

**UPAYA PENANGANAN DEHIDRASI PADA PASIEN DIARE
ANAK DI RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI**



PUBLIKASI ILMIAH

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III pada
Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Oleh:

KURNIAWATI
J 200 130 033

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENANGANAN DEHIDRASI PADA PASIEN DIARE ANAK
DI RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

KURNIAWATI
J200130033

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen pembimbing:





Endang Zulaicha Susilaningsih, S.Kp., M.Kep.
NIK. 110. 1637

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENANGANAN DEHIDRASI PADA PASIEN DIARE ANAK
DI RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI



1. Endang Zulaicha Susilaningih, S.Kp., M.Kep. (Ketua Dewan Penguji) 
2. Irdawati, S. Kep., Ns., Msi., Med. (Anggota Dewan Penguji) 

Dekan,

Dr. SUWAJI, M. Kes.
Nip. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah dianjurkan untuk memperoleh gelar diploma disuatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggung jawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 11 Juni 2016

Penulis



KURNIAWATI

J 200 130 033

UPAYA PENANGANAN DEHIDRASI PADA PASIEN DIARE ANAK DI RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI

Kurniawati, Endang Zulaicha Susilaningsih
Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan Kartasura
Email: kurniawati0033@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia terutama pada anak-anak. Kurang lebih 80% kematian yang berhubungan dengan diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan. Penyebab utama kematian pada diare adalah karena dehidrasi sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit. Insiden diare balita di Boyolali berdasarkan diagnosis atau gejala sebesar 6,5 % (kisaran Provinsi 3,2 % - 13 %), yang dimana angka tersebut tinggi dibandingkan dengan Provinsi Jawa Tengah 5 %. **Tujuan umum:** untuk mengetahui adanya penanganan dehidrasi pada anak dengan diare sesuai dengan prosedur perawatan. **Tujuan khusus:** untuk melakukan pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, implementasi dan mengevaluasi dehidrasi pada anak diare. **Metode:** karya tulis ilmiah di susun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dengan cara mengumpulkan data, menganalisis dan menarik kesimpulan data. **Hasil:** dari implementasi yang dilakukan salah satunya adalah pemberian oralit dan zink diperoleh hasil BAB dari 10x dalam sehari menjadi 2x dalam sehari dan BAB yang cair dan berlendir menjadi berampas. **Kesimpulan:** Pemberian zink dan oralit dapat mengurangi frekuensi BAB. Zink berfungsi mempersingkat lamanya diare. Pemberian oralit dapat digunakan untuk meningkatkan keseimbangan elektrolit dan pencegahan komplikasi akibat kadar cairan yang tidak normal. Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang hilang karena diare.

Kata Kunci: Diare, Dehidrasi, Oralit, Zink

DEHYDRATION TREATMENT EFFORT TOWARD CHILDREN PATIENT WITH DIARRHEA AT PANDAN ARANG REGIONAL HOSPITAL BOYOLALI

*Kurniawati, Endang Zulaicha Susilaningstih
Study program DIII of Nursing Faculty of Health Sciences
Muhammadiyah University of Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan Kartasura
Email: kurniawati0033@gmail.com*

Abstract

Background: Diarrhea disease still become health problem in Indonesia, especially on children. Approximately 80% of deaths related to diarrhea occurred in the first 2 years of life. The main causes of death in diarrhea is dehydration due to loss of fluid and electrolytes. The incidence of diarrhea toddler in Boyolali based on diagnosis or symptoms of 6.5% (range 3.2% province - 13%), which is where the figure is high compared with 5% in Central Java Province. **The General Objectives:** To investigate the handling of dehydration in children with diarrhea in accordance with maintenance procedures. **The specific objectives:** To do the assessment, data analysis, nursing planning, implementation and evaluation of dehydration in children with diarrhea. **Methods:** Scientific papers prepared using the descriptive method with case study approach by collecting data, analyzing the data and draw a conclusion. **Results :** From the implementation done one of them is the provision of oral rehydration salts (oralit) and zinc obtained the result defecate in a day from the 10x to 2x a day and defecation are liquid and mucus become pulpy. **Conclusion:** Giving zinc and oral rehydration salts (oralit) can reduce the frequency of defecation. zinc serves to shorten the duration of diarrhea. oral rehydration salts (oralit) can be used to improve electrolyte balance and prevention of complications due to abnormal fluid levels.

keywords: diarrhea, dehydration, oral rehydration salts (oralit) , zinc

1. PENDAHULUAN

Penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia terutama pada anak-anak. Kurang lebih 80% kematian yang berhubungan dengan diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan. Penyebab utama kematian pada diare adalah karena dehidrasi sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit (Sodikin, 2011). Karakteristik diare balita tertinggi terjadi pada kelompok umur 12-23 bulan (10,4%), laki-laki (7,0%), tinggal di daerah perkotaan (6,7%), dan kelompok kuintil indeks kepemilikan terbawah (7,8%) (Santoso dkk, 2013).

