

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sampai saat ini diare masih tetap merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Diperkirakan bahwa kejadian meliputi 200-400 per 1000 penduduk per tahun. Enampuluh sampai 80 % di antaranya, terjadi pada anak balita. Insidensi tertinggi dijumpai pada anak berusia di bawah 2 tahun. Diare dengan dehidrasi merupakan 20-30% dari penyakit yang menyebabkan penderita dirawat mondok dan merupakan 15-20% dari seluruh penyebab kematian pada anak (Medika Jurnal Kedokteran dan Farmasi, 1991).

Sampai awal 1970, pengobatan yang dilakukan secara medik terhadap dehidrasi akibat diare adalah pemberian cairan intravena. Pada waktu antibiotika dan antidiare sering menyertai dalam peresepan obat untuk diare (Sunoto, 1990).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 1992) saat ini menganjurkan penanggulangan secara efektif untuk anak yang menderita diare dengan pemberian cairan rehidrasi oral dan pemberian makanan (terutama ASI) tetap dilanjutkan. Penggunaan antidiare tidak diperbolehkan dan penggunaan antimikroba hanya untuk kasus tertentu, misalkan disentri (Sunot

Salah satu penyebab tingginya angka kesakitan diare a

Created with

 nitro PDF professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

keengganan beberapa dokter dalam menggunakan metode baru

kasus diare (Sunoto, 1990). Dalam penelitian di Manado hanya ditemukan 3,6% penderita diare yang menggunakan oralit tanpa antimikroba dan antidiare (Munief Munir, 1983) Dengan demikian perlu ditanyakan bagaimana pola pengobatan diare akut pada bayi dan anak di Bangsal Anak RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Kepentingan Penelitian

Dalam penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang pola pengobatan diare akut pada bayi dan anak yang dirawat di Bangsal Anak RSUP Dr. Sardjito pada tanggal 1 Januari - 31 Desember 1999.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang pola pengobatan diare akut yang dilakukan oleh RSUP Dr. Sardjito .

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui apakah penggunaan oralit dan antidiare pada kasus diare akut pada bayi dan anak di Bangsal Anak RSUP Dr. Sardjito pada tahun 1999 sudah sesuai dengan standar WHO
2. Untuk mengetahui apakah penggunaan antimikroba untuk kasus diare akut pada bayi dan anak di Bangsal Anak RSUP Dr. Sardjito pada tahun 1999 sudah sesuai dengan standar WHO.
3. Untuk mengetahui gambaran obat-obat lain yang diserit

pengobatan kasus diare akut pada bayi dan anak di Bangsal

D. Tinjauan Pustaka

1. Definisi diare

Hippocrates mendefinisikan diare sebagai pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair (Rusepno Hasan, et all, 1985). Penyakit diare atau gastroenteritis adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (lazimnya frekuensi ini lebih dari 3x sehari) disertai dengan adanya perubahan bentuk (konsistensi) tinja (Sudarjat Suraatmadja, 1986).

2. Klasifikasi Diare

Beberapa klasifikasi diare (Suharyono, 1986) antara lain :

- a. Berdasarkan ada atau tidaknya infeksi, diare dibagi menjadi 2 golongan, yaitu :
 1. Diare infeksi spesifik : tifus dan paratifus, disentri, basil enterokolitis nekrotikans, dan stafilokokus.
 2. Diare non spesifik : diare dietetik.
- b. Berdasarkan organ yang terkena infeksi diare dibagi menjadi 2 (dua) golongan yaitu:
 1. Diare infeksi enteral atau karena infeksi di usus (karena bakteri, virus, atau parasit).
 2. Diare infeksi parenteral atau diare karena infeksi di luar usus misalnya : karena bronkhitis
- c. Berdasarkan lamanya, diare dibagi menjadi 2 golongan yaitu
 1. Diare akut atau diare karena infeksi usus yang bersifat

sampai 1/3 kasus yang berakhir lebih dari 1 minggu dan hanya 5 sampai 15% yang berakhir 14 hari (Sunoto, 1990).

2. Diare kronik

Dalam Pertemuan Ilmiah Berkala Badan Koordinasi Gastroenterologi Anak Indonesia (PIB-BKGAI) ke-9 di Palembang, disetujui bahwa definisi diare kronik adalah diare yang berlangsung 2 minggu atau lebih.

