

Penatalaksanaan Holistik Pada Pasien Diare Akut Dehidrasi Ringan Sedang dan Gizi Buruk Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Firdha Yossi Chani¹, Diana Mayasari²

¹. Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

². Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Saat ini, tingginya angka morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh diare membutuhkan tatalaksana awal yang cepat dan tepat. Kondisi gizi juga menjadi salah satu penyebab tingginya angka morbiditas diare pada anak. Kondisi gizi yang buruk akan berdampak pada terganggunya pertumbuhan, perkembangan mental dan kecerdasan anak serta meningkatkan kemungkinan infeksi pada anak. Pada kasus ini perlu dilakukan pendekatan kedokteran keluarga untuk mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis pada pasien, serta melakukan penatalaksanaan secara holistik dan komprehensif dengan penerapan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* melalui pendekatan *patient centered* dan *family approach*. Studi yang dilakukan adalah *Case Report*. Data primer diperoleh melalui *alloanamnesis* dan pemeriksaan fisik dengan melakukan kunjungan rumah, serta mengisi berkas pasien. Data sekunder diambil dari rekam medis pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir kunjungan. Berdasarkan diagnostik holistik akhir An. V mengalami diare akut dehidrasi ringan sedang dan gizi buruk, serta ditemukan adanya faktor risiko internal dan eksternal. Berat badan pasien yang sangat rendah (gizi buruk), kurangnya pengetahuan keluarga akan sakit yang diderita serta kurangnya kesadaran akan kebersihan dan gizi seimbang menjadi faktor utama permasalahan. Pada keluarga diberikan intervensi dengan tatalaksana medikamentosa serta penyuluhan menggunakan *leaflet*. Kemudian dilakukan evaluasi dan dapat ditarik kesimpulan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan terhadap penyakit, kebersihan dan gizi seimbang

Kata Kunci: Diare akut, gizi buruk, penatalaksanaan holistik

Holistic Management For Patient With Acute Diarrhea Some Dehydration And Malnutrition Through Family Medicine Approaches

Abstract

Nowadays, the high morbidity and mortality rates caused by diarrhea require prompt and precise initial management. Nutritional conditions are one of the causes of the high morbidity of diarrhea in children. Poor nutritional conditions will have an impact on disruption of growth, mental development and intelligence of children and increase the likelihood of infection in children. In this case family medicine approach needs to be done to identify risk factors and clinical problems in patients, as well as to conduct holistic and comprehensive management with the application of evidence based medicine family doctors through a patient centered approach and family approach. The study conducted was Case Report. Primary data were obtained through *alloanamnesis* and physical examination by making a home visit, and filling in patient files. Secondary data was taken from the patient's medical record. The assessment is based on an initial holistic diagnosis, process and end of visit. Based on the final holistic diagnostic An. V had acute diarrhea, some dehydration and malnutrition, internal and external risk factors were found. Patient weight is very low (malnutrition), lack of family knowledge of the illness suffered and lack of awareness of cleanliness and balanced nutrition are the main factors of the problem. The family is given intervention by medical treatment and counseling using *leafleates*. Then an evaluation a conclusion can be drawn that there is an increase in knowledge about disease, hygiene and balanced nutrition

Keywords: Acute diarrhea, holistic management, malnutrition

Korespondensi: Firdha Yossi Chani, S.Ked, alamat: Jl. Kopi no24A Kelurahan, Gedong Meneng, Kecamatan Rajabasa, Bandar Lampung. HP 082280589029, *e-mail*: firdhayossipida@gmail.com

Pendahuluan

Diare adalah defekasi dengan konsistensi cair atau setengah padat dan terjadi sebanyak lebih dari tiga kali selama 24 jam. Diare sendiri tidak selalu disertai dengan lendir ataupun darah di dalam tinja. Volume tinja yang dikeluarkan pada seseorang yang terkena diare dapat mencapai 200ml atau lebih per 24 jam.^{1,2}

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa angka kejadian diare di dunia masih menunjukkan angka yang cukup tinggi. Pada tahun 2017 terdapat 1,7 miliar angka kejadian kasus diare secara global di seluruh dunia. Terdapat 525.000 kasus meninggal akibat diare yang terjadi pada anak kurang dari lima tahun pada kejadian tersebut.

Penyebaran kasus diare pada berbagai negara antara negara maju dan berkembang berbeda. Jumlah kasus diare pada negara maju lebih rendah dibandingkan dengan negara berkembang. Penyakit diare merupakan salah satu penyebab tingginya angka morbiditas dan mortalitas di dunia, terlebih di negara berkembang. Sebagian besar penyebab diare dikarenakan makanan dan sumber air yang terkontaminasi. Data yang dilaporkan oleh WHO terdapat 780 juta orang memiliki akses yang buruk untuk sumber air minum dan 2,5 miliar orang tidak memiliki sanitasi yang baik.³

