

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas tentang hasil studi kasus dan pembahasan dari penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 11 April sampai 13 April 2025. Hasil studi kasus dari penelitian ini meliputi gambaran lokasi pengambilan data, asuhan keperawatan, dan hasil analisis kesenjangan antara teori dan fakta.

4.1 Hasil

Penulisan hasil penelitian diawali dengan hasil pengkajian klien, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi tindakan serta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 11 April sampai 13 April 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan Anak Balita Dengan Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Ruang Nusa Indah terletak dilantai 1, yang terdiri dari 7 kamar, yaitu kamar 1A HCU yaitu ruang perawatan intensif pada anak yang berisi 4 bed , kamar 1B merupakan kamar isolasi yaitu ruang perawatan anak yang berisiko menular berisi 4 bed, kamar 2A dan 2B merupakan kamar perawatan kelas 3 yang berisi 6 bed setiap kamarnya. Kamar 3A dan 3B merupakan kamar perawatan kelas 2 yang berisi 4 bed. Dan kamar 4A dan 4B merupakan kamar perawatan kelas 1 yang berisi 2 bed. Adapun partisipan pada penelitian yaitu “An. H” sebagai pasien dan didapatkan hasil sebagai berikut.

4.1.2 Pengkajian

4.1.2.1 Identitas Pasien

Tabel 4.1 Data Pengkajian

Identitas Pasien	Pasien
Biodata pasien	
a) Nama	An. H
b) Umur	1 tahun 1 bulan
c) Jenis kelamin	Laki - laki
d) Dx. Medis	Diare Dehidrasi Sedang
e) Reg	777xxx
f) Tgl MRS	11 April 2025 00.30 WIB
g) Tgl pengkajian	11 April 2025 14.00 WIB
Biodata Keluarga	
a. Nama ayah	Tn. H
(1) Umur	29 tahun
(2) Agama	Islam
(3) Pendidikan	D4
(4) Pekerjaan	Wiraswasta
(5) Suku bangsa	Jawa
(6) Alamat	Dsn. Talok RT 02 / RW 03 Pojok, Garum, Kabupaten Blitar, Jawa Timur
b. Nama ibu	Ny. W
(1) Umur	29 tahun
(2) Agama	Islam
(3) Pendidikan	S1
(4) Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
(5) Suku bangsa	Jawa
(6) Alamat	Dsn. Talok RT 02 / RW 03 Pojok, Garum, Kabupaten Blitar, Jawa Timur

4.1.2.2 Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien
1. Keluhan Utama	
a) Saat MRS	Ibu pasien mengatakan pasien BAB cair sejak pagi sebanyak >10 x dalam sehari, pasien lemas dan badannya panas
b) Saat di kaji	Ibu pasien mengatakan sejak px dipindahkan ke Ruang Nusa Indah px BAB sebanyak 6x, dengan konsistensi cair, berwarna kuning kehijauan, serta px enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit, px badannya lemas.

2. Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu pasien mengatakan diare terus menerus sejak 2 hari yang lalu dan pada tanggal 9 April 2025 px diare terus menerus sebanyak 5x dalam sehari dengan konsistensi lembek. Lalu, pada tanggal 10 April 2025 Pukul 22.00 pasien datang ke IGD RSUD Mardi Waluyo dengan keluhan BAB cair berwarna kuning kehijauan sebanyak >10 x dalam sehari, pasien lemas, nafsu makan menurun hanya bisa minum ASI, dengan GCS E4 v5 m6 dan hasil TTV = Suhu : 37,3°C, Nadi : 120 x / menit, Respiration Rate : 25 x /menit, dan SPO2 : 99%. Di IGD RSUD Mardi Waluyo px dipasang infus di tangan sebelah kiri dan mendapatkan terapi Rehidrasi D5 ½ NS 100 cc maintenance 500 cc / 24 jam , Injeksi Ondancetron 1 mg, Injeksi Santagesic 100 mg. Lalu pada tanggal 11 April 2025 pukul 00.30 px dipindahkan keruang Nusa Indah untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.
3. Riwayat Kesehatan Yang Lalu	Ibu px mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami diare, hanya sakit panas dan batuk pilek.
4. Riwayat Kehamilan dan persalinan	Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan ke Dr. Nova Hanafi, Sp. OG b) Natal Ibu pasien mengatakan jika saat melahirkan pasien secara normal di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar c) Post Natal Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan dan saat pemberian ASI selalu menjaga kebersihan
5. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan	a) Pertumbuhan Ibu pasien mengatakan saat lahir BB pasien adalah 3100 gram dan TB 48 cm, dan saat ini pasien 1 tahun 1 bulan mempunyai BB 9 kg dan TB 72 cm b) Perkembangan 1. Motorik Kasar - Anak mulai bisa tengkurap pada usia 4 bulan.

	- Mampu duduk sendiri tanpa bantuan sejak usia 6 bulan sudah dapat berjalan secara mandiri pada usia 1 tahun 1 bulan, meskipun masih sering terjatuh jika berjalan terlalu cepat.
	2. Motorik Halus - Mampu meraih benda di sekitarnya. - Bisa memasukkan mainan ke dalam wadah dengan cukup tepat. - Sudah mulai makan sendiri menggunakan sendok, walau masih belepotan.
	3. Bahasa - Mengucapkan kata “mam... mam...” saat lapar untuk meminta makan. - Mulai bisa menyebut “Bu... bu...” saat melihat ibunya. - Pelafalan belum sempurna, tetapi dapat dimengerti.
	4. Personal Sosial - Sudah mengenali ayah, ibu dan anggota keluarga lainnya. - Memberi respons positif seperti tersenyum, mendekat, atau memanggil saat melihat orang yang dikenali.
1. Riwayat Imunisasi	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah mendapatkan imunisasi dasar (BCG, Hepatitis B, Polio, DPT, Campak).
2. Riwayat Pemberian Nutrisi	Ibu pasien mengatakan pasien menerima ASI sampai sekarang
3. Riwayat Kesehatan Keluarga	a) Riwayat Penyakit Keluarga Keluarga tidak ada yang menderita diare b) Lingkungan rumah dan komunitas Lingkungan tempat tinggal pasien termasuk area padat penduduk. Meskipun rumah dalam kondisi bersih dan terawat, masih ditemukan sampah yang

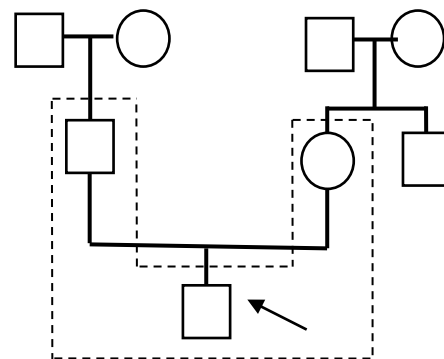
- menumpuk di sekitar pemukiman dan saluran air yang kurang lancar
- c) Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan

Anak yang sedang aktif-aktifnya mengeksplorasi lingkungan lewat mulut, seperti memasukkan mainan atau benda ke mulut, berisiko lebih tinggi tertular melalui jalur fecal-oral dan px juga jarang cuci tangan.

