



ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE DENGAN INTERVENSI MANAJEMEN HIPOVOLEMIA DI RSUD DR. WAHIDIN SUDIRO HUSODO KOTA MOJOKERTO

Hardianti Indra Okvisari, Candra Agustina supratiwi, Nafi' Atu Amaliyah, Aris Wibowo, Enik Ambarsari, Reffly Asrinka Wisnu Murti, Rizki Novia Ningrum
Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto

| Artikel info | ABSTRAK |
|--|--|
| <p>Corresponding Author:</p> <p>Hardianti Indra Okvisari okvi2810@gmail.com Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto</p> | <p>Diare merupakan gejala umum dari infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh berbagai macam patogen, termasuk bakteri, virus dan protozoa. World Health Organization (WHO) memperkirakan 4 miliar kasus terjadi di dunia pada tahun 2000 dan 2,2 juta diantaranya meninggal, sebagian besar merupakan anak-anak dibawah usia 5 tahun (Dehi, 2015). Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan penerapan manajemen hypovolemia dengan teknik non farmakologi dengan Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral pada pasien dengan diare di ruangan Kencono Wungu RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo kota Mojokerto. Penelitian ini menggunakan metode review kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan mengambil dua kasus sebagai unit analisis. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan dari review kasus. Berdasarkan penerapan dan analisa data diperoleh kesimpulan bahwa manajemen hypovolemia dengan teknik non farmakologi dengan Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral untuk menyeimbangkan cairan dari dalam tubuh sehingga meningkatkan cairan dari dalam tubuh pasien dapat membaik. Hal ini dibuktikan pada hari ketiga pasien sudah tidak lemas, BAB sudah tidak cair, sudah tidak mual dan muntah, mata tidak tampak cekung dan mukosa mulut lembab, nadi normal.</p> <p>Keywords: <i>Diare, Hypovolemia</i></p> |
| This article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) | |

PENDAHULUAN

Menurut World Health Organization (WHO) pengertian diare adalah buang air besar dengan konsistensi cair sebanyak 3 kali atau lebih dalam satu hari atau 24 jam. Dua kriteria penting harus ada yaitu buang air besar cair dan sering, jadi misalnya buang air besar sehari tiga kali tapi tidak cair, maka tidak bisa disebut diare. Begitu juga apabila buang air besar dengan tinja cair tapi tidak sampai tiga kali dalam sehari, maka itu bukan diare. Pengertian diare di definisikan adanya inflamasi pada membrane mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare, muntahmuntah yang berakibat kehilangan cairan dan elektrolit yang

menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Betz & Sowden, 2009). Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan encernya tinja yang dikeluarkan dengan frekuensi BAB yang lebih sering dibandingkan dengan biasanya. Pada umumnya, diare terjadi akibat konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri, virus, atau parasit. Biasanya diare hanya berlangsung beberapa hari, namun pada sebagian kasus memanjang hingga berminggu-minggu (Sertiana Oktami, 2017).

Diare akut adalah buang air besar dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair, kandungan air tinja lebih banyak dari pada biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml dalam 24 jam. Definisi lain diare memakai frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali perhari. Buang air besar tersebut dapat atau tanpa disertai lendir dan darah. Penularan diare karena infeksi melalui transmisi fekal-oral langsung dari penderita diare atau melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri patogen yang berasal dari tinja manusia, hewan, bahan muntahan penderita dan juga dapat melalui udara atau melalui aktifitas seksual kontak oral-genital atau oral-anal (Hardi, 2016). Mekanisme dasar yang menyebabkan diare ialah yang pertama gangguan osmotik, akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit dalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus, isi rongga usus yang berlebih ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare. Kedua akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus. Ketiga gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula. Selain itu diare juga dapat terjadi, akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung, mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare (Lestari, 2016).

