

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diare

1. Definisi

Penyakit diare hingga kini masih merupakan salah satu penyakit utama pada bayi dan anak di Indonesia. Diperkirakan angka kesakitan berkisar di antara 150-430 perseribu penduduk setahunnya. Dengan upaya yang sekarang telah dilaksanakan, angka kematian di Rumah Sakit dapat ditekan menjadi kurang dari 3% (Anonim, 1985).

Diare adalah buang air besar (Defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya (normal 100-200 ml perjam tinja) (Hendarwanto, 1996).

Berdasarkan waktu, diare dapat dibedakan menjadi :

a. Diare akut

Disebabkan oleh infeksi virus atau kuman, akibat efek samping obat atau gejala dari gangguan saluran cerna. Diare akut terjadi secara mendadak dan berlangsung singkat dalam beberapa jam sampai 7 hari atau 14 hari (Mansjoer A, 2001).

b. Diare kronik

Diare kronik ditetapkan berdasarkan kesepakatan yaitu diare yang berlangsung lebih dari 3 minggu, ketentuan ini berlaku pada orang dewasa, sedangkan pada bayi dan anak ditetapkan batas 2 minggu (Mansjoer A, 2001).

2. Penyebab Diare

Diare pada anak usia muda dapat terjadi karena beberapa sebab. Beberapa diantaranya dapat muncul pada saat yang sama.

a. Infeksi

1) Di luar usus

Infeksi pada bagian tubuh manapun, seperti pneumonia, tonsilitis, infeksi telinga, dapat menyebabkan diare pada stadium yang biasanya ringan.

2) Di usus

Penyebab diare paling sering pada anak kecil di negara tropis adalah infeksi berbagai bakteri. Infeksi ini terjadi karena infeksi oleh organisme disentri basiler, bakteri *Salmonella* dan berbagai virus. Penyebab paling sering adalah bakteri yang setiap hari di jumpai dalam jumlah besar yang berasal dari lingkungan kotor.

3) Berbagai sebab lain

Infeksi hebat oleh parasit malaria tertiana maligna dapat menyebabkan diare.

b. Diet

Serangan diare dapat terjadi karena memakan terlalu banyak bahan makanan yang sulit di cerna, seperti kacang atau cabai dan berbagai jenis obat tradisional yang menyebabkan rangsangan pada usus.

c. Gangguan gizi dan kekurangan enzim

Diare dapat terjadi pada keadaan kekurangan gizi yang mengalami gangguan pencernaan dan penyerapan makanan di usus (Jelliffe, D.B 1994).

3. Patogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah:

1. Gangguan osmotik.

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diresap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

2. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

3. Gangguan motilitas usus

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

Patogenesis diare akut:

1. Masuknya jasad renik yang masih hidup ke dalam usus halus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung.
2. Jasad renik tersebut berkembangbiak (multiplikasi) di dalam usus halus.
3. Oleh jasad renik dikeluarkan toksin (toksin diaregenik)
4. Akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.

Patogenesis diare kronis:

Lebih kompleks dan faktor-faktor yang menyebabkannya ialah infeksi bakteri, parasit, malabsorpsi, malnutrisi dan lain-lain. (Anonim, 1985)

4. Patofisiologi

Sebagai akibat kehilangan diare baik akut maupun kronis akan terjadi:

- a. Kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan asam-basa (asidosis metabolik, hipokalemia dan sebagainya).
- b. Gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masukan makanan kurang, pengeluaran bertambah).
- c. Hipoglikemia.
- d. Gangguan sirkulasi darah (Anonim, 1985).

5. Gejala klinis

Mula-mula bayi dan anak akan menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja cair dan mungkin disertai lendir dan atau darah. Warna tinja makin lama berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama diare. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit. Bila penderita telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak. Berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering (Anonim, 1985)

6. Pemeriksaan laboratorium

- a. Pemeriksaan tinja
- b. Makroskopis dan mikroskopis.
- c. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tabler *clinitest*, bila diduga terdapat intoleransi gula.
- d. Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.
- e. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah, dengan menentukan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah.
- f. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
- g. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).
- h. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik (Anonim, 1985).

B. Antibiotik

1. Definisi

Antibiotik berasal dari bahasa latin, yaitu “anti” artinya adalah lawan dan “bios” yang artinya hidup. Jadi antibiotika adalah zat-zat yang dihasilkan oleh fungi dan bakteri yang memiliki khasiat mematikan atau menghambat pertumbuhan kuman, sedangkan toksisitasnya bagi manusia relatif kecil (Tan dan Rahardja, 2002).

