

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

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah

Program Studi D3 keperawatan



Disusun Oleh :

Ista Putriani

15.0601.0106

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2018

**HALAMAN PERSETUJUAN**

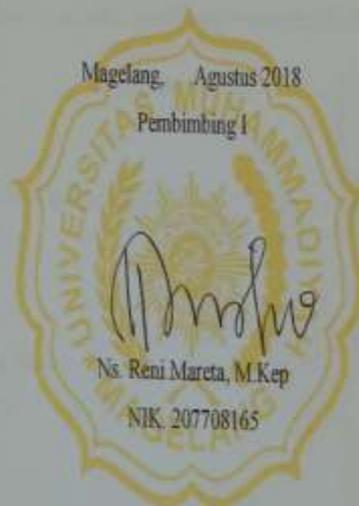
Karya Tulis Ilmiah

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

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

Magelang, Agustus 2018

Pembimbing I



Ns. Reni Mareta, M.Kep

NIK. 207708165

Pembimbing II

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'D' followed by a horizontal line and a small dash.

Dwi Sulistyono, BN., M.Kep

NIK. 937108060

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

INOVASI PEMBERIAN MADU TERHADAP PENURUNAN FREKUENSI  
DIARE ANAK DI WILAYAH KABUPATEN MAGELANG

Ditusun Oleh

Ista Patriani

NPM : 15.0601.0106

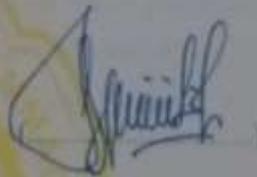
Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal Agustus 2018

Susunan Penguji

Penguji I :

Ns. Sambodo Sriadi Pmilih, M.Kep

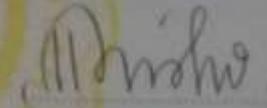
NIK. 047606006



Penguji II :

Ns. Reni Mareta, M.Kep

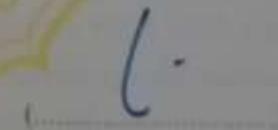
NIK. 207708165



Penguji III :

Dwi Sulistyono, BN., M.Kep

NIK. 937108060



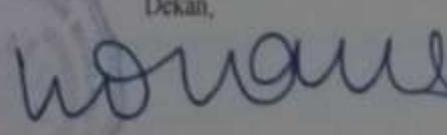
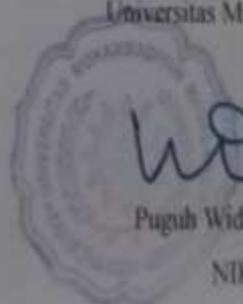
Magelang Agustus 2018

Program Studi D3 Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan,

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

NIK. 947308063

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadiran 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 Kepala Studi Program 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 hentinya memberikan doa dan restunya tanpa mengenal lelah selalu

memberikan semangat untuk penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moral, material, dan spiritual. Sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan tepat waktu.

6. 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, Agustus 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
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.....	8
2.1. Konsep Diare.....	8
2.1.1 Definisi Diare.....	8
2.1.2 Klasifikasi Diare.....	8
2.1.3 Anatomi Fisiologi.....	9
2.1.4 Etiologi.....	12
2.1.5 Patofisiologi.....	12
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.8 Penanganan Umum Diare.....	16
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan.....	18
2.1.10 Konsep Asuhan keperawatan.....	19
2.1.11 Intervensi Keperawatan.....	20
2.2. Inovasi Madu.....	26
2.2.1 Pengertian madu.....	26
2.2.2 Kandungan madu.....	26
2.3. Pathway.....	28
BAB 3 LAPORAN KASUS.....	29
3.1 Pengkajian.....	29

3.2	Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.....	34
BAB 4 PEMBAHASAN .....		<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1	Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
BAB 5 PENUTUP .....		37
5.1	Kesimpulan.....	37
5.2	Saran .....	37
DAFTAR PUSTAKA .....		39

# **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* (Purnamawati, 2014).

Menurut Usfar, Iswarawanti, Davelyna, & Dillon (2010), 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 (Yuliastati Nining, 2010).

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 zinc selama 10 hari berturut-turut, pemberian zinc 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, zinc, 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 *et al.*, 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 (mengkal/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 (T. Purnamawati, Nurhaeni, & Agustini, 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 & Luthfiana, 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 & Santosa, 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, Noorian, Sharif, & Taghavi, 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 berhenti (Sharif et al., 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 teknik pengobatan secara alami dengan menggunakan media utama madu sebagai pengurang frekuensi pada diare anak.

### 1.4.2. Bagi Puskesmas

Diharapkan 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).