Riset Kesehatan Dasar telah mendata kasus diare selama periode tahun 2018. Kasus keseluruhan diare yang ditemukan sejumlah 1.017.290 kasus, dengan wilayah tertinggi yaitu Jawa Barat (186.809 kasus). Provinsi Lampung menyumbangkan 32.148 kasus diare selama tahun 2018.⁴ Berdasarkan profil dinas kesehatan provinsi Lampung penyakit diare merupakan penyakit urutan ketujuh dari sepuluh penyakit terbesar di provinsi Lampung. Bandar Lampung merupakan urutan ketiga terbanyak penduduk yang mengalami diare akut dengan jumlah penderita 20.957 orang. Salah satu puskesmas di Bandar Lampung yaitu Puskesmas Way Kandis menunjukkan kasus diare merupakan salah satu dari 10 penyakit terbanyak dengan penderita sejumlah 648 orang.⁹ Selain sumber air, perantara lain yang dapat menularkan diare adalah makanan, mengingat diare merupakan salah satu penyakit *food born disease*.²

Status gizi balita memiliki pengaruh yang sangat besar dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas di masa yang akan datang. Status gizi berhubungan dengan kecerdasan anak. Gizi kurang atau buruk pada masa bayi dan anak-anak terutama pada umur kurang dari lima tahun dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan jasmani dan kecerdasan anak. Pertumbuhan sel otak berlangsung sangat cepat dan akan berhenti atau mencapai taraf sempurna pada usia 4-5 tahun. Perkembangan otak yang cepat hanya dapat dicapai bila anak berstatus gizi baik.¹²

Pada saat ini di dunia terdapat kematian pada 3,5 juta anak di bawah usia lima tahun yang disebabkan karena masalah gizi. Selain itu, dampak yang akan muncul adalah terganggunya pertumbuhan, gangguan

perkembangan mental dan kecerdasan anak serta memungkinkan anak terkena infeksi.¹³ Berdasarkan Riset Kesehatan dasar nasional jumlah gizi buruk 3,9% dan gizi kurang 13,8% atau total keduanya sebesar 17,7% dan terjadi penurunan dibandingkan tahun 2013.¹¹ Provinsi Lampung memiliki jumlah penderita gizi buruk dan gizi kurang sebesar 143.879 orang (18,8%). Prevalensi Gizi buruk di kota Bandar Lampung yaitu sebesar 3,02%.^{10,11}

Diare dan gizi buruk merupakan salah satu penyakit dengan banyak faktor resiko. Keadaan negara Indonesia sebagai negara berkembang dengan segudang permasalahan kebersihan dan sanitasi menjadikan diare sangat mudah untuk berkembang. Keadaan geografis serta iklim Indonesia juga menjadi faktor pendukung terjadinya diare. Bahkan, kondisi Indonesia dengan status perekonomian yang rendah juga menjadi salah satu faktor penyebab tingginya kasus gizi buruk di Indonesia. Semakin banyaknya faktor resiko yang terlibat pada kedua penyakit ini membuat pengamatan terhadap setiap kemungkinan penyebab penyakit harus di amati secara detail dan spesifik serta tata laksana yang diberikan harus secara menyeluruh. Penerapan pelayanan dokter keluarga yang holistik dan komprehensif berbasis dengan *evidence based medicine* pada pasien, dan mengidentifikasi faktor resiko, masalah klinis serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *pasien centered* dan *family approach* dirasa dapat membantu dalam pengamatan penyebab penyakit, penegakan diagnosis, serta tata laksana pada pasien dengan diare dan gizi buruk. Sehingga berdasarkan penjelasan tersebut penulis tertarik untuk membahas penatalaksanaan holistik awal dan akhir pada pasien diare akut dehidrasi ringan sedang dan gizi buruk melalui pendekatan kedokteran keluarga.

Kasus

Pasien anak V, usia 34 bulan, jenis kelamin perempuan datang ke Puskesmas Rawat Inap Way Kandis pada tanggal 30 September 2019 dengan keluhan BAB cair sebanyak tiga sampai empat kali dalam sehari yang dirasakan sejak lima hari yang lalu, BAB dengan konsistensi sama seperti air dengan

warna kuning kecoklatan, bau seperti BAB biasanya, tidak ditemukan darah ataupun lendir. Demam, batuk dan pilek juga dirasakan dua hari sebelumnya, mual dan muntah juga dirasakan dalam sehari pasien muntah sekitar 10-15 kali perhari, muntah berisikan cairan, setiap muntah kurang lebih $\frac{1}{4}$ gelas belimbing. Menurut orang tua pasien, badannya terasa lemas dan rewel, tidak nafsu makan, dan selalu merasa haus sehingga pasien selalu minta minum. Saat keluhan demam terjadi pasien sempat dibawa ke Puskesmas Way Kandis dan hanya diberikan obat penurun panas dan obat batuk pilek.

Menurut keluarga, pasien sering mengikuti kakaknya yang sering jajan sembarangan dan tidak memperhatikan kebersihan dari makanan yang dibeli. Ibu pasien sudah melarang namun terkadang tidak dihiraukan oleh pasien dan sang kakak. Pasien dalam sehari makan nasi dan lauk berupa protein hewani, pasien tidak menyukai sayur dan buah-buahan.