Insiden diare di Indonesia adalah 7,0 % (kisaran Provinsi 3,4%-14,7%). Secara nasional angka kematian pada KLB diare pada tahun 2014 sebesar 1,14%. Target yang diharapkan <1%, dengan demikian CFR KLB diare di Indonesia tidak mencapai program (KemenKesRI, 2015).

Insiden diare balita di Provinsi Jawa Tengah adalah 5,0 persen (Santoso, 2013). Penyakit diare masih merupakan permasalahan serius di Provinsi Jawa Tengah, terbukti 35 kabupaten/kota sudah pernah terjangkit penyakit diare. Pada tahun 2011, jumlah kasus diare di 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah sebanyak 839.555 penderita. Dengan cakupan penemuan penyakit diare sebesar 48,5%, Data selama lima tahun terakhir menunjukkan bahwa cakupan penemuan diare masih di bawah target yang diharapkan yaitu sebesar 80%, *Incidence Rate* (IR) sebesar 1,95% dengan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 0.021%. Pada tahun 2012 cakupan penemuan dan penanganan diare sebesar 42,66% lebih rendah dibanding tahun 2011 yaitu sebesar 57,9% (Mafazah, 2013).

Menurut Riskesdas Provinsi Jawa Tengah, insiden diare balita di Boyolali berdasarkan diagnosis atau gejala sebesar 6,5 % (kisaran Provinsi 3,2 % - 13 %), yang dimana angka tersebut pada tinggi dibandingkan dengan Provinsi Jawa Tengah 5 % (Santoso dkk, 2013).

Diare adalah buang air besar yang terjadi pada bayi dan anak yang sebelumnya terlihat sehat (Yusuf, 2011), dengan pengeluaran feses yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3x buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4x buang air besar (Dewi, 2010).

Komplikasi yang dapat terjadi jika pasien dehidrasi karena diare adalah renjatan hipovolemik, hipokalemia, hipotoni otot, kelemahan, bradikardia, dan perubahan pada pemeriksaan EKG, hipoglikemia, kejang, malnutrisi energi protein (Dewi, 2010). Penyakit diare dapat menyebabkan kematian jika dehidrasi tidak diatasi dengan tepat. Dehidrasi dapat terjadi pada pasien diare karena usus bekerja tidak optimal sehingga sebagian besar air dan zat-zat yang terlarut didalamnya keluar bersama feses sampai akhirnya tubuh kekurangan cairan atau dehidrasi (Mardayani, 2014).

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui adanya penanganan dehidrasi pada anak dengan diare sesuai dengan prosedur perawatan.

Tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk melakukan pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, implementasi dan mengevaluasi dehidrasi pada anak diare.

Berdasarkan fakta yang ada di lapangan tentang dehidrasi pada diare, maka penulis sangat tertarik dengan mengangkat judul Karya Tulis ilmiah "Upaya Penanganan Dehidrasi Pada Pasien Diare Anak di RSUD Pandan Arang Boyolali"

2. METODE

Karya tulis ilmiah penulis di susun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu dengan metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data. Pengambilan kasus dilakukan di RSUD Pandan Arang Boyolali di bangsal Edelwise dimulai pada tanggal 29 Maret sampai 1 April 2016. Dengan pasien berumur 6 bulan 11 hari (dihitung saat pengkajian). Sumber data didapatkan dari ibu pasien, catatan keperawatan dan tim kesehatan lain. Alat yang digunakan timbangan, termometer, alat untuk

mengukur balance cairan, lembar penyuluhan tentang nutrisi dan cairan pada anak, menjadi alat yang digunakan dalam pengembangan data.

3. HASIL

Studi kasus didapatkan hasil pasien An. S berumur 6 bulan 11 hari (18 september 2015), laki-laki, alamat Tulung, Klaten, tanggal masuk 28 Maret 2016, dibangsal Edelwis.

Keluhan utama ibu pasien mengatakan BAB pasien 10x dalam sehari. Riwayat kesehatan sekarang, ibu pasien mengatakan pasien dibawa ke RSPA pada tanggal 28 Maret 2016, karena diare konsistensi BAB encer, kadang dengan lendir, kadang berwarna hijau, muntah saat di Rumah Sakit 3x kira-kira 20 cc dan susah netek. Riwayat penyakit terdahulu, ibu pasien mengatakan sebulan yang lalu pasien dirawat di RS Moewardi selama 7 hari dengan diare. Riwayat kesehatan keluarga, ibu pasien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit pernafasan.

Riwayat prenatal, saat mengandung ibu mengkonsumsi vitamin dari bidan desa, kelahiran spontan, langsung menangis, tidak ada kecacatan, umur kehamilan 42 minggu. Pasien tidak memiliki alergi, imunisasi yang sudah diberikan Hepatitis B, BCG, DPT, BB saat ini 5,5 Kg, Saat ini pasien dapat miring kanan dan kiri.

