

[Laporan Kasus]

ANAK USIA 5 TAHUN DENGAN DIARE AKUT DEHIDRASI RINGAN SEDANG: LAPORAN KASUS

5-Year-Old Child With Light Moderate Dehydration Acute Diarrhea: Case Report

Putri Rahayu Warseno¹, Sudarmanto², Syah Fillia Nurul Maslahah¹, Izzah Tsaqoofah Jati¹

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Dapartemen Ilmu Kesehatan Anak RSUD Dr Hardjono Ponorogo

Korespondensi: author 1. Putri Rahayu Warseno. Alamat email: j510215370@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Diare akut adalah buang air besar lebih dari 3 kali dalam sehari, disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu. Diare masih merupakan penyebab kematian utama di dunia menempati urutan ketiga sebagai penyebab kematian terbanyak untuk anak-anak dibawah lima tahun setelah Pneumonia dan penyakit bawaan. WHO melaporkan pada tahun 2017 terdapat 1,7 miliar angka kejadian kasus diare secara global di seluruh dunia. Berdasarkan derajat dehidrasinya dapat dibagi menjadi Diare tanpa dehidrasi, diare dehidrasi ringan sedang, dan diare dehidrasi berat. Menurut IDAI diare dapat disebabkan oleh Infeksi baik itu oleh virus, bakteri dan parasit. Virus, terutama Rotavirus merupakan penyebab utama (60-70%) diare infeksi pada anak, sedangkan sekitar 10-20% adalah bakteri seperti bakteri E coli, aeromonas hydrophila dan kurang dari 10% adalah parasit seperti giardia lamblia, dan trichuris trichiura. Kami melaporkan seorang anak laki-laki berusia 5 tahun dengan keluhan muntah sebanyak 10x dan BAB cair. Berdasarkan keluhan dan pemeriksaan fisik pasien didiagnosis diare akut dengan dehidrasi ringan-sedang dan mendapatkan tatalaksana Infus D5 ½ NS 12 tpm, injeksi cefotaxime 3x300, injeksi Ondansetron 3x1/3 ampul, Zinc syr 1x1 cth, L Bio dan Ambroxol syr 3x1 cth.

Kata Kunci: Diare Akut, Tatalaksana

ABSTRACT

Acute diarrhea is defecation more than 3 times a day, accompanied by a change in stool consistency to liquid with or without mucus and blood that lasts less than one week. Diarrhea is still the main cause of death in the world, ranking third as the most common cause of death for children under five years after pneumonia and congenital diseases. WHO reported that in 2017 there were 1.7 billion cases of diarrhea globally throughout the world. Based on the degree of dehydration, it can be divided into diarrhea without dehydration, mild to moderate dehydration diarrhea and severe dehydration diarrhea. According to IDAI, diarrhea can be caused by infections, including viruses, bacteria and parasites. Viruses, especially Rotavirus, are the main cause (60-70%) of infectious diarrhea in children, while around 10-20% are bacteria such as E coli, Aeromonas hydrophila and less than 10% are parasites such as Giardia lamblia and Trichuris trichiura. We report a 5 year old boy who complained of vomiting 10 times and loose stools. Based on complaints and physical examination, the patient was diagnosed with acute diarrhea with mild-moderate dehydration and received treatment with D5 ½ NS 12 tpm infusion, cefotaxime 3x300 injection, Ondansetron injection 3x1/3 ampoules, Zinc syr 1x1 eg, L Bio and Ambroxol syr 3x1 eg.

Keywords: Acute Diarrhea, Management

PENDAHULUAN

Diare merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang. Sedangkan, di negara negara industri angka kematiannya rendah tetapi angka morbiditasnya tinggi. Diare

akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali dalam sehari, disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu. Diare masih menempati urutan

ketiga sebagai penyebab kematian terbanyak untuk anak-anak dibawah lima tahun Setelah Pneumonia dan penyakit bawaan. *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.

