

# **BAB I**

## **KONSEP DASAR**

### **A. Pengertian**

Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak-anak, konsistensi tinja encer dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir atau darah atau lendir saja (Ngastiyah, 1997 : 43).

Menurut Schwartz (2004 : 256), Diare akut adalah peningkatan defekasi dan kandungan air pada tinja yang berlangsung selama 5 - 7 hari. Dari beberapa pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa diare cair akut adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada, bayi dan lebih dari 3 kali pada anak-anak dengan konsistensi encer dapat hijau dan bercampur lendir atau darah atau lendir saja yang berlangsung antara 5 - 7 hari.

### **B. Penyebab**

Menurut Ngastiyah (1997:143) ada tiga faktor yang menyebabkan diare, antara lain:

1. Faktor Infeksi
  - a. Infeksi enteral yang merupakan penyebab utama diare pada anak yaitu
    - 1). Infeksi bakteri : E. Coli, Salmonela, Shigella, dll
    - 2). Infeksi virus : Rotavirus, adeno virus, virus norkwolk, dll
    - 3). Infeksi parasit : Cacing, jamur, protozoa

b. Infeksi parenteral adalah infeksi diluar alat pencernaan yang menyebabkan diare. Contoh infeksi parenteral antara lain otitis media akut, tonsilitis, bronkopneumoni, ensefalitis terutama pada bayi dan anak-anak dibawah 2 tahun

## 2. Faktor Malabsorpsi

### a. Malabsorpsi Karbohidrat

- 1). Disakarida (intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa)
- 2). Monosakarida(intoleransi glukosa dan galaktosa)

### b. Malabsorpsi Lemak

### c. Malabsorpsi Protein

## 3. Faktor Makanan

Makanan yang basi, beracun dan seseorang yang alergi terhadap makanan tertentu.

## 4. Faktor Psikologis

Rasa takut dan cemas dapat menjadi pencetus diare.

## **C. Pathofisiologi**

Pathofisiologi diare menurut Markum (1991: 454) adalah

### 1. Gangguan Osmotic

Makanan yang tidak diserap atau di cerna, misalnya laktosa (dari susu), merupakan makanan yang baik bagi bakteri. Didalam usus besar laktosa ini akan difermentasikan oleh bakteri. Anaerob menjadi molekul yang lebih kecil, misalnya  $H_2$ ,  $CO_2$ ,  $H_2O$  dan sebagainya. Hal ini

menyebabkan tekanan osmotik dalam lumen usus meningkat. Keadaan di dalam usus yang hiperosmolar ini kemudian akan menyerap air dari intrasel, diikuti peningkatan peristaltik usus sehingga terjadi diare.

## 2. Gangguan Sekresi

Zat yang merangsang (toksin) pada dinding usus menyebabkan peningkatan sekresi air dan elektrolit melebihi 4400 cc, maka usus besar tidak mampu menyerap seluruhnya; selebihnya akan di keluarkan bersama tinja dan terjadilah diare. Diare juga dapat terjadi karena terbatasnya kemampuan usus besar untuk menyerap dalam keadaan sakit, atau terdapat penambahan ekskresi cairan pada penyakit usus besar.

## 3. Gangguan Motilitas Usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga menimbulkan diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan selanjutnya dapat timbul diare.

## **D. Manifestasi Klinik**

Menurut staf pengajar IKA FKUI (2000 : 285), manifestasi klinik diare adalah sebagai berikut:

1. Anak cengeng dan gelisah
2. Suhu tubuh meningkat
3. Tinja cair, warna kehijau-hijauan, disertai lendir atau darah
4. Anus dan daerah sekitarnya lecet

5. Muntah
6. Berat badan menurun
7. Dehidrasi .
  - a. Dehidrasi ringan : kehilangan cairan 2-5% dari BB, turgor masih baik, penderita belum jatuh dalam keadaan pre syok, haus.
  - b. Dehidrasi sedang : kehilangan cairan 5-8% dari BB, turgor kulit menurun, UUB cekung, mata cowong, nadi cepat, nafas cepat dan dalam (kusmoul), penderita jatuh pada pre syok/ syok.
  - c. Dehidrasi berat : kehilangan cairan 8-10% dari BB, turgor jelek, kesadaran turun (apatis sampai koma), otot kaku, sianosis, nadi cepat, nafas ccpat dan dalam, penderita,jatuh pada pre syok/ syok.