Pasien sebelumnya tidak pernah mengalami hal serupa, namun pasien cukup sering mengalami sakit seperti demam, dan batuk pilek. Pasien memiliki riwayat berat badan yang rendah sehingga pasien rutin mendapatkan perhatian dari kader posyandu dan diberikan biskuit. Riwayat keluarga pasien memiliki kakak yang saat kecil mengalami keluhan serupa yaitu demam tifoid sekitar 2 tahun yang lalu, dan berat badan yang rendah, sehingga mendapat perhatian juga dari kader posyandu. Ayah pasien memiliki riwayat alergi obat dan bibi pasien memiliki riwayat alergi *seafood*, kakek pasien sudah meninggal karena memiliki riwayat sakit jantung dan hipertensi, nenek pasien juga sudah meninggal karena memiliki riwayat sakit kanker serviks.

Pasien lahir secara *section caesaria*, cukup bulan dengan berat badan 2600 gram dan Panjang badan 50 cm, saat lahir pasien langsung menangis, selama hamil ibu pasien tidak memiliki keluhan. Ibu pasien rutin mengantarkan ke posyandu dan sudah mendapatkan imunisasi secara lengkap yaitu BCG 1x, DPT 4x, Campak, 2x, Hepatitis 4x, dan Polio 4x, pasien belum pernah mengkonsumsi obat cacing, namun kakak pasien rutin mengkonsumsi obat cacing setiap 1 tahun sekali. Pasien mendapatkan ASI eksklusif

selama 6 bulan, dan dilanjutkan dengan MPASI hingga usia 1 tahun, menu yang biasa diberikan yaitu bubur nasi, saat ini pasien sudah memakan nasi dengan menggunakan lauk pauk keluarga dalam sehari pasien biasa makan 3-4 kali per hari. Pasien sempat diberikan susu formula namun pasien tidak menyukainya, sehingga tidak diberikan kembali.

Pertumbuhan anak V memang terlahir dengan berat badan yang kecil yaitu sebesar 2600 gram. Pada usia 6 bulan anak V memiliki berat badan 5 kg, umur 12 bulan 6 kg, umur 18 bulan 7 kg, umur 24 bln 8 kg, umur 34 bln 9kg, karena berat badan anak yang rendah sang anak cukup mendapat perhatian dari kader posyandu. Sedangkan untuk perkembangannya, anak cukup baik dan sesuai dengan usianya.

Orang tua pasien mengatakan sumber air yang ada di rumah pasien keruh dan air tersebut tidak dapat digunakan untuk memasak namun untuk mandi dan mencuci masih menggunakan air tersebut, sehingga pasien sehari-harinya membeli air yang dijual keliling.

Pada pemeriksaan fisik keadaannya : tampak sakit sedang, frekuensi nadi: 96x/menit, frekuensi napas: 24x/menit, suhu: 38,3°C, berat badan : 8,4 kg, tinggi badan : 92 cm

Status Gizi :

BB/U = <-3SD (Gizi Buruk)

PB/U = -1SD (Normal)

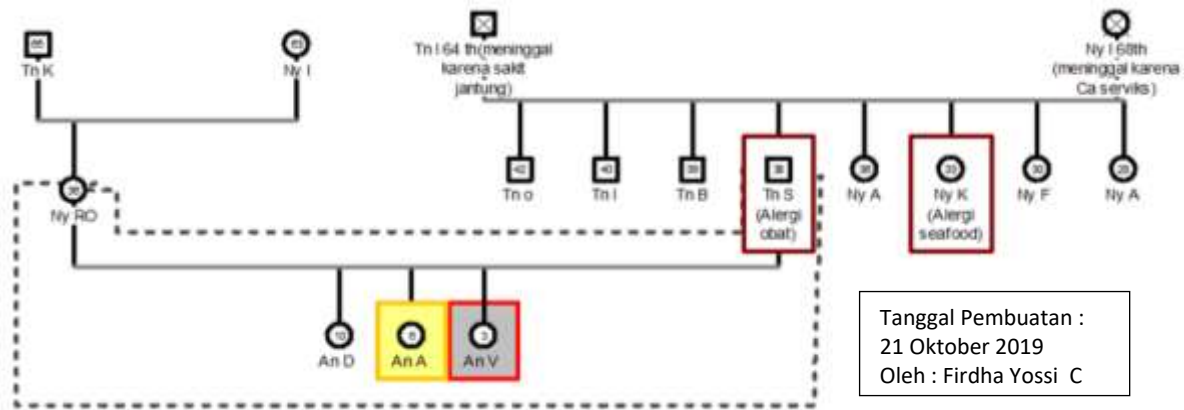
BB/TB = <-3 SD (Gizi Buruk)

Mata tampak cekung +/-, konjungtiva anemis -/-, mulut tampak mukosa bibir kering (+), hidung tampak secret serous (+), tenggorokan hiperemis (-), tonsil T1-T1, thoraks tampak gerakan dada dalam batas normal tidak ditemukan ada retraksi dan suara napas tambahan. Batas jantung tidak terdapat pelebaran, kesan batas jantung normal. Abdomen tampak datar, bising usus terdengar 15 kali permenit, nyeri tekan (+) pada epigastrium, turgor kulit lambat kembali, perkusi timpani. Ektremitas superior maupun inferior dalam batas normal, akral hangat, CRT < 2detik.

