

DIARE AKUT PADA ANAK STUNTING DI LINGKUNGAN LAHAN BASAH: LAPORAN KASUS DENGAN PENDEKATAN KEDOKTERAN TERINTEGRASI

Nika Sterina Skripsiana^{1,*}, Widya Nursantari¹, Nurul Hidayah², Dewi Indah Noviana Pratiwi³, Fathia Arsyiana⁴, Adena Riskivia Trinanda⁵, Anggrit Fatoni Febrian Marsin⁵

¹Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat

²Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat

³Departemen Patologi Klinik, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat

⁴Departemen Rehabilitasi Medik, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat

⁵Program Studi Pendidikan Profesi Dokter Program Profesi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat

*Email korespondensi: nika.skripsiana@ulm.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Diare di Kalimantan Selatan termasuk penyakit dengan angka kejadian relatif tinggi, didukung oleh faktor lingkungan lahan basah. Anak yang menderita stunting akan lebih rentan terhadap penyakit infeksi seperti diare.

Tujuan: Menganalisis dan melakukan intervensi kasus anak perempuan usia 25 bulan dengan diare akut dan stunting secara komprehensif

Metode: Laporan kasus yang dianalisis dengan pendekatan kedokteran terintegrasi

Hasil: Didapatkan faktor internal dan eksternal yang menyebabkan anak menderita diare akut dengan stunting

Pembahasan: Kejadian diare pada kasus ini disebabkan oleh faktor internal yaitu status gizi anak dengan stunting dan didukung oleh faktor eksternal yang mengarah pada ketidakseimbangan kondisi lingkungan serta perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) orang tua yang kurang. Intervensi yang diberikan adalah tatalaksana medikamentosa serta edukasi tentang tatalaksana awal penyakit pasien, pemenuhan kebutuhan gizi anak, sanitasi lingkungan, dan PHBS.

Simpulan: Analisis kasus dengan pendekatan kedokteran terintegrasi pada anak dengan diare akut dan stunting di lingkungan lahan basah serta memberikan intervensi yang lebih optimal

Kata-kata kunci: diare akut, stunting, PHBS, lahan basah

Pendahuluan

Diare adalah keadaan pasien dengan BAB cair yang > 3 kali dalam sehari dengan atau tidak ada darah dan lendir di dalam tinja, dikatakan akut apabila terjadi <14 hari dan persisten apabila >14 hari. Diare merupakan masalah tersering yang terjadi pada anak, seringkali disertai dehidrasi menyebabkan sekitar 1,5 hingga 2,5 juta kematian per tahun di seluruh dunia.¹ Menurut Riskesdas (2018) di Indonesia kasus diare pada anak 1-4 tahun memiliki prevalensi 11,5% sedangkan di Kalimantan Selatan prevalensi kasus diare sebesar 8,62% yang menjadi kasus tertinggi dari semua kelompok umur. Secara umum, kasus diare di Kota Banjarmasin memiliki prevalensi sebesar 5,15%.²

Faktor risiko terjadinya diare pada anak dapat disebabkan oleh faktor internal seperti; genetik, usia, jenis kelamin, ASI eksklusif, status imunisasi, status gizi. Faktor eksternal; personal hygiene orang tua, tingkat pendidikan orang tua, tingkat ekonomi orang tua, dan kondisi lingkungan tempat tinggal anak. Lahan basah juga menjadi salah satu faktor risiko terjadinya diare pada anak terkait dengan ketersediaan air bersih, sanitasi rumah sehat, dan perilaku hidup bersih dan sehat.⁴⁻⁸

Pencegahan diare dapat kita lakukan dengan melakukan promosi kesehatan mengenai pola hidup bersih dan sehat, sanitasi rumah sehat, pentingnya penggunaan air bersih, dan pentingnya pemberian ASI eksklusif. Selain itu, dapat dilakukan dengan melakukan imunisasi lengkap pada anak dan memperbaiki status gizi anak.⁸

Stunting merupakan sebuah masalah kekurangan gizi yang saat ini mendapat banyak perhatian. *Stunting* merupakan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mendefinisikan sebagai anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari -2.00 SD/standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari - 3.00 SD (*severely stunted*).^{9,10} Dalam keadaan gizi yang baik, tubuh mempunyai cukup kemampuan untuk mempertahankan diri

terhadap penyakit infeksi dan sebaliknya jika keadaan gizi menjadi buruk atau kurang maka reaksi kekebalan tubuh akan menurun yang berarti kemampuan tubuh mempertahankan diri terhadap serangan infeksi akan menurun. Oleh karena itu, setiap bentuk gangguan gizi, sekalipun dari gejala defisiensi yang ringan merupakan pertanda awal dari terganggunya kekebalan tubuh terhadap penyakit infeksi. Menurut WHO, salah satu faktor risiko diare adalah malnutrisi, karena anak-anak yang meninggal akibat diare sering menderita kekurangan gizi yang mendasari, yang membuat mereka lebih rentan terhadap diare.⁸ Diare erat hubungannya dengan keadaan kurang gizi. Setiap episode diare dapat berakibat kekurangan kemampuan menyerap sari makanan, sehingga apabila episodanya berkepanjangan akan berdampak pada pertumbuhan dan kesehatan anak.¹¹

