

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Penyakit diare hingga kini masih merupakan masalah kesehatan serta penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada bayi dan anak di Indonesia (Sunoto, 1978). Diperkirakan angka kesakitan berkisar antara 150-430 perseribu penduduk pertahunnya. Di Jawa Tengah angka kesakitan diare anak balita cukup tinggi, yaitu 73,4 perseribu penduduk untuk tahun 1989. Upaya yang sekarang dilaksanakan telah dapat menekan angka kematian di Rumah Sakit menjadi kurang dari 3% (Staf Pengajar IKA FK UI, 1985).

Pengobatan yang dilakukan secara medik terhadap dehidrasi akibat diare sampai awal 1970, adalah :

1. Pemberian cairan secara intravena
2. Memuaskan penderita sekurang-kurangnya 24 jam
3. Pemberian makanan secara bertahap

Dalam pelaksanaannya pengobatan antibiotik dan anti diare sering menyertai cara diatas dalam peresepan obat untuk penyakit diare (Sunoto, 1990).

WHO saat ini menganjurkan unsur utama penanggulangan klinik secara efektif untuk anak penderita diare, yaitu :

1. Pemberian cairan , biasanya berupa pengobatan dehidrasi secara oral (URO : Upaya Rehidrasi Oral) untuk pencegahan dehidrasi dan menghentikan dehidrasi.

2. Pemberian makanan diteruskan terutama ASI, selama diare dan pada masa penyembuhan.

3. Tidak menggunakan obat-obat anti diare.

Penggunaan antibiotik atau anti mikroba hanya untuk kasus disentri oleh Shigella, Giardia, Amoeba, dan Kholerae.

4. Petunjuk yang efektif bagi ibu dan anak atau pengasuh, tentang :

a. Cara merawat anak sakit di rumah, terutama tentang URO.

b. Tanda-tanda untuk membawa anak untuk kembali berobat atau merujuk ke sarana kesehatan yang lebih lengkap.

c. Cara mencegah kejadian diare dimasa depan.

Salah satu penyebab tingginya angka kesakitan diare adalah adanya keengganan beberapa dokter dalam menggunakan metode baku pengelolaan kasus diare seperti yang dianjurkan oleh WHO (Sunoto, 1990).

Dalam penelitian di Manado hanya ditemukan 3,6% penderita yang menggunakan oralit tanpa antimikroba dan antidiare (Munir, 1983).

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian pada latar belakang maka perumusan masalah yang akan diangkat dalam penulisan ini adalah :

1. Rendahnya tingkat kepatuhan terhadap standar dan prosedur pelayanan medik para dokter dalam menangani kasus diare pada balita.

2. Belum diketahuinya latar belakang mengapa dokter yang menangani penderita diare tidak menggunakan standar dan prosedur pelayanan baku yaitu standar dan prosedur pelayanan menurut Departemen Kesehatan RI atau WHO.

C. TINJAUAN PUSTAKA

1. Definisi dan Klasifikasi Diare

Hipocrates mendefinisikan diare sebagai pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Dibagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI / RSCM, diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Neonatus dinyatakan diare bila frekuensi buang air besar sudah lebih dari 4 kali, sedangkan untuk bayi berumur lebih dari 1 bulan dan anak, bila frekuensinya lebih dari 3 kali.

Secara umum diare dapat dikelompokkan dalam 2 bagian besar, yaitu :

1. **Diare mendadak (diare akut)**, yaitu diare yang timbul pada anak yang sebelumnya kelihatan sehat dan tidak terdapat tanda-tanda adanya malnutrisi, panas dan sebagainya.
2. **Diare menahun (diare kronik)**, yaitu diare berlangsung sampai 2 minggu atau lebih dengan atau tanpa kegagalan pertumbuhan.

2. Etiologi

Etiologi diare dapat dibagi dalam beberapa faktor, yaitu :

a. Faktor Infeksi

1. **Infeksi enteral** yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak, meliputi :
 - a. **Infeksi bakteri** : Vibrio, E. coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas, dan sebagainya.
 - b. **Infeksi Virus** : Enterovirus (virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus, dan lain-lain.

- c. Infestasi parasit : Cacing (*Ascaris*, *Trichiuris*, *Oxyuris*, *Strongyloides*), Protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*), Jamur (*Candida albicans*).
2. Infeksi parenteral yaitu infeksi dibagian tubuh lain diluar alat pencernaan, seperti Otitis Media Akut (OMA), Tonsilofaringitis, Bronkopneumonia, Ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun.
- b. Faktor Malabsorpsi
1. Malabsorpsi karbihodrat : disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa).
 2. Malabsorpsi lemak.
 3. Malabsorpsi protein.
- c. Faktor makanan : makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.
- d. Faktor psikologis : rasa takut dan cemas. Walaupun jarang dapat menimbulkan diare terutama pada anak yang lebih besar.

3. Patogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah :

a. Gangguan osmotik

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

b. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit kedalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul 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 yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Patogenesis diare akut

1. Masuknya mikroorganisme yang masih hidup ke dalam usus halus setelah berhasil melewati asam lambung.
2. Mikroorganisme tersebut berkembang biak (multiplikasi) didalam usus halus.
3. Mikroorganisme mengeluarkan toksin (toksin diaregenik).
4. Toksin tersebut menyebabkan hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.

Patogenesis diare kronis

Lebih kompleks dan faktor-faktor yang menimbulkan ialah infeksi bakteri, parasit, malabsorpsi, malnutrisi, dan lain-lain.

4. Patofisiologi

Sebagai akibat diare baik akut maupun kronis akan terjadi :

- a. Kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik, hipokalemia, dan sebagainya).
- b. Gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masukan makanan kurang, pengeluaran bertambah).
- c. Hipoglikemia.
- d. Gangguan sirkulasi darah.

5. Pengobatan

Dasar pengobatan diare adalah :

1. Pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumat), meliputi :

- a. Jenis cairan.
- b. Jalan pemberian cairan.
- c. Jumlah cairan.
- d. Jadwal (kecepatan) pemberian cairan.

1. Belum ada dehidrasi

- a. Oral sebanyak anak mau minum (ad libitum) atau 1 gelas setiap kali buang air besar.
- b. Parenteral dibagi rata dalam 24 jam.

2. Dehidrasi ringan

- a. 1 jam pertama : 25-50 ml/kgbb peroral atau intragastrik.
- b. Selanjutnya : 125 ml/kgbb/hari atau ad libitum.

3. Dehidrasi sedang

- a. 1 jam pertama : 50-100 ml/kgbb peroral atau intragastrik
- b. selanjutnya : 125 ml/kgbb/hari atau ad libitum.

4. Dehidrasi berat

- a. Untuk anak 1 bulan - 2 tahun dengan berat badan 3-10 kg

1 jam pertama : 40 ml/kgbb/jam atau

= 10 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1 ml

= 15 tetes) atau

= 13 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1ml

= 20 tetes).

7 jam kemudian : 12 ml/kgbb/jam atau

= 3 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1 ml

= 15 tetes) atau

= 4 tetes/kgbb/menit (dengan infus berukuran 1 ml

= 20 tetes).

16 jam berikut : 125 ml/kgbb oralit peroral atau intragastrik.

Bila

tidak mau minum, teruskan DG aa intravena 2

tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau 3 tetes/kgbb/

menit (1ml = 20 tetes)

- b. Untuk anak lebih dari 2-5 tahun dengan berat badan 10-15 kg.

1 jam pertama : 30 ml/kgbb/jam atau

= 8 tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau

= 10 tetes/kgbb/menit (1ml = 20 tetes)

7 jam kemudian : 10 ml/kgbb/jam atau

= 3 tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau

= 4 tetes/kgbb/menit (1ml = 20 tetes)

16 jam berikut : 125 ml/kgbb oralit peroral atau intrgastrik. Bila

tidak mau minum, teruskan DG aa intravena 2

tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau 3 tetes/kgbb/

menit (1ml = 20 tetes)

c. Untuk bayi baru lahir (neonatus) dengan berat badan 2-3 kg.

Kebutuhan cairan = 125 ml + 100 ml + 25 ml = 250 ml/kgbb/24

jam

Jenis cairan : Cairan 4:1 (4 bagian glukosa 5 %) + bagian NaHCO₃

1 ½ %).

Kecepatan :

4 jam pertama : 25 ml/kgbb/jam atau

= 6 tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau

= 8 tetes/kgbb/menit (1ml = 20 tetes)

20 jam berikut : 150 ml/kgbb/20 jam atau

= 2 tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau

= 2 ½ tetes/kgbb/menit (1ml = 20 tetes)

d. Untuk bayi berat badan lahir rendah, dengan berat badan

kurang

dari 2 kg .

Kebutuhan cairan = 250 ml/kgbb/24 jam

Jenis cairan : Cairan 4:1 (4 bagian glukosa 10% + 1 bagian NaHCO_3 1½ %).

