

**INOVASI PEMBERIAN MADU UNTUK MENURUNKAN FREKUENSI
BAB PADA ANAK DENGAN DIARE DI WILAYAH KABUPATEN
MAGELANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah
Program Studi D3 Keperawatan



Disusun Oleh :
Sukma Wulan Sari
17.0601.0014

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2020

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

**INOVASI PEMBERIAN MADU UNTUK MENURUNKAN
FREKUENSI BAB PADA ANAK DENGAN DIARE DI WILAYAH
KABUPATEN MAGELANG**

Telah disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji KTI

Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, Juni 2020

Pembimbing I



Ns. Reni Mareta, M.Kep

NIK. 207708165

Pembimbing II



Ns. Sri Hananto Ponco, M.Kep

NIK. 198408246

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Sukma Wulan Sari
NPM : 17.0601.0014
Program Studi : Keperawatan (D3)
Judul KTI : Inovasi Pemberian Madu untuk Menurunkan Frekuensi BAB pada Anak Dengan Diare Di Wilayah Kabupaten Magelang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang


TIM PENGUJI

Penguji I : Ns. Septi Wardani, M.Kep (.....)
Utama NIK. 108306044

Penguji II : Ns. Reni Marceta, M.Kep (.....)
Pendamping I NIK. 207708165

Penguji III : Ns. Sri Hananto Ponco, M.Kep (.....)
Pendamping II NIK. 198408246

Mengetahui,

Dekan



Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya. Kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Inovasi Pemberian Madu Untuk Menurunkan Frekuensi BAB Pada Anak Diare Di Wilayah Kabupaten Magelang”. Dengan segala kerendahan penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, dorongan, dan dukungan dari berbagai pihak maka sangatlah sulit bagi penulis untuk memenuhi salah satu persyaratan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep., selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, sekaligus pembimbing satu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns. Sri Hananto Ponco, M.Kep., selaku pembimbing dua dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
6. Seluruh Staf dan Karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah membantu

dalam memfasilitasi dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

7. Ayah dan Ibu tercinta serta keluarga besar penulis, yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat untuk penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moril, materiil maupun spiritual hingga selesainya penyusunan Karya Tulis ilmiah.
8. Teman-teman Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan telah banyak memberi dukungan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama 3 tahun yang kita lalui.

Semoga amal Bapak/Ibu/Saudara/Saudari yang telah memberikan pada penulis memperoleh imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Hanya kepada Allah SWT, semata penulis memohon perlindungan-Nya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semuanya.

Magelang, Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar	7
2.2 Inovasi Madu	19
2.2.1 Pengertian Madu	19
2.2.2 Kandungan Madu.....	19
2.2.3 SOP Pemberian Madu.....	20
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	21
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	21
2.3.2 Intervensi keperawatan	22
2.3.3 Implementasi.....	26
2.3.4 Evaluasi.....	26
2.3.5 Pathway.....	27
BAB 3 METODE STUDI KASUS	28
3.1 Jenis Studi Kasus	28
3.2 Subyek Studi Kasus	28
3.3 Fokus Studi Kasus.....	29
3.3.1 Kebutuhan eliminasi pada pasien diare yaitu pada An. D dan An. Z.	29

3.3.2 Penerapan inovasi madu pada An. D dan An. Z untuk menurunkan frekuensi BAB pada pasien diare.	29
3.4 Definisi Operasional	29
3.5 Instrumen Studi Kasus	30
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	30
3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	33
3.8 Analisis Data dan Penyajian Data.....	33
3.9 Etika Studi Kasus	34
BAB 5 PENUTUP.....	53
5.1 Kesimpulan	53
5.2 Saran	53
5.2.1 Bagi Masyarakat	54
5.2.2 Bagi Puskesmas	54
5.2.3 Bagi Profesi Kesehatan.....	54
5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan.....	54
DAFTAR PUSTAKA	55

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Dokumentasi Studi Kasus	32
---	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sitem Pencernaan (Pearce, 2015).....	9
Gambar 2.1 Pathway diare (Dewi, 2016).....	27

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diare buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak daripada biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam. 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 (Herawati, 2017).

Penyakit diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti di Indonesia, karena morbiditas dan mortalitasnya yang masih tinggi. Menurut data World Health Organization (WHO) pada tahun 2013 di Indonesia, diare adalah pembunuh balita nomor dua setelah ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) dan setiap 100.000 balita meninggal karena diare. Prevalensi diare dalam Riskesdas 2013, diare tersebar di semua kelompok umur dengan prevalensi tertinggi terdeteksi pada anak balita (1-4 tahun) yaitu 16,7%. Sedangkan menurut jenis kelamin prevalensi laki-laki dan perempuan hampir sama yaitu 8,9% pada laki-laki dan 9,1% pada perempuan. Survei morbiditas yang dilakukan Subdit Diare, Departemen Kesehatan RI tahun 2000 s/d 2013 terlihat kecenderungan insiden naik. Target nasional angka kematian Case Fatality Rate (CFR) pada KLB diare pada tahun 2014 sebanyak 1,14%. Sedangkan di Jawa Tengah Case Fatality Rate (CFR) yaitu <1%, secara nasional belum mencapai target. Diare juga merupakan penyebab kematian nomor tiga pada semua usia (Fahrunnisa, 2017).

Provinsi Jawa Tengah memiliki 35 kabupaten atau kota. Dari 35 kabupaten atau kota yang ada di Jawa Tengah. Proporsi kasus diare yang ditangani di Jawa Tengah tahun 2017 sebesar 55,8 persen, menurun bila dibandingkan proporsi

tahun 2016 yaitu 68,9 persen. Jumlah kasus diare di Jawa Tengah yaitu di Kota Magelang tahun 2016 sebanyak 3.600 kasus dengan persentase sebesar 139,40% dari jumlah perkiraan kasus sebanyak 2.582 kasus. Jumlah kasus diare di Kota Magelang tahun 2016 mengalami penurunan dibanding kasus Diare tahun 2015 yang sebanyak 3.577 kasus dengan persentase sebesar 139,59%. Tetapi masih lebih rendah dari jumlah kasus tahun 2014 yang tercatat sebanyak 4.129 kasus dengan persentase sebesar 82,09%. Angka kesakitan (Incident Rate/IR) diare di Kota Magelang tahun 2016 sebesar 29,83 per 1.000 penduduk, lebih rendah dari tahun 2015 yang sebesar 29,87 per 1.000 penduduk, maupun IR tahun 2014 yang sebesar 34,72 per 1.000 penduduk. Berdasarkan jenis kelamin, kasus terbanyak terjadi pada perempuan yaitu sebesar 58,6 persen, hal ini disebabkan bahwa perempuan lebih banyak berhubungan dengan faktor risiko diare, yang penularannya melalui fekal oral, terutama berhubungan dengan sarana air bersih, cara penyajian makanan dan PHBS (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Hal-hal yang dapat menyebabkan diare yaitu virus atau bakteri yang masuk ke dalam tubuh bersama makanan dan minuman. Virus atau bakteri tersebut akan sampai ke sel-sel epitel usus halus dan akan menyebabkan infeksi, sehingga dapat merusak sel-sel epitel tersebut. Sel-sel epitel yang rusak akan digantikan oleh sel-sel epitel yang belum matang sehingga fungsi sel-sel ini masih belum optimal. Selanjutnya, vili-vili usus halus mengalami atrofi yang mengakibatkan tidak terserapnya cairan dan makanan dengan baik. Cairan dan makanan yang tidak terserap akan terkumpul di usus halus dan tekanan osmotik usus akan meningkat. Hal ini menyebabkan banyak cairan ditarik ke dalam lumen usus. Cairan dan makanan yang tidak diserap tadi akan terdorong keluar melalui anus dan terjadilah diare. Akibatnya dari diare tersebut mula-mula anak balita menjadi cengeng, gelisah, demam, dan tidak nafsu makan. Tinja akan menjadi cair dan dapat disertai dengan lendir ataupun darah. Warna tinja dapat berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur dengan empedu. Frekuensi defekasi yang meningkat menyebabkan anus dan daerah sekitarnya menjadi lecet. Tinja semakin

