



**ANALISA IMPLEMENTASI  
SOP ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN DIARE  
OLEH PERAWAT DI RUANG RAWAT RS. RAWA LUMBU**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar MARS

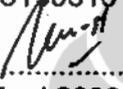
**IRWAN HERIYANTO**  
0706190010

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok - Juni 2009

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : IRWAN HERIYANTO  
NPM : 0706190010  
Tanda Tangan :  .....  
Tanggal : 24 Juni 2009



**HALAMAN PENGESAHAN**

Tesis ini diajukan oleh

Nama : IRWAN HERIYANTO  
NPM : 0706190010  
Program Studi : PASCASARJANA  
Judul Tesis : **Analisa Implementasi SOP Asuhan Keperawatan  
Anak Dengan Diare Oleh Perawat Di Ruang Rawat  
RS. Rawa Lumbu**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

**DEWAN PENGUJI**

Pembimbing : DR. Drg. Yaslis Ilyas, MPH (.....)  
Penguji : Prof. Dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD (.....)  
Penguji : Dr. Sandi Ilyanto, MPH (.....)  
Penguji : Dr. Sensusiati, MARS (.....)

Ditetapkan di : FKM Universitas Indonesia Depok

Tanggal : 24 Juni 2009

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama : IRWAN HERIYANTO

NPM : 0706190010

Mahasiswa Program : Magister

Tahun Akademik : 2007

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**ANALISA IMPLEMENTASI SOP ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN DIARE OLEH PERAWAT DI RUANG RAWAT RS. RAWA LUMBU**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah di tetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya.

Depok, Juni 2009



IRWAN HERIYANTO

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : IRWAN HERIYANTO  
NPM : 0706190010  
Program Studi : PASCASARJANA  
Departemen : AKK  
Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas tesis saya yang berjudul : **Analisa Implementasi SOP Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare Oleh Perawat Di Ruang Rawat RS. Rawa Lumbu**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : FKM Universitas Indonesia Depok  
Pada tanggal : 24 Juni 2009

Yang menyatakan

( IRWAN HERIYANTO )

## ABSTRAK

Nama : IRWAN HERIYANTO  
NPM : 0706190010  
Program Studi : PASCASARJANA  
Judul Tesis : **Analisa Implementasi SOP Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare Oleh Perawat Di Ruang Rawat RS. Rawa Lumbu**

**Latar belakang:** Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar bagi semua masyarakat. Masyarakat menuntut layanan yang lebih baik, yaitu suatu layanan yang tidak hanya semata mendapatkan pemeriksaan fisik, tetapi juga suatu layanan yang ramah, berkesinambungan dapat diterima dan wajar serta bermutu. Pengukuran mutu layanan dapat di lakukan secara subyektif maupun secara obyektif. Pengukuran secara obyektif adalah pengukuran terhadap profesionalisme pelayanan seperti *Standard Operating Procedures*. *Standard Operating Procedures* adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang di bakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu.

Kasus diare merupakan kasus yang paling sering di jumpai di rumah sakit. Penatalaksanaan kasus diare pada anak sangat penting, karena kesalahan pada penanganan, dimana konsentrasi terhadap kebutuhan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat berakibat fatal yaitu kematian. Dalam pengawasan pasien ini perawat dalam menjalankan tugasnya dituntut untuk dapat menjalankan SOP yang telah di buat dan ditetapkan oleh rumah sakit penyedia jasa layanan kesehatan.

**Tujuan:** Penelitian yang penulis lakukan bertujuan untuk menjawab pertanyaan mengenai bagaimana gambaran serta apakah ada monitoring dan evaluasi pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu

**Metode penelitian:** Rancangan penelitian ini adalah kualitatif dan kuantitatif dengan menganalisa data secara retrospektif dan dengan melakukan metode wawancara serta *Focus Group Discussion* terhadap perawat pelaksana, kepala unit

ruangan, kepala bidang perawat dan dokter spesialis anak Rumah Sakit Rawa Lumbu.

Hasil penelitian: Semua responden mengetahui adanya SOP diare pada anak dan mereka mengetahui bahwa sebagian perawat tidak menjalankan SOP tersebut, hal tersebut terjadi di karenakan perbandingan jumlah perawat dan jumlah tempat tidur tidak seimbang. Sementara itu monitoring dan evaluasi terhadap SOP belum pernah dilakukan.

**Kesimpulan:** SOP asuhan keperawatan diare pada anak saat ini sudah baik, tetapi perawat ada sebagian yang belum memahami SOP tersebut dan belum secara lengkap menerapkan SOP asuhan keperawatan diare pada anak di karenakan beban kerja perawat yang tinggi. Hal tersebut disebabkan antara lain adalah tidak tersedianya alat penunjang kegiatan pelaksanaan SOP juga tidak seimbangnya perbandingan jumlah perawat dan jumlah tempat tidur

**Kata Kunci:** Rumah Sakit, Diare, Anak, SOP, Perawat

## ABSTRACT

Name : IRWAN HERIYANTO  
Student Identification No : 0706190010  
Program of Study : Master Program  
Thesis Title : **Analysis of Children with Diarrhea Nursing Care by Nurses in Rawa Lumbu Hospital Treatment Room**

**Background:** High quality health services were one of the basic needs in all communities. Community was urging for better services, services which do not only comprising of physical diagnosis, but also kind, continual, acceptable, appropriate and high quality services. Assessment of services quality could be done by either subjective or objective ways. Objective assessment was assessment of services professionalism such as Standard Operating Procedures (SOP). SOP is an instruction or steps protocol that has to be standardized in order to finish some routine work process.

Diarrhea cases were case which very probable to found in hospital. Management of diarrhea cases in children is very important, because of error in handling, such as in the concentration of electrolyte and fluid balance needs, could causing fatal consequences, in the end was death. When watching these patients, nurses who doing these jobs were urged to do SOP that have been made and signed by the hospital which supplying health services.

**Aim:** Study which writer done was aimed to answer questions about how is the description and is there any monitoring and evaluation of children with diarrhea nursing care SOP implementation by nurses in Rawa Lumbu Hospital treatment room

**Researching method:** this study was designed using qualitative and quantitative method by analyzing data retrospectively and by doing interview method and

Focus Group Discussion with practitioner nurses, head of the room unit, and podiatrist of Rawa Lumbu Hospital.

**Result of the study:** All respondents knew the existence of diarrhea in children SOP and they knew that some nurses were not implementing the SOP caused by comparison of nurses and beds amount was unbalanced. In the other hand, monitoring and evaluation of SOP were never being done before.

**Conclusion:** Diarrhea in children nursing care SOP were good these time, but there were some nurses who have not understand these SOP and have not completely implementing the Diarrhea in children nursing care SOP because of nurse's high workloads. This could be caused by such thing as instrument of the SOP implementation were not provided and the unbalanced number of comparison between nurses and beds amount

**Keywords:** Hospital, Diarrhea, Child, SOP, Nurses

## Daftar Isi

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK .....	iv
ABSTRAK .....	v
DAFTAR ISI .....	ix
HALAMAN LAMPIRAN .....	xii
KATA PENGANTAR .....	xiii
BAB I .....	1
PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4. Tujuan Penelitian .....	4
1.4.1. Tujuan Umum .....	4
1.4.2. Tujuan Khusus .....	5
1.5. Manfaat Penelitian .....	5
1.5.1. Manfaat bagi Rumah Sakit Rawa Lumbu .....	5
1.5.2. Manfaat bagi Peneliti .....	5
1.5.3. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kota Bekasi .....	6
1.6. Ruang Lingkup Penelitian .....	6
BAB II .....	7
TINJAUAN PUSTAKA .....	7
2.1. Rumah Sakit .....	7
2.2. Rumah Sakit Merupakan Sistem .....	11
2.3. Sumber Daya Manusia .....	12
2.3.1. Dokter .....	13
2.3.2. Keperawatan .....	13

2.4. Standard Operating Procedures (SOP) .....	16
2.5. Diare Pada Anak .....	18
2.5.1 Penyebab.....	18
2.5.2 Patogenesis.....	19
2.5.3 Patofisiologi .....	20
2.5.4 Pemeriksaan laboratorium .....	22
2.5.5 Komplikasi.....	22
2.5.6 Pengobatan.....	23
<b>BAB III .....</b>	<b>36</b>
<b>GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT RAWA LUMBU .....</b>	<b>36</b>
3.1. Sejarah Berdirinya RS Rawa Lumbu Bekasi .....	36
3.2 Visi dan Misi RS Rawalumbu .....	37
3.3 Struktur Organisasi .....	38
3.4. Data Fasilitas Pelayanan di RS Rawalumbu .....	39
3.4.1. Ruang perawatan dan tempat tidur.....	39
3.4.2. Instalasi kamar bedah .....	40
3.4.3. Fasilitas instalasi rawat jalan poliklinik.....	41
3.4.4. Fasilitas penunjang .....	41
3.4.5. Fasilitas pendukung lain : .....	42
3.5. Sumber Daya Manusia.....	42
<b>BAB IV .....</b>	<b>47</b>
<b>KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>47</b>
4.1 Kerangka Konsep .....	47
4.2 Definisi Istilah .....	48
<b>BAB V.....</b>	<b>51</b>
<b>METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>51</b>
5.1 Rancangan Penelitian.....	51
5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	51
5.3 Informan.....	52
5.4 Teknik Pengumpulan Data .....	52
5.4.1. Data Sekunder .....	52
5.4.2. Data Primer .....	53

5.5 Analisis Data .....	53
BAB VI .....	54
HASIL PENELITIAN.....	54
6.1. Latar Belakang Pengambilan Sampel.....	54
6.2. Analisa Data.....	54
6.2.1 Hasil Data Sekunder.....	54
6.2.2 Hasil Data Primer.....	58
BAB VII.....	65
PEMBAHASAN .....	65
7.1. Keterbatasan Penelitian .....	65
7.2 Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare oleh Perawat di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu .....	65
BAB VIII.....	68
KESIMPULAN DAN SARAN.....	68
8.1 Kesimpulan.....	68
8.2 Saran.....	68
DAFTAR KEPUSTAKAAN.....	70

**DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Distribusi 10 Penyakit Anak Terbanyak Th 2005 s.d Th 2009
- Lampiran 2 : Matrix Analisa Status Diare Pada Anak
- Lampiran 3 : Data Hasil Wawancara Terhadap Perawat Pelaksana, Kepala Ruangan dan Dokter Spesialis Anak
- Lampiran 4 : SOP Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare
- Lampiran 5 : SOP Penanganan Gastroenteritis/Diare



## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit Jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini.

Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. DR. Drg. Yaslis Ilyas, MPH, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
2. Prof.Dr. Purnawan Junadi, MPH, PHD, Dr Sandi Ilyanto, MPH serta dosen-dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
3. Pihak Rumah Sakit Rawa Lumbu yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
4. Istri saya Marita Octarini, kedua anak saya Zahrah, Zaidan serta orang tua saya yang terkasih dan teman-teman yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral; dan
5. Sahabat seperjuangan dalam menempuh studi ini dan telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2009

Penulis

# BAB I

## PENDAHULUAN

### *1.1. Latar Belakang*

Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar bagi semua masyarakat. Hal ini telah terjadi sejak berabad-abad yang lalu, pada saat Aesculapius mendirikan pelayanan kesehatan yang terdiri dari ahli-ahli kedokteran pada zamannya, dimana Aesculapius sendiri sebagai mahagurunya.

Memasuki abad ke 21 dimana perkembangan pelayanan kesehatan sudah semakin maju, maka seharusnya institusi kesehatan dalam hal ini suatu rumah sakit seharusnya dapat memberikan pelayanan yang terbaik, agar dapat tetap eksis ditengah persaingan global yang semakin ketat.

Masyarakat menuntut layanan yang lebih baik, yaitu suatu layanan yang tidak hanya semata mendapatkan pemeriksaan fisik, tetapi juga suatu layanan yang ramah, berkesinambungan dapat diterima dan wajar serta bermutu (Jacobalis,1989). Mutu yang baik adalah mutu yang dinilai secara periodik sehingga pemberi jasa layanan dapat menerima umpan balik dari jasa yang di hasilkan, sehingga pasien mendapatkan jasa layanan yang bermutu. Suatu layanan yang bermutu, sangat di pengaruhi oleh unsur masukan, proses dan lingkungan yang baik. (Donabedian,1980; Azwar, 1985).

Dengan persaingan rumah sakit yang semakin tinggi, agar rumah sakit dapat bertahan dan berkembang, pihak rumah sakit harus lebih proaktif dan memberikan jasa yang memuaskan kepada pelanggannya. Dengan cara memahami persepsi pelanggan mengenai jasa di rumah sakit serta menerapkannya sesuai dengan apa yang diinginkan pelanggan dengan menjalankan standar mutu pelayanan yang sudah di tetapkan, sehingga rumah sakit akan mampu bertahan dan unggul dalam persaingan di era globalisasi saat ini.

Rumah sakit saat ini sudah sangat perlu menerapkan sistem manajemen yang berorientasi pada kepuasan pelanggan. Untuk itu rumah sakit di Indonesia

harus menciptakan hasil kerja yang unggul atau *performance excellence*. Hasil kerja yang unggul merupakan salah satu faktor utama yang harus diupayakan oleh setiap organisasi untuk memenangkan persaingan global, begitu juga oleh perusahaan penyedia jasa pelayanan kesehatan. Banyak cara yang dapat dilakukan oleh pengelola rumah sakit untuk menciptakan mutu layanan yang unggul diantaranya dengan memperhatikan dan menjalankan aturan-aturan atau standar pelayanan yang sudah ditetapkan

Penerapan manajemen proses merupakan salah satu metode untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi proses suatu organisasi untuk mengetahui kondisi aktual organisasi dan menyusun program yang lebih baik yang dapat dilakukan. Dengan menerapkan manajemen proses pada organisasi diharapkan dapat meningkatkan efisiensi, produktivitas dan kualitas.

Kualitas pelayanan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh sumber daya yang dimiliki oleh rumah sakit tersebut. Diungkapkan bahwa tenaga perawat merupakan salah satu jenis tenaga kesehatan yang selalu ada pada setiap rumah sakit, juga merupakan salah satu ujung tombak dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit (Djuariah, 1999). Rumah sakit sebagai pemberi jasa layanan kesehatan dimana 60% sampai dengan 70% karyawan rumah sakit adalah perawat (Gillis, 1994)

Oleh karena itu kualitas pelayanan kini perlu mendapat prioritas utama dalam pengembangan ke masa depan. Perawat dan dokter dituntut untuk dapat melaksanakan tugas yang dibebankan kepadanya untuk lebih profesional dengan berpandangan untuk selalu dapat bekerja keras, bekerja sepenuh waktu, disiplin, jujur, loyalitas tinggi dan penuh dedikasi kedisiplinan ilmu demi untuk keberhasilan dalam pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh rumah sakit.

Dapat dikatakan bahwa walaupun rumah sakit mempunyai peralatan yang baik, manajemen yang baik, tanpa diimbangi dengan adanya pelaksanaan yang baik terhadap standar yang telah dibuat, maka pelayanan di rumah sakit akan sulit mencapai mutu yang diinginkan oleh organisasi rumah sakit tersebut.

Pasien merasa puas terhadap institusi pelayanan merupakan promosi bagi institusi kesehatan tersebut, sebaliknya bila pasien tidak merasa puas akan

menyebabkan citra yang jelek bagi institusi tersebut (Lumenta, B, 1986).

Pengukuran mutu layanan dapat dilakukan secara subyektif maupun secara obyektif. Pengukuran secara obyektif adalah pengukuran terhadap profesionalisme pelayanan seperti *Standard Operating Procedures*, sedangkan secara subyektif adalah dengan mengukur kepuasan pasien. (Azwar, 1995).

Untuk menjalankan suatu pelayanan dengan memperhatikan *standard operating procedures* yang selanjutnya di sebutkan SOP tidaklah mudah. Perlunya komitmen terhadap SOP yang sudah ditetapkan. SOP merupakan komponen proses, dimana merupakan pendekatan langsung terhadap mutu pelayanan. SOP adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu (KARS, Depkes RI, 2001)

Penyakit diare masih menjadi penyebab kematian balita (bayi dibawah lima tahun) terbesar di dunia. Menurut catatan Unicef, setiap detik satu balita meninggal karena diare. Menurut catatan WHO, diare membunuh dua juta anak di dunia setiap tahun, sedangkan di Indonesia, menurut Surkesnas diare merupakan salah satu penyebab kematian kedua terbesar pada balita. Di Indonesia, sekitar 162 ribu balita meninggal setiap tahun atau sekitar 460 balita setiap harinya. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2007 tiga penyebab utama kematian bayi adalah infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal, dan diare. Dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tanggal 2 Desember 2008 di Jakarta yang diumumkan oleh Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan (Depkes) Tjandra Yoga Aditama, diare juga menjadi penyebab kematian terbesar balita, yaitu sekitar 25% dari kematian balita Indonesia dan menyumbang kematian bayi terbesar di Indonesia, yaitu mencapai 31,4% dari total kematian bayi

Kasus diare merupakan kasus yang paling sering di jumpai di rumah sakit. Biasanya dari sepuluh besar penyakit anak yang di jumpai, diare sering menjadi urutan pertama. Di Rumah Sakit Rawa Lumbu sejak tahun 2005 sampai dengan 2008 pada bagian anak, kasus diare selalu menempati urutan teratas setiap tahunnya dalam jumlah kasus.

Adanya komplain terhadap perawat di ungkapkan pada *morning report*

oleh dokter spesialis anak oleh MOD (*Manager On Duty*), dimana adanya instruksi oleh dokter spesialis anak yang tidak dikerjakan oleh perawat begitu juga kurangnya pengawasan terhadap pasien pada kasus tersebut.

Penatalaksanaan kasus diare pada anak sangat penting, karena kesalahan pada penanganan, dimana konsentrasi terhadap kebutuhan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat berakibat fatal yaitu kematian. Oleh karenanya perawat dalam menjalankan tugasnya dituntut untuk dapat menjalankan SOP yang ada. Untuk mencapai suatu mutu layanan yang baik, akan menjadi sangat sulit jika standar yang sudah di buat tidak di laksanakan dengan baik.

### **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan diatas, dapat di ambil suatu rumusan masalah : tingginya penyakit yang disebabkan karena diare di ruang rawat dan belum diketahuinya bagaimana gambaran pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Penelitian yang penulis lakukan bertujuan untuk menjawab pertanyaan :

- 1.3.1. Bagaimana gambaran pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu
- 1.3.2. Apakah ada monitoring dan evaluasi SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat terhadap pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan SOP asuhan keperawatan oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

- 1.4.2.1. Memperoleh gambaran pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu
- 1.4.2.2. Diketuinya apakah ada monitoring dan evaluasi SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat terhadap pelaksanaan SOP yang telah di lakukan di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

##### **1.5.1. Manfaat bagi Rumah Sakit Rawa Lumbu**

1. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan terhadap direktur dan manajemen Rumah Sakit Rawa Lumbu dengan tujuan adanya peningkatan mutu layanan terhadap kasus diare dengan dehidrasi anak di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu
2. Penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk menentukan langkah-langkah kebijakan dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu .
3. Hasil penelitian ini dapat menambah rasa percaya diri dan keyakinan perawat dan dokter sehingga diharapkan pencapaian kinerja ekseen dapat tercapai bagi rumah sakit.

##### **1.5.2. Manfaat bagi Peneliti**

1. Penelitian ini memberi kesempatan pada peneliti untuk mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama menempuh pendidikan di Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

2. Penelitian ini juga merupakan tantangan bagi peneliti untuk belajar lebih mendalam lagi mengenai pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di rumah sakit.

### **1.5.3. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kota Bekasi**

1. Dengan adanya penatalaksanaan yang baik terhadap pasien dengan melihat gambaran pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu, diharapkan adanya evaluasi terhadap kebijakan-kebijakan yang di keluarkan pada kasus diare dengan dehidrasi anak yang berlaku di seluruh rumah sakit di Kota Bekasi
2. Sebagai informasi bagaimana penatalaksanaan dan gambaran pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu

### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu di Kota Bekasi.

