

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare masih mendominasi masalah kesehatan pada bayi dan anak di dunia terutama di Negara berkembang. Berdasarkan data World Health Organization (WHO), diperkirakan di Indonesia sekitar 31.200 anak balita meninggal setiap tahun karena diare. Dalam bukunya, Suraatmaja (2007) mengemukakan bahwa daftar urutan penyebab kunjungan pasien ke Puskesmas, diare selalu masuk dalam 3 kelompok penyebab utama.

Di negara berkembang, diare infeksi menyebabkan kematian sekitar 3 juta penduduk setiap tahun. WHO memperkirakan ada sekitar 4 miliar kasus diare akut setiap tahun dengan mortalitas 3-4 juta pertahun. Bila angka itu diterapkan di Indonesia, setiap tahun sekitar 100 juta episode diare pada orang dewasa per tahun. Penyebabnya antara lain *Vibrio cholera*, *Salmonella spp*, *Shigella ssp*, *Vibrio NAG*, *V. Parahaemolyticus*, *Campylobacter jejuni*, *V. Cholera non-01*, dan *Salmonella paratyphi A* (Zein, 2004).

Menurut Pramudiarja, (2011) upaya pengobatan penderita diare non spesifik sebagian besar adalah dengan terapi rehidrasi atau dengan pemberian oralit untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat adanya dehidrasi dan pemberian suplemen zink selama 10 hari untuk mengurangi resiko terkena diare kembali. Tetapi 10-20% penyakit diare disebabkan oleh infeksi sehingga memerlukan terapi antibiotika (Triadmodjo,2006). Penggunaan antibiotik pada pasien seharusnya berdasarkan pertimbangan medis untuk mencapai efek terapi yang terbaik bagi pasien. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional dapat menyebabkan resistensi dimana bakteri akan memberikan perlawanan terhadap kerja antibiotika. Selain itu juga dapat terjadi supra infeksi yang biasanya timbul pada penggunaan antibiotik berspektrum luas dalam waktu yang lama (Widjajanti, 2003).

Berdasarkan uraian diatas dilakukan pengkajian tentang terapi diare yang digunakan di puskesmas, sehingga dengan penelitian tersebut peneliti ingin

mengetahui gambaran penggunaan terapi diare untuk pasien anak di Puskesmas Nguter Kecamatan Nguter Kabupaten Sukoharjo dengan menggunakan data rekam medik selama tahun 2012.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran penatalaksanaan terapi diare pada pasien anak di Puskesmas Nguter Kecamatan Nguter Kabupaten Sukoharjo Tahun 2012?
2. Bagaimana evaluasi terapi diare pada pasien anak di Puskesmas Nguter Kecamatan Nguter Kabupaten Sukoharjo Tahun 2012?

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui gambaran penatalaksanaan terapi diare pada pasien anak di Puskesmas Nguter Kecamatan Nguter Kabupaten Sukoharjo Tahun 2012.
2. Mengetahui evaluasi terapi diare pada pasien anak di Puskesmas Nguter Kecamatan Nguter Kabupaten Sukoharjo Tahun 2012.

D. Tinjauan Pustaka

1. Pengertian

Diare diartikan sebagai buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cairan atau setengah cair (setengah padat), dengan kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya (> 3 kali/hari) dengan /tanpa darah dan/atau lendir (Suraatmaja dkk, 2007) dan peningkatan kandungan feses lebih dari 200ml/24 jam. Diare disebut akut ketika frekuensi meningkat dengan konsistensi tinja, lebih lembek atau cair, bersifat mendadak dan berlangsung dalam waktu 7-14 hari pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat. Sedangkan diare kronik ketika terjadi lebih dari 2-3 minggu dengan etiologi non infeksius (Subijanto & Pitono, 2001), dengan kehilangan berat badan atau tidak bertambah selama masa diare (Suraatmaja dkk, 2007).