3. Etiologi

Etiologi diare dapat dibagi dalam beberapa faktor, yaitu:

1. Faktor infeksi

a. Faktor enteral, meliputi:

a.1. Infeksi bakteri

a.2. Infeksi virus

a.3. Infeksi parasit

b. Infeksi parenteral

2. Faktor malabsorpsi:

a. Malabsorpsi karbohidrat

b. Malabsorpsi lemak

c. Malabsorpsi protein

3. Faktor makanan : makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan:

4. Faktor psikologis : rasa takut dan cemas. Walaupun

menimbulkan diare akut

4. Patogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare terdiri dari gangguan osmotik, gangguan sekresi, dan gangguan motilitas usus. Gangguan osmotik terjadi akibat adanya tekanan osmotik yang tinggi dalam rongga usus, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Gangguan sekresi terjadi akibat rangsangan tertentu misal oleh toksin pada dinding usus, sehingga terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Gangguan motilitas usus misalnya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare (Rusepno Hasan, et all, 1985).

Patogenesis diare akut :

1. Masuknya jasad renik yang masih hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung
2. Jasad renik tersebut berkembang biak (multiplikasi) di dalam usus halus
3. Oleh jasad renik dikeluarkan toksin (toksin diaregenik)
4. Oleh toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.

Patofisiologi

Sebagai akibat diare baik akut maupun kronis akan terjadi :

1. Kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolit, hipokalemia, dan sebagainya).

2. Gangguan gizi akibat kelaparan (mual, muntah, kurang nafsu makan)

3. Hipoglikemi

4. Gangguan sirkulasi darah.

5. Manifestasi Klinik

Kehilangan cairan akibat diare menyebabkan dehidrasi yang bersifat ringan, sedang, atau berat. Bila defisit air kurang dari 5% berat badan, maka dehidrasi bersifat ringan dan satu-satunya gejala dehidrasi yang jelas ialah haus. Defisit 5-10% berat badan mengakibatkan dehidrasi sedang, sedangkan defisit cairan 10% atau lebih disebut dehidrasi berat. Bila defisit melebihi 15% berat badan penderita mungkin akan sangat haus dan dapat terjadi renjatan. Istilah isotonik, hipertonik, dan hipotonik sering digunakan untuk menggambarkan sifat dehidrasi. Kadar natrium plasma normal ialah 130-150 mEq/L. Bila kadar ion natrium plasma kurang dari 130 mEq/L disebut dehidrasi hipotonik, 130-150 mEq/L disebut dehidrasi isotonik dan bila lebih dari 150 mEq/L dehidrasi hipertonik (Suharyono, 1986).

Tabel 1 : Penentuan Derajat Dehidrasi menurut WHO (1980)

Tanda dan gejala	Dehidrasi ringan	Dehidrasi sedang	Dehidrasi berat
1. Keadaan umum dan kondisi:			
- Bayi dan anak kecil.	Haus, sadar, gelisah	Haus, gelisah atau letargi tetapi iritabel	Mengantuk, lemas, extremitas dingin, berkeringat, sianotik, mungkin koma
- Anak lebih besar dan dewasa	Haus, sadar, gelisah	Haus, sadar, merasa pusing pada perubahan posisi.	Biasanya sadar, gelisah, extremitas dingin, berkeringat, dan jari-jari berkerut, otot.
2. Nadi radialis ¹	Normal (frekuensi dan isi).	Cepat dan lemah.	Cepat tak ter

3. Pernafasan	Normal	Dalam. Mungkin cepat	Dalam dan cepat.
4. Ubun-ubun besar ²	Normal	Cekung.	Sangat cekung.
5. Tekanan darah sistolik ³	Normal	Normal, rendah.	Kurang dari 80mm Hg mungkin tak teratur
6. Elastisitas kulit ⁴	Pada pencubitan elastis kembali segera normal.	Lambat.	Sangat lambar(>2 detik)
7. Mata	Normal.	Cekung.	Sangat cekung
8. Air mata	Ada.	Tidak ada.	Sangat kering
9. Selaput lendir ⁵	Lembab.	Kering.	Sangat kering
10. Pengeluaran urin ⁶	Normal	Berkurang dan berwarna tua	Tidak ada urin kandung kencing kosong.
% Kehilangan berat	4%-5%	6%-9%	10% atau lebih
Perkiraan kehilangan cairan	40-50 ml/kg	60-90 ml/kg	100-110 ml/kg