Pada laporan kasus ini, dilaporkan sebuah kasus diare akut pada anak *stunting* usia 25 bulan yang dianalisis secara holistik komprehensif.

Metode

Kasus dianalisis berdasarkan aspek klinis, penunjang, kesehatan masyarakat dan rehabilitasi medik.

Anamnesis

Pasien An. KS, 25 bulan, diantar keluarganya ke IGD RSUD Ulin Banjarmasin pada tanggal 28 Juli 2022 dengan keluhan BAB cair. Menurut Ibu pasien, pasien telah BAB cair sejak 1 hari yang lalu dengan frekuensi lebih dari 4 kali sehari. Konsistensi BAB cair tidak disertai ampas, lendir maupun darah. BAB berwarna kuning kecoklatan tidak berbau amis atau asam sebanyak ¼ air gelas mineral. Sebelum terjadi BAB cair, pasien tidak ditemukan keluhan lain. Menurut ibunya pasien tidak lemas ataupun rewel, masih dapat makan dan minum seperti biasa. Ibu pasien mengaku 2 hari sebelum muncul diare, sempat membeli makanan di luar rumah

dan tidak memperhatikan kebersihan tempat dimana ia membeli makanan.

Setelah diare pasien mengalami demam terus menerus dan turun setelah pemberian obat penurun panas. Demam tidak menggigil dan riwayat berpergian serta kontak dengan penderita COVID-19 disangkal oleh orang tua. Demam disertai muntah berisi makanan dan susu tidak ada darah maupun lendir. Muntah tidak menyemprot. Muntah sebanyak 4 kali sehari sebanyak $\frac{1}{4}$ air gelas mineral setiap muntah.

Pasien juga mengalami kejang sekitar 1 menit, mata mendelik ke atas dan kaki tangan menghentak. Saat kejang, anak tidak merespon. Setelah kejang, anak tertidur. Kejang kedua kali kurang lebih 4,5 jam kemudian dan berlangsung selama kurang lebih 1 menit dengan jenis kejang yang sama.

Pasien pernah mengalami keluhan yang sama pada usia 18 bulan. Saat itu pasien mengalami diare dan kejang demam dengan durasi dan jenis kejang yang sama sebanyak 2 kali. Untuk penyebab diare ibu menduga dikarenakan sebelumnya ada riwayat beli jajanan di pinggir jalan berupa es susu dalam kemasan plastik. Keluarga pasien tidak ada yang mengalami keluhan serupa.

Ibu pasien mengaku rutin melakukan ANC (10 kali di bidan dan 1 kali di dokter kandungan). Tidak pernah mengalami sakit berat saat hamil. Ibu rutin mengonsumsi tablet tambah darah dan vitamin yang diberikan. Ibu pasien mengaku selama hamil hanya mengalami kenaikan berat badan sekitar 10 kg.

Pasien dilahirkan di rumah sakit secara *sectio caesarea* atas indikasi *oligohidramnion*, langsung menangis kuat, tidak biru, gerakan aktif, BB= 3.000 gram, dan PB= 50 cm. Riwayat perkembangan pasien sesuai dengan tahap perkembangannya. Riwayat imunisasi dasar pasien lengkap sesuai umur.

Pasien tidak mendapatkan ASI Eksklusif. Saat ini pasien diberikan nasi lembek yang

dihaluskan dengan sendok diselingi dengan bubur lembek dengan lauk pauk yang disuir. Sebanyak 4 sendok makan setiap 3 kali/hari tanpa disertai sayur dan buah. Orang tua mengaku terkadang memberikan pasien jajanan di pinggir jalan.