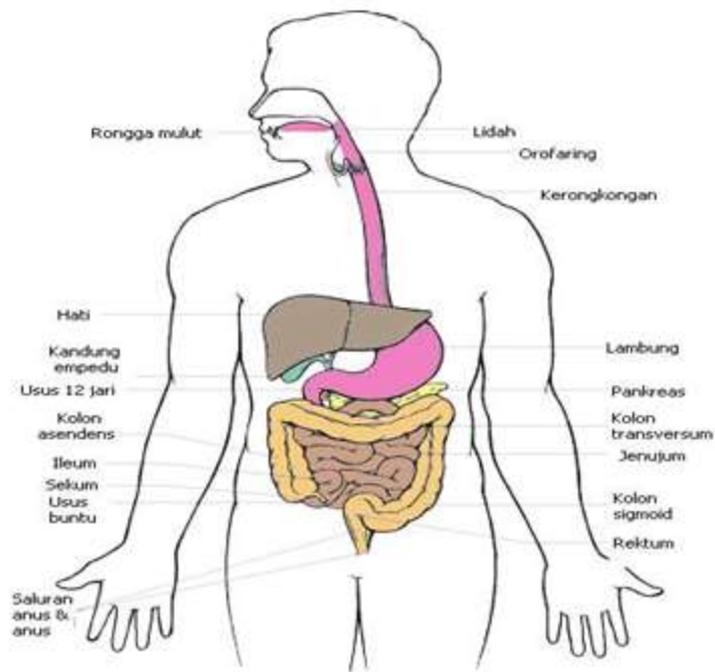
Diare merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang dari biasa, yaitu 3 kali atau lebih dalam sehari yang mungkin dapat disertai dengan muntah dan tinja berdarah. Penyakit ini paling sering 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 hystolotica*), bakteri; yang memproduksi enterotoksin (*S aureus*, *C perfringens*, *Ecolli*, *V choleraa*, *C difficile*) dan yang menimbulkan inflamasi mukosa usus (*Shingella*, *Salmonella sp*, *Yersenia*), *iskemia interstinal*, *inflammatory bowel disease*

(*acute or chronic*), *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  
(Ghozali, A J, 2013)

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

#### a. Anatomi

##### 1) Mulut

Mulut merupakan bagian pertama dari saluran pencernaan. Mulut dibatasi oleh dua sisi pipi yang dibentuk oleh muskulus businatorus, bagian atasnya terdapat palatum yang memisahkannya dari hidung dan bagian atas faring.

## 2) Lidah

Lidah tersusun atas otot yang pada bagian atas dan sampingnya dilapisi dengan membrane mukosa, lidah pada neonates relative pendek dan lebar. Lidah menempati kavum oris dan melekat secara langsung pada epiglotis dalam faring.

## 3) Gigi

Manusia dilengkapi dengan dua set gigi yang tampak pada masa kehidupan yang berbeda-beda. Selpertama adalah gigi primer ( gigi susu atau desidua), yang bersifat sementara dan tumbuh melalui gusi selama tahun pertama dan tahun kedua kehidupan; selanjutnya set kedua atau set permanen , menggantikan gigi primer dan mulai tumbuh pada sekitar umur 6 tahun.

## 4) 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.

## 5) 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.

## 6) 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.

#### 7) Usus besar

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

#### 8) Hepar

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

#### 9) Pankreas

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

#### 10) 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 apat 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 dibag 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 dikelompokan 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  $MgSO_4$ ,  $Mg(OH)$ ), malabsorpsi umum dan defek dalam absorpsi mukosa usus missal 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 hidrostatik 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 (Elin, 2010).

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 (Elin, 2010).

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 (Elin, 2010).

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Notoatmodjo (2010), 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 mukosausus 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(Yuliastati, 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(Yuliastati, 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 tenunan-tenunan 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(Sharif et al., 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 diadapatkan 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)

- a) Diare b.d malabsorpsi usus
- b) Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan aktif
- c) Kerusakan integritas kulit b.d faktor mekanik (mis; daya gesek, tekanan, imobilitas fisik)
- d) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan intake makanan
- e) Resiko syok (hipovolemi)

#### **2.1.11 Intervensi Keperawatan**

f. Diare b.d malabsorpsi usus

- a) Definisi : Pesese feses lunak dan tidak berbentuk
- b) Batasan karakteristik : Ada dorongan untuk defekasi, bising usus hiperaktif, defekasi feses cair >3 dalam 24 jam, kram, nyeri abdomen (NANDA, 2017)

- c) Kriteria hasil dari diagnosa keperawatan diare b.d malabsorpsi usus : Keseimbangan cairan ; Tekanan darah, denyut nadi radial, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, berat badan stabil, turgor kulit, kelembaban membran mukosa (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016)
- d) Intervensi yang akan dilakukan pada asuhan keperawatan anak adalah(Moorhead et al., 2016)

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

---

mengalami episode diare.