Pola nutrisi dan cairan, sebelum sakit, 2x sehari diberi sun 2-5 sendok teh, sering minum ASI setiap 2 jam sekali selama 25-30 menit kecuali saat tidur. Saat sakit, nutrisi yang masuk ASI selama 2-3 menit dan cairan infus D ¼ NS 16 tpm makrodrip lancar. BB 5.5 kg.

Tanda-tanda vital RR 50x/menit, suhu 36,6C nadi 120x/menit. Pemeriksaan fisik didapatkan, kulit kepala tidak ada lesi, ubun-ubun cekung. Mata, simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, cekung. Telinga, simetris kanan dan kiri tidak ada gangguan pendengaran. Hidung, terdapat sekret. Mulut membran mukosa kering. Abdomen, adanya kulit kering, bintik-bintik kemerahan disekitar perut, bunyi bising usus 25 x permenit, suara abdomen hypertimpani, turgor kulit kembali lambat. Anus, tidak terdapat kemerahan, lembab.

Data penunjang pada tanggal 28 Maret adalah Hemoglobin 8.3 g/dl rendah (11.5-15.5), leukosit 18.300 /ul tinggi (6000-17500), Neutrofil Segmen 67,5 % (30-70), Limfosit 31,5 % (20-40), monosit 1,0 % rendah (2-8), Hematokrit 27, 12% rendah (31-41), Trombosit 465 10³/uL tinggi (150-450), Eritrosit 4,37 10⁶/uL (3,9-5,5), MCV 62 fL rendah (80-100), MCH 19 pg rendah (27-32), MCHC 31 g/dL rendah (32-36), Natrium 131 mmol/L rendah (135-148), Kalium 3,2 mmol/L rendah (3,5-5,3), Chloride 97 mmol/L rendah (98-107).

Terapi medis: Ambroxol 3 x 1 cth, Oralite 50 cc jika pasien diare, Zinc 5ml/12 jam, Paracetamol jika panas, L-Bio 2 x sehari, centrimoksaxol 2 x 1cth. Injeksi : Cefotaxime 50 mg/ 8 jam, Ondancentron 0,5 mg / 8 jam, Furosemid 2,5 mg/12jam, Infus : RL 16 tpm/ D ¼ NS 16 tpm, KCl, D40.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebihan (diare), didukung oleh data ibu pasien mengatakan anak diare dalam sehari 10x, feses berwarna hijau, berlendir, disertai muntah, minum ASI sangat sulit lama menetek 2-3 menit. Data objektive: keadaan umum apatis, tanda-tanda vital suhu: 36,6 C, nadi: 120 x/menit, RR: 50x/menit, BB: 5.5 Kg, konjungtiva anemis, mata cekung, kulit terlihat kering, mukosa kering, ubun-ubun cekung, turgor kulit kembali lambat, Natrium 131 mmol/L rendah (135-148), Kalium 3,2 mmol/L rendah (3,5-5,3). Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam kebutuhan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil: ubun-ubun tidak cekung, mukosa lembab, cairan terpenuhi, tidak terjadi dehidrasi. Rencana keperawatan dari diagnosa diatas adalah beri larutan rehidrasi oral, untuk rehidrasi dan penggantian kehilangan cairan melalui feses (Sodikin, 2011), kaji tanda-tanda vital, untuk mengetahui adanya perubahan tanda vital data terjadi dengan cepat pada kekurangan cairan seperti peningkatan nadi, pernafasan, maupun suhu tubuh, lakukan pemeriksaan fisik: turgor

kulit, membran mukosa, untuk menentukan status cairan atau derajat dehidrasi, laksanakan program pemberian obat, untuk mengatasi penyebab masalah kekurangan cairan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan intravena, untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit tubuh (Tarwoto, 2015).

Tabel 1.1 implementasi (Selasa, 29 Maret 2016)

Jam	Implementasi	Respon
17.00	Memonitor tanda-tanda vital	DS: - DO: Nadi 120x/menit, Berat badan 5,5 kg, suhu 36,6 C, RR 50x/menit
17.30	Memonitor tanda-tanda dehidrasi	DS: Ibu pasien mengatakan BAB 10x DO: Ubun-ubun cekung, mata cekung, mukosa bibir kering, turgor kulit kembali lambat
18.00	Menganjurkan ibu untuk selalu memberikan ASI	DS: Ibu pasien mengatakan anak tidak mau minum DO: Lama menetek 2-3 menit
19.00	Menganti infus D ¼ NS 16 tpm makro drip	DS: - DO: Tetesan lancar
19.30	Memberikan oralit 25 ml, dan zinc 5 ml	DS: Ibu pasien mengatakan setelah pemberian oralit dan zinc tidak muntah, sedikit-sedikit DO: Oralit dan zinc yang diberikan habis

Tabel 1.2 implementasi (Rabu, 30 Maret 2016)

