

BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien hypovolemia dengan diagnose medis Gea di ruangan IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa, maka penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian dan kesenjangan yang terdapat antara teori, penelitian terdahulu dan khusus. Terhadap pada BAB ini sesuai dengan proses asuhan keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

1. Riwayat Penyakit

Pasien anak laki-laki yang berusia 2 tahun datang ke IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa di bawah oleh dua orang tuanya karena BAB encer berkali-kali. Pada pengkajian primer An.R tidak memiliki masalah *Airway* dan *Breathing* frekuensi napas 34x/menit serta SpO₂: 96%. Untuk *Circulation*, diperoleh akral hangat dan pucat, nadi lambat dengan frekuensi 113x/menit. *Disability*, ditemukan tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4M5V6), pupil isokor dengan diameter 2 mm. *Exposure*, tidak ditemukan masalah yang dimana pasien tidak memiliki trauma serta tidak memiliki keluhan nyeri.

Pada pengkajian sekunder, ditemukan pasien tidak memiliki riwayat alergi dan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. Pengkajian fisik pada kepala dan wajah diperoleh bahwa wajah simetris, konjunktiva tidak anemia, sklera berwarna putih, bibir pucat, fungsi penglihatan baik, fungsi penciuman baik, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Untuk dada, bentuk dada normal, gerakan dada simetris, suara napas gurgling, tidak ada retraksi dada. Pada perut dan pinggang, ditemukan abdomen datar, tidak terdapat adanya pembesaran organ abdominal. Pada pelvis dan perineum, tidak ditemukan masalah. Ekstremitas, ditemukan kekuatan otot atas: sebelah kanan dan sebelah kiri normal, bawah: sebelah kanan dan sebelah kiri normal, untuk kekuatan ekstremitas atas: sebelah kanan dan sebelah kiri 5, bawah: sebelah kanan dan sebelah kiri 5. Pada punggung dan tulang belakang ditemukan tidak ada kelainan. Untuk psikososial dan seksualitas tidak ditemukan masalah.

Pemeriksaan penunjang dilakukan pada tanggal 25 Maret 2024 berupa pemeriksaan laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
DARAH RUTIN			
WBC	8.44	$10^3/uL$	4-10
Neutrophil#	6.80	$10^3/uL$	2.0-7
Lymphocyte#	1.11	$10^3/uL$	1.0-3.0
Monocyte#	0.39	$10^3/uL$	0.20-0.80
Eosinophil#	0.12	$10^3/uL$	0-0.50
Basophil#	0.02	$10^3/uL$	0-0.15
Neutrophil%	H 80.5	%	40-70
Lymphocyte%	L 13.1	%	18-45
Monocyte%	4.7	%	4-12
Eosinophil%	1.4	%	0.5-7
Basophil%	0.3	%	0-2
RBC (Erythrocyte)	4.55	$10^6/uL$	4.0-6.2
Haemoglobin	11.3	g/dL	11.0-17.0
HCT	43.9	%	35-55
MCV	96.6	fL	80-100
MCH	31.7	pg	26-34
MCHC	34.5	g/dL	31-35
RDW-CV	12.8	%	11-17
RDW-SD	42.6	fL	37-49
Platelet	190	$10^3/uL$	150-450
MPV	7.8	fL	7-11
PDW	15.8	fL	1-18
PCT	H 0.47	%	0.15-0.40
IMUNOLOGI			
NS-1	Negatif		Negatif

Terapi medikasi yang diberikan pada pasien yaitu IVFD Asering 500 ml, Paracetamol 8cc, Ondansetron 1,3mg, zink syr 1x1, dan Lacto B 1x1.

Hasil pengkajian di RSUD Syekh Yusuf Gowa didapatkan bahwa penanganan pasien hipovolemia dengan kasus Diare saat awal masuk IGD dengan BAB encer. Langkah awal yang dilakukan adalah menempatkan pasien dating diantar oleh keluarganya di ruang IGD.