lama semakin asam sebagai akibat banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus selama diare. Gejala muntah dapat ditemukan sebelum atau sesudah diare. Muntah dapat disebabkan oleh lambung yang meradang atau gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit (Utami et al., 2016).

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. Rasulullah SAW serta kandungan di dalam Al-Quran meriwayatkan bahwa madu merupakan obat yang dapat menyembuhkan segala macam penyakit. Madu memiliki manfaat yang tinggi bagi dunia medis. Madu dapat mengatasi berbagai infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau mikroba. 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. Dalam cairan rehidrasi, madu dapat menambah kalium dan serapan air tanpa meningkatkan serapan natrium. Hal itu membantu memperbaiki mukosa usus yang rusak, merangsang pertumbuhan jaringan baru dan bekerja sebagai agen anti-inflamasi. Pertumbuhan spesies bakteri yang menyebabkan infeksi lambung, seperti *C. Frundii*, *P. Shigelloides*, dan *E. Coli*, juga dapat dihambat oleh ekstrak madu (Nurmaningsih et al., 2015).

Uji klinis pemberian madu pada anak yang menderita *gastroenteritis* telah diteliti, Para peneliti mengganti glukosa di dalam cairan rehidrasi oral yang mengandung elektrolit dan hasilnya diare mengalami penurunan yang signifikan. Dari studi laboratorium dan uji klinis, madu murni memiliki aktivitas bakterisidal yang dapat melawan beberapa organisme enteropathogenic, termasuk diantaranya spesies dari *Salmonella*, *shigela*, dan *E.colli* (Cholid et al., 2016).

Madu yang ditambahkan ke larutan oralit, dapat memperpendek masa diare akut pada anak yang berusia 1-5 tahun. Madu juga dapat mengendalikan berbagai jenis bakteri dan penyakit menular. Madu juga mempunyai pH yang rendah hal tersebut terbukti ketika keasaman tersebut dapat menghambat bakteri patogen yang berada dalam usus dan lambung. Untuk metode terapi madu yang diberikan pada anak usia 1-5 tahun ini diberikan selama 5 hari dengan dosis madu 5 cc yang ditambahkan pada air hangat 10 cc diberikan 3 kali sehari pada pukul 07.00, 15.00, dan 21.00 wib. Madu yang digunakan dalam studi kasus ini adalah madu murni. Pada madu murni mengandung senyawa organik yang bersifat antibakteri antara lain *inhibine* dari kelompok *flavanoid*, glikosida, dan polyphenol. Mekanisme kerja senyawa organik ini sebagai zat antibakteri adalah dengan cara meracuni protoplasma, merusak dan menembus dinding sel, serta mengendapkan protein sel mikroba dan selanjutnya senyawa fenol tersebut menghambat proses metabolisme mikroorganisme (seperti *Eschericia coli*) sebagai salah satu penyebab timbulnya diare. Dewasa ini, sering terjadi peningkatan resistensi bakteri terhadap antibiotik. Resistensi bakteri terhadap madu belum pernah dilaporkan sehingga membuat madu menjadi agen antibakteri yang sangat menjanjikan dalam melawan bakteri (Nurmaningsih et al., 2015).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk menerapkan metode pemberian madu sebagai langkah efektif dalam mengatasi masalah diare akut yang terjadi pada anak yang berusia 1-5 tahun. Pemberian madu dilakukan dalam 3 kali sehari dengan ukuran 5cc sendok teh dan dicampurkan dengan 10 cc air hangat. Banyaknya kasus diare terutama terjadi pada balita, hal ini memerlukan perhatian dari semua tenaga kesehatan termasuk perawat. Perawat memegang peranan penting dalam melakukan usaha pencegahan dan pengobatan diare. Data Latar belakang ini yang mendasari penulis untuk melakukan study dengan judul pengaruh madu terhadap penurunan frekuensi BAB pada anak diare.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas diketahui masalah diare masih banyak terjadi pada anak-anak bahkan balita. Masalah diare jika tidak segera ditangani akan berdampak lebih buruk lagi. Dan untuk mengatasi masalah tersebut terdapat terapi farmakologi dan non farmakologi, salah satu contoh terapi nonfarmakologi yaitu dengan menggunakan inovasi pemberian madu. Bagaimanakah efektivitas inovasi madu untuk menurunkan frekuensi BAB pada anak dengan diare ?.

1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

Tujuan dibuatnya Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan anak dengan inovasi pemberian madu untuk menurunkan frekuensi BAB anak dengan diare akut.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.1.1. Bagi Masyarakat

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

1.1.2. Bagi Puskesmas

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

1.1.3. Bagi Profesi keperawatan

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

1.1.4. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan masalah diare.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

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 3 kali atau lebih) dalam satu hari. Secara klinis penyebab diare dapat dikelompokkan dalam 6 golongan besar yaitu infeksi disebabkan oleh bakteri, virus atau invasi parasit, malabsorpsi, alergi, keracunan, imunodefisiensi dan sebab-sebab lainnya. Diare merupakan gangguan Buang Air Besar (BAB) ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah (Hartati et al., 2018).

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 3 tahun pertama kehidupan, dimana seorang anak bisa mengalami 1-3 episode diare berat (WHO, 2015).

2.1.2 Klasifikasi Diare

2.1.2.1 Berdasarkan lama diare menurut (Rosa, 2016) yaitu :

1. Diare Akut

Diare akut dimana terjadi sewaktu-waktu dan berlangsung selama 14 hari dengan pengeluaran tinja lunak atau cair yang dapat atau tanpa disertai lendir atau darah. Diare akut dapat menyebabkan dehidrasi dan bila kurang mengkonsumsi makanan akan mengakibatkan kurang gizi.

2. Diare Kronik

Diare kronik berlangsung secara terus-menerus selama lebih dari 2 minggu atau lebih dari 14 hari secara umum diikuti kehilangan berat badan secara signifikan dan masalah nutrisi.