Menurut ibu pasien, selama ini ia kurang memperhatikan kebersihan baik saat pengolahan makanan ataupun kebersihan air di rumahnya. Ibu pasien jarang mencuci tangan dengan air bersih mengalir dan sabun sebelum memasak makanan. Tidak menutup makanan dengan tudung saji dan memanaskan botol susu sebelum digunakan. Tidak melakukan pemilahan sampah organik dan anorganik, tidak menutup TPS yang terdapat di area dapur serta penggunaan air PDAM untuk keperluan memasak.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: tampak sakit sedang; kesadaran: kompos mentis; berat badan 8,8 kg; tinggi badan 78 cm; status gizi underweight dan perawakan pendek (stunting); frekuensi nadi 130x/menit, frekuensi nafas 24x/menit, dan suhu 38,8 °C.

Status Generalis

Kepala, mata, telinga, hidung, kesan dalam batas normal. Paru; gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Batas jantung; tidak terdapat pelebaran, kesan batas jantung normal. Pada ekstremitas tidak terdapat edema, *capillary refill time* (CRT) kurang dari 2 detik, akral hangat, kesan dalam batas normal. Tidak ditemukan tanda defisit neurologis

Status Lokalis

Regio abdomen:

I: cembung, distensi (-)

A: Bising usus (+) meningkat

P: Timpani (+), shifting dullness (-)

P: Hepatosplenomegali (-), Meteorismus (+), nyeri tekan (-), Lingkar Perut 47 cm

Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium (28/07/2022):

Trombosit: 538 ribu/ul

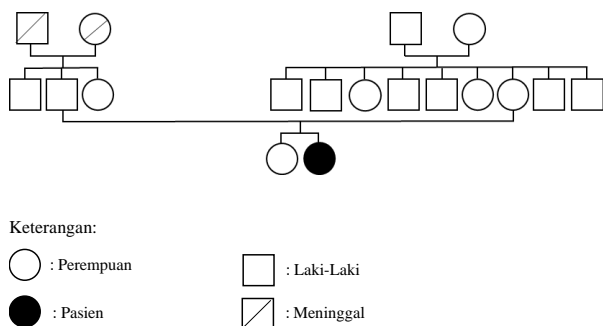
Limfosit%: 61,6%

Limfosit#: 5,54 ribu/ul

Data Keluarga

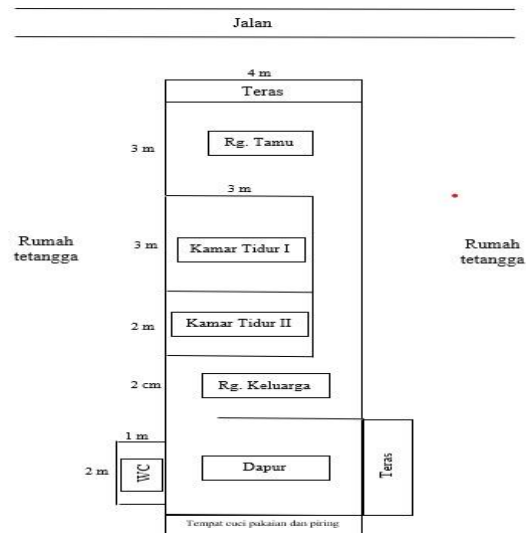
Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Saat ini pasien tinggal bersama ayah (Tn. AM, 33 tahun), ibu (Ny. NR, 29 tahun), kakak (An. A, 9 tahun), dan tantenya (Ny. S, 26 tahun) dan (Nn. A, 19 tahun). Menurut tahap siklus keluarga Duvall, keluarga pasien berada pada tahap IV yaitu tahap keluarga dengan anak yang sudah sekolah usia 9 tahun. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga diputuskan oleh ayah pasien sebagai pengambil keputusan. Kebutuhan materi keluarga dipenuhi oleh penghasilan ayah pasien yang bekerja sebagai tukang ojek dan buruh tani. Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup erat. Keluarga selalu menyempatkan untuk berkumpul bersama. Seluruh anggota memiliki BPJS. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit dan berusaha mendampingi saat pergi berobat, kecuali apabila sedang ada keperluan lain. Perilaku berobat keluarga masih mengutamakan kuratif, yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak rumah ke layanan Kesehatan terdekat, yaitu Puskesmas Kertak Hanyar dan Rumah Sakit Ulin Banjarmasin sekitar 8-9 kilometer, ditempuh menggunakan kendaraan pribadi.

