**Penatalaksanaan Holistik pada Pasien Anak 1 Tahun dengan Diare Cair Akut melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Simpur**

**Muhammad Arifin Ilham1, Winda Trijayanti Utama2**

1,2 Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Muhammad Arifin Ilham, alamat Jl. Lintas Basungan, Pagar Dewa, Lampung Barat, e-mail csilham234@gmail.com

*Received : 15 Januari 2025 Accepted : 17 Maret 2025 Published : 20 Juni 2025*

**ABSTRAK:** Kematian anak usia dini umum terjadi di negara berkembang dengan diare sebagai salah satu penyebab kematian. Setiap tahun terdapat 2,5 miliar kasus diare yang tercatat pada anak kecil dengan 1.400 kematian setiap harinya. Diare dapat menyebabkan kekurangan hidrasi, perkembangan terhambat, dan kurangnya nutrisi sehat pada anak. Dampak yang ditimbulkan oleh diare memerlukan peran pasien dan keluarga dalam mengantisipasi dan memberikan pertolongan pertama. Jadi peran dokter keluarga sangat penting dalam menangani pasien secara komprehensif dan menyeluruh. Intinya adalah menerapkan prinsip pendekatan dokter keluarga yang menyeluruh dalam mengenali variabel risiko internal dan eksternal serta memahami masalah berdasarkan *evidence based medicine* yang merupakan pendekatan dan pemahaman keluarga yang berpusat. Pemikiran ini dapat berupa gambaran grafis dari laporan kasus. Informasi penting diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Informasi tambahan diperoleh dari catatan pengobatan yang terus-menerus. Kasus ini bermula dari laporan kasus anak usia 1 tahun yang mengalami BAB cair selama 2 hari. BAB cair paling sering terjadi dan memiliki peluang kejadian internal dalam lingkungannya. Pemberian obat telah dilakukan pada pasien dengan BAB cair dengan menggunakan *evidence based medicine* dan konseling menggunakan media gambar terkait BAB cair. Pemberian obat secara menyeluruh dengan pendekatan pengobatan keluarga diperlukan pada pasien dengan BAB cair yang parah untuk mengurangi keluhan dan mengantisipasi kekambuhan penyakit..

**Kata Kunci :** Diare Cair Akiut, Holistik, Tatalaksana

**Holistic Management of 1 Year Old Child Patients with Acute Watery Diarrhea Through a Family Medicine Approach in the Simpur Health Center Work Area**

**ABSTRACT:** Early childhood mortality is common in developing countries with diarrhea as one of the causes of death. Every year there are 2.5 billion cases of diarrhea recorded in young children with 1,400 deaths every day. Diarrhea can cause lack of hydration, stunted development, and lack of healthy nutrition in children. The impact caused by diarrhea requires the role of patients and families in anticipating and providing first aid. So the role of family doctors is very important in treating patients comprehensively and thoroughly. The point is to apply the principle of a comprehensive family doctor approach in recognizing internal and external risk variables and understanding problems based on evidence-based medicine which is a family-centered approach and understanding. This thinking can be in the form of a graphical depiction of a case report. Important information is obtained through autoanamnesis and alloanamnesis, physical examination, and home visits. Additional information is obtained from ongoing treatment records. This case begins with a case report of a 1-year-old child who experienced loose stools for 2 days. Loose stools are most common and have the potential for internal events in their environment. Drug administration has been carried out on patients with loose stools using evidence-based medicine and counseling using image media related to loose stools. Comprehensive drug administration with a family treatment approach is needed in patients with severe loose stools to reduce complaints and anticipate disease recurrence.

**Keyword:** Acute Watery Diarrhea, Holistic, Management

DOI :

**PENDAHULUAN**

Diare akut merupakan kondisi Dimana perubahan frekuensi buang air besar menjadi lebih sering dari biasanya atau perubahan konsistensi tinja menjadi lebih encer, atau keduanya dalam waktu kurang dari 14 hari. Biasanya disertai dengan gangguan saluran pencernaan lainnya seperti mual, muntah, dan nyeri perut, terkadang disertai demam, darah dalam tinja, dan tenesmus (tanda-tanda diare). Diare juga dapat dicirikan sebagai buang air besar dalam bentuk cair atau semi-cair, kadar air dalam tinja lebih dari biasanya, lebih dari 200 g atau 200 ml/24 jam1

Diare bisa menjadi masalah global di banyak negara, terutama di negara berkembang, karena merupakan salah satu penyebab utama kesengsaraan dan kematian. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2017 menyatakan bahwa terdapat sekitar 1,7 miliar kasus buang air besar pada anak kecil dan menyebabkan kematian 525.000 anak kecil setiap tahunnya.2

Di Indonesia, salah satu masalah kesehatan umum dengan prevalensi tinggi adalah Diare. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Indonesia, prevalensi Diare pada tahun 2018 sebesar 37,88% atau sekitar 1.516.438 kasus pada anak kecil. Prevalensi tersebut meningkat pada tahun 2019 menjadi 40% atau sekitar 1.591.944 kasus pada anak kecil. Secara rinci, Riskesdas merinci, prevalensi BAB lembek lebih tinggi pada kelompok anak kecil yakni sebesar 11,4% atau sekitar 47.764 kasus pada anak laki-laki dan 10,5% atau sekitar 45.855 kasus pada anak perempuan.3

Kasus diare di Kota Bandar Lampung untuk semua umur tahun 2021 - 2023 cenderung meningkat, dimana kasus diare untuk semua umur tahun 2021 sebanyak 22.371 kasus, tahun 2022 sebanyak 3.724 kasus, sedangkan tahun 2023 meningkat menjadi 5.767 kasus.2 Dari hasil tersebut dapat dilihat kecenderungan peningkatan kasus tahun 2022 - 2023 dari pertengahan tahun hingga akhir tahun.3