3. Diare persisten

Diare persisten adalah diare akut dengan atau tanpa disertai darah berlanjut sampai 14 hari atau lebih. Jika terdapat dehidrasi sedang atau berat diklasifikasikan sebagai berat atau kronik. Diare persisten menyebabkan kehilangan berat badan karena pengeluaran volume feces dalam jumlah banyak dan berisiko mengalami diare. Diare persisten dibagi menjadi dua yaitu diare persisten berat dan diare persisten tidak berat atau ringan. Diare persisten berat merupakan diare yang berlangsung selama ≥ 14 hari, dengan tanda dehidrasi, sehingga anak memerlukan perawatan di rumah sakit. Sedangkan diare persisten tidak berat atau ringan merupakan diare yang berlangsung selama 14 hari atau lebih yang tidak menunjukkan tanda dehidrasi (Sodikin, 2015).

4. Diare malnutrisi berat

Diare malnutrisi berat disebabkan karena infeksi. Infeksi dapat menyebabkan anak mengalami malnutrisi karena selama sakit, mengalami infeksi, anak mengalami penurunan asupan makanan, gangguan pertahanan dan fungsi imun (Kuntari, 2016).

2.1.2.2 Berdasarkan patofisiologis diklasifikasi menjadi dua yaitu:

1. Diare sekresi

Diare sekresi disebabkan karena infeksi virus baik yang patogen maupun apatogen, hiperperistaltik usus yang dapat disebabkan oleh bahan-bahan kimia misalnya keracunan makanan atau minuman yang terlalu pedas, selain itu juga dapat disebabkan defisiensi imun atau penurunan daya tahan tubuh (Simadibrata, 2015).

2. Diare osmotik

Diare osmotik disebabkan karena meningkatnya tekanan osmotik intralumen dari usus halus yang disebabkan oleh obat-obat/zat kimia, makanan tertentu seperti buah, gula/manisan, permen karet, makanan diet dan pemanis obat berupa karbohidrat yang tidak diabsorpsi seperti sorbitol atau fruktosa. Diare osmotik dapat terjadi akibat gangguan pencernaan kronik terhadap makanan tertentu seperti buah, gula/manisan dan permen karet (Octa, dkk, 2016).

2.1.3 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan



Gambar 2.1 Anatomi Sitem Pencernaan (Pearce, 2015)

Tubuh manusia terdapat sistem yang dapat memproses makanan, dari proses penghancuran sampai proses pengeluaran disebut sistem pencernaan. Susunan saluran pencernaan adalah mulut (*orium*), tekak (*faring*), kerongkongan (*esofagus*), lambung (*ventrikulus*), usus halus (*intestinum minor*), usus besar (*intestinum mayor*), rektum dan anus.

Menurut Nasar, (2016) mengklarifikasikan anatomi fisiologi pencernaan sebagai berikut:

2.1.3.1 Mulut

Mulut atau oris adalah permulaan saluran pencernaan yang terdiri atas bagian yaitu bagian luar yang sempit atau vestibulum yaitu ruang diantara gusi, gigi, bibir dan pipi. Dan bagian rongga mulut bagian dalam, yaitu rongga mulut yang dibatasi sisinya oleh tulang maksilaris, palatum dan mandibularis, di sebelah belakang bersambung dengan faring. Palatum terdiri atas 2 yaitu : Palatum durum (palatum keras) yang merupakan perantara antara rongga hidung dan rongga mulut dan palatum mole (palatum lunak), terletak dibelakang yang merupakan lipatan menggantung yang dapat bergerak. Pipi dilapisi oleh mukosa yang mengandung papilla, otot yang terdapat pada pipi adalah buksinator. Rongga mulut terdapat gigi dan lidah. Gigi dibagi menjadi dua macam yaitu gigi sulung

dan gigi tetap. Gigi sulung terdiri dari 8 buah gigi seri, 4 buah gigi taring dan 8 buah gigi geraham, sedangkan gigi tetap terdiri dari 8 buah gigi seri, 4 buah gigi taring, 8 buah gigi geraham (*molare*) dan 12 gigi geraham (*premolare*). Gigi seri memiliki fungsi sebagai pemotong makanan, gigi taring berfungsi sebagai memutuskan makanan dan gigi geraham berfungsi sebagai pengunyah makanan. Lidah terdiri dari atas otot serat lintang dan dilapisi oleh lendir, otot lidah dapat digerakkan ke segala arah. Lidah memiliki fungsi untuk mengaduk makanan, membentuk suara, sebagai alat pengecap dan menelan, serta merasakan makanan.

2.1.3.2 Faring

Organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esofagus), di dalam lingkungan terdapat tonsil yaitu sekumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan infeksi.

2.1.3.3 Esofagus

Esofagus adalah saluran atau rongga berotot, relatif lurus dan berjalan memanjang di antara faring dan lambung, sebagian esofagus terletak di dalam rongga toraks dan menembus diafragma lalu menyatu dengan lambung di rongga abdomen. Fungsi esofagus adalah menyalurkan makanan ke dalam lambung dan tidak sebagai alat pencernaan.

2.1.3.4 Lambung

Lambung adalah perluasan organ berongga besar menyerupai kantung dalam rongga peritoneum yang terletak diantara esofagus dan usus halus. Dalam keadaan kosong, lambung menyerupai tabung bentuk J, dan bila penuh, berbentuk seperti buah pir raksasa. Lambung terdiri dari antrum kardia (yang menerima esofagus), fundus besar seperti kubah, badan utama atau korpus dan pylorus. Lambung dapat diserang oleh beberapa faktor endogen dan faktor eksogen yang berbahaya. Sebagai contoh faktor endogen adalah asam hidroklorida (HCl), pepsinogen/pepsin, dan garam empedu, sedangkan contoh substansi eksogen yang dapat menyebabkan kerusakan mukosa lambung adalah seperti obat, alkohol, dan bakteri. Sistem biologis yang kompleks dibentuk untuk menyediakan pertahanan dari kerusakan mukosa dan untuk memperbaiki setiap kerusakan yang dapat terjadi.

Sistem pertahanan dapat dibagi menjadi tiga tingkatan sawar yang terdiri dari preepitel, epitel, dan subepitel. Pertahanan lini pertama adalah lapisan mukus bikarbonat, yang berperan sebagai sawar psikokemikal terhadap beberapa molekul termasuk ion hidrogen. Mukus dikeluarkan oleh sel epitel permukaan lambung. Mukus tersebut terdiri dari air (95%) dan pencampuran dari lemak dan glikoprotein. Fungsi gel mukus adalah sebagai lapisan yang tidak dapat dilewati air dan menghalangi difusi ion dan molekul seperti pepsin. Bikarbonat, dikeluarkan sebagai regulasi di bagian sel epitel dari mukosa lambung dan membentuk gradien derajat keasaman 18 (pH) yang berkisar dari 1 sampai 2 pada lapisan lumen dan mencapai 6 sampai 7 di sepanjang lapisan epitel sel.