Di Indonesia, Berdasarkan data Kemenkes RI prevalensi diare pada tahun 2018 sebanyak 37,88% atau sekitar 1.516.438 kasus pada balita. Prevalensi tersebut mengalami kenaikan pada tahun 2019 menjadi 40% atau sekitar 1.591.944 kasus pada balita.

Diare diklasifikasikan berdasarkan lama waktu diare dibagi menjadi diare akut dan diare kronik. Berdasarkan derajat dehidrasinya dapat dibagi menjadi dehidrasi tanpa dehidrasi, diare dehidrasi ringan sedang, dan diare dehidrasi berat. Menurut IDAI diare dapat disebabkan oleh Infeksi baik itu oleh virus, bakteri dan parasit. Virus, terutama Rotavirus merupakan penyebab utama (60-70%) diare infeksi pada anak, sedangkan sekitar 10-20% adalah bakteri

seperti bakteri E coli, aeromonas hydrophilia dan kurang dari 10% adalah parasit seperti giardia lamblia, dan trichuris trichiura, dll (Rendang Indriyani and Putra, 2020)

Cara penularan diare pada umumnya melalui 4F (*finger, flies, fluid, field*). Adapun kelompok yang berisiko diare yaitu faktor umur, infeksi, musim dan pengguna antibiotik yang lama (Mandagi, 2021).

LAPORAN KASUS

Seorang anak laki-laki An. A berusia 5 tahun dibawa oleh orangtuanya ke IGD RSUD DR. Harjono S. Ponorogo pada tanggal 31 januari 2024 dengan keluhan muntah dan BAB cair. Menurut alloanamnesis dari ibu pasien mengatakan pasien muntah sebanyak lebih dari 10x sejak jam 04.00 WIB (dihari yang sama. Muntah berisi cairan bercampur makanan sebanyak kurang lebih setengah gelas mineral kecil setiap kali muntah. Keluhan muntah diikuti dengan BAB cair. BAB cair berwarna agak kecoklatan, tidak terdapat lendir atau darah. Jumlah BAB kurang lebih 1 botol mineral 600 cc. Pasien merasa ingin minum, tetapi sulit karena terus menerus muntah.

Selain itu, keluarga pasien juga

mengatakan jika terdapat demam, pusing, batuk berdahak, lemas dan nafsu makan yang menurun sejak 1 hari SMRS. Pasien menyangkal, Pilek (-), Nyeri telan (-) dan BAK dalam batas normal.

Dari alloanamnesis kepada ibunya didapatkan riwayat persalinan secara sectio seasaria, pasien lahir cukup bulan dengan BB/PB 3000 gram/42 cm dan langsung menangis saat dilahirkan. Riwayat imunisasi pasien lengkap.

Riwayat lingkungan rumah orangtua dan pasien tinggal di perkampungan dengan populasi penduduk yang cukup padat. Orang tua pasien bekerja sebagai pegawai swasta dan perawat. Anggota keluarga dirumah tidak ada yang sakit serupa.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak lemas, kesadaran compos mentis, vital sign nadi 102x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,9°C, dan SpO2 99%. Berat badan saat ini 17 Kg dengan tinggi badan 102 cm. Pemeriksaan kepala didapatkan ada secret pada hidung dan terdapat bibir kering. pada leher, thoraks dalam batas normal, pemeriksaan abdomen didapatkan peristaltik usus meningkat, pada ekstremitas atas dan bawah teraba akral hangat.

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada tanggal 31 Januari 2024 didapatkan hasil.

