulit kembali 3 detik, wajah tampak pucat, kulit ikterus, akral hangat, tidak terdapat edema pada kulit.
- g. Sistem perkemihan

Tidak ada distensi kandung kemih, produksi urine menurun, warna urin kuning pekat dan berbau amoniak

## 2. Gambaran Tingkatan Dehidrasi pasien

Dari hasil analisa peneliti melalui observasi langsung kepada pasien serta dari hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan peneliti terhadap pasien didapatkan tingkatan dehidrasi pasien sebagai berikut.

Tabel 4.0.1 Tingkatan dehidrasi pada An.X

KRITERIA	1	2	3
Keadaan umum	Baik	<b>Lemas</b>	Gelisah, lemas, mengantuk, syok
Mata	Biasa	<b>Cekung</b>	Sangat cekung
Mulut	Biasa	<b>Kering</b>	Sangat kering
Pernafasan	<b>&lt;30x/m</b>	30-40x/menit	>40x/m
Turgor Kulit	<b>Baik</b>	Kurang	Jelek
Nadi	<b>&lt;120x/m</b>	120-140 x/m	>140x/m
Ket nilai interpretasi : <b>Total nilai : 9</b>			
6 = Tidak dehidrasi			
7-12 = <b>Dehidrasi ringan-sedang</b>			
>13 = Dehidrasi berat			

## PERHITUNGAN INTAKE DAN OUTPUT

Nama Pasien : An.X  
Umur : 1 tahun

No Register :10.07.57  
Ruangan : Safa

a. *Intake* An. X

Perhitungan total *intake* cairan pada pasien dalam 24 jam adalah :

1. *Intake* hari ke 1

<b>Jenis Intake</b>	<b>Banyaknya</b>	<b>Jumlah cairan</b>
Infus	28 ml/ jam	672 ml
Obat	74 ml	74 ml
Oralit	5 x 100 ml + 4 x 50 ml	500 + 200 ml
Makan	2 x 30 ml	60 ml
Minum	2 x 25 ml	50 ml
Susu	2x 100 ml	200 ml

**Total intake: 1.756 ml**

2. *Intake* hari ke 2

<b>Jenis Intake</b>	<b>Banyaknya</b>	<b>Jumlah cairan</b>
Infus	28 ml/ jam	672 ml
Obat	74 ml	74 ml
Oralit	4 x 100 ml + 4 x 50 ml	400 + 200ml
Makan	3 x 30 ml	90 ml
Minum	4 x 30 ml	180 ml
Susu	3x100 ml	300 ml

**Total intake: 1.916 ml**

3. *Intake* hari ke 3

<b>Jenis Intake</b>	<b>Banyaknya</b>	<b>Jumlah cairan</b>
Infus	25 ml/jam	672 ml
Obat	74 ml	74 ml
Oralit	3 x 100 ml + 2 x 50 ml	300 + 100 ml
Makan	3 x 50 ml	150 ml
Minum	6 x 50 ml	300 ml
Susu	4 x 100 ml	400 ml

**Total intake: 1.996 ml**

Adapun hasil analisis kebutuhan cairan pasien untuk memenuhi ketidakseimbangan cairan tubuh menggunakan rumus *holiday segar* :

$$\text{Kebutuhan Cairan} = 1000 \text{ ml} + (50 \text{ ml/kgBB}/24 \text{ jam} \times (\text{BB}-10))$$

$$= 1000 \text{ ml} + (50 \text{ ml/kg} \times 10 \text{ kg}/24 \text{ jam} \times (10-10))$$

$$= 1000 \text{ ml} + 500 \text{ ml}$$

$$= 1500 \text{ ml}/24 \text{ jam}$$

Suhu tubuh pasien 38 C maka peingkatan 10% cairan pada anak  
Sehingga kebutuhan cairan pada pasien:

$$1500 \text{ ml} + (10\% \times 1500)$$

$$= 1500 + (150)$$

$$= 1650 \text{ ml}/24 \text{ jam}$$

b. *Output An.X*

Penghitungan total output cairan dalam 24 jam adalah:

1. *Output* Hari ke 1

<b>Jenis Output</b>	<b>Banyaknya</b>	<b>Jumlah cairan</b>
BAB	6 x 150 ml	900 ml
BAK	10 x 40 ml	400 ml
Muntah	4 x 50 ml	200 ml
IWL	(30 – umur) x BB = (30- 1 tahun) x 10 kg = 29 x 10 kg	290 ml

**Total output: 1.790 ml**

2. *Output* Hari ke 2

<b>Jenis Output</b>	<b>Banyaknya</b>	<b>Jumlah cairan</b>
BAB	4 x 150 ml	600 ml
BAK	8 x 50ml	400 ml
Muntah	2 x 50 ml	100 ml
IWL	(30 – umur) x BB = (30- 1 tahun) x 10 kg = 29 x 10kg	290 ml

**Total output: 1.390 ml**

3. *Output* Hari ke 3

<b>Jenis Output</b>	<b>Banyaknya</b>	<b>Jumlah cairan</b>
BAB	3 x 150 ml	600 ml
BAK	6 x 50 ml	250ml
Muntah	2 x 50 ml	100 ml
IWL	(30 – umur) x BB = (30- 1tahun) x 10kg = 20 x 10 kg	290 ml

**Total output: 1.240 ml**

**Rumus *Balance Cairan*** adalah  
sebagai berikut :

$\text{Balance Cairan} = \text{Intake} - \text{Output}$
---

Hari- ke	An.X
1	Diketahui: <i>Intake</i> : 1.756 ml <i>Output</i> : 1.790 ml <i>Balance Cairan</i> = Intake – Output = 1.756 ml – 1.790 ml = -34 ml
2	Diketahui: <i>Intake</i> : 1.916 ml <i>Output</i> : 1.390 ml <i>Balance Cairan</i> = Intake – Output = 1.916 ml – 1.390 ml = 526 ml
3	Diketahui: <i>Intake</i> : 1.996 ml <i>Output</i> : 1.240 ml <i>Balance Cairan</i> = Intake – Output = 1.996 ml - 1240 ml = 756ml



### 3. Gambaran Pola Kebutuhan Sehari-hari

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengankeluarga pasien didapatkan data mengenai pola kebutuhan sehari-hari pasien yang berhubungan dengan kasus pasien yaitu *diare*, maka didapatkan data berikut.

Tabel 4.0.2 Gambaran Pola Kebutuhan Sehari-hari An.X

No	Karakteristik	Sebelum masuk Rumah Sakit	Setelah masuk Rumah Sakit
1.	Pola Nutrisi	Ibu mengatakan sebelum sakit nafsu makan An.X baik, dapat menghabiskan 1 porsi bubur dengan frekuensi 3x sehari, tidak ada pantangan makan dan ibu mengatakan sebelum sakit An.X mau minum susu/ASI.	Pada saat di rumah sakit ibu pasien mengatakan nafsu makan An.X menurun dari biasanya hanya menghabiskan tidak sampai ¼ porsi dari makanan, dan ibu pasien mengatakan An.X tidak mau minum dan kurang minum susu/ASI
2.	Pola Eliminasi	Ibu mengatakan sebelum sakit An.X BAB 2x sehari dengan feses lunak, warna khas, berbau khas, dan ibu An.X mengatakan sebelum sakit pasien BAK 5-6x sehari.	Ibu mengatakan setelah sakit An.X BAB 6x sehari dengan konsistensi cair, berbau anyir, dan ibu mengatakan An.X BAK 10x sehari dengan produksi urin lebih sedikit dari biasanya, berwarna kuning pekat.
4.	Personal Hygiene	Ibu mengatakan sebelum sakit An.X mandi 2x sehari, keramas 2x sehari, menggunting kuku 1x seminggu, dan mengganti pakaian setiap sesudah mandi	Saat pasien di rumah sakit ibu mengatakan An.X belum ada mandi dan hanya di lap badannya 1x sehari dan mengganti pakaiannya, belum ada keramas dan menggunting kuku.

