

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Diare

Pengertian Diare

Diare adalah suatu penyakit yang ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair yang mungkin dapat disertai dengan muntah atau tinja yang berdarah (WHO, 2017).

Diare adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa perubahan peningkatan volume, keenceran, dan frekuensi dengan atau tanpa lendir darah, seperti lebih dari 3 kali/hari dan pada neonatus lebih dari 4 kali/hari (Selviana et al., 2017).

Klasifikasi Diare

a) Diare akut

Diare akut adalah kumpulan gejala diare berupa defekasi dengan tinja cair atau lunak dengan atau tanpa darah atau lendir dengan frekuensi 3 kali atau lebih per hari dan berlangsung kurang dari 14 hari dan frekuensi kurang dari 4 kali per hari.

b) Diare kronik

Diare kronik adalah diare yang berlanjut 2 minggu atau lebih dengan kehilangan berat badan atau berat badan tidak bertambah selama masa diare tersebut.

Etiologi

- a. Infeksi interal : Infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare.
 - 1) Infeksi bakteri : vibrio, E. coli, salmonella, campylobacter, shigella.
 - 2) Infeksi Virus : Rotavirus, norovirus, Calcivilus, Enterovirus, Adenovirus, Astrovirus.
 - 3) Infeksi Parasit : Cacing (Ascariasis, Trichuris, Oxyuris), Protozoa (Entamoeba Histolyca, Tricomonas hominis, Giardia Lambia), Jamur (Candida Albicans).
- b. Infeksi Parental : Infeksi diluar alat pencernaan seperti : Tonsilitis, Ensefalitis, Broncopneumonia.
- c. Faktor Malabsorpsi :
 - 1) Karbohidrat.

Terutama pada bayi kepekaan terhadap lactoglobulin dalam susu formula dapat menyebabkan Diare.
 - 2) Malabsorpsi Lemak.

Lemak terdapat dalam makanan yaitu yang disebut dengan triglyserida. Dengan bantuan kelenjar lipase, triglyserida mengubah lemak menjadi micelles yang bisa diserap usus..
 - 3) Malabsorpsi Protein.

