

**POLA PENGOBATAN PENYAKIT DIARE PADA ANAK DI
INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM KOTA BANJAR
SELAMA TAHUN 2003**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi (S.Farm)
Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia Jogjakarta



Oleh :

LINA AGUSTINA

99613242

**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
JOGJAKARTA
2004**

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI

**POLA PENGOBATAN PENYAKIT DIARE PADA ANAK DI INSTALASI
RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM KOTA BANJAR
SELAMA TAHUN 2003**

Oleh :

LINA AGUSTINA

99613242

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi
Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia

Tanggal: 24 Juli 2004

Ketua Penguji,

(Farida Hayati, M.Si, Apt)

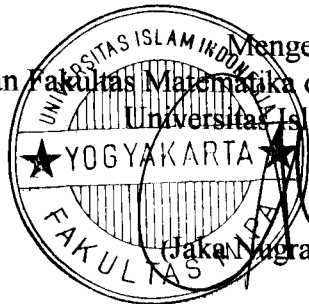
Anggota Penguji,

(Edy Widodo, M.Si)

Anggota Penguji,

(Sri Mulyaningih, M.Si, Apt)

Mengetahui
Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia



(Jaka Nugraha, M.Si.)

HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING SKRIPSI

SKRIPSI

**POLA PENGOBATAN PENYAKIT DIARE PADA ANAK DI INSTALASI
RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM KOTA BANJAR
SELAMA TAHUN 2003**

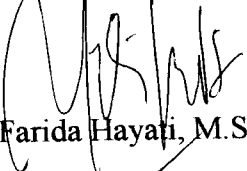


Oleh :

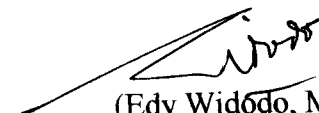
LINA AGUSTINA

99613242

Pembimbing Utama,


(Farida Hayati, M.Si, Apt)

Pembimbing Pendamping,


(Edy Widodo, M.Si)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.



Jogjakarta, 24 Juli 2004

Penulis,

Lina Agustina

HALAMAN PERSEMBAHAN

Allah menjawab doa kita melalui 3 jalan :

1. Allah berkata "Ya" dan memberikan apa yang kamu inginkan.
2. Allah berkata "Tunggu" dan memberikan kamu sesuatu yang lebih baik.
3. Allah berkata "Tidak" dan memberikan kamu yang terbaik.

Teruntuk:

Bapak dan Ibu

Teh Ina dan A Ogi

Adik-adik tersayang

Keponakanku Aninda

Aa Yuke tercinta



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini sebagai persyaratan untuk meraih gelar sarjana pada bidang studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.

Dalam penyusunan tugas akhir ini penulis banyak menerima bantuan baik moril maupun materil dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak dan Ibu orang tua penulis atas segala kasih sayang, bimbingan, pengorbanan dan pendidikan lahir batin dan yang telah diberikan selama ini.
2. Ibu Farida Hayati, M.Si,Apt selaku Ketua Jurusan Farmasi FMIPA UII dan sebagai Dosen Pembimbing Pengganti atas bantuan dan bimbingannya.
3. Ibu Ika Puspitasari, M.Si,Apt selaku Dosen Pembimbing atas bantuan dan bimbingannya ke arah perbaikan materi tugas akhir ini.
4. Bapak Edy Widodo, M.Si selaku Dosen Pembimbing Pendamping atas bantuan dan bimbingannya ke arah perbaikan materi tugas akhir ini.
5. Ibu Sri Mulyaningsih, M.Si,Apt selaku Dosen Penguji atas bantuan dan bimbingannya ke arah perbaikan materi tugas akhir ini.
6. Bapak H. Tisnawan EN,dr selaku Direktur Rumah Sakit beserta seluruh staf dan karyawan Rumah Sakit Umum Banjar atas segala bantuan dan bimbingannya.
7. Kawan seperjuangan Tin Sumarni dan Oki Kundi atas pengorbanan dan bantuannya serta motivasinya.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan informasi serta jalinan ukhuwah semoga bermanfaat bagi kehidupan.

Akhirnya tiada kata lain yang lebih pantas penulis ucapkan kecuali permohonan maaf atas segala kekurangan dalam hal materi pembahasan tugas akhir ini. Kritik dan saran selalu penulis harapkan dalam hal materi yang mungkin dapat menjadi perbaikan di moment penyusunan yang lain.

Jogjakarta, Juli 2004

Penulis

Lina Agustina

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
INTISARI	xi
ABSTRACT	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
BAB II STUDI PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka	4
1. Diare	4
2. Penyebab Diare	5
3. Dehidrasi	7
4. Etiologi dan Patofisiologi Diare	9
5. Diagnosis Diare	10
6. Penatalaksanaan Diare	12
7. Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito	14
8. Rumah Sakit	18
B. Keterangan Empiris	21
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Batasan Variabel Penelitian	22

B. Cara Pengambilan Data	23
1. Survei	23
2. Penentuan Sampel.....	23
3. Cara Pengambilan Sampel	24
C. Analisis Hasil	24
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
1. Gambaran Distribusi Umur Pasien	25
2. Diagnosa	26
3. Tes Laboratorium Sebagai Pendukung	27
4. Terapi Rehidrasi Penderita Diare	28
5. Golongan Dan Jenis Obat Pada Setip Kelompok Umur	30
6. Variasi Antibiotik Pada Setiap Kelompok Umur	33
7. Golongan dan Jenis Obat pada Penyakit Penyerta	39
8. Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito dengan Hasil Penelitian	41
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	42
B. Saran	43
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN	46

DAFTAR TABEL

Tabel I.	Penentuan derajat dehidrasi menurut WHO	8
Tabel II.	Standar pelayanan medis RSUP Dr. Sardjito	18
Tabel III.	Jumlah pasien dan jumlah sampel	24
Tabel IV.	Gambaran distribusi umur pasien	25
Tabel V.	Hasil diagnosis yang terjadi pada pasien	26
Tabel VI.	Gambaran tes laboratorium pada penyakit diare.....	27
Tabel VII.	Cairan rehidrasi yang digunakan dalam terapi	29
Tabel VIII.	Golongan dan jenis obat yang digunakan pada kelompok umur 0-1 tahun	30
Tabel IX.	Golongan dan jenis obat yang digunakan pada kelompok umur 1-5 tahun	31
Tabel X.	Golongan dan jenis obat yang digunakan pada kelompok umur 5-14 tahun	32
Tabel XI.	Golongan antibiotik yang digunakan pada kelompok umur 0-1 tahun	34
Tabel XII.	Golongan antibiotik yang digunakan pada kelompok umur 1-5 tahun	35
Tabel XIII.	Golongan antibiotik yang digunakan pada kelompok umur 5-14 tahun	36
Tabel XIV.	Golongan dan jenis obat dengan penyakit penyerta batuk	39
Tabel XV.	Golongan dan jenis obat dengan penyakit penyerta pilek	39
Tabel XVI.	Standar pelayanan medis RSUP Dr. Sardjito dengan hasil penelitian	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Data Pasien, Obat Yang Digunakan Dan Tes Laboratorium Penderita Diare Di Instalasi Rawat Inap RSUD Banjar.....	46
Lampiran 2	Golongan Dan Jenis Obat Yang Digunakan Penderita Diare Di Instalasi Rawat Inap RSUD Banjar.....	68
Lampiran 3	Standar Pelayanan Medis RSUD Dr. Sardjito.....	69
Lampiran 4	Surat Keterangan Penelitian.....	72



POLA PENGOBATAN PENYAKIT DIARE PADA ANAK DI INSTALASI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM BANJAR SELAMA TAHUN 2003

Kesehatan merupakan kebutuhan utama bagi setiap manusia, kebutuhan kesehatan bagi anak-anak sangat penting terutama di masa pertumbuhan dan perkembangan fisik serta mentalnya. Salah satu penyakit yang sering di derita anak-anak adalah diare. Diare merupakan masalah kesehatan di sebagian besar negara berkembang dan menjadi penyebab kematian pada bayi dan anak-anak di bawah usia 5 tahun. Mengingat usia anak-anak sangat berperan dalam kejadian diare maka telah dilakukan penelitian tentang pola pengobatan penyakit diare pada anak di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum kota Banjar selama tahun 2003. Berdasarkan laporan pola pengobatan dari unit rekam medik, anak-anak yang menderita penyakit diare sebanyak 623 kasus selama tahun 2003 dan kasus tersebut di data untuk dilihat polanya. Penelitian ini dilakukan dengan rancangan diskriptif non analitik meliputi pengumpulan data secara retrospektif dan bahan penelitiannya adalah kartu rekam medik. Dari penelusuran data 120 kasus semuanya dinyatakan dengan diagnosis akhir Gastroenteritis. Pola pengobatan tersebut meliputi terapi rehidrasi, tes penunjang, golongan dan jenis obat yang digunakan serta variasi antibiotik yang digunakan. Secara umum pola pengobatan penyakit diare pada anak masih belum memenuhi standar penatalaksanaan diare dalam Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta.

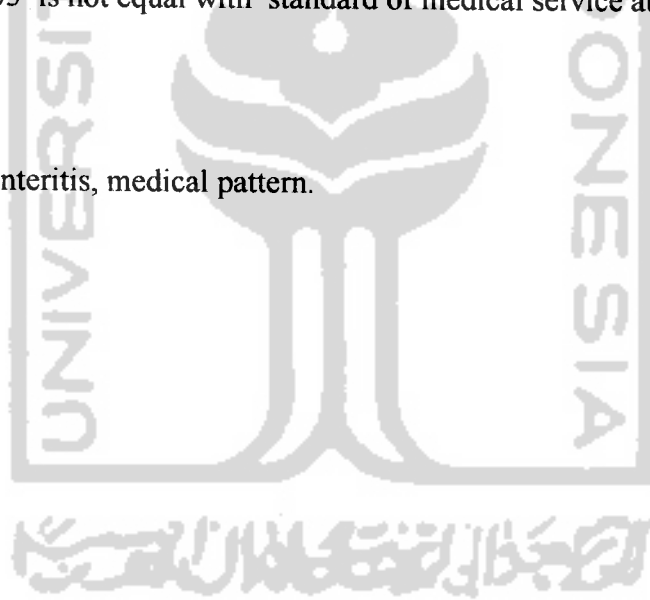
Kata kunci : Diare, pola pengobatan.



**PATTERN MEDICATION OF DIARRHOEA
AT CHILDREN IN PATIENT OF BANJAR PUBLIC HOSPITAL IN
YEAR 2003**

Healthy is very important for every human being, healthy for the children is very important especially in a period of growth and the development of their physical and also their mentality. One of the disease which often in children distress is diarrhoea. Diarrhoea represent the problem of health in developing countries and become cause of death at children and baby under 5 years old. Considering age of children so important central in occurrence of diarrhoea hence have been conducted research about pattern medication of diarrhoe at children inpatient of Banjar public hospital in year 2003 counted 623 cases during year 2003 and the case in data for look its pattern. This research cover device of non analytic descriptive. Collecting data by retrospektive method and medical record. From the research, 120 cases use as a sample. The medication pattern consist of therapy of rehidrasi, inspection of laboratory, type and kind of medicine which is used, and varian of antibiotic which is used. Generally, pattern medication of diarrhoe at children inpatient of banjar public hospital in year 2003 is not equal with standard of medical service at public hospital in Jogjakarta.

Key word : Gastroenteritis, medical pattern.



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi setiap manusia. Kebutuhan akan peningkatan taraf kesehatan ini menyebabkan orang berusaha memperbaiki kualitas kesehatannya. Kebutuhan akan kesehatan ini bukan hanya untuk orang dewasa akan tetapi bagi anak-anak juga tidak kalah pentingnya. Terutama di masa pertumbuhan dan perkembangan fisik serta mentalnya yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup anak dimasa depan. Salah satu penyakit yang sering diderita oleh anak-anak adalah diare (Triatmojo,1993).

Diare hingga kini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat Indonesia yang utama baik ditinjau dari segi kesakitan maupun kematian yang ditimbulkannya. Tingginya angka kematian dan angka kesakitan akibat diare disebabkan kondisi kesehatan lingkungan yang belum memadai disamping pengaruh faktor-faktor lain seperti keadaan gizi, kependudukan, pendidikan, keadaan sosial ekonomi dan perilaku masyarakat yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhinya (Triatmojo,1994).

