

Ilmu Kedokteran Pencegahan Dalam Upaya Pemberantasan Diare di Puskesmas Kabupaten Malang

Dr. H. Bachtiar Azhari

Pegawai Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II, Kabupaten Malang

PENDAHULUAN

Ilmu kedokteran pencegahan telah berkembang lama dan dikembangkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat. Pada tahap awal di Indonesia sebagai sarana pelayanan kesehatan memanfaatkan Puskesmas. Salah satu fungsi pokok puskesmas adalah pemberantasan penyakit diare. Di Indonesia, penyakit diare merupakan penyakit endemis dan menjadi masalah kesehatan. Upaya pemberantasan yang telah dilakukan mengalami beberapa hambatan, khususnya yang berkaitan dengan lingkungan dan perilaku masyarakat. Pendekatan yang dilakukan secara epidemiologi ditujukan pada penjamu = *host, agent* = bibit penyakit dan lingkungan.

Menurut survey tahun 1980, angka kesakitan diare di Indonesia 10.000 per 100.000 penduduk, dan 70–90% penderita banyak menyerang anak balita, dan 24.5% anak balita meninggal karena diare.¹ Di Jawa Timur, upaya pemberantasan dengan memanfaatkan semua sumber daya khususnya unsur manusia meliputi upaya penemuan dan pengobatan secara dini, peningkatan kesehatan dengan melibatkan unsur sektoral, penyuluhan kesehatan berperilaku sehat, memasyarakatkan penggunaan garam oralit, peningkatan jangkauan pelayanan lebih mantap melalui posyandu, peningkatan mutu pelayanan, meningkatkan kualitas lingkungan dengan penyediaan air bersih dan sarana jamban keluarga. Harapan yang akan dicapai dapat menurunkan angka kesakitan dan menurunkan angka kematian di bawah 1%.²

Studi ini untuk melihat secara diskriptif pendaya gunaan sumber daya manusia disalah satu Puskesmas Kabupaten Dati II Malang secara retrospektif³.

BAHAN DAN CARA

Bahan tulisan ini diambil dari data sekunder di Puskesmas Pakisaji Kabupaten Dati II Malang pada tahun 1985 dan 1986 sewaktu penulis bekerja di Puskesmas tersebut. Data sekunder tersebut meliputi kasus diare dari semua umur dan penanggulangannya di Puskesmas melalui pemanfaatan sumber daya

yang ada. Data diagnosis penyakit di Puskesmas disalin pada tabulasi dan dilakukan pengolahan data sederhana dan disajikan dalam bentuk tabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Lokasi Puskesmas Pakisaji terletak ± 11 km ke arah selatan kota Malang terletak di jalan arteri Surabaya – Blitar dengan luas wilayah 39.458.357 m² terdiri 75.7% dataran rendah dan 24.3% dataran tinggi, dengan kepadatan penduduk 1393 jiwa/ Km². Sampai tahun 1986 jangkauan air bersih di bawah 60%, karena sulitnya sumber atau air tanah. Air bersih saat ini berasal dari sumber di luar kecamatan Pakisaji dialirkan melalui perpipaan didistribusi pada konsumen, dan saat ini telah dikelola PDAM. Pada keadaan sebelum 1985 penyakit diare merupakan urutan pertama sedangkan mulai tahun 1985 menempati urutan kedua dan selanjutnya pada tahun 1986 penyakit diare menempati urutan keempat dari 10 penyakit.

tabel 1. PoLA 10 besar penyakit di Puskesmas Pakisaji.

Jenis	1985		1986	
	Jumlah	Rank	Jumlah	Rank
Influenza	10.065	1	8549	1
Diare	3.777	2	2499	4
Scabies	2.086	3	2752	3
Penyakit pulpa & jaringan apikal	2.086	4	2312	5
Penyakit kulit & jaringan bawah kulit	1.594	5	1859	6
Conjunctivitis	1.517	6	1368	7
Penyakit lain pada sistem pencernaan	1.230	7	1307	8
Karies gigi	550	8	676	10
Penyakit Gusi & Jaringan periodental	396	9	307	9
Penyakit-penyakit lain/keadaan lain	5.770	10	7667	2

Sumber data ktporan tahunan Puskesmas.

