

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DIARE AKUT
PADA An. A DENGAN PEMBERIAN MADU
DI RUANG AGATE ATAS RSUD
Dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR - NERS

Diajukan untuk menempuh pendidikan akhir pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**IRMA PUTRI UTAMI
KHGD 22072**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS ANGKATAN XII
TAHUN AKADEMIK 2023/2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

NAMA : IRMA PUTRI UTAMI
NIM : KHGD 22072
JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DIARE AKUT
PADA An. A DENGAN PEMBERIAN MADU DI RUANG
AGATE ATAS RSUD Dr. SLAMET GARUT

KARYA ILMIAH AKHIR - NERS

KIA ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,
Pembimbing Utama

Eldessa Vava Rila, S.Kep.,Ns.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : IRMA PUTRI UTAMI
NIM : KHGD 22072
**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DIARE AKUT
PADA An. A DENGAN PEMBERIAN MADU DI RUANG
AGATE ATAS RSUD Dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR-NERS

KIA-Ners ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Profesi
Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada garut

Garut, September 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

(Rudi Alfiansyah, S.Kep.,Ns.,M.Pd)

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners

Pembimbing

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

(Eldessa Vava Rila, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2023
Pembuat pernyataan,

Irma Putri U

Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa
Husada Garut, Juli 2023
Irma Putri U¹), Eldessa Vava Rila,
S.Kep.,Ns.,M.Kep²)

- 1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
- 2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DIARE AKUT PADA An. A DENGAN PEMBERIAN MADU DI RUANG AGATE ATAS RSUD Dr. SLAMET GARUT

Di negara berkembang seperti di Indonesia diare merupakan penyakit yang morbiditas dan mortalitasnya yang masih tinggi sampai saat ini, sehingga penyakit ini masih dianggap sebagai masalah kesehatan yang belum bisa diatasi. Penyakit diare didefinisikan sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang lebih dari biasanya yaitu 3 kali atau lebih dalam sehari. Upaya penatalaksanaan pada penderita diare sebagian besar dengan rehidrasi yang berfungsi untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat adanya dehidrasi. Penanganan diare selain menggunakan teknik farmakologi terdapat juga terapi non farmakologi yang dapat digunakan yaitu dengan memberikan madu. Madu dapat dipakai untuk mengatasi diare karena efek antibakterinya dan kandungan nutrisinya yang mudah dicerna. Manfaat madu murni adalah membantu dalam penggantian cairan tubuh yang hilang akibat diare. Tujuan Penelitian ini untuk mendeskripsikan analisis inovasi Pemberian Madu pada An. A dengan Diare Akut di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut. Metode yang digunakan adalah dengan membuat Asuhan Keperawatan. Hasil Penelitian pada kasus diare ini terdapat masalah keperawatan utama yaitu diare, intervensi yang dilakukan berdasarkan EBP yang telah ditelaah sejumlah 3 jurnal nasional dan 2 jurnal internasional yaitu dengan pemberian madu dan terdapat penurunan frekuensi BAB. Kesimpulan analisa kasus didapatkan penurunan frekuensi diare pada An.A, dengan menerapkan Terapi komplementer pemberian madu murni sebanyak 5ml dengan frekuensi 3x/hari, yang di iringi dengan pemberian ORS setiap anak diare untuk menurunkan frekuensi diare.

Kata Kunci: Diare Akut, Madu Murni

Daftar Pustaka: 25 Sumber

*Nursing Professional Education Study
Program Karsa Husada College of
Health Sciences Garut, July 2023
Irma Putri U¹), Eldessa Vava Rila,
S.Kep.,Ns.,M.Kep²)*

- 1) *Student STIKes Karsa Husada Garut*
- 2) *Lecture STIKes Karsa Husada Garut*

ABSTRACT

ANALYSIS OF ACUTE DIARRHEA NURSING CARE IN An. A WITH HONEY GIVING IN THE UPPER AGATE ROOM OF RSUD Dr. SLAMET GARUT

In developing countries such as Indonesia, diarrhea is a disease with high morbidity and mortality, so that this disease is still considered a health problem that cannot be overcome. Diarrhea is defined as a disease characterized by changes in the shape and consistency of loose stools until they melt and an increase in the frequency of bowel movements more than usual, namely 3 or more times a day. Management efforts in patients with diarrhea are mostly with rehydration which serves to replace lost body fluids due to dehydration. Handling diarrhea in addition to using pharmacological techniques, there are also non-pharmacological therapies that can be used, namely by giving honey. Honey can be used to treat diarrhea because of its antibacterial effect and easy-to-digest nutritional content. The benefits of pure honey are to help replace body fluids lost due to diarrhea. The purpose of this study was to describe the analysis of innovation in giving honey to An. A with Acute Diarrhea in the Upper Agate Room at RSUD Dr. Slamet Garut. The method used is to make Nursing Care. The results of the study in this case of diarrhea contained a major nursing problem, namely diarrhea, the intervention was carried out based on evidence based practice which had been reviewed by a number of 3 national journals and 2 international journals, namely by giving honey and there was a decrease in the frequency of defecation. The conclusion of the case analysis was that there was a decrease in the frequency of diarrhea in An.A, by applying complementary therapy by giving 5 ml of pure honey with a frequency of 3 times / day, which was accompanied by giving ORS to every child with diarrhea to reduce the frequency of diarrhea.

Keywords: *Acute Diarrhea, Pure Honey*

Bibliography: *25 Source*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan Anugrah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul : **“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DIARE AKUT PADA AN. A DENGAN PEMBERIAN MADU DI RUANG AGATE ATAS RSUD DR. SLAMET GARUT”**.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun dan diajukan untuk Menempuh Ujian Profesi Ners pada Program Studi Profesi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan skripsi ini penulis tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes. Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep.,Ners.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes. Karsa Husada Garut.
5. Bapak Eldessa Vava Rila, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan KIA ini.

6. Seluruh staf akademik, administratif, dan perpustakaan yang ada di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membantu dan memfasilitasi kebutuhan akademik penulis selama menempuh pendidikan.
7. kepada kedua orangtua saya bapak sukandar dan ibu yeyet sumiyati , yang selalu jadi penyemangat saya sebagai sandaran terkuat dari kerasnya dunia . yang tidak berhenti hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan motivasi. trimakasih selalu berjuang untuk kehidupan saya trimakasih tak terhingga untuk setiap doa dan pengorbanan mama dan bapak selama ini yg selalu di berikan sehingga saya dapat berada di titik ini .
8. kepada Darus Hermawan sebagai parthner special saya , terimakasih telah menjadi sosok pendamping dalam segala hal , yang menemani meluangkan waktunya . mendukung ataupun menghibur dalam kesedihan dan memberi semangat untuk terus maju dan maju tanpa kenal kata menyerah dalam segala hal untuk meraih apa yang menjadi impian saya .
9. Last but no least , terimakasih untuk diri saya sendiri karena telah mau berjuang dan bertahan sejauh ini sehingga dapat berada di titik ini .

Semoga Allah SWT senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Akhir kata dengan segala kekekurangan dan keterbatasan yang ada, semoga KIA ini dapat menambah ilmu baik bagi peneliti maupun bagi para pembaca lainnya.

Garut, Juli 2023

Peneliti

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANGKARYA ILMIAH AKHIR.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Manfaat Penulisan	5
1.3.1 Manfaat Teoritis	5
1.3.2 Manfaat Praktis.....	6
1.3.3 Manfaat Bagi Peneliti	6
1.4 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Diare Akut	8
2.1.1 Pengertian Diare Akut	8
2.1.2 Klasifikasi Diare	9
2.1.3 Etiologi Diare Akut	10
2.1.4 Tanda dan Gejala Diare Akut	10
2.1.5 Patofisiologi Diare Akut	11
2.1.6 Pathway Diare Akut.....	12
2.1.7 Komplikasi Diare Akut.....	13
2.1.8 Penatalaksanaan Diare Akut	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Diare Akut.	17
2.2.1 Pengkajian	17
2.2.2 Masalah Keperawatan Yang Mungkin Muncul	17
2.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan	40
2.2.4 Implementasi Keperawatan	44
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	44
2.3 Konsep Madu	45
2.4 Evidence Based Practice (EBP).....	48
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	50
3.1 Tinjauan Kasus	50

3.1.1 Pengkajian	50
3.1.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah.....	72
3.1.3 Proses Keperawatan	73
3.2 Pembahasan	88
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	96
4.1 Kesimpulan	96
4.2 Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Diare	9
Tabel 2.2 Penanganan Cairan Dehidrasi	15
Tabel 2.3 Standar Volume Urine Normal	22
Tabel 2.4 Besar IWL Menurut Usia	23
Tabel 2.5 Jadwal Pemberian Imunisasi	25
Tabel 2.6 Penilaian Skala Glaslow Pada Anak	26
Tabel 3.1 Riwayat Imunisasi.....	55
Tabel 3.2 Pola Perubahan Nutrisi Tiap Tahap Usia Sampai Saat Ini	58
Tabel 3.3 Eliminasi (BAB dan BAK)	60
Tabel 3.4 Istirahat Tidur.....	60
Tabel 3.5 Personal Hygiene	60
Tabel 3.6 Aktivitas Dan Mobilitas Fisik	60
Tabel 3.7 Nutrisi.....	62
Tabel 3.8 Cairan	62
Tabel 3.9 Hasil Laboratorium	68

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Genogram.....	12
-------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Pemeriksaan Denver II	56
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di negara berkembang seperti di Indonesia diare merupakan penyakit yang morbiditas dan mortalitasnya yang masih tinggi sampai saat ini, sehingga penyakit ini masih dianggap sebagai masalah kesehatan yang belum bisa diatasi. Diare merupakan penyakit endemis khususnya di negara berkembang seperti Indonesia dan penyakit yang berpotensi mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian (Kemenkes RI, 2020). Penyebab utama kematian akibat diare adalah dehidrasi akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui tinja. Kondisi tersebut sering terjadi pada anak-anak, terutama anak dengan kategori gizi kurang, lebih rentan menderita diare walaupun tergolong ringan. Namun, karena kejadian diare itu sering disertai dengan berkurangnya nafsu makan sehingga menyebabkan keadaan tubuh lemah dan keadaan tersebut sangat membahayakan kesehatan anak (Andreas, A.N. 2018).

Penyakit diare didefinisikan sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang lebih dari biasanya yaitu 3 kali atau lebih dalam sehari (Saputri, N. et.al. 2019). Diare juga didefinisikan sebagai suatu kumpulan dari gejala infeksi pada saluran

pencernaan yang dapat disebabkan oleh beberapa organisme seperti bakteri, virus, dan parasite (Mendri, 2018).

Kasus diare di dunia menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018 sejumlah 1,7 miliar dan diare merupakan penyebab nomor satu kematian anak dibawah lima tahun (balita) di seluruh dunia yang mengakibatkan 842.000 kematian, 361.000 diantaranya merupakan balita (WHO, 2018). Di Indonesia, diare merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan prevalensi yang tinggi. Berdasarkan data Kemenkes RI prevalensi diare pada tahun 2018 sebanyak 37,88% atau sekitar 1.516.438 kasus pada balita. Prevalensi tersebut mengalami kenaikan pada tahun 2019 menjadi 40% atau sekitar 1.591.944 kasus pada balita (Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2020). Berdasarkan data tersebut prevalensi diare di Jawa Barat termasuk kedalam 10 provinsi dengan kasus diare tertinggi di Indonesia (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2019). Berdasarkan dari data Jabar Kabupaten Garut merupakan salah satu kota di Jawa Barat dengan prevalensi diare yang cukup tinggi yaitu urutan ke-2 terbanyak kasus diare setelah Kabupaten Bogor, dengan jumlah 60.559 kasus diare pada tahun 2020 di Kabupaten Garut (Dinkes, 2019). Dan pada bulan April hingga bulan Desember 2022 terdapat 119 Kasus Diare di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut (Registrasi Pasien Agate Atas RSU Dr. Slamet Garut, 2022).

Upaya penatalaksanaan pada penderita diare sebagian besar dengan rehidrasi yang berfungsi untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat adanya dehidrasi (Raini & Isnawati, 2017). Walaupun demikian diare

yang berkelanjutan harus diatasi dengan pengobatan farmakologi dan pengobatan non farmakologi. Penanganan diare selain menggunakan teknik farmakologi terdapat juga terapi non farmakologi 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.

Penelitian Sakri (2015) menjelaskan bahwa madu memiliki manfaat yang tinggi bagi dunia medis. Menurut (Ramalivhana dkk, 2014) 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 murni 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.

Madu 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. Saat 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 (Dewi dkk, 2017).

Hasil penelitian Sharif dkk (2017) menunjukkan bahwa madu yang ditambahkan ke larutan oralit, dapat memperpendek masa diare akut pada anak-anak. Madu juga dapat mengendalikan berbagai jenis bakteri dan penyakit menular. Penelitian yang dilakukan oleh Puspitayani & Fatimah (2014) mengatakan madu juga mempunyai pH yang rendah hal tersebut terbukti ketika keasaman tersebut dapat menghambat bakteri patogen yang berada dalam usus dan lambung. Dibuktikan dengan kurun waktu 24 jam, terjadi penurunan frekuensi diare dan konsistensi diare menjadi semakin padat. Saat dievaluasi kondisi anak balita juga semakin lama keadaan umumnya juga semakin membaik.

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. Peran perawat sebagai *care giver* dapat menerapkan terapi komplementer (Purnamawati dkk. 2015).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Diare Akut Pada An. A dengan Pemberian Madu di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan analisis inovasi Pemberian Madu pada An. A dengan Diare Akut di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Diare Akut di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Diare Akut di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien Diare Akut di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Diare Akut di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Diare Akut di ruang Agate Atas RSUD Dr. Slamet Garut.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat mengembangkan ilmu dan teknologi terapan di bidang keperawatan tentang Pemberian Madu terhadap tingkat dehidrasi dan frekuensi diare pada pasien Diare akut.

1.3.2 Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien Diare Akut khususnya dalam menerapkan tindakan pemberian madu untuk menurunkan tingkat dehidrasi dan frekuensi diare pada pasien Diare Akut.

1.3.3 Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah peneliti mempunyai pengetahuan, wawasan, dan pengalaman tentang asuhan keperawatan pemberian madu terhadap penurunan tingkat dehidrasi dan frekuensi diare yang dirasakan oleh pasien Diare Akut.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien diare akut untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer

dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa pada klien dan keluarga serta dari status/rekam medis klien selama sakit.

Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut : BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis, terdiri dari konsep dasar diare akut, konsep asuhan keperawatan pada pasien diare akut, dan konsep madu.