#### 4. Gambaran pemeriksaan penunjang

##### a. Gambaran Pemeriksaan Laboratorium

Dari hasil observasi yang telah dilakukan oleh peneliti dan peneliti juga membaca catatan rekam medis pasien didapatkan hasil laboratorium pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan feses pasien berikut:

##### 1) Pemeriksaan darah lengkap

Hasil pemeriksaan darah lengkap pasien pada tanggal 10 juli 2022 didapatkan Hemoglobin 11,2 gr/dl, Hematokrit 33%, Trombosit 428.000/ mm<sup>3</sup>, dan Leuksit 15.200 mm<sup>3</sup>.

##### 2) Pemeriksaan feses

Hasil pemeriksaan feses pada tanggal 11 juli 2022 di dapatkan pemeriksaan mikroskopis konsistensi cair (+) positif, sedangkan pemeriksaan mikroskopis bakteri (+) positif.

##### b. Gambaran Penatalaksanaan (Terapi Obat)

Dari hasil pengumpulan data dengan membaca daftar obat pasien didapatkan bahwa An.X mendapatkan terapi obat dari rumah sakit dan terapi tambahan peneliti berikut.

Tabel 4.0.3 Terapi Obat An.X

No	Terapi	Dosis	Tanggal		
			10/07/22	11/07/22	12/07/22
1.	Ringer Laktat	28 tpm	√	√	√
2.	Ceftriaxone	2 x 450 mg (IV)	√	√	√
3.	Zinc Syrup	20 mg	√	√	√
4.	L. bio	2 x1	√	√	√
5.	Paracetamol	3 x100 mg	√	√	-
6.	Ondansetron	2 x 2 mg (IV)	√	√	√
7.	Oralit	100cc/BAB + 50 cc/ muntah	√	√	√
8.	Air putih	3 x 100 ml	√	√	√

## 5. Gambaran Analisa Data

Tabel 4.0.4 Analisa Data An.X

Data	Etiologi	Problem
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ibu pasien mengatakan anaknya BAB sudah 6 kali dengan konsistensi cair</li> <li>2) Ibu pasien mengatakan anaknya lemas dan lesu</li> <li>3) Ibu mengatakan anaknya masih muntah sudah 4 kali.</li> <li>4) Ibu mengatakan pasien mau minum tapi hanya sedikit</li> <li>5) Ibu mengatakan feses anaknya cair, berwarna kuning dan berbau anyir yang khas.</li> <li>6) Ibu mengatakan BAK anaknya sedikit berwarna kuning pekat</li> <li>7) Ibu mengatakan berat badan pasien 11 kg sebelum MRS.</li> <li>8) Intake = 1.996 ml</li> <li>9) Output= 1.240 ml</li> <li>10) Balance cairan =756 ml</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak lemah</li> <li>2) Mukosa bibir pasien tampak kering dan pucat</li> <li>3) Berat badan pasien 10 kg</li> <li>4) Frekuensi nadi 145x/menit tapi teraba lemah</li> <li>5) Suhu tubuh 38 °C</li> <li>6) Akral pasien teraba hangat</li> <li>7) Hasil laboratorium didapatkan Hemoglobin 11,2 gr/dl, Hematokrit 33%, Trombosit 428.000/ mm<sup>3</sup>, dan Leuksit 15.200 mm<sup>3</sup>.</li> <li>8) Hipertimani (kembung)</li> <li>9) Turgor kulit kembali 3 detik</li> </ol>	<p>Kehilangan Cairan tubuh aktif</p>	<p>Hipovolemia</p>
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ibu mengatakan anaknya demam</li> <li>2) ibu mengatakan suhu tubuh anaknya naik dari biasanya</li> <li>3) ibu mengatakan nafsu makan anaknya menurun</li> <li>4) ibu mengatakan mata anaknya berair</li> <li>5) ibu mengatakan bibir anaknya kering</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pasien tampak gelisah</li> <li>2) suhu tubuh pasien teraba hangat, 38 °C</li> <li>3) mata anak tampak berair</li> </ol>	<p>Dehidrasi</p>	<p>Hipertermia</p>

4) mukosa bibir kering		
5) turgor kulit kembali dalam 3 detik		

## 6. Gambaran Diagnosa Keperawatan Pasien

Berdasarkan Analisa Data yang telah dilakukan peneliti pada saat melakukan pengumpulan data seperti wawancara, pemeriksaan fisik dan melihat catatan rekam medis dapat dirumuskan Diagnosa Keperawatan kedua pasien berikut ini.

Tabel 4.0.5 Gambaran Diagnosa Keperawatan

No	Namapatient	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	TTD
1	An.X	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan tubuh aktif	10 juli 2022	<i>Aisyah</i>
2	An.X	Hipertermia b.d dehidrasi	10 juli 2022	<i>Aisyah</i>

## Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.0.6 gambaran perencanaan keperawatan An.X

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	
1.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif gejala dan tanda mayor Subjektif:(tidak tersedia)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. frekuensi nadi meningkat</li> <li>b. Nadi teraba lemah</li> <li>c. Tekanan darah menurun</li> <li>d. Turgor kulit menurun</li> <li>e. Membran mukosa kering</li> <li>f. Volume urin menurun</li> <li>g. Hematokrit meningkat</li> </ol> <p>gejala dan tanda minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa lemah</li> <li>b. Mengeluh haus</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status mental berubah</li> <li>b. Suhu tubuh meningkat</li> <li>c. Kosentrasi urin meningkat</li> <li>d. Berat badan turun</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Hipovolemia pada pasien dapat diatasi dengan:</p> <p><b>SLKI: keseimbangan cairan</b> <b>Ekspetasi: membaik</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Asupan cairan meningkat</li> <li>2) Keluaran urine menurun</li> <li>3) Membran mukosa meningkat</li> <li>4) Kelembapan meningkat</li> </ol>	<p><b>SIKI: manajemen cairan</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, frekuensi nafas, suhu, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit).</li> <li>2) Monitor berat badan harian</li> <li>3) Monitor hasil laboratorium (hematokrit, hemoglobin, leukosit trombosit dan feses)</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat <i>intake-output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 24 jam serta kebutuhan cairan klien.</li> <li>2) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan.</li> </ol>	<p>Manajemen cairan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengetahui apakah terdapat tanda-tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>2) Klien dengan diare biasanya akan mengalami penurunan berat badan, hal ini dilakukan agar mengetahui perkembangan berat badan klien</li> <li>3) Mengetahui hasil laboratorium dan perkembangan serum elektrolit tubuh</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengetahui <i>balance</i> cairan serta kebutuhan cairan yang dibutuhkan oleh klien.</li> <li>2) Menambah asupan cairan klien yang kurang. <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Menambah cairan agar tidak dehidrasi.</li> </ol> </li> </ol>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan minum oralit sesuaikebutuhan</li> <li>b. Berikan air putih sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>Kolaborasi Berikan cairanparenteral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Untuk menghindari dehidrasi</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <p>Penanganan farmakologis untukmengatasi dehidrasi</p>
--	--	--	---	--

Tabel 4.0.7 Perencanaan keperawatan An.X Diagnosa 2

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	
2	<p>Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Suhu tubuh diatas nilai normal</p> <p>b. gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Kulit merah</p> <p>b. Kejang</p> <p>c. Takikardi</p> <p>d. Kulit terasa hangat</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien Hipertermi dapat diatasi dengan:</p> <p><b>SLKI: status cairan</b></p> <p><b>Ekspetasi: meningkat</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Frekuensi nadi normal</p> <p>b. Membran mukosa meningkat</p> <p>c. Intake cairan meningkat</p> <p>d. Suhu tubuh menurun</p>	<p><b>SIKI: manajmen hipertermia</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab hipertermia ( mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, peenggunaan inkubator)</li> <li>2) Monitor suhu tubuh</li> <li>3) Monitor kadar elektrolit</li> <li>4) Monitor haluan urin</li> <li>5) Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2) Longgarkan/lepaskan pakaian</li> <li>3) Basahi dan kipas permukaan tubuh</li> <li>4) Berikan cairan oral</li> <li>5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian</p>	<p>Manajmen hipertermia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengetahu apakah penyebab utama terjadinya hipertermia</li> <li>2) Mengetahui suhu tubuh pasien</li> <li>3) Mengetahui kadar elektrolit pasien</li> <li>4) Mengetahui berapa banyak haluan urin pasien</li> <li>5) Mengetahui apa saja komplikasi yang terjadi akibat hipertermia</li> </ol> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan lingkungan yang nyaman untuk pasien</li> <li>2) Mengurangi suhu panas pada pasien</li> <li>3) Membantu Meredakan panas</li> <li>4) Menambah asupan cairan pada pasien</li> <li>5) Agar klien nyaman ddan tempat tidur klien tidak basah karena keringat</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <p>Mengurangi apabila klien merasa pusing</p> <p>Kolaborasi:</p>

			cairan dan elektrolit intravena,jika perlu	Kolaborasi penanganan farmakologis pada klien untuk meredakan demam
--	--	--	--	---



