

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Discharge Planning*

2.1.1 Pengertian *Discharge planning*

Discharge planning adalah suatu pendekatan interdisipliner meliputi pengkajian kebutuhan klien tentang perawatan kesehatan diluar rumah sakit, disertai dengan kerjasama dengan klien dan keluarga klien dalam mengembangkan rencana-rencana perawatan setelah perawatan di Rumah Sakit (Brunner & Sudarth, 2002). *Discharge planning* sebaiknya dilakukan sejak pasien diterima di suatu pelayanan kesehatan atau Rumah Sakit, dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin pendek. *Discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain didalam atau diluar suatu agen pelayanan kesehatan umum (Kozier, 2004).

Discharge planning sebagai perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi atau penyakitnya (Rindhianto, 2008). *Discharge planning* merupakan suatu cara yang dinamis bagi tim kesehatan dalam mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien sehingga mampu melakukan perawatan mandiri di rumah. Selain itu kondisi di atas dapat disebabkan

oleh lama bekerja perawat yang mayoritas baru 1-3 tahun, sehingga belum mendapatkan pengalaman dalam memberikan *discharge planning* secara terinci dan baik. Mengingat hal tersebut maka perawat harus memberikan *discharge planning* secara lengkap dan benar, agar pasien dapat mandiri melakukan perawatan di rumah. (Nursalam, 2009).

Discharge planning akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara perawatan yang diterima pada waktu di Rumah Sakit dengan perawatan yang diberikan setelah pasien pulang. Perawatan di Rumah Sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun, sampai saat ini *discharge planning* bagi pasien yang dirawat belum optimal karena peran perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi tentang jadwal kontrol ulang. (Nursalam, 2007).

2.1.2 Manfaat *Discharge planning*

Beberapa manfaat *discharge planning* yang dikemukakan oleh Swanburg (2000) yaitu :

1. *Discharge planning* diperlukan oleh badan atau lembaga akreditasi tertentu dalam membuat suatu desain *discharge planning* sehingga mempermudah dalam pengaturan atau manajemen *discharge planning* bagi pasien.

2. *Discharge planning* diperlukan oleh kerja praktik perawat negara bagian ANA (*American Nurse Association Standards for Nursing Practice*) untuk membuat suatu cara atau standar pelayanan keperawatan untuk menilai apakah perawat memberikan pelayanan yang berkualitas atau tidak sehingga dapat dibedakan perawat yang bekerja secara profesional maupun non-profesional.
3. *Discharge planning* sebagai rencana terdokumentasi untuk evaluasi terhadap perawatan dan rencana pulang dengan memperhatikan kebutuhan fisik, emosi dan mental pada saat pasien pulang.
4. Menurunkan jumlah kekambuhan, penerimaan kembali pasien dan kunjungan ke ruangan kedaruratan.
5. Menjamin penggunaan tenaga perawat dan sumber-sumber pelayanan secara tepat.
6. Menolong pasien dalam memahami kebutuhan setelah perawatan.
7. Menjamin penggunaan sumber-sumber dukungan dalam komunitas.

2.1.3 Keuntungan *Discharge planning*

Menurut Pemila (2009), pelaksanaan *discharge planning* memberikan keuntungan yaitu :

1. Bagi Perawat

- 1) Dapat merasakan bahwa keahliannya dapat diterima dan dapat digunakan.
- 2) Menerima kunci informasi setiap waktu.
- 3) Memahami perannya dalam suatu system.
- 4) Dapat mengembangkan ketrampilan dalam prosedur baru.
- 5) Memiliki kesempatan untuk bekerja dalam setting yang berbeda dan cara yang berbeda.
- 6) Bekerja dengan efektif dalam suatu system.

2. Bagi Pasien

- 1) Dapat memenuhi kebutuhan pasien.
- 2) Merasakan bahwa dirinya adalah bagian dari proses perawatan sebagai bagian yang aktif dan bukan objek yang tidak berdaya.
- 3) Menyadari haknya untuk dipenuhi segala kebutuhan.
- 4) Merasa nyaman untuk kelanjutan perawatannya dan memperoleh support sebelum timbulnya masalah.
- 5) Dapat memilih prosedur perawatannya,
- 6) Mengerti apa yang terjadi pada dirinya dan mengetahui siapa yang dapat dihubungkannya.