- d) Persepsi keluarga

Keluarga menunjukkan kepedulian tinggi terhadap kesehatan anak. Ibu pasien segera membawa anak ke dokter spesialis anak untuk mendapat penanganan medis sebelum akhirnya dibawa ke rumah sakit. Ini menunjukkan bahwa keluarga cukup terbuka terhadap layanan kesehatan dan memiliki kesadaran bahwa diare pada anak bukanlah kondisi yang bisa disepelekan.

Genogram



Keterangan :

□ = Laki-laki — = Garis Perkawinan

○ = Perempuan | = Garis Keturunan

↖ = Pasien ----- = Tinggal serumah

6. Riwayat Psikososial	Pasien tinggal bersama kedua orang tuanya, hubungan antara anggota keluarga harmonis. Pasien diasuh oleh kedua orang tuanya.
7. Riwayat Sosial Budaya	Pasien merupakan anak pertama sekaligus anak tunggal yang tinggal bersama kedua orang tuanya di lingkungan rumah yang bersih dan teratur. Rumah memiliki ventilasi yang baik, pencahayaan cukup, serta lingkungan sekitar yang tertata rapi dan tidak padat penduduk. Kebersihan rumah terjaga, termasuk kebersihan lantai dan peralatan makan anak. Sampah rumah tangga dibuang secara teratur ke tempat pembuangan yang telah disediakan oleh lingkungan setempat, sehingga tidak menumpuk dan tidak menjadi sumber infeksi. Meskipun kebersihan lingkungan dan makanan telah diperhatikan, anak usia 13 bulan berada pada fase aktif mengeksplorasi lingkungan sekitar melalui mulut, seperti memasukkan mainan, tangan, atau benda lain ke dalam mulut. Hal ini berpotensi meningkatkan risiko masuknya kuman penyebab infeksi saluran cerna yang dapat menyebabkan diare. Hubungan antar anggota keluarga tampak harmonis, dan orang tua sangat mendukung tumbuh kembang anak, termasuk dalam hal kesehatan. Selama anak sakit, ibu berperan aktif dalam perawatan dan menjadi pengambil keputusan utama. Sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien sempat diperiksakan ke dokter spesialis anak (DSA) untuk penanganan awal. Keluarga memiliki pola pikir terbuka terhadap pengobatan modern dan tidak memiliki kebiasaan menggunakan pengobatan tradisional.
8. Riwayat Spiritual	Keluarga beragama Islam dan percaya bahwa kesembuhan merupakan bagian dari ikhtiar medis yang disertai dengan doa.

4.1.2.3 Pola Kebiasaan Sehari – Hari

Tabel 4.3 Pola Kebiasaan Sehari – Hari

Pola Sehari-hari	Di rumah	Di RS
Nutrisi	Selama 24 jam, pasien minum ASI sebanyak $\pm$ 350 ml dan mengonsumsi MPASI bubur dan buah lunak ($\pm$ 50 ml).	Saat di rumah sakit, selama 12 jam pasien minum ASI sebanyak $\pm$ 150 ml. Pemberian makanan tambahan dari rumah sakit dikonsumsi $\pm$ 50 ml.
Eliminasi	Pada 9 April 2025, selama 24 jam pasien BAB cair sebanyak $\pm$ 5 kali/hari. Warna feses normal. Frekuensi BAK 5 – 6x dalam sehari	Ibu px mengatakan sejak di Ruang Nusa Indah selama 12 jam px BAB cair berwarna kuning kehijauan sebanyak 6 kali $\pm$ 600ml. Frekuensi BAK $\pm$ 300ml.
Istirahat/tidur	Ibu pasien mengatakan pasien tidur siang jam 12.00 sampai jam 14.00 lalu tidur malam jam 21.00 sampai jam 06.00 pagi. Pasien tidak ada gangguan jam tidur. Jadi jumlah jam tidur pasien adalah 10 jam	Ibu pasien mengatakan pasien sulit tidur nyenyak sejak MRS. Pasien tidur mulai pukul 02.00 dini hari, sering terbangun setiap satu – dua jam lalu tidur lagi dan bangun pukul 06.00 pagi. Pada siang hari, pasien tidur pukul 12.00 sampai jam 13.00 tetapi sering terbangun.
Aktivitas	Keluarga mengatakan saat dirumah pasien aktif bermain.	Pasien berbaring di tempat tidur dan sesekali digendong ibunya
Personal Hygiene	Ibu pasien mengatakan pasien mandi 2x sehari dengan air hangat. Keramas 3x seminggu, dan potong kuku saat kukunya sudah mulai panjang.	Ibu pasien mengatakan pasien sudah disibin tadi pagi pukul 08.00 WIB

4.1.2.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
Keadaan umum	Kesadaran composmentis, k/u lemah, pasien tampak rewel, Terpasang infus ditangan kiri
Tanda-tanda vital	
a) Suhu	36,7 °C
b) Nadi	124x/menit
c) Respiratory Rate	25x/menit
d) SPO2	99%
Status gizi	BB : 9 kg TB : 75 cm Usia : 1 tahun 1 bulan (13 bulan) $IMT = \frac{BB}{(TB)^2}$ $IMT = \frac{9}{(0,75)^2}$ $IMT = \frac{0,5625}{16}$ $Z \text{ Score} = \frac{(16-16)}{0,065}$ $Z \text{ Score} = \frac{0}{0,065}$ $Z \text{ Score} = 0$ Status gizi normal
Kepala	Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, tidak ada luka dan benjolan, ubun – ubun datar. Wajah simetris, warna kulit putih, tampak pucat.
Mata	Mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata sedikit cowong.
Telinga	Simetris kanan kiri, tidak ada kelainan, tampak bersih
Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, septumnasi tepat di tengah, tidak ada sekret, tidak ada kelainan.
Mulut	Mukosa bibir kering, tidak sianosis.
Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis
Dada	Inspeksi
a. Paru	Bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi interkosta, RR = 25 x/menit Palpasi <i>Vocal fremitus</i> sama getarannya Perkusi Suara paru sonor

b. Jantung	Auskultasi Suara nafas normal, tidak terdapat suara nafas tambahan. Suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru Inspeksi Tidak terdapat pulsasi Palpasi <i>Ictus cordis</i> teraba pada ICS V <i>mid clavikula</i> kiri. Perkusi Bunyi suara jantung pekak Auskultasi Bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup), teratur, tidak ada bunyi tambahan
Abdomen	Inspeksi Simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada banyangan pembuluh darah. Auskultasi Peristaltik usus 30x/menit Palpasi Tidak ada benjolan atau massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan Perkusi Suara perut terdengar <i>hipertympani</i>
Genetalia dan anus	Tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.
Ekstremitas	Tidak ada edema, tidak ada luka, tidak ada benjolan, terpasang infus ditangan sebelah kiri.
Integumen	Warna kulit coklat, tampak bersih, akral teraba hangat, tekstur kulit kering, turgor > 2 detik, CRT < 2 detik
Neurologi	Pasien dapat melihat, membau, mendengar, menelan, mengerakkan bola mata.