Kematian akibat diare biasanya bukan karena adanya infeksi dari bakteri atau virus, tetapi karena terjadinya dehidrasi dimana pada diare yang hebat pada anak akan mengalami buang air besar dalam bentuk encer beberapa kali dalam sehari dan sering disertai dengan kejang, panas, muntah, maka tubuh akan kehilangan banyak air dan

garam-garam sehingga bisa berakibat dehidrasi, acidosis, hipokalsemia yang tidak jarang berakhir dengan syok dan kematian (Tjay dan Rahardja,2002).

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan jumlah tinja yang lebih banyak dari biasanya (normal 100-200ml/jam tinja), dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) dapat pula disertai frekuensi defekasi yang meningkat (Anonim, 1999).

Penyakit diare merupakan penyakit yang perlu mendapat perawatan medis yang tepat dengan menggunakan fase pelayanan kesehatan, sehingga cepat sembuh dan pulih kembali. Rumah sakit merupakan suatu sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan dan Rumah Sakit Umum Banjar adalah rumah sakit umum satu-satunya yang ada di Kota Banjar, tempat penelitian ini dilakukan (Anonim, 2002 b).

Pada penelitian ini ingin diketahui kesesuaian pola pengobatan diare pada anak di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kota Banjar selama tahun 2003 yang dibandingkan dengan Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta.

B. Perumusan Masalah

1. Bagaimanakah pola pengobatan terhadap penyakit diare pada anak yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum kota Banjar selama tahun 2003 yang meliputi tes penunjang, terapi rehidrasi, golongan dan jenis obat yang digunakan serta variasi antibiotik yang digunakan.
2. Bagaimanakah kesesuaiannya dengan Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta.

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui pola pengobatan penyakit diare pada anak di Instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum kota Banjar selama tahun 2003 yang meliputi tes penunjang, terapi rehidrasi, golongan dan jenis obat yang digunakan serta variasi antibiotik yang digunakan..
2. Untuk mengetahui kesesuaian pola pengobatan yang dilakukan dengan standar tatalaksana diare dalam Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta.

BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Diare

a. Tinjauan Diare Secara Umum

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan jumlah tinja yang lebih banyak dari biasanya (normal 100-200 ml/jam tinja), dengan tinja yang berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat). Menurut WHO (1980) diare adalah buang air besar yang encer 3 kali atau lebih dalam sehari (Anonim, 1999).

Menurut teori klasik diare adalah penyakit yang disebabkan oleh meningkatnya peristaltik usus sehingga pelintasan chymus sangat dipercepat dan masing-masing mengandung banyak air pada saat meninggalkan tubuh sebagai tinja (Tjay dan Rahardja, 2002).

Diare berdasarkan mula dan lamanya terbagi menjadi dua bagian yaitu diare akut dan diare kronik. Diare akut adalah diare yang awalnya mendadak dan berlangsung singkat, dalam beberapa jam sampai 7 atau 14 hari. Sedangkan diare kronik adalah diare yang berlangsung lebih dari batas waktu dua minggu (Anonim, 1999).

Menurut Suharyono (1991) diare akut adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair dalam waktu kurang dari dua minggu. Diare akut dapat meningkatkan kehilangan air dan elektrolit yaitu dehidrasi, acidosis, metabolik, hipokalemia dan gangguan sirkulasi (syok). Selain itu juga dapat mengakibatkan timbulnya masalah gizi (maldigesti, malabsorpsi, kehilangan gizi langsung dan katabolisme).

Wujud tinja menjadi ukuran lebih penting dibanding frekuensi buang air besar. Jika buang air besar naik, namun wujud tinja lunak dan berisi maka hal tersebut tidak dapat dikatakan diare (Anonim, 2000 a).

Epidemi diare adalah wabah diare akut. Dimana penyebab atau pembawa infeksi biasanya penderita-penderita diare yang tinggal di bagian epidemis dari daerah yang terkena epidemi tersebut. Diare akut terjadi secara mendadak dan bisa berlangsung terus menerus selama beberapa hari dan disebabkan oleh infeksi usus. Sedangkan diare kronik merupakan diare yang terus berlangsung selama lebih dari dua minggu (Anonim, 2000 a).

b. Penyebab Diare

Menurut Tjay dan Rahardja (2002), berdasarkan penyebabnya penyakit diare dibedakan menjadi beberapa bagian diantaranya :

- (1) Diare akibat virus. Misalnya : Influenza perut "*travellers diarrhoea*" yang disebabkan antara lain oleh *rotavirus* dan *adenovirus*. Virus melekat pada

sel-sel mukosa usus yang menjadi rusak sehingga kapasitas resorpsi menurun dan sekresi air serta elektrolit memegang peranan. Diare yang terjadi bertahan terus sampai beberapa hari sesudah virus lenyap dengan sendirinya, biasanya dalam 3-6 hari.

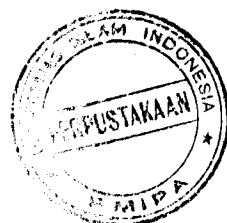
- (2) Diare bakterial (*invasif*) agak sering terjadi, tetapi mulai berkurang berhubung semakin meningkatnya derajat *hygiene* masyarakat. Bakteri-bakteri tertentu pada keadaan tertentu misalnya pada bahan makanan yang terinfeksi oleh banyak kuman menjadi *invasif* dan menyerbu ke dalam mukosa. Di sini bakteri-bakteri tersebut memperbanyak diri dan membentuk toksin-toksin yang dapat diabsorpsi ke dalam darah dan menimbulkan gejala hebat, seperti demam tinggi, nyeri kepala, kejang-kejang disamping mencret berdarah dan berlendir. Penyebab terkenal dari jenis diare ini adalah bakteri *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* dan jenis *Coli* tertentu.
- (3) Diare parasiter, seperti *Protozoa*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium* dan *Cydozpora*, yang terutama terjadi di daerah sub tropis. Diare akibat parasit ini biasanya bercirikan mencret cairan infermiton dan bertahan lebih lama dari satu minggu. Gejala lainnya dapat berupa nyeri perut, demam, anoreksia, muntah-muntah dan rasa letih umum (*malaise*).

(4) Diare enterotoksin. Diare jenis ini lebih jarang terjadi, tetapi lebih dari 50% dari wisatawan di negara-negara berkembang dihindangi diare ini. Penyebabnya adalah kuman-kuman yang membentuk enterotoksin yang terpenting adalah *E-coli* dan *Vibrio cholerae* serta jarang *Shigella*, *Salmonella*, *Compylobacter* dan *Entamoeba histolytica*. Toksin melekat pada sel-sel mukosa dan merusaknya. Diare jenis ini jika bersifat “*self limiting*” artinya akan sembuh dengan sendirinya tanpa pengobatan dalam lebih kurang 5 hari setelah sel-sel yang rusak diganti dengan sel-sel mukosa baru.

Penyebab diare lainnya adalah alergi makanan/minuman dan intoleransi, gangguan gizi serta kekurangan enzim tertentu sebagai penyebab diare. Begitu pula pengaruh psikis seperti keadaan terkejut dan ketakutan. Selanjutnya terdapat sejumlah penyakit yang dapat pula mengakibatkan diare sebagai salah satu gejalanya seperti kanker usus dan beberapa penyakit cacing (misalnya cacing gelang dan cacing pita). Ada pula obat yang menimbulkan diare sebagai efek samping, misalnya antibiotika berspektrum luas (ampisilin, tetrasiklin), sitostatika, reserpin, kinidin dan sebagainya, juga penyinaran dengan sinar X (Tjay dan Rahardja, 2002).

c. Dehidrasi

Pada diare hebat yang sering kali disertai muntah-muntah, tubuh kehilangan banyak air dengan garam-garaman, terutama natrium dan kalium, sehingga mengakibatkan tubuh kekeringan (dehidrasi), kekurangan kalium



(hipokalemia) dan ada kalanya acidosis (darah menjadi asam), yang tidak jarang berakhir dengan syok dan kematian. Bahaya ini sangat besar khususnya untuk bayi dan anak-anak, karena organismenya memiliki cadangan cairan intrasel yang hanya kecil sedangkan ekstraselnya lebih mudah dilepaskannya dibandingkan dengan organisme orang dewasa (Tjay dan Rahardja, 2002).

Gejala pertama dari dehidrasi adalah perasaan haus, mulut dan bibir kering, kulit keriput (hilang turgornya) berkurangnya air seni dan menurunnya berat badan, serta keadaan gelisah. Kekurangan kalium dapat mempengaruhi sistem neuromuskuler dengan gejala-gejala mengantuk (letargi), lemah otot serta sesak nafas (Tjay dan Rahardja, 2002).

Tabel I. Penentuan derajat dehidrasi menurut WHO

No.	TANDA DAN GEJALA	DEHIDRASI RINGAN	DEHIDRASI SEDANG	DEHIDRASI BERAT
1.	Keadaan umum	Haus, sadar, gelisah	Haus, gelisah	Mengantuk, shock, coma
2.	Nadi	Normal 120x/menit	Cepat, kecil 120 – 140 x/menit	Cepat, kecil, tak teraba.
3.	Ubun-ubun besar	Normal	Cekung	Sangat cekung
4.	Turgor	Segera kembali	Lambat	Sangat lambat
5.	Kelopak mata	Normal	Cekung	Sangat cekung
6.	Air mata	Ada	Tidak ada	Sangat kering
7.	Selaput lendir	Lembab	Kering	Sangat kering
8.	Pengeluaran urin	Normal	Berkurang dan warna tua	Tidak ada urin kadang kencing kosong
9.	% Kehilangan berat	≤ 5%	8%	≥ 10%
10.	Perkiraan kehilangan cairan	40-50ml/kgbb	60 – 90 ml/kgbb	100-110 ml/kgbb

Sumber : Data rekam rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

d. Etiologi dan Patofisiologi Diare

1. Patofisiologi

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare adalah :

a) Gangguan Osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang telah dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dan rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebih akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

b) Gangguan Sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus, akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

c) Gangguan Motilitas Usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan selanjutnya timbul diare pula. (Anonim, 2002 a)

2. Etiologi

a) Infeksi Enteral : bakteri, virus atau parasit

b) Infeksi Parenteral, yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar pencernaan seperti broncho pnemoni dan encephalitis.

- c) Makanan yang berubah susunannya secara mendadak, makanan yang beracun.
- d) Intoleransi laktosa baik yang kongenital maupun yang didapat dan malabsorpsi lemak.
- e) Faktor psikis misalnya faktor takut dan cemas (Anonim, 2002 a).

e. Diagnosis Diare

Pemeriksaan pada penderita diare terdiri dari :

1. Anamnese

Dari penderita atau keluarga harus diperoleh keterangan :

- a) Lamanya sakit/diare
- b) Frekuensinya
- c) Banyaknya
- d) Warna (biasa, kuning, berlendir, berdarah, seperti air cucian beras dan sebagainya)
- e) Baunya
- f) Buang air kecilnya (banyaknya dan warnanya)
- g) Ada tidaknya bentuk batuk, panas, pilek dan kejang (sebelum, selama dan setelah diare)
- h) Jenis, bentuk dan banyaknya makanan dan minuman
- i) Penderita diare di sekitar rumah Berat badan sebelum sakit (bila diketahui) (Anonim, 2000 a).

2. Gejala Klinis

- a) Keadaan umum anak
- b) Sirkulasi : denyut nadi
- c) Pernafasan
- d) Kulit (ubun-ubun besar, mata, turgor, diagnosis dan selaput lendir) (Anonim, 2000 a).

Kehilangan cairan menyebabkan penurunan berat badan. Tetapi dalam membuat penilaian tentang dehidrasi lebih baik digunakan tanda klinik daripada penurunan berat badan (Anonim, 2000 a).

3. Pemeriksaan Laboratorium

Untuk Rumah sakit dengan perlengkapan yang lebih memadai pemeriksaan laboratorium secara bertahap dapat dilakukan :

a) Pemeriksaan tinja

Pemeriksanaan tinja meliputi jumlah, adanya darah, sel darah putih, macus-kultur, parasit dan pH. Melalui pemeriksaan ini dapat diketahui penyebab infeksi (sediaan langsung dicat dengan garam/dikultur), maupun kandungan parasit dan jamur serta adanya sindrom malabsorpsi terhadap laktosa, lemak dan lain-lain.

b) Pemeriksaan Darah

Pemeriksanaan meliputi hemogram lengkap untuk membantu menentukan adanya infeksi. Pemeriksaan hemoglobin sebaiknya

dilakukan sebelum dan sesudah dehidrasi tercapai untuk menentukan adanya anemia sebagai dasar.

c) Pemeriksaan Urin

Pemeriksaan terhadap kondisi fisik urin yaitu warna dan kepekatan.