#### **E. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Rusepno (2005 : 286), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien diare adalah

1. Pemeriksaan Tinja
  - a. Makroskopis dan mikroskopis
  - b. PH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinictest bila terdapat toleransi glukosa.
  - c. Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.
2. Pemeriksaan keseimbangan asam basa dalam darah dengan menentukan PH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut ASTRUP (bila memungkinkan).

3. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
4. Pemeriksaan elektronik terutama kadar natrium, kalium dan fosfat dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).
5. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama pada penderita diare kronik.

Bagan

## **G. Penatalaksanaan**

Menurut Oudoff (2002: 1999) dasar pemberian diare adalah :

1. Perbaiki ketidak seimbangan elektrolit dan dehidrasi
2. Pengobatan spesifik bila terdapat penyakit ang mendasarinya
3. Obat “Hydrophilis bulking”
4. Bismuth subsalicylate dosis tinggi mungkin dapat untuk mencegah dan mengobati traveleris diarrhea
5. Diare hebat mungkin menyebabkan banyak kehilangan cairan, asidosis metabolic dan hipokalemia
6. Banyak penyebab seperti obat-obatan dan jenis makanan yang dapat dihilangkan seingga menyembukan diare
7. Glukosa dan cairan peroral serta peningkatan elektrolit dapat menyelamatkan penderita kolera

## **H. Konsep Tumbuh Kembang Dan Hospitalisasi**

1. Konsep Tunbuh Kembang

Menurut Markum (1991: 24) konsep tumbuh kembang adalah sebagai berikut.

- a. Menurut Sigmun Freud

Fase awal berlangsung antara umur 1-3 tahun. Fase ini anak mulai menunjukkan sifat keakuannya. Sifat sangat egoistik. Ia mulai belajar mengenal tubuhnya sendiri dan mendapatkan kepuasan dari pengalaman auto erotiknya. Salah satu tugas utama anak pada fase ini adalah latihan

kebersihan atau toilet/ training. Anak merasakan nikmatnya pada saat menahan maupun mengeluarkan tinja. Jika orang tua tidak membantu menyelesaikan latihan kebersihan dengan baik, maka akan timbul berbagai masalah tingkah laku.

b. Menurut Erik Erikson

Masa balita, kemandirian vs ragu atau malu. Pada masa ini anak sedang belajar untuk menegaskan kemandirian namun ia belum dapat berfikir secara deskriptif karena itu masih diperlukan bimbingan yang tegas. Meski mengharap untuk mandiri, anak masih perlu perlindungan terhadap pengalaman yang dapat menimbulkan rasa ragu dan malu. Sebaliknya jika dia tidak diberi kesempatan untuk bisa mengendalikan diri secara mandiri, maka akan timbul keraguan dan rasa malu yang berlebihan.

c. Menurut Jean Peaget

Fase sensori - motor (0-2 tahun), Peaget melihat bahwa pada awalnya seorang anak memiliki sifat yang egosentrik yang terpusat pada dirinya. Segala usaha berhubungan dengan dirinya, yaitu untuk memuaskan kebutuhan dan kesenangannya, maka kebutuhan pada saat ini kebanyakan bersifat fisik. Oleh karena itu yang berkembang dengan pesat adalah kemampuan sensori-motor. Anak belajar untuk melakukan berbagai gerakan yang makin terkoordinasi, terarah dan bertujuan.

#### d. Menurut Robert Sears

Masa bayi berkisar dari umur 2 minggu - 2 tahun. Pada masa ini masih sibuk dengan dirinya sendiri. Proses sosialisasi berkembang dengan lambat. Bayi lebih mementingkan kebutuhannya dan belajar berbagai cara untuk memenuhi kebutuhannya. Bayi sebenarnya banyak menuntut dan menguasai lingkungan. Pada masa ini kepribadian dasar seseorang terbentuk.