2. Klasifikasi Diare

Diare dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Ditinjau dari ada atau tidaknya infeksi, diare dibagi menjadi dua golongan:
 - 1) Diare spesifik adalah diare yang bukan disebabkan oleh kuman khusus maupun parasit.
 - 2) Diare non spesifik adalah diare yang disebabkan oleh kuman khusus seperti amoeba, shigella, dll.
- b. Ditinjau dari organ yang terkena infeksi diare :
 - 1) Diare infeksi enteral atau infeksi di usus, misalnya: diare yang ditimbulkan oleh bakteri, virus dan parasit.
 - 2) Diare infeksi parenteral atau diare akibat infeksi dari luar usus, misalnya: diare karena bronkhitis.
- c. Ditinjau dari lama infeksi, diare dibagi menjadi dua golongan yaitu:
 - 1) Diare akut : Diare yang terjadi karena infeksi usus yang bersifat mendadak, berlangsung cepat dan berakhir dalam waktu 3 sampai 5 hari. Hanya 25% sampai 30% pasien yang berakhir melebihi waktu 1 minggu dan hanya 5 sampai 15% yang berakhir dalam 14 hari.
 - 2) Diare kronik : diare yang berlangsung 2 minggu atau lebih (Siregar, 2003)

3. Penyebab Diare

Mengenai penyebab Suraatmaja (2007) menyatakan 70-90% penyebab diare saat ini sudah dapat diketahui dengan pasti. Penyebab dari diare dapat dibagi menjadi dua bagian ialah penyebab tidak langsung atau faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempercepat terjadinya diare.

Jika ditinjau dari sudut patofisiologi, penyebab diare dapat dibagi dalam 2 golongan yaitu:

- a. Diare sekresi (*secretory diarrhea*) disebabkan oleh :
 - 1) Infeksi virus, kuman-kuman pathogen dan apatogen
 - 2) Hiperperistaltik usus halus yang dapat disebabkan oleh bahan-bahan kimia, makanan, gangguan psikis (ketakutan, gugup), gangguan syaraf, hawa dingin, alergi.

3) Defisiensi imun terutama SIgA (*secretory Immunoglobulin A*) yang mengakibatkan terjadinya bakteri/ jamur tumbuh berlipat ganda (*overgrowth*)

b. Diare osmotik (*osmotic diarrhea*) disebabkan oleh :

- 1) Malabsorpsi makanan
- 2) KKP (Kekurangan Kalori Protein)
- 3) BBLR dan bayi baru lahir

Diare juga bisa disebabkan oleh:

a. Makanan dan minuman

- 1) Kekurangan zat gizi, kelaparan (perut kosong) apalagi bila perut kosong dalam waktu yang cukup lama, kemudian diisi dengan makanan dan minuman dalam jumlah banyak pada waktu yang bersamaan, terutama makanan yang berlemak, terlalu manis, banyak serat, atau dapat juga karena kekurangan zat putih telur.
- 2) Tidak tahan terhadap makanan tertentu yang dapat menimbulkan alergi.
- 3) Keracunan makanan.

b. Jamur (*Candida albicans*).

c. Perubahan udara Perubahan udara sering menyebabkan seseorang merasakan tidak enak dibagian perut, kembung, diare dan mengakibatkan rasa lemas oleh karena cairan tubuh yang terkuras habis.

d. Intoleransi laktosa

Hal ini disebabkan karena defisiensi enzim laktase. Laktase adalah enzim yang disekresi oleh intestin untuk mencerna disakarida laktase menjadi monosakarida glukosa dan galaktosa. Laktase diproduksi dan disekresi oleh sel epitel intestin sejak dalam kandungan dan diproduksi maksimum pada waktu lahir sampai umur masa anak-anak kemudian menurun sejalan dengan bertambahnya usia. Inilah yang menyebabkan seseorang tidak tahan terhadap susu yang mengandung laktosa, sehingga mengakibatkan diare (Daldiyono, 1997).

e. Stress

Ketegangan dapat memicu peningkatan peristaltik usus sehingga mengakibatkan diare.

f. Faktor lingkungan

Kebersihan lingkungan tidak dapat diabaikan. Pada musim penghujan, dimana air membawa sampah dan kotoran lainnya, dan juga pada waktu kemarau dimana lalat tidak dapat dihindari apalagi disertai tiupan angin yang cukup besar, sehingga penularan lebih mudah terjadi. Persediaan air bersih kurang sehingga terpaksa menggunakan air seadanya, dan terkadang lupa cuci tangan sebelum dan sesudah makan (Leane, 2009).

4. Tanda dan Gejala

Jenis dan beratnya gejala tergantung pada jenis dan banyaknya mikroorganisme atau racun yang tertelan. Gejalanya juga bervariasi tergantung pada daya tahan tubuh seseorang. Gejala biasanya terjadi tiba-tiba yaitu mual, muntah, sakit kepala, demam, dingin, badan tak enak, sering buang air besar, tanpa darah dan akhirnya terjadi dehidrasi. Untuk gejala pada diare akut yaitu terjadi mendadak, feses cair, biasanya berlangsung beberapa jam atau beberapa hari, disertai lemas kadang demam dan muntah (Suraatmadja, 2007).