Jam	Implementasi	Respon
11.30	Memonitor tanda-tanda vital	DS: - DO: RR: 44x/menit, Suhu 37 C, nadi 132x/menit, BB: 5,5 kg
13.30	Mencatat input output	DS: Ibu pasien mengatakan dari Selasa jam 15.00 BAB masih 10x BAK 12x, muntah sekali ± 50 cc, oralit diminumkan 3x dari kemarin sebanyak 25 ml, ASI kira-kira ½ gelas, air putih ½ gelas DO: Input: Air metabolisme: 5 cc x 5,5 = 27,5 cc Infus: D ¼ NS 16 tpm makro drip = 1152/24 jam Inj.: cefotaxime 50mg/ 8jam (2,5ml) = 7,5 ml, ondancentron 0,5mg/8j (0,25ml) = 0.75 ml obat oral: oralite: 25 ml x 3 = 75 ml/24 jam Zinc: 5 ml x 2 = 10 ml/24 jam L-Bio: 2x1 cth = 4 ml Ambroxol: 2 ml x 8 jam = 6 ml ASI ±100 ml, Air putih ±100 cc Output: IWL: 30-0,5 x 5 kg = 162,25cc Urine: 12 x 80 cc = 960cc BAB: 50 x 10 = 500 cc muntah 50 cc
23.30	Memberikan injeksi Ondancentron 0,5 mg cefotaxime 50 mg	DS: - DO: Saat dimasukkan injeksi lancar, tidak ada kemerahan di sekeliling infus.

Tabel 1.3 Implementasi (Kamis, 31 Maret 2016)

Jam	Implementasi	Respon
13.45	Memonitor tanda-tanda vital	DS: - DO: RR 45x/ menit, nadi 100x/ menit, suhu 38,1 C. ubun-ubun cekung, mukosa bibir kering, mata cekung, turgor kulit kembali lambat
14.45	Menghitung input output cairan	DS: ibu pasien mengatakan BAB 4x dari jam 15.00 rabu, BAK 12 x, tidak muntah, ASI yang masuk DO: Input: Air Metabolisme: $5 \text{ cc} \times \text{BB} (5,3 \text{ kg}) = 26,5$ Infus: $D\frac{1}{4} \text{ NS } 16 \text{ tpm} : 1152 \text{ cc}$ injeksi: cefotaxime $50 \text{ mg} / 8 \text{ jam} (2,5 \text{ ml} / 8 \text{ jam} = 7,5 \text{ ml})$ ondacentron $0,5 \text{ mg} / 8 \text{ jam} (0,25 \text{ ml} / 8 \text{ jam} = 0.75 \text{ ml})$ Obat Oral: Oralite: $25 \text{ ml} \times 3 = 75 \text{ ml} / 24 \text{ jam}$, Zinc: $5 \text{ ml} \times 2 = 10 \text{ ml} / 24 \text{ jam}$ L-Bio: $2 \times 1 \text{ cth} = 4 \text{ ml}$ Ambroxol: $2 \text{ ml} \times 8 \text{ jam} = 6 \text{ ml}$ ASI $\pm 50 \text{ ml}$ air putih $\pm 100 \text{ cc}$ Output: IWL: $30 - \text{umur} \times \text{BB} = 30 - 0,5 \times 5,3 = 156,35$ Urine: $12 \times 80 = 960 \text{ cc}$ BAB: $4 \times 50 = 200$
16.00	Mengukur suhu badan pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anak nya masih panas DO: 37,4 C
16.30	Memberikan injeksi Injeksi cefotaxime 50 mg, Ondacentron 0,5 mg	DS:- DO : Tidak ada kemerahan setelah disuntikkan, saat di masukkan lancar

Tabel 1.4 Implementasi (Jumat, April 2016)

Jam	Implementasi	Respon
08.00	Memonitor tanda-tanda vital	<p>DS: -</p> <p>DO: Suhu 37,2 C, nadi 100x/menit, RR 40x/menit</p> <p>Terpasang kateter, terpasang NGT, turgor kulit langsung kembali, mukosa bibir masih lembab, ubun-ubun cekung</p>
14.30	Menghitung input output cairan	<p>DS: Ibu pasien mengatakan urin tadi sudah dibuang di garis 900, BAB 2x dari kemaren, obat yang diminumkan hanya kemaren dari jam 3 sore baru satu kali.</p> <p>DO: Input:</p> <p>Air metabolisme: $5 \text{ cc} \times \text{BB} (5,3 \text{ kg}) = 26,5$</p> <p>Infus: D $\frac{1}{4}$ 16 tpm+ D 40 20 ml (dimasukkan di dalam infus)+ KCL 25 ml (dimasukkan di dalam infus)</p> <p>Injeksi</p> <p>Ondancentron 0,5mg/8jam (0,2 ml/8jam=0.75 ml)</p> <p>Cefotaxime 50 mg/ 8jam (2,5 ml/8 jam= 7,5 ml)</p> <p>Furosemid 2,5 mg/12 jam (0.25 ml/ 12 jam= 0,5 ml)</p> <p>Obat oral: Pamol 2ml x 1 = 2ml</p> <p>Oralite 25 ml x 1= 25 ml</p> <p>L-Bio 2ml x 1= 2 ml</p> <p>Zinc 5 ml x 1= 5 ml</p> <p>Ambroxol 2 ml x 1= 2 ml</p> <p>Cenfrioksaxol 2 ml x 1 = 2 ml</p> <p>Air putih 50 cc</p> <p>Output:</p> <p>IWL: $30\text{-umur} \times \text{BB} = 30 - 0,5 \times 5,3 = 156,35$</p> <p>BAK (kateter) 900 cc</p> <p>NGT 100 cc</p> <p>BAB=50 x 2 = 100 cc</p>