Kecepatan :

4 jam pertama : 25 ml/kgbb/jam atau

= 6 tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau

= 8 tetes/kgbb/menit (1ml = 20 tetes)

20 jam berikut : 150 ml/kgbb/20 jam atau

= 2 tetes/kgbb/menit (1ml = 15 tetes) atau

= 2 ½ tetes/kgbb/menit (1ml = 20 tetes)

2. Dietetik (pemberian makanan).

3. Obat-obatan.

Prinsip pengobatan diare adalah menggantikan cairan yang hilang melalui tinja dengan atau tanpa muntah, dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa atau karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras dan sebagainya), jenis-jenis obat-obatan tersebut adalah sebagai berikut :

a. Obat antisekresi

1. Asetosal.

2. Klorpromazin.

b. Obat spasmolitik

Pada umumnya obat antispasmolitik seperti Papaverine, Ekstrak Beladona, Opium, Loperamid, dan sebagainya tidak diperlukan untuk mengatasi diare akut.

c. Obat penguas tinja

Obat seperti Kaolin, Pectin, Charcoal, Tabonal dan sebagainya tidak ada manfaatnya untuk mengatasi diare.

d. Antibiotika

Pada umumnya antibiotika tidak diperlukan untuk mengatasi diare akut, kecuali bila penyebabnya jelas seperti :

1. Kolera, diberikan Tetrasiklin 25-50 mg/kgBB/hari.
2. Campylobacter, diberikan Eritromisin 40-50 mg/kgBb/hari.

Antibiotika lain dapat pula diberikan bila terdapat penyakit penyerta seperti misalnya :

- a. Infeksi ringan (OMA, Faringitis), diberikan Penisilin Prokain 50.000 U/kg/hari.
- b. Infeksi sedang (Bronkhitis), diberikan Penisilin Prokain atau ampisilin 50 mg/kgBB/hari.
- c. Infeksi berat (Bronkopneumonia), diberikan Penisilin Prokain dengan Kloramfenikol 75 mg/kgBB/hari, atau Ampisilin 75-100 mg/kgBB/hari ditambah Gentamisin 6mg/kgBB/hari, atau derivat Sefalosforin 30-50 mg/kgBB/hari.

Sebagian besar etiologi diare adalah bukan oleh infeksi bakteri, karena itu hanya sebagian kecil saja yang memerlukan antibiotika (Sunoto, 1996).

Penggunaan antibiotika memang dianjurkan oleh WHO, namun juga harus didasarkan pada alasan medik yang jelas. Penggunaan yang tidak rasional dapat menyebabkan resistensi bakteri. Penggunaan antibiotika secara keliru dapat

memperlama diare dengan akibat kerusakan mukosa usus dan berkembangnya bakteri patogen yang bisa dihambat oleh flora usus normal. Pertumbuhan bakteri secara berlipat ganda ini dapat menyebabkan Kolitis Hemoragika (Suraatmaja, 1989).

6. Pengukuran kepatuhan petugas terhadap standar dan prosedur pelayanan

Kepatuhan petugas terhadap standar dan prosedur pelayanan adalah dilaksanakannya oleh petugas terhadap bagian – bagian dari kegiatan sesuai dengan urutan dan ketentuan yang telah ditetapkan untuk mencapai tingkat mutu pelayanan yang diharapkan (Tjahjono dkk, 1999).

Berdasarkan pengertian tersebut diatas, maka tingkat kepatuhan petugas terhadap standar dan prosedur pelayanan merupakan gambaran tingkat mutu pelayanan di suatu unit pelayanan. Oleh karenanya sangat perlu untuk diketahui, bila ingin mengetahui tingkat mutunya.

Mengukur kepatuhan petugas terhadap standar dan prosedur dapat dilakukan dengan membandingkan jumlah prosentase item pekerjaan yang sesuai dengan standar dan prosedur dibandingkan dengan jumlah seluruh item standar dan prosedur yang seharusnya dilakukan. Sedangkan untuk mengetahui tingkat kepatuhan petugas pada item standar dan prosedur dapat dilakukan dengan membandingkan prosentase item pekerjaan yang sesuai dengan standar dan prosedur dengan item pekerjaan tersebut yang tidak sesuai dengan standar dan prosedur.

Dengan demikian dapat dituangkan dengan rumus kepatuhan petugas terhadap standar dan prosedur pelayanan adalah sebagai berikut (Tjahjono dkk, 1999) :

$$\text{Kepatuhan petugas} = \frac{\text{jumlah ya}}{\text{jumlah ya} + \text{tidak}} \times 100\%$$

untuk menghitung tingkat kepatuhan petugas tersebut, dapat dilakukan dengan membuat check list kegiatan yang tercantum di dalam standar dan prosedur pelayanan.

D. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- a. Sejauh mana tingkat kepatuhan dokter di RSUD Muhammadiyah Gombong mengelola pasien diare berdasarkan standar dan prosedur pelayanan medis yang ditetapkan Departemen Kesehatan RI (WHO).
- b. Apakah yang melatarbelakangi ketidakpatuhan petugas terhadap standar dan prosedur pelayanan medis pada penderita diare di RSUD Muhammadiyah Gombong, khususnya dalam hal penggunaan antibiotika.