- 13) Amati turgoor 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 katater 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 terpai 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 pasien 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 tranfusi, 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 terapeutik 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 terapeutik.
- 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 (Eteraf-oskouei & Najafi, n.d.).

### **2.2.2 Kandungan madu**

Salah satu metode yang telah ditekankan dalam pengobatan tradisional untuk pengobatan diare adalah dengan mengonsumsi 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 (Sharif et al., 2017).

Semua madu alami mengandung *flavonoides* (seperti *apigenin*, *pinocembrin*, *kaempferol*, *quercetin*, *galangin*, *chrysin*, dan *hesperatin*) asam fenolik (seperti

asam *ellagic*, *caffeic*, *p-courmaric* an *ferulic*), asam askorbat, *tocepherrol*, *katalase* (CAT) *superoksida dismultase* (SOD), mengurangi *glutathione* (GSH), produk reaksi milliard dan peptida. Sebagian besar dari senyawa tersebut bekerja sama untuk memberikan efek antioksidan sinergis (Eteraf-oskouei & Najafi, n.d.).

Kaitan antara terapi madu dan diare dilakukan oleh (Kajiwara, 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, Adeoye, & Oyetayo, 2011), dan menemukan bahwa madu alami dapat menurunkan bakteri pada penyakit diare. Hal tersebut diperkuat oleh penelitian (Abdulrahman, 2010) yang menemukan bahwa madu murni dapatmembantuterbentuknya 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*) (Purnamawati, S., Pujiarto, S. A.,Divisi, Obat, & Id, 2014).

### 2.2.3 SOP Pemberian Madu

Langkah-langkah pemberian madu (Sharif, Noorian, Sharif, & Taghavi, 2017) adalah sebagai berikut :

