

Laporan Kasus

Penatalaksanaan Diare dan Dispepsia Pada Pasien dengan Infeksi

Dimas Priantono*, Retnani Budiastuti*, Numajmia C. Proklamartina*, Devi Felicia*, Andra Herdiarto*, Dwi Diandini*, Yulius L. Haryadi*, Eka O. Budiningtyas*

*Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

PENDAHULUAN

Diare dan dispepsia merupakan sebagian dari manifestasi klinis yang dikeluhkan oleh pasien dengan gangguan gastrointestinal, baik yang disebabkan oleh faktor lokal maupun sistemik.¹ Keduanya memerlukan pendekatan klinis yang cermat, melalui anamnesis, pemeriksaan fisis, hingga pemeriksaan penunjang yang tepat agar diagnosis dapat ditegakkan secara benar.¹ Keluhan pada sistem gastrointestinal tidak jarang disampaikan oleh pasien secara berbeda, bergantung dari latar belakang sosial, budaya, dan pendidikan pasien.¹

Diare merupakan keluhan yang banyak ditemui di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia, frekuensi kejadian diare cukup tinggi, yaitu 2-3 kali lebih banyak dibandingkan negara-negara maju. Umumnya kematian pada penderita diare terjadi pada anak-anak dan lanjut usia, dimana kesehatan pada pasien usia tersebut rentan terhadap dehidrasi sedang-berat.^{2,3}

ILUSTRASI KASUS**I. Identitas Pasien**

Nama (Inisial)	: Ny. R
Umur	: 31 tahun
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Pendidikan	: SMP
Status perkawinan	: Belum menikah
Alamat	: Tanjung Priok
Sistem pembayaran	: Gakin

II. Anamnesis**Keluhan Utama**

Dada dan punggung kiri terasa bertambah nyeri sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit.

Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengeluh dada dan punggung kiri terasa bertambah nyeri sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Nyeri seperti ditusuk dan dirasakan terus menerus. Nyeri bertambah berat jika punggung ditekan. Bagian punggung yang terasa nyeri merupakan bekas luka operasi yang pernah dilakukan pasien. Nyeri juga memberat saat tarik napas dan buang napas dalam dan saat pasien batuk. Pasien harus tidur menghadap ke kanan karena jika menghadap kiri akan terasa nyeri. Dua bulan sebelum masuk rumah sakit, dada pasien mulai terasa nyeri disertai demam tidak terlalu tinggi, tetapi tidak diukur suhunya, terus menerus terutama malam hari. Selain itu pasien juga batuk berdahak berwarna kehijauan, jumlah dahak tidak diingat pasien, dengan disertai darah. Pasien kadang merasa sulit bernapas. Pasien harus tidur dengan tiga bantal ditumpuk, jika tidak akan terasa sesak. Pasien sering terbangun malam hari karena sesak. Pasien juga merasa sesak jika naik tangga. Pasien berkeringat setiap malam. Pasien sering merasa lemas dan mudah lelah. Pasien lalu berobat ke Puskesmas dan diberikan 3 buah obat paru berwarna merah yang membuat kencing menjadi merah. Pasien meminum obat selama 1 bulan, kemudian nyeri dada dirasakan berkurang, tetapi sesak napas bertambah. Kaki bengkak disangkal. Lalu pasien tidak melanjutkan pengobatan lagi karena merasa mual setiap setelah minum obat, selain itu tidak terasa mual. Muntah disangkal. Setelah menghentikan pengobatan, dada pasien bertambah nyeri, disertai muncul nyeri pada punggung pada bagian bekas luka operasi. Berat badan pasien turun sekitar 13 kg sejak sebelum sakit. Nafsu makan tidak menurun. BAB dan

BAK normal. Pasien tidak mengonsumsi obat-obatan lain.