2.1.3.5 Usus Halus

Usus halus pada orang dewasa panjangnya kira-kira 6 m dan usus besar kira-kira 1.5 m. Usus halus dibagi menjadi duodenum, jejunum dan ileum. Fungsi usus halus adalah menerima zat makanan yang sudah diserap kapiler darah dan saluran limfe, menyerap protein dalam bentuk asam amino, serta karbohidrat yang diserap dalam bentuk monosakarida, di dalam usus halus ada kelenjar yang menghasilkan getah usus untuk mengubah makanan yaitu *enterolinase* mengaktifkan enzim proteolitik dan eripsin mengubah protein menjadi asam amino. Getah *eripsin* terdapat laktase yang mengubah laktase menjadi monosakarida, laktase mengubah sukrosa menjadi monosakarida.

2.1.3.6 Usus Besar

Usus besar atau kolon panjangnya kira-kira 1,5 m dibagi menjadi sekum, kolon asendens, kolon transversum, kolong desendens, dan sigmoid, selanjutnya rektum. Fungsi usus besar adalah menyerap air dari makanan, sebagai tempat tinggal bakteri *E.colli*, sebagai tempat feses.

2.1.3.7 Rektum dan Anus

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar(BAB).

Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, dimana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi. Orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar BAB), yang merupakan fungsi utama anus.

2.1.4 Etiologi

2.1.4.1 Etiologi menurut (Maryunani, 2016) antara lain:

a. Faktor Infeksi

1. Infeksi *enternal*: infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi eksternal sebagai berikut :

- a) Infeksi bakteri: *Vibrio*, *E coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *aeromonas*, dan sebagainya.
- b) Infeksi virus: *Enterovirus* (virus *ECHO*, *Coxsacki*, *Poliomyelitis*) *Adenovirus*, *Rotavirus*, *astrovirus*, dan lain-lain.
- c) Infeksi parasit: cacing (*Ascaris*, *Trichuris*, *Oxycyuris*, *Strongyloides*) protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*), jamur (*Candida albicans*).

2. Infeksi parenteral ialah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti: *otitis media akut* (OMA), *tonsillitis/tonsilofaringitis*, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.

b. Faktor malabsorpsi

1. Malabsorpsi karbohidrat disakarida (intoleransi laktosa, *maltose* dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering (intoleransi laktosa).
 2. Malabsorpsi lemak
 3. Malabsorpsi protein
- c. Faktor makanan, makanan basi, beracun, alergi, terhadap makanan.
- d. Faktor psikologis, rasa takut dan cemas (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar).

2.1.5 Patofisiologi

Diare dapat disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, parasit, dapat disebabkan malabsorpsi makanan yang tidak dapat diserap oleh tubuh, diare juga disebabkan oleh keadaan psikologi. Infeksi berkembang di usus menyebabkan gangguan sekresi sehingga terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit sehingga terjadi peningkatan isi usus menyebabkan diare. Makanan yang tidak dapat diserap menyebabkan gangguan motilitas usus dan keadaan psikologis karena kecemasan terjadi hiperperistaltik sehingga penyerapan makanan di usus menurun atau berkurang atau sebaliknya jika peristaltik usus menurun akan menyebabkan bakteri tumbuh berlebihan dapat menyebabkan diare. Malabsorpsi karbohidrat, lemak, protein dapat meningkatkan tekanan osmotik kemudian dapat menyebabkan pergeseran air dan elektrolit ke usus sehingga menyebabkan diare. Diare menyebabkan frekuensi buang air besar meningkat dan distensi abdomen, terlalu banyak frekuensi buang air besar yang keluar dapat menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit berlebih dan gangguan integritas kulit perianal. Kehilangan cairan dan elektrolit dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan dehidrasi sehingga dapat muncul masalah keperawatan resiko kekurangan volume cairan dan resiko syok (hipovolemik). Kehilangan cairan dan elektrolit dapat menyebabkan asidosis metabolik sehingga menyebabkan sesak, dapat menjadi masalah keperawatan gangguan pertukaran gas. Diare juga menyebabkan distensi abdomen menyebabkan mual muntah pada penderita

sehingga nafsu makan menurun dapat menjadi masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.6 Manifestasi Klinis Diare

Tanda dan Gejala dari diare menurut Suriadi dan Yuliani (2015) adalah :

- 2.1.6.1 Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer.
- 2.1.6.2 Terdapat tanda dan gejala dehidrasi seperti turgor kulit jelek (elastisitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa kering.
- 2.1.6.3 Terjadi kram abdominal
- 2.1.6.4 Terjadi demam
- 2.1.6.5 Terjadi mual, muntah, nafsu makan menurun atau anoreksia
- 2.1.6.6 Tampak lemas, pucat
- 2.1.6.7 Terjadi perubahan tanda-tanda vital seperti nadi dan pernafasan cepat.
- 2.1.6.8 Terjadi penurunan atau tidak ada pengeluaran urine.
- 2.1.6.9 Anus dan daerah sekitarnya lecet karena sering diare.

2.1.7 Komplikasi Diare

Komplikasi diare menurut Ngastiyah (2016) adalah :

- 2.1.7.1 Dapat menyebabkan dehidrasi
Dehidrasi merupakan kondisi yang terjadi karena kehilangan cairan dan elektrolit yang banyak dalam waktu singkat.
- 2.1.7.2 Dapat menyebabkan hipokalemia, hipokalsemia
Hipokalemia (serum K 3,0 mMol/L) merupakan penggantian kadar kalium (K) selama dehidrasi yang tidak cukup sehingga akan terjadi kekurangan kalium (K) yang ditandai dengan kelemahan pada tungkai, ileus, kerusakan ginjal dan aritmia jantung, sedangkan hipokalsemia adalah kondisi yang disebabkan konsentrasi kalium dalam darah rendah atau kurang dari 8,8 mg/dL darah.
- 2.1.7.3 Dapat menyebabkan *cardiac dysrhythmias* akibat hipokalemi dan hipokalsemia. *Cardiac dysrhythmias* merupakan kondisi detak jantung lebih cepat karena hipokalemia dan hipokalsemia.

2.1.7.4 Dapat menyebabkan hiponatremia

Hiponatremia merupakan kondisi yang terjadi pada penderita diare karena kurang cairan atau yang tidak mengandung natrium (Na). Penderita gizi buruk mempunyai resiko terjadi hiponatremia.

2.1.7.5 Dapat menyebabkan syok hipovolemik dan asidosis

Syok hipovolemik merupakan kondisi yang disebabkan karena jantung tidak mampu memasok atau mengalirkan darah yang cukup ke seluruh tubuh akibat volume darah yang kurang. Asidosis merupakan kondisi yang ditandai dengan peningkatan kadar asam atau hilangnya cairan basa ekstraseluler.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Diare

Pemeriksaan anak dengan diare dapat dilakukan pemeriksaan tinja dengan cara makroskopis dan mikroskopis, pengecekan pH dan kadar gula dalam tinja, biakan dan resistensi feses (colok dubur), pemeriksaan analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa, pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal dan pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan Fosfat (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.9 Penanganan Umum Diare

2.1.9.1 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 terkadang dalam oralit dapat terserap dengan baik oleh usus penderita diare. Oralit dapat diberikan sampai diare benar-benar berhenti (Departemen Kesehatan RI, 2015).