Pasien merupakan anak terakhir dari 3 bersaudara, ayah pasien berusia 38 tahun, ibunya berusia 36 tahun, kedua saudaranya berjenis kelamin perempuan. Kakak pertama pasien saat ini berusia 9 tahun dan kakak

kedua berusia 6 tahun. Pasien tinggal bersama orang tua dan kedua kakaknya. Bentuk keluarga pasien yaitu *nuclear family* yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri serta anak-anak. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama

dan diputuskan oleh ayahnya sebagai kepala keluarga. Keluarga mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Keluarga pasien berobat ke puskesmas Way Kandis, jarak antara rumah ke puskesmas tidak terlalu jauh yaitu sekitar 1,8 km.



Gambar 1. Genogram Keluarga An. V

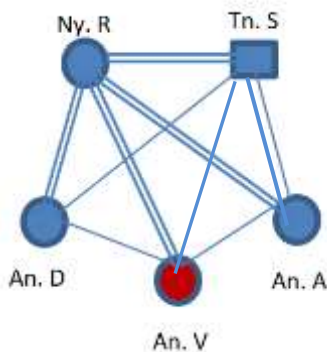
Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- (bordered) : Alergi obat
- (bordered) : Alergi Seafood
- ☒ : Laki-laki Meninggal
- ☉ : Perempuan Meninggal
- (bordered) : Pasien
- (bordered) : Riwayat Demam Typhoid dan berat badan rendah

Keterangan :

- : Hubungan baik
- === : Hubungan sangat baik

Hubungan emosional antar anggota keluarga yang tinggal serumah cukup dekat, berdasarkan skor APGAR fungsi keluarga didapatkan hasil 9 dan berarti masih tergolong baik (8-10)



Gambar 2. Hubungan antar keluarga pasien yang tinggal serumah

Pasien tinggal di rumah dengan jumlah orang yang tinggal 5 orang. Rumah berukuran 10 x 6 meter, berdinding batako yang telah dilapisi semen dan cat, lantai rumah dari keramik, atap rumah dari seng dan ditutupi plafon, dengan jumlah 2 kamar, 1 kamar mandi, 1 dapur, 1 ruang tamu yang menyatu dengan ruang keluarga. Kamar pertama ditempati oleh pasien dan kedua orang tuanya, kamar kedua ditempati oleh kedua kakaknya. Sinar matahari kurang masuk ke dalam rumah karena rumah pasien kurang memiliki ventilasi, penerangan dibantu lampu yang sumbernya berasal dari listrik, rumah cukup lembab, jendela hanya terdapat di ruang tamu, ventilasi terdapat di kamar 1 dan dapur, rumah pasien berada di dalam perumahan cukup padat, jauh dari kebisingan. Sumber air berasal dari sumur bor digunakan untuk mandi dan mencuci, limbah dibuang ditempat pembuangan sampah dekat rumah. Terdapat 1 kamar mandi beserta toilet dengan bentuk kloset jongkok. Dapur cukup bersih dan rapi. Penilaian kebersihan rumah pasien cukup baik

Berdasarkan data yang diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, dapat

ditentukan bahwa diagnostik holistik awal berdasarkan :

1. Aspek Personal

- Alasan Kedatangan : Pasien mengalami BAB cair sebanyak lebih tiga sampai empat kali sejak lima hari yang lalu, pasien, pasien mengalami demam dan muntah dengan frekuensi muntah sekitar 10-15x/hari
- Kekhawatiran : pasien tidak mau makan
- Harapan : keluhan dapat teratasi
- Persepsi (Ibu): lemas yang dirasakan karena BAB cair. Muntah yang dirasakan oleh sang anak, membuat anak tidak mau makan.

2. Aspek Klinis

- Diare Akut Dehidrasi Ringan Sedang (ICD 10 : A09)
- Gizi Buruk (ICD 10 : E46)

3. Aspek Risiko Internal

- Berat badan pasien yang sangat rendah (Status gizi: buruk)
- Kebiasaan pasien ikut sang kakak untuk jajan sembarangan
- Kurang kesadaran akan kebersihan seperti kebiasaan pasien yang tidak membersihkan tangan sebelum makan

4. Aspek Risiko Eksternal

- orang tua pasien yang datang ke pelayanan kesehatan hanya saat kondisi kesehatan yang buruk
- Kurang pengetahuan orang tua pasien akan penyebab kondisi kesehatannya, seperti:
 - 1) Faktor penyebab penyakit
 - 2) Cara penularan penyakit (patogenesis)
 - 3) Cara penanganan penyakit di rumah
 - 4) Komplikasi dari penyakit
- Kurangnya pengetahuan orang tua akan pemberian makanan sehat dan bergizi
- Kurangnya pengetahuan orang tua mengenai pentingnya gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak serta dampak gizi buruk bagi sang anak
- Riwayat kakak dengan berat badan rendah dan riwayat demam tifoid pada kakak

5. Derajat Fungsional

Derajat 4 (Empat) karena bergantung dengan keluarga

Intervensi yang diberikan pada pasien ini yaitu dengan melakukan kunjungan rumah sebanyak tiga kali dan diberikan, edukasi dan konseling mengenai penyakitnya diare, pencegahan, dan pengobatan diare, serta memberikan edukasi dan konseling mengenai dampak gizi buruk dan cara pemilihan makan yang sehat untuk dikonsumsi. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus* dan *community oriented*.