Pada tahun 2008 selama periode Januari sampai dengan Desember, di peroleh gambaran dari 10 penyakit terbanyak pada kasus anak, diagnosa diare dengan dehidrasi menempati angka tertinggi pada pasien anak yang di rawat di Rumah Sakit Rawa Lumbu. Penelitian yang dilakukan adalah kualitatif dan dilakukan secara retrospektif terhadap status pada pasien anak di rekam medis dengan kasus diare di ruang rawat pada periode Januari sampai dengan Desember 2008 di RS. Rawa Lumbu.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Rumah Sakit

Rumah sakit menurut *WHO Expert Committee On Organization Of Medical Care*:

*is an integral part of social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care, both curative and preventive and whose out patient service reach out to the family and its home environment; the hospital is also a centre for the training of health workers and for biosocial research.*

Pengertian yang terkandung di dalamnya adalah rumah sakit merupakan bagian menyeluruh dari organisasi sosial dan medis, dimana berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun preventif yang dapat memberikan pelayanan terjangkau bagi keluarga serta lingkungannya; juga berfungsi sebagai pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan penelitian bio social

Kata hospital berasal dari bahasa lain *hospitium* yang artinya tempat untuk menerima tamu Willan (1990), sedangkan Yu (1997) menyatakan bahwa istilah hospital berasal dari bahasa perancis kuno yang dalam kamus inggris Oxford didefinisikan sebagai:

- Tempat untuk istirahat dan hiburan
- Institusi sosial untuk mereka yang membutuhkan akomodasi, lemah, dan sakit
- Institusi sosial untuk pendidikan
- Institusi untuk merawat mereka yang sakit dan cidera. (Yoga 2000).

Rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya memberikan pelayanan kepada pasien melalui diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan baik yang bersifat bedah maupun yang bersifat non bedah American Hospital Association (1978), sedangkan Rowland (1984) menyampaikan bahwa rumah sakit adalah sistem kesehatan yang paling kompleks

dan paling efektif di dunia. Roemer dan Friedman (1971) menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya memiliki 5 fungsi;

- a. *Pertama*, ada pelayanan rawat dengan fasilitas diagnostik dan terapeutik, berbagai jenis spesialisasi baik bedah maupun non bedah, pelayanan rawat ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi.
- b. *Kedua*, rumah sakit harus memiliki fasilitas pelayanan rawat jalan.
- c. *Ketiga*, rumah sakit memiliki tugas untuk melakukan pendidikan dan pelatihan.
- d. *Keempat*, rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan.
- e. *Kelima*, rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya. (Yoga 2000).

DEPKES,1989 menyebutkan bahwa rumah sakit merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialistik dan subspecialistik, dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) pasien

Rumah sakit disebutkan sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga dan penelitian (Kep Menkes Nomor.582/Menkes/SK/VI/1997).

Berbeda definisi dalam Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006, Rumah sakit didefinisikan sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera, dan melahirkan .

Tentang pedoman organisasi rumah sakit dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.983/Menkes/SK/XI/1992 disebutkan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspesialistik, sedangkan klasifikasinya didasarkan pada perbedaan tingkat menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat di sediakan yaitu rumah sakit kelas A, kelas B (pendidikan dan non pendidikan), kelas C dan kelas D.

Dalam bukunya *Management of Hospital*, Rockwell Schultz dan Alton C Jhonson (1976) menyatakan bahwa tujuan utama rumah sakit yang hendak di capai adalah:

1. Pelayanan medis yang bermutu tinggi

Dimana dokter seharusnya memberikan pelayanan berdasarkan kemampuan maksimal dari ilmu teknologi yang di miliknya sesuai dengan kebutuhan pasien

2. Pelayanan yang menyeluruh dan terjangkau

Masyarakat seharusnya mempunyai akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bila ia membutuhkan

3. Efisien

Dikarenakan sumber daya kesehatan terbatas, maka penggunaannya harus seoptimal mungkin untuk mendapatkan hasil yang semaksimal mungkin

4. Kepuasan Individu

Pemberi jasa pelayanan selain memberikan pelayanan teknis medis yang baik, juga harus memperhatikan kepuasan individu yaitu menghormati pasien, memberikan keamanan dan kenyamanan

5. Efisien untuk Pasien

Pasien seharusnya memperoleh pelayanan yang efisien sesuai dengan dengan dana dan waktu yang di miliknya, dan efisien yang dimaksud disini berbeda dengan yang sebelumnya yaitu mempunyai pengertian efisien untuk rumah sakit belum tentu efisien untuk pasien

6. Kepuasan Pemberi Jasa Pelayanan

7. Dapat Dipertanggungjawabkan

Pemberi jasa pelayanan harus dapat mempertanggungjawabkan semua pelayanan rumah sakit sesuai dengan tujuannya

Pada buku *Aspect of Medical Care*, dalam pemberian jasa layanan di rumah sakit, terkadang pasien merupakan pihak yang lebih lemah dari pemberi jasa pelayanan (Donabedian, 1979):

1. Keterbatasan rasional dalam pelayanan kesehatan
  - a. Keterbatasan pengetahuan tentang kebutuhan kesehatan;  
Masyarakat tidak mengetahui secara benar tentang aspek teknis serta jenis pelayanan kesehatan yang di butuhkan. Hal inilah yang sering terjadi perbedaan persepsi antara masyarakat penerima jasa dan pemberi jasa
2. Konsumen memiliki keterbatasan dalam memilih dan menentukan jenis pelayanan kesehatan yang di inginkannya, hal ini di sebabkan:
  - a. Penyakit merupakan sesuatu yang terjadi tidak tentu dan tidak di inginkan
  - b. Kebutuhan pelayanan kesehatan terkadang sangat perlu dan tidak dapat di tunda
  - c. Pelayanan kesehatan bersifat tidak dapat di bagi, semisal untuk menyembuhkan penyakit tertentu di butuhkan a, b dan c, sementara konsumen tidak dapat memilih c saja
  - d. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan terkadang bersamaan dengan berkurangnya pendapatan
  - e. Dokter menentukan apa yang di butuhkan pasien, sehingga pasien tidak dapat memilih
  - f. Keterbatasan adanya pelayanan kesehatan yang bersifat alternatif, dimana pasien dapat memilih berdasarkan perbedaan harga
  - g. Kebiasaan *shopping* untuk memilih pelayanan kesehatan masih sukar untuk di jalankan
3. Keterbatasan yang lain dalam pelayanan kesehatan

- a. Adanya monopoli oleh pemberi jasa pelayanan kesehatan
- b. Dibutuhkan waktu yang lama untuk menghasilkan sumber daya manusia yang profesional di bidang kesehatan

Terdapat kesamaan apa yang di sampaikan di atas dengan Trilogi Rahasia Kedokteran (Guwandi J, 1992) :

Dokter mempunyai kedudukan lebih kuat, karena:

1. Ia mempunyai ilmu pengetahuan tentang kedokteran
2. Seorang dokter tidak tergantung kepada pasien
3. Seorang dokter pada umumnya dalam keadaan sehat
4. Seorang dokter tidak di bawah tekanan mental
5. Seorang dokter berada dalam kedudukan bebas

Sementara pasien mempunyai kedudukan lemah karena:

1. Umumnya tidak berpengetahuan tentang ilmu kedokteran
2. Tidak berdaya, sangat tergantung kepada dokternya
3. Pasien berada dalam keadaan sakit
4. Pasien berada di bawah tekanan psikis, cemas dan ketakutan
5. Pasien berada dalam keadaan tidak bebas karena penyakitnya

Dengan adanya karakteristik khusus tersebut di harapkan pemberi pelayanan dalam menjalankan fungsinya berada dalam jalur standar operasional prosedur yang telah di tetapkan sehingga keseimbangan keduanya dapat diselaraskan.

## **2.2. Rumah Sakit Merupakan Sistem**

Dalam menjalankan fungsinya, rumah sakit adalah suatu sistem yang di pengaruhi suatu *input*, *proses* dan *output*. Oleh karenanya rumah sakit dalam menjalankan semua kegiatannya tidaklah dapat berdiri sendiri, satu bagaian akan terkait dengan bagian lain yang ujungnya adalah *output* atau keluaran yang dihasilkan.

*Input* yang dimaksud dalam rumah sakit adalah pasien, tenaga dokter, tenaga

perawat, sarana dan prasarana rumah sakit, sementara pada prosesnya adalah kontak yang terjadi di antara masukan tadi. Dari saat pasien memasuki pelataran rumah sakit sampai dengan pasien keluar dari rumah sakit, dimana di dalamnya terjadi proses seperti antara lain; pelayanan petugas parkir, pelayanan petugas administrasi, konsultasi antara dokter dan pasien, pelayanan perawat, pelayanan pemeriksaan penunjang, pelayanan kasir dan seterusnya.

Untuk *output* dari sistem ini yang meliputi dari sistem biologis adalah keadaan pasien yang sembuh, cacat atau meninggal, dan sementara yang meliputi sistem psikososial adalah kepuasan atau ketidakpuasan pasien terhadap layanan jasa rumah sakit yang terjadi dalam proses tadi.

Kompleknya sistem yang terjadi di rumah sakit tentunya ini menjadi hal yang harus dipertimbangkan dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia. Perawat dalam hal ini adalah sumber daya manusia rumah sakit yang paling lama kontak dengan pasien rawat , akan menjadi penting dalam penilaian oleh pasien terhadap pelayanan jasa di rumah sakit.

### **2.3. Sumber Daya Manusia**

Pertumbuhan Rumah Sakit dalam 53 tahun terakhir ini sangat pesat, terlebih lagi dengan diizinkan mendirikan Rumah Sakit dengan bahan hukum perseroan terbatas yaitu sebagai bagian dari deregulasi di bidang usaha kesehatan. Hal ini didukung juga dengan perkembangan teknologi informasi yang sangat pesat, sehingga bidang kesehatan harus dapat menerima arus teknologi yang mana selain memberi dampak positif juga akan berdampak negative. Pengaruh perkembangan teknologi mencakup juga pada institusi pelayanan kesehatan termasuk di Rumah Sakit.

Dengan demikian pengelolaan Rumah Sakit diharapkan harus selalu siap dengan setiap perubahan yang akan muncul, dan harus memiliki arah yang jelas. Untuk menjaga kualitas perlu diperhatikan agar sumber daya manusia yang ada pada pelayanan Rumah sakit untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan-pelatihan secara berjenjang ataupun mengikuti kursus-kursus sesuai peminatan sehingga dapat merangsang semangat untuk terus berkarya dalam memberikan pelayanan yang terbaik untuk customer.

Hal lain yang juga harus diperhatikan adalah perbandingan dari beban perawat sebagai ujung tombak pelayanan. Dengan menggunakan perhitungan yang telah ada seperti perhitungan menurut Gillis, PPNI maupun perhitungan menurut formula Jaslis I, rumah sakit dapat dengan mudah menghitung kepastian kebutuhan perawatnya.

### 2.3.1. Dokter

Tenaga Medis adalah tenaga ahli kedokteran dengan fungsi utamanya adalah memberi pelayanan medis kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat di pertanggungjawabkan. (Soemardja Aniroen,1984)

Dokter (dari bahasa Latin yang berarti "guru") adalah seseorang yang karena keilmuannya berusaha menyembuhkan orang-orang yang sakit. Tidak semua orang yang menyembuhkan penyakit bisa disebut dokter. Untuk menjadi dokter biasanya diperlukan pendidikan dan pelatihan khusus dan mempunyai gelar dalam bidang kedokteran.

Untuk menjadi seorang dokter, seseorang harus menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran selama beberapa tahun tergantung sistem yang dipakai oleh Universitas tempat Fakultas Kedokteran itu berada.

Dokter spesialis adalah dokter yang mengkhususkan diri dalam suatu bidang ilmu kedokteran tertentu. Seorang dokter harus menjalani pendidikan dokter spesialis untuk dapat menjadi dokter spesialis. Pendidikan dokter spesialis merupakan program pendidikan lanjutan dari program pendidikan dokter setelah dokter menyelesaikan wajib kerja sarjananya dan ataulangsung setelah menyelesaikan pendidikan dokter umum.

([http://id.wikipedia.org/wiki/Dokter\\_spesialis](http://id.wikipedia.org/wiki/Dokter_spesialis))

### 2.3.2. Keperawatan

Kualitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh banyak institusi

kesehatan hampir selalu dapat memuaskan pasien, maka dari itu sering disebut sebagai pelayanan kesehatan yang berkualitas. Salah satu definisi menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan biasanya mengacu pada kemampuan rumah sakit, memberi pelayanan yang sesuai dengan standar profesi kesehatan dan dapat diterima oleh pasiennya. Kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula kualitas pelayanan kesehatan. (Azwar, 1996)

### **2.3.2.1 Pengertian Keperawatan**

Keperawatan merupakan pelayanan perawatan yang di lakukan secara integral terhadap pasien di rumah sakit. Tugas-tugas keperawatan di rumah sakit umumnya di lakukan oleh tenaga perawat.

Perawat dalam hal ini sebagai ujung tombak komunikasi antara pasien dengan rumah sakit dimana seharusnya dapat memberikan pelayanan yang terbaik.

Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit dirasakan sebagai suatu fenomena yang harus direspon oleh perawat. Oleh karenanya dalam memberikan pelayanan keperawatan ini perlu mendapat prioritas utama dalam pengembangan ke masa depan.

Perawat harus dapat mengembangkan keilmuannya dan berubah sesuai tuntutan masyarakat, dan menjadikannya tenaga perawat yang professional.

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan yang berkualitas, banyak hal yang perlu dipahami, salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang amat penting adalah tentang apa yang dimaksud dengan kualitas pelayanan.

Departemen kesehatan mendefinisikan perawat adalah seseorang yang memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dimana pelayanan tersebut berbentuk pelayanan biologis, psikologis sosial, spiritual yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Pelayanan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya

pengertian pasien akan kemampuan melaksanakan kegiatan secara mandiri. Kegiatan itu dilakukan dalam usaha mencapai peningkatan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan yang memungkinkan setiap individu mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif (Aditama, 2002).

Wiedenback (dalam Lumenta B, 1989). perawat adalah salah satu unsur vital dalam rumah sakit, perawat, dokter, dan pasien merupakan satu kesatuan yang paling membutuhkan dan tidak dapat dipisahkan.

Tanpa perawat tugas dokter akan semakin berat dalam menangani pasien. Tanpa perawat, kesejahteraan pasien juga terabaikan karena perawat adalah penjalin kontak pertama dan terlama dengan pasien mengingat pelayanan keperawatan berlangsung terus menerus selama 24 jam sehari. Karsinah (dalam Wirawan, 1998)

Beberapa aspek kualitas pelayanan yang harus dimiliki pada keperawatan

Menurut Parasuraman (dalam Tjiptono, 1997) aspek-aspek mutu atau kualitas pelayanan adalah :

a. Keandalan (reliability)

Yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan, jujur, aman, tepat waktu, ketersediaan. Keseluruhan ini berhubungan dengan kepercayaan terhadap pelayanan dalam kaitannya dengan waktu.

b. Ketanggapan (responsiveness)

Yaitu keinginan para pegawai atau karyawan membantu konsumen dan memberikan pelayanan itu dengan tanggap terhadap kebutuhan konsumen, cepat memperhatikan dan mengatasi kebutuhan-kebutuhan.

c. Jaminan (assurance)

Mencakup kemampuan, pengetahuan, kesopanan dan sifat dapat

dipercaya yang dimiliki pada karyawan, bebas dari bahaya, resiko, keraguan, memiliki kompetensi, percaya diri dan menimbulkan keyakinan kebenaran (obyektif).

d. Empati atau kepedulian (emphaty)

Meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan konsumen yang terwujud dalam penuh perhatian terhadap setiap konsumen, melayani konsumen dengan ramah dan menarik, memahami aspirasi konsumen, berkomunikasi yang baik dan benar serta bersikap dengan penuh simpati.

e. Bukti langsung atau berujud (tangibles)

Meliputi fasilitas fisik, peralatan pegawai, kebersihan (kesehatan), ruangan baik teratur rapi, berpakaian rapi dan harmonis, penampilan karyawan atau peralatannya dan alat komunikasi.

Sedangkan menurut Depkes RI (dalam Onny, 1985) telah menetapkan bahwa pelayanan perawatan dikatakan berkualitas baik apabila perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan aspek-aspek dasar perawatan. Aspek dasar tersebut meliputi aspek penerimaan, perhatian, tanggung jawab, komunikasi dan kerjasama.

#### **2.4. Standard Operating Procedures (SOP)**

SOP adalah penetapan tertulis mengenai apa yang harus dilakukan, kapan, dimana dan oleh siapa, serta dengan cara yang paling efektif selama ini, pada umumnya birokrasi bekerja dengan prosedur kerja yang tidak jelas dan tidak transparan. Mungkin suatu instansi telah memiliki prosedur kerja, namun prosedur kerja tersebut berbeda-beda (tidak standar) meski untuk pelayanan yang menghasilkan *output* sama. (Satya Susanto, 2007)

Penyusunan SOP yang baik melalui beberapa tahap (siklus). Tahapan tersebut adalah pertama, Analisis Kebutuhan SOP. Pada tahap ini, tiga aspek penting perlu

mendapat perhatian yaitu aspek peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar hukum operasional organisasi, aspek lingkungan operasional, dan aspek kebutuhan organisasi.

Tahap kedua adalah Pengembangan SOP. Lima kegiatan pokok yang terdapat pada tahap ini yaitu:

1. Pengumpulan informasi dan identifikasi alternatif SOP,
2. Analisis dan pemilihan alternatif SOP,
3. Penulisan SOP yang terpilih,
4. Pengujian dan *review* SOP terpilih
5. Pengesahan SOP.

Tahap ketiga dari siklus SOP adalah penerapan SOP. Salah satu indikator SOP yang baik adalah yang implementatif, sehingga dapat dijadikan pedoman bagi pelaksana dalam menjalankan tugasnya. Tahap keempat dari siklus SOP adalah monitoring dan evaluasi penerapan SOP. Monitoring yang dilakukan untuk melihat aspek dapat tidaknya tahapan dalam SOP dijalankan, dimensi waktu yang dibutuhkan untuk menghasilkan *output* beserta target kualitas *output* yang dihasilkan, dan tindakan pelaksana yang diambil jika muncul masalah dalam penerapan SOP. Sedangkan evaluasi penerapan SOP diarahkan pada perubahan kinerja organisasi yang diharapkan, pemahaman unsur-unsur birokrasi terhadap SOP, perlu tidaknya penyempurnaan SOP, dapat tidaknya SOP menjawab masalah kinerja organisasi dan perubahan lingkungan organisasi, serta dapat tidaknya SOP menghasilkan sinergi terhadap SOP-SOP yang lain.

Hal yang harus diperhatikan agar penulisan SOP tidak mengalami suatu kesalahan di perlukan kaidah 7 C yaitu:

1. *Context* . tindakan harus dengan baik menguraikan aktivitas yang dapat dilakukan.
2. *Consistency*. semua references dan terminologi menggunakan cara yang sama disetiap waktu dan prosedur harus memastikan konsistensi hasil.

3. *Completeness*. Tidak membutuhkan informasi lain, logis, atau tidak ada kesenjangan.
4. *Control*. Menguraikan aksi dan mendemonstrasikan umpan balik dan pengendalian.
5. *Compliance* (pemenuhan). Seluruh tindakan cukup untuk pemenuhan yang diharapkan
6. *Correctness* (ketepatan). Ditulis dengan tepat / benar (tatabahasa, tulisan).
7. *Clarity* (kejelasan). Harus mudah dibaca dan dimengerti.

### **2.5. Diare Pada Anak**

Penyakit diare hingga kini masih merupakan salah satu penyakit utama pada bayi dan anak di Indonesia. Diperkirakan angka kesakitan berkisar di antara 150-430 perseribu penduduk setahunnya. Dengan upaya yang sekarang telah dilaksanakan, angka kematian di rumah sakit dapat ditekan menjadi kurang dari 3%.

Penggunaan istilah diare sebenarnya lebih tepat daripada gastroenteritis, karena istilah yang disebut terakhir ini memberikan kesan seolah olah penyakit ini hanya disebabkan oleh infeksi dan walaupun disebabkan oleh infeksi, lambung jarang mengalami peradangan.

Hippocrates mendefinisikan diare sebagai pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKU/RSCM, diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Neonatus dinyatakan diare bila frekuensi buang air besar sudah lebih dari 4 kali, sedangkan untuk bayi berumur lebih dari 1 bulan dan anak, bila frekuensinya lebih dari 3 kali.