Tabel 1. Laboratorium darah lengkap

Hematologi		
<i>Pemeriksaan</i>	<i>Hasil</i>	<i>Rujukan</i>
Hemoglobin	11.7	11.0-16.0
Eritrosit	4.2	3.60-4.80
Lekosit	8.97	4.5-13.0
Hematokrit	35.4 L	36.0-56.0
Trombosit	373	150-450
MCV	83.4	80.0-100.0
MCH	27.5	28.0-36.0
MCHC	33.0	31.0-37.0

Hitung Jenis		
<i>Pemeriksaan</i>	<i>Hasil</i>	<i>Rujukan</i>
Eosinofil%	0.0	0.0-6.0
Basofil%	0.14	0.0-2.0
Neutrofil%	85.6 H	42.0-85.0
Limfosit%	7.0 L	11.0-49.0
Monosit%	7.3	0.0-9.0
Neutrofil Absolut	0.01	

Pasien didiagnosis dengan Diare kut dengan Dehidrasi Sedang dan mendapatkan penatalaksanaan berupa Infus D5 ½ NS 12 tpm, inj. Cefotaxime 3x300 mg, inj. Ondansentron 3x1/3 amp, PO: Zinc syr 1x1 cth, L Bio (Probiotik), Ambroxol syr 3x1 cth.

Kemudian pasien dipulangkan pada hari ke-3 dirawat di Rumah Sakit setelah semua keluhan pasien membaik, pasien dalam keadaan stabil, pasien sudah tidak muntah,

tidak BAB cair lagi dan tidak ada tanda dehidrasi. Prognosis pada pasien ini adalah *dubia ad bonam*.

PEMBAHASAN

Diare masih merupakan penyebab kematian utama di dunia. menempati urutan ketiga sebagai penyebab kematian terbanyak untuk anak-anak dibawah lima tahun Setelah Pneumonia dan penyakit bawaan. diperkirakan sebanyak 800.000 kematian dibawah lima tahun disebabkan oleh diare. Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada Tahun 2017 ada sekitar 1,7 miliar kasus diare anak balita setiap tahun dengan angka kematian 760.000 anak di bawah 5 tahun.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019 menunjukkan jumlah penderita diare di Indonesia sebanyak 2.549 orang dan angka Case Fatality Rate (CFR) sebesar 1.14%, Menurut karakteristik umur, kejadian diare tertinggi di Indonesia terjadi pada balita (7.0%). Diare menempati penyakit terbanyak balita setelah pneumonia, sehingga diare masih menjadi masalah kesehatan utama pada anak, terutama di negara berkembang seperti Indonesia.

Menurut Kemenkes RI 2020, jumlah rekapitulasi kejadian luar biasa (KLB) diare balita di Indonesia pada tahun 2010 dengan persentase 1.74%, tahun 2011 dengan persentase 1.40% , tahun 2012 dengan persentase 1.54%, tahun 2013 dengan persentase 1.11%, tahun 2014 dengan persentase 1.14%, tahun 2015 dengan persentase 2.47%, tahun 2016 dengan persentase 3.03%, tahun 2017 dengan persentase 1.97%, tahun 2018 dengan persentase 1.14%, tahun 2019 dengan persentase 2.47% , tahun 2020 dengan presentase 4,00%.

Diare diklasifikasikan menjadi diare akut yaitu diare lebih dari 3 kali sehari berlangsung kurang dari 14 hari dan tidak mengandung darah. Diare kronik yaitu diare akut dengan atau tanpa disertai darah dan berlanjut sampai 14 hari atau lebih.

Cara penularan diare pada umumnya melalui 4F (*finger, flies, fluid, field*). Diare akut dapat disebabkan karena infeksi (bakteri, parasit, virus), keracunan makanna, efek obat-obatan dan lain-lain. Menurut *World Gastroenterology Organisation Global Guideline 2005*, etiologi diare akut dibagi

menjadi empat penyebab: bakteri, virus, parasit dan non-infeksi.

1. Virus: *Rotavirus* (40-60%), *adenovirus*.
2. Bakteri: *Escherichia coli* (20-30%), *Shigella sp.* (1-2 %), *Vibrio cholera* dan lain lain.
3. Parasit: *Entamoeba histolytica* (<1%), *Giardia lamblia*, *Clostridium* (4-11%).
4. Keracunan makanan
5. Malabsorpsi: karbohidrat, lemak dan protein
6. alergi makanan, susu, sapi
7. imunodefisiensi: AIDS

Menurut Diare disebabkan oleh berkurangnya penyerapan air oleh usus atau peningkatan sekresi air. Mayoritas kasus diare akut disebabkan oleh etiologi infeksi. Diare kronis umumnya dikategorikan menjadi tiga kelompok; encer, berlemak (malabsorpsi), atau menular. Cara lain untuk mengklasifikasikan patofisiologi diare adalah menjadi diare sekretorik dan diare osmotik.