2.1.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi *Discharge planning*

Menurut Potter & Perry (2005) dalam Herniyatun (2009:128), program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari perawat dan juga dari pasien. Menurut Notoadmodjo (2003) dalam Waluyo (2010:17-18), faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu.

- a. Sikap yang baik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti pasien.
- b. Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.
- c. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien.

Pasien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.

- d. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

Sedangkan faktor yang berasal dari pasien yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan, menurut Potter & Perry (1997), Suliha dkk (2002) dan Machfoedz dkk (2005) yang dikutip oleh Waluyo (2010:18-19) adalah motivasi, sikap, rasa cemas/emosi, kesehatan fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar, serta tingkat pendidikan.

- a. Motivasi adalah faktor batin yang menimbulkan, mendasari dan mengarahkan pasien untuk belajar. Bila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya serta tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.
- b. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.

- c. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
- d. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.
- e. Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
- f. Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan pasien untuk menerima dan memproses informasi yang diberikan ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

2.1.5 Prinsip Umum Dalam Penerapan *Discharge planning*

Menurut Alghzaei (2012), adapun prinsip yang harus diketahui ketika mengerjakan *Discharge planning* adalah :

- a. Perencanaan yang teliti menjadi inti dari keberhasilan suatu perawatan dalam suatu kelompok. Perencanaan proses keperawatan dari pasien masuk sampai dirawat dibuat dalam suatu *discharge planning*.

- b. Tim yang memberi perawatan harus berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam membuat suatu keputusan untuk perencanaan pulang dan resiko yang mungkin terjadi terkait dengan kebutuhan pasien secara spesifik.
- c. *Discharge planning* dirumuskan dengan memperhatikan perawatan secara komprehensif yaitu sejak pasien masuk.
- d. Dalam membuat *discharge planning*, pasien dan pemberi asuhan harus sama- sama terlibat dalam membuat *discharge planning* sehingga ada kesepakatan bersama dalam mengerjakan praktik perencanaan.
- e. Setiap pasien harus memperhatikan perencanaan prioritas, perawat dan tim kesehatan lain dibuat dalam suatu dokumentasi.
- f. Dokumentasi *discharge planning* dengan lengkap mulai dari nama pasien, tanda tangan, pengetahuan dan persetujuan pasien terkait dengan *discharge planning* dan tindak lanjut perawatan.

2.1.6 Komponen perawatan dan *discharge planning*

Menurut *National Council of Social Service* (2006), komponen perencanaan perawatan dan *discharge planning* terdiri dari :

1. Komponen Perawatan

Hal yang harus dipertimbangkan dalam perencanaan perawatan yaitu :

- 1) Kekuatan, kebutuhan, kemampuan dan kesiapan pasien.
- 2) Merupakan bentuk ringkasan (*summary*)

- 3) SMART yaitu *Spesific* (spesifik), *Measurable* (dapat diukur), *Achievable* (terjangkau), *Realistic and Time-bound* (realistis dan dalam batas waktu tertentu).
- 4) Perencanaan dan komunitas berperan dalam rangka mencapai tujuan akhir.
- 5) Pemindahan pasien dan rencana pulang meliputi kriteria pemulngan dan pemindahan pasien.
- 6) Melibatkan peran dari pasien, keluarga atau perawat staff, sukarelawan dan sumber pendukung lain seperti tetangga.

2. Komponen *discharge planning*

Hal yang harus dipertimbangkan dalam *discharge planning* yaitu :

- 1) Kondisi pasien terkini (fisik, mental dan social) dan perubahan terjadi pada pasien setelah diintervensi.
- 2) Antisipasi gejala, masalah atau perubahan yang terjadi setelah pasien pulang meliputi factor pendukung yang tersedia untuk mempertahankan kondisi pasien atau factor lain yang mempengaruhi kondisi pasien.
- 3) Anjurkan untuk melakukan perawatan berkelanjutan atau pemeriksaan ke pelayanan kesehatan.
- 4) Kebutuhan perawat akan pelatihan dan penelitian untuk memberikan pelayanan yang berdampak dalam memberikan pelayanan.