#### **2.5.1 Penyebab**

Etiologi diare dapat dibagi dalam beberapa faktor, yaitu:

1. Faktor infeksi
  - a. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.

Infeksi enteral ini meliputi:

- Infeksi bakteri: *Vibrio*, *E.coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas* dan sebagainya.
  - Infeksi virus: Enterovirus (Virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus dan lain-lain. Infestasi parasit: Cacing (*Ascaris*, *Trichiuris*, *Oxyuris*, *Strongyloides*), Protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*), jamur (*Candida albicans*).
- b. Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar alat pencernaan, seperti Otitis media akut (OMA), Tonsilofaringitis, Bronkopneumonia, Ensefalitis dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.
2. Faktor malabsorpsi
- a. Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering ialah intoleransi laktosa.
  - b. Malabsorpsi lemak
  - c. Malabsorpsi protein
  - d. Faktor makanan: makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.
  - e. Faktor psikologis: rasa takut dan cemas. Walaupun jarang, dapat menimbulkan diare terutama pada anak yang lebih besar.

### 2.5.2 Patogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah:

#### 1. 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 ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

## 2. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

## 3. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

### 2.5.2.1 Patogenesis diare akut

1. Masuknya jasad renik yang masih hidup ke dalam usus halus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung.
2. Jasad renik tersebut berkembang biak (multiplikasi) di dalam usus halus.
3. Oleh jasad renik dikeluarkan toksin (toksin diaregenik)
4. Akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.

### 2.5.2.2 Patogenesis diare kronis

Lebih kompleks dan faktor-faktor yang menimbulkannya ialah infeksi bakteri, parasit, malabsorpsi, malnutrisi dan lain-lain.

### 2.5.3 Patofisiologi

Sebagai akibat diare baik akut maupun kronis akan terjadi:

1. Kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan asam-basa (asidosis metabolik, hipokalemia dan sebagainya)
2. Gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masukan makanan kurang, pengeluaran bertambah)
3. Hipoglikemia
4. Gangguan sirkulasi darah

### Gejala klinis

Mula-mula bayi dan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja cair dan mungkin disertai lendir dan atau darah. Warna tinja makin lama berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyaknya asam laktat, yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama diare. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit. Bila penderita telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak. Berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering.

Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dapat dibagi menjadi dehidrasi ringan, sedang dan berat, sedangkan berdasarkan tonisitas plasma dapat dibagi menjadi dehidrasi hipotonik, isotonik dan hipertonik.

Di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM biasanya dirawat penderita dehidrasi berat dengan rata-rata kehilangan cairan sebanyak 12,5 %. Pada dehidrasi berat, volume darah berkurang sehingga dapat terjadi renjatan hipovolemik dengan gejala-gejalanya yaitu denyut jantung menjadi cepat, denyut nadi cepat, kecil, tekanan darah menurun, penderita menjadi lemah, kesadaran menurun (apati, somnolen dan kadang-kadang sampai soporokomatus). Akibat dehidrasi, diuresis berkurang (oliguria sampai anuria). Bila sudah ada asidosis metabolik, penderita akan tampak pucat dengan pernafasan yang cepat dan dalam (pernafasan Kussmaul).

Asidosis metabolik terjadi karena:

1. Kehilangan  $\text{NaHCO}_3$  melalui tinja.
2. Ketosis kelaparan.
3. Produk-produk metabolik yang bersifat asam tidak dapat dikeluarkan (oleh karena oliguria atau anuria).
4. Berpindahnya ion natrium dari cairan ekstrasel ke cairan intrasel.
5. Penimbunan asam laktat (anoksia jaringan tubuh).

Dehidrasi hipotonik (dehidrasi hiponatremia) yaitu bila kadar natrium dalam plasma kurang dari 130 mEq/l, dehidrasi isotonik (dehidrasi isonatremia) bila kadar natrium dalam plasma 130 -150,mEq/l, sedangkan dehidrasi hipertonik (hipernatremia) bila kadar natrium dalam plasma lebih dari 150 mEq/l.

Dari penderita-penderita yang dirawat di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI RSCM ditemukan 77,8% dengan dehidrasi isotonik, 12,7% dehidrasi hipertonik dan 9,5% dehidrasi hipotonik. Pada dehidrasi isotonik dan hipotonik penderita tampaknya tidak begitu haus, tetapi pada penderita dehidrasi hipertonik rasa haus akan nyata sekali dan sering disertai kelainan neurologis seperti kejang, hiperefleksi dan kesadaran yang menurun, sedangkan turgor dan tonus tidak berapa buruk.

#### 2.5.4 Pemeriksaan laboratorium

1. Pemeriksaan tinja
  - a. Makroskopis dan mikroskopis
  - b. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet *clinitest*, bila diduga terdapat intoleransi gula.
  - c. Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi
2. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah, dengan menentukan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut ASTRUP (bila memungkinkan).
3. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
4. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).
5. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan , terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

#### 2.5.5 Komplikasi

Sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, dapat terjadi berbagai macam komplikasi seperti:

1. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik atau hipertonik).

2. Renjatan hipovolemik
3. Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia, perubahan pada elektrokardiogram)
4. Hipoglikemia.
5. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa usus halus.
6. Kejang, terutama pada dehidrasi hipertonik
7. Malnutrisi energi protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan.

### 2.5.6 Pengobatan

Dasar pengobatan diare adalah:

1. Pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumat)
2. Dietetik (pemberian makanan)
3. Obat-obatan.

#### 2.5.6.1 Pemberian cairan

Penatalaksanaan pada kasus ini dipengaruhi :

1. Jenis cairan
2. Jalan pemberian cairan
3. Jumlah cairan
4. Jadwal (kecepatan) pemberian cairan

Pemberian cairan pada diare dehidrasi murni

#### 1. Jenis cairan

##### a. Cairan rehidrasi oral (*oral rehydration salts*)

- Formula lengkap mengandung NaCl, NaHCO<sub>3</sub>, KCl dan glukosa. Kadar natrium 90 mEq/l untuk kolera dan diare akut pada anak di atas 6 bulan dengan dehidrasi ringan dan sedang atau tanpa dehidrasi (untuk pencegahan dehidrasi). Kadar natrium 50-60 mEq/l untuk diare akut non-kolera pada anak di bawah 6 bulan dengan dehidrasi ringan, sedang atau tanpa dehidrasi. Formula lengkap sering disebut *oralit*.
- Formula sederhana (tidak lengkap) hanya mengandung NaCl dan sukrosa atau karbohidrat lain, misalnya larutan gula garam, larutan air tajin garam,

larutan tepung beras garam dan sebagainya untuk pengobatan pertama di rumah pada semua anak dengan diare akut baik sebelum ada dehidrasi maupun setelah ada dehidrasi ringan.

b. Cairan parenteral

- DG aa (1 bagian larutan Darrow + 1 bagian glukosa 5%).
- RL g (1 bagian Ringer laktat + 1 bagian glukosa 5%)
- RL (Ringer Laktat)
- 3@ (1 bagian NaCl 0,9% + 1 bagian glukosa 5% + 1 bagian Nalaktat 1/6 mol/l.)
- DG 1: 2 (1 bagian larutan Darrow + 2 bagian glukosa 5%) RLg 1: 3 (1 bagian Ringer laktat + 3 bagian glukosa 5-10%). Cairan 4: 1 (4 bagian glukosa 5-10% + 1 bagian NaHCO<sub>3</sub> 1% atau 4 bagian glukosa 5-10% 1 bagian NaCl 0,9%)

2. Jalan pemberian cairan

- Peroral untuk dehidrasi ringan, sedang dan tanpa dehidrasi dan bila anak mau minum serta kesadaran baik.
- Intragastrik untuk dehidrasi ringan, sedang atau tanpa dehidrasi, tetapi anak tidak mau minum, atau kesadaran menurun.
- Intravena untuk dehidrasi berat.

3. Jumlah cairan (lihat tabel 1, 2 dan 3).

Tabel 1: Jumlah cairan yang hilang menurut derajat dehidrasi pada anak di bawah 2 tahun.

Derajat dehidrasi	PWL*	NWL**	CWL***	Jumlah
Ringan	50	100	25	175
Sedang	75	100	25	200
Berat	125	100	25	250

Tabel 2: Jumlah cairan yang hilang menurut derajat dehidrasi pada anak berumur

## 2-5 tahun

Derajatdehidrasi	PWL*	NWL**	CWL***	Jumlah
Ringan	30	80	25	135
Sedang	50	80	25	155
Berat	80	80	25	185

Tabel 3: Jumlah cairan yang hilang pada dehidrasi berat menurut berat badan penderita dan umur

Beratbadan	Umur	PWL*	NWL*	CWL***	Jumlah
- 3 kg	-1 bln.	150	125	25	300
3-10 kg	1 bln-2 thn	125	100	25	250
10-15 kg	2- 5 thn	100	80	25	205
15 - 25 kg	5 - 10 thn	80	65	25	170

Keterangan:

\* PWL = *Previous Water Loss* (ml/kgbb)

\*\* NWL = *Normal Water Losses* (ml/kgbb)

\*\*\* CWL = *Concomitant Water Losses* (ml/kgbb).

#### 4. Jadwal (kecepatan) pemberian cairan

##### a. Belum ada dehidrasi

- Oral sebanyak anak mau minum (*ad libitum*) atau 1 gelas setiap kali buang air besar.
- Parenteral dibagi rata dalam 24 jam

##### b. Dehidrasi ringan

- 1 jam pertama: 25 - 50 ml/kgbb peroral atau intragastrik -  
Selanjutnya: 125 ml/kgbb/hari atau *ad libitum*

##### c. Dehidrasi sedang

- 1 jam pertama: 50- 100 ml/kgbb peroral atau intragastrik  
selanjutnya: 125 ml/kgbb/hari atau *ad libitum*.

d. Dehidrasi berat

- **Untuk anak 1 bulan - 2 tahun dengan berat badan 3-10 kg**
  - ✚ 1 jam pertama: 40 ml/kgbb/jam atau
  - ❖ 10 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1 ml = 15 tetes) atau
  - ❖ 13 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1 ml = 20 tetes)
  
  - ✚ 7 jam kemudian : 12 ml/kgbb/jam atau
  - ❖ 3 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1 ml = 15 tetes) atau
  - ❖ 4 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1 ml = 20 tetes)
  
  - ✚ 16 jam berikut: 125 Villkgbb oralit peroral atau intragastrik. Bila anak tidak mau minum, teruskan DG aa intravena 2 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- **Untuk anak lebih dari 2-5 tahun dengan berat badan 10-15 kg.**
  - ✚ 1 jam pertama : 30 ml/kgbb/jam atau
  - ❖ 8 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
  - ❖ 10 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
  - ✚ 7 jam kemudian : 10 ml/kgbb/jam atau
  - ❖ 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
  - ❖ 4 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
  - ✚ 16 jam berikut : 125 ml/kgbb oralit peroral atau intragastrik.
  - ❖ Bila anak tidak mau minum, teruskan DG aa intravena 2 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
  - ❖ 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes).
  
- **Untuk anak lebih dari 5-10 tahun dengan berat badan 15-25 kg.**
  - ✚ 1 jam pertama : 20 ml/kgbb/jam atau

- ❖ 5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 7 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- ⬇ 7 jam kemudian: 10 ml/kgbb/jam atau
  - 2,5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
  - 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- ⬇ 16 jam berikut : 105 ml/kgbb oralit peroral atau
  - ❖ bila anak tidak mau minum dapat diberikan DG aa intravena 1 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
  - ❖ 1,5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- **Untuk bayi baru lahir (neonatus) dengan berat badan 2-3 kg.**
  - ⬇ Kebutuhan cairan = 125 ml + 100 ml + 25 ml = 250 ml/kgbb/24 jam.
  - Jenis cairan: Cairan 4: 1 (4 bagian glukosa 5%) + bagian NaHC03 1,5%).
  - Kecepatan:
    - ⬇ 4 jam pertama : 25 ml/kgbb/jam atau
    - ❖ 6 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
    - ❖ 8 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
    - ⬇ 20 jam berikut: 150 ml/kgbb/20 jam atau
    - ❖ 2 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
    - ❖ 2,5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- **Untuk bayi berat badan lahir rendah, dengan berat badan kurang 2 kg.**
  - ⬇ Kebutuhan cairan = 250 ml/kgbb/24 jam
  - Jenis cairan: Cairan 4 : 1 (4 bagian glukosa 10% + 1 bagian NaHC03 1,5%)
  - Kecepatan:
    - ⬇ 4 jam pertama: 25 ml/kgbb/jam atau

- ❖ 6 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 8 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- ✚ 20 jam berikut: 150 ml/kgbb/20 jam atau
- ❖ 2 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 2,5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes).

Pemberian cairan pada malnutrisi energi protein dengan diare dehidrasi berat

1. Malnutrisi energi protein ringan, sedang dan berat tipe marasmus dengan diare dehidrasi berat.

Jenis cairan: DG aa

Jumlah cairan = PWL + NWL + CWL (dalil Darrow)

Misal untuk anak 1 bulan - 2 tahun dengan berat badan 3-10 kg jumlah cairan 250 ml/kgbb/24 jam (lihat tabel 3)

Kecepatan:

- ➡ 4 jam pertama : 60 ml/kgbb/4 jam atau 15 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 4 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- ➡ 20 jam berikut: 190 ml/kgbb/20 jam 10 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes).

2. Malnutrisi energi protein berat tipe marasmik- kwashiorkor dan tipe kwashiorkor dengan diare dehidrasi berat.

Jenis cairan : DG aa

Jumlah cairan = 4/5 (PWL + NWL + CWL)

Misal untuk anak 1 bulan - 2 tahun dengan berat badan 3-10 kg jumlah cairan 4/5 x 250 ml = 200 ml/kgbb/24 jam.

Kecepatan

- ➡ 4 jam pertama: 60 ml/kgbb/4 jam atau 15 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 4 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau

- ❖ 5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
- 20 jam berikut: 150 ml/kgbb/20 jam atau 7 ml/kgbb/jam atau
- ❖  $1\frac{3}{4}$  tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖  $2\frac{1}{4}$  tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes).

Pemberian cairan pada diare dehidrasi berat dengan bronkopneumonia tanpa disertai kelainan jantung.

Jenis cairan: DG aa

Jumlah cairan = PWL + NWL + CWL

Misal untuk anak 1 bulan - 2 tahun dengan berat badan 3-10 kg, jumlah cairan 250 ml/kgbb/24 jam

Kecepatan.

- 4 jam pertama: 60 ml/kgbb/4 jam atau 15 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 4 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
- 20 jam berikut: 190 ml/kgbb/20 jam 10 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 2,5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes).

Pemberian cairan pada diare dehidrasi berat dengan malnutrisi energi protein ringan, sedang, berat tipe marasmus disertai bronkopneumonia tanpa kelainan jantung.

Jenis cairan: DG aa

Jumlah cairan dan kecepatan pemberian sama seperti diare dehidrasi berat dengan bronkopneumonia.

Pemberian cairan pada diare dehidrasi berat dengan malnutrisi energi protein berat

tipe marasmik- kwashiorkor dan tipe kwashiorkor yang disertai bronkopneumonia, tanpa kelainan jantung.

Jenis cairan: DG aa

Jumlah cairan dan kecepatan pemberian sama seperti pada malnutrisi energi protein berat tipe marasmik- kwashiorkor dan tipe kwashiorkor dengan diare dehidrasi berat.

Pemberian cairan pada diare dehidrasi berat dengan kelainan jantung bawaan (*Congenital Heart Disease*, disingkat CHD)

1. CHD dengan *right to left shunt*, disertai diare dehidrasi berat.

Jenis cairan: DG aa

Jumlah cairan:  $PWL + NWL + CWL$

Misal untuk anak 1 bulan -2 tahun dengan berat badan 3 - 10 kg, jumlah cairan 250 ml/kgbb/24 jam.

Kecepatan:

- 4 jam pertama : 60 ml/kgbb/4 jam atau 15 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 4 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- 20 jam berikut: 190 ml/kgbb/20 jam atau 10 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 2,5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)

2. CHD dengan *left to right shunt*, disertai diare dehidrasi berat.

Jenis cairan: DG aa

Jumlah cairan =  $4/5 (PWL + NWL + CWL)$

Misal untuk anak 1 bulan - 2 tahun dengan berat badan 3 - 10 kg, jumlah cairan  $4/5 \times 250 \text{ ml} = 200 \text{ ml/kgbb/24 jam}$ .

Kecepatan:

- 4 jam pertama :  $4/5 \times 60$  ml/kgbb/4 jam atau 12 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 4 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- 20 jam berikut: 152 ml/kgbb/20 jam atau 7 ml/kgbb/jam atau
- ❖  $1\frac{3}{4}$  tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes)
- ❖  $2\frac{1}{4}$  tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)

### 3. CHD dengan gagal

Jenis cairan: DG aa

Jumlah cairan dan kecepatan pemberian sama seperti pada CHD dengan *left to right shunt* yang disertai diare dehidrasi berat.

Pemberian cairan pada diare dehidrasi berat yang disertai kejang.

Jenis cairan: DG aa (yang saat ini digunakan di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI RSCM), tetapi ada juga ahli yang menganjurkan pemberian cairan yang mengandung natrium lebih rendah, yaitu DG 1: 2. Jumlah cairan: PWL + NWL + CWL

Misal untuk anak 1 bulan - 2 tahun dengan berat badan 3 - 10 kg, jumlah cairan 250 ml/kgbb/24 jam.

Kecepatan:

- 4 jam pertama : 60 ml/kgbb/4 jam atau 15 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 4 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)
  
- 20 jam berikutnya: 190 ml/kgbb/20 jam atau 10 ml/kgbb/jam atau
- ❖ 2,5 tetes/kgbb/menit (1 ml = 15 tetes) atau
- ❖ 3 tetes/kgbb/menit (1 ml = 20 tetes)

Pemberian cairan pada dehidrasi karena masukan (*intake*) kurang

1. Tanpa asidosis

Jenis cairan: Cairan 3 : 1 (3 bagian Glukosa 5 - 10% + 1 bagian NaCl 0,9%) + KCl 20 mEq/l. Jumlah cairan: tergantung dari derajat dehidrasinya. Kecepatan: dibagi rata selama 24 jam

2. Dengan asidosis

Jenis cairan: DGaa

Jumlah cairan: tergantung derajat dehidrasinya.

Kecepatan: dibagi rata selama 24 jam.

### 2.5.6.2 Pengobatan dietetik

1. Untuk anak di bawah 1 tahun dan anak di atas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg.

Jenis makanan:

- ❖ Susu (ASI dan atau susu formula yang mengandung laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM, Almiron)
- ❖ Makanan setengah padat (bubur susu) atau makanan padat (nasi tim) bila anak tidak mau minum susu karena di rumah sudah biasa diberi makanan padat.
- ❖ Susu khusus yaitu susu yang tidak mengandung laktosa atau susu dengan asam lemak berantai sedang/tidak jenuh, sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

Caranya :

Hari I .

- ❖ Setelah rehidrasi segera diberikan makanan peroral
- ❖ Bila diberi ASI atau susu formula, diare masih sering, hendaknya diberikan tambahan oralit atau air tawar selang-seling dengan ASI, misalnya: 2 x ASI/susu formula rendah laktosa, 1 x oralit/air tawar atau 1 x A6I/ susu formula rendah laktosa, 1 x oralit/air tawar.

Hari 2- 4 .

- ❖ ASI/susu formula rendah laktosa, penuh.

Hari 5 .

- ❖ Dipulangkan dengan ASI/stisu formula sesuai dengan kelainan yang ditemukan (dari hasil pemeriksaan laboratorium).

Bila tidak ada kelainan, dapat diberikan susu biasa seperti SGM, Lactogen, Dancow dan sebagainya dengan menu makanan sesuai dengan umur dan berat badan bayi.

2. Untuk anak di atas 1 tahun dengan berat badan lebih dari 7 kg. Jenis makanan:

Makanan padat atau makanan cair/susu sesuai dengan kebiasaan makan di rumah.

Caranya:

Hari 1 :

- ❖ Setelah rehidrasi segera diberikan makanan seperti buah (pisang), biskuit dan Breda (Bubur realimentasi daging ayam) dan ASI diteruskan (bila masih ada) ditambah oralit.

Hari 2 .

- ❖ Breda, buah, biskuit, ASI

Hari 3.

- ❖ Nasi tim, buah, biskuit dan ASI

Hari 4 .

- ❖ Makan biasa dengan ekstra kalori (1 ih kali kebutuhan)

Hari 5 .