Diare mencerminkan peningkatan kandungan air dalam tinja, baik karena gangguan penyerapan air atau sekresi air aktif oleh usus. Pada diare menular yang parah, volume tinja harian dapat melebihi 2 liter. Diare dapat diklasifikasikan menjadi akut dan kronis; sekretori, osmotik, inflamasi atau karena gangguan motilitas; menular dan tidak menular.4 Terkadang diare dapat muncul sebagai bagian dari gangguan gastrointestinal fungsional (FGIDs) ditandai dengan gejala gastrointestinal (GI) kronis dan berulang dengan patofisiologi ambigu.5

Diare yang terjadi terus menerus menyebabkan tubuh kekurangan air yang disebut dengan dehidrasi. Kondisi dehidrasi merupakan kodnisi kegawatdaruratan yang dapat menyebabkan kematian. Selain itu diare dapat menyebabkan kondisi gangguan kesehatan, dan gangguan tumbuh kembang pada anak.4 Orang tua pasien harus peka terhadap kondisi pasien, menegnali tanda gejala kegawat daruratan dan melalukan penolongan perta dan terpenting pencegahan supaya tidak terjadi kondisi berulang. Penyebab tingginya frekuensi BAB lembek adalah perlunya informasi seputar BAB lembek.6

Oleh karena itu, diperlukan edukasi bagi pasien dan keluarga seputar diare. Hal ini menunjukkan bahwa peran dokter keluarga dalam menangani pasien diare secara komprehensif dan menyeluruh, baik dari segi antisipasi, pengobatan, pengawasan, maupun pemulihan bagi anggota keluarga yang sakit sangatlah penting.5

## TUJUAN STUDI

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk:

1. Mengidentifikasi faktro risiko eskternal dan internal serta masalah klinis pada pasien
2. Pemanfaatan layanan dokter keluarga berbasis Evidance Based Medication pada pasien dan penatalaksanaan yang berbasis sistem pemahaman masalah dengan pendekatan yang berpusat pada pasien, berbasis komunitas dan keluarga.

## ILUSTRASI KASUS

Pasien An. K berusia 1 tahun datang ke Puskesmas Simpur pada tanggal 21 Mei 2024, pasien datang ke layanan kesehatan dengan keluhan utama buang air besar (BAB) cair selama 2 hari. Pasien mengeluhkan BAB dalam sehari sudah 5 kali disertai dengan keluhan lemas. Menurut ibu pasien, dalam sehari, pasien BAB sebanyak lima kali dengan jumlah setiap kali BAB cair sebanyak setengah gelas ukuran 200 cc. Fases atau tinja pasien berwarna coklat kekuningan dengan konsistensi cair, dan tidak disertai ampas, lendir dan darah. Keluhan disertai dengan peningkatan suhu tubuh yang hilang timbul sejak 1 hari yang lalu. Tidak ada keluhan batuk, pilek, sesak nafas, muntah dan kejang. Pasien tampak lemas dan rewel.

Diketahui bahwa ibu pasien tidak berobat ke tempat lai , belum mengkonsumsi obat-obatan dan baru pertama kali dibawa ke pelayanan kesehatan atau mengonsumsi obat untuk keluhan ini. Ibu pasien mengaku tidak tahu pengobatan apa yang harus diberikan. Pasien hanya diberi ASI terus-menerus agar tidak dehidrasi. Ibu pasien menjelaskan pasien tidak nafsu makan pasien tetapi pasien mau minum jika diberikan asi Ibu pasien mengira jika tidak berobat, kondisi pasien akan menurun sehingga pasien memeriksakan diri ke Puskesmas.

Selama kehamilan pasien, ibu pasien tidak rutin mengonsumsi tablet tambah darah. Berat Badan lahir pasien 2700 gram, panjang 43 cm, lahir cukup bulan pervaginam, menangis cepat tanpa komplikasi. Persalinan ditolong oleh dokter spesialis kandungan dan kebidanan. Ibu pasien mengaku bahwa bayinya langsung diberikan air susu ibu (ASI) atau Early Breastfeeding Start (IMD). Bayinya berhenti mendapatkan ASI saat berusia dua tahun. Pemberian MP-ASI pada awalnya berupa bubur saring pada usia 6-9 bulan, pada usia 9-12 bulan bayi sudah mulai diberikan makanan orang dewasa dengan tekstur yang halus, sejak usia 12 bulan hingga saat ini bayi sudah diberikan makanan orang dewasa dengan tekstur yang sama seperti yang diberikan oleh ibu dan ayahnya.

Diketahui bahwa pasien makan makanan sehari-hari sebanyak tiga kali. Pasien sudah mengkonsumsi makanan pendukung ASI seperti telur dan sayuran yang dihaluskan. Namun, bayi terkadang tidak menghabiskan makanannya. Bayi juga perlu mengonsumsi sayur dan buah. Namun, ibu pasien mengaku bahwa ia hanya memberikan buah seminggu sekali. Menurut pendapat ibu pasien, buah tidak diperlukan untuk makanan sehari-hari. Pasien akan meminta ibunya untuk menyediakan makanan ringan di sekitar rumahnya, seperti makanan ringan atau minuman dingin hampir setiap hari pada siang atau malam hari.

Ibu pasien mengaku imunisasi yang diberikan pasien sudah lengkap dan rutin kontrol ke puskesmas. Ibu pasien jarang memperhatikan kebersihan tangan saat menyiapkan makanan. Pasien sering melakukan aktivitas di luar rumah seperti bermain dengan teman-temannya. Jarak rumah pasien dengan puskesmas sekitar tiga kilometer. Ibu pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yang mengalami keluhan serupa dan tidak mengetahui apakah ada tetangga yang mengalami keluhan serupa. Dalam sesi tanya jawab ditemukan bahwa ibu pasien tidak mengetahui penyebab pasien diare, tetapi mengaku mengetahui jika tidak diobati bisa berbahaya karena bisa menyebabkan dehidrasi. Dengan mencari pengobatan, ibu pasien yakin keluhan yang dialami pasien bisa berkurang dan bisa kembali beraktivitas seperti biasa.

