

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Beberapa pengertian diare:

1. Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cairan atau setengah cairan, dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari keadaan normal yakni 100-200 ml sekali defekasi (Brunner & Suddarth, 2011).
2. Menurut (WHO,2009) diare adalah buang air besar encer atau cair lebih dari tiga kali sehari.
3. Diare ialah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak dengan konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat bercampur lendir dan darah (Ngastiyah, 2008).

2.1.2 Anatomi dan fisiologi saluran pencernaan

Saluran pencernaan makanan merupakan saluran yang menerima makanan dari luar dan mempersiapkannya untuk diserap oleh tubuh dengan jalan proses Pencernaan (pengunyahan, penelanan dan percampuran) dengan enzim dan zat cair yang terbentang mulai dari mulut (oris) sampai anus. (Syaiquddin, 1996, hal 87).

Saluran pencernaan terdiri dari: mulut, faring, oesofagus, lambung, usus halus, usus besar, rectum, anus.

1. Anatomi mulut (oris)

Mulut adalah permulaan saluran pencernaan yang terdiri atas dua bagian yaitu:

- 1) Bagian luar yang sempit atau vestibula yaitu ruang diantara gusi, gigi, bibir dan pipi.
- 2) Bagian rongga mulut/bagian dalam, yaitu rongga mulut yang dibatasi sisinya oleh tulang maksilaris, palatum dan mandibularis disebelah belakang bersambung dengan faring.

2. Faring

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (osofagus), di dalam lengkungan faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosis dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. Disini terletak bersimpangan antara jalan napas dan jalan makanan (Syaifuddin, 1996, hal 88).

3. Esofagus

Merupakan saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung, panjangnya kurang lebih 25 cm, mulai dari faring sampai pintu masuk kardiak dibawah lambung (Syaifuddin, 1996, hal 89).

4. Lambung

Bagian lambung terdiri dari:

- 1) Fundus Ventrikuli
- 2) Korpus ventrikuli
- 3) Antrum Pylorus
- 4) Kurvatura Minor
- 5) Kurvatura Mayor
- 6) Osteum Kardiakum

Susunan lapisan dari dalam keluar terdiri dari: Lapisan selaput lendir, lapisan otot melingkar, lapisan otot miring, lapisan otot panjang, dan lapisan jaringan ikat/serosa.

Fungsi lambung terdiri dari:

- 1) Makanan, menghancurkan dan menghaluskan makanan oleh peristaltik lambung dan getah lambung.
 - 2) Getah cerna lambung yang dihasilkan:
 - a. Pepsin fungsinya, memecah putih telur menjadi asam amino (albumin dan pepton).
 - b. Asam garam (HCL) fungsinya: mengasamkan makanan, sebagai antiseptik dan desinfektan, dan membuat suasana asam pada pepsinogen sehingga menjadi pepsin.
 - c. Renin fungsinya, sebagai ragi membekukan susu dan membentuk kasein dari kaseinogen (kaseinogen dan protein susu).
 - d. Lapisan lambung, jumlahnya sedikit memecah lemak menjadi asam lemak yang merangsang sekresi getah lambung (syarifuddin, 1996, hal 91).
5. Usus Halus

Usus halus adalah tabung yang kira-kira sekitar dua setengah meter panjang dalam keadaan hidup dan merupakan saluran pencernaan diantara lambung dan usus besar. Usus halus panjang, tube yang berliku-liku yang memenuhi sebagian rongga abdomen.

Usus halus terdiri dari duodenum, yeyenum dan ileum.

1) Duodenum

Adalah tube yang berbentuk huruf C dengan panjang kira-kira 25 cm, pada bagian belakang abdomen, melengkung melingkari pancreas.

Duodenum di gambarkan kedalam 4 bagian:

Bagian I : menjalar kearah kanan

Bagian II : menjalar kearah bawah

Bagian III : menjalar kearah tranversal kiri dan disebelah depan vena kava inferior dan aorta.

Bagian IV : menjalar kearah atas untuk selanjutnya bergabung dengan yeyenum (Gibson John, 1995, hal 163).

Bagian kanan duodenum terdapat selaput lendir yang membukit disebut papilla vateri, pada papilla vateri ini bermuara saluran empedu (duktus koledokus) dan saluran pancreas (duktus wirsungi/duktus pankreatikus). Empedu di buat di hati untuk dikeluarkan keduodenum melalui duktus koledokus yang fungsinya mengemulsikan lemak, dengan bantuan lipase. Dinding duodenum mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar-kelenjar brunner, berfungsi untuk memproduksi getah intestinum (Syaifuddin, 1996, hal 91).