## Implementasi keperawatan

Tabel 4. 0.8 Implementasi  
Tanggal 5 juli 2022 – Hari Rawat 1

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
09.00 WIB	I,II	1) Memonitor frekuensi nadi	1. Frekuensi nadi 145x/menit	
09.06 WIB	I,II	2) Memonitor frekuensi nafas	2. Frekuensi nafas 47x/menit	
09.12 WIB	II	3) Memonitor suhu	3. Suhu tubuh 38 C	
09.20 WIB	II	4) Memonitor akral	4. Akral teraba hangat	
09.21 WIB	I,II	5) Memonitor kelopak mata	5. kelopak mata sedikit cekung	
09.30 WIB	I,II	6) Memonitor kelembapan mukosa	6. Mukosa bibir pasien tampak kering dan pucat	
09.35 WIB	I	7) Memonitor turgor kulit.	7. Turgor kulit kembali dalam 3 detik,	
09.37 WIB	I	8) Memonitor bising usus	8. Bising usus meningkat 20x/ menit	
09.45 WIB	I	9) Memonitor berat badan harian.	9. Berat Badan pasien 10 kg	
10.11 WIB	I,II	10) Memberikan cairan parenteral	10. Obat yang masuk yaitu ceftriaxone 1 x 450mg, zinc syrup 1 x 5 cc dan paracetamol infus 1 x 170 mg	
10.20 WIB	I,II	11) Mengecek hasil laboratorium Hematokrit,	11. Hematokrit 28 %	

10.50 WIB	I,II	12) Mengecek hasil laboratorium hemoglobin	12. Hemoglobin 11,5 gr/dl
11.00 WIB	I,II	13) Mengecek hasil laboratorium trombosit	13. Trombosit 428.000/mm <sup>3</sup>
11.03 WIB	I,II	14) Mengecek hasil laboratorium leukosit	14. leukosit 15.200 mm <sup>3</sup>
11.06 WIB	I	15) Mengecek hasil pemeriksaan feses	15. Pemeriksaan Feses : Makroskopis (Konsistensi Cair (+) positif dan Mikroskopis (Bakteri (+) positif)
11.10 WIB	I,II	16) Memberikan air putih	16. Pasien menghabiskan air putih 1 x 25 ml
11.30 WIB	I,II	17) Memberikan cairan parenteral	17. Obat yang masuk yaitu, ondansetron 1 x 2 mg dan paracetamol infus 1x 170 mg, Obat yang diminum ondansetron 1 x 2 mg dan ceftriaxone 1 x 450 mg Obat yang diberikan L- Bio 1x ½ cc
11.40 WIB	I	18) Memberikan minum oralit	18. Pasien minum oralit 1 x 100 ml
12.10 WIB	I	19) Mencatat intake	19. Intake: obat+infus+ minum+makan Intake+ susu + oralite : 37 ml+336ml+25 ml+30 ml+100ml+350 Intake: 878 ml
15.35 WIB	I	20) Mencatat output	20. Output :BAB+BAK+muntah+IWL Output: 450 ml+200 ml+ 100 ml+290 ml Output: 1.040 ml
16.10 WIB	I	21) Menghitung balance cairan 8 jam serta kebutuhan cairan klien.	21. Balance cairan: intake-output Balance cairan: 878 ml-1.040 ml Balance cairan:-162ml

16.30 WIB	I,II	22) Memberikan oralit sesuai kebutuhan. (dilakukan oleh keluarga)	22. Pasien menghabiskan oralit 100 ml
16.50 WIB	I,II	23) Memberikan air putih sesuai kebutuhan. (dilakukan oleh keluarga)	23. Pasien menghabiskan air putih 1 x 25 ml
17.30 WIB	I,II	24) Memberikan air putih sesuai kebutuhan. (dilakukan oleh keluarga)	24. Pasien menghabiskan air putih 1 x 25 ml
19.30 WIB	I,II	25) Memberikan air putih. (dilakukan oleh keluarga)	25. Pasien menghabiskan air putih 1x25 ml
20.00 WIB	I,II	26) Memberikan minum oralit. (dilakukan oleh keluarga)	26. Pasien menghabiskan oralit 50 ml
20.30 WIB	I,II	27) Memberikan cairan parenteral. (dilakukan oleh perawat)	27. Mengganti cairan infus yang habis yaitu cairan infus ringer laktat 18 tpm mikro, ceftriaxone 1 x 450 mg dan L-Bio 1x ½ cc
06.05 WIB	I	28) Mencatat intake	28. Intake: obat+infus+ minum + makan+ susu+oralite: 37 ml+ 336ml+ 25 ml+30 ml+100+350ml Intake: 878 ml Intake selama 24 jam Intake:878 ml+ 878 ml Intake: 1.756 ml
06.45 WIB	I	29) Mencatat output	29. Output: BAB+BAK+muntah Output: 450 ml+200 ml+100ml Output: 750 ml .Output selama 24 jam Output:1.040 ml+750ml,Output: 1.790ml
08.00 WI	I	30) Menghitung balance cairan 24 jam serta kebutuhan cairan klien.	30. Balance cairan :Intake – Output :1.756 ml – 1.790 ml

Tabel 4.0.9 implementasi  
Tanggal 6 Juli 2022 – Hari Rawat 2

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
09.00 WIB	I,II	1. Memonitor suhu tubuh.	1. Suhu tubuh 37,8 C	
09.10 WIB	I,II	2. Memonitor frekuensi nadi.	2. frekuensi nadi 140x/menit	
09.15 WIB	I,II	3. Memonitor frekuensinafas.	3. frekuensi nafas 30 x/menit	
09.30 WIB	I	4. Memonitor bising usus	4. Bising usus 20 x/menit.	
09.45 WIB	I,II	5. Memonitor mukosa bibir	5. Mukosa bibir pasientampak kering	
10.05 WIB	I	6. Memonitor berat badan harian.	6. Berat badan pasien 10 kg	
10.25 WIB	I,II	7. Memberikan air putih	7. Pasien minum airputih 1 x 50 ml	
11.45 WIB	II	8. Memberikan minum oralite	8. Pasien minum oralit 50 ml	
12.20 WIB	I,II	9. Memberikan air putih	9. Pasien minum air putih 1 x 30 ml	
13.10 WIB	I	10. Memberikan minum oralit	10. Pasien minum oralit 1 x 100 ml	
14.15 WIB	I,II	11. Memberikan cairanparenteral	11. Obat yang masuk yaitu ceftriaxone 1x 450 mg, zinc syrup 1 x 5 cc dan paracetamol infus 1x 170 mg	
14.30 WIB	I	12. Memberikan cairanparenteral	12. Mengganti cairan infus ringer laktat 20tpm mikro	
14.50 WIB	I,II	13. Memberikan air putih	13. Pasien minum airputih 1 x 30 ml	

