

Penatalaksanaan Holistik Pada Pasien Anak Diare Akut Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Sumayyah Annida¹, Dian Isti Angraini²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Diare akut masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak di Negara berkembang. Satu studi data nasional melaporkan Provinsi Lampung menyumbang 32.148 kasus diare pada tahun 2018. Kasus diare terbanyak ditemukan pada kelompok umur 5 – 14 tahun diikuti kelompok umur 15 – 24 tahun, dan perempuan lebih sering terserang diare dibandingkan laki laki. Mengidentifikasi faktor resiko internal dan eksternal dan masalah klinis pada pasien, serta melakukan penatalaksanaan pasien secara holistik dengan menerapkan dokter keluarga sesuai *evidence based medicine* melalui pendekatan *patient centred* dan *family approach*. Analisis studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis) pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien An. NO berusia 5 tahun, telah didiagnosis diare akut tanpa dehidrasi memiliki kekhawatiran akan kondisi kesehatan yang semakin menurun dengan BAB cair yang tidak kunjung berhenti. Keterbatasan akan pengetahuan keluarga pasien terhadap penyakit yang di derita pasien (penyebab, cara penularan, faktor resiko, penanganan, serta komplikasi), penggunaan air sumur yang tidak bersih untuk memasak serta tidak memperhatikan kebersihan makanan menjadi faktor utama permasalahan. Penatalaksanaan secara holistik dan komperhensif terhadap permasalahan pasien An. NO telah dilakukan dengan pemberian penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga terhadap penyakit diare dan hidup bersih dan sehat.

Kata Kunci: Anak, diare akut, kedokteran keluarga

Holistic Management Of Pediatric Acute Diarrhea Patients Through Family Medicine Approaches

Abstract

Acute diarrhea is still a major cause of child morbidity and mortality in developing countries. One national data study reported that Lampung Province contributed 32.148 cases of diarrhea in 2018. Most cases of diarrhea were found in the age group 5-14 years followed by the age group of 15-24 years, and women were more often stricken with diarrhea than men. To identify internal and external risk factors and clinical problems in patients, as well as holistically manage patients by applying family doctors according to evidence based medicine through a patient centered approach and family approach. This study analysis is a case report. Primary data were obtained through history taking (autoanamnesis from the patient and alloanamnesis from the patient's family) physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of study in a qualitative and quantitative manner. Patient An. NO, 5 years old, has been diagnosed with acute diarrhea without dehydration, has a concern about the declining health condition with a liquid chapter that does not stop. Limitations of the patient's family knowledge of the patient's disease (cause, mode of transmission, the risk of the risk factors, treatment, and complications), use of unclean water for cooking and not paying attention to food hygiene are the main factors of the problem. Holistic and comprehensive management of patients' problems An. NO has been done by providing counseling to improve patient and family knowledge of diarrheal diseases and clean and healthy life.

Keywords: Acute diarrhea, childrec, family medicine

Korespondensi: Sumayyah Annida, alamat Jl. Hi. Sanusi Raya No.18, Sukarame, Bandar Lampung, HP 082280572330
e-mail: sumayyah.annida@gmail.com

Pendahuluan

Diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari, disertai perubahan konsistensi tinja mejadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu. Diare akut masih merupakan penyebab utama morbiditas dan

mortalitas anak di Negara berkembang. Terdapat banyak penyebab diare akut pada anak. Pada sebagian besar kasus penyebabnya adalah infeksi akut intestinum yang disebabkan oleh virus, bakteri atau parasit. Diare karena virus umumnya bersifat *self limiting*, sehingga aspek terpenting yang harus diperhatikan

adalah mencegah terjadinya dehidrasi yang menjadi penyebab utama kematian dan menjamin asupan nutrisi untuk mencegah gangguan pertumbuhan akibat diare.¹

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia tahun 2018, diare akut karena infeksi dilaporkan sebagai penyakit yang paling sering menyebabkan rawat inap di rumah sakit dengan *case fatality rate* sebesar 4,76%. Insidensi diare pada rawat jalan walaupun tidak setinggi pada perawatan inap juga dilaporkan dalam kelompok lima besar penyakit yang sering dijumpai di Indonesia.²

Berdasarkan data dari RISKESDAS KEMENKES RI tahun 2018, kasus diare berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan selama periode tahun 2018 berjumlah sebanyak 1.017.290 kasus, dengan wilayah tertinggi yaitu Jawa Barat (186.809 kasus). Provinsi Lampung menyumbangkan 32.148 kasus diare selama tahun 2018. Kasus diare terbanyak ditemukan pada kelompok umur 5 – 14 tahun diikuti kelompok umur 15 – 24 tahun, dan perempuan lebih sering terserang diare dibandingkan laki laki.³

Diare masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Lampung, dimana diare menempati urutan ke tujuh dari sepuluh besar penyakit terbanyak di Provinsi Lampung pada tahun 2015. Diketahui bahwa angka kesakitan (*Insidens Rate*) diare untuk semua kelompok umur di Provinsi Lampung dari tahun 2005–2014 cenderung meningkat, yaitu 9,8 per 1000 penduduk menjadi 21,4 per 1000 penduduk pada tahun 2013. Pada tahun 2017 terjadi 21 kali.⁴

