

Penatalaksanaan Holistik pada Anak Usia 2 Tahun dengan Diare Akut Tanpa Dehidrasi melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Kedaton

Falahdila Rebika Kirana¹, Dian Isti Angraini²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Diare merupakan penyebab kematian kedua pada anak usia dibawah lima tahun di negara berkembang. Diare menandakan adanya infeksi pada saluran pencernaan. Menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga dan melakukan penatalaksanaan secara holistik berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient-centered*, *family focused*, dan *community oriented* berbasis *Evidence Based Medicine*. Studi ini merupakan sebuah laporan kasus dengan menggunakan data primer yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Pasien An.M usia 2 tahun datang dengan keluhan BAB cair sejak 2 hari yang lalu. Pasien dan orangtua pasien tidak memperhatikan kebersihan diri serta lingkungan. Pasien sering dibelikan makanan ringan di luar yang tidak sehat. Pasien didiagnosis dengan diare akut tanpa dehidrasi. Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga An.M usia 2 tahun dengan diare akut tanpa dehidrasi yang disesuaikan berdasarkan diagnostik holistik awal. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya.

Kata kunci: Holistik, Diare Akut Tanpa Dehidrasi, Kedokteran Keluarga

Holistic Management of 2 Years Old Children with Acute Diarrhea without Dehydration through A Family Medicine Approach

Abstract

Diarrhea is the second cause of death in children under five years in developing countries. Diarrhea indicates an infection in the digestive tract. Applying the principles of family medicine and implementing holistic management based on the patient-centered, family-focused, and community-oriented approach grounded in Evidence Based Medicine. This study is a case report utilizing primary data obtained through anamnesis, physical examination, and home visits to get family, psychosocial, and enviromental data. Secondary data were obtained from the patient's medical records. A 2-years-old female patient came with watery stools from 2 days ago. Patient didn't care about self-hygiene with washing her hands. Patient also often buy snack near her house which is not healthy. The patient was diagnosed with acute diarrhea without dehydration. Holistic management was performed with a family physician-designed approach for A 2-years-old female patient, with acute diarrhea without dehydration based on the initial holistic diagnosis. The intervention has improved the patient's knowledge and changed some behaviours of the patient and her family.

Keywords: Holistic, Acute Diarrhea Without Dehydration, Family Doctor

Korespondensi: Falahdila Rebika Kirana, alamat Jl. Wolter Monginsidi No.71, Bandar Lampung, HP 085960146470, e-mail falahdilarebikakirana@gmail.com

Pendahuluan

Diare merupakan penyebab kematian kedua pada anak usia dibawah lima tahun di negara berkembang. Diare merupakan salah satu penyakit infeksi saluran pencernaan yang menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Pneumonia, penyakit bawaan, dan diare adalah penyebab kematian utama pada anak usia dini

dimana masing-masing mencakup 36%, 13% dan 10% dari semua penyebab kematian balita.¹ Pada tahun 2021, anak di keluarga dengan pendapatan rendah memiliki 20% risiko lebih tinggi terkena diare. Ancaman yang paling ditakutkan dari diare adalah dehidrasi yang menjadi penyebab kematian akibat diare.²

World Health Organization (WHO)

memperkirakan terdapat 2 miliar kasus diare akut per tahun dan mortalitasnya 1,9 juta pertahun.³ Sedangkan di Indonesia, kejadian diare menurut Riskesdas tahun 2022 tercatat 12,3% pada anak usia balita. Angka ini meningkat jika dibandingkan pada tahun 2013 yaitu sebesar 4,5%.⁴ Angka mortalitas diare pada balita tahun 2020 di Provinsi Lampung sebesar 4,55%. Pada kota Bandar Lampung kejadian diare tahun 2020 pada balita tercatat sebanyak 15.252 (11,4%) meningkat daripada tahun 2018 yaitu sebesar 8,71%.⁵

Dampak yang disebabkan oleh diare menyebabkan pentingnya peran pasien dan keluarga dalam pencegahan dan pertolongan pertama untuk mencegah keparahan.⁶

Kurangnya pengetahuan tentang diare dan lingkungan yang tidak bersih menjadi penyebab tingginya kejadian diare.⁷ Oleh karena itu diperlukan edukasi kepada keluarga pasien mengenai diare. Ini menandakan pentingnya peran dokter keluarga dalam menangani pasien secara holistik dan komprehensif.

Penatalaksanaan holistik ini memiliki tujuan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada pasien, menilai fungsi keluarga, melakukan intervensi, dan mengevaluasi hasil intervensi. Diharapkan dengan adanya intervensi masalah klinis pasien dan keluarga dapat diselesaikan.