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan meliputi proses asuhan keperawatan yang berisi: laporan askep pada kasus yang diambil, dan disajikan sesuai dengan sistematika dokumentasi proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan. *Evidence Based Practice* terkait intervensi minimal dari 5 jurnal (3 nasional dan 2 internasional).

BAB IV Kesimpulan dan Saran, BAB ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran atau rekomendasi yang operasional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diare Akut

2.1.1 Pengertian Diare Akut

Menurut World Health Organization (WHO) penyakit diare didefinisikan sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang lebih dari biasanya yaitu

3 kali atau lebih dalam sehari yang mungkin dapat disertai dengan muntah atau tinja yang berdarah (Saputri, N. et.al. 2019).

Diare merupakan sebuah penyakit yang disebabkan oleh bakteri yang dapat menular melalui makanan dan minuman. Diare juga dapat ditandai dengan dengan bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara cair dengan frekuensi sering (Prawati Haqi, 2019). Diare berasal dari infeksi berbagai bakteri yang terjadi karena infeksi organisme disentri basiler, bakteri disamping virus dan protozoa. (Tahir A, W, 2013).

Diare akut adalah BAB dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair dan datang secara mendadak, serta berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu (Ariani, 2016).

2.1.2 Klasifikasi Diare

Menurut Ariani, A.P (2016) jenis diare berdasarkan lama waktu diare dibagi menjadi :

1. Diare akut, yaitu BAB dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair dan datang secara mendadak, serta berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu.
2. Diare persisten, yaitu diare akut dengan atau tanpa disertai darah dan berlanjut sampai 14 hari atau lebih. Jika terdapat dehidrasi sedang atau berat, diare persisten di klasifikasikan sebagai berat. Jadi, diare persisten adalah bagian dari diare kronik yang disebabkan oleh penyebab lain.
3. Diare kronik, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 4 minggu, yang memiliki penyebab yang bervariasi dan tidak seluruhnya diketahui.

Menurut Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (2019), Klasifikasi Diare dibagi menjadi :

Tabel 2.1 Klasifikasi Diare

Kategori	Gejala/Derajat Dehidrasi		
	Diare Tanpa Dehidrasi	Diare Dehidrasi Ringan/ Sedang	Diare Dehidrasi Berat
Tanda dan Gejala	Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang.	Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut :	Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut :
Keadaan Umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel /	Letargis atau

		mudah marah.	tidak sadar
Mata	Tidak cekung	Mata cekung.	Mata cekung.
Keinginan untuk minum	Normal, tidak ada haus	Haus, minum dengan lahap.	Tidak bisa minum atau malas minum.
Turgor Kulit	Kembali segera	Cubitan kulit perut kembali lambat	Cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
Dan Jika Diare 14 Hari Atau Lebih			
Dengan dehidrasi		Diare Persisten Berat	
Tanpa Dehidrasi		Diare Persisten	
Dan Jika Ada Darah Dalam Tinja : Disentri			

2.1.3 Etiologi Diare Akut

Menurut Yuliasati Arnis (2016) etiologi pada diare ialah:

1. Infeksi enteral: infeksi ini disebabkan oleh infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab diare pada anak, kuman tersebut diantara lain: bakteri, virus, parasite, protozoa, dan jamur serta bakteri.
2. Infeksi parenteral: dimana infeksi ini di luar alat pencernaan seperti pada otitis media, tonsilitis, bronchpneumonia, hal ini biasanya terjadi pada anak di bawah usia 2 tahun.
3. Faktor malabsorpsi: terjadi pada karbohidrat contohnya pada disakarida, malabsorpsi protein dan lemak.
4. Faktor risiko: dalam faktor ini terjadi diare disebabkan oleh faktor perilaku dan faktor lingkungan yang tidak sehat.

2.1.4 Tanda dan Gejala Diare Akut

Menurut Ngastiyah (2014), gambaran klinis penyakit diare bermula dengan pasien cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare.

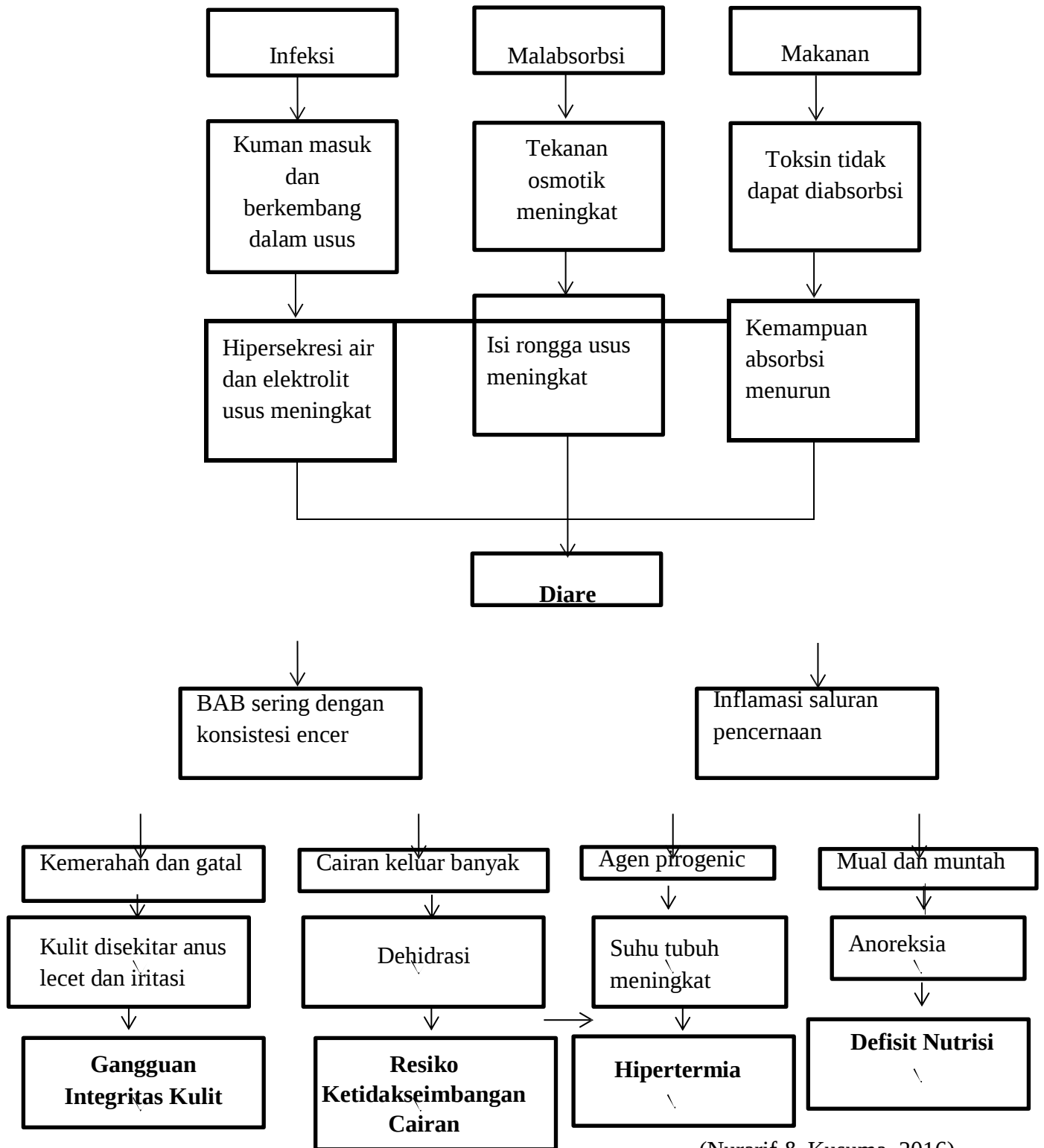
Tinja cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja makin lama berubah kehijau-hijauan karena bercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyak asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare. Gejala muntah dapat timbul sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan karena lambung turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai nampak, yaitu berat badan turun, turgor berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung (pada bayi), selaput lender bibir dan mulut serta kulit tampak kering.

2.1.5 Patofisiologi Diare Akut

Dari beberapa faktor yang menyebabkan diare diantaranya karena faktor infeksi. Dalam proses ini pertama kalinya yaitu mikroorganisme ke dalam saluran pencernaan yang berkembang ke dalam usus dan merusak sel mukosa yang dapat menurunkan usus. Perubahan yang terjadi dalam kapasitas usus dapat menyebabkan gangguan fungsi usus dalam penyerapan cairan dan elektrolit. Faktor lain yaitu malabsorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga menimbulkan pergeseran cairan dan elektrolit ke dalam usus yang meningkatkan rongga usus terjadi diare. Faktor lain pada makanan yang terjadi pada toksin tidak diserap dengan baik, sehingga menimbulkan

peningkatan dan penurunan peristaltik yang mengakibatkan penurunan penyerapan makanan yang mengakibatkan terjadinya diare (Najah, 2020).

2.1.6 Pathway Diare Akut



(Nurarif & Kusuma, 2016).

2.1.7 Komplikasi Diare Akut

Menurut Dwienda (2014), komplikasi pada anak penderita diare adalah sebagai berikut:

1. Dehidrasi (ringan, sedang dan berat).
2. Hipokalemia (ditandai dengan lemah, brakikardi)
3. hipoglikemi 4. kejang apabila anak mengalami dehidrasi hipertonik.

2.1.8 Penatalaksanaan Diare Akut

Menurut buku bagan MTBS (2019) :

a. Rencana Terapi

A : Penanganan Diare di Rumah

1. Beri cairan tambahan (sebanyak anak mau)
 - a) Jelaskan kepada ibu:
 - 1) Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian.
 - 2) Jika anak memperoleh ASI eksklusif , berikan oralit atau air matang sebagai tambahan.
 - 3) Jika anak tidak memperoleh ASI eksklusif berikan 1 atau lebih cairan berikut ini: Oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin) atau air matang.
 - b) Anak harus diberikan oralit jika:
 - 1) Anak telah diobati dengan rencana terapi b atau c dalam kunjungan ini.

- 2) Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diarenya bertambah parah.
- c) Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit.
Beri ibu 6 bungkus oralit (200 ml) untuk digunakan di rumah.
- d) Tunjukkan kepada ibu berapa banyak oralit atau cairan lain yang harus diberikan setiap kali anak buang air besar.
 - 1) Sampai umur 1 tahun: 50 sampai 100 ml setiap kali buang air besar.
 - 2) Umur 1 sampai 5 tahun: 100 sampai 200 ml setiap kali buang air besar.
- e) Katakan kepada ibu:
 - 1) Agar meminumkan sedikit-sedikit tapi sering dari mangkok/cangkir/gelas.
 - 2) Jika anak muntah, tunggu 10 menit.
Kemudian lanjutkan dengan lebih lambat.
 - 3) Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti.
2. Beri tablet zinc selama 10 hari (kecuali pada bayi muda).
3. Lanjutkan pemberian makan.
4. Kapan harus kembali.

b. Rencana Terapi

B: Penanganan Dehidrasi Ringan/Sedang dengan oralit

Tabel 2.2 Penanganan Cairan Dehidrasi

Umur	≤ 4 bulan	4 - 12 bln	12 bln - 2 thn	2 thn - 5 thn
Berat	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 – 19 kg
Cairan	200 – 400	400 – 700	700 - 900	900 – 1400

1. Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama. Jumlah oralit yang diperlukan = berat badan (dalam kg) x 75 ml. Digunakan umur hanya bila berat badan anak tidak diketahui. a) Jika anak menginginkan boleh diberikan lebih banyak dari pedoman diatas.
b) Untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusu, berikan juga 100-200 ml air matang selama periode ini.
2. Tunjukkan cara memberikan larutan oralit
 - a) Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/ mangkok/ gelas.
 - b) Jika anak muntah, tunggu 10 menit kemudian berikan lagi lebih lambat.
 - c) Lanjutkan ASI selama anak mau.
 - d) Bila mata bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI.
3. Berikan tablet zinc selama 10 hari (kecuali bayi muda).

4. Setelah 3 jam:

- a) Ulangi penilaian dan klasifikasikan kembali derajat dehidrasinya.
- b) Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
- c) Mulailah memberi makan anak.

5. Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai:

- a) Tunjukkan cara menyiapkan oralit dirumah.
- b) Tunjukkan berapa banyak oralit yang harus diberikan dirumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan.
- c) Beri larutan oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi sesuai yang dianjurkan dalam Rencana Terapi A.
- d) Jelaskan 4 aturan perawatan diare dirumah.
 - 1) Beri cairan tambahan.
 - 2) Lanjutkan pemberian tablet zinc sampai 10 hari.
 - 3) Lanjutkan pemberian makan.
 - 4) Kapan harus kembali.

c. Rencana Terapi C: Penanganan Dehidrasi Berat dengan Cepat Ikuti tanda panah, jika jawaban “YA” lanjutkan kekanan, jika “TIDAK”, lanjutkan ke bawah.

Pemberian ablet Zinc untuk semua penderita Diare

1. Pastikan semua anak yang menderita diare mendapat tablet Zinc kecuali Bayi Muda
2. Cara pemberian tablet Zinc :
 - a) Larutkan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut ± 30 detik), segera berikan kepada anak.
 - b) Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh
 - c) Ingatkan ibu untuk memberikan tablet Zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti.
 - d) Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetap berikan tablet Zinc segera setelah anak bisa minum atau makan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Diare Akut

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas

Identitas klien atau biodata pada asuhan keperawatan meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua. Pada diare akut, sebagian besar adalah anak yang berumur di bawah dua tahun. Insiden paling tinggi

terjadi pada umur 6-11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. Kejadian diare akut pada anak laki-laki hampir sama dengan anak perempuan (Ambarwati & Nasution, 2015).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan pengembangan dari keluhan utama yang dikembangkan secara PQRSST yaitu :

P : Paliatif/provokatif (penyebab yang memperberat dan mengurangi)

Q : Quantitas (dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, dan berapa banyak)

R : Region/radiasi (lokasi dimana dan penyebarannya) S : Skala (intensitasnya, pengaruh terhadap aktivitas)

T : Time (kapan keluhan tersebut muncul berapa lama dan bersifat tiba-tiba, sering, dan bertahap)

Buang Air Besar (BAB) lebih dari tiga kali sehari, BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (dehidrasi tanpa dehidrasi). BAB 4-10 kali dengan konsistensi cair (dehidrasi ringan/sedang). BAB lebih dari sepuluh kali (dehidrasi berat). Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut. Bila diare berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Wulandari & Erawati, 2016).