Patient Center

Non medikamentosa

1. Konsumsi air dengan jumlah yang lebih banyak
2. Konsumsi makanan lunak dan mudah dicerna
3. Konsumsi makanan yang bersih, diutamakan makanan hasil buatan rumah
4. Konsumsi buah dan sayur
5. Edukasi kepada keluarga mengenai cara cuci tangan yang baik dan benar, sebelum dan setelah makan
6. Mengajari dengan memperagakan kepada pasien langkah-langkah cuci tangan yang baik dan benar

Medikamentosa

1. IVFD RL XV tpm mikro (diberikan saat pasien dirawat dipuskesmas way kandis selama 3hari)
2. Paracetamol syr 3x1cth (diberikan saat pasien mengalami demam)
3. Zink 1 x 1 cth (diteruskan selama 10 hari)
4. Domperidon 3 x ½ cth (diberikan bila terdapat keluhan mual dan muntah pada pasien)
5. Multivitamin 2 x 1
6. Oralit Sach 1 x 1/4 gelas(diberikan setiap habis BAB)

Family Focus

1. Edukasi mengenai penyajian dan pemilihan makanan yang sehat dan bergizi serta tepat untuk pasien diare akut dan gizi buruk
2. Edukasi mengenai cara membuat anak menyukai sayur dan buah
3. Edukasi keluarga mengenai dampak gizi buruk

4. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam mengingatkan kebiasaan hidup bersih dan sehat
5. Menjelaskan kepada keluarga penyebab, faktor resiko, pencegahan, dan penanganan awal diare akut
6. Edukasi dan motivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien

Community Oriented

Edukasi mengenai pentingnya konsumsi makanan yang bersih, sehat, dan bergizi dengan menggunakan media *leaflet* guna mencegah penyakit.

Diagnostik holistik akhir pada pasien ini yaitu :

1. Aspek Personal
 - Kekhawatiran: orang tua terhadap anaknya yang tidak mau makan sudah mulai berkurang karena anaknya banyak makan dan sudah mulai menyukai sayur-sayuran.
 - Harapan: sudah tercapai dengan keluhan pasien sudah teratasi
 - Persepsi (Ibu) : keluhan yang dialami karena kehidupan yang tidak bersih dan sehat, serta kurangnya asupan gizi yang seimbang pada sang anak.
2. Aspek Klinis
 - Gizi buruk (ICD E.46)
3. Aspek Risiko Internal
 - Pasien sudah mulai membiasakan diri untuk cuci tangan sebelum makan
4. Aspek Risiko Eksternal
 - Orang tua pasien sudah mulai mengetahui penyebab kondisi kesehatan anaknya
 - Orang tua pasien sudah mengetahui cara pemberian makanan sehat dan bergizi
 - Orang tua pasien sudah mengetahui pentingnya gizi bagi perkembangan dan pertumbuhan anak serta dampak gizi buruk bagi sang anak
 - Kebiasaan pasien untuk mengikuti kakaknya jajan sembarangan sudah mulai berkurang
5. Derajat Fungsional
 - Derajat satu, karena anak sudah bisa melakukan aktivitas sama dengan sebelum sakit.

Pembahasan

Pasien An. V, usia 34 bulan, jenis kelamin perempuan datang ke puskesmas rawat inap way kandis dengan keluhan BAB cair sebanyak tiga sampai empat kali dalam sehari yang dirasakan sejak lima hari yang lalu, Demam, batuk dan pilek juga dirasakan dua hari sebelumnya, mual dan muntah juga dirasakan dalam sehari pasien muntah sekitar 10-15 kali perhari, badannya terasa lemas dan rewel, tidak nafsu makan, dan selalu merasa haus sehingga pasien selalu minta minum. Menurut keluarga, pasien sering mengikuti kakaknya yang sering jajan sembarangan dan tidak memperhatikan kebersihan dari makanan yang dibeli, Pasien sebelumnya tidak pernah mengalami hal serupa, namun pasien cukup sering mengalami sakit seperti demam, dan batuk pilek. Pasien memiliki riwayat berat badan yang rendah sehingga pasien rutin mendapatkan perhatian dari kader posyandu.

Berdasarkan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 38,3°C, berat badan 8,4kg, tinggi badan 92cm.