Secara klinis penyebab diare dapat dikelompokkan dalam enam kelompok besar yaitu infeksi (yang meliputi infeksi bakteri, virus, dan parasit), malabsorpsi, alergi, keracunan, imunisasi, defisiensi, dan sebab-sebab lain. Diare yang disebabkan oleh kuman patogen penularannya bersifat oro-fecal. Diketahui bahwa faktor risiko penyebaran penyakit ini adalah rendahnya pola hidup sehat masyarakat khususnya dalam penyediaan sarana sanitasi yang baik untuk menunjang kesehatan lingkungan, hal tersebut mencakup sarana pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat dan proses pencucian tangan yang tidak baik setelah buang air besar, serta

adanya kontak dengan tinja sebelum mengolah makanan. Faktor risiko lainnya adalah usia penderita, makanan yang tidak higienik, dan penggunaan air tercemar untuk dikonsumsi. Di Indonesia, diketahui bahwa hampir 69 juta orang tidak memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi dasar dan 55 juta orang tidak memiliki akses terhadap sumber air yang aman.⁵

Keadaan negara Indonesia sebagai negara berkembang dengan berbagai permasalahan kebersihan dan sanitasi menjadikan diare sangat mudah untuk berkembang. Keadaan geografis serta iklim Indonesia juga menjadi faktor pendukung terjadinya diare. Sehingga berdasarkan penjelasan tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penatalaksanaan holistik pada pasien diare.¹

Pelayanan kedokteran keluarga terintegrasi dengan pendekatan yang luas dan mencakup beberapa prinsip yaitu *general, continous, family oriented care, dan community oriented*. Prinsip-prinsip ini dapat diterapkan pada penatalaksanaan diare akut, yang memerlukan perawatan multidisiplin dan berkelanjutan untuk mencegah komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Keterlibatan dan peran keluarga dalam penatalaksanaan diare akut dapat memberikan dukungan emosional dan psikologi, meningkatkan perilaku hidup sehat pada keluarga, yang berujung pada peningkatan hasil dari penatalaksanaan, keterlibatan keluarga menjadi faktor yang penting dalam keberhasilan pengobatan pada pasien diare akut.²

Kasus

Pasien An. NO, usia 5 tahun, datang bersama ibunya ke puskesmas rawat inap kemiling pada tanggal 7 Desember 2019. Menurut ibu pasien, pasien telah BAB cair sejak tiga hari yang lalu dengan frekuensi lebih dari empat kali per hari. Konsistensi BAB ini sama seperti air namun terdapat sedikit ampas, berwarna kuning kecoklatan dengan bau seperti BAB biasanya. Tidak ditemukan darah dan lendir pada BAB, dan muntah. Sebelum terjadi keluhan BAB cair, tidak ditemukan keluhan lain. Selama 2 hari ini pasien terasa demam. Menurut keterangan ibunya, pasien

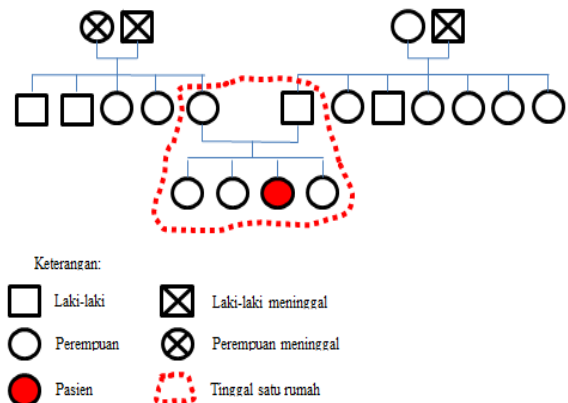
masih dapat minum dan makan walaupun dengan jumlah yang sedikit. Sebelumnya menurut ibu pasien, pasien pernah mengalami keluhan yang sama tetapi tidak sehebat ini. Ibu pasien mengatakan pasien tiba-tiba saja mengalami hal seperti ini dan tidak mengetahui penyebab yang mendasari kesehatannya saat ini. Pasien saat ini tinggal bersama kedua orangtua, kakak dan adiknya di rumah namun tidak ada yang mengalami keluhan serupa dengannya di rumah. Ibu pasien mengatakan sebelum mengalami keluhan tersebut pasien sempat beberapa kali membeli jajanan makanan diluar rumah tanpa memperhatikan kebersihan dari tempat dimana ia membeli makan.

Menurut ibu pasien, selama ini ia kurang memperhatikan kebersihan baik dari makanan yang dimakannya ataupun kebersihan air di rumahnya. Untuk keperluan memasak air minum menggunakan air sumur walaupun air sumur sedikit keruh. Selain memasak sendiri, ibunya juga beberapa kali membeli makanan di luar rumah dan tidak memperhatikan kebersihan tempat dimana ia membeli makan.

Pasien tampak resah dan terganggu aktivitas bermainnya karena harus berulang kali ke toilet. Ibu pasien awalnya tidak mau membawanya pergi berobat karena merasa kondisinya akan membaik dengan meminum obat warung dan beristirahat. Setelah menunggu satu hari, kondisi pasien tidak mengalami perubahan pada kesehatannya, dan semakin terlihat lemas dan sulit untuk beraktivitas, akhirnya pasien dibawa berobat ke puskesmas untuk memeriksakan kesehatannya.

