



**PENATALAKSANAAN WANITA USIA 43 TAHUN DENGAN DISENTRI BASILER
MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA**

Made Dwika Angga Kusuma*, TA Larasati

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Gedong Meneng,
Rajabasa, Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia

* madedwika8@gmail.com

ABSTRAK

Infeksi pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh amuba masih menjadi tantangan dalam kesehatan masyarakat karena tingginya angka kejadian diare. Shigellosis, atau disentri basiler, merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada anak-anak di negara berkembang serta tetap menjadi isu kesehatan yang signifikan di negara maju. Dalam penatalaksanaan pasien, pendekatan kedokteran keluarga berbasis evidence-based medicine diterapkan dengan mengidentifikasi faktor risiko, mengevaluasi masalah klinis, dan menyesuaikan intervensi menggunakan kerangka pemecahan masalah yang berfokus pada pasien dan keluarga. Penelitian ini berbentuk laporan kasus yang mengandalkan data primer dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta kunjungan rumah, sementara data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien. Hasil analisis menunjukkan bahwa pasien memiliki kebiasaan kebersihan pribadi yang kurang baik, sementara keluarganya memiliki pemahaman yang rendah mengenai disentri, sering makan tanpa mencuci tangan, dan mengonsumsi makanan dari pedagang kaki lima. Setelah dilakukan intervensi, terjadi peningkatan skor pengetahuan keluarga tentang disentri sebesar 60 poin, disertai perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Evaluasi setelah penerapan tatalaksana holistik dan komprehensif dengan pendekatan kedokteran keluarga menunjukkan peningkatan pemahaman keluarga mengenai penyakit ini, berkurangnya keluhan pasien, serta perbaikan kebiasaan kebersihan pribadi dan lingkungan.

Kata kunci: disentri; pelayanan kedokteran keluarga; penatalaksanaan holistik

**MANAGEMENT OF A 43-YEAR-OLD WOMAN WITH BACILLARY DYSENTERY
THROUGH A FAMILY MEDICINE APPROACH**

ABSTRACT

Gastrointestinal infections caused by amoebae remain a public health challenge due to the high incidence of diarrhea. Shigellosis, or bacillary dysentery, is a major cause of morbidity and mortality in children in developing countries and remains a significant health issue in developed countries. In patient management, an evidence-based medicine family medicine approach is applied by identifying risk factors, evaluating clinical problems, and tailoring interventions using a patient- and family-focused problem-solving framework. This study was a case report that relied on primary data from anamnesis, physical examination, and home visits, while secondary data was obtained from the patient's medical record. The results of the analysis showed that the patient had poor personal hygiene habits, while his family had a low understanding of dysentery, often ate without washing hands, and consumed food from street vendors. After the intervention, there was an increase in the family's knowledge score about dysentery by 60 points, accompanied by changes in behavior in maintaining personal and environmental hygiene. Evaluation after the implementation of holistic and comprehensive management with a family medicine approach showed an increase in family understanding of the disease, a reduction in patient complaints, and improved personal and environmental hygiene habits.

Keywords: dysentery; family medicine; holistic management.

PENDAHULUAN

Penyakit infeksi pada saluran pencernaan dapat disebabkan oleh virus, bakteri dan protozoa. Disentri basiler (shigellosis) merupakan infeksi akut pada usus yang umumnya disebabkan oleh bakteri dari genus *Shigella*, dengan prevalensi tertinggi oleh *Shigella flexneri* (70.6%), diikuti oleh *Shigella sonnei* (17.6%), *Shigella boydii* (5.9%), dan *Shigella dysenteriae* (5.9%) (Savitri et al., 2019). Di antara jenis *Shigella* tersebut, *Shigella flexneri* menjadi penyebab utama kasus disentri (Bera et al., 2017). Di Indonesia, disentri merupakan penyakit endemis dan termasuk dalam kategori penyakit berpotensi mengakibatkan KLB. Tidak hanya di Indonesia, kasus disentri juga masih banyak ditemukan di berbagai negara di dunia. Di negara maju seperti Amerika Serikat, insidensi disentri berkisar antara 1-5%, dengan kasus disentri basiler yang dilaporkan kurang dari 500.000 per tahun (Sulaeman, 2015; Gunther et al., 2020).

