

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Penggunaan Obat Rasional

Penggunaan Obat Rasional (POR) didefinisikan oleh World Health Organization (WHO), Penggunaan obat yang rasional mengharuskan pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan klinis mereka, dalam dosis yang memenuhi kebutuhan individu mereka sendiri untuk jangka waktu yang memadai, dan biaya terendah bagi mereka dan komunitas mereka (Zakiah Oktarlina *et al.*, 2022).

Penggunaan obat rasional bertujuan untuk menghindari masalah yang dapat timbul terkait obat (*Drug Related Problem*). Penilaian rasionalitas penggunaan obat ditinjau dari tiga indikator utama yaitu persepan, pelayanan pasien, dan fasilitas Resep dapat menggambarkan masalah – masalah obat seperti polifarmasi, penggunaan obat yang tidak tepat biaya, penggunaan antibiotik dan sediaan injeksi yang berlebihan, serta penggunaan obat yang tidak tepat indikasi. Ketidaktepatan persepan dapat mengakibatkan masalah seperti tidak tercapainya tujuan terapi, meningkatnya kejadian efek samping obat, meningkatnya resistensi antibiotik, penyebaran infeksi melalui injeksi yang tidak steril, dan pemborosan sumber daya kesehatan yang langka (Fadilah *et al.*, 2020)\

Pada tahun 1993, WHO mengeluarkan panduan indikator utama untuk penilaian kerasionalan penggunaan obat. Indikator yang dimaksud digunakan sebagai lini pertama dalam penilaian penggunaan obat. Indikator persepan digunakan untuk melihat pola penggunaan obat dan dapat menggambarkan secara langsung tentang penggunaan obat yang tidak tepat (Karimah&Oktaviani,2023).

Menurut Kemenkes RI, (2011) penggunaan obat yang tidak rasional dapat dikategorikan sebagai berikut :

a. Peresepan berlebih (*overprescribing*).

Yaitu jika memberikan obat yang sebenarnya tidak diperlukan untuk penyakit yang bersangkutan.

b. Peresepan kurang (*underprescribing*).

Yaitu jika pemberian obat kurang dari yang seharusnya diperlukan, baik dalam hal dosis, jumlah atau frekuensi penggunaan. Tidak diresepkannya obat yang diperlukan untuk penyakit yang diderita juga termasuk dalam kategori ini.

c. Peresepan majemuk (*multiple prescribing*).

Yaitu jika memberikan beberapa obat untuk satu indikasi penyakit yang sama. Juga termasuk dalam kelompok ini adalah pemberian lebih dari satu jenis obat untuk penyakit yang dapat diobati hanya dengan satu jenis obat.

d. Peresepan salah (*incorrect prescribing*).

Mencakup pemberian obat untuk indikasi yang keliru, untuk kondisi yang secara sebenarnya merupakan kontraindikasi pemberian obat, memberikan kemungkinan resiko efek samping yang lebih besar, pemberian informasi yang keliru mengenai obat yang diberikan kepada pasien, dan sebagainya. Obat memiliki dua sisi yang bertolak belakang, pemberian obat yang benar dapat memberikan manfaat menyembuhkan. Akan tetapi, penggunaan obat yang tidak benar dapat merugikan. Kesalahan dalam penggunaan obat dapat berakibat pada bertambahnya biaya pengobatan, tidak tercapainya tujuan pengobatan hingga membahayakan kehidupan pasien

1.1.1 Indikator POR Nasional

Sebagai upaya untuk mengevaluasi kerasionalan penggunaan obat di Puskesmas, Direktorat Jendral Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan indikator kinerja Penggunaan Obat Rasional (POR) yang berpedoman pada indikator persepan WHO. POR NASIONAL terdiri dari 4 parameter yaitu: persentase penggunaan antibiotik pada pasien ISPA non pneumonia dan pasien diare non spesifik, persentase penggunaan injeksi pada pasien Myalgia serta rerata jumlah item obat setiap lembaran resep. Ke tiga diagnosis tersebut dipilih dengan pertimbangan termasuk 10 penyakit terbanyak di Indonesia dan selama ini ketiganya dianggap potensial untuk diterapi secara tidak rasional (Indiarso *et al.*, 2020).