2. Analisa Data

Berdasarkan riwayat penyakit yang diperoleh maka penulis menyusun analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan kasus. Data objektif yang didapatkan yaitu, konsistensi feces encer dan berwarna kuning, mukosa bibir kering kulit pasien teraba hangat, pasien tampak lemah, nadi teraba lemah, nadi 113x/menit, RR 32x/menit, suhu 37,8 °C, SpO₂ 94%. Dari data-data tersebut penulis merumuskan masalah berdasarkan data yang ditemukan pada pasien sehingga dapat menegakkan masalah keperawatan yaitu hipovolemia. Oleh karena itu, penulis dapat merumuskan masalah keperawatan sesuai dengan data tersebut yaitu manajemen hipovolemia.

3. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas terdapat 3 masalah keperawatan yang muncul dan disusun berdasarkan prioritas masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu hipovolemia berhubungan dengan kehilangan intake cairan ditandai dengan demam, nadi meningkat (113x/menit), suhu tubuh pasien diatas normal 37,8°C, tampak membran mukosa kering. Untuk diagnosa keperawatan kedua yaitu diare berhubungan dengan iflamasi gastrointestinal ditandai dengan konsistensi feces encer dan berwarna kuning. Untuk diagnosa keperawatan ketiga yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/ BAB sering ditandai dengan pasien tampak kemerahan di area pantat.

4. Intervensi Keperawatan

a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan intake cairan

Tujuan intervensi yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan status cairan membaik

dengan kriteria hasil berupa frekuensi nadi membaik, turgor kulit membaik. Untuk rencana intervensi yang dilakukan yaitu manajemen hipovolemia meliputi, periksa tanda dan gejala hipovolemia, hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis.

b. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal

Tujuan intervensi yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil berupa konsistensi feses membaik, frekuensi BAB membaik, peristaltic usus membaik. Untuk rencana intervensi yang dilakukan yaitu manajemen diare meliputi, memonitor pemberian makanan, memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, memonitor jumlah pengeluaran diare, memonitor asupan cairan oral, memonitor pasang jalur intervena, kolaborasi pemberian obat antimotilitas.

c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering

Tujuan intervensi yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil berupa kerusakan lapisan kulit menurun, kemerahan menurun, tekstur membaik. Untuk rencana intervensi yang dilakukan yaitu perawatan integritas kulit meliputi, identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare, gunakan produk berbahan ringan/alamidan hipoalergik pada kulit kering, anjurkan menggunakan pelembab.

5. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 24 Maret 2024 penulis melakukan implementasi yaitu pada pukul 14.05 memonitor suhu tubuh, nadi, pernapasan, dengan hasil suhu 37,8°C, RR: 32x/menit, nadi 113x/menit, setelah itu pukul 14.40 memonitor komplikasi akibat hipovolemia karena pasien terus menerus BAB encer saat berada di rumah, kemudian pukul 15.03 pasien dipasang

akses IV dengan cairan assering 500ml, ketika sudah terpasang infus selanjutnya pada pukul 15.05 melakukan kolaborasi pemberian obat IV yaitu ondansetron 1,3 dan paracetamol 8cc sesuai dengan BB anak.

Kemudian pukul 15.20 periksa kembali tanda dan gejala hipovolemia, pukul 15.45 berikan asupan cairan oral, kemudian pukul 16.02 dilakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis dengan terpasang cairan infus assering 10 tpm.

6. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada diagnosa pertama hipovolemia berhubungan dengan kehilangan intake cairan ditemukan pasien tampak diare, TTV: N:113x/menit, P:32x/menit, S:37,8°C.

