

[Case Report]

LAPORAN KASUS: SEORANG ANAK LAKI-LAKI USIA 6 TAHUN DENGAN DIARE CAIR AKUT DISERTAI DEHIDRASI RINGAN-SEDANG

Case Report: A 6 year old boy with acute diarrhea and mild-moderate dehydration

Wanda Emdia Almansyah¹, Isna Nurhayati²

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

²Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Wanda Emdia Almansyah. Alamat email: j510225119@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Diare akut adalah buang air besar yang terjadi lebih dari 3 kali dalam 24 jam dengan perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu. Episode diare dibedakan menjadi akut dan persisten atau diare kronis berdasarkan durasinya. Diare akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari, sementara diare persisten atau diare kronis adalah diare yang berlangsung lebih dari 14 hari. Cara penularan diare pada umumnya melalui fekal oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar oleh enteropatogen, atau kontak langsung tangan dengan penderita atau barang-barang yang telah tercemar tinja penderita atau tidak langsung melalui lalat. Faktor risiko lainnya adalah makanan yang tidak higienis, tempat penyimpanan makanan dingin yang kurang, kontak makanan dengan lalat, dan mengonsumsi air minum yang tercemar. Terapi dilakukan sesuai lintas diare dengan pemberian cairan rehidrasi dilanjutkan dengan maintenance, zinc, meneruskan nutrisi melalui makanan yang bergizi, dan membrikan nasihat kepada keluarga. Berdasarkan laporan kasus ini, diketahui seorang anak laki-laki usia 6 tahun 5 bulan datang ke IGD RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo dengan diare cair akut disertai dehidrasi ringan-sedang.

Kata Kunci: Diare Cair Akut, Dehidrasi, terapi

ABSTRACT

Acute diarrhea is a bowel movement that occurs more than 3 times in 24 hours with a change in stool consistency to liquid with or without mucus and blood that lasts less than a week. Diarrhea episodes are divided into acute and persistent or chronic diarrhea based on their duration. Acute diarrhea is diarrhea that lasts less than 14 days, while persistent diarrhea or chronic diarrhea is diarrhea that lasts more than 14 days. The transmission of diarrhea is generally through fecal-oral through food or drinks contaminated by enteropathogens, or direct hand contact with sufferers or items that have been contaminated with sufferers' feces or indirectly through flies. Other risk factors are unhygienic food, inadequate storage of cold food, contact of food with flies, and consuming contaminated drinking water. Therapy is carried out according to cross-diarrhea by giving rehydration fluids followed by maintenance, zinc, continuing nutrition through nutritious food, and providing advice to the family. Based on this case report, it is known that a 6-year-old boy 5 months old came to the Emergency Room of Ir. Soekarno, Sukoharjo Regency with acute watery diarrhea accompanied by mild to moderate dehydration.

Keywords: Acute Diarrhea, Dehydration, therapy

PENDAHULUAN

Diare merupakan perubahan konsistensi tinja menjadi lebih lembek atau cair diikuti dengan frekuensi defekasi yang meningkat. Tinja yang keluar tersebut dapat atau tanpa disertai lendir dan darah (IDAI, 2020).

WHO mendefinisikan diare sebagai keluarnya tinja encer dengan frekuensi 3 atau lebih dalam periode 24 jam. Episode diare dibedakan menjadi akut dan persisten atau diare kronis berdasarkan durasinya. Diare akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari, sementara diare persisten atau diare kronis adalah diare yang berlangsung lebih dari 14 hari. Menurut karakteristik umur, kejadian dari diare tertinggi di Indonesia terjadi pada balita (7,0%). Proporsi terbesar penderita diare pada balita dengan insiden tertinggi berada pada kelompok umur 6-11 bulan yaitu sebesar 21,65%. lalu kelompok umur 12-17 bulan sebesar 14,43% dan kelompok umur 24-29 bulan sebesar 12,37% (WHO, 2019).

Penilaian pada derajat dehidrasi juga dilakukan sesuai dengan kriteria

dehidrasi ringan sedang/ tidak berat (kehilangan cairan 5-10% berat badan).