Kasus

Pasien An. M seorang perempuan berusia 2 tahun datang ke poli Puskesmas Kedaton didampingi oleh ibunya pada tanggal 30 Mei 2023 dengan keluhan BAB cair sejak 2 hari yang lalu. Pada hari pertama pasien BAB sebanyak 3x sehari. Lalu pada hari kedua intensitasnya bertambah menjadi 4-5x sehari. Pada hari saat datang ke puskesmas An. M BAB sebanyak 4x dalam sehari dan setiap kali BAB kira-kira setengah gelas ukuran 200 cc. Sehingga kurang lebih hari ini pasien BAB sebanyak 400 cc.

BAB cair awalnya berwarna coklat dan sekarang coklat kekuningan, konsistensi cair, tidak ada ampas dan tidak berbau busuk. Tidak tampak darah dan lendir pada tinja. Pasien juga mengeluhkan tidak enak diperut tetapi tidak ada muntah. Keluhan tidak

disertai demam, batuk, pilek, kejang, sesak napas. Tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan. Pasien belum pernah merasakan keluhan ini sebelumnya.

Pasien belum mendapatkan pengobatan ataupun mengonsumsi obat untuk keluhan BAB cairnya ini. Ibu pasien mengaku tidak mengetahui pengobatan yang harus diberikan sehingga hanya rajin memberikan minum berupa susu dan air putih yang biasa dikonsumsi pasien, dikarenakan takut akan kekurangan cairan. Pasien saat ini masih mau untuk minum dan banyaknya ibu pasien memberikan minum yaitu gelas berukuran 200 cc yang akan dihabiskan pasien dalam kurang lebih 4 jam. Nafsu makan pasien berkurang, namun masih mau sedikit demi sedikit untuk makan.

Ibu pasien menceritakan bahwa ketika dirumah pasien tidak terlihat lemas ataupun mengantuk melainkan pasien masih cukup aktif bermain. Ibu pasien tidak mengetahui penyebab dari keluhan anaknya dan khawatir jika keluhan pasien membahayakan. Ibu pasien berpikir bila tidak mencari pengobatan kondisi pasien menjadi memburuk. Sehingga Ibu pasien datang ke Puskesmas Kedaton untuk berobat supaya mengetahui penyakit yang di derita anaknya.

Diketahui pola makan pasien sehari-hari yaitu sebanyak 3x sehari disertai selingan seperti roti. Ibu pasien menggunakan air keran untuk memasak masakan sehari-hari. Pasien mengonsumsi makanan seperti tempe, tahu dan telur. Namun, pasien terkadang tidak menghabiskan makanannya. Pasien juga masih mau mengonsumsi sayur dan buah-buahan. Pasien pada siang atau sore harinya akan meminta ibunya untuk dibelikan makanan dan minuman ringan disekitar rumahnya, seperti gorengan, jajanan warung, es, atau minuman berasa seperti teh gelas, susu dan ale-ale hampir setiap hari yang tidak terjamin kebersihannya. Pasien selama ini tidak ada alergi susu dan makanan lainnya.

Pasien suka beraktivitas di luar rumah seperti bermain dengan anak tetangga yang seusianya. Ibu pasien mengaku tidak terlalu memperhatikan kebersihan tangan anaknya termasuk kebersihan kuku. Namun, ibu

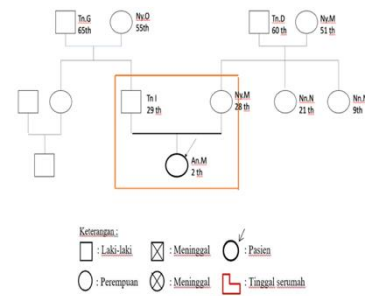
pasien kadang menyuruh anaknya mencuci tangan jika makan dirumah. Lingkungan rumah pasien terlihat kurang terawat. Letak dapur berdekatan dengan WC dan gudang. Ventilasi untuk pertukaran udara kurang dan beberapa jendela tidak dapat dibuka karena rusak. Rumah pasien berjarak 4 kilometer ke puskesmas dari rumahnya.

Ibu pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga serumah lain yang memiliki keluhan serupa. Ibu pasien mengatakan bahwa anak tetangganya dimana teman bermain pasien dan seusia dengan An.M juga memiliki keluhan serupa seperti anaknya. Menurut orang tua pasien, An.M mendapatkan imunisasi wajib lengkap sesuai dengan umurnya, hanya tersisa imunisasi campak di usia 2 tahun ini.

Ibu pasien merencanakan membawa anaknya untuk imunisasi pada pekan depan sesuai jadwal imunisasinya. Dalam sesi tanya jawab didapatkan ibu pasien tidak mengetahui mengenai penyebab, pencegahan dan tanda-gejala dari penyakit pasien.

