

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Diare**

##### **1. Definisi**

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3 kali dalam kurun waktu satu hari (Prawita & Haqi 2019).

Diare adalah peningkatan frekuensi atau penurunan konsistensi feses. Diare pada anak dapat bersifat akut atau kronik (Carman 2016).

Diare adalah kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya 3 kali atau lebih) dalam satu hari (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 2011).

Berdasarkan beberapa pengertian dapat disimpulkan diare adalah suatu keadaan dimana terjadi pola perubahan BAB lebih dari biasanya (>3kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja lebih encer atau berair dengan atau tanpa darah dan lendir.

##### **2. Etiologi**

Etiologi pada diare menurut Yuliasati & Arnis (2016) ialah:

- a. Infeksi enteral yaitu adanya infeksi yang terjadi disaluran pencernaan dimana merupakan penyebab diare pada anak, kuman meliputi:
  - 1) Infeksi bakteri : *Vibrio*, *E.coli*, *Salmonella* dan lain sebagainya.
  - 2) Infeksi virus : *Enterovirus*, *Adenovirus*, dan lain sebagainya.
  - 3) Infeksi parasite : cacing, protozoa, serta jamur dan bakteri.

- b. Infeksi parental yaitu infeksi di bagian tubuh lain diluar alat pencernaan seperti Tansilofaringitis, Bronchopneumonia dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur 2 tahun.
- c. Faktor malabsorsi
  - 1) Malabsorsi karbohidrat, disakarida, monosakarida.
  - 2) Malabsorsi lemak.
  - 3) Malabsorsi protein.
- d. Faktor makanan : makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.
- e. Faktor resiko

Menurut Direktorat Jendral Pengolahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2011), Faktor resiko terjadinya diare adalah:

- 1) Faktor prilaku yang meliputi:
  - a) Tidak memberikan ASI eksklusif secara penuh untuk 4-6 bulan pertama dari kehidupan.
  - b) Menggunakan botol susu.
  - c) Menyimpan makanan masak pada suhu kamar.
  - d) Air minum tercemar dengan bakteri
  - e) Tidak mencuci tangan
- 2) Faktor lingkungan antara lain:
  - a) Ketersediaan air bersih yang tidak memadai.
  - b) kurangnya ketersediaan mandi cuci kakus (MCK)

### **3. Tanda dan Gejala**

Menurut Mardalena (2018) berikut ini merupakan tanda gejala dari diare, yaitu:

- a. Nyeri perut
- b. Mual, kadang – kadang sampai muntah
- c. Rasa perih di ulu hati
- d. Rasa lekas kenyang
- e. Nafsu makan berkurang.
- f. Perut kembung, rasa panas di dada dan perut

- g. Demam dan lemah
- h. Membran mukosa mulut dan bibir kering
- i. Pontanel cekung

#### **4. Patofisiologi**

Mekanisme dasar yang menyebabkan diare ialah yang pertama gangguan osmotik, akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air elektrolit dalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