Apabila didapatkan 2 tanda utama ditambah 2 atau lebih tanda tambahan, keadaan umum gelisah atau cengeng, ubun ubun besar sedikit cekung, mata sedikit cekung, air mata kurang, mukosa mulut dan bibir sedikit kering'turgor kurang, akral hangat (Utami, dkk 2016).

LAPORAN KASUS

Seorang anak laki-laki berinisial ADF usia 6 tahun 5 bulan 2 hari datang ke IGD RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 09.00 WIB dengan keluhan BAB cair 10 kali sejak 1 hari SMRS, lender (+), darah (-), ampas (+), berwarna kuning kecoklatan disertai demam sejak senin siang. Keluhan lain seperti lemas (+), mual (+), penurunan nafsu makan (+), nyeri perut (+), perut kembung (+), batuk (-), pilek (-) rasa haus meningkat (+), nyeri sekitar mata (-), BAK berkurang, alergi obat (-), alergi makanan (-).

Pasien mempunyai riwayat penyakit dahulu yaitu diare pada usia 18

bulan dan 4 tahun dan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit seperti kejang demam, kejang tanpa demam, demam dengue, demam berdarah dengue, demam tifoid, asma. Riwayat ini dapat berhubungan dengan keluhan pasien saat ini sebagai pemicu. Terdapat riwayat penyakit pada keluarga yaitu demam berdarah dengue pada kakak pasien 1 minggu yang lalu yang mungkin berkaitan dengan keluhan pasien saat ini.

Riwayat persalinan kehamilan, ibu mulai memeriksakan kehamilan pada umur kehamilan 1 bulan dan rutin melakukan pemeriksaan ke bidan, usia ibu saat kehamilan 28 tahun, ibu mendapatkan suplemen vitamin dan tablet tambah darah dari bidan. Tekanan darah dan gula ibu saat kehamilan tidak pernah tinggi. Ibu pasien mengatakan mual dan muntah saat kehamilan, tidak memiliki riwayat terkait anogenital ataupun penyakit terkait kandungan. Selama kehamilan, ibu tidak memiliki riwayat kejang, perdarahan, diabetes, infeksi, hipertensi maupun trauma.

Ibu pasien tidak konsumsi alkohol, rokok, maupun obat-obat terlarang.

Riwayat persalinan baik, pasien lahir dari ibu G3P1A1 secara normal di bantu oleh bidan di puskesmas, dengan usia kehamilan 39 minggu. Jenis kelamin laki-laki, Berat Badan Lahir Cukup (BBLC): 2700 gram dan Panjang Badan 48 cm. Pada saat lahir bayi segera menangis kuat, gerak aktif, seluruh tubuh kemerahan, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat ikterik, langsung dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), tidak ditemukan cacat bawaan..

Riwayat perkembangan tidak terdapat keterlambatan dalam perkembangan motorik halus, motorik kasar, bahasa, dan personal sosial. Riwayat vaksinasi dinyatakan lengkap sesuai usia pasien berdasarkan PPI. Pasien saat ini tinggal bersama orang tua, dan 1 saudaranya. Ayah pasien bekerja sebagai buruh dan ibu pasien sebagai ibu rumah tangga. Orang tua pasien mengatakan penghasilan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak lemas, kesadaran compos mentis, denyut nadi 115 kali/menit, suhu 38,4°C, pernapasan 20 kali/menit, dan saturasi oksigen 99% *free air*. Berat badan pasien 14,7 kg dan tinggi badan 111 cm. Status gizi BB/U 71,6% (berat badan kurang), TB/U 94% (*stunting*), BMI/U 66% (Gizi buruk), jadi didapatkan status gizi pasien *stunting*, *underweight*, gizi buruk.