- 5) Komunitas dan sumber dukungan social bagi pasien dan perawat meliputi transportasi, pemeliharaan peralatan, perawatan yang cukup, perawatan di rumah, rujukan dan pelayanan yang tersedia.
- 6) Sumber-sumber informasi seperti liflet, video, buku dan situs tertentu.
- 7) Informasi tentang pemberi pelayanan *discharge planning* meliputi nama, nomor telpon dan email yang dapat dihubungi.

2.1.7 Proses Pelaksanaan *Discharge planning*

Proses *discharge planning* memiliki kesamaan dengan proses keperawatan. Kesamaan tersebut bisa dilihat dari adanya pengkajian pada saat pasien mulai di rawat sampai dengan adanya evaluasi serta dokumentasi dari kondisi pasien *selama* mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* menurut Potter & Perry (2005) secara lebih lengkap dapat di urut sebagai berikut:

1. Pengkajian pada saat pasien masuk

Pengkajian adalah hal yang penting untuk dilakukan karena bertujuan untuk mendapatkan informasi penting tentang kondisi pasien. Pengkajian yang dilakukan meliputi pengkajian fisik, mental, riwayat social dan keluarga, sumber-sumber system pendukung baik formal maupun non-formal, aktifitas sehari-hari, status mental dan emosi, komunitas dan status ekonomi, minat, hobi, riwayat

pekerjaan sebelumnya. Hal penting yang harus diperhatikan dalam pengkajian adalah mengkaji kondisi pasien secara holistic sehingga didapatkan kebutuhan yang harus dipenuhi pada pasien.

2. Penerimaan

Penerimaan pasien dilakukan setelah pasien mendaftar dan informasi mengenai pasien dicatat di dalam dokumentasi

3. Pengkajian kebutuhan pasien, jika diperlukan berkolaborasi dengan tim multidisiplin. Rencana perawatan dan perencanaan pemulangan akan lebih efektif dikerjakan jika melibatkan tim yang berdiskusi untuk membuat perencanaan bagi pasien. Tindakan yang diambil juga harus melibatkan pasien dalam memenuhi kebutuhan pasien.

4. Diinterprestasikan dalam bentuk ringkasan (summary)

Setelah kekuatan, kebutuhan, kemampuan dan kesiapan pasien diidentifikasi pada saat pengkajian kebutuhan, data pasien kemudian dikembangkan ke dalam bentuk ringkasan. Ringkasan ini berisi diagnose dan kebutuhan yang akan dipenuhi pada pasien sesuai dengan prioritas masalah.

5. Menetapkan rencana keperawatan dan *discharge planning* dalam suatu diskusi bersama pasien dan pemberi perawatan. Rencana perawatan yang dibuat harus berdasarkan proritas masalah. Perencanaan harus spesifik, dapat diukur, terjangkau, tujuan harus realistis, dan dikerjakan dalam batas waktu tertentu. Hasil yang diharapkan dapat dilihat dari respon klien hal ini dapat menilai

perubahan yang terjadi pada pasien sehingga pasien dan pemberi pelayanan dapat melihat pencapaian dari perencanaan.

6. Melaksanakan perawatan

Meaksanakan perawatan merupakan suatu strategi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Kondisi perkembangan pasien harus terus menerus dipantau secara sistematis sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan.

7. Pemulangan pasien

Pemulangan pasien dimulai sejak pasien masuk. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi rencana perawatan yang akan dilakukan setelah pasien keluar dari rumah sakit.

8. Tindak lanjut

Ada beberapa pertanyaan yang diajukan untuk menilai kesiapan pasien untuk pulang yaitu :

- 1) Apa yang anda lakukan untuk mengatasi suatu masalah (koping) ?
- 2) Apakah ada hal yang ingin anda tanyakan ?
- 3) Apakah tdi lingkungan tempat tinggal anda ada fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung ?
- 4) Apakah pemberi pelayanan mampu memberikan dukungan yang adekuat bagi anda ?
- 5) Perubahan apa yang anda rasakan ?

