BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien anak *Gastroenteritis (GE)* dengan masalah Hipovolemia, di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang mengunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan selanjutnya dibuat pembahasan

Pada hasil penelitian akan dibahas mengenai asuhan keperawatan pada An "I" dan An "Y" dengan diagnosa medis *Gastroenteritis (GE)* dengan masalah Hipovolemia di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, pasien dirawat selama 4 hari yaitu An "Y" mulai tanggal 13 Juli 2017- 16 Juli 2017 dan An "I" di rawat selama 4 hari mulai tanggal 18 Juli - 21 Juli 2017.

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya yang sekarang berdiri di Jl. KH. Mas Mansyur No. 180-182 Surabaya, Kemudian pada tanggal 14 Maret 2002, Walikota Surabaya Bp. Bambang D.H meresmikan Gedung Baru Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Pembangunan fisik kemudian berlanjut dengan dibangunnya Gedung B dan C pada tanggal 1 Januari 2004 sampai dengan 31 Maret 2005. Pada tanggal 5 Desember 2012 nama Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya berubah menjadi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya. Sedangkan kepemimpinan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya saat ini dipegang oleh dr. Achmad Aziz.

Luas lahan 1108m2,luas Bangunan 2176 m2, Pelayanan IGD 24 jam, sudah ada pemisahan Triagedengan dilengkapi sarana dan prasarana sesuai dengan ketentuan standart pelayanan IGD. Pelayanan Rawat Jalan Poli Umum, Poli KIA Hamil, Poli KIA Anak, Poli Gigi, Poli Spesialis: Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Bedah Umum, Spesialis Mata. Pelayanan Rawat Inap: Rawat Inap Bersalin, Rawat Inap Umum, Rawat Inap Anak, Rawat Inap Bedah,jumlah dokter yang menangani di ruangan NICU berjumlah 2 orang dan perawat yang di khususkan di ruangan anak berjumlah 3 orang.

Tujuan: Menjadikan RS yang bersih, rapi dan bersahaja, mengedepankan etika dalam pelayanan, memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik, mengutamakan kepuasan pasien.

Motto: Resik, Sopan, Mumpuni, Simpatik.

4.2 Pengkajian

Klien I

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 14 Juli 2017 pukul 09:00 WIB. Sumber data penelitian diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan status pasien. Sedangkan pasien MRS pada tanggal 13 Juli 2017 pukul 16:00 WIB.

Klien II

Penulis melakukan pengkajian pada hari kamis tanggal 19 Juli 2017 pukul 09:00 WIB. Sumber data penelitian diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan status pasien. Sedangkan pasien MRS pada hari rabu 18 Juli 2017 pukul 20:00 WIB

a. Identitas

Klien I

Nama An "Y" umur 11 Bulan, jenis kelamin laki-laki, agama islam, suku/bangsa Jawa/Indonesia, , Alamat : Surabaya, MRS tanggal 13 Juli 2017 pukul 16:00 WIB, No.Register 09xxxx, diagnosa medis *Gastroenteritis (GE)*, nama orang tua Ny "W" umur 38 tahun, jenis kelamin perempuan, Agama islam, Suku/Bangsa Jawa/Indonesia, pendidikan SMA (tamat), pekerjaan Ibu Rumah Tangga, Alamat : Surabaya, Hubungan dengan klien adalah Ibu klien.

Klien II

Nama An "I" umur 11 bulan, jenis kelamin Perempuan, agama islam, suku/bangsa Jawa/Indonesia, sudah sekolah, Alamat : Surabaya, MRS tanggal 18 Juli 2017 pukul 20:00 WIB, No.Register 09xxxx, diagnosa medis *Gastroenteritis (GE)*, nama orang tua Tn "R" umur 24 tahun, jenis kelamin laki-laki, Agama islam, Suku/Bangsa Jawa/Indonesia, pendidikan SMK (tamat), pekerjaan wiraswasta, Alamat : Surabaya, Hubungan dengan klien adalah ayah klien

b. Riwayat Keperawatan Sekarang

1. Keluhan Utama

Klien I

Ibu Pasien mengatakan anaknya diare 2 kali dari jam 06.00 sampai jam 09.00 WIB

Klien II

Ibu Pasien mengatakan anaknya diare 3 kali dari jam 05.00 sampai jam 09.00 WIB

2. Riwayat penyakit Saat ini

Klien I

Pada saat pertama masuk Rumah Sakit tanggal 13 Juli 2017 pukul 16:00 WIB ibu pasien mengatakan anaknya masih diare 7 kali, muntah, anak tampak lemas, makan habis ¼ porsi atau 3-4 sendok, anak sudah diberi obat tetapi masih belum membaik lalu pasien dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya dan dokter mendiagnosa pasien terkena *Gastroenteritis (GE)* dengan masalah Hipovolemia sehingga disarankan untuk rawat inap, Pada saat pengkajian tanggal 14 Juli 2017 ibu pasien mengatakan anaknya diare 4 kali dalam satu hari disertai muntah 3 kali sehari, anak sudah diberi obat tetapi masih belum membaik lalu pasien dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya pukul 16:00 WIB dan dokter mendiagnosa pasien terkena *Gastroenteritis (GE)* dengan masalah Hipovolemia sehingga disarankan untuk rawat inap.

