

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diare

2.1.1 Definisi

Diare berasal dari bahasa Yunani dan Latin, dia artinya melewati dan *rheein* yang berarti mengalir. Diare adalah keadaan ketika frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi tinja encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah/lendir. Diare didefinisikan sebagai buang air besar yang tidak berbentuk atau dalam konsistensi cair dengan frekuensi yang meningkat, umumnya frekuensi > 3 kali/hari, atau dengan perkiraan volume tinja >200 gr/hari (Subagyo, 2012). Diare juga diartikan sebagai suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Tatik, 2019).

2.1.2 Klasifikasi Diare

Menurut Depkes RI (2011), diare dibagi menjadi empat jenis yaitu :

- a. Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari (umumnya kurang dari 7 hari). Akibat diare akut adalah dehidrasi, sedangkan dehidrasi merupakan penyebab utama kematian bagi penderita diare.

- b. Disentri, yaitu diare yang disertai darah dalam tinjanya. Akibat disentri adalah anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, kemungkinan terjadinya komplikasi pada mukosa.
- c. Diare persisten, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari secara terus- menerus. Akibat diare persisten adalah penurunan berat badan dan gangguan metabolisme.
- d. Diare dengan masalah lain, yaitu orang dewasa yang menderita diare (diare akut dan diare persisten), mungkin juga disertai dengan penyakit lain, seperti demam, gangguan gizi.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Sukandar dkk (2008) menyebutkan bahwa manifestasi klinis diare sebagai berikut :

- a. Diare dikelompokkan menjadi akut dan kronis, umumnya diare akut hilang dalam waktu 72 jam dari onset dan diare kronis melibatkan serangan yang lebih sering selama 23 periode yang lebih panjang.
- b. Penderita diare akut umumnya mengeluarkan onset yang tak terduga dari buang air besar yang encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak dan nyeri perut. Karakteristik penyakit usus halus adalah terjadinya nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut. Pada diare kronis ditemukan adanya penyakit sebelumnya, penurunan berat badan dan nafsu makan.

- c. Diare dapat disebabkan oleh beberapa senyawa termasuk antibiotik dan obat lain, selain itu penyalahgunaan pencakar untuk menurunkan berat badan juga dapat menyebabkan diare.
- d. Pada diare, pemeriksaan fisik abdomen dapat mendeteksi hiperperistaltik dengan borborygmi (bunyi pada lambung).
- e. Jika terdapat hipotensi, takikardia, denyut lemah, diduga terjadi dehidrasi. Adanya demam mengindikasikan adanya infeksi.
- f. Untuk diare yang tidak dapat dijelaskan, terutama pada situasi kronis dapat dilakukan pemeriksaan parasit, darah, mukus dan lemak. Selain itu juga dapat diperiksa osmolaritas feses, pH, dan elektrolit.

2.1.4 Tanda dan Gejala Diare

Beberapa gejala dan tanda diare pada orang dewasa antara lain (Tatik, 2019):

1) Gejala umum

- a. Buang air besar dengan konsistensi cair atau lembek dan sering.
- b. Muntah, biasanya menyertai diare pada gastroenteritis akut
- c. Demam, dapat mendahului atau tidak mendahului gejala diare.
- d. Gejala dehidrasi, yaitu mata cekung, ketegangan kulit menurun, apatis.

2) Gejala spesifik

- a. *Vibrio cholera*: yaitu diare hebat dan berbau amis.
- b. Disentriiform: tinja berlendir dan berdarah.

2.1.5 Faktor Resiko

Menurut Juffrie dkk (2012), ada beberapa faktor resiko diare yaitu:

- a. Faktor usia
- b. Faktor musim: variasi pola musim diare dapat terjadi menurut letak geografis, diIndonesia diare yang disebabkan oleh rotavirus dapat terjadi sepanjang tahun dengan peningkatan sepanjang musim kemarau, dan diare karena bakteri cenderung meningkat pada musim hujan.
- c. Faktor lingkungan meliputi kepadatan perumahan, kesediaan sarana air bersih (SAB), pemanfaatan SAB, kualitas air bersih.