Penurunan penyakit diare melalui suatu konsep ihnu kedokteran pencegahan sebagai berikut

1) Penjamu (*host*) dalam hal ini yang berperan adalah manusia, sehingga upaya kegiatannya berupa

a) Penyuluhan yang ditujukan pada perorangan dan keluarga. Perorangan agar penderita mampu menolong dirinya sendiri dan dapat membantu masyarakat. Keluarga agar membiasakan menolong dan memasyarakatkan penggunaan garam oralit dalam keluarga.

b) Simulasi yang ditujukan pada kader kesehatan desa secara langsung, sedangkan yang tidak langsung melalui lintas sektoral.

2) Sumber infeksi dengan kegiatan menghilangkan sumber infeksi dengan meningkatkan kebersihan lingkungan.

3) Lingkungan melalui peningkatan sarana air bersih atau sarana jamban keluarga dan menghilangkan kebiasaan membuang kotoran di setiap tempat misalnya di sungai. Kecenderungan penurunan pada tabel 1 di atas, menurut Bachtiar Azhari, T. Haryanto dkk (1985), bahwa ketepatan informasi tentang penyakit menular dan upaya pencegahannya didapat dari tokoh informal : formal:68.72% : 31.28% khususnya di pedesaan lebih menonjol dan keterlibatan unsur-unsur masyarakat dalam merujuk bila didapatkan kasus secara dini ke Puskesmas` .

Pada **tabel 2** nampak menurunnya rawat tinggal dari 33.75% BOR menjadi 14.86% BOR dengan memperpendek hari perawatan dengan cara rehidrasi yang cepat dan tepat dalam meningkatkan mutu pelayanan rawat tinggal sebagai upaya rujukan pertama penderita diare dan pelayanan dasar yang diberikan Puskesmas. Lama perawatan pada tahun 1985 rata-rata 5-6 hari, sedangkan pada tahun 1986 menjadi 4 hari perawatan, sehingga nampak penggunaan RL yang lebih meningkat pada tahun 1986⁵.

Tabel 2. Penderita dime dan pemanfaatan sarana di Puskesmas Pakisaji

Macam	tahun 1985	tahun 1986
1. Prevalensi	4.3%	3.5%
2. C.F.R.	<1%	<1%
3. Cholera positif	0.03%	0.04%
4. Rawat tinggal	33.75% BOR	14.86%,BOR
5. Pemakaian RL	40	315
6. Oralit	1129	989

Sumber data laporan Puskesmas tahun 1985 dan 1986.

Dari tabel 3 nampak penurunan kader aktif tetapi mempunyai daya guna yang optimal maka berarti kader makin sedikit tetapi mempunyai daya guna maksimal. (**Tabel 3**).

$$\text{Daya guna} = \frac{\text{keluaran 1}}{\text{sarana 1}} : \frac{\text{keluaran 2}}{\text{sarana 2}}$$

Sedangkan penyuluhan yang efektif bila melalui penyuluhan melalui kelompok *at risk* diare yang mencakup sasaran maupun frekuensi penyuluhannya^{6,7}.

Dukungan penyuluhan ditingkakan pada lintas sektoral secara terpadu dengan metode lebih ditujukan pada penyuluhan perorangan atau kelompok dengan jumlah frekwensi lebih ba-

Tabel 3. Kader aktif dan jumlah posyandu.

Jumlah	tahun 1985	tahun 1986
1. Kader	360	360
2. Kader aktif	296	159
3. Kader drop out	17,7%	55.83%
4. Posyandu	24	24

Sumber data Laporan Puskesmas Pakisaji.

Tabel 4. Penyuluhan kesehatan masyarakat tahun 1985-1986.