Pemeriksaan fisik pada kepala-leher di dapatkan bentuk kepala normosefal, rambut hitam lebat tidak mudah dicabut, ubun-ubun sudah menutup, wajah simetris, mata cowong (+/+), sklera ikterik (-/-), konjungtiva anemis (-/-), edema palpebra (-/-), mukosa mulut dan bibir kering (+), epistaksis (-), lidah kotor (-), gusi berdarah (-), perbesaran KGB (-), faring hiperemis (-), hidung, telinga tidak nampak tanda infeksi. Thorax secara inspeksi didapatkan dada simetris (+), retraksi dada (-/-), Gerak dada (+/+), massa (-), secara palpasi vokal fremitus normal (+/+), perkusi sonor diseluruh lapang paru, suara dasar vesikuler

(SDV) (+/+), wheezing (-/-), rhonki (-), bunyi jantung I dan II normal. Abdomen inspeksi distended (-), auskultasi peristaltik (+) meningkat, perkusi timpani (+), palpasi supel (+), ascites (-), nyeri geakan umbilicus (+), turgor kulit Kembali lambat (+). Ekstremitas didapatkan akral hangat, CRT < 2 detik, edema (-). Genitalia dan status neurologi dalam batas normal.

Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap di RSUD Ir. Soekarno 22/2/2024 didapatkan hasil penurunan MCHC, neutrofilia, limfopeni, monositosis dan penurunan eosinophil.

Berdasarkan dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis diare cair akut dengan dehidrasi ringan sedang, febris H-3 et causa ISK dd DF dd DHF status gizi *stunting*, *underweight*, status gizi buruk.

Pasien mendapat terapi di IGD berupa infus RL 122 cc/ jam selama 3 jam pertama lanjut 51 cc/jam berikutnya, Inj. Ondansentron 2 mg/8 jam, Inj. Ranitidin 15 mg/12 jam, Paracetamol 150 mg/ 4 jam kp demam, paracetamol syrup 150 mg/4 jam kp

demam, zinc 1x 20 mg, L bio 2x1. Kemudian pasien dipindahkan ke bangsal dan dirawat inap pada 23 februari 2024 diberi terapi sesuai persepsan dan dilakukan monitoring kondisi umum, observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu.

Pada tanggal 23 Februari 2024 dilakukan *follow up* pasien hari pertama. pada pasien masih demam masih naik turun, mual, makan dan minum masih sedikit, belum BAB. pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak aktif, kesadaran compos mentis, tekanan darah 96/62, denyut nadi 102 kali/menit, suhu 36.6 °c, *respiratory rate* 20 kali/menit, dan saturasi oksigen 98% *free air*, mata cekung (-/-), edema palpebra (-/-), epistaksis (-), faring hiperemis (-), bibir kering (-), turgor kulit kembali cepat, akral hangat. pada hari ini pasien diberikan terapi infus RL 51 cc/jam, Inj. Ondansetron 2 mg/8 jam, Inj. Ranitidin 15 mg/12 jam, Paracetamol 150 mg/ 4 jam kp demam, paracetamol syrup 150 mg/4 jam kp demam, zinc 1x 20 mg, L bio 2x1. Sebagai monitoring, pasien dimonitor suhu, keadaan

umum, tanda-tanda vital, monitoring gizi, dan observasi tanda dehidrasi.

Pada tanggal 24 februari 2024 dilakukan *follow up* pasien hari kedua pasien masih demam masih naik turun, mual, makan dan minum masih sedikit, belum BAB. pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak aktif, kesadaran compos mentis, tekanan darah 97/66, denyut nadi 98kali/menit, suhu 37,4 °c, *respiratory rate* 20 kali/menit, dan saturasi oksigen 98% *free air*, mata cekung (-/-), edema palpebra (-/-), epistaksis (-), faring hiperemis (-), bibir kering (-), turgor kulit kembali cepat, akral hangat. pada hari ini pasien diberikan terapi infus RL 51 cc/jam, Inj. Ondansetron 2 mg/8 jam, Inj. Ranitidin 15 mg/12 jam, Paracetamol 150 mg/ 4 jam kp demam, paracetamol syrup 150 mg/4 jam kp demam, zinc 1x 20 mg, L bio 2x1 dan di tambahkan cefixime syrup 3 ml(5mg/kgBB)/12 jam Sebagai monitoring, pasien dimonitor suhu, keadaan umum, tanda-tanda vital, monitoring gizi, dan observasi tanda dehidrasi.

Hasil Urin Rutin di RSUD Ir. Soekarno 24/2/2024 didapatkan epitel positif lain masih dalam batas normal.