2.1.6 Etiologi Diare

Rotavirus merupakan penyebab utama diare dengan dehidrasi berat pada orang dewasa di seluruh Indonesia. Rotavirus adalah virus RNA (*Ribonucleic Acid*) yang tergolong dalam famili Reoviridae. Penularan rotavirus terjadi melalui *faecal-oral*. Rotavirus akan menginfeksi dan merusak sel-sel yang membatasi usus halus dan menyebabkan diare cair akut dengan masa inkubasi 24-72 jam. Gejala yang timbul bervariasi dari ringan sampai berat, didahului oleh muntah- muntah yang diikuti 4-8 hari diare hebat yang dapat menyebabkan dehidrasi berat dan berujung pada kematian. Sebagian besar pasien yang dirawat inap di rumah sakit akibat infeksi rotavirus. *Salmonella*, *Shigella* dan *Campylobacter* merupakan bakteri patogen

yang juga paling sering menyebabkan diare. Mikroorganisme *Giardialambliadan Cryptosporodium* merupakan parasit yang paling sering menimbulkan diare infeksi akut. Selain Rotavirus, telah ditemukan juga virus baru yaitu *Norwalk Virus*. Virus ini lebih banyak pada kasus orang dewasa (Farthing *et al*, 2013).

2.1.7 Patofisiologi Diare

Diare dapat disebabkan oleh satu atau lebih patofisiologi yaitu : (Farthing *et al*, 2013)

a. Diare Osmotik

Diare Osmotik, diare tipe ini disebabkan meningkatnya tekanan osmotik intralumen dari usus halus yang disebabkan oleh obat-obat/zat kimia yang hiperosmotik.

b. Diare Sekretorik

Diare sekretorik, diare tipe ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi air dan elektrolit dari usus, menurunnya absorpsi. Penyebab diare sekretorik karena efek enterotoksin pada infeksi *Vibrio cholerae*, atau *Escherichia coli*.

c. Malabsorpsi asam empedu.

d. Defek sistem pertukaran anion atau transport elektrolit aktif di *enterosit. e. Motilitas* dan waktu transport usus abnormal.

e. Gangguan permeabilitas usus.

f. Inflamasi dinding usus disebut diare inflamatorik.

g. Infeksi dinding usus, disebut diare infeksi.

2.1.8 Patogenesis Diare

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare menurut Ngastiyah (2014) :

1) Gangguan *osmotic*

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap yang menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus sehingga timbul diare.

2) Gangguan sekresi

Akibat terangsang zat tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus sehingga terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan isi rongga usus meningkat, kemudian timbul diare.

3) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula.

2.1.9 Diagnosis Diare

a. *Anamnesis*

Pada *anamnesis* perlu ditanyakan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Lama diare, frekuensi, volume, konsistensi tinja, bau, ada atau tidak adanya berlendir dan darah.
- 2) Bila disertai muntah: volume dan frekuensinya.
- 3) Kencing: biasa, berkurang, jarang atau tidak kencing dalam 6-8 jam terakhir.
- 4) Makanan dan minuman yang diberikan selama diare.
- 5) Adakah panas atau penyakit lain yang menyertai seperti: batuk, pilek, otitis media, campak.
- 6) Tindakan yang telah dilakukan ibu selama diare: memberi oralit, membawa berobat ke puskesmas atau ke rumah sakit dan obat-obatan yang diberikan serta riwayat imunisasinya (Subagyo dkk, 2012).

b. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik perlu diperiksa: berat badan, suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan pernapasan serta tekanan darah. Selanjutnya perlu dicari tanda-tanda utama dehidrasi: kesadaran, rasa haus dan turgor kulit abdomen dan tanda-tanda tambahan lainnya: ubun-ubun besar cekung atau tidak, mata: cowong atau tidak, ada atau tidak adanya air mata, bibir kering, mukosa dan lidah kering atau basah (Subagyo dkk, 2012).