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Menurut Wulandari & Erawati (2016) riwayat penyakit sekarang yang mungkin muncul adalah :

- a. Mula-mula bayi/anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemungkinan timbul diare.
- b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau darah. Warna tinja berubah kehijauan karna bercampur dengan empedu.
- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet, karna sering defekasi dan sifatnya asam.
- d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- e. Bila klien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.
- f. Diuresis, yaitu terjadinya oliguria (kurang 1 ml/kgBB/jam) bila terjadi dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut Wulandari & Erawati (2016) riwayat kesehatan dahulu meliputi:

- a. Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotic) karena faktor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab diare.
- b. Riwayat penyakit yang sering terjadi pada anak berusia di bawah 2 tahun biasanya adalah batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah diare. Informasi ini diperlukan untuk melihat tanda dan gejala infeksi lain yang menyebabkan diare seperti OMS, tonsillitis, faringitis, bronkopneumonia, dan ensefalitis.

5. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

a. Prenatal

Mengidentifikasi riwayat kehamilan, pelaksanaan antenatal care, pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid), konsumsi multivitamin dan zat besi, keluhan saat kehamilan (Wulandari & Erawati, 2016)

b. Intranatal

Mengidentifikasi riwayat kelahiran, lahir matur atau prematur, tempat pertolongan persalinan, proses kelahiran, APGAR Score, berat badan dan tinggi badan saat lahir (Wulandari & Erawati, 2016).

c. Postnatal

Kesehatan ibu dan bayi setelah melahirkan, berat badan dan tinggi badan saat dilahirkan, adanya riwayat BBLR yang kurang dari 2500 gram, apakah colostrum keluar segera, apakah bayi sudah mendapatkan imunisasi (Wulandari & Erawati, 2016).

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga diidentifikasi apakah di keluarga ada salah satu keluarga yang mengalami diare atau ada riwayat penyakit menular seperti Hepatitis, HIV AIDS atau keturunan seperti Hipertensi, DM, dan Asma imunisasi (Wulandari & Erawati, 2016).

7. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pada riwayat kesehatan keluarga diidentifikasi apakah penyimpanan makanan pada suhu kamar, kurang menjaga kebersihan, lingkungan tempat tinggal (Wulandari & Erawati, 2016).

8. Riwayat Nutrisi

Riwayat pemberian makanan sebelum sakit diare menurut Wulandari & Erawati (2016) meliputi:

- a. Pemberian ASI penuh pada anak umur 4 – 6 bulan sangat mempengaruhi resiko diare dan infeksi yang serius.

Pada usia 12 – 24 bulan, anak tidak lagi membutuhkan ASI terlalu banyak. Paling tidak hanya sekitar 100 – 150 ml/hari, pemberian diberikan antara 3-5 kali. Penyebabnya karena makanan yang diberikan sudah berbentuk padat dibandingkan satu tahun sebelumnya (Lucky, 2018).

- b. Pemberian susu formula, apakah menggunakan air masak, diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah terjadi pencemaran.
- c. Perasaan haus. Anak diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa), pada dehidrasi ringan/sedang anak merasa haus, ingin minum banyak, sedangkan pada dehidrasi berat anak malas minum atau tidak bisa minum.

9. Pola Aktivitas Atau ADL (*Activity of Daily Living*)

Menurut Bararah & Jauhar (2013) pola aktivitas pada klien diare yaitu:

- a. Pola nutrisi: diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan berat badan klien.
- b. Pola eliminasi: akan mengalami perubahan BAB lebih dari 4 kali sehari, BAK sedikit atau jarang.

Tabel 2.3 Standar Volume Urine Normal

Usia	Volume Urine (ml/kg BB/hari)
Bayi baru lahir	10-90
Bayi	80-90
Anak-anak	50
Remaja	40
Dewasa	30

(Dewi, 2018).

Pengeluaran air melalui feses berkisar antara 100 – 200 mL per hari, yang diatur melalui mekanisme reabsorpsi di dalam mukosa usus besar (kolon). Pengeluaran cairan bukan hanya melalui urine dan feses, tetapi ada kehilangan cairan yang tidak disadari melalui kulit dan pernafasan yaitu IWL (*Inersible Water Loss*). Besarnya IWL pada setiap individu bervariasi, dipengaruhi oleh suhu lingkungan, tingkat metabolisme, dan usia (Dewi, 2018).

Tabel 2.4 Besar IWL Menurut Usia

Usia	Besar IWL ml/kg BB/hari
Bayi baru lahir	30
Bayi	50-60
Anak-anak	50
Remaja	40
Dewasa	30

Sumber Dewi, 2018.

- c. Pola bermain dan aktivitas akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.

- d. Pola istirahat dan tidur akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang menimbulkan rasa tidak nyaman.
- e. Personal *hygiene*, kaji tentang kebiasaan melakukan personal *hygiene*

10. Riwayat Tumbuh Kembang Toddler

a. Pertumbuhan

Untuk menentukan pertumbuhan fisik anak, perlu dilakukan pengukuran antropometri. Pengukuran antropometri yang dilakukan dalam pemeriksaan pertumbuhan adalah berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala. Sedangkan lingkar lengan dan lingkar dada digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak (Wulandari & Erawati, 2016).

1) Perkiraan

Berat Badan dan Tinggi Badan Rata-rata pertambahan berat badan adalah 1,8 sampai 2,7 kg per tahun. Berat rata-rata pada usia 2 tahun adalah 12 kg. Penambahan tinggi badan yang biasa adalah bertambah 7,5 cm/tahun dan terutama terjadi pada perpanjangan tungkai dan bukan batang tubuh. Tinggi badan rata-rata usia 2 tahun adalah 86,6 cm (Wulandari & Erawati, 2016).

2) Lingkar Kepala

Kecepatan pertambahan lingkar kepala melambat pada akhir masa bayi, dan lingkar kepala biasanya sama dengan lingkar dada pada usia 1 sampai 2 tahun. Total pertambahan lingkar kepala pada umumnya selama tahun kedua adalah 2,5 cm. Kemudian kecepatan pertambahan melambat sampai usia 5 tahun, pertambahan tinggi badan kurang dari 1,25 per tahun. Fontanela anterior menutup antara usia 12 sampai 18 bulan (Wulandari & Erawati, 2016).

3) Lingkar Lengan dan Dada

Sedangkan lingkar lengan dan lingkar dada digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak. Lingkar dada terus meningkat ukurannya dan melebihi lingkar kepala selama masa toddler. Bentuknya juga berubah karena diameter transversal, atau lateral melebihi diameter antero-posterior. Setelah tahun kedua lingkar dada melebihi ukuran perut, yang selain untuk pertumbuhan ekstremitas bawah, memberi kesan anak menjadi lebih tinggi dan langsing (Wulandari & Erawati, 2016).

b. Perkembangan

DDST merupakan metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak dan bukan merupakan tes diagnostik atau tes IQ. DDST dapat digunakan bagi anak usia 0-6 tahun. Menilai perkembangan anak dapat menggunakan DDST II (*Denver Development Screening Test II*). Menurut Wulandari dan Erawati (2016) aspek pengkajian mencakup : personal sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar.

11. Riwayat Imunisasi

Tabel 2.5 Jadwal Pemberian Imunisasi

NO	Usia	Imunisasi yang diberikan
1	0 Bulan	Hepatitis B0
2	1 Bulan	BCG, Polio 1
3	2 Bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
4	3 Bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
5	4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4
6	9 Bulan	Campak

(Wulandari & Erawati, 2016).

Riwayat Imunisasi terutama campak, karena diare lebih sering terjadi atau berakibat berat badan pada anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, sebagai akibat dari penurunan kekebalan pada klien (Ambarwati & Nasution, 2015).

12. Pemeriksaan Fisik a. Kesadaran

Tabel 2.6 Penilaian Skala Glaslow Pada Anak

Tanda	Skala Koma Glaslow	Skala Koma Glaslow Modifikasi Pada Anak	Nilai
Mata	Spontan	Spontan	4
	Terhadap perintah	Terhadap suara	3
	Terhadap rangsangan nyeri	Terhadap rangsangan nyeri	2
	Tidak ada	Tidak ada	1
Verbal	Terorientasi Suara tidak dimengerti Agitasi 2 Tidak ada Tidak ada 1	Sesuai usia, terorientasi, ikuti objek, senyuman sosial	5
	Bingung	Menangis tetapi dapat dibujuk, rewel dan menangis keras	4
	Kata – kata yang tidak tepat	Tangisan tak berujuk, tak tanggap lingkungan, gelisah	3
	Suara tidak dimengerti	Agitasi	2
	Tidak ada	Tidak ada	1
Motorik	Mengikuti perintah	Mengikuti perintah, gerakan spontan	6
	Melokalisir nyeri	Melokalisir nyeri	5
	Menghindari nyeri	Menghindari nyeri	4
	Fleksi abnormal terhadap nyeri	Fleksi abnormal terhadap nyeri	3
	Ekstensi abnormal terhadap nyeri	Ekstensi abnormal terhadap nyeri	2
	Tidak ada	Tidak ada	1
Nilai			15

(Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2015).

b. Keadaaan umum

- Baik, sadar (tanpa dehidrasi)
- Gelisah rewel (dehidrasi ringan – sedang)
- Lesu, lunglai, atau tidak sadar (dehidrasi berat)

(Wulandari & Erawati, 2016).

c. Tanda-tanda Vital

Menurut Ngastiyah (2014) tanda – tanda vital berupa nadi, pernapasan, dan suhu dengan nilai normal adalah :

1) Nadi Normal

1. 0 - 3 Bulan : 85-200 x/menit
2. 3 Bulan - 2 Tahun : 100-190 x/menit
3. 2 – 10 Tahun : 60-140 x/menit

2) Respirasi Normal

1. Neonatus : 30 – 60 x/menit
2. 1 bulan – 1 Tahun : 30 – 60 x/menit
3. 1 – 2 tahun : 25 – 50 x/menit
4. 3 – 5 tahun : 20 – 30 x/menit
5. 5 – 9 Tahun : 15 – 30 x/menit
6. > 10 Tahun : 15 – 30 x/menit

3) Suhu Normal

1. Bayi : 36,1°C – 37,7°C
2. Anak : 36,3°C – 37,7°C

3. Dewasa : 36,5°C – 37,5°C

d. Pemeriksaan Fisik Persistem

- 1) Sistem Pencernaan : pada pasien diare biasanya mukosa mulut kering, distensi abdomen, peristaltic meningkat > 35 x/mnt, nafsu makan menurun, mual muntah, minum normal atau tidak haus, minum lahap dan kelihatan haus, minum sedikit atau kelihatan bisa minum (Wulandari & Erawati, 2016).
- 2) Sistem Pernafasan : identifikasi adanya dispnea, pernafasan cepat > 40 x/mnt karena asidosis metabolic (kontraksi otot pernafasan) (Wulandari & Erawati, 2016).
- 3) Sistem Kardiovaskuler : pada pasien diare biasanya nadi cepat > 120 x/mnt dan lemah, tensi menurun pada diare sedang (Wulandari & Erawati, 2016).
- 4) Sistem Integumen : pada pasien diare biasanya warna kulit pucat, turgor menurun > 2 detik, suhu meningkat $> 37,5^{\circ}\text{C}$, akral hangat, akral dingin (waspada syok), CRT (*capillary refill time*) memajang > 2 detik, kemerahan pada daerah perianal (Wulandari & Erawati, 2016).

- 5) Sistem Perkemihan : urin produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/ 24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit (Wulandari & Erawati, 2016).
- 6) Sistem Saraf : identifikasi adanya demam, kejang, sakit kepala yang ditandai dengan menangis terus pada anak-anak atau malas minum dan ubun-ubun cekung.
- 7) Sistem Muskuloskeletal : identifikasi adanya rambut mudah rontok karena kekurangan nutrisi, rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu, Tonus otot menurun, lemah secara menurun (Padila, 2013). Pemeriksaan muskuloskeletal pasien akan menunjukkan kelelahan dan gelisah, penurunan toleransi terhadap aktivitas (Wulandari & Erawati, 2016).
- 8) Sistem Endokrin : identifikasi adanya nyeri menelan, adanya nyeri, ada atau tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening dan adanya massa/pembengkakan (Wulandari & Erawati, 2016).

13. Pemeriksaan Psikologi

- a. Data Psikologi Klien

Mengidentifikasi kondisi psikologis anak dalam menghadapi kondisi sakit (Wulandari & Erawati, 2016).

b. Data Psikologi Keluarga

Mengidentifikasi kondisi psikologis keluarga dalam menghadapi kondisi sakit anak (Wulandari & Erawati, 2016).

c. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit (Wulandari & Erawati, 2016).

d. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah (Wulandari & Erawati, 2016).

e. Data Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Wulandari & Erawati, 2016). Hospitalisasi akan menjadi stressor bagi anak itu sendiri maupun keluarga, kecemasan meningkat jika

orang tua tidak mengetahui prosedur dan pengobatan anak (Bararah & Jauhar, 2013).

14. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wulandari & Erawati (2016) terdiri atas:

- a. Pemeriksaan Tinja
 - 1) Makroskopis dan mikroskopis.
 - 2) pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet clinitest, bila diduga terdapat intoleransi gula.
 - 3) Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.
- b. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, dengan menggunakan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut astrup (suatu pemeriksaan analisa gas darah yang dilakukan melalui darah arteri) bila memungkinkan.
- c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
- d. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).