5. Diagnosis Diare

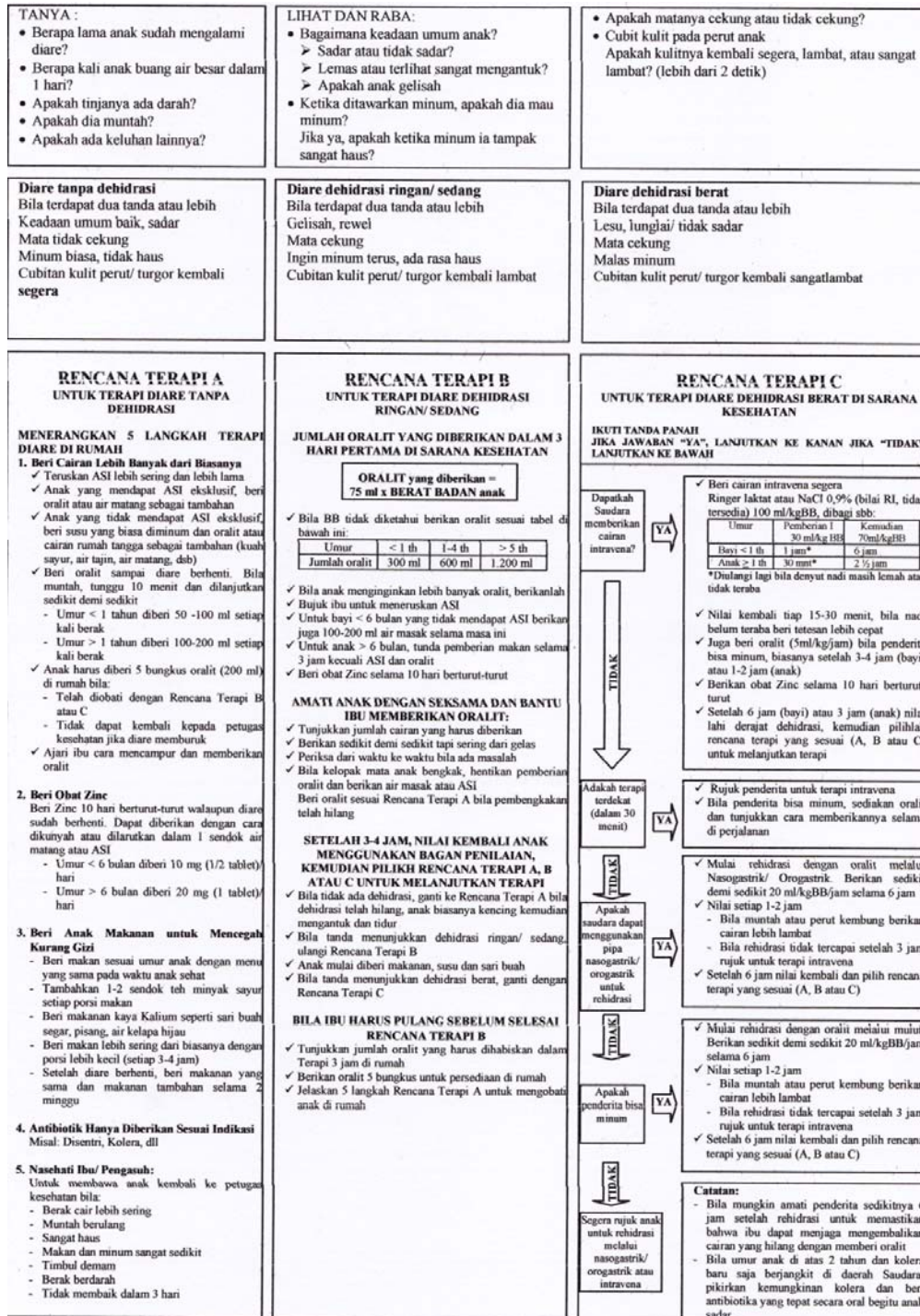
Berdasarkan gejala klinik seharusnya sudah memadai dan sudah cukup untuk kepentingan terapi. Hal ini karena diare yang disebabkan oleh infeksi ataupun toleransi makanan mencakup sebagian besar kasus diare. Namun demikian diagnosa tetap perlu diupayakan demi kepentingan penelitian.