Kegiatan	tahun 1985	tahun 1986
1. Lintas sektoral	14 X	14 X
2. Metode	Indiidu/Kelompok	Individu/Kelompok
3. Lokasi Posyandu	19 X	76 X
4. Pameran	4 X	4 X
5. Siaran keliling	24 X	33 X
6. Sasaran:		
- Masyarakat umum	15.423 (Frek=40X)	11.439 (Frek = 37X)
- Penduduk dengan resiko	4.271 (Frek=101X)	5.165 (Frek = 112X)

Sumber data laporan Puskesmas Pakisafi.

nyak, akan tetapi cenderung sasaran masyarakat pada yang risiko terkena diare. Metode yang dilakukan terhadap kader berupa simulasi mengenai pencegahan diare, dengan penyediaan paket oralit pada setiap pos kesehatan desa dengan formulir rujukan dan catatan penderita diare di pedesaan, sehingga mempercepat pelacakan secara dini dan tindakan pemberantasannya^a. Perbaikan kesehatan lingkungan lebih mengupayakan peningkatan sarana fisik yang mendukung kebersihan lingkungan melalui dua arah, berupa pemberian sarana secara inpres, tetapi kemudian dengan menurunnya pembiayaan berupa inpres, maka lebih diprioritaskan melalui peran serta masyarakat untuk mengembangkan jumlah sarana bantuan dengan cara swadaya melalui pendekatan edukatip, sehingga masyarakat dapat memenuhi kebutuhan yang mendasar dalam upaya peningkatan kesehatan perorangan maupun keluarga, khususnya agar angka kesakitan karena diare dapat menurun. Dalam mengembangkan pendekatan edukatip peranan lintas sektoral sangat berperan disamping peranan tokoh informal yang ada di dalam masyarakat, dengan demikian masyarakat mampu mengidentifikasi kebutuhan serta mengorganisasi kegiatan masyarakat serta mampu menumbuhkan kegiatan-kegiatan kesehatan yang menunjang pembangunan desa secara keseluruhan yang pada akhirnya mampu meningkatkan kesehatan lingkungan yang lebih baik⁹.

Penderita diare ternyata banyak diderita anak balita diperkirakan 70-90% dari angka kesakitan diare, dan 24.5% anak balita meninggal karena diare. Tetapi di daerah penulis CFR kurang dari 1% karena catatan ini kurang terekam secara baik, hal ini disebabkan penderita diare kalau meninggal biasanya di rumah atau di rumah sakit dengan pulang paksa, sehingga sering terjadi tidak tercatat. Penanganan diare pada anak balita dalam upaya penurunan angka kesakitan melalui pendekatan posyandu dengan peran serta aktif PKK, agar ibu balita mampu meningkatkan pengetahuan dan sikap

serta perilaku mengutamakan ASI sebagai makanan bayi sampai dengan umur 2 tahun¹⁰

Tabel 5. Saran kesehatan lingkungan.

Sarana	tahun 1985	tahun 1986
1. Jaga		
1.1. Inpres	123	10
1.2. Pengembangan	289	127
2. SPAL		
2.1. Inpres	11	14
2.2. Pembangunan	123	16
3. SABER		
3.1. Inpres	28	28
3.2. Pembangunan	3	•)

Sumber data lapdran kes. lingkungan Puskesmas Pakisaji.

*) Pengembangan mulai menurun karena masuknya sarana air bersih perpipaan yang dikelola PDAM Kabupaten Malang.

Lingkungan biologis yang berhubungan dengan iklim atau cuaca maka nampak meningkat penderita diare pada bulan-bulan Januari – Pebruari dan bulan Juni – Juli, sedangkan gambaran secara Nasional pada bulan Nopember – Desember-Januari dan pada bulan Mei Juni – Juli ($z < -1.44$ atau $z > 1.44$ atau $p = 0.0793$) sangat berarti, sehingga pada saat bulan yang bersangkutan kewaspadaan perlu mendapat perhatian, khususnya tim gerak cepat di tingkat kecamatan, serta persiapan-persiapan pembagian oralit pada pos kesehatan desa melalui ketua atau koordinator kader didesa yang di pantau melalui Lembaga Kesehatan Masyarakat Desa (LKMD)" . Upaya pemberantasan berpedoman petunjuk Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I Propinsi Jawa Timur sebagai berikut