1.2 ISPA

2.2.1 Definisi ISPA

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) adalah infeksi akut yang melibatkan organ saluran pernafasan bagian atas dan saluran pernafasan bagian bawah. Infeksi ini disebabkan oleh virus, jamur, dan bakteri. ISPA akan menyerang host, apabila ketahanan tubuh (immunologi) menurun. Penyakit ISPA ini paling banyak di temukan pada anak di bawah lima tahun karena pada kelompok usia ini adalah kelompok yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang masih rentan terhadap berbagai penyakit (Ii *et al.*, 2016).

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) merupakan penyakit yang sering terjadi pada anak. WHO memperkirakan insiden ISPA di negara berkembang dengan angka kematian balita diatas 40 per 1000 kelahiran hidup adalah 15-20% pertahun pada golongan usia balita. Menurut WHO kurang lebih 13 juta anak balita di dunia meninggal setiap tahun dan sebagian besar kematian tersebut terdapat di negara berkembang, dimana ISPA merupakan salah satu penyebab utama kematian dengan membunuh \pm 4 juta anak balita setiap tahun

2.2.2 Klasifikasi ISPA

Menurut Hafsari, Ramadhian, dan Saftarina (Ii *et al.*, 2016) Infeksi Saluran Pernafasan Akut dapat diklasifikasikan menjadi :

1. ISPA ringan, meliputi batuk tanpa pernafasan cepat, hidung tersumbat, tenggorokan merah, dan telinga berair.
2. ISPA sedang, meliputi batuk dan nafas cepat stindor, gendang telinga memerah, dari telinga keluar cairan kurang dari dua minggu.
3. ISPA berat, meliputi batuk dengan berat, cepat dan stindor, membran keabuan di train, kejang, apnea, dehidrasi berat.

ISPA dibagi menjadi infeksi saluran pernapasan atas dan infeksi saluran pernapasan bawah. Istilah ISPA terdiri dari tiga unsur:

a. Infeksi

Infeksi adalah masuknya bakteri atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia, yang berkembang biak dan menimbulkan gejala penyakit.

b. Organ pernapasan

Sistem pernapasan adalah organ dari hidung hingga alveoli dan organ - organnya seperti sinus, rongga telinga tengah, dan pleura.

c. Infeksi akut

Infeksi berlangsung hingga 14 hari. Batasan 14 hari tersebut ditetapkan untuk menunjukkan proses akut dari beberapa penyakit yang tergolong ISPA, yang dapat berlangsung selama 14 hari atau lebih. Penyakit ISPA secara anatomi mempengaruhi saluran udara bagian atas. Saluran udara bagian bawah (termasuk paru-paru) dan organ pernapasan tambahan Menurut definisi ini, jaringan

paru-paru termasuk ke dalam 17 saluran udara. Program Pemberantasan Penyakit ISPA (P2) untuk dua kelompok, yaitu:

- 1) ISPA non pneumonia penyakit ini biasa dikenal dengan batuk atau pilek.
- 2) Pneumonia ISPA pengertian pneumonia sendiri adalah paru-paru (alveoli), biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri dan ditandai dengan gejala sebagai berikut klinik batuk dengan nafas cepat atau lekukan pada dada bagian bawah.

ISPA diklasifikasikan kedalam beberapa kelompok sebagai berikut:

1. Kelompok umur di bawah 2 bulan dibagi sebagai berikut:
 - a. Pneumonia berat
Jika tes laboratorium menunjukkan gejala retraksi dada yang parah dan pernapasan cepat, laju pernapasan 60 napas/menit atau lebih.
 - b. Bukan pneumonia
Tidak ada tarikan dada bagian bawah yang berat, tidak ada nafas cepat, frekuensi 60 menit.
2. Kelompok umur 2 bulan - < 5 tahun dibagi sebagai berikut:
 - a. Pneumonia berat
Jika pemeriksaan menunjukkan ketegangan di dinding dada dan di bawahnya.
 - b. Pneumonia
Tidak ada kontraksi dada bagian bawah, pernapasan cepat, 2 tahun sampai kurang dari 12 bulan dengan tingkat pernapasan 50 atau lebih, 40 napas per menit atau lebih dari 12 bulan sampai kurang dari 5 tahun.

c. Bukan pneumonia

Tidak ada resesi dada bagian bawah, tidak ada pernapasan cepat, kurang dari 50 napas per menit pada anak usia 2 hingga 12 bulan dan kurang dari 40 bpm pada usia 12 bulan hingga < 5 bulan.

