

**INOVASI PEMBERIAN MADU TERHADAP PENURUNAN DIARE PADA
ANAK R DI WILAYAH KABUPATEN MAGELANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan



Disusun Oleh :

Singgih Listyo Anggoro

14.0601.0053

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

**INOVASI PEMBERIAN MADU TERHADAP PENURUNAN DIARE PADA
ANAK R DI WILAYAH KABUPATEN MAGELANG**

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan TIM Penguji Proposal KTI
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

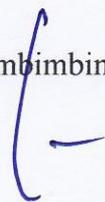
Magelang, 19 April 2018

Pembimbing I



Ns Reni Mareta, M.Kep
NIK. 207708165

Pembimbing II



Dwi Sulistyono, BN., M.Kep
NIK. 937108060

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

INOVASI PEMBERIAN MADU TERHADAP PENURUNAN DIARE PADA ANAK R DI WILAYAH KABUPATEN MAGELANG

Disusun Oleh :

Singgih Listyo Anggoro

NPM : 14.0601.0053

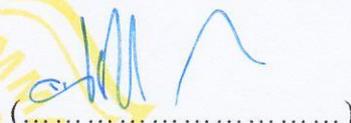
Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 23 April 2018

Susunan Penguji :

Penguji I :

Ns. Septi Wardani, M.Kep

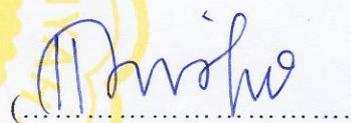
NIK. 10830604

 (.....)

Penguji II :

Ns. Reni Mareta, M.Kep

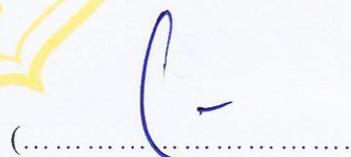
NIK. 207708165

 (.....)

Penguji III :

Dwi Sulistyono, BN., M.Kep

NIK. 937108060

 (.....)

Magelang, 23 April 2018

Program Studi D3 Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan,




Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga pada kesempatan kali ini penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan pembahasan “Inovasi Pemberian Madu Terhadap Penurunan Frekuensi Diare Anak di Wilayah Kabupaten Magelang” pada waktu yang telah ditentukan. Tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini pula penulis juga mengalami berbagai kendala. Berkat adanya dukungan dari beberapa pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan. Untuk itu, pada kesempatan kali ini penulis bermaksud untuk mengucapkan terimakasih kepada :

1. Puguh Widyanto, S.Kp., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Reni Mareta, M.Kep., selaku Program Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang dan sekaligus sebagai Pembimbing I Karya Tulis Ilmiah yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
3. Dwi Sulistyono, BN., M.Kep., selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Semua staf Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memudahkan proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
5. Bapak, Ibu, Kakak, dan Keluarga besar yang tidak ada henti-hentinya memberikan doa dan restunya tanpa mengenal lelah selalu memberikan

6. semangat untuk penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moral, material, dan spiritual. Sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan tepat waktu.
7. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang dan kakak tingkat yang tidak bosannya dalam memberikan arahan sehingga tugas ini selesai. Dan telah banyak membantu dan telah banyak memberikan dukungan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama 3 tahun bersama kita lalui. Semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu.

Semoga amalan Bapak/Ibu/Saudara/i yang telah diberikan kepada penulis memperoleh imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis mengharapkan Kritik dan saran yang bersifat membangun demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah SWT semata penulis memohon perlindunganNya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Magelang, April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Tujuan Penulisan	5
1.3. Pengumpulan Data	5
1.4. Manfaat.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Diare	7
2.1.1 Definisi Diare.....	7
2.1.2 Klasifikasi Diare	7
2.1.3 Anatomi Fisiologi	8
2.1.4 Etiologi.....	13
2.1.5 Patofisiologi	14
2.1.6 Manifestasi Klinis	15
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.8 Penanganan Umum Diare	17
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan.....	19
2.1.10 Konsep Asuhan keperawatan.....	19
2.1.11 Intervensi Keperawatan	24
2.2. Inovasi Madu	30
2.2.1 Pengertian madu	30
2.2.2 Kandungan madu	30
2.3. Pathway	32

BAB 3 LAPORAN KASUS.....	33
3.1 Pengkajian	33
3.2 Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi	38
BAB 4 PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
4.1 Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus	Error! Bookmark not defined.
defined.	
BAB 5 PENUTUP.....	43
5.1 Kesimpulan.....	43
5.2 Saran.....	43
DAFTAR PUSTAKA	45
LAMPIRAN.....	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan.....	8
Gambar 2.2 Anatomi Mulut	9
Gambar 2.3 Anatomi Lambung	10
Gambar 2.4 Anatomi Usus.....	10
Gambar 2.5 : Anatomi Usus Besar.....	12

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Diare dan gangguan pencernaan adalah kasus utama penyebab kematian dan menjadi masalah kesehatan di berbagai negara berkembang, terutama di wilayah yang kurang persediaan air, kurangnya sanitasi, dan kurangnya pengetahuan kesehatan. Kurangnya air akan menyebabkan dehidrasi khususnya pada anak-anak dan balita akan berakibat fatal pada kondisi kesehatan dan gizi yang buruk. Diare dapat disebabkan oleh organisme seperti *Shigella spp*, *Campylobacter spp*, *Escherichia Colli*, *Salmonella spp*, dan *Yersinia Enterocolita* (Pujiarto, 2014).

Menurut Masdiana, Tahlil, & Imran, (2016), diare akut pada anak kita ketahui dengan munculnya tanda mual, muntah, nyeri perut, dan panas. Diare adalah kondisi dimana buang air besar dan buang air kecil lebih dari tiga kali dalam sehari. Perubahan bentuk dan warna lebih berpengaruh daripada frekuensi yang terus menerus, kondisi ini yang menjadi penyebab utama kematian anak-anak di bawah usia 5 tahun di Amerika. Untuk mengatasi diare akut WHO merekomendasikan dalam pemberian cairan intravena cairan rehidrasi dan penurunan konsentrasi osmotik.

Penyakit diare merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti di Indonesia, karena angka kematian dan kelahiran yang masih tinggi. Survei kelahiran yang dilakukan oleh Subdit Diare, Departemen Kesehatan dari tahun 2000 s/d 2010 terlihat kecenderungan insiden naik. Berdasarkan kajian dan analisis dari beberapa survey yang dilakukan pada golongan balita, diare adalah 1,5 kali per tahun. Angka kematian diare didapat dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), pada balita terjadi 55.000 kematian (2,5 per 1.000 balita). Kematian balita akibat diare terjadi karena tidak ditolong secara dini dan tidak diberikan pengobatan yang tepat. Secara teoritis diperkirakan 10% dari penderita diare akan meninggal akibat terjadinya proses dehidrasi berat bila tidak

diberi pengobatan. Adapun angka penemuan penderita diare tahun 2010 sebesar 59,4% penemuan penderita diare ditargetkan 85% dari 10% jumlah perkiraan kasus diare yang diperoleh dari survey morbiditas diare (423/1.000 penduduk) (Kemenkes RI, 2011).

Jumlah kasus diare di Jawa Tengah pada tahun 2008 adalah sebanyak 2.978.985 penderita dengan Indeks Rata-rata (IR) 9,2%, sedangkan jumlah kasus diare pada balita yaitu sebanyak 339.733 penderita dengan indeks rata-rata 16,4%. Kasus diare pada balita masih tinggi dibanding golongan umur yang lainnya (Kemenkes RI, 2011).

Penderita diare akut terbanyak berdasarkan kriteria kelompok umur adalah pada kelompok umur 1 – 5 tahun yaitu sebanyak 42,85 % (36 penderita). Kelompok usia 1- 5 tahun adalah kelompok anak yang mulai aktif bermain dan rentan terkena infeksi penyakit terutama diare. Anak pada kelompok umur ini dapat terkena infeksi bakteri penyebab diare pada saat bermain di lingkungan yang kotor serta melalui cara hidup yang kurang bersih (Adyanastri, 2012).

Penatalaksanaan keperawatan penanganan diare pada anak, dibagi dalam 5 prinsip. Prinsip pertama yaitu pemberian oralit yang digunakan sebagai pengganti cairan dan elektrolit tubuh yang hilang. Prinsip kedua yaitu pemberian zink selama 10 hari berturut-turut, pemberian zink dapat mempercepat penyembuhan diare anak dengan meningkatkan sistem kekebalan tubuhnya. Prinsip yang ketiga yaitu teruskan ASI dan pemberian makan. Berikan ASI apabila anak masih mendapatkan ASI dan sebanyak yang anak mau, serta berikan makanan dengan frekuensi lebih sering sampai anak berhenti diare. Diare dapat dicegah dengan cara memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan dan diteruskan sampai 2 tahun, memberikan makanan pendamping ASI sesuai umur, memberikan minum air yang sudah direbus dan menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air dan sabun sebelum makan dan sesudah buang air besar, dan memberikan imunisasi campak. Diare menyebabkan kehilangan cairan yang berperan penting di dalam tubuh,

seperti sodium, klorida, dan potasium. Dehidrasi merupakan komplikasi diare yang paling berbahaya. Gejala dari dehidrasi, yaitu turgor kulit yang buruk, anak menjadi lebih rewel dari biasanya, lidah dan mulut yang kering, demam tinggi, serta mata dan pipi cekung. Prinsip keempat adalah memberikan antibiotik secara selektif. Antibiotik hanya boleh diresepkan oleh dokter. Prinsip yang kelima yaitu memberi nasihat bagi ibu atau pengasuh. Berikan nasihat tentang cara pemberian oralit, zink, ASI, dan makanan. Berikan informasi mengenai tanda-tanda untuk segera membawa anaknya ke petugas kesehatan apabila ditemukan buang air besar cair berlebih, makan atau minum sedikit, demam, tinja berdarah, dan tidak membaik dalam waktu 3 hari (Purnamawati, 2014).

Beberapa metode yang diterapkan dalam penanganan diare pada anak yaitu pemberian (ORS) *Oral Rehydration Solution* seperti air tajin, sop dan larutan gula garam (LGG). Penerapan metode tradisional juga diberikan oleh ibu antara lain pisang ayam (mengkak/masak), jambu biji (daun/buah), daun merak, daun tahi ayam (*lantana camara*), serei, buah pala, gambir, bubuk kopi, dan madu. Pemberian obat tradisional menjadi pilihan utama karena tidak memiliki efek samping selain itu bahan – bahannya mudah didapat (Purnamawati, 2016).