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pasien yang mengalami dehidrasi berat atau toksisitas berat atau diare berlangsung lebih dari beberapa hari, diperlukan

pemeriksaan penunjang. Pemeriksaannya antara lain pemeriksaan darah tepi lengkap (hemoglobin, hematokrit, leukosit, hitung jenis leukosit), kadar elektrolit serum, ureum dan kreatinin, pemeriksaan tinja, pemeriksaan *Enzym-linked immunosorbent assay* (ELISA) mendeteksi *giardiasis* dan tes serologi *amebiasis*, dan foto *x-ray* abdomen.

- 2) Pasien dengan diare karena virus, biasanya mempunyai jumlah dan hitung jenis leukosit yang normal atau limfositosis.
- 3) Pasien dengan infeksi bakteri terutama bakteri yang invasif ke mukosa, memiliki leukositosis dengan kelebihan darah putih muda. *Neutropenia* dapat timbul pada *salmonellosis*. *Ureum* dan kreatinin diperiksa untuk mengetahui adanya kekurangan volume cairan dan mineral tubuh. Pemeriksaan tinja dilakukan untuk melihat adanya leukosit dalam tinja yang menunjukkan adanya infeksi bakteri, adanya telur cacing dan parasit dewasa.
- 4) Pasien yang telah mendapatkan pengobatan antibiotik dalam tiga bulan sebelumnya atau yang mengalami diare di rumah sakit sebaiknya diperiksa tinja untuk pengukuran toksin *clostridium difficile*. Rektoskopi atau sigmoidoskopi perlu dipertimbangkan pada pasien-pasien yang toksik, pasien dengan diare berdarah atau pasien dengan diare akut persisten. Pada sebagian besar pasien, *sigmoidoskopi* mungkin adekuat sebagai pemeriksaan awal.

5) Pasien dengan AIDS yang mengalami diare, kolonoskopi dipertimbangkan karena kemungkinan penyebab infeksi atau limfoma di daerah kolon kanan. Biopsi mukosa sebaiknya dilakukan juga jika mukosa terlihat inflamasi berat.

(Wawan, 2013)

2.2 Penatalaksanaan Diare

Tatalaksana diare pada dewasa adalah sebagai berikut :

2.2.1 Pengganti Cairan/Rehidrasi Oral

Aspek paling penting adalah menjaga hidrasi yang adekuat dan keseimbangan elektrolit selama episode akut. Cairan rehidrasi oral harus terdiri dari 3,5gram natrium klorida, 2,5gram natrium bikarbonat, 1,5gram kalium klorida, dan 20gram glukosa per liter air (Farthing *et al*, 2013).

Jika sediaan secara komersial tidak ada, cairan rehidrasi oral pengganti dapat dibuat dengan menambahkan :

- 1) ½ sendok teh garam, ½ sendok teh baking soda, dan 2-4 sendok makan gula per liter air.
- 2) Dua pisang atau 1 cangkir jus jeruk diberikan untuk mengganti kalium. Pasien harus minum cairan tersebut sebanyak mungkin sejak merasa haus pertama kalinya (Farthing *et al*, 2013).

Jika terapi intravena diperlukan, dapat diberikan cairan normotonik, seperti cairan salin normal atau ringer laktat, suplemen

kalium diberikan sesuai panduan kimia darah. Status hidrasi harus dipantau dengan baik dengan memperhatikan tanda-tanda vital, pernapasan, dan urin, serta penyesuaian infus jika diperlukan. Pemberian harus diubah ke cairan rehidrasi oral sesegera mungkin (Farthing *et al*, 2013).

