PEMBERIAN MADU UNTUK MENGATASI DIARE TANPA DEHIDRASI PADA ANAK

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

DINDA NOVI ANGGRAINI
NPM: 21.0601.0001

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2024

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Diare merupakan gejala umum dari infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh berbagai macam patogen termasuk bakteri , virus dan protozoa. Diare lebih umum terjadi di negara berkembang karena kurangnya air minum yang aman ,sanitasi dan kebersihan, serta status gizi yang lebih buruk . Menurut angka terbaru yang tersedia, diperkirakan 2,5 miliar orang kekurangan fasilitas sanitasi yang layak dan hampir 1 miliar orang tidak memiliki akses ke air minum yang nyaman .Lingkungan yang *tidak* sehat ini memungkikan patogen penyakit diare menyebar lebih mudah (Abdjul & Herlina, 2020). Diare merupakan pembunuh utama anak – anak , terhitung sekitar 8 persen dari semua kematian di antara anak –anak di bawah usia 5 tahun di seluruh dunia sebagian besar kematian akibat diare terjadi di antara di bawah usia 5 tahun yang tinggal di Asia Selatan dan Afrika sub Sahara (Prawati, 2019).

Diare adalah penyakit endemis potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering di sertai dengan kematian di Indonesia. Diare masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia sebagai penyumbang angka kematian terbanyak pada kelompok anak usia 29 hari – 11 bulan.Diare merupakan penyakit terbanyak nomer 2 yang menyebabkan kematian pada anak di Indonesia yaitu sebanyak 746 kematian terhitung pada tahun 2019. Angka kesakitan diare di Indonesia berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan sebesar 6,8 %. Kelompok umur dengan prevalensi diare (berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan) tertinggi yaitu pada kelompok umur 1-4 tahun sebesar 11,5% dan pada bayi sebesar 9% (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

Penanganan diare pada anak atau balita salah satunya adalah dengan memberikan oralit dan Neokaolana sirup atau Zink sirup. Oralit berfungsi mencegah terjadinya dehidrasi ,sedangkan Neokalana atau Zink berfungsi untuk meningkatkan daya

tubuh dan penyerapan bakteri (Wahyuni & Program, 2021) .Penatalaksanaan diare akut (tanpa darah) yang dapat dilakukan di rumah tangga bertujuan mencegah dehidrasi dan malnutrisi. Anak anak tanpa tanda-tanda dehidrasi memerlukan tambahan cairan dan garam untuk mengganti kehilangan cairan dan elektrolit akibat diare. Jika ini tidak diberikan, tanda-tanda dehidrasi dapat terjadi. Ibu atau keluarga harus diajarkan cara-cara mencegah dehidrasi di rumah dengan memberikan anak lebih banyak cairan daripada biasanya, bagaimana mencegah kekurangan gizi dengan terus memberi makan anak dan mengapa tindakan-tindakan ini penting. Mereka juga harus tahu apa tanda-tanda yang menunjukkan bahwa anak harus dibawa ke petugas kesehatan.

Penanganan diare selain menggunakan teknik farmakoterapi terdapat juga terapi komplementer yang dapat digunakan yaitu dengan memberikan madu. Madu sudah dikenal sebagai obat tradisional berbagai macam penyakit sejak zaman dahulu, namun madu belum banyak digunakan dalam pengobatan modern karena banyak munculnya penemuan antibiotik. Madu memiliki manfaat yang tinggi bagi dunia medis, terutama untuk mengatasi berbagai infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau mikroba. Madu dapat dipakai untuk mengatasi diare karena efek antibakterinya dan kandungan nutrisinya yang mudah dicerna. Sehingga madu sangat tepat untuk digunakan sebagai terapi komplementer pada diare akut.(Suntin & Botutihe, 2021)

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan studi kasus dengan melakukan pemberian kombinasi madu pada anak yang mengalami diare tanpa dehidrasi.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mengidentifikasi pemberian asuhan keperawatan pada anak diare tanpa dehidrasi dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.2.2.2 Mengaplikasikan terapi komplementer dengan madu untuk anak diare tanpa dehidrasi

1.2.2.3 Mengidentifikasi diare tanpa dehidrasi anak sebelum dan sesudah diberikan terapi komplementer madu

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Masyarakat

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

1.3.2 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 tanpa dehidrasi pada anak dengan metode madu.

1.3.3 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 Diare

2.1.1 Pengertian

Diare merupakan gejala umum dari infeksi saluran cerna yang di sebabkan oleh berbagai macam patogen, termasuk bakteri ,virus dan protozoa. Diare lebih umum terjadi di negara berkembang karena kurangnya air minum yang aman ,sanitasi dan kebersihan, serta status gizi yang lebih buruk (Prawati, 2019) Diare adalah buang air besar encer atau cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari (Purnama, 2016).

Diare merupakan syndrome penyakit yang di tandai dendan perubahan bentuk dan konsistensi tinja melambat sampai mencair, serta bertambahnya frekuensi buang air besar dari biasanya hingga 3 kali atau lebih dalam sehari. Dengan ungkapan lain, diare adalah buang air besar (defikasi) dengan tinja berbentuk cairan atau setengah cairan. Kandungan air dalam tinja lebih banyak daripada biasanya (normal 100-200 ml perjam tinja) atau frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan 3 kali pada anak (Widoyono, 2018).

2.1.1 Anaatomi fisiologi

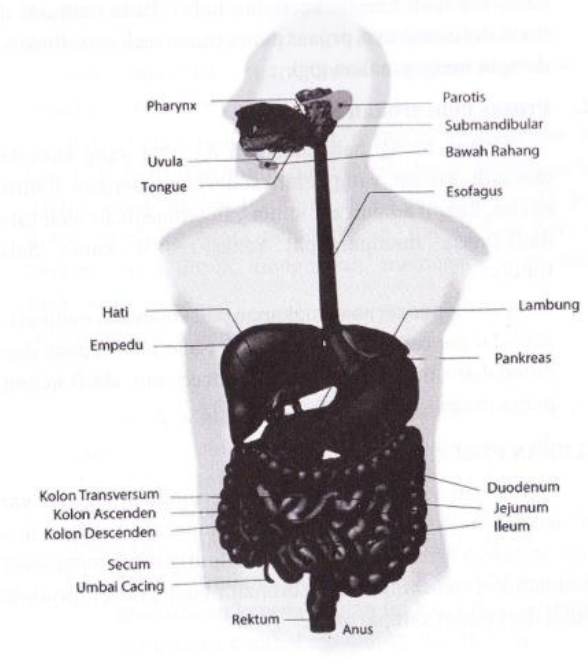
Anatomi fisiologi pencernaan manusia diawali dari mulut sampai anus, anatomi fisiologi sistem pencernaan manusia yaitu :

2.1.1.1 Mulut

Mulut sangat kaya pembuluh darah, sehingga menjadi pintu masuk organisme penyerang yang menimbulkan infeksi. Perilaku bayi dan anak kecil yang secara berulang memasukan benda ke dalam mulut meningkatkan resiko bayi/anak kontaks dengan agen infeksi. Aktifitas mulut terdiri atas mengisap, menggigit, dan menelan. Mulut bayi mampu membentuk segel disekeliling puting susu atau dot, pada bayi muda lidah berposisi kuat dengan palatum, jadi anak hanya dapat

bernafas dengan hidung (Pearce, 2022). Mulut terdiri atas:

a. Vestibulum oris: bagian diantara bibir dan pipi luar, gigi dangusi bagian dalam
b. Kavitas oris propia: bagian diantara arkus alveolaris, gigi dan gusi memiliki atap yang dibentuk palatum.