2. Jenis Antibiotik

Berdasarkan luas aktivitasnya, artinya aktif terhadap banyak atau sedikit jenis kuman dapat di bedakan menjadi dua yaitu:

Antibiotika narrow-spektrum (aktivitas sempit). Obat-obat ini terutama aktif terhadap beberapa jenis kuman saja, misalnya penisilin-G dan penisilin-V, eritromisin, klindamisin, kanamisin dan asam fusidat hanya bekerja terhadap kuman Gram-positif sedangkan streptomisin, gentamisin, polimiksin-B dan asam nalidiksat khusus aktif terhadap kuman Gram-negatif.

Antibiotika broad-spektrum (aktivitas lebar) bekerja terhadap lebih banyak baik jenis kuman Gram-positif maupun gram negatif diantaranya sulfonamide, ampicilin, sefalosporin, kloramfenikol, tetrasiklin, dan rifampisin (Tan dan Rahardja, 2002).

3. Mekanisme Kerja

Cara kerja yang penting adalah perintangan sintesa protein, sehingga kuman musnah dan tidak bisa berkembang lagi, misalnya kloramfenikol, tetrasiklin, aminoglikosida, makrolida dan linkomisin. Selain itu antibiotika bekerja terhadap dinding sel (penisilin dan sefalosporin) atau membran sel (polimiksin, zat-zat poly dan imidazol).

Antibiotika tidak aktif terhadap kebanyakan virus kecil, mungkin karena virus tidak memiliki proses metabolisme sesungguhnya, melainkan tergantung seluruhnya dari metabolisme tuan rumah (Tan dan Rahadja, 2002).

C. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan alat ilmiah khusus dan rumit dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik (Tan dan Rahardja, 2002).

2. Fungsi Rumah Sakit

Guna melaksanakan tugasnya, rumah sakit mempunyai beberapa fungsi, yaitu menyelenggarakan pelayanan medik; pelayanan penunjang medik dan non medik; pelayanan dan asuhan keperawatan; pelayanan rujukan; pendidikan dan pelatihan; penelitian dan pengembangan, serta administrasi umum dan keuangan.

Secara tradisional, maksud dasar keberadaan rumah sakit adalah mengobati dan perawatan penderita sakit dan terluka. Sehubungan dengan fungsi dasar ini, rumah sakit melakukan pendidikan terutama bagi mahasiswa kedokteran, perawat, dan personel lainnya. Penelitian telah juga merupakan fungsi penting. Dalam zaman modern ini fungsi keempat, yaitu pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan masyarakat juga telah menjadi fungsi rumah sakit. Jadi, empat fungsi dasar rumah sakit adalah pelayanan penderita, pendidikan, penelitian, dan kesehatan masyarakat (Siregar, 2003).

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Suatu sistem klasifikasi rumah sakit yang seragam diperlukan untuk memberi kemudahan mengetahui identitas, organisasi, jenis pelayanan yang diberikan, pemilik, dan kapasitas tempat tidur. Disamping itu, agar dapat mengadakan evaluasi yang lebih tepat unyuk suatu golongan rumah sakit tertentu.

Rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan berbagai kriteria sebagai berikut:

- a. Kepemilikan.
- b. Jenis pelayanan.
- c. Lama tinggal.
- d. Kapasitas tempat tidur.
- e. Afiliasi pendidikan.
- f. Status akreditasi (Siregar, 2003)

4. Klasifikasi Rumah Sakit Umum Pemerintah

Rumah Sakit Umum Pemerintah Pusat dan Daerah diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum kelas A,B,C,dan kelas D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.

- a. Rumah Sakit Umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik luas.
- b. Rumah Sakit Umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 11 spesialisik dan subspecialistik terbatas.
- c. Rumah Sakit Umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.
- d. Rumah Sakit Umum kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

Ketentuan umum rumah sakit umum pemerintahan :

- a. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar,spesialisik dan subspecialistik.
- b. Rumah Sakit Umum Pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah baik Pusat,Daerah Departemen Pertahanan dan Keamanan,maupun Badan Usaha Milik Negara.
- c. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit umum pemerintah kelas A dan B yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medik oleh fakultas kedokteran.

- d. Klasifikasi Rumah Sakit Umum adalah pengelompokkan rumah sakit umum berdasarkan perbedaan tingkatan menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan.
- e. Pelayanan Medik Spesialistik Dasar adalah pelayanan medik spesialistik penyakit dalam, kebidanan, dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
- f. Pelayanan Medik Spesialistik Luas adalah pelayanan medik spesialistik dasar ditambah dengan pelayanan medik telinga, hidung dan tenggorok, mata, saraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medik, patologi klinis, patologi anatomi, dan pelayanan spesialistik lain sesuai dengan kebutuhan.
- g. Pelayanan Medik Subspesialistik Luas adalah pelayanan subspesialistik di setiap subspesialistik yang ada.
- h. Rumah Sakit Swadana adalah rumah sakit milik pemerintah yang diberi wewenang untuk menggunakan penerimaan fungsional secara langsung.