Klien II

Pada saat masuk Rumah Sakit tanggal 18 Juli 2017 pukul 20:00 WIB ibu pasien mengatakan diare 10 kali dalam satu hari disertai muntah 7 kali sehari, tidak mau makan, anak hanya diberi minum susu anak tampak lemas, lalu pasien dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya pukul 20:00 WIB dan dokter

mendiagnosa pasien terkena *Gastroenteritis (GE)* dengan masalah Hipovolemia sehingga disarankan untuk rawat inap. Pada saat pengkajian tanggal 20 Juli 2017 ibu pasien mengatakan anaknya masih mengalami diare 5 kali dalam satu hari disertai muntah 4 kali sehari.

Klien I

Riwayat kesehatan yang lalu :

Pasien sebelumnya belum pernah sakit diare hanya sakit panas, batuk dan pilek biasa, Pasien tidak pernah mengalami tindakan operasi atau infasif lainnya, Pasien tidak alergi susu, obat atau bahan makanan yang lain, Pasien sudah mendapat imunisasi polio.

Klien II

Riwayat kesehatan yang lalu :

Pasien sebelumnya belum pernah sakit diare hanya sakit panas, batuk dan pilek biasa, Pasien tidak pernah mengalami tindakan operasi atau infasif lainnya, Pasien tidak alergi susu, obat atau bahan makanan yang lain, Pasien sudah mendapat imunisasi Polio 1 kali.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Klien I

Ibu pasien mengatakan tidak ada dari keluarga yang mengalami penyakit diare, dan lingkungan rumah berada pada lingkungan yang bersih, ada jendela dan ventilasi rumah, ibu dan keluarganya mengatakan mengerti tentang penyakit (diare) yang di derita anaknya saat ini

Klien II

Ibu pasien mengatakan pada saat usia 15 tahun (2008) dia pernah mengalami diare yang cukup hebat namun sembuh dengan pengobatan yang bertahap, lingkungan rumah berada pada lingkunganyang bersih, ada jendela dan ventilasi rumah, ibu dan keluarganya mengatakan mengerti tentang apa itu diare karena ibu pasien pernah mengalami diare.

4. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan :

Klien I

Anak 'Y' di temukan BB saat ini : 8,6Kg, BB sebelumnya : 9 Kg, TB : 83 Cm,dan BB lahir : 3500 gr, Panjang lahir : 48 cm.

Perkembangan (DDST)

Motorik Kasar : bangkit terus duduk

Motorik halus : memegang dengan ibu jari,mengambil kubus.

Bahasa : pasien dapat menebutkan 1 kata.

Sosial : pasien dapat tepuk tangan

Kesimpulan : *Anvanced* : normal > 90

Klien II

Anak 'I' di temukan BB saat ini : 9,5 Kg, BB sebelumnya : 10,5 Kg, TB : 80 Cm, ,dan BB lahir : 4000 gr, Panjang lahir : 50 cm.

Perkembangan (DDST)

Motorik Kasar : bangkit terus duduk

Motorik halus : memegang dengan ibu jari, mengambil kubus.

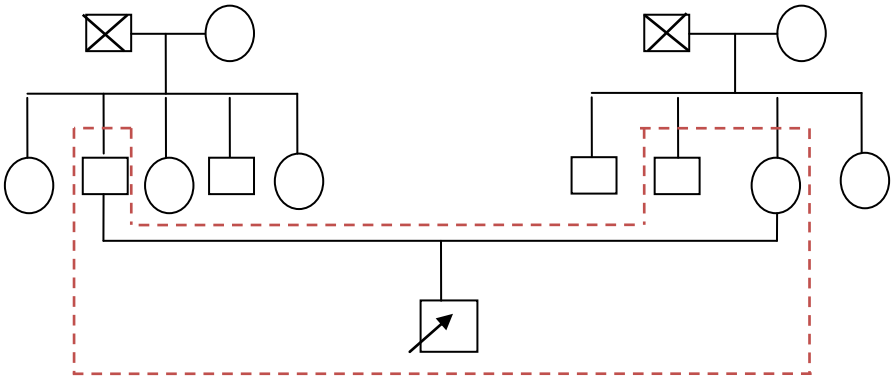
Bahasa : pasien dapat menyebutkan 1 kata.

Sosial : pasien dapat tepuk tangan

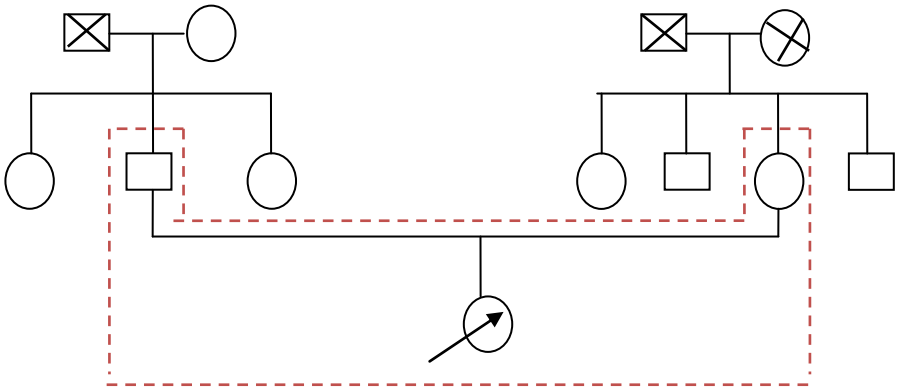
Kesimpulan : *Anvanced* : normal > 90.