Dalam hal ini metode yang telah ditekankan dalam pengobatan tradisional untuk mengatasi diare adalah mengkonsumsi madu. Alasan pemilihan madu untuk pengobatan diare pada anak dipilih karena produknya mudah diperoleh dan harga terjangkau. Madu sendiri salah satu nutrisi kaya yang mengandung karbohidrat, enzim, asam amino, asam organik, mineral, senyawa aromatik, pigmen dan serbuk sari. Madu memiliki efek anti bakteri pada bakteri usus yang menyebabkan diare, seperti *Salmonella*, *Shigella*, *Ecoli*, dan *Vibrio Cholerae*. Penelitian telah menunjukkan bahwa madu dapat memperpendek periode diare akut pada anak-anak. Ia juga dapat mengendalikan berbagai jenis bakteri dan penyakit menular (Utami, 2016).

Masyarakat dunia dari berbagai budaya dan agama, telah mengenal madu sebagai jenis suplemen yang bernilai tinggi. Dari studi laboratorium dan uji klinis, para peneliti mengganti glukosa (111mmol/l) di dalam cairan rehidrasi oral yang mengandung elektrolit standar seperti yang direkomendasikan WHO/UNICEF, rata-rata waktu pemulihan dari pasien (usia 8 hari sampai 11 tahun) mengalami penurunan yang signifikan. Penelitian lain yang menguji madu sebagai prebiotik pada tahun 2002, membandingkan tingkat pertumbuhan *Bifi-dobacterium spp.* yang dikultur dengan memberikan madu yang berasal dari tanaman cengkeh mengalami pertumbuhan yang sama dibandingkan dengan media yang mengandung *fructooligosaccharide* (FOS), *galactooligosaccharide* (GOS), atau inulin. Namun jika dibandingkan dengan media kontrol pertumbuhan, cukup signifikan. Penelitian bertujuan untuk menilai pengaruh pemberian suplemen madu pada pasien diare akut, dinilai untuk lama rawat, frekuensi diare, serta menilai kenaikan berat badan. Perbedaan dengan penelitian terdahulu, madu dalam penelitian ini menggantikan komposisi glukosa dalam cairan rehidrasi oral (Cholid, 2011).

Untuk metode penerapan yang diberikan pada anak usia 1-5 tahun dalam ukuran 5 cc dengan menggunakan sendok makan, dicampurkan dengan air putih dan diberikan setelah buang air besar. Dianjurkan untuk meminum beberapa teguk secara berulang Kemudian ditindak lanjuti pada hari pertama, dilakukan proses perawatan dan dievaluasi. Kriteria untuk akhir intervensi adalah frekuensi usus gerakan di bawah 3 kali dalam sehari atau tinja lunak normal. Madu mengandung unsur- unsur mineral, garam, sodium, potassium, kalsium dan magnesium serta berbagai macam vitamin. Semua unsur ini menormalkan kerja saluran pencernaan, menciptakan keseimbangan dalam gerakan dorong menuju usus dan mengatur arah pergerakannya (Sharif, 2017).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk menerapkan metode pemberian madu sebagai langkah efektif dalam mengatasi masalah diare yang terjadi pada

anak. Pemberian madu dilakukan setelah anak buang air besar dengan ukuran 5cc sendok makan. Terapkan sampai diare benar- benar terhenti (Sharif, 2017).

1.2. Tujuan Penulisan

1.1.1. Tujuan Umum

Tujuan umum karya tulis ilmiah ini adalah mengenalkan secara nyata proses penerapan proses keperawatan secara komprehensif dan inovatif dengan metode madu untuk mengurangi frekuensi diare pada anak.

1.1.2. Tujuan Khusus

1.2.2.1. Melakukan pengkajian secara komprehensif pada anak dengan kasus diare menggunakan metode madu.

1.2.2.2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada anak dengan kasus diare.

1.2.2.3. Mampu merumuskan intervensi keperawatan pada anak dengan kasus diare.

1.2.2.4. Melakukan perencanaan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus diare menggunakan inovasi madu.

1.2.2.5. Melakukan tindakan keperawatan secara inovatif pada anak dengan kasus diare.

1.2.2.6. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada anak dengan diare.

1.3. Pengumpulan Data

Dalam penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan beberapa metode yaitu sebagai berikut :

1.3.1. Observasi

Melakukan pengamatan dan ikut serta dalam melakukan tindakan pelayanan keperawatan.

1.3.2. Wawancara

Melakukan tanya jawab dengan anak dan beberapa anggota keluarga untuk mendapatkan data subjektif.

1.3.3. Studi Dokumentasi

Mempelajari buku-buku laporan dan catatan medis serta dokumen lainnya untuk membandingkan dengan data yang ada dan memperoleh data yang baru.

1.3.4. Studi Pustaka

Studi pustaka adalah mempelajari buku-buku referensi tentang penyakit diare yang berhubungan dengan perawatan anak.

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Masyarakat

Diharapkan mampu dijadikan sebagai tambahan pengetahuan atau pembelajaran bagi keluarga ataupun lingkungan sekitar dalam menangani diare terhadap anak dan mengenalkan tehnik pengobatan secara alami dengan menggunakan media utama madu sebagai pengurang frekuensi pada diare anak.

1.4.2. Bagi Puskesmas

Diaharapkan mampu meningkatkan mutu dalam asuhan keperawatan anak terutama pada untuk kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Memberikan masukan kepada instansi terkait mengenai penanganan diare pada anak dengan metode madu.

1.4.3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan mampu memberikan manfaat dalam praktik keperawatan anak dalam mengelola kasus diare agar tidak terjadi dehidrasi dan pengurangan angka kematian pada anak.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Diare

2.1.1 Definisi Diare

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Depkes RI, 2011). Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dan cair. Bisa juga didefinisikan sebagai buang air besar yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3 kali buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4 kali buang air besar (Dewi, 2010). Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air besar dengan bentuk tinja yang encer atau cair (Suriadi, 2010).

Diare merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang dari biasa, yaitu 3 kali atau lebih dalam sehari yang mungkin dapat disertai dengan muntah dan tinja berdarah. Penyakit ini paling sering dijumpai pada anak balita, terutama pada usia 3 tahun pertama kehidupan, dimana seorang anak bisa mengalami 1-3 episode diare berat (WHO, 2011).

2.1.2 Klasifikasi Diare

Berdasarkan lama waktunya diare dibagi menjadi dua yaitu : diare akut yang berlangsung kurang lebih 2 minggu atau 14 hari yang disebabkan oleh *virus*, *protozoa* (*Giardia Lambdia*, *Entamoeba hystoloitica*), bakteri; yang memproduksi enterotoksin (*S aureus*, *C perfringens*, *E.colli*, *V choleraa*, *C difficile*) dan yang menimbulkan inflamasi mukosa usus (*Shingella*, *Salmonella sp*, *Yersenia*), *iskemia interstinal*, *inflammatory bowel disease (acute or cronic)*, *colitis radiasi*. Dan diare kronik lebih dari 2 minggu, umumnya diare menurut patofisiologinya dibagi 2 yaitu diare osmotik dan diare sekresi (Ariani, 2016).

2.1.3 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan
(Pustekkom Depdiknas 2008)

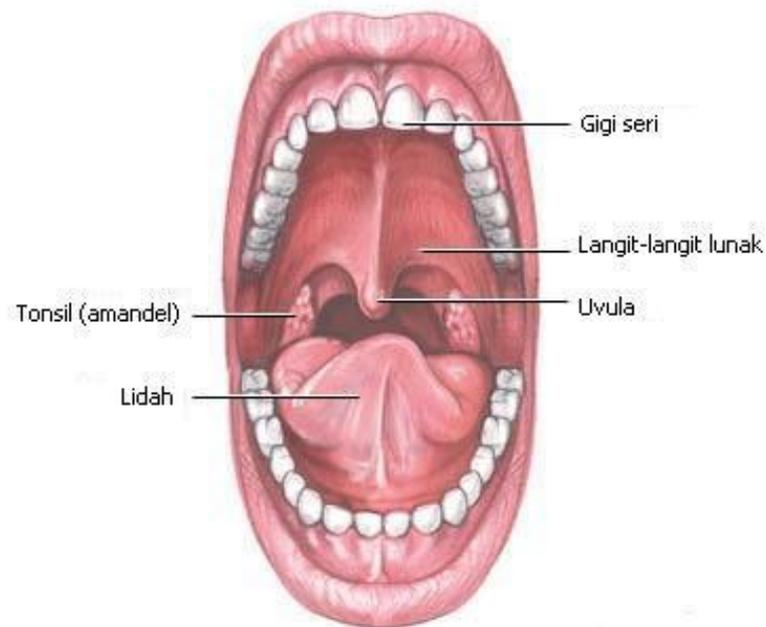
Menurut Sodikin (2011) anatomi fisiologi pencernaan adalah sebagai berikut :

a. Anatomi

1) Mulut

Mulut merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh organ perasa yang terdapat di permukaan lidah. Pengecapan relatif sederhana, terdiri dari manis, asam, asin dan pahit. Penciuman dirasakan oleh saraf olfaktorius di hidung dan lebih rumit, terdiri dari berbagai macam bau. Makanan dipotong-potong oleh gigi depan (*incisivus*) dan di kunyah oleh gigi belakang (*molar*, geraham), menjadi bagian-bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Ludah dari kelenjar ludah akan membungkus bagian-bagian dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan mulai mencernanya. Ludah juga mengandung antibodi dan enzim

(misalnya *lisozim*), yang memecah protein dan menyerang bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai secara sadar dan otomatis.



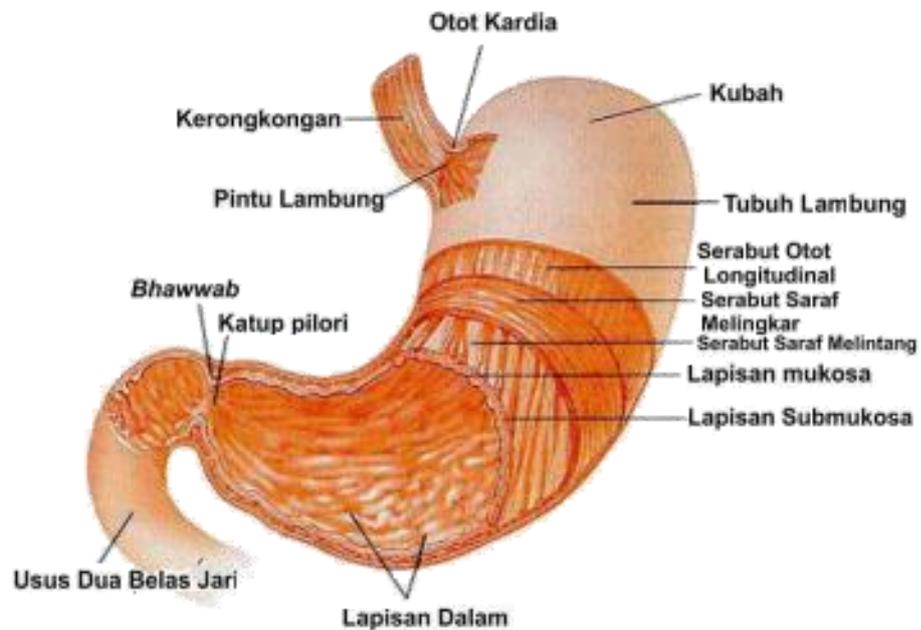
Gambar 2.2 Anatomi Mulut
(Pustekkom Depdiknas 2008)

2) Kerongkongan (Esofagus)

Esofagus merupakan tuba otot dengan ukuran 8-10 cm dari kartilago krikoid sampai bagian kardia lambung. Panjangnya bertambah selama 3 tahun setelah kelahiran, selanjutnya kecepatan pertumbuhan lebih lambat mencapai panjang dewasa yaitu 23-30 cm.