Genogram



Gambar 1. Genogram Keluarga An. KS

Data Lingkungan Rumah



Gambar 2. Denah Rumah Keluarga An. KS

Pasien tinggal dengan ayah, ibu, kakak, dan tantenya. Luas rumah sekitar 17x5 m². Rumah pasien di atas rawa, berdinding dan berlantai kayu, dan tidak beratap plafon dengan 2 buah kamar tidur ukuran 3 x 3 m², 1 ruang tamu bergabung dengan ruang keluarga, 1 dapur, 1 kamar mandi sekaligus WC, dan 1 area cuci baju dan piring. Kondisi dalam rumah pasien kurang rapi, pencahayaan matahari dan ventilasi kurang. Langit-langit rumah jarang dibersihkan dan terbuat dari bahan yang rawan jatuh. Indikator rumah sehat termasuk kategori rumah tidak sehat (63,9%). Terdapat sungai 50 meter dari rumah pasien. Lingkungan sekitar rumah banyak peliharaan ayam tetangga berkeliaran dan sampah berserakan. Pembuangan sampah rumah tangga sementara ditimbun di dalam kantong plastik yang dibiarkan terbuka di dapur, setiap malam sampah dibuang ke TPA yang berjarak 1,5 km dari rumah.

Kondisi dapur tidak bersih dan tidak tertata rapi. Meja makan tepat di samping pintu WC. Makanan tidak ditutup dengan tudung saji. Tempat pencucian peralatan makan dan masak tidak menggunakan air mengalir.

Sumber air minum menggunakan air gallon isi ulang tidak bermerk. Sumber air untuk memasak menggunakan air PDAM.

Jarak sumber air dengan *septic tank* <10 meter. Tempat penampungan air sementara menggunakan ember (terbuka dan tertutup). Air dalam penampungan tidak berwarna dan berasa.

Pembuangan tinja di jamban jongkok yang dialirkan ke *septic tank*. Tidak ada pembuangan air limbah khusus.

Hasil

Aspek Personal

- Alasan kedatangan: BAB cair sebanyak lebih dari 4 kali sejak 1 hari yang lalu diikuti keluhan demam, muntah dan kejang.
- Kekhawatiran: Keluhan yang diderita akan menjadi lebih parah sehingga memengaruhi tumbuh kembang anak.
- Harapan: Keluhan yang diderita dapat disembuhkan, tidak terjadi kekambuhan dan tidak terjadi gangguan tumbuh kembang anak.
- Persepsi: Orang tua merasa sakit yang diderita pasien dapat disembuhkan dengan pertolongan dokter.

Aspek Klinis

- Diare akut
- *Stunting*

Aspek Risiko Internal

- Usia 2 tahun
- Status gizi (*stunting*)
- Tidak ASI eksklusif

Aspek Risiko Eksternal

- Ekonomi: Pendapatan keluarga di bawah UMR
- Lingkungan rumah: Tingkat sanitasi lingkungan yang kurang baik, langit-langit rumah jarang dibersihkan dan terbuat dari bahan yang rawan jatuh, kondisi dapur yang tidak bersih dan tidak tertata rapi, meja makan tepat di samping pintu wc, makanan tidak ditutup dengan tudung saji, tempat pencucian peralatan makan dan masak tidak menggunakan air mengalir, sumber air minum menggunakan air galon isi ulang yang tidak bermerk, sekitar rumah

banyak sampah berserakan dan TPS terbuka di dapur, jarak sumber air dengan *septic tank* <10 meter, tidak ada pembuangan limbah khusus, banyak ayam peliharaan tetangga yang berkeliaran di sekitar rumah.

Aspek Psikososial Keluarga

- Tingkat pendidikan orang tua rendah
- Tingkat PHBS Ibu kurang

Derajat Fungsional

- Derajat Fungsional 2 (dua) yaitu mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari, baik di dalam ataupun luar rumah.

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana medikamentosa untuk mengatasi keluhan pasien serta tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya dan pencegahan penyakit. Terapi farmakologi yang diberikan pada pasien meliputi:

1. Infus KAEN 3B 800 ml/24 jam
2. Drip Paracetamol 100 mg (jika demam)
3. Diazepam supp 5 mg (saat di IGD)
4. Injeksi Diazepam 3 mg (jika kejang);
5. Peroral Zinc 1x20 mg
6. Peroral Probiotik *Lactobacillus acidophilus* 2x1 sachet
7. Peroral Oralit 50-100 ml/BAB cair

Selain itu, pasien juga diberikan edukasi terkait hal-hal sebagai berikut:

1. Penyebab, tanda dan gejala, pengobatan, pencegahan, dan prognosis diare akut;
2. Pola makan, jenis, jumlah serta nutrisi yang diperlukan untuk pemenuhan kebutuhan gizi anak;
3. Pemantauan tumbuh kembang anak secara rutin;
4. Pentingnya menjaga sanitasi lingkungan yang bersih dan sesuai standar kesehatan.
5. Penerapan PHBS dalam mencegah kejadian diare.

Intervensi dilakukan dengan prinsip *family focused*, dan *community oriented* yang dijelaskan sebagai berikut.