2.2.3 Etiologi

Penyakit ISPA dapat disebabkan oleh berbagai penyebab seperti bakteri, virus, jamur dan aspirasi. Bakteri penyebab ISPA antara lain *Diplococcus Pneumonia*, *Pneumococcus*, *Streptococcus Pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Influenza*, dan lain-lain. Penyakit ISPA selain disebabkan oleh virus, bakteri dan jamur juga disebabkan oleh aspirasi seperti makanan, asap kendaraan bermotor, bahan bakar minyak, cairan amnion pada saat lahir, benda asing (biji-bijian) mainan plastik kecil, dan lain-lain. Terjadinya ISPA tentu dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu kondisi lingkungan (polutan udara seperti asap rokok dan asap bahan bakar memasak, kondisi ventilasi rumah, kelembaban, kebersihan, musim suhu), faktor penjamu (usia, kebiasaan merokok, kemampuan penjamu menularkan infeksi, status gizi (Ii *et al.*, 2016).

Proses terjadinya ISPA diawali dengan masuknya beberapa bakteri dari genus streptokokus, stafilokokus, pneumokokus, hemofilus, bordetella, dan kornibakterium dan virus dari golongan mikrovirus (termasuk didalamnya virus para influenza dan virus campak), adenovirus, koronavirus, pikornavirus, herpesvirus ke dalam tubuh manusia melalui partikel udara (droplet infection). Kuman ini akan melekat pada sel epitel hidung dengan mengikuti proses pernapasan maka kuman tersebut bisa masuk ke bronkus dan masuk ke saluran pernapasan yang mengakibatkan demam, batuk, pilek, sakit kepala dan sebagainya. Selain bakteri dan virus ISPA juga dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu kondisi lingkungan (polutan udara seperti

asap rokok dan asap bahan bakar memasak, kepadatan anggota keluarga, kondisi ventilasi rumah kelembaban, kebersihan, musim, suhu), ketersediaan dan efektifitas pelayanan kesehatan serta langkah-langkah pencegahan infeksi untuk pencegahan penyebaran (vaksin, akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, kapasitas ruang isolasi), faktor penjamu (usia, kebiasaan merokok, kemampuan penjamu menularkan infeksi, status gizi, infeksi sebelumnya atau infeksi serentak yang disebabkan oleh pathogen lain, kondisi kesehatan umum) dan karakteristik pathogen (cara penularan, daya tular, faktor virulensi misalnya gen, jumlah atau dosis mikroba). Kondisi lingkungan yang berpotensi menjadi faktor risiko ispa adalah lingkungan yang banyak tercemar oleh asap kendaraan bermotor, bahan bakar minyak, asap hasil pembakaran serta benda asing seperti mainan plastik kecil (Ii *et al.*, 2016).

2.2.4 Patofisiologi ISPA

Perjalanan alamiah penyakit ISPA dibagi 4 tahap yaitu :

1. Tahap prepatogenesis : penyebab telah ada tetapi belum menunjukkan reaksi apa-apa.
2. Tahap inkubasi : virus merusak lapisan epitel dan lapisan mukosa. Tubuh menjadi lemah apalagi bila keadaan gizi dan daya tahan sebelumnya rendah.
3. Tahap dini penyakit : dimulai dari munculnya gejala penyakit, timbul gejala demam dan batuk.
4. Tahap lanjut penyakit, dibagi menjadi empat yaitu dapat sembuh sempurna, sembuh dengan atelektasis, menjadi kronis dan meninggal akibat pneumonia.