Intoleransi laktosa adalah jenis diare encer yang menyebabkan peningkatan sekresi air ke dalam lumen usus. Pasien biasanya mengalami gejala kembung dan perut kembung

disertai diare cair. Laktosa dipecah di usus oleh enzim laktase. Produk sampingannya mudah diserap oleh sel epitel. Ketika laktase berkurang atau tidak ada, laktosa tidak dapat diserap dan tetap berada di lumen usus. Laktosa aktif secara osmotik, dan menahan serta menarik air yang menyebabkan diare encer.

Penyebab umum diare berlemak termasuk penyakit celiac dan pankreatitis kronis. Pankreas melepaskan enzim yang diperlukan untuk pemecahan makanan. Enzim dilepaskan dari pankreas dan membantu pencernaan lemak, karbohidrat, dan protein. Setelah dipecah, produk tersedia untuk diserap di usus. Pasien dengan pankreatitis kronis memiliki pelepasan enzim yang tidak mencukupi sehingga menyebabkan malabsorpsi. Gejalanya sering berupa nyeri perut bagian atas, perut kembung, dan tinja berwarna pucat dan berbau busuk karena malabsorpsi lemak.

Dalam bentuk diare sekretorik, infeksi bakteri dan virus adalah penyebab umum. Dalam hal ini, tinja yang encer disebabkan oleh cedera pada epitel usus. Sel epitel melapisi saluran usus dan memfasilitasi penyerapan air, elektrolit, dan zat terlarut

lainnya. Etiologi infeksi menyebabkan kerusakan pada sel epitel yang menyebabkan peningkatan permeabilitas usus. Sel epitel yang rusak tidak mampu menyerap air dari lumen usus sehingga menyebabkan tinja encer.

Diagnosis dilakukan dengan anamnesis, perlu ditanyakan hal-hal sebagai berikut : Lama diare, frekuensi, volume, konsistensi tinja, warna, bau, ada/tidak lendir dan darah. Bila disertai muntah volume dan frekuensinya. Makanan dan minuman yang diberikan selama diare. Adakah panas atau penyakit lain yang menyertai seperti: batuk, pilek, otitis media. Tindakan yang telah dilakukan ibu selama anak diare dan obat-obatan yang diberikan (Nugraha *et al.*, 2022).

Pemeriksaan fisik perlu diperhatikan bila kehilangan cairan terus berlangsung tanpa penggantian cairan yang memadai, akan tampak gejala dehidrasi, antara lain berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun cekung (bayi), selaput lendir bibir dan mulut, serta kulit kering. Bila keadaan ini terus berlanjut, akan terjadi renjatan hipovolemik dengan gejala takikardi, denyut jantung menjadi cepat, nadi lemah dan tidak teraba, tekanan darah turun, pasien tampak lemah dan

kesadaran menurun, karena kurang cairan, serta diuresis yang berkurang (oliguria-anuria). Bila terjadi asidosis metabolik pasien akan tampak pucat, nafas cepat dan dalam (pernafasan kusmaul). (Nugraha *et al.*, 2022)

Penilaian berat atau derajat dehidrasi dapat ditentukan dengan cara objektif yaitu dengan membandingkan berat badan sebelum dan sesudah diare. Subjektif dengan menggunakan criteria Tabel dehidrasi. Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare, yaitu sebagai berikut :

PENILAIAN	A	B	C
1. Lihat :			
Keadaan Umum	Baik, Sadar	*Gelisah , rewel	*Lesu, inggat atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering
Rasa haus	Minum Biasa, Tidak Haus	Haus ingin minum banyak	*Malas minum atau tidak bisa minum
1. Periksa : Turgor Kulit	Kembali cepat	*Kembali lambat	*Kembali sangat lambat
2. Derajat Dehidrasi	Tanpa Dehidrasi	Dehidrasi ringan / Sedang Bila ada tanda 1 tanda * ditambah 1 atau lebih tanda lain	Dehidrasi Berat Bila ada tanda 1 tanda * ditambah 1 atau lebih tanda lain
3. terapi	Rencana terapi A	Rencana Terapi B	Rencana Terapi

Gambar 1. Tabel klasifikasi dehidrasi pada diare anak.