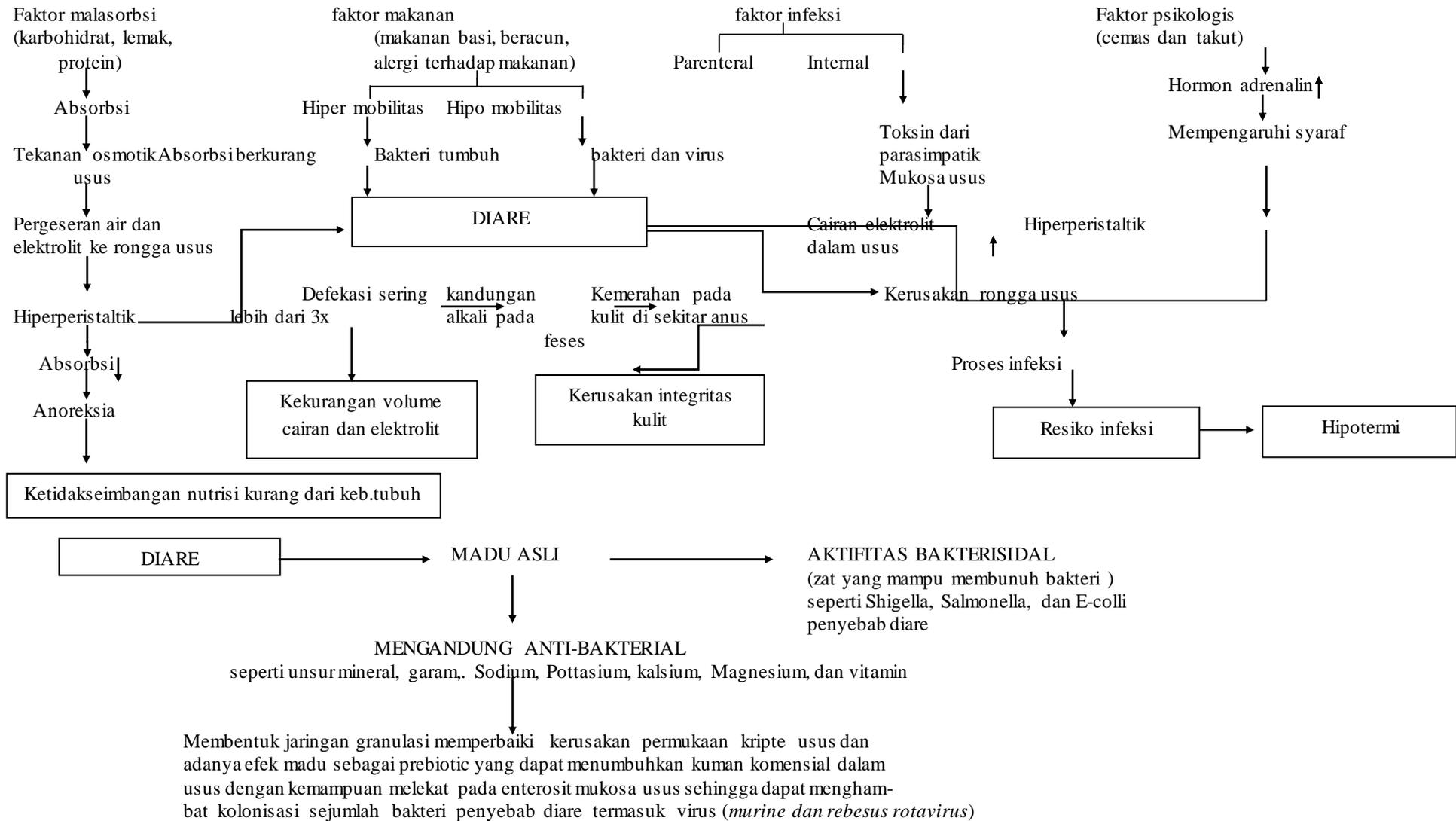
#### a. Persiapan Alat

- 1) Persiapan 5 cc madu murni
- 2) Air mineral hangat 50 cc
- 3) Gelas belimbing

#### b. Fase Kerja

- 1) Siapkan gelas belimbing yang sudah terisi air mineral hangat sebanyak 50 cc
- 2) Campurkan dengan 5 cc madu murni, aduk dan berikan pada anak.  
Berikan pada anak berusia diatas 1 tahun, berikan 50 cc 3 kali sehari

### 2.3. Pathway



(Purnamawati et al., 2014)

## **BAB 3**

### **LAPORAN KASUS**

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada An. D 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, melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan hingga evaluasi. Proses keperawatan tersebut dilakukan pada tanggal 1 Mei 2018 sampai dengan tanggal 7 Mei 2018.

#### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada 1 Mei 2018 jam 15.00 WIB di Kab. Magelang. Dengan data yang diperoleh yaitu An. D berumur 4 tahun, belum bersekolah, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, pada tanggal 1 Mei 2018 jam 09.00 WIB berobat ke Puskesmas Mertoyudan 2 dengan diagnosa medis diare akut. Untuk penanggung jawab yaitu ibu kandung dan suaminya Tn. L berusia 24 th sebagai perawat di salah satu instansi RS swasta Kota Magelang. Alamat klien di Kab. Magelang.

Alasan berobat ke Puskesmas Mertoyudan 2 pada tanggal 1 Mei 2018 pukul 09.00 WIB dengan keluhan utama diare 5 kali sejak malam setelah sehari sebelumnya mengkonsumsi makanan pedas yang dijual terbuka dan minuman kemasan, dengan konsistensi cair sedikit ampas, tidak ada darah, lemas, nafsu makan turun, nafsu minum tidak berkurang, demam, dan frekuensi terus menerus. Riwayat kesehatan yang lalu, orangtua klien mengatakan anaknya pernah mengalami demam pada usia 9 bulan dan hanya dirawat dirumah, tidak ada riwayat penyakit pada keluarga klien. Ibu klien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi pada obat ataupun makanan dan minuman. Imunisasi pada An. D sudah lengkap.

Data yang diperoleh saat melakukan pengkajian 13 domain NANDA, *Health promotion*, kemampuan mengontrol kesehatan, karena pada saat pengkajian pengkajian penulis melakukan analisa data meliputi beberapa aspek yaitu

wawancara tentang kesadaran kesehatan anggota keluarga dan penanganan anggota keluarga yang sakit. Pengontrolan keluarga tentang kesehatan sudah baik, namun pola asuh yang diterapkan kepada anak kurang baik karena anak selama ini diasuh dengan pembantu rumah tangga, dengan begitu ibu klien kurang mengetahui dengan aktivitas An. D sehari-harinya.

Pengkajian *nutrition*, orangtua klien mengatakan sebelum sakit anaknya tidak ada penurunan nafsu makan maupun minum, biasanya 1 porsi makanan habis saat kondisi klien sehat. Namun saat sakit makanan dalam 1 porsi tidak habis dan sisa  $\frac{1}{4}$  porsi, minum tetap dan tidak berkurang. Klien tidak muntah hanya mual.