Diagnosa biasanya ditegakkan berdasarkan gejala-gejalanya meskipun penyebabnya belum bisa ditentukan dari gejalanya. Jika gejalanya berat dan lebih dari 48 jam, maka dilakukan pemeriksaan laboratorium terhadap contoh tinja untuk mencari adanya sel darah putih dan bakteri, virus atau parasit. Pemeriksaan laboratorium dari muntah, makanan atau darah juga dapat membantu menemukan penyebabnya (Daldiyono, 1997).

Langkah diagnosa menurut Daldiyono (1997) terdiri atas :

- a. Anamnesis : umur, frekuensi diare, lamanya diare
- b. Pemeriksaan fisik
- c. Laboratorium, meliputi : tinja, darah, kultur tinja maupun darah, serologi.
- d. Foto
- e. Endoskopi

6. Algoritma



Gambar 1. Algoritma Tata Laksana Terapi Diare

7. Penatalaksanaan Terapi

Panduan pengobatan menurut WHO diare akut dapat dilaksanakan secara sederhana yaitu dengan terapi cairan dan elektrolit per-oral dan melanjutkan pemberian makanan, sedangkan terapi non spesifik dengan anti diare tidak direkomendasikan dan terapi antibiotika hanya diberikan bila ada indikasi. Pemberian cairan dan elektrolit secara parenteral hanya untuk kasus dehidrasi berat (Soebagyo, 2008). Ada 2 jenis cairan yaitu:

a. Cairan Rehidrasi Oral (CRO)

- 1) Cairan rehidrasi oral yang mengandung NaCl, KCL, NaHCO₃ dan glukosa. Bentuk serbuk yang dilarutkan dalam bentuk larutan, diminum perlahan-lahan yang dikenal dengan nama oralit. Oralit tidak menghentikan diare tetapi mengganti cairan tubuh yang hilang bersama tinja (Siregar, 2003). Cairan oralit yang dianjurkan oleh WHO-ORS, tiap 1 liter mengandung Osmolalitas 333 Osm/L, Karbohidrat 20 g/L, Kalori 85 cal/L. Elektrolit yang dikandung meliputi sodium 90 mEq/L, potassium 20 mEq/L, Chloride 80 mEq/L, bikarbonat 30 mEq/L (Spurill & Wade, 2005). Kebutuhan cairan yang spesifik perkelompok umur dapat dilihat di tabel 1.

Tabel 1. Takaran Pemakaian Oralit pada Diare

Umur	Kurang dari 4 bulan	4 – 11 bulan	12 – 23 bulan	2 – 4 tahun	5 – 14 tahun	15 tahun atau lebih
Berat	Kurang dari 5 kg	5–7.9kg	8-10.9 kg	11-15.9kg	16-29.9kg	30 kg atau lebih
Dalam ml	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000

(Benish, 2005)

Dehidrasi ringan (5%) : 50 ml/kg (4 – 6 jam pada bayi)
(3%) : 30 ml/kg (4 – 6 jam pada anak besar)

Dehidrasi sedang (5 – 10%) : 50 –100 ml /kg (4 – 6 jam pada bayi)
(6%) : 60 ml/kg (4 – 6 jam pada anak besar)

(Ranuh, 2006)

- 2) Cairan rehidrasi oral yang tidak mengandung komponen-komponen di atas misalnya: larutan gula, air tajin, cairan-cairan yang tersedia di rumah dan lain-lain, disebut CRO tidak lengkap.

b. Cairan Rehidrasi Parenteral (CRP)

Ada pula terapi lainnya yang direkomendasikan oleh WHO yang bekerja sama dengan UNICEF untuk menangani diare yaitu suplemen zink. Menurut kebijakan WHO dan UNICEF tahun 2003 suplemen zink merupakan terapi utama selain oralit pada diare, dalam bentuk tablet, yang merupakan salah satu mikronutrien yang dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas, yang mempengaruhi fungsi imun dan fungsi structural intestinal, serta pemulihan epitel selama diare (Umar, 2007). Menurut Tjandra (2011) terlalu banyak zink juga dapat menyebabkan keracunan yang menurunkan system imun dan lipoprotein. Tahun 2001 ditetapkan batas penggunaan zink selama 10 hari berturut-turut.