- Gejala atau tanda ini terutama untuk memeriksa dehidrasi dan observasi rehidrasi.
 1. Jika sukar meraba nadi radialis, misalnya pada bayi atau anak yang menderita dehidrasi berat, rabalah siku bagian depan atau periksa denyut jantung dengan stetoskop.
 2. Dapat dilihat pada bayi sampai ubun-ubun menutup pada umur 6-18 bulan, setelah ubun-ubun tertutup tampak lekukan ringan pada bagian anak.
 3. Sukar dilihat pada anak-anak.
 4. Tidak berguna pada marasmus dan obesitas.
 5. Kekeringan pada mulut dapat diraba dengan jari, mulut mungkin selalu kering jika biasa bernafas dari mulut, mulut mungkin basah karena pasien muntah atau minum.
 6. Bayi yang marasmus atau yang mendapat cairan hipo

6. Pengobatan

Dasar pengobatan diare akut pada bayi dan anak adalah :

1. Pemberian cairan, baik untuk pencegahan dehidrasi maupun untuk pengobatan dehidrasi (rehidrasi) .
2. Pemberian makanan (refeeding) yang adekuat secepat mungkin.
3. Pemberian obat-obatan hanya bila benar-benar sangat diperlukan hanya atas indikasi yang tepat (Depkes RI ,1988).

A. Pemberian cairan

Pada garis besarnya, jenis cairan dibagi dalam:

1. Cairan Rehidrasi Oral

Cairan rehidrasi oral masih dapat dibagi lagi atas cairan rehidrasi oral dengan formula lengkap yang mengandung 4 macam komponen ialah NaCl, KCl, NaHCO₃, dan glukosa atau penggantinya. Formula ini ialah formula oralit WHO, ataupun modifikasi-modifikasinya.

Dengan formula sederhana atau tidak lengkap ialah formula yang hanya mengandung paling sedikit 2 komponen yaitu NaCl dan glukosa atau penggantinya. Formula ini di antaranya yaitu larutan garam gula (LGG), larutan garam air kelapa, larutan garam tepung beras, air tajin , dan sebagainya. Termasuk dalam formula ini ialah semua cairan yang tersedia di tiap rumah tangga seperti air kuah, air sayur-sayuran (sop, soto, dan sebagainya), minuman yang termasuk "soft drink", seperti coca cola, orange

sebagainya (Depkes RI, 1984)

Upaya rehidrasi oral berdasar prinsip bahwa absorpsi natrium dapat terjadi dengan adanya beberapa molekul hasil cerna makanan misalnya glukosa dan asam-asam amino. Penyerapan natrium tetap dipertahankan walaupun terdapat toksin bakteri yang menghambat absorpsi natrium oleh cAMP. Dengan menambah glukosa ke dalam larutan yang mengandung garam, jalur lain absorpsi akan disalurkan, hambatan absorpsi natrium dapat diatasi dalam jumlah cairan serta elektrolit yang dapat diserap cukup banyak. Prinsip ini digunakan untuk membuat larutan gula dan garam yang seimbang dalam oralit untuk pengobatan diare. Jadi bila gula diserap, natrium akan ikut diserap. Air akan mengikuti natrium dengan difusi pasif. Sebagai tambahan sitrat bikarbonat digunakan untuk mengatasi keadaan asidosis akibat kehilangan bikarbonat dalam tinja (Yati Sunarto, 1993).

Banyak penelitian klinis, pada penderita menunjukkan bahwa kehilangan cairan dan elektrolit karena diare dapat digantikan secara oral dengan larutan elektrolit glukosa dalam konsentrasi tertentu agar penyerapannya optimum. Beberapa ketentuan yang harus dipenuhi yaitu konsentrasi glukosa antara 20-30 g/l (111-165 mmol/L) untuk mencapai absorpsi maksimum natrium dan air. Konsentrasi yang tinggi dapat menimbulkan diare osmotik. Glukosa yang tidak diserap akan menarik air ke dalam

ketentuan yang kedua yaitu makin dekat konsentrasi natrium ke dalam cairan dengan konsentrasi dalam plasma (135 mmol/L) akan makin cepat dan makin tinggi absorpsinya. Ini berarti konsentrasi natrium yang lebih tinggi lebih baik untuk rehidrasi dan lebih cepat mengganti natrium yang hilang (Sunoto, 1990).