Saluran pernafasan selama hidup selalu terpapar dengan dunia luar sehingga untuk mengatasinya dibutuhkan suatu sistem pertahanan yang efektif dan efisien. Ketahanan saluran pernafasan terhadap infeksi

maupun partikel dan gas yang ada di udara amat tergantung pada tiga unsur alami yang selalu terdapat pada orang sehat yaitu keutuhan epitel mukosa dan gerak mukosilia, makrofag alveoli, dan antibodi. Infeksi bakteri mudah terjadi pada saluran nafas yang sel-sel epitel mukosanya telah rusak akibat infeksi yang terdahulu. Selain hal itu, hal-hal yang dapat mengganggu keutuhan lapisan mukosa dan gerak silia adalah asap rokok dan gas SO₂ (polutan utama dalam pencemaran udara), sindroma imotil, pengobatan dengan O₂ konsentrasi tinggi (25 % atau lebih). Makrofag banyak terdapat di alveoli dan akan dimobilisasi ke tempat lain bila terjadi infeksi. Asap rokok dapat menurunkan kemampuan makrofag membunuh bakteri, sedangkan alkohol akan menurunkan mobilitas sel-sel ini. Antibodi setempat yang ada di saluran nafas ialah Ig A. Antibodi ini banyak ditemukan di mukosa. Kekurangan antibodi ini akan memudahkan terjadinya infeksi saluran nafas, seperti yang terjadi pada anak. Penderita yang rentan (imunokompromis) mudah terkena infeksi ini seperti pada pasien keganasan yang mendapat terapi sitostatika atau radiasi. Penyebaran infeksi pada ISPA dapat melalui jalan hematogen, limfogen, perkontinuitatum dan udara nafas.

2.2.5 Manifestasi Klinis ISPA

Gambaran klinis secara umum yang sering didapat adalah rinitis, nyeri tenggorokan, batuk dengan dahak kuning/ putih kental, nyeri retrosternal dan konjungtivitis. Suhu badan meningkat antara 4-7 hari disertai malaise, mialgia, nyeri kepala, anoreksia, mual, muntah dan insomnia. Bila peningkatan suhu berlangsung lama biasanya menunjukkan adanya penyulit. Gejala ISPA berdasarkan tingkat keparahan adalah sebagai berikut (Ii *et al.*, 2016) :

a. Gejala dari ISPA ringan

Seseorang balita dinyatakan menderita ISPA ringan jika ditemukan satu atau lebih gejala-gejala sebagai berikut :

- 1) Batuk.
- 2) Serak, yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (pada waktu berbicara atau menangis).
- 3) Pilek, yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung.
- 4) Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37°C atau jika dahi anak diraba dengan punggung tangan terasa panas.

b. Gejala dari ISPA sedang Seseorang balita dinyatakan menderita ISPA sedang jika dijumpai gejala dari ISPA ringan disertai satu atau lebih gejala-gejala sebagai berikut :

- 1) Pernapasan cepat (fast breathing) sesuai umur yaitu: untuk kelompok umur kurang dari
- 2) bulan frekuensi nafas 60 kali per menit atau lebih untuk umur 2 -< 5 tahun.
- 3) Suhu tubuh lebih dari 39°C .
- 4) Tenggorokan berwarna merah.
- 5) Timbul bercak-bercak merah pada kulit menyerupai bercak campak.
- 6) Telinga sakit atau mengeluarkan nanah dari lubang telinga.
- 7) Pernapasan berbunyi seperti mengorok (mendengkur).

c. Gejala dari ISPA berat

Seseorang balita dinyatakan menderita ISPA berat jika dijumpai gejala-gejala ISPA ringan atau ISPA sedang disertai satu atau lebih gejala-gejala sebagai berikut :

- 1) Bibir atau kulit membiru.
- 2) Anak tidak sadar atau kesadaran menurun.