Sepuluh tahun sebelum masuk rumah sakit, pasien dikatakan mengalami paru-paru basah. Kakak pasien yang tinggal serumah dengan pasien saat itu juga mengalami sakit paru yang diduga tertular dari temannya. Pasien lalu dirujuk ke RSP dan dilakukan operasi. Pasien juga diberikan pengobatan paru selama 8 bulan, berupa obat minum dan suntik. Setelah pengobatan selesai, pasien telah dinyatakan sembuh. Sejak saat itu pendengaran pasien dirasakan berkurang sampai sekarang. Sejak dipindahkan dari UGD ke bangsal RSCM, sampai sekarang, pasien mengeluh BAB cair disertai ampas berwarna kehitaman dan kadang merah tetapi tidak seperti darah, disertai lendir. BAB berbau busuk. Pasien mencret lima kali sehari, dengan jumlah yang sudah semakin sedikit sekarang dibandingkan saat pertama kali masuk bangsal. Keluhan ini disertai sakit perut pada sebelah kiri, yang dirasa seperti melilit dan diremas-remas, serta mual. Sakit perut dirasakan terus menerus, terutama setelah makan. Setelah makan biasanya pasien juga langsung mencret. Pasien mengatakan telah diberikan obat untuk nyeri lambung, tetapi tidak ada perbaikan. Nafsu makan pasien juga menurun. Pasien juga sering merasa mual, dan setiap malam selalu muntah. Muntah biasanya satu jam setelah pasien makan, berisi makanan dan cairan, tidak ada darah. Muntah hanya satu kali sehari, sebanyak sekitar seperempat gelas aqua. Pasien juga demam, meriang, keringat dingin, dan kepala pusing. Setiap habis mencret pasien juga merasa demam dan meriang, tetapi biasanya cepat turun lagi. Pasien awalnya merasa kembung, tetapi sekarang sudah tidak dirasakan lagi.

Riwayat Penyakit Dahulu

Gastritis (-), hipertensi (-), DM (-), ginjal (-), jantung (-), asma (-), alergi (-), tumor (-)

Riwayat Penyakit Dalam Keluarga

Kakak pasien meninggal karena sakit paru-paru. Ibu pasien mengalami DM. Hipertensi (-), ginjal (-), jantung (-), asma (-), alergi (-), tumor (-)

Riwayat Pekerjaan, Sosial Ekonomi, Kejiwaan, dan Kebiasaan

Pasien pernah bekerja sebagai buruh pabrik kue sebelum tahun 2001, kemudian berhenti karena sakit paru-paru basah. Pasien saat ini tidak bekerja. Pasien tinggal bersama adiknya, dan biaya pengobatan ditanggung oleh adiknya, yang merupakan satu-satunya keluarga pasien. Pasien tinggal di lingkungan yang padat dan kurang bersih. Terdapat riwayat batuk lama pada tetangga pasien.

III. Pemeriksaan Fisis Umum

Keadaan Umum : tampak sakit sedang

Kesadaran : kompos mentis

Keadaan Gizi : kurang

Berat Badan : 42 kg

Tinggi Badan : 155 cm

Tekanan Darah: 108/66 mmHg

Nadi : 72 x/menit

Suhu : 36 °C

Pernapasan : 24 x/menit

Kulit: tidak pucat, tidak sianosis, tidak ikterik. Terdapat jaringan parut bekas operasi pada punggung kiri, memanjang sampai aksila anterior kiri, turgor baik

Kepala : normosefal, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan

Rambut : hitam, persebaran merata, tidak mudah dicabut

Mata : konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik

Telinga: liang telinga lapang +/+, membran timpani intak, reflex cahaya +/+

Hidung : deformitas (-)

Tenggorok : tenang, faring hiperemis (-), T1/T1

Gigi dan Mulut : *oral hygiene* baik, candidosis oral (-)

Leher: JVP 5+0 cmH₂O, tidak ada pembesaran KGB

Jantung:

I: iktus kordis terlihat pada sela iga 5 linea midklavikula kiri

P: iktus kordis teraba pada sela iga 5 linea midklavikula kiri

P: batas jantung kanan linea sternalis kanan, batas jantung kiri sela iga 5, 2 jari lateral

linea midklavikula kiri, pinggang jantung sela iga 3 linea parasternal kiri

A: S1, S2 normal, *gallop* (-), murmur (-)

P: sonor/redup, peranjakan hati 2 jari
 A: bronkovesikuler +/-, ronchi basah kasar-/
 +, wheezing -/-
 Abdomen:
 I: datar, lemas
 P: nyeri tekan epigastrium dan lumbal kanan,

hati dan limpa tidak teraba
 P: timpani, *shifting dullness* (-)
 A: bising usus 12 x/menit
 Ekstremitas : akral hangat, edema-/-

Paru:

I: simetris statis dan dinamis

Jenis pemeriksaan	19/8	18/8	5/8	Nilai normal
Hb	9,9	8,7	10,2	12-14 g/dl
Ht	30,1	26,8	29	37-43 %
Eritrosit	3,48	3,04		4-5 juta/Ul
MCV	86,5	88,2	85	82 – 92 fL
MCH	28,4	28,6	31	27-31 pg
MCHC	32,9	32,5	36	32-36 g/dl
Trombosit	270000	266000	344000	150000-400000/ μ L
Leukosit	10.270	8.400	12.200	5000-10000/ μ L
Basofil	0,3	0,4	0	0-1%
Eosinofil	4,4	6,8	4	1-3%
Netrofil	77,7	73,8	76	52-76%
Limfosit	10,5	13,9	15	20-40%
Monosit	7,1	5,1	3	2-8%
LED	120	120	120	0-20 mm