3) Lambung

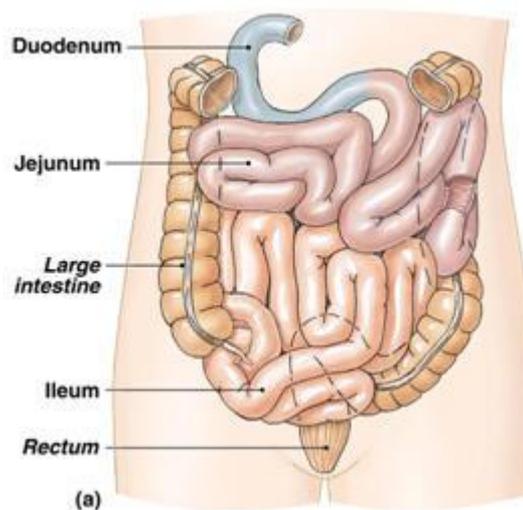
Lambung dewasa ditemukan pada lambung fetus sebelum lahir. Kapasitas dari lambung antara 30-35 ml saat lahir dan meningkat sampai sekitar 75 ml pada kehidupan minggu ke-2, sekitar 10 ml pada bulan pertama, dan rata-rata pada orang dewasa kapasitasnya 1000 ml.



Gambar 2.3 Anatomi Lambung
(Pustekkom Depdiknas 2008)

4) Usus kecil

Usus kecil terbagi menjadi duodenum, jejunum, dan ileum. Usus kecil memiliki panjang 300-350 cm saat lahir, mengalami peningkatan sekitar 50% selama tahun pertama kehidupan. Duodenum merupakan bagian terpendek dari usus kecil yaitu sekitar 7,5-10 cm dengan diameter 1-1,5 cm.



Gambar 2.4 Anatomi Usus
(Pustekkom Depdiknas 2008)

Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum).

a. Usus dua belas jari (Duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejunum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari bulbo duodenale dan berakhir di ligamentum Treitz.

Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. PH usus dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari pankreas dan kantung empedu. Nama duodenum berasal dari bahasa Latin duodenum digitorum, yang berarti dua belas jari.

Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa di cerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirim sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

b. Usus Kosong (jejunum)

Usus kosong atau jejunum (terkadang sering ditulis yeyunum) adalah bagian kedua dari usus halus, di antara usus dua belas jari (duodenum) dan usus penyerapan (ileum). Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesenterium.

Permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus. Secara histologis dapat dibedakan dengan usus dua belas jari, yakni berkurangnya kelenjar Brunner. Secara hitologis pula dapat dibedakan dengan usus penyerapan, yakni sedikitnya sel goblet dan plak Peyeri. Sedikit sulit untuk membedakan usus kosong dan usus penyerapan secara makroskopis.

Jejunum diturunkan dari kata sifat jejunum yang berarti “lapar” dalam bahasa Inggris modern. Arti aslinya berasal dari bahasa Latin, jejunus, yang berarti “kosong”.

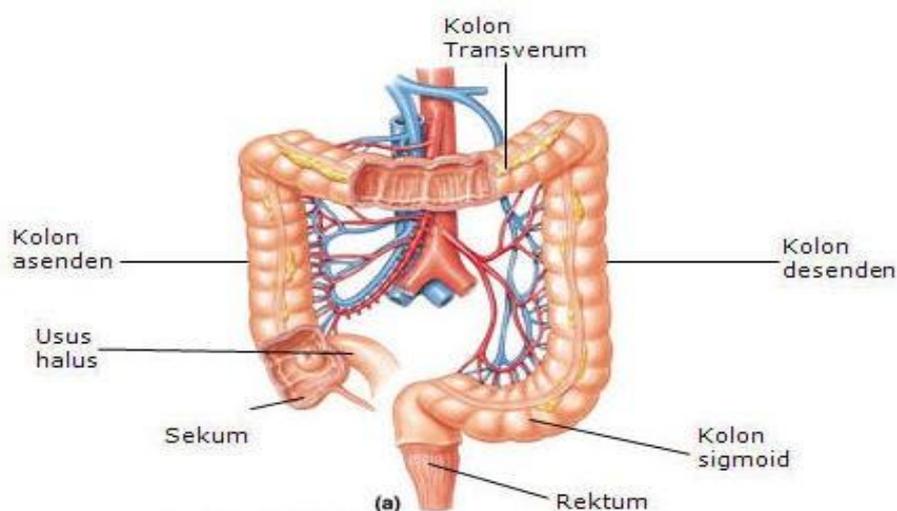
Diagram usus halus (terlabel *small intestine*)

c. Usus Penyerapan (ileum)

Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia ini memiliki panjang sekitar 2-4 m dan terletak setelah duodenum dan jejunum, dan dilanjutkan oleh usus buntu. Ileum memiliki pH antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) dan berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu.

5) Usus besar

Usus besar dibagi menjadi sekum, kolon asenden, kolon transversum, kolon descenden dan kolon sigmoid. Panjang usus besar bervariasi, berkisar sekitar $\pm 180\text{cm}$.



Gambar 2.5 : Anatomi Usus Besar
(Pustekom Depdiknas 2008)

6) Hepar

Hati merupakan glandula paling besar dalam tubuh dan memiliki berat $\pm 1.300\text{-}1.500$ gram. Hati berwarna merah coklat, sangat vascular, dan lunak.

7) Pankreas

Pankreas terletak transversal diperut bagian atas, antara duodenum dan limpa dalam retro peritonium.

8) Peritonium

Peritonium merupakan membrane serosa yang tipis, licin, dan lembab yang melapisi rongga peritoneum dan banyak organ perut seperti cavum abdomen dan pelvis.

b. Fisiologi

Fisiologi saluran pencernaan terdiri atas rangkaian proses memakan (ingesti) dan sekresi getah pencernaan ke sistem pencernaan. Getah pencernaan membantu pencernaan atau digesti makanan, hasil pencernaan akan diserap ke dalam tubuh berupa zat gizi. Proses sekresi, disgesti, dan absorpsi terjadi secara berkesinambungan pada saluran pencernaan, mulai dari atas yaitu mulut sampai ke rectum. Mastikasi merupakan proses pengunahan atau pemecahan partikel makanan yang besar oleh gigi dan mencampur makanan, kemudian dilembapkan oleh glandula salivary untuk membentuk bolus (massa berlapis saliva). Menelan (deglutisi) merupakan suatu respon reflex yang disebabkan oleh impuls aferen di dalam nervus trigeminus, glosofaringeus dan vagus. Defekasi sebagian bersifat reflex dan sebagian lain merupakan aktivitas volunter.

2.1.4 Etiologi

Diare merupakan suatu kumpulan dari gejala infeksi pada saluran pencernaan yang dapat disebabkan oleh beberapa organisme seperti bakteri, virus, dan parasit. Beberapa organisme tersebut biasanya menginfeksi saluran pencernaan manusia melalui makanan dan minuman yang telah tercemar oleh organisme tersebut.

Diare dapat dibagi menjadi 2, yaitu :

a. Diare akut

Diare akut merupakan diare yang disebabkan oleh *virus, protozoa; Giardia lamblia, Entamoeba histolytica; Bakteri yang memproduksi enterotoksin (S aureus, C perfringens, E.colli, V cholera, C difficile) dan yang menimbulkan inflamasi, inflammatory bowel disease (acute or chronic), colitis radiasi* (Sudaya, 2009).

b. Diare kronik

Menurut Suharyono, (2008), umumnya diare kronik dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori menurut patogenesisnya yaitu :

a) Diare osmotik

Diare yang umumnya terjadi bila telah timbul cedera pada usus dan terjadi sekresi cairan dan elektrolit ke dalam lumen usus.

b) Diare sekretorik

Diare yang biasanya disebabkan oleh solut yang sulit diabsorpsi di dalam usus. Penyebabnya adalah intoleransi terhadap laktosa dan penelanan laksatif osmotik.

2.1.5 Patofisiologi

Diare dapat disebabkan oleh satu atau lebih patofisiologi/patomekanisme dibawah ini:

a. Diare sekretorik

Diare tipe ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi air dan elektrolit dari usus, menurunnya absorpsi. Yang khas pada diare ini yaitu secara klinis ditemukan diare dengan volume tinja yang banyak sekali. Diare tipe ini akan tetap berlangsung walaupun dilakukan puasa makan/minum (Simadibrata, 2008).

b. Diare osmotik

Diare tipe ini disebabkan meningkatnya tekanan osmotik intralumen dari usus halus yang disebabkan oleh obat-obat/zat kimia yang hiperosmotik (antara lain $MgSO_4$, $Mg(OH)_2$), malabsorpsi umum dan defek dalam absorpsi mukosa usus misal pada defisiensi disakaridase, malabsorpsi glukosa/galaktosa (Simadibrata, 2008).

c. Malabsorpsi asam empedu dan lemak

Diare tipe ini didapatkan pada gangguan pembentukan/produksi micelle empedu dan penyakit-penyakit saluran bilier dan hati (Simadibrata, 2008).

d. Defek sistem pertukaran anion/transport elektrolit aktif di enterosit

Diare tipe ini disebabkan adanya hambatan mekanisme transport aktif $Na^+K^+ATPase$ di enterosit dan absorpsi Na^+ dan air yang abnormal (Simadibrata, 2008).

e. Motilitas dan waktu transit usus yang abnormal

Diare tipe ini disebabkan hipermotilitas dan iregularitas motilitas usus sehingga menyebabkan absorpsi yang abnormal di usus halus. Penyebabnya antara lain: diabetes mellitus, pasca vagotomi, hipertiroid (Simadibrata, 2008).

f. Gangguan permeabilitas usus

Diare tipe ini disebabkan permeabilitas usus yang abnormal disebabkan adanya kelainan morfologi membran epitel spesifik pada usus halus (Simadibrata, 2008).

g. Diare inflamasi

Proses inflamasi di usus halus dan kolon menyebabkan diare pada beberapa keadaan. Akibat kehilangan sel epitel dan kerusakan tight junction, tekanan hidrostatis dalam pembuluh darah dan limfatik menyebabkan air, elektrolit, mukus, protein dan seringkali sel darah merah dan sel darah putih menumpuk dalam lumen. Biasanya diare akibat inflamasi ini berhubungan dengan tipe diare lain seperti diare osmotik dan diare sekretorik (Juffrie, 2010).

h. Diare infeksi

Infeksi oleh bakteri merupakan penyebab tersering dari diare. Dari sudut kelainan usus, diare oleh bakteri dibagi atas non-invasif dan invasif (merusak mukosa). Bakteri non-invasif menyebabkan diare karena toksin yang disekresikan oleh bakteri tersebut (Simadibrata, 2008).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Pasien dengan diare akut akibat sering mengalami muntah, nyeri perut sampai kejang perut, demam, dan diare. Terjadi renjatan hipovolemik harus dihindari. Kekurangan cairan akan menyebabkan pasien haus, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun, serta suara menjadi serak. Gangguan biokimiawi seperti asidosis metabolik akan menyebabkan frekuensi pernapasan lebih cepat dan dalam pernapasan kusmaul (Ridha, 2014).