- 3) Pernapasan berbunyi seperti mengorok dan anak tampak gelisah.
- 4) Sela iga tertarik ke dalam pada waktu bernafas.
- 5) Nadi cepat lebih dari 160 kali per menit atau tidak teraba.
- 6) Tenggorokan berwarna merah

2.3 Diare

2.3.1 Definisi Diare

Diare atau penyakit diare (*Diarhea Disease*) berasal dari bahasa Yunani yaitu *Diarroi* yang artinya mengalir terus, adalah keadaan abnormal dari pengeluaran tinja yang frekuen Diare adalah buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dengan frekuensi lebih sering dari biasanya (tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Depkes RI 2011). Diare adalah buang air besar pada balita lebih dari 3 kali sehari disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu. Diare adalah perubahan konsistensi tinja yang terjadi tiba-tiba akibat kandungan air di dalam tinja melebihi normal (10ml/kg/hari) dengan peningkatan frekuensi defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam dan berlangsung kurang dari 14 hari. Berdasarkan ketiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa diare adalah buang air besar dengan bertambahnya frekuensi yang lebih dari biasanya 3 kali sehari atau lebih dengan konsistensi cair (Viera Valencia & Garcia Giraldo, 2019).

2.3.2 Klasifikasi Diare

- a. Diare akut, yaitu pengeluaran tinja yang lembek atau cair dengan jumlah yang lebih banyak dari normal dan berlangsung kurang dari 14 hari (Farthing, M., 2012).
- b. Diare kronik, yaitu Diare kronik berlangsung secara terus-menerus selama lebih dari 2 minggu atau lebih dari 14 hari secara umum

diikuti kehilangan berat badan secara signifikan dan masalah nutrisi.

2.3.3 Etiologi

Etiologi menurut Ngastiyah (2014) antara lain

a. Faktor Infeksi

1) Infeksi enteral: infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi eksternal sebagai berikut :

- a) Infeksi bakteri: *Vibrio*, *E coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *aeromonas*, dan sebagainya.
- b) Infeksi virus: *Enterovirus* (*virus ECHO*, *Coxsacki*, *Poliomyelitis*) *Adeno-virus*, *Rotavirus*, *astrovirus*, dan lain-lain.
- c) Infeksi parasit: cacing (*Ascaris*, *Trichuris*, *Oxycyuris*, *Strongyloides*) protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*), jamur (*Candida albicans*)

2) Infeksi parenteral ialah infeksi di luar alat pencernaan makanan seperti: otitis media akut (OMA), tonsillitis/tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.

b. Faktor malabsorpsi

- 1) Malabsorpsi karbohidrat disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering (intoleransi laktosa).
- 2) Malabsorpsi lemak
- 3) Malabsorpsi protein

c. Faktor makanan

Makanan basi, beracun, alergi, terhadap makanan.

d. Faktor psikologis

Rasa takut dan cemas (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar).

2.3.4 Patofisiologi

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik dimana makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus berlebihan sehingga timbul diare (Viera Valencia & Garcia Giraldo, 2019). Menurut Tanto dan Liwang (2006) dan Suraatmaja (2007), proses terjadinya diare disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya

1) Faktor infeksi

Proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan transpor aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat.

2) Faktor malabsorpsi

Merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare.

3) Faktor makanan

Faktor ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makan yang kemudian menyebabkan diare.

4) Faktor psikologis

Faktor ini dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare.

2.3.5 Pengobatan

Dasar pengobatan diare adalah :

a. Pemberian cairan: jenis cairan, cara memberikan cairan, jumlah pemberiannya.

1) Cairan per oral.

Pada pasien dengan dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCL dan NaHCO₃, KCL dan glukosa. Untuk diare akut dan kolera pada anak di atas umur 6 bulan kadar natrium 90 mEq/L. Formula lengkap sering disebut oralit. Cairan sederhana yang dapat dibuat sendiri (formula tidak lengkap) hanya mengandung garam dan gula (NaCL dan sukrosa), atau air tajin yang diberi garam dan gula untuk pengobatan sementara di rumah sebelum dibawa berobat ke rumah sakit/pelayanan kesehatan untuk mencegah dehidrasi lebih jauh.

2) Cairan parental.