P: nyeri pada dada kiri atas, ekspansi dada simetris, fremitus kiri > kanan

	11/8	Nilai rujukan
warna	Kuning	Kuning muda tua
Kejernihan	Keruh	Jernih
sedimen		
Sel epitel	20-25	Negative
leukosit	Banyak	1-5
eritrosit	Hyaline 0-1	1-3
silinder	1+	Negative
kristal	Negative	Negative
bakteri	Negative	Negative
Berat jenis	1.020	1.003-1030
pH	6	4,5-8
Protein	2+	Negative
Glukosa	Negative	Negative
Keton	Negative	Negative
Darah/Hb	3+	Negative
Bilirubin	Negative	Negative
Urobilinogen	3,2	3,2-16
Nitrit	Negative	Negative
Leukosit esterase	2+	Negative

IV. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 1. Pemeriksaan Laboratorium Rutin

Tabel 2. Urinalisis

Pulasan Gram (Sputum) (11-8-2011)

Batang gram – : sedikit

Coccus gram + : sedikit

Leukosit : 50-60/LPK

Epitel : 30-40/LPK

Pulasan Tahan Asam (11-8-2011)

Sputum, BTA : Negatif

Imunoserologi (12-8-2011)

Anti HIV penyaring : non reaktif

Hepatitis Marker (12-8-2011)

HBsAg 0,58 non reaktif

Anti HCV 0,22 non reaktif

Tabel 3. Lab (12-8-2011)

Retikulosit absolute	22100
Retikulosit reaktif	0,63
Serum iron	45
TIBC	192 ↓
Sat.transferin	23
Feritin	253,5 ↑
SGOT/SGPT	16/9
Protein total	8,4
Albumin	3,25 ↓
Globulin	5,15 ↑
Albumin-Globulin ratio	0,6 ↓
Ureum darah	48
Kreatinin darah	0,7
Trigliserida	57

Lab.darah (18-8-2011)

Albumin 2,7 g/dL (3,4 - 4,8)

Na 142 mEq/L

K 3,56 mEq/L

Cl 102 mEq/L

Tabel 4. Uji Resistensi Tanggal 17-8-2011

Antimikroba lini 1

Oxacillin	R
Penicillin G	R
Ampicillin	R
Cefoxitin	R
Chloramphenicol	R
Cotrimoxazole	R
Nalidic Acid	I
Nitroforantoin	S
Tetracycline	R

Antimikroba lini 2

Sulbactam/Amphicillin	R
Pipemidic Acid	R
Cephalothin	R
Cefotaxime	R
Amox. + Clavulanic Acid	R
Ceftriaxone	R
Ceftazidime	R
Cefoperazone	R
Ciprofloxacin	I
Piperacillin/Tazobactam	R
Cefoperazone/Sulbactam	R

Antimikroba khusus

Cefepime	R
Cefpirome	R
Vancomycin	S
Tigecycline	S
Fosfomycin	R
Teicoplanin	S
Meropenem	R
Imipenem	R
Linezolid	S
Levofloxacin	I
Gatifloxacin	S

Tabel 6. Analisa Tinja (18-8-2011)

Makroskopik		
Warna	Coklat	
Konsistensi	Encer	
Lendir	Positif	Negatif
Darah	Positif	Negatif
Pus	Negatif	Negatif
Mikroskopik		
Leukosit	Banyak/LPB	
Eritrosit	30-35/LPB	
Telur cacing	Negatif	Negatif
Amoeba	+ Entamoeba coli bentuk kista	
Pencernaan		
Lemak	Negatif	Negatif
Serat tumbuhan	Positif	Negatif
Serat otot	Positif	Negatif
Darah samar tinja	Positif	Negatif

Pulasan Tahan Asam (19-8-2011)

BTA faeces: negative

EKG: Irama sinus, QRS rate 100x/ menit, RAD, gel P normal, kompleks QRS 0.10", progresi gelombang R baik, Abnormalitas ST-T(-). Kesan: RAD