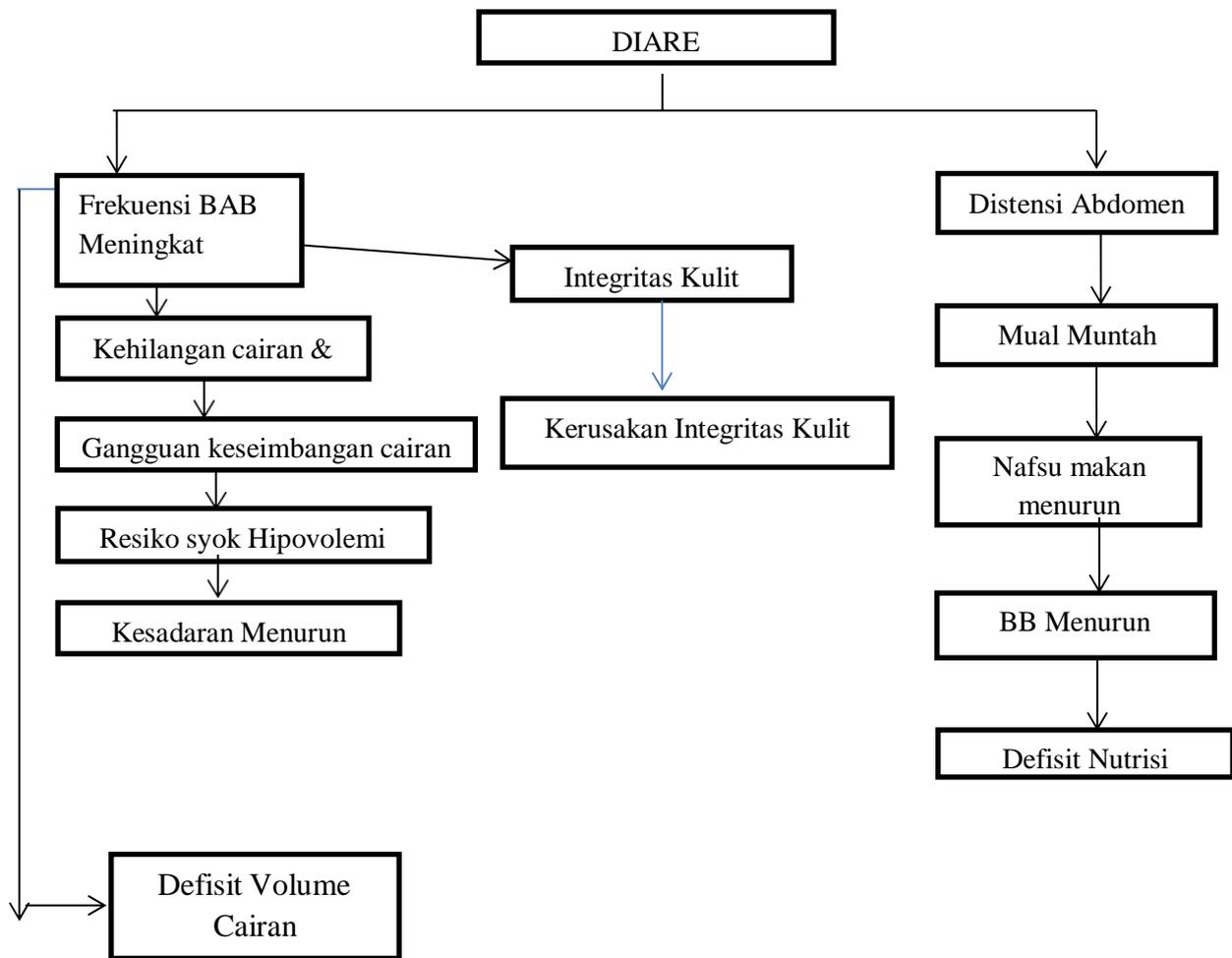
Diare yang terjadi akibat mukosa usus tidak dapat menyerap protein.
- d. Faktor makanan : Makanan yang sudah basi, Alergi makanan tertentu, makanan kurang matang, makanan tercemar atau beracun.
- e. Faktor Psikis : Rasa takut dan cemas.

Patofisiologi

Penyebab Diare adalah masuknya virus (Rotavirus, Adenovirus Enteris, Virus Norwalk), bakteri atau toksin (Compylobacter, Salmonella, Escherichia Coli, Yersinia, dan lainnya), parasite (Biardia, Lambia, Cryptoporisdium). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau Cytotoksin dimana merusak sel-sel atau melekat pada dinding usus penderita diare akut. Penularan diare bisa melalui fekal maupun oral dari satu penderita ke penderita lain. Beberapa kasus ditemui penyebaran pathogen disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi. Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah adanya gangguan osmotik. Hal tersebut berarti, makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, kemudian isi rongga usus berlebihan sehingga timbulah diare. Selain itu, muncul pula gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadilah diare. Gangguan motilitas usus mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Diare dapat menimbulkan gangguan lain seperti kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi). Kondisi ini mengganggu keseimbangan asam basa (asidosis metabolic dan hipokalemian), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah. Normalnya, makanan atau feses bergerak sepanjang usus dengan bantuan gerakan peristaltic dan segmentasi usus, akan tetapi mikroorganisme (seperti Salmonella, Escherichia Coli, Vibrio Disentri, dan Virus Entero) akan masuk ke dalam usus dan berkembang biak yang mana hal tersebut dapat

meningkatkan gerak peristaltic usus. Kemudian, usus akan kehilangan cairan dan elektrolit sehingga terjadilah dehidrasi. Dehidrasi merupakan komplikasi yang sering terjadi jika cairan yang dikeluarkan oleh tubuh melebihi cairan yang masuk dan keluar dari tubuh, yang mana cairan yang keluar tersebut disertai oleh elektrolit (Ida Mardalena, 2018)

Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Manifestasi Klinis

Menurut (Sakarya & Of, 2018) manifestasi klinis dari Diare adalah:

- a. Diare dan muntah gejala utama.