Usus halus menjadi bagian absorpsi utama dan usus besar melakukan absorpsi air yang akan membuat solid dari komponen feses, dengan adanya gangguan dari gastroenteritis akan menyebabkan absorpsi nutrisi dan elektrolit oleh usus halus, serta absorpsi air menjadi terganggu. Selain itu, diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Pada manifestasi lanjut dari diare dan hilangnya cairan dan elektrolit memberikan manifestasi pada ketidakseimbangan asam basa dan gangguan sirkulasi yaitu terjadinya gangguan keseimbangan asam basa (metabolik asidosis). hal ini terjadi karena kehilangan Na bikarbonat bersama feses. Menurut (Anwar, R.N., & Azizah, 2020) pengobatan adalah suatu proses yang menggambarkan pengetahuan, keahlian, serta pertimbangan professional di setiap tindakan untuk membuat keputusan Tujuan penatalaksanaan diare terutama: Mencegah dehidrasi, Mengobati dehidrasi, Mencegah gangguan nutrisi dengan memberikan makan selama dan sesudah diare, Memperpendek lamanya sakit dan mencegah diare menjadi berat.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk dengan pendekatan case study research (studi kasus) untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada anak dengan diare. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Subyek penelitian pada kasus ini adalah 2 orang pasien dengan diagnosa medis Diare yang mengalami masalah hypovolemia di Ruang Kencono Wungu RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto. Metode Pengumpulan Data adalah Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan: inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi/ IAPP) pada sistem tubuh klien. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik). Instrumen Pengumpulan Data Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku.

HASIL PENELITIAN

a. Data Pengkajian Keperawatan

Pada saat pengkajian pasien 1 mengeluh Bab Cair lebih dari 10 kali, badan panas dan lemas. Sehari sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh BAB cair lebih dari 6 kali. Di dalam keluarga pasien tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data keadaan umum komposmentis, Tekanan Darah 100/70 mmHg, HR 118x/menit, Suhu 38.5°C, RR 26x/menit, SpO2 96 %. Berat Badan pasien 75 kg. Tidak terdapat oedema pada ekstremitas, tidak terdapat wheezing maupun ronki, CRT 4 detik. Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Tn. N tanggal 30 Juli 2023: Hemoglobin 13,4 g/dl (L: 13,2 – 17,3 | P: 11,7 – 15,5), Leukosit 8,3 103/μl (4,0 – 11,0), Eritrosit 4,56 106/μl (L: 4,4 – 5,9 | P: 3,8 – 5,2), Trombosit 191.000/μl (150 – 450), Hematokrit 42,7 % (L: 40,0 – 52,0 | P: 35,0 – 47,0), Natrium 131,9 U/L (< 50), Kalium 2,92 103/μl (< 50). Terapi medis Tn. N tanggal 30 Juli 2023 : Inj.Ranitidin 2 x 50 mg/ IV, inj.Ondancetron 2 x 4 mg/ IV, inj.Santagesik 3 x 1000 mg/ IV, Infus RL 1500 cc/ 24 jam (21 tpm) infus NS+KCL 25 meq diulang 2x 14 tpm. New diatab 3x 2 tab, sucralfate syr 3xCl

Pada saat pengkajian pasien 2 mengeluh BAB cair lebih dari 8 kali, mual, muntah dan lemas. Sehari sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh BAB cair lebih dari 6 kali dan pasien tidak nafsu makan. Di dalam keluarga pasien tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data keadaan umum komposmentis, Tekanan Darah 90/60 mmHg, HR 68x/menit, Suhu 37.6°C, RR 26x/menit, SpO2 96 % Berat Badan 65 kg. Tidak terdapat oedema pada ekstremitas, tidak terdapat wheezing maupun ronki, CRT 5 detik Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Tn. W tanggal 7 Agustus 2023: Hemoglobin 12,4 g/dl (L: 13,2 – 17,3 | P: 11,7 – 15,5), Leukosit 6,3 103/μl (4,0 – 11,0), Eritrosit 4,56 106/μl (L: 4,4 – 5,9 | P: 3,8 – 5,2), Trombosit 225.000/μl (150 – 450), Hematokrit 38,7 % (L: 40,0 – 52,0 | P:

35,0 – 47,0), Natrium 130 U/L (< 50), Kalium 2,73 103/ μ l (< 50). Terapi medis Tn. W tanggal 7 Agustus 2023 : Inj.Ranitidin 2 x 50 mg/ IV, inj.Ondancetron 2 x 4 mg/ IV, inj.Santagesik 3 x 1000 mg/ IV, Infus RL 1500 cc/ 24 jam (21 tpm) infus NS+KCL 25 meq diulang 3x 14 tpm. Sucralfate syr 3x CI, New diatab 3x2tab.

b. Diagnosa keperawatan (Nursing Diagnosis)