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 tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare (Departemen Kesehatan RI, 2015).

c. Pemberian ASI

Pemberian 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, 2015)

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 antibiotik 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 boleh dikeluarkan oleh dokter. Namun di daerah terpencil dimana tenaga dokter belum tersedia maka petugas kesehatan lainnya seperti bisan/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, 2015).

e. Berikan nasihat pada ibu/keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI (2015), berikan nasehat 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

2.1.9.2 Pemberian Inovasi Madu

Pemberian madu untuk mengatasi diare sangat efektif terlebih kandungan madu sebagai antibakterial membentuk 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*) (Wulandari, 2017).

2.1.10 Bristol stool chart

Bristol stool chart merupakan skala yang dirancang untuk menentukan konsistensi feses. Bristol stool chart dikembangkan di Inggris oleh tim kecil ahli gastroenterology di University of Bristol. Konsistensi feses dibagi menjadi 7 tipe, yaitu (Roesli, 2016) :

a) Tipe 1

Bentuknya keras, mirip kacang. Dimeternya berkisar 1-2 cm, dan sangat menyakitkan ketika dikeluarkan, karena bentuknya yang sangat keras, ada kemungkinan dapat menyebabkan pendarahan anorektal. Pada tipe 1 ini tidak terdapat kembung karena fermentasi serat tidak terjadi.

b) Tipe 2

Bentuknya seperti sosis, dan menggumpal. Tipe ini merupakan kombinasi dari tipe 1 yang berkumpul menjadi satu akibat komponen serat dan beberapa bakteri. Diameternya 3-4 cm. Tipe ini dapat merusak lubang apical anal (diameter lubang 3,5 cm) karena ukurannya mendekati atau melebihi lubang apikal anal. Karena bentuknya ini dapat menyebabkan terjadinya laserasi kanal anus, prolapse wasir, atau divertikulosis. Pada tipe ini biasanya feses berada di usus besar setidaknya selama beberapa minggu. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya nyeri anorektal, ambeien, fisura dubur, menahan atau menunda buang air besar, dan riwayat konstipasi kronis. Seseorang yang mengalami tipe ini memungkinkan terjadinya sindrom iritasi usus besar karena tekanan terus menerus oleh feses yang besar pada dinding usus.

c) Tipe 3

Bentuknya seperti sosis dengan permukaan berbentuk retakan. Bentuk ini memiliki karakteristik tipe 2, namun waktu transit lebih cepat. Diameternya 2-3,5 cm.

d) Tipe 4

Tipe 4 Seperti sosis atau ular, dengan konsistensi halus dan lembut. Bentuk ini normal untuk seseorang yang defekasi satu hari satu kali. Diameternya 1-2 cm. Diameter yang lebih besar menunjukkan waktu transit yang lebih lama.

e) Tipe 5

Seperti gumpalan, namun konsistensi lembut mudah dikeluarkan. Bentuk gumpalan dengan tepi yang dipotong jelas dengan bentuk yang ideal. Bentuk ini biasanya dimiliki oleh seseorang yang defekasi dua kali atau tiga kali sehari, setelah makan besar, diameternya 1-1,5 cm.

f) Tipe 6

Permukaan halus, mudah cair, sangat mudah dikeluarkan. Tipe ini biasanya menunjukkan kelebihan kalium makanan, atau dehidrasi mendadak atau lonjakan tekanan darah yang berkaitan stress (hal ini menyebabkan pelepasan air secara cepat dan potassium dari plasma darah ke dalam rongga usus). Hal ini juga dapat mengindikasikan pribadi yang hipersensitif yang rentan terhadap stres,

terlalu banyak konsumsi rempah, minum air dengan kandungan mineral tinggi, atau penggunaan obat pencuci mulut.

g) Tipe 7

Tipe ini tidak memiliki bentuk, hanya berupa cairan. Tipe ini adalah tipe pada kondisi diare. Kandungan cairan usus halus 1,5-2 liter setiap hari.

2.2 Inovasi Madu

2.2.1 Pengertian Madu

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 enzimatis (misalnya, katalase, glukosa oksidase dan peroksidase) dan zat-zat non enzimatis (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 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, aluminium, 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).

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 yang telah diteliti Adebolu, Adeoye, & Oyetayo (2015), dan menemukan bahwa madu alami dapat menurunkan bakteri pada penyakit diare. Madu murni dapat membantu terbentuknya jaringan granulasi memperbaiki kerusakan permukaan kripte usus dan adanya efek madu sebagai prebiotik yang dapat menumbuhkan kuman komensial dalam usus dengan kemampuan melekat pada enterosit mukosa usus sehingga dapat menghambat kolonisasi sejumlah bakteri penyebab diare termasuk virus (*murine dan rebesus rotavirus*) (Lemone, 2016).

2.2.3 SOP Pemberian Madu

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

1. Persiapan alat
 - a) Persiapan 5 cc madu murni
 - b) Siapkan 10 cc air mineral hangat
 - c) Gelas & Sendok teh
2. Fase Kerja
 - a) Siapkan gelas dan sendok teh
 - b) 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

Menurut Padila (2017) Asuhan keperawatan pada anak dengan kasus diare dapat dilakukan dengan :

1. Identitas klien meliputi : nama klien, jenis kelamin, dan umur klien
2. Keluhan utama
Dimulai dengan keluhan mual, muntah, dan diare dengan volume yang banyak, suhu badan meningkat, dan nyeri perut.
3. 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.
4. 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 (Pradila, 2016).

Pemeriksaan fisik mulai dari pengukuran tanda vital sebagai berikut; tanda-tanda vital terjadi peningkatan suhu tubuh, dan disertai ada atau tidak ada peningkatan nadi, pernapasan. Pada anak yang terjadi diare terus menerus akan terjadi kekurangan cairan didapatkan rasa haus, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun, dan suara serak. Saat anak mengalami diare

yang berlanjut akan terjadi gangguan biokimia yang berupa asidosis metabolik, nafas cepat dan dalam, banyak kekurangan kalium yang akan menyebabkan aritmia jantung. Apabila diare yang akan dialami anak termasuk dalam kualifikasi diare berat maka anak akan mengalami syok hipovolemik berat yang akan menyebabkan nadi cepat lebih dari 120x/menit, tekanan darah menjadi turun tidak teratur, gelisah, muka pucat, ujung ekstremitas dingin dan sianosis.

5. Masalah keperawatan yang muncul Menurut NANDA

- 1) Diare b.d malabsorpsi usus
- 2) Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan aktif
- 3) Kerusakan integritas kulit b.d faktor mekanik (misal; daya gesek, tekanan, imobilitas fisik)
- 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan intake makanan
- 5) Resiko syok (hipovolemik)

2.3.2 Intervensi keperawatan

1. Diare berhubungan dengan malabsorpsi usus

- 1) Definisi : feses lunak tidak berbentuk
- 2) Batasan karakteristik : Ada dorongan untuk defekasi, bising usus hiperaktif, defekasi feses cair >3 dalam kali dalam 24 jam, kram, nyeri abdomen (NANDA, 2018).
- 3) 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, 2016)
- 4) Intervensi yang dilakukan pada asuhan keperawatan anak adalah (Moorhead et.al., 2016) :
 - a) Manajemen Diare (0460)
 1. Tentukan riwayat diare.
 2. Ambil tinja untuk pemeriksaan kultur dan sensitivitas bila diare berlanjut.

