EVALUASI TERAPI REHIDRASI DAN MENERUSKAN NUTRISI UNTUK DIARE AKUT TANPA DEHIDRASI PADA ANAK BALITA DI RSUD DI BANTUL

Ignasia Nila Siwi[1], Patricia Suti Lasmani[2], Yati Soenarto[2]
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Madani Yogyakarta[1]
RSUP dr. Sardjito Yogyakarta[2]
Email: ignasiasiwi@gmail.com

Intisari

Latar belakang: Diare merupakan salah satu penyebab kematian utama pada anak balita (WHO, 2013 & 2016). Penyebab utama kematian bayi dan anak akibat diare adalah keadaan dehidrasi yang berat (SDKI, 2012). Kabupaten Bantul merupakan salah satu kabupaten yang memiliki jumlah kasus diare yang tinggi di DIY. Kasus diare di kabupaten Bantul pada tahun 2014 sebanyak 20.729 kasus atau 26,87% dari total kasus diare di DIY (Profil DIY, 2015). **Tujuan**: Mengevaluasi indikator terapi rehidrasi dan meneruskan nutrisi untuk diare akut tanpa dehidrasi pada anak balita di RSUD Panembahan Senopati. **Metode**: Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan rancangan deskriptif eksplanatori. Sumber bukti yang digunakan adalah dokumentasi rekam medis pasien diare akut tanpa dehidrasi pada anak balita Juni-Agustus 2016 sebagai data kuantitatif, yang dilakukan triangulasi dengan cara observasi, FGD dan wawancara sebagai data kualitatif. **Hasil**: Tatalaksana terapi rehidrasi dan meneruskan makanan dan/atau ASI masih perlu ditingkatkan (n=30), yaitu 27% terapi rehidrasi dan 23 % meneruskan makan dan/atau ASI tidak ada dokumentasi karena keterbatasan waktu pendokumentasian tapi diedukasikan. **Kesimpulan**: Terdapat ketidaksesuaian tatalaksana terapi rehidrasi dan meneruskan makan dan/atau ASI yang disebabkan keterbatasan waktu dalam pendokumentasian.

Kata kunci: evaluasi, terapi rehidrasi, meneruskan nutrisi, diare akut tanpa dehidrasi, balita

Abstract

Background: Diarrhea is one of the leading causes of death in children under five (WHO, 2013 & 2016). The main causes of infant and child deaths from diarrhea are severe dehydration (IDHS, 2012). Bantul Regency is one of the districts that has a high number of diarrhea cases in DIY. Diarrhea cases in Bantul district in 2014 were 20,729 cases or 26.87% of the total cases of diarrhea in DIY (DIY Profile, 2015). Objective: To evaluate the indicators of rehydration therapy and continue the nutrition for acute diarrhea without dehydration in children under five in Panembahan Senopati General Hospital. Method: This research is a case study with an explanatory descriptive design. The source of evidence used was documentation of medical records of patients with acute diarrhea without dehydration in children under five June-August 2016 as quantitative data, triangulation was carried out by observation, FGD and interviews as qualitative data. Results: Management of rehydration therapy and continuing food and / or breast milk still need to be improved (n = 30), namely 27% rehydration therapy and 23% continue to eat and / or breast milk no documentation due to limited documentation time but edited. Conclusion: There is a mismatch of management of rehydration therapy and continued eating and / or breast milk due to limited time in documentation.

Keywords*: evaluation, therapy for rehydration, continuing nutrition, acute diarrhea without dehydration, toddlers*

Diare merupakan salah satu penyebab kematian utama pada anak balita.[1,2] Di Indonesia, diare merupakan penyebab utama kematian pada anak balita dengan persentase sebesar 25,2%.[3] Penyebab utama kematian bayi dan anak

akibat diare adalah keadaan dehidrasi yang berat.[4] Salah satu penyebab dehidrasi karena ketidaksesuaian penatalaksanaan diare baik di pelayanan kesehatan maupun di rumah.[5] Hal tersebut ditunjukkan dengan cakupan penggunaan oralit dan *zinc* pada anak balita dengan diare di Indonesia sebesar 33,3% dan 16,9%.[5] Penelitian di suatu RS Pendidikan menyebutkan bahwa pemberian cairan pada anak diare sebesar 85%, makanan yang sesuai kurang dari 50%, pemberian *zinc* 64%, pemberian antibiotik 76% dan edukasi kurang dari 30%.[6]

