

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kasus kematian anak-anak di dunia masih menunjukkan angka yang tinggi, khususnya kematian anak di bawah usia lima tahun. Diare penyebab kematian terbesar kedua di dunia setelah pneumonia, dengan proporsi kematian untuk anak di bawah usia lima tahun sebesar 9,00 % (UNICEF, Level & Trends, 2014). Di Indonesia, walaupun terdapat penurunan angka kematian akibat diare, yaitu: dari 8,00% pada tahun 2000 menjadi 5,00 % pada tahun 2010, angka kesakitan diare masih cukup tinggi, khususnya pada anak-anak (WHO, 2013). Angka kesakitan diare semua umur pada tahun 2012 adalah 214 per 1000 penduduk, sedangkan angka kesakitan pada kelompok balita adalah 900 per 1000 balita (Baghdad dan Iraqi, 2014). Dari keseluruhan kejadian diare, sebagian besar penderita adalah anak-anak (Kapti dan Azizah, 2017).

Manusia tidak akan pernah bisa lepas dari ketergantungan dengan alam sekitar, contoh mudahnya saja makhluk hidup membutuhkan lingkungan untuk tinggal dan memenuhi kebutuhan metabolisme tubuhnya. Oleh karena itu makhluk hidup memiliki keterkaitan yang sangat erat dengan alam. Sekarang sudah menjadi rahasia umum bahwa alam kita sekarang sedang dilanda dengan ketidakmenentuan cuaca dan iklim. Perubahan iklim yang terjadi tersebut akan membawa dampak luas terhadap berbagai sektor kehidupan manusia (KLH 2001 dalam Kemenkes RI, 2011).

Penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB (Kejadian Luar Biasa) yang sering disertai dengan kematian. Pada tahun 2015 terjadi 21 kali KLB (Kejadian Luar Biasa) diare yang tersebar di 13 propinsi dengan jumlah penderita 1.213 orang dan kematian 30 orang (Kemenkes RI, 2016).

Diare adalah peningkatan frekuensi dan penurunan konsistensi debit tinja dibandingkan dengan pola usus normal individu, merupakan gejala dari suatu penyakit sistemik (Wells *et al*, 2015). Diare merupakan perubahan dari keadaan normal penyerapan dan sekresi air dan elektrolit. Kadar air yang bertambah dalam

tinja (diatas nilai normal sekitar 10 ml/kg/hari pada bayi dan anak kecil, atau 200 gram/hari pada remaja dan dewasa) adalah karena ketidakseimbangan dalam proses fisiologi usus kecil dan besar yang terlibat dalam penyerapan ion, substrat organik, dan dengan air (Guandalini, 2016).

Pengelompokan diare berdasarkan waktu terjadiya diare, meliputi diare akut umumnya didefinisikan sebagai diare dengan durasi berlangsung < 7 hari tapi tidak > 14 hari. (Alfredo *et al.*, 2014)

dan diare persisten/diare kronik dengan durasi selama > 14 hari. Sebagian besar diare akut disebabkan oleh infeksi, virus, bakteri, fungi, parasit (protozoa, cacing). (Kemenkes RI, 2017)

Patofisiologi diare meliputi, ketidakseimbangan dalam penyerapan dan sekresi air dan elektrolit. Ini mungkin terkait dengan penyakit tertentu dari gastrointestinal (GI) atau dengan penyakit luar saluran pencernaan (Wells *et al.*, 2015). Keadaan semacam ini menghasilkan kekuatan osmotik yang berperan dalam lumen untuk mendorong air ke dalam usus atau suatu keadaan sekretorik aktif yang diinduksi dalam enterosit (Guandalini, 2016). Empat mekanisme patofisiologis umum gangguan keseimbangan air dan elektrolit, yang menyebabkan diare, meliputi perubahan dalam transportasi ion aktif baik oleh penurunan penyerapan natrium atau peningkatan sekresi klorida, perubahan motilitas usus, peningkatan osmolaritas luminal, dan peningkatan jaringan tekanan hidrostatik. Mekanisme ini telah terkait dengan empat kelompok diare klinis yang luas seperti sekretori, osmotik, eksudatif, dan perubahan transit usus (Wells *et al.*, 2015). Diare sekretori terjadi ketika zat yang menstimulasi (misalnya, vasoaktif peptida usus, pencahar, atau racun bakteri) meningkatkan sekresi atau mengurangi penyerapan air dalam jumlah besar dan elektrolit. Penyakit radang saluran pencernaan dapat menyebabkan diare eksudatif dengan keluarnya lendir, protein, atau darah ke usus. Dengan transit usus yang berubah, motilitas usus diubah dengan mengurangi waktu kontak dalam usus halus, pengosongan dini usus besar, atau pertumbuhan bakteri yang berlebihan (Wells *et al.*, 2015).

Pada dasarnya diare hanya berbahaya jika terjadi dehidrasi. Dehidrasi yang dialami, mulai dari dehidrasi ringan hingga dehidrasi berat, bahkan ada yang dapat mengakibatkan kematian. (Ardinasari, 2016), untuk menurunkan kematian

karena diare perlu tata laksana yang cepat dan tepat. Anak-anak dengan dehidrasi berat diberikan Rencana Pengobatan C yaitu dimulai dengan pemberian cairan rehidrasi IV segera dengan pemantauan ketat. Jika anak bisa minum, diikuti dengan pemberian larutan rehidrasi oral (ORS). Diberikan larutan ringer laktat atau, jika tidak tersedia, diberikan normal salin (NaCl 0,9%), diikuti dengan pemberian zink setelah anak mulai cukup membaik.