Menurut WHO, morbiditas diare pada 2019 mencapai 411 kasus dari 1.000 penduduk (WHO, 2020; Kemenkes, 2018). Sementara itu, berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010, terdapat sekitar 213.435 kasus diare dengan 1.289 kematian, di mana 70-80% diantaranya terjadi pada anak dibawah lima tahun. Karena hal tersebut, diperkirakan dalam 20-30 tahun kedepan, diare serta infeksi lainnya menjadi tantangan utama dalam kesehatan global (Kemenkes, 2011; Kantona et al., 2024). Dalam banyak kasus, infeksi yang disebabkan oleh *Shigella* spp. bersifat self-limiting, yang berarti dapat sembuh dengan sendirinya dan dapat ditangani secara efektif dengan rehidrasi oral atau antibiotik (Yonata et al., 2016). Namun, peningkatan jumlah kasus shigellosis yang disebabkan oleh strain *Shigella* yang resisten terhadap antibiotik telah menjadi perhatian yang semakin besar. Infeksi ini dapat berakibat fatal, terutama pada bayi, anak-anak, serta individu dengan gangguan sistem kekebalan (Rahmawati, 2018).

Pelayanan kesehatan primer mempunyai peran penting dalam menangani disentri, utamanya pada aspek penegakan diagnosis yang akurat, terapi yang sesuai, serta upaya pencegahan dan pengendalian penyebaran penyakit di komunitas. Mengingat bahwa disentri sangat mudah menular, terutama di lingkungan dengan kepadatan penduduk tinggi, diperlukan penanganan yang tepat melalui pendekatan kedokteran keluarga untuk memastikan pencegahan dan pengobatan yang lebih efektif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi penatalaksanaan holistik pada seorang wanita usia 43 tahun yang menderita disentri basiler melalui pendekatan kedokteran keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko individu, keluarga, dan lingkungan yang berkontribusi terhadap munculnya penyakit, serta menilai kondisi fisik dan sosial pasien secara menyeluruh.

METODE

Studi ini disajikan dalam bentuk laporan kasus dengan analisis yang didasarkan pada data dari sumber primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan melalui autoanamnesis langsung dengan pasien, pemeriksaan fisik, serta kunjungan rumah untuk memperoleh gambaran mengenai kondisi keluarga, aspek psikososial, dan lingkungan pasien. Sementara itu, data sekunder berasal dari rekam medis pasien. Penilaian dilakukan secara holistik, mencakup tahapan awal, proses, dan hasil akhir, dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif guna memastikan analisis yang menyeluruh dan mendalam. Proses penelitian diawali dengan tahap persiapan, meliputi pengumpulan data awal melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan observasi kondisi lingkungan tempat tinggal pasien. Selanjutnya dilakukan identifikasi masalah dengan pendekatan biopsikososial, termasuk faktor risiko seperti kebiasaan hidup, sanitasi, dan pemahaman keluarga tentang penyakit. Setelah itu, peneliti menyusun rencana intervensi yang komprehensif berdasarkan prinsip kedokteran keluarga. Tahap akhir adalah evaluasi, yang mencakup pemantauan perkembangan klinis pasien, perubahan perilaku

kesehatan, dan peningkatan kesadaran keluarga terhadap pencegahan penyakit. Evaluasi dilakukan melalui kunjungan rumah, wawancara lanjutan, dan pemeriksaan ulang untuk memastikan efektivitas penatalaksanaan yang telah diberikan.

HASIL

Anamnesis

Pasien Ny. S, perempuan berusia 43 tahun datang dengan keluhan BAB cair yang dialami 3 hari yang lalu, dengan frekuensi > 10x dalam sehari, ampas ada, darah warna merah ada, terdapat lendir dan berbau amis. Pasien juga mengeluh nyeri perut bagian kiri bawahmelilit disertai mual dan muntah frekuensi > 10x berisi air dan sisa makanan. Pasien juga merasakan lemas, demam sejak 2 hari. Pasien sehari-hari bekerja sebagai asisten rumah tangga, riwayat makanan sebelumnya seperti biasa, sehari 2-3x, tidak selalu makan dirumah, dan sering makan jajanan pinggir jalan serta tidak selalu mencuci tangan ketika akan makan.