Penetapan volume urin, pemeriksaan berat jenisnya dan adanya albuminaria.

Jika perlu dilakukann pemeriksaan terhadap asmolalitas dan pH urin karena urin yang asam menunjukkan adanya acidosis, elektrolit yang diperiksa ialah Na^+ , K^+ dan Cl^- (Anonim, 2000 a).

f. Penatalaksanaan Diare

1. Penatalaksanaan Diare Akut :

a) Rehidrasi

Penting sekali pertama-tama mengambil tindakan untuk mencegah dan mengatasi keadaan dehidrasi dan kehilangan garam terutama pada bayi dan anak-anak. Untuk tujuan ini dianjurkan ORS (*Oral Rehydration Solution*) yang terdiri dari garam rehidrasi oral dan ORS beras (Tjay dan Rahardja, 2002).

b) Pengobatan Dietik

Pemberian ASI tidak perlu dihentikan kecuali pada bayi yang sangat lemah, toksik dan menderita sakit yang berat yang biasanya mendapat infus intravena (Anonim, 2000 a).

c) Pengobatan Kausal

Antibiotik adalah suatu zat kimia yang dihasilkan oleh mikrobia (*Bakteri, Fungi, Aktinomyces*) dan mampu menekan atau membasmi pertumbuhan mikrobia ini. Sekarang ini antibiotik merupakan obat anti-infeksi yang secara drastis telah berhasil menurunkan morbiditas dan mortalitas berbagai penyakit infeksi, sehingga penggunaannya meningkat tajam (Anonim, 2000 a).

d) Obat-Obatan Anti Diare

Meliputi antimotilitas (misalnya loperamid, difenoksilat, kodein, dan klorpromazin). Tidak satupun obat-obat ini terbukti mempunyai efek yang nyata untuk diare akut dan beberapa malah mempunyai efek yang membahayakan. Obat-obatan ini tidak boleh diberikan pada anak-anak di bawah 5 tahun (Anonim, 2000 a).

2. Penatalaksanaan Diare Kronik

a) Simtomatis

- (1) Rehidrasi dengan oralit, cairan infus yaitu ringer laktat, elektrosa 5 %, dektrosa dalam salia dan lain-lain.
- (2) Obat anti diare (loperamid, oktreetido)
- (3) Antirematik (methoklopromid, proklorprazia)
- (4) Vitamin dan mineral
- (5) Obat-obat ekstrak enzim pankreas
- (6) Aluminium hidroksid

b) Kausal

Pengobatan kausal diberikan pada infeksi maupun non infeksi. Pada diare kronik dengan penyebab infeksi, obat diberikan berdasarkan etiologi atau penyebabnya (Anonim, 2000 a).

Menurut Tjay dan Rahardja (2002), kelompok obat yang sering kali digunakan pada diare adalah :

(a) Kemoterapeutika

Untuk terapi kausal, yakni memberantas bakteri penyebab diare, seperti antibiotika, sulfonamida, dan turazolidion.

(b) Obetipansia

Untuk terapi simptomatis, yang dapat menghentikan diare misalnya zat-zat penekan peristaltik, adstringensia, dan adsorbensia.

(c) Spasmolitika

Spasmolitika adalah zat-zat yang dapat melepaskan kejang-kejang otot yang seringkali mengakibatkan nyeri perut pada diare antara lain papaverin dan oksifenonium.

2. Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito

a. Diare Kronis / Persisten

Diare kronis merupakan kategori luas dari kondisi diare, termasuk penyakit diare dengan etiologi non infeksi, yang berlangsung lebih dari 2

minggu. Diare persisten ialah diare yang berlangsung lebih dari 2 minggu dengan penyebab infeksi (Anonim b, 2000).

Diare kronis terjadi oleh karena kerusakan mukosa usus multikomplek dan biasanya disertai dengan gangguan berbagai macam proses intestinal yang bekerja sama dan atau berkaitan satu sama lain. Tiga sampai duapuluh persen diare akut pada balita menjadi persisten dengan kematian yang lebih tinggi daripada diare akut (Anonim, 2000 b).

b. Faktor Resiko

Beberapa faktor resiko adalah sebagai berikut:

- (1) Umur (satu tahun pertama kehidupan)
- (2) Status nutrisi
- (3) Status imonologi
- (4) Kejadian infeksi sebelumnya
- (5) Berbagai infeksi patogen (Anonim, 2000 b).

c. Diagnosis

Diagnosis didasarkan atas adanya diare lebih dari 2 minggu. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- (1) Kemungkinan anak mengalami dehidrasi:
 - a. Keseimbangan cairan : riwayat input/ intake dan output cairan.
 - b. Riwayat banyaknya buang air kecil
 - c. Tanda dehidrasi

- (2) Riwayat penggunaan antibiotik: Ampisilin, klindamisin, neomisin, Sitostatik.
- (3) Riwayat tindakan bedah saluran pencernaan (malabsorpsi).
- (4) Infeksi ekstraintestinal saat itu.
- (5) Kemungkinan ada etiologi diare intestinal :
 - a. Riwayat tinja dengan lendir darah.
 - b. Tanda-tanda klinik lain
 - c. Tinja mikroskopik: berdarah (shigella, amoeba) dan mengidentifikasi etiologi (amoeba, giardia).
 - d. Biakkan: untuk mengidentifikasi etiologi.
- (6) Kemungkinan malabsorpsi: karbohidrat terutama laktosa, lemak, atau protein (termasuk protein susu sapi).
 - a. Malabsorpsi laktosa: klinis, kembung, diare menyemprot, tinja asam (bau, pH rendah), clintest, lactose loading test (bila perlu), breath hydrogen test (bila perlu).
 - b. Malabsorpsi lemak : klinis, tinja makroskopik: berlemak, tak berbentuk, mikroskopik: butir lemak (fat globule, kristal asam lemak).
 - c. Malabsorpsi protein (termasuk susu sapi): klinik dan test challenge dengan protein tersangka.
- (7) Tatalaksana diare akut yang salah (ASI dihentikan, obat antidiare, tidak diberi makanan selama diare, dan lain-lain).

- (8) Kemungkinan malnutrisi (Anonim, 2000 b).

d. Tatalaksana

Penderita baru dengan gastroenteritis kronis atau persisten sebaiknya dirawat inap untuk mencari etiologi dan menatalaksana dengan baik. Tujuan utama tatalaksana klinik adalah mempertahankan status dehidrasi, status nutrisi, memperbaiki kerusakan mukosa. Pada keadaan tertentu memberi antibiotik yang tepat. Tatalaksana penderita rawat inap antara lain :

- (1) Tatalaksana cairan dan elektrolit:
 - a. Formula lengkap
 - b. Formula tidak lengkap : cairan rumah tangga.
 - c. Cairan intravena (kalau ada indikasi)
- (2) Medikamentosa: hanya atas indikasi (tergantung etiologi).
- (3) Tatalaksana gizi: Sangat penting, prinsip pemberian adekuat, mudah dicerna dan diabsorpsi, diberikan sedikit-sedikit tetapi frekuensi ASI terus.
- (4) Vitamin dan mineral : asam folat, seng, besi, Vit B12, Vit A.
- (5) Pengaturan Makanan; pada fase penyembuhan masukan kalori harus tinggi (420-670 Kkal/kg/hari) dengan makanan bervolume rendah (tambahkan minyak).
- (6) Menghilangkan faktor-faktor resiko (Anonim, 2000 b).

Tabel II. Standar pelayanan medis RSUP Dr. Sardjito tahun 2000

Dignosis	Pemeriksaan penunjang	Terapi	Perawatan Rumah Sakit	Lama perawatan	OUTPUT
Diare	1. Tinja rutin 2. Bila perlu analisis gas darah/ elektro	1. Rehidrasi oral/ parenteral 2. Antibiotik atas indikasi 3. Tetrasiklin 50mg/kgbb/hr 4. Kortimoksasol 50mg/kgbb/hr 5. Asam nalidixat 60 mg/kgbb/hr 6. Metrodinazol 30mg/kgbb/hr 7. Diet	Rawat inap bila terdapat dehidrasi berat	3 – 5 hari	Sembuh total

Sumber : Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito, Buku 3, Komite Medik, RSUP Dr. Sardjito, Jogjakarta.

3. Rumah Sakit

a. Tinjauan Rumah Sakit secara Umum

Rumah sakit merupakan suatu sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan berupa pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat yang mencakup pelayanan medis maupun penunjangnya. Disamping itu rumah sakit tertentu dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan maupun penelitian (Soekanto, 1989).

Berdasarkan bentuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya, maka dapat dibedakan antara Rumah Sakit Umum (RSU) dengan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan



pelayanan kesehatan semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai dengan sub-spesialistis. Sedangkan rumah sakit khusus hanya menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin tertentu (Soekanto, 1989).

b. Riwayat Singkat Rumah Sakit Umum Banjar

Rumah Sakit Umum Banjar yang berlokasi di Jalan Rumah Sakit No.5 Kota Banjar dan secara geografis letaknya berbatasan dengan Propinsi Jawa Tengah, pertama kali didirikan bernama Balai Pengobatan atau Karantina, yaitu pada tahun 1930. Balai Pengobatan ini didirikan oleh orang Jerman dengan tenaga medis orang Jerman pula (Anonim, 2002 b).

Pada tahun 1950 setelah Indonesia merdeka, Balai Pengobatan ini diubah namanya menjadi Rumah Sakit Umum Banjar yang dikelola langsung oleh orang pribumi dengan fasilitas dan tenaga medis belum memadai. Tahun 1960 RSU Banjar berubah menjadi Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), kemudian pada tahun 1970 berubah lagi menjadi Rumah Sakit Umum Banjar (Anonim, 2002 b).

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 009 – C / Menkes / SK / I / 1993, RSU Banjar telah disetujui menempati klasifikasi Rumah Sakit Umum Kelas C yaitu rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan paling sedikit dalam 4 cabang spesialisasi yaitu, penyakit dalam, bedah, kebidanan dan kandungan, serta kesehatan anak (Anonim, 2002 b).

Pada tahun 2001 RSUD Banjar sudah melaksanakan Akreditasi 5 pelayanan meliputi : administrasi manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan dan rekam medis, dengan kapasitas 125 tempat tidur dan mempunyai tenaga sejumlah 307 orang dengan rincian sebagai berikut :

- (a) Tenaga medis sebanyak 25 orang
- (b) Tenaga pramedis perawatan sebanyak 151 orang
- (c) Tenaga pramedis non perawatan sebanyak 31 orang
- (d) Tenaga non medis sebanyak 100 orang (Anonim, 2002 b).

Visi Rumah Sakit Umum Banjar yaitu menjadi pusat rujukan yang mandiri dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Misi Rumah Sakit Umum Banjar adalah memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat secara cepat, tepat, ramah, aman, nyaman, bermutu tinggi dan terjangkau melalui pelaksanaan otonomi nyata dalam manajemen sumber daya rumah sakit yang dilakukan secara profesional (Anonim, 2002 b).

Tujuan Rumah Sakit Umum Banjar :

- a. Meningkatkan kelas umum rumah sakit.
- b. Meningkatkan pendapatan rumah sakit.
- c. Meningkatkan mutu pelayanan.
- d. Meningkatkan kesejahteraan pegawai (Anonim, 2002 b).

B. Keterangan Empiris

Penelitian ini dilakukan untuk memperoleh gambaran klinis tentang pola pengobatan penyakit diare pada anak di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum kota Banjar yang meliputi terapi rehidrasi, tes penunjang, golongan dan jenis obat yang digunakan serta variasi antibiotik yang digunakan dibandingkan dengan Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Batasan Variabel Penelitian

Variabel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Objek penelitian adalah pasien
- b. Populasi sampel adalah pasien anak yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum Banjar yang didiagnosis dokter menderita diare.
- c. Usia pasien anak adalah 0 – 14 tahun sesuai dengan kriteria umur anak menurut Rumah Sakit Umum Kota Banjar.
- d. Alat ukur yang digunakan adalah kartu rekam medik
- e. Diare adalah perubahan bentuk dan konsistensi tinja menjadi lembek sampai cair dan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (tiga kali atau lebih dalam 24 jam).
- f. Pola pengobatan meliputi terapi rehidrasi, tes penunjang, golongan dan jenis obat yang digunakan serta variasi antibiotik yang digunakan.
- g. Tahun 2003 adalah waktu sejak 1 Januari sampai 31 Desember 2003.
- h. Tempat penelitian adalah Rumah Sakit Umum Banjar yang merupakan satu – satunya rumah sakit umum di kota Banjar.
- i. Yang dimaksud keterangan sesuai adalah pasien anak yang mendapatkan pola pengobatan 100%.