Tabel 1. Diagnosa Keperawatan Diare

| Wawancara | Observasi | Dokumentasi (pemeriksaan penunjang) | Masalah Keperawatan | Etiologi | Diagnosis Keperawatan |
|--|---|--|---------------------|----------------------------|---|
| Tn. N mengeluh badan lemas, Bab Cair lebih dari 10 kali | Pasien tampak lemas dan BAB cair 10 kali | - Mata tampak cekung - Mukosa mulut kering - TD : 100/70 mmhg - HR : 118x/menit - Suhu 38.5 - Natrium 131,9 U/L - Kalium 2,92 103/ μ l | hipovolemia | Kehilangan cairan aktif | Hipovolemia (D.0023) b.dkehilangan cairan aktif d.d pasien mengatakan badan lemas, BAB cair lebih dari 3x ,turgor kulit menurun, tekanan darah menurun, membrane mukosa kering Suhu tubuh meningkat, hiponatremi dan hipokalemi |
| Tn. W mengeluh badan lemas, Bab Cair lebih dari 8 kali, muntah 5 kali | Pasien tampak lemas dan BAB cair 8 kali | - Mata tampak cekung - Mukosa mulut kering - TD : 90/60 mmhg - HR : 68x/menit - Suhu 37.6 - Natrium 130 U/L - Kalium 27,3 U/ μ l | | | |

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| 16.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral pada Tn. N - Memberikan pasien cairan infus melalui intravena | <ul style="list-style-type: none"> - Output 2450 = - 1450 CC - Minum 600 cc air putih - Inf. NaCl + KCL 25meq ke 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hypovolemia - Monitor intake dan output cairan - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan intravena |
| Senin, 31 Juli 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipovolemia, memeriksa tanda & gejala hypovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah pada Tn N | <ul style="list-style-type: none"> - keadaan umum lemah, Mata tampak cekung, Mukosa mulut kering, TD 110/70 mmhg, HR : 98x/menit, Suhu 38.0 °C | <p>Jam 19.30</p> <p>S : Pasien mengatakan badan lemas, Bab Cair 6 kali, pasien sudah mau minum 1liter/hari O : Keadaan umum lemah, bab cair 6x (+) Mata cekung cukup membaik, Mukosa mulut cukup membaik, Tekanan Darah 110/70 mmHg, HR 88x/menit, Suhu 37.3°C, CRT > 3 detik, A : hipovolemia P : lanjutkan intervensi</p> |
| 07.00 | | | |
| 07.15 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake & output cairan | <ul style="list-style-type: none"> - Intake 2000cc | |
| 07.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral pada Tn. N | <ul style="list-style-type: none"> - Output 2250 = - 250cc | <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hypovolemia - Monitor intake dan output cairan - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral |
| 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pasien cairan infus melalui intravena | <ul style="list-style-type: none"> - Minum 1000 cc air putih | <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan intravena |
| Selasa, 1 Agustus 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipovolemia, memeriksa tanda & gejala hypovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah pada Tn N | <ul style="list-style-type: none"> - keadaan umum cukup, Mata tampak cekung, Mukosa mulut kering, TD : 120/70 mmhg, HR : 88x/menit, Suhu 36.8°C | <p>Jam 12.00</p> <p>S : pasien mengatakan badan sudah tidak lemas, BAB lembek 3 kali, minum 1500liter O : keadaan umum cukup, bab 5x (+) Mata cekung membaik, Tekanan Darah 120/70 mmHg, HR 88x/menit, Suhu 36.8°C, CRT 2 detik, mukosa mulut membaik A : hypovolemia cukup membaik P : lanjutkan intervensi</p> |
| 07.00 | | | |
| 07.15 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake & output cairan | <ul style="list-style-type: none"> - Intake 2000cc | |
| 07.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral pada Tn. N | <ul style="list-style-type: none"> - Output 1800cc = +200cc | <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hypovolemia - Monitor intake dan output cairan - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral |
| 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pasien cairan infus melalui intravena | <ul style="list-style-type: none"> - inf. RL 1500/24 jam | <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan intravena |