Bila terjadi renjatan hipovolemik berat maka denyut nadi cepat (lebih dari 120x/menit) tekanan darah menurun sampai tak terukur, pasien gelisah, muka pucat, ujung-ujung ekstremitas dingin, kadang sianosis. Kekurangan kalium menyebabkan aritmia jantung perfusi ginjal menurun sehingga timbul anuria,

sehingga bila kekurangan cairan tak segera diatasi dapat timbul penyakit berupa nekrosis tubulus akut. Secara klinis diare karena infeksi akut terbagi menjadi 2 golongan yaitu pada diare dalam jangka panjang adalah dehidrasi, asidosis metabolik, gangguan gizi akibat muntah dan berak, hipoglikemi, gangguan sirkulasi darah akibat yang banyak keluar sehingga terjadi syok.

Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare yaitu dehidrasi berat dapat ditandai dengan tidak sadarkan diri, mata cekung, malas minum, cubitan kulit perut kembali sangat lambat yaitu lebih dari 2 detik. Dehidrasi ringan dapat ditandai dengan anak menjadi rewel, gelisah, mata cekung, minum dengan lahap, haus, dan cubitan kulit kembali dengan lambat. Tanpa dehidrasi maka tidak cukup membuktikan tanda terjadinya diare (Yuliana, 2011).

Diare akut akan hilang dalam waktu 72 jam, frekuensi yang tak terduga dari buang air besar encer disertai gas-gas di dalam perut akan membuat perut menjadi nyeri, nyeri kuadaran bawah disertai kram dan bunyi pada perut, disertai demam (Yuliana, 2011).

Diare kronik memiliki tanda gejala serangan seelam 2-3 periode lebih panjang. Klien dengan diare kronis akan mengalami penurunan berat badan, nafsu makan akan menurun, demam dengan indikasi terjadi infeksi, dan klien akan mengalami dehidrasi yang tanda-tandanya hipotensi dan denyut lemah (Yuliana, 2011).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mustakin (2011), mengatakan bahwa pemeriksaan penunjang untuk penyakit diare yang pertama pemeriksaan tinja untuk mengetahui kadar gula dan pH, dan pemeriksaan makroskopis dan mikroskopis. Yang kedua biarkan dan resistensi feses (colok dubur). Yang ketiga pemeriksaan analisa gas darah, apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernapasan kusmaul). Yang keempat pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal. Dan yang terakhir pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Ca, P.

2.1.8 Penanganan Umum Diare

2.1.8.1. Lima Langkah Tuntaskan Diare (LINTAS DIARE)

a. Pemberian Oralit

Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti natrium klorida (NaCl), dan trisodium sitrat hidrat, serta glukosa anhidrat. Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Walaupun air sangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga diutamakan oralit. Campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat terserap dengan baik oleh usus penderita diare. Oralit dapat diberikan sampai diare benar benar berhenti (Departemen Kesehatan RI, 2011).

b. Pemberian tablet zinc

Berikan zinc selama 10 hari berturut turut, zinc merupakan salah satu zat gizi mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan anak. Zinc yang ada dalam tubhu akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare (Departemen Kesehatan RI, 2011).

c. Pemberian Asi

Pemberiaan Asi dapat mencegah terjadinya diare. Bayi dibawah 6 bulan sebaiknya hanya mendapatkan ASI untuk mencegah diare dan meningkatkan sistem imunitas tubuh bayi. Jika anak masih mendapatkan ASI, maka teruskan pemberian ASI sebanyak dia mau. Jika anak mau lebih banyak biasanya itu akan lebih baik (Departemen Kesehatan RI, 2011).

d. Berikan antibiotic secara selektif

Antibiotic tidak diberikan pada setiap anak diare. Antibiotik hanya diberikan jika ada indikasi, seperti diare berdarah atau diare karena kolera, atau diare dengan disertai penyakit lain. Ini sangat penting karena seringkali ketika diare, masyarakat langsung membeli antibiotik seperti Tetrasiklin atau Ampicillin. Selain tidak efektif, tindakan ini berbahaya, karena jika antibiotik tidak dihabiskan sesuai dosis akan menimbulkan resistensi kuman terhadap antibiotik.

Pemberian antibiotic tidak dianjurkan karena selain bahaya resistensi kuman, pemberian antibiotik yang tidak tepat bisa membunuh flora normal yang justru

dibutuhkan tubuh. Efek samping dari penggunaan antibiotik yang tidak rasional adalah timbulnya gangguan fungsi ginjal, hati dan diare yang disebabkan oleh antibiotik. Hal ini juga akan mengeluarkan biaya pengobatan yang seharusnya tidak diperlukan.

Resep antibiotik seharusnya hanya boleh dikeluarkan oleh dokter. Namun di daerah terpencil dimana tenaga dokter belum tersedia maka petugas kesehatan lainnya seperti bidan/perawat dapat memberikannya setelah mendapat pelimpahan wewenang dari dokter puskesmas atau jika mereka sudah mendapatkan pelatihan tatalaksana diare seperti Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Departemen Kesehatan RI, 2011).

e. Berikan nasihat pada ibu/keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI (2011), berikan nasihat dan cek pemahaman ibu/pengasuh tentang cara pemberian Oralit, Zinc, ASI/makanan dan tanda-tanda untuk segera membawa anaknya ke petugas kesehatan jika anak:

- a) Buang air besar cair lebih sering
- b) Muntah berulang-ulang
- c) Mengalami rasa haus yang nyata
- d) Makan atau minum sedikit
- e) Demam
- f) Tinjanya berdarah
- g) Tidak membaik dalam 3 hari

2.1.8.2. Pemberian inovasi madu

Pemberian madu untuk mengatasi diare sangat efektif terlebih kandungan madu sebagai antibacterial Membentuk jaringan granulasi memperbaiki kerusakan permukaan kripte usus dan adanya efek madu sebagai prebiotic yang dapat menumbuhkan kuman komensial dalam usus dengan kemampuan melekat pada enterosit mukosa usus sehingga dapat menghambat kolonisasi sejumlah bakteri penyebab diare termasuk virus (*murine dan rebesus rotavirus*).

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Pada anak-anak dapat dilakukan penatalaksanaan keperawatan saat diare yaitu terdiri dari rehidrasi atau penggantian cairan adalah penanganan yang menjadi prioritas utama saat pengobatan diare pada anak, identifikasi penyebab diare akut atau kronis (Yuliasati, 2010).

Pada rehidrasi terdapat 4 hal yang perlu di perhatikan yaitu jenis cairan, jumlah cairan, jalan masuk atau cara pemberian cairan, dan jadwal pemberian cairan. Penjelasan jenis cairan yaitu pada anak dengan diare akut yang ringan dapat diberikan oralit dan dapat juga diberikan cairan ringer laktat bila terjadi dapat juga diberikan NaCl. Isotonik ditambahkan satu ampul Na Bicarbonate 7,5% 50m. Jumlah cairan yaitu dapat dapat diberikan sesuai dengan jumlah caian yang keluar. Jalan masuk atau cara pemberian cairan yaitu rute pemberian cairan pada orang dewasa dapat dipilih oral/IV. Jadwal pemberian cairan, rehidrasi diharapkan dapat terpenuhi lengkap pada jam ketiga (Yuliasati, 2010).

Untuk tujuan pengobatan diare dengan menggunakan madu lebih baik di konsumsi dalam bentuk larutan dalam air, karena dengan demikian komponen-komponen lebih mudah diserap dan mudah mencapai kedalam pembuluh darah yang kemudian dapat diangkat ke tunan-tunan tubuh. Dari pengalaman para ahli, jumlah optimal konsumsi madu untuk anak-anak adalah 5cc gram/hari yang dikonsumsi 3 kali, yaitu pagi 30-60 gram, siang 40-80 gram dan 30-60 gram di sore hari. Sebaiknya 2 jam sebelum makan atau 3 jam sesudah makan (Noorian, 2017).

2.1.10 Konsep Asuhan keperawatan

Pengkajian keperawatan

Menurut Padila, (2013) Asuhan keperawatan pada anak dengan kasus diare dapat dilakukan dengan :

- a. Identitas klien meliputi: nama klien, jenis kelamin, dan umur klien
- b. Keluhan utama

Dimulai dengan keluhan mual, muntah, dan diare dengan volume yang banyak, suhu badan meningkat, dan nyeri perut.

c. Riwayat penyakit

Terdapat beberapa keluhan, permulaan mendadak disertai dengan muntah dan diare. Feses dengan volume yang banyak, konsistensi cair, muntah ringan atau sering dan gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat dan nafsu makan menurun.

d. Pola aktivitas sehari-hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari dapat berupa ; Nutrisi (makan menurun karena adanya mual dan muntah yang disebabkan lambung yang meradang), istirahat tidur karena pada anak-anak dengan diare disertai demam, kebersihan (personal hygiene mengalami gangguan karena seringnya mencret dan kurangnya menjaga personal hygiene sehingga terjadi gangguan karena integritas kulit). Hal ini disebabkan karena feses yang mengandung alkali dan berisi enzim dimana memudahkan terjadi iritasi ketika dengan kulit berwarna kemerahan, lecet disekitar anus. Eliminasi; pada BAB juga mengalami gangguan karena terjadi peningkatan frekuensi, dimana konsistensi lunak sampai cair, volume tinja dapat sedikit atau banyak. Dan pada buang air mengalami penurunan frekuensi dari biasanya, pemeriksaan fisik menurut (Padila, 2013).