5. Orang-orang di sekitarnya.Genogram (3 generasi)

Klien I



Klien II



Keterangan

: laki-laki

: perempuan

: meninggal dunia

 : tinggal serumah

: pasien

6. Riwayat Prenatal :

Klien I

Ibu pasien mengatakan selama hamil, tidak ada keluhan saat memeriksakan kehamilan setiap bulan ke Rumah Sakit Muhammadiyah. Ketika hamil tidak pernah jatuh dan minum jamu. Pada hamil bulan ke 8-9 kontrol setiap minggu sekali, dan mendapat vitamin, saat awal kehamilan ibu juga mendapat imunisasi TT.

Klien II

Ibu pasien mengatakan selama hamil, tidak ada keluhan saat memeriksakan kehamilan ke Rumah Sakit. Ketika hamil tidak pernah jatuh dan jarang minum jamu. Pada hamil Ibu pasien sering kontrol setiap minggu sekali, dan mendapat vitamin, saat awal kehamilan ibu juga mendapat imunisasi TT.

7. Riwayat natal :

Klien I

Ibu pasien mengatakan melahirkan dalam usia kehamilan 9 bulan di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya secara normal dan lahir dengan jenis kelamin Perempuan dengan berat 3500 gram dan panjang 48cm dengan ketuban jernih, dan bayi lahir langsung menangis.

Klien II

Ibu pasien mengatakan melahirkan dalam usia kehamilan 9 bulan di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya secara normal dan lahir dengan jenis kelamin Perempuan dengan berat 4000 gram dan

panjang 50cm dengan ketuban jernih, dan bayi lahir langsung menangis

8. Riwayat post natal :

Klien I

Ibu pasien mengatakan setelah lahir bayinya langsung dilakukan IMD dan minum asi dari 0 bulan sampai 6 bulan dan saat berusia 7 bulan sampai 2 tahun pasien minum ASI+PASI. Ibu pasien juga mengatakan pasien sudah imunisasi lengkap antara lain : hepatitis B 1 kali,BCG 1kali pada usia 2 minggu, DPT 4 kali pada usia 2,3,4 bulan, polio 3 kali pada usia 2,3,4 bulan, campak pada usia 9bulan.

Klien II

Ibu pasien mengatakan setelah lahir bayinya langsung dilakukan IMD dan minum asi dari 0 bulan sampai 6 bulan dan saat berusia 7 bulan sampai sekarang pasien minum ASI+PASI. Ibu pasien juga mengatakan pasien masih imunisasi polio 1 kali pada usia 2 bulan.

c. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola penatalaksanaan kesehatan/ persepsi sehat :

Klien I

Di rumah : ibu pasien mengatakan pasien mandi 3 kali sehari, gosok gigi memakai pasta gigi, mencuci tangan sebelum makan

Klien II

Di rumah : ibu pasien mengatakan pasien mandi 3 kali sehari, gosok gigi memakai pasta gigi. Jarang mencuci tangan sebelum makan

2. Pola Nutrisi – Metabolik

Klien I

Di rumah : pasien makan nasi 3kali sehari dengan porsi sedang dan habis, minum ASI dan minum air putih ± 150 ml per hari.

Di rumah sakit : pasien makan bubur kasar 3kali sehari dengan ¼ porsi atau 3-4 Sendok, nafsu makan menurun, pasien minum ASI dan air putih namun hanya sedikit, BB mengalami penurunan dari 8,9 kg menjadi 8,6 kg .

Klien II

Di rumah : pasien makan nasi 3kali sehari dengan porsi sedang dan habis, minum ASI dan minum air putih ± 150 ml per hari.

Di rumah sakit : pasien tidak makan karena selalu dimuntahkan, pasien hanya minum susu serta nafsu makan menurun, mengalami penurunan BB dari 8,8 kg menjadi 8,4 kg.

3. Pola Eliminasi

Eliminasi Alvi

Klien I

Di rumah : Ibu pasien mengatakan pasien BAB 2x perhari dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau yang khas.

Di rumah sakit : Ibu pasien mengatakan pasien BAB 2x dari jam 06.00 s/d jam 09.00 WIB dengan konsistensi BAB berampas, warna kuning kecoklatan dan bau yang khas.

Klien II

Di rumah : Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau yang khas feses.

Di rumah sakit : Ibu pasien mengatakan pasien BAB 3x dari jam 05.00 s/d jam 09.00 WIB dengan konsistensi BAB ampas, warna kuning kecoklatan dan bau yang khas.

Eliminasi Uri

Klien I

Di rumah : Ibu pasien mengatakan pasien BAK lancar ± 4-5 kali sehari warna kuning jernih dan menggunakan pampers.

Di rumah sakit : Ibu pasien mengatakan pasien BAK lancar ± ± 4-5 kali sehari warna kuning jernih dan menggunakan pampers.

Klien II

Di rumah : Ibu pasien mengatakan pasien BAK lancar ± 5-6 kali sehari warna kuning jernih dan menggunakan pampers.

Di rumah sakit : Ibu pasien mengatakan pasien BAK lancar ± 3 kali sehari warna kuning jernih dan menggunakan pampers.