- e. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

15. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	- Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam. - Feses lembek atau cair - Urgency. - Nyeri/kram abdomen. - Frekuensi peristaltik meningkat. - Bising usus hiperaktif.	Malabsorpsi ↓ Tekanan osmotik meningkat ↓ Isi rongga usus meningkat ↓ Diare	Diare
2	- Prosedur pembedahan mayor - Trauma/pembedahan - Luka bakar - Aferesis - Obstruksi intestinal - Peradangan pankreas - Penyakit ginjal dan kelenjar - Disfungsi intestinal	Diare ↓ BAB sering dengan konsistensi encer ↓ Cairan keluar banyak ↓ Dehidrasi ↓ RESIKO Ketidakseimbangan Cairan	Resiko Ketidakseimbangan Cairan
3	- Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal . - Cepat kenyang setelah makan - Kram/nyeri abdomen - Nafsu makan menurun .	Diare ↓ Inflamasi saluran pencernaan ↓ Mual dan muntah ↓ Anoreksia ↓ Defisit Nutrisi	Defisit Nutrisi

	• Bising usus hiperaktif • Otot pengunyah lemah • Otot menelan lemah • Membran mukosa pucat • Sariawan • Serum albumin turun • Rambut rontok berlebihan • Diare		
4	• Suhu tubuh diatas nilai normal • Kulit merah • Kejang • Takikardi • Takinnea • Kulit terasa hangat	Diare ↓ Inflamasi saluran pencernaan ↓ Suhu tubuh meningkat ↓ Hipertermia	Hipertermia
5	• Kerusakan jaringan dan/atau lapisan • Nyeri • Perdarahan • Kemerahan • Hermatoma	Diare ↓ BAB sering dengan konsistensi encer ↓ Kemerahan dan gatal ↓ Kulit disekitar anus lecet dan iritasi ↓ Gangguan Integritas Kulit	Gangguan Integritas Kulit

2.2.2 Masalah Keperawatan Yang Mungkin Muncul

1. Diare
2. Resiko Ketidakseimbangan Cairan
3. Defisit Nutrisi

4. Hipertermia

5. Gangguan Integritas Kulit

2.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagno sa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Diare Definisi : Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak terbentuk. Penyebab : Fisiologis 1. Inflamasi gastrointestinal. 2. Iritasi gastrointestinal. 3. Proses infeksi. 4. Malabsorpsi. Psikologis 1. Kecemasan. 2. Tingkat stres tinggi. Situasional 1. Terpapar kontaminan. 2. Terpapar toksin. 3. Penyalahgunaan laksatif. 4. Penyalahgunaan zat. 5. Program pengobatan (Agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosultat, antasida, cimetidine dan antibiotik). 6. Perubahan air	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Eliminasi Fekal (L.04033) membaik dengan kriteria hasil : 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Distensi abdomen menurun 3. Teraba massa pada rektal menurun 4. Urgency menurun 5. Nyeri abdomen menurun 6. Kram abdomen menurun 7. Konsistensi feses membaik 8. Frekuensi defekasi membaik	Manajemen Diare (I.03101) • <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. 4. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 5. Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal 6. Monitor jumlah pengeluaran diare 7. Monitor keamanan penyiapan makanan • <i>Terapeutik</i> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika

	dan makanan. 7. Bakteri pada air. Gejala dan Tanda Mayor	9. Peristaltik usus membaik	perlu • Edukasi 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara
	Subjektif : - Objektif : 1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam. 2. Feses lembek atau cair. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1. Urgency. 2. Nyeri/kram abdomen. Objektif : 1. Frekuensi peristaltik meningkat. 2. Bising usus hiperaktif. Kondisi Klinis Terkait : 1. Kanker kolon. 2. Divericulitis. 3. Iritasi usus. 4. Crohn's disease. 5. Ulkus peptikum. 6. Gastritis. 7. Spasme kolon. 8. Kolitis ulseratif. 9. Hipertiroidisme. 10. Demam typoid. 11. Malaria. 12. Sigelosis. 13. Kolera. 14. Disentri. 15. Hepatitis.	melanjutkan kolaborasi	bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan, pembentuk gas, pedas, dan mengandung lactose 3. Anjurkan pemberian ASI Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas 2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik 3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses. Pemantauan Cairan (I.03121) • Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor berat badan 4. Monitor waktu pengisian kapiler 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, waktu dan berat jenis urine 7. Monitor kadar albumin dan protein

			output cairan) 10. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis. Dyspnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 11. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) • <i>Terapeutik</i> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan • <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
2	Resiko Ketidakseimbangan Cairan Definisi : berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intraveskuler,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Keseimbangan Cairan (L.05020) meningkat	Manajemen Cairan (I.03098) • <i>Observasi</i> 1. Monitor status hidrasi (mis, frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa,

	interstisial atau intraselular. Faktor Risiko : 1. Prosedur pembedahan mayor 2. Trauma/pembedahan 3. Luka bakar 4. Aferesis 5. Obstruksi intestinal 6. Peradangan pankreas 7. Penyakit ginjal dan kelenjar 8. Disfungsi intestinal Kondisi Klinis Terkait : 1. Prosedur pembedahan mayor 2. Penyakit ginjal dan kelenjar 3. Perdarahan 4. Luka bakar	dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan meningkat 2. Keluaran urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa bibir meningkat 4. Asupan makanan meningkat 5. Dehidrasi menurun 6. TTV membaik 7. Membran mukosa bibir membaik 8. Mata cekung membaik 9. Turgor kulit membaik 10. Berat badan membaik	turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin , BUN) • <i>Terapeutik</i> 1. Catat intake output dan hitung balans cairan dalam 24 jam 2. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena bila perlu • <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian diuretik, <i>jika perlu</i> Pemantauan Cairan (I.03121) • <i>Observasi</i> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor berat badan 4. Monitor waktu pengisian kapiler 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, waktu dan berat jenis urine 7. Monitor kadar albumin dan protein total 8. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematocrit,
--	---	---	---

			natrium, kalium, BUN) 9. Monitor intake dan output cairan) 10. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis. Dyspnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 11. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) • <i>Terapeutik</i> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan • <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
3	Defisit Nutrisi Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24	Manajemen Nutrisi (I. 03119) • <i>Observasi</i> 1. Identifikasi status nutrisi

	metabolisme Penyebab : 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : - Objektif : 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan	jam diharapkan Status Nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi 3. Perasaan cepat kenyang menurun 4. Diare menurun 5. Berat badan membaik 6. Indeks massa tubuh membaik 7. Frekuensi makan membaik 8. Nafsu makan membaik 9. Bising usus membaik 10. Membran mukosa bibir membaik	2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium • <i>Terapeutik</i> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
--	--	--	---

	menurun . Objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare Kondisi Klinis terkait : 1. Stroke 2. Parkinson 3. Mobius syndrome 4. Cerebral palsy 5. Cleft lip 6. Cleft palate 7. Amyotrophic lateral sclerosis 8. Kerusakan neuromuskular 9. Luka bakar 10. Kanker 11. Infeksi 12. AIDS 13. Penyakit Crohn's 14. Enterokolitis 15. Fibrosis kistik		• Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan • Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
4	Hipertermia Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24	Manajemen Hipertermia (I.15506) • Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermi

	tubuh Penyebab : 1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan inkubator Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : - Objektif : 1. Suhu tubuh diatas nilai normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif : - Objektif : 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat Kondisi Klinis Terkait : 1. Proses infeksi 2. Hipertiroid	jam diharapkan Termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil : 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Pucat menurun 4. Suhu tubuh membaik 5. suhu kulit membaik 6. Kadar glukosa darah membaik 7. Pengisian kapiler membaik 8. Ventilasi membaik	(mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia • <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Batasi oksigen, jika perlu • <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan tirah baring • <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.
--	---	--	---

	3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas		
5	Gangguan Integritas Kulit Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen Penyebab : 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kelebihan/kekurangan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan lapisan kulit menurun 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun 4. Suhu kulit membaik	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) • <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) • <i>Terapeutik</i> 1. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 2. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 3. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering • <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan

	13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan Gejala dan tanda mayor Subjektif : - Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit Gejala dan tanda minor Subjektif : - Objektif : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hermatoma Kondisi klinis terkait : 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes melitus 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)		asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkat asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrime
--	---	--	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Melizza, 2018).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, intervensi keperawatan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi Formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi Sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, Assesment, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, Assesment, Planning, Intervensi, Evaluasi- Revisi (SOAPIE-R) (Melizza, 2018).

2.3 Konsep Madu

Madu adalah makanan fungsional yang memiliki keunikan komposisinya yaitu sifat antimikroba, prebiotik dan efek anti-inflamasi. Pentingnya obat madu telah didokumentasikan sejak zaman kuno, dan telah dikenal memiliki sifat antimikroba dan penyembuhan luka. Lebih dari 1400 tahun yang lalu, Allah dan Rasul-Nya, Nabi Muhammad menganjurkan bahwa madu dapat menyembuhkan berbagai macam masalah medis. Allah berfirman,' dan Tuhanmu mewahyukan kepada

lebah: “Buatlah sarang- sarang di bukit-bukit, di pohon-pohon kayu, dan di tempat-tempat yang dibikin manusia”, kemudian makanlah dari tiap-tiap (macam) buah-buahan dan tempuhlah jalan Tuhanmu yang telah dimudahkan (bagimu). Dari perut lebah itu keluar minuman (madu) yang bermacam-macam warnanya, di dalamnya terdapat obat yang menyembuhkan bagi manusia. Sesungguhnya pada yang demikian itu benar-benar terdapat tanda (kebesaran Tuhan) bagi orang-orang yang memikirkan” (QS. An-Nahl: 68-69).

Dalam ilmu kedokteran, madu telah dilaporkan memiliki nilai obat yang sangat besar. Diperkirakan dapat membersihkan zat-zat berbahaya yang ada dalam usus. Pengobatan dengan madu dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang dan dapat mempercepat pemulihan pada diare dan muntah dan baik juga untuk gangguan pada lambung (Elnady, 2013).

Madu adalah makanan yang mengandung aneka zat gizi seperti karbohidrat, protein, asam amino, vitamin, mineral, dekstrin, pigmen tumbuhan dan komponen Aromatik. Bahkan dari hasil penelitian ahli Gizi dan pangan, madu mengandung karbohidrat yang paling tinggi diantara produk ternak lainnya susu, telur, daging, keju dan mentega sekitar (82,3% lebih tinggi) Setiap 100 gram madu murni bernilai 294 kalori atau perbandingan 1000 gram madu murni setara dengan 50 butir telur ayam atau

5,675 liter susu atau 1680 gram daging. Dari hasil penelitian terbaru ternyata zat-zat atau senyawa yang ada didalam madu sangat komplek yaitu mencapai 181 jenis (Yuniarti, 2013).

Madu diterima sebagai agen pengobatan yang memiliki reputasi yang baik oleh praktisi ilmu kedokteran dan masyarakat umum karena efektif sebagai obat dan memiliki hasil klinis yang baik. Memakan madu dalam jumlah kecil (1-2 sendok makan) umumnya memiliki efek positif pada diare yang disebabkan makanan atau infeksi ringan. Namun, memakan madu dalam jumlah besar umumnya menyebabkan konstipasi ringan sampai parah. Madu telah dilaporkan efektif dalam penyembuhan luka pasca bedah yang terinfeksi. Juga telah dilaporkan dapat menghambat pertumbuhan beberapa bakteri seperti *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella Dublin* dan *Shigella dysenteriae*. Dan juga dapat menghambat pertumbuhan bakteri anaerob (Elnady, 2013).

Madu mengandung unsur-unsur mineral, garam, sodium, potassium, kalsium dan magnesium serta berbagai macam vitamin. Semua unsur ini menormalkan kerja saluran pencernaan. Sebagian besar dari senyawa tersebut bekerja sama untuk menciptakan keseimbangan dalam gerakan dorong menuju usus (Najafi, 2013). Madu dapat membantu terbentuknya jaringan granulasi memperbaiki kerusakan permukaan kriptus usus dan adanya efek madu sebagai prebiotik yang dapat menumbuhkan kuman komensial dalam usus dengan kemampuan

melekat pada enterosit mukosa usus sehingga dapat menghambat kolonisasi sejumlah bakteri penyebab diare termasuk virus (murine dan rebesus rotavirus) (Pujiarto, 2014).

2.4 Evidence Based Practice (EBP)

No	Nama, penulis, tahun	Judul penelitian	Populasi dan Sampel	Jenis Penelitian	Pengumpulan Data	Hasil
1	Rifka Putri Andayani, 2020	Madu sebagai Terapi Komplementer Mengatasi Diare pada Anak Balita	Jumlah sampel yaitu 20 anak di rawat inap RSI Siti Rahmah Padang dalam waktu tujuh minggu yang dimulai pada bulan April sampai Juni 2018.	Penelitian ini menggunakan pendekatan quasi experiment pre test and post test nonequivalent without control group	Pengumpulan data dengan cara kuesioner	Setelah dilakukan pemberian madu dengan ORS selama 3 bulan pengambilan data, dapat kesimpulan bahwa intervensi ini efektif mengurangi frekuensi diare anak balita sehingga dapat diaplikasikan di ruang rawat inap anak.
2	Dwi Nurmaningsi, Rokhaidah, 2019	Madu Sebagai Terapi Komplementer Untuk Anak Dengan Diare Akut	Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 26 anak balita dengan diare akut	Desain dalam penelitian ini menggunakan Quasi experiment dengan Pretest and posttest non equivalent control grou design.	Pengumpulan data dengan cara kuesioner	pemberian madu berpengaruh positif terhadap penurunan frekuensi BAB dan perbaikan konsistensi feses pada anak balita dengan diare akut.
3	Ditte Ayu Suntara, 2023	Pemberian Therapy Pemberian Madu Untuk Mengatasi Diare Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Uncang	Populasi dalam penelitian ini adalah balita dengan diare di wilayah kerja puskesmas tanjung uncang kota batam	Penelitian ini menggunakan pendekatan quasi experiment	Pengumpulan data dengan cara kuesioner	Therapy Pemberian Madu dapat mengatasi diare karena madu memiliki molekul flovanoid dan polifenol yang dapat meminimalkan frekuensi diare dan meningkatkan BB.

		Kota Batam				
4	Abolfazl Mahyar, Parviz Ayazi, Mohammad Reza Shaftaroni, Sonia Oveisi1, Reza Daliran, Shiva Esmaeili, 2021	The Effect of Adding Honey to Zinc in the Treatment of Diarrhea in Children	Jumlah sampel dalam penelitian ini melibatkan 80 anak dengan diare akut	Jenis penelitian ini menggunakan quasi eksperiment dengan case group dan control group	Pengumpulan data dengan cara kuesioner	Penelitian ini menunjukkan bahwa madu dengan zinc mengurangi durasi diare, mempercepat waktu pemulihan, dan mempersingkat durasi rawat inap.
5	Nurwahidah, Arbiansih, 2019	Effectiveness of Tempe Biscuits and Honey to Decrease Frequency of Stools in Children Diarrhea	Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 anak dengan diare	Desain penelitian ini menggunakan quasi-experiment dengan dua kelompok pre dan post-test.	Pengumpulan data dengan cara kuesioner	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian madu lebih efektif menurunkan frekuensi BAB pada anak diare

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 07 Desember 2023 pukul 09.00 WIB di ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut. Pengkajian dilakukan dengan teknik anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis (CM) pasien.

Biodata Pengkaji

Nama Pengkaji : Irma Putri U

Tanggal Pengkajian : 07 Juni 2023

Ruang Pengkajian : Agate atas

Jam Pengkajian : 09.00 WIB

1. Identitas Klien dan Keluarga

Identitas Klien

Nama : An. A

Tempat tanggal lahir/usia : Garut, 16 November 2018/3 Tahun
21 hari

Jenis Kelamin : Perempuan Agama

: Islam Pendidikan : Belum sekolah

Alamat : Kp. Tegal Panjang RT 01/16
Kecamatan Sukinang

Tanggal Masuk RS : 06 Juni 2023

Tanggal Pengkajian : 07 Juni 2023

Diagnosa Medis : Diare Akut

No RM : 1288647

Orangtua

Ayah

Nama : Tn. H

Jenis Kelamin : Laki laki

Usia : 29 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Agama : Islam

Alamat : Kp. Tegal Panjang RT 01/16
Kecamatan Sukinang

Ibu

Nama : Ny. R

Jenis Kelamin : Perempuan

Usia : 29 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Agama : Islam

Alamat : Kp. Tegal Panjang RT 01/16
Kecamatan Sukinang

2. Riwayat Kesehatan

A. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya BAB mencret.

B. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Juni 2023 pukul 09.00 WIB, ibu klien mengatakan anaknya mencret, mencret berkurang apabila sudah diberikan obat, kualitas BAB cair dan dirasakan dibagian perut, frekuensi BAB 6 kali sehari. Mencret disertai mual dan muntah.

C. Riwayat Kesehatan Dahulu

1) Prenatal

- a. Pemeriksaan kehamilan : 12 kali b. Keluhan selama hamil :
 - Pada trimester pertama : mual dan muntah
 - Pada trimester kedua : nyeri punggung
 - Pada trimester ketiga : sulit tidur
- c. Riwayat : terkena sinar belum pernah, terapi obat : hanya sakit demam, flu, batuk
- d. Kenaikan BB selama hamil : 14 Kg e. Imunisasi TT : 2 kali
- f. Golongan darah ibu : B, Golongan darah ayah : A

2) Natal

- a. Tempat melahirkan : bidan

- b. Lama dan jenis persalinan : spontan
- c. Penolong persalinan : bidan
- d. Cara untuk memudahkan persalinan : mengikuti kelas ibu hamil
- e. Komplikasi waktu lahir : tidak ada

3) Post Natal

- a. Kondisi bayi :
 - BB lahir : 3500 gram
 - PB lahir : 50 cm
- b. Apakah anak mengalami : tidak mengalami penyakit kebiruan, kekuningan ataupun kemerahan

(Untuk Semua Usia)

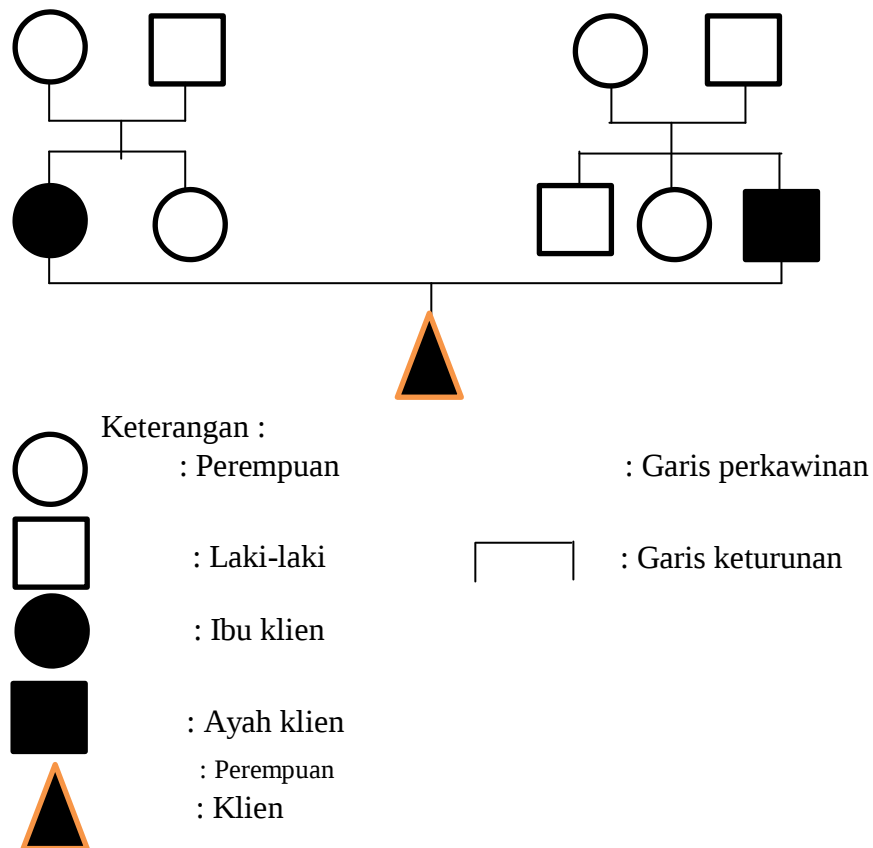
- a. Penyakit yang pernah dialami : batuk, demam, kejang
- b. Kecelakaan yang pernah dialami : jatuh saat belajar jalan
- c. Keracunan : belum pernah
- d. Konsumsi obat-obatan bebas : tidak
- e. Perkembangan anak dibanding saudara-saudaranya : sesuai

D. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami diare, alergi. Tidak pernah ada yang mengalami penyakit menular seperti TBC, HIV. Tidak pernah ada yang

mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus. Dan ibu nya memiliki penyakit asma.

Bagan 3.1 Genogram



3. Riwayat Imunisasi

Tabel 3.1 Riwayat Imunisasi

No	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Reaksi Setelah Pemberian
1	Hepatitis B0	Saat lahir	Tidak ada keluhan
2	BCG, polio 1	1 bulan	Tidak ada keluhan
3	DPT/HB1, polio 2	2 bulan	Demam 2 hari
4	DPT/HB2, polio 3	3 bulan	Demam 2 hari
5	DPT/HB3, polio 4	4 bulan	Demam 2 hari
6	Campak	9 bulan	Demam 2 hari

4. Riwayat Tumbuh Kembang

a. Pertumbuhan Fisik Lahir

- 1) BB : 3500 gram
- 2) PB : 50 cm
- 3) LD : 30 cm
- 4) LK : 35 cm
- 5) Lingkar Lengan Atas : 5 cm

b. Perkembangan Tiap Tahap

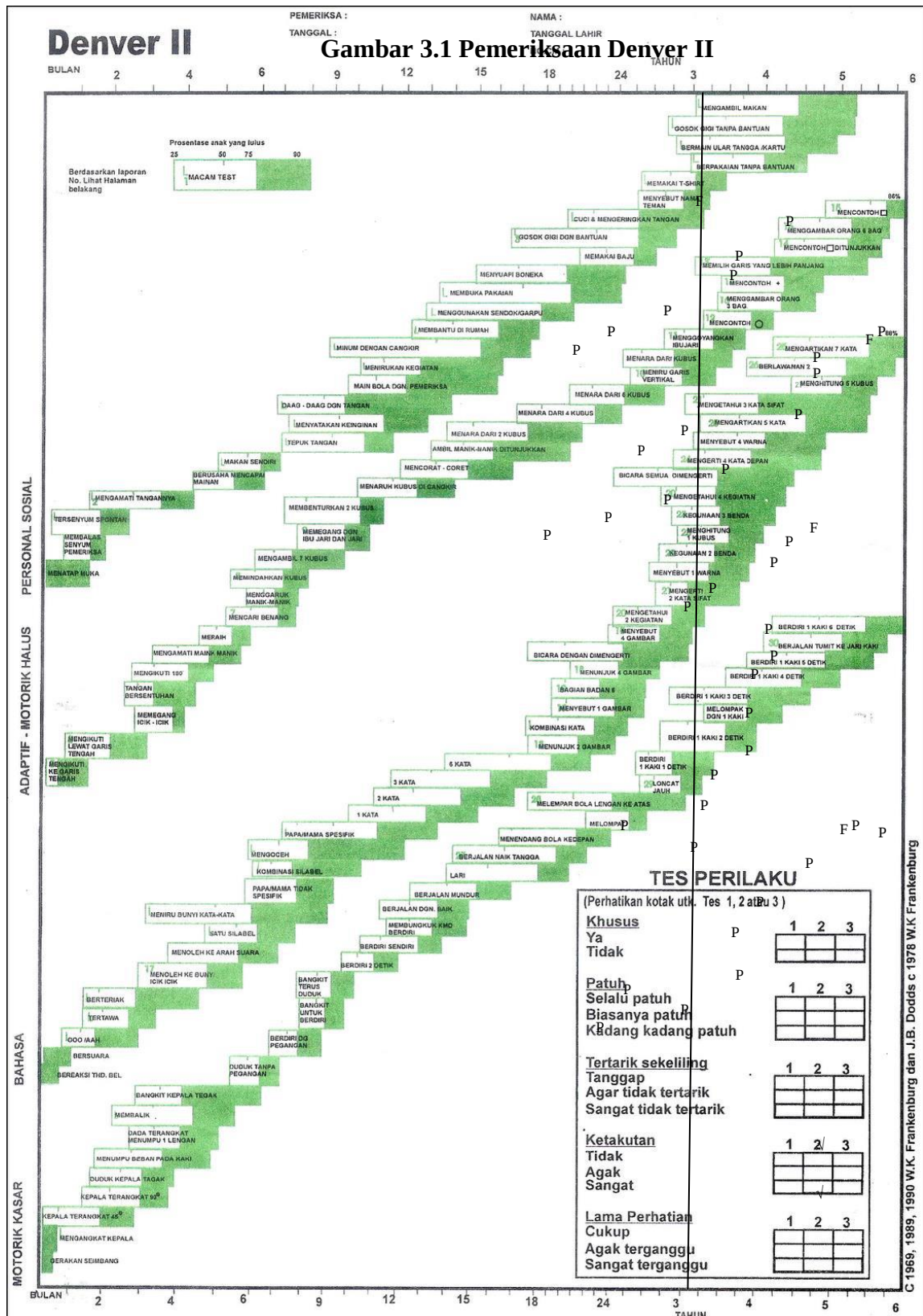
Usia anak saat :

- 1) Berguling : 6 bulan
- 2) Duduk : 7 bulan
- 3) Merangkap : 8 bulan
- 4) Berdiri : 9 bulan
- 5) Berjalan : 13 bulan
- 6) Senyum kepada orang pertama kali : 3minggu
- 7) Bicara pertama kali : 1 tahun saat bicara mamah dan papah
- 8) Berpakaian tanpa bantuan : 2 tahun

c. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan
(Gunakan KPSP/Denver)

Nama : An. A

Usia : 3 tahun 21 hari



- 1) Personal sosial : Klien dapat menyuapi boneka, memakai baju, gosok gigi dengan bantuan, cuci dan mengeringkan tangan, menyebut nama teman, memakai t-shirt, berpakaian tanpa bantuan. Terdapat 7 P (Pass), 1 F (Fail) pada tabel garis putih atau pada 50% tabel. Interpretasi pada Personal Sosial adalah Normal.
- 2) Motorik halus : Klien dapat membuat menara dari 2 kubus, menara dari 4 kubus, menara dari 6 kubus, meniru garis vertikal, membuat menara dari kubus, menggoyangkan ibu jari, mencontoh o, menggambar orang 3 bagian, memilih garis yang lebih panjang. Terdapat 7 P (Pass), 3 Advance. Interpretasi pada Motorik Halus adalah Normal.
- 3) Bahasa : Klien dapat menunjuk 4 gambar, bicara dengan dimengerti, menyebut 4 gambar, mengetahui 2 kegiatan, mengerti 2 kata sifat, menyebut 1 warna, kegunaan 2 benda, menghitung 1 kubus, kegunaan 3 benda, mengetahui 4 kegiatan, bicara semua dimengerti, mengerti 4 kata depan, menyebut 4 warna. Terdapat 13 P (Pass). Interpretasi pada Bahasa adalah Normal.

- 4) Motorik kasar : Klien dapat menendang bola kedepan, melompat, melempar bola lengan keatas, loncat jauh, berdiri 1 kaki 1 detik, berdiri 1 kaki 2 detik, melompat dengan 1 kaki, berdiri 1 kaki 3 detik, berdiri 1 kaki 4 detik. Terdapat 7 P (Pass), 2 Advance. Interpretasi pada Motorik.

Kasar adalah Normal.

Pada Test Perilaku selama pemeriksaan tidak ada perhatian khusus, selalu patuh, tanggap pada tertarik sekeliling, tidak ada ketakutan, cukup dalam lama perhatian.

5. Riwayat Nutrisi

a. Pemberian ASI

- 1) Pertama kali disusui : ibu klien mengatakan anaknya pertama kali disusui ± 3 jam setelah lahir, kemudian selanjutnya diberi ASI saja hingga usia 6 bulan
 - 2) Cara pemberian : terjadwal 2 jam sekali
 - 3) Lama pemberian : hingga 16 bulan
- b. Pemberian susu formula

Ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak minum susu formula hingga usia 16 bulan

c. Pola Perubahan Nutrisi Tiap Tahap Usia Sampai Saat Ini

Tabel 3.2 Pola Perubahan Nutrisi Tiap Tahap Usia Sampai Saat Ini

Usia	Jenis Nutrisi	Lama pemberian
0-4 bulan	ASI	6 bulan
4-12 bulan	ASI, bubur tim, pisang dihalus	6 bulan
Saat ini	Nasi/bubur tim, sereal, ikan, telur, sayur	Sampai saat ini

d. Status Nutrisi Atau Gizi

$$\text{IMT (BB/TB}^2\text{)} : \frac{13,3}{0,9 \times 0,9} = 13,3 = 16,4 \text{ (Berat badan kurang)}$$

e. Status Cairan

Menghitung Kebutuhan Cairan Anak :

BB anak 10-20 kg maka rumus yang digunakan : 1000 cc +

50 cc (BB-10)/KgBB/hari

Jadi : 1000 cc + 50 cc (13,3-10)

$$= 1000 + 165 = 1.165$$

cc/hari.