Gambar 2.1 Anatomi fisiologi

Sumber : Anatomi Fisiologi Pencernaan (Kirnantoro & Maryana, 2019)

2.1.1.2 Gigi

Gigi susu 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 sekitar umur 6 tahun. Pertumbuhan gigi lambat dapat terjadi karena rakhitis dan hipotirodisme. Pertumbuhan gigi prematur dapat terlihat saat lahir, biasanya tidak mengganggu pemberian ASI. Saat umur 25 tahun akan ditemukan semua gigi bersifat permanen, dengan kemungkinan pengecualian dari gigi molar ketiga atau gigi sulung. Fungsi gigi adalah mengunyah makanan dari partikel besar menjadi partikel kecil yang dapat ditelan tanpa menyebabkan tersedak. Proses ini dinamakan proses mekanik yang pertama kali dalam saluran pencernaan (Kyle & Carman, 2019).

2.1.1.3 Lidah

Lidah tersusun atas otot yang pada bagian atas dan sampingnya dilapisi dengan membran mukosa, lidah neonatus relatif pendek dan lebar. Lidah berperan dengan menggerakan makanan ke segala arah dan sebagai indra pengecap (Widoyono, 2018).

2.1.1.4 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. Esofagus dimulai dari leher sebagai sambungan faring, berjalan ke bawah leher dan toraks, kemudian melalui sirus sinistra diafragma memasuki lambung. Esofagus tersusun dari lapisan dalam (membran mukosa), lapisan submukosa yang tebal dan mengandung kelenjar mukus, lapisan otot serat longitudinal dan sirkuler, serta lapisan fibrosa dibagian luar. Esofagus bertindak sebagai jalan makanan dari mulut ke lambung. Sfingter esofagus bawah mencegah regurgitasi (aliran balik) isi lambung ke dalam esofagus. Tonus otot LES belum berkembang sepenuhnya hingga usia 1 bulan sehingga bayi yang kurang dari 1 bulan sering mengalami regurgitasi setelah pemberian makanan (Kyle & Carman, 2019).

2.1.1.5 Lambung

Kapasitas 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. Bagian mukosa dan submukosa neonatus relatif relatif lebih tebal daripada orang dewasa. Jumlah glandula neonatus +2.000.000, sementara orang dewasa > 25.000.000. otot lambung hanya berkembang sedang saat lahir dan aktifitas peristaltik berkembang dengan buruk,namun adanya perkembangan bayi, lambung juga berkembang. Fungsi utama lambung adalah menyiapkan maknan unutuk dicerna diusus,memecah makanan, penambahan cairan setengah cair, dan meneruskannya ke duodenum. Makanan disimpan didalam lambung dan dicampur dengan asam, mukus, dan

pepsin, kemudian dilepaskan pada kecepatan mantap terkontrol ke dalam duodenum (Kyle & Carman, 2019).

2.1.1.6 Usus kecil

Usus kecil terbagi menjadi duodenum, jejuunum, dan ileum. Memiliki panjang 300-350 cm saat lahir, mengalami peningkatan sekitar 50% selama tahun pertama kehidupan, dan berukuran +6 meter saat dewasa. Dinding usus terbagi menjadi 4 lapisan yaitu mukosa, submukosa, muskuler, dan serosa(peritoneal). Gangguan perkembangan usus kecil dapat berupa atresia, redupllikasi, malformasi, dan menetapnya duktus vitelinus yang berhubungan dengan ileum terminalis (*divertkulum meckel*) (Kyle & Carman, 2019).

2.1.1.7 Usus besar

Usus besar dibagi menjadi empat sekum yaitu kolon asendens, kolon tranversum, kolon desenden, dan kolon sigmoid. Panjang usus besar sekitar + 180 cm. Apendiks adalah tonjolan seperti cacing dengan panjang samapi 18cm dan membuka pada sekum + 2,5 cm dibawah katup ileosekal. Apendiks sering merupakan tempat peradangan akut dan menahun, penyebabnya biasanya tidak diketahui, tetapi sering mengikuti terjadinya sumbatan lumen. Rektum meiliki panjang sekitar 12 cm dan dimulai pada pertengahan sakrum dan berakhir pada kanalis analis. Usus besar memiliki fungsi menyekresi mukus uuntuk mempermudah jalanya feses serta mengeluaran fraksi zat yang tidak terserap seperti zat besi, kalsium, dan fosfat yang ditelan. Usus besar memiliki fungsi lain yaitu: absorpsi air, garam dan glukosa (Kyle & Carman, 2019).

2.1.2 Patofisiologi

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare). Selain itu, menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat

kemudian terjadi diare. Gangguan motiliasi usus yang mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Akibat dari diare adalah kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan asam basa (asidosis metabolik dan hypokalemia), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia dan gangguan sirkulasi. Gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masukan makanan kurang, pengeluaran bertambah) dan gangguan sirkulasi darah (Ariani, 2019).

Proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor diantaranya pertama faktor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk kedalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorbsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan sistem transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat. Kedua, faktor malabsorbsi merupakan kegagalan yang dalam melakukan absorbsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kerongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare (Oktami, 2017).

Ketiga, faktor makanan ini dapat terjadi apabila toksik yang ada tidak mampu diserap dengan baik.Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare.Keempat, faktor psikologi dapat mempengeruhi terjadinya penyerapan makanan yang dapat mengakibatkan diare (Oktami, 2017).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Pasien dengan diare akut akibat sering mengalami nausea, 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 metabolic akan menyebabkan frekuensi pernapsan lebih cepat dan dalam pernapsan kusmaul (Ridha, 2020).