2.1.8 Tahapan Pelaksanaan *Discharge planning*

Menurut Nursalam (2007) tahapan *discharge planning* dapat di uraikan sebagai berikut :

1. Tahap I tentang pengetahuan

Pada tahap I *discharge planning* pada pasien dilakukan dengan cara bertanya untuk mengetahui seberapa banyak klien mengetahui tentang penyakit yang sedang dideritanya adapun pertanyaan yang akan diajukan bersekitaran tentang:

- 1) Pengetian
- 2) Penyebab
- 3) Tanda dan gejala
- 4) Penatalaksanaan komplikasi
- 5) Cara penularan'
- 6) Pencegahan
- 7) Pemeriksaan penunjang (darah, urin foto thorax dll)

2. Tahap II tentang intervensi I

Pada tahap II *discharge planning* yang dilakukan oleh tenaga medis maupun para medis dalam melakukan kolaborasi untuk menjelaskan tentang kondisi atau keadaan yang diderita oleh klien, antara lain :

- 1) Dokter spesialis
 - a. Penelasan penyakit, penyebab, tanda dan gejala serta prognosa

- b. Hasil pemeriksaan
- c. Tindakan medis
- d. Perkiraan hari perawatan
- e. Penjelasan komplikasi yang terjadi

2) Perawat

- a. Penanganan dan perawatan di rumah
- b. Keamanan lingkungan perawatan di rumah
- c. Mengajarkan kepada keluarga dan pasien cara penanganan tanda dan gejala pada saat di rumah

3) Farmasi

- a. Nama, dosis, aturan pemakaian dan kegunaan obat
- b. Cara pemberian dan penyimpanan obat
- c. Efek samping dan kontraindikasi obat

4) Gizi

- a. Penyuluhan tentang diet dan nutrisi
- b. Makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi

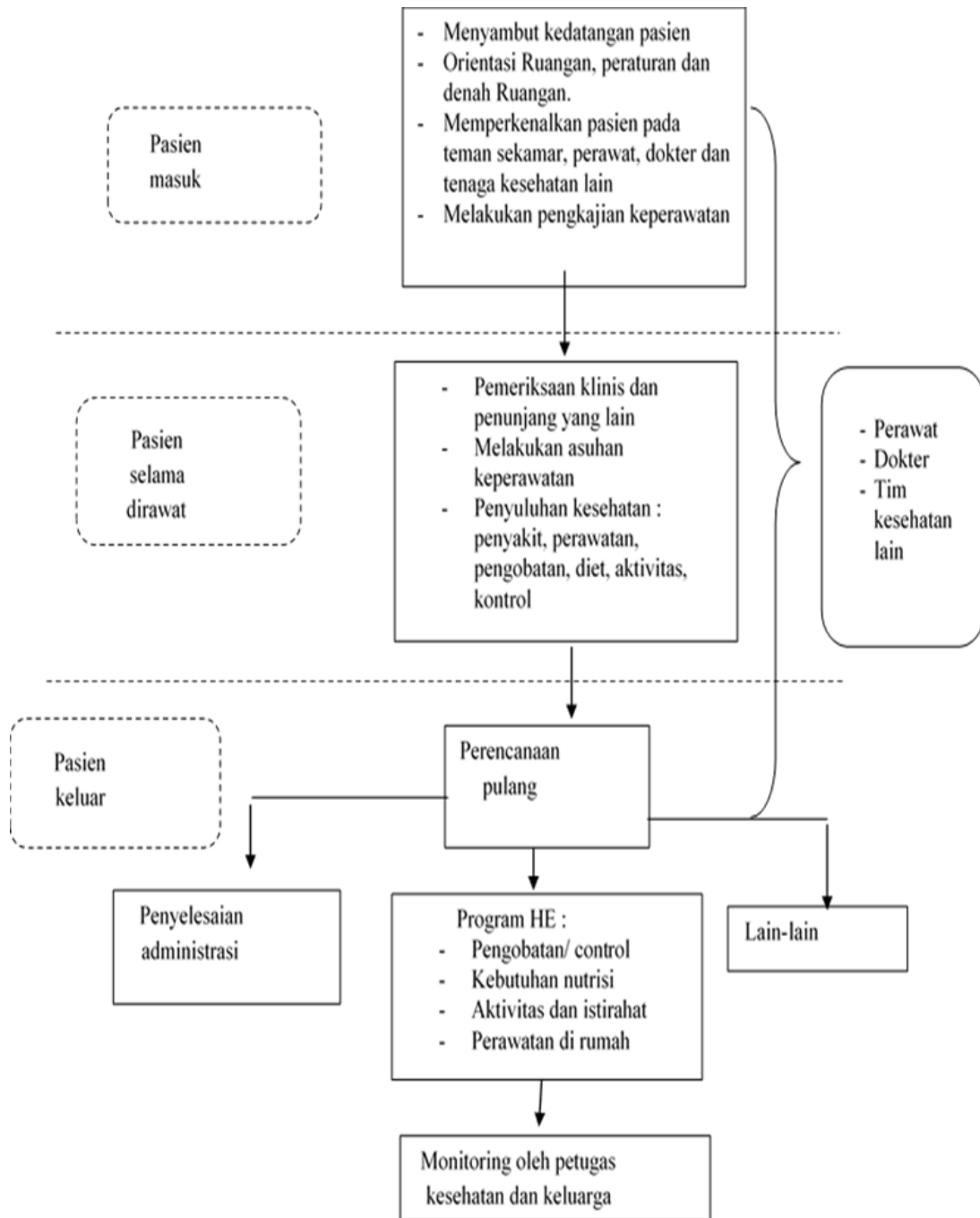
3. Tahap III tentang intervensi II

Perawat melakukan tindakan dengan cara mendemonstrasikan suatu kegiatan yang akan di contoh oleh pasien seperti cara cuci tangan yang benar, sehingga dapat mengurangi cara penularan penyakit melalui tangan.

4. Tahap IV tentang pertemuan keluarga atau evaluasi (perencanaan dan diskusi)

Tahap IV *discharge planning* dilakukan dengan cara mendiskusikan dan merencanakan tentang pengawasan obat pasien dan perawatan pasien selama di rumah sakit dan lingkungan rumah sehingga keluarga pasien dapat mengetahui kebutuhan yang di butuhkan oleh pasien.

2.1.9 Alur *Discharge planning*



Gambar 2.1 Alur pelaksanaan *Discharge planning* (Nursalam dkk, 2008)

2.2 Konsep Gastroenteritis

2.2.1 Pengertian Gastroenteritis

Gastroenteritis adalah suatu keadaan dimana terjadinya kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air dengan bentuk tinja yang encer dan cair (Suriadi,2010).

Gastroenteritis adalah peradangan akut lapisan lambung dan usus yang di tandai dengan anoreksia, rasa mual, nyeri abdomen dan diare (Edelwz, 2009).

Gastroenteritis adalah Suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Aziz, 2006).

Gastroenteritis adalah Penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defikasi lebih dari biasanya (>3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair) dengan/tanpa darah atau lendir (Suratmaja, 2005).

Berdasarkan definisi penyakit gastroenteritis menurut para ahli maka penulis dapat menarik suatu kesimpulan bahwa penyakit gastroenteritis adalah meningkatnya frekwensi buang air besar dimana pada bayi $> 4x/$ hari dan pada anak $>3x/$ hari dengan konsistensi tinja encer, cair, dapat disertai lendir dan darah yang

dapat menyebabkan terjadinya kekurangan cairan dan elektrolit yang berlebihan.

2.2.2 Etiologi

Gastroenteritis bukanlah penyakit yang datang dengan sendirinya. Biasanya ada yang menjadi pemicu terjadinya gastroenteritis. Secara umum, berikut ini beberapa penyebab gastroenteritis menurut Rofiq (2007), yaitu :

- a. Infeksi oleh bakteri, virus atau parasit
- b. Alergi terhadap makanan atau obat tertentu
- c. Infeksi oleh bakteri atau virus yang menyertai penyakit lain seperti : campak, infeksi telinga, infeksi tenggorokan, dan malaria.
- d. Pemanis buatan, makanan yang tidak dicerna dan tidak diserap usus akan menarik air dari dinding usus. Dilain pihak, pada keadaan ini proses transit di usus menjadi sangat singkat sehingga air tidak sempat diserap oleh usus besar. Hal inilah yang menyebabkan tinja berair pada gastroenteritis. Selain rotavirus, gastroenteritis juga disebabkan akibat kurang gizi, alergi, tidak tahan terhadap laktosa, dan sebagainya. Bayi dan balita banyak yang memiliki intoleransi terhadap laktosa dikarenakan tubuh tidak punya atau hanya sedikit memiliki enzim laktosa yang berfungsi mencerna laktosa yang terkandung susu sapi.
- e. Faktor Psikologis : Rasa takut dan cemas (jarang tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih cemas).