Dosis obat Zink (1 tablet = 20 mg)

- 1) Umur < 6 bulan : ½ tablet / hari
- 2) Umur > 6 bulan : 1 tablet / hari

c. Antidiare

Antidiare meskipun umum digunakan, tidak memiliki manfaat praktis dan tidak pernah diindikasikan untuk pengobatan diare akut pada anak-anak. Beberapa dari mereka adalah berbahaya. Produk dalam ini meliputi : Adsorben (misalnya kaolin , atapulgit , smectite , arang aktif , cholestyramine). Obat ini dipromosikan untuk pengobatan diare berdasarkan kemampuannya untuk mengikat dan menonaktifkan racun bakteri atau zat lain yang menyebabkan diare, dan untuk melindungi mukosa usus . Tidak ada bukti dengan nilai praktis dalam pengobatan rutin diare akut pada anak-anak (Michael, 2003)

d. Antibiotik

Antibiotik merupakan obat yang sangat penting dan dipakai untuk memberantas berbagai penyakit infeksi, misalnya radang paru-paru, typhus, luka-luka yang berat dan sebagainya. Pemakaian antibiotik ini harus di bawah pengawasan seorang dokter, karena obat ini dapat menimbulkan kerja ikutan yang tidak dikehendaki dan dapat mendatangkan kerugian yang cukup besar bila pemakaiannya tidak dikontrol dengan betul (Widjajanti, 2006).

Tabel 2. Terapi Antibiotika untuk Diare berdasarkan *The Treatment of Diarrhoea: A Manual For Physicians And Other Senior Health Workers (Michael, 2003)*

Penyebab	Antibiotik Pilihan	Alternatif ^{c, d}
Cholera	Doxycycline Dewasa: 300 mg sekali <i>atau</i>	Furazolidone Anak-anak: 1.25 mg/kg 4 kali sehari x 3 hari
	Tetracycline Anak-anak: 12.5 mg/kg 4 kali sehari x 3 hari Dewasa: 500 mg 4 kali sehari x 3 hari <i>atau</i>	Dewasa: 100 mg 4 kali sehari x 3 hari <i>atau</i>
	Trimethoprim (TMP) Sulfamethoxazole (SMX) Anak-anak: TMP 5 mg/kg dan SMX 25 mg/kg 2 kali sehari x 3 hari Dewasa: TMP 160 mg dan SMX 800 mg 2 kali sehari x 3 hari	Erythromycin Anak-anak: 12.5 mg/kg 4 kali sehari x 3 hari Dewasa: 250 mg 4 kali sehari x 3 hari
Shigella dysentery	Trimethoprim (TMP)- Sulfamethoxazole (SMX) Children: TMP 5 mg/kg and SMX 25 mg/kg 2 kali sehari x 5 hari Dewasa: TMP 160 mg and SMX 800 mg 2 kali sehari x 5 hari <i>atau</i>	Pivmecillinam Anak-anak: 20 mg/kg 4 kali sehari x 5hari Dewasa: 400 mg 4 kali sehari x 5 hari
	Ampicillin Anak-anak: 25 mg/kg 4 kali sehari x 5 hari Dewasa: 1 g 4 kali sehari x 5 hari	Fluoroquinolones* Lihat Catatan Kaki
Amoebiasis	Metronidazole Anak-anak: 10 mg/kg 3 kali sehari x 5 hari (10 untuk penyakit yang berat) Dewasa: 750 mg 3 kali sehari x 5 hari (10 untuk penyakit yang berat)	
Giardiasis	Metronidazole Anak-anak: 5 mg/kg 3 kali sehari x 5 hari Dewasa: 250 mg 3 kali sehari x 5 hari	

*Fluoroquinolones seperti ciprofloxacin (500 mg), norfloksasin (400mg) dan enoxacin (200mg) efektif untuk shigellosis pada orang dewasa jika diberikan dua kali sehari selama lima hari. Ciprofloxacin juga efektif dalam dosis tunggal, meskipun kurang begitu untuk disentri. Obat ini belum disetujui untuk anak-anak . Ada bukti yang berkembang, bagaimanapun mereka akan membuktikan aman dan efektifnya. Tinidazol juga dapat diberikan dalam dosis tunggal (50 mg / kg secara oral, dosis maksimum 2 Ornidazole dapat digunakan sesuai dengan rekomendasi produsen