Sedangkan yang dimaksud dengan keterangan tidak sesuai adalah pasien anak yang tidak mendapatkan pola pengobatan 100%.

B. Cara Pengambilan Data

1. Survei

Jalannya penelitian dimulai dengan survei ke bagian penelitian RSUD Banjar terlebih dahulu, dengan tujuan untuk memperoleh izin agar dapat melakukan penelitian di RSUD Banjar mengenai pola pengobatan penyakit diare pada anak di instalasi rawat inap. Kemudian melakukan survei ke bagian Rekam Medik mengenai jumlah pasien anak yang menderita penyakit diare.

2. Penentuan Sampel

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara proporsional random sampling berdasarkan rumus sebagai berikut :

$$N > pq \left[\frac{Z^{1/2} \cdot \alpha}{b} \right]^2$$

- N = Jumlah sampel minimum
 p = Proporsi populasi prosentase kelompok pertama.....0,5
 q = Proporsi sisa di dalam populasi (1-p)0,5
 $Z^{1/2}$ = Derajat keofisien konfidensi pada 95 %1,96
 b = Prosentase perkiraan kemungkinan membuat kekeliruan10%

(Nawawi, 1995)

3. Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil dari seluruh populasi dengan metode proportional random sampling terhadap bulan. Jumlah pasien yang didiagnosis gastroenteritis dalam kurun waktu tahun 2003 adalah 623 kasus. Dan jumlah sampel yang diambil adalah 120 pasien. Hal ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel III. Jumlah pasien dan jumlah sampel hasil penelitian tahun 2003

No	Bulan	Jumlah Pasien	Jumlah Sampel
1	Januari	33	6
2	Februari	33	6
3	Maret	19	4
4	April	38	8
5	Mei	69	13
6	Juni	84	16
7	Juli	104	20
8	Agustus	67	13
9	September	65	13
10	Oktober	37	7
11	Nopember	35	6
12	Desember	39	8
	Total	623	120

Sumber: Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

C. Analisa Hasil

Hasil analisis penelitian ini akan menjelaskan fenomena dan penerapan pola pengobatan yang meliputi terapi rehidrasi, tes penunjang, golongan dan jenis obat yang digunakan, serta variasi antibiotik yang digunakan pada pasien kasus diare yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum Banjar selama tahun 2003, yang merupakan latar belakang dan tujuan dari penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Distribusi Umur Pasien

Sampel diambil dari seluruh populasi dengan metode proportional random sampling. Jumlah seluruh pasien yang didiagnosis gastroenteritis dalam kurun waktu tahun 2003 adalah 623 kasus. Jumlah sampel yang diambil adalah 120 pasien.

Umur pasien dalam penelitian ini penting untuk menjadi batasan karena yang akan diambil hanyalah umur anak-anak saja. Untuk itu dibatasi umur pasien antara 0-14 tahun. Batasan umur pasien tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel IV. Gambaran distribusi umur pasien pada 120 pasien penderita diare

No	Bulan	Kelompok umur (tahun)			Jumlah pasien
		0-1	1-5	5-14	
1	Januari	5	1	-	6
2	Februari	1	5	-	6
3	Maret	1	3	-	4
4	April	2	6	-	8
5	Mei	8	5	-	13
6	Juni	9	7	-	16
7	Juli	11	9	-	20
8	Agustus	8	5	-	13
9	September	8	5	-	13
10	Oktober	3	4	-	7
11	Nopember	3	2	1	6
12	Desember	5	2	1	8
Total		64	54	2	120

Sumber : Data rekap rekam medik RSU kota Banjar selama tahun 2003

2. Diagnosa

Hasil diagnosa utama dalam penelitian ini adalah pasien anak yang didiagnosis sebagai GE (Gastroenteritis). Gastroenteritis yang dialami pada pasien anak dalam penelitian ini diikuti dengan munculnya penyakit lain (penyakit penyerta).

Hasil diagnosis tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel V. Hasil diagnosis yang terjadi pada pasien selama tahun 2003

No.	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)
1.	Diare	110	91,7
2.	Diare + Batuk	6	5
3.	Diare + Pilek	4	3,3
	Total	120	100

Sumber: Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Dari tabel di atas hasil diagnosis yang terjadi pada pasien memperlihatkan bahwa pasien dengan diagnosis diare sebanyak 91,7%; pasien diare dengan penyakit penyerta batuk sebanyak 5% dan pasien diare dengan penyakit penyerta pilek sebanyak 3,3%.

Penyakit penyerta yang spesifik penting untuk diperhatikan karena akan mengarahkan pada diagnosis tertentu. Dalam penelitian ini penyakit penyerta yang menjadi perhatian adalah batuk dan pilek.

3. Tes Laboratorium Sebagai Pendukung Diagnosa

Tes laboratorium dalam penentuan diagnosa diare diperlukan untuk memastikan diare yang diderita. Tabel berikut menunjukkan tes laboratorium yang dilakukan pada pasien selama tahun 2003.

Tabel VI. Gambaran tes laboratorium penyakit diare pada 120 pasien

No.	Umur pasien	Tes Darah		Tes Tinja		Tes Urin		Tes Hematokit		Tanpa Tes	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	0-11bulan	5	4,7	41	34,2	41	34,2	0	0	18	15
2.	1-5 tahun	3	2,5	37	30,8	36	30	2	1,6	21	17,5
3.	5-14tahun	1	0,8	1	0,8	2	1,6	0	0	0	0
Total		9	7,5	79	65,8	79	65,8	2	1,7	39	32,5

Sumber : Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mendapatkan tes laboratorium)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Dari tabel tersebut terlihat bahwa sebagian besar dilakukan pemeriksaan laboratorium yang meliputi darah, tinja, urin dan hemotokit. Pada usia 0-11 bulan pemeriksaan darah sebanyak 4,7%; pemeriksaan tinja sebanyak 34,2%; pemeriksaan urin sebanyak 34,2%; pemeriksaan hematokit tidak dilakukan dan tanpa tes sebanyak 15%. Pada usia 1-5 tahun mendapat pemeriksaan darah sebanyak 2,5%; pemeriksian tinja sebanyak 30,8 %; pemeriksaan urin 30%; pemeriksaan hematokit sebanyak 1,6% dan tanpa tes sebanyak 17,5%. Sedangkan pada usia 5-14 tahun pemeriksaan darah sebanyak 0,8 %; pemeriksian tinja sebanyak 0,8 %; pemeriksaan urin sebanyak 1,6 % dan pemeriksaan hematokit tidak dilakukan.

Secara keseluruhan pasien yang tidak melakukan pemeriksaan laboratorium sama sekali sebanyak 32,5%. Hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medis pasien anak yaitu bahwa salah satu pengkajian pasien dengan mengkaji fisik meliputi tanda-tanda vital, tingkat kecemasan, tingkat dehidrasi, karakteristik feses, dan polanya (frekuensi, jumlah, warna, pemeriksaan reduksi atau gula, protein, pH), spesimen feses (kultur, parasit), distensi abdomen, keadan kulit dan keluhan nyeri pada pasien.

Pemeriksaan tinja dilakukan untuk melihat konsistensi tinja dan mencari penyebab infeksi maupun kandungan parasit dan jamur serta ada sindrom malabsorpsi terhadap laktosa, lemak, dan lain sebagainya.

Pemeriksaan urin dilakukan untuk menentukan adanya asidocis dengan cara menetapkan volume urin diperiksa berat jenis urin dan *albuminuria*. Pemeriksaan darah dapat digunakan untuk mengetahui adanya infeksi dengan melihat angka leukosit maupun homogram darah, namun pemeriksaan darah kurang spesifik untuk penyakit diare. Pemeriksaan darah ini dilakukan untuk membantu menentukan ada tidaknya infeksi.

4. Terapi Rehidrasi Bagi Penderita Diare

Prinsip penatalaksanaan bagi penderita diare akut adalah terapi rehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan. Terapi rehidrasi merupakan salah satu bentuk terapi non spesifik. Diare cair membutuhkan penggantian cairan dan elektrolit tanpa melihat etiologinya.

Untuk mengetahui gambaran terapi rehidrasi pada pasien selama tahun 2003 dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel VII. Cairan rehidrasi yang digunakan dalam terapi pada 120 pasien

No.	Cairan Rehidrasi	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)	Kandungan
1.	Ringer Lactat	92	76,7	Na, K, Cl, HCO ₃
2.	D5 ¼ NS	8	6,7	Glukosa 5%, NaCl
3.	Pedialyte	44	36,7	Na, K, Dekstrosa, Sitrat, Klorida
4.	Oralyte	1	0,8	KCl, NaCl, Na-bikarbonat, Glukosa anhidrat
5.	KA-EN 3A	1	0,8	Na, KCl, Na-laktat, Dekstrosa anhidrat
6.	KA-EN 3B	18	15	Na, KCl, Na-laktat, Dekstrosa anhidrat
7.	Tanpa rehidrasi	1	0,8	

Sumber : Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Dalam terapi diare, hal pertama yang harus dilakukan adalah memberikan terapi rehidrasi baik oral maupun parenteral. Pengobatan dengan pemberian cairan rehidrasi tergantung pada derajat dehidrasi pasien. Sebagian besar pasien mendapatkan terapi rehidrasi dengan cairan dehidrasi seperti tertera dalam tabel di atas berupa ringer lactat, pedialyte, D5 ¼ NS, oralyte, KA-EN 3A, dan KA-EN 3B.

Ada salah satu pasien yang tidak mendapatkan terapi rehidrasi. Hal ini kemungkinan dikarenakan tidak lengkapnya data catatan pada rekam medik. Jumlah pasien yang menggunakan terapi rehidrasi sulit ditentukan karena banyak yang mendapatkan terapi rehidrasi lebih dari satu macam untuk satu pasien.

5. Golongan dan Jenis Obat Pada Setiap Kelompok Umur Pasien

Tabel berikut menunjukkan golongan dan jenis obat yang diperoleh pasien dalam setiap kelompok umur.

Tabel VIII. Golongan dan jenis obat yang digunakan pada kelompok umur 0-1 tahun

No.	Golongan Obat	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)	Jenis Obat
1.	Antibiotik	57	47,5	Sefotaksim, Eritromisin, Kloramfenikol, Klaritromisin, Kotrimoksazol, Aminoglikosida, Amoksisilina
2.	Antidiare	29	24,2	Attapulgit dan pektin, kaolin dan pektin
3.	Antiemetikum	36	30	Methoklopramida
4.	Antispasmodikum	0	0	Simetidina, Aluminium hidroksida forte magnesium hidroksida dan dimetil polisiloksana
5.	Antiflatulen	15	12,5	Dioktahedrol smecta
6.	Anti epilepsi	0	0	Phenobarbital
7.	Analgetik antipiretik	2	1,6	Metampiron, asam asetil salisilat, Parasetamol
8.	Neuroleptikum	1	0,8	Diazepam
9.	Kortikodium	0	0	Deksametason
10.	Trikomonasidan	2	1,6	Kandistatin
11.	Immunologikum	2	1,6	Immunosera
12.	Enzim saluran cerna	36	30	Lactobacillus

Sumber : Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi golongan obat tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Dari tabel VIII tersebut golongan dan jenis obat yang diberikan pada kelompok usia 0-1 tahun terdiri dari antibiotik sebanyak 47,5%; antidiare sebanyak

24,2%; antiemetikum sebanyak 30%; antiflatulen sebanyak 12,5%; analgetik-antipiretik sebanyak 1,6%; neuroleptikum sebanyak 0,8%; trikomonasidan sebanyak 1,6%; imunologikum sebanyak 1,6% dan enzim saluran cerna sebanyak 30%.