Pemeriksaan fisik mulai dari pengukuran tanda vital sebagai berikut; tanda-tanda vital terjadi peningkatan suhu tubuh, dan disertai ada atau tidak ada peningkatan nadi, pernapasan. Pada anak yang terjadi diare terus menerus akan terjadi kekurangan cairan didapatkan rasa haus, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun, dan suara serak. Saat anak mengalami diare yang berlanjut akan terjadi gangguan biokimia yang berupa asidosis metabolik, nafas cepat dan dalam banyak kekurangan kalium yang akan menyebabkan aritmia jantung. Apabila diare yang akan dialami anak termasuk dalam kualifikasi diare berat maka anak akan mengalami syok hipovolemik berat yang menyebabkan nadi cepat lebih dari 120x/menit, tekanan darah menjadi turun tidak teratur, gelisah, muka pucat, ujung ekstremitas dingin dan sianosis.

e. Masalah keperawatan yang muncul

Menurut (Nanda, 2015-2017)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	Kekurangan volume cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal. 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal. 3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.	1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 3. Monitor vital sign 4. Monitor status nutrisi
2.	Risiko ketidakseimbangan elektrolit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah Risiko ketidakseimbangan elektrolit dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Balance cairan 2. Hydration 3. Nutritional Status: Food and Fluid 4. Intake Kriteria hasil:	1. Monitor status hidrasi 2. Monitor vital sign 3. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian 4. Monitor status nutrisi 5. Dorong keluarga untuk membantu

- | | | | |
|----|--|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal. 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal. 3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi. | pasien makan |
| 3. | Risiko kekurangan volume cairan | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kretria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 3. Monitor vital sign 4. Monitor status nutrisi |
| 4 | Resiko ketidakseimbangan volume cairan | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah Risiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kretria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (kelembaban |

		dan BB, BJ urine normal, HT normal	membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik)
		2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal	
		3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi	3. Monitor vital sign 4. Monitor status nutrisi
		4. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan	5. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
5	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi dengan kretria hasil: 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	1. Nutrition managemen 2. Kaji adanya alergi makanan 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi

7. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
8. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
9. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

2.1.11 Intervensi Keperawatan

Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus

- a) Definisi : Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (lebih dari 3 kali per hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan atau tanpa darah dan lendir (Suraatmaja, 2007).
- b) Batasan karakteristik :
 1. Nyeri abdomen setidaknya tiga kali defekasi perhari
 2. Kram
 3. Bising usus hiper aktif
 4. Ada dorongan defekasi (NANDA, 2017)
- c) NOC:
 1. Bowel elimination
 2. Fluid balance
 3. Hydration
 4. Electrolyte and Acid base balance

Kriteria hasil:

1. Feses berbentuk, BAB sehari 1-3 kali
2. Mampu menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi
3. Tidak mengalami diare
4. Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan
5. Mampu mempertahankan turgor kulit
6. Bising usus normal (1-15 kali per menit)

(Johnson, 2016)

d) Intervensi yang akan dilakukan pada asuhan keperawatan anak adalah (Moorhead, 2016)

NO	INTERVENSI
1.	<p>Manajemen Diare (0460)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tentukan riwayat diare. 2) Ambil tinja untuk pemeriksaan kultur dan sensitifitas bila diare berlanjut. 3) Evaluasi profil pengobatan terhadap adanya efek samping pada gastrointestinal. 4) Ajari pasien cara penggunaan obat antidiare secara tepat. 5) Instruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. 6) Evaluasi kandungan nutrisi dari makanan yang sudah dikonsumsi sebelumnya. 7) Berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap. 8) Anjurkan pasien menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut. 9) Anjurkan pasien untuk mencoba menghindari makanan yang mengandung laktosa. 10) Identifikasi faktor yang bisa menyebabkan diare (misalnya, medikasi, bakteri, dan pemberian makanan lewat selang). 11) Monitor tanda dan gejala diare 12) Instruksikan pasien untuk memberitahu staf setiap kali

mengalami episode diare.

- 13) Amati turgor kulit secara berkala.
- 14) Monitor kulit perineum terhadap adanya iritasi dan ulserasi.
- 15) Ukur diare/output pencernaan.
- 16) Timbang pasien secara berkala.
- 17) Beritahu dokter jika terjadi peningkatan frekuensi atau suara perut.
- 18) Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala diare menetap.
- 19) Instruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori, sesuai kebutuhan.
- 20) Instruksikan untuk menghindari laksatif.
- 21) Ajari pasien cara menuliskan diari makanan.
- 22) Ajari pasien cara menurunkan stress, sesuai kebutuhan.
- 23) Bantu pasien untuk melakukan teknik penurunan stres.
- 24) Monitor persiapan makanan yang aman.
- 25) Lakukan tindakan untuk mengistirahatkan perut (misalnya, nutrisioral, diet cair).

2. Manajemen Cairan (4120)

- 1) Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien.
- 2) Hitung atau timbang popok dengan baik.
- 3) Jaga intake/asupan yang akurat dan catat output (pasien).
- 4) Masukkan kateter urin.
- 5) Monitor status hidrasi (misalnya; membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik).
- 6) Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan (misalnya; peningkatan berat jenis, peningkatan BUN, penurunan hematokrit, dan peningkatan kadar osmolalitas urin).
- 7) Monitor status hemodinamik, termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP, jika ada.
- 8) Monitor tanda-tanda vital pasien.

- 9) Monitor indikasi kelebihan cairan/retensi (misalnya; crackles, elevasi CVP, atau tekanan kapiler paru-paru yang terganjal, edema, distensi vena leher, dan asites).
- 10) Monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis.
- 11) Kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada.
- 12) Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian.
- 13) Berikan teerpai IV/ seperti yang ditentukan.
- 14) Monitor status gizi.
- 15) Berikan cairan dengan tepat.
- 16) Berikan diuretik yang diresepkan.
- 17) Berikan cairan IV sesuai suhu kamar.
- 18) Tingkatkan asupan oral (misalnya; memberikan sedotan, menawarkan cairan di antara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak, potongan gelatin kedalam kotak yang menyenangkan, menggunakan cangkir obat kecil), yang sesuai.
- 19) Arahkan pasien mengenai status NPO
- 20) Berikan penggantian nasogastrik yang diresepkan berdasarkan output (pasien).
- 21) Distribusikan asupan cairan selama 24 jam.
- 22) Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam memberikan makanan dengan baik.
- 23) Tawari makanan ringan (misalnya; makanan ringan dan buah-buahan segar/jus buah).
- 24) Batasi asupan air pada kondisi pengenceran *hiponatremia* dengan serum Na di bawah 130 mEq per liter.
- 25) Monitor reaksi pasie terhadap terapi elektrolit yang diresepkan.
- 26) Konsultasikan dengan dokter jika ada tanda dan gejala kelebihan volume cairan menetap atau memburuk.

- 27) Atur ketersediaan produk darah untuk transfusi, jika perlu.
 - 28) Persiapkan pemberian produk-produk darah (misalnya; cek darah dan mempersiapkan pemasangan infus).
 - 29) Berikan produk-produk darah (misalnya; trombosit dan plasma yang baru).
3. Manajemen Pengobatan (2380)
- 1) Tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/protokol.
 - 2) Diskusikan masalah keuangan yang berkaitan dengan regimen obat.
 - 3) Tentukan kemampuan pasien untuk mengobati diri sendiri dengan cara yang tepat.
 - 4) Monitor efektifitas cara pemberian obat yang sesuai.
 - 5) Monitor pasien mengenai efek teraupetik obat.
 - 6) Monitor tanda dan gejala toksisitas obat.
 - 7) Monitor efek samping obat.
 - 8) Monitor level serum darah (misalnya; elektrolit, prorombin, obat-obatan) yang sesuai.
 - 9) Monitor instruksi obat yang non teraupetik.
 - 10) Kaji ulang pasien dan/ keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang dikonsumsi.
 - 11) Buang obat yang sudah kadaluarsa, yang sudah diberhentikan atau yang mempunyai kontraindikasi obat.
 - 12) Fasilitasi perubahan pengobatan dengan cara yang tepat.
 - 13) Pertimbangkan pengetahuan pasien mengenai obat-obatan.
 - 14) Pantau kepatuhan mengenai regimen obat.
 - 15) Pertimbangkan faktor-faktor yang dapat menghalangi pasien untuk mengkonsumsi obat yang diresepkan.
 - 16) Kembangkan strategi bersama pasien untuk meningkatkan kepatuhan mengenai regimen obat yang diresepkan.
 - 17) Konsultasi dengan profesional perawatan kesehatan lainnya

yang meminimalkan jumlah dan frekuensi obat yang dibutuhkan agar didapatkan efek terapeutik.

- 18) Ajarkan pasien dan/ keluarga mengenai pemberian obat yang sesuai.
- 19) Ajarkan pasien dan/ keluarga mengenai tindakan dan efek samping dari obat yang diberikan
- 20) Berikan pasien dan /keluarga mengenai informasi tertulis dan visual untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang sesuai.
- 21) Buat protokol untuk penyimpanan, penyimpangan ulang, dan pemantauan obat yang tersisa untuk tujuan pengobatan sendiri.
- 22) Selidiki sumber-sumber keuangan yang memungkinkan untuk memperoleh obat yang diresepkan dengan cara yang tepat.
- 23) Tentukan dampak penggunaan obat pada gaya hidup pasien.
- 24) Berikan alternatif mengenai jangka waktu dan cara pengobatan mandiri untuk meminimalkan efek gaya hidup.
- 25) Bantu pasien dan keluarga dalam membuat penyesuaian gaya hidup yang diperlukan terkait dengan (pemakaian) obat-obat tertentu dengan cara yang tepat.
- 26) Anjurkan pasien mengenai kapan harus mencari bantuan medis.
- 27) Identifikasi jenis dan jumlah obat bebas yang digunakan.
- 28) Berikan informasi mengenai penggunaan obat bebas dan bagaimana obat-obatan tersebut dapat mempengaruhi kondisi saat ini.
- 29) Pertimbangkan apakah pasien menggunakan obat-obatan berbasis budaya dan kemungkinan adanya efek dari penggunaan obat bebas dan obat yang diresepkan.
- 30) Kaji ulang strategi bersama pasien dalam mengelola obat-obatan.
- 31) Sediakan pasien dengan daftar sumber-sumber untuk (bisa) dihubungi untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai

obat-obatan tersebut.