Diagnosis diare ditetapkan berdasarkan tanda dan gejala diare, Berdasarkan bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) tahun 2022 (Kemenkes RI, 2022), tanda dan gejala diare berdasarkan derajat dehidrasinya dibedakan menjadi tiga:

a. Diare Tanpa Dehidrasi :

   Jika tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi ringan, sedang, atau berat, maka diklasifikasikan diare tanpa dehidrasi.

b. Diare Dengan Dehidrasi Ringan/Sedang
   1. Rewel/mudah marah
   2. Mata cekung
   3. Haus/minum dengan lahap
   4. Cubitan kulit perut kembali lambat

c. Diare Dengan Dehidrasi Berat
   1. Letargis/tidak sadar
   2. Mata cekung
   3. Tidak bisa minum/malas minum
   4. Cubitan perut kembali sangat lambat

Jika diare terjadi 14 hari atau lebih, maka tanda dan gejala beserta klasifikasinya adalah sebagai berikut:

a. Disentri Terdapat darah di dalam tinja
b. Diare Persisten Berlangsung selama 14 hari atau lebih tanpa dehidrasi
c. Diare Persisten Berat Berlangsung selama 14 hari atau lebih tanpa dehidrasi (Kemenkes RI, 2022)

2.1.4 Penyebab

2.1.4.1 Faktor Infeksi

a. Infeksi Enternal

Infeksi enternal yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak (Ariani, 2019). Infeksi enteral meliputi:

1. Infeksi Bakteri
    a) Vibrio, Escheria Coli
    b) Salmonella Typii
    c) Shigella
    d) Campylobacter Jejuni
2. Infeksi Virus
    a) Rotavirus
    b) Adenovirus
    c) Enterovirus
    d) Minirotavirus
    e) Calicivirus
3. Infeksi Parasit
4. Infeksi Parenteral

    Infeksi parenteral yaitu infeksi dibagian tubuh lain di luar alat perencanaan, seperti Otitis Media Akut (OMA), Tonsolofaringitis, BronkoPneumonia, Ensefalitis dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun (Ariani, 2019).

b. Faktor malabsorbsi
    1. Malabsorbsi karbohidrat (intoleransi laktosa)
    2. Malabsorbsi lemak
    3. Malabsorbsi protein
    4. Malabsorbsi asam empedu

c. Faktor makanan dan minuman yang dikonsumsi

Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan. Kontak antara sumber dan host dapat terjadi melalui air, terutama air minum yang tidak dimasak dapat

juga terjadi sewaktu mandi dan berkumur. Kontak kuman pada kotoran dapat berlangsung ditularkan pada orang lain apabila melekat pada tangan dan kemudian dimasukkan ke mulut dipakai untuk memegang makanan. Kontaminasi alat makan dan dapur. Bakteri yang terdapat pada saluran pencernaan adalah bakteri *Etamoeba Colli, Salmonella, Shigella*. Virusnya yaitu *Enterovirus, rotavorus*, serta parasit yaitu cacing (*Ascaris Trichuris*) dan jamur (*Candida Albikan*) (Ariani, 2019).

d. Faktor terhadap laktosa atau susu kaleng

Tidak memberikan ASI secara penuh selama 6 bulan pertama kehidupan. Pada bayi yang tidak diberi Asi risiko untuk menderita diare lebih besar daripada bayi yang diben ASI penuh dan kemungkinan menderita dehidrasi berat juga lebih besar Menggunakan botol susu akan memudahkan pencemaran oleh kuman sehingga menyebabkan diare. Dalam ASI mengandung antibosi yang dpat melindungi anak terhadap berbagai penyebab diare seperti *Shigelle dans V Cholerae* (Ariani, 2019).

2.1.5 Klasifikasi Diare

Berdasarkan lama waktunya diare dibagi menjadi dua yaitu :

2.1.5.1 Diare akut

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, Ecolli, V cholleraa, C difficile*) dan yang menimbulkan inflamasi mukosa usus (*Shingella, Salmonella sp, Yersenia*), *iskemia interstinal, inflammatory bowel disease* (*acute or cronic*), *colitis radiasi* (Ariani, 2019).

2.1.5.2 Diare kronik

Diare kronik lebih dari 2 minggu, umumnya diare menurut patofisiologinya dibagi 2 yaitu diare osmotik dan diare sekresi (Ariani, 2019).

2.1.5.3 Diare disentri

Keluarnya tinja sedikit-sedikit dan sering dan mengeluh sakit perut saat BAB. Diare disentri dapat mengakibatkan anoreksia, kehilangan berat badan yang cepat, dan kerusakan mukosa usus karena bakteri.

2.1.6 Dampak Diare

Akibat dari diare, yaitu kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut:

a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonic, atau hipertonik)
b. Renjatan hipovolemik
c. Hypokalemia (gejala meteorismus, hipotoni otot lemah, bradikardi)
d. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim lactose
e. Hipoglikemia
f. Kejang terjadi pada dehidrasi hipertonik
g. Malnutrisi energy protein (akibat muntah dan diare jika lama atau kronik) (Ariani, 2019)

2.1.7 Pencegahan Diare

Kegiatan pencegahan penyakit diare yang benar dan efektif yang dapat dilakukan adalah perilaku sehat

2.1.7.1 Pemberian ASI

ASI adalah makanan paling baik untuk bayi. Komponen zat makanan tersedia dalam bentuk yang ideal dan seimbang untuk dicerna dan diserap secara optimal oleh bayi. ASI saja sudah cukup untuk menjaga pertumbuhan sampai umur 6 bulan. Tidak ada makanan lain yang dibutuhkan selama masa ini. ASI bersifat steril, berbeda dengan sumber susu lain seperti susu formula atau cairan lain yang disiapkan dengan air atau bahan-bahan dapat terkontaminasi dalam botol yang kotor. Pemberian ASI saja, tanpa cairan atau makanan lain dan tanpa menggunakan botol, menghindarkan anak dari bahaya bakteri dan organisme lain yang akan menyebabkan diare. Keadaan seperti ini di sebut disusui secara penuh

(memberikan ASI Eksklusif). Bayi harus disusui secara penuh sampai mereka berumur 6 bulan. Setelah 6 bulan dari kehidupannya, pemberian ASI harus diteruskan sambil ditambahkan dengan makanan lain (proses menyapih). ASI mempunyai khasiat preventif secara imunologik dengan adanya antibodi dan zat-zat lain yang dikandungnya. ASI turut memberikan perlindungan terhadap diare. Pada bayi yang baru lahir, pemberian ASI secara penuh mempunyai daya lindung 4 kali lebih besar terhadap diare daripada pemberian ASI yang disertai dengan susu botol. Flora normal usus bayi yang disusui mencegah tumbuhnya bakteri penyebab botol untuk susu formula, berisiko tinggi menyebabkan diare yang dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk (Purnama, 2016).