Pemeriksaan Fisik

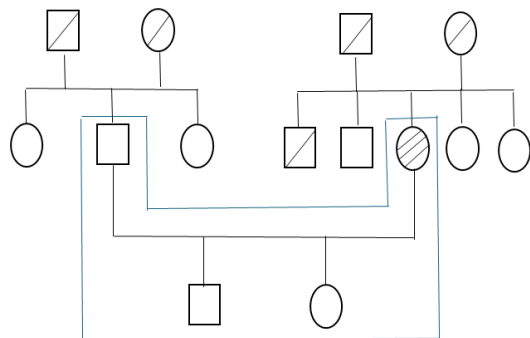
GCS: 15, TD: 115/70 mmHg, N: 88x/menit, RR 20x/menit, S: 36.9°C BB: 65 kg, TB: 158 cm. Pada pemeriksaan generalis, kepala, mata, THT, dan leher normal. Pemeriksaan jantung ditemukan normal. Pemeriksaan paru ditemukan normal. Pada abdomen, tampak datar, bising usus 24x/menit, nyeri tekan positif di seluruh regio abdomen, dan timpani pada perkusi. Ekstremitas superior dan inferior teraba hangat, tanpa edema, dengan capillary refill time <2 detik. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 10,7 g/dL, leukosit 13.250/ μ L, eritrosit 5,5 juta/ μ L, hematokrit 37%, dan trombosit 185.000/ μ L.

DATA KELUARGA

Pasien adalah anak kedua dari dua bersaudara dan tinggal bersama suami yang berusia 49 tahun serta kedua anaknya dalam sebuah keluarga inti. Komunikasi antar anggota keluarga berjalan dengan baik, dengan rutinitas berkumpul pada malam hari. Pasien juga sering menghabiskan waktu bersama kakak dan ibunya. Proses pengambilan keputusan dalam keluarga dilakukan melalui diskusi antara kedua orang tua, meskipun keputusan akhir biasanya diambil oleh suami sebagai kepala keluarga. Keluarga ini menggantungkan pendapatan pada suami yang bekerja sebagai pedagang dengan penghasilan harian sekitar Rp. 40.000 – Rp. 50.000, yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka berempat.

Dalam hal pengobatan, keluarga cenderung mencari pengobatan kuratif dengan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan. Pasien belum terdaftar dalam program jaminan kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Ketika memerlukan layanan kesehatan, keluarga biasanya berobat ke Puskesmas Kedaton yang berjarak 1.5 KM. Akses ke fasilitas kesehatan tidak menjadi kendala karena pasien dapat menggunakan transportasi pribadi untuk menuju Puskesmas.

Genogram

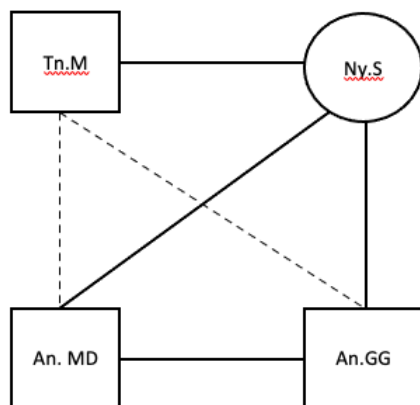


Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. S

Keterangan :

- ☒ : Laki-laki meninggal
- ⊙ : Perempuan
- ☐ : Laki-laki masih
- : Perempuan masih
- : Tinggal serumah
- ⊘ : Pasien

Hubungan Antar Keluarga



Gambar 2. Hubungan Keluarga Ny. S

Keterangan :

- : Hubungan erat
- : Hubungan kurang erat

Table 1.
APGAR Score

	APGAR	Skor
<i>Adaptation</i>	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
<i>Partnership</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	2
<i>Growth</i>	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
<i>Affection</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	1
<i>Resolve</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
	Total	9

Family APGAR Score (9) (highly functional)

Family SCREEM Score

Table 2.
Family SCREEM

	Ketika Seorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	√			
S2	Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami	√			
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		√		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita	√			
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	√			
R2	Tokoh agama yang kami anut sangat membantu keluarga kami		√		

E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami	√
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	√
E'1	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit	√
E'2	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga	√
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√
M2	Dokter, perawat dan / petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	√
Total		29

Didapatkan hasil 29, memiliki sumber daya yang memadai.