2.2.3 Derajat Dehidrasi

Ada beberapa teori tentang menentukan derajat dehidrasi. Menurut Suratmaja (2006), menilai derajat dehidrasi dengan kehilangan berat badan yaitu :

- a. Dehidrasi ringan : Bila terjadi penurunan berat badan $2\frac{1}{2}$ - 5% dengan volume cairan yang kurang dari 50 ml/Kg
- b. Dehidrasi sedang : Bila terjadi penurunan berat badan 5 – 10% dengan volume cairan yang kurang dari 50 ml/Kg
- c. Dehidrasi berat : Bila terjadi penurunan berat badan > 10 %, dengan volume cairan yang hilang sama dengan atau lebih dari 100 ml/Kg

2.2.4 Manifestasi Klinis

Mula-mula bayi dan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul gastroenteritis, tinja cair dan mungkin disertai lendir atau darah. Warna tinja makin lama berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya menjadi lecet karena seringnya defikasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyaknya asam laktat, yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama gastroenteritis. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah gastroenteritis dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak, berat badan menurun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun besar

menjadi cekung, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering (Abdurrahman, 2000).

Gastroenteritis akut karena infeksi dapat disertai muntah-muntah, demam, tenesmus, hematoschezia, nyeri perut dan atau kejang perut. Akibat paling fatal dari gastroenteritis 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 gastroenteritis 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 penyakit nekrosis tubulus ginjal akut yang berarti suatu keadaan gagal ginjal akut (Iwansain, 2007).

2.2.5 Patofisiologi

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya gastroenteritis menurut (Iwansain, 2007) yaitu:

a. Gangguan osmotik

Adanya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam lumen usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam lumen usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul gastroenteritis.

b. Gangguan sekresi

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

c. Gangguan motilitas usus

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

2.2.6 Komplikasi

Menurut Nursalam (2008), akibat diare dan kehilangan cairan serta elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut:

- a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik).
- b. Renjatan hipovolemik.
- c. Hipokalemia (gejala meteorismus, hipotoni otot lemah, dan bradikardi).
- d. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase.
- e. Hipoglikemia.
- f. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonik.
- g. Malnutrisi energi protein (akibat muntah dan diare jika lama atau kronik).

2.2.7 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium penting artinya dalam menegakan diagnosa kausal yang tepat sehingga kita dapat memberikan obat yang tepat pula. Menurut Abdurrahman (2002), pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan yaitu :

- 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 menentukan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan
 - 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 gastroenteritis yang disertai kejang).
 - e. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita gastroenteritis kronik.

2.2.8 Penatalaksanaan

Dasar pengobatan gastroenteritis menurut (Abdurrahman, 2002) adalah:

- a. Pemberian cairan

- 1) Cairan dehidrasi oral (oral dehydration salts)

Formula lengkap mengandung NaC, NaHCO_3 , KCl dan glukosa. Kadar natrium 90 mEq/l untuk kolera dan gastroenteritis akut pada anak di atas enam bulan dengan dehidrasi ringan dan sedang atau tanpa dehidrasi (untuk pencegahan dehidrasi).

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 semua anak dengan gastroenteritis akut baik sebelum ada dehidrasi maupun setelah ada dehidrasi ringan.

2) Cairan parenteral

DG aa (1 bagian larutan Darrow + 1 bagian glukosa 5%). RG g (1 bagian Ringer laktat + 1 bagian glukosa 5%). RL (Ringer Laktat). 3 @ (1 bagian NaCl 0,9% = 1 bagian glukosa 55 + 1 bagian Nalaktat 1/6 mol/l). DG 1 : 2 (1 bagian larutan Darrow + 2 bagian glukosa 5%). RLg 1 : 3 (1 bagian Ringer Laktat = 3 bagian glukosa 5-10%). Cairan 4 : 1 (4 bagian glukosa 5-10% + 1 bagian NaHCO₃ 1 ½ % atau 4 bagian glukosa 5-10% 1 bagian NaCl 0,9%).

b. Pengobatan diatetik

1) Untuk anak di bawah satu tahun dan anak di atas satu tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg. Susu (ASI dan atau susu formula yang mengandung laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM, Almiron). Makanan setengah padat (bubur susu) atau makanan sehat (nasi tim) bila anak tidak mau minum susu karena di rumah sudah biasa diberi makanan padat. Susu khusus yaitu susu yang tidak mengandung laktosa atau susu dengan asam lemak bernatia sedang/tidak jenuh, sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

2) Untuk anak di atas satu tahun dengan berat badan lebih dari 7 kg.