Family Focused

1. Edukasi dan konseling kepada keluarga mengenai diare, faktor penyebab, pengobatan awal dan pencegahannya, termasuk penerapan PHBS dan sanitasi lingkungan yang bersih sesuai standard kesehatan.

Community Oriented

1. Edukasi mengenai pencegahan dan pengobatan awal diare di lingkungan rumah dengan melakukan penempelan poster.

Diagnostik Holistik Akhir

Aspek Personal

- Keluhan diare, demam, muntah dan kejang sudah menghilang dan pasien dapat beraktivitas seperti biasa.
- Kekhawatiran keluarga pasien terhadap penyakitnya sudah berkurang seiring kondisi tubuh pasien yang semakin membaik
- Harapan sembuh dari keluhan sudah tercapai pasien dan keluarga berharap tidak lagi mengalami hal seperti ini.
- Persepsi keluarga pasien terhadap penyakitnya adalah minum obat secara teratur, istirahat yang cukup, mengonsumsi makanan sehat dengan gizi seimbang dapat menyembuhkan penyakitnya. Menjaga sanitasi lingkungan rumah dan penerapan PHBS dapat mencegah terjadinya kekambuhan.

Aspek Klinis

- Diare Akut Tanpa Dehidrasi
- *Stunting*

Aspek Risiko Internal

- Meningkatnya pengetahuan orang tua terkait pemenuhan gizi anak melalui pemilihan pola makan, jenis, jumlah serta nutrisi yang diperlukan.

Aspek Risiko Eksternal

- Meningkatnya kesadaran untuk menjaga kebersihan sanitasi lingkungan oleh keluarga.

Aspek Psikososial Keluarga

- Meningkatnya penerapan PHBS dalam kehidupan sehari-hari oleh keluarga.

Derajat Fungsional

- Derajat Fungsional 1 (satu) yaitu pasien sudah dapat bermain, sama seperti sebelum sakit.

Pembahasan

Dilaporkan seorang anak perempuan usia 25 bulan dengan keluhan utama BAB cair sejak 1 hari SMRS. Pasien telah BAB cair dengan frekuensi lebih dari 4 kali sehari. Konsistensi BAB cair tidak disertai ampas, lendir maupun darah. BAB berwarna kuning kecoklatan tidak berbau amis atau asam sebanyak ¼ air gelas mineral. Sebelum terjadi BAB cair, pasien tidak ditemukan keluhan lain. Menurut ibunya pasien tidak lemas ataupun rewel, masih dapat makan dan minum seperti biasa. Ibu pasien mengaku 2 hari sebelum muncul diare, sempat membeli makanan di luar rumah dan tidak memerhatikan kebersihan tempat dimana ia membeli makanan. Ibu menyangkal ada Riwayat mengganti susu dalam 1 minggu terakhir. Selain itu, pasien juga mengalami mual muntah di hari yang sama saat pasien diare. Pada pemeriksaan fisik juga ditemukan adanya perut kembung, bising usus meningkat, dan meteorismus. Tidak ditemukan adanya perianal rash. Hal ini mengarahkan kecurigaan penyebab diare pada pasien adalah diare akut dengan infeksi rotavirus dan menyingkirkan kecurigaan diare akibat intoleransi laktosa ataupun akibat infeksi bakteri dan parasit.¹³

Agen infeksius adalah penyebab paling sering pada diare akut cair. Intoleransi laktosa juga dapat menjadi penyebab diare cair pada anak. Meskipun banyak patogen penyebab diare akut cair, etiologi yang paling sering adalah rotavirus pada bayi dan Enterotoksigenik *Escherichia coli* (ETEC) pada anak yang lebih tua dan orang dewasa.¹²

Gejala klinis diare yang disebabkan oleh infeksi rotavirus yaitu demam, muntah yang

mengiringi diare, terkadang didapatkan pilek dan batuk. Diare cair (*watery diarrhea*) disertai muntah merupakan sifat diare rotavirus yang menyebabkan anak mengalami kondisi dehidrasi, sehingga memerlukan perawatan segera. Pada diare rotavirus, terjadi kerusakan morfologi epitel usus yang menyebabkan pemendekan jonjot usus dan bentuk *brush border* menjadi tidak teratur serta jarang, sehingga kemampuan untuk menyerap air dan elektrolit serta pencernaan karbohidrat di usus halus terganggu.¹³