5. Sejarah profil RSUD Cilacap

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Cilacap adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Cilacap yang telah memenuhi persyaratan peningkatan kelas Rumah Sakit menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Non Pendidikan pada tahun 2000 yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI Nomor : 1807/Menkes-Kessos/SK/XII/2000 tertanggal 26 Desember 2000. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan, efisiensi, dan efektifitas pengelolaan sumber daya yang ada tetap memperhatikan fungsi social dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, RSUD Cilacap telah mendapat persetujuan dari DPRD Kabupaten Cilacap perihal Penetapan Keputusan Bupati Cilacap tentang Penetapan RSUD Kabupaten Cilacap sebagai Unit Swadana Daerah pada tahun 2001.

Pada tahun 2008 RSUD Cilacap menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) berdasarkan Keputusan Bupati Cilacap Nomor :446/ 209/ 44.1 Tahun 2008 tanggal 27 Februari 2008.

Selain itu telah disetujui pula usulan penyesuaian Ranperda Tarip RSUD Cilacap tentang Tata Pelayanan dan Tarip Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Cilacap dengan diterbitkannya Peraturan Daerah Kabupaten Cilacap Nomor : 32 Tahun 2009. Dan pada tahun 2001 RSUD Cilacap telah memenuhi standar penilaian akreditasi untuk 12 bidang pelayanan Rumah Sakit dan mendapat status Akreditasi Penuh.

RSUD Kabupaten Cilacap terletak di Jalan Jenderal Gatot Subroto No.28 Cilacap Telp.(0282) 533010, dimana Rumah Sakit ini berdiri pada tahun 1946 yang secara yuridis ditetapkan dengan UU 13 Tahun 1950 Tentang Pembentukan Daerah-Daerah Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah, dengan luas tanah dan bangunan 3,414 Ha. Direktur dari RSUD Cilacap ini adalah Dr.Bambang Setyono , MMR. Visi dari RSUD Cilacap ini adalah sebagai lembaga sosio bisnis dan pusat pelayanan kesehatan yang memuaskan pelanggan, mampu mengantisipasi perkembangan teknologi dan globalisasi, didukung oleh manajemen professional serta berwawasan lingkungan. Salah satu Misi dari RSUD Cilacap adalah memberikan pelayanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative kepada konsumen secara cepat, akurat, aman dan nyaman.

Fasilitas Rumah Sakit ini terdiri dari tiga fasilitas yaitu Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan yang meliputi poliklinik Penyakit Dalam, Bedah, Obsgyn/KB, Anak/KIA, Akupuntur Medis, Kulit Kelamin dan Kecantikan, Mata, THT, Syaraf, Umum, Gigi dan Mulut, Konsultasi Psikologi, Konsultasi Gizi dan Fisioterapi. Sedangkan untuk Fasilitas Pelayanan Rawat Inap terdapat 235 tempat tidur yang dibagi dalam beberapa ruang rawat, seperti di Ruang Wijaya Kusuma ada 16, Flamboyan 20, Aster 12, Mawar 17, Dahlia 31, Bougenvil 27, Anggrek 27, Catelya 27, Melati 18, ICU 4, Kenanga 36. Untuk Fasilitas Pelayanan

Medis 24 Jam yaitu ada Instalasi Rawat Inap, Gawat Darurat / IGD, Bedah Sentral / IBS, Perawatan Intensif / ICU, Radiologi, Farmasi, Laboratorium (on call), Informasi / Reception, Pelayanan Ambulance.

Klasifikasi Ketenagaan Kerja yang ada di RSUD Cilacap dibagi menjadi 3 yaitu berdasarkan Jenjang Pendidikan, Pangkat / Golongan dan berdasarkan Profesi. Ketenagaan berdasarkan Jenjang Pendidikan terdapat 465 jumlah yang dibagi berdasarkan pada Jenis Ketenagaan baik untuk Medis, Para Medis, Penunjang Medis, Administrasi, Harkon, BLUD yang berbeda-beda untuk jumlah masing-masing jenjang pendidikan untuk jenjang pendidikan SD/SMP 40 orang, SMA 140 orang, D3 183 orang, S1 75 orang, S2 27 orang. Untuk ketenagaan yang berdasarkan pangkat / golongan terdapat 465 jumlah yang terdiri dari Golongan 4: 26 jumlah, Golongan 3: 170 jumlah, Golongan 2: 147 jumlah, Golongan 1: 16 jumlah, Honor: 18 jumlah, BLUD: 88 jumlah.