V. Daftar Masalah

1. TB paru dalam pengobatan OAT kategori I dengan infeksi sekunder
2. Cor pulmonale
3. Dispepsia + intake kurang
4. Diare akut
5. Anemia normositik normokrom
6. Hipoalbuminemia

VI. Pengkajian

Diagnosis TB paru dipikirkan karena pasien memiliki riwayat batuk darah, keringat malam, demam, dan sesak sejak dua bulan sebelum masuk rumah sakit. Riwayat TB positif, sepuluh tahun sebelum masuk rumah sakit. Dipikirkan ada infeksi sekunder karena dahak yang berwarna hijau disertai demam dan leukositosis. Pada pemeriksaan fisik, pasien mengenakan oksigen, berbaring menghadap kanan, fremitus kiri > kanan, bunyi paru bronkovesikuler +/-, rhonki basah kasar +/-, LED 120, dengan leukositosis ringan. Pasien diberikan OAT kategori I oleh Puskesmas sebelum ke RSCM. Walaupun pemeriksaan sputum BTA -, diagnosis TB ditegakkan melalui foto thorax dan gejala klinis. Sesampai di RSCM pasien tetap diberi OAT kategori I dengan pertimbangan menghindari efek ototoksik streptomisin. Namun untuk penatalaksanaan lebih lanjut saat ini dikonsulkan ke divisi pulmonologi.

Rencana pengobatan infeksi sekunder pada pasien didasarkan pada pedoman terapi empirik oleh *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) tahun 2000 yaitu sefalosporin generasi III + makrolid atau β -laktam/penghambat betalaktamase + makrolid atau fluorokuinolon saja.⁴ Pada pasien ini diberikan terapi dengan sefalosporin generasi III + makrolid berupa *Cefotaxime* 3x1 gr dan *Azithromycin* 1x500 mg. Namun uji resistensi menunjukkan pasien resisten sefotaksim sehingga perlu dipertimbangkan penggunaan antibiotika lain yang lebih efektif. Ambrok-

sol diberikan sebagai mukolitik untuk membantu pasien mengeluarkan sputum

Diagnosis cor pulmonale dipikirkan karena pasien memiliki gejala sesak saat beraktivitas, sering terbangun pada malam hari karena sesak, tidur dengan 3 bantal ditumpuk sejak 2 bulan SMRS. Gejala-gejala tersebut khas untuk gagal jantung kongestif. Pada pemeriksaan fisis, Pada pemeriksaan fisis ditemukan pembesaran batas jantung ke kiri, yang juga tampak pada foto thoraks. Pada EKG didapat pergeseran aksis jantung ke kanan. Rencana diagnosis untuk pasien ini adalah dengan melakukan pemeriksaan ekokardiografi.

Diagnosis dispepsia ditegakkan berdasarkan anamnesis (penjelasan diuraikan di bab selanjutnya)

Diagnosis anemia normositik normokrom dari anamnesis lemas, terlihat pucat. Pasien menderita penyakit kronis berupa TB paru yang dapat menyebabkan anemia penyakit kronik. Pada pemeriksaan fisik didapat keadaan umum lemah, konjungtiva pucat. Pada pemeriksaan lab didapat Hb rendah dengan indeks eritrosit normal. Rencana diagnosis untuk anemia penyakit kronik meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin dan indeks eritrosit secara berkala. Penatalaksanaan anemia pada pasien ini adalah dengan mengatasi penyakit yang mendasari (TB paru).

Diagnosis diare ditegakkan berdasarkan anamnesis (penjelasan diuraikan di bab selanjutnya)

Diagnosis hipoalbuminemia didapat dari pemeriksaan laboratorium, albumin 2,7.

VII. Perencanaan

1. TB paru dalam pengobatan OAT kategori I dengan infeksi sekunder

- Diet lunak rendah serat
- IVFD NaCl 0,9% /6jam
- OAT kategori I
- Cefotaxime 3 x 1 g
- Azithromycin 1 x 500mg
- Inhalasi ventolin : normosaline 1:1 / 6 jam
- Ambroxol 3x CI
- Vitamin B6 3x10mg

2. Cor pulmonale

- O₂ Nasal kanul 3l/menit

- Dispepsia + intake kurang
- Diet lunak 1700 Kal
- Omeprazol 1x40 mg IV
- Ondansetron 3x4 mg
- Inpepsa 3xCI

3. Diare akut e.c *Entamoeba coli*

- Metronidazol 3x500mg
- Anemia normositik normokrom
- Atasi penyakit yang mendasari
- Hipoalbuminemia
- Perbaiki *intake*