4. Pola istirahat dan tidur :

Klien I

Di rumah: anak tidur siang selama 1-2jam dan tidur malam 7-8 jam.

Di rumah sakit: anak tidur siang selama 2 jam dan tidur malam 7 jam

Klien II

Di rumah: anak tidur siang selama 4 jam dan tidur malam 7-8jam.

Di rumah sakit: anak tidur siang selama 3 jam dan tidur malam 7 jam

5. Pola Aktifitas – Latihan :

Klien I

Di rumah : anak bermain bersama ibunya.

Di rumah sakit : anak berbaring di tempat tidur dan sesekali anak duduk di tempat tidur

Klien II

Di rumah : anak bermain bersama ibunya.

Di rumah sakit : anak berbaring di tempat tidur

6. Pola kognitif – perseptual – keadekuatan alat sensori

Klien I

Pancaindra tidak ada gangguan sama sekali

Menoleh ketika dipanggil

Merasakan sakit ketika dicubit

Klien II

Pancaindra tidak ada gangguan sama sekali

Menoleh ketika dipanggil

Merasakan sakit ketika dicubit

7. Pola persepsi dan konsep diri

Klien I

Keadaan emosional pasien menangis dan berbaring ditempat tidur

Identitas diri : pasien berjenis kelamin Perempuan

Klien II

Keadaan emosional pasien menangis dan berbaring ditempat tidur

Identitas diri : Klien II: pasien berjenis kelamin laki-laki.

d. Pemeriksaan Fisik

Klien I

Keadaan umum : Pasien lemah, kesadaran compos mentis, dan GCS 456.

Tanda – tanda vital

Suhu : 37,4ºC

Pernafasan : 30x/ menit irama reguler

Nadi : 134 x/ menit reguler kuat

Klien II

Keadaan umum : Pasien lemah, kesadaran compos mentis, dan GCS 456.

Tanda – tanda vital

Suhu : 38,9ºC

Pernafasan : 34x/ menit irama reguler

Nadi : 132 x/ menit reguler kuat

e. Pemeriksaan Head To Toe

1. Kepala dan leher

a. Kepala

Klien I

Inspeksi : Bentuk kepala simetris normal, rambut hitam panjang tipis

Palpasi : tidak ada benjolan pada kepala

Klien II

Inspeksi : Bentuk kepala simetris normal, rambut hitam panjang tipis

Palpasi : tidak ada benjolan pada kepala

b. Muka

Klien I

Inspeksi : wajah simetris, tidak ditemukan ada odema

Klien II

Inspeksi : wajah simetris, tidak ditemukan ada odema

c. Mata

Klien I

konjungtiva anemis,sklera putih, gerakan bola mata normal, ditemukan mata cowong

Klien II

konjungtiva anemis,sklera putih, gerakan bola mata normal, ditemukan mata cowong

d. Telinga

Klien I

Inspeksi : Simetris, telinga bersih, tidak ditemukan serumen, dan tidak ada Kelainan

Klien II

Inspeksi : Simetris, telinga bersih, ditemukan serumen, dan tidak ada kelainan

e. Hidung

Klien I

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada sianosis, tidak ada pernafasan cuping hidung

Klien II

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada sianosis, tidak ada pernafasan cuping hidung

f. Mulut dan faring

Klien I

Inspeksi : Simetris, mukosa bibir kering, bibir tampak pucat, tidak ada stomatitis.

Klien II

Inspeksi : Simetris, mukosa bibir kering, bibir pucat, tidak ada stomatitis.

g. Leher

Klien I

Palpasi : Leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

Klien II

Palpasi : Leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

h. Thorak

Klien I

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ditemukan retraksi dinding dada, tidak ditemukan penonjolan sternum, puting susu tidak menonjol.

Palpasi : Tidak ada benjolan.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan, tidak ditemukan ronchi dan wheezing, suara jantung (S1 dan S2 tunggal, irama jantung : regular.

Klien II

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ditemukan retraksi dinding dada, Penonjolan tidak ditemukan sternum, puting susu tidak menonjol.

Palpasi : Tidak ada benjolan.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan, tidak ditemukan ronchi dan wheezing, suara jantung (S1 dan S2 tunggal), irama jantung : regular.

i. Abdomen dan tali pusat

Klien I

Inspeksi : Simetris, bentuk datar dan tidak ada kelainan.

Palpasi : Pembesaran pada organ abdomen tidak ada, ada nyeri tekan.

Auskultasi : Terdengar bising usus , bising usus hiper aktif

Perkusi : ditemukan abdomen Kembung

Klien II

Inspeksi : Simetris, bentuk datar dan tidak ada kelainan.

Palpasi : Pembesaran pada organ abdomen tidak ada, ada nyeri tekan.

Auskultasi : Terdengar bising usus, bising usus hiper aktif

Perkusi : ditemukan abdomen Kembung

j. Inguinal, genital, dan anus

Klien I

Inspeksi : Bersih dan tidak ada kelainan, tidak ada hemoroid, adanya ruam kemerahan disekitar anus.

Klien II

Inspeksi : Bersih dan tidak ada kelainan, tidak ada hemoroid, adanya ruam kemerahan disekitar anus.

k. Integumen

Klien I

Inspeksi : tidak ditemukan Syanosis.

Palpasi : Turgor kulit menurun, akral teraba hangat

Klien II

Inspeksi : tidak ditemukan Syanosis.