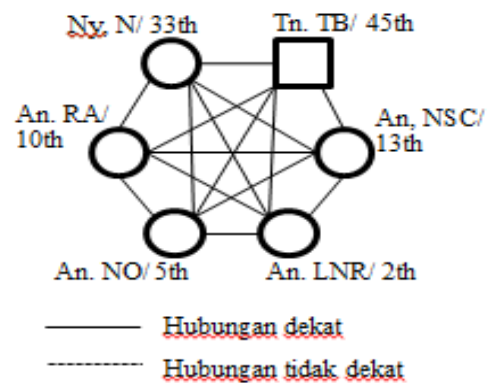
Pasien tinggal dengan keluarga inti di rumahnya yaitu dengan Ayah, Ibu, empat orang anak perempuan. Pasien merupakan anak ke tiga dari empat bersaudara, saat ini ibu pasien merupakan seorang IRT, dan ayah pasien bekerja sebagai buruh bangunan. Komunikasi dalam keluarga baik, pasien selalu bertemu dengan ayah, ibu, kakak, dan adiknya. Keputusan keluarga ditentukan oleh ayah pasien. Untuk memenuhi kebutuhan materi sehari-hari keluarga ini bergantung kepada ayah pasien. Menurut siklus *Duvall*, siklus keluarga ini berada pada tahap IV yaitu tahap keluarga dengan anak usia sekolah. Terdapat

gangguan pada fungsi ekonomi keluarga, karena sumber penghasilan keluarga ini hanya terdapat pada ayah pasien. Dengan penghasilan kurang lebih sebesar 50.000/hari.



Gambar 1. Genogram Keluarga pasien An.NO

Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin baik. Upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya adalah kuratif yaitu apabila mengalami keluhan, pasien baru datang untuk berobat dan mencari pelayanan kesehatan. Ibu pasien mengatakan pasien memiliki keinginan untuk sembuh.



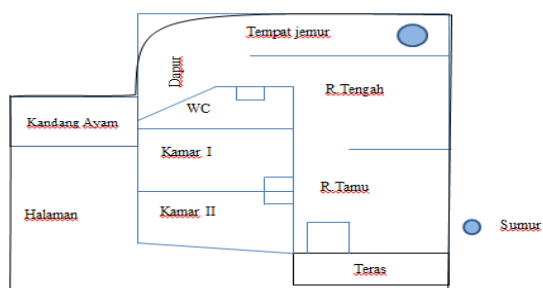
Gambar 2. Hubungan Antar keluarga

Rumah pasien berada dalam lingkungan pemukiman. Luas tanah sebesar 12 x 8 m dan luas bangunan 8 x 5 m. Rumah pasien berdinding tembok. Lantai rumah pasien beralaskan semen. Rumah pasien memiliki jendela yang berada di setiap kamar dan di ruang tamu bagian depan rumah sebagai sumber ventilasi. Ayah pasien memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah. Penerangan dari rumah pasien cukup baik,

dengan cahaya matahari yang menembus ke dalam dari jendela dan ventilasi yang ada di dalam rumah, selain itu sumber penerangan adalah listrik yang bersumber dari PLN. Sumber air pada rumah ini adalah air sumur yang diambil dengan menggunakan mesin pompa air, tetapi kondisi air yang sedikit keruh. Kamar mandi serta jamban terdapat dalam satu ruangan di dalam rumah, ruangan ini ber dinding tembok dan berlantai semen. Air kotor serta hasil buangan jamban mengalir ke selokan. Bagian samping rumah pasien terdapat kandang ayam yang berjarak kurang lebih dua meter dari sumur pasien.

Rumah pasien terdiri dari satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur, satu kamar mandi, dan dua kamar tidur. Denah rumah pasien An.NO dapat dilihat pada gambar 3. Barang-barang yang ada di dalam rumah tidak tertata dengan rapi. Kebersihan di dalam rumah juga kurang terjaga, begitu juga kebersihan sekitar rumah pasien kurang terjaga dikarenakan halaman di depan tampak adanya tumpukan pasir dan bebatuan serta daun-daun kering yang berserakan di halaman rumah. Sampah rumah tangga tidak tersusun dengan baik di bagian samping, dan depan rumah. Menurut ibu pasien, sampah akan dibakar jika sudah menumpuk.

Daerah tempat tinggal pasien terletak di pemukiman warga, tidak tampak adanya pabrik. Karena halaman depan rumah pasien cukup luas dan tidak dikelilingi pagar rumah maka ibu pasien mengatakan terkadang ada beberapa warga tidak dikenal yang suka membuang sampah ke halaman rumah pasien, menurut keluarga hal tersebut cukup mengganggu pasien.