Makanan padat atau makanan cair/susu sesuai dengan kebiasaan makan di rumah.

c. Obat-obatan

Prinsip pengobatan gastroenteritis ialah menggantikan cairan yang hilang melalui tinja dengan atau tanpa muntah, dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras dan sebagainya).

1) Obat anti sekresi

a) Asetasol

Dosis: 25 mg/tahun dengan dosis minimum 30 mg.

b) Klorpromazin

Dosis: 0,5 – 1 mg/KgBB/hari.

2) Obat anti spasmolitik

Pada umumnya obat anti spasmolitik seperti papaverine, ekstrak beladona, opium, loperamid dan sebagainya tidak diperlukan untuk mengatasi gastroenteritis akut.

3) Obat pengeras tinja

Obat pengeras tinja seperti kaolin, pectin, charcoal, tabonal dan sebagainya tidak ada manfaatnya untuk mengatasi gastroenteritis.

4) Antibiotika

Pada umumnya antibiotika tidak diperlukan untuk mengatasi gastroenteritis akut, kecuali bila penyebabnya jelas

seperti: (a) Kolera, diberikan tetrasiklin 25 – 50 mgBB/hari; dan (b) *Campylobacter*, diberikan eritromisin 40 – 50 mgBB/hari.

Antibiotika lain dapat diberikan bila terdapat penyakit penyerta seperti misalnya: (a) Infeksi ringan (OMA, faringitis), diberikan penisilinprokain 50.000 U/kkbb/hari; (b) Infeksi sedang (Bronkitis), diberikan penisilin prokain atau ampisilin 50 mg/KgBB/hari; dan (c) Infeksi berat (misal Bronkopneumonia), diberikan penisilin prokain dengan kloramfenikol 75 mg/KgBB/hari atau ampisilin 75–100 mg/KgBB/hari ditambah gentamisin 6 mg/KgBB/hari atau derivat sefalosporin 30–50 mg/KgBB/hari.

5) Penanganan gastroenteritis pada saat di rumah

Penanganan gastroenteritis pada saat di rumah menurut Kemenkes RI, 2011

- a. Membuat larutan gula garam (oralit) dari: Bahan : Gula, garam

Cara pembuatan oralit :

- 1) Alat : gelas berukuran sedang dan alat pengaduk atau sendok
- 2) Bahan : Gula, garam

3) Cara membuat :

1. Larutkan satu sendok gula pasir dan $\frac{1}{4}$ sendok garam ke dalam gelas berisi air matang (hangat atau dingin).
2. Kemudian aduk hingga merata dan diminum setiap kali BAB.
3. Takaran pemberian LGG untuk mengatasi diare (3 jam pertama)
 - a. Umur < 1 tahun : 300 ml (1,5 gelas)
 - b. Umur 1-4 tahun : 600 ml (3 gelas)
 - c. Umur 5-12 tahun : 1,2 liter (6 gelas)
 - d. Dewasa : 2,4 liter (12 gelas)
4. Takaran pemberian LGG untuk mengatasi diare (setiap habis buang air)
 - a. Umur < 1 tahun : 100 ml (0,5 gelas)
 - b. Umur 1-4 tahun : 200 ml (1 gelas)
 - c. Umur 5-12 tahun : 300 ml (1,5 gelas)
 - d. Dewasa : 400 ml (2 gelas)
- b. mengkonsumsumsi makanan rendah serat
- c. tetap efektif diberikan asi bila asi eksklusif
- d. tidak mengkonsumsi sayuran atau buah-buahan

6) Pencegahan gastroenteritis :