Pengkajian nutrisi pada klien ditemukan data yaitu *antropometri*, berat badan 13 kg biasanya 15 kg. tinggi badan klien 105 cm, dan untuk indeks masa tubuh klien (IMT) adalah 12, angka 12 dalam IMT masih dikategorikan sebagai normal. Untuk *biochemical* tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium. *Clinical* rambut klien terlihat hitam, turgor kulit baik, membran mukosa kering, konjungtiva tidak anemis. *Diet* klien meliputi nafsu makan berkurang frekuensi 3 kali sehari dengan porsi setengah. *Energy*, pengkajian yang didapatkan yaitu selama sakit kebutuhan ADL klien yang meliputi toileting, makan, minum, berpakaian, dan mandi semua dibantu oleh keluarganya. *Faktor* meliputi masalah nutrisi klien tidak memiliki masalah menelan maupun menguyah.

Penilaian status gizi klien dilihat dari IMT yaitu 12 masih dalam kategori normal. Pola asupan klien makan setengah porsi jenis sayur dan nasi tim, minum air putih hangat dengan ukuran satu gelas belimbing. Untuk cairan masuk, klien banyak minum air putih kurang lebih 800 cc dan air metabolisme klien 52 cc. Cairan keluar klien dari urin 500 cc, BAB 600 cc, IWL 195/24 jam. Pada penilaian balance cairan atau status cairan -443.

Pengkajian abdomen klien meliputi inspeksi perut datar, kuning langsung, pengembangan baik atau normal. Auskultasi terdapat peristaltik usus 32 kali per menit. Palpasi tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan di lapang abdomen. Perkusi hipertimpani.

Hasil pengkajian *elimination*, orangtua klien mengatakan sebelum sakit dan diberobatkan ke Puskesmas BAK lancar, dalam sehari BAK kurang lebih 3-5 kali dan BAB maksimal 1 kali. Setelah klien sakit frekuensi BAB sehari 3-5 kali per hari dan BAB hari ini 4 kali sejak malam dengan konsistensi cair sedikit ampas, warna kuning, dan tidak ada darah. Tingkat dehidrasi klien termasuk dehidrasi sedang karena rasa haus meningkat, turgor kulit kering, membran mukosa kering, suhu tubuh meningkat.

Hasil pengkajian tanda-tanda vital klien didapatkan data N 110 kali per menit, Rr 26 kali per menit, S 38°C.

Pola *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.

Pengkajian *perception* atau *cognition*, orangtua klien mengatakan penyebab sakit diderita oleh klien karena makanan terbuka dan adanya rasa pedas selain itu klien mengkonsumsi minuman kemasan. *Self perception*, orangtua klien mengatakan merasa cemas dengan kondisi An. D 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.

*Sexuality*, klien berjenis laki-laki. Orangtua klien mengatakan klien masih dalam usia di bawah umur, tidak ada masalah dengan sistem reproduksi. *Coping* dan *Stress 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 petugas kesehatan yang mengunjungi serta memberi asuhan keperawatan pada klien tentang perkembangan penyakit anaknya.

*Comfort*, orangtua klien mengatakan klien anaknya tidak rewel, sehingga saat anaknya 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 cemas. *Growth and Development*, orangtua klien mengatakan berat badan klien sebelum sakit yaitu 15 kg setelah sakit 13 kg. Klien mengalami penurunan berat badan.

Pemeriksaan fisik pada tanggal 1 Mei 2018 didapatkan data antara lain keadaan umum sedang, kesadaran klien composmentis, klien tampak lemas. Tanda vital klien meliputi pernapasan 26 kali per menit, nadi 110 kali per menit, suhu 38° C. klien diberikan penurun panas paracetamol untuk mengatasi demamnya. Pemeriksaan kepala didapatkan data yaitu tidak ada hematum atau post trauma kranial, tipe rambut hitam tipis, tidak rontok, distribusi rambut merata, warna rambut hitam. Mata, pupil isokor, reflek cahaya (+/+), sklera tidak ikterik, conjungtiva tidak anemis. Telinga bersih, tidak ada serumen, telinga kanan dan kiri simetris. Hidung tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu pernapasan. Bibir tidak sianosis, tidak ada sariawan, mukosa bibir kering. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Pemeriksaan dada (thorak), inspeksi tampak ictus cordis di IC 4 dan 5, palpasi ictus cordis teraba di intercosta 4 dan 5, perkusi redup, dan auskultasi S<sub>1</sub> lup S<sub>2</sub> dup atau regular. Pemeriksaan paru (pulmonal), inspeksi tidak ada retraksi, eskspansi dada kanan dan kiri sejajar, palpasi vokal fremitus sejajar, tidak terdapat nyeri tekan, perkusi sonor, dan auskultasi suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.

Pemeriksaan abdomen, inspeksi perut datar, kuning langsung, pengembangan baik atau normal, auskultasi terdapat peristaltic usus 32 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 110 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 dan tulang. 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 1 Mei 2018 yaitu pemberian zinc dan oralit.