Gambar 3. Denah Rumah pasien An.NO

Pada pemeriksaan fisik didapatkan Tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 118 kali/menit, pernapasan 23 kali/menit, dan suhu tubuh 37,2°C. Berat badan 18 kg dan tinggi badan 110 cm. status gizi dalam batas normal. Pada status generalis mata konjungtiva anemis (-/-) dan air mata mata (+/+). telinga dan hidung kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, JVP tidak meningkat, kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, suara dasar vesikuler normal kanan dan kiri sama, kesan dalam batas normal. Batas kanan jantung pada linea sternalis kanan, batas kiri jantung tepat pada linea midclavícula, ICS 5, kesan batas jantung normal. Abdomen datar dan tidak didapatkan organomegali ataupun asites, bising usus sedikit meningkat 13x/menit, tidak terdapat nyeri tekan, dan turgor kulit normal (cepat kembali). Pada ekstremitas tidak terdapat edema, *capillary refill time* (CRT) kurang dari dua detik dan akral teraba hangat, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan penunjang pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal
 - Alasan kedatangan: BAB cair sebanyak lebih dari empat kali pe hari sejak tiga hari yang lalu.
 - Kekhawatiran: kondisi fisik pasien semakin memburuk seperti BAB yang tidak berhenti dan semakin lemes.
 - Persepsi: pasien dan keluarga tidak mengetahui penyebab kondisi fisiknya memburuk
 - Harapan: keluhan dapat berkurang serta sembuh dan kembali beraktivitas normal.
2. Aspek Klinik
 - Diare akut tanpa dehidrasi
3. Aspek Risiko Internal
 - Kebiasaan perilaku pasien membeli jajanan makanan tanpa memperhatikan kebersihan tempat penjual makanan.
 - Kurang penjelasan akan kebersihan seperti kebiasaan pasien yang tidak membersihkan tangan sebelum makan.
4. Aspek Risiko Eksternal
 - Kondisi sumber air di rumah yang keruh.

- Perilaku keluarga yang sulit untuk berobat dan mengkonsumsi obat-obatan.
 - Kebiasaan keluarga yang datang ke pelayanan kesehatan hanya saat kondisi kesehatan yang buruk.
 - Kurangnya pengetahuan keluarga akan penyebab dan kondisi kesehatan pasien seperti faktor penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara penanganan penyakit di rumah dan komplikasi dari penyakit.
5. Derajat Fungsional : 2 (dua) yaitu mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari, baik di dalam ataupun luar rumah.

Penatalaksanaan

Non farmakologi

- Nasihat pada ibu kembali segera jika demam, tinja berdarah, berulang, makan atau minum sedikit, sangat haus, diare maki sering, atau belum membaik dalam 3 hari.
- Konsumsi air dengan jumlah yang lebih banyak.
- Konsumsi makanan lunak dan mudah dicerna.
- Konsumsi makanan yang bersih, diutamakan makanan hasil buatan rumah.
- Menjelaskan penyebab serta faktor resiko hingga terjadinya penyakit tersebut.
- Menjelaskan komplikasi yang dapat terjadi penyakit tersebut serta penanganan yang harus dilakukan terhadap kondisi tersebut.
- Menjelaskan pentingnya menggunakan air bersih, membersihkan tangan sebelum makan, dan hubungannya dengan kesehatan.
- Memberikan edukasi tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan di layanan kesehatan.

Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral, yaitu oralit 100 ml setiap kali BAB, lalu diberikan zinc 20 mg 1x1 tablet selama sepuluh hari dan

paracetamol sirup 120 mg/5ml sendok teh 3x1 jika demam.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Kekhawatiran: BAB cair yang sebelumnya tidak berhenti sudah mulai berkurang dan tidak ditemukan kembali kondisi fisik yang melemah juga sudah semakin membaik
- Harapan: harapan sembuh dari keluhan sudah tercapai pasien dan keluarga berharap tidak lagi mengalami hal seperti ini.
- Persepsi: Keluhan yang dirasakan pasien adalah penyakit diare yang disebabkan oleh bakteri yang dapat ditularkan melalui makanan yang kurang dijaga kebersihannya.

2. Aspek Klinik

- Diare akut tanpa dehidrasi

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien akan memperhatikan kebersihan pada tempat makan yang dibelinya.
- Meningkatnya pengetahuan pasien tentang menjaga kebersihan saat makan.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Tidak lagi menggunakan air dirumah untuk keperluan memasak dan mencuci.
- Perilaku keluarga yang sulit untuk berobat dan mengonsumsi obat-obatan.
- Meningkatnya kemauan keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan.
- Meningkatnya pengetahuan keluarga akan penyebab kondisi kesehatan pasien seperti faktor penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara penanganan penyakit di rumah dan komplikasi dari penyakit.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 (satu), yaitu pasien masih mampu melakukan aktivitas fisik seperti sebelum sakit.

Pembahasan

Pembinaan kepada pasien An. NO (5 tahun) telah dilakukan sebagai salah satu bentuk pelayanan kedokteran keluarga. Pasien datang ke Puskesmas Rawat Inap Kemiling diantar oleh ibunya dengan keluhan BAB cair sebanyak lebih dari empat kali dalam sehari sejak tiga hari sebelum datang ke puskesmas.