Tabel 2.1 Evaluasi

Tgl, jam	Evaluasi
30 Maret 2016 15.00	<p>S: Ibu pasien mengatakan anak diare 10x, feses masih hijau, cair, berlendir, anaknya sulit menetek lama 2-3 menit, BAK 12x</p> <p>O: Tanda-tanda vital: RR: 44x/ menit, S: 37 C, BB: 5,5 kg, N: 132x/menit mata cekung, mukosa bibir kering, ubun-ubun cekung, turgor kulit kembali lambat Balance cairan: Input: Air metabolisme: 5cc x BB (5,5 kg)=27,5 Output: IWL: 30- umur x BB= 30-0,5x5,5kg= 162,25 Input-output= 1482,75-1672,25= -189,5</p> <p>A: Tanda-tanda dehidrasi nampak</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Monitor Tanda-tanda vital, Mencatat output input cairan, anjurkan ibu untuk memberikan ASI, Kolaborasi dengan dokter</p>
31 Maret 2016 15.00	<p>S: Ibu pasien mengatakan anak diare 4x, feses sudah berampas walau masih berlendir dan cair, BAK 12 x, minum ASI ±50cc, air putih yang diminum kurang lebih ½ gelas</p> <p>O: Tanda-tanda vital: RR: 45x/menit, Nadi: 100x/menit, Suhu: 38,1 C Mata cekung, mukosa bibir kering, turgor kulit kembali lambat, BB: 5,3 Kg Balance cairan : Input – output= 1431,75 – 1316,35 = +115,4 cc</p> <p>A: Tanda-tanda dehidrasi masih nampak</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Pertahankan input cairan, monitor tanda-tanda vital, lakukan pengkajian, kolaborasi dengan dokter</p>
01 April 2016 15.00	<p>S: Ibu pasien mengatakan anak BAB 2x, feses sudah ada ampas, warna hijau kekuningan, BAK memakai selang, belum diberikan ASI, hanya diberikan obat</p> <p>O: Tanda-tanda vital: nadi 100x/menit, suhu 37,0 C, RR 40x/ menit, turgor kulit langsung kembali, mata cekung, ubun-ubun cekung, mukosa bibir lembab, berat badan 5,3 kg. Urine +200 kateter Natrium 135 mmol/L, Kalium 2,14 mmol/L Balance cairan: input- output= 1365,25-1456,35= -91,1</p> <p>A: Tanda-tanda dehidrasi berkurang, BAB 2x sehari</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Berikan larutan parenteral, monitor tanda-tanda vital, lakukan pengkajian, kolaborasi dengan dokter</p>

4. PEMBAHASAN

Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dan cair, dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila BAB sudah lebih dari 3 kali sedangkan neonatus 4 kali buang air besar (Dewi, 2010). Pengeluaran feses dinilai berlebih bila sudah mencapai lebih dari 200 ml/m² luas permukaan badan (Suratmaja, 2007).

Diare terjadi saat isi saluran cerna didorong melalui usus dengan cepat, dengan sedikit waktu untuk absorpsi makanan yang dicerna, air dan elektrolit. Feses yang dihasilkan menjadi encer biasanya hijau, dan berisi lemak yang tidak dicerna, karbohidrat yang tidak dicerna, dan sejumlah protein yang tidak dicerna kehilangan air dapat terjadi hingga sepuluh kali dari kecepatan normal kehilangan air, ketidakseimbangan elektrolit dapat terjadi bersama kehilangan natrium, klorida, bikarbonat dan kalium. Diare yang menyebabkan dehidrasi dapat menyebabkan syok hipovolemik dan dapat mengancam jiwa pada bayi dan anak yang masih kecil (Axton, 2013).

Dehidrasi adalah kondisi ketidakseimbangan yang ditandai dengan defisiensi cairan dan elektrolit. Dehidrasi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, misalnya kekurangan cairan dan kelebihan asupan zat terlarut (misalnya protein dan klorida atau natrium). Kelebihan asupan zat terlarut dapat menyebabkan ekskresi atau pengeluaran urine secara berlebih serta pengeluaran keringat yang banyak dan dalam waktu yang lama (Saputra, 2013).