- b. Demam dan menggigil.
- c. Tidak nafsu makan.
- d. Anoreksia, mual, muntah .
- e. Nyeri dan kram abdomen .
- f. Malaise, kelemahan dan nyeri otot.
- g. Sakit kepala .
- h. Kulit dan membrane mukosa kering.
- i. Turgor kulit buruk .
- j. Hipotensi ortostatik, takikardia.
- k. Borborigmi (bising usus yang hiperaktif dan sangat keras.

Komplikasi

- a. Dehidrasi.
 - b. Renyatan Hiporomelik .
 - c. Kejang.
 - d. Bakterikimia .
 - e. Malnutrisi .
 - f. Hipoglikimia.
 - g. Intoleransi sekunder akibat kerusakan mukosa usus Dari komplikasi Diare, tingkat dehidrasi dapat di klasifikasikan sebagai berikut:
1. Dehidrasi ringan Kehilangan cairan 5% dari BB dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, suara serak, penderita belum jatuh pada keadaan syok.

2. Dehidrasi sedang Kehilangan 5 – 10% dari BB dengan gambaran klinik turgor kulit jelek, suara serak, penderita jatuh pre syok nadi cepat dan dalam.
3. Dehidrasi berat Kehilangan cairan 10-15% dari BB dengan gambaran klinik seperti tanda dihidrasi sedang ditambah dengan kesadaran menurun, apatis sampai koma, otot kaku sampai sianosis.

Penatalaksanaan

Menurut Wulandari dan Erawati (2017), dasar Penatalaksanaan Diare adalah sebagai berikut :

Pemberian cairan, Jenis cairan : Cairan

1. rehidrasi oral.
 - Formula lengkap mengandung NaCl, NaHCO₃, KCl, dan glukosa. Kadar natrium 90 mEq/L untuk kolera dan gastroenteritis akut dengan dehidrasi ringan (untuk 11 pencegahan dehidrasi). Kadar natrium 50 – 60 mEq/L untuk gastroenteritis akut non kolera dengan dehidrasi ringan atau tanpa dehidrasi. Formula lengkap sering disebut oralit.
 - Formula sederhana (tidak lengkap) hanya mengandung NaCl dan sukrosa atau karbohidrat lain, misalnya larutan gula garam, larutan air tajin garam, larutan tepung beras garam dan sebagainya untuk pengobatan pertama di rumah pada penyakit gastroenteritis akut baik sebelum ada dehidrasi maupun setelah ada dehidrasi ringan.
2. Cairan parenteral, Jalan pemberian cairan .
 - Per oral pada dehidrasi ringan, sedang dan tanpa dehidrasi dan bila klien dapat minum serta kesadaran baik.

- Intragastrik untuk dehidrasi ringan, sedang, atau tanpa dehidrasi, tetapi klien tidak dapat minum atau kesadaran menurun.
- Intravena untuk dehidrasi berat.

Pemeriksaan Penunjang

Menurut Anwar (2020) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan :

- Pemeriksaan Tinja
- Makroskopis dan mikroskopis
- pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest
- Bila diperlukan lakukan pemeriksaan biakal dan uji resistensi
- Pemeriksaan Darah
- pH darah dan elektrolit (Natrium, kalium, dan fosfor) dalam serum untuk menentukan keseimbangan asam dan basa b) Kadar ureum dan kreatin untuk mengetahui faal ginjal
- Intubasi Doudenum (Doudenal Intubation) Untuk mengetahui jasad atau parasite secara kuantitatif dan kualitatif terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

Konsep Defisit Volume Cairan

Defenisi Defisit Volume Cairan

Defisit Volume Cairan adalah penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intaseluler (PPNI, 2017). Defisit Volume Cairan adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume cairan ekstraseluler. Kekurangan cairan eksterna terjadi karena penurunan asupan cairan dan kelebihan pengeluaran cairan. Tubuh akan merespon kekurangan cairan tubuh dengan

mengosongkan cairan vaskuler. Sebagai kompensasi akibat penurunan cairan interstisial, tubuh akan mengalirkan cairan keluar sel. Pengosongan cairan ini terjadi pada pasien diare dan muntah (Brunner& Suddarth, 2020).