Kemudian, anak-anak dengan dehidrasi ringan/sedang diberikan Rencana Pengobatan B yaitu diberi larutan ORS (*Oral Rehydration Solution*) untuk 4 jam pertama di Sarana kesehatan, sementara anak dipantau dan ibu diajarkan bagaimana mempersiapkan dan memberikan larutan ORS (*Oral Rehydration Solution*) dan pemberian makanan yang bergizi merupakan elemen penting dalam pengelolaan diare. Kemudian diberi cairan tambahan, diberi suplemen zink, pemberian makan dan pemberian ASI dilanjutkan, dan tahu kapan harus kembali ke sarana kesehatan. Untuk anak-anak dengan diare tetapi tidak ada dehidrasi, diberikan Rencana Pengobatan A yaitu harus menerima larutan ORS dan cairan tambahan di rumah untuk mencegah dehidrasi dan diberikan suplemen zink. (Kemenkes RI, 2017)

Pada pemberian antibiotik yang dipilih atau digunakan pada diare akut infeksi harus rasional (Fitria dan Di'fain, 2015), diindikasikan pada keadaan tertentu seperti diare yang terindikasi infeksi bakteri, dan bukan untuk diare karena infeksi virus atau penyebab lainnya (Handy, 2016).

Penyediaan fasilitas “Pojok Oralit” di Puskesmas merupakan salah satu upaya pemerintah dalam menurunkan angka kematian akibat diare, dan sarana bagi petugas kesehatan dalam melakukan kegiatan konseling atau Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) untuk meningkatkan pengetahuan, serta membangun sikap dan perilaku positif masyarakat untuk berperan aktif dalam penanggulangan diare pada bayi dan balita.

Namun kenyataan cakupan pemberian oralit di masyarakat masih rendah, penanganan diare di Puskesmas juga masih banyak yang belum sesuai dengan standar. Hasil pengamatan Ditjen PP dan PL di 40 Puskesmas di 10 propinsi tahun 2012, menunjukkan bahwa penggunaan oralit sebesar 86,5 %, penggunaan tablet

zinc 22%, penggunaan antibiotik tidak rasional 81,8 %, dan penggunaan antidiare 8,8% (Kemenkes RI, 2014).

Penggunaan oralit sesuai dengan LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan Diare) bahwa semua penderita diare harus mendapatkan oralit, maka target penggunaan oralit 100% dari semua kasus diare yang mendapatkan pelayanan di Puskesmas dan kader. Tahun 2017 secara nasional penggunaan oralit semua umur masih dibawah target yaitu 88,72%. Pencapaian yang masih kurang tersebut karena pemberi layanan di Puskesmas dan kader belum memberikan oralit sesuai dengan standar tata laksana. Selain itu, masyarakat masih belum mengetahui tentang manfaat oralit sebagai cairan yang harus diberikan pada setiap penderita diare untuk mencegah terjadinya dehidrasi. Pelaksanaan pojok oralit belum sesuai dengan yang diharapkan, dan jumlah pojok oralit yang tersedia di Puskesmas masih rendah. (Kemenkes RI, LROA, 2015)

Dari Latar Belakang di atas, peneliti tertarik melakukan penelitian untuk melihat gambaran terapi diare, meliputi penggunaan obat diare pada balita, berdasarkan karakteristik usia, jenis kelamin, gejala diare, jenis obat diare, pola terapi dan kesesuaian penggunaan obat diare menurut kemenkes yang diberikan di Puskesmas Pancoran Mas Depok.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana demografi (usia, jenis kelamin,) dan gejala yang dialami penderita diare pasien balita di Puskesmas Pancoran Mas Depok periode Januari-Desember 2018 ?
2. Pada periode apa terjadinya penderita diare paling banyak di Puskesmas Pancoran Mas Depok Periode Januari-Desember 2018 ?
3. Seperti apa penggunaan obat dan pola terapi yang diberikan penderita diare balita di Puskesmas Pancoran Mas Depok periode Januari-Desember 2018 ?
4. Bagaimana kesesuaian pemilihan penggunaan obat diare yang diberikan pada penderita diare balita berdasarkan PROTAP (Prosedur Tetap) Tatalaksana diare di Puskesmas Pancoran Mas Depok periode Januari – Desember 2018 ?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Untuk mendapatkan gambaran demografi karakteristik pasien balita diare berdasarkan (usia dan jenis kelamin) dan gejala penyakit yang dialami pasien diare di Puskesmas Pancoran Mas Depok periode Januari-Desember 2018.
2. Untuk mengetahui periode waktu terjadinya diare paling banyak di Puskesmas Pancoran Mas Depok periode Januari-Desember 2018.
3. Untuk mengetahui penggunaan obat dan pola terapi diare yang digunakan di Puskesmas Pancoran Mas periode Januari- Desember 2018.
4. Untuk mengetahui kesesuaian penggunaan obat diare pada pasien balita rawat jalan di Puskesmas dengan PROTAP(Prosedur Tetap) Tatalaksana diare Kemenkes RI.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini adalah :

1. Bagi Puskesmas
Penelitian ini memberikan gambaran tentang profil terapi penggunaan obat anti diare pada pasien diare.
2. Bagi Ilmu Pengetahuan
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi yang berguna bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang farmasi klinik, terutama dalam hal pelayanan penggunaan anti diare di Puskesmas Pancoran Mas Depok.