Tabel IX. Golongan dan jenis obat yang digunakan pada kelompok umur 1-5 tahun

No.	Golongan Obat	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)	Jenis Obat
1.	Antibiotik	47	39,2	Sefotaksim, Eritromisin, Kloramfenikol, Klaritomisin, Kotrimoksazol, Aminoglikosida, Amoksisilina
2.	Antidiare	26	21,7	Attapulgit dan pektin, kaolin dan pektin
3.	Antiemetikum	30	25	Methoklopramida
4.	Antispasmodikum	3	2,5	Simetidina, Aluminium hidroksida forte magnesium hidroksida dan dimetil polisiloksana
5.	Antiflatulen	15	12,5	Dioktahedrol smecta
6.	Anti epilepsi	1	0,8	Phenobarbital
7.	Analgetik antipiretik	7	5,8	Metampiron, asam asetil salisilat, Parasetamol
8.	Neuroleptikum	2	1,6	Diazepam
9.	Kortikodium	0	0	Deksametason
10.	Trikomonasidan	0	0	Kandistatin
11.	Immunologikum	1	0,8	Immunosera
12.	Enzim saluran cerna	28	23,3	Lactobacillus

Sumber : Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi golongan obat tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Dari tabel IX tersebut golongan dan jenis obat yang diberikan pada kelompok usia 1-5 tahun terdiri dari antibiotik sebanyak 39,2%, antidiare sebanyak

21,7%; antiemetikum sebanyak 25%; antispasmodikum sebanyak 2,5%; antifatulen sebanyak 12,5%; anti epilepsi sebanyak 0,8%; analgetik-antipiretik sebanyak 5,8%; neuroleptikum sebanyak 1,6%; imunologikum sebanyak 0,8% dan enzim saluran cerna sebanyak 23,3%.

Tabel X. Golongan dan jenis obat yang digunakan pada kelompok umur 5-14 tahun

No.	Golongan Obat	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)	Jenis Obat
1.	Antibiotik	1	0,8	Sefotaksim, Eritromisin, Kloramfenikol, Klaritromisin, Kotrimoksazol, Aminoglikosida, Amoksisilina
2.	Antidiare	1	0,8	Attapulgit dan pektin, kaolin dan pektin
3.	Antiemetikum	0	0	Methoklopramida
4.	Antispasmodikum	0	0	Simetidina, Aluminium hidroksida forte magnesium hidroksida dan dimetil polisiloksana
5.	Antifatulen	0	0	Dioktahedrol smecta
6.	Anti epilepsi	0	0	Phenobarbital
7.	Analgetik antipiretik	0	0	Metampiron, asam asetil salisilat, Parasetamol
8.	Neuroleptikum	0	0	Diazepam
9.	Kortikodum	1	0,8	Deksametason
10.	Trikomonasidan	0	0	Kandistatin
11.	Immunologikum	0	0	Immunosera
12.	Enzim saluran cerna	0	0	Lactobacillus

Sumber : Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi golongan obat tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$



Dari tabel X tersebut golongan dan jenis obat yang diberikan pada kelompok usia 5-14 tahun terdiri dari antibiotik sebanyak 0,8%, antidiare sebanyak 0,8%, dan kortikodium sebanyak 0,8 %

Secara keseluruhan golongan dan jenis obat yang diberikan pada 120 pasien penderita diare berdasarkan usia pasien 0 sampai 14 tahun adalah golongan antibiotik. Pemberian antibiotik yang relatif tinggi ini perlu mendapatkan pertimbangan akan adanya interaksi dari obat tersebut dalam tubuh dan efek samping obat pada pasien terlebih lagi seluruh populasi dalam penelitian ini adalah anak-anak.

6. Variasi Antibiotik Yang Diperoleh Pada Setiap Kelompok Umur Pasien

Antibiotik adalah zat yang dihasilkan oleh mikroba, terutama fungi yang dapat menghambat pertumbuhan atau memusnahkan mikroba jenis lain. Antimikroba dapat diartikan sebagai obat pembasmi mikroba khususnya yang merugikan manusia.

Prinsip penggunaan antibiotik didasarkan pada dua pertimbangan utama antara lain penyebab infeksi dan faktor pasien. Penyebab infeksi yaitu pemberian antibiotik yang paling ideal adalah berdasarkan hasil pemeriksaan mikrobiologis dan uji kepekaan kuman. Faktor pasien yang perlu diperhatikan dalam pemberian antibiotik antara lain fungsi ginjal, fungsi hati, riwayat alergi, daya tahan terhadap infeksi (status imunologis), daya tahan terhadap obat, beratnya infeksi, usia, wanita yang sedang menyusui, dan lain-lain.

Tabel XI.. Golongan antibiotik yang digunakan pada kelompok umur 0-1 tahun

No.	Golongan Antibiotik	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)
1.	Tanpa Antibiotik	6	5
2.	Antibiotik tunggal :		
	a. Sefotaksim	46	38,3
	b. Kloramfenikol	4	3,3
	c. Amoksisilina	2	1,6
	d. Kotrimoksalol dan trimetropim	0	0
3.	Antibiotik kombinasi :		
	a. Sefotaksim + Eritromisin	4	3,3
	b. Sefotaksim + Klaritromisin	1	0,8
	c. Sefotaksim + Aminoglikosida	0	0
	d. Kloramfenikol + Amoksisilina	0	0
	e. Sefotaksim + Eritromisin + Aminoglikosida	1	0,8

Sumber: Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi antibiotik tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Dari tabel di atas pasien dengan kelompok umur 0-1 tahun yang mendapatkan antibiotik tunggal adalah 38,3% sefotaksim; 3,3% kloramfenikol; 1,6% amoksisilina; 0,8% kortimoksalol dan trimetropim. Antibiotik kombinasi adalah 3,3% sefotaksim dan eritromisin; 0,8% sefotaksim dan klaritromisin; 0,8% sefotaksim, eritromisin dan aminoglikosida.

Tabel XII. Golongan antibiotik yang digunakan pada kelompok umur 1-5 tahun

No.	Golongan Antibiotik	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)
1.	Tanpa Antibiotik	5	4,2
2.	Antibiotik tunggal :		
	a. Sefotaksim	36	30
	b. Kloramfenikol	5	4,2
	c. Amoksisilina	1	0,8
	d. Kotrimoksalol dan trimetropim	2	1,6
3.	Antibiotik kombinasi :		
	a. Sefotaksim + Eritromisin	1	0,8
	b. Sefotaksim + Klaritromisin	0	0
	c. Sefotaksim + Aminoglikosida	1	0,8
	d. Kloramfenikol + Amoksisilina	1	0,8
	e. Sefotaksim + Eritromisin + Aminoglikosida	2	1,6

Sumber: Data rekap rekam medik RSU kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi golongan obat tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Dari tabel di atas pasien dengan kelompok umur 1-5 tahun yang mendapatkan antibiotik tunggal adalah 30% sefotaksim; 4,2% kloramfenikol; 0,8% Amoksisilina; 0,8% kotrimoksalol dan trimetropim. Antibiotik kombinasi adalah 0,8% sefotaksim dan eritromisin; 0,8% sefotaksim dan aminoglikosida; 0,8% kloramfenikol dan amoksisilina; 1,6% sefotaksim, eritromisin dan aminoglikosida.

Tabel XIII. Golongan antibiotik yang digunakan pada kelompok umur 5-14 tahun

No.	Golongan Antibiotik	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)
1.	Tanpa Antibiotik	1	0,8
2.	Antibiotik tunggal :		
	a. Sefotaksim	0	0
	b. Kloramfenikol	0	0
	c. Amoksisilina	1	0,8
	d. Kotrimoksazol dan trimetropim	0	0
3.	Antibiotik kombinasi :		
	a. Sefotaksim + Eritromisin	0	0
	b. Sefotaksim + Klaritromisin	0	0
	c. Sefotaksim + Aminoglikosida	0	0
	d. Kloramfenikol + Amoksisilina	0	0
	e. Sefotaksim + Eritromisin + Aminoglikosida	0	0

Sumber: Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi antibiotik tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Dari tabel di atas pasien dengan kelompok umur 5-14 tahun hanya mendapat antibiotik tunggal saja sebanyak 0,8% Amoksisilina .

Penggunaan antibiotik secara berlebih dapat menimbulkan dampak negatif yang serius, antara lain terjadinya resistensi kuman terhadap antibiotik, efek samping yang membahayakan penderita serta pemborosan biaya. Timbulnya resistensi kuman ini dapat berakibat meningkatnya mortalitas (angka kematian) karena diare.

Pemilihan antibiotik untuk pengobatan diare tidaklah semata-mata bertujuan untuk menghentikan diare, tetapi juga memerlukan pertimbangan matang yang meliputi efektifitas dan efek samping pada penderita serta kemungkinan terjadinya resistensi kuman.

Sefotaksim merupakan turunan antibiotik dari Sefalosporin, yang termasuk betalaktam yang bekerja dengan cara menghambat sintesis dinding sel mikroba. Sefalosporin aktif terhadap kuman gram positif dan gram negatif, tapi spektrum mikroba masing – masing derivat bervariasi. Farmakologi Sefalosporin mirip dengan Penisilin, ekskresi terutama melalui ginjal dan dapat dihambat oleh Probenesid. Dari sifat farmakokinetik, Sefalosporin dibedakan menjadi 2 golongan. Sefaleksim, sefradin, sefaklor dan sefadroksil dapat diberikan per oral karena diabsorpsi melalui saluran cerna. Sefalosporin lainnya hanya dapat diberikan parenteral. Sefalotrin dan sefapirin umumnya diberikan secara intra vena, karena menimbulkan iritasi pada pemberian intra muscular.

Kloramfenikol merupakan antibiotik kedua yang paling banyak digunakan dalam pengobatan diare ini. Kloramfenikol merupakan antibiotik dengan spektrum luas namun bersifat toksik. Obat ini seyogyanya dicadangkan untuk infeksi berat akibat *Haemophilus influenzae*, demam tifoid, meningitis dan abses otak, bakteremia dan infeksi berat lainnya. Kloramfenikol suksinat dan palmitat dalam tubuh diubah menjadi kloramfenikol yang aktif. Kloramfenikol secara intra vena menimbulkan kadar yang lebih rendah dalam darah dibandingkan secara oral.

Kloramfenikol bersifat bakteriostatik terhadap kuman yang peka seperti riketsia, klamidia, mikoplasma dan beberapa strain salmonela; juga terhadap sebagian besar kuman gram positif dan gram negatif.

Eritromisin sebagai alternatif untuk pasien yang alergi penisilin untuk pengobatan enteritis kampilobakter, pneumonia, penyakit legionare, sifilis, uretritis non gonokokus, prostatitis kronik, akne vulgaris dan profilaksisdifetri dan pertusis.

Kotrimoksazol merupakan kombinasi antara sulfometoksazol dengan trimetropim yang bersifat bakterisid dengan spektrum lebar. Dalam pengobatan diare, kotrimoksazol efektif terhadap disentri basiler atau *Shigellasis* yang diakibatkan oleh beberapa jenis bakteri gram negatif dari genus *Shigella*. Selain itu kotrimoksazol juga bisa digunakan untuk mengatasi diare karena *Salmonella typhosa*. Pada salmonellosis lainnya yaitu gastroenteritis yang disebabkan oleh jenis *Salmonella* lain.

Amoksisilina bukan merupakan antibiotik pilihan untuk diare, tetapi amoksisilina merupakan obat untuk infeksi pada kulit, jaringan mukosa, telinga, hidung, saluran pernapasan bawah, saluran urin dan genital. Penggunaan anti biotik ini pada diare perlu mendapatkan pengawasan akan kemungkinan efek samping yang dapat menyebabkan diare ringan sampai berat.

Aminoglikosida bersifat bakterisidal dan aktif terhadap bakteri gram positif dan gram negatif. Aminoglikosida tidak diserap melalui saluran cerna sehingga harus diberikan secara parenteral. Ekskresi terutama melalui ginjal sebagian besar efek samping tergantung besarnya dosis.