## METODE

Penelitian merupakan laporan kasus. Informasi penting diperoleh melalui autoanamnesis dari anggota keluarga pasien, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Informasi tambahan diperoleh dari catatan medis pasien. Penilaian didasarkan pada kesimpulan menyeluruh dari awal, persiapan, dan kesimpulan dari pertimbangan subjektif dan kuantitatif.

## DATA KLINIS

**Anamnesis**

Pasien anak usia 1 tahun datang dengan keluhan utama BAB cair selama 2 hari. Pasien mengeluhkan BAB dalam sehari sudah 5 kali disertai dengan keluhan lemas. Buang Air Besar konsistensi cair berwarna coklat kekuningan, tidak disertai ampas, lendir dan darah. Keluhan disertai dengan demam sejak 1 hari yang hilang timbul dan tidak memberat pada kondisi atau waktu tertentu. Nafsu makan pasien berkurang dan pasien tampak lemas. Pasien belum diberikan obat apapun dan hanya minum air putih saja. Pasien kemudian periksa ke Puskesmas.

## Pemeriksaan Fisik

Pasien Tampak sakit sedang dengan kesadaran Compos mentis, nilai GCS (Glasgow Coma Scale) 15, saat dilakukan pemeriksaan pasien tidak kooperatif; frekuensi nadi 115x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu tubuh 37,8 °C. Pasien mempunya berat badan 10 kg dengan panjang badan 77 cm. Status gizi pasien didapatkan BB/U -2 SD<Z<1 SD (berat badan normal), TB/U -2 SD<Z<3 SD (normal), BB/TB -2 SD<Z<1 SD (gizi baik).

## Status Generalis

Pada pemerikaan kepala pasien didapatkan persebaran Rambut merata, tidak didapatkan mata cekung, konjungtifa pucat dan kuning tidak ditemukan, pemeriksaan telinga, hidung dan tenggorokan tidak ditemukan adanya kelainan. Pemeriksaan leher tidak ditemukan adanya pembesaran Kelenjar getah bening. Pemeriksaan paru pergerakan dinding dada simetris, palpasi tidak ditemukan masa dan nyeri tekan, fremitus taktil simetris, perkusi seluruh lapang paru sonor dan di dapatkan auskultasi vesikuler kedua lapang paru tidak ditemukan wheezing dan ronkhi. Pemeriksaan jantung tidak terlihat iktus kordis, palpasi iktus kordis teraba pada intercostalis 5, tidak ditemukan pembesaran jantung pada hasil perkusi batas jantung,pada auskultasi bunyi jantung I dan II regular, tidak ditemukan murmur dan gallop.

Pemeriksaan abdomen ditemukan perut cembung, auskultasi ditemukan bising usus sebanyak 10x/menit, nyeri tekan abdomen sulit dinilai dan tidak ditemukan pembesaran hepar dan limpa, perkusi timpani pada lapang abdomen. Pemeriksaan ekstremitas superior dan inferio ditemukan akral hangat, CRT kurang dari 2 detik, dan tidak ditemukan edema. Hasil pemeriksaan fisik menunjukan Kesan tidak ditemukan adanya dehidrasi

## DATA KELUARGA

Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara, tinggal bersama ayah, ibu, dan dua orang saudara kandung. Ayah pasien (Tn. G berusia 47 tahun) berprofesi sebagai petani dan ibu pasien (Ny. W berusia 41 tahun) berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Kakak perempuannya (An. S berusia 17 tahun) dan kakak laki-lakinya (An. R berusia 11 tahun) berstatus mahasiswa. Keluarga pasien merupakan keluarga inti. Ayah pasien sebagai kepala keluarga yang menjadi pengambil Keputusan dengan mendiskusikan bersama ibu pasien. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari bersumber dari gaji ayah pasien dengan penghasilan sekitar tiga juta rupiah per bulan. Kecerdasan mental pasien dalam keluarga terlihat sangat baik. Keterkaitan antar anggota keluarga sangat erat. Keluarga selalu menyempatkan waktu untuk berkumpul bersama di malam hari. Komunikasi dalam keluarga sangat erat.

Keluarga pasien selalu mengutamakan kebersamaan dalam urusan rumah tangga. Keluarga mendukung pencarian pengobatan apabila ada anggota keluarga yang Sakit dan salah satu anggota keluarga selalu mendampingi saat berobat. Perilaku pengobatan tetap mengutamakan pengobatan, yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan apabila ada keluhan yang sakit dan mengganggu aktivitas. Biaya pengobatan pasien diperoleh dari BPJS. Jarak rumah ke tempat pelayanan kesehatan kurang dari 3 km. keluarga pasien mengetahui pola hidup sehat dan aktivitas fisik yang perlu dilakukan untuk pasien.

## Genogram

Genogram keluarga An. K dibuat pada tanggal 21 Mei 2024 dapat dilihat pada gambar 1.

 Gambar 1. Genogram Keluarga An. K

***Family Mapping***

Hubungan antar keluarga An. K dapat dilihat pada gambar 2.



**Gambar 2.** *Family Map* Keluarga An. K

***Family APGAR Score***

**Tabel 1.** Family APGAR Score

|  |  |
| --- | --- |
| **APGAR** | **Skor** |
|  ***Adaptation*** | Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan | **2** |
| ***Partnership*** | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya | **1** |
| ***Growth*** | Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya | **2** |
| ***Affection*** | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta | **1** |
| ***Resolve*** | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama | **2** |
| **Total** | **8** |

**Interpretasi :** Total *Family Apgar Score* yaitu 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

***Family SCREEM***

SCREEM Score merupakan penilaian untuk mengukur gangguan fungsi pada keluarga dengan hasil antara lain:

**Table 2**. Family SCREEM Score

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ketika seorang anggota keluarga ada yang sakit | SS | S | TS | STS |
| S1 | Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami | V |  |  |  |
| S2 | Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami |  | V |  |  |
| C1 | Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami |  | V |  |  |
| C2 | Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami |  | V |  |  |
| R1 | Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami | V |  |  |  |
| R2 | Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami |  | V |  |  |
| E1 | Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami |  | V |  |  |
| E2 | Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami |  | V |  |  |
| A1 | Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi penyakit |  |  | V |  |
| A2 | Pengetahuan dan pendidikan kami cukup untuk merawat penyakit anggota keluarga kami |  |  | V |  |
| M1 | Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami | V |  |  |  |
| M2 | Dokter, perawat dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga | V |  |  |  |
| Total | 26 |

Dari hasil skoring SCREEM mendapatkan hasil 26, dapat disimpulkan fungsi keluarga An. K memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai

***Family Lifecycle***

**Gambar 3.** Family LifeCycle An. K

Pada *Family lifecycle* didpatkan siklus Duvall pada keluarga An. K berada dalam tahap keluarga dengan anak remaja.

## Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen pribadi berpenghuni 5 orang yang terdiri dari ayah, ibu, pasien, dan dua orang saudara kandung. Jarak antara rumah dengan puskesmas sekitar 3 km dan dapat ditempuh dengan kendaraan pribadi. Lingkungan tempat tinggal tidak termasuk padat penduduk namun jarak anatar rumah satu dengan rumah yang lain tidak terlalu jauh. Rumah pasien memiliki luas 13 x 8 meter, memiliki halaman depan, memiliki tiga kamar, satu ruang tamu dan ruang keluarga, dapur permanen di belakang rumah, dan satu kamar mandi di sisi kanan belakang rumah. Lantai rumah terbuat dari semen dan diberi sekat bata yang dilapisi cat putih di ruang tamu, setiap kamar. Pada bagian dapur terdapat atap genteng tanpa plafon. Jumlah ventilasi dan sirkulasi udara cukup baik, cahaya matahari masih masuk ke dalam rumah dengan cukup. Kondisi kamar tempat pasien beristirahat lembab karena sirkulasi udara kurang baik dan jendela tidak dapat dibuka, ruang tamu dan ruang keluarga mendapatkan cahaya dan sirkulasi yang cukup dari pintu masuk utama. Secara keseluruhan, ruangan tampak sangat bagus dan kebersihan di dalam dapur sangat terjaga, perabotan keluarga sangat tertata. Rumah tersebut saat ini menggunakan listrik. Ruang dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air mendidih. Sumber air diperoleh dari air sumur bor. Limbah disalurkan ke saluran di belakang rumah. Bagian kamar mandi terdapat WC jongkok. Tempat sampah berada di luar rumah dan juga dapur. Lingkungan pribadi pasien sangat padat.

## Denah Rumah

****

Keterangan : 



**Gambar 4.** Denah Rumah An. K

## DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

1. **Aspek Personal**
	* Alasan Kedatangan: BAB cair selama 2 hari. Pasien mengeluhkan dalam sehari sudah 5 kali BAB disertai dengan keluhan demam yang hilang timbul sejak 1 hari yang lalu.
	* Kekhawatiran: orang tua pasien merasa takut kondisi pasien kekurangan cairan dan memburuk
	* Persepsi: orang tua belum mengetahui penyebab penyakit pasien. Persepsi ibu pasien terhadap penyakitnya, ibu pasien berfikir jika tidak dilakukan pengobatan kondisi pasien makin memburuk dengan kekurangan cairan
	* Harapan: orah tua paham terkait penyebab penyakitnya dan mendapatkan pengobtan agar keluhan membaik dan pasien dapat beraktivitas seperti biasa.

## Aspek Klinis

## Gastroenteritis (ICPC-2: D.73; ICD-X: A.09)

## Aspek Risiko Internal

* + Pasien suka mengkonsumsi jajanan yang tidak sehat dan terkadang lupa mencuci tangan sebelum makan.
	+ Kebersihan diri pasien kurang baik.

## Aspek Risiko Eksternal

* + Keluarga kurang informasi tentang faktor risiko yang berhubungan dengan penyebab penyakit yang diderita oleh pasien ( ICD X Z55.9).
	+ Kurangnya pengawasan dan dukungan keluarga terkait makanan sheta bergizi dan kebersihan diri.
	+ Lingkungan rumah dan lingkungan disekitar tempat tinggal pasien yang kurang sehat

## Derajat Fungsional

Pasien mempunyai derajat fungsional 2 (dua) yaitu masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari – hari di dalam maupun di luar rumah.

**RENCANA INTERVENSI**

Intervensi yang diberikan berada dalam kerangka pengobatan dan non pengobatan yang berkaitan dengan kesembuhan pasien. pengobatan mengarah pada berkurangnya keluhan. Terapi non pengobatan berada dalam kerangka pemberian informasi dan konseling kepada keluarga pasien terkait perjalanan penyakit, mulai dari penyebab hingga pengobatan dan komplikasi yang dapat terjadi. Terapi mengarah pada antisipasi kekambuhan penyakit yang sama.

Dilaksanakan tiga kali pertemuan. Pertemuan pertama untuk menelaah informasi yang terkumpul selama pasien berkunjung ke puskesmas dan dilanjutkan dengan menggali informasi langsung ke rumah pasien. Pertemuan kedua untuk pemberian terapi ke rumah pasien dengan memberikan edukasi terkait penyakit pasien dan pertemuan ketiga untuk menilai terapi yang telah dilakukan. terapi yang dilakukan dibagi menjadi terapi yang berfokus pada pasien, terapi berfokus pada keluarga, dan terapi yang berfokus pada komunitas. Media yang digunakan adalah brosur seputar diare, cara mencuci tangan dan pola hidup sehat.

Terapi yang dapat dilakukan untuk mengantisipasi diare pada pasien adalah melalui program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam keluarga. Salah satu contohnya adalah buang air besar di dalam kamar mandi, bukan di sungai atau di mana pun. Penjelasan tentang pentingnya cuci tangan sehingga tercipat kebiasan untuk mencuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar. Pasien dan orang tua dianjurkan untuk mencuci tangan mereka secara teratur.