Setelah melakukan perawatan selama 3 hari di rumah sakit, diare pasien sembuh. Hal ini menandakan bahwa diare pasien hanya berlangsung selama 4 hari dan mendukung kecurigaan diare pada pasien disebabkan oleh virus. Diare karena virus biasanya tak berlangsung lama, hanya beberapa hari (3- 4 hari) dapat sembuh tanpa pengobatan. Penderita akan sembuh kembali setelah enterosit usus yang rusak diganti oleh yang baru dan normal serta sudah matang, sehingga dapat menyerap dan mencerna cairan serta makanan dengan baik.¹³

Demam yang dialami pasien dapat menandakan adanya infeksi pada tubuh pasien akibat diare yang dialami oleh pasien. Diketahui dari hasil anamnesis pasien mengalami demam sejak 1 hari SMRS. Demam terus-menerus sepanjang hari, tidak menggigil. Pasien awalnya diberi obat paracetamol dan demam turun sesaat. Kemudian, demam tinggi kembali. Pasien tidak ada riwayat berpergian sebelumnya. Orang tua pasien menyangkal adanya keluarga yang menderita COVID-19. Orang tua juga mengaku bahwa anak tidak ada vaksin dalam 1 bulan terakhir. Pada pemeriksaan fisik di IGD ditemukan suhu 38,8°C. Tidak ditemukan adanya lidah kotor. Hal ini mendukung kecurigaan diare yang terjadi pada pasien disebabkan oleh virus.¹⁴

Pasien juga mengonsumsi jajanan di pinggir jalan 2 hari sebelum diare berupa telur gulung dengan saus tomat. Hal ini

mendukung kecurigaan diare pada pasien disebabkan oleh rotavirus. Rotavirus sendiri dapat berada di makanan yang kurang bersih. Masa inkubasi rotavirus sendiri pada umumnya kurang dari 48 jam, dengan lama diare 5-7 hari. Infeksi rotavirus dapat asimtomatis ataupun menyebabkan diare dengan dehidrasi ringan sampai berat.¹³

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan nilai limfosit pada pasien ini mengalami peningkatan. Dari keterangan di atas dapat dikaitkan dengan etiologi diare itu sendiri, dimana kenaikan limfosit dapat menjadi penanda adanya infeksi yang disebabkan oleh virus.¹⁵

Diare sendiri dapat diklasifikasikan menjadi diare tanpa dehidrasi, diare dehidrasi ringan/ sedang, dan diare dehidrasi berat seperti pada tabel 1. Pada anamnesis dikatakan orang tua menyangkal adanya lemas, malas minum, rewel, gelisah dan untuk BAK nya pasien mengganti popok sebanyak 1 kali 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya UUB dan UUK cekung, mata cekung, produksi air mata kurang, mukosa kering, sianosis, lidah kering, turgor lambat kembali, CRT > 3 detik, maupun akral dingin. Hal ini menandakan tidak ada tanda-tanda dehidrasi pada pasien.¹⁶

Tabel 1. Klasifikasi Diare Berdasarkan Derajat Dehidrasi.¹⁶

GEJALA/ DERAJAT DEHIDRASI	DIARE TANPA DEHIDRASI (Bila terdapat dua tanda atau lebih)	DIARE DEHIDRASI RINGAN/ SEDANG (Bila terdapat dua tanda atau lebih)	DIARE DEHIDRASI BERAT (Bila terdapat dua tanda atau lebih)
KEADAAN UMUM	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, Lunglai/ tidak sadar
MATA	Tidak Cekung	Cekung	Cekung
KEINGINAN UNTUK MINUM	Normal, tidak ada rasa haus	Ingin minum terus, ada rasa haus	Malas minum
TURGOR	Segera kembali	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

Dari pemeriksaan antropometri pada pasien didapatkan hasil Z-score (WHO 2006) sebagai berikut: BB/U : WHO Z score $-3 < Z < -2$ SD artinya termasuk kategori *underweight* (gizi kurang), TB/U : WHO Z score $-3 < Z < -2$ SD termasuk kategori *stunting* dan BB/PB : WHO Z score $-2 < Z < 2$ SD, artinya termasuk kategori normal (gizi baik). Dengan kesimpulan, yaitu keadaan gizi anak saat ini baik, tetapi anak tersebut mengalami masalah kronis, karena berat badan anak proporsional dengan tinggi badan.