Dehidrasi ringan sedang pada pasien ini didapatkan dari tanda seperti rewel, mata cekung, turgor kulit kembali lambat. Pasien diare ringan-sedang ditentukan bila terdapat dua tanda atau lebih gejala yaitu, keadaan umum gelisah, rewel, mata cekung, bibir kering, rasa haus dan ingin minum banyak,

turgor kulit kembali lambat. Dari pemeriksaan ditemukan mata cekung, dan turgor kulit kembali lambat (Perangin, 2015).

Pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan darah lengkap, kultur urine dan tinja pada sepsis atau infeksi saluran kemih. Pada pasien diare berat dengan demam, nyeri abdomen, atau kehilangan cairan harus diperiksa kimia darah, natrium, kalium, klorida, ureum, kreatinin, analisis gas darah, dan pemeriksaan darah lengkap. Feses biasanya tidak mengandung leukosit, jika ada dianggap sebagai penanda inflamasi kolon baik infeksi maupun non-infeksi. Sensitivitas leukosit feses terhadap inflamasi patogen (*Salmonella*, *Shigella*, dan *Campylobacter*) yang dideteksi dengan kultur feses bervariasi dari 45% - 95% tergantung pada jenis patogennya. Selain itu dapat menggunakan laktoferin. Laktoferin adalah glikoprotein bersalut besi yang dilepaskan neutrofil, keberadaannya dalam feses menunjukkan inflamasi kolon.

Penatalaksanaan menurut WHO merekomendasikan lima tatalaksana utama

diare (LINTAS DIARE) yakni rehidrasi, suplemen zinc, nutrisi, antibiotik selektif, dan edukasi orang tua/pengasuh (Depkes RI, 2011).



Gambar 2. Lintas Diare

1. Rehidrasi yang adekuat
 - a. *Oral Rehydration Therapy* (ORT)
 - Pemberian cairan pada kondisi tanpa dehidrasi yakni pemberian oralit dengan osmolaritas rendah. Oralit untuk pasien diare tanpa dehidrasi diberikan sebanyak 10 ml/kgbb tiap BAB.
 - Rehidrasi pada pasien diare akut dengan dehidrasi ringan-sedang dapat diberikan sesuai dengan berat badan penderita. Volume oralit yang disarankan adalah sebanyak 75 ml/KgBB (Depkes RI, 2011).
 - b. *Parenteral Rehydration Therapy*

Selanjutnya kasus diare dengan dehidrasi berat dengan atau tanpa tanda-tanda syok, diperlukan rehidrasi tambahan dengan cairan parenteral. Bayi dengan usia <12 bulan diberikan ringer laktat (RL) sebanyak 30

ml/KgBB selama satu jam, selama satu jam, dapat diulang bila denyut nadi masih terasa lemah. Apabila denyut nadi teraba adekuat, maka ringer laktat dilanjutkan sebanyak 70 ml/KgBB dalam lima jam.

Anak berusia >1 tahun dengan dehidrasi berat, dapat diberikan ringer laktat (RL) sebanyak 30 ml/KgBB selama setengah sampai satu jam. Jika nadi teraba lemah maupun tidak teraba, langkah pertama dapat diulang. Apabila nadi sudah kembali kuat, dapat dilanjutkan dengan memberikan ringer laktat (RL) sebanyak 70 ml/KgBB selama dua setengah hingga tiga jam (Depkes RI, 2011).