- 32) Hubungi pasien dan keluarga setelah pemulangan pasien untuk menjawab pertanyaan dan mendiskusikan kekhawatiran terkait dengan regimen obat.
- 33) Dorong pasien untuk (bersedia dilakukan) uji skrining dalam menentukan efek obat.

2.2. Inovasi Madu

2.2.1 Pengertian madu

Madu adalah produk alami yang sudah terbukti banyak digunakan sebagai obat terapeutik. Madu mengandung 200 zat yang terdiri dari fruktosa dan glukosa tapi juga mengandung frukto-oligosakarida dan banyak asam amino, vitamin, mineral dan enzim. Komposisi madu tergantung pada tanaman yang diberi makan lebah (Najafi, 2013).

2.2.2 Kandungan madu

Salah satu metode yang telah ditekankan dalam pengobatan tradisional untuk pengobatan diare adalah dengan mengkonsumsi madu. Madu adalah salah satu nutrisi kaya yang mengandung karbohidrat, enzim, asam amino, asam organik, mineral, senyawa aromatik, pigmen, dan serbuk sari. Madu memiliki efek anti bakteri pada bakteri usus yang menyebabkan diare seperti *Shigella*, *Salmonella*, *E.colli*, dan *Vibrio Cholera*. Penelitian ini telah menunjukkan hasil bahwa madu dapat memperpendek periode akut pada anak-anak, jumlah optimal konsumsi madu untuk anak-anak adalah 20 g perhari terbagi rata dalam 3 kali pemberian (pada jam 07.00, 15.00, 21.00) dengan pengenceran menggunakan air menjadi 10 cc pada masing-masing pemberian. Sebaiknya 2 jam sebelum makan atau 3 jam sesudah makan (Sharif, 2017).

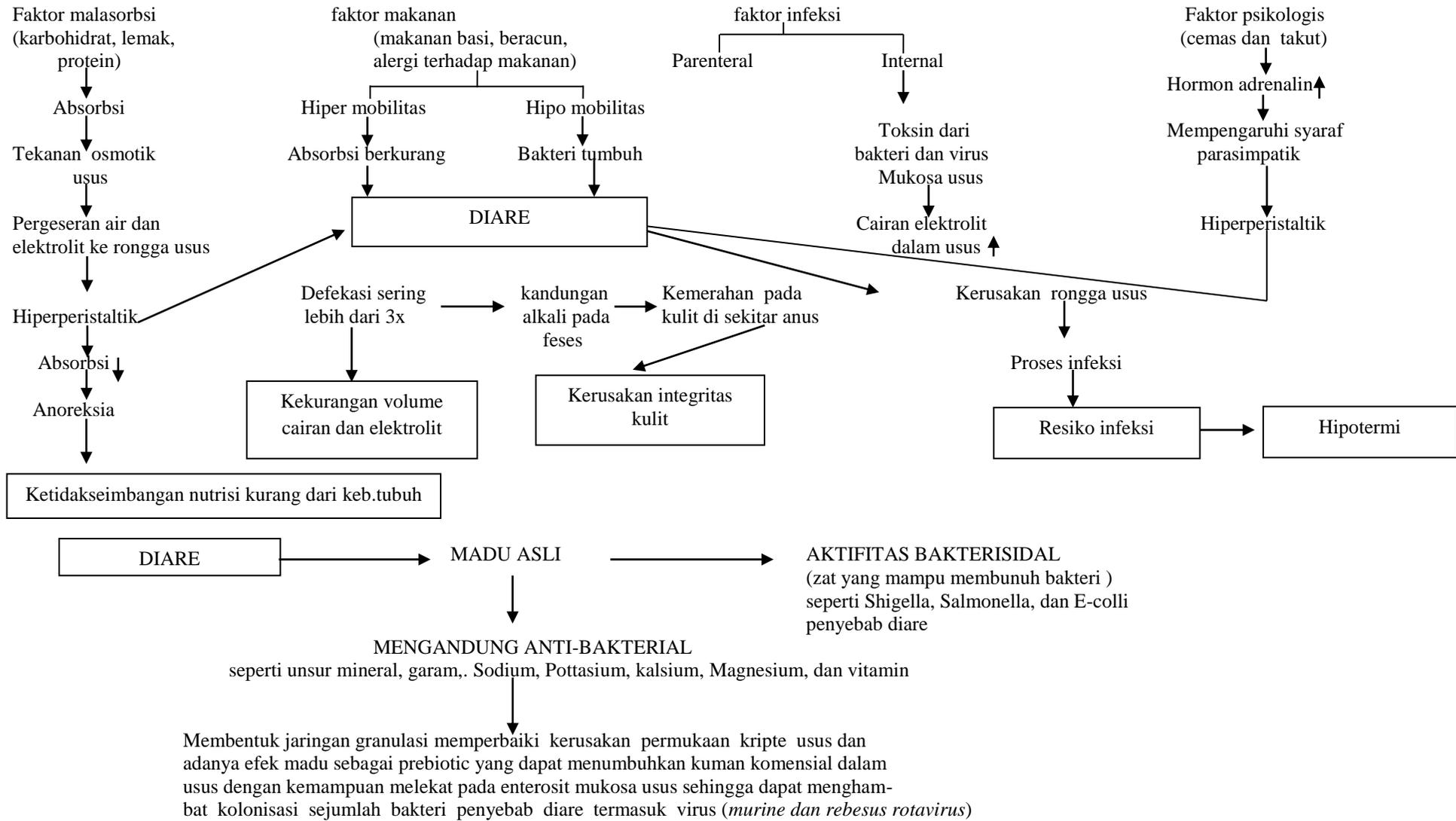
Madu mengandung unsur-unsur mineral, garam, sodium, potassium, kalsium dan magnesium serta berbagai macam vitamin. Semua unsur ini menormalkan kerja saluran pencernaan. Sebagian besar dari senyawa tersebut bekerja sama untuk menciptakan keseimbangan dalam gerakan dorong menuju usus (Najafi, 2013).

Kaitan antara terapi madu dan diare dilakukan oleh Kajiwaru, (2012), menemukan bahwa madu memiliki aktivitas bakterisidal yang dapat melawan beberapa organisme enteropathogenic, termasuk diantaranya spesies dari *Salmonella*, *Shigella*, dan *E.colli*. uji klinis dari pengobatan madu pada anak-anak yang telah diteliti Adebolu, (2015), dan menemukan bahwa madu alami dapat menurunkan bakteri pada penyakit diare. Hal tersebut diperkuat oleh penelitian Abdulrahman, (2010) yang menemukan bahwa madu murni dapat membantu terbentuknya jaringan granulasi memperbaiki kerusakan permukaan kripte usus dan adanya efek madu sebagai prebiotik yang dapat menumbuhkan kuman komensial dalam usus dengan kemampuan melekat pada enterosit mukosa usus sehingga dapat menghambat kolonisasi sejumlah bakteri penyebab diare termasuk virus (*murine dan rebesus rotavirus*) (Pujiarto, 2014).

2.3 Standar Oprational Procedure

1. Cara pembuatan larutan madu adalah dengan mencampurkan 20 g madu menggunakan air menjadi 10 cc
2. Cara pemberian madu pada anak adalah jumlah optimal konsumsi madu untuk anak-anak yaitu 20 g perhari terbagi rata dalam 3 kali pemberian (pada jam 07.00, 15.00, 21.00) dengan pengenceran menggunakan air menjadi 10 cc pada masing-masing pemberian. Sebaiknya 2 jam sebelum makan atau 3 jam sesudah makan

2.3. Pathway



(Pujiarto, 2014)

BAB 3

LAPORAN KASUS

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada An. R dengan diare akut, dilakukan tahap proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian keperawatan dan pengumpulan data, membuat diagnosa keperawatan, menyusun rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan, hingga evaluasi. Proses keperawatan tersebut dilakukan pada tanggal 14 Juli 2018 sampai dengan 16 Juli 2018.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan tanggal 14 Juli 2018, pukul 15.00 WIB, di Soroyudan Kaligoro, Kabupaten Magelang, dengan data yang diperoleh yaitu bernama An. R berumur 2 tahun 3 bulan, belum bersekolah, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pada tanggal 13 Juli 2018 berobat ke Puskesmas Mertoyudan 2 dengan diagnosa medis diare akut. Untuk penanggung jawab yaitu ibu kandung An. R yang bernama Ny. E yang berusia 35 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga dan suaminya Tn. B berusia 39 tahun sebagai wiraswasta, alamat klien Soroyudan Kabupaten Magelang.

Alasan berobat ke Puskesmas Mertoyudan 2 yaitu pada tanggal 13 Juli 2018 pukul 08.30 WIB dengan keluhan utama diare 5 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair ada sedikit ampas disertai sedikit lendir pada buang air besar yang ke 5 kali, tidak terdapat darah, mual, tidak muntah, tidak disertai demam, nafsu makan sedikit berkurang, dan nafsu minum tidak berkurang.

Riwayat kesehatan yang lalu, orang tua klien mengatakan klien pernah mengalami demam pada usia 9 bulan dan hanya dirawat di rumah. Riwayat penyakit keluarga klien adalah hipotensi dari pihak keluarga ibu. Ibu klien mengatakan klien tidak memiliki alergi terhadap obat. Imunisasi pada An. R juga sudah lengkap.

Data yang diperoleh pada saat melakukan pengkajian menggunakan 13 domain NANDA, yaitu *health promotion*, kebiasaan hidup bersih pada keluarga klien kurang diterapkan, karena pada saat pengkajian penulis melakukan analisa data meliputi beberapa aspek yaitu wawancara tentang kebersihan lingkungan, kebiasaan hidup sehari-hari, dan perilaku hidup sehat yang dijalankan setiap harinya. Dari hasil analisa tentang health promotion didapatkan hasil yaitu orangtua kurang menjaga kebersihan lingkungan rumahnya, rumah klien tampak berantakan dan kurang bersih, orangtua klien mengatakan tidak melakukan cuci tangan saat sebelum dan sesudah melakukan aktivitas, saat setelah buang air besar cuci tangan menggunakan sabun, saat sebelum makan kadang tidak cuci tangan. Orangtua klien sangat memperhatikan kesehatan anaknya dan berharap anaknya lekas sembuh. Orangtua klien mengatakan kesehatan anaknya itu penting baginya, apabila anak sakit selagi sakitnya ringan hanya diberikan obat penurun panas yang dibeli di apotik saat anaknya demam, dan apabila sakit anaknya berat seperti diare yang saat ini dialami akan langsung dibawa ke puskesmas.