2) Yeyenum dan Ileum

Yeyenum merupakan bagian pertama dan ileum merupakan bagian kedua dari saluran usus halus. Semua bagian usus tersebut mempunyai panjang yang bervariasi dari 300 cm sampai 900 cm. (Gibson John, 1995, hal 164)

Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan peritoneum yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesenterium. Akar mesenterium memungkinkan keluar dan masuknya cabang-cabang arteri dan vena mesentrika superior, pembuluh limfe dan saraf keruang antara 2 lapisan peritoneum yang membentuk mesenterium. Sambungan antara yeyenum dan ileum tidak mempunyai batas yang tegas.

Ujung bawah ileum berhubungan dengan seikum dengan perantaraan lubang yang bernama orifisium Ileoseckalis. Orifisium ini diperkuat oleh spinter ileuseikalis dan pada bagian ini terdapat katup valvula seikalis atau valvula Baukini yang berfungsi untuk mencegah cairan dalam kolon ascendens tidak masuk kembali keadaan ileum (Syarifuddin, 1996, hal 91)

Fungsi usus halus adalah:

- a. Mensekresi cairan usus.
- b. Menerima cairan empedu dan pancreas.
- c. Mencerna makanan.
- d. Mengabsorpsi air, garam dan vitamin.
- e. Menggerakkan kandungan kandungan usus sepanjang usus oleh kontraksi segmental pendek dan gelombang cepat yang menggerakkan kandungan usus sepanjang usus menjadi lebih cepat.

6. Usus Besar

Usus besar mempunyai panjang kurang lebih 1,5 meter dengan lebar 5-6 cm.

Lapisan-lapisan usus besar dari dalam keluar adalah:

- 1) Selaput lendir
- 2) Lapisan otot melingkar.
- 3) Lapisan otot penampang.
- 4) Jaringan ikat.

Fungsi usus besar, terdiri dari menyerap air dari makanan, tempat tinggal bakteri koli dan tempat feses (Syaifuddin, 1996, hal 92).

Adapun bagian-bagian dari usus besar adalah sebagai berikut:

- 1) Seikum

Di bawah seikum terdapat apendiks vermiformis yang berbentuk seperti cincin sehingga disebut umbai cacing, dengan panjang 6 cm. Seluruhnya ditutupi oleh peritoneum, mudah bergerak walaupun tidak mempunyai mesentrium dan dapat diraba melalui dinding abdomen. (Syaifuddin, 1996, hal 92).

- 2) Colon Asenden

Panjangnya 13 cm, terletak dibawah abdomen sebelah kanan membujur keatas dari ileum kebawah hati. Dibawah hati membengkok kekiri, lengkungan ini disebut fleksura hepatica dan dilanjutkan sebagian kolon transversum (Syaifuddin, 1996, hal 92).

- 3) Apendiks

Bagian usus besar yang muncul seperti corong dari akhir seikum, mempunyai pintu keluar yang sempit tapi masih memungkinkan dapat dilewati oleh beberapa isi usus (Syaifuddin, 1996, hal 92).

- 4) Colon Transversum

Panjangnya kurang lebih 38 cm, membujur dari kolon asendes sampai kekolon desendens berada dibawah abdomen, sebelah kanan terdapat

fleksura hepatica dan sebelah kiri terdapat fleksula lienalis (Syaifuddin, 1996, hal 92).

5) Colon Desendens

Panjangnya kurang lebih 25 cm, terletak dibawah abdomen bagian kiri membujur dari atas kebawah dari fleksura lienalis sampai kedepan ileum kiri, bersambung dengan colon sigmoid (Syaifuddin, 1996, hal 92).

6) Colon Sigmoid

Merupakan lanjutan dari kolon desendens terletak miring, dalam rongga pelvis sebelah kiri bentuknya menyerupai huruf S, ujung bawahnya berhubungan dengan rectum (Syaifuddin, 1996, hal 92).

7) Rektum

Terletak dibawah colon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus, terletak dalam rongga pelvic didepan oscracum dan oscogcigis (Syaifuddin, 1996, hal 92).

8) Anus

Adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rectum dengan dunia luar. Terletak didasar pelvik, dindingnya diperkuat oleh tiga spincter:

a. Spincter Ani Internus, bekerja tidak menurut kehendak.

1) Spincter Levator Ani, bekerja tidak menurut kehendak.

2) Spincter Ani Eksternus, bekerja menurut kehendak (Syaifuddin, 1996, hal 92).