Status Gizi :

BB/U = <-3SD (Gizi Buruk)

PB/U = -1SD (Normal)

BB/TB = <-3 SD (Gizi Buruk)

Berdasarkan standar antropometri penilaian status gizi anak Menteri Kesehatan

Mata tampak cekung +/-, konjungtiva anemis -/-, mulut tampak mukosa bibir kering (+), hidung tampak secret serous (+), tenggorokan hiperemis (-), tonsil T1-T1, thoraks tampak gerakan dada dalam batas normal tidak ditemukan ada retraksi dan suara napas tambahan. Batas jantung tidak terdapat pelebaran, kesan batas jantung normal. Abdomen, tampak datar, BU (+) 15 kali permenit, , nyeri tekan (+) pada epigastrium, turgor kulit lambat kembali, perkusi timpani. Ektremitas superior maupun inferior, akral hangat, CRT <2detik.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut mengalami diare akut dehidrasi ringan sedang dan gizi buruk. Diare adalah terjadinya peningkatan frekuensi dari buang air besar (defekasi) pada seseorang lebih

dari tiga kali dalam satu hari disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi cair, yang dapat ataupun tidak disertai oleh lendir dan/atau darah. Diare dapat diklasifikasikan berdasarkan lama waktu terjadinya menjadi diare akut ataupun kronik dengan batasan waktu kurang dari 14 hari untuk akut dan lebih dari 14 hari untuk kronik.¹⁻³

Diare dapat disebabkan oleh dua penyebab yaitu, infeksi ataupun non-infeksi. Lebih dari 90% penyebab diare adalah infeksi dan 10% -nya adalah non-infeksi. Penyebab infeksi diare terdiri dari virus yaitu *Rotavirus* dan *adenovirus*, bakteri yaitu *E. Coli*, *campylobacter*, *shigella*, *Vibrio cholera*, dan *salmonela*, serta parasit. Sedangkan penyebab non-infeksi dari diare adalah malabsorpsi (karbohidrat, asam amino, protein, lemak, imunodefisiensi dan terapi obat). Berbagai penyebab yang menjadi dasar timbulnya diare akan menimbulkan berbagai manifestasi atau gejala yang berbeda.¹⁴

Pasien ini dikatakan diare dengan dehidrasi ringan sedang karena ditemukan tanda-tanda dehidrasi yaitu berupa rewel, mudah haus, mata cekung, dan turgor kembali lambat. Anak ini juga mengalami gizi buruk karena berdasarkan perhitungan antropometri menurut kementerian kesehatan berdasarkan BB/U dan BB/TB (<-3SD) sehingga dapat dikategorikan sebagai gizi buruk sedangkan menurut TB/U (-1SD) dapat dikategorikan normal.

Berdasarkan status klinis diare diklasifikasikan menjadi:

Gejala/derajat dehidrasi	Diare tanpa dehidrasi	Diare dehidrasi Ringan/ Sedang	Diare dehidrasi Berat
	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih
Keadaan umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai / tidak sadar
Mata	Tidak cekung	Cekung	Cekung
Keinginan untuk minum	Normal, tidak ada rasa haus	Ingin minum terus, ada rasa haus	Malas minum
Turgor	Kembali segera	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

Gambar 1. Klasifikasi Diare¹⁵

Status gizi balita dinilai menurut 3 indeks, yaitu Berat Badan Menurut Umur (BB/U) Memberikan indikasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan, Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) Memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat).⁶

Status gizi dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kondisi sosial ekonomi antara lain Pendidikan orang tua, pekerjaan orangtua, jumlah anak, dan pengetahuan merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi status gizi.¹²

Terdapat hubungan timbal balik antara diare dengan status gizi begitupun sebaliknya. Infeksi mempengaruhi status gizi melalui penurunan asupan makanan, penurunan absorpsi makanan diusus, meningkatkan katabolisme, dan mengambil nutrisi yang diperlukan tubuh untuk sintesis jaringan dan pertumbuhan. Dan status gizi juga bisa mempengaruhi terjadinya infeksi karena bila dalam keadaan gizi buruk atau kurang makan akan menurunkan pertahanan tubuh dan mengganggu fungsi kekebalan tubuh manusia.¹⁷

Penatalaksanaan pada pasien ini yaitu dengan pemberian infus ringer laktat, obat paracetamol, zink, domperidone, multivitamin, dan oralit. Pemberian infus ringer laktat dan oralit diberikan pada pasien untuk mengganti cairan yang keluar. Air sangat penting untuk mencegah dehidrasi namun air tidak dapat mengobati terjadinya dehidrasi karena air tidak mengandung elektrolit dan mineral yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan tubuh sehingga pasien dengan dehidrasi ringan sedang lebih diutamakan memberikan terapi cairan menggunakan infus ringer laktat dan juga oralit.¹⁵

Pasien juga diberikan zink untuk mengganti kandungan zink yang hilang dan mempercepat penyembuhan diare. Tablet zink dapat meningkatkan system kekebalan tubuh sehingga dapat mencegah risiko terulangnya diare 2-3 bulan setelah sembuh. Zink sebaiknya

diberikan sebanyak satu kali dalam sehari selama 10 hari berturut-turut, pemberian zink juga harus terus dilakukan walaupun keluhan sudah berhenti.¹⁵

Pada pasien juga diberikan obat simtomatik berupa domperidone dan parasetamol, tujuan pemberian obat ini yaitu untuk mengobati gejala pasien yaitu demam dan mual muntah. Dosis parasetamol pada anak yaitu 10-15mg/Kgbb/kali dan diberikan sebanyak tiga kali dalam sehari. Untuk dosis domperidone dosis sehari yaitu 0,2-0,4 mg/Kgbb/kali dan diberikan sebanyak tiga kali dalam sehari.