Menghitung Balance Cairan Anak : I

Input cairan : Minum = 1000 cc

Infus = 1000 cc

AM = 106,4 cc + (8 cc X 13,3)

2.106,4 cc

Output cairan Muntah = 100 cc

Urin+BAB mencret = 1200 cc

IWL = 359,1 cc + (30-3) x 13,3

1.659,1 cc

Balance cairan : Intake cairan - output cairan

$$2.106,4 \text{ cc} - 1.659,1 \text{ cc} = +447,3 \text{ cc}$$

f. Eliminasi (BAB dan BAK)

Tabel 3.3 Eliminasi (BAB dan BAK)

Jenis	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
BAB		
Frekuensi	1x/hari	6x/hari
Konsistensi	Lunak	Cair
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
BAK		
Frekuensi	4-5x/hari	4-5x/hari
Warna dan bau	Khas urin	Khas urin
Volume	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada

g. Istirahat Tidur

Tabel 3.4 Istirahat Tidur

Jenis	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
Jam tidur		
Siang	1 jam	2 jam
Malam	8 jam	8 jam
Pola tidur	Teratur	Teratur
Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada

h. Personal Hygiene

Tabel 3.5 Personal Hygiene

Jenis	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
Mandi		
Frekuensi	2x/hari	1x/hari (washlap)
Cuci rambut		
Frekuensi	2 hari/1x	Belum cuci rambut
Gunting kuku		
Frekuensi	1 minggu/1x	1 minggu/1x
Gosok gigi		
Frekuensi	2x/hari	1x/hari

i. Aktivitas dan Mobilitas Fisik

Tabel 3.6 Aktivitas dan Mobilitas Fisik

Jenis	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
Kegiatan sehari-hari	Bermain	Berbaring ditempat tidur
Pengaturan jadwal harian	Tidak ada	Tidak ada
Penggunaan alat bantu aktivitas	Tidak ada	Tidak ada
Kesulitan pergerakan tubuh	Tidak ada	Tidak ada

6. Riwayat Psikososial

a. Lingkungan berada di : Desa b. Apakah rumah dekat :

- Sekolah : tidak

- Ada tempat bermain : iya
- Punya kamar sendiri : iya
- c. Apakah ada tangga yang bisa berbahaya : tidak
 - Apakah anak punya ruang bermain : iya
- d. Hubungan antar anggota keluarga : harmonis e. Pengasuh anak : orangtua dan nenek kakek

7. Riwayat Spiritual

- a. Support sistem dalam keluarga : orangtua dan nenek kakek
- b. Kegiatan keagamaan : mengaji, sholat

8. Reaksi Hospitalisasi

- a. Pengalaman Keluarga Tentang Sakit Dan Rawat Inap
 - 1) Mengapa ibu membawa anaknya ke RS : Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu disertai mual dan muntah dan mencret
 - 2) Apakah petugas kesehatan menjelaskan tentang kondisi anak : iya
 - 3) Bagaimana perasaan orangtua saat ini : cemas
 - 4) Apakah orangtua selalu berkunjung : iya
 - 5) Siapa yang akan tinggal dengan anak : ayah dan ibu
- b. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap
 - 1) Mengapa keluarga/orangtua membawa kamu ke RS : sakit
 - 2) Menurutmu apa penyebab kamu sakit : makan diluar, jajan sembarangan

3) Apakah petugas kesehatan menceritakan keadaan : iya

4) Bagaimana rasanya dirawat di RS : Bosan

9. Aktivitas Sehari-Hari

a. Nutrisi

Tabel 3.7 Nutrisi

Jenis	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
Menu makan	Nasi, daging, sayur, tempe	Bubur, sayur, tahu
Frekuensi makan	3x/hari	3x/hari
Jumlah	1 Porsi	½ Porsi
Pantangan makanan	Tidak ada	Mual dan muntah

b. Cairan

Tabel 3.8 Cairan

Jenis	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
Jenis Minuman	Air Putih, Susu, Jus	Air Putih
Frekuensi Minum	±8 Gelas	±8 Gelas
Kebutuhan Cairan	Tidak Ada	418,8 cc

10. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum klien : Baik

Composmentis

b. Tanda-Tanda Vital :

1) Respirasi : 25x/menit

2) Nadi : 105x/menit

3) Suhu : 36,6°C

4) BB sebelum sakit : 14,8 kg

5) BB setelah sakit : 13,3 kg

6) SpO₂ : 98%

c. Antropometri

1) Berat badan : 14,8 kg

2) Tinggi badan : 90 cm

3) Lingkar kepala : 49 cm

4) Lingkar dada : 31 cm

5) Lingkar lengan atas : 16,5 cm

d. Pemeriksaan Fisik

Persistem

1) Sistem Pernafasan

Hidung tampak simetris, bentuk dada simetris, tidak terdapat refraksi dinding dada, tidak ada bantuan otot pernafasan, tidak terdapat cuping hidung, tidak ada

secret tidak ada polip, suara nafas vesikuler, respirasi 25x/menit.

2) Sistem Kardiovaskuler

Suara jantung lupdup, CRT < 2 detik, nadi 105x/menit

3) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir tampak pucat, tidak terdapat stomatitis, kemampuan menelan baik, dibagian abdomen tidak ada nyeri tekan, turgor kulit < 2 detik, dibagian anus tidak ada lecet dan tidak ada hemoroid, bising usus 35x/menit.

4) Sistem Penginderaan

Mata tampak simetris, penglihatan baik, sklera tidak ikterik, bibir pengecapan baik, telinga pendengaran baik dibuktikan dengan klien dapat menjawab ketika perawat mengajak berbicara.

5) Sistem Saraf

a) Fungsi Serebral

(1) Status Mental : Baik

(2) Kesadaran : Composmentis E: 4 V: 5 M: 6 b)

Fungsi Cranial

(1) NI (Olfactorius) : Penciuman : klien dapat merasakan bau susu, dan minyak telon yang biasa dipakai

(2) NII (Opticus) : Penglihatan : klien dapat melihat gambar disekitar, jarak 30 cm

(3) NIII, NIV, NVI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)

- Kontraksi pupil : normal, mengecil saat terkena cahaya
- Pergerakan kelopak mata : normal, mata dapat digerakkan ke atas dan ke bawah dengan mengikuti objek
- Pergerakan bola mata : klien dapat menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri
- Pergerakan mata ke bawah dan kedalam : klien dapat menggerakkan mata ke bawah dan kedalam

(4) NV

(Trigeminus)

- Sensibilitas/sensori : normal
- Refleks dagu : normal
- Refleks cornea : normal

(5) NVII

(Facialis)

Klien merintih dan menangis saat mainannya hilang

(6) NVIII

(Acusticus)

Fungsi pendengaran : klien menengok saat dipanggil

(7) NIX dan NX (Glosopharingeus dan Vagus)

- Refleks menelan : fungsi menelan baik saat klien makan
- Refleks muntah : positif
- Pengecapan 1/3 lidah dibagian belakang
- Suara

(8) NXI (Assesorius)

Ketika diberi obat klien dapat mengangkat bahu dan memalingkan kepala kekanan dan kekiri

(9) NXII (hypoglossus)

- Deviasi lidah : klien dapat menggerakkan lidah ketika mengunyah makanan

c) Fungsi Motorik : kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

- d) Fungsi Sensorik : ketika diberi rangsangan nyeri terasa

e) Fungsi Cerebellum : normal

f) Refleks Patela : positif (+)

g) Iritasi Meningen : normal

6) Sistem Muskuloskeletal

Bentuk kepala oval, tidak ada pesemaian, ROM normal,

refleks patela (+), mampu berjalan, kekuatan otot	5	5
---	---	---

5		5
5		5

7) Sistem Integumen

Rambut tampak bersih, tidak ada ketombe, tidak ada benjolan, kulit bersih, tidak ada lesi, turgor kulit < 2 detik

8) Sistem Endokrin

Tidak terdapat kelenjar thyroid

9) Sistem Perkemahan

Tidak ada oedema, normal, BAK $\pm 6x$ sehari, khas urin

10) Sistem Reproduksi

Wanita : - Payudara : puting susu belum ada

 - Labia mayora dan labia minora

 bersih, tidak ada secret

11. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

- a. Motorik kasar : klien dapat berjalan dengan baik, berlari dan melompat

- b. Motorik halus : meniru lingkaran, tulisan cakar ayam, dapat makan menggunakan sendok
- c. Bahasa : klien berbicara dengan jelas dan kalimat sederhana
- d. Personal sosial : bermain dengan anak seusianya

12. Pemeriksaan Diagnostik

a. Laboratorium

Tanggal : 07 Juni 2023

Tabel 3.9 Hasil Laboratorium

No	Nama Test	Hasil	Unit	Nilai Normal
1	Hematologi			
	Darah rutin			
	Hemaglobin	14,6	g/Dl	12,3-13,3
	Hematokrit	43	%	34-40
	Leukosit	12,040	/mm ³	3.000-14.300
	Trombosit	468,000	/mm ³	130.000-440.000
	Eritrosit	5.49	Juta/mm ³	3.93-5.26
	Hitung jenis leukosit			
	Basofil	0	%	0-1
	Basinofil	0	%	1-6
	Batang	0	%	3-9
	Neutrofil	75	%	30-70
	Limfosit	18	%	30-43
	Monosit	7	%	8-10
	NLR	4.14	%	
2	Imuniserologi			
	NSI	Negatif		Non reaktif
	Tuber T	Positif 10		Negatif
3	Kimia klinik			
	Gula darah sewaktu	52	mg/Dl	<140
	Elektrolyte			
	Natrium	133	mEq/L	133-143
	Kalium	4.3	mEq/L	3.6-5.5
	Klorida	89	mEq/L	98-103
	Kalsium	5.59	mEq/L	4.7-8.2

13. Terapi Medis

No	Nama Obat	Deskripsi	Cara Pemberian	Efek samping
1	Ceftriaxone 1x700 mg	Ceftriaxone merupakan obat antibiotik golongan sefalosporin. Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh	Injeksi/ Intavena	Nyeri tekan di area injeksi, flebitis, pruritus, demam diare, mual-muntah, nyeri kepala, pusing
2	Ondansetron 2x ½ ampul (2mg/1ml)	Ondansetron adalah obat yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah. Ondansetron bekerja dengan cara	Injeksi/ Intavena	Nyeri kepala, kelemahan, kelelahan, ruam kulit, pembengkakan pada wajah, tangan, kaki, suara serak, sesak napas, pusing, demam, diare, mual, muntah.
		memblokir efek serotonin (5HT ₃). Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi di atas dapat teratasi atau bahkan dicegah.		

3	L-Bio 1x3 sachet	L-Bio merupakan suplemen yang mengandung probiotik <i>Lactobacillus acidophilus</i> yang berfungsi untuk menjaga keseimbangan bakteri baik dalam saluran pencernaan. Kandungan probiotik di dalamnya membantu untuk menjaga keseimbangan bakteri dalam sistem pencernaan.	Sachet/ Oral	Kembung, nyeri pencernaan, mual, muntah
4	Cairan infus Assering	Fungsi infus Assering adalah untuk terapi pengganti cairan selama dehidrasi (kehilangan cairan) secara akut.	Injeksi/ Intavena	<u>Hiperglikemia</u> , iritasi local, anuria, oliguria, tromboflebitis, edema, <u>hipokalemia</u> , <u>hipomagnesemia</u> , hipofosfatemia

14. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Ibu klien mengatakan anaknya mencret, mual dan muntah DO : - Klien BAB 6 kali dalam 24 jam - Konsistensi BAB cair - Bising usus hiperaktif (35x/menit)	Malabsorpsi ↓ Tekanan osmotik meningkat ↓ Isi rongga usus meningkat ↓ Diare	Diare
2	DS : Ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya menurun dan mual muntah DO : - Diare - Membran mukosa bibir pucat - BB sebelum sakit : 14,8 kg BB saat sakit : 13,3 kg - Bising usus 35x/menit - Makan habis ½ porsi	Diare ↓ Inflamasi saluran pencernaan ↓ Mual dan muntah ↓ Anoreksia ↓ Defisit Nutrisi	Defisit Nutrisi
3	DS : Ibu klien mengatakan anaknya mencret DO : - Klien BAB 6 kali dalam 24 jam - Konsistensi BAB cair - Turgor Kulit <2 detik	Diare ↓ BAB sering dengan konsistensi encer ↓ Cairan keluar banyak ↓ Dehidrasi ↓ Resiko Ketidakseimbangan Cairan	Resiko Ketidakseimbangan Cairan

3.1.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi.
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan mengabsorbsi nutrien.
3. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan diare.

3.1.3 Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi Definisi: Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak terbentuk . Penyebab : Fisiologis 1. Inflamasi gastrointestinal. 2. Iritasi gastrointestinal. 3. Proses infeksi. 4. Malabsorpsi. Psikologis 1. Kecemasan. 2. Tingkat stres tinggi. Situasional 1. Terpapar kontaminasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Eliminasi Fekal (L.04033) membaik dengan kriteria hasil : 1. Kontrol pengeluaran feses membaik 2. Distensi abdomen tidak ada 3. Teraba massa pada rektal tidak ada 4. Urgency tidak ada 5. Nyeri abdomen tidak ada 6. Kram abdomen tidak ada 7. Konsistensi feses membaik (tidak cair) 8. Frekuensi	Manajemen Diare (I.03101) • <i>Observasi</i> 1. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. 2. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 3. Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal 4. Monitor jumlah pengeluaran diare 5. Monitor keamanan penyiapan makanan • <i>Terapeutik</i> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit	07 Juni 2023 09.00 WIB - Melakukan pengkajian awal keperawatan 09.30 WIB - Melakukan Pemeriksaan Fisik 10.00 WIB - Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil: frekuensi BAB 6 kali sehari, konsistensi tinja cair 10.10 WIB - Memonitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal Hasil : tidak terdapat iritasi pada kulit perineal 10.20 WIB - Memberikan asupan cairan oral Hasil: Klien diberi madu	07 Juni 2023 14.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB mencret 6 kali sehari, dan mual muntah O: - Klien terpasang infus 42 tetes/ menit - Frekuensi BAB 6 kali sehari - Konsistensi tinja cair - Klien makan ½ porsi 3 kali sehari - Turgor kulit <2 detik - Intake 2.106,4 cc, output 1.659,1 cc A: Diare (Masalah belum teratasi) P: Lanjutkan intervensi

2. Terpapar toksin. 3. Penyalahgunaan laksatif. 4. Penyalahgunaan zat. 5. Program pengobatan (Agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosultat, antasida, cimetidine dan antibiotik). 6. Perubahan air dan makanan. 7. Bakteri pada air. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : - Objektif : 1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam. 2. Feses lembek atau cair.	defekasi membaik (1x sehari) 9. Peristaltik usus membaik (5-30x/menit)	5. Memberikan Madu • <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan, pembentuk gas, pedas, dan mengandung lactose 3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI • <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas 2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik 3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses. Pemantauan Cairan (I.03121) • <i>Observasi</i> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi	sebanyak 5 ml dan diberikan ORS setiap anak diare 10.22 WIB - Memasang jalur intravena Hasil : Klien sudah terpasang infus 10.25 WIB - Memberikan cairan intravena Hasil : 1000 cc x 60/24x60 = 41,6 Jadi 42 tetes/ menit dalam 24 jam cairan yang diberikan melalui parenteral 10.30 WIB - Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap Hasil: klien makan ½ porsi 3 kali sehari 10.35 WIB - Menganjurkan menghindari makanan, pembentuk gas, pedas, dan mengandung lactose	1. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja 2. Memonitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal 3. Memberikan asupan cairan oral 4. Memberikan cairan intravena 5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 6. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas 7. Monitor turgor kulit 8. Monitor intake dan output cairan 9. Memberikan madu sebanyak 5 ml
---	---	---	--	---

Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1. Urgency. 2. Nyeri/kram abdomen. Objektif : 1. Frekuensi peristaltik meningkat. 2. Bising usus hiperaktif. Kondisi Klinis Terkait : 1. Kanker kolon. 2. Divericulitis. 3. Iritasi usus. 4. Crohn's disease. 5. Ulkus peptikum. 6. Gastritis. 7. Spasme kolon. 8. Kolitis ulseratif. 9. Hipertiroidisme. 10. Demam typhoid. 11. Malaria.		2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor berat badan 4. Monitor waktu pengisian kapiler 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, waktu dan berat jenis urine 7. Monitor intake dan output cairan 8. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis. Dyspnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 9. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis,	Hasil: Keluarga tampak mengerti 10.50 WIB - Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas Hasil: Nadi 105x/menit, respirasi 25x/menit 10.55 WIB - Memonitor turgor kulit Hasil: Turgor kulit <2 detik 11.00 WIB - Memonitor intake dan output cairan Hasil: Intake 2.106,4 cc output 1.659,1 cc 11.20 WIB - Mengidentifikasi tanda-tanda hypervolemia Hasil: Tidak ada tanda-tanda hipervolemia 11.30 WIB - Mengidentifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan Hasil: karena klien mengalami diare 6 kali	
---	--	--	---	--

	12. Sigelosis. 13. Kolera. 14. Disentri. 15. Hepatitis.		obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) • <i>Terapeutik</i> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan • <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.	sehari 11.35 WIB - Mendokumentasikan hasil pemantauan	
				08 Juni 2023 15.00 WIB - Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil: frekuensi BAB 3-4 kali sehari, konsistensi tinja cair 15.10 WIB - Memonitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal Hasil : tidak terdapat iritasi pada kulit perineal 15.20 WIB - Memberikan asupan cairan oral Hasil: Klien diberi madu sebanyak 5 ml dan diberikan ORS setiap anak diare	08 Juni 2023 21.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB mencret 3-4 kali sehari, dan mual O: - Klien terpasang infus 42 tetes/ menit - Frekuensi BAB 3-4 kali sehari - Konsistensi tinja cair - Klien makan 1 porsi 3 kali sehari - Turgor kulit <2 detik - Intake 2.108 cc, output 1.264,5 cc A: Diare (Masalah teratasi sebagian)

				15.25 WIB - Memberikan cairan intravena Hasil : 1000 cc x 60/24x60 = 41,6 Jadi 42 tetes/ menit dalam 24 jam cairan yang diberikan melalui parenteral 15.30 WIB - Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap Hasil: klien makan 1 porsi 3 kali sehari 15.50 WIB - Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas Hasil: Nadi 100x/menit, respirasi 24x/menit 15.55 WIB - Memonitor turgor kulit Hasil: Turgor kulit <2 detik 16.00 WIB - Memonitor intake dan output cairan	P: Lanjutkan intervensi 1. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja 2. Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal 3. Memberikan asupan cairan oral 4. Memberikan cairan intravena 5. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas 6. Monitor turgor kulit 7. Monitor intake dan output cairan 8. Memberikan madu sebanyak 5 ml
--	--	--	--	--	---

				Hasil: Intake 2.108 cc, output 1.264,5 cc 16.35 WIB - Mendokumentasikan hasil pemantauan	
				09 Juni 2023 21.10 WIB - Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil: frekuensi BAB 1 kali sehari, konsistensi tinja lembek 21.15 WIB - Memonitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal Hasil : tidak terdapat iritasi pada kulit perineal 21.20 WIB - Memberikan asupan cairan oral Hasil: Klien diberi madu sebanyak 5 ml dan diberikan ORS setiap anak diare	10 Juni 2023 07.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1 kali sehari O: - Klien terpasang infus 42 tetes/ menit - Frekuensi BAB 1 kali sehari - Konsistensi tinja lembek - Klien makan 1 porsi 3 kali sehari - Turgor kulit <2 detik - Intake 2.124,6 cc output 1.169,9 cc A: Diare (Masalah teratasi) P: Hentikan Intervensi

				21.25 WIB - Memberikan cairan intravena Hasil : 1000 cc x 60/24x60 = 41,6 Jadi 42 tetes/ menit dalam 24 jam cairan yang diberikan melalui parenteral 21.30 WIB - Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap Hasil: klien makan 1 porsi 3 kali sehari 21.35 WIB - Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas Hasil: Nadi 108x/menit, respirasi 24x/menit 21.40 WIB - Memonitor turgor kulit Hasil: Turgor kulit <2 detik 21.45 WIB - Memonitor intake dan output cairan	(Pasien pulang)
--	--	--	--	--	-----------------

				Hasil: Intake 2.124,6 cc output 1.169,9 cc 22.00 WIB - Mendokumentasikan hasil pemantauan	
2	Defisit Nutrisi berhubungan dengan mengabsorbsi nutrien. Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Penyebab : 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien 4. Peningkatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (1 porsi) 2. Perasaan cepat kenyang tidak ada 3. Diare tidak ada 4. Berat badan meningkat (15 kg) 5. Indeks Massa Tubuh membaik (18,5) 6. Frekuensi makan 3x sehari 7. Nafsu makan	Manajemen Nutrisi (I.03119) • <i>Observasi</i> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan	07 Juni 2023 11.50 WIB - Mengidentifikasi kebutuhan kalori Hasil: BBI nya : $(3 \text{ tahun} \times 2) + 8 = 14 \text{ kg}$ Kebutuhan kalori : 100 kal/kg BBI, yaitu $100 \times 14 \text{ kg} = \mathbf{1.400 \text{ kal/hari}}$ 12.00 WIB - Memonitor asupan makanan Hasil: klien makan $\frac{1}{2}$ porsi 12.10 WIB - Memonitor berat badan Hasil: 13,3 kg 12.15 WIB - Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Hasil: makanan yang disajikan hangat	07 Juni 2023 14.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB mencret 6 kali sehari, dan mual muntah O: - Kebutuhan kalori klien 1.400 kal/hari - Klien makan $\frac{1}{2}$ porsi - Klien mual dan muntah - BB klien sebelum sakit : 14,8 kg - BB klien saat ini : 13,3 kg A: Defisit Nutrisi (Masalah belum teratasi) P: Lanjutkan Intervensi 1. Mengidentifikasi kebutuhan kalori

	kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : - Objektif : 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal . Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1. Cepat kenyang	membaik 8. Bising usus membaik (5-30x/menit) 9. Membran mukosa bibir membaik (mukosa bibir lembab)	laboratorium • <i>Terapeutik</i> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi • <i>Edukasi</i>	12.20 WIB - Memberikan suplemen makanan Hasil: Memberikan L-Bio 3 sachet dalam 1 hari 12.30 WIB - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu Hasil: Diberikan obat ondansetron ½ ampul, untuk mengurangi mual dan muntah.	2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan 4. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 5. Berikan suplemen makanan 6. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (ondansetron ½ ampul untuk mual dan muntah)
				08 Juni 2023 16.50 WIB - Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient Hasil: BBI nya : (3 tahun x 2) + 8 = 14 kg Kebutuhan kalori : 100 kal/kg BBI, yaitu 100 x 14 kg = 1.400 kal/hari 17.00 WIB	08 Juni 2023 21.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB mencret 3-4 kali sehari, dan mual O: - Kebutuhan kalori klien 1.400 kal/hari - Klien makan 1 porsi - Klien mual

setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun . Objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare Kondisi Klinis terkait : 1. Stroke 2. Parkinson 3. Mobius syndrome 4. Cerebral palsy		1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan • <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu	- Memonitor asupan makanan Hasil: klien makan 1 porsi 17.10 WIB - Memonitor berat badan Hasil: 13,5 kg 17.15 WIB - Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Hasil: makanan yang disajikan hangat 17.20 - Memberikan suplemen makanan Hasil: Memberikan L-Bio 3 sachet dalam 1 hari 17.30 - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu Hasil: Diberikan obat ondansetron ½ ampul, untuk mengurangi mual dan muntah.	- BB klien sebelum sakit : 14,8 kg BB klien saat ini : 13,5 kg A: Defisit Nutrisi (Masalah teratasi sebagian) P: Lanjutkan Intervensi 1. Mengidentifikasi kebutuhan kalori 2. Monitor asupan makanan 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan suplemen makanan 5. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (ondansetron ½ ampul untuk mual dan muntah)
--	--	---	--	--

	5. Cleft lip 6. Cleft palate 7. Amyotropic lateral sclerosis 8. Kerusakan neuromuskular 9. Luka bakar 10. Kanker 11. Infeksi 12. AIDS 13. Penyakit Crohn's 14. Enterokolitis 15. Fibrosis kistik			09 Juni 2023 22.00 WIB - Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient Hasil: BBI nya : $(3 \text{ tahun} \times 2) + 8 = 14 \text{ kg}$ Kebutuhan kalori : 100 kal/kg BBI, yaitu $100 \times 14 \text{ kg} = 1.400 \text{ kal/hari}$ 22.05 WIB - Memonitor asupan makanan Hasil: klien makan 1 porsi 22.10 WIB - Memonitor berat badan Hasil: 13,7 kg 22.15 WIB - Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Hasil: makanan yang disajikan hangat 22.20 WIB - Memberikan suplemen makanan Hasil: Memberikan L-Bio 3 sachet dalam 1 hari	10 Juni 2023 07.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1 kali sehari O: - Kebutuhan kalori klien 1.400 kal/hari - Klien makan 1 porsi - BB klien sebelum sakit : 14,8 kg - BB klien saat ini : 13,7 kg A: Defisit Nutrisi (Masalah teratasi) P: Hentikan Intervensi (Pasien pulang)
--	--	--	--	---	--

				22.30 - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu Hasil: Diberikan obat ondansetron ½ ampul, untuk mengurangi mual dan muntah.	
3	Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan diare Definisi : berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau perpindahan cairan dari intraveskuler, interstisial atau intraselular. Faktor Risiko : 1. Prosedur pembedahan mayor 2. Trauma/pembed	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Keseimbangan Cairan (L.05020) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan meningkat (8 gelas sehari) 2. Kelembaban membran mukosa bibir meningkat (mukosa bibir lembab) 3. Asupan makanan meningkat (makan 3 kali sehari) 4. Dehidrasi tidak ada	Manajemen Cairan (I.03098) • <i>Observasi</i> 1. Monitor status hidrasi (mis, frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin , BUN) • <i>Terapeutik</i>	07 Juni 2023 13.00 WIB - Monitor status hidrasi Hasil: Nadi 105x/menit, CRT <2 detik, mukosa bibir kering, turgor kulit <2 detik 13.20 WIB - Mencatat intake dan output cairan dan balans cairan dalam 24 jam Hasil: +447,3 cc 13.30 WIB - Memberikan asupan cairan Hasil: Klien minum ORS setiap diare, dan diberikan madu sebanyak 5 ml 13.35 WIB - Memberikan cairan	07 Juni 2023 14.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB mencret 6 kali sehari, dan mual muntah O: - Klien terpasang infus 42 tetes/ menit - Nadi 105x/menit - CRT <2 detik - Mukosa bibir kering - Turgor kulit <2 detik - Balans cairan dalam 24 jam +447,3 cc A: Resiko ketidakseimbangan

	ahan 3. Luka bakar 4. Aferesis 5. Obstruksi intestinal 6. Peradangan pankreas 7. Penyakit ginjal dan kelenjar 8. Disfungsi intestinal Kondisi Klinis Terkait : 1. Prosedur pembedahan mayor 2. Penyakit ginjal dan kelenjar 3. Perdarahan 4. Luka bakar	5. TTV membaik (Respirasi 25x/menit, nadi 105x/menit, suhu 36,5°C) 6. Mata tidak cekung 7. Turgor kulit membaik (turgor kulit <2 detik) 8. Berat badan meningkat (15 kg)	1. Catat intake output dan hitung balans cairan dalam 24 jam 2. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena bila perlu • Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik, <i>jika perlu</i>	intravena Hasil : 1000 cc x 60/24x60 = 41,6 Jadi 42 tetes/ menit dalam 24 jam cairan yang diberikan melalui parenteral	cairan berhubungan dengan diare (Masalah teratasi sebagian) P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor status hidrasi 2. Mencatat intake output cairan dan balans cairan dalam 24 jam 3. Memberikan asupan cairan 4. Memberikan cairan intravena
				08 Juni 2023 18.00 WIB - Monitor status hidrasi Hasil: Nadi 100x/menit, CRT <2 detik, mukosa bibir lembab, turgor kulit <2 detik 18.10 WIB - Mencatat intake dan output cairan dan balans cairan dalam 24 jam Hasil: +843,5 cc	08 Juni 2023 21.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya BAB mencret 3-4 kali sehari, dan mual O: - Klien terpasang infus 42 tetes/ menit - Nadi 100x/menit - CRT <2 detik

				18.30 WIB - Memberikan asupan cairan Hasil: Klien minum ORS setiap diare, dan diberikan madu sebanyak 5 ml 18.35 WIB - Memberikan cairan intravena Hasil : 1000 cc x 60/24x60 = 41,6 Jadi 42 tetes/ menit dalam 24 jam cairan yang diberikan melalui parenteral	- Mukosa bibir lembab - Turgor kulit <2 detik - Balans cairan dalam 24 jam +843,5 cc A: Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan diare (Masalah teratasi sebagian) P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor status hidrasi 2. Mencatat intake output cairan dan balans cairan dalam 24 jam 3. Memberikan asupan cairan 4. Memberikan cairan intravena
				09 Juni 2023 22.40 WIB - Monitor status hidrasi Hasil: Nadi 108x/menit,	10 Juni 2023 07.00 WIB S: Ibu klien mengatakan anaknya

				CRT <2 detik, mukosa bibir lembab, turgor kulit <2 detik 22.50 WIB - Mencatat intake dan output cairan dan balans cairan dalam 24 jam Hasil: +954,7 cc 23.00 WIB - Memberikan asupan cairan Hasil: Klien minum ORS setiap diare, dan diberikan madu sebanyak 5 ml 23.05 WIB - Memberikan cairan intravena Hasil : 1000 cc x 60/24x60 = 41,6 Jadi 42 tetes/ menit dalam 24 jam cairan yang diberikan melalui parenteral	BAB 1 kali sehari O: - Klien terpasang infus 42 tetes/ menit - Nadi 108x/menit - CRT <2 detik - Mukosa bibir lembab - Turgor kulit <2 detik - Balans cairan dalam 24 jam +954,7 cc A: Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan diare (Masalah teratasi) P: Hentikan Intervensi (Pasien pulang).
--	--	--	--	--	---

3.2 Pembahasan

Proses keperawatan yang telah dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada An. A telah dilaksanakan selama 3 hari. Selama dilapangan penulis tidak ada kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Setelah penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan intervensi berdasarkan *evidence based practice* (EBP) yang berhubungan dengan kasus Diare Akut ternyata mendapatkan hasil positif dimana masalah keperawatan pada klien dapat teratasi dengan baik. Maka dari itu, penulis akan membahas fakta dilapangan mengenai kasus yang di peroleh adalah sebagai berikut:

A. Tahap Pengkajian

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien An.A dengan diagnosa Diare Akut di RSUD dr. Slamet Garut, maka disini akan terlihat keadaan klien secara nyata. Dalam studi ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pembahasan ini dibuat sesuai dengan tahap-tahap dan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi.