3. Evaluasi profil pengobatan terhadap adanya efek samping pada gastrointestinal.
4. Ajari pasien cara penggunaan obat anti diare secara tepat.
5. Instruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.
6. Evaluasi kandungan nutrisi dari makanan yang sudah dikonsumsi sebelumnya.
7. Berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatan porsi secara bertahap.
8. Anjurkan pasien menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut.
9. Anjurkan pasien untuk mencoba menghindari makanan yang mengandung laktosa.
10. Identifikasi faktor yang bisa menyebabkan diare (misalnya, medikasi, bakteri, dan pemberian makanan lewat selang).
11. Monitor tanda dan gejala diare.
12. Instruksikan pasien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami episode diare.
13. Amati turgor kulit secara berkala.
14. Monitor kulit perineum terhadap adanya iritasi dan ulserasi.
15. Ukur diare/output pencernaan.
16. Timbang pasien secara berkala.
17. Beritahu dokter jika terjadi peningkatan frekuensi atau suara perut.
18. Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala menetap.
19. Instruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori, sesuai kebutuhan.
20. Instruksikan untuk menghindari laksatif.
21. Ajari pasien cara menuliskan diare makanan.
22. Ajari pasien cara menurunkan stres, sesuai kebutuhan.
23. Bantu pasien untuk melakukan teknik penurun stres.
24. Monitor persiapan makanan yang aman.

25. Lakukan tindakan untuk mengistirahatkan perut (misalnya, nutrisi, diet cair).

b) Manajemen Cairan (4120)

1. Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien.
2. Hitung atau timbang popok dengan baik.
3. Jaga intake/asupan yang akurat dan catat output (pasien).
4. Masukkan kateter urine.
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 terapi IV/seperti yang ditentukan.
14. Monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis.
15. Berikan cairan dengan tepat.
16. Berikan diuretik yang diresepkan.
17. 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.
18. Arahkan pasien mengenai status NPO.

19. Berikan penggantian nasogastrik yang diresepkan berdasarkan output (pasien).
 20. Distribusikan asupan cairan selama 24 jam.
 21. Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam memberikan makanan dengan baik.
 22. Tawari makanan ringan (misalnya; makanan ringan dan buah-buahan segar/jus buah).
 23. Batasi asupan air pada kondisi pengenceran *hiponatremia* dengan serum Na di bawah 130 mEq per liter.
 24. Monitor reaksi pasien terhadap terapi elektrolit yang diresepkan.
- c) 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, protrombin, obat-obatan) yang sesuai.
 9. Monitor instruksi obat yang 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.

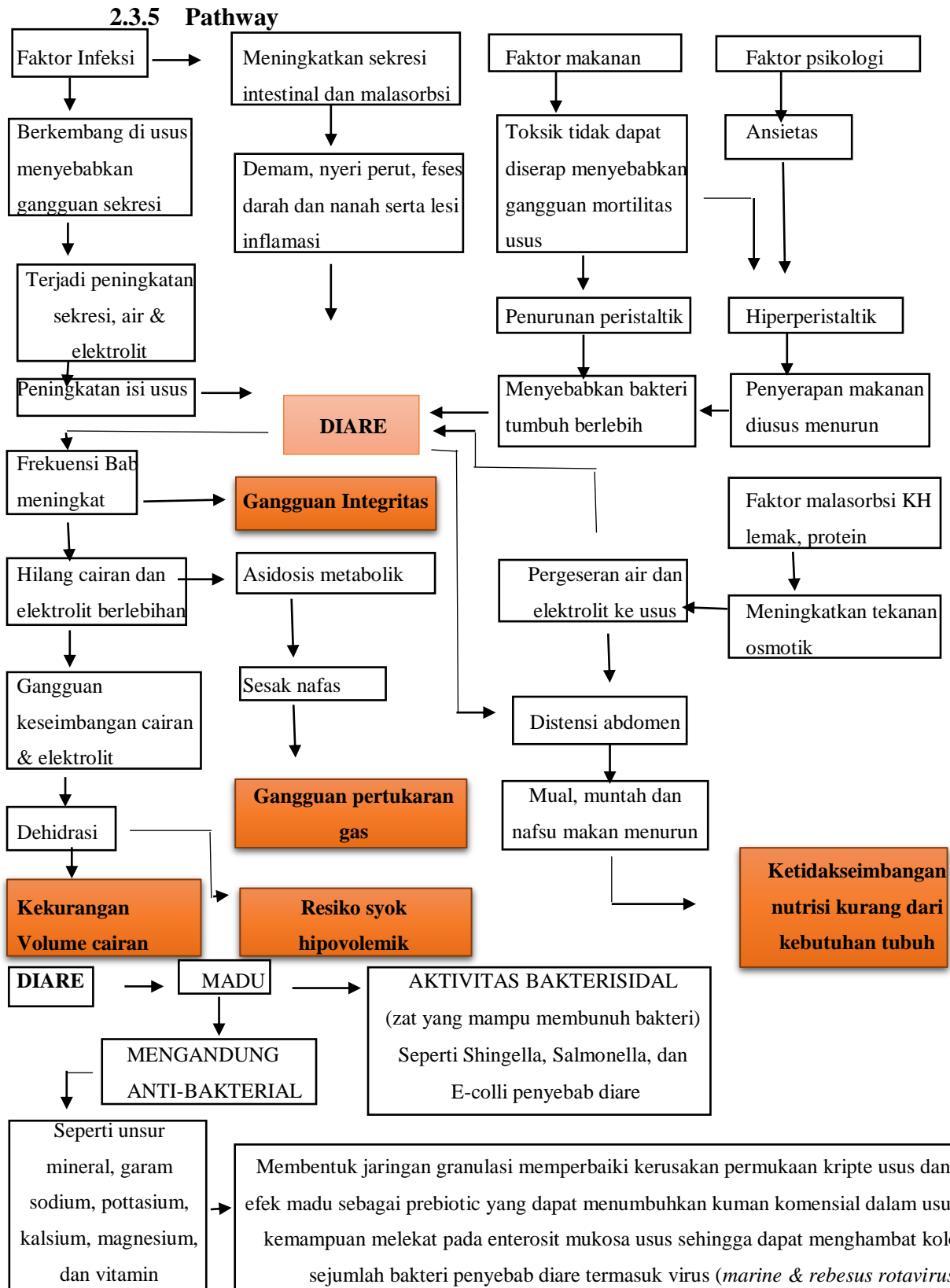
15. Pertimbangkan faktor-faktor yang dapat menghalangi pasien untuk mengkonsumsi obat yang diresepkan.
16. Kembangkan strategi bersama pasien untuk meningkatkan kepatuhan mengenai regimen obat yang diresepkan.
17. Konsultasi dengan profesional perawatan kesehatan lainnya yang meminimalkan jumlah dan frekuensi obat yang dibutuhkan agar didapatkan efek terapeutik.
18. Ajarkan pasien dan/keluarga mengenai pemberian obat yang sesuai.
19. Berikan pasien dan/ keluarga mengenai informasi tertulis dan visual untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang sesuai.
20. Ajarkan pasien dan/keluarga mengenai tindakan dan efek samping dari obat yang diberikan.
21. Tentukan dampak penggunaan obat pada gaya hidup pasien.
22. Kaji ulang strategi bersama pasien dalam mengelola obat-obatan.