4.1.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah Lengkap pada Tanggal 10 April 2025

Tabel 4.5 Lab Darah Lengkap 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
HGB Hemoglobin)	11.6	13.2 – 17.3	g/dL
HCT Hematokrit)	35.6	40 – 52	%
HBC Eritrosit)	5.04	4.4 – 5.8	$\times 10^6/\text{ul}$
Nilai-nilai MC			
MCV	70.6	80 – 100	fL
MCH	23.0	26 – 34	Pg
MCHC	32.6	32 – 36	g/dL
MCB Leukosit	9.3	3.8 – 10.6	$\times 10^3/\text{ul}$
Hitung Jenis			
% Eosinofil	1	2 – 4	%
% Basofil	0	0 – 1	%
% Neutrofil Stab	2	3 – 5	%
% Neutrofil Segmen	22	50 – 70	%
% Limfosit	70	25 – 40	%
% Monosit	5	2 – 8	%
PLT Trombosit)	140	150 – 440	$\times 10^3/\text{ul}$
LED	22 - 39	0 - 15	mm/jam
IMUNO SEROLOGI			
Anti-Salmonella IgG & IgM			
Anti-Salmonella IgG	Negatif	Negatif	
Anti-Salmonella IgM	Negatif	Negatif	

Pemeriksaan Darah Lengkap pada Tanggal 12 April 2025

Tabel 4.6 Lab Darah Lengkap 2

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12.70	10.80 – 12.80	g/dL
Leukosit	7.62	5.00 – 15.50	$10^3/\text{ul}$
Trombosit	55.7	150.0 – 450.0	$10^3/\text{ul}$
Hematokrit	39.5	35.0 – 43.0	%
Eritrosit	5.39	3.60 – 5.20	$10^6/\text{ul}$
Hitung Jenis			
% Eosinofil	2	1 – 5	%
% Basofil	1	0 – 1	%
% Neutrofil	12	17 – 60	%
% Limfosit	75	20 – 70	%
% Monosit	10	1 – 11	%
MCV	73.2	73.0 – 101.0	fL
MCH	23.5	23.0 – 31.0	Pg
MCHC	32.2	26.0 – 34.0	g/L

4.1.2.6 Pelaksanaan Terapi

Tabel 4.7 Pelaksanaan Terapi

TERAPI	An. H
Infus Pump	KAEN 3B 20,83 cc/jam
Injeksi	Metronidazole 3 x 100 mg Santagesic 3 x 100 mg Ondancetron 3 x 1 mg
Oral	Orezinc 2 x 2,5 ml Tremenza 3 x 2,5 ml
Diet	TKTP

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

No	Analisa Data	Masalah	Etiologi
1	DS : Ibu pasien mengatakan pasien BAB sebanyak 6x dengan konsistensi cair berwarna kuning kehijauan. Ibu pasien mengatakan bahwa saat dirumah, pasien sering memasukkan barang/mainan kedalam mulut dan jarang cuci tangan DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - BAB sebanyak 6x - Feses cair sedikit ampas - Feses berwarna kuning kehijauan - Bising usus 30x/menit - Hasil TTV : S = 36,7 °C N = 124 x / menit RR = 25 x / menit Spo2 = 99 %	Diare	Terpapar Kontaminan
2	DS : Ibu pasien mengatakan pasien enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - Mata tampak cawong - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Hasil TTV : S = 36,7 °C N = 124 x / menit RR = 25 x / menit Spo2 = 99 % - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik - Intake = Air Metabolisme : 8ml/kgBB/24jam = 8ml/9kg/24jam = 8 x 9 ml = 72 ml : 2 = 36 ml	Hipovolemia	Kekurangan intake cairan

ASI = 150 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 250 ml Air Metabolisme = 36 ml Total = 486 ml Output = IWL = = (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 1,1) x 9 = 28,9 x 9 = 260,1 Feses = 600 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml Total = 1.160,1 ml Balance Cairan = Intake – Output = 486 ml - 1.160,1 ml = -674,1		
--	--	--

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Dx. Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1	11/04/2025	Diare b.d Terpapar kontaminan d.d DS : Ibu pasien mengatakan pasien BAB sebanyak 6x dengan konsistensi cair berwarna kuning kehijauan. Ibu pasien mengatakan bahwa saat dirumah, pasien sering memasukkan barang/mainan kedalam mulut dan jarang cuci tangan DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - BAB sebanyak 6x ($\pm$600cc) - Feses cair sedikit ampas - Feses berwarna kuning kehijauan - Bising usus 30x/menit - Hasil TTV : S = 36,7 °C N = 124 x / menit RR = 25 x / menit Spo2 = 99 %		
2	11/04/2025	Hipovolemia b.d Kekurangan intake cairan d.d DS : Ibu pasien mengatakan pasien enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit		

		DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - Mata tampak cowong - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Hasil TTV : - S = 36,7 °C - N = 124 x / menit - RR = 25 x / menit - Spo2 = 99 % - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik - Intake = Air Metabolisme : $8\text{ml/kgBB}/24\text{jam}$ $= 8\text{ml}/9\text{kg}/24\text{jam}$ $= 8 \times 9 \text{ ml}$ $= 72 \text{ ml} : 2$ $= 36 \text{ ml}$ ASI = 150 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 250 ml Air Metabolisme = 36 ml Total = 486 ml Output = IWL = $= (30 - \text{usia anak dalam tahun}) \times \text{BB (kg)}$ $= (30 - 1,1) \times 9$ $= 28,9 \times 9$ $= 260,1$ Feses = 600 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml Total = 1.160,1 ml Balance Cairan = Intake – Output = $486 \text{ ml} - 1.160,1 \text{ ml} = -674,1$		
--	--	--	--	--

4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 4.10 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Tgl	No. Dx. Kep	SLKI	SIKI	Rasional	TTD
1	11/04/2025	SDKI D.0020	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat (nilai 5) 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun (nilai 5) 3. Mengejan saat defekasi menurun (nilai 5) 4. Konsistensi feses membaik (nilai 5) 5. Frekuensi BAB membaik (nilai 5) 6. Peristaltik usus membaik (nilai 5)	a) Observasi 1. Identifikasi penyebab 2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi 4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare 8. Monitor keamanan penyiapan makanan b) Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena, jika perlu 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit	a) Observasi 1. Untuk mengetahui etiologi diare agar intervensi yang diberikan tepat sasaran. 2. Untuk mengetahui apakah terdapat makanan yang dapat memicu diare atau tidak. 3. Untuk mendeteksi komplikasi serius dari diare yang memerlukan penanganan medis segera. 4. Sebagai indikator tingkat keparahan diare dan untuk evaluasi efektivitas terapi. 5. Untuk mengantisipasi kondisi yang memerlukan terapi cairan segera. 6. Untuk mencegah infeksi sekunder dan memberikan perawatan kulit yang sesuai. 7. Sebagai acuan dalam menentukan tingkat dehidrasi dan respon terhadap terapi cairan. 8. Untuk mencegah diare berulang akibat kontaminasi makanan.	