Palpasi : Turgor kulit menurun, akral teraba hangat.

l. Muskuloskeletal

Klien I

Anak bergerak aktif dan tidak ada gangguan pergerakan

Klien II

Anak bergerak aktif dan tidak ada gangguan pergerakan

m. Ekstremitas

Klien I

Inspeksi : Simetris, tangan kanan terpasang infus D51/4 NS terdapat 10 jari pada kedua jari tangan dan kaki, ekstremitas lengkap

Palpasi : Kedua tangan dan kaki teraba hangat, CRT >2 detik, tidak ditemukan odema .

Klien II

Inspeksi : Simetris, tangan kanan terpasang infus D51/4 NS terdapat 10 jari pada kedua jari tangan dan kaki, ekstremitas lengkap

Palpasi : Kedua tangan dan kaki teraba hangat, CRT >2 detik, tidak ditemukan odema.

n. Pemeriksaan Penunjang

Klien I

- Pemeriksmaan Laboratorium

Hasil Laboratorium : Dilakukan pada tanggal 14 Juli 2017

Tabel 4.1 Hasil laboratorium kasus 1 tanggal 14 Juli 2017

Pemeriksaan	**Hasil**	**Nilai Normal**
Hemoglobin	13,00	L: 13-17 P: 11,4-15,1
Leukosit	3.300	4.000-10.000
Trombosit	507.000	150.000-41.000/UI
Hematocrit	37,7	35-47%
Hitung eritrosit	5,26	L : 4,5-6,5 juta/cmm P : 3,0-6,0 juta/cmm

- Pemeriksaan Lain-lain : -
- Terapi dan diet
- Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 1000cc/ 24 jam
  Sanmol 0,9/ 6 jam
  Injeksi Ceftriaxone 1x 750 mg IV
  Injeksi Ondan 2 x1000mg IV

Diet : Tim 782 kal

Klien II

- Pemeriksaan Laboratorium

Hasil Laboratorium : Dilakukan pada tanggal 19 Juli 2017

Tabel 4.2 Hasil laboratorium kasus 2 tanggal 19 Juli 2017

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	11,5	L: 13-17 P: 11,4-15,1g%
Leukosit	14.800	4.000-10.000
Trombosit	643.000	150.000-41.000/UI
Hematocrit	35,0	35-47%
Hitung eritrosit	4,81	L : 4,5-6,5 juta/cmm P : 3,0-6,0 juta/cmm

- Pemeriksaan Lain-lain : -
- Terapi dan diet

  Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 25 tpm/7 jam,

  maintenance 14 tpm/24 Jam

  Injeksi Cefotaxime 3 x 300 mg IV

  Syrup trimoxol 3 x 2/3 sendok

  Sanmol 3 x 0,9/ 6 jam

- Diet : halus bubur susu AL

4.3 Analisis Data

1. Klien I

NO.	DATA PENUNJANG	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : Ibu pasien mengatakan diare 2 kali dari jam 06.00 s/d jam 09.00 DO: - Keadaan umum lemah - Mata cowong - Kesadaran compos mentis - Tanda – tanda vital S : 37,4 C , N : 134x/menit, RR : 30x/menit	Gastroenteritis ↓ Frekuensi BAB meningkat ↓ Hilang cairan dan elektrolit berlebihan ↓ Gangguan	Diare

	- Mukosa bibir kering, bibir pucat - Diare 2 kali dari jam 06.00 s/d jam 09.00 - CRT >3 detik - Nafsu makan menurun - Mengalami penurunan BB 300gram dari 8,9 kg menjadi 8,6 kg - Konsistensi feses berampas - Infus D5 ¼ 1000cc/ 24 jam (14 tetes/menit)	keseimbangan cairan dan elektrolit ↓ Dehidrasi ↓ Hipovolemia	

2. Klien II

NO.	DATA PENUNJANG	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : Ibu pasien mengatakan diare 3x kali dari jam 05.00 s/d jam 09.00 WIB DO: - Keadaan umum lemah - Mata cowong - Kesadaran compos mentis - Tanda – tanda vital S : 38,9 C , N : 132x/menit, RR : 30x/menit - Mukosa bibir kering, bibir pucat - Diare 3x kali dari jam 05.00 s/d jam 09.00 WIB - CRT >3 detik - Nafsu makan menurun - Mengalami penurunan BB 400gram dari 8,8 kg menjadi 8,4 kg - Konsistensi feses berampas - Infus D5 ¼ 1000cc/ 24 jam (14 tetes/menit)	Gastroenteritis ↓ Frekuensi BAB meningkat ↓ Hilang cairan dan elektrolit berlebihan ↓ Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit ↓ Dehidrasi ↓ Hipovolemia	Diare

4.4 Diagnosa Keperawatan

Klien I

Diagnosa keperawatan : Hipovolemia berhubuang dengan diare dan muntah

Klien II

Diagnosa keperawatan : Hipovolemia berhubuang dengan diare dan muntah

4.5 Intervensi

Setelah diketahui masalah keperawatan Klien I dan Klien 2 maka di dapatkan perencanaan yang sama pada kedua klien yaitu :

Diagnosa : Hipovolemia berhubungan dengan output cairan yang berlebih

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapakan kebutuhan cairan dapat terpenuhi

Kriteria Hasil :

1) Mempertahankan intake output.
2) Nadi dan suhu tubuh dalam batas normal.
3) Tidak ada tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab,tidak ada rasa haus berlebihan.