Analisa yang didapatkan pada kasus An. D orangtua klien mengatakan pada tanggal 1 Mei 2018 klien BAB sudah 4 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair, sedikit ampas, warna kuning, dan tidak ada darah. Orangtua klien mengatakan sehari sebelumnya klien yang sehari-harinya dengan pengasuh ketika kedua orangtuanya bekerja, mendapat laporan bahwa anaknya membeli minuman kemasan yang diberikan tetangganya dan makan batagor yang dibelikan pengasuhnya. Kemudian malam hari setelah sholat mahgrib anaknya diare 2 kali dengan frekuensi terus menerus, cair dan sedikit ampas. Saat BAB anaknya seperti ingin menangis, berkeringat. Orangtua klien mengatakan anaknya minum cukup banyak namun dalam makan 1 porsi hanya dihabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi. Sedangkan untuk data obyektif didapatkan data keadaan umum klien sedang tanda-tanda vital klien meliputi pernapasan 26 kali per menit, nadi 110 kali per menit, suhu  $38^{\circ}\text{C}$ , turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. Conjungtiva tidak anemis, bising usus 32 kali per menit, dan mengalami penurunan berat badan.

Berdasarkan analisa data yang diperoleh didapatkan diagnosa keperawatan yaitu diare berhubungan dengan malabsorpsi usus ditandai dengan data subyektif orangtua An. D BAB sudah 4 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair, sedikit ampas, warna kuning, dan tidak ada darah, saat akan BAB anaknya seperti ingin menangis. Sedangkan data obyektifnya yaitu keadaan umum klien sedang tanda-tanda vital meliputi pernapasan 26 kali per menit, nadi 110 kali per menit, suhu  $38^{\circ}\text{C}$ , turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. Conjungtiva tidak anemis, bising usus 32 kali per menit, dan mengalami penurunan berat badan. Diagnosa keperawatan yang diambil diare berhubungan dengan malabsorpsi usus akan dijadikan penulis sebagai prioritas 1 dan diagnosa tunggal dalam melakukan asuhan keperawatan yang akan dilakukan.

### **3.2 Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi**

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

#### **3.1.1. Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus**

Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus yang ditandai dengan data subyektif orangtua An. D BAB sudah 4 kali sejak tadi pagi dengan konsistensi cair, sedikit ampas, warna kuning, dan tidak ada darah, saat akan BAB anaknya seperti ingin menangis. Sedangkan data obyektifnya yaitu keadaan umum klien sedang tanda-tanda vital meliputi pernapasan 26 kali per menit, nadi 110 kali per menit, suhu 38°C, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. Conjungtiva tidak anemis, bising usus 32 kali per menit, dan mengalami penurunan berat badan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu selama 4 kali pertemuan dengan waktu 30 menit per 1 kali pertemuan, diharapkan masalah diare dapat teratasi dengan kriteria hasil adalah feses terbentuk, buang air besar sehari 1-3 kali per hari, tidak mengalami diare, dan mempertahankan turgor kulit secara rutin.

Tindakan keperawatan yang diberikan mengidentifikasi faktor penyebab diare, menginstruksikan kepada orangtua anak untuk mencatat karakteristik diare, menginstruksikan orangtua anak untuk memberikan makanan tinggi protein dan kalori, kolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam pemberian terapi farmakologi untuk mengatasi demam anak dengan paracetamol sirup sebanyak 160 mg atau 5 ml diminumkan sehari 2 kali setelah makan diberikan selama masih ada demam dan untuk mengatasi masalah diare diberikan selama anak masih diare yaitu dengan memberikan zinc 1 kali per hari dilarutkan dalam air mineral sebanyak 50 cc, oralit ½ sachet diberikan setiap setelah BAB dilarutkan dalam ½ gelas atau

sekitar 100 cc, apabila klien masih diare dianjurkan periksa ke pelayanan kesehatan terdekat, dan menerapkan inovasi madu.

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan selama 5 hari yang dimulai pada tanggal 2 sampai dengan 7 Mei 2018 mulai pukul 15.00 WIB di Kab. Magelang penulis melakukan analisa data memonitor tanda dan gejala diare, memonitor tanda-tanda vital, observasi turgor kulit secara rutin, identifikasi faktor penyebab diare, menginstruksikan kepada orangtua untuk mencatat karakteristik diare, menginstruksikan orangtua untuk memberikan makanan tinggi protein dan kalori, penerapan terapi farmakologi, dan melakukan kontrak waktu untuk menerapkan inovasi nonfarmakologi madu.