Etiologi

Penyebab Defisit Volume Cairan menurut standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI DPD PPNI, 2017) adalah kehilangan cairan aktif melalui (kulit, gastrointestinal, dan ginjal), kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan. Defisit Volume Cairan ini dapat terjadi disebabkan karena penurunan masukan, kehilangan cairan yang abnormal melalui kulit, gastrointestinal, ginjal abnormal, perdarahan.

Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari Diare dengan Defisit Volume Cairan menurut (SDKI DPD PPNI, 2017) ialah :

Tanda & Gejala Mayor	Tanda & Gejala Minor
1) Objektif a) Nadi teraba lemah b) Tekanan darah menurun c) Membran mukosa kering d) Turgor kulit menurun	1) Subjektif a) Merasa lemah b) Mengeluh haus 2) Objektif a) Pola tidur berubah b) Status mental berubah c) Suhu tubuh meningkat d) Berat badan turun tiba-tiba

Tabel 2.1 Tanda dan gejala

Konsep Asuhan Keperawatan

Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu ((Budiarti, 2020).

a. Identitas/Biodata

Identitas pasien Lakukan pengkajian identitas seperti nama, alamat, tempat tanggal lahir, asal suku bangsa,jenis kelamin, agama Identitas Orangtua/ Penanggung Jawab, nama ayah atau ibu,pekerjaan orang tua,pendidikan,agama alamat.

b. Keluhan utama, Diare / BAB lebih dari biasanya

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang.

Mula muntah bayi/anak akan menjadi cengeng,gelisah,suhu badan mungkin meningkat,nafsu makan berkurang atau tidak ada dan kemungkinan timbul gastroenteritis.gejala muntah terjadi sebelum atau sesudah Diare.

2) Riwayat kesehatan lalu.

Riwayat penyakit yang diderita, riwayat inflamasi. Apakah klien pernah menderita Diare sebelumnya, apakah klien pernah di rawat sebelumnya.

3) Riwayat kesehatan keluarga.

Perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit Diare.

d. Riwayat Imunisasi

Riwayat imunisasi meliputi kelengkapan imunisasi BCG, DPT(I,II,III).

e. Pola nutrisi

Frekuensi makan anak Diare menurun ,jenis makanan dikit,nafsu makan menurun,porsi makan tidak di habiskan,makanan yang tidak di sukai, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

f. Pola Eliminasi

Akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari > 3 kali sehari,BAB encer, BAK sedikit atau jarang.

g. Pola aktivitas

Akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan pasien berfokus pada diri sendiri.

h. Pola tidur atau istirahat

Kesulitan tidur dan gangguan tidur karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.

i. Pola Hygiene

Pada pasien anak-anak dengan penyakit diare dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya memerlukan bantuan.

j. Keadaan Umum Klien

Keadaan pasien sadar (tanpa dehidrasi), gelisah dan rewel (dehidrasi ringan-sedang), lesu, lunglai, atau tidak sadar (dehidrasi berat).

k. Berat Badan

Anak yang diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan sebagai berikut.Tingkat dehidrasi ringan, bayi 5% (50ml/kg),

anak besar 3% (30ml/kg), dehidrasi sedang : bayi 5-10% (5-100ml/kg),
anak besar 6% (60ml/kg), dehidrasi berat bayi 10-15% (100-150ml/kg),
anak besar 9% (90ml/kg). Presentase penurunan berat badan tersebut
dapat diperkirakan saat anak di rawat di rumah sakit.

l. Riwayat perkembangan anak.