Cairan tunggal berisikan 90 mMol natrium dipilih WHO sebagai nilai tengah untuk rehidrasi dan pemeliharaan cairan yang hilang setelah rehidrasi. Tujuannya adalah mempunyai cairan tunggal yang dapat digunakan untuk semua jenis diare, orang dewasa dan anak. Dengan adanya cairan tunggal akan menghindarkan kebingungan dan kesalahan petugas kesehatan yang mungkin terjadi bila tersedia lebih dari satu macam larutan (Sunoto, 1990).

Cairan rehidrasi oral diberikan baik untuk pencegahan maupun pengobatan dehidrasi. Pada umumnya cairan rehidrasi oral formula lengkap digunakan untuk pengobatan diare akut yang disertai dehidrasi ringan, sedang, ataupun berat. Sedangkan formula sederhana terutama digunakan untuk pencegahan dehidrasi atau pengobatan dehidrasi ringan yang belum disertai asidosis atau hipokalemi (WHO, 1992).

TABEL 1: Komposisi Berbagai Cairan Rehidrasi Oral
1. FORMULA LENGKAP.

NO.		Na	K	Ca	Mg	Cl	HCO ₃	Lactat	Citrat	Glukose	Sukrose
1.	ORS(WHO).	90	20	-	-	80	30	-	-	111	-
2.	COS(Pierce,1971)	85	15	-	-	70	30	-	-	120	-
3.	COS(Pierce,19710.	40	25	-	-	40	25	-	-	170	-
4.	Bubuk Rehidrasi (Sudigbic, 1971).	75	5	-	-	80	-	-	-	300	-
						71	25	-	-	170	-
5.	Kristal Diare (Hirshorn, 1974; Sutejo,1974)	81	18	-	-	51	30	-	-	167	-
						35	-	-	-	240	-
6.	Modifikasi Pitono Suparto dk. 1074.	51	30	-	-	48	-	-	-	150	-
						42	24	-	-	194	-
7.	Modifikasi Tamsu dkk, 1978: GOS I	32	3,3	-	-	30	-	28	-	300	-
	GOS II.	43	5	-	-	23	10	-	-	40	-
8.	Modifikasi Tatang K dkk, 1977.	58	8	-	-	70	30	-	-	120	-
						37,5	-	-	57,5	100	52
9.	Paelyte (Sunoto dkk, 1977)	30	20	4	4	47	24	-	-	-	87
10.	Modifikasi Adnan S.W. dkk, 1980 :	28	5	-	-	51	30	-	-	-	334
	Eltolit 1/3	56	10	-	-	80	30	-	-	-	56
	Eltolit 2/3	58	15	-	-	51	30	-	-	-	167
11.	Eltolit 3/3										
12.	Kristalite (Sunoto dkk, 1979).	51	25	-	-						
	Modifikasi Moeginah dkk, 1976 : S _I	58	13	-	-						
	S _{II} .	90	20	-	-						
13.	Modifikasi Pitono Suparto dkk, 1979 : S _I	51	30	-	-						
	S _{II}	51	30	-	-						

TABEL 2 : Formula Sederhana (Tidak Lengkap).

No	Nama/Bahan Pengarang	Na	K	Ca	Mg	Cl	HCO ₃	Sukrose	Beras (air tajin)
1.	LARUTAN GARAM GULA	55	-			55	-	72,5	-
2.	- Moenginah dkk, 1977								
3.	- Lukas Hendrata, 1978.								
4.	- Sudarjat dkk, 1979								
	- Julniar Mawarwati dan Rusdi Ismail, 1979								
	- Satoto dan Lukas Hendrata, 1979								
	- Latief Azis dkk, 1980								
	LARUTAN GARAM GULA								
	- Gula Aren	55	46			55	-	72,5	-
	- Gula Kelapa	55	6,6			55	-	72,5	-
	- Gula Tebu	55	2,3			55	-	72,5	-
	LARUTAN AIR KELAPA								
	- Harun Noerasid dkk, 1977	5	43	?	?	35	5	30	-
	- Sudarjat dkk, 1978								
	I	5	49	12	17	63	8	75	-
	II	2,5	25	6	8,5	31,5	4	75	-
	III	1,7	17	4	6	21	2,6	75	-
	- Muzief Munir dan I. Mustajab, 1979	57	22,6	1,8	0,25	90,7	2,9	75	-
	LARUTAN AIR TAJIN (LARUTAN GARAM BERAS)								