15.20 WIB	I,II	14. Memberikan air putih	14. .Pasien minum air putih 1 x 30 ml
15.30 WIB	I	15. Memberikan minum oralit	15. Pasien minum oralit 1 x 100 ml
16.10 WIB	I,II	16. Memberikan cairanparenteral	16. Obat yang masuk L- Bio 1 x ½ cc, ondansetron 1 x 2 mg dan paracetamol infus 1 x 170 mg
16.15 WIB	I	17. Memberikan air putih	17. Pasien minum airputih 1 x 30 ml
16.45 WIB	I	18. Mencatat <i>intake</i>	18. <i>Intake:</i> obat+infus+ minum+makan +susu+ oralite <i>Intake:</i> 37 ml+ 336 ml+90 ml+45m+150 ml+250 ml <i>Intake:</i> 908 ml
17.10 WIB	I	19. Mencatat <i>output</i>	19. <i>Output:</i> BAB+BAK +muntah+IWL <i>Output:</i> 300 ml+200 ml+50 ml+290 ml <i>Output:</i> 840 ml
17.55 WIB	I,II	20. Menghitung <i>balance</i> cairan 8 jam serta kebutuhancairan klien	20. <i>Balance</i> cairan: <i>intake-output Balance</i> cairan:908 ml- 840 ml <i>Balance</i> cairan:64 ml
18.10 WIB	I	21. Memberikan cairanparen teral	21. Obat yang masuk yaitu ondansetron 1x 2 mg dan ceftriaxone 1 x 750mg
18.20 WIB	II	22.Memberikan minum oralit.	22. Pasien minum oralit1 x 100 ml
19.35WIB	I,II	23.Memberikan cairan elektrolit	23. Pasien minum oralit 50 ml
22.30WIB		24.Memberikan cairan parenteral. (dilakukan olehperawat)	24. Obat yang masuk yaitu L. Bio 1 x½ cc, paracetamol infus 1x 170 ml

07.30 WIB	I,II	25.Memberikan cairan parenteral. (dilakukan olehperawat)	25. Mengganti cairan infus ranger laktat 20 tpm mikro
08.00 WIB	I	26.Mencatat <i>intake</i>	26. <i>Intake</i> : obat+infus+minum+ makan+susu+ oralit. <i>Intake</i> : 37 ml+366 ml+90 ml+45 ml+150ml+350ml. <i>Intake</i> : 1.008ml <i>Intake</i> selama 24 jam <i>Intake: Intake</i> : 908 ml+1.008 ml. <i>Intake:</i> 1.916 ml
08.30 WIB	I	27.Mencatat <i>output</i>	27. <i>Output</i> : BAB+BAK+muntah. <i>Output</i> :300 ml+200 ml+50 ml. <i>Output</i> : 550ml <i>Output</i> selama 24 jam. <i>Output:</i> 840ml+550ml .Output:1.390 ml
08.55 WIB	I	28. Menghitung <i>balance</i> cairan 24 jam serta kebutuhancairan klien.	28. <i>Balance</i> cairan: <i>intake-output</i> <i>Balance</i> cairan: 1.916 ml-1.390 ml <i>Balance</i> cairan: 526ml

implementasi

Tanggal 7 Juli 2022 – Hari Rawat 3

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
09.15 WIB		1. Memonitor mukosa bibir	1. Mukosa bibir lembab	
09.30 WIB		2. Memonitor berat badan harian.	2. Berat badan pasien 10 kg	
09.45 WIB		3. Memberikan air putih	3. Pasien minum air putih 1 x 50 ml	
09.55 WIB		4. Memberikan oralite	4. Pasien minum oralite 1 x 100 ml	
11.35 WIB		5. Memberikan cairan parenteral	5. Obat yang masuk yaitu ceftriaxone 1 x 450 mg, zinc syrup 1 x 5 cc dan paracetamol 1 x 170 mg	
11.50 WIB		6. Memberikan air putih	6. Pasien minum air putih 1 x 50 ml	
13.30 WIB		7. Memberikan air putih	7. Pasien minum air putih 1 x 50 ml	
14.00 WIB		8. Memberikan oralit	8. Pasien minum oralit 1 x 50 ml	
14.45 WIB		9. Memberikan cairan parenteral	9. Mengganti cairan infus ringer laktat 20 tpm mikro	
		10. Memberikan cairan parenteral	10. Obat yang masuk L-Bio 1 x ½ cc dan ondansetron 1 x 2 mg	
15.30 WIB		11. Memberikan air putih	11. Pasien minum air putih 1 x 50 ml	
16.00 WIB		12. Memberikan oralit	12. Pasien minum oralit 1 x 100ml	
16.30 WIB		13. Mencatat intake	13. Intake : obat+infus +minum+makan+ susu+ oralite Intake : 37 ml+336ml+150	

			ml+75ml+200ml+250 ml Intake : 1.048 ml	
17.00 WIB		14.Mencatat output	14. Output :BAB+BAK+ IWL.Output : 300ml+200ml+290 ml.Output :790 ml	
17.30 WIB		15.Menghitung balance cairan 8 jam serta kebutuhan cairan klien.	15. Balance cairan: intake-output Balance cairan:988 ml-790 ml.Balance cairan: 198 ml	
17.50 WIB		16.Memberikan minum oralit. (keluarga)	16. Pasien minum oralit 1 x 100 ml	
18.30 WIB		17.Memberikan air putih. (keluarga)	17. Pasien minum air putih 1 x 100 ml	
21.00 WIB		18.Memberikan cairan parenteral. (perawat)	18. Obat yang masuk yaitu ondansetron 1 x 2 mg, ceftriaxone 1 x 450 mg dan L-Bio 1 x ½ cc	
22.10 WIB		19.Memberikan madu. (keluarga)	19. Pasien minum madu 1 x 5 ml	
06.30 WIB		20.Memberikan air putih. (keluarga)	20. Pasien minum air putih 1 x 100 ml	
07.00 WIB		21.Mencatat intake	21. Intake: obat+infus+minum+makan+ susu+ oralite Intake: 37 ml+336ml+150 ml+ 75 ml+200 ml + 150 ml Intake: 1.048 ml.intake selama 24 jam.intake: 948 ml+1.048 ml.intake: 1.996 ml	
08.00 WIB		22.Mencatat output	22. Output: BAB+BAK+ MUNTAH.Output: 300	
08.10 WIB				



<p>08.20- WIB</p> <p>08.45</p>		<p>23.Menghitung balance cairan 8 jam serta kebutuhan cairan klien.</p>	<p>ml+50+100 ml.Output: 300 ml.Output selama 24 jam.Output: 740ml+450ml Output: 1.240 ml</p> <p>23. Balance cairan: intake-output Balance cairan: 1.996 ml- 1.240 ml Balance cairan: 756 ml</p>	
--------------------------------	--	---	---	--

## 10. Evaluasi keperawatan

Tabel 4.0.10 Evaluasi Keperawatan

Tanggal 5 Juli 2022 – Hari Rawat 1

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	5 juli 2022	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu pasien mengatakan makan dan minum pasien pasien masih menurun</li> <li>- ibu mengatakan pasien BAK masih sedikit</li> <li>- ibu mengatakan bibir pasien kering</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asupan cairan pasien masih menurun</li> <li>- produksi urin pada anak menurun</li> <li>- membran mukosa kering</li> </ul> <p>A:</p> <p>masalah keperawatan kekurangan cairan aktif belum teratasi.</p> <p>P:</p> <p>intervensi dilanjutkan.</p>	
2.	5 juli 2022	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu mengatakaan An.X demam,</li> <li>- ibu mengatakan detak nadi pasien teraba kencang</li> <li>- ibu mengatakan bibir anaknya kering</li> <li>- ibu mengatakan suhu tubuh anaknya panas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suhu tubuh pasien teraba hangat</li> <li>- N :145x/ menit</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: 38<sup>0</sup>C,</li> <li>- mukosa bibir tampak kering.</li> <li>- Banyaknya Jumlah cairan masuk <ul style="list-style-type: none"> <li>Infus                672 ml</li> <li>Obat                 74 ml</li> <li>Oralit            500 + 200 ml</li> <li>Makan             60 ml</li> <li>Minum             50 ml</li> <li>Susu                200 ml</li> <li>Total intake:    1.756 ml</li> </ul> </li> </ul> <p>A:</p> <p>masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>intervensi dilanjutkan.</p>	
--	--	--	--	--