Menurut ibu pasien keluhan BAB cair sudah dirasakan sejak tiga hari sebelum datang ke puskesmas. Keluhan datang tiba tiba, tidak ada gejala lain yang timbul sebelumnya. Ibu pasien mengatakan BAB cair, jumlah lebih dari empat kali dalam satu hari, ibu pasien menyangkal warna BAB seperti air cucian beras, feses yang disertai lendir dan darah juga disangkal, serta bau BAB sama seperti biasanya. Keluhan lain yang menyertai keluhan sejak dua hari yang lalu adalah demam. Ibu pasien mengatakan kondisi tubuh pasien semakin lama semakin melemah, makan dan minum masih dapat dilakukan walaupun dengan jumlah yang terbatas karena pasien merasa tidak nyaman. Rasa haus yang berlebih disangkal, jumlah BAK menurut ibu pasien masih sama seperti sebelum sakit, dan air mata masih didapatkan.

Ibu pasien mengatakan selalu masak untuk kebutuhan makan di rumah, tetapi beberapa kali pasien membeli jajanan makanan yang disukai tanpa memperhatikan kebersihan dari makanan yang dibeli. Ibu pasien juga mengatakan bahwa sumber air di rumah pasien keruh, air digunakan untuk keperluan mandi, mencuci, dan kadang digunakan untuk memasak dan minum pasien.

Menurut ibu pasien mengatakan hal ini bukan pertama kali dirasakan oleh pasien. Pasien sudah pernah mengalami hal serupa tetapi tidak sampai seperti kondisi saat ini, ibu pasien mengatakan cukup membeli obat warung dan istirahat sehari kemudian satu hari berikutnya keluhan sudah membaik. Menurut ibu pasien baik di rumah maupun di lingkungan sekitar rumah pasien tidak ada yang mengalami hal yang serupa. Saat ini pasien belum mengonsumsi obat apapun.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan, keadaan umum: Sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 90/60 mmHg; frekuensi nadi: 118 x/menit, teraba sedang, isi cukup; frekuensi napas: 23 x/menit; suhu: 37,2°C; berat badan: 18 kg; tinggi badan : 110 cm; status gizi normal.

Pada kedua mata tak tampak cekung dan masih dapat keluar air mata. Pada abdomen, didapatkan datar dan supel, tidak terdapat organomegali ataupun *ascites*, bising usus sedikit meningkat 13x/menit, tidak terdapat

nyeri tekan, dan turgor kulit normal (cepat kembali). Pada ekstremitas *capillary refill time* (CRT) kurang dari dua detik dan akral teraba hangat. Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan data hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada ibu pasien, dapat disimpulkan bahwa pasien An. NO didiagnosis terkena diare akut tanpa tanda dehidrasi. Seperti yang diketahui bahwa diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari, disertai perubahan konsistensi tinja mejadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu.¹

Diare dapat disebabkan oleh dua jenis penyebab yaitu, infeksi ataupun non-infeksi. Lebih dari 90% penyebab diare adalah infeksi dan 10% -nya adalah non-infeksi. Agen infeksi yang dapat menyebabkan diare adalah virus (Rotavirus, Adenovirus, Calicivirus), bakteri (*E. coli*, *Campylobacter jejunii*, *Shigella sp*, *Vibrio cholera*, *Salmonella sp*, *Clostridium difficile*) dan parasit (*Giardia lamblia*, *Cryptosporium*, *Entamoeba histolytica*). Sedangkan, penyebab non-infeksi dari diare adalah keracunan makanan / *food poisoning* (karena toksin dari *S. Aureus*, *Baccillus cereus*, *Clostridium botulinum*), alergi makanan, *irritable bowel syndrome*, 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. Oleh karena itu, dapat dibedakan secara mendasar penyebab dari terjadinya diare.⁶

Pada pasien An. NO terjadi BAB cair lebih dari empat kali per hari, dengan warna kuning kecokelatan, tanpa disertai lendir dan darah. Keluhan lain yang dirasakan pasien adalah demam. Riwayat sebelumnya pasien sering membeli makanan di pinggir jalan dan sumber air yang ada di rumah pasien tidak bersih (keruh). Sedangkan diare akut karena infeksi dapat bersifat inflamasi dan noninflamasi. Diare noninflamasi bersifat sekretorik (*watery*) bisa mencapai lebih dari satu liter per hari. Biasanya tidak disertai dengan nyeri abdomen yang hebat dan tidak disertai darah atau lendir pada feses. Gejala mual dan muntah dapat dijumpai. Demam dapat dijumpai bisa juga

tidak, yang umumnya ringan. Diare yang bersifat inflamasi bisa berupa sekretori atau disentri. Biasanya disebabkan oleh patogen yang bersifat invasif. Gejala mual, muntah disertai dengan demam, nyeri perut hebat dan tenesmus, serta feses berdarah dan berlendir merupakan gejala dan tanda yang dapat dijumpai. Umumnya gejala diare sekretorik timbul dalam beberapa jam setelah makan atau minuman yang terkontaminasi.² Berdasarkan data tersebut, diare yang dialami oleh pasien An. NO dicurigai akibat infeksi bakteri.