- a) Upaya penemuan dan pengobatan secara dini.
- b) Peningkatan kewaspadaan terjadinya letupan diare dengan melibatkan unsur sektoral dan pamong desa.
- c) Upaya penyuluhan kesehatan masyarakat agar berperilaku sehat untuk dirinya, keluarga dan masyarakat.
- d) Pencegahan terjadinya dehidrasi dengan program rehidrasi dengan memasyarakatkan pemakaian garam oralit, didukung dengan penyediaan yang cukup, mudah didapat dan cepat dimanfaatkan.
- e) Strategi pendekatan keterpaduan program dan sektoral, lebih diarahkan pada kelompok sasaran umur rawan melalui posyandu.
- f) Peningkatan jangkauan pelayanan melalui peningkatan mobilitas pelayanan dan sarana pelayanan yang merata.
- g) Meningkatkan kualitas lingkungan dengan penyediaan air bersih dan kebersihan lingkungan, termasuk rumah, pembuangan kotoran hewan/manusia atau sampah sesuai dengan tempat atau sarana yang tersedia.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit diare di-tunjukkan pada manusianya dengan sasaran perorangan, keluarga dan masyarakat, khususnya yang dengan risiko pada anak di bawah lima tahun atau anak balita.

2) Kegiatan ini harus simultan dengan penanganan peningkatan kualitas lingkungan secara terpadu, keterlibatan lintas sektoral dan peranan tokoh informasi masyarakat.

3) Masyarakat diharap mampu mendeteksi secara dini kejadian diare, sehingga terhindar dari kejadian luar biasa atau letupan penyakit diare, dengan memasyarakatkan penggunaan garam oralit.

4) Peranan rujukan oleh kader sedini mungkin bila didapatkan kasus diare untuk segera dikirim be,robot di Puskesmas, sedangkan rujukan pengetahuan kader berupa upaya tepat guna dengan menggunakan sumberdaya yang ada pada masyarakat.

Saran

- 1) Perlu dipikirkan adanya pos kesehatan yang menyediakan oralit disetiap RT dan PKK persepuluhan dapat berperanserta dalam pemberantasan diare.
- 2) Untuk pemerataan, oralit *pack* yang saat ini beredar dapat dibuat untuk 200 cc air matang.

KEPUSTAKAAN

1. Adiyatma. Berita Epidemiologi Departemen Kesehatan. Jakarta Dirjen P-2M dan PLP, 1986.
2. Jawa Timur. Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I. Berita Epidemiologi. Surabaya ; Sub Dins pemberantasan penyakit menular, 1986.
3. Malang. Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II. Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas Pakisaji. Sie P-2M, 1986.
4. Azhari B, Haryanto T dkk. Faktor kepemimpinan masyarakat desa dalam program pencegahan penyakit menular di Puskesmas Pakisaji. Seminar Penelitian laboratorium ilmu kesehatan masyarakat Fakultas Kedokteran. Malang Universitas Brawijaya, 1988.
5. Moeloeok FA dkk. Seminar ketrampilan klinik. (Ed. I) Jakarta PB IDI Yayasan penerbit, 1985.36-39.
6. Jawa Timur. Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I. Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa. Surabaya : Proyek penyuluhan kesehatan masyarakat I-II, 1981.
7. Lapau B. Peranan Epidemiologi dan Pelayanan Kesehatan. Majalah Ilmu Kesehatan Masyarakat Indonesia; XV (19) Pebruari 1986.
8. Indonesia. Departemen Kesehatan. Pedoman pengamatan dan penanganan kejadian luar biasa di Indonsia. Jakarta : Depkes RI, 1985.
9. Solita Sarwono dkk. Pengantar pendidikan kesehatan masyarakat. Disunting sebagai bahan kuliah fakultas pasca sarjana program studi kesehatan masyarakat dan anthropologi kesehatan. Jakarta : FKMUI, 1984.
10. Ranuh IGN Gde. Pediatri sosial, suatu pendekatan yang tepat. dalam menanggulangi infeksi pada anak. Continuing education ilmu kesehatan anak. I. Surabaya . Bagian IKA-FK Unair, 1980; 33-39.
11. Azhari B, Haryanto T dkk. Evaluasi sistem distribusi bubuk oralit dipedesaan, suatu studikasu kecamatan Pakisaji. Seminar penelitian lab. ilmu kesehatan masyarakat Fakultas Kedokteran. Malang : Universitas Brawijaya, 1985.