## Evaluasi Keperawatan

Tanggal 6 Juli 2022 – Hari Rawat II

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	6 juli 2022	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu pasien mengatakan makan dan minum pasien sudah mulai membaik</li> <li>- ibu mengatakan pasien BAK masih sedikit</li> <li>- ibu mengatakan bibir pasien kering tetapi tidak seperti sebelumnya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asupan cairan pasien sedikit meningkat</li> <li>- produksi urin pada anak sedikit meningkat</li> <li>- membran mukosa mulai membaik</li> </ul> <p>A:</p> <p>masalah keperawatan kekurangan cairan aktif teratasi sebagian.</p> <p>P:</p> <p>intervensi dilanjutkan.</p>	
2.	6 juli 2022	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu mengatakan An.X masih demam,</li> <li>- ibu mengatakan detak nadi pasien teraba kencang</li> <li>- ibu mengatakan bibir anaknya masih kering</li> <li>- ibu mengatakan suhu tubuh anaknya panas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suhu tubuh pasien teraba hangat</li> <li>- N :130x/ menit</li> <li>- S: 37, 8<sup>0</sup>C,</li> <li>- mukosa bibir tampak kering.</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Banyaknya jumlah cairan masuk<ul style="list-style-type: none"><li>Infus            672 ml</li><li>Obat             74 ml</li><li>Oralit    400 + 200ml</li><li>Makan           90 ml</li><li>Minum          180 ml</li><li>Susu             300 ml</li><li>Total intake : 1.916 ml</li></ul></li></ul> <p>A:</p> <p>masalah hipertermia belum teratasi .</p> <p>P:</p> <p>intervensi dilanjutkan.</p>	
--	--	--	--	--

## Evaluasi Keperawatan

Tanggal 7 Juli 2022 – Hari Rawat 3

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	7 Juli 2022	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu pasien mengatakan makan dan minum pasien sudah membaik</li> <li>- ibu mengatakan pasien BAK masih sedikit</li> <li>- ibu mengatakan bibir pasien kering</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asupan cairan pasien masih menurun</li> <li>- produksi urin pada anak menurun</li> <li>- membran mukosa kering</li> </ul> <p>A:</p> <p>masalah keperawatan kekurangan cairan aktif cukup membaik, masalah teratasi</p> <p>P:</p> <p>pemenuhan cairan aktif pasien dilanjutkan oleh keluarga dan perawat ruangan sampai pasien pulang.</p>	
2.	7 Juli 2022	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu mengatakan An.X sudah tidak demam</li> <li>- ibu mengatakan detak nadi pasien tidak kencang lagi</li> <li>- ibu mengatakan bibir anaknya tidak kering</li> <li>- ibu mengatakan suhu tubuh anaknya normal</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suhu tubuh pasien teraba hangat</li> <li>- N :130x/ menit</li> <li>- S: 37,0<sup>0</sup>C,</li> <li>- mukosa bibir tampak kering</li> </ul>	

			<p>- Banyaknya Jumlah cairan masuk</p> <p>Infus                    672 ml</p> <p>Obat                     74 ml</p> <p>Oralit                 300 + 100 ml</p> <p>Makan                 150 ml</p> <p>Minum                 300 ml</p> <p>Susu                    400 ml</p> <p>Total intake:        1.996 ml</p> <p>A:</p> <p>masalah hipertermia teratasi</p> <p>P:</p> <p>intervensi dilanjutkan oleh keluarga dan perawat ruangan sampai pasien pulang.</p>	
--	--	--	---	--

## **B. Pembahasan**

Pada bagian ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan data yang ditemukan dalam proses keperawatan pada kasus An.X dengan pemenuhan kebutuhan cairan yang di rawat di Ruang Safa RSHD Kota Bengkulu. Kesenjangan antara teori dan kasus akan dibahas mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, mengenai kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien.

Pada pengkajian pasien tanggal 5 juli 2022 di ruang Safa ditemukan dengan keluhan BAB cair sebanyak 6 kali sejak malam tadi, fesesnya cair berwarna kehijauan,sebelum masuk rumah sakit pasien muntah-muntah sudah 4 kali setiap diberikan makan/minum, adanya distensia abdomen (kembung), bising usus meningkat 20x/menit, pasien mau minum ASI tapi hanya sedikit, nafsu makan menurun, minum air putih juga kurang, kulit pucat, mukosa kering, pasien juga demam, badan pasien teraba hangat, S:38 C, N:120 x/m, RR: 24 x/m, pasien tanpak lesu, dan rewel, susah tidur, mata cekung, BAK sudah 10 kali, berat badan pasien 10kg.

### **2. Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan adanya Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dalam tubuh (SDKI, 2017). Diagnosa ini ditegakkan karena didukung oleh data subjektif dan data objektif yang telah didapatkan oleh peneliti melalui wawancara, pemeriksaan fisik, melihat dari catatan rekam medis pasien, serta mengobservasi pasien.kekurangan cairan ini dapat disebabkan banyaknya cairan yang keluar karena BAB terus menerus disertai muntah, frekuensi BAK meningkat dan kurangnya cairan yang masuk ke dalam tubuh, nafsu makan/minum pasien menurun yang menyebabkan pasien beresiko tinggi mengalami Hipovolemia terutama pada pasien diare, pasien juga



mengalami hipertermia yang disebabkan kekurangan cairan sehingga suhu tubuh pasien mengalami kenaikan yang melampaui suhu tubuh normal, S: 38. Peneliti memprioritaskan diagnosa Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan Hiperermia berhubungan dengan dehidrasi.

### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi pada kasus An.X dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya. Pada An.X penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul berdasarkan rencana keperawatan yang telah dituliskan pada teori.

Penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, penulis berencana mengatasi masalah kebutuhan cairan pada pasien dengan tujuan yang diharapkan yaitu peningkatan cairan meningkat, pengeluaran urin meningkat, membran mukosa meningkat, kelembapan meningkat sehingga kebutuhan cairan pada pasien terpenuhi. Perencanaan dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosa pada tinjauan kasus dengan dukungan SIKI, penulis menggunakan tingkat dehidrasi untuk mengetahui tingkat dehidrasi pada An.X.

Intervensi ini dilakukan dengan cara peneliti membuat perencanaan keperawatan yang bertujuan mencegah terjadinya komplikasi pada pasien serta mencegah kondisi pasien semakin memburuk agar pasien cepat membaik dan dapat beraktivitas seperti biasanya.

Intervensi yang akan dikembangkan untuk diagnosa keperawatan Hipovolemia b.d kebutuhan cairan aktif adalah menerapkan pemberian oralit setiap pasien BAB dan muntah, pemberian air putih untuk mempertahankan balance cairan dan melakukan penyuluhan tentang diare kepada orang tua pasien mengenai apa itu diare, cara mengatasi diare dirumah, cara mencegah diare, dan cara pemberian oralit pada anak yang mengalami diare. Selain untuk mempertahankan balance cairan pemberian air putih juga mampu menurunkan suhu tubuh pada pasien untuk mengatasi hipertermia b.d dehidrasi.

#### **4. Implementasi**

Setelah menyusun rencana keperawatan kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan keperawatan atau implementasi, pada kasus pasien tidak dapat kesenjangan intervensi dan implementasi yang dilakukan. semua tindakan dilaksanakan sesuai rencana yang disusun.

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari dimulai pada tanggal 5 juli sampai 7 juli 2022. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Hipovolemia b.d kekurangan cairan aktif dan Hipertermi b.d dehidrasi adalah memonitor status drhidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah), memonitor berat badan harian, monitor hasil laboratorium (hematokrit, hemoglobin, leukosit, dan trombosit), memonitor tanda-tanda vital, mencatat *intake-output* dan hitung balance cairan 24 jam serta kebutuhan cairan klien, memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan, memberikan minum oralit, mempertahankan balance cairan dengan memberikan air putih sesuai kebutuhan.