Pada pasien dengan diare sekretorik (*watery diarrhea*) penting untuk diperhatikan kecukupan cairan karena pada kondisi yang tidak terpantau dapat menyebabkan terjadinya kehilangan cairan yang mengakibatkan syok hipovolemik atau karena gangguan biokimiawi berupa asidosis metabolik yang lanjut.² Gejala gejala yang dapat timbul akibat terjadinya kekurangan cairan adalah status mental menurun (gelisah hingga tidak sadar), denyut jantung meningkat, merasa haus, turgor kulit menurun, mata menjadi cekung, lidah kering, serta isian kapiler (*capillary refill time*) memanjang.⁷ Pada pemeriksaan fisik terhadap pasien An. NO tidak ditemukan adanya tanda dari dehidrasi, sehingga diare yang diderita oleh pasien An. NO belum sampai pada tahap dehidrasi.

Pada pasien yang mengalami dehidrasi atau toksisitas berat atau diare berlangsung lebih dari beberapa hari, diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan tersebut antara lain pemeriksaan darah tepi lengkap (hemoglobin, hematokrit, leukosit, hitung jenis leukosit), kadar elektrolit serum, ureum dan kreatinin, serta pemeriksaan feses. Pasien dengan diare karena virus, biasanya memiliki jumlah dan hitung jenis leukosit yang normal atau limfositosis. Pasien dengan infeksi bakteri terutama pada infeksi bakteri yang invasif ke mukosa, memiliki leukositosis dengan kelebihan darah putih muda. Neutropenia dapat timbul pada salmonellosis.⁷

Pada kasus diare akut dapat dilakukan pemeriksaan feses lengkap ataupun kultur feses untuk mengetahui jenis mikroorganisme sehingga penatalaksanaan dapat lebih terarah agar dapat dilakukan terapi definitif.⁷ Kultur

feses biasanya tidak diperlukan untuk pasien imunokompeten yang datang dengan *watery diarrhea*, tetapi mungkin perlu dilakukan untuk mengidentifikasi *Vibrio cholerae* ketika ada kecurigaan klinis dan/atau adanya kecurigaan terhadap wabah kolera, terutama selama hari-hari awal wabah/epidemi, dan untuk mengidentifikasi patogen penyebab disentri.⁷ Indikasi lain untuk dilakukannya kultur feses yaitu pada kasus dengan dehidrasi, demam, diare berdarah, atau setelah 3 hari pengobatan tidak ada perbaikan klinik.⁷ Puskesmas Rawat Inap Kemiling tidak memiliki fasilitas pemeriksaan feses lengkap, sehingga pasien An. NO tidak dilakukan pemeriksaan tersebut. Berdasarkan anamnesis dan tanda yang timbul pada pasien dicurigai penyebab diare mengarah pada infeksi bakteri.

Langkah pertama dalam terapi diare adalah dengan rehidrasi cairan, pada keadaan awal dapat diberikan sediaan cairan/bubuk hidrasi peroral setiap kali diare. Jumlah cairan yang akan diberikan dapat menggunakan perhitungan disesuaikan dengan jumlah cairan yang keluar dari tubuh yang dapat dinilai melalui perhitungan balans cairan saat pasien dirawat, dan dilanjutkan pemberian cairan pemeliharaan sesuai dengan kebutuhan pasien. Idealnya, cairan rehidrasi oral harus terdiri dari 3,5 gram natrium klorida, 2,5 gram natrium bikarbonat, 1,5 gram kalium klorida, dan 20 gram glukosa per liter air. Cairan seperti itu tersedia secara komersial dalam paket yang mudah disiapkan dengan dicampur air. Jika sediaan secara komersial tidak ada, cairan rehidrasi oral pengganti dapat dibuat dengan menambahkan ½ sendok teh garam, ½ sendok teh baking soda, dan 2-4 sendok makan gula per liter air.⁸ Pemberian rehidrasi oral pada anak usia 2 tahun atau lebih dapat diberikan sebanyak 100-200 ml setiap kali BAB.¹ Pada pasien An. NO diberikan larutan oralit 100 ml setiap kali BAB.

Zinc mengurangi lama dan beratnya diare. Zinc juga dapat mengembalikan nafsu makan anak. Penggunaan zinc ini memang populer beberapa tahun terakhir karena memiliki *evidence based* yang bagus. Beberapa penelitian telah membuktikannya. Pemberian zinc yang dilakukan di awal masa diare selama 10 hari ke depan secara signifikan menurunkan

morbiditas dan mortalitas pasien. Zinc termasuk mikronutrien yang mutlak dibutuhkan untuk memelihara kehidupan yang optimal. Meski dalam jumlah yang sangat kecil, dari segi fisiologis, zinc berperan untuk pertumbuhan dan pembelahan sel, anti oksidan, perkembangan seksual, kekebalan seluler, adaptasi gelap, pengecapan, serta nafsu makan. Zinc juga berperan dalam system kekebalan tubuh dan merupakan mediator potensial pertahanan tubuh terhadap infeksi.¹