Family Lifecycle



Gambar 3. Family Lifecycle

DATA LINGKUNGAN RUMAH

Pasien memiliki rumah pribadi dengan ukuran 8 x 15 meter, berjarak sekitar 1.5 kilometer dari puskesmas. Pasien tinggal bersama kedua anaknya, namun suami sering berada diluar rumah yang disebabkan olah kesibukan pekerjaan. Rumah tersebut merupakan bangunan satu lantai yang terdiri dari 1 ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 dapur, serta 1 kamar mandi yang juga berfungsi sebagai tempat mencuci. Struktur rumah memiliki lantai berlapis tanah, dinding dari bata merah, serta atap berbahan asbes. Penerangan dan ventilasi di rumah kurang memadai, dan kebersihan lingkungan rumah tergolong kurang baik. Meskipun demikian, rumah memiliki akses listrik. Jarak antar rumah 3 meter. Sumber air utama berasal dari sumur, memiliki akses jamban jongkok. Untuk kebutuhan minum menggunakan air isi ulang. Tempat sampah diletakkan di luar rumah. Lingkungan rumah tergolong padat penduduk dan mayoritas dihuni oleh masyarakat menengah ke bawah.

Denah Rumah



Gambar 4. Denah rumah keluarga Ny. S

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Aspek 1. Aspek Personal

1. Alasan kedatangan: BAB cair disertai lendir dan darah merah segar sejak 3 hari yang lalu
2. Kekhawatiran: Pasien khawatir bahwa keluhan tak kunjung sembuh dan semakin parah sehingga mengganggu aktivitas bekerja sehari hari untuk memenuhi kebutuhan keluarga
3. Harapan: BAB cair disertai darah dapat hilang
4. Persepsi: Pasien tidak tahu informasi tentang penyakitnya

Aspek 2. Diagnosis Klinik

- Hematochezia ec Susp. Disentri Basiler (ICD X: K.92.2 A06; ICPC 2 D70)

Aspek 3. Risiko Internal

1. Mempunyai *personal hygiene* yang buruk (ICD X: R46.0)
2. Kebiasaan pasien yang sering makan diluar rumah
3. Pasien tidak selalu mencuci tangan sebelum makan
4. Pola makan tidak teratur

Aspek 4. Risiko Eksternal

1. Tinggal di daerah padat penduduk
2. Sanitasi lingkungan pemukiman yang buruk (ICD X: Z:59)
3. Makanan yang mungkin terkontaminasi oleh bakteri penyebab disentri (ICD X: A05.0)

Aspek 5. Derajat Fungsional

Derajat 3 (mampu melakukan perawatan diri, tapi tidak mampu melakukan pekerjaan ringan)

RENCANA INTERVENSI

Patient Centered

1. Farmakologi

- Metronidazole tab 3x500mg.

- Asam Tranexamat tab 3x500mg
- Scopma tab 3x10mg

2. Non farmakologi

- Memberi edukasi mengenai penyebab, risiko, penularan, pengobatan penyakit.
- Memberi edukasi pencegahan penularan dengan *personal hygiene* yang baik
- Memberi edukasi pemilihan makanan yang baik

Family Focused

- Memberi pengetahuan mengenai penyebab, tanda, gejala, cara penularan, serta langkah-langkah pengobatan.
- Mengedukasi mengenai kebersihan diri serta lingkungan rumah untuk mencegah penyebaran infeksi.
- Menjelaskan potensi penularan disentri di antara anggota keluarga.
- Memberi informasi tentang penggunaan obat untuk memastikan efektivitas pengobatan.
- Mengedukasi pasien dan keluarga tentang praktik kebersihan yang dapat mempercepat proses penyembuhan serta mencegah penyebaran penyakit.
- Menyarankan untuk sementara waktu menghindari kontak serta memberikan edukasi terkait isolasi mandiri dan langkah-langkah pencegahan bagi anggota keluarga hingga pasien sembuh sepenuhnya.