Klasifikasi ketenagaan berdasarkan profesi dibagi menjadi 2 yaitu Tenaga Penunjang Pelayanan Medis (238 orang) : yang terdiri dari tenaga Apoteker 4 orang, Psikologi 3 orang, Sarjana Gizi 3 orang, Ahli Gizi 5 orang, Anallisis Kesehatan 9 orang, Asisten Apoteker 12 orang, Penunjang Pelayanan Medis Lain 17 orang, Non Medis 185 orang. Selain itu dibagi menjadi Tenaga Medis (34 orang) : yang terdiri dari dr.Sp Bedah 2 orang, Obsgyn 3 orang, Penyakit Dalam 2 Orang, Anak 2 orang, Radiologi 1 orang, Syaraf 2 orang, THT 1 orang, Mata 1 orang, Kulit & Kelamin 1 orang, Patologi Klinik 1 orang, Anestesi 1 orang, dr Gigi dan Mulut 3 orang, dr Umum 14 orang. Jumlah Tenaga Perawat 193 orang, jadi jumlah Tenaga Keseluruhan ada 465 orang.

Untuk Peningkatan Pelayanan dan Unggulan Pelayanan Kesehatan yang ada di RSUD ini adalah Pelayanan Klinik VCT (HIV / AIDS), CT-Scan, Bedah Onkologi, E-Government / SIM-RS, PONEK 24 jam (Pelayanan Obstetk Neonatal Emergensi Komprehensif), Akupuntur Medis, Kosmetik / Kecantikan pada Poliklinik Kuli dan Kelamin, Medical Check Up, Konsultasi Gizi, Konsultasi Psikologi, Pelayanan dan

Konsultasi Narkoba oleh TIM Narkoba RSUD Kabupaten Cilacap, Laboratorium dengan peralatan modern (Meditron Junior II, Sysmex XS 800 I dan Sysmex KX-21, serta Vitros) dan Unit Pengolahan Limbah Cair (UPL) dan padat (Incenerator).

D. Rekaman Medik

1. Definisi Rekam Medik

Setiap rumah sakit dipersyaratkan mengadakan dan memelihara rekaman medik yang memadai dari setiap penderita, baik untuk penderita rawat tinggal maupun penderita rawat jalan. Rekaman medik harus secara akurat didokumentasikan, segera tersedia, dapat digunakan, mudah ditelusuri kembali (*retrieving*), dan lengkap informasi.

Rekaman medik adalah sejarah ringkas, jelas, dan akurat dari kehidupan dan kesakitan penderita, ditulis dari sudut pandang.

Definisi rekaman medik menurut Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesia, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang penderita selama dirawat di rumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat tinggal (Siregar, 2003).

2. Kegunaan Rekaman Medik

- a. Digunakan sebagai dasar perencanaan dan keberlanjutan perawatan penderita.
- b. Merupakan suatu sarana komunikasi antar dokter dan setiap profesional yang berkontribusi pada perawatan penderita.
- c. Melengkapi bukti dokumen terjadinya / penyebab kesakitan penderita dan penanganan / pengobatan selama tiap tinggal di rumah sakit.
- d. Digunakan sebagai dasar untuk kaji ulang studi dan evaluasi perawatan yang diberikan kepada penderita.
- e. Membantu perlindungan kepentingan hukum penderita, rumah sakit dan praktisi yang bertanggung jawab.
- f. Menyediakan data untuk digunakan dalam penelitian dan pendidikan.

- g. Sebagai dasar perhitungan biaya, dengan menggunakan data dalam rekaman medik, bagian keuangan dapat menetapkan besarnya biaya pengobatan seorang penderita (Siregar, 2003).

3. Ketentuan Umum

- a. Rekaman medik harus mengandung semua informasi klinis yang signifikan dan harus di rinci secara cukup untuk memungkinkan praktisi lain melakukan perawatan penderita pada setiap waktu. Konsultan merekam pendapat setelah pemeriksaannya dan praktisi memberikan perawatan berkelanjutan yang efektif bagi penderita.
- b. Berkas rekaman medik adalah milik rumah sakit dan direktur rumah sakit bertanggung jawab atas hilang, rusak atau pemalsuan rekaman medik, serta penggunaan oleh badan atau orang yang tidak berhak.
- c. Isi rekaman medik adalah milik penderita yang wajib dijaga kerahasiaannya.
- d. Untuk melindungi kerahasiaan tersebut, hanya petugas rekaman medik yang diijinkan masuk ruangan penyimpanan berkas rekaman medik.
- e. Tidak diperkenankan mengutip sebagian atau seluruh isi rekaman medik untuk badan / lembaga atau perorangan, kecuali yang telah di tetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- f. Selama penderita dirawat, rekaman medik menjadi tanggung jawab perawat ruangan dan di jaga kerahasiaannya (Siregar, 2003).