VIII. Ringkasan

Pasien wanita 31 tahun datang dengan keluhan nyeri dada dan punggung yang semakin memberat sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Dua bulan sebelum masuk rumah sakit, dada pasien mulai terasa nyeri disertai demam tidak terlalu tinggi, batuk berdahak berwarna kehijauan disertai darah. Pasien kadang merasa sulit bernapas. Pasien harus tidur dengan tiga bantal ditumpuk, jika tidak akan terasa sesak. Pasien sering terbangun malam hari karena sesak. Pasien juga merasa sesak jika naik tangga. Pasien berkeringat setiap malam. Pasien sering merasa lemas dan mudah lelah. Kaki bengkak disangkal. Berat badan pasien turun sekitar 13 kg sejak sebelum sakit.

Sejak dipindahkan dari UGD ke bangsal RSCM, pasien mengeluh BAB cair disertai ampas berwarna kehitaman dan kadang merah tetapi tidak seperti darah, disertai lendir. BAB berbau busuk. Keluhan ini disertai sakit perut pada sebelah kiri, yang dirasa seperti melilit dan diremas-remas, serta mual. Pasien juga sering merasa mual, dan setiap malam selalu muntah. Pasien juga demam, meriang, keringat dingin, dan kepala pusing. Pasien awalnya merasa kembung, tetapi sekarang sudah tidak dirasakan lagi.

Pada pemeriksaan fisis ditemukan keadaan umum tampak sakit sedang, keadaan gizi kurang, pernapasan 24 x/menit, JVP 5+0 cmH₂O, batas jantung kiri melebar, nyeri tekan dada kiri atas, fremitus kiri > kanan perkusi paru sonor/redup, bunyi paru bronkovesikuler +/-, ronkhi basah kasar +/-, nyeri tekan epigastrium dan lumbal kanan, bising usus 12 x/menit.

Pada pemeriksaan penunjang ditemukan leukositosis, LED meningkat,

anemia normositik normokrom, ditemukan *Entamoeba coli* di feses.

PEMBAHASAN KASUS

DISPEPSIA

Pendekatan diagnostik untuk dispepsia dimulai dari anamnesis yang terarah, bagaimana keluhan tersebut terjadi, karakteristik keterkaitan dengan penyakit tertentu, serta keluhan bersifat lokal atau manifestasi gangguan sistemik. Detail tersebut telah diperoleh pada pasien ini melalui anamnesis di atas.^{1,5} Pemeriksaan fisis dilakukan untuk mengidentifikasi kelainan abdomen atau intra lumen yang padat, organomegali, atau nyeri tekan yang sesuai dengan adanya rangsang peritoneal.⁵ Pada pasien ini tidak didapati kelainan padat intra abdomen maupun organomegali. Ditemukan nyeri tekan pada regio epigastrium, hipokondriak kiri, dan lumbal kiri namun tidak sesuai dengan adanya rangsang peritoneal. Berdasarkan kriteria Roma II, diagnosis dispepsia dapat ditegakkan karena sesuai dengan keluhan pasien yaitu rasa tidak nyaman, dan berpusat pada daerah abdomen atas.

Perlu diperhatikan, bahwa pada pasien dengan keluhan dispepsia terdapat gejala bahaya atau *alarm symptoms* yang meliputi penurunan berat badan, anemia, muntah hebat dengan dugaan adanya obstruksi, muntah darah, melena, atau keluhan sudah berlangsung lama dan terjadi pada usia lebih dari 45 tahun.^{1,5} Keadaan ini sangat mengarah pada gangguan organik, terutama keganasan, dan oleh karenanya membutuhkan eksplorasi diagnosis secepatnya.

Pada kasus di atas, terdapat *alarm symptoms* berupa penurunan berat badan dan anemia. Namun, tanda-tanda tersebut masih belum dapat dikatakan sebagai *alarm symptoms* dari dispepsia karena kemungkinan disebabkan oleh penyakit kronik yang dideritanya, yaitu TB paru. Pasien mengaku keluar tinja berwarna hitam, namun pada pemeriksaan laboratorium didapat makroskopis tinja berwarna coklat, sehingga belum dapat dikatakan bahwa pasien mengalami melena.