Selama melakukan impleementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada An.X yaitu keluarga pasien sangat kooperatif selama tindakan dan melakukan apa yang dianjurkan. Kerjasama terjalin dengan perawat ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan di dapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar. hambatan dalam peneliti ini adalah pasien rewel.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi yang digunakan berbentuk S (*subjektif*), O (*objektif*), A (*analisa*), P (*perencanaan terhadap analisis*). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi pada hari pertama tanggal 5 juli 2022, diagnosa pertama : Hipovolemia b.d kekurangan cairan aktif adalah data Subjektif (S) : ibu

pasien mengatakan pasien mencret sudah 6x sejak malam tadi, ibu pasien mengatakan pasien muntah-muntah 4x saat diberikan makan, ibu pasien mengatakan pasien sering BAK sekitar 10x tapi tidak terlalu banyak seperti biasanya, ibu pasien mengatakan pasien kurang minum Asi/susu, tidak mau minum air putih, dan nafsu makan menurun, ibu pasien mengatakan pasien rewel, sulit tidur, ibu pasien mengatakan pasien diberikan oralit sesuai yang telah dianjurkan, ibu pasien mengatakan pasien telah diberikan minum sering. Objektif (O): *Balance* cairan = -34 ml, pasien tampak lemah, pasien tampak lesu, mata pasien terlihat cekung, mukosa tampak kering maka mempertahankan *balance* cairan dengan memberikan air putih. Assesment (A) : masalah keperawatan kekurangan cairan aktif belum teratasi. Planning (P): intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa kedua tanggal 5 juli 2022 masalah gangguan hipertermia b.d dehidrasi adalah data subjektif (S): ibu mengatakan An.X demam, ibu mengatakan suhu tubuh pasien naik, ibu mengatakan tangan pasien dingin, ibu mengatakan anaknya sudah di kompres seperti yang dianjurkan tapi suhu tubuh pasien tetap tidak turun, ibu mengatakan pasien rewel, ibu mengatakan pasien kurang minum susu/asi. Objektif (O): pasien tampak gelisah, pasien tampak rewel, suhu tubuh pasien teraba hangat S: 38,4<sup>0</sup>C, mata pasien tampak berair, mukosa bibir tampak kering. Assesment(A): masalah hipertermia belum teratasi. Planning (P): intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa pertama tanggal 6 juli 2022 masalah Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif adalah data Subjektif (S): ibu pasien mengatakan pasien mencret berkurang dari hari sebelumnya 4x, ibu pasien mengatakan pasien masih muntah-muntah tetapi hanya 2x, ibu pasien mengatakan pasien BAK juga berkurang 8x di hari ini tapi tidak terlalu banyak seperti biasanya, ibu pasien mengatakan pasien sudah mulai minum Asi/susu, tidak mau minum air putih, dan nafsu makan masih menurun, ibu pasien mengatakan pasien rewel, sulit tidur, ibu pasien mengatakan pasien diberikan oralit sesuai yang telah dianjurkan, ibu pasien mengatakan

pasien telah diberikan minum sedikit tapi sering. Objektif (O): *Balance* cairan =526 ml, pasien tampak lemah, pasien tampak lesu, mata pasien terlihat cekung, mukosa tampak kering maka mempertahankan balance cairan dengan memberikan air putih. Assesment (A) :masalah keperawatan kekurangan cairan aktif teratasi sebagian. Planning (P):intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa kedua tanggal 6 juli 2022 masalah gangguan hipertermia b.d dehidrasi adalah data subjektif (S):ibu mengatakan An.X masih demam, ibu mengatakan suhu tubuh pasien masih sama seperti kemarin, ibu mengatakan anaknya sudah di kompres seperti yang dianjurkan tapi suhu tubuh pasien tetap tidak turun, ibu mengatakan pasien rewel, ibu mengatakan pasien kurang minum susu/asi. Objektif (O):pasien tampak gelisah, pasien tampak rewel, suhu tubuh pasien teraba hangat S: 38<sup>0</sup>C, mata pasien tampak berair, mukosa bibir tampak kering. Assesment(A): masalah hipertermia belum teratasi. Planning (P):intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa pertama tanggal 7 juli 2022 masalah Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif adalah data Subjektif (S): ibu pasien mengatakan pasien BAB berkurang dari hari sebelumnya 3x, ibu pasien mengatakan pasien masih muntah-muntah tetapi hanya 2x, ibu pasien mengatakan pasien BAK 6x di hari ini sudah mulai banyak dari yang kemarin, ibu pasien mengatakan pasien sudah mulai minum Asi/susu, mau minum air putih,dan nafsu makan sudah ada, ibu pasien mengatakan pasien masih rewel, ibu mengatakan pasien sudah bisa tidur, ibu pasien mengatakan pasien diberikan oralit sesuai yang telah dianjurkan, ibu pasien mengatakan pasien telah diberikan minum sedikit tapi sering. Objektif (O): *Balance* cairan = 756 ml, pasien masih tampak lemah, pasien masih tampak lesu, mata pasien tidak terlihat cekung lagi, mukosa bibir tampak mulai lembab maka mempertahankan balance cairan dengan memberikan air putih. Assesment (A) :masalah keperawatan kekurangan cairan aktif cukup

membalik. Planning (P): masalah teratasi, pemenuhan cairan aktif pasien dilanjutkan oleh keluarga dan perawat ruangan sampai pasien pulang.

Pada diagnosis kedua tanggal 7 Juli 2022 masalah gangguan hipertermia b.d dehidrasi adalah data subjektif (S): ibu mengatakan demam pada pasien menurun, ibu mengatakan suhu tubuh pasien sudah menurun, ibu mengatakan tangan pasien hangat, ibu mengatakan anaknya sudah di kompres seperti yang dianjurkan, ibu mengatakan pasien masih rewel, ibu mengatakan pasien sudah mau makan bubur dan minum susu/asi. Objektif (O): pasien tidak gelisah, pasien tampak rewel, suhu tubuh pasien teraba hangat S: 38<sup>0</sup>C, mata pasien tampak tidak berair, mukosa bibir tampak lembab. Assesment(A): masalah hipertermia teratasi. Planning (P): intervensi dilanjutkan oleh keluarga dan perawat ruangan sampai pasien pulang.

Masalah keperawatan dapat teratasi. Selama melakukan implementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada An.X yaitu keluarga pasien sangat kooperatif selama tindakan dan melakukan apa yang dianjurkan. Kerjasama terjalin dengan perawat ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan di dapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar. Hambatan dalam penelitian ini adalah pasien rewel.

### **C. Keterbatasan Studi Kasus**

Pada penyelesaian studi kasus ini terdapat beberapa kelemahan yang menjadi keterbatasan peneliti dalam penyelesaian studi kasus ini. Keterbatasan studi kasus ini dapat berasal dari peneliti itu sendiri maupun pasien. Beberapa keterbatasan yang ada pada studi kasus ini yaitu keterbatasan waktu untuk menerapkan intervensi keperawatan dikarenakan pasien tidak kooperatif pasien rewel/ nangis, pasien belum bisa berbicara tentang apa yang dia rasakan saat itu, kesulitan peneliti untuk mendapatkan pasien sehingga peneliti harus menunggu dalam rentang waktu yang cukup lama untuk mendapatkan pasien dengan kasus diare ini.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus manajemen cairan pada pasien Balita dengan masalah diare yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Data Fokus yang didapat dari hasil pemeriksaan pasien adalah keluhan An.X BAB cair sebanyak 6 kali sejak malam tadi, fesesnya cair berwarna kehijauan, tidak terdapat lendir, berbau anyir yang khas, pasien muntah sudah 5 kali, pasien mau minum ASI tapi hanya sedikit, tidak nafsu makan, BAK sudah 9 kali, berat badan pasien 10 kg tidak terjadi penurunan berat badan, demam, badan pasien teraba hangat, S:38 C, N:120 x/m, RR: 24 x/m, pasien tanpak lesu, dan rewel.