- ❖ Dipulangkan dengan nasehat makanan seperti hari 4.

### 2.5.6.3 Obat-obatan

Prinsip pengobatan diare ialah menggantikan cairan yang hilang melalui tinja dengan atau tanpa muntah, dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa atau karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras dan sebagainya).

#### 1. Obat anti sekresi

##### a. Asetosal

Dosis: 25 mg/tahun dengan dosis minimum 30 mg.

Dosis: 0,5-1 mg/kgbb/hari

## 2. Obat anti spasmolitik

Pada umumnya obat anti spasmolitik seperti papaverine, ekstrak beladona, opium, loperamid dan sebagainya tidak diperlukan untuk mengatasi diare akut.

## 3. Obat pengeras tinja

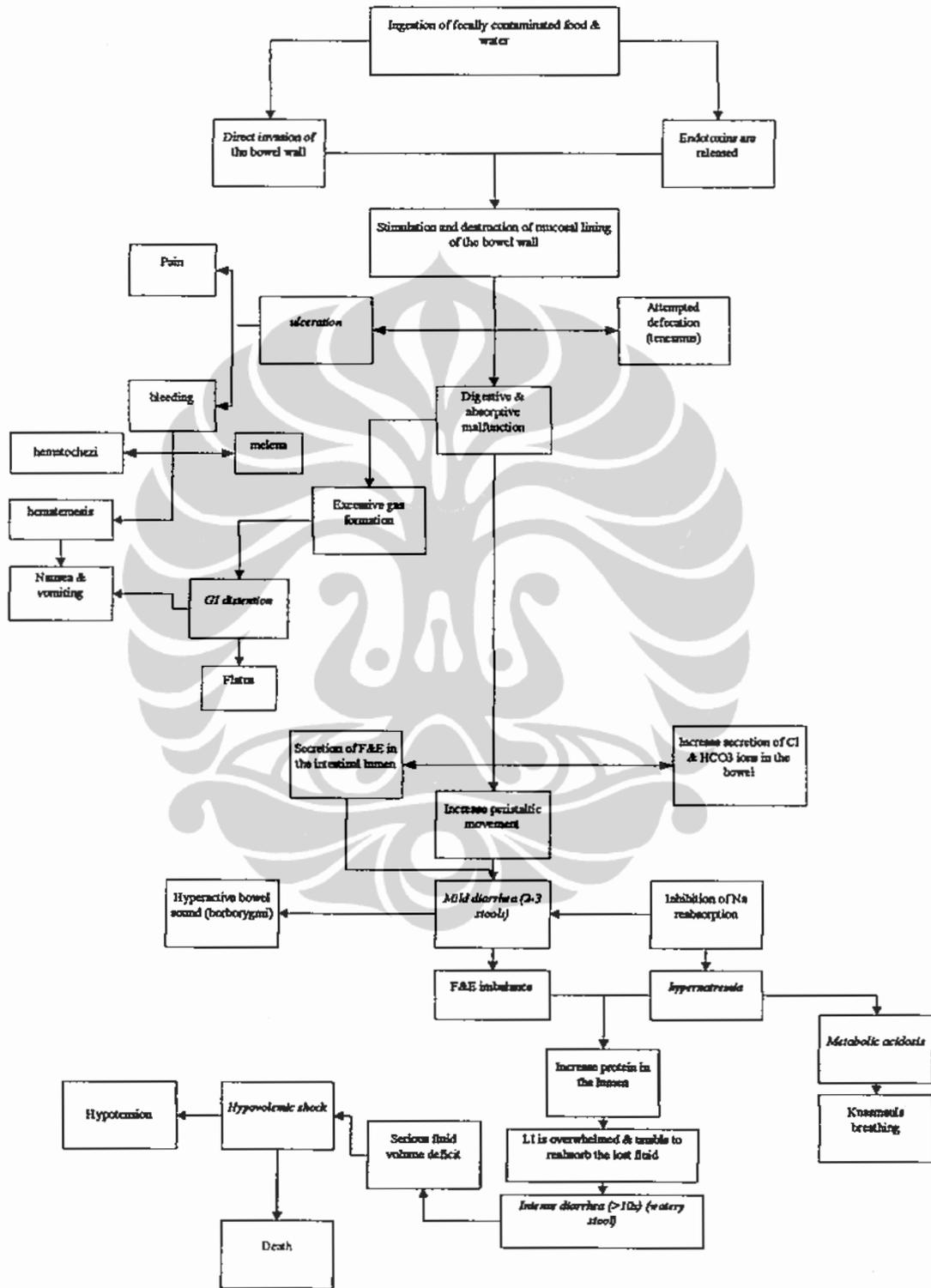
Obat pengeras tinja seperti kaolin, pektin, charcoal, tabonal dan sebagainya tidak ada manfaatnya untuk mengatasi diare.

## 4. Antibiotika

Pada umumnya antibiotika tidak diperlukan untuk mengatasi diare akut, kecuali bila penyebabnya jelas seperti:

- ❖ Kolera, diberikan tetrasiklin 25-50 mg/kgbb/hari
- ❖ *Campylobacter*, diberikan eritromisin 40-50 mg/kgbb/hari
- ❖ Antibiotika lain dapat pula diberikan bila terdapat penyakit penyerta seperti misalnya:
  - infeksi saringan (OMA, faringitis), diberikan penisilin prokain 50.000U/kgbb/hari
  - infeksi sedang (Bronkitis), diberikan penisilin prokain atau ampisilin 50 mg/kgbb/hari
  - infeksi berat (misal Bronkopneumonia), diberikan penisilin prokain dengan kloramfenikol 175 mg/kgbb/hari atau ampisilin 75-100 mg/kgbb/hari ditambah gentamisin 6 mg/kgbb/hari atau derivat sefalosporin 30-50 mg/kgbb/hari.

### PATHOPHYSIOLOGY OF ACUTE GASTROENTERITIS



## BAB III

### GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT RAWA LUMBU

#### *3.1. Sejarah Berdirinya RS Rawa Lumbu Bekasi*

Rumah Sakit Rawalumbu merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan dan Unit Pelaksana Teknis yang berada di bawah naungan PT Nasakum Putra.

Rumah Sakit Rawalumbu merupakan sebagai salah satu Rumah Sakit Swasta di Kota Bekasi yang telah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat selama kurang lebih 4 tahun, sangat disadari bahwa kepuasan pelayanan terhadap pasien merupakan tujuan yang paling utama.

Awalnya rumah sakit ini adalah sebuah klinik kecil yang bernama Klinik Sugih Mukti di bawah naungan Yayasan Sugih Mukti, pada tanggal 10 Mei 2004 merubah statusnya menjadi **Rumah Sakit Rawa Lumbu** masih di bawah naungan yayasan yang sama. Ditengah perkembangan perjalanan pelayanan medis, **Rumah Saka Rawa Lumbu** dituntut lebih mengedepankan kepuasan pelayanan terhadap pasien yang membutuhkan pelayanan medis sesuai dengan motto nyang di miliki yaitu "*Sehat Meningkatkan Produktifitas*". Peningkatan dan perkembangan pelayanan pasien sejak tahun 2004 sampai dengan tahun 2005 cukup meningkat, baik itu pelayanan pasien rawat jalan, rawat maupun UGD. Pasien yang berasal dari perusahaan merupakan salah satu klien yang juga di utamakan selain dari pasien umum. Perusahaan yang telah menjadi rekanan saat ini ada sebanyak 26 (dua puluh enam) perusahaan yang telah menandatangani kerjasama dan telah berjalan dengan baik, baik itu perusahaan asuransi maupun non asuransi.

Berdasarkan akta pendirian PT. Nakasum Putra tanggal 25 Januari 2007 No. 04 Badan hukum berubah dari Yayasan Sugih Mukti menjadi PT. Nakasum Putra dengan susunan pengurus Direktur Utama PT adalah dr. Udin dan Direktur Perusahaan adalah Dra. Dedah. Akta pengalihan pengelolaan rumah

sakit dari yayasan ke Persero yaitu No. 03 tanggal 16 Oktober 2008.



### 3.2 Visi dan Misi RS Rawalumbu

Visi RS Rawalumbu :

Menjadikan Rumah Sakit Rawa Lumbu Sebagai Perawatan Prima 2010

Misi RS Rawalumbu :

Menjalankan pelayanan yang maksimal dengan cara pembinaan SDM yang berkualitas secara berkelanjutan serta meningkatkan investasi.

Motto RS Rawa Lumbu :

" Sehat Meningkatkan Produktifitas "

Rumah Sakit Rawa Lumbu awalnya dibangun diatas tanah milik Yayasan Sugih Mukti dengan luas  $\pm 5000 \text{ m}^2$  yang berlokasi didaerah strategis yaitu di Jalan Dasa Darma Kav. 20-23, Kecamatan Rawa Lumbu - Kota Bekasi, mudah dan dapat dijangkau dari berbagai arah diantaranya dari Jalur Tol Barat dan Tol Timur.

1. Luas tanah :  $5004 \text{ M}^2$
2. Luas bangunan :  $2976 \text{ M}^2$
3. Areal parkir : menyediakan lahan parkir untuk mobil

sebanyak satuan ruang parkir (SRP) dan  
untuk motor 45 SRP

#### 4. Sarana

##### a. Fasilitas Pelayanan dan Penunjang Medik

i. Gedung A (Pekantoran, Poliklinik dan Instalasi Gawat  
Darurat, ruang rawa )

ii. Gedung B (Ruang rawat , kamar operasi, ICU, NICU,  
ruang kebidanan, apotik, ruang gizi, laboratorium,  
radiology instalasi medical linen)

iii. Pengelolaan limbah cair (Medis dan non medis)

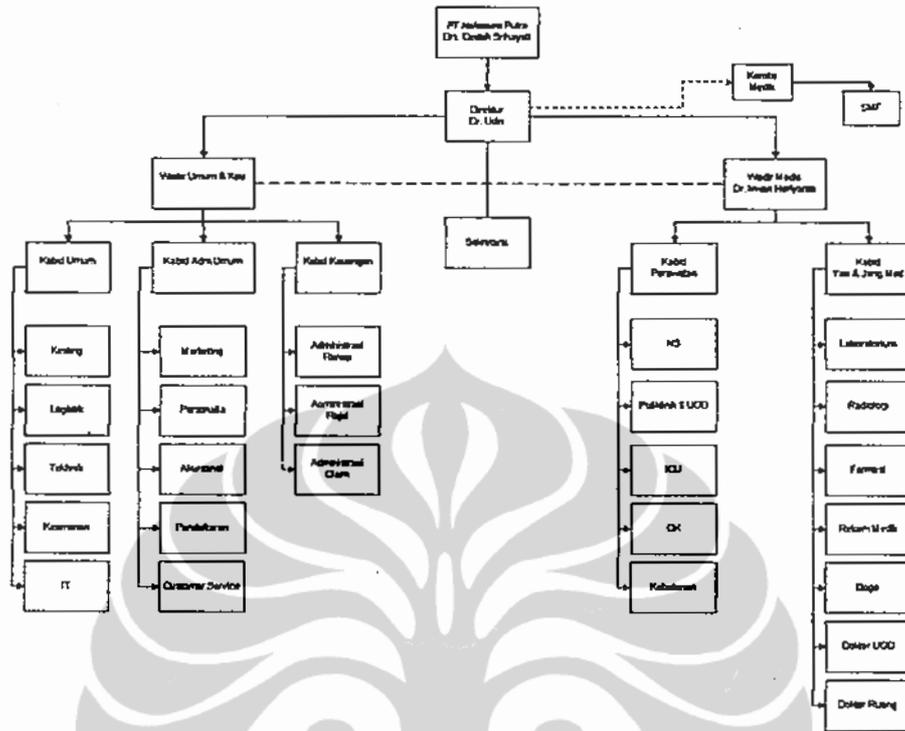
##### b. Fasilitas Pendukung

i. Kantin

### **3.3 Struktur Organisasi**

Rawalumbu dipimpin oleh seorang Direktur Utama RS yang bertanggungjawab kepada pemilik PT. Nakasum Putra. Struktur organisasi Direksi RS Rawalumbu sudah ditetapkan dengan SK No. 27/KPTS-RSRL/IX/2008 tanggal 20 September 2008 tentang struktur organisasi.

### Struktur Organisasi RS Rawa Lumbu



### 3.4. Data Fasilitas Pelayanan di RS Rawalumbu

#### 3.4.1. Ruang perawatan dan tempat tidur

Jumlah tempat tidur di RS Rawalumbu pada akhir semester I tahun 2008, bertambah menjadi 100 TT

1. Pelayanan 24 jam sebagai berikut :

- Dokter umum
- Rawat Jalan
- Rawat
- Unit Gawat Darurat (UGD)
- Kamar operasi
- Kamar persalinan

- Ambulance
- Apotik

## 2. Pelayanan Khusus :

- Fisioterapi
- One Day Care
- Khitanan

## Fasilitas Rawat :

- Kelas VIP Utama
- Kelas I
- Kelas II
- Kelas III
- Perinatologi
- Ruang Isolasi
- Intensive Care Unit ( ICU )
- Neonatal Intensive Care Unit ( NICU )
- Ruang Observasi

### 3.4.2. Instalasi kamar bedah

Instalasi kamar bedah yang dimiliki terdapat 4 (empat) ruangan operasi dengan beberapa ruangan pendukung lain, yaitu:

- Ruang serah terima (dari unit/ruang perawatan ke kamar bedah)
- Ruang ganti pakaian
- Ruang persiapan
- Ruang sterilisasi
- Ruang pulih sadar
- Ruang istirahat
- Ruang administrasi
- Ruang penyimpanan alat/alkes

### 3.4.3. Fasilitas instalasi rawat jalan poliklinik

#### 1. Poliklinik spesialis

- Penyakit Dalam
- Bedah
- Anak
- Kebidanan & kandungan
- Syaraf
- THT
- Mata
- Jantung dan Pembuluh Darah
- Bedah Umum
- Bedah Orthopedi ( bedah tulang)
- Bedah Syaraf
- Bedah Kardiovaskuler
- Paru
- Kulit, Kelamin dan Kecantikan
- Rehabilitasi Medik
- Gizi

#### 2. Poliklinik umum

#### 3. Poliklinik gigi

### 3.4.4. Fasilitas penunjang

#### 1. Laboratorium

#### 2. Radiologi, dengan peralatan:

- a. Rontgen
- b. Rontgen Mobile

#### 3. Elektromedik diagnostik, dengan peralatan:

- a. USG 4 dimensi
- b. EKG

#### 4. Elektromedik non diagnostik, dengan peralatan:

- a. Diathermi

- b. Electric stimulasi
  - c. Intuferential
  - d. Ultra Sound
5. Sanitasi lingkungan RSRL yang dilengkapi dengan mesin IPAL, Mesin Cyro (penghancur jarum suntik)

#### 3.4.5. Fasilitas pendukung lain :

1. Kantin

#### 3.5. Sumber Daya Manusia

- Rumah Sakit Rawa Lumbu menerapkan filosofi pelayanan medik **"sistematis dalam waktu dan besar dalam peran"**. Hal ini kami sampaikan bahwa setiap pelayanan medik jangan sampai berlarut-larut sehingga menyebabkan pasien tertekan dan menderita. Selain itu tugas pokok seorang dokter Rumah Sakit Rawa Lumbu selain memastikan pasien keluar masuk untuk mendapatkan pelayanan medis, adalah juga menjadi penentu dalam pengobatan, tindakan dalam proses penyembuhan. Dengan dukungan profesi lain seperti perawat, apoteker serta penunjang medik lainnya yang memadai sehingga pelayanan medis dalam proses penyembuhan secara medis sangatlah membawa arti yang sangat besar terhadap seorang pasien.
- Rumah Sakit Rawa Lumbu sampai saat ini telah memiliki 25 dokter, yang terdiri dari 20 (dua puluh) dokter spesialis, dan 20 (dua puluh) dokter umum serta 1 (satu) ahli gizi. Rumah Sakit Rawa Lumbu berupaya untuk memberikan pelayanan perawatan yang handal, ideal dan kasih sayang dengan mengacu pada tujuan utamanya, yaitu memenuhi untuk melayani kebutuhan utama pada pasien, seperti memberikan kebutuhan makan dan minum secara terjadwal, aman dan nyaman serta rasa kasih sayang sesuai dengan kebutuhan gizinya.
- Kesiagaan dan kesiapan dalam mendampingi pasien selama 24 jam sehari. Perawat Rumah Sakit Rawa Lumbu menyadari bahwa tugas yang diemban bagaikan seorang ibu rumah tangga bagi sebuah Rumah Sakit. Hal lain yang menjadi tanggung jawab bahwa pengawasan, pengamatan dan

penanganan terhadap setiap pasien lebih terkontrol dibandingkan dengan bagian medis yang lainnya.

- Rumah Sakit Rawa Lumbu berupaya menegakkan keperawatan sebagai profesi, keperawatan dituntut untuk memiliki skil yang prima, tangguh serta mempunyai jiwa peduli yang mendalam. Keperawatan Rumah Sakit Rawa Lumbu ingin menghadirkan pelayanan yang menjadi pilihan kesayangan bagi mereka yang membutuhkan. Menjadikan SDM keperawatan yang handal dan mempunyai skill yang prima dengan berbagai pelatihan perawat yang dilakukan di secara berkala dan berkesimbangan masih terus di upayakan. Hingga saat ini sejumlah 84 dan masih terus di cukupi.

