

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR PENYAKIT

1. Pengertian Diare

Pengertian Diare didefinisikan sebagai inflamasi pada membran mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare, muntah-muntah yang berakibat kehilangan cairan dan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit (Betz, 2009).

Hidayat (2008) menyebutkan diare adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dan 3 kali sehari, disertai konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dan satu minggu. Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume cairan, dan frekuensi dengan atau tanpa lendir darah.

Diare merupakan penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses selama dan frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan diare bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam (Depkes, 2009). Definisi diatas dapat disimpulkan bahwa diare adalah bertambahnya frekuensi defekasi lebih

dan 3 kali perhari pada bayi dan lebih dari 6 kali perhari pada anak, yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi encer.

2. Penyebab

Mekanisme diare (Juffrie, 2011) Secara umum diare disebabkan dua hal yaitu gangguan pada proses absorpsi atau sekresi. Terdapat beberapa pembagian diare :

- a. Pembagian diare menurut etiologi
- b. Pembagian diare menurut mekanismenya yaitu gangguan
 - 1) Absorpsi
 - 2) Gangguan sekresi
- c. Pembagian diare menurut lamanya diare
 - 1) Diare akut yang berlangsung kurang dari 14 hari.
 - 2) Diare kronik yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan etiologi non infeksi.
 - 3) Diare persisten yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan etiologi infeksi.

Kejadian diare secara umum terjadi dari satu atau beberapa mekanisme yang saling tumpang tindih. Menurut mekanisme diare maka dikenal: diare akibat gangguan absorpsi yaitu volume cairan yang berada di kolon lebih besar daripada kapasitas absorpsi. Disini diare dapat terjadi akibat kelainan di usus halus, mengakibatkan absorpsi menurun atau sekresi yang bertambah. Apabila fungsi usus halus normal, diare dapat terjadi akibat absorpsi di kolon menurun atau sekresi di kolon

meningkat. Diare juga dapat dikaitkan dengan gangguan motilitas, inflamasi dan imunologi.

Komplikasi kebanyakan penderita diare sembuh tanpa mengalami komplikasi, tetapi sebagian kecil mengalami komplikasi dari dehidrasi, kelainan elektrolit atau pengobatan yang diberikan. Komplikasi paling penting walaupun jarang diantaranya yaitu: hipernatremia, hiponatremia, demam, edema/overhidrasi, asidosis, hipokalemia, ileus paralitikus, kejang, intoleransi laktosa, malabsorpsi glukosa, muntah, gagal ginjal.

Rotavirus merupakan etiologi paling penting yang menyebabkan diare pada anak dan balita. Infeksi *Rotavirus* biasanya terdapat pada anak-anak umur 6 bulan–2 tahun (Suharyono, 2008). Infeksi *Rotavirus* menyebabkan sebagian besar perawatan rumah sakit karena diare berat pada anak-anak kecil dan merupakan infeksi nosokomial yang signifikan oleh mikroorganisme patogen. *Salmonella*, *Shigella* dan *Campylobacter* merupakan bakteri patogen yang paling sering diisolasi. Mikroorganisme *Giardia lamblia* dan *Cryptosporidium* merupakan parasit yang paling sering menimbulkan diare infeksius akut (Wong dkk., 2009). Selain *Rotavirus*, telah ditemukan juga virus baru yaitu *Norwalk* virus. Virus ini lebih banyak kasus pada orang dewasa dibandingkan anak-anak (Suharyono,2008). Kebanyakan mikroorganisme penyebab diare disebarluaskan lewat jalur fekal-oral melalui makanan, air yang terkontaminasi atau ditularkan antar manusia dengan kontak yang erat (Wong dkk., 2009).

3. Cara Penularan

Menurut Bambang dan Nurtjahjo (2011) cara penularan diare pada umumnya melalui cara fekal-oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar oleh enteropatogen, atau kontak langsung tangan dengan penderita atau barang-barang yang telah tercemar tinja penderita atau tidak langsung melalui alat (melalui 4F = finger, files, fluid, field).