Pemberian terapi farmakologi dengan memberikan zinc tablet 1 kali sehari selama 10 hari sampai benar-benar habis. Cara pemberian zinc dengan melarutkan 1 tablet ke dalam air sebanyak 50 cc. Oralit  $\frac{1}{2}$  sachet dilarutkan kedalam 100 cc air diberikan setelah buang air besar, dan melakukan kontrak waktu untuk menerapkan inovasi nonfarmakologi madu untuk pengolahan madu dengan cara takaran 5 cc sendok makan yang dicampurkan dengan air mineral hangat sebanyak 50 cc dan diminumkan pada anak sampai habis.

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan memberikan terapi nonfarmakologi dengan penerapan madu yang diberikan pada takaran 5 cc sendok makan yang dicampurkan dengan air mineral hangat sebanyak 50 cc dan diminumkan pada anak sampai habis, dosis pemberian pada An. D yaitu pagi hari sebelum sarapan kemudian setelah anak buang air besar, setiap minum sebanyak 50 cc per 1 kali pemberian.

Tindakan keperawatan pada hari kedua tanggal 3 Mei 2018 pukul 14.00, pengkajian yang dilakukan pada An. D dengan diare, klien BAB 4 kali dan mengalami kenaikan suhu tubuh  $38^{\circ}\text{C}$ , klien mendapat terapi paracetamol sirup selama 2 hari. Kemudian pada hari keempat suhu tubuh anak sudah turun menjadi  $37,5^{\circ}\text{C}$ . An. D masih mendapat terapi zinc yang terus dikonsumsi selama 10 hari, selain itu pemberian oralit pada klien yang diberikan setelah BAB, penulis

menganjurkan ibu untuk memberikan madu pada pagi hari sebelum sarapan dan setelah BAB dengan frekuensi pemberian lebih sering madu dibanding oralit.

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan pada tanggal 7 Mei 2018 pukul 17.00 WIB di Kab. Magelang adalah memonitor tanda dan gejala diare, memonitor tanda-tanda vital, observasi turgor kulit secara rutin, identifikasi faktor penyebab diare, menginstruksikan kepada orangtua untuk mencatat karakteristik diare, menginstruksikan orangtua untuk memberikan makanan tinggi protein dan kalori, motivasi orangtua klien dalam pemberian terapi farmakologi dan melakukan evaluasi pada klien.

Evaluasi pada tanggal 7 Mei 2018 didapatkan data yaitu orangtua klien mengatakan BAB 2 kali sudah mulai berbentuk, tidak lembek tanpa disertai air, 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 diterapkan yaitu feses terbentuk, buang air besar sehari 1-3 kali per hari, tidak mengalami diare, mempertahankan turgor kulit anak dan pertahankan intervensi dengan tetap memberikan terapi sesuai program yang diresepkan oleh dokter di Puskesmas Mertoyudan 2 Kab. Magelang yaitu berupa pemberian zinc dan oralit. Pemberian minuman madu juga terbukti efektif dalam penurunan frekuensi diare anak.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari pembahasan asuhan keperawatan pada An. D yang dilakukan pengkajian pada tanggal 1-7 Mei 2018, secara umum tidak ada kendala dalam mendapatkan informasi. Klien dan ibunya sangat kooperatif, ibu klien mengatakan anaknya mengalami diare dikarenakan makanan pedas yang dijual terbuka dan mengkonsumsi minuman kemasan. An. D dengan masalah keperawatan diare berhubungan dengan malabsorpsi usus didapatkan hasil BAB 1 kali sudah mulai berbentuk, tidak lembek tanpa disertai lendir dan darah, warna kuning kecoklatan, dan berbau khas. Frekuensi diare An. D berkurang setelah mengkonsumsi air madu murni berdampingan dengan obat yang diperoleh dari puskesmas. Ibu klien mengatakan sedikit kesulitan untuk memberikan obat karena pahit. Inovasi madu yang diterapkan pada An. D sangat membantu ibu dalam memberikan obat, karena minuman madu yang diberikan sebagai pendamping obat yang diperoleh dari puskesmas karena rasanya yang manis dan anak suka. Dengan demikian penulis dapat memberikan gambaran secara umum dan khusus mengenai pemberian asuhan keperawatan kepada An. D dengan diare menggunakan inovasi madu.

#### **5.2 Saran**

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

##### **5.1.1. Bagi pelayanan kesehatan**

Bagi pelayan kesehatan diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal dan sesuai dengan standar SOP, selain itu penanganan diare terutama pada anak. Perlu dilakukan pemeriksaan spesimen feses untuk mengetahui penyebab utama dari diare, dengan melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan feses maka akan lebih jelas kategori manakah diare yang dialami klien dan akan lebih tepat dalam pemberian penanganan bagi penderita diare.