Community Oriented

- Menjelaskan cara penularan dan pencegahan disentri.
- Menganjurkan keluarga dan tetangga guna memeriksakan diri ke fasyankes terdekat.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal

- a. Alasan kedatangan: Keluhan sudah berkurang.
- b. Kekhawatiran: Rasa khawatir sudah jauh berkurang.
- c. Harapan:Harapan pasien sebagian tercapai
- d. Upaya: Pasien sudah mau mengikuti anjuran yang diberikan saat intervensi

2. Aspek Klinis

- Hematochezia ec Susp. Disentri Basiler (ICD X: K.92.2 A06; ICPC 2 D70)

3. Aspek Risiko Internal

- Kebersihan diri dan lingkungan menunjukkan perbaikan. Pasien telah memahami pentingnya personal hygiene dan bersedia menerapkan perubahan.
- Kegiatan konsumtif pasien sudah membaik, yaitu pasien sering makan makanan yang dimasak sendiri dirumah berupa sayuran dan daging yang sudah dicuci terlebih dahulu sebelum dimasak, dan sudah sangat jarang makan makanan kaki lima

Aspek 4. Risiko Eksternal

- Kebersihan rumah dan penyediaan sabun cuci tangan sudah mulai membaik
- Pengetahuan keluarga sudah lebih baik.
- Perilaku pengobatan perlahan membaik.

5. Derajat Fungsional

Derajat 1 (dapat melakukan aktivitas sehari-hari).

PEMBAHASAN

Studi kasus ini dilakukan pada Ny. S, seorang wanita berusia 43 tahun yang didiagnosis dengan Disentri Basiler. Pendekatan yang digunakan dalam analisis kasus ini bersifat menyeluruh, mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial. Pendekatan kedokteran keluarga menjadi penting dalam penanganan pasien ini, mengingat penyakit infeksius seperti disentri basiler dipengaruhi oleh berbagai faktor dan dapat menimbulkan komplikasi jika tidak ditangani dengan tepat. Masalah kesehatan utama yang dibahas dalam kasus ini adalah keluhan nyeri pada perut bagian kiri bawah yang disertai dengan buang air besar cair berdarah selama tiga hari terakhir. Pada saat di Puskesmas, pasien memiliki keluhan nyeri perut bagian kiri bawah disertai BAB berdarah berbau amis sejak 3 hari terakhir. Diagnosis Disentri Basiler pada pasien ini didiagnosa berdasarkan gejala nyeri perut bagian dan diare disertai darah, lendir yang berbau amis, pada pemeriksaan fisik didapatkan peningkatan suhu tubuh, didapatkan peningkatan bising usus, dan rasa nyeri pada bagian perut bawah. Pada pemeriksaan didapatkan anemi dan leukositosis (Kotloff et al., 2018; Williams dan Berkley, 2016).

Etiologi disentri adalah bakteri atau ameba. Infeksi karena bakteri disebut Disentri Basiler, yang menjadi penyebab tersering Disentri pada anak. Sedangkan, infeksi karena ameba dikenal dengan Disentri Ameba (Jawetz dan Adelberg, 2014). *Entamoeba histolytica* dan *Shigella* dikenal sebagai patogen yang menyebabkan infeksi usus dan ekstraintestinal. Sebagian besar kasus penyakit Disentri di daerah tropis disebabkan oleh *Shigella* (Prabhurajeshwar dan Kelmani, 2018). Disentri Ameba dapat terjadi secara asimtomatik atau gejala ringan hingga berat seperti sakit perut, BAB cair, atau disertai darah. Infeksi ini terjadi karena menelan kista dewasa dalam makanan atau air yang terkontaminasi tinja atau melalui tangan (Kurnia dan Asari, 2018). Di usus halus, kista dewasa eksistasi menjadi trofozoit dan dilepaskan menuju usus besar. Trofozoit kemudian berkembang biak menghasilkan kista. Kista dan trofozoit akan keluar melalui feses. Pada kasus yang jarang, parasit ini dapat menyerang hepar dan membentuk abses, atau menyebar ke bagian lain, seperti paru-paru atau otak (Kotloff et al., 2018).

Pemeriksaan penunjang Disentri Basiler antara lain adalah pemeriksaan kultur feses yang merupakan gold standard untuk mendiagnosis disentri basiler atau ameba, kultur ini dapat mengidentifikasi sensitivitas antibiotik, meskipun memiliki sensitivitas yang rendah dengan tingkat kesulitan teknik yang tinggi (Dhawan, 2019; Gouvela et al., 2020). Kegiatan kemudian dilanjutkan dengan kunjungan pertama ke rumah pasien untuk memperdalam komunikasi dan pemahaman mengenai kondisi pasien. Selama kunjungan, dilakukan anamnesis secara holistik yang mencakup pemetaan keluarga (family map), fungsi biologis, aspek psikososial, kondisi ekonomi, perilaku kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, serta lingkungan sekitar tempat tinggal pasien. Dari hasil anamnesis, diperoleh daftar permasalahan yang dialami pasien dan keluarganya, termasuk aspek personal, klinis, risiko internal dan eksternal, serta derajat fungsional. Berdasarkan temuan tersebut, langkah selanjutnya adalah merancang jenis intervensi yang akan diberikan guna menangani permasalahan yang teridentifikasi.