Pasien merupakan anak tunggal. Saat ini pasien tinggal di kontrakan bertiga bersama dengan kedua orang tuanya. Ayah pasien (Tn. I, 29 tahun) bekerja sebagai karyawan swasta sedangkan ibu pasien (Ny.M, 28 tahun) adalah ibu rumah tangga. Pasien (An.M, 2 tahun) belum sekolah. Komunikasi dalam keluarga baik. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui musyawarah keluarga dan keputusan ditentukan oleh ayah pasien sebagai kepala keluarga dan bisa juga dimusyawarahkan bersama ibu pasien. Untuk memenuhi kebutuhan materi sehari-hari diperoleh dari pendapatan ayah pasien

Seluruh anggota keluarga telah memiliki asuransi kesehatan (BPJS). Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan seperti puskesmas. Pasien dan keluarga hanya berobat jika muncul keluhan. Fungsi keluarga dinilai dengan menggunakan *family APGAR score* didapatkan hasil 8 yang berarti fungsi keluarga baik dan berdasarkan *family SCREAM* didapatkan hasil 24 yang berarti fungsi keluarga adekuat.

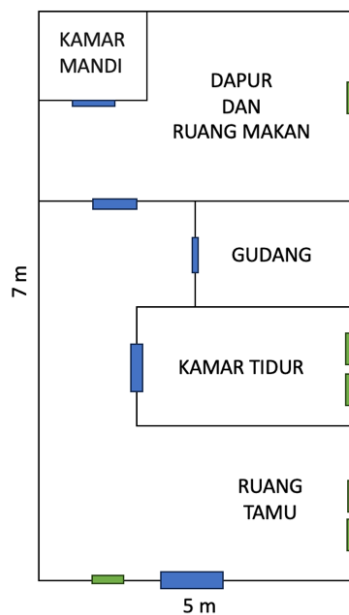


Gambar 1. Genogram Keluarga An. M

Pasien tinggal di sebuah kontrakan milik orang lain. Jarak antara rumah ke puskesmas sekitar 4 kilometer. Jarak antara kontrakan pasien dengan kontrakan lainnya cukup sempit.

Rumah pasien berukuran panjang tujuh meter dan lebar lima meter. Terdiri dari satu kamar tidur, satu ruang tamu, satu dapur dan satu kamar mandi. Lantai rumah berupa keramik, dinding tembok, dengan atap genteng ditutupi plafon. Letak dapur dan meja makan pasien berdekatan dengan WC dan gudang. Letak kamar tidur pasien juga berdekatan dengan WC. Jumlah ventilasi kurang baik dimana jendela terdapat pada bagian depan dan samping rumah dan jendela depan tidak bisa dibuka karena rusak, ventilasi kurang memenuhi standar sirkulasi rumah sehat yaitu < 20%, pertukaran udara dan pencahayaan di dalam rumah juga kurang baik karena jenis jendela yang digunakan kurang efisien dalam pertukaran udara serta beberapa lampu ruangan yang mati. Jarak antar kontrakan kurang lebih setengah meter. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak kurang sehat dan kebersihan di dapur, gudang serta ruang tamu kurang terawat dan lembab, perabotan rumah tangga kurang tertata dengan baik. Rumah sudah menggunakan listrik

Sumber air didapatkan dari pompa listrik. Air minum dimasak dari air keran. Limbah dialirkan ke selokan belakang kontrakan. Pasien memiliki satu kamar mandi dan terdapat WC jongkok. Tempat sampah berada di luar rumah dan di dapur.



Keterangan:

- : pintu
- : jendela

Gambar 2. Denah Rumah An. M

Pada hasil pemeriksaan fisik pasien didapatkan hasil Keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: kompos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, pasien tampak kooperatif; frekuensi nadi: 95x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,8°C; berat badan: 12 kg; tinggi badan: 80 cm; Status gizi pasien didapatkan BB/U: -2SD – 2SD (gizi baik); TB/U normal, BB/TB normal. Rambut, mata, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Faring dan tonsil dalam batas normal. Pemeriksaan leher dalam batas normal, pemeriksaan paru dan jantung inspeksi gerakan dada simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, batas jantung tidak melebar, auskultasi vesikuler, bunyi jantung I dan II reguler. Dari inspeksi abdomen datar, bising usus (+) 15 kali permenit, nyeri tekan abdomen tidak ada dan tidak ditemukan pembesaran hepar dan limpa, pada perkusi tidak didapatkan *shifting dullness*. Turgor kulit kembali segera < 1 detik dalam batas normal. Pada pemeriksaan ekstremitas superior didapatkan akral hangat, CRT <2 detik, normotonus, gerakan aktif, ekstremitas inferior akral teraba hangat, CRT

<2s dan edema (-). Status neurologis dalam batas normal.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini, yaitu:

1. Aspek Personal
 - a. Alasan kedatangan: BAB cair 3-4x sehari sejak 2 hari yang lalu disertai tidak enak di perut. Nafsu makan menurun.
 - b. Kekhawatiran: Ibu pasien khawatir penyakit pasien menyebabkan pasien kekurangan cairan.
 - c. Persepsi: Persepsi ibu pasien terhadap penyakitnya, ibu pasien menganggap bahwa penyakit ini membahayakan dan membutuhkan pengobatan.
 - d. Harapan: Ibu pasien mengetahui penyakitnya dan diobati agar keluhan hilang dan tidak berulang sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.
2. Aspek Klinis
Diare akut tanpa dehidrasi (ICD-X: A.09)
3. Aspek Risiko Internal
 - a. Kebersihan diri dalam mencuci tangan kurang baik.
 - b. Kebiasaan sering membeli makanan ringan/jajanan diluar yang tidak sehat.
 - c. Usia balita dan imunitas.
4. Aspek Risiko Eksternal
 - a. Pengetahuan keluarga mengenai penyakit diare kurang (penyebab, pencegahan, tanda dan gejala, pengobatan).
 - b. Dukungan dan pengetahuan keluarga kurang mengenai kebersihan diri.
 - c. Lingkungan rumah kurang sehat.
 - d. Pengetahuan keluarga kurang mengenai makanan sehat dan food safety.
5. Derajat Fungsional:
Derajat **fungsional** pasien tergolong 2 (dua) yaitu masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas).
Intervensi yang diberikan kepada pasien melalui kunjungan ke rumah pasien ini terbagi menjadi *patient-centered*, *family-approached* dan *community-based*. Intervensi secara *patient-centered* meliputi:

- Edukasi kepada pasien dan ibu pasien mengenai pentingnya mencuci tangan, kapan saja waktu mencuci tangan, dan langkah mencuci tangan yang benar sesuai WHO.
- Menjelaskan kepada pasien dan ibu pasien tentang membatasi membeli makanan ringan/jajanan di luar yang tidak sehat.
- Farmakologis berupa oralit 200 cc yang diberikan setiap kali pasien BAB, zink 1 tablet 20 mg sehari selama 10 hari, dan Domperidon sirup 3x1 cth

Intervensi *family-approached* yang dilakukan berupa:

- Edukasi kepada keluarga mengenai penyakit diare (penyebab, pencegahan, tanda dan gejala, pengobatan) serta peran keluarga dalam terapi penyakit pasien.
- Edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya mencuci tangan, kapan waktu mencuci tangan dan Langkah mencuci tangan WHO.
- Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai lingkungan rumah yang sehat.
- Edukasi kepada anggota keluarga mengenai *personal hygiene*, makanan sehat, dan *food safety*.

Intervensi dengan *community-based* yang dilakukan berupa:

- Memberikan konseling mengenai penularan dan pencegahan penyakit diare yang dapat ditularkan dari kebersihan lingkungan rumah ke anggota keluarga dan tetangga di lingkungannya.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien An. M, usia 2 tahun dengan diagnosa klinis Diare akut tanpa dehidrasi. Pasien datang dengan keluhan BAB cair 3-4x/hari sejak 2 hari yang lalu disertai mual dan penurunan nafsu makan. Setelah anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosis pasien adalah diare akut tanpa dehidrasi. Selanjutnya dilakukan penatalaksanaan pada pasien menggunakan pendekatan kedokteran keluarga melalui pembinaan dan intervensi. Kegiatan ini dilakukan sebanyak empat kali pertemuan dimana pertemuan pertama yaitu ketika pasien berobat ke Puskesmas Kedaton, lalu berkomunikasi menggunakan media

whatsapp dengan ibu pasien yaitu Ny.M dan melakukan kunjungan rumahan yang dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan. Pada kunjungan pertama melakukan identifikasi masalah awal, kemudian intervensi pada pertemuan kedua, dan evaluasi pada pertemuan ketiga.

Pada pertemuan pertama dilakukan anamnesis secara holistik dan pemeriksaan fisik, setelah itu dilakukan *informed consent* kepada ibu pasien untuk dilakukannya kegiatan pembinaan keluarga. Secara lisan ibu pasien pun menyetujui kegiatan pembinaan keluarga yang akan dilakukan dan setelah itu dilanjutkan berkomunikasi kembali melalui *whatsapp*.

Pada anamnesis, didapatkan data berupa keluhan pasien, keadaan keluarga, sosial, psikososial dan ekonomi serta kondisi rumah pasien. Dilakukan juga pemeriksaan fisik pada An.M. Keluhan pasien mengarah pada diare akut dinilai dari gejala pasien yaitu mengalami BAB dengan perubahan konsistensi menjadi cair sebanyak 3-4x setiap harinya. Pasien mengalami keluhan tersebut sejak 2 hari. Pemeriksaan fisik didapatkan bahwa frekuensi nadi 95x/menit; SpO2 99%; berat badan 10kg; tinggi badan 80 cm. Status gizi pasien didapatkan BB/U yaitu -2 SD sd 2 SD (gizi baik); TB/U normal, BB/TB normal.

