BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Responden

1. Karakteristik Responden Pertama

Responden pertama adalah anak N usia 7 bulan, datang ke IGD RS Muhmmadiyah Surabaya diantar oleh orang tuanya pada tanggal 20 Januari 2019 dengan keluhan muntah kurang lebih 3 – 5 kali, diare 5 kali cair dengan ampas sedikit, batuk dan pilek kurang lebih 1 minggu, lemas, mata cekung, cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat (≥2 detik), anak tidak mau minum. BB anak sebelum sakit 7,9 kg dan sekarang 7 Kg, suhu 37,3^{0}C, nadi 140x/menit, SpO2 93 %. Kesadaran composmentis, GCS 456. Oleh karena itu anak N termasuk dalam kriteria dehidrasi berat.

2. Karakteristik Responden Kedua

Responden kedua adalah anak A usia 6 bulan datang ke IGD RS Muhammadiyah Surabaya diantar oleh orang tuanya pada tanggal 23 Januari 2019 dengan keluhan muntah 4 kali, diare 10 kali cair , batuk dan pilek kurang lebih 1 minggu, demam kemarin, mata cekung, anak tidak mau dikasih minum, anak lemas, cubitan kulit perut kembali sangat lambat (≥2 detik), BB anak sebelum sakit 9Kg dan sekarang 8Kg, suhu 38,5^{0}C, nadi 155x/menit, SpO2 96 %. Kesadaran composmentis, GCS 456. Oleh karena itu anak M termasuk dalam kriteria dehidrasi berat.

4.1.2 Identifikasi Kebutuhan Cairan Pada Anak Diare Dengan Dehidrasi Berat

Tabel 4.1 Kebutuhan cairan responden

Responden	Berat Badan (Kg)	Kebutuhan Cairan (ml)
Anak N	7	700
Anak A	8	800

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil bahwa anak N dengan BB 7 Kg membutuhkan cairan sebanyak 700 ml. Sedangkan anak A dengan BB 8 kg membutuhkan cairan sebesar 800 ml.

Tabel 4.2 Balance cairan responden

Responden	Intake	Output	Balance Cairan
An. N	Minum: 255ml	BAB: 225 ml BAK: 40 ml IWL: 350 ml Muntah:75 ml Total :690 ml	Input : 255 ml Output : 690 ml Balance : -435
An. A	Minum: 300ml	BAB: 300 ml BAK: 50 ml IWL: 740 ml Muntah: 40 ml Total: 1130 ml	Input : 300 ml Output : 11300 ml Balance : -830 ml

Berdasarkan tabel 4.2 pasien An. N intake (255 ml) lebih kecil dibandingkan output (690 ml) dengan balance -435 ml dan pada An. A intake (300 ml) lebih kecil dibandingkan output (1130 ml) dengan balance -830 ml.

Tabel 4.3 balance cairan setelah rehidrasi

Responden	Intake	Output	Balance Cairan

An. N	Minum: 305ml Cairan : 500ml Obat : 11ml Total : 816 ml	BAB: 265 ml BAK: 40 ml IWL: 350ml Muntah:75 ml Total :730 ml	Input : 816 ml Output : 730 ml Balance : +86ml
An. A	Minum: 430ml Cairan : 740ml Obat : 9ml Total :1179 ml	BAB: 340 ml BAK: 50 ml IWL: 740 ml Muntah: 40 ml Total: 1170 ml	Input : 1179ml Output : 1170ml Balance : +9 ml

Berdasarkan tabel 4.3 pasien An. N intake (816 ml) lebih besar dibandingkan output (730 ml) dengan balance +86 ml dan pada An. A intake (1179 ml) lebih besar dibandingkan output (1170 ml) dengan balance +9 ml.

4.1.3 Identifikasi Penanganan Diare Pada Anak Diare Dengan Dehidrasi Berat

Responden 1

Responden diberikan terapi rehidrasi melalui intravena dikarenakan hasil pemeriksaan didapatkan mata cekung, anak malas dan terkadang menolak untuk diberi minum. Hasil perhitungan balance cairan anak mengalami kekurangan cairan dikarenakan muntah 3-5 kali dan diare 5 kali, oleh karena itu An.N mengalami diare dengan dehidrasi berat. Setelah dilakukan pemeriksaan, responden akan dilakukan pemasangan infus. Sementara petugas menyiapkan untuk pemasangan infus, responden diberi minum oralit sedikit-sedikit. Seiring dilakukan pemasangan infus, responden

diambil darahnya untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium. Kemudian responden mendapatkan terapi rehidrasi dengan cairan Kaen 3B 500 cc selama 3 jam. Selain mendapatkan terapi rehidrasi pasien mendapatkan obat injeksi ondancentron inj 1 mg, antrain inj 100 mg, cefotaxime inj 250 mg dan ranitidine inj 8 mg. Kaen 3B merupakan cairan khusus untuk memenuhi kebutuhan harian air dan elektrolit dengan kandungan kalium cukup untuk mengganti eksresi harian-harian pada keadaan oral terbatas yang berfungsi untuk kebutuhan responden, Setelah terapi rehidrasi selesai, pasien dilakukan observasi kembali derajat dehidrasi dan didapatkan derajat dehidrasi berubah menjadi dehidrasi ringan didukung dengan data responden sudah mau minum, diare 1x (dalam 3 jam), tidak muntah, mata masih cekung, dan rewel, suhu 36,9^{0}C , nadi 130x/menit, SpO2 96 % kesadaran composmetis, GCS 456. Hasil perhitungan balance cairan +86 cc. Dari hasil observasi tersebut pasien mendapatkan terapi cairan Kaen 3B 750cc/24 jam.