Pasien juga memiliki faktor risiko terkait perilaku, seperti kurangnya kebiasaan menjaga kebersihan diri, makanan, dan lingkungan rumah. Selain itu, pemahaman pasien mengenai penyakit yang dideritanya masih terbatas, terutama terkait penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala, serta pengobatan Disentri Basiler (Suraya, 2020). Penyakit ini memiliki hubungan erat dengan sanitasi lingkungan dan kebersihan pribadi, termasuk personal hygiene, kebersihan makanan, kondisi lingkungan yang tidak higienis, serta kurangnya kebersihan di tempat-tempat umum (Nuraeni et al., 2022). Setelah mengidentifikasi permasalahan dan faktor

yang memengaruhi kondisi pasien, tahap selanjutnya adalah pemberian intervensi. Intervensi dilakukan dalam dua bentuk, yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Pada intervensi farmakologis, pasien diberikan antibiotik Metronidazole 3 x 500 mg, Asam Traneksamat 3 x 500 mg, dan Scopma 3 x 10 mg (Sari, 2015). Penatalaksanaan Disentri Basiler umumnya melibatkan pemberian antibiotik, yang penggunaannya disesuaikan berdasarkan kelompok usia, yaitu untuk dewasa dan anak-anak (Indriyani dan Putra, 2020; Williams dan James, 2018).

Kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi. Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah intervensi yang diberikan telah mencapai target yang diharapkan. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi klinis pasien, yang ditandai dengan hilangnya keluhan nyeri di perut bagian kiri bawah serta berkurangnya buang air besar yang disertai lendir dan darah. Selain itu, pasien tidak lagi mengalami lemas dan demam. Pemahaman pasien mengenai Disentri Basiler juga meningkat, sebagaimana terlihat dari peningkatan skor pre-test ke post-test. Hal ini menunjukkan bahwa pasien telah memahami penyebab, faktor risiko, serta aspek penting lainnya terkait penyakit yang dideritanya, pencegahan serta pengobatan Disentri Basiler. Adanya perubahan perilaku pasien ditandai dengan pasien jarang makan makanan kaki lima, pasien membiasakan cuci tangan sebelum dan sesudah makanan, serta selalu menjaga kebersihan lingkungan rumah (Suraya, 2020).

SIMPULAN

Diagnosis pada kasus ini telah ditegakkan dengan tepat dan sesuai dengan teori kedokteran yang berlaku serta didukung oleh telaah kritis dari penelitian-penelitian terkini. Penatalaksanaan terhadap pasien dilakukan secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan yang berpusat pada pasien (patient-centered), berfokus pada peran keluarga (family-focused), serta mempertimbangkan keterlibatan dan kondisi komunitas sekitar (community-oriented). Pengobatan diberikan secara teratur dan rasional berdasarkan prinsip Evidence-Based Medicine (EBM), dan tatalaksana medikamentosa yang diterapkan juga telah sesuai dengan pedoman terapi dalam literatur ilmiah. Selama proses intervensi, terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan pada pasien dan keluarganya mengenai penyakit yang diderita, termasuk pemahaman tentang penyebab, penularan, serta upaya pencegahan kekambuhan di masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Amebiasis [Entamoeba histolytica]. US: Department of Health and Human Services. Tersedia di: <https://www.cdc.gov/dpdx/amebiasis/index.html>. (Diakses pada 16 April 2023).
- da Cruz Gouveia, M. A., Lins, M. T. C., & da Silva, G. A. P. (2020). Acute diarrhea with blood: diagnosis and drug treatment. *Jornal de pediatria*, 96 Suppl 1(Suppl 1), 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.08.006>
- Dhawan, V. K. (2019). Amebiasis Treatment & Management. Medscape.
- Gunther, J., Shafir, S., Bristow, B., Sorvillo, F. (2020). Short report: amebiasis-related mortality among United States residents, *Am J Trop Med Hyg.* 85(6): 1038-40.
- Indriyani, D., P., R., Putra, I., G., N., S. (2020). Penanganan terkini diare pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis.* 11 (2): 928-932.
- Jawetz, M., Adelberg. (2014). *Microbiologia Medica*. Mexico D.F.: McGrawHill.