Pada tahap pengkajian dalam tinjauan teoritis, data yang muncul pada pasien dengan Diare Akut sesuai dengan keadaan klien dimulai dari keluhan utama yaitu BAB mencret dengan frekuensi 6 kali dalam sehari. Kemudian dilanjutkan dengan

pemeriksaan fisik didapatkan mukosa bibir tampak pucat, dan kering, bising usus 35x/menit, nafsu makan menurun disertai mual dan muntah. Hal ini sesuai dengan teori Wulandari dan Erawati (2016), dimana menurut teorinya anak dengan diare biasanya BAB >4x dalam satu hari dengan konsistensi cair, mukosa mulut kering, peristaltic meningkat >35 x/menit, nafsu makan menurun, mual muntah.

Pada tahap pengkajian nutrisi didapatkan klien makan $\frac{1}{2}$ porsi, keluhan yang dirasakan nafsu makan yang menurun disertai mual dan muntah, terdapat penurunan berat badan sebanyak 1,5 Kg. BB sebelum sakit: 14,8 Kg, dan BB setelah sakit: 13,3 Kg. Hal ini sesuai dengan teori Wulandari dan Erawati (2016), dimana menurut teorinya anak dengan diare biasanya porsi makan yang dihabiskan berkurang, nafsu makan menurun, mual muntah.

Pada saat pemeriksaan fisik kesadaran klien composmentis GCS : 15 (E: 4, V: 5, M: 6) keadaan umum klien baik dan sadar. Hal ini sejalan dengan teori Wulandari dan Erawati (2016), dimana menurut teorinya anak dengan diare yang tanpa dehidrasi keadaan umumnya baik dan sadar. Pada klien dibuktikan dengan turgor kulit <2 detik, dan hasil dari balance cairan pada saat dilakukan pengkajian adalah +447,3 cc yang membuktikan bahwa klien diare tanpa dehidrasi.

Dalam teori Diare menurut Rifka Putri Andayani (2020), didapatkan suatu intervensi untuk rehidrasi cairan klien yaitu dengan cara pemberian asupan cairan oral, yang di barengi dengan **pemberian madu sebanyak 5ml** selama 3x dalam sehari. 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 adalah membantu dalam penggantian cairan tubuh yang hilang akibat diare.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk pasien diare diantaranya berikan asupan cairan oral, pasang jalur intravena, berikan cairan intravena. Pada saat pengkajian penulis tidak ada kesulitan dalam proses pengkajian, karena klien dan keluarga sangat kooperatif kepada perawat. Pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan, dimana tanda dan gejala dalam pengkajian yang penulis dapatkan sesuai dengan tanda dan gejala umum yang sesuai masalah keperawatan pada pasien Diare.

B. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis mulai merumuskan masalah keperawatan, pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan, dimana masalah keperawatan menurut tinjauan

teoritis berbeda dengan yang ditemukan pada klien. Berikut rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien :

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi.

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data bahwa klien mengatakan anaknya mencret, mual dan muntah, klien BAB 6 kali dalam 24 jam, konsistensi BAB cair, bising usus hiperaktif (35x/menit).

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan mengabsorbsi nutrien.

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data bahwa Ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya menurun dan mual muntah, diare, membran mukosa bibir pucat, BB sebelum sakit : 14,8 kg, BB saat sakit : 13,3 kg, bising usus 35x/menit, makan habis $\frac{1}{2}$ porsi

3. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan diare.

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data bahwa ibu klien mengatakan anaknya mencret, klien BAB 6 kali dalam 24 jam, konsistensi BAB cair, turgor kulit <2 detik.

C. Tahap Perencanaan

Pada tahap intervensi, penulis menemukan kesulitan dan hambatan hal ini dikarenakan diagnosa keperawatan yang ada pada teori sebagian tidak muncul pada kasus ini, sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada teori tidak bisa semuanya dilaksanakan

pada kasus yang terdapat di lapangan. Karena apabila perencanaan tidak sesuai dengan masalah yang dialami klien maka rencana tersebut tidak akan memperbaiki kondisi yang dialami oleh klien secara optimal.

Oleh karena itu, perencanaan yang penulis rumuskan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang didapatkan pada kasus di lapangan. Langkah-langkah dalam perencanaan disesuaikan dengan panduan dari organisasi Persatuan perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan buku yang digunakan yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI untuk menentukan diagnose keperawatan, sasaran dan tujuan keperawatan, rencana keperawatan dan untuk mengevaluasi tindakan yang diberikan kepada klien tersebut.

Diagnosa utama Diare yaitu dengan memantau frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor tanda dan gejala hipovolemia, memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perineal, memberikan cairan oral bisa ditambahkan dengan pemberian madu, memasang jalur intravena, memberikan cairan intravena, memonitor frekuensi nadi pernafasan, memonitor berat badan, memonitor turgor kulit dan memonitor intake dan output cairan. Semua intervensi berdasarkan teori tidak semua masuk kedalam rencana keperawatan karena sebagian data di teori sudah mampu dilakukan oleh keluarga. **Pemberian madu** dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang dan dapat mempercepat pemulihan pada diare dan muntah.

Diagnosa kedua Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (menurunnya nafsu makan) yaitu dengan mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, memberikan suplemen makanan, dan kolaborasi dalam pemberian antiemetik yang dibutuhkan.

Diagnosa ketiga yaitu resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan diare yaitu dengan memonitor status hidrasi, mencatat intake output cairan dan balans cairan, memberikan asupan cairan, berikan cairan intravena.

D. Implementasi Keperawatan

Dalam tahap ini, penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya, tetapi waktu yang digunakan tidak 24 jam dan dengan persetujuan klien serta tim kesehatan lainnya secara komprehensif. Implementasi menggunakan keterampilan yang dimiliki oleh penulis dan sumber daya klien. Maka dari itu penulis telah melaksanakan semua rencana tindakan keperawatan yang telah disusun, semua tindakan tersebut tidak sempurna, karena banyak faktor lainnya. Berikut diagnosa yang telah dilakukan implementasi keperawatan:

1. Diare

Implementasi pada diagnosa ini meliputi, pemantauan frekuensi dan konsistensi tinja, memberikan cairan oral dan **memberikan madu sebanyak 5ml**, madu yang digunakan dalam penelitian ini pada An. A adalah madu murni, pemberian madu di iringi dengan pemberian ORS setiap pasien diare, mempertahankan cairan intravena, memonitor berat badan, memonitor turgor kulit dan memonitor intake dan output cairan. Berdasarkan dari analisis jurnal *Evidence Based Practice* (EBP) yang dikutip dari penulis Rifka Putri Andayani pada tahun (2020), menjelaskan bahwa madu memiliki kandungan antibakteri, antiinflamasi, dan antivirus yang dapat mengatasi diare. Dengan pemberian madu bermanfaat dalam menurunkan frekuensi diare pada anak. Menurut penelitian Ditte Ayu Suntara pada tahun (2023), dengan pemberian madu pada anak untuk mengatasi diare dengan 3 kali pemberian madu dalam satu hari dengan takaran 5ml selama 5 hari dapat mengatasi diare dan meningkatkan berat badan. Sejalan dengan penelitian Dwi Nurmaningsi dan Rokhaidah pada tahun (2019), yang menyatakan bahwa pemberian madu berpengaruh positif terhadap penurunan frekuensi BAB dan perbaikan konsistensi feses pada anak balita dengan diare akut.

2. Defisit Nutrisi

Implementasi pada diagnosa ini dengan memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai (suhu hangat), memberikan suplemen makanan dengan memberikan L-Bio 3x sachet/hari, dan kolaborasi dalam pemberian antiemetik yang dibutuhkan yaitu dengan ondansetron $\frac{1}{2}$ ampul.

3. Resiko Ketidakseimbangan Cairan

Implementasi pada diagnosa ini dengan memonitor status hidrasi, mencatat intake output cairan dan balans cairan, memberikan asupan cairan dengan memberikan **madu sebanyak 5ml** dan pemberian ORS setiap anak diare.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses keperawatan yang menentukan keberhasilan rencana keperawatan dalam merumuskan masalah keperawatan yang ada pada pasien dapat teratasi semua, karena masalah tuntas dan pasien sembuh dengan implementasi selama 3x24 jam.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada An. A dengan Diare akut di RSUD Dr. Slamet Garut, maka dapat disimpulkan bahwa : Asuhan keperawatan yang diawali dengan melakukan pengkajian secara menyeluruh meliputi bio-psiko-sosio-kultural. Pengkajian melakukan pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan pemaparan asuhan keperawatan mengenai pemberian madu pada anak yang mengalami diare di RSUD Dr. Slamet Garut dapat disimpulkan bahwa:

1. Penyakit diare didefinisikan sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang lebih dari biasanya yaitu 3 kali atau lebih dalam sehari maka dari itu intervensi yang dilakukan dengan terapi non farmakologi yang dapat digunakan yaitu dengan memberikan madu. Cara pemberian madu murni sebanyak 5ml dengan frekuensi 3x/hari, yang di iringi dengan pemberian ORS setiap anak diare. Madu yang digunakan yaitu madu murni.

Setelah penulis menerapkan tindakan inovasi pada kasus kelolaan diperoleh hasil frekuensi diare berkurang menjadi 1x/hari dalam waktu 3x24 jam, nafsu makan menjadi bertambah dan

makanan yang dihabiskan dalam satu hari yaitu 1 porsi. Analisis tindakan keperawatan berfokus pada monitoring penurunan frekuensi diare anak terutama hasil dari penurunan frekuensi diare yang diukur sebelum, sedang dan sesudah dilakukan tindakan inovasi pemberian madu. Pelaksanaan tindakan inovasi ini memerlukan keterlibatan keluarga. Dalam melakukan asuhan keperawatan penulis melibatkan keluarga dalam pelaksanaan tindakan inovasi pemberian madu yang sebelumnya diberi edukasi tentang pelaksanaan terapi dan tujuan dilakukannya terapi ini agar mendapatkan hasil yang optimal.

2. Berdasarkan analisa kasus yang dilakukan pada An. A didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang ditemukan meliputi diare berhubungan dengan proses infeksi, defisit nutrisi berhubungan dengan mengabsorbsi nutrien, resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan diare.
3. Berdasarkan analisa kasus didapatkan penurunan frekuensi diare pada An.A, dengan menerapkan Terapi komplementer pemberian madu murni sebanyak 5ml dengan frekuensi 3x/hari, yang di iringi dengan pemberian ORS setiap anak diare untuk menurunkan frekuensi diare.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

- a. Mengembangkan program belajar mengajar dan menambah referensi perpustakaan serta menjadi dasar untuk penelitian keperawatan lebih lanjut.

- b. Menyediakan bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan guna menambah pengetahuan tentang pemberian madu murni terhadap pasien dengan penyakit Diare Akut.

4.2.2 Bagi Petugas Kesehatan

Melakukan intervensi dan mengoptimalkan pemberian madu murni di ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut sebagai upaya melaksanakan perannya sebagai *care giver* guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sehingga dapat memaksimalkan penanganan pertama diare pada pasien dengan permasalahan pada sistem pencernaan yaitu penyakit Diare Akut.

4.2.3 Bagi Penulis

Hasil dari karya ilmiah ini menjadi upaya penulis untuk menjadikannya acuan dan dasar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kemampuan dan mengaplikasikan ilmu pengetahuan tentang bagaimana penanganan pasien diare pada penyakit Diare Akut.

DAFTAR PUSTAKA

- Andayani, R. P. (2020). *Madu sebagai terapi komplementer mengatasi diare pada anak balita*. JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal), 7(1), 64-68.
- Andreas, A.N. et.al (2018). *Perilaku Ibu Dalam Mengasuh Balita Dengan Kejadian Diare*. Jurnal Keperawatan. Vol. IX No.2, Oktober 2018.
- Ariani, P. (2016). *Diare Pencegahan dan Pengobatan*. Nuha Medika: Yogyakarta. Dewi, S. (2018). *Profil Gangguan Elektrolit Dan Keseimbangan Asam Basa Pada Pasien Diare Akut Dengan Dehidrasi Berat Di Ruang Rawat Inap Bagian Anak Rs Dr. M. Djamil Padang*. Majalah Kedokteran Andalas, 32(1).
- Dinkes Jawa Barat. (2019). *Profil Dinas Kesehatan Jawa Barat 2019*. Jawa Barat: Dinkes Jawa Barat.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mahyar, A., Ayazi, P., Shaftaroni, M. R., Oveisi, S., Dalirani, R., & Esmaeili, S. (2023). *The Effect of Adding Honey to Zinc in the Treatment of Diarrhea in Children*. Korean Journal of Family Medicine, 43(3), 188.
- Mendri. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Anak Sakit dan Bayi Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Najah, Hidayatun. (2020). *Asuhan Keperawatan Anak Diare*. Samarinda.
- Nurarif & Kusuma. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak Diare*. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.
- Nurwahidah, N., & Arbianingsih, A. (2019). *Effectiveness of Tempe Biscuits and Honey to Decrease Frequency of Stools in Children Diarrhea*. Journal of Health Science and Prevention, 3(3S), 24-30.
- Prawati DD, Haqi DN. (2019). *Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Di Tambak Sari, Kota Surabaya*. Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education Vol. 7 No. 1 (2019) 34-45.

- Raini, M., & Isnawati, A. (2017). *Profil Obat Diare yang Disimpan di Rumah Tangga di Indonesia Tahun 2013*. Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, 26(4), 227–234.
- Rokhaidah, R. (2019). *Madu sebagai Terapi Komplementer untuk Anak dengan Diare Akut*. Jurnal Kesehatan Holistic, 3(1), 1-10.
- Sakri, F. (2015). *Madu dan Khasiatnya: Suplemen Sehat Tanpa Efek Samping*. Yogyakarta: Diandra Pustaka Indonesia.
- Saputri, N. (2019). *Hubungan Faktor Lingkungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita di Puskesmas Bernung*. Ilmu keperawatan dan kebidanan, 10 (1). pp.101-110.
- Sharif, A., Noorian, A. (2017). *A Randomized Clinical Trial On The Effect of Honey in The Acute Gastroenteritis*. 5(6), 144–148.
- Suntara, D. A. (2023). *Pemberian Therapy Pemberian Madu Untuk Mengatasi Diare Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Uncang Kota Batam*. Zahra: Journal Of Health And Medical Research, 2(1), 15-23.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- World Health Organization (WHO) (2020). *Diarrhoeal Disease*.
- Wulandari dan Erawati. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Yuliastati Nining. (2016). *Keperawatan Anak*. Jakarta