Pre-Evaluasi	Implementasi	Post-Evaluasi
Nadi:113x/menit, membrane mukosa kering.	Periksan tanda dan gejala hipovolemia	Nadi:120x/menit, membrane mukosa lembab
Pasien susah minum	Berikan asupan cairan oral	Pasien mau minum sedikit-sedikit
Pasien datang ke IGD belum terpasang infus	Berkolaborasi pemberian cairan Iv isotonis	Pasien dipasang akses IV dengan cairan assering 500ml, dan pemberian obat IV yaitu ondansetron 1,3mg, paracetamol 8cc sesuai BB anak

Assessment yang diperoleh yaitu hipovolemia belum teratasi sehingga *Planning* yang dilakukan yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan periksa tanda dan gejala hipovolemia, berikan asupan cairan, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis

Pada evaluasi diagnosa keperawatan diare ditandai dengan konsistensi feces encer dan berwarna kuning

Pre-Evaluasi	Implementasi	Post-Evaluasi
Pasien hanya minum susu formula	Memonitor pemberian makanan	Pasien hanya minum susu formula
Warna feses kuning konsistensi cair, ampas dikit, tidak bercampur darah	Memonitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja	Warna feses kuning konsistensi berampas, tidak bercampur darah
Feses dikeluarkan berkali-kali/hari	Jumlah pengeluaran diare	Feses dikeluarkan 4x/hari
Pasien datang ke IGD belum terpasang infus	Memonitor pasang jalur intervena	Pasien dipasangkan akses IV dengan cairan assering 500ml

Assessment yang diperoleh yaitu diare belum teratasi sehingga *Planning* yang dilakukan yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan memonitor pemberian makanan, memonitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja, jumlah pengeluaran diare.

B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini, penulis akan membahas tentang adanya kesesuaian antara teori dan hasil dari intervensi yang dianalisis yaitu penerapan manajemen hipovolemia terhadap perbaikan status cairan dengan pada pasien diare akut. Pengkajian dilaksanakan selama 1 hari pada pasien An.R pada tanggal 24 Maret 2023 di IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada pasien sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1. Pengkajian

Hasil pengkajian tanggal 24 maret 2024 pukul 01.05 WITA diagnosa keperawatan hipovolemi pada An.R berusia 2 tahun dengan diagnose medis Diare Akut dan hasil pengkajian didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien BAB encer berkali kali disertai muntah, keluarga pasien

mengatakan pasien demam sejak kemarin, dan keluarga pasien mengatakan klien lemas selanjutnya berdasarkan data objektif konsistensi feses encer dan berwarna kuning, pasien tampak membran mukosa kering, nadi: 113 x/menit, pernapasan: 32 x/menit, suhu :37,8°C, SpO₂ :94%.

Hipovolemia merupakan adalah penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intaseluler (PPNI, 2018). Hasil pengkajian kasus kelolaan yang diteliti didapatkan persamaan data mayor dan minor yang sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam masalah keperawatan diare akut. Data mayor dan minor yang dapat mendukung masalah keperawatan diare akut, pasien mengeluh haus, merasa lelah, sering buang air besar (BAB).

Menurut (Wijayaningsih, 2013) yang menjelaskan bahwa manifestasi klinis diare pada anak yaitu anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang, sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, anus dan sekitarnya lecet, terdapat tanda dan gejala dehidrasi, elastisitas kulit menurun, mata cekung membran mukosa kering, dan pasien sangat lemas. Pada pengkajian di dapatkan hasil yaitu ibu pasien mengatakan anaknya BAB encer dan demam sejak kemarin, kesadaran pada saat diperiksa komposmentis serta keadaan umum pasien masih lemah dan lesu, pasien BAB disertai muntah, demam, mukosa bibir kering, kulit pasien teraba hangat dan pasien tampak rewel serta tanda-tanda vitalnya adalah nadi 113x/menit, pernapasan 32x/menit, suhu 37,8°C. Dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh (Aprianita et al., 2020). Diare akut kehilangan cairan terjadi dalam waktu singkat, jika kehilangan cairan > 10% berat badan maka pasien akan mengalami pre-syok atau syok karena hipovolemia (berkurangnya volume darah). Gangguan asam basa (asidosis) karena kehilangan cairan elektrolit (bikarbonat) dari dalam tubuh, sebagai kompensasinya tubuh akan bernafas cepat untuk membantu meningkatkan pH arteri. Buang air besar cair atau lembek, muntah sebagai penyerta pada gastroenteritis akut, demam serta gejaladehidrasi.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan pada kasus kelolaan yaitu manajemen hipovolemia dengan status cairan dengan tanda-tanda yang meliputi kekuatan nadi meningkat, membran mukosa lembab meningkat, turgor kulit membaik. Mulut tampak kering, sering BAB dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien didapatkan hasil nadi 113x/menit, suhu 37,8°C, pernafasan 32x/menit, saturasi oksigen 94%,.