- Personal sosial (kepribadian atau tingkah laku sosial), kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.
- Gerakan motorik halus : berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda, dan lain-lain.
- Gerakan motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.
- Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

m. Pemeriksaan head to toe

- Pemeriksaan wajah : Warna kulit pucat,tampak meringis,gerak muka simetris kanan dan kiri, kelopak mata cekung, konjungtiva anemis, reaksi pupil mengecil saat terkena cahaya, palpasi tidak adanya edema dan nyeri tekan.
- Pemeriksaan mulut dan lidah : Bibir pecah pecah , bau mulut, lidah kotor, bibir pucat, mukosa kering, gusi kemerahaan, nyeri menelan,merasa asam di mulut,seing menelen,saliva meningkat.

- Pemeriksaan Abdomen : Abdomen kemungkinan mengalami distensi, kram dan bising usus meningkat .
- Pemeriksaan Kulit : Pada pemeriksaan turgo kulit crt >2detik.
- Pemeriksaan Ekstremitas : Apakah terdapat oedema, atau paralise (kelumpuhan), akral hangat/ dingin, pucat.
- Pemeriksaan Genetalia:Anus ada lesi,warna merah.

Diagnosa Keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2. Diare berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit .
3. Defisit nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi
1.	Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status cairan membaik (L.03028) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi membaik 2) Tekanan darah membaik 3) Turgor kulit membaik 4) Perasan lemah menurun 5) Keluhan haus menurun 6) Berat badan membaik 7) Intake cairan membaik 8) Suhu tubuh membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa tanda dan gejala defisit volume cairan (misalnya tekanan darah menurun, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, lemah dan merasa haus). 2) Monitor intake dan output cairan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hitung kebutuhan cairan 2) Berikan asupan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab kekurangan cairan pada keluarga (hipovolemia) 2) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral pada keluarga <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misalnya NaCl,

			RL) 2) Kolaborasi pemberian obat-obatan antidiare
2	Diare berhubungan dengan Gangguan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) dengan Kriteria hasil :</p> <p>a) Elastisitas meningkat b) Hidrasi meningkat</p>	<p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi perubahan status nutrisi)</p> <p>Teraupetik :</p> <p>a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring b) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare c) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak bada kulit kering d) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif e) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) b) Anjurkan minum air yang cukup c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal saat berada diluar rumah g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
3	Defisit nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan Kriteria hasil :</p> <p>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Diare menurun 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik 5. Berat badan membaik</p>	<p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e) Monitor asupan makanan f) Monitor berat badan g) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Teraupetik :</p> <p>a) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi b) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu c) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein d) Berikan suplemen makanan, jika perlu</p>

			<p>Edukasi</p> <p>a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>b) Anjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a) Kolaborasi pemberian obat antimek jika perlu</p> <p>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
--	--	--	--

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan

Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tindakan yang spesifik. Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien diare dengan defisit volume cairan adalah :

- Cuci tangan dengan sabun, bilas hingga bersih dan keringkan dengan handuk
- Siapkan plester
- Buka alat-alat steril dengan teknik aseptik
- Siapkan cairan infuse, tutup botol didesinfektan dengan kapas alcohol
- Atur putaran klem 2-4 cm dari tabung tetesan dan klem
- Tusukkan infuse ke cairan, alirkan cairan dan gantung pada standar infuse

- Pasang tourniquet 10-20 cm diatas vena yang akan dipungsi dan pasang pengalas
- Gunakan sarung tangan
- Antiseptik daerah yang akan ditusuk dengan alcohol
- Lakukan vena pungsi dengan meregangkan vena, tusukkan jarum 1 cm dibawah titik yang akan ditusuk dengan sudut 20-30°
- Lihat aliran balik darah di tabung, tarik jarum dan masukkan pipa kedalam pembuluh vena
- Hubungkan pangkal jarum dengan selang infuse
- Buka klem dan hitung tetesan cairan sesuai advis dokter
- Fiksasi selang infuse dan pangkal jarum dengan plester
- Pasang spalk
- tuliskan tanggal, waktu pemasangan pada plester
- Rapikan pasien
- Kembalikan alat pada tempatnya
- Cuci tangan
- Dokumentasikan tanggal dan jam pemasangan, jumlah dan jenis cair

Evaluasi Keperawatan

Memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan

keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2017).