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien dengan dispepsia antara lain laboratorium untuk mengidentifikasi fak-

tor infeksi (leukositosis), pankreatitis (amilase, lipase), serta penanda keganasan saluran cerna.^{1,5} Pada pasien ini terdapat leukositosis namun keadaan ini juga dapat timbul dari infeksi paru yang dideritanya. Pencitraan dengan ultrasonografi dapat digunakan untuk mengidentifikasi kelainan padat intraabdomen, seperti batu kandung empedu, kolesistitis, sirosis hati, dsb.¹ Pada pasien ini tidak dilakukan karena dari anamnesis dan pemeriksaan fisis tidak ditemukan kecurigaan yang mengarah pada batu (tidak ada gejala kolik), sirosis (riwayat sakit kuning disangkal, pada pemeriksaan fisis pasien tidak ikterik), maupun kelainan padat (tidak ditemukan kelainan padat baik melalui anamnesis maupun pada pemeriksaan fisis).

Pemeriksaan endoskopi (esofagogastroduodenoskopi) sangat dianjurkan untuk pasien dengan dispepsia yang disertai *alarm symptoms*.¹ Selain itu, pemeriksaan ini dapat mengidentifikasi kelainan organik/struktural intra lumen saluran cerna bagian atas seperti tukak, tumor, serta dapat digunakan sebagai sarana pengambilan sampel (biopsi) apabila diperlukan pemeriksaan histopatologik ataupun identifikasi *H.pylori*. Pemeriksaan pencitraan lain dengan *barium meal* dapat mengidentifikasi kelainan struktural dinding/mukosa saluran cerna bagian atas seperti tukak atau gambaran ke arah tumor. Pemeriksaan ini bermanfaat pada jenis kelainan yang stenotik/sempit/obstruktif yang tidak dapat dilalui oleh endoskopi.¹

Pada pasien ini, tidak ditemukan *alarm symptoms* sehingga eksplorasi diagnostik dengan pemeriksaan-pemeriksaan di atas belum diperlukan. Sesuai dengan algoritma pada gambar 1, pada pasien ini cukup diberikan terapi empiris.

Terapi medikamentosa yang dapat diberikan pada pasien dispepsia meliputi:

- Antasida. Antasida sering dikonsumsi oleh penderita dispepsia, namun obat ini ternyata tidak lebih baik dibandingkan plasebo.
- Penyekat reseptor H₂: terutama untuk mengurangi nyeri pada ulu hati. Walaupun hasilnya kontroversial, secara metaanalisis diperoleh bermanfaat 20% di atas plasebo.
- Penghambat pompa proton: superior apa-

bila dispepsia yang terjadi merupakan dispepsia fungsional, terutama tipe seperti ulkus

- Sitoproteksi: misalnya misoprostol, sukralfat. Belum banyak studi yang menilai efektivitas obat-obat tersebut.
- Prokinetik: misalnya metoklopramid, domperidon, cisapride. Domperidon dan cisapride efektif dalam mengurangi nyeri epigastrium, cepat kenyang, distensi abdomen, dan mual.
- Obat lain-lain
- Psikoterapi

Pada pasien ini diberikan Diet lunak 1700 Kal, Omeprazol 1x40 mg IV, Ondansetron 3x4 mg, dan Sukralfat 3xCI. Pengobatan pada pasien sudah sesuai karena PPI (omeprazol) terbukti bermanfaat untuk mengatasi dispepsia. Namun, pemberian ondansetron pada kasus ini dirasa kurang tepat. Ondansetron diindikasikan untuk mencegah muntah dan mual akut akibat kemoterapi. Obat ini juga dapat diberikan pada pasien postoperatif dan postradiasi untuk mengurangi mual dan muntah. Efektivitas ondansetron untuk mengatasi mual dan muntah pada penyakit akut atau kronik atau gastroenteritis akut masih belum dievaluasi.⁶ Pemberian sukralfat walaupun belum terbukti namun dianggap dapat memberikan efek sitoprotektif.⁵

DIARE

Pada pasien ini, diagnosis diare akut ditegakkan berdasarkan anamnesis yang menyatakan bahwa pasien sejak dirawat di gedung A (12 hari sebelum anamnesis) mengalami perubahan frekuensi buang air besar menjadi 5x/hari dengan konsistensi yang lebih encer. Berdasarkan keluhan pasien, tinja cenderung mukoid dan berdarah, jumlah sedikit, sehingga asal patologi diduga dari usus besar.³ Pasien mengaku bahwa timbulnya diare dipengaruhi oleh makanan, sehingga diduga diare yang timbul bersifat osmotik ataupun eksudatif. Tinja yang berbau busuk, berlendir, disertai darah lebih mengarah ke diare eksudatif. Keluhan demam yang timbul bersamaan dengan awitan diare mengarahkan diagnosis diare sebagai diare eksudatif akibat etiologi infeksi. Melalui pemeriksaan penunjang, didapat feses mengandung lendir, darah, leukosit, dan

organisme *Entamoeba coli*. Infeksi oleh organisme ini memiliki periode inkubasi 5-7 hari, yang menjelaskan mengapa diare baru terjadi setelah pasien dipindahkan dari IGD ke ruang rawat. Durasi diare ini antara 1-2 minggu atau lebih,³ sesuai dengan keadaan pasien saat ini. Perbedaannya, berdasarkan kepustakaan pada infeksi *Entamoeba coli* tidak ditemukan vomitus dan nyeri abdomen. Pada pasien ini, vomitus dan nyeri abdomen merupakan gejala dari sindrom dispepsia yang juga dideritanya.