2.1.3 Etiologi

Gastroenteritis dapat disebabkan oleh obat-obatan tertentu (penggantian hormon tiroid, pelunak feses dan laksatif, antibiotik, kemoterapi, dan antasida), selain itu semua gastroenteritis dapat juga disebabkan oleh:

a. Faktor infeksi :

1) Infeksi enteral : infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut:

a. Infeksi bakteri: vibria, E.Coli, salmonella, shigella, compylobacter, yersiria, aeromonas dan sebagainya.

b. Infeksi virus: Enterovirus, (virus Echo, Cocksackie, Poliomieltis) Adenovirus, Rofavirus, Astrovirus, Trichuris, Oxyuris, strongy loides, Protozoa, (Entomoeba histolyfica, giardia, lamblia, Trichomonas hominis), jamur (candida albicans).

c. Infeksi parenteral ialah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti otitis media akut (OMA), Tonsillitis/tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, pemberian makanan perselang, gangguan metabolic dan endokrin (Diabetes, Addison, Tirotoksikosis) serta proses infeksi virus/bakteri (disentri, shigellosis, keracunan makanan).

b. Faktor Malabsorbsi

1) Mal absorbsi karbohidrat: disakarida, (Intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa): monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang tersering intoleransi laktosa)

2) Mal absorbsi lemak

3) Mal absorbsi protein.

c. Faktor makanan

Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

d. faktor psikologis

Rasa takut dan cemas (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar)

(Ngastriyah, 1997, hal 144).

e. Malnutrisi

f. Gangguan imunologi

2.1.4 Patofisiologi Gastroenteritis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya gastroenteritis ialah:

1. Gangguan osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik meninggi dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul gastroenteritis.

2. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit kedalam rongga usus dan selanjutnya timbul gastroenteritis karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

3. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul gastroenteritis. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul pula gasteoenteritis. Berdasarkan cairan yang hilang tingkat dehidrasi terbagi menjadi:

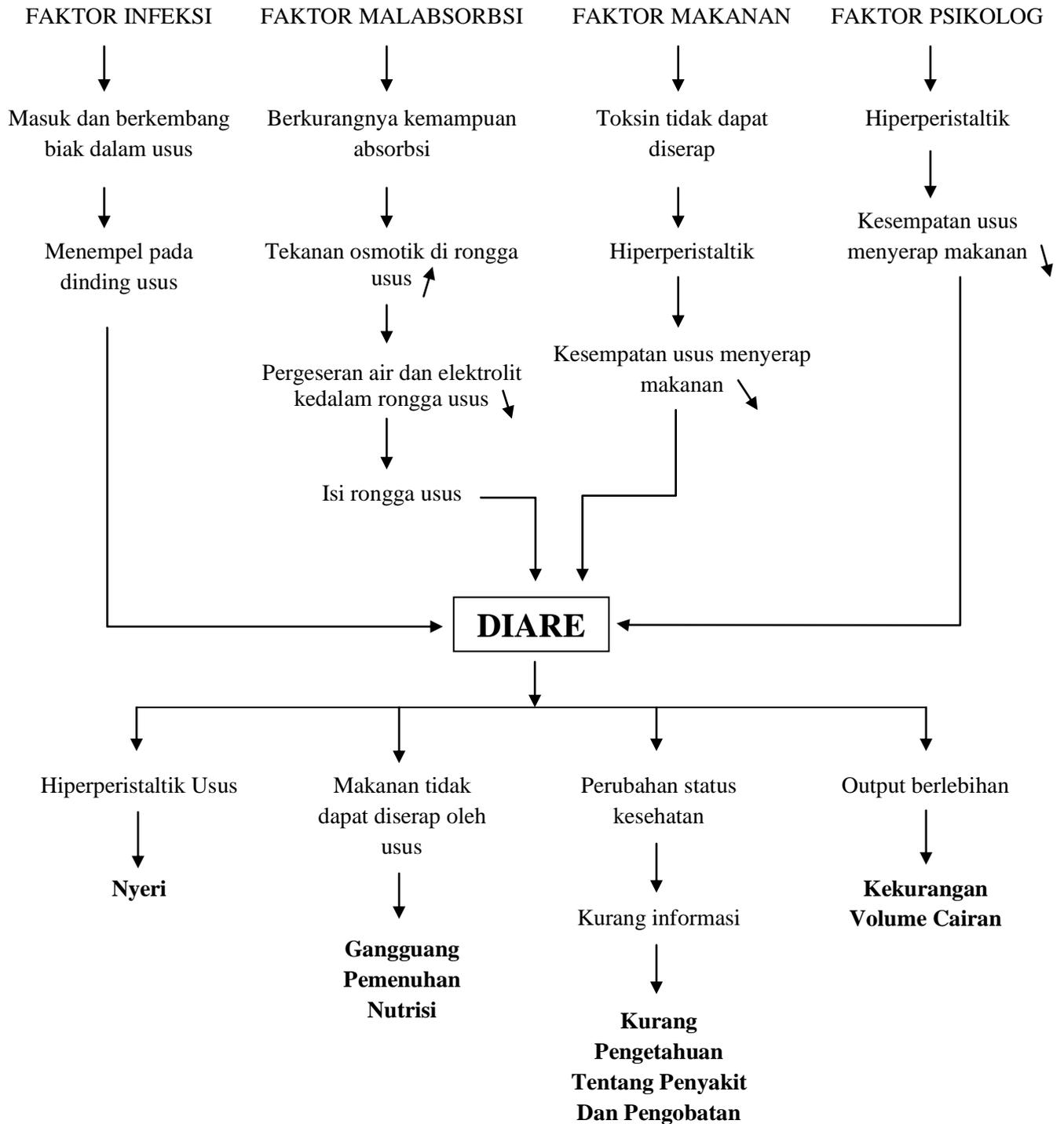
- a. Dehidrasi ringan, jika kekurangan cairan 5% atau 25 ml/kg/bb.
- b. Dehidrasi sedang, jika kekurangan cairan 5-10% atau 75 ml/kg/bb.
- c. Dehidrasi berat, jika kekurangan cairan 10-15% atau 125 ml/kg/bb.