Penilaian dilakukan tiap satu hingga dua jam. Apabila status rehidrasi belum dapat dicapai, jumlah cairan intravena dapat ditingkatkan. Oralit diberikan sebanyak 5 mL/KgBB/jam jika pasien sudah dapat mengkonsumsi langsung. Bayi dilakukan evaluasi pada enam jam berikutnya, sementara usia anak-anak dapat dievaluasi tiga jam berikutnya (Depkes RI, 2011)

2. Pemberian Zinc

Pemberian zinc rutin di samping terapi rehidrasi membantu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi

buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya. Secara ilmiah zinc terbukti dapat menurunkan jumlah BAB dan volume feses serta dapat mengurangi risiko dehidrasi. Zinc berperan penting dalam pertumbuhan jumlah sel dan imunitas. Pemberian zinc selama 10-14 hari. Meskipun diare telah sembuh, zinc tetap dapat diberikan dengan dosis 10 mg/hari (usia < 6 bulan) dan 20 mg/hari (usia > 6 bulan). (Depkes RI, 2011)

3. Nutrisi

Anak yang menderita diare tetap diberikan makanan dan ASI untuk memberikan nutrisi dan mencegah penurunan berat badan. ASI bukan penyebab diare. ASI justru dapat mencegah diare. Bayi dibawah 6 bulan sebaiknya hanya mendapat ASI untuk mencegah diare dan meningkatkan sistem imunitas tubuh bayi. Pemberian nutrisi ini dapat mencegah terjadinya gangguan gizi, menstimulasi perbaikan usus, dan mengurangi derajat penyakit (Depkes RI, 2011)

4. Antibiotik

Antibiotik tidak diberikan pada anak yang menderita diare, antibiotik diberikan jika terdapat indikasi seperti kolera, diare berdarah.

Pemberian antibiotik yang tidak tepat dapat meningkatkan resistensi dan juga membunuh flora normal di usus yang dibutuhkan tubuh. Pemberian antibiotik dilakukan pada kondisi-kondisi sebagai berikut:

- a. Patogen sumber merupakan kelompok bakteri
- b. Diare berlangsung sangat lama (>10 hari) dengan kecurigaan E-coli sebagai penyebab.
- c. Apabila patogen dicurigai adalah Enteroinvasive E-coli.
- d. Agen penyebab adalah Yersinia ditambah penderita memiliki tambahan diagnosis berupa penyakit sickle cell.
- e. Infeksi Salmonella pada anak usia yang sangat muda, terjadi peningkatan temperatur tubuh (>37,5°C) atau ditemukan kultur darah positif bakteri.

Beberapa antimikroba yang sering dipakai, antara lain:

- a. Kolera: Tetrasiklin 12,5 mg/kgBB/ dibagi 3 dosis (3 hari) atau Erythromycin 12,5 mg/kgBB 4x sehari selama 3 hari.
- b. Shigella: Ciprofloxacin 15 mg/kgBB 2x sehari selama 3 hari atau

Ceftriaxone 50-100 mg/kgBB 1x sehari IM selama 2-5 hari.

c. Amebiasis: Metronidazol 10 mg/kg/ 3x sehari selama 5 hari (10 hari pada kasus berat), Untuk kasus berat: Dehidro Emetin hidroklorida 1-1,5 mg/kg (maks 90 mg) (IM) s/d 5 hari tergantung reaksi (untuk semua umur).

d. Traveler's diarrhea: Ciprofloxacin 500 mg 2x sehari atau TMP-SMX DS oral 2x sehari selama 3 hari.

e. Clostridium difficile: Metronidazole 250-500 mg 4x sehari selama 7-14 secara oral atau IV atau Vancomycin 125 mg 4x sehari selama 7-14 hari.

Pada anak tidak perlu diberikan obat antidiare, karena saat diare akan terjadi peningkatan motilitas dan peristaltik usus. Anti diare akan menghambat gerakan itu sehingga kotoran yang seharusnya dikeluarkan, justru dihambat keluar. Selain itu anti diare dapat menyebabkan komplikasi yang disebut prolapsus pada usus terlipat/terjepit.