2.2.2 Obat Diare

a. Anti-sekresi Selektif

Terobosan terbaru milenium ini adalah mulai tersedianya secara luas *racecadotril* yang bermanfaat sebagai penghambat enzim *enkephalinase*, sehingga *enkephalin* dapat bekerja normal kembali. Perbaikan fungsi akan menormalkan sekresi elektrolit, sehingga keseimbangan cairan dapat dikembalikan (Farthing *et al*, 2013).

b. Antimotilitas

Obat golongan ini adalah *codein fosfat*, *co-fenotrop*, loperamid HCL, dan morfin. Kelompok obat tersebut meliputi penghambatan propulsi, peningkatan absorpsi cairan, sehingga dapat memperbaiki konsistensi feses dan mengurangi frekuensi diare. Bila diberikan dengan benar cukup aman dan dapat mengurangi frekuensi defekasi sampai 80%. Obat ini tidak dianjurkan pada diare akut dengan gejala demam dan sindrom disentri (Farthing *et al*, 2013).

c. Absorbent

Obat-obat golongan ini adalah kaolin, pektin, dan attalpulgit telah digunakan untuk penatalaksanaan diare akut nonspesifik yang ringan. Zat arang aktif, attapulgit aktif, bismut subsalisilat, pektin, kaolin, atau smektit dalam golongan obat ini dapat menyerap bahan infeksius atau toksin. Melalui efek tersebut, sel mukosa usus terhindar kontak langsung dengan zat-zat yang dapat merangsang sekresi elektrolit (Farthing *et al*, 2013).

2.2.3 Antibiotik

Antibiotik adalah agen yang digunakan untuk mencegah dan mengobati suatu infeksi karena bakteri. Antibiotika pada umumnya tidak diperlukan pada semua diare akut karena sebagian besar diare infeksi adalah rotavirus yang sifatnya *self limited* dan tidak dapat dibunuh dengan antibiotika. Hanya sebagian kecil (10 – 20%) yang disebabkan oleh bakteri patogen seperti *V. cholera*, *Shigella*, *Enterotoksigenik E. coli*, *Salmonella*, *Camphylobacter* dan sebagainya (Amin, 2015).

Bakteri penyebab diare yang diketahui dapat diberikan antibiotik pada orang dewasa. Jenis antibiotik untuk diare dapat dilihat pada tabel 2.1:

Tabel 2.1 Antibiotik Pada Diare (Farthing M *et al*, 2013)

Bakteri	Antibiotik Pilihan Pertama	Antibiotik Pilihan Kedua
<i>Campylobacter</i> , <i>Shigella</i> atau <i>Salmonella spp</i>	<i>Ciprofloxacin</i> 500 mg oral 2 kali sehari, 3-5 hari	Salmonella/Shigella <i>Ceftriaxone</i> 1 gram IM/IV sehari TMP-SMX DS oral 2 kali sehari, 3 hari <i>Campilobacter spp</i> <i>Azithromycin</i> 500 mg oral 2 kali sehari <i>Erythromycin</i> 500 mg oral 2 kali sehari, 5 hari
<i>Vibrio Cholera</i>	<i>Tetracycline</i> 500 mg oral 4 kali sehari, 3 hari <i>Doxycycline</i> 300 mg oral, dosis tunggal	Resisten <i>tetracycline</i> <i>Ciprofloxacin</i> 1 gram oral 1 kali <i>Erytromycin</i> 250 mg oral 4 kali sehari, 3 hari.
<i>Traveler's diarrhea</i>	<i>Ciprofloxacin</i> 500 mg 2 kali sehari	TMP-SMX DS oral 2 kali sehari, 3 hari.
<i>Clostridium difficile</i>	<i>Metronidazole</i> 250-500 mg 4x sehari, 7-14 hari, oral atau IV	Vancomycin 125 mg 4 kali sehari, 7-14 hari.

a. *Ciprofloxacin*

Ciprofloxacin merupakan antibiotik golongan fluorokuinolon yang memiliki cara kerja menghentikan pertumbuhan bakteri penyebab infeksi diare. Antibiotik golongan ini efektif digunakan untuk infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Shigella*, *E. coli*, *Salmonella*, *Haemophilus*, *Moraxella catarrhalis* serta *Enterobacteriaceae* dan *P. aeruginosa* (Brunton *et al.*, 2011).