Stunting sendiri adalah kondisi gagal tumbuh kembang anak balita akibat dari kekurangan gizi saat mereka di seribu hari pertama kehidupan anak (1000 HPK) sejak dalam kandungan hingga dilahirkan ke dunia, tetapi kondisi *stunting* terlihat setelah bayi berusia 2 tahun, kondisi ini berefek jangka panjang hingga anak dewasa dan lanjut usia. Adapun definisi *stunting* menurut Kemenkes adalah anak balita dengan nilai z-score kurang dari -2.00 SD/standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari -3.00 SD (*severely stunted*). *Stunting* menjadi ancaman untuk kualitas hidup anak di kemudian hari. Kekurangan gizi akan berdampak pada perkembangan kognitif dan motorik. Otak anak membutuhkan gizi yang cukup untuk dapat

tumbuh dan berkembang, jika pada masa periode emas anak kekurangan gizi maka bisa menghambat perkembangan otak. Selain itu, anak-anak yang mengalami *stunting* akan memiliki fisik yang lemah sehingga lebih mudah terpapar penyakit. Anak-anak yang mengalami *stunting* juga tidak dapat memiliki tinggi badan yang ideal hingga dewasa. Sebab itu *stunting* sangat berdampak pada kehidupan anak di masa depan.^{9,10} Diare juga erat hubungannya dengan keadaan kurang gizi. Setiap episode diare dapat berakibat kekurangan kemampuan menyerap sari makanan, sehingga apabila episodenya berkepanjangan akan berdampak pada pertumbuhan dan kesehatan anak.¹¹

Tatalaksana diare berbeda untuk setiap klasifikasi diarenya. Pada pasien ini mengalami diare akut tanpa dehidrasi sehingga diberikan cairan rumah tangga dari pada biasanya, untuk mencegah dehidrasi.¹⁶

Selain itu juga diberikan suplemen zinc yang terbukti secara ilmiah dapat menurunkan jumlah buang air besar (BAB) dan volume tinja serta mengurangi risiko dehidrasi. Zinc berperan penting dalam pertumbuhan jumlah sel imunitas dan meningkatkan proses pemulihan epitel intestinal selama diare. Probiotik dapat diberikan karena memberikan manfaat untuk mengurangi durasi diare dengan

mekanismenya melalui produksi substansi antimikrobal, modifikasi dan toksin, mencegah penempelan patogen pada saluran cerna, dan menstimulasi sistem imun.¹⁷ Untuk simptomatik pasien diberikan obat golongan antipiretik yaitu Parasetamol drip.

Kunjungan rumah pertama kali yaitu pendekatan dan perkenalan terhadap keluarga pasien serta menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan diikuti dengan anamnesa tentang keluarga dan perihal penyakit yang diderita. Kemudian dilakukan pengamatan terhadap keadaan rumah dan lingkungan sekitar untuk menilai faktor risiko lingkungan. Dari hasil kunjungan didapatkan rumah pasien masuk dalam kriteria rumah tidak sehat dengan tingkat sanitasi lingkungan yang kurang baik.

Selain itu, ibu pasien diberikan kuesioner untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku ibu terhadap PHBS. Hasil kuesioner menunjukkan tingkat pengetahuan dan sikap terkait PHBS sudah baik, namun tingkat perilaku masih kurang.¹⁸

Segitiga epidemiologi (trias epidemiologi) merupakan konsep dasar dalam epidemiologi yang menggambarkan hubungan antara tiga faktor utama yang berperan dalam terjadinya penyakit atau masalah kesehatan yaitu *host* (tuan rumah/pejamu), *agent* (penyebab), dan *environment* (lingkungan). Timbulnya penyakit terjadi akibat adanya ketidakseimbangan ketiga faktor tersebut.¹⁹

Berdasarkan segitiga epidemiologi, kejadian diare pada kasus ini mengarah pada ketidakseimbangan model kelima dimana terjadinya ketidakseimbangan kondisi lingkungan yang buruk membuat pejamu ditambah dengan PHBS orang tua

yang kurang membuat pasien menjadi sangat peka terhadap bibit penyakit sehingga menjadi sakit.

Faktor *host* yakni dari segi karakteristik pasien (umur, status gizi, tidak ASI eksklusif), karakteristik dari orang tua pasien (tingkat pendidikan yang rendah, tingkat pendapatan dibawah UMR, dan tingkat PHBS. Faktor *agent* yakni dari segi faktor infeksi (infeksi eksternal dan parenteral). Faktor *environment* yaitu: tingkat sanitasi yang buruk, langit-langit rumah jarang dibersihkan dan terbuat dari bahan yang rawan jatuh kondisi dapur yang tidak bersih dan tidak tertata rapi, meja makan tepat di samping pintu wc, makanan tidak ditutup dengan tudung saji, tempat pencucian peralatan makan dan masak tidak menggunakan air mengalir, sumber air minum menggunakan air galon isi ulang yang tidak bermerk, banyak sampah berserakan di lingkungan sekitar rumah dan TPS terbuka di dapur, jarak sumber air dengan *septic tank* <10 meter, tidak ada pembuangan limbah air khusus, lingkungan biologis; ayam peliharaan tetangga yang berkeliaran di sekitar rumah. Berdasarkan indikator rumah sehat tergolong ke dalam rumah tidak sehat.