				5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu c) Edukasi 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa 3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI d) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas 2. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik 3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses	b) Terapeutik 1. Untuk mengganti kehilangan cairan dan elektrolit akibat diare serta mencegah dehidrasi. 2. Untuk memfasilitasi pemberian cairan dan obat-obatan jika pasien tidak bisa minum atau diare berat. 3. Untuk mengoreksi defisit cairan dan elektrolit secara cepat pada kasus dehidrasi sedang-berat. 4. Untuk menilai adanya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta infeksi sistemik. 5. Untuk mengidentifikasi agen penyebab diare apabila dicurigai penyebab infeksi bakteri. c) Edukasi 1. Untuk mengurangi beban saluran pencernaan dan mencegah mual atau muntah. 2. Untuk mengurangi beban saluran pencernaan dan mencegah mual atau muntah. 3. Karena ASI membantu menjaga hidrasi, dan meningkatkan daya tahan tubuh.	
--	--	--	--	---	--	--

					d) Kolaborasi 1. Untuk menurunkan motilitas usus dan mengurangi frekuensi diare bila diindikasikan. 2. Untuk meredakan nyeri perut akibat spasme pada saluran cerna. 3. Untuk membantu menyerap toksin dan memperbaiki konsistensi feses.	
2	11/04/2025	SDKI D.0023	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan dapat dipertahankan dalam batas normal 1. Asupan cairan meningkat (nilai 5) 2. Kelembapan membran mukosa meningkat (nilai 5) 3. Asupan makan meningkat (nilai 5) 4. Dehidrasi menurun (nilai 5) 5. Tekanan darah membaik (nilai 5) 6. Mata cekung meningkat (nilai 5)	a) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan b) Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral c) Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak d) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis	a) Observasi 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala hipovolemia 2. Untuk menilai keseimbangan cairan dalam tubuh b) Terapeutik 1. Supaya pemberian cairan bisa sesuai dengan berat badan dan derajat dehidrasinya 2. Untuk mencegah dehidrasi lebih lanjut c) Edukasi 1. Agar bisa membantu memenuhi kebutuhan cairan harian dan mencegah kekurangan cairan 2. Untuk mencegah pusing d) Kolaborasi 1. Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang secara	

			7. Turgor kulit membaik (nilai 5) 8. Berat badan membaik (nilai 5) 9. Diare berhenti (5)	3. Kolaborasi pemberian cairan koloid, jika perlu 4. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu	cepat pada kasus dehidrasi sedang–berat. 2. Agar keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh tetap terjaga. 3. Agar sirkulasi darah tetap optimal dan perfusi jaringan terjaga.	
--	--	--	--	---	--	--

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.11 Impelementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Dx. Kep	Implementasi	Tanda Tangan
1	11/04/2025 14.30 14.35 14.40 15.00 15.30 15.45 17.00 20.00 20.15	D.0020	1. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. 2. Mengidentifikasi penyebab Hasil = Terpapar kontaminan Ibu px mengatakan px sering memasukkan barang / mainan ke dalam mulut dan jarang cuci tangan. 3. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan Hasil = Ibu pasien mengatakan bahwa pasien makan MPASI buatan ibu sendiri 4. Memberikan injeksi IV - Metronidazole 100mg - Santagesic 100mg 5. Mengajarkan makan dengan porsi kecil tapi sering secara bertahap 6. Mengajarkan melanjutkan pemberian ASI 7. Memberikan edukasi tentang lima pilar penatalaksanaan diare yaitu - Memberikan cairan yang cukup - Memberikan nutrisi yang adekuat - Memberikan zinc - Memberikan antibiotik sesuai indikasi - Memberikan edukasi kepada orangtua tentang diare dan cara pencegahannya 8. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil = Feses berwarna kuning kehijauan, Frekuensi BAB sebanyak 3x (± 400cc). Konsistensi feses cair dengan sedikit ampas. 9. Memonitor TTV Hasil TTV = S = 36,6°C N = 106x/menit RR = 22x/menit SPO2 = 100%	
2	11/04/2025 14.40	D.0023	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia Hasil = - Px tampak lemas - Mata tampak cekung - Mukosa bibir kering	

			- Kulit teraba kering	
	14.50		2. Memberikan injeksi Ondancetron 1mg	
	14.55		3. Menganjurkan memperbanyak makan dan minum	
	20.05		4. Memonitor Turgor kulit dan CRT Hasil = - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik	
	20.30		5. Memonitor intake dan output cairan Intake = ASI = 200 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml <u>Air Metabolisme = 36 ml</u> Total = 422 ml Output = Feses = 400 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml <u>Total = 960,1ml</u> Balance Cairan = Intake – Output = 422 ml – 960,1 ml = -538,1 ml	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	Diagnosa	Evaluasi
1	11/04/2025 20.20	Diare b.d Terpapar Kontaminan	S = Ibu pasien mengatakan hari ini pasien BAB sebanyak 8x dengan konsistensi cair sedikit berampas O = - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - BAB sebanyak 3x ($\pm 400\text{cc}$) - Konsistensi feses cair sedikit ampas - Feses berwarna kuning kehijauan - Bising usus 33x/menit - Hasil TTV $S = 36,5^\circ\text{C}$ $N = 106\text{x/menit}$ $RR = 22\text{x/menit}$ $SPO_2 = 100\%$ A = Masalah diare belum teratasi P = Intervensi manajemen diare dilanjutkan 1. Memberikan injeksi IV - Metronidazole 100mg - Santagesic 100mg 2. Menganjurkan makan dengan porsi kecil tapi sering secara bertahap 3. Menganjurkan melanjutkan pemberian ASI 4. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 5. Monitor jumlah dan pengeluaran diare 6. Memonitor TTV
2	11/04/2025 20.40	Hipovolemia b.d Kekurangan intake cairan	S = Ibu px mengatakan px masih enggan makan dan minum ASI sedikit-sedikit O = - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - Px tampak lemas - Mata tampak cowong - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik

			Intake = ASI = 200 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml Air Metabolisme = 36 ml Total = 422 ml Output = Feses = 400 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml Total = 960,1ml Balance Cairan = Intake – Output = 422 ml – 960,1 ml = -538,1 ml - Hasil TTV = S = 36,5 °C N = 106x/menit RR = 22x/menit SPO2 = 100% A = Masalah Hipovolemia belum teratasi P = Intervensi Manajemen Hipovolemia dilanjutkan 1. Memonitor tanda-tanda hipovolemia 2. Memonitor turgor kulit dan CRT 3. Memonitor TTV 4. Memberikan asupan cairan oral 5. Kolaborasi pemberian cairan KAEN 3B 500cc/24jam 6. Memonitor intake output
--	--	--	--