b. *Ceftriaxone*

Ceftriaxone adalah antibiotik golongan sefalosforin yang umumnya bersifat bakterisidal dan sebagian besar efektif terhadap mikroorganisme gram-positif dan negative seperti *Shigella*. Mekanisme kerjanya dengan cara mengganggu sintesis

dinding sel bakteri, pada langkah terakhir dalam sintesis *peptidoglikan*, yaitu *heteropolimer* yang memberikan stabilitas mekanik pada dinding sel bakteri (Brunton *et al.*, 2011).

c. TMP-SMX (Trimetoprim dan *Sulfametoksazole*)

Trimetoprim dalam kombinasi dengan *Sulfametoksazole* (golongan Sulfonamida) mempunyai mekanisme yang mampu menghambat pertumbuhan bakteri *E. coli*, *Salmonella*, *Klebsiella sp.*, *S. aureus*, *Shigella*, *Staphylococcus*, *Yersinia*, *Streptococcus hemolyticus*, *H. influenzae*, *Neisseria sp.* dan *P. carini* (Kemenkes RI, 2011).

d. Azitromisin dan Eritromisin

Azitromisin dan Eritromisin termasuk antibiotik golongan makrolida aktif yang bekerja terhadap bakteri gram-positif yang berbentuk *enterococcus* dan *bacil* seperti *Campilobacter sp.* Makrolida memiliki mekanisme kerja dengan cara mempengaruhi sintesis protein bakteri dengan cara berikatan dengan subunit 50s ribosom bakteri, sehingga menghambat translokasi peptida (Brunton *et al.*, 2011).

e. *Doxycyclin* dan Tetrasiklin

Merupakan antibiotik dari golongan tetrasiklin yang memiliki spektrum yang luas dan mekanisme kerjanya berupa menghambat pertumbuhan berbagai bakteri gram-positif, gram-negatif, baik yang bersifat aerob maupun anaerob, serta mikroorganisme lain

seperti *Mycoplasma*, *Rickettsia*, *Chlamydia*, *Vibrio Cholera* dan beberapa spesies mikobakteria (Brunton *et al.*, 2011).

f. *Metronidazole*

Antimikroba yang termasuk golongan nitroimidazole. Obat ini digunakan dalam pengobatan beberapa jenis infeksi *clostridium difficile* yang disebabkan oleh bakteri anaerob pada *amoebiasis* di usus dan hati (Brunton *et al.*, 2011).

g. *Vancomycin*

Merupakan antibiotik glikopeptida trisiklik yang diproduksi oleh *Streptococcus orientalis*. *Vancomycin* hanya diindikasikan untuk infeksi yang disebabkan oleh *S. aureus* yang resisten terhadap metisilin (MRSA) atau dapat digunakan juga pada infeksi *clostridium difficile* yang menyebabkan peradangan usus (Brunton *et al.*, 2011).

2.3 Puskesmas

2.3.1 Pengertian

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyediakan pelayanan kepada masyarakat dan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2015). Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46

Tahun 2015 menjelaskan bahwa Puskesmas menyelenggarakan fungsinya sebagai penyelenggaran Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya dan sebagai penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014).

2.3.2 Tujuan

Adapun tujuan pembangunan kesehatan yang di selenggarakan puskesmas yang tertera pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 2 yang mana tujuan tersebut yaitu :

- 1) Untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat.
- 2) Untuk mewujudkan masyarakat yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu.
- 3) Untuk mewujudkan masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat.
- 4) Untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

(Kemenkes RI, 2014)

2.3.3 Fungsi

Fungsi puskesmas menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 yaitu :

- 1) Melaksanakan Perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor terkait lainnya.
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan pelayanan kesehatan.
- 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

2.4 Puskesmas Ngemplak Boyolali

Puskesmas Ngemplak berlokasi di Dukuh Garen RT 01 RW 04 Desa pandeyan, Kecamatan Ngemplak, Kabupaten Boyolali (SHM No.4 Desa Pandeyan) dengan luas ± 5.000 . Puskesmas Ngemplak berdiri sejak Tahun 1975. Puskesmas Ngemplak termasuk Puskesmas Rawat Inap yang memberikan pelayanan meliputi BP Umum, BP Gigi, KIA, KB, Laboratorium, Apotek, Klinik Gizi, Klinik Sanitasi, Klinik VCT dan IMS, UKS, UGD, Rawat Inap (Anonim, 2017).