**Tabel III.1**

**Distribusi Data Kepegawaian RS Rawa Lumbu per 31 Oktober 2008**

NO	KETERANGAN	BIODATA										SUB JML
		SEX		PENDIDIKAN TERAKHIR					STATUS			
		P	L	SMP	SMU	D3	S1	S2 - DST	TETAP	KONTRAK	THL	
1	DIREKSI	1	2	-	1	-	2	-	3	-	-	3
2	KABID	2	3	-	1	-	3	1	4	1	-	5
3	Ka Unit	13	6	1	7	9	2	-	19	-	-	19
4	Bidang Keperawatan	67	4	-	11	59	1	-	40	31	-	71
5	Bidang Keuangan	9	-	-	6	1	2	-	3	6	-	9
6	Bidang Yan & Jang Med	23	5	-	11	10	7	-	13	15	-	28
7	Bidang Adum & Personalia	11	1	-	4	5	3	-	2	10	-	12
8	Bidang Umum	4	7	-	10	1	-	-	5	5	-	11
	JUMLAH	130	28	1	51	85	20	1	89	68	-	158

**Tabel III.2**

**Distribusi Indikator Pelayanan RS Rawa Lumbu Tahun 2005**

2005	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sep	Okt	Nop	Des	Rata-Rata
BOR ( % )	27	40	51	30	48	38	43	35	35	35	44	59	40
LOS ( hari )	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3
TOL ( hari )	8	5	4	6	3	5	4	6	6	5	4	3	5
BTO ( kali )	3	4	4	3	5	4	4	4	3	4	4	4	4

Tabel III.3

**Distribusi Indikator Pelayanan RS Rawa Lumbu Tahun 2006**

2006	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sep	Okt	Nop	Des	Rata-Rata
BOR (%)	48	46	61	66	70	59	53	50	38	35	49	42	51
LOS (hari)	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
TOI (hari)	3	3	2	2	1	2	3	3	4	5	3	3	3
BTO (kali)	5	5	6	6	7	6	6	6	5	4	5	5	6

Tabel III.4

**Distribusi Indikator Pelayanan RS Rawa Lumbu Tahun 2007**

2007	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sep	Okt	Nop	Des	Rata-Rata
BOR (%)	52	68	71	73	72	63	58	49	45	44	51	54	58
LOS (hari)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
TOI (hari)	3	1	1	1	1	2	2	3	3	4	2	2	2
BTO (kali)	5	7	7	8	8	7	7	6	5	5	7	6	7

Tabel III.5

**Distribusi Indikator Pelayanan RS Rawa Lumbu Tahun 2008**

2008	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sep	Okt	Nop	Des	Rata-Rata
BOR (%)	63	66	83	82	99	96	60	56	58	59	65	75	72
LOS (hari)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
TOI (hari)	2	1	1	1	0	0	2	2	2	2	2	1	1
BTO (kali)	7	7	9	8	11	9	7	6	7	6	6	8	8

Tabel III.6

## Distribusi Kasus Penyakit Terbanyak di RS Rawa Lumbu Tahun 2006

No	Kode	Nama Penyakit	Jumlah												Total	Rata Rata
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sep	Okt	Nop	Des		
1	J00	Common Cold		687	1118	663	572	468	409	505	651	408	372	537	6390	581
2	A09	GE/ GED/ GEA		74	229	240	223	219	272	271	193	185	283	235	2424	220
3	R 50.9	Febris		59	263	271	208	160	156	146	107	107	171	236	1884	171
4	K 29.7	Gastritis		74	59	77	55	47	74	67	101	80	102	116	852	77
5	K 30	Dyspepsia		26	85	76	85	83	83	75	63	62	62		700	64
6		KP		17	44	63	79	66	54	74	71	61	59	59	647	59
7	J 02.9	Pharngitis		17		46	30	38	48	56	80	69	49	64	497	45
8	J 06.9	ISPA		21	50	61	34	51		68	51	68		57	461	42
9	A91	DHF			92	96	90	49	59						386	35
10	R 51	Cephalgia		37	55	38	41							67	238	22
11	I 10	Hipertensi						39	40	48	49			58	234	21
12		Dermatitis									48			54	102	9
13		DM		9					45				46		100	9
14	A 16.8	TB Paru									48	52		100	9	
15		Konjungtivitis		20	57									77	7	
16		Vomitus									46			46	4	
17		Varicella							44					44	4	
18		Myalgia		17										17	2	
19	J45.9	Asma Bronchiale												0	0	
20	A010	Typhoid Fever												0	0	

Tabel III.7

## Distribusi Kasus Penyakit Terbanyak di RS Rawa Lumbu Tahun 2007

No	Kode	Nama Penyakit	Jumlah												Total	Rata Rata
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sep	Okt	Nop	Des		
1	J00	Common Cold	785	973	899	641	586	418	389	569	494	369	335	225	6684	608
2	R 50.9	Febris	320	369	230	310	244	242	238	194	183	123	160	260	2873	261
3	A09	GE/ GED/ GEA	287	200	131	236	183	171	207	138	115	128	165	165	2146	195
4	K 30	Dyspepsia	121	121	80	84	91	98	89	70	73	62	93	131	1113	101
5	K 29.7	Gastritis	138	92	88	94	106	106	116	87	101	77	100		1107	101
6	J 06.9	ISPA		119	125	75	97	94	80	85	92	88	84	117	1056	96
7	A 16.8	TB Paru	74	62	46	69	89	85	101	110	108	97	104	85	1030	94
8	J 02.9	Pharngitis	119	91	87	78	87	68	82	90	74	72	64	82	990	90
9	R 51	Cephalgia	103	78	77	58	50	51	65		61		52	56	651	59
10	A010	Typhoid Fever					40			48	53	45			186	17
11		KP	74	62	46										182	17
12		Vomitus	91	67											158	14
13		Myalgia						49			40	47			136	12
14		DM							49		34		49		132	12
15	I 10	Hipertensi	76						52						128	12
16	J45.9	Asma Bronchiale				104									104	9
17		Dermatitis													0	0
18		Konjungtivitis													0	0
19	A91	DHF													0	0
20		Varicella													0	0

Tabel III.8

## Distribusi Kasus Penyakit Terbanyak di RS Rawa Lumbu Tahun 2008

No	Kode	Nama Penyakit	Jumlah												Total	Rata Rata
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sep	Okt	Nop	Des		
1	J00	Common Cold	474	516	584	508	449	426	300	401	374	271	430	455	5166	470
2	R 50.8	Febris	224	168	200	183	217	251	176	173	121	87	134	257	2189	199
3	A 16.8	TB Paru	111	118	170	160	162	151	133	179	129	133	137	147	1730	157
4	A09	GE/ GED/ GEA	137	116	120	129	153	122	131	136	115	135	184	143	1621	147
5	J 06.9	ISPA	104	119	190	126	93	102	83	128	127	92	127	174	1465	133
6	J 02.9	Pharingitis	91	105	98	83	93	46	96	98	131	79	90	84	1094	99
7	K 30	Dyspepsia	76	80	82	80	84	74	39	67	80	87	76	88	923	84
8	K 29.7	Gastritis	90	69	89	90	84	78	42	57	98	50	78	74	899	82
9	A010	Typhoid Fever	45		57	46	73		36	45					302	27
10	I 10	Hipertensi			56	48	37	35							302	27
11	R 51	Cephalgia		40							33		37	38	148	13
12		DM		38					32	36		35			141	13
13		Dermatitis									40	40	41		121	11
14		Myalgia	39												39	4
15		KP													0	0
16		Konjungtivitis													0	0
17	A91	DHF													0	0
18		Varicella													0	0
19		Vomitus													0	0
20	J45.9	Asma Bronchiale													0	0

Sumber data : Data Rekam Medik RS Rawa Lumbu

Tabel III.9

## Distribusi 10 Kasus Terbanyak Pada Pasien Anak Rawat Tahun 2008



Sumber data : Data Rekam Medik RS Rawa Lumbu

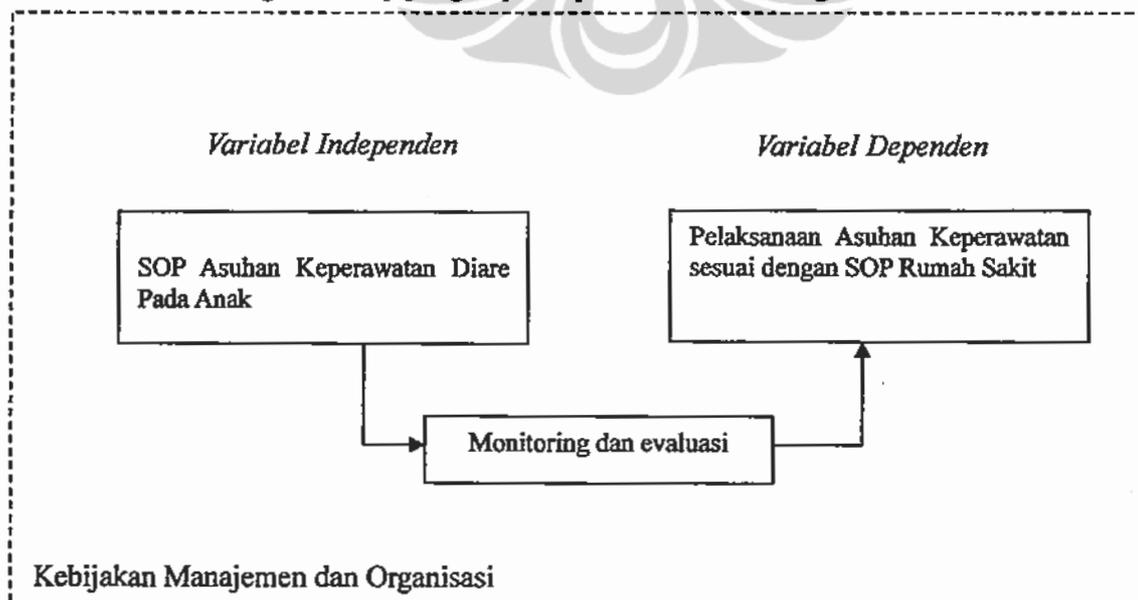
## BAB IV

### KERANGKA KONSEP

#### 4.1 Kerangka Konsep

Donabedian (1980) mengatakan bahwa kualitas pelayanan terdiri dari 3 elemen yaitu : Struktur, Proses dan *outcome*, serta Azrul Azwar mengatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan terdiri dari 4 unsur pokok yaitu : masukan, proses, keluaran dan lingkungan (1996). Dalam pelaksanaan pelayanan di ruang rawat yang termasuk dalam komponen input adalah tenaga, sarana dan prasarana yang ada sebagai penunjang kegiatan tersebut dan terdapat di ruang perawatan. Komponen Proses adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan serta monitoring dan evaluasi terhadap SOP yang telah dibuat. Komponen keluaran adalah terlaksananya asuhan keperawatan diare pada anak oleh perawat di ruang rawat, sedangkan unsur lingkungan adalah kebijakan manajemen dan organisasi.

Untuk menghasilkan suatu hasil pelayanan yang baik dalam penanganan pada pasien diare anak yang dirawat diperlukan suatu standar operasional prosedur. Penulis mencoba menganalisis implementasi standar operasional prosedur asuhan keperawatan oleh perawat pada kasus diare anak di ruang rawat yang telah ditetapkan di Rumah Sakit Rawa Lumbu. Berdasarkan hal tersebut, maka kerangka konsep yang dipakai peneliti adalah sebagai berikut :

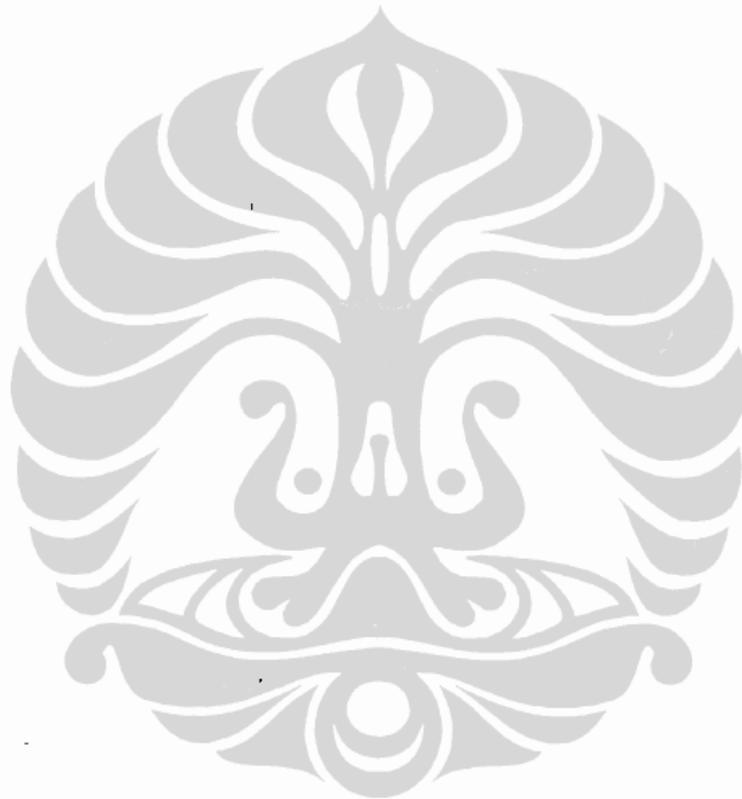


#### 4.2 Definisi Istilah

	Daftar Istilah	Definisi istilah
1	Perawat	Tenaga profesional di bidang perawatan kesehatan yang terlibat dalam kegiatan perawatan di rumah sakit rawa lumbu
2	SOP	Suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang di bakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu dan harus di jalankan
3	Pasien	Seseorang yang menerima perawatan medis
4	Anak	Usia di bawah 15 tahun yang telah di tetapkan oleh komite medik RS
5	Diagnosa	Identifikasi oleh dokter mengenai jenis penyakit yang terdapat pada pasien
6	Diare	Diagnosa yang di tegakkan oleh dokter pada pasien (keadaan buang air besar >3x dengan konsistensi feces cair)
7	Dehidrasi	Suatu keadaan pada pasien di mana kehilangan cairan tubuh, yang di tandai dengan perubahan fisik
8	Asal Pasien	Pasien yang dirawat berasal dari UGD atau poli rawat jalan
9	Pengawasan Keadaan Umum	Suatu keadaan saat pasien tiba di UGD atau Poli rawat jalan dalam keadaan :Tampak sakit ringan, tampak sakit sedang atau tampak sakit berat
10	Kesadaran	Kondisi kesadaran pasien saat tiba di rumah sakit seperti: compos mentis, somnolen, delirium, sopor, soporocoma
11	Vital Sign	Tanda-tanda vital dari kehidupan seseorang seperti ukuran nadi, suhu, dan pernafasan
12	Ukuran Nadi	Ukuran denyut nadi yang di hitung permenit
13	Ukuran Suhu	Ukuran derajat suhu seseorang yang di ukur dengan menggunakan thermometer suhu
14	Ukuran Pernafasan	Ukuran jumlah tarikan nafas yang di lakukan dalam hitungan satu menit

15	Penimbangan BB	Ukuran beban pasien yang di ukur dengan satuan Kg yang di lakukan saat pasien datang, dalam perawatan dan pasien pulang
16	Pengawasan ketat cairan infuse	Pengawasan yang dilakukan terhadap jenis cairan, jumlah tetes yang termonitor melalui form Pengawasan balance cairan
17	Pemberian Cairan Tiap Jam	Pemberian dan pengawasan cairan secara oral yang di lakukan rutin tiap jam
18	Frekwensi defekasi	Jumlah buang air besar yang di hitung selama perawatan
19	Karakteristik Feses	Bentuk feces yang keluar saat buang air besar
20	Jumlah Feses	Satuan ukuran feces yang dilihat dari jumlah pergantian pempers pada pasien
21	Resiko Komplikasi Dehidrasi	Suatu keadaan tanda-tanda dehidrasi yang di tandai seperti : turunnya turgor kulit, ubun ubun cekung pada anak usia 1 tahun kebawah, mata yang terlihat cowong
22	Gangguan Rasa Aman dan Nyaman	Upaya yang dilakukan oleh perawat untuk membuat nyaman pasien dengan melakukan pengawasan penggantian pempers dan penggantian spreii tempat tidur pasien
23	Konseling Pentingnya Pemberian Cairan Peroral	Upaya dari perawat untuk menginformasikan mengenai langkah langkah awal dalam penanganan diare, serta pentingnya memperhatikan tanda tanda dehidrasi pada anak
24	Kondisi akhir pasien	Hasil output dari pelayanan terhadap pasien : sembuh, cacat, meninggal
25	Sembuh	Keadaan yang diharapkan oleh pasien, dimana keluhan yang di alami pasien sudah tidak ada lagi
26	Cacat	Kelainan anggota tubuh yang di jumpai, di mana bagian tubuh tersebut tidak dapat menjalankan fungsinya secara normal
27	Meninggal	Akhir dari kehidupan dimana tidak di jumpai adanya tanda kehidupan pada pasien secara permanen, seperti denyut jantung, reflek fisiologis.

28	Monitoring	Pengawasan terhadap kebijakan yang sudah di keluarkan oleh rumah sakit
29	Evaluasi	Proses menjelaskan, memperoleh dan menyediakan data yang berguna untuk menilai suatu keputusan atau kebijakan
30	Asuhan Keperawatan	Proses yang dilakukan oleh perawat dalam menjalankan tugas dari pendokumentasian sampai menatalakasana pasien dengan jenis penyakit tertentu



## BAB V

### METODOLOGI PENELITIAN

#### *5.1 Rancangan Penelitian*

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dan kuantitatif dengan menganalisa terhadap implementasi standar operasional prosedur asuhan keperawatan oleh perawat pada kasus diare dengan dehidrasi anak di Rumah Sakit Rawa Lumbu pada tahun 2008

Alasan utama yang mendasari penggunaan metode ini, peneliti mengharapkan informasi dari data yang di ambil secara retrospektif, wawancara dan FGD dapat memberikan gambaran pembuktian mengenai implementasi standar operasional asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat dimana kasus ini adalah kasus terbanyak yang terjadi pada anak yang di rawat di Rumah Sakit Rawa Lumbu. Dan pada akhirnya informasi tersebut kedepan dapat di manfaatkan untuk meningkatkan mutu di Rumah Sakit Rawa Lumbu

#### *5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian*

Lokasi penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Rawa Lumbu dan data yang ambil berasal dari rekam medis status pasien anak yang di rawat dengan diagnosa diare dengan dehidrasi.

Data yang di ambil di olah agar data data tersebut dapat memberikan gambaran implementasi standar operasioal prosedur pada pasien anak dengan diare di ruang rawat dengan dehidrasi.

Pengambilan data sekunder di lakukan pada kasus diare dengan dehidrasi yang terjadi antara Januari sampai dengan Desember 2008, sedangkan data primer diambil bulan Maret dengan melakukan wawancara, FGD dengan dokter dan perawat.

### 5.3 Informan

Untuk mendapatkan gambaran mengenai implementasi standar operasional prosedur oleh dokter dan perawat pada kasus diare dengan dehidrasi anak di Rumah Sakit Rawa Lumbu pada tahun 2008, maka informan di tentukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Pada pasien anak yang mempunyai standar operasional prosedur dalam penatalaksanaan penyakit, diare dengan dehidrasi merupakan kasus rawat yang banyak di jumpai pada tahun 2008 di Rumah Sakit Rawa Lumbu
2. Data dari 10 penyakit terbanyak di di rawat pada bagian anak, diare dengan dehidrasi menempati urutan pertama sebanyak 292 kasus diare dengan dehidrasi pada anak pada tahun 2008.
3. Informan yang di ambil adalah sebanyak 169 data sekunder secara random yang di anggap cukup oleh peneliti

### 5.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data sekunder yang di ambil adalah data retrospektif dari status pasien yang tersimpan di ruang unit rekam medis dan data primer adalah data yang di ambil dari wawancara dan fokus group diskusi

#### 5.4.1. Data Sekunder

Data yang dikumpulkan yang di dapat dari catatan perawat yang terdapat dalam status pasien yang di simpan pada unit rekam medis secara random sebanyak 169 status.

Menurut Ilyas (1999) mengenai metode penilaian yang di gunakan dalam penilaian-penilaian tidak ada kesepakatan antara ahli yang satu dengan yang lain. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan membuat daftar *check list* terhadap implementasi standar operasional prosedur oleh perawat pada kasus diare dengan dehidrasi anak di Rumah Sakit Rawa Lumbu, dengan melihat catatan pada status pasien yang terdapat di unit rekam medis pada status pasien. Daftar ini berisi komponen-komponen yang dikerjakan terhadap standar operasional prosedur yang di kerjakan perawat yang dapat di beri bobot "ya" atau "tidak", "selesai" atau "belum". Sehingga setiap sampel di perlukan daftar *check list*.

(Ilyas,1999).

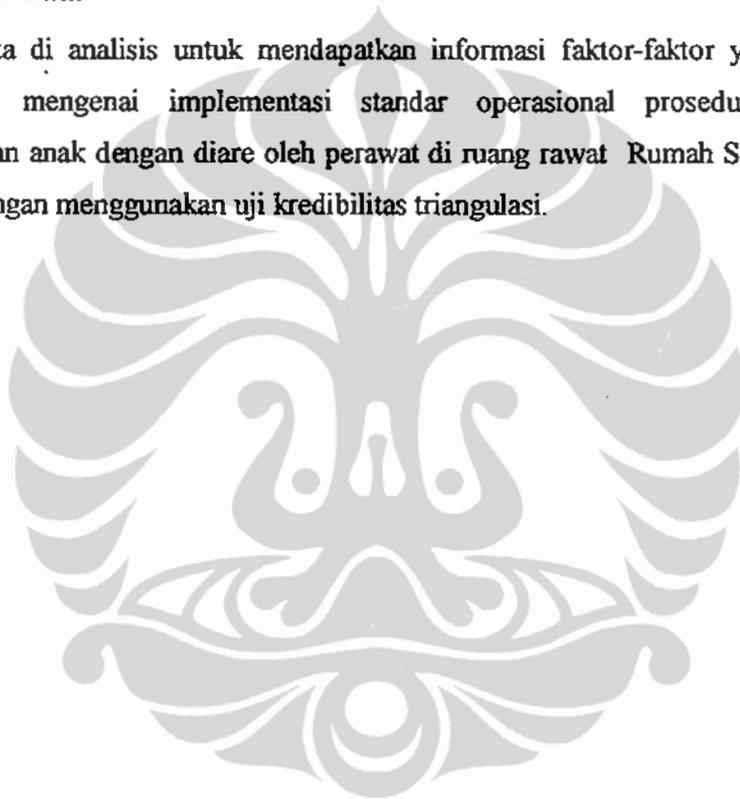
Dengan demikian setiap status pasien diare dengan dehidrasi pada anak perlu disediakan daftar *check list* sesuai dengan standar operasional prosedur dalam penatalaksanaan pada kasus diare dengan dehidrasi anak.

#### **5.4.2. Data Primer**

Dilakukan pengumpulan data dari wawancara dan FGD dengan dokter spesialis anak dan perawat selama Bulan Maret 2009

#### **5.5 Analisis Data**

Data di analisis untuk mendapatkan informasi faktor-faktor yang lebih mendalam mengenai implementasi standar operasional prosedur asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu dengan menggunakan uji kredibilitas triangulasi.