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.13 Catatan Perkembangan

No	Tgl / Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	12/04/2025 14.00 14.30 18.00 18.30 18.40 20.00 20.10	D.0020	1. Memonitor TTV Hasil TTV : S: 36,3°C N: 89x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 98% 2. Memberikan injeksi IV - Metronidazole 100mg - Santagesic 100mg 3. Memberikan obat oral orezinc 2,5 ml 4. Menganjurkan makan dengan porsi kecil tapi sering secara bertahap 5. Menganjurkan pemberian ASI Hasil = ASI tetap diberikan, anak menyusu lebih tenang. 6. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil = Frekuensi BAB 2x/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, volume ±200 cc. 7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare Hasil = Frekuensi BAB 2X ±200 cc.	S = Ibu pasien mengatakan frekuensi BAB sudah mulai berkurang, px BAB sebanyak 2x dengan konsistensi lembek O = - K/u cukup - Kesadaran Composmentis - Mulut tampak kering - Frekuensi BAB 2x - Volume feses ±200 cc - Konsistensi lembek - Warna feses kuning kecoklatan - Bising usus 25x/menit - Turgor kulit <2 detik - CRT <2 detik - Hasil TTV = S: 36,6°C N: 106x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 100% A = Masalah diare belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi
2	12/04/2025 14.00 14.30	D.0023	1. Memonitor Hasil TTV Hasil TTV : S: 36,3°C N: 89x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 98% 2. Memberikan injeksi IV Ondancentron 1 mg	S = Ibu px mengatakan px lebih segar dan mau makan sedikit demi sedikit. O = - K/u cukup - Kesadaran Composmentis - Px tampak lemas - Mata tampak cowong

	15.05		3. Menganjurkan memperbanyak makan dan minum Hasil = Ibu px mengatakan px sudah mau makan sedikit demi sedikit	- Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Turgor kulir <2 detik - CRT <2 detik - Intake = ASI = 350 ml Makan = 75 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml <u>Air Metabolisme = 36 ml</u> Total = 597 ml
	16.00		4. Mengganti cairan infus KAEN 3B	- Output = Feses = 200 ml Urine = 200 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 660,1 ml
	20.15		5. Memonitor CRT dan Turgor kulit Hasil = Turgor kulir <2 detik CRT <2 detik	- Balance Cairan = = 597 ml - 660,1ml = - 63,1 ml
	20.20		6. Memonitor intake dan output cairan Hasil = - Intake = ASI = 350 ml Makan = 75 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml <u>Air Metabolisme = 36</u> Total = 597 ml	- Hasil TTV : S: 36,6°C N: 106x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 100%
	20.30		- Output = Feses = 200 ml Urine = 200 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 660,1 ml - Balance Cairan = = 597 ml-660,1 ml = - 63,1 ml 7. Memonitor hasil TTV Hasil TTV : S: 36,6°C N: 106x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 100%	A = Masalah hipovolemia belum teratasi P = Intervensi dilanjutkan

3	13/04/2025	D.0020	1. Memonitor Hasil TTV Hasil TTV : S: 36,5°C N: 103x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 99%	S = Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x dengan konsistensi lebih padat O = - K/u baik - Kesadaran Composmentis - Frekuensi BAB 1x - Volume feses ±50 cc - Konsistensi padat - Warna feses normal - Turgor kulit <2 detik - CRT <2 detik - Bising usus 20x/menit - Hasil TTV = S: 36,4°C N: 99x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 100% A = Masalah diare teratasi P = Intervensi dihentikan Pasien KRS
	14.00			
	14.15		2. Mengajukan makan dengan porsi kecil tapi sering. Hasil = Nafsu makan membaik, pasien makan dengan lahap.	
	14.20		3. Mengajukan pemberian ASI Hasil = ASI tetap dilanjutkan, anak tampak puas menyusu.	
	16.10		4. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil = BAB 1x, warna feses normal, konsistensi lebih padat. Volume ±50 cc.	
	16.15		5. Monitor jumlah dan pengeluaran diare Volume menurun signifikan, frekuensi dalam batas normal.	
4	13/04/2025	D.0023	6. Memonitor TTV Hasil TTV : S: 36,4°C N: 99x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 100%	
	14.00			
	16.05		1. Mengajukan memperbanyak cairan oral 2. Memonitor turgor kulit dan CRT Turgor kulit >2 detik CRT >2detik	

	16.20		3. Memonitor intake dan output cairan Intake = ASI = 400 ml Makan = 100 ml Cairan Infus = 125 ml <u>Air Metabolisme = 36</u> Total = 661 ml Output = Feses = 50 ml Urine = 100 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 410,1 ml Balance Cairan = = 661 ml – 410,1 ml = 250,9 ml	- Mata tampak cawong menurun - Mukosa bibir lembab - Kulit teraba lembab - Turgor kulit <2 detik - CRT <2 detik - Intake = ASI = 400 ml Makan = 100 ml Cairan Infus = 125 ml <u>Air Metabolisme = 36 ml</u> Total = 661 ml - Output = Feses = 50 ml Urine = 100 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 410,1 ml - Balance Cairan = 661 ml – 410,1 ml = 250,9 ml - Hasil TTV S: 36,4°C N: 99x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 100% A = Masalah Hipovolemia teratasi P = Intervensi dihentikan Pasien KRS
--	-------	--	---	--

4.2 Hasil Analisa Perbedaan Antara Fakta dan Teori

Tabel 4.14 Hasil Anaalisa

No	Teori	Fakta	Keterangan
1	Identitas Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Identitas orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur) (Nursalam, 2005).	Nama An.H, Umur 1 tahun 1 bulan, jenis kelamin laki-laki, diagnosa medis diare, dikaji pada tanggal 11 April 2025, bersuku jawa, beragama islam. Ayah Tn. H bekerja sebagai wiraswasta, dan Ibunya Ny.W bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta
2	Keluhan Utama Buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB > 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB >10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung <14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Nursalam, 2005).	a) Saat MRS : Ibu pasien mengatakan pasien BAB cair sejak pagi sebanyak >10 x dalam sehari, pasien lemas dan badannya panas b) Saat di kaji : Ibu pasien mengatakan sejak px dipindahkan ke Ruang Nusa Indah px BAB sebanyak 6x, dengan konsistensi cair, berwarna kuning kehijauan, serta px enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit, px badannya lemas.	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta
3	Riwayat Penyakit Sekarang a. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada kemungkinan timbul diare	Ibu pasien mengatakan pasien diare terus menerus sejak 1 hari yang lalu dan pada tanggal 9 April 2025 px diare terus menerus sebanyak 5x dalam sehari dengan konsistensi lembek. Lalu, pada tanggal 10 April 2025 Pukul 22.00 pasien datang ke IGD RSUD Mardi Waluyo dengan keluhan	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta

	b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir dan darah, warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet. d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare e. Gejala dehidrasi mulai tampak bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit f. Terjadi Oliguri (kurang 1 ml/kgBB/jam) dan berwarna sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat)	BAB cair berwarna hijau sebanyak >10x dalam sehari, pasien lemas, nafsu makan menurun hanya bisa minum ASI, dengan GCS E4 v5 m6 dan hasil TTV = Suhu : 36,5°C , Nadi : 120 x / menit, Respiration Rate : 25x/menit, dan SPO2 : 99%. Di IGD RSUD Mardi Waluyo px dipasang infus di tangan sebelah kiri dan mendapatkan terapi Rehidrasi D5 ½ NS 100 cc maintenance 800 cc / 24 jam , Injeksi Ondancetron 1 mg , Injeksi Santagesic 100 mg. Lalu pada tanggal 11 April 2025 pukul 00.30 WIB px dipindahkan keruang Nusa Indah untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.	
4	Riwayat Penyakit Dahulu Pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotic atau kortikosteoroid jangka panjang (perubahan candida albiciausdari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA, campak. (Hartoyo, 2022)	Ibu px mengatakan px sebelumnya tidak pernah mengalami diare, hanya sakit panas dan batuk pilek.	Terdapat kesenjangan teori dan fakta
5	Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal a. Prenatal Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. (Purnamawati & Ariawan, 2012)	a. Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan ke Dr. Nova Hanafi, Sp.OG. b. Ibu pasien mengatakan jika saat melahirkan pasien secara normal di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar	Terdapat kesenjangan teori dan fakta

	b. Natal Proses persalinan yang tidak normal atau komplikasi selama persalinan dapat meningkatkan risiko anak terkena diare dan bayi yang lahir dengan kondisi tidak normal, seperti berat badan lahir rendah juga dapat meningkatkan risiko diare (Afifah, 2020) c. Post Natal Kurangnya pemberian ASI eksklusif, lingkungan yang tidak bersih atau kurangnya hygiene, dan kekurangan nutrisi pada anak dapat mempengaruhi sistem imun dan meningkatkan risiko diare (Safitri, 2023)	c. Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan dan saat pemberian ASI selalu menjaga kebersihan	
6	Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan Pada pasien diare biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)	Pertumbuhan Ibu pasien mengatakan jika saat lahir BB pasien adalah 3100 gram dan TB 48 cm, dan saat ini pasien 1 tahun 1 bulan mempunyai BB 9 kg dan TB 72 cm Perkembangan 1. Motorik Kasar - Anak mulai bisa tengkurap pada usia 4 bulan. - Mampu duduk sendiri tanpa bantuan sejak usia 6 bulan. - Sudah dapat berjalan secara mandiri pada usia 1 tahun 1 bulan, meskipun	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

		masih sering terjatuh jika berjalan terlalu cepat. 2. Motorik Halus - Mampu meraih benda di sekitarnya. - Bisa memasukkan mainan ke dalam wadah dengan cukup tepat. - Sudah mulai makan sendiri menggunakan sendok, walau masih belepotan. 3. Personal Sosial - Sudah mengenali ayah, ibu dan anggota keluarga lainnya. - Memberi respons positif seperti tersenyum, mendekat, atau memanggil saat melihat orang yang dikenali. 4. Bahasa - Mengucapkan kata “mam... mam...” saat lapar untuk meminta makan. - Mulai bisa menyebut “Bu... bu...” saat melihat ibunya. - Pelafalan belum sempurna, tetapi dapat dimengerti.	
7	Riwayat Kesehatan Keluarga a) Penyakit Apakah ada salah satu anggota keluarga yang menderita diare atau tetangga yang berhubungan dengan distribusi penularan b) Lingkungan rumah dan komunitas Lingkungan rumah yang ada di sekitarnya kotor dan kumuh serta personal hygiene	a) Riwayat Penyakit Keluarga Keluarga tidak ada yang menderita diare b) Lingkungan rumah dan komunitas Lingkungan tempat tinggal pasien termasuk area padat penduduk. Meskipun rumah dalam kondisi bersih dan terawat, masih ditemukan sampah yang menumpuk di sekitar	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta

	yang kurang sudah terkena kuman penyebab diare c) Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan Buang air besar yang tidak ada pada tempat (sembarangan) atau disungai dan cara maupun tempat bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat fecal oral. d) Persepsi keluarga Kondisi lemah dan BAB yang berlebihan perlu suatu keputusan untuk penanganan awal atau lanjutan ini bergantung pada tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga (orang tua)	pemukiman dan saluran air yang kurang lancar c) Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan Anak yang sedang aktif-aktifnya mengeksplorasi lingkungan lewat mulut, seperti memasukkan mainan atau benda ke mulut, berisiko lebih tinggi tertular melalui jalur fecal-oral, px juga jarang mencuci tangan d) Persepsi keluarga Keluarga menunjukkan kepedulian tinggi terhadap kesehatan anak. Ibu pasien segera membawa anak ke dokter spesialis anak untuk mendapat penanganan medis sebelum akhirnya dibawa ke rumah sakit. Ini menunjukkan bahwa keluarga cukup terbuka terhadap layanan kesehatan dan memiliki kesadaran bahwa diare pada anak bukanlah kondisi yang bisa disepelekan.	
8	Pola nutrisi Pasien yang menderita diare juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisi di dalam tubuh menjadi berkurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien mengalami muntah atau diare lama, keadaan tersebut menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat menimbulkan komplikasi (Ngastiyah, 2014).	Saat dikaji, selama rumah sakit pasien hanya mau minum ASI sebanyak $\pm$ 150 ml. Pemberian makanan tambahan dari rumah sakit hanya sedikit dikonsumsi ($\pm$ 50 ml).	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

9	Pola eliminasi BAB Feses cair, frekuensi bervariasi dari 2 sampai 20 per hari, menggambarkan pola fungsi ekskresi. Jika BAB >3 kali sehari dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10 kali dan cair (dehidrasi berat) (Susilaningrum et.al, 2013)	Saat dikaji, ibu px mengatakan hari ini pasien BAB cair berwarna kuning kecoklatan sebanyak 6 kali ($\pm 650\text{ml}$). Frekuensi BAK 4 - 5 x dalam sehari ($\pm 300\text{ml}$)	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
10	Pola istirahat Pada bayi dan anak dengan diare kebutuhan istirahat dapat terganggu karena frekuensi diare yang berlebihan, sehingga menjadi rewel (Susilaningrum et.al, 2013)	Ibu pasien mengatakan pasien sulit tidur nyenyak sejak MRS. Pasien tidur malam mulai pukul 20.00 malam, sering terbangun setiap satu – dua jam lalu tidur lagi dan bangun pukul 06.00 pagi. Pada siang hari, pasien tidur pukul 12.00 sampai jam 13.00. Jadi jumlah jam tidur pasien adalah kurang dari 10 jam	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
11	Pola aktivitas Pasien nampak lemah serta gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (Susilaningrum et.al, 2013)	Pasien tampak lemah berbaring ditempat tidur dan sesekali digendong ibunya	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
12	Keadaan Umum 1) Baik, sadar (tanpa dehidrasi) 2) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang) 3) Lesu, lunglai atau tidak sadar (dehidrasi berat)	Kesadaran composmentis, k/u lemah, pasien tampak rewel, terpasang infus ditangan kiri	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