4. Faktor Resiko

Juffrie dan Mulyani (2011) Faktor resiko yang dapat meningkatkan penularan enteropatogen antara lain: tidak memberikan ASI secara penuh untuk 4-6 bulan pertama kehidupan bayi, tidak memadainya penyediaan air bersih, pencemaran air oleh tinja, kurangnya sarana kebersihan (MCK), kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk, penyiapan dan penyimpanan makanan yang tidak higienis dan cara penyapihan yang tidak baik. Selain hal-hal tersebut beberapa faktor pada penderita dapat meningkatkan kecenderungan untuk dijangkiti diare antara lain gizi buruk, imunodefisiensi, berkurangnya keasaman lambung, menurunnya motilitas usus, menderita campak dalam 4 minggu terakhir dan faktor genetik.

a. Faktor umur

Sebagian besar episode diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan. Insidensi tertinggi terjadi pada kelompok umur 6-11

bulan pada saat diberikan makanan pendamping ASI. Pola ini menggambarkan kombinasi efek penurunan kadar antibodi ibu, kurangnya kekebalan aktif bayi, pengenalan makanan yang mungkin terkontaminasi bakteri tinja dan kontak langsung dengan tinja manusia atau binatang pada saat bayi mulai merangkak. Kebanyakan enteropatogen merangsang paling tidak sebagian kekebalan melawan infeksi atau penyakit yang berulang, yang membantu menjelaskan menurunnya insiden penyakit pada anak yang lebih besar dan pada orang dewasa.

b. Infeksi asimtomatik

Sebagian besar infeksi usus bersifat asimtomatik dan proporsi asimtomatik ini meningkat setelah umur 2 tahun dikarenakan pembentukan imunitas aktif. Pada infeksi asimtomatik yang mungkin berlangsung beberapa hari atau minggu, tinja penderita mengandung virus, bakteri atau kista protozoa yang infeksius. Orang dengan infeksi asimtomatik berperan penting dalam penyebaran banyak enteropatogen terutama bila mereka tidak menyadari adanya infeksi, tidak menjaga kebersihan dan berpindah-pindah dari satu tempat ke tempat yang lain.

Escheria coli dapat menyebabkan bakteremia dan infeksi sistemik pada neonatus. Meskipun *Escheria coli* sering ditemukan pada lingkungan ibu dan bayi, belum pernah dilaporkan bahwa ASI sebagai sumber infeksi *Escheria coli* (Alan & Mulya, 2013)

d. Faktor musim

Variasi pola musiman diare dapat terjadi menurut letak geografis. Didaerah sub tropik, diare karena bakteri lebih sering terjadi pada musim panas, sedangkan diare karena virus terutama rotavirus puncaknya terjadi pada musim dingin. Didaerah tropik (termasuk indonesia), diare yang disebabkan oleh retrovirus dapat terjadi sepanjang tahun dengan peningkatan sepanjang musim kemarau, sedangkan diare karena bakteri cenderung meningkat pada musim hujan.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Menurut Doengoes (2000) anamnesa pasien diare adalah :

a. Wawancara

Anamnesa yang perlu dikaji pada pasien diare adalah sebagai berikut :

1) Riwayat perjalanan penyakit

Riwayat penyakit yang ditanyakan adalah lamanya penyakit/diare, frekuensi buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali dalam sehari, volume feces kurang lebih jumlahnya 250 mg dalam sehari, bau amis/busuk, pasien panas , kejang, muntah, berat badan cenderung menurun selama diare.

2) Data Subjektif

Data subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengeluh buang air besar cair, lemas, gelisah, mual muntah, anoreksia, suhu tubuh meningkat, frekuensi BAB lebih dari 3 kali, adanya riwayat alergi

dari suatu zat makanan, dan pola makan anak seperti suka makan pedas.

3) Data objektif

Data objektif yang ditemukan yaitu mata cekung, ubun-ubun besar dan cekung, turgor kulit kurang dan kering, lidah kering, konsentrasi feses cair, peningkatan suhu tubuh.