Intervensi :

a. Kaji keadaan umum dan kondisi pasien
b. Observasi tanda-tanda vital
c. Observasi tanda-tanda dehidrasi
d. Ukur balance cairan (input dan output cairan)
e. Berikan kompres air biasa
f. Beri pasien dan anjurkan keluarga pasien untuk memberi minum sedikit – sedikit tapi sering

g. Anjurkan keluarga pasien untuk mengganti pakaian pasien yang mudah menyerap keringat

h. Berikan *Health Education* mengenai kebutuhan cairan

i. kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi cairan melalui IV dan oral

4.6 Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai intervensi yang telah disusun dari permasalahan yang di dapat pada kedua pasien.

a. Pada Pasien Pertama

Pada tanggal 14 Juli 2017 Jam 09.00 WIB

1) Mengkaji keadaan umum dan kondisi pasien

Respon : kondisi pasien lemah

2) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : S : 37,4 C , N : 128x/menit, RR : 30x/menit

3) Observasi tanda-tanda dehidrasi

Respon : Mata cowong, mukosa bibir kering, CRT >2 detik, konjungtiva anemis

4) Mengukur balance cairan (input dan output cairan)

Respon : makan bubur kasar 3kali sehari dengan ¼ porsi atau 3-4 sendok, nafsu makan menurun, pasien minum ASI dan air putih namun hanya sedikit, BB mengalami penurunan dari 8,9 kg menjadi 8,6 kg. Diare 4x kali perhari.

5) Memberikan kompres air biasa

Respon : Keluarga pasien kooperatif

6) Menganjurkan keluarga pasien untuk memberi minum sedikit – sedikit tapi sering

Respon : Keluarga pasien kooperatif

7) Menganjurkan keluarga pasien untuk mengganti pakaian pasien yang mudah menyerap keringat

Respon : Keluarga pasien kooperatif

8) Berikan *Health Education* mengenai hipovolemia

Respon : Keluarga pasien kooperatif, menyimak dan menanyakan kembali yang belum dimengerti seperti penatalaksanaan pada pasien GE

9) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi cairan melalui IV dan oral

Respon : Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 1000cc/ 24 jam

Sanmol 0,9/ 6 jam

Injeksi Ceftriaxone 1x 750 mg IV

Injeksi Ondan 2 x1000mg IV

Diet : Tim 782 kal

Pada tanggal 15 Juli 2017 Jam 09.00 WIB

1) Mengkaji keadaan umum dan kondisi pasien

Respon : kondisi pasien cukup

2) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : S : 37C , N : 122x/menit, RR : 28x/menit

3) Observasi tanda-tanda dehidrasi

Respon : Mata cowong, mukosa bibir kering, CRT <3 detik

4) Mengukur balance cairan (input dan output cairan)

Respon : makan bubur kasar 3kali sehari dengan 1/2 porsi atau nafsu makan mulai meningkat, pasien minum ASI dan air putih, diare ampas 2x sehari.

5) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi yang akan diberikan

Respon : Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 1000cc/ 24 jam
Sanmol 0,9/ 6 jam
Injeksi Ceftriaxone 1x 750 mg IV
Injeksi Ondan 2 x1000mg IV
Diet : Tim 782 kal

Pada tanggal 16 Juli 2017 Jam 09.00 WIB

1) Mengkaji keadaan umum dan kondisi pasien

Respon : kondisi pasien baik

2) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : S : 36,5 C , N : 122x/menit, RR : 28x/menit

3) Observasi tanda-tanda dehidrasi

Respon : mukosa bibir lembab, CRT <2 detik

4) Mengukur balance cairan (input dan output cairan)

Respon : makan bubur kasar 3kali sehari dengan 1 porsi atau nafsu makan mulai meningkat, pasien minum ASI dan air putih, sudah tidak diare atau muntah.

5) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi yang akan diberikan

Respon : Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 1000cc/ 24 jam

Sanmol 0,9/ 6 jam

Injeksi Ceftriaxone 1x 750 mg IV

Injeksi Ondan 2 x1000mg IV

Diet : Tim 782 kal

b. Pada Pasien Kedua

Pada tanggal 19 Juli 2017 Jam 09.00 WIB

1) Mengkaji keadaan umum dan kondisi pasien

Respon : kondisi pasien lemah

2) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : S : 38,9 C , N : 120x/menit, RR : 34x/menit

3) Observasi tanda-tanda dehidrasi

Respon : Mata cowong, mukosa bibir kering, CRT >2 detik, konjungtiva anemis

4) Mengukur balance cairan (input dan output cairan)

Respon : pasien tidak makan karena selalu dimuntahkan, pasien hanya minum susu serta nafsu makan menurun, mengalami penurunan BB dari 8,8 kg menjadi 8,4 kg.