## BAB VI

### HASIL PENELITIAN

#### **6.1. Latar Belakang Pengambilan Sampel**

Penelitian ini merupakan analisa secara retrospektif terhadap pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu dengan menggunakan standar SOP yang di telah di buat.

#### **6.2. Analisa Data**

Analisa data di ambil berdasarkan data sekunder dan data primer.

##### **6.2.1 Hasil Data Sekunder**

Data sekunder adalah sumber data yang di ambil di unit rekam medis rumah sakit dengan data dari status pasien anak dengan kasus diare yang terjadi di RS Rawa Lumbu yang merupakan pasien rawat yang di rawat sejak Januari 2008 sampai dengan Desember 2008 yang berjumlah 292 kasus.

Dengan mengambil informan data sejumlah 169 status, selanjutnya dilakukan analisa setiap status pasien diare pada anak yang di rawat di Rumah Sakit Rawa Lumbu

Dari sampel yang ada, kemudian data di katagorikan berdasarkan umur untuk membedakan jenis tindakan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu

**Tabel. VI.1**

**Distribusi Pasien Menurut Kelompok Usia di Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Usia Pasien	< 1 Tahun	> 1 Tahun	Total
1	Jumlah Pasien	47,33% (80)	52,66% (89)	100% (169)

Dari table di atas terlihat jumlah pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu terbanyak berusia di atas 1 tahun sejumlah 52,66% (89).

Selanjutnya status di eksplorasi mengenai implementasi SOP pada kasus diare pada anak yang dilakukan oleh perawat. Dengan membandingkan kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang kemudian di cocokan dengan SOP yang telah di buat dan di tetapkan oleh rumah sakit. Data tersebut kemudian di masukan ke tabulasi yang telah di siapkan.

Dari data yang telah di masukan ke dalam tabulasi, data kemudian di olah untuk mengetahui seberapa besar presentase implementasi SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat

Data presentase yang didapat adalah sebagai berikut:

**Tabel VI.2**  
**Distribusi Hasil Presentase Asal Masuk**  
**Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Asal Pasien Masuk	Poli	UGD	Total
1	Jumlah Pasien	15,97% (27)	84,02% (142)	100% (169)

Dari table di atas terlihat jumlah asal pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu terbanyak dari UGD sejumlah 84,02% (142)

**Tabel VI.3**  
**Proporsi Penerapan SOP Penilaian Keadaan Pasien Masuk**  
**Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Keadaan Pasien	Ya	Tidak	Total
1	Pengawasan Keadaan Umum	99,41% (168)	0,59% (1)	100% (169)
2	Pengawasan Keadaan Kesadaran	99,41% (168)	0,59% (1)	100% (169)

Dari table di atas terlihat sebagian besar pengawasan keadaan umum dan pengawasan keadaan kesadaran dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu sejumlah 99,41% (168)

**Tabel VI.4**  
**Proporsi Penerapan SOP Pengawasan Vital Sign**  
**Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Pengawasan Vital Sign	Ya	Tidak	Total
1	Nadi	99,41% (168)	0,59% (1)	100% (169)
2	Suhu	99,41% (168)	0,59% (1)	100% (169)
3	Nafas	99,41% (168)	0,59% (1)	100% (169)

Dari table di atas terlihat sebagian besar pengawasan *vital sign* seperti nadi, suhu dan nafas dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu sejumlah 99,41% (168)

**Tabel VI.5**  
**Proporsi Penerapan SOP Penimbangan Berat Badan**  
**Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Penimbangan Berat Badan	Ya	Tidak	Total
1	Dilakukan 1x	98.82% (167)	1.18% (2)	100% (169)
2	Dilakukan >1x	2,37% (4)	97,63% (165)	100% (169)

Dari table di atas terlihat sebagian besar penimbangan berat badan yang dilakukan 1 kali sebesar 98.82% (167) dan yang tidak melakukan lebih dari 1 kali sebesar 97,63% (165) dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu

**Tabel VI.6**  
**Proporsi Penerapan SOP Pengawasan Resiko Terjadinya Gangguan Sirkulasi**  
**Darah Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Pengawasan Resiko Terjadinya Gangguan Sirkulasi Darah	Ya	Tidak	Total
1	Pengawasan Ketat Cairan Infuse	98,22% (166)	1,78% (3)	100% (169)
2	Pemberian Cairan Oral Tiap Jam	24,85% (42)	75,15% (127)	100% (169)

Dari table di atas terlihat sebagian besar pengawasan ketat cairan infuse yang dilakukan sebesar 98.22% (166) dan yang tidak melakukan pengawasan pemberian cairan oral tiap jam sebesar 75,15% (127) dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu

**Tabel VI.7**  
**Proporsi Penerapan SOP Pengawasan Kebutuhan Nutrisi**  
**Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Pengawasan Kebutuhan Nutrisi	Ya	Tidak	Total
1	Catat Frekwensi defekasi	92,30% (156)	7,7% (13)	100% (169)
2	Catat Karakteristik Feses	66,86% (113)	33,14% 56	100% (169)
3	Catat Jumlah Feses	5,32% (9)	94,68% 160	100% (169)

Dari table di atas terlihat sebagian besar pengawasan kebutuhan nutrisi dimana yang mencatat frekwensi defekasi sebesar 92,30% (156), yang mencatat karakteristik defekasi sebesar 66,86% (113) dan yang tidak mencatat jumlah feses sebesar 94,68% 160 dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu

**Tabel VI.8**  
**Proporsi Penerapan SOP Pengawasan Resiko Komplikasi Dehidrasi**  
**Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Pengawasan Resiko Komplikasi Dehidrasi	Ya	Tidak	Total
1	Kepala (ubun ubun besar)	1,25% (1)	98,75 (79)	100% (80)
2	Turgor Kulit	1,18% (2)	98,82% (167)	100% (169)
3	Mata	0,59% (1)	99,41 (168)	100% (169)

Dari table di atas terlihat sebagian besar pengawasan resiko komplikasi dehidrasi yang tidak mencatat pengawasan kepala ( ubun-ubun besar) sebesar 98,75 (79), yang tidak mencatat pengawasan turgor kulit sebesar 98,82% (167), dan yang tidak mencatat pengawasan dehidrasi pada mata sebesar 99,41 (168) dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu

**Tabel VI.9**  
**Proporsi Penerapan SOP Pengawasan Gangguan Rasa Aman dan Nyaman**  
**Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Gangguan Rasa Aman dan Nyaman	Ya	Tidak	Total
1	Pengawasan Ganti Pempers /Popok	0% (0)	100% (169)	100% (169)
2	Pengawasan Ganti Sprei	91,12% (154)	8,88% (15)	100% (169)

Dari table di atas terlihat sebagian besar gangguan rasa aman dan nyaman terhadap pasien pada pengawasan ganti pempers atau popok tidak dilakukan yaitu sebesar 100% (169), tetapi untuk pengawasan ganti sprei sebagian besar dilakukan yaitu sebesar 91,12% (154) dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu

**Tabel VI.10**  
**Proporsi Penerapan SOP Pemberian Informasi Pengetahuan Orangtua Mengenai**  
**Penyakit Kasus Diare Anak di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu**

No	Pemberian Informasi Pengetahuan Orangtua mengenai Penyakit	Ya	Tidak	Total
1	Konseling Pentingnya Pemberian Cairan Peroral	0% (0)	100% (169)	100% (169)

Dari table di atas terlihat pemberian informasi pengetahuan orangtua mengenai penyakit untuk konseling pentingnya pemberian cairan peroral tidak dilakukan yaitu sebesar 100% (169), tetapi untuk pengawasan ganti sprei sebagian besar dilakukan yaitu sebesar 91,12% (154) dari pasien anak yang masuk ke Rumah Sakit Rawa Lumbu

### 6.2.2 Hasil Data Primer

Data primer adalah data yang di ambil secara langsung dengan periode waktu bulan Maret 2009 dengan metoda wawancara dan *Focus Group Discussion* kepada perawat pelaksana, kepala ruang perawat dan dokter spesialis anak di Rumah Sakit Rawa Lumbu

### 6.2.2.1. Hasil Wawancara

Wawancara di lakukan kepada kepala perawat ruangan, perawat pelaksana dan dokter spesialis anak di ruangan mengenai pengetahuan tentang SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat di RS Rawa Lumbu. Dari wawancara di dapatkan data semua responden mengetahui adanya SOP diare pada anak dan mereka mengetahui bahwa sebagian perawat tidak menjalankan SOP tersebut, hal tersebut terjadi di karenakan perbandingan jumlah perawat dan jumlah tempat tidur tidak seimbang. Sementara itu monitoring dan evaluasi terhadap SOP belum pernah dilakukan.

Wawancara di lakukan kepada kepala perawat ruangan, 2 orang perawat pelaksana dan seorang dokter spesialis anak dengan memberikan empat pertanyaan yang sama, yaitu :

1. Apakah anda mengetahui tentang SOP diare pada anak ?
2. Bagaimana pelaksanaan SOP yang lakukan oleh perawat rawat ?
3. Jika Tidak, mengapa pelaksanaan SOP tersebut menjadi terganggu?
4. Adakah upaya-upaya untuk meningkatkan mutu layanan dengan monitoring dan evaluasi terhadap SOP yang telah di buat dan apakah sifatnya terjadwal?

Dari Kepala Perawat Ruangan :

*.....ya saya tahu mengenai SOP itu.....*

*.....SOP tidak semua dilakukan oleh perawat., yah paling sekitar 40 – 60%.....*

*.....begini, rumah sakit ini awal 2008 masih mempunyai bed 50 TT, setelah sekitar trisemester 3 tahun 2008 RS menyelesaikan tahap pembangunan dengan ijin baru menjadi 84 TT. Sementara penambahan jumlah perawat tidak sebanding dengan jumlah bed, dan kamisampai saat ini berupaya menambah perawat, tetapi ketersediaan perawat yang melamar saat ini sangat sedikit. Hal ini mungkin*

menjadi salah satu penyebab SOP-SOP tersebut tidak dapat berjalan dengan baik.....

.....upaya itu pasti di lakukan, tetapi saat ini belum karena kami sedang konsentrasi terhadap penambahan jumlah perawat agar beban kerja mereka tidak terlalu berat karena seringnya perawat terpaksa harus overtime.....

Dari perawat 1 :

.....iya tau.....

.....SOP dilakukan oleh kami, tetapi nggak semua bisa kami laksanakan.....

.....habis kerja kita terlalu banyak, jumlah pasien sama perawt nggak sebanding

.....

.....belum.....

Dari perawat 2 :

.....tau.....

.....SOP .enggak bias kami laksanakan secara keseluruhan.....

.....jumlah bed dan pasien yang di rawat nggak seimbang dengan jumlah perawat, terkadang kami melayani pasien dalam satu bagian NS: 16 pasien di monitor hanya dengan 2 perawat saja.....

.....nggak ada, belum pernah.....

Dari dokter spesialis anak:

.....Oo iya saya tau.....

..... kurang sepertinya enggak semua perawat melaksanakan SOP ya.....

.....saya sering melihat pekerjaan perawat yang cukup berat selain harus mengerjakan tugasnya sebagai perawat dalam pengawasan pasien secara langsung, juga harus membuat catatan keperawatan yang baik, tetapi kalau saya perhatikan beban kerja mereka cukup tinggi dengan pengawasan terhadap pasien

*yang tidak sebanding dengan jumlah perawat yang ada. Jadi sangat mungkin sekali SOP tersebut benar-benar tidak di jalankan secara keseluruhan... ..*

*.....sejak saya bekerja di RS ini, saya belum pernah diminta untuk mengevaluasi SOP, dan saya juga belum mendengar evaluasi itu di lakukan... ..*

#### **6.2.2.2. Hasil Focus Group Discussion**

*Focus Group Discussion* yang dilakukan untuk menganalisa lebih dalam lagi terhadap implementasi standar operasional prosedur asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat dengan melibatkan semua penanggungjawab ruang rawat , perawat pelaksana juga dengan dokter spesialis anak.

Materi FGD yang di lakukan berdasarkan hasil analisa dari data sekunder

Hasil yang di dapat dari FGD yang di lakukan sebagian besar pasien anak dengan kasus diare dengan dehidrasi yang masuk ke ruang perawatan melalui Unit Gawat Darurat di bandingkan dengan Poli Rumah Rakit Rawa Lumbu, hal ini dikarenakan kekhawatiran keluarga dari pasien dan ingin mendapatkan penanganan secara langsung dan juga adanya rujukan dari rumah sakit lain sehingga unit gawat darurat menjadi pilihan terbanyak masuknya pasien anak dengan kasus diare dengan dehidrasi

Pengawasan keadaan umum yang dilakukan terhadap pasien pengkajian awal dilakukan oleh perawat UGD sebesar 99,41%. Dari pengamatan yang di lakukan pada setiap status pasien anak dengan kasus diare dengan dehidrasi didapatkan adanya homogenitas dari penulisan keadaan umum setiap pasien yaitu TSS (Tampak Sakit Sedang). Dalam diskusi didapatkan penyebab hal tersebut terjadi yaitu : *Hal ini di sebabkan sebagian kurangnya pemahaman mengenai keadaan umum pasien, sebagian lagi mengikuti kebiasaan pengkajian yang di lakukan oleh perawat seniornya.* Sedangkan sebagian lupa mencatat dalam status pasien

Pengawasan keadaan kesadaran dilakukan pengkajian awal juga di ruang UGD oleh perawat sebesar 99,41%. Dari pengamatan yang dilakukan pada setiap status pasien anak dengan kasus diare dengan dehidrasi didapatkan adanya homogenitas dari penulisan keadaan umum setiap pasien yaitu CM (*compos mentis*). Dalam diskusi didapatkan penyebab hal tersebut terjadi yaitu : *Hal ini disebabkan sebagian kurangnya pemahaman mengenai keadaan umum pasien, sebagian lagi mengikuti kebiasaan pengkajian yang dilakukan oleh perawat seniornya.* Sedangkan sebagian lupa mencatat dalam status pasien

Pengawasan *vital sign* yaitu pengukuran denyut nadi, pengukuran suhu dan menghitung frekwensi pernafasan sebagian besar yaitu 99,41% dilakukan oleh perawat pada pengkajian awal di UGD, sisanya adalah lupa mencatat di status di karenakan konsentrasi focus pada penanganan fisik pasien.

Penimbangan berat badan yang dilakukan pertama kali juga dilakukan pengkajian awal di ruang UGD, dan 98,82% dilakukan, sisanya tidak dilakukan di karenakan pasien yang masuk merupakan pasien rujukan atau pasien yang dalam keadaan kesadaran menurun, sehingga perawat sulit melakukan SOP penimbangan berat badan. Sedangkan penimbangan berat badan yang dilakukan selanjutnya di ruang perawatan sebesar 2,7% itupun atas permintaan dari keluarga pasien dan dari dokter , Sebagian besar tidak dilakukan disebabkan tidak adanya timbangan berat badan di unit perawatan, kurangnya pemahaman terhadap pentingnya penimbangan berat badan secara periodik, faktor lupa juga juga di jadikan alasan dikarenakan banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan. Tidak adanya penanggungjawab shift di tiap unit perawatan, sehingga pengawasan dan penanggungjawab terhadap kegiatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana tidak termonitor dengan baik.

Pengawasan Resiko Terjadinya Gangguan Sirkulasi Darah yang dilakukan antara lain pengawasan ketat cairan infuse yang sebagian besar dilakukan 98,2%, sisanya tidak dilaksanakan dikarenakan lupa mencatat. Sedangkan pada pelaksanaan pemberian cairan minum rutin minimal tiap jam sebesar 24,85%, hal ini disebabkan karena perawat merasa kewalahan terhadap beban kerja dan jumlah pasien yang tidak sebanding dengan jumlah perawat yang bertugas.

Pengawasan kebutuhan nutrisi di lakukan dengan mencatat frekwensi defekasi yang dilakukan sebesar 92,31% hal ini di sebabkan monitoring terhadap pasien di rasa kurang dikarenakan tidak sebanding dengan jumlah perawat yang bertugas dengan jumlah pasien dan juga di sebabkan kelalaian dalam mencatat kegiatan tersebut.

Pada pencatatan karakteristik feses dilakukan sebesar 66,86%, hal ini di sebabkan komunikasi yang tidak baik antara pasien dan perawat, tidak semua perawat melakukan observasi dan tidak semua perawat mencatat atau mendokumentasikannya.

Pada pencatatan jumlah feses yang keluar dari pasien dilakukan 5,33%, hal ini disebabkan karena tidak semua perawat tahu cara menghitung besarnya jumlah feses yang keluar dan tidak adanya timbangan khusus yang di gunakan untuk menimbang atau menghitung jumlah feses yang keluar di unit ruang perawatan pasien

Pengawasan resiko komplikasi dehidrasi yang di lakukan pada kepala (ubun-ubun) terhadap pasien yang berumur kurang dari 1 tahun sebesar 1,25%, pengawasan turgor kulit 1.18% dan pengawasan pada mata 0,59%. Menurut perawat pelaksana SOP tersebut di jalankan tetapi di karenakan tidak terbiasa mencatat menjadi tidak terdokumentasikan di status. Hal lain di karenakan format pengisian pengawasan resiko komplikasi dehidrasi tidak ada.

Gangguan Rasa aman dan nyaman seperti pengawasan penggantian pempers atau popok 0%. Dari diskusi didapatkan bahwa pengawasan tersebut di jalankan tetapi tidak di catat karena tidak terbiasa. Sedangkan untuk pengawasan ganti seprei dilakukan sebesar 91.12%, sisanya menurut perawat dikarenakan lupa mencatat

Pengetahuan orangtua mengenai penyakit diare yang diberikan oleh perawat melalui konseling pentingnya pemberian cairan peroral sebesar 0% di karenakan komunikasi perawat yang tidak baik dan tidak mencatat pelaksanaan SOP tersebut

Dari dokter spesialis anak terungkap adanya keraguan kepada perawat pelaksana terhadap kepehaman dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan SOP, sehingga perlu adanya monitoring yang dilakukan oleh kepala perawatan.

Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat belum pernah dilakukan



## BAB VII

### PEMBAHASAN

#### ***7.1. Keterbatasan Penelitian***

Penelitian ini memerlukan pemahaman terhadap berbagai hal, baik menyangkut konsep, metodologi maupun teknis yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini.

Pertama, secara konseptual penelitian terhadap pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu menggunakan SOP dengan no revisi terakhir adalah 0. Rumah sakit dalam hal ini belum pernah mengganti SOP sejak bulan Februari tahun 2008. Pembahasan atau diskusi mengenai monitoring dan evaluasi SOP belum pernah dilakukan.

Kedua, instrumen dalam pengumpulan data kemungkinan belum dapat mengungkapkan seluruh aspek yang diteliti, dikarenakan pada FGD dan wawancara terhadap perawat sebagian besar belum memahami SOP yang telah dibuat dan di tetapkan oleh rumah sakit. Ini memungkinkan masih terdapatnya pernyataan yang kurang mengungkapkan dalam penelitian ini.

#### ***7.2 Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare oleh Perawat di Ruang Rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu***

Dari hasil penelitian yang dilakukan melalui berbagai pengumpulan data baik data status pasien secara retrospektif, wawancara, FGD serta pengamatan langsung selama peneliti di Rumah Sakit Rawa Lumbu yang dilakukan oleh perawat pelaksana, kepala perawat dan dokter spesialis anak di Rumah Sakit Rawa Lumbu yang selanjutnya di uji triangulasi didapatkan bahwa semua perawat tahu adanya SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat di Rumah Sakit Rawa Lumbu, adapun isi dari SOP tersebut

merupakan langkah-langkah minimal yang dilakukan oleh seorang perawat saat mereka mendapatkan melalui ilmu keperawatan di mana mereka mengambil pendidikan keperawatan berjenjang. Kurangnya pemahaman acuan, tata cara serta keraguan perawat dalam menjalankan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat menyebabkan SOP tidak berjalan dengan baik

Hal lain yang cukup menarik manakala pengkajian keadaan pasien mengikuti kebiasaan seniornya yang juga sebagian besar kurang memahami sepenuhnya terhadap SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat dan menjadi kebiasaan di tambah lagi dengan tidak adanya monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh pihak manajemen.