(Ngastiyah, 1997, hal 144).

Gastroenteritis dapat disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri secara langsung atau oleh efek dari nurotoxin yang diproduksi oleh bakteri. Infeksi ini menimbulkan peningkatan produksi air dan garam ke dalam lumen usus dan juga peningkatan motilitas, yang menyebabkan sejumlah besar makanan yang tidak dicerna dan cairan dikeluarkan. Dengan gastroenteritis yang hebat, sejumlah besar cairan dan elektrolit dapat hilang, menimbulkan dehidrasi, hyponatremi dan hipokalemia (Long, 1996).

Selain itu juga gastroenteritis yang akut maupun yang kronik dapat menyebabkan gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah), hipoglikamik, dan gangguan sirkulasi darah (Ngastiyah, 1997, hal 144).

2.1.5 WOC GASTROENTRISTIS



2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Mansyoer Arief (2000), tanda dan gejala gastroenteritis atau diare adalah:

Diare akut karena infeksi dapat disertai muntah-muntah, demam, terus menerus, hematoschezia, nyeri perut dan atau kejang perut. Akibat paling fatal dari diare yang berlangsung lama tanpa rehidrasi yang adekuat adalah kematian akibat dehidrasi yang menimbulkan renjatan hipovolemik atau gangguan biokimiawi berupa asidosis metabolik yang berlanjut. Seseorang yang kekurangan cairan akan merasa haus, berat badan berkurang, mata cekung, lidah kering, tulang pipi tampak lebih menonjol, turgor kulit menurun serta suara menjadi serak. Keluhan dan gejala ini disebabkan oleh deplesi air yang isotonik.

Karena kehilangan bikarbonat (HCO_3) maka perbandingannya dengan asam karbonat berkurang mengakibatkan penurunan pH darah yang merangsang pusat pernapasan sehingga frekuensi pernapasan meningkat dan lebih dalam (pernapasan Kussmaul).

Gangguan kardiovaskuler pada tahap hipovolemik yang berat dapat berupa renjatan dengan tanda-tanda denyut nadi cepat (> 120 x/menit), tekanan darah menurun sampai tidak terukur. Pasien mulai gelisah, muka pucat, akral dingin dan kadang-kadang sianosis. Karena kekurangan kalium pada diare akut juga dapat timbul aritmia jantung.

Penurunan tekanan darah akan menyebabkan perfusi ginjal menurun sampai timbul oliguria/anuria. Bila keadaan ini tidak segera diatasi akan timbul penyulit nekrosis tubulus ginjal akut yang berarti suatu keadaan gagal ginjal akut.

Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dapat di bagi menjadi :

1. Dehidrasi ringan, jika kehilangan cairan 0 – 5 % atau rata-rata 25 ml/kgBB
2. Dehidrasi sedang, jika kehilangan cairan 5 – 10 % atau rata-rata 75 ml/kgBB
3. Dehidrasi berat, jika kehilangan cairan 10 – 15 % atau rata-rata 125 ml/kgBB

Gejala klinis diare dehidrasi sesuai dengan tingkat dehidrasi :

No	Gejala Klinik	Dehidrasi Ringan	Dehidrasi Sedang	Dehidrasi Berat
1	Keadaan Umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai, atau tidak sadar
2	Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering
3	Air Mata	Ada	Tidak ada	Tidak ada
4	Mulut dan Lidah	Basah	Kering	Sangat kering
5	Rasa Haus	Minum biasa tidak	Haus, dingin, minum banyak	Malas minum atau tidak bisa minum
6	Turgor Kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

buku kuliah ilmu kesehatan 1

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mansyoer Arief (2000), pemeriksaan diagnostik pada klien gastroenteritis adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan tinja
 - 1) Makroskopis dan mikroskopis.
 - 2) Biarkan kuman untuk mencari kuman penyebab.
 - 3) Tes resistensi terhadap berbagai antibiotik (pada diare persisten).
 - 4) PH dan kadar gula jika diduga ada toleransi gula (sugar Intolerance).
2. Pemeriksaan darah
 - 1) Darah perifer lengkap.
 - 2) Analisis gas darah dan elektrolit (terutama Na,K, Ca dan P serum pada diare yang disertai kejang).

- 3) PH dan cadangan alkali untuk menentukan gangguan keseimbangan asam basa.
- 4) Kadar uream dan kreatinin darah untuk mengetahui faal ginjal.

3. Duodenal intubation

Untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada diare kronik.

2.1.8 Penatalaksanaan

Prinsip Penatalaksanaan diare Menurut Mansyoer Arief (2000), tanda dan gejala gastroenteritis atau diare adalah:

Penatalaksanaan diare akut karena infeksi pada orang dewasa terdiri atas:

1. Rehidrasi sebagai prioritas utama terapi.

Ada 4 hal yang penting diperhatikan agar dapat memberikan rehidrasi yang cepat dan akurat, yaitu:

a. Jenis cairan yang hendak digunakan.

Pada saat ini cairan Ringer Laktat merupakan cairan pilihan karena tersedia cukup banyak di pasaran meskipun jumlah kaliumnya rendah bila dibandingkan dengan kadar kalium tinja. Bila RL tidak tersedia dapat diberi NaCl isotonik (0,9%) yang sebaiknya ditambahkan dengan 1 ampul Nabik 7,5% 50 ml pada setiap satu liter NaCl isotonik. Pada keadaan diare akut awal yang ringan dapat diberikan cairan oralit untuk mencegah dehidrasi dengan segala akibatnya.

b. Jumlah cairan yang hendak diberikan.

Pada prinsipnya jumlah cairan pengganti yang hendak diberikan harus sesuai dengan jumlah cairan yang keluar dari badan. Jumlah kehilangan cairan dari badan dapat dihitung dengan cara/rumus:

Mengukur BJ Plasma

Kebutuhan cairan dihitung dengan rumus:

$$\frac{\text{BJ Plasma} - 1,025}{0,001} \times \text{BB} \times 4 \text{ ml}$$

1) Metode Pierce

Berdasarkan keadaan klinis, yakni:

- a). Diare ringan, kebutuhan cairan = 5% x kg BB
- b). Diare sedang, kebutuhan cairan = 8% x kg BB
- c). Diare ringan, kebutuhan cairan = 10% x kg BB

2) Metode Daldiyono

Berdasarkan skoring keadaan klinis sebagai berikut:

- a) Rasa haus/muntah = 1
- b) BP sistolik 60-90 mmHg = 1
- c) BP sistolik <60 mmHg = 2
- d) Frekuensi nadi >120 x/mnt = 1
- e) Kesadaran apatis = 1
- f) Kesadaran somnolen, sopor atau koma = 2
- g) Frekuensi napas >30 x/mnt = 1
- h) Facies cholericus = 2
- i) Vox cholericus = 2
- j) Turgor kulit menurun = 1
- k) Washer women's hand = 1
- l) Ekstremitas dingin = 1
- j) Sianosis = 2

k) Usia 50-60 tahun = 1

l) Usia >60 tahun = 2

Kebutuhan cairan =

$$\frac{\text{Skor}}{15} \times 10\% \times \text{kgBB} \times 1 \text{ ltr}$$

c. Jalan masuk atau cara pemberian cairan

Rute pemberian cairan pada orang dewasa meliputi oral dan intravena. Larutan oralit dengan komposisi berkisar 29 g glukosa, 3,5 g NaCl, 2,5 g Nabik dan 1,5 g KCl tiap liternya diberikan per oral pada diare ringan sebagai upaya pertama dan juga setelah rehidrasi inisial untuk mempertahankan hidrasi.

d. Jadwal pemberian cairan

Jadwal rehidrasi inisial yang dihitung berdasarkan BJ plasma atau sistem skor diberikan dalam waktu 2 jam dengan tujuan untuk mencapai rehidrasi optimal secepat mungkin. Jadwal pemberian cairan tahap kedua yakni untuk jam ke-3 didasarkan pada kehilangan cairan selama 2 jam fase inisial sebelumnya. Dengan demikian, rehidrasi diharapkan lengkap pada akhir jam ke-3.