**Tabel 3.** Target Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosis Holistik** | **Target Terapi** |
| Diare Cair Akut | 1. Pencegahan dehidrasi
2. Menurunkan frekuensi BAB
3. Pencegahan diare
 |

## Patient Center Non-Farmakologi:

1. Pemberian informasi dan konseling kepada orang tua dan pasien mengenai gaya hidup bersih dan sehat (mencuci tangan sebelum dan setelah buang air besar, memilih makanan yang bergizi dan higiensi.
2. Pemberian informasi dan konseling kepada orang tua pasien mengenai penyakit diare terkait faktor risiko yang menjadi penyebab, perjalanan penyakit hingga komplikasi dari diare.
3. Memberikan penjelasan kepada orang tua pasien pasien tentang makanan yang bergizi sehat dan seimbang (MP-ASI sesuai dengan usia baduta).
4. Edukasi dan konseling kepada orang tua pasien cara mencegah dehidrasi jika diare berulang dan segera bawa ke fasilitas terdekat jika ditemukan tanda-tanda dehidrasi.

## Farmakologi

1. Oralit yang diberikan setiap pasien BAB (Dilarutkan satu sachet oralit ke dalam 100 ml air putih matang, kemudian diaduk hingga larut).
2. Zinc 20mg x 1 selama sepuluh hari

***Family Focused***

1. Pemberian informasi dan konseling kepada keluarga mengenai penyakit diare seperti pencegahan, faktor risiko yang menjadi penyebab, gejal awal dan tanda kegawatdaruratan, terapi serta mengikutsertakan keluarga dalam terapi penyakit pasien.
2. Menjelaskan kepada anggota keluarga mengenai gaya hidup bersih dan sehat.
3. Menjelaskan kepada keluarga terkait lingkungan tempat tinggal yang baik dan sehat.
4. Menjelaskan kepada anggota keluarga tentang gizi sehat dan seimbang.

***Community Oriented***

Memberikan edukasi dan inspirasi dengan memanfaatkan media cetak mengenai penyakit diare seperti pencegahan, faktor risiko yang menjadi penyebab, gejal awal dan tanda kegawatdaruratan, serta cara mencuci tangan yang baik dan benar serta mengkoordinasikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga agar pasien dapat menjalankan pola hidup bersih dan sehat.

## DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

1. **Aspek Personal**
	* Alasan Kedatangan: Evaluasi keluhan, keluhan sudah tidak ada
	* Kekhawatiran: Kekhawatiran orang tua pasien berkurang dengan meningkatnya pengetahuan ibu pasien tentang penyakit yang diderita pasien.
	* Persepsi: orang tua pasien sudah mengetahui penyebab diare. Persepsi orang tua pasien mengetahui pencegahan penyakit ini harus diawali dengan menjaga kebersihan diri, makanan dan lingkungan.
	* Harapan: orang tua pasien berharap dapat mengetahui penyakit pasien dan agar keluhan tidak terulang.

## Aspek Klinis

## Gastroenteritis (ICPC-2: D.73; ICD-X: A.09)

## Aspek Risiko Internal

* + Pasien mengetahui cara menjaga mengenai kebersihan diri yang baik.
	+ Pasien mengurangi kebiasaan membeli makanan ringan/jajanan di luar.
	+ Ibu pasien mengetahui cara menjaga kebersihan diri yang baik dan menerapkan pola hidup bersih dan sehat.

## Aspek Risiko Eksternal

* + Keluarga menjadi paham dan mengerti tentang penyakit diare akut berupa pencegahan, faktor risiko yang menjadi penyebab, tanda gejala serta pengobatan pasien (ICD X Z55.9).
	+ Keluarga mulai mendukung mengenai kebersihan diri pada pasien.
	+ Peningkatan pengetahuan keluarga mengenai pentingnya kebersihan diri.
	+ Pengetahuan keluarga mengenai kepentingan dan cara menjaga lingkungan rumah dalam mencegah munculnya penyakit pasien.
	+ Peningkatan pengetahuan keluarga mengenai makanan yang mengandung gizi sehat dan seimbang.

## Derajat Fungsional

Derajat fungsional 2 (dua) yaitu mampu melakukan perawatan diri dan aktivitas ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

**PEMBAHASAN**

Penyakit diare akut adalah penyebab umum kunjungan klinik dan rawat inap. Diare adalah buang air besar sebanyak tiga kali atau lebih yang encer atau berair dalam 24 jam. Diare akut adalah ketika gejala biasanya berlangsung kurang dari dua minggu; namun, beberapa ahli mendefinisikan akut kurang dari tujuh hari, dengan tujuh hingga 14 hari dianggap berkepanjangan.7

Telah dilakukan suatu tindakan pada pasien An. K umur 1 tahun, pasien datang dengan keluhan BAB encer, tidak berlendir atau berdarah sejak 2 hari yang lalu disertai keluhan demam yang hilang timbul sejak 1 hari yang lalu. Setelah dilakukan tindakan intensif berupa penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui pemberian obat dan intervensi non farmakologis. Tindakan ini dilakukan sebanyak 4 kali, pertama kali pasien berobat ke Puskesmas Simpur, kemudian dilakukan komunikasi dengan media WhatsApp dan melakukan kunjungan rumah yang dilakukan sebanyak 3 kali yaitu melakukan identifikasi masalah kesehatan pada kunjungan pertama, konsultasi pada kunjungan kedua dan asesmen pada kunjungan ketiga.

Hasil Anamnesis didapatkan data keluhan kesehatan pasein, kondisi keluarga, psikis, sosial dan ekonomi rumah tangga pasien. Pemeriksaan fisik juga dilakukan pada pasien. Terapi intensif pada keluhan BAB cair yang dialami pasien lebih dari 5 kali dalam sehari disertai demam. Gejala bab cair sudah dirasaka selama 2 hari. Pemeriksaan fisik didapatkan bahwa frekuensi nadi: 115x/menit; pernafasan: 22x/menit; suhu tubuh: 37,8 °C; berat badan: 10 kg; panjang badan: 77 cm; Status gizi pasien didapatkan BB/U: -2 SD<Z<1 SD (berat badan normal); TB/U: -2 SD<Z<3 SD (normal); BB/TB: -2 SD<Z<1 SD (gizi baik).