Hasil wawancara dengan perawat di bangsal anak RSUD Panembahan Senopati didapatkan bahwa tatalaksana diare akut belum semuanya sesuai dengan panduan. Hasil wawancara dengan petugas pelayanan medis didapatkan bahwa SPM belum diperbaharui dan masih tertulis tahun 2009. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui kesesuaian dan penyebab ketidaksesuaian tatalaksana diare akut tanpa dehidrasi pada anak balita di RSUD Panembahan Senopati berdasarkan indikator terapi rehidrasi dan meneruskan makan dan/atau ASI.[7]

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan rancangan deskriptif eksplanatori.[8] Sumber bukti yang digunakan adalah dokumentasi rekam medis pasien diare akut tanpa dehidrasi pada anak balita Juni-Agustus 2016 sebagai data kuantitatif. Kemudian dilakukan triangulasi dengan cara observasi, FGD dan wawancara sebagai data kualitatif.

Sebanyak 30 rekam medis dievaluasi, 8 perawat, 2 dokter umum, dan 3 dokter spesialis anak diikutkan dalam FGD, 8 kasus yang diobservasi dan 3 orang tua pasien yang diwawancara untuk penelitian ini. Indikator yang digunakan untuk evaluasi adalah terapi rehidrasi dan meneruskan makanan dan/atau ASI.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Hasil review tatalaksana diare akut tanpa dehidrasi pada anak balita dengan indikator terapi rehidrasi dan meneruskan makanan dan/atau ASI di RSUD Panembahan Senopati sebesar 27% dan 23% (n=30) seperti tabel 1

Tabel 1. Review Tatalaksana Diare Akut Tanpa Dehidrasi pada Anak Balita di RSUD Panembahan Senopati (n=30)

No	Indikator	Standard (%)	Sesuai n (%)	Tidak sesuai n(%)
1	Terapi rehidrasi	100	22 (73)	8 (27)
2	Meneruskan makanan dan/atau ASI	100	23 (77)	7 (23)

Tabel 2. Review Tatalaksana Diare Akut Tanpa Dehidrasi pada Anak Balita menurut Ruang di RSUD Panembahan Senopati (n=30)

		Poli Anak (n=22)		IGD (n=8)		Bangsal anak (n=4)	
No	Indikator	Sesuai	Tidak	Sesuai	Tidak	Sesuai	Tidak
1	Terapi rehidrasi	15 (68,2%)	7 (31,8%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	4 (100%)	0
2	Meneruskan makanan dan/atau ASI	16 (72,7%)	6 (27,3%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	4 (100%)	0

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa ruang bangsal anak memiliki indikator kesesuaian terapi rehidrasi terbesar dibanding ruangan lain yaitu 100%. Sedangkan persentase kesesuaian indikator terapi rehidrasi terkecil berada di ruang poli anak yaitu 68,2%.

Kesesuaian indikator meneruskan makan dan/atau ASI terbesar berada di ruang bangsal anak yaitu 100%. Kesesuaian indikator meneruskan makan dan/atau ASI terkecil berada di ruang poli anak sebesar 72,7%. *Zinc* dan L. bio diberikan kepada semua anak balita dengan diare akut tanpa dehidrasi.

Diskusi

Penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi tatalaksana diare akut tanpa dehidrasi pada anak balita di RSUD Panembahan Senopati. Alasan pemilihan usia balita adalah karena pada usia balita diare dapat menyebabkan kematian karena dehidrasi berat.[1,2,3,4] Alasan pemilihan tanpa dehidrasi adalah hasil observasi rekam medis yang menunjukkan peningkatan ketidaksesuaian rawat inap yaitu 4,4% (2013) menjadi 9,7% (2015).[7]

Berbeda dengan penelitian sebelumnya, ternyata pada penelitian ini pemberian cairan pada anak diare sebesar 73%, meneruskan makanan dan/atau ASI 77%, pemberian *zinc* 100%.[6] Kepatuhan dokter dalam merespkan *zinc* kepada semua pasien dan terbatasnya waktu untuk mendokumentasikan mungkin menyebabkan perbedaan hasil penelitian.