Pada tanggal 25 februari 2024 dilakukan *follow up* pasien hari ketiga pasien sudah tidak demam, mual (-) makan dan minum masih sudah mulai banyak, belum BAB. pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak aktif, kesadaran compos mentis, tekanan darah 85/55, denyut nadi 98 kali/menit, suhu 36.9 °c, *respiratory rate* 20 kali/menit, dan saturasi oksigen 98% *free air*, mata cekung (-/-), edema palpebra (-/-), epistaksis (-), faring hiperemis (-), bibir kering (-), turgor kulit kembali cepat, akral hangat. Pada hari ini pasien diberikan terapi infus RL 51 cc/jam, Inj. Ondansentron 2 mg/8 jam, Inj. Ranitidin 15 mg/12 jam, Paracetamol 150 mg/ 4 jam kp demam, paracetamol syrup 150 mg/4 jam kp demam, zinc 1x 20 mg, L bio 2x1 dan di tambahkan cefixime syrup 3 ml(5mg/kgBB)/12 jam Sebagai monitoring, pasien dimonitor suhu, keadaan umum, tanda-tanda vital, monitoring gizi, dan observasi tanda dehidrasi. Hari ini pasien di

perbolehkan untuk pulang dan diberikan obat pulang yaitu cefixime syrup 3 ml(5mg/kgBB)/12 jam dan paracetamol syrup 150 mg/4 jam jika demam.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Diagnosis pasien dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis, pasien mengeluhkan BAB cair sebanyak 10 kali terdapat lendir dan ampas, berwarna kuning kecoklatan disertai demam sejak senin siang. Keluhan lain seperti lemas, mual, penurunan nafsu makan, rasa haus meningkat, nyeri perut dan perut kembung diakui. Terdapat riwayat penyakit pada keluarga yaitu demam berdarah dengue pada kakak pasien 1 minggu yang lalu yang mungkin berkaitan dengan keluhan pasien saat ini. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan hipertermi dan takikardi. Pada pemeriksaan head to toe didapatkan mata cowong dan mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan darah rutin didapatkan hasil penurunan MCHC, neutrofilia, limfopeni, monositosis dan penurunan eosinophil dan pemeriksaan urin

rutin didapatkan hasil epitel positif lain lain masih dalam batas normal.

Diare merupakan perubahan konsistensi tinja menjadi lebih lembek atau cair diikuti dengan frekuensi defekasi yang meningkat. Tinja yang keluar tersebut dapat atau tanpa disertai lendir dan darah. WHO mendefinisikan diare sebagai keluarnya tinja encer dengan frekuensi 3 atau lebih dalam periode 24 jam. Episode diare dibedakan menjadi akut dan persisten atau diare kronis berdasarkan durasinya. Diare akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari, sementara diare persisten atau diare kronis adalah diare yang berlangsung lebih dari 14 hari.

Durasi diare adalah hal penting karena bentuk akut biasanya dikarenakan beberapa agen infeksi, keracunan, atau alergi makanan. Meskipun begitu diare akut bisa juga menjadi gejala dari penyakit organik atau fungsional kronis. Diare cair akut merupakan gejala dari beberapa kelainan dalam penyerapan air ulang dikarenakan ketidakseimbangan antara sekresi dan absorpsi elektrolit (diare

sekretorik) atau tercernanya substansi yang usus tidak dapat menyerapnya kembali (diare osmotik). Pada pasien ini, diare yang berlangsung selama 2 hari konsistensi cair dengan ampas sehingga dapat dikatakan pasien mengalami diare akut karena infeksi virus maupun bakteri.

Pada umumnya, virus penyebab diare masuk ke dalam tubuh melalui saluran pencernaan, menginfeksi enterosit, dan menimbulkan kerusakan villi usus halus. Enterosit yang rusak akan digantikan oleh enterosit berbentuk kuboid atau epitel gepeng yang belum matang secara struktur dan fungsi. Hal ini yang menyebabkan villi mengalami atrofi sehingga tidak dapat menyerap makanan dan cairan secara maksimal. Makanan dan cairan yang tidak terserap dengan baik tersebut akan menyebabkan peningkatan tekanan osmotik usus dan meningkatkan motilitas usus, pada akhirnya akan timbul diare. Namun perlu diketahui bahwa diare yang disebabkan oleh virus akan mengalami perbaikan dalam waktu 3 hingga 5 hari tergantung kondisi fisik anak.