2.1.7.2 Menggunakan Air Bersih Yang Cukup

Penularan kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui Face-Oral kuman tersebut dapat ditularkan bila masuk ke dalam mulut melalui makanan, minuman atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya jari-jari tangan, makanan yang wadah atau tempat makan-minum yang dicuci dengan air tercemar. Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air yang benar-benar bersih mempunyai risiko menderita diare lebih kecil dibanding dengan masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih. Masyarakat dapat mengurangi risiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air yang bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanan di rumah (Purnama, 2016).

2.1.7.3 Mencuci Tangan

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare (Menurunkan angka kejadian diare sebesar 47%) (Purnama, 2016).

2.1.7.4 Menggunakan Jamban

Pengalaman di beberapa negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan risiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak mempunyai jamban harus membuat jamban dan keluarga harus buang air besar di jamban (Purnama, 2016).

2.1.7.5 Membuang Tinja Yang Benar

Banyak orang beranggapan bahwa tinja itu tidak berbahaya. Hal ini tidak benar karena tinja bayi dapat pula menularkan penyakit pada anak-anak dan orang tuanya. Tinja bayi harus dibuang secara benar (Purnama, 2016).

2.1.8 Penatalaksanaan 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 mengadung 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 (Kemenkes RI, 2022).

1. Rencana Terapi A (Diare tanpa dehidrasi)

   Usia < 1 tahun : ¼ - ½- gelas setiap kali anak diare

   Usia 1-4 tahun : ½ - 1 gelas setiap kali anak diare

   Usia di atas 5 tahun : 1- ½- gelas setiap kali anak diare

   Tablet Zink diberikan selama 10 hari, lanjutkan pemberian ASI/makan, kembali periksa apabila 3 hari tidak ada perbaikan.

2. Rencana Terapi B (Diare dengan dehidrasi ringan sedang)

   Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama yaitu 75 ml/kg BB dan selanjutnya diteruskan seperti takaran dosis pada Rencana Terapi A.

Tablet Zink diberikan selama 10 hari, setelah 3 jam terapi awal ulangi penilaian dan klasifikasikan derajat dehidrasinya kembali, pilih ulang terapi yang sesuai, mulai memberi anak ASI/makan. Kondisi apabila Ibu memaksa pulang, jelaskan 4 aturan perawatan diare di rumah seperti Rencana Terapi A.

3. Rencana Terapi C (Diare dengan dehidrasi berat)

   Pasien diare yang tidak dapat minum harus segera dibawa ke tempat pelayanan kesehatan untuk dilakukan tindakan infus.

b. Pemberian tablet zinc

   Berikan zinc selama 10 hari berturut turut, zinc merupakn 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 (Kemenkes RI, 2022)

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 biasnya itu akan lebih baik (Kemenkes RI, 2022)

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 (Kemenkes RI, 2022).

   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).

e. Berikan nasihat pada ibu/keluarga

   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

   1. Buang air besar cair lebih sering
   2. Muntah berulang-ulang
   3. Mengalami rasa haus yang nyata
   4. Makan atau minum sedikit
   5. Demam
   6. Tinjanya berdarah
   7. Tidak membaik dalam 3 hari

2.1.8.2 Pemberian inovasi madu

Memberikan oral rehydration salts (ORS) merupakan osmolaritas rendah, zink, dan meningkatkan intake cairan juga termasuk dalam penatalaksanaan pada anak diare). Dehidrasi dapat dicegah dengan mengkonsumsi ORS sehingga mampu mengurangi angka kematian. Memberikan ORS dengan menggabungkan dengan madu dapat dijadikan sebagai pengobatan untuk diare. Madu mampu menghambat 60 spesies bakteri, jamur, dan virus penyebab diare (Wijayanti et al., 2023).

2.2 Konsep Dasar Madu

2.2.1 Pengertian

Madu adalah cairan alami yang umumnya mempunyai rasa manis yang dihasilkan oleh lebah madu dari sari bunga tanaman (floral nektar) atau bagian lain dari tanaman (ekstra floral nektar) atau ekskresi serangga Madu mengandung sejumlah senyawa dan sifat antioksidan yang telah banyak diketahui. Sifat antioksidan dari madu yang berasal dari zat-zat enzimatik (misalnya, katalase, glukosa oksidase dan peroksidase) dan zat-zat non enzimatik (misalnya, asam askorbat, α-tokoferol, karotenoid, asam amino, protein, produk reaksi Maillard, flavonoid dan asam fenolat). Jumlah dan jenis antioksidan ini sangat tergantung pada sumber bunga atau varietas madu, dan telah banyak banyak penelitian yang menunjukkan bahwa adanya hubungan antara aktivitas antioksidan dengan kandungan total fenol (Wulandari, 2017).

2.2.2 Kandungan Madu

Masyarakat Indonesia menggunakan madu sebagai campuran pada jamu tradisional untuk meningkatkan khasiat penyembuhan penyakit seperti infeksi pada saluran cerna dan pernafasan, serta meningkatkan kebugaran tubuh. Madu juga memiliki kemampuan untuk meningkatkan kecepatan pertumbuhan jaringan baru. Madu mengandung banyak mineral seperti natrium, kalsium, magnesium, alumunium, besi, fosfor, dan kalium. Vitamin- vitamin yang terdapat dalam madu adalah thiamin (B1), riboflavin (B2), asam askorbat (C), piridoksin (B6), niasin, asam pantotenat, biotin, asam folat, dan vitamin K. Sedangkan enzim yang penting dalam madu adalah enzim diastase, invertase, glukosa oksidase, peroksidase, dan lipase. Selain itu unsur kandungan lain madu adalah memiliki zat antibiotik atau antibakteri (Wulandari, 2017).

2.2.3 Manfaat Madu untuk Diare

Salah satu metode yang telah ditekankan dalam pengobatan tradisional untuk pengobatan diare adalah dengan mengkonsumsi madu. Madu adalah satu nutrisi kaya yang mengandung karbohidrat, enzim, asam amino, asam organik, mineral,

senyawa aromatik, pigmen, dan serbuk sari. Kaitan antara terapi madu dan diare, 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 menunjukkan bahwa madu alami dapat menurunkan bakteri pada penyakit diare. Madu murni memiliki kemampuan untuk membantu pembentukan jaringan granulasi dan memperbaiki kerusakan pada permukaan kripte usus. Efek prebiotik dari madu juga dapat merangsang pertumbuhan kuman komensial di dalam usus, dengan kemampuannya untuk melekat pada enterosit mukosa usus. Hal ini dapat menghambat kolonisasi sejumlah bakteri penyebab diare, termasuk virus seperti murine dan rebesus rotavirus (Lemone, 2016).