7. Golongan Dan Jenis Obat Yang Digunakan Pada Pasien Diare Dengan Penyakit Penyerta

Tabel XIV. Golongan dan jenis obat pada pasien diare dengan penyakit penyerta batuk

No.	Golongan Obat	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)	Jenis Obat
1.	Antibiotik	6	5	Sefotaksim, Eritromisin, Aminoglikosida, Sefadroksil
2.	Antidiare	3	2,5	Attapulgit dan pektin, kaolin dan pektin
3.	Antiemetikum	1	0,8	Methoklopramida
4.	Antiflatulen	1	0,8	Dioktahedrol smecta
5.	Neuroleptikum	1	0,8	Diazepam
6.	Enzim saluran cerna	1	0,8	Lactobacillus

Sumber: Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi golongan obat tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Tabel XV. Golongan dan jenis obat pada pasien diare dengan penyakit penyerta pilek

No.	Golongan Obat	Jumlah Pasien (n)	Prosentase (%)	Jenis Obat
1.	Antibiotik	4	3,3	Sefotaksim, Eritromisina, Aminoglikosida, Sefadroksil
2.	Antidiare	3	2,5	Attapulgit dan pektin
3.	Antiemetikum	2	1,7	Methoklopramida
4.	Antiflatulen	2	1,7	Dioktahedrol smecta
5.	Neuroleptikum	1	0,8	Diazepam

Sumber: Data rekap rekam medik RSUD kota Banjar selama tahun 2003

Keterangan :

n = jumlah pasien (Jumlah total pasien yang mengkonsumsi golongan obat tertentu)

$$\% = \frac{\text{jumlahpasien}}{120(\text{totalpasien})} \times 100\%$$

Dari tabel XIV dan XV tersebut golongan dan jenis obat pada pasien diare dengan penyakit penyerta batuk antara lain: antibiotik sebanyak 5%; antidiare 2,5%; antiemetikum 0,8%; antiflatulen 0,8%; neuroleptikum 0,8% dan enzim saluran cerna 0,8%. Pada pasien diare dengan penyakit penyerta pilek antara lain: antibiotik sebanyak 3,3%; antidiare 2,5%; antiemetikum 1,7%; antiflatulen 1,7% dan neuroleptikum 0,8%.

Jenis obat yang diperoleh pasien selama dirawat di rumah sakit sangat bervariasi. Variasi obat yang digunakan pasien tidak hanya untuk pengobatan penyakit diare saja, akan tetapi juga untuk penyakit penyerta (batuk dan pilek) yang diderita oleh pasien, sehingga macam dan jenis obat yang tertera dalam tabel tersebut sangat banyak dan beragam.

Hal ini kemungkinan terjadi karena adanya penggantian antibiotik yang diberikan mula-mula kurang poten terhadap kuman penyebab penyakit. Kemungkinan lain adalah pada saat diberikan antibiotik tersebut belum terdeteksi adanya amoeba atau kuman melalui tes laboratorium sebagai penunjang diagnosis.

Pasien yang mengalami penyakit penyerta seperti batuk dan pilek sangat berkaitan erat dengan obat yang diresepkan pada pasien, sehingga kombinasi obat yang digunakan sangat beragam, maka dari itu sangat dimungkinkan banyak terjadinya interaksi antar obat yang dipergunakan.

8. Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito dengan Hasil Penelitian

Untuk mengetahui kesesuaian pola pengobatan yang dilakukan dengan standar tatalaksana diare dalam Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel XVI. Standar pelayanan medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta dengan hasil penelitian

Diagnosis	Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta	Hasil Penelitian	Keterangan
Diare	1. Pemeriksaan tinja rutin	65,8% dilakukan dan 32,5% tanpa tes	Tidak sesuai
	2. Rehidrasi oral atau parenteral	119 pasien melakukan terapi rehidrasi	Tidak sesuai
	3. Antibiotik : <ul style="list-style-type: none"> - Tetrasiklin 50mg/kg/bb/hr - Asam nalidixat 60mg/kg/bb/hr - Metronidazol 30mg/kg/bb/hr - Kotrimoksasol 50 mg/kg/bb/hr 	<ul style="list-style-type: none"> - Sefotaksim - Klorafenikol - Amoksisilina - Kotrimoksasol - Trimetropim - Erythromycin - Klaritromisin - Aminoglikosida 	Tidak sesuai

Sumber : Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito, Buku 3, Komite Medik RSUP Dr. Sardjito, Jogjakarta.

Dari tabel XVI di atas pola pengobatan diare pada anak masih belum memenuhi Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Jogjakarta, terutama dalam pemberian antibiotik. Keputusan untuk memberikan terapi antibiotik pada kasus diare sangat bergantung pada patomekanisme dan faktor etiologinya (Triatmodjo,1994). Pada keadaan diare tertentu, berdasarkan pada patomekanisme yang dihadapi dan anamnesis relatif sudah cukup untuk mendeteksi faktor penyebabnya (etiologi), sehingga pemilihan obat telah dapat diperkirakan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian mengenai pola pengobatan penyakit diare pada anak di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kota Banjar selama tahun 2003 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Obat yang digunakan adalah rehidrasi oral/parenteral, antibiotik, antidiare, antiemetikum, antipasmodikum, antiflatulen, antiepilepsi, analgetik antipiretik, neuroleptikum, kortikodum, trikomonasidan, imunologikum dan enzim saluran cerna.
2. Secara umum pola pengobatan penyakit diare pada anak masih belum memenuhi standar penatalaksanaan diare dalam Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito, Jogjakarta.

B. Saran

Dari hasil penelitian dapat diberikan saran sebagai berikut :

1. Pengisian data informasi dalam rekam medik agar dapat lebih dilengkapi sehingga diperoleh informasi yang utuh tentang kesehatan pasien.
2. Perlunya ketelitian dokter dan kerjasama dokter dengan apoteker dalam pola pengobatan diare terutama dalam pemberian antibiotik.

3. Perlu dilakukan lagi penelitian lebih lanjut tentang pola pengobatan diare pada anak beserta rasionalitasnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 1999, *Kapita Selekta Kedokteran*. Jilid 2, Edisi III, Penerbit Media Aesculapius FK Universitas Indonesia, Jakarta, 498 – 506.
- Anonim, 2000 a, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jilid 2, Edisi III, Penerbit Media Aesculapius FK Univesitas Indonesia, Jakarta, 470 – 477.
- Anonim, 2000 b, *Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito*, Buku 2, Komite Medik RSUP Dr. Sardjito, Jogjakarta.
- Anonim, 2000 c, *Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito*, Buku 3, Komite Medik RSUP Dr. Sardjito, Jogjakarta.
- Anonim, 2002 a, *Standar Asuhan Keperawatan*, Rumah Sakit Umum Kota Banjar.
- Anonim, 2002 b, *Evaluasi Kegiatan Tindakan Keperawatan*, Rumah Sakit Umum Kota Banjar.
- Anonim, 2002 c, *Epidemiologi Kesehatan Masyarakat*, Akademi Kebidanan Rumah Sakit Umum Kota Banjar.
- Nawawi, 1995, *Metode Penelitian Bidang Sosial*, Penerbit Universitas Gajah Mada, Jogjakarta , 149 – 151.
- Soekanto. S, 1989, *Aspek Hukum Kesehatan*. Jakarta, Penerbit INDIHILL. Co.
- Suharyono, 1991, *Diare Akut Klinik dan Laboratorik*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 1-35.

Tjay, T.H dan Rahardja, K, 2002, *Obat – Obat Penting*, Edisi V, Penerbit PT Alek Media, Jakarta, 270 – 280.

Triatmodjo, P, 1993, Pola Kuman Penyebab Diare Akut pada Neonatus dan Anak, *Cermin Dunia Kedokteran* No. 86, Departemen Republik Indonesia, Jakarta.

Triatmodjo, P, 1994, Penggunaan Antibiotik Secara Rasional pada Diare, *Cermin Dunia Kedokteran*, No. 97, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

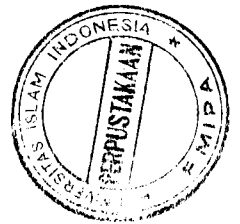


LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

11	L	7 bln	7	3	GEA	Inf. RL	Sefotaksim Methoklopramida Attapulgit dan pektin Lactobacillus Klaritominis	2 x 300 mg 2 x 0,6 ml 2 x 350 mg 2 x 1 bks 2 x 70 mg	-	-	-	-	Membaik
12	L	13 bln	9,2	7	GEA	Inf. KA - EN 3B	Sefotaksim	2 x 250 mg	-	-	-	-	Membaik
13	L	3,5 thn	14	3	GEA	Inf. RL	Lactobacillus Sefotaksim Metapiron Methoklopramida Pedialyte	2 x 1 bks 2 x 350 mg 2 x 0,5 ml 2 x 0,5 ml	-	-	-	-	Membaik
14	L	3 bln	4,1	4	GEA	Inf. RL	Sefotaksim	2 x 100 mg	-	-	-	-	Membaik
15	P	17 bln	8,5	4	GEA	Inf. RL	Attapulgit dan pektin Sefotaksim Methoklopramida Attapulgit dan pektin	3 x 40 ml 2 x 200 mg 3 x 1 ml 3 x 80 mg	-	-	-	-	Membaik

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

21	L	13 bln	12	3	GEA	Inf. RL	Inf. RL	2 x 400 mg	-	+	+	-		Membaik
						Sefotaksim								
						Methoklopramida		2 x 0,7 ml						
						Attapulgit dan pektin		2 x 100 mg						
						Pedialyte								
22	P	1 thn	12	3	GEA	Inf. KA - EN 3B			-	-	-	-		Membaik
						Methoklopramida		2 x 0,6 ml						
						Lactobacillus		2 x 1 bks						
23	P	15 bln	7	4	GEA	Inf. RL			-	-	-	+		Membaik
						Sefotaksim		2 x 200 mg						
						Attapulgit dan pektin		2 x 70 mg						
						Pedialyte		2 x 1 mg						
						Dioktahedrol smectat		2 x 1/2 bks						
24	P	5 bln	6	3	GEA	Inf. RL			-	-	-	-		Membaik
						Dioktahedrol smectat		2 x 1/2 bks						
						Lactobacillus		1 x 1/2 bks						
						Attapulgit dan pektin		3 x 60mg						
25	L	8 bln	7	3	GEA	Inf. RL			-	+	+	-		Membaik
						Sefotaksim		2 x 350 mg						
						Attapulgit dan pektin		3 x 70 mg						
						Lactobacillus		2 x 1 bks						



LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

26	L	5 bln	17	4	GEA	Inf. RL Sefotaksim Attapulgit dan pektin Methoklopramida Pedialyte	2 x 425 mg 2 x 170 mg 2 x 0,8 ml	+	+	+	-	Membaik
27	L	21 bln	10	2	GEA	Inf. RL Sefotaksim Lactobacillus Inf. KA - EN 3B	2 x 250 mg 3 x 100 mg	-	+	-	-	Membaik
28	L	11 bln	8,7	2	GEA	Sefotaksim Lactobacillus Inf. RL	2 x 250 mg 3 x 100 mg	-	+	+	-	Membaik
29	P	6 bln	8	3	GEA	Sefotaksim Attapulgit dan pektin Inf. RL	2 x 250 mg 2 x 80 mg					
30	P	17 bln	8	4	GEA	Methoklopramida Lactobacillus Pedialyte	2 x 0,7 ml 2 x 1 bks	-	+	+	-	Membaik

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

36	L	7 bln	6,4	5	GEA	Inf. RL	Atapulgit dan pektin Methoklopramida Sefotaksim	3 x 75 mg 2 x 0,5 ml 2 x 350 mg	-	+	-	-	Membalik
37	L	1 thn	7	3	GEA	Inf. RL	Methoklopramida Atapulgit dan pektin Sefotaksim	2 x 0,5 ml 3 x 75 mg 2 x 350 mg	-	-	-	-	Membalik
38	L	16 bln	10	4	GEA	Inf. RL	Lactobacillus Inf. RL	2 x 1bks	-	+	+	-	Pilek Membalik
						Lactobacillus	Lactobacillus	2 x 1 bks					
						Dioktahedrol smecta	Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks					
						Methoklopramida	Methoklopramida	2 x 0,8 ml					
						Atapulgit dan pektin	Atapulgit dan pektin	3 x 100 mg					
						Sefotaksim	Sefotaksim	2 x 500 mg					
						Oralyte	Oralyte						
39	L	15 bln	11	4	GEA	Inf. D5 1/4 NS	Inf. D5 1/4 NS		-	+	+	-	Membalik
						Sefotaksim	Sefotaksim	2 x 500 mg					
						Methoklopramida	Methoklopramida	2 x 0,8 ml					
						Diazepam	Diazepam	2 x 2 mg					
						Metapiron	Metapiron	2 x 120 mg					
40	P	8 bln	8	4	GEA	Inf. RL	Inf. RL		-	-	-	-	Membalik
						Methoklopramida	Methoklopramida	3 x 0,6 ml					
						Sefotaksim	Sefotaksim	2 x 400 mg					