Pada penelitian ini 27% terapi rehidrasi dan 23 % meneruskan makan dan/atau ASI tidak ada dokumentasi karena keterbatasan waktu pendokumentasian tapi diedukasikan. Berdasarkan observasi rata-rata waktu visit per hari dokter spesialis anak adalah 7,5-10 menit per pasien (30-40 pasien/2,5-3 jam). Menurut penelitian, rata-rata waktu visit dokter spesialis di Amerika Serikat adalah 26 menit.[9] Keterbatasan waktu visit dapat mengakibatkan kurangnya pengumpulan informasi secara substansial.

Muntah dan dehidrasi merupakan gejala klinis yang sering terjadi pada diare akut karena rotavirus.[10,11,12] Pembuatan *checklist* dapat menjadi solusi untuk mengatasi keterbatasan waktu.

Zinc dan L.bio diberikan kepada semua pasien. Padahal dalam SPM RSUD tidak ada panduan pemberian *zinc* dan L.bio. Namun pemberian *zinc* menjadi program nasional lintas diare sejak tahun 2010.[13] Pemberian *zinc* selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi BAB dan volume tinja, dan menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya.[14] Penelitian menunjukkan bahwa *zinc* mempunyai tingkat hasil guna sebesar 67%.[15] Penelitian L. bio memperpendek lama diare akut rotavirus pada anak balita.[16] Salah satu tugas perawat dalam tatalaksana diare adalah sebagai pemberi edukasi.[17]

Kesimpulan

SPM diare akut pada anak di RSUD Panembahan Senopati perlu diperbaharui, perlu pembuatan checklist, perlu pelatihan pentingnya dokumentasi tertulis, dan perlunya dilakukan evaluasi berjangka

untuk meningkatkan kesesuaian tatalaksana diare akut tanpa dehidrasi pada anak balita.

Daftar Pustaka:

1. WHO. (2013). Diarrhoeal disease. *WHO 2013*. Retrieved March 23, 2016, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/
2. WHO. (2016). WHO Children reducing mortality. *WHO 2016*. Retrieved March 23, 2016, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007* (p. 8). Jakarta: Depkes RI
4. BKKBN, BPS, Kemenkes, U. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Depkes RI
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Depkes RI
6. Juffrie, M. (2013). Peran Dokter Dalam Percepatan MDG's 2015 Dalam Bidang Gastro-Hepatologi. *PGHNAI 2014*. Retrieved March 23, 2016, from http://pghnai.com/peran-dokter-dalam-percepatan-mdgs-2015-dalam-bidang-gastro-hepatologi.html
7. RSUD Panembahan Senopati. (2010). SPM Diare Akut Anak RSUD Panembahan Senopati. In *SPM RSUD Panembahan Senopati* (pp. 124–128). Bantul: RSUD Panembahan Senopati.
8. Yin, R.K. 2015. Studi kasus: desain dan metode. Edisi 1, cetakan 14. Jakarta: Rajawali Pres
9. Dugdale, et al. (1999). Time and the patient-physician relationship. JGIM. Volume 14, January Supplement 1.
10. Palupi, et al.2015. Pengembangan dan validasi skor diagnostic rotavirus sebagai alat diagnostic diare rotavirus. Tesis PPDS FK UGM
11. Widowati T, Bakrie A, Nirwati H, Soenarto Y. Surveillance of rotavirus diarrhea, Paediatr Indones. 2012;52:22-7.
12. S.A, Wilopo, et al. 2009. Rotavirus surveillance to determine disease burden and epidemiology in Java,Indonesia, August 2001 through April 2004. Volume 27, supplement 5, 20 november 2009. Elsevier. www.elsevier.com/locate/vaccine
13. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Depkes RI. (2011). *Buku Saku Petugas Kesehatan* (pp. 1–40). Jakarta: Depkes RI.
14. Black, R.E., Morris, S.S., and Bryce, JWhere and why are 10 million children dying every year? *Lancet* . 2003, 361: 2226-2234
15. Soenarto Yati. (2007). *Rotavirus disease burden in Indonesia*.
16. Dewi, et al (2015). Efficacy of synbiotic treatment in children with acute rotavirus diarrhea. Paediatrica Indonesiana. Volume 55 March 2015.
17. Wardani, S, et al. (2014). *Peran perawat dalam tata laksana diare akut pada anak di RS dr. Soedjono Magelang*. Tesis PSIK FK Universitas Gadjah Mada.