Madu dapat dipakai untuk mengatasi diare karena efek antibakterinya dan kandungan nutrisinya yang mudah dicerna. Manfaat madu lain adalah membantu dalam penggantian cairan tubuh yang hilang akibat diare . Terapi diare yang utama adalah mengganti cairan yang hilang untuk mencegah terjadinya dehidrasi, dengan memberikan cairan rehidrasi/oralit. Gula akan meningkatkan penyerapan garam. Penggantian gula dengan madu pada rehidrasi oral ternyata jauh lebih menguntungkan karena madu mengandung fruktosa yang meningkatkan serapan air dan menurunkan serapan garam natrium sehingga mencegah kelebihan natrium dalam tubuh. Selain itu, fruktosa dapat meningkatkan penyerapan garam kalium, sedangkan gula dapat mengurangi penyerapannya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian madu berpengaruh positif terhadap penurunan frekuensi BAB dan perbaikian konsistensi feses pada anak balita dengan diare akut (Nurmaningsih & Rokhaidah, 2019).

Oralit WHO (2017) telah menentukan formula baru dalam terapi rehidrasi pada anak diare yang berupa formula rehidrasi oral berbasis glukosa (FROBG/oralit standar WHO-selanjutnya akan disebut oralit WHO). Formula ini campuran dari komposisi Natrium Klorida 2,6 g/L, Glukosa Anhidrat 13,5 g/L, Kalium Klorida 1,5 g/L, dan Trisodium sitrat dihidrat 2,9 g/L dengan osmolaritas sebesar 245

mmoI/L. Pemberian oralit merupakan tatalaksana awal untuk diare, karena dapat mengurangi angka kematian anak akibat diare di seluruh dunia. Pemberian oralit lebih awal dapat mencegah terjadinya dehidrasi dan dapat menurunkan durasi serta keparahan diare.

Beberapa hasil penelitian telah membuktikan bahwa pemberian madu dapat membantu mengatasi masalah diare pada anak. Hasil penelitian yang dilakukan di BPM Ika Rianto Klampis Kabupaten Bangkalan menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian oralit terhadap penurunan frekuensi diare pada balita kelompok perlakuan di BPM Ika Rianto, hal ini karena pemberian madu dan oralit pada balita diare memilik pengaruh terhadap penurunan frekuensi diare dikarenakan madu yang dikomsumsi memiliki probotik yang bisa mengurangi bakteri penyebab terjadi nya diare sedangkan oralit mengembalikan cairan tubuh dan mencegah terjadinya rehidrasi serta memperbaiki konsistensi feses pada usus (Wijayanti et al., 2023).

Hasil penelitian lain yang dilakukan di RS. Bina Husada Cibinong juga menunjukkan bahwa pengaruh pemeberian madu terhadap diare pada anak dapat diketahui nilai Z hitung untuk kelompok perlakuan sebesar -2,919 dengan p-value sebesar 0,003 pvalue < p-value 0,05. Maka H0 ditolak hal ini disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian madu terdadap penurunan diare pada anak di RS. Bina Husada Cibinong. Hal ini karena madu juga memiliki pH yang rendah hal tersebut terbukti ketika kesamaan tersebut dapat menghambat bakteri pathogen yang berada dalam usus dan lambung. Dibuktikan dengan kurun waktu 24 jam terjadi penurunan frekuensi diare dan konsistensi diare menjadi semakin padat (Nurjanah et al., 2022).

2.2.4 SOP Pemberian Madu

Langkah-langkah pemberian madu menurut (Wulandari, 2017) adalah sebagai berikut :

a. Persiapan alat
    1. Persiapan 5 cc madu murni
    2. Siapkan 10 cc air mineral hangat
    3. Gelas & Sendok teh
b. Fase Kerja
    1. Siapkan gelas dan sendok teh
    2. Berikan 5 cc madu murni dicampurkan dengan 10 cc air mineral hangat dan berikan pada anak usia 1-5 tahun. Pemberiannya dapat dilakukan 3 kali sehari dalam jangka waktu pemberian inovasi madu 5 hari.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

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.

Pemeriksaan fisik mulai dari pengukuran tanda vital sebagai berikut; tandatanda 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 akan menyebabkan nadi cepat lebih dari 120x/menit, tekanan darah menjadi turun tidak terukur, gelisah, muka pucat, ujung ekstremitas dingin dan sianosis.

2.3.2 Masalah Keperawatan yang Muncul

a. Diare (D.0020)
b. Gangguan pertukaran Gas (D.0003)
c. Hipovolemia (D.0023)
d. Defisit Nutrisi (D.0019)
e. Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit diare adalah sebagai berikut:

2.3.3.1 Diare (D.0020)

1. Pengertian : Diare merupakan pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk dimana penyebabnya bisa secara fisiologis (proses infeksi), psikologis (kecemasan, dan tingkat stress tinggi), situasional (terpapar kontaminan, terpapar toksin, penyalahgunaan laksatif, penyalahgunaan zat,

program pengobatan (agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosulfat, antasida, cimetidine dan antibiotik), perubahan air, makanan dan bakteri pada air). Diare memiiki kriteria mayor berupa; defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam dan feses lembek atau cair. Sementara kriteria minornya berupa urgensi nyeri / kram abdomen, frekuensi peristaltik meningkat dan bising usus hiperaktif.

2. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:
    a. Kontrol pengeluaran feses meningkat,
    b. Keluhan defeksi lama dan sulit menurun,
    c. Mengejan saat defeksi menurun, distensi abdomen menurun,
    d. Nyeri abdomen menurun konsistensi membaik,
    e. Frekuensi defekasi membaik,
    f. Peristaltik usus membaik.
3. Intervensi
    a. Obsevasi
        1) Identifikasi penyebab diare (misalnya inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, ansietas, efek obat-obatan, pemberian botol susu)
        2) Identifikasi riwayat pemberian makanan
        3) Identifikasi gejala invaginasi (misalnya tangisan keras, kepucatan pada bayi)
        4) Monitor warna, volume, frekuensi
        5) Monitor tanda dan gejala hipovolemia (misalnya takikardia, nadi terasa lemah, tekanan darah turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, berat badan menurun).
        6) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
        7) Monitor jumlah pengeluaran diare
        8) Monitor keamanan penyiapan makanan

b. Teraupetik:
    1) Berikan asupan cairan oral (misalnya larutan garam gula, madu, oralit, pedialyte, renalyte)
c. Edukasi:
    1) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
    2) Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
    3) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (misalnya loperamide, difenoksilat)
    4) Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (misalnya ekstrak belladonna, mebeverine)
    5) Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (misalnya atapulgit, smektit, kaolin-pektin)