13	Kepala Ukuran kepala, bentuk, kesimetrisan, fontanel dan sutura cekung, sakit kepala atau pusing	Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, tidak ada luka dan benjolan, ubun – ubun datar. Wajah simetris, warna kulit putih, tampak pucat.	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
14	Mata Anak yang diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak matanya normal. Apabila mengalami dehidrasi ringan/sedang, kelopak matanya cekung (cowong). Sedangkan apabila mengalami dehidrasi berat, kelopak matanya sangat cekung.	Mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata sedikit cowong.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
15	Mulut dan Lidah 1) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi) 2) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang) 3) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)	Mukosa bibir kering, tidak sianosis.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
16	Dada Paru-paru Pernafasan anak cepat, lemah dangkal bila dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan/sedang pernafasan anak normal. (Suyono, 2010)	Paru-paru Inspeksi Bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi interkosta, RR = 25 x/menit Palpasi <i>Vocal fremitus</i> sama getarannya Perkusi Suara paru sonor	Paru-paru Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

	Jantung Nadi dalam batas normal (80-160x/menit) pada dehidrasi ringan dan sedang, namun pada dehidrasi berat nadi menurun (<80 x/menit). 1) Inspeksi : Bentuk dada pasien (normal chest, barrel chest, peagion chest) 2) Palpasi : terdapat pembesaran jantung apa tidak 3) Perkusi : suara jantung 4) Auskultasi : suara jantung I Lup, suara jantung 2 dup, ada tidaknya suara tambahan.	Auskultasi Suara nafas normal, tidak terdapat suara nafas tambahan. Suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru Jantung Inspeksi Tidak terdapat pulsasi Palpasi Tidak terdapat pembesaran jantung <i>Ictus cordis</i> teraba pada ICS V <i>mid clavikula</i> kiri. Perkusi Bunyi suara jantung pekak Auskultasi Bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup), teratur, tidak ada bunyi tambahan N = 124x/menit	Jantung Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
17	Sistem Integument Warna kulit pucat, turgor menurun kurang 2 detik, suhu meningkat kurang 37°C, akral hangat, akral dingin (waspada syok), capillary refill time memanjang >2 detik, kemerahan pada daerah perianal	Warna kulit coklat, tampak bersih, genetalia dan anus tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan, tekstur kulit kering, turgor > 2 detik, CRT < 2 detik	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
18	Abdoment Abdomen kemungkinan mengalami distensi, kram, dan bising usus meningkat.	Inspeksi Simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada banyangan pembuluh darah. Auskultasi Peristaltik usus 30x/menit	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

		Palpasi Tidak ada benjolan atau massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan Perkusi Suara perut terdengar <i>hipertympani</i>	
19	Pemeriksaan penunjang 1) Darah lengkap (leukosit meningkat, Hb) 2) Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (juga dengan pemberian infuse RL/iv yang masih terdapat asidosis) 3) Kadar ureum meningkat (untuk mengetahui adanya gangguan faal ginjal) 4) Feses kultur : Bakteri, virus, parasit, candida 5) Serum elektrolit : Hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi 6) AGD : asidosis metabolic (Ph menurun, pO ₂ meningkat, pCO ₂ meningkat, HCO ₃ menurun) Radiologi: mungkin ditemukan bronchopneumoni	HEMATOLOGI Hemoglobin 12.70 Leukosit 7.62 Trombosit 55.7 Hematokrit 39.5 Eritrosit 5.39 Hitung Jenis % Eosinofil 2 % Basofil 1 % Neutrofil 12 % Limfosit 75 % Monosit 10 MCV 73.2 MCH 23.5 MCHC 32.2	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

20	Diagnosa Keperawatan 1. Diare (D.0020) 2. Hipovolemia (D.0023) 3. Defisit Nustrisi (D.0019) 4. Ansietas (D.0080) 5. Gangguan Integritas Kulit (D.0129)	Diare (D.0020) dan Hipovolemia (D.0023)	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
21	Intervensi Keperawatan Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnose keperawatan, rencana keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi sebagaimana disebutkan sebelumnya, rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada pasien.	Intervensi yang dituliskan sesuai dengan SIKI	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
22	Implementasi Keperawatan Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015).	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
23	Evaluasi Keperawatan Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi	Disusun dalam catatan perkembangan dalam bentuk SOAP, dilaksanakan selama 3 hari dengan	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

	dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk. SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning) 1. Subyektif : Keluhan klien (apa yang dikatakan oleh klien, keluarga klien, dan orang terdekat klien). 2. Obyektif : Semua sesuatu yang bisa dilihat, diraba, dicium dan diukur oleh perawat. 3. Assesment : Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat atas kondisi klien. 4. Planning : Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya	kriteria hasil yang sudah sesuai dengan yang telah ditentukan sebelumnya	
--	---	---	--

4.3 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 11 April 2025 sampai 13 April 2025 dengan pasien An.H yang berumur 1 tahun 1 bulan dengan diare yang dirawat di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada saat pengkajian dilakukan dengan metode wawancara kepada Ibu An. H didapatkan data bahwa Ibu px mengatakan sebelumnya pasien tidak pernah mengalami diare, hanya sakit panas dan batuk pilek.

Sedangkan menurut Hartoyo (2022) bahwa pasien diare pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotik atau kortikosteoroid jangka panjang (perubahan candida albiciausdari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA, campak.

Meskipun berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien belum pernah mengalami diare sebelumnya, penulis berasumsi bahwa diare yang dialami saat ini disebabkan oleh infeksi rotavirus. Hal ini didukung oleh fase perkembangan anak yang sedang aktif melakukan eksplorasi lingkungan melalui mulut (*oral phase*), di mana pasien sering memasukkan benda-benda yang ada sekitarnya ke dalam mulut, sehingga memungkinkan terjadinya transmisi virus secara fekal-oral.

2. Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal

Pada saat pengkajian, didapatkan data bahwa Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan ke Dr. Nova Hanafi, Sp. OG. Ibu pasien mengatakan saat melahirkan pasien secara normal di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan dan saat pemberian ASI selalu menjaga kebersihan.

Menurut Purnamawati & Ariawan (2012) saat masa Prenatal Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Menurut Afifah (2020) saat masa natal, Proses persalinan yang tidak normal atau komplikasi selama persalinan dapat meningkatkan risiko anak terkena diare dan bayi yang lahir dengan kondisi tidak normal, seperti berat badan lahir rendah juga dapat meningkatkan risiko diare. Lalu, Menurut Safitri (2023) Kurangnya pemberian ASI eksklusif, lingkungan yang tidak bersih atau kurangnya hygiene, dan kekurangan nutrisi pada anak dapat mempengaruhi sistem imun dan meningkatkan risiko diare

Penulis berasumsi bahwa tidak ditemukannya faktor risiko seperti yang disebutkan dalam teori disebabkan karena selama kehamilan hingga setelah melahirkan, ibu pasien tidak mengalami masalah. Ibu rutin memeriksakan kehamilan ke dokter spesialis, tidak mengalami penyakit yang dapat membahayakan janin. Proses persalinan juga

berlangsung normal tanpa komplikasi. Setelah bayi lahir, ibu memberikan ASI dan menjaga kebersihan saat menyusui. Hal-hal tersebut kemungkinan besar menjadi alasan mengapa pasien tidak mengalami gangguan pertumbuhan ataupun peningkatan risiko diare, meskipun dalam teori disebutkan ada banyak faktor yang bisa menyebabkannya.

3. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Saat pengkajian didapatkan data pertumbuhan pasien bahwa Ibu pasien mengatakan saat lahir BB pasien adalah 3100 gram dan TB 48 cm, dan saat ini pasien 1 tahun 1 bulan mempunyai BB 9 kg dan TB 72 cm. Pada pengkajian perkembangan anak, ditemukan bahwa anak menunjukkan perkembangan yang sesuai dengan usia. Dalam aspek motorik kasar, anak mulai bisa tengkurap pada usia 4 bulan, mampu duduk sendiri tanpa bantuan sejak usia 6 bulan, dan sudah dapat berjalan mandiri pada usia 1 tahun 1 bulan meskipun masih sering terjatuh jika berjalan terlalu cepat. Pada motorik halus, anak sudah mampu meraih benda di sekitarnya, memasukkan mainan ke dalam wadah dengan cukup tepat, serta mulai makan sendiri menggunakan sendok, meskipun masih belepotan. Dalam aspek personal sosial, anak sudah mengenali ayah, ibu, dan anggota keluarga lainnya, serta memberikan respons positif seperti tersenyum atau mendekat ketika melihat orang yang dikenalnya. Sedangkan dalam perkembangan bahasa, anak mulai mengucapkan kata “mam... mam...” saat lapar untuk meminta makan dan “Bu... bu...” saat melihat ibunya, meskipun

pelafalannya belum sempurna, namun masih dapat dimengerti. Status gizi An. H normal.

Sedangkan menurut Sufa et al, 2023 pada pasien diare biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)

Peneliti berasumsi pasien tidak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan karena status gizi saat ini normal.

4. Pola Nutrisi

Pada saat pengkajian, dilakukan dengan metode wawancara kepada Ibu An. H didapatkan data bahwa selama rumah sakit pasien hanya mau minum ASI sebanyak ± 150 ml per hari. Pemberian makanan tambahan dari rumah sakit hanya sedikit dikonsumsi (± 50 ml).

Menurut (Ngastiyah, 2014) mengatakan bahwa pasien yang menderita diare juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisi di dalam tubuh menjadi berkurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien mengalami muntah atau diare lama, keadaan tersebut menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat menimbulkan komplikasi.

Peneliti berasumsi bahwa saat pengkajian, pasien tidak menunjukkan gejala mual atau muntah karena telah mendapatkan penanganan medis yang tepat selama perawatan di rumah sakit. Selain

itu, keterlibatan aktif keluarga dalam memberikan asupan nutrisi secara konsisten turut berkontribusi terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien. Hal ini juga dapat menjelaskan mengapa nafsu makan pasien mulai membaik, berat badan pasien tetap stabil, dan tidak ditemukan adanya keluhan mual pada pasien.

5. Kepala

Pada pengkajian kepala, diperoleh data bahwa bentuk kepala pasien normal, penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam, kepala bersih tanpa luka atau benjolan, serta fontanel datar dan wajah simetris.

Menurut Ngastiyah (2014), pada pasien dengan diare, terutama bila mengalami dehidrasi, dapat ditemukan tanda-tanda seperti fontanel yang cekung akibat kehilangan cairan tubuh. Namun, pada pasien ini, fontanel tetap datar, menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan.

Peneliti berasumsi bahwa kesenjangan ini disebabkan oleh pemberian terapi rehidrasi yang adekuat dan tepat waktu, sehingga tanda klinis berupa fontanel cekung tidak muncul pada pasien.

6. Sistem Integument

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa pada pemeriksaan sistem integument genitalia dan anus tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.

Menurut (Nursalam, 2005) mengatakan bahwa pada anus dan daerah sekitarnya akan timbul lecet dan kemerahan karena sering defekasi. Namun, dalam pengkajian ini tidak ditemukan tanda-tanda tersebut.

Peneliti berpendapat bahwa kesenjangan antara teori dan data lapangan dapat disebabkan oleh adanya tindakan perawatan kulit yang baik oleh keluarga pasien, yaitu dengan segera mengganti popok setiap kali pasien buang air besar serta membersihkan area perianal menggunakan air bersih dan sabun ringan. Praktik ini mampu menjaga kebersihan kulit, mengurangi paparan feses terhadap kulit, serta mempertahankan integritas kulit, sehingga mencegah terjadinya lecet dan kemerahan sebagaimana dijelaskan dalam teori.

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa tidak semua diagnosa muncul pada pasien. Diagnosa yang muncul pada pasien yaitu Diare dan Hipovolemia.

Sedangkan, menurut Nuraarif & Kusuma (2015) diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus diare adalah Diare (D.0020), Hipovolemia (D.0023), Defisit Nustrisi (D.0019), Ansietas (D.0080), dan Gangguan Integritas Kulit (D.0129).

Peneliti berpendapat bahwa pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Hal tersebut dikarenakan pada saat penelitian tidak semua diagnosa yang ada di teori muncul pada pasien. Sehingga peneliti merumuskan 2 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan yang dialami pasien pada saat dilakukan penelitian yaitu Diare dan Hipovolemia. Diagnosa defisit nutrisi tidak muncul karena

pasien tidak mual, muntah, dan pasien sudah minum ASI ($\pm$ 150 ml) dan sedikit demi sedikit diberikan makanan dari rumah sakit (50 ml) yaitu nasi tim, sayur sop dan telur rebus. Diagnosa ansietas tidak muncul karena pasien tidak gelisah, tidak tegang, dan tampak tenang saat digendong dan berbaring di atas bed ditemani ibunya. Diagnosa gangguan integritas kulit tidak muncul karena pada pemeriksaan sistem integument genetalia dan anus tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.

4.3.3 Intervensi Keperawatan

Dari rencana tindakan atau intervensi yang sudah disusun, tidak semua intervensi dari teori dapat diterapkan dan dilaksanakan pada pasien. Pelaksanaan intervensi keperawatan juga disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lahan tempat penelitian. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada. Dalam penelitian ini, intervensi diambil dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018).

Dari teori dan sumber yang telah tercantumkan ternyata tidak ada kesenjangan antara teori yang sudah ada. Karena intervensi disusun dengan menyesuaikan kebutuhan dan kondisi yang terjadi pada pasien dan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur di Ruang Nusa Indag RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

4.3.4 Implementasi Keperawatan

Setelah melakukan perencanaan, implementasi dilakukan selama 3 hari pada An. H yaitu pada tanggal 11 April 2025 sampai dengan 13 April 2025. Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada

intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.

Menurut (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015) implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru

Pada saat penelitian tidak semua intervensi keperawatan akan dilakukan tindakan keperawatan karena disesuaikan dengan jadwal Rumah Sakit dan perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan pasien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain.

4.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut teori, evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama 3 hari dan mengalami perkembangan derajat kesehatan. Hal ini dibuktikan saat melakukan evaluasi peneliti menemukan bahwa klien sudah tidak BAB berlebih lagi dan kebutuhan cairan elektrolit mulai terpenuhi.