Diagnosis keperawatan yang ditetapkan pada kasus kelolaan adalah manajemen hipovolemia berhubungan dengan kehilangan intake cairan telah sesuai dengan teori dalam penetapan diagnosis keperawatan menurut standar diagnosa keperawatan Indonesia yang terdiri dari 80-100% memuat tanda dan gejala mayor dan didukung oleh tanda dan gejala minor yang muncul pada saat pengkajian (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Pada penderita diare frekuensi BAB meningkat sehingga mengakibatkan hilangnya cairan dan elektrolit berlebihan melalui feses, maka gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan terjadi dehidrasi hingga mengakibatkan hipovolemi (kekurangan volume cairan) (Medri, 2021).

Diagnosa keperawatan kedua pada kasus yaitu diare akut berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal dengan tanda-tanda yang meliputi pasien mengeluh BAB encer berkali-kali disertai muntah, merasa lemah, konsistensi feses encer dan berwarna kuning.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan (Medri, 2021) diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dengan konsistensi lebih cair dari biasanya, dengan frekuensi lebih tinggi dari tiga kali dalam satu hari. Diare juga didefinisikan sebagai suatu kumpulan dari gejala infeksi pada saluran pencernaan yang dapat disebabkan oleh beberapa organisme seperti bakteri, virus, parasit. Ketika infeksi organisme terjadi dalam saluran pencernaan kemudian berkembang di usus dan terjadi hipersekresi air dan elektrolit dalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

Diagnosa keperawatan ketiga pada kasus kelolahan yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/ BAB sering. dengan tanda-tanda yang meliputi pasien mengeluh pasien merasa gatal-gatal pada daerah pantat, tampak kemerahan.

Pada diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit dapat ditegakkan karena adanya perubahan sirkulasi yang menyebabkan kelembaban dan kekurangan/kelebihan volume cairan dan tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100% (Medri, 2021).

3. Intervensi Keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah intervensi, intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Menurut buku (PPNI, 2018b), terdapat 4 tindakan dalam intervensi keperawatan yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Pada masalah keperawatan hipovolemi yang dilakukan pada klien intervensinya yaitu observasi : identifikasi tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, terapeutik : berikan asupan cairan per oral dan kolaborasi : kolaborasi pemberian cairan IV.

Pada masalah keperawatan diare yang dilakukan intervensinya yaitu obeservasi : identifikasi penyebab diare, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor tanda dan gejala hipovolemia dan monitor iritasi kulit di daerah perinial, edukasi : anjurkan makanan porsi kecil tapi sering dan anjurkan melanjutkan pemberian ASI.

Pada masalah keperawatan gangguan integritas kulit yang dilakukan intervensinya yaitu obeservasi : identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, terapeutik : bersihkan perinial dengan air hangat, edukasi : anjurkan menggunakan pelembab dan anjurkan minum air yang cukup.