2.3.3.2 Gangguan pertukaran Gas (D.0003)

1. Pengertian: Gangguan pertukaran gas merupakan kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveoluskapiler dimana penyebabnya adalah ketidakseimbangan ventliasi dan perfusi. Kriteria mayornya terdiri dari dispnea peningkatan PCO2, PO2 menurun, takikardia pH arteri meningkat / menurun, dan bunyi napas tambahan. Sementara kriteria minornya berupa pusing dan penglihatan kabur, sianosis diaforesis, gelisah napas cuping hidung, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, dan kesadaran menurun.
2. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan pertukaran gas pasien meningkat dengan kriteria hasil:
    a. Pola nafas membaik
    b. Warna kulit membaik
    c. Sianosis membaik
    d. Takikardia membaik
    e. Pusing menurun
    f. Gelisah menurun

g. Warna kulit membaik
h. Diaforesis menurun

3. Intervensi
   a. Observasi
      1) Monitor frekuensi, irama, dan kedalaman upaya nafas
      2) Monitor pola nafas, monitor saturasi oksigen
      3) Monitor kemampuan batuk efektif
      4) Monitor adanya produksi sputum
      5) Monitor adanya sumbatan jalan napas
      6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
      7) Auskultasi bunyi napas
   b. Terapeutik:
      1) Alur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
      2) Dokumentasikan hasil pemantauan)
   c. Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
   d. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat

2.3.3.3 Hipovolemia (D.0023)

1. Pengertian : Hipovolemi merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel dan/atau intraseluler yang disebabkan oleh kehilangan cairan aktif dan kekurangan intake cairan. Hipovolemi memiliki kriteria mayor berupa frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, dan hematokrit meningkat. Sementara kriteria minornya seperti merasa lemah dan merasa haus, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, dan berat badan turun secara tiba-tiba.
2. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status cairan pasien membaik dengan kriteria hasil :
   a. Turgor kulit membaik

b. Frekuensi nadi membaik
c. Tekanan darah membaik
d. Membran mukosa membaik
e. Intake cairan membaik
f. Output urine meningkat

3. Intervensi
   a. Observasi
      1) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (misal frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah,tekanan darah menurun ,tekanan nadi menyempit ,tugor kulit menurun , membran mukosa kering , volume urin menurun , haus dan lemah
      2) Monitor intake dan output cairan
   b. Terapeutik
      1) Hitung kebutuhan cairan
      2) Berikan asupan cairan oral
   c. Edukasi
      1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
      2) Anjurkan menghindari posisi mendadak
   d. Kolaborasi
      1) Kolaborasi pemberian cairan oralit

2.3.3.4 Defisit Nutrisi (D.0019)

1. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status nutrisi pasien membaik dengan kriteria hasil:
   a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
   b. Diare menurun
   c. Frenkuensi makan membaik
   d. Nafsu makan membaik
   e. Bising usus membaik

2. Intervensi
    a. Observasi
        1) Identifikasi status nutrisi
        2) Identifikasi alergi danintoleransi makanan
        3) Identifikasi makanan yang di sukai
        4) Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi
        5) Monitor asupan makanan
        6) Monitor berat badan
    b. Terapeutik
        1) Berikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
        2) Berikan makanan tinggi kalori dan protein
    c. Edukasi

        Anjurkan diet yang diprogramkan
    d. Kolaborasi
        1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetukan jumlah kaloridan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu
        2) Kolaborasi pemberian obat antimetik jika perlu

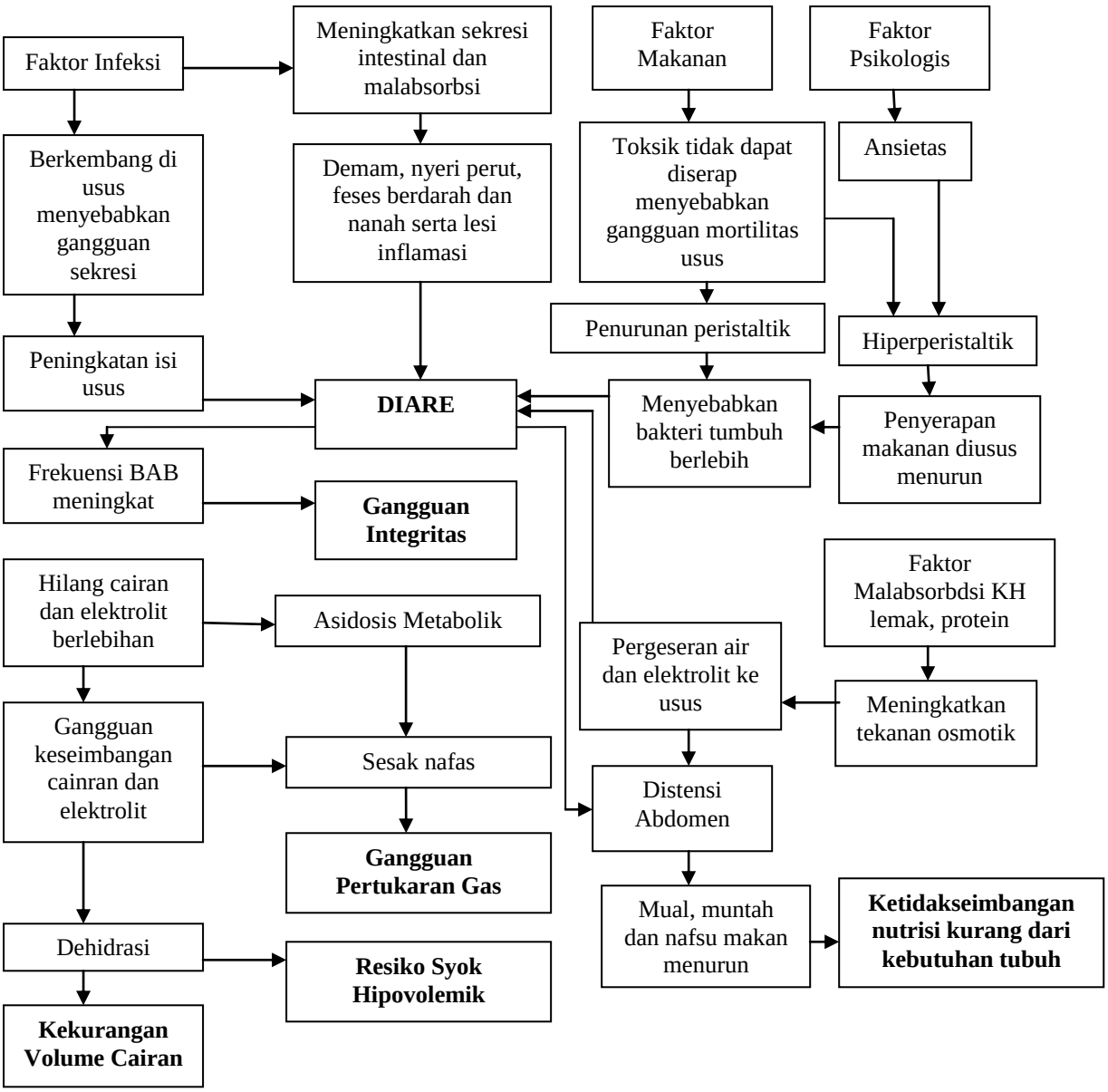
2.3.3.5 Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