### 2. Konsep Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah suatu keadaan sakit dan harus dirawat di rumah sakit yang terjadi pada anak atau keluarga yang dapat menimbulkan suatu kondisi yang baik bagi anak maupun keluarga. Bagaimana anak memahami, bereaksi terhadap hospitalisasi dan metode koping yang digunakan saat sakit adalah sangat mempengaruhi stressor utama selama hospitalisasi adalah perpisahan, kehilangan kontrol, trauma pada tubuh dan nyeri serta reaksi perilaku anak.

a. Respon keemasan karena perpisahan pada anak yang dirawat tergantung pada tingkat usia perkembangan anak. Pada masa Todler (1-3 tahun), pada masa ini anak sudah melibatkan diri pada kebiasaan atau aktifitas dan bermain. Pada waktu terjadi pembatasan kebiasaan rutin ini akan terjadi regresi bahkan gangguan dari kebiasaan tersebut terhadap respon perilaku yang ditunjukkan dapat langsung atau spontan.

b. Respon kehilangan kendali pada anak yang dirawat menurut usia tumbuh kembang.

Masa Todler (1-3 tahun), merupakan masa mencari otonomi ditampakkan dengan tingkah laku antara lain : ketrampilan motorik, permainan, hubungan interpersonal. Akan cemas jika kehilangan tetapi sebaliknya mereka menunjukkan reaksi negatifisme seperti tempertentrum karena sifat egosentrik anak yang sedang meningkatkan aktifitas motoriknya dan cemas akibat kehilangan tangan dan kakinya.

c. Respon nyeri pada anak tergantung pada tahap tumbuh anak karakteristik respon nyeri pada masa Todler (1-3 tahun) antara lain:

1) menangis

2) mengatupkan mulut

3) membuka mata lebar-lebar

4) marah atau bertingkah laku agresif seperti menggigit, menendang, memukul dan berusaha lari.

d. Mekanisme koping anak terhadap hospitalisasi pada masa Todler (1-3 tahun)

Memberikan sesuatu yang menyebabkan rasa aman bagi mereka seperti selimut, boneka beruang atau obyek khusus lain. Foto ibu digunakan anak-anak sebagai pelindung saat menjalani prosedur tindakan sehingga menjadi lebih tenang dan kooperatif dengan perawat.

## I. Fokus Intervensi

1. Resiko tinggi kurang volume cairan berhubungan dengan out, put beriebihan (Mayer & Jacobson, 1995 : 127):

Tujuan : terjadi keseimbangan cairan

Rencana tindakan

- a. monitor intake dan out put
  - b. timbang berat badan setiap hari
  - c. kaji tanda-tanda dehidrasi
  - d. ukur jumlah ekskresi secara akurat
  - e. kaji adanya mual muntah
2. Resiko tinggi gangguan integritas kulit berhubungan dengan seringnya defekasi dengan iritasi pada daerah anal dan bokong (Tucker, et al, 1999: 959).

Tujuan : iritasi kulit tidak terjadi

Kriteria hasil : kulit kering, tidak ada luka / iritasi, tidak menunjukkan adanya infeksi sekunder.

Rencana tindakan

- a. Jaga daerah popok atau celana tetap lers,ih dan kering
- b. Periksa dan ganti popok bila basah
- c. Cuci kulit dengan sabun yang lembut dan air, setiap kali setelah defekasi
- d. Gunakan sarung tangan dan cuci tangan sebelum dan setelah mengganti popok

- e. Jaga daerah anal tetap kering
  - f. Ajarkan tentang perawatan anus yang baik kepada keluarga
3. Cemas berubung dengan dampak hospitalisasi (Wortg & Whelesy's, 2003:407)

Tujuan : cemas berkurang bahkan hilang

Rencana tindakan

- a. Berikan lingkungan nyaman dan tenang
  - b. Libatkan keluarga dalam setiap tindakan
  - c. Komunikasi dengan anak sebanyak mungkin
  - d. Berikan stimulus sensori pada anak sesuai dengan tingkat perkembangan
  - e. Kaji tingkat kecemasan
  - f. Kaji faktor penyebab cemas
4. kurang pengetahuan keluarga tentang penyakit anaknya berhubungan dengan kurang informasi (Wong & Whelesy's, 2003: 407)

Tujuan : keluarga tahu tentang penyakit anaknya, pengobatan dan perawatannya.

Rencana tindakan

- a. Kaji tingkat pengetahuan dan pemahaman keluarga
- b. Sediakan informasi untuk keluarga tentang penyakit anaknya
- c. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya
- d. Minta keluarga untuk mengulang kembali penjelasan perawat
- e. Libatkan keluarga untuk berpartisipasi dalam merawat anaknya