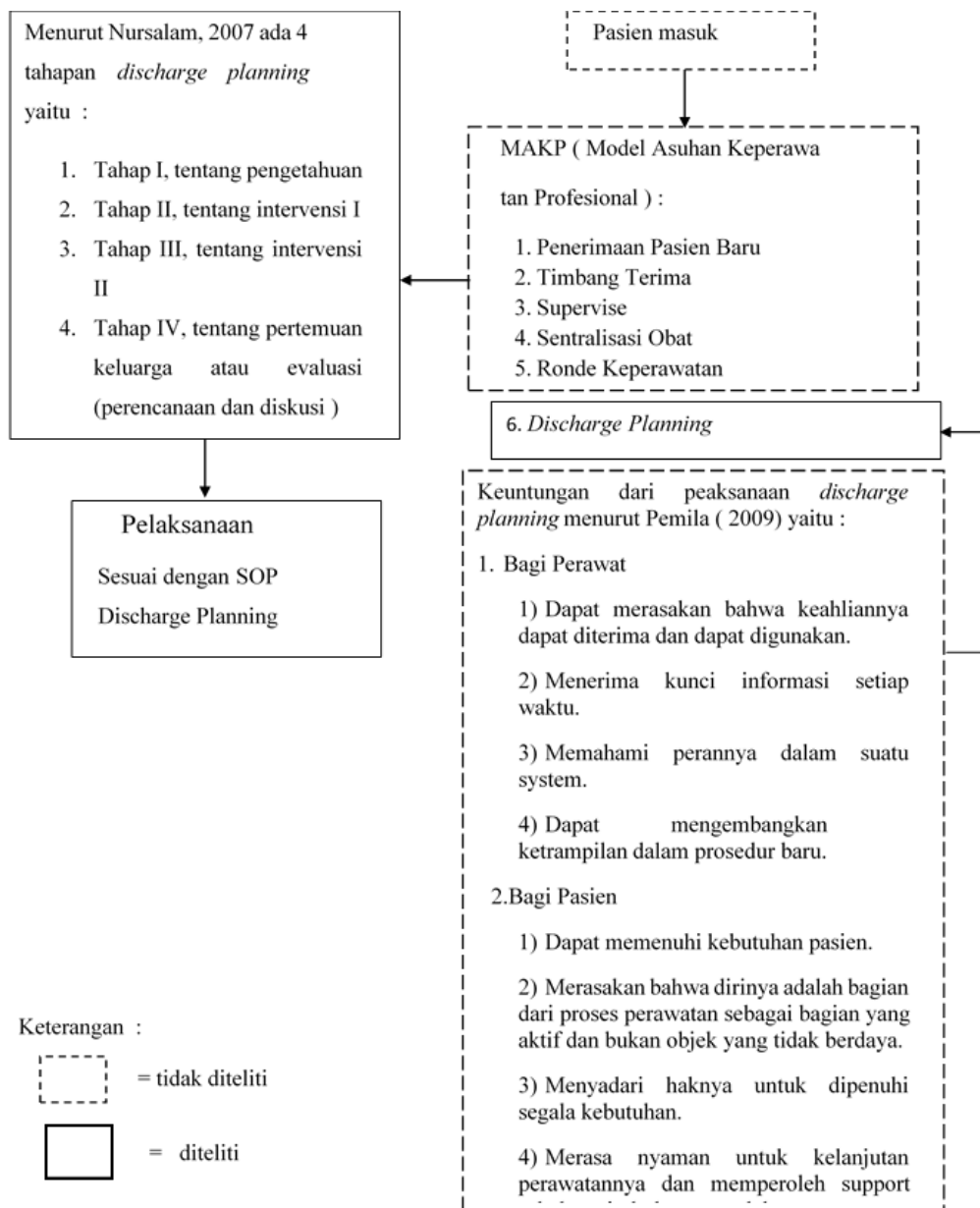
- a. Mencuci tangan sebelum makan untuk mengurangi infeksi
- b. Gunakan selalu air bersih
- c. Buang air besar pada tempatnya

- d. Mencuci pakaian kotor dengan segera sampai bersih
- e. Hindari makanan dan air yang tertular oleh bakteri atau kuman
- f. Beri ASI secara penuh

7) Cara penularan gastroenteritis dapat melalui :

- a. Menggunakan sumber air yang tercemar
- b. BAB sembarang tempat
- c. makanan yang sudah di hinggapi lalat kecos dan tidak cuci tangan
- d. Mengkonsumsi Makanan yang mentah/tidak dimasak
- e. Mengkonsumsi ikan yang diambil dari air yang tetular .
- f. Tidak mencuci tangan sebelum makan

2.3 Kerangka Berpikir



Gambar 2.2 Kerangka Teori Penerapan *Discharge planning* DI RS PKU Muhammadiyah Surabaya. Menurut Teori Modifikasi Nursalam (2007), Pemila (2009)