Diagnosis diare akut pada pasien ditegakkan atas dasar keluhan pasien yaitu perubahan konsistensi buang air besar menjadi cair sebanyak lebih dari 3 kali dalam sehari. Dikatakan akut apabila diare yang berlangsung terjadi kurang dari 14 hari dimana sesuai dengan keluhan An.M merasakan keluhan tersebut baru sejak 2 hari yang lalu. Penyebab diare antara lain infeksi (bakteri, virus atau parasit), malabsorpsi, alergi, keracunan ataupun imunodefisiensi.

Bila diare terjadi didahului oleh perilaku hidup bersih dan sehat yang kurang baik, serta makan atau minuman dari sumber makanan yang higienenya kurang, maka diare dapat disebabkan oleh infeksi.⁸

Virus terutama rotavirus merupakan penyebab utama diare pada anak yaitu 60-70%. Kelompok usia 1-55 tahun berisiko lebih sering menderita diare oleh karena rotavirus.⁸ Faktor risiko pada diare yaitu kebersihan diri

yang kurang, sanitasi lingkungan yang kurang, riwayat intoleransi laktosa, Riwayat alergi obat, infeksi HIV, atau infeksi menular seksual. Sedangkan faktor risiko diare karena rotavirus oleh karena sanitasi lingkungan dan hygiene diri yang kurang, serta imunisasi rotavirus sehingga dianjurkan untuk melakukan imunisasi pada usia < 6 bulan.⁹

Pada An. M terdapat faktor risiko berupa kebersihan diri dan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Hal ini mendukung kemungkinan penyebab diare pada pasien oleh karena infeksi virus. Berdasarkan pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran kompos mentis, frekuensi dan kualitas nadi normal, frekuensi pernapasan normal, mata tidak cekung, mulut dan lidah tidak kering, turgor kulit Kembali segera, CRT <2 detik, dan ekstremitas superior dan inferior hangat.

Pasien juga masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari, tidak terlihat lemas maupun gelisah, serta masih mau untuk minum air putih dan susu formula. Dapat ditarik kesimpulan bahwa keadaan umum pasien baik serta tidak ada tanda dehidrasi sehingga termasuk ke jenis diare akut tanpa dehidrasi.¹⁰

Penularan penyakit diare melalui fecal oral terutama melalui air yang sudah tercemar dan tinja yang terinfeksi. Bila tinja tersebut dihinggapi binatang seperti lalat, binatang tersebut dapat menularkan diare.¹¹

Tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dengan diare secara umum adalah BAB lebih dari 3 kali dalam sehari, disertai perubahan konsistensi BAB menjadi lembek, cair, atau bahkan air, rasa tidak nyaman di perut (nyeri atau kembung), mual dan muntah, demam serta tenesmus. Berdasarkan penyebab infeksi karakteristik diare yang terjadi dapat berbeda. Pada diare yang disebabkan oleh virus ditandai dengan BAB cair tanpa lendir maupun darah, dapat atau tidak disertai mual muntah, ada atau tidaknya dehidrasi dan peningkatan suhu yang tidak terlalu tinggi.¹²

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan darah rutin dengan melihat ada tidaknya peningkatan leukosit untuk memastikan adanya infeksi. Selain itu pemeriksaan feses lengkap untuk

menentukan penyebab diare.⁹ Namun pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang dikarenakan sudah dapat ditegakkan diagnosis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik dimana mengarah pada infeksi oleh karena virus.

Komplikasi terbanyak diare adalah syok hipovolemik yang disebabkan oleh karena dehidrasi. Kematian dapat terjadi pada diare dengan gangguan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, instabilitas vaskular dan syok. Gizi buruk dapat terjadi pada penderita diare persisten. Hal ini dikarenakan kurangnya asupan nutrisi yang dibutuhkan, menurunnya nafsu makan, makanan yang keluar bersamaan dengan feses, peningkatan katabolisme dan kehilangan cairan. Diare merupakan faktor risiko dari malnutrisi.¹¹

Tujuan penatalaksanaan secara holistic pada diare ini adalah untuk mencegah terjadinya dehidrasi atau kekurangan cairan dan mencegah berulangnya Kembali penyakit ini, serta menyadarkan bahwa peran orang tua dan lingkungan juga penting.