Menurut pedoman MTBS (2008) *cit* Rekawati (2013) gejala yang sering muncul pada anak dehidrasi ialah mata cekung, malas minum, cubit kulit perut kembali lambat. Menurut Sodikin (2011) gejala ubun-ubun cekung, tonus otot dan turgor kulit berkurang, mukosa bibir kering. Konsistensi feses cair, berlendir, warna feses berubah menjadi kehijau-hijauan bercampur empedu. Pada studi kasus pasien mengalami masalah muntah pada saat diare yang dimana ada pada teori Sodikin (2011). Muntah dianggap sebagai suatu cara perlindungan alamiah dari tubuh terhadap zat-zat yang merangsang (Lolopayung, 2014). Menurut Wong (2009), berat badan yang turun dan kulit yang pucat merupakan gejala yang muncul saat anak diare disertai dehidrasi.

Menurut Axton (2014) kekurangan volume cairan dan elektrolit adalah penurunan jumlah volume cairan yang bersirkulasi. Diagnosa ini menunjukkan adanya dehidrasi yang merupakan kehilangan cairan saja tanpa perubahan natrium dan elektrolit (Wilkinson, 2011). Pasien mengalami dehidrasi terlihat dari tanda-tanda dan catatan input dan outputnya. Pasien mengalami dehidrasi dikarenakan usus bekerja tidak sempurna sehingga sebagian besar air dan zat-zat yang terlarut di dalamnya dibuang bersama tinja sampai akhirnya tubuh kekurangan cairan (Mardayani, 2014). Cairan dan elektrolit merupakan komponen tubuh yang berperan dalam memelihara fungsi tubuh dan homeostatis (Tarwoto, 2015). Elektrolit ada di seluruh cairan tubuh (Saputra, 2013), elektrolit merupakan komponen yang berada baik dalam cairan intrasel maupun ekstrasel. Ketidakseimbangan satu atau lebih komponen elektrolit akan terjadi mekanisme pertahanan homeostatis (Tarwoto, 2015).

Derajat keparahannya dehidrasi dibagi menjadi tiga, yaitu: dehidrasi ringan tubuh kehilangan cairan sebesar 5% dari berat badan, dehidrasi sedang tubuh kehilangan cairan sebesar 5-10% dari berat badan. Serum natrium dalam tubuh mencapai 152-158 mEq/L. Dehidrasi berat tubuh kehilangan cairan sebesar lebih dari 10 % dari berat badan (Saputra, 2013). Pada pasien ini terjadi dehidrasi dengan kategori ringan karena penurunan berat badan awal 5,5 kg menjadi 5,3 kg (3,64% penurunan berat badan).

Pengeluaran urine jika pasien mengalami dehidrasi ringan urine keluar normal, dehidrasi sedang pasien mengalami oliguria, dan dehidrasi berat pasien mengalami anuri (Sodikin, 2011).

Natrium digunakan untuk keseimbangan air, hantaran impuls saraf, dan kontraksi otot. Gangguan elektrolit natrium jika <135 mmol/L dinamakan Hiponatremia. Kalium berfungsi untuk kontraksi otot. Gangguan elektrolit kalium jika <3,5 mmol/L dinamakan Hipokalemia.

Dua gangguan elektrolit tersebut disebabkan karena diare (Tarwoto, 2015). Pada pasien ini yang terjadi adalah Natrium 131 mmol/L rendah (135-148), Kalium 3,2 mmol/L rendah (3,5-5,3).

Pemberian infus D ¼ NS 16 tpm (Per 5 mL mengandung : Natrium 38.5 meg/Liter, Klorida 38.5 meg/Liter, Dextrose 50 gram/Liter (NaCl 2.25 gram, water for injeksion 1.000 mL).Osmolaritis : 355 mOsm/Liter.) digunakan untuk mengatur konsentrasi cairan tubuh. Infus tersebut adalah larutan yang mempunyai osmolaritas lebih besar dari plasma darah (Tarwoto, 2015). Pada pasien dengan kasus ini sesuai dengan teori. Natrium awal pasien adalah 131 mmol/L menjadi 135 mmol/L.

Pemberian oralit pada pasien diare MTBS (2008), oralit adalah campuran garam elektrolit seperti natrium klorida (NaCl), Kalium Klorida (KCl), dan trisodium sitrat hidrat, serta glukosa anhidrat (Mardayani, 2014), digunakan untuk meningkatkan keseimbangan elektrolit dan pencegahan komplikasi akibat kadar cairan yang tidak normal (Wilkinson, 2011).Oralit sendiri diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang hilang karena diare (Mardayani, 2014). Walaupun air penting untuk mencegah dehidrasi, air minum biasa yang dikonsumsi tidak mengandung garam dan elektrolit yang diperlukan saat diare dengan dehidrasi, untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh maka diberikan oralit (Wulandari, 2013). Dari tanda-tanda dehidrasi saat hari terakhir, dehidrasi berkurang, untuk mempertahankan

Pemberian Zinc yang berfungsi untuk proses pertumbuhan dan diferensiasi sel, sintesis DNA serta menjaga stabilitas dinding sel. Beberapa penelitian di Bangladesh, India, Brazil dan Indonesia melaporkan pemberian suplementasi zinc menurunkan prevalensi diare serta menurunkan morbiditas dan mortalitas penderita diare (Mardayani, 2014). Pada pasien ini sesuai dengan teori karena, feses yang keluar dapat berubah dari konsistensi cair menjadi berampas dan yang awalnya BAB 10 x menjadi 2 x. Mekanismenya adalah, memperbaiki atau meningkatkan absorpsi air dan elektrolit dengan cara mengurangi kadar air dalam lumen usus yang menghasilkan perbaikan pada konsistensi feses. Perbaikan konsistensi feses akan dapat mengurangi frekuensi BAB yang timbul sehingga hal tersebut dapat mempersingkat lama diare (Lolopayung, 2014).