#### **2. Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian yang di dapatkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien An.X dengan kasus diare adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan tubuh aktif dan Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi

#### **3. Intervensi Keperawatan**

Rencana keperawatan pasien telah dirancang sesuai dengan rencana diagnosa yang ditetapkan, dengan mengacu pada buku-buku SLKI, SIKI dan beberapa jurnal sebagai *evidence base*. Struktur intervensi ini didasarkan pada fokus penulisa makalah ilmiah yaitu mengenai perencanaan keperawatan pada anak balita dengan diare telah direncanakan secara teoritis disusun berdasarkan fokus penelitian karya tulis ilmiah yaitu mengenai manajemen cairan pada pasien dengan kasus *Diare*.

#### **4. Implementasi Keperawatan`**

Berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat oleh peneliti, semua tindakan implementasi pada pasien telah penulis laksanakan sesuai rencana tindakan dapat tercapai dengan baik. Implementasi keperawatan manajemen cairan dilakukan selama 3 hari.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilaksanakan untuk menilai keberhasilan tindakan melalui indikator yang ditetapkan sebelumnya dan dilakukan segera setelah tindakan maupun setiap akhir shift untuk evaluasi perkembangan. Hasil evaluasi pada hari ketiga semua indikator telah cukup berhasil dicapai sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan melakukan standar intervensi yang telah disusun tersebut, penulis berhasil melaksanakan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien anak dengan *Diare*.

### **B. Saran**

#### **1. Bagi Pasien dan keluarga**

Intervensi yang disusun penulis dalam karya tulis ilmiah ini bisa menjadi panduan keluarga pasien dalam manajemen cairan pada anak balita yang mengalami diare yang mengakibatkan dehidrasi ringan, sedang, maupun berat, dengan cara memberikan oralit, mempertahankan cairan dengan memberikan air putih. Intervensi yang disusun penulis dalam karya tulis ilmiah ini bisa menjadi suatu tindakan non farmakologis yang dapat dimanfaatkan oleh pasien dan keluarga sebagai acuan dalam mengurangi dehidrasi pada pasien.

#### **2. Bagi Perawat**

Karya tulis ilmiah ini sebaiknya dapat digunakan perawat sebagai wawasan tambahan dan acuan intervensi mandiri yang dapat diberikan pada pasien anak diare dengan diagnosa hipovolemia. Perawat hendaknya dapat membuat dan melaksanakan intervensi mandiri pada standar rencana asuhan keperawatan pada pasien diare. Intervensi tambahan tersebut seperti pemberian oralit, dan mempertahankan cairan dengan memberikan

air putih. Perawat juga dapat memberikan inspirasi lebih banyak lagi dalam menyusun asuhan keperawatan khususnya dalam memberikan intervensi pada pasien anak diare dengan Hipovolemia.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

#### a. Dosen

Diharapkan dosen melatih dan mendampingi mahasiswa dalam melaksanakan pengkajian, pengembangan intervensi yang dapat dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien anak yang mengalami diare dan lebih sering membahas kasus-kasus lapangan seperti ini saat pembelajaran teoritis

#### b. Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mempelajari lebih dalam mengenai pengkajian dan memperluas wawasan tentang pengembangan intervensi dalam pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien anak yang mengalami diare.



## Daftar pustaka

- Ardiansyah, M. 2012. *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Jogjakarta: DIVA Pres
- Arikunto. 2014. *Prosedur Penelitian*. Jakarta :Rineka.
- Asuhan Keperawatan Pada" An. M" dengan Diagnosa Medis Suspect Tuberculosis Paru di Ruang Ashoka RSUD BANGIL PASURUAN.*
- Dinkes. 2019. *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu*.
- Febrianti, Y. (2020). Gambaran Status Ekonomi Keluarga terhadap Status Gizi Balita (BB/U) di Kecamatan Rumbai Pesisir Kota Pekanbaru. *Skripsi*, 2(1), 5–7.
- <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/download/83/65%0Ahttp://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L603546864%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1155/2015/420723%0Ahttp://link.springer.com/10.1007/978-3-319-76>
- Kemendes RI. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta:
- Kemendagri Kesehatan RI; 2018.
- Kemendes RI. Hasil Utama rikesdas 2018. Jakarta; Kemendagri Kesehatan RI; 2019
- Kemendes RI, 2018. Pedoman Pembinaan Krida Bina Perilaku Hidup Bersih dan sehat (PHBS). Issue 2017).
- Kesehatan, K., & Indonesia, R. (2015). *Manajemen terpadu balita sakit ( m t b s )*.
- Lestari. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak. Edisi 1*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Mardiana. 2019. *Asuhan Keperawatan Anak*. Jawa Timur.
- Ngastiyah. 2014. *Perawatan anak sakit edisi 2*. Jakarta : EGC.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta : EGC.
- Oktiawati, dkk. (2017). *Teori Dan Konsep Keperawatan Pediatrik*. TIM
- Putri, B. A., Riesmiyatiningdyah, R., Diana, M., & ... (2020). *Karya Tulis Ilmiah*
- Santi Deliani Rahmawati, H. S. (2020). *No* (Vol. 3, Issue 2017).
- syarifuddin. 2016. Anatomi fisiologi (Monica Ester, Ed). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2017. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tarwoto & Wartonah (2006). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi 3. Salemba medika : Jakarta.

Vivian. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta: SalembaMedika.

Widoyono. 2017. *Penyakit tropis Epidemiologi, penularan, pencegahan, & pembrantasannya* Edisi 2. Jakarta: Erlangga .

**L  
A  
M  
P  
I  
R  
A  
N**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU**

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225  
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343  
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



20 Juni 2022

Nomor : : DM. 01.04/...1198.../2/2022  
Lampiran : -  
Hal : : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,  
**Direktur Rumah Sakit Harapan Doa**  
di  
**Tempat**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Pra Penelitian dimaksud.

Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Aisyah Rahmadani  
NIM : P05120219048  
No Handphone : 085609022577  
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Anak Usia Balita( Anak Dibawah Lima Tahun) Yang Mengalami Diare Di Rumah Sakit Harapan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022

Lokasi : Rumah Sakit Harapan Doa

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Wakil Direktur Bidang Akademik



**ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes**







PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
**RUMAHSAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA**

Jl. Letjend. BasukiRahmat No.01 Kota Bengkulu Telp. (0736) 345 100 Kode Pos 38223



**SURAT IZIN PRA PENELITIAN**

Nomor : 893.5 /1058 / RSUD.HD

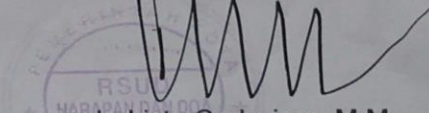
Menindaklanjuti surat dari Program Studi DIII Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu Nomor DM.01.04/1198/2/2021 Perihal Izin Pra Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : **Aisyah Rahmadani**  
NIM : P05120219048  
Prodi : DIII Keperawatan

Untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Anak Usia Balita (Anak dibawah Lima Tahun) yang Mengalami Diare di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022”** pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan pra penelitian terhitung mulai tanggal 04 Juli 2022 s/d 11 Juli 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 01 Juli 2022  
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA  
KOTA BENGKULU

  
dr. Lista Cerlyviera, M.M

PembinaTk.1

NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Pra Penelitian Instalasi Rawat Jalan (IRJA) & Instalasi Rawat Inap (IRNA)
2. Tidak di perkenankan meneliti melampaui batas yang tertera
3. Tidak di perkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU**

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225  
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343  
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



27 Juni 2022

Nomor : : DM. 01.04/.../2022  
Lampiran : -  
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,  
**Kepala Kesatuan bangsa dan politik provinsi Bengkulu**  
di \_\_\_\_\_  
**Tempat**

Schubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Aisyah Rahmadani  
NIM : P05120219048  
Jurusan : Keperawatan  
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga  
No Handphone : 085609022577  
Tempat Penelitian : RSIID  
Waktu Penelitian : 1 bulan  
Judul : Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia Balita( anak dibawah lima tahun) yang mengalami diare di Rumah Sakit Harapan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Wakil Direktur Bidang Akademik