2. Tata kerja terarah untuk mengidentifikasi penyebab infeksi.

Untuk mengetahui penyebab infeksi biasanya dihubungkan dengan dengan keadaan klinis diare tetapi penyebab pasti dapat diketahui melalui pemeriksaan biakan tinja disertai dengan pemeriksaan urine lengkap dan tinja lengkap. Gangguan keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa diperjelas melalui pemeriksaan darah lengkap, analisa gas darah, elektrolit, ureum, kreatinin dan BJ plasma. Bila ada demam tinggi dan dicurigai adanya infeksi

sistemik pemeriksaan biakan empedu, Widal, preparat malaria serta serologi Helicobacter jejuni sangat dianjurkan. Pemeriksaan khusus seperti serologi amuba, jamur dan Rotavirus biasanya menyusul setelah melihat hasil pemeriksaan penyaring.

Secara klinis diare karena infeksi akut digolongkan sebagai berikut:

- a. Koleriform, diare dengan tinja terutama terdiri atas cairan saja.
- b. Disentriiform, diare dengan tinja bercampur lendir kental dan kadang-kadang darah.

Pemeriksaan penunjang yang telah disinggung di atas dapat diarahkan sesuai manifestasi klinis diare.

3. Memberikan terapi simptomatik

Terapi simptomatik harus benar-benar dipertimbangkan kerugian dan keuntungannya. Antimotilitas usus seperti Loperamid akan memperburuk diare yang diakibatkan oleh bakteri entero-invasif karena memperpanjang waktu kontak bakteri dengan epitel usus yang seyogyanya cepat dieliminasi

4. Memberikan terapi definitif.

Terapi kausal dapat diberikan pada infeksi:

- a. Kolera-eltor: Tetrasiklin atau Kotrimoksazol atau Kloramfenikol.
- b. *V. parahaemolyticus*.
- c. *E. coli*, tidak memerlukan terapi spesifik
- d. *perfringens*, spesifik
- e. *aureus* : Kloramfenikol
- f. Salmonellosis: Ampisilin atau Kotrimoksazol atau golongan Quinolon seperti Siprofloksasin
- g. Shigellosis: Ampisilin atau Kloramfenikol

- h. Helicobacter: Eritromisin
- i. Amebiasis: Metronidazol atau Trnidazol atau Secnidazol
- j. Giardiasis: Quinacrine atau Chloroquineitiform atau Metronidazol
- k. Balantidiasis: Tetrasiklin
- l. Candidiasis: Mycostatin
- m. Virus: simptomatik dan suportif

2.1.9 Komplikasi

Menurut Ngastiyah (1997), akibat yang ditimbulkan gastroenteritis atau diare adalah:

1. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik atau hipertonik).
2. Renjatan hipovolemik.
3. Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia, perubahan elektrokardiogram).
4. Hipoglikemia.
5. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktosa.
6. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonik.
7. Malnutrisi energi protein, (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik).

2.2 Teori Dasar Asuhan Keperawatan Gastroentritis

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai pendekatan problem solving (pemecahan masalah) yang memerlukan ilmu, tehnik dan ketrampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga dengan memberikan asuhan keperawatannya sesuai dengan lima tahap proses

keperawatan, yaitu: pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Nursalam, 2001).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber dan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2001).

Dalam tahap ini dilakukan pengumpulan data dengan cara anamnesa yang diperoleh dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta mempelajari status klien.

Ada dua tipe data pada pengkajian yaitu: data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang diperoleh dari keluhan yang dirasakan pasien atau keluarga. Data objektif adalah data yang diperoleh dari data pengukuran, pemeriksaan dan pengamatan (Ali, 2002, hal 74).

Untuk kasus gastroenteritis, pengkajian yang dilakukan meliputi:

1. Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan pendidikan.

2. Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah diderita, apakah sebelumnya pernah menderita gastroenteritis atau penyakit lain, kebiasaan hidup, riwayat alergi dan lain-lain.

3. Riwayat kesehatan saat sakit

1) Keluhan utama: Keluhan yang sering ditemukan adalah BAB encer lebih dari empat kali sehari, warna feses kuning kehijauan, hijau, bentuk mukoid dan mengandung darah.