Menurut MTBS, pemberian tablet Zinc selama 10 hari. Cara pemberian tablet zinc adalah, larutkan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut – 30 detik), segera berikan kepada pasien. Apabila pasien muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan obat lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh. Ingatkan ibu untuk memberikan tablet zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti. Bila anak dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetapi berikan tablet zinc segera setelah pasien bisa minum atau makan.

Pemberian ASI eksklusif adalah salah satu cara mencegah diare karena dapat melindungi saluran cerna dari infeksi dan intoleransi (Purnamasari dkk, 2011). pada pasien dengan kasus ini sesuai dengan teori. Selain efek imunitas, pemberian ASI secara tidak langsung membatasi pajanan terhadap makanan/minuman yang terkontaminasi kuman. Sebagian besar subyek mendapatkan PASI disamping ASI, hanya 12,1% dengan ASI eksklusif selama 6 bulan. Tidak didapatkan perbedaan bermakna antar kelompok berdasarkan riwayat pemberian ASI, sehingga riwayat ASI eksklusif sebagai faktor perancu pada penelitian ini dapat disingkirkan (Purnamasari dkk, 2011).

Mencatat input dan output cairan pasien, guna mengevaluasi keefektifan perencanaan (Sodikin, 2011). Digunakan untuk mengetahui status cairan pasien (Axton, 2014). Pada pasien dengan kasus ini sesuai dengan teori.

Mengkaji tanda-tanda vital pada pasien digunakan untuk mengkaji adanya dehidrasi (sodikin, 2011). Pada pasien dengan kasus ini sesuai dengan teori, mengkaji tanda-tanda vital sangat efektif untuk melihat perbandingan tanda-tanda dehidrasi dari hari ke hari.

Menurut MTBS, napas dikatakan cepat jika usia anak 2 bulan-<12 bulan 50 kali atau lebih permenit, dan jika anak usia 12 bulan - <5 tahun 40 kali atau lebih permenit.

Dapat disimpulkan bahwa pemberian zink dan oralit dapat mengurangi frekuensi diare yang awal 10x dalam sehari dapat berkurang menjadi 2 kali sehari. Zink berfungsi mempersingkat lamanya diare. Mekanismenya adalah dapat memperbaiki atau meningkatkan absorpsi air dan elektrolit dengan cara mengurangi kadar air dalam lumen usus yang dapat menghasilkan perbaikan pada konsistensi feses. Pemberian oralit dapat digunakan untuk meningkatkan keseimbangan elektrolit dan pencegahan komplikasi akibat kadar cairan yang tidak normal. Oralit sendiri diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang hilang karena diare. Dari tanda-tanda dehidrasi saat hari terakhir, dehidrasi berkurang.

5. PENUTUP

a. Kesimpulan

Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3x buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4x buang air besar (Dewi, 2010).

Menurut pedoman MTBS (2008) *cit* Rekawati (2013) gejala yang sering muncul pada anak dehidrasi ialah mata cekung, malas minum, cubit kulit perut kembali lambat. Menurut Sodikin (2011) gejala muntah dapat terjadi pada saat diare. Ada juga dengan gejala ubun-ubun cekung, tonus otot dan turgor kulit berkurang, mukosa bibir kering. Konsistensi feses cair, berlendir, warna feses berubah menjadi kehijau-hijauan bercampur empedu.

Cairan dan elektrolit merupakan komponen tubuh yang berperan dalam memelihara fungsi tubuh dan homeostatis. Elektrolit ada di seluruh cairan tubuh, elektrolit merupakan komponen yang berada baik dalam cairan intrasel maupun ekstrasel. Ketidakseimbangan satu atau lebih komponen elektrolit akan terjadi mekanisme pertahanan homeostatis.

Pemberian Zink yang berfungsi untuk proses pertumbuhan dan diferensiasi sel, sintesis DNA serta menjaga stabilitas dinding sel. Beberapa penelitian di Bangladesh, India, Brazil dan Indonesia melaporkan pemberian suplementasi zink menurunkan prevalensi diare serta menurunkan morbiditas dan mortalitas penderita diare.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan seperti pemberian oralit Zinc, infus D ¼ NS, memonitor tanda-tanda vital, mencatat input dan output yang dilakukan dalam waktu 4x24 jam ada perubahan tanda-tanda dehidrasi yang berkurang dan diare dari 10x menjadi 2x dan yang awalnya berlendir menjadi berampas.

b. Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, penulis memberikan saran kepada:

Bagi Rumah Sakit

Diharapkan pencatatan dan pemberian cairan oral maupun parenteral dipertahankan guna untuk menangani dehidrasi pada pasien anak diare sehingga dapat mengurangi komplikasi diare lebih lanjut.