Pada umumnya diare akut bersifat ringan dan sembuh cepat melalui rehidrasi. Terdapat 5 langkah tuntas diare yang dikenal dengan "LINTAS DIARE". Lintas Diare terdiri dari pemberian oralit, tablet zink selama 10 hari, memberikan makanan sehat, antibiotic secara selektif jika terdapat indikasi, dan memberikan nasihat pada ibu dan keluarga.¹³

Pertama, melakukan penggantian cairan atau rehidrasi yang disesuaikan dengan derajat diare yang diderita pasien.¹⁰ Pasien an. M menderita diare tanpa dehidrasi sehingga pemberian cairan dilakukan dengan cara pemberian cairan lebih banyak dari biasanya dan oralit atau cairan rumah tangga seperti kuah sayur, air tajin, dan air matang sebagai tambahan. Pemberian oralit dilakukan sampai diare berhenti. Pada An.M dimana usianya >1 tahun diberikan 100-200cc oralit setiap kali BAB. Cairan oralit merupakan campuran garam elektrolit seperti NaCl, KCl, dan trisodium sitrat hidrat yang berfungsi mempertahankan keseimbangan elektrolit tubuh. Pada pasien ini oralit diberikan sesuai usia pasien yaitu jika

usia <1 tahun diberikan 50-100cc dan usia >1 tahun diberikan 100-200cc setiap BAB.¹³

Kedua, memberikan zink selama 10 hari berturut-turut walaupun diare sudah berhenti. Zinc dapat diberikan dengan cara dikunyah atau dilarutkan dalam 1 sendok air matang. Pada anak berusia >6 bulan diberikan 20 mg zinc atau satu tablet perhari. Pada saat diare terjadi kehilangan zinc dalam tubuh dimana zinc adalah zat mikro yang penting untuk tubuh sehingga pemberian zinc membantu menggantikan kandungan zinc alami tubuh yang hilang.¹³ Pemberian zinc mempercepat penyembuhan dan mengurangi berulangnya kejadian pada diare akut. Zinc berperan dalam menguatkan imunitas, menjaga keutuhan epitel usus, dan antioksidan. Berdasarkan WHO juga didapatkan manfaat zinc dalam mengurangi insidensi pneumonia sebesar 26%. Pasien pada kasus ini berusia 2 tahun sehingga zinc yang diberikan adalah 20 mg atau 1 tablet perhari yang diberikan selama 10 hari.¹⁴

Ketiga, melakukan pemberian makanan lebih sering untuk mencegah kurang gizi. Pada pemberian makanan diberikan makanan yang sebaiknya tidak mengandung gas dan mudah dicerna. Beri makanan sesuai umur anak dengan menu yang sama pada waktu anak sehat. Pemberian makanan dengan frekuensi lebih sering dan porsi lebih kecil (setiap 3-4 jam).¹³ Pemberian makanan kaya kalium seperti sari buah segar, pisang, air kelapa hijau. Setelah diare berhenti berikan makanan yang sama dan makanan tambahan selama 2 minggu. Ibu pasien pada kasus ini telah memberikan makanan yang sesuai.

Keempat, melakukan pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik hanya bila ada indikasi seperti diare dengan BAB terdapat darah atau karena kolera. Antimikroba lain seperti antiparasit atau antijamur diberikan tergantung penyebabnya. Pemberian yang tidak sesuai indikasi dapat menyebabkan resistensi bakteri dan membunuh flora normal pada tubuh. Antibiotik yang diberikan antara lain golongan kuinolon, yaitu siprofloksasin 2x500 mg/hari selama 5-7 hari, atau trimetropim/ sulfamethoxazole 160/800 mg 2 kali sehari.¹³ Pada pasien An.M ini tidak terdapat indikasi pemberian antibiotik

sehingga pada terapi medikamentosa tidak diberikan.

Kelima, berikan nasihat dan cek pemahaman orangtua pasien untuk melakukan monitoring anak dan membawa anaknya ke layanan kesehatan terdekat untuk dilakukan evaluasi kembali jika terdapat tanda-tanda seperti diare memburuk atau menetap setelah 7 hari, tanda-tanda dehidrasi seperti anak menjadi lemas, muntah berulang, mengalami rasa haus yang nyata atau bahkan tidak mau minum, BAK menjadi sedikit atau tidak BAK dalam 6 jam, mata cekung. Perlu juga diwaspadai jika muntah persisten, tinja berdarah, demam, dan perubahan status mental seperti letargi, apatis dan *irritable*.¹⁵

Pada anak-anak tidak diberikan antidiare, hal ini dikarenakan pada saat diare akan terjadi peningkatan motilitas atau pergerakan usus untuk mengeluarkan kotoran atau racun. Antidiare akan menghambat gerakan itu sehingga menghambat feses yang seharusnya dikeluarkan dan dapat menyebabkan komplikasi berupa prolaps usus. Kondisi ini merupakan kondisi berbahaya dan membutuhkan tindakan operasi sehingga tidak diberikan.¹⁰