Responden 2

Responden diberikan terapi rehidrasi melalui intravena dikarenakan hasil pemeriksaan didapatkan mata cekung, anak lemas dan terkadang menolak untuk diberi minum. Hasil perhitungan balance cairan anak mengalami kekurangan cairan dikarenakan muntah 4 kali dan diare 10 kali, oleh karena itu An.A mengalami diare dengan dehidrasi berat. Setelah dilakukan pemeriksaan, responden

akan dilakukan pemasangan infus. Sementara petugas menyiapkan untuk pemasangan infus, responden diberi minum oralit sedikit-sedikit. Seiring dilakukan pemasangan infus, responden diambil darahnya untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium. Kemudian responden mendapatkan terapi rehidrasi dengan cairan Ring As 240 ml selama 1 jam. Selain mendapatkan terapi rehidrasi pasien mendapatkan obat injeksi ondancentron inj 1 mg dan cefotaxime inj 300 mg. Setelah terapi rehidrasi selesai, responden dilakukan observasi kembali derajat dehidrasi dan didapatkan responden belum mau minum, tidak diare, tidak muntah, mata masih terlihat cekung. Terapi rehidrasi dilanjutkan dengan pemberian Ring As 500ml selama 4 jam. Setalah 4 jam, cairan Ringer Asetat merupakan cairan kristalroid yang bersifat isotonic, maka efektif dalam mengisi sejumlah volume cairan dalam pembuluh darah dalam waktu yang singkat, dan berguna bagi pasien yang memerlukan cairan segera dan dapat mempertahankan suhu tubuh yang berfungsi untuk responden kemudian dilakukan observasi kembali derajat dehidrasi berubah menjadi ringan, anak BAB 2x, tidak muntah, anak sudah mau minum dan rewel, S 37.5^{0}C, Nadi, 135 /menit, SpO2 96%, kesadaran cmposmentis, GCS 456. Hasil balance cairan didapatkan +9cc. Dari hasil observasi tersebut pasien mendapatkan terapi cairan D5 ¼ Ns 750cc/24 jam.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Identifikasi Kebutuhan Cairan Pada Anak Diare Dengan Dehidrasi Berat

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil bahwa anak N dengan BB 7 Kg membutuhkan cairan sebanyak 700 ml. Sedangkan anak A dengan BB 8 kg membutuhkan cairan sebesar 800 ml. sedangkan Berdasarkan tabel 4.2 pasien An. N intake (255 ml) lebih kecil dibandingkan output (690 ml) dengan balance -435 ml dan pada An. A intake (300 ml) lebih kecil dibandingkan output (1130 ml) dengan balance -830 ml.

Pasien mengalami dehidrasi terlihat dari tanda-tanda dan catatan input dan catatan outputnya. Pasien mengalami dehidrasi dikarenakan usus berkerja tidak sempurna sehingga sebagian besar air dan zat-zat yang terlarut di dalamnya dibuang bersama tinja sampai akhirnya tubuh kekurangan cairan. Dehidrasi terjadi karena kehilagan air (*output*) lebih banyak dari pada pemasukan air (*input*) (Suratmaja, 2010). Dehidrasi umumnya terjadi pada bayi dan anak-anak ketika haluaran cairan total melebihi asupan cairan total (Muscari, 2005). Bayi secara proporsional memiliki rasio cairan ekstraselular yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang dewasa. Konsekuensinya, kadar natrium dan klorida tubuh total lebih tinggi dan kadar kalium, magnesium, dan fosfat lebih rendah. Aspek yang sangat penting dari keseimbangan cairan adalah hubungannya dengan sistem lain. Di samping kecepatan pertukaran

cairan sebanyak tujuh kali lebih cepat dibandingkan dengan orang dewasa, lalu metabolisme pada bayi dua kali lebih cepat terkait berat badannya. Akibatnya, terbentuk dua kali lebih banyak asam yang mempercepat terjadinya asidosis.

Berdasarkan hasil studi kasus ini peneliti berasumsi bahwa kedua responden intake dan outputnya tidak seimbang. Hal ini dikarenakan keadaan pasien yang terus mengeluarkan cairan dari mutah dan buang air besar sedangkan responden susah untuk minum, maka menyebabkan kekurangan cairan dalam tubuh atau disebut dengan dehidrasi. Dehidrasi sangat berbahaya terhadap keselamatan hidup manusia. Tingkat keparahan yang dapat ditimbulkan bergantung pada seberapa besar derajat dehidrasi yang dialaminya.