Pendekatan pada pasien ini adalah penegakan diagnosis melalui anamnesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan penunjang, seperti telah dijelaskan di atas telah ditegakkan diagnosis diare akut dengan penyebab infeksi *Entamoeba coli*. Penatalaksanaan kemudian mengikuti algoritma pada gambar 2. Penatalaksanaan pada pasien diare meliputi terapi suportif, etiologik, dan simptomatik. Sebelum melakukan terapi suportif, pada pasien ini perlu ditentukan derajat dehidrasinya. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisis, didapatkan pasien dengan status mental baik, sadar penuh, rasa haus normal, denyut jantung normal, kualitas nadi normal, pernapasan normal, mata normal, air mata ada, mulut dan lidah basah, turgor kulit baik, isian kaliper normal, ekstremitas hangat, dan urine output normal. Kesemuanya itu memenuhi seluruh kriteria dehidrasi minimal.

Pada dehidrasi minimal, kebutuhan cairan dapat dihitung dengan 2 cara:

$$103/100 \times 30-40 \text{ cc/kgBB/hari}$$

$$\text{Pengeluaran [feses+IWL(10\%BB)]} + 30-40 \text{ cc/kgBB/hari}$$

Untuk terapi nutrisi, karena *intake* pasien kurang maka perlu terapi nutrisi sesuai kebutuhan kalori pasien. Terapi etiologik pada pasien ini disesuaikan dengan hasil pemeriksaan mikroskopis feses yang menemukan adanya parasit *Entamoeba*, sehingga dapat diberikan Metronidazol 4x 250-500 mg selama 7-14 hari. Pada pasien diberikan obat Metronidazol 3x500mg sehingga sudah sesuai untuk mengatasi etiologinya.

Terapi simptomatik pada diare meliputi antimotilitas (loperamid, difenoksilat), antispasmodik/spasmolitik (hyosin-n-butylbromid, ekstrak belladonna, papaverin, mebeverine, serta pengeras feses (atapulgite,

dengan inflamasi berat/IBD, demam tinggi, dan BAB berdarah.^{2,3}

SIMPULAN

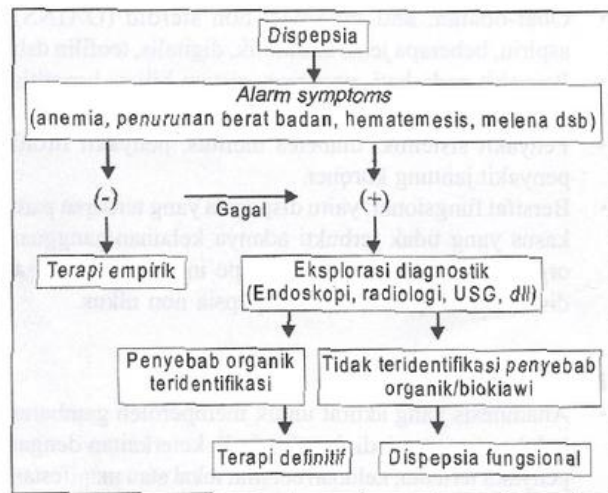
Pasien wanita 31 tahun dengan masalah TB paru dalam pengobatan OAT kategori I dengan infeksi sekunder, Cor pulmonale Dispepsia + intake kurang, diare akut e.c *Entamoeba coli*, anemia normositik normokromik, dan hipoalbuminemia mendapat tatalaksana O₂ Nasal kanul 3l/menit, diet lunak rendah serat 1700 kkal, IVFD NaCl 0,9% /6jam, OAT kategori I, cefotaxime 3 x 1 g, azithromycin 1 x 500mg, inhalasi ventolin : normosaline 1:1 / 6 jam, ambroxol 3x CI, vitamin B6 3x10mg,omeprazol 1x40 mg IV, ondansetron 3x4 mg, inpepsa 3xCI, metronidazol 3x500mg.