### **5.1.2. Bagi institusi pendidikan**

Memasukan inovasi terapi nonfarmakologi khususnya pemberian madu untuk penanganan diare bagi anak sebagai tindakan mandiri perawat yang digunakan dalam pelayanan keperawatan khususnya untuk menurunkan frekuensi diare.

### **5.1.3. Bagi mahasiswa keperawatan**

Bagi mahasiswa diharapkan dapat mempelajari asuhan keperawatan diare akut pada anak dan cara mengatasi penurunan frekuensi diare 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.

### **5.1.4. Bagi masyarakat dan keluarga**

Bagi masyarakat atau keluarga diharapkan dapat memberikan penanganan terutama bagi anak yang mengalami diare menggunakan panganan madu yang memiliki efektifitas sebagai antidiare dan bagi masyarakat penggunaan madu sebagai obat nonfarmakologi yang mudah diperoleh dengan harga terjangkau dan bermanfaat dalam segala hal penyakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adebolu, T., Adeoye, O., & Oyetayo, V. (2011). Effect of garlic (*Allium sativum*) on *Salmonella typhi* infection, gastrointestinal flora and hematological parameters of albino rats. *African Journal of Biotechnology*, *10* (35).
- Aden, R. (2010). Manfaat dan Khasiat Madu. In *Hanggar Kreator* (p. 128). Yogyakarta.
- Alimul Hidayat, A. (2009). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika.
- Ambarita, H., Surbakti, K., dan Maha, Y. (2012). Rancang Bangun Inkubator Bayi Dengan Menggunakan Phase Change Material Sebagai Pemanas Ruang Inkubator Bayi.
- Aru W, S. (2009). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II (Edisi V). Jakarta: Interna Publishing.
- Cholid, S., & Santosa, B. (2011). Pengaruh Pemberian Madu Pada Diare Akut, *12*(5), 289–295.
- Departemen Kesehatan RI. (2011). Buku Saku Petugas Kesehatan Lintas Diare. In *Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan* (pp. 1–40).
- Depkes, R. (2010). Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi di Indonesia. Retrieved from [www.Depkes.com](http://www.Depkes.com). Diakses pada tanggal 17 Agustus 2018.
- Dewi, V. N. . (2010). Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita. Jakarta: Salemba Medika.
- Elin, Y. (2010). PolaAsuh Makan Dan Kesehatan anak Balita. Jakarta: EGC.
- Eteraf-oskouei, T., & Najafi, M. (n.d.). Traditional and Modern Uses of Natural Honey in Human Diseases : A Review.
- Hadharah, T. D. (2014). Sehat Dengan Terapi Madu. Solo: Kiswah Media.
- Hammad, S. (2012). 99 Resep Sehat dengan Madu. Solo: Aqwa medika.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 (edisi 0). Jakarta: EGC.
- Indonesia, K. K. R. (2011). *Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare pada Balita*.
- Juffrie. (2010). Gastroenterologi. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Kemendes RI. (2011). *Situasi diare di Indonesia. Jurnal Buletin jendela data & informasi kesehatan* (Vol. 2).
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *NIC NOC Edisi Bahasa Indonesia*. Elsevier.

- Ridha N. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pada Anak*. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan, Edisi 7 Buku 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Purnamawati, S., Pujiarto, S. A., Divisi, M., Obat, P., & Id, O. C. (2014). Gastroenteritis Akut (Gea) Pada Anak, 1–8.
- Purnamawati, T., Nurhaeni, N., & Agustini, N. (2016). Terapi Madu Efektif Untuk Menurunkan Frekuensi Diare dan Bising Usus Pada Anak Usia Balita. *Jurnal Ilmiah Keperawatan, 11*(1), 1004–1010.
- Sharif, A., Noorian, A., Sharif, M. R., & Taghavi, A. (2017). A Randomized Clinical Trial on The Effect Of Honey In The Acute Gastroenteritis, *5*(6), 144–148.
- Simadibrata, M. (2008). Pendekatan Diagnostik Diare Kronik. In *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Suriadi, Yuliani, R. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada Anak (Edisi: 2)*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Usfar, Iswarawanti, Davelyna, & Dillon. (2010). Persepsi , Sikap , & Perilaku Ibu Dalam Merawat Balita Dengan Diare Mothers ' Perceptions , Attitudes & Behaviors On Caring Children With Diarrhea.
- Utami, N., & Luthfiana, N. (2016). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian Diare pada Anak Factors that Influence The Incidence of Diarrhea in Children. *Majority, 5*(4), 101–106.
- Yuliastati Nining. (2010). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Keperawatan Anak. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://doi.org/sdf>