4. Manajemen Hipertermia

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien yaitu manajemen hipovolemia berupa monitor frekuensi nadi pasien lemah yang bertujuan untuk mengetahui perubahan frekuensi nadi pasien, anjurkan untuk tirah baring yang bertujuan untuk mengistirahatkan tubuh, kolaborasi dalam pemberian obat IV dan cairan infus ASERING 10 tpm (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Pemberian cairan infus asring pada penderita diare bertujuan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang saat terjadi diare dengan dehidrasi ringan/sedang sampai dengan berat (Chasanah, 2018). Pada penelitian yang dilakukan oleh Ridaul Chasanah (2018), menemukan bahwa sebagian besar balita yaitu sebanyak 55 balita (91,7%) yang terkena diare diberikan cairan asering. Sedangkan penelitian yang dilakukan (Nurjanah et al., 2023) setelah dilakukan tindakan pemberian asering pada pasien diare terbukti efektif untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang.

Pada kegiatan Implementasi, peneliti melakukan kontrak keperawatan sebelumnya untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, siapa yang melaksanakan, tujuan dan tindakan apa saja yang dilakukan, serta peralatan yang perlu dipersiapkan. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien berupa memonitor frekuensi nadi, kekuatan nadi, frekuensi napas hasil: Nadi: 113x/menit RR: 32x/menit, nadi teraba lemah, memonitor komplikasi hipovolemia anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL, ASERING), kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate), kolaborasi pemberian produk darah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan akhir dari beberapa tahapan keperawatan dalam penentuan tingkat keberhasilan Asuhan Keperawatan yang diberikan (Siregar, 2020). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning) (Cahya et al.,

2023).

Berdasarkan acuan teori komponen SOAP yaitu S (*subjektif*) merupakan keluhan-keluhan yang tetap dirasakan oleh pasien walaupun sudah diberikan tindakan, O (*objektif*) merupakan data yang berdasar kepada hasil dari pemeriksaan/pengukuran yang dilakukan langsung kepada pasien, A (*Assesment*) merupakan penjelasan makna data baik subjektif maupun objektif sebagai upaya dalam penilaian tujuan yang sudah ditentukan,, P (*Planning*) adalah proses perencanaan yang dilakukan perawat dalam hal melanjutkan, menghentikan, ataupun menambah rencana tindakan dari rencana yang sebelumnya sudah ditetapkan. Perawat akan menghentikan rencana saat tujuan tercapai. Sedangkan, apabila belum tercapai tujuan maka perawat akan memodifikasi rencana dan melanjutkannya.

Evaluasi keperawatan yang diperoleh diagnosi manajemen hypovolemia pada subjektif penelitian sesuai dengan metode SOAP yaitu *Subjektif*: keluarga pasien mengatakan pasien BAB encer berkali-kali disertai muntah, *Objektif*: nadi terasa lemah, tampak membran mukosa kering, *Assesment*; masalah keperawatan manajemen hypovolemia belum teratasi, *Planning*: lanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang diperoleh diagnosi manajemen diare pada subjektif penelitian sesuai dengan metode SOAP yaitu *Subjektif*: keluarga pasien mengatakan pasien BAB encer berkali-kali disertai muntah, pasien merasa lemah, *Objektif*: konsistensi feces encer dan berwarna kuning, *Assesment*; masalah keperawatan manajemen diare belum teratasi, *Planning*: lanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang diperoleh diagnosi manajemen diare pada subjektif penelitian sesuai dengan metode SOAP yaitu *Subjektif*: keluarga pasien mengatakan gatal-gatal diare pantat, *Objektif*: tampak kemerahan diarea pantat, *Assesment*; masalah keperawatan perawatan integritas kulit belum teratasi, *Planning*: lanjutkan intervensi.

Pada penelitian (Siore & Sise, 2022) didapatkan hasil evaluasi akhir diagnosis hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tujuan dan kriteria hasil tercapai nadi teraba lemah, nadi: 100x/menit, frekuensi nadi 112 membaik, turgor kulit meningkat, urin 30cc/8 jam, mukosa kering, TD: 95/64mmhg. Dari 6 kriteria hasil yang disusun hanya 4 yang terpenuhi. Maka data yang tersebut menunjukkan bahwa masalah hipovolemi teratasi Sebagian.