Tabel 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada pasien 2 (Tn. W)

| Tanggal dan Waktu | Implementasi Keperawatan | Evaluasi Keperawatan | |
|-----------------------|---|---|--|
| | | Respon Hasil | Evaluasi Perkembangan |
| Senin, 7 Agustus 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipovolemia, memeriksa tanda & gejala hypovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah pada Tn.W | <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah, Mata tampak cekung, Mukosa mulut kering, TD 100/70 mmhg, HR 118x/menit, Suhu 38.5°C | <p>Jam 19.30</p> <p>S : pasien mengatakan badan lemas, Bab Cair 5 kali, mual muntah berkurang, minum air putih 1 liter O : keadaan umum lemah, bab cair 5x (+) Mata cekung sedang, Mukosa mulut sedang, Tekanan Darah 110/70 mmhg, HR 72x/menit, Suhu 37°C, CRT > 3 detik, A : hipovolemia sedang</p> |
| 15.00 | | | |
| 15.15 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake & output cairan | <ul style="list-style-type: none"> - Intake 1000cc | |
| 15.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan memperbanyak asupan | <ul style="list-style-type: none"> - Output 2650 (-) 1650 | |

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| 16.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pasien cairan infus melalui intravena | <ul style="list-style-type: none"> - Minum 600 cc air putih - inf. NaCl + KCL 25meq ke 1 | <ul style="list-style-type: none"> P : lanjutkan intervensi - Periksa tanda dan gejala hypovolemia - Monitor intake dan output cairan - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan intravena |
| Selasa, 8 Agustus 2023 07.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipovolemia, memeriksa tanda & gejala hypovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah pada Tn.W | <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah, Mata tampak cekung, Mukosa mulut kering, TD 110/70 mmhg, HR 72x/menit, Suhu 37°C | <ul style="list-style-type: none"> S : pasien mengatakan badan lemas, Bab Cair 6 kali, mual, muntah 3x O : keadaan umum lemah, bab cair 6x (+)Mata cekung cukup memburuk, Mukosa mulut cukup memburuk, TD : 100/60 mmhg, HR : 68x/menit, Suhu 37.3°C, Natrium130 U/L, Kalium 2,73 |
| 07.15 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake & output cairan | <ul style="list-style-type: none"> - Intake 2000cc | <ul style="list-style-type: none"> 103/μl, CRT >5 detik, |
| 07.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral pada Tn.W | <ul style="list-style-type: none"> - Output 2250 (-) 250 | <ul style="list-style-type: none"> A : hipovolemia sedang |
| 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pasien cairan infus melalui intravena | <ul style="list-style-type: none"> - Minum 600 cc air putih - inf. NaCl + KCL 25meq ke 2 | <ul style="list-style-type: none"> P : lanjutkan intervensi - Periksa tanda dan gejala hypovolemia - Monitor intake dan output cairan - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan intravena |
| Rabu, 9 Agustus 2023 07.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipovolemia, memeriksa tanda & gejala hypovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah pada Tn.W | <ul style="list-style-type: none"> - keadaan umum cukup, Mata cekung membaik, Mukosa mulut membaik, TD: 120/70 mmhg, HR: 80x/menit, Suhu 36.8°C | <ul style="list-style-type: none"> Jam 12.00 S : pasien mengatakan badan sudah tidak lemas, BAB ampas 3 kali, sudah tidak mual muntah dan minum air putih 1 liter |
| 07.15 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake & output cairan | <ul style="list-style-type: none"> - Intake 2000cc | <ul style="list-style-type: none"> O : keadaan umum cukup, bab 3x (+) Mata cekung membaik, mukosa mulut membaik Tekanan Darah 120/70 mmhg, HR : 80x/menit, Suhu 36.8°C, CRT 2 detik, |
| 07.30 | <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral pada Tn.W | <ul style="list-style-type: none"> - Output 1800cc = (+)200cc | <ul style="list-style-type: none"> A : hipovolemia cukup membaik |
| 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pasien cairan infus melalui intravena | <ul style="list-style-type: none"> - Minum1000 cc air putih - inf. RL 1500/24 jam | <ul style="list-style-type: none"> P : lanjutkan intervensi - Periksa tanda dan gejala hypovolemia - Monitor intake dan output cairan - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan intravena |

PEMBAHASAN

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada hari Minggu 30 Juli 2023 sedangkan pada klien dilakukan pada hari Senin, 07 Agustus 2023. terdapat keluhan utama pada klien 1 BAB cair lebih dari 10 kali, demam, dan badan lemas kedua mata pasien tampak cekung. Sedangkan pada klien 2 ditemukan keluhan utama yaitu adanya BAB cair lebih dari 8 kali, mual, muntah 5kali. Hal ini sesuai dengan teori (Sertiana Oktami, 2017) Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan encernya tinja yang dikeluarkan dengan frekuensi BAB yang lebih sering dibandingkan dengan biasanya. Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua klien dilakukan pemeriksaan tanda- tanda vital yaitu pada klien 1 yaitu Tekanan Darah 100/70 mmHg, HR 118x/menit, Suhu 38.3°C, RR 26x/menit, SpO2 96 % Sedangkan klien 2 yaitu Tekanan Darah 90/60 mmHg, HR 68x/menit, Suhu 37.6°C, RR 26x/menit, SpO2 96 %.