1. Pengertian: Integrits kulit meupakan gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermisdan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen) yang disebabkan oleh perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, faktor mekanis (gesekan), dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan. Kerusakan integritas kulit memiliki kriteria mayor kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit. Sementara kriteria minornya seperti nyeri, perdarahan, kemerahan, dan hematoma
2. Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan intergitas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:
    a. Kerusakan lapisan kulit menurun

b. Nyeri menurun
c. Kemerahan menurun
d. Tekstur membaik

3. Intervensi
   a. Observasi
      Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
   b. Terapeutik
      1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
      2) Bersihkan perineal dengan air hangat , terutama selama periode diare
      3) Gunakan petroleum berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
   c. Edukasi
      1) Anjurkan minum air yang cukup
      2) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
      3) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
   d. Kolaborasi
      Kolaborasi pemberian obat topical

2.4 Pathway



Gambar 2.2 Pathway
Sumber : (Ariani, 2019; Lemone, 2016; Wijayanti et al., 2023)

BAB 3
METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan desain studi kasus deskriptif. Dalam jenis studi kasus deskriptif yang merupakan studi kasus yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Deskripsi peristiwa dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual daripada penyimpulan (Hidayat, 2014).

Jenis studi kasus deskriptif terdiri atas rancangan studi kasus dan rancangan survey. Studi kasus merupakan rancangan yang mencakup pengkajian satu unit studi kasus secara intensif, misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Dalam metode studi kasus ini penulis menggunakan jenis desain studi kasus deskriptif, yaitu penulis ingin menggambarkan studi kasus tentang asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan madu pada Pasien Anak Dengan Diare.

3.2 Subyek Studi Kasus

Unit analisis atau partisipan dalam studi kasus ini adalah klien dan keluarganya. Subyek yang digunakan pada studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan ini adalah 2 anak usia 5-7 tahun dengan masalah keperawatan yang sama yaitu pasien anak dengan diare tanpa dehidrasi dan efektifitas inovasi yang sama yaitu dengan pemberian madu murni.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi yang digunakan adalah 2 pasien anak dengan Penyakit Diare akut. Dengan pemberian inovasi madu yang diberikan 3 kali sehari selama kunjungan 5 hari. Fokus studi kasus ini yaitu untuk penerapan inovasi madu untuk menurunkan frekuensi BAB pada pasien diare akut.

3.4 Definisi Operasional

Batasan istilah atau definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.4.1 Diare

Diare akut adalah perubahan konsistensi tinja yang terjadi tiba-tiba akibat kandungan air di dalam tinja melebihi normal (10ml/kg/hari) dengan peningkatan frekuensi defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam dan berlangsung kurang dari 14 hari, diare juga merupakan buang air besar dengan bertambahnya frekuensi yang lebih dari biasanya 3 kali sehari atau lebih dengan konsistensi cair.

3.4.2 Inovasi Madu Untuk Mengurangi Frekuensi Diare

Pemberian terapi oralit dan madu, yang dilakukan dengan metode terapi madu ini dilakukan kunjungan 5 hari. Dosis 5 cc madu yang dicampurkan dengan 10 cc air mineral hangat dan diberikan 3 kali sehari pada pukul 07.00, 15.00, dan 21.00 wib.

3.5 Instrument Studi Kasus

Dalam studi kasus ini menggunakan instrumen yang meliputi formulir informed concent, format data pasien, format pengkajian 13 domain, format asuhan keperawatan, pedoman wawancara, pedoman observasi ceklist pemberian madu yang digunakan untuk mengontrol waktu pemberian pengobatan menggunakan inovasi madu selama 5 hari, formulir observasi frekuensi BAB selama 5 hari, dan formulir observasi konsistensi feses dengan skala Bristol.

3.6 Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Biofisiologis (Pengukuran dimensi fisiologis manusia)

Dalam metode pengumpulan data studi kasus ini penulis melakukan pengukuran/pengkajian terhadap masalah pasien. Pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi; pengukuran tinggi badan, berat badan, pemeriksaan pada abdomen, pemeriksaan eliminasi, terkait frekuensi BAB dan konsistensi feses.

3.6.2 Observasi partisipatif

Partisipatif Metode observasi ini penulis memilih jenis observasi partisipatif adalah observasi yang sekaligus melibatkan diri selaku orang dalam pada situasi tertentu. Hal ini agar memudahkan peneliti memperoleh data atau informasi dengan mudah dan leluasa. Observasi dilakukan oleh penulis untuk mengumpulkan data yang sesuai dengan sifat studi kasus karena mengadakan pengamatan secara langsung atau disebut pengamatan terlibat dimana penulis juga menjadi instrumen atau alat dalam studi kasus sehingga penulis harus mencari data sendiri dengan terjun langsung atau mengamati dan mencari langsung ke beberapa informan yang telah ditentukan sebagai sumber data (Sugiyono, 2019) Observasi yang dilakukan pada studi kasus ini adalah dengan menggunakan beberapa model instrumen, yaitu:

3.6.2.1 Format observasi frekuensi BAB

Dalam studi kasusu ini menggunakan format observasi untuk mengetahui frekuensi BAB pada anak sebelum dan sesudah pemberian terapi inovasi madu.

3.6.2.2 Wawancara dan Dokumentasi

Data dikumpulkan dari hasil wawancara WOD (Wawancara, Observasi, Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkip (catatan terstruktur). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi. Wawancara dilakukan dengan klien dan keluarga klien yaitu orang tua anak yang mengalami diare dan penulis melakukan dokumentasi yang berupa pengkajian sampai dengan evaluasi tindakan.

3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus yang penulis lakukan di hasil Karya Tulis Ilmiah ini yaitu pada dua klien, yaitu pada 2 pasien anak usia 5-7 tahun dengan masalah diare akut tanpa dehidrasi yang ada di wilayah Kecamatan Candimulyo Kabupaten Magelang, pada bulan Juli 2024.

3.8 Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis ini dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.8.1 Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.8.2 Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dan klien.