Tidak adanya monitoring dan evaluasi pada status rekam medik yang dilakukan oleh pihak manajemen kepada perawat di ruang rawat, akibatnya perawat satu sama lain saling menyalahkan mengenai keadaan status rekam medis pasien saat pindah ruang

Kondisi dan keadaan pasien yang sakit berat saat masuk rumah sakit melalui UGD menjadikan sebagian SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat tidak di jalankan di karenakan fokus pada *life saving*

Ketidaktersediaan dari alat timbangan yang di butuhkan oleh perawat dalam menjalankan tugas untuk menghitung jumlah feses yang keluar menjadikan juga sebagian asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat tidak dapat dijalankan

Tidak ada penanggungjawab perawat pelaksana dalam setiap shift, sehingga monitoring SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat anak tidak berjalan

Komunikasi yang terjadi antara perawat dan pasien kurang, hal ini di sebabkan tidak seimbangnya jumlah perawat dan pasien yang di rawat, sehingga semua pekerjaan dilakukan terburu-buru dan tumpang tindih

Monitoring dan evaluasi SOP belum pernah di lakukan dan belum terjadwal sehingga upaya perbaikan dalam menjalankan SOP di Rumah Sakit Rawa Lumbu menjadi terhambat, sehingga *review* terhadap SOP perlu di lakukan

Hal lain yang penting yang sempat berulang kali di singgung di atas adalah beban kerja yang tinggi dimana jumlah perawat dan jumlah tempat tidur tidak seimbang,

sehingga menyebabkan pelaksanaan SOP menjadi tidak maksimal, pendokumentasian ke dalam statuspun menjadi terabaikan.

Menurut perhitungan Gillis, PPNI maupun formula Jaslis, perawat saat itu hanya berjumlah 71 orang dengan kapasitas 100 tempat tidur dengan BOR rata-rata 72% di tahun 2008 tidaklah mencukupi kebutuhan minimal perawat. Dengan menggunakan formula Gillis DA kebutuhan minimal seharusnya adalah 84 perawat, dengan menggunakan perhitungan dari PPNI adalah minimal 140 dan dengan menggunakan formula Jaslis I kebutuhan minimal adalah 103 perawat.



## BAB VIII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### *8.1 Kesimpulan*

SOP asuhan keperawatan diare pada anak di Rumah Sakit Rawa Lumbu saat ini sudah baik, tetapi perawat ada sebagian yang belum memahami SOP tersebut dan belum secara lengkap menerapkan SOP asuhan keperawatan diare pada anak di karenakan beban kerja perawat yang tinggi. Dalam melaksanakan tugasnya perawat masih merasakan beban kerja yang tinggi.

Rumah sakit belum menyediakan jumlah perawat yang perbandingan jumlah tempat tidur dan jumlah perawat yang berimbang, dengan menggunakan perhitungan baik dengan menggunakan formula Gillis, PPNI maupun formula Yalis I, dapat seharusnya kebutuhan minimal perawat dapat terpenuhi.

Jumlah perawat dan jumlah tempat tidur tidak seimbang menyebabkan kepatuhan terhadap SOP sulit di laksanakan

Pemahaman mengenai standar operasional prosedur yang menjadikan suatu bentuk aturan minimal dan harus di jalankan dalam kegiatan rutinitas di rumah sakit di mana standar operasional prosedur itu di buat.

Ketidak tersedianya alat timbangan di ruang rawat juga menyebabkan SOP tidak berjalan dengan baik.

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat terhadap pelaksanaan SOP yang telah di lakukan di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu belum berjalan

#### *8.2 Saran*

Rumah sakit harus menurunkan beban kerja perawat dengan memenuhi jumlah perbandingan perawat dan jumlah tempat tidur yang sesuai menurut perhitungan yang sudah ada. Konsentrasi perawat menjadi lebih baik dalam menjalankan tugasnya dan dapat meminimalisir kesalahan ataupun pelanggaran terhadap SOP yang telah di buat oleh rumah sakit.

Monitoring dan evaluasi terhadap segala macam kegiatan yang menjadi rutinitas rumah sakit harus selalu di lakukan melalui kolaborasi dengan komite medik rumah sakit untuk memaksimalkan layanan rumah sakit dan untuk mencapai suatu pelayanan yang maksimal bagi masyarakat

Dalam menjalankan SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat Rumah Sakit Rawa Lumbu, pihak manajemen melalui struktur keperawatan perlu untuk melakukan sosialisasi dan pelatihan-pelatihan serta *refreshing* terhadap perawat pelaksana dalam menjalankan SOP asuhan keperawatan yang telah di buat.

Sistem *punishment* dan *reward* perlu di terapkan dalam monitoring dan evaluasi SOP asuhan keperawatan anak dengan diare oleh perawat di ruang rawat, jika perbandingan jumlah perawat dan jumlah tempat tidur telah mencukupi.

Perlunya penyusunan jadwal kegiatan rencana tindak lanjut dalam upaya meningkatkan kuantitas dan kualitas keperawatan di Rumah Sakit Rawa Lumbu.

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

- \_\_\_\_\_, *Cermin Dunia Kedokteran. Upaya Peningkatan Pelayanan Rumah Sakit*.1991
- \_\_\_\_\_, <http://id.wikipedia.org/wiki/Dokter>
- \_\_\_\_\_, *Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 228/MENKES/SK/III/2002 tentang Pedoman penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Di Laksanakan Daerah*
- \_\_\_\_\_, *Standar Pelayanan Medik RSUP Dr. Sardjito. Buku I*. Komite Medis RSUP dan Fakultas Kedokteran UGM. Jogjakarta.1996
- \_\_\_\_\_, *Standar Pelayanan Medis IDI*
- \_\_\_\_\_, *Jangan Anggap Remeh Diare; Available from : [www.medicastore.com](http://www.medicastore.com)*
- \_\_\_\_\_, *Manual Prosedur Operasional Standar Perpustakaan Universitas Indonesia*, Depok, 2003
- \_\_\_\_\_, *Inisiatif Kemitraan Pemerintah-Swasta Untuk Cuci Tangan Pakai Sabun; Available from : [www.ampl.or.id](http://www.ampl.or.id)*
- Azwar A. *Mengenal Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta 1995
- Bachtiar, A, Kusdinar, A dan Hatriyanti Y. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. FKM Universitas Indonesia..2000
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 1995. *Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta
- Butowasisto. *Peningkatan Mutu layanan Rumah Sakit*. Cermin Dunia Kedokteran. Edisi Khusus No.90. 1994

- Donabedian, Avedis, 1979. *Aspect of Medical Care Administration*. Harvard University Press
- Guwandi J SH, 1992. *Trilogi Rahasia Kedokteran*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- Guwandi.J. *Dokter dan Rumah Sakit*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1991
- Hassan R. Alatas H. *Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak jilid 1*. 1991; edisi keenam
- Ilyas, Y, 2002, *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Cetakan Ketiga, Jakarta.
- Ilyas, Y, 2002, *Pedoman SDM Rumah Sakit, Teori, Metode dan Formula*,Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Jakarta.2002
- Jacobalis.S *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)*. PT Citra Windu Satria. Jakarta 1989
- John W. Creswell, *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*, Sage Publication, 1994
- Lissauer T. Clayden G. *Illustrated Textbook of Paediatrics*. 2001; 2nd Mansjoer S. Suprohaita. Wardhani W. Setiowulan W. *Kapita Selekta Kedokteran*. 2000; edisi ketiga
- Lumenta Benyamin, *Pelayanan Medis: Citra, Konflik dan Harapan*. Kanisius Jogjakarta.1989
- Lumenta Benyamin. *Pasien, Cinta, Peran dan Perilaku*. Kanisius.Jogjakarta.1989
- Mardalis,Drs. *Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal*. PT Bumi Aksara. Jakarta,2007,
- Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, Alice C. Geissler. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3 EGC, 1999.
- Molachele,A, Badiah. *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rawat Inap di RSU Fatmawati Jakarta*. Tesis KARS UI.Jakarta.1993

- Muhiman M. Suntoro A. Kristanto. *Penatalaksanaan Pasien di Intensive Care Unit*. 1989; edisi pertama : (Terapi Cairan)
- Notoamodjo, Soekidjo. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta Jakarta.1993
- Notoatmojo,S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi. PT Rhineka Cipta. Jakarta.2002
- P.Jiko Subagyo,SH, *Metode Penelitian Dalam Teori Dan Praktek*, PT. Rineka Cipta, Jakarta,1991
- Pratiknya, AW. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta 1993
- Purnawan Junadi,dr,PhD *Pengantar Analisis Data*,Rineka Cipta. Cetakan Pertama Jakarta, Juli1995
- Quality Guidance for Preparing Standard Operating Procedures (SOPs) E A QA/G-[www.epa.gov/quality](http://www.epa.gov/quality)*. 5 Mei 2004
- Ridwan Amiruddin, DR.SKM,M.Kes, dkk *Current Issue Kematian Anak (Penyakit Diare)*\_Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Epidemiologi. UNHAS. Makassar.2007
- Schultz Rockwell and Johnson Alton C, 1976. *Management of Hospital*. Mc Graw Hill Book Company
- Soehardi Sigit, Prof.Dr, *Pengantar Metodologi Penelitian Sosial-Bisnis-Manajaemen*.BPFE UST.Jogjakarta,2001
- Soemarja Aniroen, *Manajemen Pelayanan Medik Rumah Sakit*. Kanwil Depkes DKI, Irsjam. Manajemen Perumah Sakitan.Jakarta.1984
- Sugiyono.Prof.Dr *Memahami Penelitian Kualitatif*. CV Alvabeta. Bandung,2007
- Suharyono. Boediarso A. Halimun E. *Gastroenterologi Anak Praktis*. 1999; edisi ketiga
- Tim Departemen Kesehatan RI, *Konsep Dan Proses Keperawatan*.PT Percetakan dan Penerbitan Granesia.Bandung 1987

Wijono, Joko. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori Strategi dan Aplikasi*. Airlangga University Press. Surabaya. 1999



Universitas Indonesia

# LAMPIRAN



**Tabel Lampiran 1:  
Distribusi Gambaran 10 Penyakit Terbanyak Pada Anak Tahun 2005**

No	Diagnosa	Jumlah
1	Gastroenteritis	224
2	Bayi Baru Lahir	75
3	ISPA	63
4	DHF	62
5	Pneumonia	54
6	Gastritis	44
7	Typhoid Fever	39
8	Febris	8
9	BBLR	8
10	Dengue Fever	5

**Tabel Lampiran 2:  
Distribusi Gambaran 10 Penyakit Terbanyak Pada Anak Tahun 2006**

No	Diagnosa	Jumlah
1	Gastroenteritis	361
2	Bayi Baru Lahir	237
3	DHF	106
4	Pneumonia	75
5	Febris	56
6	TB Paru	51
7	Typhoid Fever	49
8	ISPA	46
9	Kejang Demam	31
10	BBLR	25

**Tabel Lampiran 3:  
Distribusi Gambaran 10 Penyakit Terbanyak Pada Anak Tahun 2007**

No	Diagnosa	Jumlah
1	Gastroenteritis	447
2	Bayi Baru Lahir	209
3	DHF	160
4	Febris	115
5	Kejang Demam	104
6	Pneumonia	103
7	ISPA	81
8	Typhoid Fever	76
9	Dengue Fever	92
10	BBLR	33

**Tabel Lampiran 4:  
Distribusi Gambaran 10 Penyakit Terbanyak Pada Anak Tahun 2008**

No	Diagnosa	Jumlah
1	Gastroenteritis	292
2	Kejang Demam	97
3	Febris	93
4	DHF	86
5	Bronchopneumonia	73
6	Typhoid Fever	70
7	ISPA	65
8	Vomitus	46
9	Bronchiolitis	32
10	Sepsis	30











No	Umur		Asal Pasien		Implementasi SOP Asuhan Eksperimental ahli Perawat Pada Asam Darah Anak di Ruang Perawatan RS Panti Lumbu												Keterangan Tambahan	
	L	P	Pol	UAD	Pemeriksaan Fisik		Pemeriksaan Laboratorium		Pemeriksaan Keperawatan									
					Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan
140	1,4		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
141	5		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
142		2bhn	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
143	1,4		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
144	10 bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
145			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
146	100bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
147		8bhn	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
148	7bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
149		8 bhn	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
150	0 bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
151		0 bhn	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
152		1,8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
153	4,8		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
154		0 bhn	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
155	4		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
156	8 bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
157	0 bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
158	2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
159		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
160		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
161	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
162		1,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
163	5 bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
164	4		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
165	2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
166		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
167	0 bhn		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



## Lampiran

### Data Hasil Wawancara Terhadap Kepala Perawat Ruangan, Perawat Pelaksana dan Dokter Spesialis anak

	Apakah anda mengetahui tentang SOP diare pada anak ?	Bagaimana pelaksanaan SOP yang dilakukan oleh perawat rawat ?	Jika Tidak, mengapa pelaksanaan SOP tersebut menjadi terganggu?  Jika Ya, lanjut ke pertanyaan no.4	Adakah upaya-upaya untuk meningkatkan mutu layanan dengan monitoring dan evaluasi terhadap SOP yang telah di buat dan apakah sifatnya terjadwal?
Kepala Perawat Ruangan	.....ya saya tahu mengenai SOP itu.....	.....SOP tidak semua dilakukan oleh perawat., yah paling sekitar 40-60%.....	.....begini, rumah sakit ini awal 2008 masih mempunyai bed 50 TT. setelah sekitar trisemester 3 tahun 2008 RS menyelesaikan tahap pembangunan dengan ijin baru menjadi 84 TT. Sementara penambahan jumlah perawat tidak sebanding dengan jumlah bed, dan kamisampai saat ini berupaya menambah perawat, tetapi ketersediaan perawat yang melamar saat ini sangat sedikit. Hal ini mungkin menjadi salah satu penyebab SOP-SOP tersebut tidak dapat berjalan dengan baik.....	.....upaya itu pasti di lakukan, tetapi saat ini belum karena kami sedang konsentrasi terhadap penambahan jumlah perawat agar beban kerja mereka tidak terlalu berat karena seringkali perawat terpaksa harus overtime.....
Perawat 1	.....iya tau.....	.....SOP dilakukan oleh kami, tetapi nggak semua bisa kami laksanakan....	.....habis kerja kita terlalu banyak, jumlah pasien sama perawat nggak sebanding .....	.....beban.....
Perawat 2	.....tau.....	.....SOP enggak bias kami laksanakan secara keseluruhan.....	.....jumlah bed dan pasien yang di rawat nggak seimbang dengan jumlah perawat, terkadang kami melayani pasien dalam satu bagian NS: 16 pasien di monitor	.....nggak ada, belum pernah.....

			hanya dengan 2 perawat saja....	
Dokter SpA	.....Oo iya saya tau.....	..... kurang sepertinya enggak semua perawat melaksanakan SOP ya.....	.....saya sering melihat pekerjaan perawat yang cukup berat selain harus mengerjakan tugasnya sebagai perawat dalam pengawasan pasien secara langsung, juga harus membuat catatan keperawatan yang baik, tetapi kalau saya perhatikan beban kerja mereka cukup tinggi dengan pengawasan terhadap pasien yang tidak sebanding dengan jumlah perawat yang ada. Jadi sangat mungkin sekali SOP tersebut benar-benar tidak di jalankan secara keseluruhan.....	.....sejak saya bekerja di RS ini, saya belum pernah diminta untuk mengevaluasi SOP, dan saya juga belum mendengar evaluasi itu di lakukan.....

 <p>RS RAWA LUMBU [B-E-K-A-S-I] RSRL BEKASI</p>	<b>ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN DIARE</b>		
	<p>NO. DOKUMEN 001 / SOP-Kperawatan / RSRL / II / 2008</p>	<p>NO. REVISI 0</p>	<p>JUMLAH HALAMAN 6</p>
<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</p>	<p>TANGGAL TERBIT 1 Februari 2008</p>	<p>Ditetapkan DIREKTUR RSRL</p>  <p>dr. Udin</p>	

#### **PENGETIAN :**

- Suatu kondisi, buang air besar yang tidak normal yaitu lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer dapat disertai atau tanpa disertai darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung atau usus.  
(Haroen N, S. Suraatmaja dan P.O Asdil 1998), (C.L Betz & L.A Sowden, 1996) (Suradi & Rita, 2001).

#### **PENYEBAB**

1. Diare sekresi (secretory diarrhoe), disebabkan oleh:
  - a) Infeksi virus, kuman-kuman patogen dan apatogen seperti shigella, salmonela, E. Coli, golongan vibrio, B. Cereus, clostridium perfarings, stapylococcus aureus, comperastaltik usus halus yang disebabkan bahan-bahan kimia makanan (misalnya keracunan makanan, makanan yang pedas, terlalu asam), gangguan psikis (ketakutan, gugup), gangguan saraf, hawa dingin, alergi dan sebagainya.
  - b) Defisiensi imum terutama SIGA (secretory imonol bulin A) yang mengakibatkan terjadinya berlipat gandanya bakteri/flata usus dan jamur terutama canalida.
2. Diare osmotik (osmotik diarrhoea) disebabkan oleh:
  - a) Malabsorpsi makanan: karbohidrat, lemak (LCT), protein, vitamin dan mineral.
  - b) Kurang kalori protein.

- c) Bayi berat badan lahir rendah dan bayi baru lahir.

Sedangkan menurut Ngastiyah (1997), penyebab diare dapat dibagi dalam beberapa faktor yaitu:

1. Faktor infeksi

- a) Infeksi enteral

Merupakan penyebab utama diare pada anak, yang meliputi: infeksi bakteri, infeksi virus (enteovirus, polimyelitis, virus echo coxsackie). Adeno virus, rota virus, astrovirus, dll) dan infeksi parasit : cacing (ascaris, trichuris, oxyuris, strongxloides) protozoa (entamoeba histolytica, giardia lamblia, trichomonas homunis) jamur (canida albicous).

- b) Infeksi parenteral ialah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti otitis media akut (OMA) tonsilitis/tonsilofaringits, bronkopneumonia, ensefalitis dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah dua (2) tahun.

2. Faktor malaborsi

Malaborsi karbohidrat, lemak dan protein.

3. Faktor makanan

4. Faktor psikologis

## **PATOFISIOLOGI**

1. 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 kedalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
2. Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
3. 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
4. Akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung, mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare

Akibat dari diare akan terjadi beberapa hal :

1. **Kehilangan air (dehidrasi);** Dehidrasi terjadi karena kehilangan air (output) lebih banyak dari pemasukan (input), merupakan penyebab terjadinya kematian pada diare
2. **Gangguan keseimbangan asam basa (metabik asidosis);** Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bicarbonat bersama tinja. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun dalam tubuh, terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anorexia jaringan. Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria/anuria) dan terjadinya pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler kedalam cairan intraseluler.
3. **Hipoglikemia;** Hipoglikemia terjadi pada 2-3% anak yang menderita diare, lebih sering pada anak yang sebelumnya telah menderita KKP. Hal ini terjadi karena adanya gangguan penyimpanan/penyediaan glikogen dalam hati dan adanya gangguan absorpsi glukosa. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun hingga 40 mg% pada bayi dan 50% pada anak-anak
4. **Gangguan gizi;** Terjadinya penurunan berat badan dalam waktu singkat
5. **Gangguan sirkulasi;** Sebagai akibat diare dapat terjadi renjatan (shock) hipovolemik, akibatnya perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah berat, dapat mengakibatkan perdarahan otak, kesadaran menurun dan bila tidak segera diatasi klien akan meninggal

#### **MANIFESTASI KLINIS DIARE**

1. Mula-mula anak/bayi cengeng gelisah, suhu tubuh mungkin meningkat, nafsu makan berkurang
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, kadang disertai wial dan wiata.
3. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu.
4. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya difekasi dan tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat.
5. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas (elistitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung membran mukosa kering dan disertai penurunan berat badan.
6. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat tekan darah turun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, kesadaran menurun (apatis, samnolen, sopora komatus) sebagai akibat hipovokanik
7. Diuresis berkurang (oliguria sampai anuria).

8. Bila terjadi asidosis metabolik klien akan tampak pucat dan pernafasan cepat dan dalam. (Kusmaul).

### **PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

1. Pemeriksaan tinja; Makroskopis dan mikroskopis
2. PH dan kadar gula dalam tinja
3. Bila perlu diadakan uji bakteri
4. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, dengan menentukan PH dan cadangan alkali dan analisa gas darah.
5. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
6. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan Posfat.