Nutrition, Orangtua klien mengatakan sebelum sakit klien mau makan, setelah sakit nafsu makan klien sedikit berkurang, biasanya 1 porsi makanan habis saat kondisi klien sehat namun saat sakit makanan dalam 1 porsi tidak habis dan sisa seperempat porsi, minum tetap dan tidak berkurang, klien tidak muntah hanya mual.

Untuk pengkajian nutrisi pada klien ditemukan data yaitu *antropometri meansurment*, berat badan 9,7 kg setelah sakit tetap 9,7 kg. Tinggi badan klien 77cm, dan untuk indeks masa tubuh klien (IMT) adalah 20, angka 20 dalam IMT masih dikategorikan sebagai normal.

Untuk tanda-tanda klinis yang ditemukan pada klien yaitu rambut kering, tidak rontok, distribusi rambut merata, warna rambut hitam, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, dan conjungtiva tidak anemis. Untuk *dietary history* ditemukan pada pengkajian klien yaitu dalam 1 porsi makanan sisa ¼ porsi, yang diberikan oleh

ibu klien. Klien mendapatkan makan sehari tiga kali dengan nasi, sayur sup, dan lauk tempe. Untuk *energy level*, pengkajian yang didapatkan yaitu selama sakit kebutuhan adl klien yang meliputi toileting, makan, minum, berpakaian dan mandi semua dibantu oleh keluarganya.

Elimination, orangtua klien mengatakan sebelum sakit dan diberobatkan ke puskesmas bak lancar, dalam sehari bak kurang lebih 3 – 5 kali dan bab maksimal sehari 1 kali. Setelah klien sakit frekuensi bak klien kurang lebih 3 – 5 kali dan bab hari ini 4 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair, ada sedikit ampas, sedikit lendir, warna kuning dan tidak ada darah.

Activity atau *rest*, orangtua klien mengatakan jam tidur anak sebelum sakit yaitu bisa tidur 8 – 10 jam pada malam hari, pada siang hari tidur kurang lebih 1 jam. Setelah sakit kualitas tidur klien sedikit terganggu karena harus terbangun untuk bab.

Perception atau *cognition*, orang tua klien mengatakan penyebab sakit yang diderita oleh klien yaitu minum minuman kemasan dalam botol. *Self perception*, orangtua klien mengatakan merasa cemas dengan kondisi An. R saat ini dan berharap klien bisa lekas sembuh dan sehat kembali. *Role Relationship*, hubungan klien dengan orangtua, perawat, dokter dan petugas kesehatan lainnya cukup baik. Sedangkan hubungan orangtua klien dengan perawat, dokter dan petugas kesehatan lainnya juga baik.

Sexuality, klien berjenis kelamin perempuan. Orangtua klien mengatakan klien tidak pernah mengalami masalah seksual sebelumnya. *Coping* atau *strees tolerance*, orangtua klien mengatakan sudah berusaha membawa anaknya untuk berobat ke puskesmas dan berdoa untuk kesembuhan klien. Untuk mengobati rasa cemas dan khawatir orangtua klien selalu berdoa dan bertanya kepada perawat yang mengunjungi serta memberi asuhan keperawatan pada klien tentang perkembangan penyakit pada anaknya.

Life principles, orangtua klien mengatakan sebelum dan setelah klien sakit orangtua klien selalu menjalankan sholat lima waktu serta mendoakan agar klien cepat sembuh dan selalu sehat. Orangtua klien selalu mengajarkan anak-anaknya untuk beribadah. *Safety* atau *protection*, orangtua klien mengatakan selama klien dirawat selalu menemani dan selalu disamping klien. Orangtua klien tidak pernah meninggalkan klien sendirian, apabila ibu klien sedang berjualan klien ditinggalkan pada adik dari ibu klien.

Comfort, orangtua klien mengatakan klien anak yang tidak rewel, sehingga saat klien sakit klien juga tidak rewel akan tetapi saat merasa mulas klien berkeringat dan seperti ingin menangis. Penampilan psikologis orangtua klien tenang akan tetapi raut wajah tampak sedikit cemas. *Growth and Development*, orangtua klien mengatakan berat badan klien sebelum sakit yaitu 9,7 kg dan setelah sakit tetap 9,7 kg, klien tidak mengalami penurunan berat badan.

Pemeriksaan fisik pada tanggal 13 Juli 2018 didapatkan data antara lain, keadaan umum klien sedang, kesadaran klien composmentis, klien tampak lemas. Tanda-tanda vital klien meliputi pernafasan 26 kali per menit, nadi 94 kali per menit, suhu 36,0°C. Untuk pemeriksaan kepala didapatkan data yaitu tidak ada hematom atau post trauma kranial, tipe rambut kering, tidak rontok, distribusi rambut merata, warna rambut hitam. Mata, pupil isokor, reflek cahaya (+/+), sklera tidak ikterik, conjungtiva tidak anemis. Telinga, tampak terdapat sedikit serumen, telinga kanan dan kiri simetris. Hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu nafas. Bibir tidak sianosis, tidak ada sariawan, mukosa bibir kering. Leher, tidak ada pembesaran kelenjar teroit.

Pemeriksaan dada (thorak), yang pertama pemeriksaan jantung, inpeksi tampak ictus cordis di intercosta 4 – 5, palpasi ictus cordis teraba di intercosta 4-5, perkusi redup, auskultasi terdengar bunyi S1 lup S2 dup yaitu reguler. Pemeriksaan paru-paru (pulmonal), inpeksi tidak ada retraksi, ekspansi dada kanan dan kiri sama

atau sejajar, palpasi vokal fremitus kanan dan kiri sama, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

Pemeriksaan abdomen, inpeksi perut datar, auskultasi terdengar peristaltik usus 18 kali per menit, palpasi tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan di lapang abdomen, perkusi hypertimpani. Pemeriksaan pada ekstremitas, yang pertama nadi radialis atau pergelangan tangan 94 kali per menit, tidak ada edema pada ekstremitas atas dan bawah, kekuatan otot kuat, *capillary refill time* (CRT) kurang dari 3 detik, tidak ada kelainan bentuk tangan. Yang kedua inferior atau bagian ekstremitas bawah, tidak ada edema, akral hangat, kekuatan otot kuat, tidak ada kelainan bentuk pada kaki. Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium pada saat berobat ke puskesmas. Terapi yang diberikan pada tanggal 13 Juli 2018 yaitu pemberian zink 1 kali perhari dilarutkan kedalam air putih sebanyak 100 cc, oralit setengah diberikan setiap setelah buang air besar, dilarutkan kedalam air setengah gelas atau sekitar 100 cc.

Analisa data yang didapatkan pada tanggal 13 Juli 2018 adalah dari data subyektif didapatkan orangtua An. R mengatakan klien bab sudah 4 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair, sedikit ampas, sedikit lendir, warna kuning dan tidak ada darah. Orangtua klien mengatakan semalam An. R tanpa sepengetahuan orang tua diberikan minuman youghurt oleh kakaknya kemudian perutnya menjadi sakit dan setiap perutnya sakit saat ingin buang air besar An. R seperti ingin menangis dan berkeringat. Orangtua klien mengatakan An. R minumannya cukup banyak akan tetapi untuk makan dalam 1 porsi masih sisa $\frac{1}{4}$ porsi. Sedangkan untuk data obyektif didapatkan data keadaan umum klien sedang tanda-tanda vital klien meliputi pernafasan 26 kali per menit, nadi 94 kali per menit, suhu $36,0^{\circ}\text{C}$ turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, conjungtiva tidak anemis, bising usus 18 kali permenit, dan tidak mengalami penurunan berat badan.

Berdasarkan analisa data yang telah dilakukan indentifikasi diagnosa keperawatan yaitu diare berhubungan dengan malabsorpsi usus ditandai dengan data subyektif

orangtua An. R mengatakan klien bab sudah 4 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair, sedikit ampas, sedikit lendir, warna kuning, tidak ada darah dan setiap perutnya sakit saat ingin buang air besar An. R seperti ingin menangis dan berkeringat. Sedangkan data obyektifnya yaitu keadaan umum klien sedang tanda-tanda vital klien meliputi pernafasan 26 kali per menit, nadi 94 kali per menit, suhu 36,0°C turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, conjungtiva tidak anemis, bising usus 18 kali permenit. Diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan malabsorpsi usus akan dijadikan penulisan sebagai diagnosa prioritas 1 dan diagnosa tunggal dalam melakukan asuhan keperawatan yang akan dilakukan.

3.2 Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

Untuk mengatasi masalah yang muncul pada klien, maka penulis telah menyusun diagnosa keperawatan, rencana tindakan yang akan dilakukan, tindakan keperawatan atau implementasi yang akan dilakukan pada klien disertai menggunakan inovasi yang telah disusun dengan menyertakan jurnal-jurnal penelitian ilmiah, dan melakukan evaluasi keperawatan dengan mengamati perkembangan klien setelah dilakukan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien.

3.2.1 Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus

Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus yang ditandai dengan data subyektif orang tua An. R mengatakan klien bab sudah 4 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair, sedikit ampas, sedikit lendir, warna kuning, tidak ada darah dan setiap perutnya sakit saat ingin buang air besar An. R seperti ingin menangis dan berkeringat. Sedangkan data obyektifnya yaitu keadaan umum klien sedang tanda-tanda vital klien meliputi pernafasan 26 kali per menit, nadi 94 kali per menit, suhu 36,0°C turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, conjungtiva tidak anemis, bising usus 18 kali per menit.

Tujuan keperawatan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali pertemuan dengan waktu 1 jam per 1 kali pertemuan, diharapkan masalah diare pada klien dapat teratasi dengan kriteria hasil adalah feses berbentuk, bab sehari

1-3 kali, mampu menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi, tidak mengalami diare, menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan, mampu mempertahankan turgor kulit, bising usus normal (1-15 kali per menit).