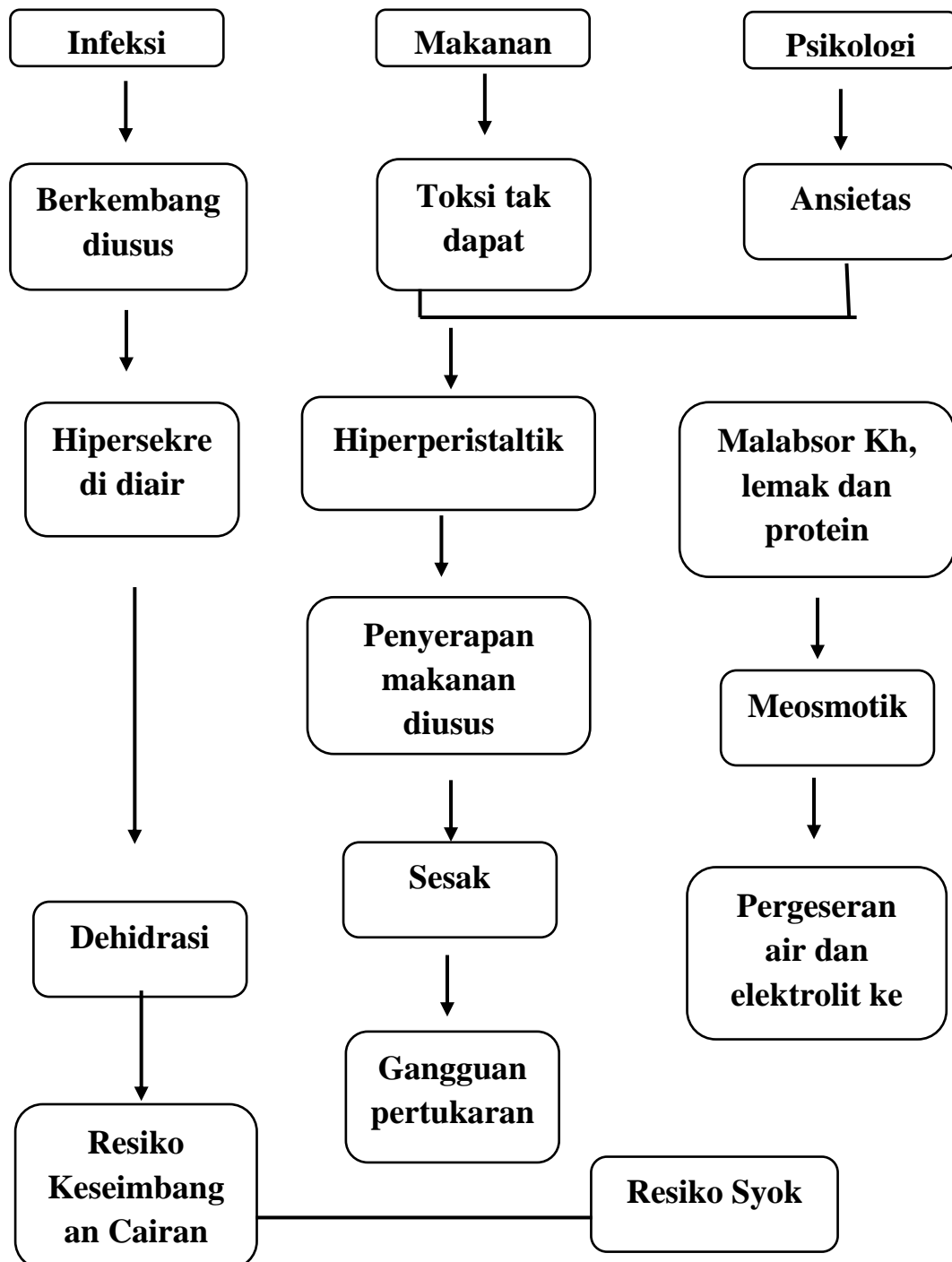
Kedua akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan air dan elektrolit ke dalam rongga usus selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

Ketiga gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebih yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Selain itu diare juga dapat terjadi, akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung, mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare (Titik lestari 2016).

## Pathway

Gambar 2.1 Pathway Diare



(Sumber : Farikhah N,2017)

## 5. Klasifikasi

Menurut Dwienda (2014) berdasarkan durasi waktu diare, dapat diklasifikasikan menjadi 3 yaitu:

### a. Diare akut

Diare yang berlangsung kurang dari 14 hari.

### b. Diare kronis

Diare kronik yang berlangsung secara terus menerus selama lebih dari 14 hari atau lebih dan dapat di sertai darah atau tidak. Diare kronis dalam waktu lama akan mengakibatkan dehidrasi.

### c. Diare disentri

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

## 6. Komplikasi

### a. Kehilangan air (dehidrasi)

Anak akan dehidrasi sebab kehilangan sejumlah cairan dan elektrolit tubuh karena muntah dan diare. Dehidrasi yang dialami, mulai dari dehidrasi ringan hingga berat, bahkan ada yang mengakibatkan kematian. Dehidrasi ringan memiliki ciri-ciri yaitu haus, kencing sedikit, dan mulut kering. Dehidrasi sedang hingga berat memiliki tanda yaitu ubun-ubun besar cekung, mata cekung dan tegangan kulit menurun. (Eiyta, Ardinasari 2016).