3.9 Etika Studi Kasus

Etika yang menjadi dasar penyusunan studi kasus yang terdiri dari :

3.9.1 Informed Consent (Persetujuan)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dan responden dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent diberikan sebelum studi kasus dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subyek mengerti maksud dan

tujuan studi kasus, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Dalam melakukan studi kasus ini penulis menggunakan lembar Informed concent yang terdapat pada lampiran sebagai lembar persetujuan untuk tindakan penulis kepada klien yang diberikan kepada orang tua klien

3.9.2 Anonimity (Tanpa Nama)

Dalam etika studi kasus Anonimity ini penulis memberikan jaminan bahwa dalam menggunakan subyek studi kasus dengan tidak memberikan identitas secara jelas dari kedua klien yang digunakan penulis sebagai studi kasus ini melainkan menggunakan nama inisial pada kedua klien menggunakan inisial nama dengan masalah diare.

3.9.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Pada etika studi kasus ini penulis akan memberikan jaminan kerahasiaan yaitu baik dari informasi atau masalah-masalah lainnya dari kedua klien dan hanya akan melaporkan kelompok data tertentu pada hasil studi kasus.

3.9.4 Justice (Keadilan)

Pada etika studi kasus ini penulis memberikan tindakan keperawatan seadiladilnya terhadap kedua responden dengan memberikan perlakuan yang sama dan setara. Penulis juga mendistribusikan perawatan kepada kedua klien dengan adil dan merata.

3.9.5 Beneficience (Berbuat Baik)

Dimana penulis dalan studi kasus ini wajib menerapkan tindakan yang menguntungkan untuk kedua klien dan menghindari tindakan yang merugikan klien. Kesepakatan mengenai prinsip beneficence adalah bahwa kepentingan terbaik klien tetap lebih penting daripada kepentingan diri sendiri.

BAB V
PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Evaluasi yang telah dilakukan selama 3 kali pertemuan didapatkan satu diagnose yang berhasil teratasi, yaitu diare berhubungan dengan malabsorbsi usus. Hal ini dibuktikan dengan An. R dan An. S kooperatif dan ibu klien mau bekerjasama proses keperawatan. Ibu klien memberikan 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, Ecolli, dan Vibrio Cholera. Madu juga memiliki rasa yang manis 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 dan An, S.

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 dapat memberikan masukan kepada pasien tentang penanganan diare pada anak selain menggunakan obat juga dapat menggunakan terapi non farmakologis salah satunya dengan menggunakan madu.

5.2.2 Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan agar dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare secara komperhensif dan mengikuti perkembangan literature-literatur keperawatan yang terbaru.

5.2.3 Bagi mahasiswa keperawatan

Bagi mahasiswa diharapkan dapat mempelajari asuhan keperawatan diare akut pada anak guna meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan diareakut 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

Abdjul, R. L., & Herlina, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus*. *2*(2), 102–107.

Al-Masaudi, S. B., Hussain, M. B., Al-Maaqar, S. M., Al Jaouni, S., & Harakeh, S. (2020). In vitro antibacterial activity of honey against multidrug-resistant Shigella sonnei. Complementary Therapies in Clinical Practice, 41(October), 101257. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101257

Ariani, A. P. (2019). *Diare, Pencegahan dan Pengobatannya*. Yogyakarta: Nuha Medika.

ÇOŞKUN, Z. G., & ÇOŞKUN, F. (2022). Balın İnsan Vücuduna Etkileri Üzerine Bir Derleme. Journal of Apitherapy and Nature, 5(1), 35–68. https://doi.org/10.35206/jan.963498

Hidayat, A. A. A. (2014). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Kalanarky, R. S. M. K., Prasetya, F., & Annisa, N. (2019). Uji Aktivitas ANtidiare Madu dan Kombinasi Madu dengan Infusa Daun Jambu Biji)Psidium guajava L.) terhadap Mencit. Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences, April 2021, 135–138.

Kemenkes RI. (2022). *Buku Manajemen Terpadu Balita Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kirnantoro, & Maryana. (2019). *Anatomi Fisiologi*. Yogyakarta : Pustaka Baru.

Kyle, T., & Carman, S. (2019). *Buku Praktik Keperawatan Pediatri* (Issue 19). Jakarta: EGC.

Lemone, P. (2016). *Efektifitas Madu Untuk Pengobatan Diare*. Jakarta: EGC.

Nurjanah, S., Susaldi, S., & Danismaya, I. (2022). Madu dapat Menurunkan Frekuensi Diare pada Anak. *Journal of Nursing Education and Practice*, *2*(1), 179–184. https://doi.org/10.53801/jnep.v2i1.98

Nurmaningsih, D., & Rokhaidah. (2019). Madu Sebagai Terapi Komplementer Untuk Anak Dengan Diare Akut. *Jurnal Kesehatan Holistic*, *3*(1), 1–10. https://doi.org/10.33377/jkh.v3i1.42

Oktami, R. S. (2017). *Manajemen Terpadu Balita Sakit*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pearce, E. C. (2022). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta: Gramedia.

Prawati, D. D. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Di Tambak Sari, Kota Surabaya. *Jurnal PROMKES*, *7*(1), 34. https://doi.org/10.20473/jpk.v7.i1.2019.34-45

Purnama, S. G. (2016). Buku Ajar Penyakit Berbasis Lingkungan. In *Ministry of Health of the Republic of Indonesia*. Denpasar: Universitas Udayana.

Ridha, N. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sugiyono. (2019). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

Suntin, S., & Botutihe, F. (2021). Terapi Komplementer Madu Pada Anak Untuk Menurunkan Frekuensi Diare. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, *5*(1), 53–60. https://doi.org/10.37337/jkdp.v5i1.217

Wahyuni, N. T., & Program. (2021). Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Balita Systematic Review Bidang Kesehatan Masyarakat. *Program Studi Farmasi, Fakultas MIPA, Universitas Tulang Bawang Lampung*, *8*(September), 270–278.

Widoyono. (2018). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, & Pemberantasannya* (Edisi Kedu, Vol. 4, Issue 1). Jakarta: Erlangga.

Wijayanti, I., Iswati, R. S., & Rosyida, D. A. C. (2023). Pengaruh Pemberian Madu Dan Oralit Terhadap Penurunan Frekuensi Diare Pada Balita Di Bpm Ika Rianto. *Prosiding Seminar Nasional Hasil Riset Dan Pengabdian*, *E-ISSN: 27*, 2776–5105.

Wulandari, D. D. (2017). Kualitas Madu (Keasaman, Kadar Air, Dan Kadar Gula Pereduksi) Berdasarkan Perbedaan Suhu Penyimpanan. *Jurnal Kimia Riset*, *2*(1), 16–22. https://doi.org/10.31938/jsn.v6i2.160