5) Memberikan kompres air dengan mengalir

Respon : Keluarga pasien kooperatif

6) Menganjurkan keluarga pasien untuk memberi minum sedikit – sedikit tapi sering

Respon : Keluarga pasien kooperatif

7) Menganjurkan keluarga pasien untuk mengganti pakaian pasien yang basah oleh keringat

   Respon : Keluarga pasien kooperatif

8) Berikan *Health Education* mengenai hipovolemia

   Respon : Keluarga pasien kooperatif, menyimak penjelasan dari perawat

9) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi cairan melalui IV dan oral

   Respon : Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 25 tpm/7 jam,
   maintenance 14 tpm/25 Jam
   Injeksi Cefotaxime 3 x 300 mg IV
   Syrup trimoxol 3 x 2/3 sendok
   Sanmol 3 x 0,9/ 6 jam
   Diet : halus bubur susu AL

Pada tanggal 20 Juli 2017 Jam 09.00

1) Mengkaji keadaan umum dan kondisi pasien

   Respon : kondisi pasien cukup

2) Melakukan observasi tanda-tanda vital

   Respon : S : 38C , N : 122x/menit, RR : 30x/menit

3) Observasi tanda-tanda dehidrasi

   Respon : Mata cowong, mukosa bibir kering, CRT <2 detik

4) Mengukur balance cairan (input dan output cairan)

Respon : makan bubur halus 3 kali sehari dengan ¼ porsi atau nafsu makan mulai meningkat, pasien minum ASI dan air putih, diare ampas 3x sehari muntah 2x sehari.

5) Memberikan kompres air dengan mengalir

Respon : Keluarga pasien kooperatif

6) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi cairan melalui IV dan oral

Respon : Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 25 tpm/7 jam,
maintenance 14 tpm/25 Jam
Injeksi Cefotaxime 3 x 300 mg IV
Syrup trimoxol 3 x 2/3 sendok
Sanmol 3 x 0,9/ 6 jam
Diet : halus bubur susu AL

Pada tanggal 21 Juli 2017 Jam 09.00 WIB

1) Mengkaji keadaan umum dan kondisi pasien

Respon : kondisi pasien cukup

2) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon : S : 37,3C , N : 116x/menit, RR : 32x/menit

3) Observasi tanda-tanda dehidrasi

Respon : Mukosa bibir lembab, CRT <2 detik

4) Mengukur balance cairan (input dan output cairan)

Respon : makan bubur tim 3 kali sehari dengan 1/2 porsi atau nafsu makan mulai meningkat, pasien minum ASI dan air putih, tidak mengalami diare dan muntah.

5) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi cairan IV dan oral

Respon : Adv dokter : Inf. D5 ¼ NS 25 tpm/7 jam,
maintenance 14 tpm/25 Jam
Injeksi Cefotaxime 3 x 300 mg IV
Syrup trimoxol 3 x 2/3 sendok
Sanmol 3 x 0,9/ 6 jam

Diet : bubur tim

4.7 Evaluasi

Setelah dilakukannya implementasi keperawatan pada kedua pasien, di dapatkan evaluasi sebagai berikut :

1. Pada Pasien Pertama

Pada tanggal 14 Juli 2017 Jam 09.00

S : Ibu pasien mengatakan pasien masih mengalami diare 4 kali sehari dan 3 kali muntah

O : kondisi pasien lemah, tanda – tanda vita yaitu S : 37,4 C , N : 120x/menit, RR : 30x/menit, Mata cowong, mukosa bibir kering, CRT >2 detik, konjungtiva anemis, makan bubur kasar 3kali sehari dengan ¼ porsi atau 3-4 sendok, nafsu makan menurun, pasien minum ASI dan air putih namun hanya sedikit, BB mengalami penurunan dari 8,9 kg menjadi 8,6 kg. Diare 4x sehari muntah 3x sehari.

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Pada tanggal 15 Juli 2017 Jam 09.00

S : Ibu pasien mengatakan diare yang di alami pasien sudah berkurang yaitu diare ampas 2x sehari muntah 1x sehari.

O : kondisi pasien cukup, tanda – tanda vital yaitu S : 37,4 C , N : 120x/menit, RR : 30x/menit S : 37C , N : 118x/menit, RR : 28x/menit, Mata cowong, mukosa bibir kering, CRT <2 detik, , makan bubur kasar 3kali sehari dengan 1/2 porsi, nafsu makan meningkat, Diare 2x berbentuk ampas dalam sehari muntah 1x sehari.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

Pada tanggal 16 Juli 2017 Jam 09.00

S : Ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak mengalami diare atau muntah.

O : kondisi pasien baik, tanda – tanda vital yaitu S : 36,5 C , N : 122x/menit, RR : 28x/menit, mukosa bibir lembab, CRT <2 detik, , makan bubur kasar 3kali sehari dengan 1 porsi, nafsu makan meningkat, sudah tidak mengalami diare dan muntah

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dipertahankan

2. Pada Pasien Kedua

Pada tanggal 19 Juli 2017 Jam 09.00

S : Ibu pasien mengatakan pasien masih mengalami diare 5 kali sehari dan 4 kali muntah

O : kondisi pasien lemah, tanda – tanda vital yaitu S : 38,9 C , N : 120x/menit, RR : 34x/menit, mata cowong, mukosa bibir kering, CRT >2 detik, konjungtiva anemis, pasien tidak makan karena selalu dimuntahkan, pasien hanya minum susu serta nafsu makan menurun, mengalami penurunan BB dari 8,8 kg menjadi 8,4 kg. Diare 5x sehari muntah 4x sehari.

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dihentikan

Pada tanggal 20 Juli 2017 Jam 09.00

S : Ibu pasien mengatakan pasien masih mengalami diare ampas 3x sehari muntah 2x sehari.