### b. Hipokalemia

Hipokalemia terjadi karena kurangnya kalium (K) selama rehidrasi yang menyebabkan terjadinya hipokalemia ditandai dengan kelemahan otot, peristaltik usus berkurang, gangguan fungsi ginjal dan aritmia (Andri 2015).

### c. Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi pada 2-3% anak yang menderita diare sering pada anak yang sebelumnya telah menderita kekurangan kalori protein.

Hal ini terjadi karena adanya gangguan penyimpanan atau penyediaan glikogen dalam hati dan adanya gangguan etabol glukosa. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun hingga 40% pada bayi, 50% pada anak (Mayunani 2010).

d. Demam

Bakteri tersebut mengeluarkan toksin lipopolisakarida dan membran sel. Sel yang bertugas menghancurkan zat-zat toksik atau infeksi tersebut adalah neutrofil dan magrofag dengan cara fagositosis. Sekresi fagosik menginduksi timbulnya demam (Arini, 2016).

e. Gangguan gizi

Biasanya terjadi karena asupan makanan berkurang dan output yang berlebih. Hal ini akan bertambah berat bila pemberian makanan dihentikan, serta sebelumnya penderita suda mengalami kekurangan gizi. (Vivian nanny 2011).

## 7. Penatalaksanaan

a. Terapi

Departemen Kesehatan menetapkan penatalaksanaan diare bagi semua kasus diare yang diderita anak yaitu:

- 1) Rehidrasi dengan menggunakan oralit baru
- 2) Zinc mangurangi lama berat diare dan zinc juga dapat mengembalikan nafsu makan anak. Pemberian zinc dapat menerunkan frekuensi dan volume buang air besar sehingga dapat menurunkan resiko terjadinya dehidrasi pada anak
- 3) ASI dan makanan tetap diteruskan. Sesuai umur anak dengan menu yang sama pada waktu yang sehat untuk mencegah kehilangan berat badan serta mengganti nutrisi yang hilang. Kolostrum atau ASI mengandung zat kekebalan tubuh untuk melindungi bayi dari berbagai jenis penyakit infeksi terutama diare.
- 4) Antibiotik selektif. Antibiotik jangan diberikan kecuali ada indikasi misalnya diare berdarah atau kolera.

Menurut Rianto (2017) penatalaksanaan merupakan pengobatan dengan cara pengeluaran diet dan pemberian cairan:

- 1) Diare tanpa dehidrasi: diare ini hanya memerlukan cairan tambahan seperti air putih, sari buah segar, air teh, dan air tajin.
- 2) Diare dengan dehidrasi: pada diare ini memerlukan cairan yang khusus, seperti campuran gula dan garam yang biasa disebut dengan larutan dehidrasi oral. Biasanya dalam pembuatan larutan ini di campur dengan garam dehidrasi ke dalam air 1 liter.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Identitas klien**

##### **1) Identitas klien meliputi:**

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku / bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosamedik.

##### **2) Identitas penanggung jawab**

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

#### **b. Keluhan utama**

Diare / BAB lebih dari biasanya (Farikhah N 2017).

#### **c. Riwayat kesehatan sekarang**

Terdapat beberapa keluhan, pemulaan mendadak disertai dengan muntah dan feses dengan volume yang banyak, konsistensi cair, muntah ringan atau sering dan gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat dan nafsu makan menurun (Farikhah N 2017).

#### **d. Riwayat kesehatan dahulu**

Kaji adanya riwayat sebelumnya pernah mengalami penyakit diare berapa lama dan bagaimana pengobatan sebelumnya. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap obat. (Farikhah N 2017).

e. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit metabolik, penyakit menular seperti HIV.

f. Pola fungsional kesehatan

1) Aktifitas /istirahat

Aktifitas klien menurun, murung, diam, kadang tampak lemah.

2) Eliminasi

Pada BAB juga mengalami gangguan karena terjadi peningkatan frukuensi, dimana konsistensi lunak sampai cair, volume tinja dapat sedikit atau banyak. Dan pada buang air kecil mengalami penurunan frekuensi dari biasanya.