2.3.3 Implementasi

Implementasi yang dilakukan pertama kali yaitu memberikan terapi farmakologi terlebih dahulu dan kemudian ditambah dengan terapi komplementer yang dapat digunakan yaitu dengan memberikan madu. Penanganan diare dengan madu ini dilakukan 5 hari dengan pemberian dosis madu 5cc dan dicampurkan dengan 10 cc air mineral hangat dalam satu kali pemberian.

2.3.4 Evaluasi

Evaluasi dilakukan setiap kali pertemuan selama 5 hari dalam asuhan keperawatan dengan hasil subyektive yaitu klien/keluarga mengerti tentang terapi komplementer yaitu dengan pemberian madu untuk mengurangi frekuensi diare sesuai dengan penelitian sebelumnya sesuai terhadap hasil yang dicapai yaitu frekuensi BAB pada diare berkurang, keluarga klien dapat memberikan terapi pemberian madu kepada klien secara mandiri. Assessment masalah teratasi, dan planning selanjutnya mempertahankan terapi farmakologi dan terapi non farmakologi menggunakan Inovasi pemberian Madu.



Gambar 2.1 Pathway diare (Dewi, 2016)

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 (Nursalam, 2016).

Jenis studi kasus deskriptif menurut Nursalam, (2016) 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 pada Pasien Anak Dengan Diare (Nursalam, 2016).

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 klien dan 1 kasus yaitu pada An. D dan An. Z dengan masalah keperawatan yang sama yaitu pasien anak dengan diare akut 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 :

- 3.3.1 Kebutuhan eliminasi pada pasien diare yaitu pada An. D dan An. Z.
- 3.3.2 Penerapan inovasi madu pada An. D dan An. Z untuk menurunkan frekuensi BAB pada pasien diare.

3.4 Definisi Operasional

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

3.4.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersana pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan. Pada hasil Karya Tulis Ilmiah ini penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. D dan An. Z dengan masalah diare.

3.4.2 Diare

Diare 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.

3.4.3 Inovasi Madu Untuk Mengurangi Frekuensi Diare

Pemberian madu untuk mengatasi diare sangat efektif terlebih kandungan madu sebagai antibacterial membentuk jaringan granulasi memperbaiki kerusakan permukaan kripte usus dan adanya efek madu sebagai prebiotic yang dapat menumbuhkan kuman komensial dalam usus dengan kemampuan melekat pada enterosit mukosa usus sehingga dapat menghambat kolonisasi sejumlah bakteri

penyebab diare termasuk virus (murine dan rebesus rotavirus). Untuk 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. Madu yang digunakan dalam studi kasus ini adalah madu murni. Pada madu mengandung senyawa organik yang bersifat antibakteri antara lain *inhibine* dari kelompok *flavanoid*, *glikosida*, dan *polyphenol*.

3.5 Instrumen 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

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, 2015).

Observasi yang dilakukan pada studi kasus ini adalah dengan menggunakan beberapa model instrumen, yaitu:

3.6.2.1 Format observasi frekuensi BAB

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

3.6.2.2 Wawancara

Teknik wawancara dalam studi kasus ini adalah wawancara terstruktur, yaitu wawancara dilakukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara sistematis dan pertanyaan yang diajukan telah disusun. Sebelumnya wawancara dilakukan penulis terhadap orang tua anak tentang kondisi anak/ masalah diare pada anak.

Tabel 3.1 Dokumentasi Studi Kasus

No	Kegiatan	Kunjungan				
		1	2	3	4	5
1.	a. Observasi dan wawancara dengan 2 responden b. Pengkajian pada 2 responden c. Demonstrasi pada 2 responden terkait penerapan pemberian madu sesuai prosedur					
	d. Pemberian terapi komplementer dengan inovasi madu pertama					
2.	a. Observasi kondisi terhadap 2 responden, terkait pemeriksaan fisik b. Pemberian Terapi Madu kedua c. Memprioritaskan diagnosa keperawatan d. Menyusun rencana keperawatan					
3.	a. Observasi terkait kondisi responden b. Pemberian terapi madu ketiga					
4.	a. Observasi terhadap 2 responden b. Intervensi terhadap 2 responden c. Menyusun rencana keperawatan d. Implementasi keperawatan dan terapi pemberian madu					
5.	a. Observasi 2 responden b. Implementasi terhadap 2 responden c. Evaluasi 2 responden					
6.	a. Pemberian inovasi madu dengan dosis 5cc ,dicampur dengan air hangat 10 cc b. Observasi 2 responden c. Implementasi 2 responden d. Dokumentasi 2 responden e. Evaluasi 2 responden					

3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus yang penulis lakukan di hasil Karya Tulis Ilmiah ini yaitu pada dua klien, yang pertama pada An. D di Desa Sambak, Kajoran Magelang yang dilakukan mulai hari jumat tanggal 10 April 2020 sampai hari selasa tanggal 14 April 2020. Sedangkan pada klien yang kedua yaitu An. Z di Desa Madukoro, Kecamatan Kajoran Kabupaten Magelang dimulai dari hari sabtu tanggal 11 April 2020 sampai hari rabu tanggal 15 April 2020.

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 Pengumpulan Data

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

3.8.2 Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan

obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.8.3 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 consent yang terdapat pada lampiran sebagai lembar persetujuan untuk tindakan penulis kepada klien yang diberikan kepada orang tua klien yaitu Ny. L sebagai Ibu kandung An. D, dan Ny. T sebagai ibu kandung dari An. Z yang telah memberikan persetujuan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan pada anak diare dengan inovasi madu.

3.9.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)

Dalam etika studi kasus *Anonymity* 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 yaitu An. D dan An. Z 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 yaitu An. D

dan An. Z 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 seadil-adilnya terhadap kedua responden yaitu An. D dan An. Z dengan memberikan perlakuan yang sama dan setara. Penulis juga mendistribusikan perawatan kepada kedua klien dengan adil dan merata. Hanya saja ada sedikit perbedaan dalam implementasi keperawatan dikarenakan diagnosa yang berbeda dan perbedaan terapi yang digunakan oleh klien, dikarenakan klien yang pertama yaitu An. D yang sebelumnya sudah diperiksa ke puskesmas oleh orang tuanya dan hanya hal itu yang membedakan hasil studi kasus ini.