**Agung Badi, S.Kep, M.Kes**  
NIP.196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:







PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Melur No. 01 Nusa Indah Telp. (0736) 21801  
BENGKULU

**REKOMENDASI PENELITIAN**

Nomor : 070/0045/B.Kesbangpol/2022

Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian

Memperhatikan : Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/1199/2022 tanggal 27 Juni 2022 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama : AISYAH RAHMADANI  
NIM : P05120219048  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Prodi/ Fakultas : D3 Keperawatan  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Anak Balita (Anak di Bawah Lima Tahun ) Yang Mengalami Diare di RS Harapan Dan Doa Kota Bengkulu  
Tempat Penelitian : RS Harapan Dan Doa Kota Bengkulu  
Waktu Penelitian : 04 Juli 2022 s/d 4 September 2022  
Penanggung Jawab : Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu

- Dengan Ketentuan :
1. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
  2. Melakukan Kegiatan Penelitian dengan Mengindahkan Protokol Kesehatan Penanganan Covid-19.
  3. Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
  4. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
  5. Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu  
Pada tanggal : 4 Juli 2022

a.n. WALIKOTA BENGKULU  
Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik  
Kota Bengkulu



*Dokumen ini telah diregistrasi, dicap dan ditanda tangani oleh Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu dan didistribusikan melalui Email kepada Pemohon untuk dicetak secara mandiri, serta dapat digunakan sebagaimana mestinya.*





PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA**

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223  
(0736) 34 5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulursud@gmail.com



**SURAT IZIN PENELITIAN**

Nomor : 893.5 /12045 /RSUD.HD

Menindaklanjuti surat rekomendasi penelitian dari Kesbangpol dengan Nomor: 070/1045/B.Kesbangpol/2022 tanggal 04 Juli 2022 Perihal Izin Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Aisyah Rahmadani  
NIM : P05120219048  
Prodi : D III Keperawatan

Untuk melakukan penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Anak Balita (Anak di bawah Lima Tahun) di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu”** pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan penelitian terhitung mulai tanggal 07 Juli 2022 s/d 07 Agustus 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 07 Juli 2022  
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA  
KOTA BENGKULU

dr. Lista Cerlyviera, M.M  
PembinaTk.I  
NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Penelitian di Safa, Marwah, dan Mina
2. Tidak di perkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut
3. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera





PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA**

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223  
5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulursud@gmail.com



**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN**

Nomor : 893.5/33.44 /RSUD.HD

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, M.M  
NIP : 19690704 199903 2 003  
Pangkat/ Gol : Pembina Tk I - IV/b  
Jabatan : Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Aisyah Rahmadani**  
NIM : P05120219048  
Prodi : DIII Keperawatan

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Anak Balita (Anak di bawa Lima Tahun ) di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu**".

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 28 Juli 2022  
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA  
KOTA BENGKULU



dr. Lista Cerlyviera, M.M

PembinaTk.1  
NIP. 19690704 199903 2 003

### LEMBAR KONSUL PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Aisyah rahmadani  
Nim&Prodi : P05120219048 & DIII Keperawatan  
Pembimbing : Pauzan Efendi ,SST.,M.Kes  
Judul : Asuhan Keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada anak usia  
Balita ( anak dibawah lima tahun) di RS. XXX Kota Bengkulu Tahun  
2022

N O	HARI/ TANGGA L	POKOK BAHASAN	SARAN	PARAF
1.	06 januari 2022	Pengajuan judul karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan anak dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman (nyeri) pada pasien diare di RSHD kota bengkulu tahun 2022	Pastikan data dirumah sakit sesuai dan pasien yang akan diambil ada pada saat penelitian	
2.	Rabu,09 febuari 2022	Konsultasi BAB I	Perbaiki data latar belakang tentang diare anak yang ada di rumah sakit tujuan	
3.	Jum'at, 20 mei 2022	Konsultasi perbaikan BAB I	Data yang di ambil dari jurnal,tidak boleh lebih dari waktu 5 tahun kebawah kira-kira dari tahun 2017 sampai tahun ini	
4.	Jum'at, 27 mei 2022	Konsultasi BAB I,II,dan III	Tambah data dari manajmen teradu balita sehat (MTBS) dan perbaiki cover	



5.	Senin,30 mei 2022	Konsultasi perbaikan BAB I,II,dan III	Perbaiki diagnosa nyeri akut dan rasa nyaman	
6.	Rabu,08 juni 2022	Konsultasi perbaikan diagnosa	Ganti pemenuhan rasa nyaman ke pemenuhan yang lebih cocok untuk kasus diare	
7.	Senin,13 juni 2022	Konsultasi perbaikan pemenuhan cairan pada anak balita yang mengalami diare di RSHD kota bengkulu	Pahami kasus yang telah diambil	
8.	Senin,20 juni 2022	Konsultasi BAB,I,II,III tentang pemenuhan kebutuhan cairan pada anak yang mengalami diare	Tambah teori dari MTBS ,perbaiki bagian askep,perbaiki diagnosa dan pahami kasunya	
9.	Rabu,22 juni 2022	Konsultasi perbaikan tentang teori MTBS,askep dan diagnosa	ACC proosal	
10.	Jumat, 8 juli 2022	Konsultasi BAB,I,II,III,IV,V	Perbaiki bagian pemfis dan tambahkan perhitungan cairan	
11.	Senin,11 Juli 2022	Konsultasi perbaikan	Samakan pemfis di kasus dengan pemfis yang di teori dan tambahkan ttv normal pada anak	
12.	Selasa, 12 Juli 2022	Konsultasi perbaikan	ACC KTI	

# DOKUMENTASI

## 1. Pemantauan cairan



## 2. Pemberian oralit



## 3. Penkes tentang diare ke ibu pasien



# PENYULUHAN KESEHATAN

## DIARE



Disampaikan Oleh:

AISYAH RAHMADANI  
P05120219048

PROGRAM STUDI DII KEPERAWATAN

POLTEKKES KEMENKES

BENGKULU

### Apa Itu Diare?

Diare adalah BAB cair lebih dari 3x dalam waktu 24 jam

### Apakah diare berbahaya?

DIARE → KEKURANGAN CAIRAN  
DAN LEMAS → KEHABISAN CAIRAN

↓  
MENGAKIBATKAN  
MENINGGAL

### Cara Mengatasi Diare Di Rumah



#### 1. Segera Beri Banyak minum

DENGAN:

- Cairan yang tersedia di rumah tangga seperti:
  - Kuah sayur
  - Kuah sop
  - Air tajin

- Sari buah
- Air teh
- Air matang
- Bila ada beri oralit setiap kali BAB
- Cara menyiapkan oralit



#### 2. Teruskan Pemberian Makan

Selama diare:

- a. Teruskan dan tingkatkan pemberian air susu ibu (ASI) pada bayi yang masih menyusu
- b. Anak usia diatas 6 bulan, berikan makanan tambahan seperti:
  - Bubur dan sayuran
  - Sari buah segar
  - Beri makan lebih dari 6x/hari

Setelah diare :

Berikan makanan lebih sering dari biasanya

Jangan berikan makanan yang merangsang, seperti: asin



### 3. Mencari Pengobatan Lanjutan



- ✓ Pemberian makan pendamping ASI
- ✓ Imunisasi campak

➔ Segera ke puskesmas/rumah sakit, bila tidak membaik dalam 3 hari atau ada tanda seperti berikut:

- Diare terus menerus
- Muntah berulang-ulang
- Rasa haus yang nyata
- Makan minum sedikit
- Demam
- Ada darah dalam tinja

#### Cegahlah diare dengan

Peningkatan kesehatan perorang dan lingkungan:

- ✓ Gunakan air bersih yang cukup
- ✓ Cuci tangan dengan sabun dan air bersih
- ✓ Buang tinja bayi di jamban
- ✓ Bab di jamban

Peningkatan daya tahan tubuh, melalui:

- ✓ Pemberian ASI

**BALITA SEHAT**



**BEBAS DIARE**