- Kantona, E., Safitri, Y., & Isnaeni², L. M. A. (2024). FAKTOR PENYABAB KEJADIAN ANAK DISENTRI . *Plenary Health : Jurnal Kesehatan Paripurna*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.37985/plenaryhealth.v1i1.31>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kotloff, K. L., Riddle, M. S., Platts-Mills, J. A., Pavlinac, P., & Zaidi, A. K. M. (2018). Shigellosis. *Lancet* (London, England), 391(10122), 801–812. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33296-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33296-8).
- Nuraeni, A., Rosiah, Megga, P., K., S., Adhan, E. (2022). The Relationship of Hand Washing Behavior Towards Diarrhea Cases in School-Age Children. *Journal of Vocational Nursing*. 3 (2): 105-109.
- Prabhurajeshwar, C., Kelmani, C. (2018). Shigellosis: A Conformity Review of the Microbiology, Pathogenesis and Epidemiology with Consequence for Prevention and Management issues. *Journal of Pure and Applied Microbiology*. 12(1):405-17.
- Rahmawati, E., (2018). Uji Aktivitas Antibakteri Ekstrak Biji Kelor (*Moringa Oleifera* Lmk.) Terhadap Bakteri *Shigella Dysenteriae*. Skripsi. Fakultas Sains Dan Teknologi Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.
- Riset Kesehatan Dasar. (2018). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Sari, M. (2015). Uji Bakteriologis dan Resistensi Antibiotik Terhadap Bakteri *Escherichia coli* dan *Shigella sp* Pada Makanan Gado-Gado di Kantin UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Uin Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Savitri, L., Alfiani, A., Suarsini, E., & Sueb. (2019). Insidensi penyakit disentri amoeba berdasarkan indeks kepadatan lalat pengunjung rumah makan di daerah sekitar Universitas Negeri Malang. *Jurnal Inovasi Farmasi Indonesia*, 1(1), 11–23.
- Shane A.L., Mody R.K., Crump J.A., Tarr P.I., Steiner T.S., Kotloff K., et al. 2017 Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines for the diagnosis and management of infectious diarrhea. *Clin Inf Dis*. 2017;65:e45–80. doi: 10.1093/cid/cix669.
- Sulaeman, L., P. (2015). Deteksi Bakteri *Escherichia Coli* Dan *Shigella Sp* Dalam Telur Balado Serta Resistensinya Terhadap Beberapa Antibiotik. Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta
- Sunawan, S., Kurnia, T., & Asari, H. (2019). Pengaruh Ekstrak Etanol Biji Ganitri (*Elaeocarpus Sphaericus* Schum.) Terhadap Pertumbuhan Bakteri Penyebab Disentri Basiler Secara In Vitro. *Jurnal Biosense*, 1(01), 15-23. Retrieved from <https://ejournal.unibabwi.ac.id/index.php/BIOSENSE/article/view/285>
- Suraya, C. (2020). Hubungan Hygiene Makanan, Sumber Air dan Personal Hygiene dengan Kejadian Diare pada Anak. *Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung*. 3 (2): 94 100.

Thompson C.N., Duy P.T., Baker S. The rising dominance of *Shigella sonnei*: an intercontinental shift in the etiology of bacillary dysentery. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9 doi: 10.1371/journal.pntd.0003708.

WHO. (2020). Dysenterie (Shigellosis).

Williams, P. C. M., James, A. B. (2018). Guidelines for the treatment of dysentery (shigellosis): a systematic review of the evidence. *Paediatrics and International Child Health.* 38 (S1): S50-S65.

Williams. P., Berkley. J, A. (2016). Dysentery (Shigellosis) Current WHO Guidelines and The WHO Essential Medicine List for Children.

Yonata, A., Iswara, I. (2016). Efek toksik konsumsi monosodium glutamate. *Majority.* 5(3):100-4.