### **KOMPLIKASI**

1. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik atau hipertonik).
2. Renjatan hipovolemik.
3. Hipokalemia (dengan gejala mekorismus, hiptoni otot, lemah, bradikardi, perubahan pada elektro kardiogram).
4. Hipoglikemia.
5. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa, usus halus.
6. Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik.
7. Malnutrisi energi, protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan.

### **DERAJAT DEHIDRASI**

Menurut banyaknya cairan yang hilang, derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan:

**Kehilangan berat badan**

1. Tidak ada dehidrasi, bila terjadi penurunan berat badan 2,5%.
2. Dehidrasi ringan bila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%.
3. Dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 5-10%

### **Maurice King Score**

1. Keadaan umum : nilai 0 bila sehat, 1 bila anak cengeng, apatis dan ngantuk. 2 bila anak mengigau, koma atau syok.
  2. Kekeñyalan kulit : nilai 0 bila normal. Nilai 1 bila sedikit kurang. Nilai 2 bila sangat kurang.
  3. Mata (palpebra) : nilai 0 bila normal. Nilai 1 bila sedikit cekung. Nilai 2 bila sangat cekung.
  4. Uzun – uzun besar : nilai 0 bila normal. Nilai 1 bila sedikit cekung. Nilai 2 bila sangat cekung.
  5. Mulut : nilai 0 bila normal. Nilai 1 bila kering. Nilai 2 bila kering dan sianosis.
  6. Denyut nadi / menit : nilai 0 bila kuat < 120 kali / menit. Nilai 1 bila sedang (120 – 140 kali / menit). Nilai 2 bila lemah > 140 kali / menit.
- nilai 0-2 dehidrasi ringan
  - nilai 3-6 dehidrasi sedang
  - nilai 7-12 dehidrasi berat

### **Asuhan Keperawatan :**

Keadaan umum :  
Kesadaran :  
Tanda vital  
    Frekuensi nadi : .....x/menit  
    Frekuensi nafas : .....x/menit  
    Suhu : .....<sup>o</sup> C  
Penimbangan BB awal : ..... Kg  
Penimbangan BB harian : ..... Kg

### **Resiko terjadinya gangguan sirkulasi darah :**

- a) Pengawasan ketat cairan infuse : Jenis dan Intake cairan
- b) Tawarkan minuman jernih tiap jam

### **Kebutuhan nutrisi :**

- a) Catat frekwensi defekasi
- b) Catat karakteristik feses
- c) Catat jumlah feses yang keluar

**Resiko komplikasi dehidrasi:**

- a) Kepala (ubun – ubun besar): .....
- b) Turgor kulit :
- c) Mata :

**Gangguan rasa aman dan nyaman**

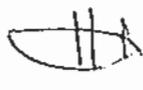
- a) Pengawasan penggantian popok
- b) Pengawasan penggantian sprei tempat tidur

**Pengetahuan orang tua mengenai proses penyakit:**

- a) Konseling pentingnya pemberian cairan peroral

**Referensi :**

- Lissauer T. Clayden G. *Illustrated Textbook of Paediatrics*. 2001; 2nd edition : 177 – 180
- Mansjoer S. Suprohaita. Wardhani W. Setiowulan W. *Kapita Selekta Kedokteran*. 2000; edisi ketiga : 470 – 6
- Suharyono. Boediarso A. Halimun E. *Gastroenterologi Anak Praktis*. 1999; edisi ketiga : 51 – 84
- Hassan R. Alatas H. *Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak jilid 1*. 1991; edisi keenam : (16) 283 – 312
- Muhiman M. Suntoro A. Kristanto. *Penatalaksanaan Pasien di Intensive Care Unit*. 1989; edisi pertama : (Terapi Cairan) 223 – 244
- Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, Alice C. Geissler. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3 EGC, 1999.

 <b>RS. HAWA LUMBU B-E-E-A-S-I</b> <b>RSRL BEKASI</b>	<b>PENANGANAN GASTROENTERITIS / DIARE</b>		
	<b>NO. DOKUMEN</b> 026 / SOP-D.UGD / RSRL / II / 2008	<b>NO. REVISI</b> 0	<b>HALAMAN</b> 1 dari 11
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	<b>TANGGAL TERBIT</b> 1 Februari 2008	Ditetapkan <b>DIREKTUR RSRL</b>  dr. Udin	

### I. DEFINISI

#### DIARE :

Defekasi encer lebih dari 3 kali perhari dengan atau tanpa darah dan atau lendir dalam tinja

#### DIARE AKUT

Diare yang terjadi mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya jelas.

#### DIARE KRONIK

Diare yang berlangsung sampai atau lebih dari 2 minggu, disertai kehilangan atau tidak bertambahnya berat badan selama masa sakit tersebut.

### II. EPIDEMIOLOGI DIARE AKUT

- Lebih sering terjadi pada bayi, ditularkan secara focal-oral, prevalensi tinggi pada sumber air yang tercemar, penderita kekurangan protein dan kalori, anak yang tidak diberi ASI. Pada ASI ( kolostrum ) terdapat antibody spesifik terhadap hampir semua kuman patogen usus.
- Insiden diare pada anak balita di Indonesia cukup tinggi, kurang lebih 60 juta kasus / tahun
- Sunoto 1986, jumlah kasus diare di Indonesia 44,6 juta dengan angka kematian 34,6 %

### III. ETIOLOGI

#### 1. INFEKSI

##### A. INTERNAL

- Virus

Rotavirus : 30,4 – 36,6 %

Enterovirus, adenovirus, dll

- Bakteri

E. Coli : 20-30 %

Salmonella : 5-18 %

Vibrio colera : < 5 %

Shigella : 1,2 – 5 %

- Parasit

Lebih sering menyebabkan diare kronik, mis: Protozoa, cacing, jamur, candida, dll.

**B. PARENTERAL**

OMA, TF, BP, Ensefalitis dll.

**2. MABSORBSI**

**A. KARBOHIDRAT**

Disakarida : lactosa, maltosa, sukrosa

Monosakarida : glukosa, fruktosa, galaktosa.

**B. LEMAK**

Terutama LCT

**C. PROTEIN**

Asam amino, B. lactoglobulin

**D. VITAMIN DAN MINERAL**

**3. ALERGI**

Alergi susu, makanan, CMPSE

**4. KERACUNAN MAKANAN**

- Beracun, mis. Clostridium botulinus
- Tercampur racun
- Makanan yang diawetkan dengan bahan kimia ----> kadaluarsa

**5. DEFISIENSI IMUN**

Terutama S IgA/ Secretory Immunoglobulin A

**6. IDIOPATIK**

Sebab- sebab lain yang tidak diketahui

**IV. PATOGENESIS DIARE AKUT**

**A. DIARE SEKRESI**

- Terjadi karena rangsangan tertentu pada dinding usus, misal toksin-->menyebabkan hipersekresi air dan elektrolit ke rongga usus -->diare
- Terdapat pada :

- Infeksi virus : patogen dan apatogen
- Hiperperistaltik usus halus :  
Makanan ( keracunan , pedas, asam, tercemar bahan kimia ), psikis, gangguan saraf alergi, dan sebagainya.
- Immunodefisiensi : terutama S Ig A, menyebabkan berlipat gandanya flora usus dan jamur → candida.

#### B. DIARE OSMOTIK

- Makanan yang tidak dapat diserap menyebabkan tekanan osmotik meningkat dalam rongga usus sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus sehingga diare.
- Terdapat pada :
  1. Malabsorpsi
  2. Kurang kalori protein
  3. Berat badan lahir rendah

### V. MANIFESTASI KLINIK

#### 1. KEHILANGAN CAIRAN TUBUH

##### A. DEHIDRASI

Ditandai dengan :

- Kehilangan turgor kulit
- Denyut nadi lemah atau tidak ada
- Takikardi
- Mata cekung, ubun-ubun besar cekung
- Suara parau
- Kulit dingin, jari- jari sianosis
- Selaput lendir kering
- Anuria
- Uremia
- Renjatan hipovolemi

Dapat dibagi berdasarkan :

##### 1) Kehilangan berat badan

- Tidak ada dehidrasi : BB menurun 2,5 %
- Dehidrasi ringan : BB menurun 2,5 – 5 %
- Dehidrasi sedang : BB menurun 5-10 %

- Dehidrasi berat : BB menurun > 10 %

## 2) Skor MAURICE KING

BAGIAN TUBUH YANG DIPERIKSA	NILAI 0	GEJALA 1	DITEMUKAN 2
Keadaan umum	sehat	gelisah, cengeng, Apatis, ngantuk	Mengigau, koma atau syok
Kekenyalan kulit	normal	sedikit kurang	sangat kurang
Mata	normal	sedikit cekung	sangat cekung
Ubun – ubun besar	normal	sedikit cekung	sangat cekung
Mulut	normal	kering	kering dan sianosis
Denyut nadi	kuat <120 permenit	sedang 120-140 Kali permenit	lemah > 140 x/menit

- Nilai 0-2 : dehidrasi ringan  
 3-6 : dehidrasi sedang  
 7-12 : dehidrasi berat

## 3) Gejala klinis

BAGIAN TUBUH YANG DIPERIKSA	GEJALA KLINIK		
	RINGAN	SEDANG	BERAT
Keadaan umum			
- Kesadaran	Baik/KM	Gelisah	Apatis - koma
- Rasa Haus	+	++	+++
Sirkulasi	Normal	cepat	cepat sekali
- Nadi	120 X/menit		
Respirasi			
- Pemasfasan	Biasa	Agak cepat	Kuss maul
Kulit			
- Ubun – ubun besar	Agak cekung	Cekung	Sangat cekung
- Mata	Agak cekung	Cekung	Sangat cekung
- Turgor dan tonus	Biasa	Kurang	Kurang sekali
- Diuresis	Normal	Oliguria	Anuria
- Selaput lendir	Normal	Kering	Sangat kering

#### 4) Menurut tonisitas Darah

- Dehidrasi isotonik : kadar Na Plasma 131 – 150 m EQ/I
- Dehidrasi Hipotonik : kadar Na Plasma < 131 m EQ / I
- Dehidrasi Hipertonik : kadar Na Plasma > 150 m EQ/ I

GEJALA	HIPOTONIK	ISOTONIK	HIPERTONIK
Rasa haus	-	+	+
Berat badan	↓↓	↓	↓
Turgor kulit	↓↓	↓	tidak jelas
Selaput lendir	basah	kering	kering sekali
Gejala SSP	apatis	koma	irritable, kejang Hiperrefleksi
Sirkulasi	jelek sekali	jelek	Relatif masih baik
Nadi	sangat lemah	cepat dan lemah	rendah
Tekanan darah	sangat rendah	rendah	rendah
Banyak kasus	20-30 %	70 %	10-20%

#### B. KEHILANGAN ELEKTROLIT – ELEKTROLIT TUBUH

- Defisiensi bikarbonat -----→ Asidosis
- Hipokalemia ( meteorismus, hipotoni otot, bradikardia )
- Hipernatremia -----→ terutama pada kehidrasi hipertonik ( kejang – kejang, hiperrefleksi, irritable ), dll

#### 2. HIPOGLIKEMIA

Terutama pada anak – anak yang sebelumnya sudah menderita KKP

#### 3. INTOLERANSI LAKTOSA SEKUNDER

Akibat defisiensi enzim laktose karena kerusakan villi mukosa usus halus.

#### 4. MALNUTRISI ENERGI PROTEIN

- Makan oral sering dihentikan, karena takut diare/muntahnya bertambah hebat
- Pemberian susu pengeceran yang terlalu lama
- Makan yang diberikan tidak dapat dicerna dan diabsorpsi

### VI. DIAGNOSIS

#### 1. ANAMNESIS

- Meliputi lama diare, frekuensinya, baunya, banyaknya, warnanya, BAKnya
- Ada tidaknya batuk, panas, pilek dan kejang sebelum, selama atau sesudah diare.

- Apakah ada penderita yang sama disekitar rumah
- Berat badan sebelum sakit.

## 2. PEMERIKSAAN FISIK

- Sesuai dengan gejala klinis yang sudah diterangkan diatas

## 3. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

### a. pemeriksaan tinja

- Makroskopis dan mikroskopis
- Ph TINJA, BILA DIDUGA ADA SUGAR INTOLERANCE
- Biarkan kuman untuk mencari penyebab dan test resistensi terhadap berbagai antibiotik

### b. Pemeriksaan darah

- Darah lengkap
- Analisa gas darah
- Ureum creatinin ----> faal ginjal

### c. Duodenal intubation

- Pemeriksaan khusus ----> diare kronik

## VII. PENGOBATAN

- Pemberian cairan ( rehidrasi awal dan rumat )
- Dietetik ( pemberian makanan )
- Obat-obatan

### a. PEMBERIAN CAIRAN ( REHIDRASI AWAL DAN RUMAT )

Jumlah cairan yang diberikan harus sama dengan jumlah PWL + NWL +CWL tabel 12,3.

Tabel : Jumlah cairan yang hilang berdasarkan umur dan berat badan.

#### 1. Anak usia < 2 tahun, BB 3 – 10 kg

DERAJAT DEHIDRASI	PWL	NWL	CWL	$\Sigma$
RINGAN	50	100	25	175
SEDANG	75	100	25	200
BERAT	125	100	25	250

2. Anak Usia 2 -5 tahun, BB 3 – 10 Kg

DERAJAT DEHIDRASI	PWL	NWL	CWL	$\Sigma$
RINGAN	30	80	25	135
SEDANG	50	80	25	155
BERAT	80	80	25	185

3. Anak usia 2-5 tahun, BB 15 -25 Kg

DERAJAT DEHIDRASI	PWL	NWL	CWL	$\Sigma$
RINGAN	25	65	25	115
SEDANG	50	65	25	140
BERAT	80	65	25	170

1. Jenis Cairan

a. Cairan rehidrasi Oral

- Formula lengkap : oralit
- Formula tidak lengkap : LGG, LTBG, air tajin, air kelapa

b. Cairan parenteral /iv

- Sesuai dengan hasil rekomendasi SRN I – IV dan litbangkes Depkes tahun 1982 RL DG aa / Half strenght DG dengan penyakit penyerta ( KKP, Jantung, ginjal )

2. Cara pemberian cairan

a. Oral

- Untuk Enteritis tanpa dehidrasi ringan sedang
- Syarat : anak mau minum dan kesadaran baik

b. Intragastrik

- Untuk anak tetapi anak tidak mau minum serta kesadaran menurun

c. Intravena

- Untuk dehidrasi berat

3. Jumlah cairan yang harus diberikan

a. Belum ada dehidrasi

- Sebanyak anak mau minum / ad libitum atau segelas setiap kali buang air besar

b. Dehidrasi ringan

- 1 jam I : 25-50 ml / kg BB peroral, intragastrik
- Selanjutnya : 125 ml/kg BB atau ad libitum

c. Dehidrasi sedang

- 1 jam I : 50-100 ml / kg BB peroral, intragastrik
- Selanjutnya : 125 ml/kg BB atau ad libitum

d. Dehidrasi berat

- Anak sampai usia dengan 2 tahun, BB 3-10 kg
  - 1 jam I : 40 ml / kg BB/ jam
  - 7 jam kemudian : 12 ml / kg BB/ jam
  - 16 jam berikut : 125 ml / kg BB
  - Pemberian bisa oral / iv
- Anak usia 2-5 tahun, BB 10 – 15 kg
  - 1 jam I : 30 ml / kg BB/ jam
  - 7 jam kemudian : 10 ml / kg BB/ jam
  - 16 jam berikut : 125 ml / kg BB
  - Pemberian bisa oral / iv
- Anak usia > 5 tahun, BB 15 – 25 kg
  - 1 jam I : 20 ml / kg BB/ jam
  - 7 jam kemudian : 10 ml / kg BB/ jam
  - 16 jam berikut : 105 ml / kg BB
  - Pemberian bisa oral / iv

e. Dehidrasi berat dengan MEP

1. Tipe marasmus

- Jenis cairan : DG aa
- Jumlah cairan yang diberikan → dehidrasi berat
- Kecepatan pemberian cairan
  - 4 jam I  $\frac{1}{4}$  bagian
  - 20 jam berikut :  $\frac{3}{4}$  bagian

2. Tipe marasmik – kwashiorkor dan tipe kwashiorkor

- Jenis Cairan : DG aa
- Jumlah cairan yang diberikan  $\frac{4}{5}$  (PWL + NWL + CWL )
- Kecepatan pemberian cairan : 4 jam I :  $\frac{1}{4}$  bagian
  - 20 jam berikut :  $\frac{3}{4}$  bagian

f. Dehidrasi berat dengan BP

- Jumlah cairan : DG aa
- Jumlah cairan : dehidrasi berat murni
- Kecepatan pemberian cairan :  
4 jam I :  $\frac{1}{4}$  bagian  
20 jam berikut :  $\frac{3}{4}$  bagian

g. Dehidrasi berat dengan MEP tipe Marasmus dan BP

Jenis cairan, jumlah cairan dan kecepatan pemberian sama dengan f

h. Dehidrasi berat dengan MEP tipe Marasmik kwasiorkor dan BP

Jenis cairan , jumlah cairan, dan kecepatan pemberian sama dengan e 2

i. Dehidrasi berat dengan kejang

- Jenis cairan : DG aa
- Jumlah cairan  $PWL + NWL + CWL$
- Kecepatan pemberian cairan : 4 jam I  $\frac{1}{4}$  bagian  
20 jam berikut  $\frac{3}{4}$  bagian

j. Dehidrasi berat dengan CHD

1. Right to left shunt

- Jenis cairan : DG aa
- Jumlah Cairan :  $PWL + NWL + CWL$
- Kecepatan cairan  
4 jam I  $\frac{1}{4}$  bagian  
20 jam berikut  $\frac{3}{4}$  bagian

2. Left to right shunt

- Jenis cairan : DG aa
- Jumlah Cairan :  $\frac{4}{5} (PWL + NWL + CWL)$
- Kecepatan cairan  
4 jam I  $\frac{1}{4}$  bagian  
20 jam berikut  $\frac{3}{4}$  bagian

3. CHD dengan gagal jantung

- Jenis cairan, jumlah cairan dan kecepatan pemberian cairan idem j.2

b. DIETETIK ( PEMBERIAN MAKANAN )

1. Anak usia < 1 tahun dan anak > 1 tahun, BB < 7 kg

a) Jenis makanan

- ASI/PASI dengan formula rendah laktosa dan asam lemak tak jenuh misalnya : LLM, Almiron
- Makanan setengah padat atau padat, bila anak tidak mau minum susu, karena dirumah sudah biasa diberi makan ½ padat atau padat
- Susus khusus, sesuai dengan kelainan yang ditemukan

b) Caranya

- Hari I

- Setelah rehidrasi, segera berikan makanan oral
- Bila dengan ASI/PASI, diare masih sering diberi tambahan oralit/air tawar selang - seling

- Hari II

- ASI / PASI penuh

- Hari V

Sesuai dengan makanan dirumah, atau makanan sesuai dengan hasil kelainan yang ditemukan.

2. Anak usia > 1 tahun dengan BB > 7 kg

a. Jenis makanan

Makanan cair/susu, ½ padat atau padat sesuai dengan kebiasaan makan dirumah

b. Caranya

- Hari I

- Setelah rehidrasi, segera diberikan makan seperti bubur realimentasi, buah, biskuit dan ASI diteruskan bila masih ada

- Hari II – IV

- Makan hari I dan nasi tim

- Hari V

- Makanan biasa dengan extra kalori : 1,5 X kebutuhan biasa

c. OBAT-OBATAN

1. Antipiretik / sekresi

Asetol, dosis 25 mg / th/x pemberian

2. Antiemetik

Klorpromazin, dosisi 0,5 – 1 mg / kg BB/ hari

3. Anti spasmolitik / anti diare

Papaverin, Extractum Belladonna, loperamid, codein, dll tidak berguna

Justru akan memperburuk keadaan → menyebabkan akumulasi cairan di rongga usus

→ terjadi pelipat gandaan flora usus → gangguan digesti dan absorpsi.

4. Obat pengeras tinja/ adsorbent

Kaolin, pektin, Charcoal ( norit, Tanabal ) dll, juga tidak berguna

5. Antibiotik

- Tidak digunakan untuk mengatasi diare akut

- Digunakan bila penyebab pasti diare diketahui

Seperti kolera : tetrasiklin 25 – 50 mg / kg BB / hari

Atau bila terdapat penyakit penyerta seperti OMA, TF, BP dll