- 2) Riwayat perjalanan penyakit: beberapa lama penyakit diderita, hal-hal yang meringankan dan memperberat penyakit.
- 3) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi keluhan.
- 4) Riwayat penyakit keluarga : Ada riwayat penyakit gastroenteritis (Sastroasmoro, 1996).

4. Pengkajian fisik

Pengkajian berdasarkan klasifikasi Doenges dkk. (2000) riwayat keperawatan yang perlu dikaji adalah :

1. Aktivitas/istirahat:

Gejala:

- a. Kelelahan, kelemahan atau malaise umum
- b. Insomnia, tidak tidur semalaman karena diare
- c. Gelisah dan ansietas

2. Sirkulasi:

Tanda:

- a. Takikardia (respon terhadap dehidrasi, demam, proses inflamasi dan nyeri)
- b. Hipotensi
- c. Kulit/membran mukosa : turgor jelek, kering, lidah pecah-pecah

3. Integritas ego:

Gejala:

Ansietas, ketakutan,, emosi kesal, perasaan tak berdaya

Tanda:

Respon menolak, perhatian menyempit, depresi

4. Eliminasi:

Gejala:

Tekstur feses cair, berlendir, disertai darah, bau anyir/busuk.

Tenesmus, nyeri/kram abdomen

Tanda:

Bising usus menurun atau meningkat

Oliguria/anuria

5. Makanan dan cairan:

Gejala:

a. Haus

b. Anoreksia

c. Mual/muntah

d. Penurunan berat badan

e. Intoleransi diet/sensitif terhadap buah segar, sayur, produk susu,
makanan berlemak

Tanda:

a. Penurunan lemak sub kutan/massa otot

b. Kelemahan tonus otot, turgor kulit buruk

c. Membran mukosa pucat, luka, inflamasi rongga mulut

6. Hygiene:

Tanda:

a. Ketidakmampuan mempertahankan perawatan diri

b. Badan berbau

7. Nyeri dan Kenyamanan:

Gejala:

Nyeri/nyeri tekan kuadran kanan bawah, mungkin hilang dengan defekasi

Tanda:

Nyeri tekan abdomen, distensi.

8. Keamanan

Tanda:

Peningkatan suhu pada infeksi akut,

Penurunan tingkat kesadaran, gelisah

Lesi kulit sekitar anus

9. Seksualitas

Gejala:

Kemampuan menurun, libido menurun

10. Interaksi sosial

Gejala:

Penurunan aktivitas sosial

11. Penyuluhan/pembelajaran:

Gejala:

a. Riwayat anggota keluarga dengan diare

b. Proses penularan infeksi fekal-oral

c. Personal hygiene

d. Rehidrasi

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang lazim dijumpai pada klien dengan gastroenteritis.

1. Kekurangan volume cairan b.d output yang berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual).
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan absorpsi nutrisi dan peningkatan peristaltik usus.
3. Nyeri (akut) b.d hiperperistaltik usus.
4. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan terapi b.d paparan informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif

2.2.3 Intervensi Keperawatan (Rencana Tindakan)

Dalam menentukan perencanaan perlu menyusun suatu system untuk menentukan diagnosa yang akan diambil tindakan pertama kali. Salah satu system yang bisa digunakan adalah hirarki kebutuhan manusia “ Fyer et al, 1996 “ (Nursalam, 2001, hal 52). Perencanaan meliputi pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang akan diidentifikasi pada diagnosa kutipan dari Fiyer, taptik dan bernocehi, 1996 (Nursalam, 2001, hal 51), dalam pengaturan prioritas, perencanaan ada dua hirarki yang bisa digunakan:

Hirarki “ Kalish ”

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gastroenteritis maka rencana keperawatan yang dapat dirumuskan adalah:

Dx.1 : Kekurangan volume cairan b/d output yang berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual)

Tujuan : Kebutuhan cairan akan terpenuhi

Kriteria Hasil : Tidak ada tanda-tanda dehidrasi

Intervensi :

- a. Berikan cairan oral dan parenteral sesuai dengan program rehidrasi.
- b. Pantau intake dan output.
- c. Kaji tanda vital, tanda/gejala dehidrasi dan hasil pemeriksaan laboratorium.
- d. Kolaborasi pelaksanaan terapi definitive.

Rasional :

- a. Sebagai upaya rehidrasi untuk mengganti cairan yang keluar bersama feses.
- b. Memberikan informasi status keseimbangan cairan untuk menetapkan kebutuhan cairan pengganti.
- c. Menilai status hidrasi, elektrolit dan keseimbangan asam basa
- d. Pemberian obat-obatan secara kausal penting setelah penyebab diare diketahui

Dx.2 : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan absorpsi nutrisi dan peningkatan peristaltik usus.

Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria Hasil : Terjadi peningkatan berat badan

Intervensi :

- a. Pertahankan tirah baring dan pembatasan aktivitas selama fase akut.
- b. Pertahankan status puasa selama fase akut (sesuai program terapi) dan segera mulai pemberian makanan per oral setelah kondisi klien mengizinkan
- c. Bantu pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan program diet
- d. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral sesuai indikasi

Rasional :

- a. Menurunkan kebutuhan metabolik
- b. Pembatasan diet per oral mungkin ditetapkan selama fase akut untuk menurunkan peristaltik sehingga terjadi kekurangan nutrisi. Pemberian makanan sesegera mungkin penting setelah keadaan klinis klien memungkinkan.
- c. Memenuhi kebutuhan nutrisi klien
- d. Mengistirahatkan kerja gastrointestinal dan mengatasi/mencegah kekurangan nutrisi lebih lanjut

Dx.3 : Nyeri (akut) b/d hiperperistaltik usus.

Tujuan : Nyeri berkurang

Kriteria Hasil : hiperperistaltik usus membaik

Intervensi :

- a. Atur posisi yang nyaman bagi klien, misalnya dengan lutut fleksi.
- b. Lakukan aktivitas pengalihan untuk memberikan rasa nyaman seperti masase punggung dan kompres hangat abdomen
- c. Periksa peristaltik usus
- d. Kolaborasi pemberian obat analgetika dan atau antikolinergik sesuai indikasi
- e. Kaji keluhan nyeri dengan Visual Analog Scale (skala 1-5), perubahan karakteristik nyeri, petunjuk verbal dan non verbal

Rasional :

- a. Menurunkan tegangan permukaan abdomen dan mengurangi nyeri
- b. Meningkatkan relaksasi, mengalihkan fokus perhatian klien dan meningkatkan kemampuan coping
- c. Melindungi kulit dari keasaman feses, mencegah iritasi
- d. Analgetik sebagai agen anti nyeri dan antikolinergik untuk menurunkan spasme traktus GI dapat diberikan sesuai indikasi klinis
- e. Mengevaluasi perkembangan nyeri untuk menetapkan intervensi selanjutnya

Dx.4 : Kurang pengetahuan px tentang kondisinya, prognosis dan kebutuhan terapi b/d pemaparan informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif.

Tujuan : Px akan mengerti tentang penyakit dan pengobatan diare, serta mampu mendemonstrasikan perawatan diare di rumah.

Kriteria hasil : Px mendapatkan pengetahuan yg lebih banyak

Intervensi :

- a. Kaji kesiapan keluarga klien mengikuti pembelajaran, termasuk pengetahuan tentang penyakit dan perawatan anaknya.
- b. Jelaskan tentang proses penyakit anaknya, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari aktivitas sehari-hari.
- c. Jelaskan tentang tujuan pemberian obat, dosis, frekuensi dan cara pemberian serta efek samping yang mungkin timbul
- d. Jelaskan dan tunjukkan cara perawatan perineal setelah defekasi

Rasional :

- a. Efektivitas pembelajaran dipengaruhi oleh kesiapan fisik dan mental serta latar belakang pengetahuan sebelumnya.
- b. Pemahaman tentang masalah ini penting untuk meningkatkan partisipasi keluarga klien dan keluarga dalam proses perawatan klien
- c. Meningkatkan pemahaman dan partisipasi keluarga klien dalam pengobatan.
- d. Meningkatkan kemandirian dan kontrol keluarga klien terhadap kebutuhan perawatan diri anaknya

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Pelaksanaan atau implementasi merupakan aflikasi dari perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien. Hal-hal yang harus kita perhatikan ketika akan melakukan implementasi adalah intervensi yang dilakukan sesuai dengan rencana. Setelah dilakukan validasi, pengasahan ketrampilan interpersonal, intelektual dan psikologi individu. Terakhir melakukan pendokumentasian keperawatan berupa mencatat dan pelaporan (Nursalam, 2001).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan pengukuran keberhasilan sejauhmana tujuan tersebut tercapai. Bila ada yang belum tercapai maka dilakukan pengkajian ulang, kemudian disusun rencana, kemudian dilaksanakan dalam implementasi keperawatan lalu dievaluasi, bila dalam evaluasi belum teratasi maka dilakukan langkah awal lagi dan seterusnya sampai tujuan tercapai.