Intervensi yang akan dilakukan pada asuhan keperawatan pada An. R adalah: memonitor tanda dan gejala diare, monitor tanda-tanda vital, observasi turgor kulit secara rutin, identifikasi faktor penyebab diare, evaluasi profil pengobatan terhadap adanya efek samping pada gastrointestinal, berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap, monitor persiapan makanan yang aman, konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala diare menetap, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi yaitu dengan pemberian zink 1 kali perhari dilarutkan kedalam air putih sebanyak 100 cc, oralit setengah diberikan setiap setelah buang air besar, dilarutkan kedalam air setengah gelas atau sekitar 100 cc, memberikan madu 20 g perhari terbagi rata dalam 3 kali pemberian (pada jam 07.00, 15.00, 21.00) dengan pengenceran menggunakan air menjadi 10 cc pada masing-masing pemberian. Sebaiknya 2 jam sebelum makan atau 3 jam sesudah makan

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan pada tanggal 13 Juli 2018 mulai pukul 15.00 WIB, di Soroyudan Kaligoro, Kabupaten Magelang adalah memonitor tanda dan gejala diare, monitor tanda-tanda vital, observasi turgor kulit secara rutin, identifikasi faktor penyebab diare, mengintruksi kepada orangtua anak untuk mencatat karakteristik diare, mengintruksikan orang tua anak untuk memberikan makanan yang tinggi protein, tinggi kalori, memotivasi orangtua untuk memberikan anak minum yang cukup, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi yaitu dengan pemberian zink 1 kali perhari dilarutkan kedalam air putih sebanyak 100 cc, oralit setengah diberikan setiap setelah buang air besar, dilarutkan kedalam air setengah gelas atau sekitar 100 cc dan memberikan madu 20 g perhari yang dilarutkan kedalam air 10 cc dengan frekuensi pemberian sebanyak 3 kali yaitu (pada jam 07.00, 15.00, 21.00).

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan pada tanggal 14 Juli 2018 mulai pukul 16.00 WIB, di Soroyudan Kaligoro, Kabupaten Magelang adalah monitor tanda-tanda vital, mengkaji bising usus pada klien, observasi turgor kulit secara rutin, mengintruksi kepada orangtua anak untuk melaporkan hasil pengamatan dan pencatatan mengenai karakteristik diare, mengintruksikan orang tua anak untuk memberikan makanan yang tinggi protein, tinggi kalori, memotivasi orangtua untuk memberikan anak minum yang cukup, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi yaitu dengan pemberian zink 1 kali perhari dilarutkan kedalam air putih sebanyak 100 cc, Oralit setengah diberikan setiap setelah buang air besar, dilarutkan kedalam air setengah gelas atau sekitar 100 cc, dan memberikan madu 20 g perhari yang dilarutkan kedalam air 10 cc dengan frekuensi pemberian sebanyak 3 kali yaitu (pada jam 07.00, 15.00, 21.00).

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan pada tanggal 15 Juli 2018 mulai pukul 16.00 WIB, di Soroyudan Kaligoro, Kabupaten Magelang adalah monitor tanda-tanda vital, mengkaji bising usus pada klien, observasi turgor kulit secara rutin, mengintruksi kepada orangtua anak untuk melaporkan hasil pengamatan dan pencatatan mengenai karakteristik diare, memotivasi orangtua untuk memberikan anak minum yang cukup, motivasi orangtua klien dalam pemberian terapi farmakologi sampai dengan 10 hari hingga zink benar-benar habis, yaitu dengan pemberian zink 1 kali perhari dilarutkan kedalam air putih sebanyak 100 cc, oralit setengah diberikan setiap setelah buang air besar, dilarutkan kedalam air setengah gelas atau sekitar 100 cc, dan memberikan madu 20 g perhari terbagi rata dalam 3 kali pemberian (pada jam 07.00, 15.00, 21.00) dengan pengenceran menggunakan air menjadi 10 cc pada masing-masing pemberian. Sebaiknya 2 jam sebelum makan atau 3 jam sesudah makan.

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan pada tanggal 16 Juli 2018 mulai pukul 16.00 WIB, di Soroyudan Kaligoro, Kabupaten Magelang adalah monitor tanda-tanda vital, mengkaji bising usus pada klien, observasi turgor kulit secara

rutin, mengintruksi kepada orangtua anak untuk melaporkan hasil pengamatan dan pencatatan mengenai karakteristik diare, dan melakukan evaluasi pada klien.

Evaluasi pada tanggal 16 Juli 2018 mulai pukul 16.00 WIB diperoleh data yaitu orangtua klien mengatakan klien BAB 1 kali sudah mulai berbentuk, tidak terlalu lembek tanpa disertai lendir dan darah, warna kuning kecoklatan dan berbau khas. Penulis menyimpulkan masalah gangguan pola eliminasi diare teratasi, karena hasil yang dicapai sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu feses berbentuk, bab sehari 1-3 kali, mampu menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi, tidak mengalami diare, menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan, mampu mempertahankan turgor kulit, bising usus normal (1-15 kali per menit) dan pertahankan intervensi dengan tetap memberikan terapi sesuai program yang diberikan oleh dokter Puskesmas Mertoyudan 2 Kabupaten Magelang yaitu berupa terapi pemberian zink dan oralit.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Evaluasi yang telah dilakukan selama 3 kali pertemuan didapatkan satu diagnose yang berhasil teratasi, yaitu diare berhubungan dengan malabsorpsi usus. Hal ini dibuktikan dengan An. R kooperatif dan ibu klien mau bekerjasama proses keperawatan. Ibu klien selalu memberikan obat dari dokter yaitu anti diare, anti biotik dan terapi non farmakologi yaitu dengan madu. Dari proses keperawatan selama 3 hari madu sangat efektif untuk mengatasi diare, karena madu memiliki efek anti bakteri pada bakteri usus yang menyebabkan diare seperti *Shigella*, *Salmonella*, *E.colli*, dan *Vibrio Cholera*. Madu juga memiliki rasa yang main sehingga anak lebih suka, jadi madu sangat cocok sebagai pendamping obat. Dengan demikian penulis dapat memberikan pengetahuan yang terdapat dalam kasus inovasi pemberian madu terhadap An. R.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil karya tulis ilmiah ini, maka saran yang dapat diberikan penulis adalah sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Puskesmas

Pihak puskesmas dan seluruh anggota tim kesehatan (karyawan) diharapkan dapat memberikan pelayanan yang maksimal dan sesuai dengan standar SOP, terutama dalam penanganan anak dengan diare perlu dilakukan pemeriksaan specimen feses untuk mengetahui penyebab utama dari diare, dengan dilakukannya pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan feses maka akan lebih jelas termasuk dalam kategori manakah diare yang dialami klien dan akan lebih tepat dalam pemberian penanganan bagi anak dengan diare.

5.2.2 Bagi institusi pendidikan

Harapan penulis bagi institusi pendidikan dapat memberikan informasi yang tepat, akurat, mudah dipahami, dan ada baiknya apabila institusi menyediakan layanan kusus untuk menampung jurnal penelitian ilmiah kusus kesehatan yang bisa

dijadikan mahasiswa sebagai bahan untuk menambah referensi, sebagai sarana dalam peningkatan pembelajaran mengenai masalah asuhan keperawatan pada anak dengan diare akut dan berbagai jurnal ilmiah tentang beragam inovasi terutama inovasi madu sebagai penanganan diare bagi anak.

5.2.3 Bagi mahasiswa keperawatan

Bagi mahasiswa diharapkan dapat mempelajari asuhan keperawatan diare akut pada anak guna meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan diare akut pada anak, sehingga mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik dan tepat bagi klien anak dengan masalah diare akut yang dialami.

5. 2.4 Bagi masyarakat atau keluarga

Bagi masyarakat atau keluarga diharapkan agar lebih menjaga kebersihan lingkungan maupun kebersihan individu agar terhindar dari diare maupun penyakit lainya yang timbul akibat kurang menjaga kebersihan lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulrahman, M.A., Mekaway, M.A, Awadala, M.M., & Mohamed, A.H. (2010) Bee honey added to the oral rehydration solution in treatment of gastroenteritis in infants and children. *Medicinal Food of Journal*, 13 (3), 605-609
- Adebolu, T. (2005). Effect of natural honey on local isolates of diarrhea causing bacteria in southwestern Nigeria T.T. *African Journal Of Biotechnology*, 4(10), 1172-1174
- Ariani Ayu. (2016). *Diare Pencegahan dan Pengobanya*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Cholid, S dan Santosa,B. (2011). Pengaruh Pemberian Madu pada Diare Akut, 12(5), 289–295. Retrieved from <http://saripediatri.idai.or.id/pdf/12-5-1.pdf> (diakses 13 September 2017)
- Departemen Kesehatan RI. (2011). Buku Saku Petugas Kesehatan Lintas Diare. In *Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan* (pp. 1–40).
- Dewi, Vivian Nanny Lia. (2010). *Asuhan Neonatus bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Johnson HL, Lawn JE and Bassani DG, et al. (2010). *Global, regional and national causes of child mortality a systemic analystis*. *Lancet*, 375 (9730): 1969-1987.
- Juffrie. (2010). *Gastroenterologi-hepatologi, jilid 1*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI
- Kajiwaru, S., Gandhi, H. & Ustunol, Z. (2012). Effect of honey on the growth of and acid production by human intestinal Bifidobacterium spp.An in vitro comparison with commercial oligosaccharides and inulin. *JFood Prot* , 65, 214-216.
- Moorhead, S., Maas, M. L., dan Swanson, E. (2016). *NIC NOC Edisi Bahasa Indonesia*. Elsevier.
- Najafi, M. & Eteraf-Oskouei, T. (2013). Traditional and modern uses of natural honey in human diseases: A review. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 16(6), 731–742. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004> (diakses 11 Maret 2018)
- Nining, Yulastati. (2010). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Keperawatan Anak*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://doi.org/sdf>

(diakses 12 Maret 2018)

- Purnamawati, S dan Pujiarto, S. A., Divisi, M., Obat, P., & Id, O. C. (2014). Gastroenteritis Akut (Gea) Pada Anak, 1–8.
- Purnamawati, S.dan Nurhaeni, N dan Agustini, N. (2016). Terapi Madu Efektif Untuk Menurunkan Frekuensi Diare dan Bising Usus Pada Anak Usia Balita. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 11(1), 1004–1010.
- Ridha N. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pada Anak*. Jakarta: Pustaka Pelajar
- Sharif, A dan Noorian, A dan Sharif, M. R., & Taghavi, A. (2017). A randomized clinical trial on the effect of honey in the acute gastroenteritis, 5(6), 144–148. <https://doi.org/10.24896/jrmds.20175625> (diakses 12 Maret 2018)
- Simadibrata MK. (2008) *Pendekatan Diagnostik Diare Akut. Di dalam: Sudoyo Aru w et al, editor. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid I Edisi IV*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI
- Sodikin. 2011. *Asuhan Keperawatan Anak: Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*. Jakarta: Salemba Medika
- Suharyono. (2008). *Diare Akut*. Jakarta: Gramedia
- Suraatmaja. (2007). *Kapita Selekta Gastroenterologi Anak*. Jakarta: CV Sagung Seto, hal 2-14.
- Suriadi, Yuliani dan Rita. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Anak Edisi 2*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Utami, N., & Luthfiana, N. (2016). *Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian Diare pada Anak Factors that InfluenceThe Incidence of Diarrhea in Children. Majority*, 5(4), 101–106.
- Yuliana E. (2011). *ISO farmakoterapi*. Jakarta: ISFI