Sebenarnya ada beberapa jenis cairan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pasien misalnya untuk bayi atau

pasien yang MEP. Tetapi kesemuanya itu bergantung tersedianya cairan setempat. Pada umumnya cairan ringer laktat (RL) selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana saja. Mengenai pemberian cairan seberapa banyak yang diberikan bergantung dari berat /ringanya dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badanya.

Pemberian cairan pasien malnutrisi energi protein (MEP) tipe marasmik. Kwashiorkor dengan diare dehidrasi berat, misalnya dengan berat badan 3-10 kg, umur 1bln-2 tahun, jumlah cairan 200 ml/kg/24jam. Kecepatan tetesan 4 jam pertama idem pada pasien MEP. Jenis cairan DG aa. 20 jam berikutnya: 150 ml/kg BB/20 jam atau 7 ml/kg BB/jam atau 1 $\frac{3}{4}$ tetes/kg/BB/menit (1 ml= 15 menit) atau 2 $\frac{1}{2}$ tetes /kg BB/menit (1 ml=20 tetes). Selain pemberian cairan pada pasien-pasien yang telah disebutkan masih ada ketentuan pemberian cairan pada pasien lainnya misalnya pasien bronkopneumonia dengan diare atau pasien dengan kelainan jantung bawaan, yang memerlukan cairan yang berlebihan pula. Bila kebetulan menjumpai pasien-pasien tersebut sebelum memasang infuse hendaknya menanyakan dahulu pada dokter.

b. Dietetik (cara pemberian makanan).

Untuk anak di bawah 1 tahun dan anak di atas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan:

- 1) Susu (ASI dan atau susu formula yang mengandung laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM, almiron atau sejenis lainnya).
- 2) Makanan setengah padat (bubur) atau makanan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena di rumah tidak biasa.

- 3) Susu kusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh.
- 1) Obat-obatan. Prinsip pengobatan diare ialah menggantikan cairan yang hilang melalui tinja dengan atau tanpa muntah, dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa atau karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras dan sebagainya) (Viera Valencia & Garcia Giraldo, 2019). Antibiotik Menurut Suraatmaja (2007), pengobatan yang tepat terhadap penyebab diare diberikan setelah diketahui penyebab diare dengan memperhatikan umur penderita, perjalanan penyakit, sifat tinja. Pada penderita diare, antibiotik boleh diberikan bila :
 - a) Ditemukan bakteri patogen pada pemeriksaan mikroskopik dan atau biakan.
 - b) Pada pemeriksaan mikroskopis dan atau mikroskopis ditemukan darah pada tinja.
 - c) Secara klinis terdapat tanda-tanda yang menyokong adanya infeksi maternal.
 - d) Di daerah endemic kolera.
 - e) Neonatus yang diduga infeksi nosokomial
- 2) Obat antipiretik, seperti preparat salisilat (asetosol, aspirin) dalam dosis rendah (25 mg/ tahun/ kali) selain berguna untuk menurunkan panas akibat dehidrasi atau panas karena infeksi, juga mengurangi sekresi cairan yang keluar bersama tinja.
- 3) Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparah diare, mengurangi frekuensi

buang air besar (BAB), mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan diare pada tiga bulan berikutnya.

2.4 Puskesmas

2.4.1 Definisi

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019, 2019).

2.4.2 Tugas dan Fungsi

Berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Dalam melaksanakan tugas, puskesmas memiliki fungsi (Menkes RI, 2019) :

1. Penyelenggara UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Upaya Kesehatan Masyarakat yang disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat.
2. Penyelenggara UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, Upaya Kesehatan Perseorangan yang disingkat UKP adalah suatu serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk

peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

2.4.3 Kategori Puskesmas

Dalam rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan (Rasyid, 2014).

Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20, Puskesmas dikategorikan menjadi:

a. Puskesmas kawasan perkotaan

- 1) Puskesmas kawasan perkotaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 huruf a merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut:
 - a. aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa
 - b. memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, bioskop, atau hotel
 - c. lebih dari 90% (sembilan puluh persen) rumah tangga memiliki listrik
 - d. terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan sebagaimana dimaksud pada huruf b.
- 2) Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan oleh Puskesmas kawasan perkotaan memiliki karakteristik sebagai berikut:
 - a. memprioritaskan pelayanan UKM

- b. pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat
- c. pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat
- d. optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
- e. pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan.

b. Puskesmas kawasan pedesaan

- 1) Puskesmas kawasan pedesaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 huruf b merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan pedesaan sebagai berikut:
 - a. aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduk pada sektor agraris
 - b. memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa bioskop atau hotel;
 - c. rumah tangga dengan listrik kurang dari 90% (Sembilan puluh persen); dan
 - d. terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas sebagaimana dimaksud pada huruf b.
- 2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan pedesaan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a. pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat
 - b. pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat
 - c. optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
 - d. pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat perdesaan.
- c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.
- 1) Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan oleh Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki karakteristik sebagai berikut:
 - a. memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi Tenaga Kesehatan;
 - b. dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat, dan bidan;
 - c. pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan local
 - d. pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil;
 - e. optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring Puskesmas; dan
 - f. pelayanan UKM dan UKP dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau/cluster dan/atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas.

2.4.4 Profil Puskesmas Gadang Hanyar

Puskesmas gadang hanyar memiliki lokasi di wilayah kecamatan Banjarmasin Timur Kota Banjarmasin yang sebelumnya merupakan Puskesmas Pembantu (pustu) dari puskesmas Sungai Mesa. Seiring meningkatnya tuntutan pelayanan kesehatan maka pada tanggal 29 Februari 1991 oleh Walikota H. Sadjoko, diresmikan menjadi Puskesmas Gadang Hanyar yang membawahi satu kelurahan yaitu kelurahan Gadang. Puskesmas induk beralamat di jalan AIS Nasution RT.20 Banjarmasin dengan luas tanah 493 m². Tahun 1997 wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar menjadi 2 kelurahan yaitu kelurahan Gadang dan kelurahan Sungai Baru. Dengan perkembangan pemereintah daerah, tahun 2004 terjadi pemekaran wilayah kota Banjarmasin menjadi 5 kecamatan. Lokasi Puskesmas Gadang Hanyar termasuk dalam wilayah Kecamatan Banjarmasin Tengah dan mendapat tambahan satu wilayah kerja yaitu kelurahan Pekapuran Laut.

Tahun 2008 Puskesmas Gadang Hanyar memiliki lokasi baru dari pemberian pemerintah kota Banjarmasin, terletak di kelurahan Pekapuran Laut Kecamatan Banjarmasin Tengah. Puskesmas Induk Gadang Hanyar mulai menempati lokasi tersebut pada tanggal 1 Februari 2009 hingga sekarang, sedangkan tempat yang lama masih digunakan sebagai Pustu Gadang Hanyar yang baru beralamatkan di jalan Pekapuran B RT.16 No.11 Banjarmasin yang merupakan bangunan rumah berlantai dua yang direhap ringan menjadi Puskesmas. Puskesmas Gadang Hanyar mengalami perbaikan total pada bulan Juni tahun 2013 sehingga pelayanan pindah ke jalan Pekapuran Laut No.6 RT.6 selama 6 bulan.

Puskesmas Gadang Hanyar selanjutnya pindah ke tempat semula pada tanggal 02 Januari 2014. Puskesmas Gadang hanyar ini mempunyai 17 ruangan sebagai tempat pelayanan langsung kepada masyarakat yang terdiri dari : Ruangan TU, Ruangan Rapat (Aula), Ruangan Poli Gigi, Ruangan Imunisasi dan Poli Remaja, Ruangan Konseling, Mushola, Ruangan Loker, Ruangan Apotek, Ruangan KIA-KB, Ruangan Gizi, Ruangan Poli Anak, MTBS, Ruangan Poli Dewasa, Ruangan Tindakan Umum dan Ruangan Persalinan, Ruangan Laboratorium, Ruangan TB Paru, Toilet, Dapur.

Wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Wilayah Kerja Puskesmas

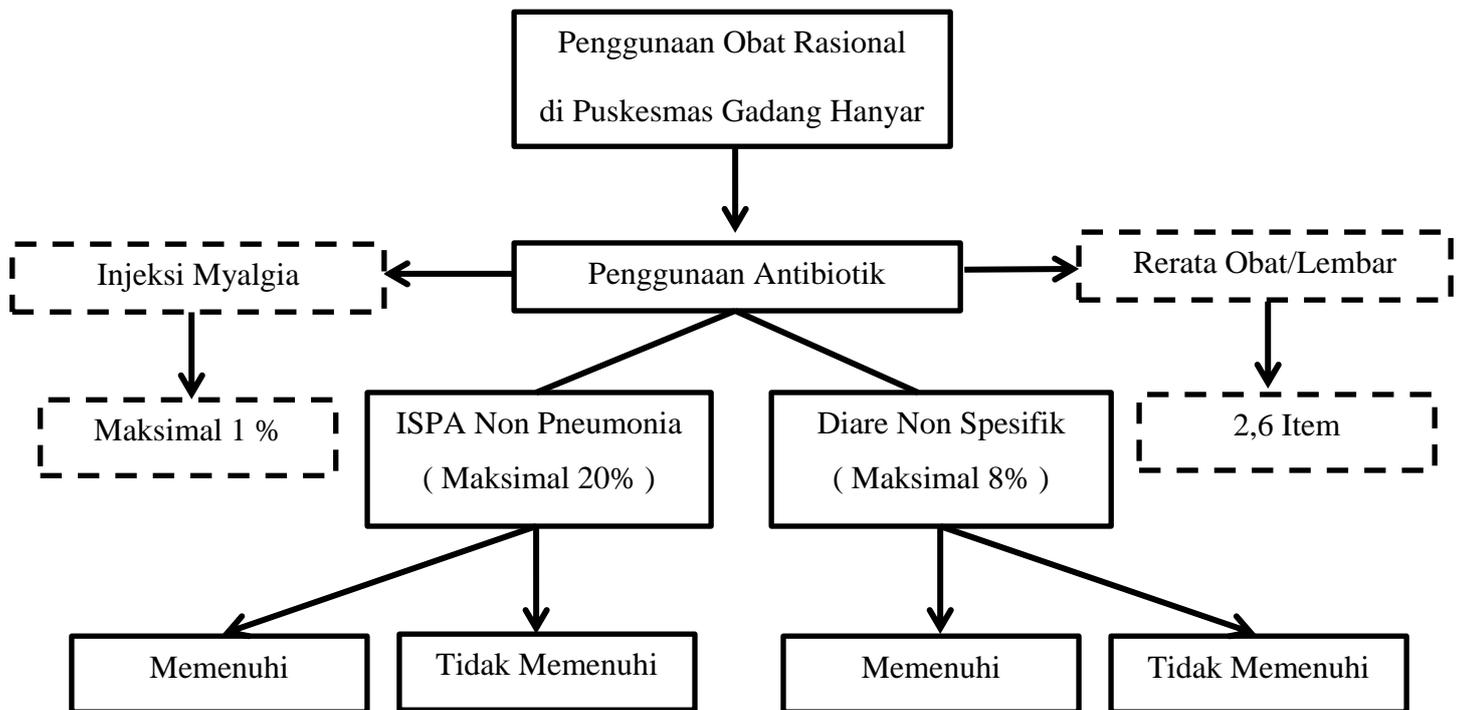
No	Kelurahan	Luas Wilayah
1	Pekapuran Laut	0,64 km ²
2	Sungai Baru	0,94 km ²
3	Gadang	0,64 km ²
Jumlah		2,22 km²

Berdasarkan letak geografis batas – batas wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar, yaitu :

Sebelah Utara : Kelurahan Seberang Masjid
 Sebelah Selatan : Kelurahan Kelayan Luar
 Sebelah Timur : Kelurahan Antasan Besar
 Sebelah Barat : Kelurahan Melayu

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu diagram yang menjelaskan secara garis besar alur logika berjalannya sebuah penelitian. Berdasarkan tinjauan teoritis diatas, maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut :



Keterangan

————— : Diteliti

- - - - - : Tidak diteliti (Data yang tidak memungkinkan untuk diambil)

Gambar 2.1 Kerangka Konsep