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

41	L	7 bln	7	5	GEA	Inf. RL	Sefotaksim	2 x 250 mg	-	+	+	-		Membaik
							Attapulgit dan pektin	2 x 100 mg						
							Lactobacillus	2 x 1/2 bks						
42	P	9 bln	7	5	GEA	Inf. RL	Attapulgit dan pektin	3 x 70 mg	+	+	+	+		Membaik
							Sefotaksim	2 x 350 mg						
							Methoklopramida	2 x 1,6 ml						
							Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
							Lactobacillus	2 x 1 bks						
							Pedialyte							
43	P	1,5 thn	11,4	4	GEA	Inf. RL	Inf. RL		-	+	+	-		Membaik
							Sefotaksim	2 x 350 mg						
							Methoklopramida	2 x 1,6 ml						
							Attapulgit dan pektin	3 x 70 mg						
							Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
44	L	11 bln	8,8	3	GEA	Inf. RL	Inf. RL		-	+	+	-		Membaik
							Sefotaksim	2 x 250 mg						
							Methoklopramida	2 x 1,7 ml						
							Attapulgit dan pektin	2 x 80 mg						
							Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
45	L	8 bln	8	7	GEA	Inf. RL	Inf. RL		-	+	+	-		Membaik
							Attapulgit dan pektin	2 x 80mg						
							Sefotaksim	2 x 250 mg						
							Methoklopramida	2 x 1,7 ml						

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

46	L	1 thn	9,7	3	GEA	Inf. RL	Sefotaksim	2 x 250 mg	-	+	+	-			Membaik
							Methoklopramida	2 x 1,7 ml							
							Attapulgit dan pektin	2 x 80 mg							
							Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks							
47	P	2 thn	10	3	GEA	Inf. D5 1/4 NS			-	+	+	-			Membaik
							Dioktahedrol smecta	2 x 1 bks							
							Methoklopramida	2 x 3 mg							
							Sefotaksim	2 x 250 mg							
48	L	16 bln	6	3	GEA	Inf. RL	Sefotaksim	2 x 250 mg	-	+	+	-			Membaik
							Kaolin dan pektin	2 x 1 mg							
							Lactobacillus	2 x 1 bks							
							Pedialyte								
49	L	10 bln	7,5	4	GEA	Inf. RL			-	-	-	-			Membaik
							Kaolin dan pektin	2 x 1 mg							
							Lactobacillus	2 x 1 bks							
							Sefotaksim	2 x 250 mg							
							Pedialyte								
50	L	43 hr	3,9	2	GEA	Inf. KA - EN 3B			-	+	+	-			Membaik
							Kloramfenikol	2 x 0,5 mg							
							Lactobacillus	2 x 1/2 bks							

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

51	L	11 bln	7,5	4	GEA	Inf. D5 1/4 NS							
						Sefotaksim			2 x 250 mg				
						Methoklopramida			2 x 0,5 ml				
52	L	5 bln	5	3	GEA	Inf. RL					-	-	-
						Sefotaksim			2 x 125 mg				
						Metapiron			2 x 50 mg				
						Lactobacillus			2 x 1/2 bks				
						Dioktahedrol smecta			2 x 1/2 bks				
						Methoklopramida			2 x 0,2 ml				
53	L	20 bln	9	3	GEA	Inf. RL					-	+	-
						Sefotaksim			2 x 125 mg				
						Metapiron			2 x 50 mg				
						Lactobacillus			2 x 1/2 bks				
						Dioktahedrol smecta			2 x 1/2 bks				
54	P	15 bln	7,5	3	GEA	Inf. KA - EN 3B					-	+	-
						Kortimoksol dan			2 x 1 cth				
						Trimetoprim							
						Asam asetilsalisilat			3 x 1 tablet				
55	L	13 bln	8	5	GEA	Inf. KA - EN 3B					-	-	-
						Sefotaksim			2 x 400 mg				
						Lactobacillus			2 x 1 bks				
						Pedialyte							

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

56	L	8 bln	8	3	GEA	Inf. RL	Methoklopramida	3 x 1,6 ml	-	+	+	-	-	Membaik
							Atapulgit dan pektin	2 x 80 mg						
							Sefotaksim	2 x 250 mg						
57	L	13 bln	7	3	GEA	Inf. RL	Sefotaksim	2 x 250 mg	-	-	-	-	-	Membaik
							Lactobacillus	2 x 1/2 bks						
58	P	1,5 thn	12	3	GEA	Inf. D5 1/4 NS	Sefotaksim	2 x 300 mg	-	-	-	-	-	Membaik
							Lactobacillus	2 x 0,5 ml						
59	P	1 thn	9	4	GEA	Inf. RL	Sefotaksim	2 x 250 mg	-	+	+	-	-	Membaik
							Lactobacillus	2 x 1/2 bks						
60	L	8 bln	8	3	GEA	Inf. RL	Amoksisilina	3 x 200 mg	-	+	+	-	-	Membaik
							Methoklopramida	3 x 1,6 ml						
							Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
61	L	2 bln	4,5	3	GEA	Inf. RL	Sefotaksim	2 x 300 mg	-	+	+	-	-	Membaik
							Methoklopramida	3 x 0,25 ml						
							Lactobacillus	2 x 1/2 bks						
							Kaolin dan pektin	2 x 1/2 cth						
							Pedialyte							
62	L	8 bln	6	4	GEA	Inf. RL	Methoklopramida	2 x 0,6 ml	-	+	+	-	-	Membaik
							Sefotaksim	2 x 350 mg						
							Eritromisin	2 x 0,25 ml						
							Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

63	P	14 bln	9	3	GEA	Inf. RL Sefotaksim	2 x 200 mg	-	+	+	-		Membaik
						Dioktahedrol smecta	3 x 1/2 bks						
						Pedialyte							
64	L	8 bln	6	3	GEA	Inf. RL		-	+	+	-		Membaik
						Methoklopramida	2 x 0,6 ml						
						Sefotaksim	2 x 300 mg						
						Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
						Lactobacillus	2 x 1 bks						
65	P	7 bln	7	2	GEA	Inf. KA - EN 3B		-	+	+	-		Membaik
						Sefotaksim	2 x 150 mg						
						Methoklopramida	2 x 1 ml						
						Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
66	P	4 bln	5	2	GEA	Inf. RL		-	+	+	-		Membaik
						Sefotaksim	2 x 200 mg						
						Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
						Methoklopramida	2 x 1 bks						
						Pedialyte							
67	P	4 bln	4	4	GEA	Inf. RL		-	+	+	-		Membaik
						Sefotaksim	2 x 500 mg						
						Methoklopramida	2 x 0,5 ml						
						Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks						
						Lactobacillus	2 x 1 bks						
68	P	2 thn	13	2	GEA	Inf. RL		-	+	+	-		Membaik
						Sefotaksim	2 x 350 mg						
						Attapulgit dan pektin	2 x 80 mg						
						Lactobacillus	2 x 1 bks						

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

74	L	8 bln	7	2	GEA	Inf. KA - EN 3B Immunosera Pedialyte	2 x 1 cth	-	+	+	-	Membaik
75	L	6 bln	7	2	GEA	Inf. RL Sefotaksim Lactobacillus	2 x 250 mg 2 x 1/2 bks	-	+	+	-	Membaik
76	P	5 bln	6	3	GEA	Attapulgit dan pektin Inf. RL Sefotaksim Methoklopramida Attapulgit dan pektin Pedialyte	2 x 60 mg 2 x 250 mg 1 x 1,25 ml 2 x 60 mg	-	+	+	-	Membaik
77	L	11 bln	10	2	GEA	Lactobacillus Inf. RL Sefotaksim Methoklopramida	2 x 1/2 bks 2 x 250 mg 2 x 1,5 mg	-	+	+	-	Membaik
78	L	13 bln	14	3	GEA	Lactobacillus Inf. RL Sefotaksim Lactobacillus	2 x 1/2 bks 2 x 250 mg 2 x 1/2 bks	+	-	+	-	Membaik
79	L	2,5 thn	15	5	GEA	Pedialyte Inf. RL Sefotaksim Dioktahedrol smecta Pedialyte	2 x 275 mg 3 x 1/2 bks	-	+	+	-	Membaik

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

86	L	10 bln	10	2	GEA	Inf. RL Sefotaksim	2 x 250 mg	-	-	-	-	Membaik
						Methoklopramida	2 x 2 ml					
						Attapulgit dan pektin	2 x 200 mg					
						Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks					
						Lactobacillus	2 x 1/2 bks					
87	L	7 bln	8	4	GEA	Inf. RL		-	+	+	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 400 mg					
						Methoklopramida	2 x 1,5 ml					
						Lactobacillus	2 x 1/2 bks					
88	L	1 thn	13	3	GEA	Inf. RL		-	+	+	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 250 mg					
						Methoklopramida	2 x 0,7 ml					
						Attapulgit dan pektin	2 x 100 mg					
						Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks					
89	L	1 thn	10	5	GEA	Inf. RL		-	+	+	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 250 mg					
						Lactobacillus	2 x 1/2 bks					
						Pedialyte						
						Attapulgit dan pektin	2 x 100 mg					
90	L	5 bln	5	2	GEA	Inf. RL		-	-	-	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 250 mg					
						Methoklopramida	2 x 1,25 mg					
						Attapulgit dan pektin	2 x 60 mg					
						Lactobacillus	2 x 1/2 bks					
						Pedialyte						

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

98	P	1 bln	2,5	4	GEA	Inf. RL	Sefotaksim Lactobacillus Kandistatin	2 x 75 mg 2 x 1/2 bks 2 x 1 ml	-	+	+	-	Membaik
99	p	2 thn	8	2	GEA	Inf. KA - EN 3B	Pedialyte	2 x 300 mg	-	-	+	-	Membaik
100	L	6 bln	6	2	GEA	Inf. RL	Sefotaksim Pedialyte	2 x 300 mg	-	-	-	-	Membaik
101	L	1 thn	10,2	5	GEA	Inf. D5 1/4 NS	Lactobacillus	2 x 1 bks	-	-	-	-	Membaik
102	P	9 thn	17	3	GEA	Inf. RL	Methoklopramida Amoksisilina Kloramfenikol	2 x 2 ml 3 x 500 mg 2 x 1/2 bks	+	+	+	-	Membaik
103	L	13 bln	8	3	GEA	Inf. RL	Amoksisilina Deksametason	3 x 500 mg 2 x 1 amp	-	-	+	-	Membaik
						Inf. RL	Sefotaksim	2 x 400 mg	-	-	+	-	Membaik
						Dioktahedrol smecta	Dioktahedrol smecta	2 x 0,8 ml					
						Lactobacillus	Lactobacillus	2 x 1/2 bks					
						Aluminium hidroksid	Aluminium hidroksid	2 x 1/2 bks					
						Forte magnesium	Forte magnesium	3 x 1/2 cth					
						Hidroksid dimetil	Hidroksid dimetil						
						Polisiloksan	Polisiloksan						

LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

104	L	8 bln	8	4	GEA	Inf. RL		-	+	-	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 400 mg					
						Methoklopramida	2 x 0,8 ml					
						Dioktahedrol smecta	2 x 1/2 bks					
						Lactobacillus	2 x 1/2 bks					
						Attapulgit dan pektin	2 x 80 mg					
105	P	20 bln	9	3	GEA	Inf. KA - EN 3B		-	-	-	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 450 mg					
						Methoklopramida	2 x 1 mg					
						Attapulgit dan pektin	2 x 90 mg					
106	P	2 bln	4	3	GEA	Inf. D5 1/4 NS		-	-	-	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 100 mg					
107	P	1,5 thn	9	2	GEA	Inf. RL		-	-	-	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 250 mg					
						Dioktahedrol smecta	3 x 1/2 bks					
						Methoklopramida	2 x 0,5 ml					
108	L	3 thn	11	3	GEA	Inf. D5 1/4 NS		-	+	-	-	Membaik
						Fenobarbital	2 x 25 mg					
						Diazepam	2 x 5 mg					
						Sefotaksim	2 x 500 mg					
109	L	4 thn	13	2	GEA	Inf. RL		-	-	-	-	Membaik
						Sefotaksim	2 x 325 mg					
						Methoklopramida	2 x 1,25 mg					
						Attapulgit dan pektin	2 x 130 mg					
						Lactobacillus	2 x 1 bks					
						Dioktahedrol smecta	3 x 1/2 bks					

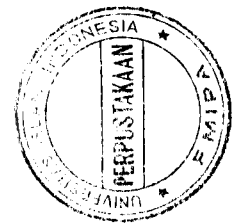
LAMPIRAN 1 (Lanjutan)