Diare dapat dikategorikan sebagai inflamasi atau noninflamasi, dan kedua jenis tersebut memiliki penyebab menular dan tidak menular. Diare menular non-inflamasi seringkali disebabkan oleh virus dan merupakan manifestasi yang paling umum. Namun, penyebab bakteri juga umum dan mungkin terkait dengan perjalanan atau penyakit bawaan makanan.

Anamnesis untuk pasien dengan diare akut harus mencakup onset dan frekuensi gejala, karakter feses, tinjauan sistem yang terfokus termasuk demam dan gejala lainnya, dan evaluasi pajanan dan faktor risiko. Pemeriksaan fisik harus mencakup evaluasi untuk tanda-tanda dehidrasi, sepsis, atau potensi proses pembedahan. Dengan anamnesa yang didapatkan serta hasil pemeriksaan fisik, pasien didiagnosa sebagai diare cair akut.

Penyebab diare meliputi kontaminasi, malabsorpsi, kerusakan atau kepekaan terhadap makanan. Jika diare terjadi sebelumnya dengan makan atau minum dari sumber yang kurang steril, maka kemungkinan penyebabnya adalah infeksi. Rotavirus merupakan golongan virus yang menjadi penyebab utama diare pada anak-anak (60-70%).8 Faktor risiko untuk diare meliputi kebersihan pribadi yang buruk, higienitas lingkungan yang buruk, alergi laktosa, , riwayat penyakit imunitas, atau penyakit yang berhubungan dengan menular seksual.9 Pada pasien, terdapat faktor risiko seperti kebersihan pribadi dan sanitasi lingkungan yang buruk. Hal ini memperkuat kemungkinan bahwa penyebab diare pada pasien mungkin adalah infeksi. Berdasarkan pemeriksaan fisik, didapatkan kesadaran compos mentis, frekuensi dan kualitas denyut nadi normal, frekuensi napas normal, mata tidak tampak cekung, mulut dan lidah tidak ditemukan kelaianan, turgor kulit normal, CRT kurang dari dua detik, dan suhu tubuh hangat, suhu tubuh masih tampak baik sehingga termasuk dalam derajat diare cair akut tanpa kekurangan cairan atau dehidrasi.8,9

Gejala pada penderita gastroenteritis atau diare antara lain frekuensi lebih dari tiga kali sehari, perubahan konsistensi fase menjadi encer tanpa atau tidak disertai ampas, nyeri ulu hati, rasa ingin mengeluarkan makanan lewatn muntah. Berdasarkan penyebab penyakitnya, ciri-ciri BAB encer yang terjadi bisa beragam. BAB encer akibat infeksi ditandai dengan tinja encer, tanpa darah atau cairan tubuh, dan dapat disertai muntah, kekurangan cairan, dan kenaikan suhu tubuh yang cepat.10

Dari sudut pandang fisiopatologis, ada dua mekanisme dasar yang terlibat dalam terjadinya diare yaitu osmotik dan sekretori. Penyebab sekunder dari mekanisme ini, yaitu perubahan motilitas usus juga dapat terjadi. Mekanisme osmotik diamati ketika ada peningkatan osmolalitas luminal, seperti yang terjadi pada diare yang berhubungan dengan rotavirus, di mana terjadi kerusakan pada mukosa usus halus proksimal, mengakibatkan peningkatan laktosa yang tidak tercerna di lumen usus.8 Kelebihan laktosa ketika difermentasi oleh bakteri yang merupakan bagian dari mikroflora kolon, berasal dari asam lemak rantai pendek, radikal asam yang menjelaskan distensi dan nyeri perut, dan dalam beberapa kasus, hiperemia perianal.10

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan darah rutin dalam bentuk leukosit untuk memastikan adanya infeksi. Selain itu, pemeriksaan tinja lengkap untuk menentukan penyebab diare.9 Namun, pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang karena kemungkinan penyebabnya sudah diketahui. Diare yang berlangsung selama beberapa waktu tanpa pengobatan terapeutik yang memuaskan dapat menyebabkan kematian karena kekurangan cairan tubuh yang terjadi dalam keadaan syok hipovolemik atau karena gangguan biokimia dalam rangka asidosis metabolik yang progresif. Pada kasusu pasien ini, tidak ditemukan tanda-tanda krisis atau kegawatdaruratan.

Kekurangan cairan menyebabkan rasa haus, kehilangan berat badan, mata cekung, lidah kering, tulang pipi yang jelas, turgor kulit menurun, dan serak. Keluhan dan tanda-tanda ini disebabkan oleh kekurangan air isoton.11,12

Prosedur yang membantu untuk diare dimulai dengan tindakan pencegahan seperti penanganan gizi yang ketat, sanitasi, air, dan kebersihan alami yang dapat mencegah penularan, apabila diare menyebabkan penyakit lain, diperlukan pengendalian kondisi yang penting.12 Kasus dimana antisipasi tidak berhasil dan diare masih terjadi, tujuan pengobatan berikutnya adalah untuk mengelola penurunan berat badan, mencegah produksi air dan elektrolit yang berlebihan dan gangguan asam-basa, memberikan obat simptomatik, mengobati penyebab yang dapat diobati dan mengelola gangguan "tambahan" yang menyebabkan diare.13

Aspek terpenting adalah menjaga hidrasi dan keseimbangan elektrolit yang adekuat selama episode akut. Hal ini dilakukan dengan rehidrasi cairan oral, yang harus dilakukan pada semua pasien, kecuali mereka tidak dapat minum atau diare parah yang mengancam jiwa memerlukan hidrasi intravena.12