Pelaksanaan pembinaan keluarga pada pasien anak V dilakukan kunjungan rumah dengan kunjungan pertama tanggal 9 Oktober 2019, dilakukan pengenalan, memberitahukan tujuan kedatangan ke rumah pasien dan meminta izin dengan keluarga untuk dilakukan anamnesis lebih mendalam untuk menggali permasalahan dan faktor resiko penyebab terjadinya perubahan status kesehatan pada pasien. Selain itu, kunjungan pertama ini juga untuk memonitoring perkembangan kondisi kesehatan pasien yang sebelumnya dirawat di puskesmas rawat inap way kandis. Pada kunjungan pertama, terlihat kondisi pasien yang sudah membaik, menurut pasien BAB cair yang dialaminya sudah tidak dirasakannya lagi. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga pada kunjungan pertama, Dari hasil kunjungan tersebut, berdasarkan konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan keluarga pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang pasien derita.

Human biology, terdapat gejala – gejala yang timbul dirasakan pasien sangat mengganggu aktivitasnya dan membuat kondisinya semakin melemah. Keluarga pasien tidak mengetahui penyebab terjadinya penyakit yang sedang ia derita. Keluarga pasien juga khawatir akan kondisi tubuhnya yang tidak membaik setelah diberikan obat. Menurut pengakuan keluarga pasien, pasien sulit untuk dilakukan pemeriksaan kondisi kesehatannya dan pasien juga sulit untuk minum obat.

Personal behavior, pasien sering ikut kakaknya jajan sembarangan seperti jajan ciki-

ciki, es dan basreng. Ibunya pun terkadang memberikan makanan anaknya dengan membeli bakso goreng dan dicampur dengan nasi. Menurut pengakuan keluarga pasien, pasien memang sulit untuk diberi makanan dan pasien hanya mau makan dengan protein tanpa campuran sayur-sayuran, serta pasien juga jarang mencuci tangan sebelum makan

Physical environment, kondisi air di rumah memperberat terjadinya kondisi kesehatan pasien. Menurut pengakuan keluarga pasien, air yang ada di rumah pasien sangat keruh sehingga tidak sehat bila digunakan untuk memasak.

Social environment, hubungan dengan sesama anggota keluarga terjalin baik. Pasien dekat dengan anggota keluarga yang tinggal serumah, para anggota keluarga memberikan dukungan serta perhatian terhadap kesembuhan pasien. Berdasarkan hasil identifikasi setelah melakukan kunjungan rumah pertama, didapatkan berbagai masalah yang dapat menyebabkan penyakit yang diderita oleh pasien anak V.

Setelah mendapatkan beberapa informasi mengenai permasalahan yang ada dalam pasien, dilakukan kunjungan kedua untuk dilakukan intervensi, tanggal 21 Oktober 2019, intervensi yang dilakukan adalah penyuluhan ataupun perbincangan untuk bertukar ilmu menggunakan media Leaflet dengan mengutamakan peningkatan pengetahuan keluarga pasien mengenai penyakit diare, dampak gizi buruk buat anak, cara pemilihan makanan bergizi dan cara membuat menu agar anak menyukai makanan berupa buah dan sayur-sayuran.

Sebelum melakukan intervensi, dilakukan penilaian pengetahuan ibu dengan memberikan beberapa pertanyaan singkat serta melakukan *food recall* untuk mengetahui makanan yang dikonsumsi oleh pasien dalam 24 jam terakhir. Tujuan penggunaan *food recall* pada kasus ini yaitu untuk melihat secara kuantitatif asupan gizi pada pasien ini. Kelebihan *food recall* yaitu memudahkan bila subjek yang diperiksa buta huruf, murah, dan cepat, sedangkan kekurangannya yaitu bergantung dengan daya ingat subjek, memerlukan tenaga yang terampil dalam pelaksanaannya, tidak dapat mengetahui

distribusi konsumsi individu bila digunakan untuk keluarga.¹⁶

Pada tanggal 28 Oktober 2019, satu minggu setelah dilaksanakan intervensi dilakukan evaluasi terhadap pasien. Pada saat evaluasi penulis memberikan beberapa pertanyaan terkait dengan materi-materi yang sebelumnya sudah dijelaskan di tahapan intervensi, dan dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada ibu pasien. Selain itu juga dilakukan penilaian *food recall* kembali dan didapatkan hasil positif post intervensi yang ditandai dengan peningkatan nafsu makan dan menu makan pasien yang cukup beragam. Saat ini pasien dan keluarga juga sudah membiasakan untuk mencuci tangan sebelum makan. Pasien sudah mulai mau makan sayur seperti wortel dan bayam walaupun masih sedikit-sedikit, menurut ibu pasien pengolahan sayuran dilakukan menjadi lebih menarik dan saat makan sayuran juga dicampurkan dengan protein lainnya. Pada saat evaluasi juga dilakukan penimbangan berat badan kembali dan berat badan saat dilakukan pemeriksaan mulai naik yaitu dari yang sebelumnya 8,4kg menjadi 9 kg, namun bila diukur menggunakan kurva kementerian kesehatan dengan berat badan 9kg pasien masih masuk kategori <-3SD yang berarti gizi buruk.