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kesadaran komposmentis, pada dehidrasi berat bisa terjadi apatis, somnolen, dan kadar soporokomateus.
- b. Keadaan umum sedang atau lemah
- c. Tanda-tanda vital

Pada dehidrasi berat bisa terjadi syok hipovolemik dengan tekanan darah menurun, nadi cepat, suhu meningkat, respirasi cepat jika terjadi dehidrasi akut dan berat karena terjadi kompensasi asam basa.

d. Pemeriksaan *head to toe*

Pada pemeriksaan *head to toe* ditemukan ubun-ubun besar dan cekung, rambut merah atau rontok karena malnutrisi, mata cekung, mukosa kering, bibir pecah-pecah dan sianosis, lidah kering, tulang pipi menonjol, dan wajah tampak pucat, dapat menimbulkan aritmia jantung. Pemeriksaan abdomen simetris, supel tidak ada lesi, terdapat bunyi tympani (kembung), nyeri tekan perut bawah, bising usus lebih dari 30 x/menit. Pada anus terjadi iritasi kemerahan pada daerah

sekitarnya, kekenyalan kulit biasanya agak kurang dan elastis kembali setelah 1-2 detik.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan objektif utama pada pasien diare akut adalah penentuan tingkat keparahan dehidrasi dan deplesi elektrolit. Adanya demam menunjukkan adanya infeksi spesies *salmonella*, *shigella* atau *compylobacter*. Pemeriksaan colok dubur dan sigmoidoskopi harus dilakukan. Karena untuk menilai tingkat radang rectal. Pemeriksaan bakteri pada feses juga diperlukan.

4. Diagnosa Keperawatan

- a. Diare berhubungan dengan inflamasi.
- b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asbsorsi, masukan nutrisi yang tidak adekuat.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan peristaltik usus.
- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena diare (defaksi).
- e. Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi, proses inflamasi.
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya invasif mikroorganisme, hospitalisasi.
- g. Kurang pengetahuannya penyakit diare berhubungan dengan keterbatasan informasi.

5. Intervensi

a. Kurang pengetahuan penyakit diare berhubungan dengan keterbatasan informasi

1) NOC :

a) *Knowledge : Disease Process*

b) *Knowledge : Health Behavior*

2) Kriteria Hasil

a) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit diare

b) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan

3) Nic

a) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan proses penyakit diare.

b) Gambarkan tanda dan gejala yang bisa muncul pada penyakit diare dengan cara yang tepat.

c) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.

d) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.

C. KONSEP DASAR EVIDENCE BASED NURSING PRACTICE

1. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan atau cara menyampaikan pesan kesehatan kepada individu, kelompok maupun masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2012). Dengan pendidikan kesehatan, maka individu, kelompok, maupun masyarakat dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan tahap-tahap yaitu :

- a. Memberikan pengetahuan tentang prinsip dasar hidup sehat
- b. Menimbulkan sikap dan perilaku hidup sehat
- c. Membentuk kebiasaan hidup sehat

2. Tujuan pendidikan kesehatan

Menurut Notoadmojo (2012), pendidikan kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku yaitu :

- a. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mempengaruhi kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Disamping itu, dalam konteks pendidikan kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang bersifat merugikan maupun yang menguntungkan bagi kesehatan.

b. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor penguat (*enabling*)

Pendidikan kesehatan ini dilakukan agar dapat memberdayakan masyarakat dalam mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan berupa bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

c. Pendidikan kesehatan dalam faktor pemungkin (*reinforcing*)

Pendidikan kesehatan ini dimaksudkan untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan dengan tujuan agar sikap dan perilakunya dapat menjadi contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Menurut Saragih (2010), ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan mencapai sasaran yaitu :

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang ketika menerima informasi yang disampaikan. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi pendidikan, semakin mudah seseorang menerima informasi.

b. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi pada seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

c. Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan antara masyarakat dengan pemberi informasi.

d. Ketersedian waktu di masyarakat

Dalam penyampaian suatu informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat supaya menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam acara penyuluhan kesehatan.

4. Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoadmojo (2012), metode dalam pendidikan kesehatan digolongkan ada 3 yaitu :

a. Metode perorangan (individu)

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat perorangan (individu) digunakan untuk membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku (*inovasi*). 2 jenis tergantung besarnya kelompok, yaitu :

1) Kelompok besar

Yang dimaksud dengan kelompok besar apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar yaitu :

a) Ceramah

b) Seminar

2) Kelompok kecil

Yang dimaksud dengan kelompok kecil apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok kecil antara lain :

- a) Diskusi kelompok
- b) Curah pendapat (*Brain Storming*)
- c) Bola salju (*snow balling*)
- d) Kelompok-kelompok kecil (*Buzz Group*)
- e) Memainkan peran (*role play*)
- f) Permainan simulasi (*Simulation Game*)

b. Metode Massa

Metode pendidikan kesehatan secara massa dipakai untuk memberikan informasi yang berisi pesan-pesan kesehatan yang ditunjukkan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Oleh karena itu sasaran bersifat umum, tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan sebagainya. Beberapa contoh metode pendidikan kesehatan secara massa, antara lain :

1) Ceramah umum (*public speaking*)

Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya

berpidato di hadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

- 2) Pidato atau diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik televisi maupun radio, pada dasarnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa karena dinonton dan didengarkan oleh publik.
- 3) Tulisan yang ada di majalah atau Koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab tentang kesehatan dan penyakit merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan secara massa karena dibaca oleh publik.
- 4) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lain tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- 5) *Bill board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa. Misalnya, billboard ayo ke posyandu.

5. Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah semua sarana untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh penyuluh, baik melalui media cetak, elektronika, dan media luar ruang (papan reklame, spanduk, dan sebagainya), sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuan dan dapat merubah perilakunya ke arah positif tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan tidak lepas dari media

kerena dengan adanya media pesan atau informasi yang disampaikan lebih menarik dan mudah dipahami.

a. Fungsi media pendidikan kesehatan

Menurut Notoadmojo (2012), media mempunyai fungsi sebagai berikut :

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- 2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- 3) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- 4) Mempermudah penyampaian pesan atau informasi kesehatan
- 5) Mempermudah penerimaan pesan atau informasi oleh sasaran/masyarakat

b. Tujuan media pendidikan kesehatan

Adapun beberapa tujuan media pendidikan kesehatan antara lain :

- 1) Tujuan yang akan dicapai
 - a) Menanamkan pengetahuan dan konsep-konsep tentang kesehatan.
 - b) Mengubah sikap dan persepsi sasaran
 - c) Menanamkan perilaku/kebiasaan yang baik
- 2) Tujuan penggunaan alat bantu
 - a) Sebagai alat bantu dalam latihan/penataran maupun pendidikan
 - b) Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu objek

- c) Untuk mengingatkan suatu pesan atau informasi yang disampaikan
 - d) Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur maupun tindakan
- 3) Bentuk media pendidikan kesehatan

Menurut Notoadmojo (2012), penggolongan media pendidikan kesehatan dapat ditinjau dari berbagai aspek, antara lain :

- a) Berdasarkan stimulasi indra
 - (1) Alat bantu lihat (visual aid) yaitu alat yang berguna dalam membantu menstimulasi indera penglihatan
 - (2) Alat bantu dengar (audio aids) yaitu alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran pada waktu penyampaian materi pendidikan kesehatan
 - (3) Alat bantu lihat-dengar (audio visual aids) merupakan alat bantu yang dapat menstimulasi indera penglihatan dan indera pendengaran pada waktu penyampaian materi atau objek
- b) Berdasarkan pembuatan dan penggunaanya
 - (1) Alat peraga atau media yang rumit dalam pembuatannya, seperti film, slide, film strip dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor
 - (2) Alat peraga sederhana yang dibuat sendiri dan bahan yang digunakan mudah didapat
- c) Berdasarkan fungsinya

(1) Media cetak

Merupakan suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada dasarnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Adapun macam-macamnya yaitu :

(a) Leaflet

(b) Booklet

(c) Lembar balik (Flip chart)

(2) Media Elektronik

Merupakan suatu media penyampaian pesan atau informasi melalui alat bantu elektronika yang dapat dilihat dan didengar oleh sasaran.

(a) Video dan film strip

(b) Slide