Aksesibilitas untuk jalur transportasi dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat dengan menggunakan fasilitas transportasi umum dan tersedia jalur untuk pejalan kaki dan jalur-jalur yang aksesibel untuk penyandang disabilitas. Adapun kontur tanah Puskesmas Ngemplak relatif bagus dengan tingkat kemiringan yang standard dan memiliki area parkir yang luas, sedangkan tingkat keamanan Puskesmas Ngemplak sangat terjamin dengan adanya pagar bumi. Puskesmas Ngemplak memiliki beberapa fasilitas utilitas publik seperti air bersih, pembuangan air kotor/limbah, listrik, dan jalur telepon serta jaringan internet *Hotspot/wifi*. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan Puskesmas Ngemplak telah memilah antara sampah medis dan non medis dengan pemanfaatan pengelolaan limbah medis bekerjasama dengan PT.Arah Sedangkan untuk pengelolaan sampah non medis berkerja sama dengan Dinas Pekerjaan Umum Kabupaten Boyolali (DPU) (Anonim, 2017).

2.4.1 Visi dan Misi

a. Visi

“Terwujudnya Puskesmas Ngemplak dengan pelayanan bermutu menuju masyarakat Ngemplak sehat dan mandiri.”

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata.
- 2) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
- 3) Meningkatkan sarana dan prasarana kesehatan.
- 4) Meningkatkan kemitraan dan peran serta masyarakat dalam mewujudkan kemandirian untuk hidup sehat.

2.4.2 Struktur Organisasi

Struktur Organisasi di Puskesmas Ngemplak Kabupaten Boyolali terdiri dari :

- a. Kepala Puskesmas
- b. Tim Mutu
- c. Kepala Tata Usaha

Yang bertanggung jawab kepada:

1. Sistem Manajemen Puskesmas
2. Kepegawaian
3. Umum dan Rumah Tangga
4. Keuangan

d. Kepala Unit Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Yang bertanggung jawab kepada :

1. UKM Essential
2. UKM Pengembangan

e. Penanggung Jawab Unit Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Yang bertanggung jawab kepada :

1. Rawat Jalan
2. Rawat Inap
3. Laboratorium
4. Farmasi

f. Penanggung Jawab Fasilitas Pelayanan Kesehatan (FASYANKES)

FASYANKES terdiri dari Unit Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Poliklinik Kesehatan Desa, Laboratorium Rekomendasi dan Rumah Sakit Rujukan.

(Penjelasan lebih lanjut mengenai struktur organisasi di Puskesmas Ngemplak Kabupaten Boyolali dapat dilihat pada lampiran 3 halaman 68).

2.5 Rekam Medik (RM)

Rekam Medik adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2008). Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004

Tentang Praktik Kedokteran rekam medik adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (DepKes RI, 2004). Hanafiah, M. Yusuf dan Amri Amir (2008) dalam bukunya yang berjudul Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan memberikan pengertian rekam medis sebagai kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan, dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu.

2.5.1 Aspek

Aspek-aspek dalam rekam medik menurut (Dirjen Yanmed (2006) sebagai berikut :

a. Aspek administrasi

Rekam medis mempunyai arti administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab bagi tenaga kesehatan.

b. Aspek medis

Rekam medis mempunyai nilai medis karena catatan tersebut dipakai sebagai dasar merencanakan pengobatan dan perawatan yang akan diberikan.

c. Aspek hukum

Rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam usaha menegakkan hukum serta bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek keuangan

Rekam medis dapat menjadi bahan untuk menetapkan pembayaran biaya pelayanan kesehatan.

e. Aspek penelitian

Rekam medis mempunyai nilai penelitian karena mengandung data atau informasi sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek pendidikan

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologis pelayanan medik terhadap pasien yang dapat dipelajari.

g. Aspek dokumentasi

Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena merupakan sumber yang harus didokumentasikan yang dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