Kunjungan rumah pertama dilakukan pada hari Rabu, 31 Mei 2023. Pada kunjungan ini dilakukan pendekatan dan perkenalan dengan pasien serta anggota keluarga dan dilanjutkan dengan menjelaskan mengenai maksud dan tujuan kedatangan. Dilakukan anamnesis secara holistik yang mencakup aspek biologis, sosial ekonomi dan perilaku pasien beserta keluarganya. Dari hasil kunjungan tersebut ibu pasien masih belum mengerti mengenai penyakit yang dideritanya yaitu diare mulai dari penyebab, pengobatan, dan pencegahannya. Ibu pasien juga memiliki kekhawatiran jika kondisi anaknya akan memburuk.

Harapan ibu pasien adalah ia ingin anaknya dapat sembuh dan sakitnya tidak berulang kembali. Pada kunjungan ini juga dilakukan identifikasi masalah keadaan rumah pasien yang terletak dikawasan padat penduduk dan setiap rumah kontrakan saling berhimpitan satu sama lain.

Pada *family mapping* fungsi keluarga dikatakan baik, dengan *family apgar score*

memiliki nilai delapan yang artinya fungsi keluarga baik atau tidak terdapat disfungsi pada keluarga. Sarana dan prasarana pasien dirumah menunjang kebutuhan primer, sekunder dan tersier. Media intervensi berupa presentasi *powerpoint* karena diharapkan lebih mudah untuk dilakukan dan dimengerti.

Kunjungan rumah kedua untuk melakukan intervensi dilakukan pada hari Senin, 12 Juni 2023. Sebelum intervensi dilakukan, ibu pasien diberikan *pretest* terlebih dahulu mengenai penyakit dan faktor risiko yang diderita pasien. Pertanyaan *pretest* meliputi pengertian, gejala, pencegahan, penularan, pengobatan diare, serta mengenai langkah cuci tangan menurut WHO serta kapan saja waktu mencuci tangan, ciri-ciri lingkungan yang sehat, makanan yang sehat dan *food safety*. Tujuan dari *pretest* ini adalah untuk menilai tingkat pengetahuan pasien beserta keluarganya mengenai penyakit diare dan akan dibandingkan dengan hasil *posttest* setelah intervensi telah dilakukan sehingga peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya dapat dinilai. Pada penilaian *pretest* Ny.M memperoleh skor 60.

Berdasarkan *pretest* ini dapat diketahui bahwa pengetahuan ibu pasien masih belum cukup khususnya mengenai gejala, penularan dan pengobatan diare serta ciri-ciri lingkungan sehat dan makanan sehat yang harus diperhatikan oleh pasien dan keluarga.

Pada *family focused*, digunakan media *powerpoint* sebagai media edukasi dengan cara menjelaskan tiap poin dari intervensi yang dilakukan. Edukasi yang diberikan kepada keluarga meliputi penyakit yang diderita pasien, pengobatan, pencegahan penyakit yang sedang diderita oleh pasien, serta mengenai perilaku hidup bersih dan sehat seperti mencuci tangan sesuai langkah WHO, kapan saja waktu mencuci tangan, menjaga kesehatan lingkungan, dan juga mengenai makanan sehat & *food safety*.

Selain itu juga meminta anggota keluarga untuk menjadi pengawas pasien dalam meminum oralit dan zinc. Keluarga pasien juga memiliki peran dalam penerapan perilaku hidup bersih dan sehat dengan cara menjaga kebersihan rumah. Keluarga pasien

juga diberikan saran untuk membuat tempat mencuci tangan khusus untuk an.M yang dapat dijangkau oleh pasien jika ingin mencuci tangan. Selanjutnya keluarga pasien juga diberikan tanggungjawab untuk mengantarkan pasien berobat apabila keluhan pasien memburuk.

Pada *community-oriented*, edukasi diberikan kepada tetangga yang tinggal di lingkungan rumah pasien mengenai penularan dan pencegahan penyakit diare yang dapat ditularkan dari kebersihan diri dan lingkungan rumah ke anggota keluarga dan tetangga di lingkungannya. Hal ini dilakukan agar menciptakan lingkungan sekitar rumah bersih dan sehat.

Pada kunjungan ketiga, hari Rabu 14 Juni 2023 dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan sebelumnya. Sebelum dilakukan intervensi, keluarga diberikan *posttest* dengan tujuan untuk mengevaluasi tingkat pengetahuan keluarga pasien mengenai penyakit diare setelah dilakukan penyuluhan pada kunjungan kedua.