110	P	8 bln	7	2	GEA	Inf. RL	Atapulgit dan pektin Sefotaksim Methoklopramida Lactobacillus	2 x 80 mg 2 x 400 mg 2 x 0,8 ml 2 x 1/2 bks	-	-	-	-	-	-	-	Membaik
111	P	4 bln	4,5	4	GEA	Inf. KA - EN 3B Sefotaksim Aminoglikosida Eritromisin Pedialyte	2 x 350 mg 2 x 50 mg 2 x 1/2 mg	-	+	+	-	-	-	-	Batuk	Membaik
112	P	4 bln	7	2	GEA	Inf. RL Sefotaksim Lactobacillus Pedialyte	2 x 175 mg 2 x 1/2 bks	-	+	+	-	-	-	-	-	Membaik
113	L	7 bln	5	4	GEA	Inf. RL Sefotaksim Lactobacillus Atapulgit dan pektin	3 x 60 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	Membaik
114	P	8 bln	8	2	GEA	Inf. KA - EN 3B Sefotaksim Eritromisin Inf. RL Kloramfenikol Lactobacillus Methoklopramida	2 x 500 mg 2 x 0,5 ml 3 x 1 cth 2 x 1 bks 2 x 1/2 mg	-	+	+	-	-	-	-	Batuk Pilek	Membaik
115	P	22 bln	11	2	GEA	Inf. RL Kloramfenikol Lactobacillus Methoklopramida	3 x 1 cth 2 x 1 bks 2 x 1/2 mg	-	+	+	-	-	-	-	-	Membaik

LAMPIRAN 2. GOLONGAN DAN JENIS OBAT YANG DIGUNAKAN PADA PENDERITA DIARE DI INSTALASI RAWAT INAP RSU BANJAR SELAMA TAHUN 2003

No.	Golongan Obat	Jenis Obat
1	Antibiotik	Sefotaksim, Eritromisin, Kloramfenikol, Klaritromisin, Kortimoksazol, Aminoglikosida, Amoksisilin
2	Antidiare	Attapulgit Dan Pektin, Kaolin Dan Pektin.
3	Antiemetikum	Methoklopramida
4	Antispasmodikum	Simetidina, Aluminium Hidroksida Forte Magnesium Hidroksida Dan Dimetil Polisiloksana.
5	Antiflatulen	Dioctahedral Smectie
6	Anti Epilepsi	Phenobarbital
7	Analgetik-Antipiretik	Metampiron, Asam Asetil Salisilat, Parasetamol.
8	Neuroleptikum	Diazepam
9	Kortikoidium	Deksametason
10	Trikomonasidan	Kandistatin
11	Immunologikum	Immunosera
12	Enzim Saluran Cerna	Lactobacillus
13	Infus	Ringer Lactate, KA-EN 3A, KA-EN 3B, D5 ¼ NS.

Sumber : RSU Banjar



Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito Tahun 2000

Dignosis	Pemeriksaan penunjang	Terapi	Perawatan	Lama perawatan	OUTPUT
Diare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tinja rutin 2. Bila perlu analisis gas darah/ elektrolit. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rehidrasi oral/ parenteral 2. Antibiotik atas indikasi 3. Tetrasiklin 50mg/kgbb/hr 4. Kortimoksazol 50mg/kgbb/hr 5. Asam nalidixat 60 mg/kgbb/hr 6. Metrodinazol 30mg/kgbb/hr 7. Diet 	Rumah Sakit Rawat inap bila terdapat dehidrasi berat	3 – 5 hari	Sembuh total

Sumber : Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito, Buku 3, Komite Medik, RSUP Dr. Sardjito, Jogjakarta.

ASPEK KLINIK KOMPLIKASI DIARE

Komplikasi	Gambaran Klinik	Diagnosis banding	Tatalaksana
Asidosis	Fernapasan dalam, mengantuk	Pneumonia Edema pulmonum	Rehidrasi Jarang: NaHCO ₃ pekat
Hipoksia	Ileus paralitik Kelemahan otot Kawang-kadang gangguan ginjal Aritmia jantung	Efek samping obat, dehidrasi Masalah bedah GI obstruksi	Rehidrasi dengan cairan mengandung K, buah-buahan, K secara IV pelan-pelan.
Gagal ginjal akut	Gagal ginjal akut	Lihat gagal ginjal akut	Rehidrasi yang cukup dengan cairan yang mengandung glukosa.
Kejang	Serangan kejang, koma/ stupor	Hipoglikemia, Hipernatremia, Meningitis/ensefalitis, KDS	Periksa elektrolit, gula darah Atasi panas Nilai kembali sebelum memakai obat.
Panas	Suhu > 39°C	Infeksi, ekstraintestinal (paru, telinga, saluran kemih). Diare invasif.	Anamnesis/pemeriksaan fisik Lab.: darah, tinja, urin. Turunkan suhu.
Muntah	Muntah terus-menerus mengantuk UIC	Gastritis Obstruksi GI Minum oralit terlalu cepat.	Rehidrasi dan observasi Jangan beri anti-emetik Penderita istirahat dg duduk.
Malabsorpsi	Diare bertambah dengan pemberian oralit & susu buatan	Sebagai bagian dari penyakit primer Menyertai infeksi	Telusur pemberian cairan dan makanan, perhatikan adanya tanda memberatnya dehidrasi. Jangan hentikan pemberian oralit/pada permulaan.
Hiponatremia	Mengantuk Na < 130 Malnutrisi	Hipokalemia Syok dehidrasi	Oralit
Hipernatremia	Riwayat : muntah dan sedikit /tanpa masukan cairan, minuman yang hiperosmolar. Kejang Na > 130	Epilepsi Meningitis Hipoglikemia	Oralit untuk rehidrasi dan perawatan cairan dextrose 5% iv.
Ileus paralitik	Riwayat pemberian obat anti-motilitas Meteorismus Peristaltik usus kurang /tak ada Muntah	ESO Hipokalemia Obstruksi usus	Rehidrasi IV Aspirasi lambung dengan pipa lambung Pemberian Kalium

DIARE KRONIS/PERSISTEN

Pengertian

Diare kronis merupakan kategori luas dari kondisi diare, termasuk penyakit diare dengan etiologi non infeksi yang berlangsung lebih dari 2 minggu. Diare persisten ialah diare yang berlangsung lebih dari 2 minggu dengan penyebab infeksi.

Diare kronis terjadi karena kerusakan mukosa usus multi kompleks, dan biasanya disertai dengan gangguan berbagai macam proses intestinal yang bekerjasama dan atau berkaitan satu sama lain. Tiga sampai duapuluh persen diare akut pada balita menjadi persisten dengan kematian yang lebih tinggi daripada diare akut.

Faktor Risiko

Beberapa faktor risiko adalah umur (satu tahun pertama kehidupan), status nutrisi, status imunologi, kejadian infeksi sebelumnya, pemberian PASI dan berbagai infeksi patogen (EIEC, EPEC, Cryptosporidium). Faktor risiko penting untuk patogenesis dan pencegahan.

Diagnosis

Diagnosis didasarkan atas adanya diare lebih dari 2 minggu. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

1. Kemungkinan anak mengalami dehidrasi:
 - Keseimbangan cairan: riwayat input/intake dan output cairan.
 - Riwayat banyaknya buang air kecil.
 - Tanda dehidrasi (lihat diare akut)
2. Riwayat penggunaan antibiotik : Ampisilin, klindamisin, neomisin, Sitostatik.
3. Riwayat tindakan bedah saluran pencernaan ---> malabsorpsi.
4. Infeksi ekstraintestinal saat itu.
5. Kemungkinan ada etiologi diare intestinal :
 - Riwayat tinja dengan lendir-darah
 - Tanda-tanda klinik lain.
 - Tinja Mikroskopik :
 - berdarah (shigella, amoeba).
 - mengidentifikasi etiologi (amoeba, giardia).
 - Biakan : untuk mengidentifikasi etiologi.
6. Kemungkinan malabsorpsi : Karbohidrat terutama laktosa, lemak atau protein (termasuk protein susu sapi).
 - Malabsorpsi laktose:
 - Klinis : kembung, diare nyemprot, tinja asam (bau, pH rendah), *diaper rash*.
 - Clinitest
 - *Lactose loading test* bila perlu.
 - *Breath hydrogen test* bila perlu.
 - Malabsorpsi lemak :
 - Kurus
 - Tinja makroskopik : berlemak, tak berbentuk
 - Mikroskopik : butir lemak (*fat globule*, kristal asam lemak).
 - Stool III positif, bila tersedia dan perlu.
 - Malabsorpsi protein (termasuk susu sapi).
 - Klinis
 - Test challenge dengan protein tersangka
7. Tatalaksana diare akut yang salah (ASI dihentikan, obat anti diare, tidak diberi makanan selama diare, dll).
8. Kemungkinan malnutrisi (lihat marasmus/kwashiorkor).

Tatalaksana

Penderita baru dengan gastroenteritis kronis atau persisten sebaiknya dirawat inap untuk mencari etiologi dan menatalaksana dengan baik. Tujuan utama tatalaksana klinik adalah mempertahankan status hidrasi, status nutrisi memperbaiki kerusakan mukosa. Pada keadaan tertentu memberi antibiotika yang tepat.

Tatalaksana penderita rawat inap

1. Tatalaksana cairan dan elektrolit
 - Formula lengkap.
 - Formula tidak lengkap : cairan rumah tangga.
 - Cairan intravena (kalau ada indikasi)
2. Medikamentosa : hanya atas indikasi (tergantung etiologi; lihat diare akut).
3. Tatalaksana gizi : sangat penting; prinsip pemberian adekuat, mudah dicerna dan diabsorpsi, diberikan sedikit-sedikit tetapi frekuen, ASI terus.
4. Vitamin dan mineral : asam folat, seng, besi, Vit B12, Vit A.
5. Pengaturan makanan : pada fase penyembuhan masukan kalori harus tinggi (420-670 Kkal/kg/hari) dengan makanan bervolume rendah (tambahkan minyak).
6. Menghilangkan faktor-faktor risiko

Pemantauan

- Keadaan umum, tanda utama.
- Hidrasi.
- Berat badan, paling tidak sampai berat badan normal tercapai.

Tatalaksana penderita rawat jalan

Biasanya dikerjakan untuk penderita kontrol setelah rawat inap atau penderita yang tidak mau rawat inap. Prinsip tatalaksananya sama seperti rawat inap.

Indikasi sembuh

Penderita dinyatakan sembuh bilamana gejala dan tanda diare sudah hilang, kausa dapat diatasi.

Komplikasi

- Asidosis;
- Hipovolemia;
- Gagal ginjal;
- Kejang;
- Panas;
- Muntah;
- Malabsorpsi glukosa/maltosa;
- Hiponatremia;
- Hipernatremia;
- Ileus paralitikus;
- Pernafasan dalam;
- Mengantuk.

DIARE BERKEPANJANGAN

Pengertian

Diare berkepanjangan lebih difokuskan pada lama diare (seperti diare akut) yang berlangsung lebih 1 minggu sampai 2 minggu.

Faktor risiko : lihat diare persisten/khronis

Diagnosis

Diagnosis didasarkan atas adanya diare lebih dari 1 minggu dan kurang dari 2 minggu.

Tatalaksana : lihat diare persisten/khronis

DIARE BERMASALAH

Pengertian

Dalam pertemuan RIGIA dan DepKes RI dirumuskan diare bermasalah adalah yang di kategorikan sebagai:

1. disenteri berat
2. diare persisten
3. diare dengan KEP berat
4. diare dengan penyakit penyerta



PEMERINTAH KOTA BANJAR
RUMAH SAKIT UMUM BANJAR

Jl. Rumah Sakit No. 5 Telp. (0265) 741032 Fax. 744730 BANJAR 46322

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 800/197 -RSU/VIII/2004

Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Kota Banjar dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Lina Agustina
No. Mahasiswa : 99613242
Jurusan : Farmasi F. MIPK. UII
Judul TA : Pola Pengobatan Rawat Inap Penyakit Diare Pada Anak
di RSUD Kota Banjar Tahun 2003

Telah melaksanakan penelitian dalam rangka menyelesaikan tugas akhir dengan judul tersebut diatas.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banjar, 29 Maret 2004

PLH. Direktur Rumah Sakit Umum

Kota Banjar



H. Tisnawan EN, dr

NIP. 140 101 053

TELEPON LANGSUNG :

Direktur : 744730, Komite Medik : , Instalasi Bedah Sentral : 744588, Instalasi Anestesi : 744588, Instalasi Gawat Darurat : 744242,
Ruang Dahlia : 744651, Ruang Teratai II : 744564, Ruang Melati : 743106, Ruang Wijayakusumah : 744574, Ruang Teratai I : 742985
Ruang Haemodialisa : 743324, Ruang Tuliop : 744057, Ruang VIP Bouqenville : 741404, Instalasi Gizi : 745040, Ruang Flambovan : 744236