DAFTAR PUSTAKA

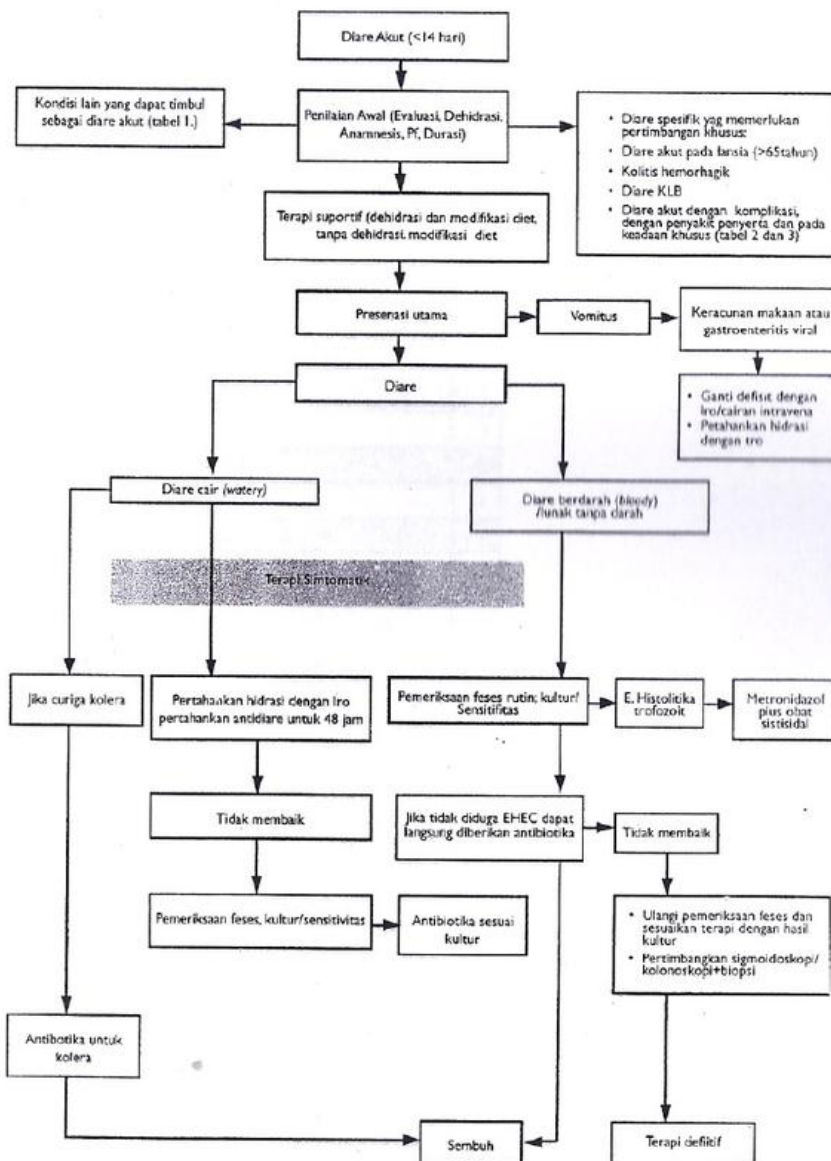
1. Djojoningrat D. Pendekatan klinis penyakit gastrointestinal. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke-5. Jakarta: pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Universitas Indonesia. 2010. h.441-6.
2. Simadibrata M, Daldiyono. Diare akut. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke-5. Jakarta: pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Universitas Indonesia. 2010. h.548-55.
3. Makmun D, Simadibrata M, Abdullah M, Syam AF, Fauzi A. Konsensus penatalaksanaan diare akut pada dewasa di Indonesia. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia. 2009. h.1-21
4. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. Pneumonia komuniti, pedoman diagnosis & penatalaksanaan di Indonesia. Edisi ke-1. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2003.h.1-38
5. Djojoningrat D. Dispepsia fungsional. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke-5. Jakarta: pusat Penerbitan Departemen Ilmu

Penyakit Dalam Universitas Indonesia.
2010. h.529-33.

6. McQuaid KR. Drugs used in the treatment of gastrointestinal diseases. Dalam: Katzung BG. Basic & clinical pharmacology. Edisi ke-10. Singapura: McGraw-



Gambar 1. Alur tatalaksana ringkas diagnosis pada kasus



Catatan: * Lihat keterangan mengenai terapi simtomatik

Gambar 2. Algoritma Penatalaksanaan Diare