O : kondisi pasien cukup, tanda – tanda vital yaitu S : 38C , N : 122x/menit, RR : 30x/menit, mata cowong, CRT <2 detik,nafsu makan meningkat, makan bubur halus 3kali sehari dengan ¼ porsi, diare 5x sehari muntah 4x sehari.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

Pada tanggal 21 Juli 2017 Jam 09.00

S : Ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak mengalami diare dan muntah.

O : kondisi pasien baik, tanda – tanda vital S : 37,3C , N : 116x/menit, RR : 32x/menit, mukosa bibir lembab, CRT <2 detik,nafsu makan

meningkat, makan bubur tim 3kali sehari dengan 1/2 porsi, sudah tidak mengalami diare dan muntah.

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dipertahankan

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara hasil, tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada 2 klien Anak *Gastroenteritis (GE)* dengan masalah keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan diare dan muntah di dalam sirkulasi Surabaya meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama Anak "y" dan tinjauan kasus kedua Anak "i" didapatkan kesamaan masalah yaitu terdapat gejala diare, muntah dan panas. Pada klien pertama didapatkan data bahwa pasien diare, muntah dan panas. Sedangkan pada klien kedua anak juga diare,muntah dan panas. Hal ini sesuai dengan teori yaitu tanda dan gejala klinis penyakit diare dengan dehidrasi sedang menurut Weni (2010) adalah cengeng, gelisah, suhu meningkat, nafsu makan menurun, tinja cair, lendir (+), darah (terkadang ada), warna tinja lama kelamaan berwarna hijau karena tercampur dengan empedu, anus lecet, tinja lama kelamaan menjadi asam (karena banyaknya asam laktat yang keluar).

Maka menurut peneliti pada penelitian studi kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori karena beberapa tanda

dan gejala yang terdapat didalam tinjauan kasus dan teori juga terdapat pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan prioritas pada kedua kasus tersebut sama, yaitu Hipovolemia berhubungan dengan diare dan muntah. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016).

Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa diagnosis keperawatan prioritas yang terjadi pada an. Y dan an. I adalah Hipovolemia berhubungan dengan diare dan muntah. Pada kedua kasus yang dirawat diagnosis yang muncul tidak berbeda dengan teori.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah menemukan masalah pada tinjauan kasus, maka penulis membuat perencanaan tindakan keperawatan yang di buat untuk mengatasi *Gastroenteritis (GE)* dengan masalah Hipovolemia selama 1 x 24 jam setelah dilakukan tindakan keperawatan berupa Kaji keadaan umum dan kondisi pasien, Observasi intensitas dan kualitas diare, Observasi tanda-tanda vital, Observasi tanda-tanda dehidrasi, Ukur balance cairan (input dan output cairan), Beri kompres dengan air biasa, Beri pasien dan anjurkan keluarga pasien untuk memberi minum sedikit – sedikit tapi sering, anjurkan keluarga pasien untuk mengganti pakaian pasien yang basah oleh keringat, Berikan *Health Education* mengenai hipovolemia dan Kolaborasi dengan tim medis

lain mengenai terapi cairan yang sesuai kebutuhan tubuh. (Sodikin. Buku kedokteran ECG. 2009)

Perencanaan adalah bagian fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu,meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Suatu perencanaan yang tertulis dengan baik akan memberi petunjuk dan arti pada asuhan keperawatan, karena perencanaan adalah sumber informasi bagi semua yang terlibat dalam asuhan keperawatan klien. Rencana ini merupakan sarana komunikasi yang utama, dan memelihara kontinuitas asuhan keperawatan klien bagi seluruh anggota tim (swasanti. 2013).

4. Implementasi

Pada tahap ini tindakan implementasi keperawatan pada klien 1 Anak "y" dan klien 2 Anak "i" meliputi :

a. Mengkaji keadaan umum dan kondisi pasien
b. Melakukan observasi tanda-tanda vital
c. Observasi tanda-tanda dehidrasi
d. Mengukur balance cairan (input dan output cairan)
e. Memberikan kompres air biasa
f. Menganjurkan keluarga pasien untuk memberi minum sedikit – sedikit tapi sering
g. Menganjurkan keluarga pasien untuk mengganti pakaian pasien yang mudah menyerap keringat
h. Berikan Health Education mengenai hipovolemia

i. Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain mengenai terapi cairan melalui IV dan oral

Pelaksanaan keperawatan dilakukan sebaik mungkin menyesuaikan dengan keadaan dan kondisi klien saat ini. Dalam pelaksanaan kedua klien ini penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan kedua ibu pasien kooperatif dengan tindakan medis yang dilakukan oleh penulis. Selain itu kami juga telah mendapatkan informasi dari buku status kedua pasien jadi semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

5. Evaluasi

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan pada klien perkembangan hasil yang di dapatkan masalah teratasi. Menurut teori di lihat dari tinjauan kasus evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Evaluasi keperawatan pada masalah Hipovolemia pada klien I Anak "Y" dan II Anak "I" masalah keperawatan teratasi ditandai dengan turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, CRT < 2 dettik, tidak mengalami mual muntah, tidak mengalami diare dan nafsu makan meningkat. Dalam hal ini sesuai dengan teori yang telah disusun dalam intervensi keperawatan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakihiri rencana tindakan keperawatan (Swasanti. 2013)