Pada hasil *posttest* ibu pasien yaitu Ny.M mendapat skor 100, skor tersebut sangat baik. Hal ini menunjukkan bahwa ibu pasien memperoleh peningkatan pengetahuan tentang penyakit yang diderita anaknya.

Setelah dilakukan intervensi terdapat peningkatan pengetahuan ibu pasien mengenai tanda dan gejala diare, tanda bahaya diare, serta pemilihan makanan yang sehat.

Lalu dilakukan evaluasi terhadap kebiasaan mencuci tangan pasien dan keluarga yang didapati terjadi peningkatan kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan serta cara mencuci tangan sudah sesuai dengan langkah WHO yang dicontohkan. Hasil evaluasi pasien sudah mengikuti saran yang diberikan saat intervensi. Faktor pendukung dalam menyelesaikan masalah pasien dan keluarga adalah seluruh anggota keluarga dengan cara menjaga perilaku hidup bersih dan sehat agar penularan dapat terputus serta penerapan pengetahuan yang telah diberikan kepada keluarga.

Edukasi yang dilakukan kepada pasien adalah memberi contoh cara mencuci tangan yang baik dan benar dan diajarkan setiap

pasien mencuci tangan oleh ibunya. Edukasi yang dilakukan kepada keluarga merupakan bentuk penilaian pengetahuan yang bertujuan untuk memberikan informasi. Sesuai dengan teori Azwar, pengetahuan menjadikan hal yang dapat membentuk sikap seseorang. Sikap adalah bentuk evaluasi terhadap suatu aspek dan mendasari seseorang dalam pembentukan perilaku.¹⁶ Harapannya dari penerapan pengetahuan tersebut, akan berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku yang baik sehingga menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Simpulan

1. Didapatkan faktor risiko internal berupa pengetahuan mengenai kebersihan diri kurang, kebiasaan mencuci tangan, kebiasaan membeli makanan ringan di luar yang tidak sehat, serta faktor umur dan imunitas pasien.
2. Didapatkan faktor risiko eksternal berupa kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit diare, kebersihan lingkungan, dan kurangnya dukungan keluarga mengenai kebersihan diri pasien untuk mencuci tangan, dan kurangnya pengetahuan tentang makanan yang sehat.
3. Telah dilakukan intervensi dengan pendekatan keluarga menggunakan media presentasi *powerpoint* mengenai penyakit diare, kebersihan diri dengan mencuci tangan dan kebersihan lingkungan, serta karakteristik makanan yang sehat.
4. Setelah dilakukan intervensi dengan pendekatan keluarga, didapatkan peningkatan pengetahuan ibu pasien mengenai diare, kebersihan diri dan lingkungan, serta makanan sehat dengan peningkatan skor *pretest* (60) – *posttest* (100) sebesar 40 poin.
5. Setelah dilakukan intervensi didapati juga meningkatkan kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan serta cara mencuci tangan yang sudah sesuai dengan 6 langkah mencuci tangan WHO.

Daftar Pustaka

1. Keddy KH, Smith AM PN. *GEMS Extend Understanding of Childhood Diarrhoea*; 2016. doi: 10.1016/S01406736(16)31664-6.

2. World Health Organization. Database Pengeluaran Kesehatan Global. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>. Published 2018.
3. World Health Organization. <https://www.who.int/healthtopics/diarrhoea>. Published 2023.
4. Riset Kesehatan Dasar. *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Kemenkes RI; 2019.
5. Riset Kesehatan Dasar. *Laporan Provinsi Lampung Riskesdas 2020*. Kemenkes RI; 2020
6. Barnes GL D. Early phase II trial of human rotavirus vaccine candidate RV3. 2002:2950-2956.
7. Motto SY, Masloman N MJ. Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare pada Anak di Puskesmas Bahu Manado, *J e-Biomedik*. 2013;1(2):806-811.
8. Widowati T, Mulyani NS, Nirwati H, Soenarto Y. Diare Rotavirus pada Anak Usia Balita. *Sari Pediatri*, 2012;(13):5.
9. Hegar B. Bagaimana Menangani Diare Pada Anak. 2015. <https://www.idai.or.id/artikel/klinik/keluhan-anak/bagaimana-menangani-diare-pada-anak>.
10. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. PERMENKES No.5 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. 2014.
11. Widoyono. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasan*. Jakarta:2008.
12. Bhutta ZA. *Acute Gastroenteritis*. Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF, Nelson Textbook of Pediatrics, 20th ed. Canada: Elsevier;2016.
13. Aditama TY. *Buku Saku Lintas Diare*. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2011.
14. *Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition*. 2000;2:33
15. Fadli MY, Pratignyo RB, Ferdiansyah, Mutiara H, Astika D, 2016. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Diare Akut pada Balita. *Jurnal Medula*: (6):1.
16. Azwar S. 2013. *Sikap manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.