Oleh sebab itu, dilakukan kunjungan kedua untuk melakukan intervensi berupa pemberian edukasi dan motivasi kepada keluarga pasien untuk menjaga kebersihan sanitasi lingkungan dan menerapkan PHBS untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya.

Penutup

Pada kasus ini, pasien mengalami diare akut tanpa dehidrasi dengan stunting. Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Penyakit diare pada kasus ini berhubungan dengan faktor

internal seperti; genetik, usia, jenis kelamin, ASI eksklusif, status imunisasi, status gizi. Faktor eksternal; personal hygiene orang tua, tingkat pendidikan orang tua, tingkat ekonomi orang tua, dan kondisi lingkungan tempat tinggal anak. Lahan basah juga menjadi salah satu faktor risiko terjadinya diare pada anak. Pemberian intervensi dengan terapi farmakologis dan non-farmakologis berupa edukasi kepada keluarga untuk menjaga sanitasi lingkungan rumah dan menerapkan perilaku PHBS sebagai bentuk pencegahan kejadian diare pada anak.

Ucapan Terima kasih

Ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kami sampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, RSUD Ulin Banjarmasin dan Puskesmas Kertak Hanyar Banjarmasin yang telah memberikan izin dalam memperoleh kasus, Program Studi Pendidikan Profesi Dokter Program Profesi (PPDPP) Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat yang telah berupaya menyelenggarakan stase kepaniteraan klinik terintegrasi, serta keluarga pasien yang berkenan untuk kami berikan intervensi.

Daftar Pustaka

1. Consolini DM. Diarrhea in children. MSD Manual. 2020.
2. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: 2018.
3. Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Jumlah Kasus Diare di Provinsi Kalimantan Selatan. Banjarmasin; 2021.
4. Notoatmodjo S. Konsep perilaku dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
5. Ria HP, Suyatno, Ronny A. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Berat Kurang (Underweight) pada Balita Di Perkotaan dan Perdesaan Indonesia Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013. *J Kes Mas*. 2015;3(2):127–37.
6. Prawati DD, Haqi DN. Faktor yang mempengaruhi kejadian diare di Tambak Sari. *J Promkes*. 2019;7(1):34–45.
7. Prastiwi PB, Ariana S. Analisis kondisi sosial demografi lingkungan dan kejadian diare di dusun sagan kecamatan depok sleman jogjakarta. *J Kesehat Samodra Ilmu*. 2015;2(6):132–4.
8. Fitriani N, Darmawan A, Puspasari A. Analisis Faktor Risiko Terjadinya Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Pakuan Baru Kota Jambi. *Med Dedication J Pengabdian Kpd Masy FKIK UNJA*. 2021;4(1):154–64.
9. Barstow C, Rerucha C. Evaluation of Short and Tall Stature in Children. *Am Fam Physician*. 2015;29(1):43–50.
10. Amanda L, Thompson. Child and juvenile growth. In: Cameron N, Schell LM, editor. *Human Growth and Development (Third Edition)*. United States: Academic Press; 2022.
11. Giannattasio A, Guarino A, AL V. Management of children with prolonged diarrhea. *F1000 Res*. 2016;5:1–11.
12. Ryan ET, Hill DR, Solomon T. *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*. Edisi 10. Elsevier. Canada; 2020.
13. Zahn M, Marshall GS. Clinical and epidemiological aspects of rotavirus Infection. *Pediatr Ann*. 2006;35:3–8.
14. Marcdante KJ, Kliegman RM. *Nelson: Essentials of pediatrics*. Philadelphia: Elsevier; 2019.
15. Zhu XH, Heng ZJ, Liu WY. Viral and

bacterial etiology of acute diarrhea among children under 5 years of age in Wuhan, China. *Chin Med J (Engl)*. 2016;129(16):1190–6.

16. Departemen Ilmu Kesehatan Anak. *Panduan Praktik Klinis Pediatri*. Banjarmasin: Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat; 2017.
17. Juffrie M, Soenarto SY, Oswari H. *Buku Ajar Gastroenterologi-Hepatologi*. 2010. 87–120 hal.
18. Hapsari AI, Gunardi H. Hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku orangtua tentang diare pada balita di rscm kiara. *Sari Pediatr*. 23M;19(6):316–20.
19. Irwan. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Yogyakarta: Absolute Media; 2019.