Cara penularan diare pada umumnya melalui fekal oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar oleh enteropatogen, atau kontak langsung tangan dengan penderita atau barang-barang yang telah tercemar tinja penderita atau tidak langsung melalui lalat. (4F= *field, flies, fingers, fluid*).

Faktor risiko lainnya adalah makanan yang tidak higienis, tempat penyimpanan makanan dingin yang kurang, kontak makanan dengan lalat, dan mengkonsumsi air minum yang tercemar. Beberapa faktor risiko dari penderita adalah usia, kebersihan perorangan, asam lambung dan rintangan lainnya yaitu *intestinal motility, enteric microflora, immunity dan intestinal receptors*.

Sebagian besar pasien dengan kasus diare tanpa dehidrasi atau dehidrasi ringan tidak memerlukan pemeriksaan penunjang lebih lanjut, namun berbeda pada kasus dengan dehidrasi berat. Pada kasus dengan dehidrasi berat diperlukan pemeriksaan elektrolit, pemeriksaan blood urea (BUN), pemeriksaan gula darah, dan pemeriksaan

analisis gas darah (AGD). Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan mikrobiologi serta virologi dikerjakan jika hasil pemeriksaan dasar masih meragukan dalam memberikan tatalaksana lebih lanjut. Pemeriksaan feses lengkap (FL) dilakukan jika ditemukan tanda klinis yang mengarah pada kondisi intoleransi laktosa dan kecurigaan infeksi amebiasis. Pasien diberikan terapi infus RL 51 cc/jam, Inj. Ondansetron 2 mg/8 jam, Inj. Ranitidin 15 mg/12 jam, Paracetamol 150 mg/ 4 jam kp demam, paracetamol syrup 150 mg/4 jam kp demam, zinc 1x 20 mg, L bio 2x1 dan di tambahkan cefixime syrup 3 ml(5mg/kgBB)/12 jam Terapi dilakukan sesuai lintas diare dengan pemberian cairan rehidrasi dilanjutkan dengan pemberian cairan rehidrasi dilanjutkan dengan maintenance, zinc, meneruskan nutrisi melalui makanan yang bergizi, dan membrikan nasihat kepada keluarga. Antipiretik diberikan untuk manajemen demam pada anak.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada kasus ini menggambarkan anak laki-laki usia 6 tahun 5 bulan dengan diare cair akut disertai dehidrasi ringan-sedang. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang. Pada kasus ini diperlukan obat-obatan untuk meringankan gejala pasien serta dukungan dari keluarga. Terapi dilakukan sesuai lintas diare dengan pemberian cairan rehidrasi dilanjutkan dengan maintenance, zinc, meneruskan nutrisi melalui makanan yang bergizi, dan membrikan nasihat kepada keluarga. Antipiretik diberikan untuk manajemen demam pada anak. Pasien mengalami perbaikan klinis setelah dilakukan rehidrasi dan terapi simptomatik. Dengan penanganan yang baik maka akan menghasilkan prognosis yang baik. Edukasi terhadap pasien dan keluarga pasien perlu dijelaskan mengenai perjalanan dan prognosis penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

Adawia, W.O.R., Sabilu, Y., & Ismail, C. S. (2020). Faktor Perilaku Terhadap

Kejadian Diare pada Balita di Puskesmas Marobo Kabupaten Muna. 01(01), 7.

Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2020) Pedoman pelayanan medis.: Diare Cair Akut

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia . (2018), Riset kesehatan Dasar. Laporan Nasiona. Jakarta : Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.

Rohmah, N., & Syahrul, F.(2017). Relationship Between Hand-washing Habit and Toilet Use with Diarrhea Incidence in Children Under Five Years. Jurnal Berkala Epidemiologi, 5(1), 95.

Soedarmo, SPP, Dk (2015). Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak : Infeksi dan Penyakit tropis, Jakarta, IDAI

Utami, N., & Luthfiana, N.(2018). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Diare pada Anak. Jurnal Majority, 5(4), 101-106.

World Health Orgaization. (2019) Sanusi, H., Umboh, A., & Umboh, V. (2020). Pelayanan kesehatan anak di rumah sakit : Diare, Departemen kesehatan : Jakarta. Pp 131-52