2.5.2 Manfaat

Rekam Medik menurut Kemenkes RI (2008) memiliki manfaat antara lain:

a. Pengobatan

Rekam Medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

b. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk 30 melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

c. Pendidikan dan Penelitian

Rekam Medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

d. Pembiayaan

Rekam Medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

e. Statistik Kesehatan

Rekam Medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakitpenyakit tertentu.

f. Pembuktian Masalah Hukum Disiplin dan Etik

Rekam Medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

2.6 Landasan Teori

Diare atau mencret didefinisikan sebagai buang air besar dengan feses tidak berbentuk (*unformed stools*) atau cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam 24 jam. Diare yang berlangsung kurang dari 2 minggu disebut sebagai diare akut dan diare yang berlangsung 2 minggu atau lebih digolongkan pada diare kronik. Feses dapat disertai dengan atau tanpa lendir, darah, atau pus. Gejala penyerta dapat berupa mual, muntah, nyeri abdominal, mulas, tenesmus, demam, dan tanda-tanda dehidrasi (Farthing *et al*, 2013).

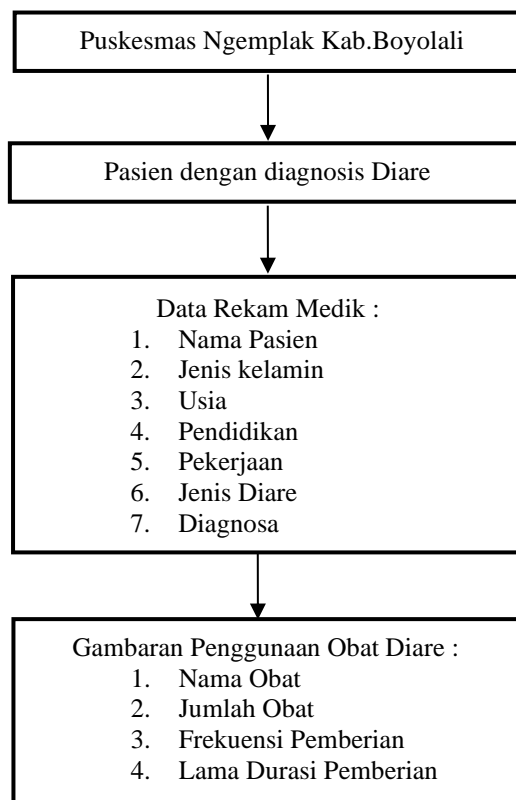
Penatalaksanaan diare dewasa dapat diberikan dengan terapi penggantian cairan, obat diare seperti anti sekresi selektif (*racecadotril*), anti motilitas (*codein fosfat, co-fenotrop, loperamid HCL, dan morfin*) dan adsorbent (kaolin, pectin, dan attal pugit), kemudian dengan pemberian antibiotik bila diare disebabkan oleh bakteri (Farthing *et al*, 2013). Obat tersebut dapat diperoleh di pelayanan kesehatan tingkat dasar seperti Puskesmas. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya *promotif* dan *preventif*, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014). Puskesmas sebagai tulang punggung penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di wilayah kerjanya berperan menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi

setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Kemenkes RI, 2019).

Pada penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Praninda (2021) yang didapatkan hasil bahwa pasien rawat jalan dengan penyakit diare di Puskesmas Tegal Barat banyak terjadi pada kelompok usia dewasa yaitu 20 – 45 tahun sebanyak 36,6% dan penggunaan obat antidiare berdasarkan pengobatan antidiare paling banyak yaitu obat tunggal attapulgit sebanyak 60,5%. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai Gambaran Penggunaan Obat Diare Pada Pasien Dewasa di Puskesmas Ngeplak Boyolali Tahun 2021.

2.7 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

2.8 Keterangan Empiris

Keterangan empiris dalam penelitian ini adalah informasi tentang Gambaran Penggunaan Obat Diare Pada Pasien Dewasa di Puskesmas Ngemplak Boyolali Tahun 2021 yang disajikan dalam bentuk tabel.