3) Nutrisi dan metabolik

Makan menurun karena adanya mual dan muntah yang disebabkan lambung yang meradang

4) Personal hygiene

Mengalami gangguan karena sering BAB

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum klien: klien lemah, panas, muntah dan diare

2) Tanda-tanda vital: Suhu, respirasi, nadi TD, BB

3) Kepala: bentuk kepala, warna rambut, tidak terdapat benjolan, kulit kepala bersih

4) Mata: konjungtiva, sklera, simentris, tidak ada kotoran

5) Mulut: mukosa bibir kering, tidak ada stomatis, lidah bersih

6) Hidung: simetris tidak ada sekret, tidak ada polip

7) Telinga: simetris, tidak ada benjolan, lobang telinga bersih, tidak ada serumen

8) Leher: tidak pembesaran kelenjar tyroid, limfhe, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada kaku kuduk.

9) Dada: dada simetris, bentuk bulat datar, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan, tidak ada benjolan.



irama nafas teratur, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.

- 10) Perut: simetris, peristaltic meningkat 40x/mnt, turgor kulit tidak langsung kembali dalam 1 menit, hipertimpan dan perut kembung.
- 11) Muskuloskeletal: tidak adanya kelainan tulang dan sendi, kekuatan otot 5, tidak ada lesi, tidak ada nyeri dan kelainan tulang

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Daftar Diagnosa Keperawatan pada klien dengan diare menurut Farikhah N tahun 2017:

- a. Defisit nutrisi
- b. Gangguan pertukaran gas
- c. Gangguan integritas kulit
- d. Resiko ketidakseimbangan cairan
- e. Resiko syok

### 3. Intervensi Keperawatan

**Table 2.1 Intervensi Keperawatan**

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<b>Defisit nutrisi (D.0019)</b>	<p><b>Status Nutrisi (L. 03030)</b> Setalah dilakukan 1x24 jam diharapn status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan dari 1 ke 5</li> <li>2. Indeks masa tubuh (IMT) dari 1 ke 5</li> <li>3. Frekuensi makan dari 1 ke 5</li> <li>4. Nafsu makan dari 1 ke 5</li> </ol> <p>Dengan skala indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen nutrisi (I.03119)</b> Definisi: mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang.</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi status nutrisi</li> <li>1.2 Identifikasi alergi dan intolenrasi makanan</li> <li>1.3 Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>1.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>1.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>1.6 Monitor asupan makanan</li> <li>1.7 Monitor berat badan</li> <li>1.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>1.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>1.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai</li> <li>1.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>1.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>1.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>1.15 Hentikan pemberian mkanan melalau selang nasogastrik jika asupan oral dapat di toleransi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.16 Anjurkan posisi duduk , jika mampu</li> <li>1.17 Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.18 Kolaborasi pemberian medikasi seblum mkan</li> <li>1.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ol>

2.	<b>Gangguan pertukaran gas (D.0003)</b>	<b>Pertukaran Gas (L.01003)</b> Setelah di lakukan 1x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran dari 1 ke 5 Dengan skala indikator: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	<b>Pemantauan respirasi (I.01014)</b> Definisi: mengumpulkan dan menganalisa data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan keefektifan pertukaran gas <b>Tindakan</b> <b>Obsrvasi:</b> 1.1 Monitor frekuensi,irama,kedalaman, dan upaya nafas. 1.2 Monitor pola nafas. 1.3 Monitor batuk efektif 1.4 Monitor adanya produksi sputum 1.5 Monitor adanya sumbatan jalan nafas. 1.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru. 1.7 Auskultasi bunyi nafas. 1.8 Monitor saturasi oksigen. Monitor AGD. 1.9 Monitor hasil x-ray toraks. <b>Terapeutik</b> 1.10 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien. 1.11 Dokuemntasi hasil pemantauan. <b>Edukasi</b> 1.12 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.13 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
3.	<b>Gangguan intregitas kulit (D.0129)</b>	<b>Integritas kulit dan jaringan (L. 14125)</b> Setalah di lakukan 1x24 jam diharapkan integritas kulit jaringan menurun dengan ekspetai: 1. Kerusakan jaringan dari 1 ke 5 2. Kerusakan lapisan kulit dari 1 ke 5 3. Nyeri drai 1 ke 5 4. Kemerahan dari 1 ke 5 Skala : 1 Meningkatkan	<b>Perawatan integritas kulit (I.11353)</b> Definisi: mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembabab dan mencegah perkembangan mikroorganisme <b>Tindakan</b> <b>Observasi</b> 1.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <b>Terapeutik</b> 1.2 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 1.3 Bersihkan perineal dengan air hangat, teruma pada selama diare 1.4 Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 1.5 Gunakan produk berbahan ringan / alami dan hipoalergenik pada kulit sensitif 1.6 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <b>Edukasi</b> 1.7 Anjurkan menggunakan pelembab