Pada situasi awal, sediaan cairan/serbuk hidrasi oral dapat diberikan setiap kali terjadi diare. Jumlah cairan yang diberikan dapat dihitung berdasarkan jumlah cairan yang hilang dari tubuh, kemudian untuk menstabilakn kondisi pasien diberikan cairan pemeliharaan sesuai dengan kebutuhan pasien. Larutan rehidrasi oral harus terdiri dari natrium klorida, natrium bikarbonat, kalium klorida, dan glukosa. Larutan yang sering digunakan sudah tersedia dalam kemasan yang dikenal dengan oralit.14

Pasien harus minum cairan sebanyak mungkin sejak pertama kali merasa haus. Bila diperlukan terapi intravena, dapat diberikan cairan normotonik seperti salin normal atau Ringer laktat, suplemen kalium diberikan sesuai dengan pedoman kimia darah. Status hidrasi harus dipantau dengan baik dengan memperhatikan tanda-tanda vital, pernapasan, dan urin, serta menyesuaikan infus bila perlu. Pemberian harus segera diganti dengan cairan rehidrasi oral.15

Kedua, berikan zinc selama sepuluh hari berturut-turut meskipun diare telah berhenti. Tablet zinc dapat meningkatkan sistem imun sehingga dapat mencegah risiko diare kambuh dua hingga tiga bulan setelah pemulihan. Durasi dan keparahan diare serta mengembalikan nafsu makan dapat dengan pemberian zinc. Peran zin juga dapat sebagai antioksidan dan merangsang pertumbuhan dan pembelahan sel dan merupakan mediator potensial pertahanan tubuh terhadap infeksi.16

Ketiga, berikan makanan bergizi untuk mengantisipasi kekurangan gizi yang sehat. Dalam pemberian makanan bergizi, makanan yang diberikan harus tidak mengandung gas dan mudah diolah. Makanan diberikan sesuai dengan usia pasien dengan menu yang sama seperti saat pasien masih dalam keadaan sehat.15 Makanan diberikan lebih sering dari biasanya dengan porsi yang lebih kecil (setiap tiga sampai empat jam). Dua buah pisang atau satu botol jus jeruk diberikan untuk menggantikan kalium.17

Keempat, berikan anti mikroba pada kondisi diare yang lama. Pemberian anti mikroba secara eksperimental jarang dilakukan karena 40% kasus diare sembuh dalam waktu kurang dari tiga hari tanpa anti mikroba. Anti mikroba diberikan pada pasien dengan gejala dan tanda penyakit diare, seperti demam, tinja berwarna keruh, leukosit dalam tinja dan kondisi diare yang mengancam nyawa seperti pada penyakit diare dengan gangguan kekebalan tubuh. Anti mikroba yang diberikan meliputi kelompok kuinolon lainnya, yaitu siprofloksasin 2 x 500 mg/hari selama lima sampai tujuh hari, atau sulfametoksazol 160/800 dua kali satu tablet/hari.17 Pada kasus ini tidak ditemukan tanda-tanda anti mikroba sehingga tidak diberikan. Pemberian anti mikroba tanpa indikasi sangat berbahaya karena dapat mengganggu keseimbangan bakteri dalam saluran pencernaan akan memperpanjang jangka waktu diare.18

Kelima, orang tua diminta untuk melakukan skrining dan melakukan evaluasi ulang terkait tanda-tanda perburukan seperti BAB menurun atau menetap setelah tujuh hari, tanda-tanda kekurangan cairan seperti kesadaran menjadi lemah, tidak mau minum, jarang buang air kecil atau tidak buang air kecil dalam enam jam, mata cekung. Perlu juga diperhatikan adanya muntah terus-menerus, perubahan kondisi mental (tidak aktif, kurang perhatian, mudah tersinggung).19

Pada anak-anak, antidiare tidak diberikan, karena pada kondisi diare merupakan suatu respon tubuh untuk mengeluarkan kotoran rancun dengan meningkatkan motilitas usus sehingga terjadi diare. Pemberian antidiare akan menghambat pergerakan tersebut, sehingga menghambat pengeluaran racun kotoran melalui fases dan dapat menimbulkan komplikasi keluarnya usus atau prolaps usus. Kondisi ini dapat menjadi kondisi yang berbahaya dan memerlukan pembedahan.20

Kunjungan rumah pertama dilakukan pada hari Senin, 21 Mei 2024. Selama kunjungan, dilakukan pendekatan kepada pasien kemudian dilanjutkan dengan menjelaskan alasan kunjungan. Dilakukan anamnesis ulang secara menyeluruh meliputi aspek biologis, sosial ekonomi, dan perilaku pasien dan keluarganya. Dari hasil kunjungan, ibu pasien masih belum memahami penyakit yang diderita anaknya, yaitu diare, mulai dari penyebab, pengobatan, dan pencegahannya. Ibu pasien juga khawatir kondisi pasien akan semakin memburuk. Ibu pasien berharap agar anaknya segera pulih. Selama kunjungan, menggali informasi mengenai kondisi rumah pasien yang berada di daerah padat penduduk dan jarak rumah yang berdekatan.

Penilaian *family mapping* dan *fungsi keluarga*dikatakan baik dengan *Family Apgar Score* yang memiliki nilai sebesar delapan, yang berarti bahwa fungsi keluarga berjalan baik atau tidak ada keretakan dalam keluarga. Fasilitas dan sistem di rumah pasien mendukung semua kebutuhan ketenangan yang esensial, sekunder dan tersier. Media mediasi berupa poster karena diharapkan lebih mudah dalam melakukan intervensi.

Kunjungan kedua dilakukan pada hari Rabu, 23 Mei 2024 untuk melakukan intervensi dalam rangka konseling atau edukasi untuk bertukar informasi dengan keluarga pasien menggunakan media pengenalan berupa poster dengan fokus pada peningkatan pengetahuan keluarga pasien seputar diare, cara memilih makanan bergizi dan cara membuat menu agar pasien menyukai makanan seperti pemberian buah dan sayur. Keluarga pasien juga diberikan edukasi seputar diare hingga pencegahan dan edukasi cara mencuci tangan. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan memberikan pemahaman dan mengubah perilaku pasien dan keluarga yang berhubungan dengan penyakit yang dideritanya selama ini dan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Pada kunjungan kali ini dilakukan pemeriksaan fisik dan didapatkan hasil denyut nadi 112x/menit, laju pernapasan 21x/menit, suhu 36,5o C; SPO2 99%. Pemeriksaan lambung dalam batas normal. Edukasi dan motivasi pasien dan keluarga sangat penting untuk mengantisipasi infeksi serupa di kemudian hari.