Menurut analisa peneliti pada saat pengkajian, perbedaan antara pasien 1 dan pasien 2 yaitu pada klien 1 disertai badan panas dengan disertai tanda-tanda vital suhu 38 C sedangkan pada klien 2 tidak terdapat peningkatan suhu tubuh tetapi adanya keluhan lain yaitu mual dan muntah dengan disertai penurunan nadi 68x. sedangkan persamaan pada pengkajian kedua pasien yaitu. Pasien 1 dan 2 sama-sama BAB cair lebih dari 3 kali, mata cekung memburuk, turgor kulit CRT >2x, mukosa mulut memburuk dan disertai penurunan tekanan darah. Hasil serum elektrolit keduanya pun mengalami penurunan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus Diare yaitu menurut (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2015); (PPNI, 2017): Gangguan pertukaran gas, Diare, Hipertermi, Hipovolemia, Gangguan Integritas Kulit, Defisit nutrisi, Resiko syok, dan Ansietas. Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 2 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien 1 yaitu hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare, hipertermi berhubungan dengan dehidrasi. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan 2 diagnosa keperawatan yaitu hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare dan defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia. Berdasarkan perumusan diagnose keperawatan, didapatkan diagnosa utama pada kedua pasien yaitu Hipovolemia (D.0023) b.d kehilangan cairan aktif d.d pasien mengatakan badan lemas, BAB cair lebih dari 3 kali, turgor kulit menurun, tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, Suhu tubuh meningkat, hiponatremi dan hipokalemi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan perawat lakukan kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Secara teori rencana keperawatan di tuliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil (Wilkinson, M.J., & Ahern, 2015). Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua pasien menggunakan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). Adapun tindakan pada standar intervensi

keperawatan indonesia terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hasil luaran status cairan pada hipovolemia membaik meliputi turgor kulit elastis (membaik), bibir lembab (membaik), BAB 1- 2 kali per hari, konsistensi lembek, nadi normal, bising usus 5- 15x/menit, hasil lab normal: kalium 3,5-5,0 mmol/L, natrium 135- 145mmol/L, klorida 94-111 mmol/L. Intervensi dalam diagnose hipovolemia meliputi: mengkaji tanda-tanda hipovolemia, pertahankan catatan asupan dan haluaran cairan, nilai turgor kulit, membran mukosa, setelah rehidrasi tercapai berikan makanan seperti biasa, pantau balance cairan, pantau hasil laboratorium hematokrit, natrium, klorida dan kalium, berikan terapi IVFD RL 21 tpm mikro/24 jam, berikan sucralfate syr 3xCl, New diatab 3x2tab.

Menurut peneliti perencanaan yang tepat sesuai dengan diagnose hipovolemia (D.0023) sebagai berikut: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status cairan membaik (L.03028) dengan kriteria hasil : kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, output urine meningkat, membrane mukosa membaik, intake cairan membaik. Intervensi keperawatan dalam diagnosa hipovolemia meliputi: Observasi yaitu periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output cairan. Teraupetik yaitu hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral. Edukasi yaitu anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate), kolaborasi pemberian produk darah.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dengan kriteria hasil yang di harapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Dinarti, & Muryanti, 2017).

Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari yaitu pada pasien Tn. N mulai tanggal 30 Juli 2023 sampai dengan 01 Agustus 2023 dan pada Tn. W mulai tanggal 07 Agustus 2023 sampai dengan 09 Agustus 2023. Implementasi yang di lakukan adalah manajemen hypovolemia dengan teknik non farmakologi yaitu Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral untuk menyeimbangkan cairan dari dalam tubuh sehingga meningkatkan cairan dari dalam tubuh pasien dapat membaik, adapun kami

mengedukasi keluarga untuk pemberian kompres saat pasien panas dikarenakan gejala lain yang ada pada pasien. Tindakan di lakukan selama,3 hari dan pasien 1 di rawat diruangan rawat inap pada tanggal 30 juli 2023 sampai dengan 01 agustus 2023. sementara pasien 2 di rawat diruangan rawat inap pada tanggal 07 Agustus 2023 sampai dengan 09 agustus 2023. Implementasi yang di lakukan juga sama seperti pasien 1 adalah manajemen hypovolemia dengan teknik non farmakologi yaitu Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral untuk menyeimbangkan cairan dari dalam tubuh. Pada implementasi lainnya, tindakan yang di lakukan adalah dengan mengatasi berbagai gejala yang timbul pada saat pengkajian sehingga penulis melakukan implementasi dengan tujuan untuk meningkatkan kepekaan terhadap keluarga, serta memotivasi pemberian makan secara bertahap dengan porsi kecil dapat memberikan respon positif dalam kurangnya nafsu makan pada pasien lebih baik dari sebelumnya.

5. Evaluasi keperawatan

Tahapan evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien sesuai dengan implementasi yang dilakukan pada kriteria objektif yang telah ditetapkan sebelumnya. Hasil evaluasi yang sudah di dapatkan menurut panduan SLKI dengan rujukan luaran utamanya status cairan (L.03028) dan luaran tambahannya keseimbangan cairan (L.03020), keseimbangan elektrolit (L.03021), pada kedua pasien dengan masalah keperawatan hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, pada hari 1 kedua pasien haluaran cairan menurun, kelembapan membrane mukosa menurun, tekanan darah sedang, di Evaluasi pada hari ke 2 status cairan pada hipovolemia dikatakan sedang karena kedua pasien didukung dengan tindakan pasien yang menambah asupan cairan peroral sehingga turgor kulit sedang, mukosa mulut sedang, tekanan darah membaik, suhu membaik dan intensitas BAB cair berkurang. Sedangkan pada hari ketiga, status cairan pada hipovolemia dikatakan cukup membaik dikarenakan kedua pasien didukung dengan tindakan pasien yang meningkatkan asupan cairan peroral lebih banyak daripada sebelumnya sehingga sehingga didapatkan keadaan umum cukup, konsistensi BAB lembek walaupun lebih dari 2 kali, turgor kulit membaik, mukosa mulut membaik, tekanan darah membaik, dan didukung dengan hasil serum elektrolit yang meningkat.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan pada pasien Diare yang telah dilakukan penerapan manajemen hypovolemia dengan teknik non farmakologi dengan Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral untuk menyeimbangkan cairan dari dalam tubuh sehingga meningkatkan cairan dari dalam tubuh pasien dapat membaik dengan intervensi yang diajarkan yaitu melakukan Pendidikan kesehatan selama pasien sakit. Pada pasien 1 dan pasien 2 didapatkan masalah hipovolemia cukup membaik karena hampir sudah tidak ada keluhan yang dirasakan pasien hal ini dibuktikan pada hari ketiga pasien sudah tidak lemas, BAB sudah tidak cair, sudah tidak mual dan muntah, mata tidak tampak cekung dan mukosa mulut lembab, nadi normal. Saran bagi penulis diharapkan dapat menambah

wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien diare.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, R.N., & Azizah, N. (2020). Pengasuhan Anak Usia Dini Di Era New Normal Perspektif Islam. <http://doi.org/10.33474/thufuli.v2i2.866>
- Betz & Sowden. (2009). Buku Saku Keperawatan Pediatric, edisi 5. EGC.
- Dehi. (2015). Gambaran Kasus diare Akut Pada Anak.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). Bahan Ajar Keperawatan : Dokumentasi Keperawatan. Nuha Medika.
- Hardi, A. &. (2016). Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc Dalam Berbagai Kasus Jilid 1. Mediacion Publishing.
- Lestari, T. (2016). Asuhan Keperawatan Anak. Nuha Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (2nd ed.). Mediacion Publishing.
- PPNI, T. P. D. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1). DPP PPNI.
- Sertiana Oktami, R. (2017). Manajemen Terpadu Balita Sakit. Nuha Medika.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia ; Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. DPP PPNI.
- Wilkinson, M.J., & Ahern, R. . (2015). Buku Saku Diagnosis Keperawatan : Diagnosis Nanda, Intervensi NIC, Kriteria hasil Noc (9th ed.). EGC.