Dasar pemikiran penggunaan zinc dalam pengobatan diare akut didasarkan pada efeknya terhadap fungsi imun atau terhadap struktur dan fungsi saluran cerna dan terhadap proses perbaikan epitel saluran cerna selama diare. Pemberian zinc pada diare dapat meningkatkan absorpsi air dan elektrolit oleh usus halus, meningkatkan kecepatan regenerasi epitel usus, meningkatkan jumlah *brush border* apical, dan meningkatkan respon imun yang mempercepat pembersihan patogen dari usus. Pengobatan dengan zinc cocok diterapkan di negara-negara berkembang seperti Indonesia yang memiliki banyak masalah terjadinya kekurangan zinc di dalam tubuh karena tingkat kesejahteraan yang rendah dan daya imunitas yang kurang memadai. Pemberian zinc dapat menurunkan frekuensi dan volume buang air besar sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya dehidrasi pada anak. Dosis zinc untuk anak diatas umur 6 bulan 20mg (1 tablet) per hari. Zinc diberikan selama 10-14 hari berturut-turut meskipun anak telah sembuh dari diare. Untuk bayi, tablet zinc dapat dilarutkan dengan air matang, ASI, atau oralit. Untuk anak-anak yang lebih besar, zinc dapat dikunyah atau dilarutkan dalam air matang atau oralit.¹ Pada pasien An. NO diberikan zinc tablet 20mg 1x1.

Karena kebanyakan pasien memiliki penyakit yang ringan, ataupun *self limited disease* karena virus atau bakteri non-invasif, pengobatan empirik tidak dianjurkan pada semua pasien. Pengobatan empirik diindikasikan pada pasien-pasien yang diduga mengalami infeksi bakteri invasif, diare turis (*traveler's diarrhea*), atau pada pasien immunosupresif.¹⁰

Terapi antibiotik jangan diberikan kecuali ada indikasi misalnya diare berdarah atau

kolera. Pemberian antibiotik yang tidak rasional justru akan memperpanjang lamanya diare karena akan mengganggu keseimbangan flora usus dan *Clostridium difficile* yang akan tumbuh dan menyebabkan diare sulit disembuhkan. Selain itu, pemberian antibiotik yang tidak rasional akan mempercepat resistensi kuman terhadap antibiotik, serta menambah biaya pengobatan yang tidak perlu. Pada penelitian multipel ditemukan bahwa telah terjadi peningkatan resistensi terhadap antibiotik yang sering dipakai seperti ampicilin, tetrasiklin, kloramfenikol, dan trimetoprim sulfametoksazole dalam 15 tahun ini. Resistensi terhadap antibiotik terjadi melalui mekanisme berikut: inaktivasi obat melalui degradasi enzimatis oleh bakteri, perubahan struktur bakteri yang menjadi target antibiotik dan perubahan permeabilitas membrane terhadap antibiotik.¹

Pelaksanaan pembinaan keluarga pada pasien An. NO dilakukan dengan kunjungan rumah sebanyak tiga kali. Pada kunjungan pertama, 9 Desember 2019, dilakukan untuk meminta izin dengan pasien dan keluarga untuk melakukan anamnesis lebih lanjut untuk menilai aspek personal, aspek klinis, aspek risiko internal, aspek eksternal, psikososial, dan derajat fungsional yang dialami oleh pasien, serta untuk melakukan pengisian *family folder*. Selain itu, kunjungan pertama ini juga dilakukan untuk memonitoring perkembangan kondisi kesehatan pasien yang tiga hari sebelumnya datang berobat ke puskesmas. Pada kunjungan pertama, terlihat kondisi pasien yang sudah membaik, menurut pasien BAB cair yang dialaminya semakin berkurang bahkan sudah tidak dirasakannya lagi. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga pada kunjungan pertama, sesuai konsep *Mandala of Health*, pasien dan keluarga memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita pasien, kebiasaan pasien yang tidak memperhatikan kebersihan dalam pemilihan makanan dan sumber air di rumah yang keruh dan berbau menjadi pokok permasalahan yang menimbulkan perubahan kondisi kesehatan pasien.¹

Human biology, pasien merasakan perubahan yang terjadi pada kondisi

kesehatannya. Gejala – gejala yang timbul dirasakan pasien sangat mengganggu aktivitas bermainnya dan membuat kondisinya semakin melemah. Pasien dan keluarga tidak mengetahui penyebab terjadinya penyakit yang sedang diderita oleh pasien. Ibu pasien juga khawatir akan kondisi tubuh anaknya yang tidak membaik setelah beristirahat dan tidak mengerti untuk menangani kondisi tubuhnya saat itu.

Psychosocial environment, hubungan antar anggota keluarga juga terbilang dekat dan jarang mengalami suatu masalah. Sehingga hal ini dapat mendukung pasien dalam mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan terdekat. Pada dasarnya seluruh anggota keluarga memberikan dukungan dalam pengobatan untuk kesembuhan pasien.

Personal behavior, makanan yang dimakan oleh pasien dan keluarga pasien setiap hari adalah makanan yang diolah sendiri oleh ibu pasien di rumah, namun ibu pasien mengatakan beberapa kali pasien membeli jajanan makanan diwarung sekitar rumah, tanpa memperhatikan kebersihan dari tempat makan yang ia beli.