5. Memberi nasihat orangtua.

Edukasi kepada orang tua anak (pengasuh) untuk segera membawa anaknya kepada petugas kesehatan bila anak tidak

membaik dalam 3 hari atau menderita buang air besar cair lebih sering, muntah berulang-ulang, rasa haus yang nyata, makan atau minum sedikit, demam, dan tinja berdarah. Untuk mencegah diare berulang orangtua diberi pemahaman bagaimana pengobatan diare di rumah, pemberian oralit dan zinc serta menjaga kebersihan anak dan lingkungan (Depkes RI, 2011).

Selain terapi anjuran dari Lintas Diare, pasien diare dapat juga diberikan terapi tambahan probiotik dan terapi simptomatik seperti antipiretik. Lacto B sebagai probiotik diberi batas sebagai mikroorganisme hidup dalam makanan yang difermentasi. Kemungkinan efek probiotik dalam pencegahan diare melalui perubahan lingkungan mikro lumen usus, kompetisi nutrient, mencegah adhesi kuman patogen pada enterosit, modifikasi toksin atau reseptor toksin efek trofik terhadap mukosa usus melalui penyediaan nutrien dan imunomodulasi (Kakar *et al.*, 2022)

Komplikasi yang mungkin terjadi adalah kehilangan cairan dan gangguan elektrolit. Pada diare akut karena kolera, kehilangan cairan terjadi secara mendadak sehingga cepat

terjadi syok hipovolemik. Kehilangan elektrolit melalui feses dapat mengarah terjadinya hipokalemia dan asidosis metabolik. Pada kasus-kasus yang terlambat mendapat pertolongan medis, syok hipovolemik sudah tidak dapat diatasi lagi, dapat timbul nekrosis tubular akut ginjal dan selanjutnya terjadi gagal multi organ. Komplikasi ini dapat juga terjadi bila penanganan pemberian cairan tidak adekuat, sehingga rehidrasi optimal tidak tercapai.

KESIMPULAN

Diare merupakan perubahan konsistensi tinja yang terjadi secara tiba-tiba akibat jumlah air di dalam tinja meningkat melebihi normal dan jumlah frekuensi defekasi meningkat lebih dari 3 kali dalam 24 jam dan berlangsung kurang dari 14 hari untuk diare akut, 14 hari atau lebih untuk diare persisten. Pemilihan terapi yang tepat terkait derajat diare sangat penting untuk mencegah terjadinya perburukan klinis. Prognosis dari diare infeksius sangat baik apabila dilakukan penggantian cairan yang adekuat, perawatan yang mendukung dan terapi antimikroba.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin L Z. (2015). Tatalaksana diare akut. CDK-230, 42 (7).
- Apriani DGY, putri DMFS, Wideasari NS. (2022). Gambaran tingkat pengetahuan ibu tentang diare pada balita di kelurahan Baler Bale Agung kabupaten Jembrana tahun 2021. *Journal of health and medical science*, 1 (3):15-26.
- Depkes RI. 2011 Buku saku petugas kesehatan.
- Mandagi D P, Tombuku J L, Sumalong F, Tulandi H V, kanter J W. (2021). Studi penggunaan obat diare pada pasien balita di puskesmas Rurukan. *Biofarmasetikal Tropis*. 4 (2): 44-47.
- Nameth V, Pflighaar N. (2022). Diarrhea. Stat Pearls Publishing.
- Nugraha P, Juliansyah E, Pratama RY. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita di kelurahan Kapuas Kanan Hulu kecamatan Sintang. *Jurnal kesehatan masyarakat*. 1 (1): 1-7.
- Perangin HMJ. (2015). Acute Diarrhea With Mild to Moderate Dehydration e.c Viral Infection. *Jurnal Agromed Unila*. 1(1): 47–53.
- Sari NK, Lukito A, Astria A. (2017). Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Kejadian Diare Pada Anak 1-4 Tahun di Wilayah Puskesmas Pekan Bahorok. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Ibnu Sina*. 25 (4).