2. Cairan Rehidrasi Parenteral

Dipakai cairan tunggal yaitu Ringer Laktat. Berdasarkan pada derajat rehidrasi, maka penatalaksanaan diare akut dapat

diambatkan oleh H. H. (D. I. D. I. 1988)

Tabel 3. Pengobatan dehidrasi

Derajat dehidrasi	Umur	Jenis Cairan	Banyaknya ml/kg bb	Lamanya Pemberian
Ringan	Semua umur	Oralit per OS	50 ml/kg bb	4 jam
Sedang	Semua umur	Oralit per OS	50 ml/kg bb	4 jam
Berat	bayi (0-1th) dan anak 2 th	Ringer Laktat	30 ml/kg bb	1 jam
		Intravena	10-12 tts/kg/ bb/menit	
		Ringer Laktat	10 ml/kg bb	7 jam
		Intravena	3-14 tts/kg/ bb/menit	
		Oralit per OS	Ad libitum atau \pm 125 ml/kg bb/hari	16 jam
	anak 2 th dan dewasa	Ringer Laktat	100 ml/kg bb	4 jam
		Intravena		
		Oralit per OS	100 ml/kg bb/hari	20 jam

Cara Pemberian

Untuk penderita yang belum jatuh dalam dehidrasi berat, yang masih mau minum dan tidak menderita muntah-muntah hebat dan yang kesadarannya masih baik dapat diberikan cairan rehidrasi oral. Sedangkan untuk penderita yang sudah jatuh dalam keadaan dehidrasi berat atau belum tetapi kesadaran menurun, tidak dapat minum sama sekali atau yang menderita muntah-muntah hebat dapat diberikan cairan rehidrasi parenteral (Depkes RI, 1984).

B. Pemberian makanan/dietetik/refeeding

Pemberian makanan kembali atau refeeding setelah anak rehidrasi tidak kalah pentingnya dengan rehidrasi tersebut sendiri. Selama anak menderita diare pemasukan (intake) makanan sangat berkurang karena (1) kebiasaan yang salah daripada orang tua penderita yang menghentikan semua jenis makanan dan minuman selama anak diare, (2) hilangnya nafsu makan (anorexia) selama anak sakit, (3) adanya gangguan pencernaan dan penyerapan makanan selama diare berlangsung, (4) peningkatan katabolisme selama sakit, (5) Kehilangan makanan secara langsung melalui tinja selama diare (Sunoto, 1990).

Pada pengobatan dietetik dilakukan pemberian makanan seperti semula diberikan sedini-dininya dan disesuaikan dengan kebutuhan. Bayi yang mendapat ASI sebelumnya, jangan dihentikan sedangkan bayi yang tidak mendapat ASI dapat diteruskan dengan susu formula.

Makanan tambahan diperlukan pada masa ini untuk

Pemberian obat-obatan

Pemberian obat-obatan / terapi medikamentosa diberikan hanya bila ada indikasi. Antidiare tidak direkomendasikan pada penderita diare sedangkan antimikroba atau antibiotika hanya diberikan kepada penderita kolera, disentri shigella, amebiasis, dan giardiasis (Majalah Kesehatan Indonesia No. 7, 1996). Sebagian besar penyakit diare adalah Rotavirus yang tidak memerlukan antibiotika (Depkes RI, 1988).