3.9.5 *Beneficence* (Berbuat Baik)

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

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada bab sebelumnya maka penulis menyimpulkan Asuhan Keperawatan dengan diagnosa diare berhubungan dengan malabsorpsi usus pada An. D dan diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan situasional pemaparan pada kontaminan pada An. Z dapat teratasi dengan menggunakan inovasi madu yang dilakukan tindakan implementasi selama 5 kali kunjungan rumah dan melakukan implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dengan hasil frekuensi BAB klien menurun. Kandungan yang dimiliki madu sangat efektif untuk mengurangi bising usus dan menurunkan frekuensi diare dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri penyebab diare, dan juga menyerap cairan pada feses sehingga feses yang dikeluarkan tidak dalam bentuk cair.

Hasil evaluasi pada An. D dengan masalah diare berhubungan dengan malabsorpsi usus sudah teratasi dibuktikan dengan klien mau meminum madu yang diberikan dengan pengobatan farmakologi dari puskesmas yaitu zinc dan oralit, dengan tindakan implementasi selama 3 kali kunjungan dengan modifikasi intervensi tetap dilakukan sampai hari ke 5 yaitu memonitor tanda dan gejala diare dan tanda-tanda vital klien apakah ada masalah atau tidak. Begitu juga hasil evaluasi pada An. Z dengan masalah diare berhubungan dengan situasional pemaparan pada kontaminan dengan melakukan implementasi hari ke 4 pada An. Z masalah sudah teratasi dengan tetap mempertahankan intervensi sampai hari ke 5 yaitu memonitor ada atau tidaknya masalah diare yang kambuh atau komplikasi lain.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil Karya Tulis Ilmiah yang telah disusun, maka saran yang dapat disampaikan oleh penulis adalah sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Masyarakat

Diharapkan mampu menjadikan tambahan pengetahuan atau pembelajaran bagi keluarga ataupun masyarakat sekitar dalam menangani masalah diare terhadap anak dan mengenalkan teknik pengobatan secara alami yaitu Inovasi Madu, dan akan lebih efektif lagi dengan didampingi pengobatan farmakologi yaitu obat zinc dan oralit untuk Mengurangi Frekuensi Diare.

5.2.2 Bagi Puskesmas

Diharapkan mampu meningkatkan mutu dalam asuhan keperawatan anak terutama pada kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Memberikan masukan kepada instansi mengenai penanganan diare pada anak dengan memberikan Inovasi Madu untuk Menurunkan Frekuensi Diare.

5.2.3 Bagi Profesi Kesehatan

Diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan khususnya dalam penanganan diare secara tradisional dengan menggunakan madu murni sehingga tenaga kesehatan dapat termotivasi melakukan tindakan pencegahan dan perawatan pada anak dengan diare menggunakan madu murni. Dapat juga sebagai penanganan tambahan atau sebagai kombinasi dalam penanganan diare dengan farmakologi.

5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan dapat menambah inovasi baru terkait dengan penanganan diare dengan menggunakan madu murni dan mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan masalah diare pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Cholid, S., Santosa, B., & Suhartono, S. (2016). *Pengaruh Pemberian Madu pada Diare Akut*. 12(5), 289. <https://doi.org/10.14238/sp12.5.2011.289-95>.
- Departemen Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2015.
- Dewi, E. (2016). *Diare pada kasus an.d (11 bulan) dengan gastroenteritis akut*. *Fakultas Ilmu Kesehatan UMP*, 5–27.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Profil kesehatan Profinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. 3511351(24), 1–112.
- Fahrurnisa. (2017). *Pendidikan Kesehatan Dengan Media Kalender “Pintare” (Pintar Atasi Diare)*. *Jurnal of Health Education*, 2(1), 39–46.
- Hartati, S., Kebidanan, A., & Negeri, S. (2018). *Faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada balita di wilayah kerja puskesmas rejosari pekanbaru*. 3(2), 400–407.
- Herawati, R. (2017). *Pengaruh Pemberian Madu Terhadap Penurunan Frekuensi Diare Pada Anak Balita Di Rumah Sakit Umum (RSUD) Rokan Hulu*. *Jurnal Martenity and Neonatal*, 2(4). <http://e-journal.upp.ac.id/index.php/akbd/article/view/1418>.
- Hidayat. (2016). *Metode Studi Kasus*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kuntari, dkk. (2016). *Faktor risiko malnutrisi pada balita*. *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 7, No. 12, Juli 2016.
- Lemone, priscilla. (2016). *Efektifitas Madu Untuk Pengobatan Diare*, edisi 5. Jakarta: EGC.
- Maryunani. (2016). *Konsep Dasar Diare. Etiologi Diare*, 3(1), 8–31.
- Moorhead, d. (2016). *Edisi enam Nursing Outcomes Classification (Noc)*. Singapore: Elsevier Global Rights
- Nasar, I made., Himawan, Sutisna., & Marwoto, Wirasmi. (2016). *Buku Ajar Patologi II (Khusus)*. Edisi 1. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Ngastiyah. (2016). *Perawatan Anak Sakit* (2 ed.). Jakarta: Buku Kedokteran.

- Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing.
- Nurmaningsih, D., Kesehatan, F. I., Pembangunan, U., & Veteran, N. (2015). *Madu sebagai terapi komplementer untuk anak dengan diare akut*. *Madu Dan Khasiatnya: Suplemen Sehat Tanpa Efek Samping*, 3(1), 1–10.
- Nursalam, metode penelitian. (2016). *Metode Penelitian Studi Kasus*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Padila. (2017). *Asuhan keperawatan penyakit dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pearce, (2015). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: PT Gramedia.
- Puspitayani, D, Fatimah, L. (2016). *Pengaruh Pemberian Madu Terhadap Penurunan Frekuensi Diare Anak Balita di Desa Ngumpul, Jogoroto, Jombang*, Vol. 4 No. 2, Diakses Desember 2016)
- Roesli. (2016). Tinjauan Pustaka. *Bristol Stool Chart, vbbgn*, 1–12.
- Rosa, S. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada aN. A dengan Gastroenteritis Akut Fakultas Ilmu Kesehatan UMP*. 6–32.
- Simadibrata, M., (2015). *Diare Akut dalam Aru W. Sudoyo (Editor) Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Interna publishing.
- Sugiyono, universitas negeri. (2015). Metode penelitian bab III. *Biomass Chem Eng*, 49(23–6), 40–68. https://eprints.uny.ac.id/53740/4/TAS_BAB_III_13416241020.pdf.
- Suriadi. & Yuliani, R. (2015) *Buku Pegangan Praktik Klinik: Asuhan Keperawatan pada Anak*. Edisi ke-2. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Utami, N., Luthfiana, N., Histologi, B., Kedokteran, F., Lampung, U., & Lampung, U. (2016). *Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian Diare pada Anak Factors that Influence The Incidence of Diarrhea in Children*. 5, 101–106.
- World Health Organization. 2015. *Penanganan Diare pada Anak di Rumah Sakit Kecil di Negara Berkembang*. Pedoman untuk Dokter dan Petugas Kesehatan Senior. EGC. Jakarta.
- Wulandari, D. D. (2017). Analisa Kualitas Madu (Keasaman, Kadar Air, dan Kadar Gula Pereduksi) Berdasarkan Perbedaan Suhu Penyimpanan. *Jurnal Kimia Riset*, 2(1), 16. <https://doi.org/10.20473/jkr.v2i1.3768>.