Kunjungan ketiga pada hari Jumat, 31 Mei 2024, 1 minggu setelah dilakukan intervensi, dilakukan penilaian terhadap kesinambungan. Di tengah penilaian, penulis mengajukan beberapa pertanyaan terkait materi yang sudah dijelaskan dalam tahap intervensi, dan dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan informasi pada orang tua pasien. Saat ini orang tua dan keluarga lebih terbiasa mencuci tangan sebelum makan. Orang tua sudah mulai mau makan sayur seperti wortel dan bayam, meskipun masih sedikit, menurut orang tua pasien, pengolahan sayur lebih dibuat menarik dan saat makan sayur lebih dicampur dengan lauk.

Terapi yang dilakukan diharapkan dapat membantu pasien dan keluarga dalam mengatasi diare berulang. Selama kunjungan ini, pemberian dukungan berupa meningkatakan kesadaran juga terus dilakukan kepada orang tua dan keluarganya. Hal ini agar timbul kesadaran pola hidup sehat yang menjadi pencegahan utama sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya.

## KESIMPULAN

1. Didapatkan Pengetahuan mengenai kebersihan diri (cuci tangan) yang kurang dan kebiasaan makan makanan bergizi yang termasuk dalam faktor internal.
2. Didapatkan Pengetahuan mengenai diare, kebersihan diri, dan kebutuhan keluarga untuk menjaga kebersihan diri untuk mencuci tangan yang termasuk dalam faktor risiko eksternal.
3. Dilakukan intervensi berupa pendekatan keluarga dengan menggunakan media poster dan video edukasi mengenai diare, kebersihan diri dan lingkungan, serta ciri-ciri makanan bergizi dan pola makan yang baik.
4. Setelah dilakukan intervensi berupa pendekatan keluarga terdapat peningkatan pengetahuan orang tua pasien mengenai diare, kebersihan diri dan lingkungan serta menerapkan pola makan yang baik dan bergizi.

## SARAN

**Bagi pasien dan keluarganya**

1. Melakukan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Perlu meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai penyakit diare serta melakukan pengelolaan dengan baik.
3. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan dengan baik dan menjalani gizi sehat-seimbang.
4. Menghindari faktor risiko terjadinya diare

## Bagi Puskesmas:

1. Meningkatkan usaha promosi kesehatan kepada masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Meningkatkan usaha promosi kesehatan tentang pencegahan dan penanganan awal pada diare akut.
3. Dapat melanjutkan pembinaan keluarga untuk kasus ini

## Bagi Pembina Selanjutnya:

1. Pemantauan perkembangan penyakit pasien.
2. Memeriksa pasien jika keluhan bertambah berat.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Pedoman Pengendalian Penyakit Diare. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

2. World Health Organization. Database Pengeluaran Kesehatan Global. https://apps.who.int/ nha/database/Select/Indicators/en. Published 2019.

3. Riset Kesehatan Dasar. Profil Kesehatan Indonesia 2018. Kemenkes RI. 2019

4. Adejoke JA. An Overview of the Aetiologic Agents of Diarrhoea Diseases in Children: How far Have We Gone in Management and Control? Orig Artic Med J Zambia. 2017;44(4):266–75.

5. Savarino E, Zingone F, Barberio B, Marasco G, Akyuz F, Akpinar H, et al. Functional bowel disorders with diarrhoea: Clinical guidelines of the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. United Eur Gastroenterol J. 2022;10(6):556–84.

6. Motto SY, Masloman N, Manoppo JC. Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare pada Anak di Puskesmas Bahu Manado. Jurnal e-Biomedik (eBM), Vol.1, Nomor 2. 2013, p. 806-811

7. Meisenheimer ES, Epstein C, Thiel D. Acute Diarrhea in Adults. Am Fam Physician. 2022;106(1):72–80.

8. Motto SY, Masloman N MJ. Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare pada Anak di Puskesmas Bahu Manado. J e-Biomedik. 2013;1(2):806-811.\

9. Hegar B. Bagaimana Menangani Diare pada Anak.2015.https://www.idai.or.id/artikel/klinik/ke luhan-anak/bagaimana-menangani diare-pada-anak

10. Bhutta ZA. Acute Gastroenteritis. Dalam: Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Canada: Elsevier; 2016.

11.Departemen Kesehatan. 2010. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Dasar. Jakarta: Depkes RI

12.Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al. Acute diarrhea in adults and children: A global perspective. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. J Clin Gastroenterol. 2013; 47(1): 12-20.

13. Zein U. Diare Akut Infeksius Pada Dewasa. Univ Sumatera Utara [Internet]. 2004;5(Tabel 1):1–8. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/543c724d-2cc1-3291-bb4e-a0746daabdbc/

14.Amin L. Tatalaksana Diare Akut. Continuing Medical Education. 2015;42(7):504-8.

15.Farrar J, Hotez FJ, Junghanss T, Kang G, Lalloo D, White N. Acute diarrhea. Manson’s Tropical Diseases. Elsevier; 2013.

16.Ikatan Dokter Anak Indonesia. Diare Akut. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2016.

17.Aditama TY. Buku Saku Lintas Diare. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2011.

18.Kementerian Kesehatan RI. PERMENKES No.5 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. 2014.

19.World Gastroenterology Organisation. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. United Kingdom: World Gastroenterology Organisation; 2012

20.Nelwan EJ. Diare akut karena infeksi Dalam: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, et al. Buku Ajar Penyakit Dalam Jilid I. Edisi ke-6. Jakarta: Interna Publishing. 2014