Obat antidiare adalah obat yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghentikan pengeluaran tinja. Diare sendiri sebenarnya adalah proses fisiologi tubuh untuk mempertahankan diri dari serangan mikroorganisme (virus, parasit, bakteri, dan sebagainya) atau bahan-bahan makanan yang dapat merusak usus agar tidak menyebabkan kerusakan mukosa saluran cerna. Karena itu sebenarnya diare tidak boleh dihentikan, biarkan diare berlangsung terus, karena akan berhenti dengan sendirinya (setelah keadaan normal). Yang harus dijaga adalah agar jangan sampai penderita mengalami dehidrasi (Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia No. 6, 1996).

Berdasarkan mekanisme kerjanya, obat antidiare dapat digolongkan menjadi:

- a. Obat pengeras tinja (adsorbent) : kaolin, pektin, zat arang aktif (norit), dioktahedral smectite (smecta)
- b. Obat anti sekretoris : fenotiazin, aspirin, indometasin

- c. Antimotilitas : tinctur opiat, kodein fosfat, loperamid
- d. Antikolinergik : trisiklamol dan mefenizolat bromida
- e. Antimikroba/antibiotika/antiparasit.

Sebagian besar etiologi diare adalah bukan oleh infeksi bakteri, karena itu hanya sebagian kecil saja yang memerlukan antibiotika (Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia No. 6, 1996).

Penggunaan antimikroba memang dianjurkan oleh WHO, namun juga harus didasarkan pada alasan medik yang jelas. Sebab ketidakrasional penggunaannya dapat menyebabkan resistensi bakteri. Penggunaan antimikroba secara keliru dapat memperlama diare dengan akibat kerusakan mukosa dan berkembangnya bakteri patogen yang bisa dihambat oleh flora usus normal. Pertumbuhan bakteri secara berlipat ganda ini dapat menyebabkan kolitis hemoragika (Sudarjat Suraatmadja, 1989).

Penggunaan antimikroba hendaknya juga memperhatikan kerentanan kuman patogen terhadap kerentanan antibiotika di daerah itu. Secara umum tetrasiklin dianjurkan untuk kolera walaupun beberapa galur di Afrika sudah kebal. Trimetropin-sulfametoksazol adalah obat yang biasa dipilih untuk shigellosis, walaupun di beberapa tempat organisme ini masih sensitif terhadap ampicillin. Asam nalidixat seyogyanya hanya digunakan untuk kasus yang ti

dengan trimetropin-sulfametoksazol. Metronidazol digun

Sedangkan obat-obat antidiare tetap digunakan sebaliknya juga tidak dilarang, selama obat-obat tersebut cukup aman dan tidak membahayakan penderita. Oleh karena itu walaupun pada tahun 1992 sudah sebanyak 93 macam obat antidiare ditarik dari peredaran, masih ada juga obat-obat diare yang diijinkan untuk tetap digunakan. Obat-obat tersebut pada umumnya adalah adsorbent seperti kaolin, pektin, dioktahidral smectite, dan sebagainya (Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia No. 6, 1996).

Obat antimotilias mungkin dapat menghilangkan rasa sakit sementara dan beberapa kasus mengurangi lamanya diare. Pada sebagian kecil kasus diare yang ditandai dengan nyeri hebat, spasmus, atau muntah, obat ini mungkin berguna, namun obat ini harus dihindarkan pada pengobatan rutin diare mengingat efek samping, misalnya nausea, muntah, mengantuk/bahkan cardiopulmonary arrest.

Obat antimotilitas dapat juga memperlambat ekskresi kuman patogen. Obat antisekretorik, misal klorpromazin mengurangi banyaknya tinja pada penderita kolera di Indonesia. Namun dosis yang dibutuhkan menyebabkan sedasi yang dapat menghalangi pemberian oralit dan pengaruhnya pada pengeluaran tinja sedikit sekali, oleh

E. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka, dapat disusun hipotesis sebagai berikut:

1. Dalam usaha mencegah dan mengobati diare akut, terapi cairan hendaknya diberikan seawal dan secepat mungkin menggunakan cairan oral, dengan tujuan kecuali mengoreksi defisit cairan dan elektrolit yang sudah terjadi maupun sedang berlangsung, juga memulai perbaikan nutrisi
2. Penggunaan obat-obat antidiare tidak bermanfaat dan malah merugikan sehingga sebaiknya tidak diberikan kepada penderita .
3. Obat-obat antibiotika diberikan hanya jika ada indikasi yang tepat dan pemberian antibiotika tersebut harus rasional.