Bagi Keluarga Pasien

Diharapkan keluarga pasien dapat ikut serta untuk upaya pencegahan dehidrasi pada diare dengan pemberian cairan oral pada pasien.

Bagi Penulis lain

Diharapkan dari hasil Karya Tulis Ilmiah ini untuk referensi, serta dapat dikembangkan untuk Asuhan Keperawatan pada pasien dehidrasi karena diare.

DAFTAR PUSTAKA

- Axton , Sharon, dan Terry. 2014. *Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.
- DepKes RI. 2008. *Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*. Jakarta.
- KemenKes, RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta.
- Lolopayung, Mardayani, Alwiyah Mukaddas, Ingrid Faustine. 2014. *Evaluasi Penggunaan Kombinasi Zink dan Probiotik pada Penanganan Pasien Diare Anak di Instalasi Rawat Inap RSJUD Undata Palu Tahun 2013*. *Online Jurnal of Natural Science*, Vol.3(1): 55-64 March 201.
- Mafazah, Lailatul. 2013. *Ketersediaan Sarana Sanitasi Dasar, Personal Hygiene Ibu Dan Kejadian Diare*. KEMAS 8 (2) (2013) 176-182.
- Nanny, Lia Dewi, Vivian. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nur, Arif, A. H., dan Hardika. 2013. *Nanda NIC NOC: Jilid I*. Yogyakarta: Media Action.
- Purnamasari, Hani dkk. 2011. *Pengaruh Suplementasi Seng dan Prebiotik Terhadap Kejadian Diare Berulang*. *Sari Pediatri*, Vol. 13, No. 2, Agustus 2011.
- Santoso, Budi, dkk. 2013. *Kemntrian Kesehatan RI, Pokok-pokok Hasil Riskesdas Provinsi Jawa Tengah 2013*. Jakarta: Lembaga penerbitan Badan Litbangkes.
- Saputra, Lyndo. 2013. *Catatan Ringkas Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Sodikin. 2011. *Asuhan Keperawatan Anak; Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*. Jakarta: Salemba Medika.
- Susilaningrum, Rekawati, dkk. 2013. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak: untuk Perawat dan bidan: Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Suratmaja, Sudaryat. 2007. *Kapita Selekta Gastroenterologi Anak*. Denpasar: CV. Sagung Seto
- Tarwoto, Wartonah. 2015. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wilkinson, M. Judith, Nancy R. Ahern,. 2011. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: Edisi 9: Edisi Revisi*. Jakarta: EGC
- Wong, Donna L.2009. *Buku Ajar Keperawatan pediatrik*. Edisi 6.Jakarta:EGC
- Wulandari Ade. 2013. *Penanganan Diare di Rumah Tangga Merupakan Upaya Menekan Angka Kesakitan Diare Pada Anak Balita*. *Journal of Chemical Information and Modeling*. vol. 53
- Yusuf Sulaiman. 2011. *Profil Diare di Ruang Rawat Inap Anak*. *Sari Pediatri*, Vol. 13, No. 4, Desember 2011

PERSANTUNAN

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan bantuan, bimbingan dan semangat dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan inayahnya serta memberi kesehatan, untuk dapat mengerjakan Tugas Akhir ini dengan lancar
2. Ayah dan Ibu yang sangat saya cintai, sayangi, kasih dan hormati, Abang dan Adik yang selalu mendukung tiap langkah saya, yang selalu menyanyangi, yang selalu dapat mendengar keluh kesah saat penulisan Karya Tulis Ilmiah
3. Prof. Drs. Bambang Setiadi, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta
4. Dr. Suwadi, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
5. Okti Sri P., S. Kep, M. Kes, selaku Ketua Program Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
6. Vinami Yuian, S. Kep., Ns., MSc, selaku Sekretaris Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
7. Irdawati, S. Kep., Ns., Msi., Med, selaku Penguji dalam Karya Tulis Ilmiah
8. Endang Zulaicha Susilaningsih S. Kp., M. Kep, selaku penguji dan pembimbing Karya Tulis Ilmiah
9. Kepala Instansi RSUD Pandang Arang Boyolali
10. Segenap Dosen Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta yang telah mendidik dan membimbing penulis sampai tahap akhir
11. Anita Eny Widiastuti, selaku pembimbing klinik di Bangsal Edelweis RSUD Pandan Arang Boyolali
12. Sahabat-sahabat yang selalu menemani setiap langkah saya, selalu membuat semangat dan membuat terhibur saat susah
13. Teman satu bimbingan Agnis, Fiqroh dan Noviana terima kasih dan semangatnya kita dapat melalui semua ini
14. Dan, untuk Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga amal dan kebaikan anda semua dibalas imbalan dari Allah SWT.
Aamiin...