		<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Cukup meningkat</li> <li>3 Sedang</li> <li>4 Cukup menurun</li> <li>5 menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.8 Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>1.9 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>1.10 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>1.11 Anjurkan menghindari paparan suhu ekstrim</li> <li>1.12 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF 30 saat berada di luar ruangan</li> <li>1.13 Anjurkan mandi and menggunakan sabun secukupnya.</li> </ul>
4.	<b>Reisko ketidakseimbangan cairan (D.0036)</b>	<p><b>Keseimbangan cairan (L.05020)</b>          setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan ekspetasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan dari 1 ke 5</li> <li>2. Keluaran urin dari 1 ke 5</li> <li>3. Kelembapan membran mukosa dari 1 ke 5</li> <li>4. Asupan makanan dari 1 ke 5</li> </ul> <p>Dengan skala indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ul>	<p><b>Manajemen cairan (I03098)</b>          Definisi: mengidentifikasi dan mengelola keseimbangan cairan dan mencegah komplikasi akibat ketidakseimbangan cairan.</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor status hidrasi</li> <li>4.2 Monitor berat badan harian</li> <li>4.3 Monitor berat badan seblum dan sesudah dianalisa</li> <li>4.4 Monitor hasil pemeriksaan lab</li> <li>4.5 Monitor status hemodinamik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.6 Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</li> <li>4.7 Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li> <li>4.8 Berikan cairan intravena, jika perlu</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.9 Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu.</li> </ul>
5.	<b>Resiko syok (D.0039)</b>	<p><b>Tingkat Syok (L.03032)</b>          Tujuan: setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan tingkat syok meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi dari 1 ke 5</li> <li>2. Output urine dari 1 ke 5</li> <li>3. Tingkat kesadaran dari 1 ke 5</li> <li>4. Saturasi oksigen dari 1 ke 5</li> </ul> <p>Dengan skala indikator:</p>	<p><b>Pencegahan syok (I.02068)</b>          Definisi: mengidentifikasi dan menurunkan resiko terjadinya ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrien untuk mencakup kebutuhan jaringan.</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1 Monitor status kardiopulmonal</li> <li>5.2 Monitor status oksigenasi</li> <li>5.3 Monitor status cairan</li> <li>5.4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> <li>5.5 Periksa riwayat elergi</li> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5.6 Perikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt; 94%</li> <li>5.7 Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu.</li> <li>5.8 Pasang jalur IV, jika perlu</li> <li>5.9 Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu</li> <li>5.10 Lakukan skin test untuk mencegah elergi.</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.11 Jelaskan penyebab/faktor resiko syok</li> <li>5.12 Jelaskan tanda dan gejala awal syok</li> <li>5.13 Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala syok</li> <li>5.14 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>5.15 Anjurkan menghindar elergi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.16 Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</li> <li>5.17 Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</li> <li>5.18 Kolaborasi pemberian antifalamasi, jika perlu.</li> </ol>
--	--	--	--

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengetahuan dan perwujudan rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

#### **5. Evaluasi 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 dan 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, efektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016) Evaluasi penelitian ini menggunakan SOAP. Subjective (subjektif), Objective, Assesment (penilaian), dan Plan (perencanaan).