4.2.2 Identifikasi Penanganan Diare Pada Anak Dengan Dehidrasi Berat

Berdasarkan hasil studi kasus didapatkan bahwa Responden pertama mengalami dehidrasi berat. An.N diberikan terapi rehidrasi melalui intravena dengan cairan Kaen 3B 500 cc selama 3 jam. Selain mendapatkan terapi rehidrasi pasien mendapatkan obat injeksi ondancentron inj 1 mg, antrain inj 100 mg, cefotaxime inj 250 mg ranitidine inj 8 mg, dan mendapatkan terapi oral oralit dan L-Bio. Setelah terapi rehidrasi selesai, pasien dilakukan observasi kembali. Dari hasil observasi tersebut pasien mendapatkan terapi cairan Kaen 3B 750cc/24 jam, injeksi ondancentron 3 x 1 mg injeksi antrain 3 x

100 mg, cefotaxime 2 x 250 mg,oralit semau anaknya dan L-Bio 1 x 1 sachet.

Sedangkan pada responden kedua diberikan terapi rehidrasi melalui intravena dengan cairan Ring As 240 ml selama 1 jam dilanjutkan Ring As 500 ml selama 4 jam. Selain mendapatkan terapi rehidrasi pasien mendapatkan obat injeksi ondancentron inj 1 mg, cefotaxime inj 300 mg dan obat oral oralit. Setelah terapi rehidrasi selesai, responden dilakukan observasi. Dari hasil observasi tersebut pasien mendapatkan terapi cairan D5 ¼ Ns 750cc/24 jam, ondancentron 3 x 1 mg, cefotaxim2 x 300 mg, oralit semau anaknya, sirup trynoxol 2 x 1cth , sanmol drop 0.8 cc/4jam.

Menurut WHO Indonesia (2008) gejala yang sering muncul pada anak dehidrasi ialah mata cekung, malas minum, cubit kulit perut kembali lambat.sedangkan menurut sodikin (2011) gejala ubun-ubun cekung, warna feses berubah menjadi kehijauan bercampir empedu. Pada studi kasus pasien mengalami masalah muntah pada saat diare. Muntah dianggap sebagai suatu cara perlindungan alamiah dari tubuh terhadap zat-zat yang merangsang (lolopayung, 2014). Berat badan yang turun dan kulit yang pucat merupakan gejala yang muncul saat anak diare disertai dehidrasi (wikinson, 2011). penanganan juga di tujukan untuk mengoreksi osmolaritas pada pasien yang mengalami diare dengan dehidrasi. Sedangkan pada dehidrasi berat harus dilakukan evaluasi laboratorium dan terapi rehidrasi intravena, penyebab dehidrasi harus digali dan ditangani dengan baik

Dalam pedoman yang di gunakan oleh RS Muammadiyah Surabaya yaitu buku saku pelayanan kesehatan anak di rumah sakit, penatalaksanaan anak diare dengan dehidrasi berat harus diberi rehidrasi intravena secara cepat yang diikuti dengan rehidrasi oral. Pertama mulai berikan cairan intravena segera. Pada saat infus disiapkan, beri larutan oralit jika anak bisa minum. Nilai dan tangani dehidrasi seperti penanganan diare akut lainnya (rencana terapi C), beri pengobatan antibiotik oral. Berikan zinc segera setelah anak tidak muntah lagi (WHO Indonesia, 2008).

Berdasarkan hasil studi kasus bahwa penanganan pada kedua responden sudah sesuai dengan urutan penanganan dehidrasi berat (rencana terapi C) pada pedomanyang digunakan yaitu buku saku pelayanan kesehatan anak di rumah sakit (WHO Indonesia, 2008) sehingga dehidrasi pada kedua responden dapat teratasi. Tetapi ada perbedaan jumlah pemberian cairan, pada responden 1 mendapatkan cairan kaen 3B 500cc selama 3 jam dimana pemberian ini sesuai dengan jumlah kehilangan cairan kemudian di lanjutkan dengan cairan maintance. Untuk jumlah cairan maintenance di berikan kaen 3B 750cc/24jam sudah sesuai dengan kebutuhan cairan anak dihitung dari berat badan. Pada responden 2 mendapatkan cairan Ring As 240ml selama 1 jam dan di lanjutkan Ring As 500ml selama 4 jam dimana terapi ini sudah sesuai dengan rencana terapi C pada buku saku pelayanan kesehatan anak di rumah sakit (WHO Indonesia, 2008). Untuk jumlah cairan maintenance di berikan D5¼ NS 750cc/24jam

sudah sesuai dengan kebutuhan cairan anak dihitung dari berat badan. Jumlah pasien dan tenaga yang tidak seimbang saat itu menyebabkan observasi 15-30 menit tidak selalu dilakukan. Observasi pada saat itu dilakukan setelah waktu pemberian cairan yang ditentukan telah habis. Secara sederhana prinsip penatalaksanaan dehidrasi adalah mengganti cairan yang hilang dan mengembalikan keseimbangan elektrolit, sehingga keseimbangan hemodinamik kembali tercapai.