Physical environment, kondisi rumah pasien kurang cukup bersih, dan kondisi air di rumah memperberat terjadinya kondisi kesehatan pasien. Menurut pengakuan ibu pasien, air yang ada di rumah pasien tidak bisa dipakai untuk minum dan memasak, karena kondisi airnya keruh. Namun selain digunakan untuk keperluan mandi dan mencuci air tersebut digunakan juga untuk memasak dan minum. Air yang didapatkan di rumah pasien berasal dari sumur di belakang rumah pasien. Menurut keluarga pasien, hampir semua air sumur yang ada di sekitar rumah pasien mengalami kondisi yang sama. Setelah mendapatkan informasi mengenai beberapa permasalahan yang ada dalam pasien, dilakukan kunjungan kedua, tanggal 11 Desember 2019, untuk melakukan intervensi kepada pasien dan keluarganya. Pada kunjungan kedua ini juga dilakukan pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisik terhadap pasien dan didapatkan TD 90/60, RR 20 x, nadi 80 x, suhu 36,8°C. Pada pemeriksaan fisik semua dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan berupa penyuluhan ataupun

perbincangan untuk bertukar ilmu dengan menggunakan media flipchart dengan mengutamakan peningkatan pengetahuan keluarga pasien mengenai penyakit diare baik penyebab, faktor resiko, cara penularan yang termasuk didalamnya bagaimana edukasi cara mencuci tangan yang baik untuk mengurangi resiko tertularnya diare, gejala penyakit, penanganan diare di rumah, dan pengetahuan tentang sumber air bersih.

Sebelum melakukan intervensi, keluarga diberikan beberapa pertanyaan terkait hal yang akan diintervensi untuk mengukur tingkat pengetahuan sebelum dilakukannya intervensi. Pertanyaan tersebut dalam bentuk pilihan ganda yang berjumlah sepuluh soal. Daftar pertanyaan yang ada pada *pretest* dan *post test* sama, dijelaskan pada lampiran.

Terdapat beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah *awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya. Ketika intervensi dilakukan, keluarga juga turut serta mendampingi pasien.⁹

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 14 desember 2019, keluarga diberikan post test untuk mengevaluasi pengetahuan keluarga pasien dan untuk evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terkait perilaku dan klinis dari pasien. Saat dilakukan kunjungan, ibu pasien berkata bahwa keluhan sudah tidak lagi dirasakan dan pasien sudah dapat menjalani aktivitasnya dengan baik. Hasil *pretest* dan *post test* ibu pasien dan ayah pasien dapat dilihat pada tabel satu.

Tabel 1. Hasil *Pretest* dan *Post test*

Peserta	Pre test	Post test	Δ Hasil
Ny. N	50	80	(+) 30
Tn. TB	40	60	(+) 20

Berdasarkan data yang dijelaskan pada tabel satu, terdapat selisih antara hasil *pretest*

dan *post test* sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan yang dimiliki ibu pasien Ny. N serta ayah pasien mengenai penyakit diare, penanganan penyakit diare di rumah, pengetahuan tentang air bersih mengalami peningkatan. Ibu pasien juga sudah lebih memperhatikan kebersihan dalam membeli makanan yang dibeli, pasien dan keluarga juga telah menerapkan kebiasaan mencuci tangan sebelum menyentuh makanan. Hal ini diharapkan dapat membantu pasien dan keluarga dalam menangani kejadian diare jika terulang kembali di keluarga pasien. Dalam kunjungan kali ini juga tetap dilakukan motivasi kepada pasien dan keluarganya. Hal ini dilakukan agar pasien dan keluarga senantiasa tetap menerapkan gaya hidup sehat yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya.

Simpulan

Terdapat peningkatan pengetahuan yang dimiliki ibu pasien Ny. N serta ayah pasien mengenai penyakit diare, penanganan penyakit diare di rumah dan pengetahuan tentang air bersih.

Saran

- Pasien dapat dianjurkan untuk memilih tempat makan, air bersih dirumah dengan pertimbangan kebersihannya.
- Keluarga dapat memberikan dukungan penuh, semangat, dan berperan aktif dalam menjaga kebersihan, baik dalam bidang makanan ataupun kebersihan rumah.
- Pelayanan kesehatan tidak hanya fokus terhadap faktor internal namun juga faktor eksternal dalam mengatasi masalah pasien
- Pelaksana kesahatan dapat melakukan edukasi mengenai penanganan diare di rumah untuk mencegah terjadinya kondisi komplikasi
- Pelaksana kesehatan dapat memberikan penyuluhan mengenai hidup bersih dan sehat, terutama pada bagian sumber air bersih, agar masyarakat dapat mencegah terjadinya penularan berbagai penyakit.

Daftar Pustaka

1. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Diare Akut. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2016.
2. Nelwan EJ. Diare akut karena infeksi Dalam: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, et al. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Edisi ke-6. Jakarta: Interna Publishing; 2014.
3. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Laporan nasional RISKESDAS 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Profil kesehatan Provinsi Lampung tahun 2016. Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung; 2016.
5. Hannif, Mulyani NS, Kuscithawati S. Faktor resiko diare akut pada balita. Berita Kedokteran Masyarakat. 2011;27(1):10-7.
6. Barr W, Smith A. *Acute diarrhea in adult*. *AM Fam Physician*. 2014;89(3):180-9.
7. *World Gastroenterology Organisation. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. United Kingdom: World Gastroenterology Organisation; 2012.*
8. Amin L. Tatalaksana Diare Akut. *Continuing Medical Education*. 2015;42(7):504-8.
9. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
10. Ikatan Dokter Indonesia. Panduan praktisi klinis: Bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia; 2017.