Peningkatan berat badan yang dialami oleh pasien sudah cukup baik dan diharapkan berat badan pasien semakin meningkat agar dapat mengejar pertumbuhan pasien sehingga sesuai dengan usia pasien. Pada kunjungan kali ini juga tetap dilakukan motivasi kepada keluarga terutama ibu, agar dapat menerapkan gaya hidup yang sehat.

Keluarga pasien ini setelah dilakukan intervensi berdasarkan teori Roger masuk dalam kategori adopsi karena dapat dilihat pada perilaku pasien yang sudah mengkonsumsi sayur-sayuran, mencuci tangan, dan ibu yang sudah mengkreasikan pengolahan makanannya. Menurut teori Roger, seseorang akan mengikuti perilaku baru melalui beberapa tahapan yaitu sebagai berikut :

- Sadar (*Awareness*): seseorang sadar akan adanya informasi baru.

- Tertarik (*Interest*): seseorang mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut.
- Evaluasi (*Evaluation*): pada tahap ini seseorang mulai menilai, apakah perilaku baru tersebut memiliki efek baik pada dirinya.
- Mencoba (*Trial*): orang tersebut mulai mempertimbangkan untung rugi dari perilaku baru.
- Adopsi (*Adoption*): pada tahap ini, orang yakin dan telah mengadopsi perilaku baru tersebut.

Pembinaan keluarga pada pasien ini menerapkan konsep dokter keluarga, yakni melayani pasien secara holistik dan berkesinambungan berdasarkan pendekatan dokter keluarga.

Simpulan

1. Diperoleh faktor internal berat badan pasien yang sangat rendah (status gizi buruk), kebiasaan pasien ikut sang kakak untuk jajan sembarangan, kurang kesadaran akan kebersihan seperti kebiasaan pasien yang tidak membersihkan tangan sebelum makan.
2. Didapatkan Faktor eksternal yaitu Pengetahuan keluarga yang kurang tentang penyebab, penularan, penanganan dan komplikasi diare, pengetahuan orang tua yang kurang mengenai pentingnya gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak dan dampak gizi buruk bagi anak, kurangnya pengetahuan orang tua akan pemberian makanan sehat dan bergizi, dan sikap orang tua yang hanya datang ke pelayanan kesehatan bila kondisi kesehatan memburuk serta riwayat kakak dengan berat badan rendah dan riwayat demam tifoid pada kakak
3. Telah dilakukan penatalaksanaan medikamentosa dan non medikamentosa secara holistik dan komprehensif terhadap pasien.
4. Keluarga pasien dalam kasus ini setelah dilakukan intervensi, telah berada pada tahap adopsi dimana ibu sudah mulai mengadopsi perilaku baru dengan mengkonsumsi makanan yang lebih bergizi dan mencuci tangan sebelum makan.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. The treatment of diarrhoea: A manual for physicians and other senior health workers. Geneva: World Health Organization. 1995.
2. Nelwan EJ. Diare akut karena infeksi Dalam: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, et al. Buku Ajar Penyakit Dalam Jilid I. Edisi ke-6. Jakarta: Interna Publishing. 2014.
3. World Health Organization. Diarrhoeal disease [internet]. 2018 [Sitasi pada 16Oktober 2019] Tersedia pada: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
4. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Laporan nasional RISKESDAS tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2018.
5. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2018.
6. Zein U. Diare akut dewasa. Medan: USU Press. 2011.
7. Sulistyoningih, Hariyani. Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak, Yogyakarta: Graha Ilmu.2012.
8. Kemenkes RI. Buku saku pemantauan status gizi tahun 2017. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan. 2018.
9. Dinas Kesehatan. Profil Kesehatan Provinsi Lampung.Lampung:Dinas Kesehatan. 2015.
10. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Laporan nasional RISKESDAS Provinsi Lampung Tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2018.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi dan Analisis Gizi. Jakarta: Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2015.
12. Putri R, Sulastri D, Lestari Y. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang Jurnal Kesehatan Andalas. 2015 :4(1).
13. Fauziah L, Rahman N, Hermiyanti. Faktor Risiko Kejadian Gizi Kurang Pada Balita Usia 24-59 Bulan Dikelurahan Taipa Kota Palu.Jurnal Ilmiah Kedokteran. 2017: 4(3).
14. World Gastroenterology Organisation. Guidelines: global guidelines acute diarrhea [internet]. 2017 [Sitasi pada 16Oktober 2019] Tersediapada: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-english>.
15. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Buku saku petugas kesehatan lima langkah tuntaskan diare (LINTAS Diare). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2011.
16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman strategi komunikasi: perubahan prilaku dalam percepatan pencegahan stunting di indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. 2018.
17. Rosari A, Rini EA, Masrul. Hubungan Diare dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Lubuk Buaya Kecamatan Koto Tangah Kota Padang. Jurnal Kesehatan Andalan 2013:2(3).