

PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG DIARE DAN PENCARIAN PENGOBATANNYA DI DUA DESA DI KABUPATEN BOYOLALI

Oleh : *Iman Sumarno; Basuki Budiman; Edwi Saraswati;
dan Sri Prihartini*

ABSTRAK

Diare masih merupakan penyebab penting kematian bayi dan balita di Indonesia. Telah dipelajari persepsi masyarakat tentang diare serta cara penanggulangannya di desa Manyaran dan Sempulur Boyolali sebagai bahan untuk penanggulangan diare oleh masyarakat. Diare tidak dianggap sebagai penyakit yang terlalu serius. Menurut masyarakat, penyebab diare ada yang langsung terhadap anak yaitu masuk angin, terlalu lama mandi, makan makanan rasa asam (kecut), dan tidak langsung bila ibu menyusui masuk angin atau makan makanan yang pedas-pedas, air susu menjadi jelek dan anak menderita mencret. Tidak ada kepercayaan bahwa diare disebabkan oleh roh halus. Persepsi masyarakat/ibu-ibu tentang diare dan penyebabnya menghasilkan perilaku pengobatan diare pada anak sebagai berikut: Mula-mula ditangani sendiri dengan ramuan tradisional, bila tidak sembuh diobati dengan pil "Ciba" yang dijual bebas di warung-warung yang tersebar di desa, bila tetap belum sembuh baru dibawa ke petugas kesehatan.

Pendahuluan

Sampai saat ini diare masih merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi dan anak di negara berkembang (UNICEF, 1984), bahkan di negara majupun diare masih merupakan salah satu penyebab penting kematian bayi dan anak yang disapah (Savarino and Bourgeois). Diare menjadi penyebab 11% dari kematian bayi dan 10.6% kematian balita di Indonesia (Dep.Kes.R.I, 1993). Menurut Survey Kesehatan Rumahtangga (SKRT) 1985/1986 "point prevalence" diare adalah 2.98% pada bayi dan 2.01% pada anak Balita (Budiarso dkk, 1986). Walaupun SKRT mempunyai masalah sampling dan tidak memperhitungkan pengaruh musim, paling tidak angka ini menunjukkan bahwa diare masih merupakan penyebab kematian bayi dan anak yang penting. Selain itu diare sering merupakan "picu" (trigger) untuk munculnya gejala berbagai penyakit gizikurang, termasuk xerophthalmia (Cohen dkk, 1985; Khan dkk, 1984) PEM (Scrimshaw dkk, 1968; Walker-Smith, 1993), anemia dan lain-lain melalui hambatan penyerapan zat gizi dan penurunan penggunaannya. Interaksi antara diare dan beberapa penyakit akibat kurang gizi sudah banyak dibicarakan orang. Kurang energi dan protein dengan diare merupakan hubungan dua arah seperti spiral menuju ke arah keadaan kesehatan dan gizi yang semakin memburuk.

Diare adalah suatu gejala penyakit perut yang paling umum, rasa tidak nyaman pada perut yang ditandai dengan buang air besar yang semakin sering, volume yang semakin besar dan kotoran yang semakin banyak mengandung air. Keadaan tersebut sering juga diikuti dengan rasa mual, muntah, mulas dan demam. Paling tidak terdapat dua "syndromes" diare yang berbeda: "small bowl syndrome", dengan tanda

khusus berupa kotoran yang berair yang menjurus pada dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit, dan "dysentery-colitis syndrome" yang berhubungan dengan demam, pembengkakan usus halus, yang ditandai dengan adanya darah dan busa mucus membrane pada kotoran (Ellner, 1984). Secara umum diare biasa didefinisikan sebagai buang air besar yang berair dengan frekwensi lebih sering dari biasanya.

Akhir-akhir ini beberapa informasi penting sehubungan dengan diare muncul ke permukaan. Pertama kekurangan keberhasilan pemasyarakatan oralit (larutan gula garam), antara lain karena perbedaan konsep antara pekerja kesehatan dan masyarakat. Petugas kesehatan menganggap penggunaan oralit sangat penting untuk mencegah kematian dari dehidrasi karena kehilangan cairan tubuh yang disebabkan oleh diare yang berair, tetapi masyarakat menganggap bahwa oralit adalah obat diare. Sehingga pada saat ibu-ibu melihat bahwa Oralit tidak menghentikan diare ibu-ibu juga berhenti menggunakan Oralit (Mahalanabis, 1985). Selain itu masalah kurangnya pengetahuan masyarakat, ketidaktepatan konsentrasi larutan dan tidak selalu tersedia wadah yang diketahui volumenya secara pasti (Behrens, 1993). Sebagai contoh, gelas volumenya berbeda-beda. Kedua munculnya ke permukaan masalah diare yang sebenarnya sudah dikenali di Jakarta sejak 1966 (Joel dkk, 1966) yaitu "persistent diarrhea" atau diare yang berlarularut (bukan diare kronis), walaupun prevalensinya relatif lebih rendah tetapi tingkat kematiannya sangat tinggi (WHO, 1988; Lima dan Gerrant, 1992; Mahalanabis dkk, 1991). Masalahnya, manfaat oralit kurang bermakna untuk diare ini.

Fakta di atas menunjukkan masih banyak yang harus dipelajari dalam penanganan diare di masyarakat. Mengingat dampak diare sangat bermakna terhadap keadaan gizi dan kesehatan bahkan kelangsungan hidup bayi dan anak, perlu diterapkan cara penanggulangan diare yang cepat dan tepat oleh masyarakat. Kata tepat disini berarti bahwa teknologi penanggulangan diare yang mujarab, baik untuk pengobatan maupun untuk pencegahan diterapkan dalam lingkungan sosial budaya setempat.

Seperti kita ketahui diare merupakan penyakit yang akrab dengan semua anggota masyarakat, khususnya ibu terutama di negara berkembang pernah mengalami dan pernah menangani diare pada anaknya maupun cucunya bahkan mungkin tetangganya. Menurut Kleinman dkk (1978) sakit (illness) adalah reaksi yang dibentuk menurut budaya terhadap penyakit maupun perasaan tidak nyaman yang mungkin sangat kecil hubungannya dengan proses patologi. Kepercayaan yang murni (faktor dari dalam) tentang kesehatan dan penyakit dibentuk menurut budaya (ethno-medic) dan tidak mengikuti pemikiran ilmiah (Zoysoa dkk, 1984). Karena pengalaman keterlibatan dengan diare sepanjang hidupnya, bahkan turun temurun dari generasi ke generasi, berkembang suatu pengetahuan dan persepsi tentang diare (Foster, 1976). Berdasarkan persepsi tersebut terbentuk praktek penanggulangan diare dalam masyarakat sesuai dengan lingkungan termasuk ketersediaan pelayanan

diare dari pusat-pusat pelayanan kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan, dan bahkan dukun-dukun bayi (mereka yang dianggap kompeten untuk menangani sejak ibu mengandung sampai pemeliharaan bayi dan anak.

Berdasarkan hal tersebut di atas perlu dipelajari persepsi masyarakat tentang diare dan kebiasaan mereka mencari pertolongan (*seeking care behavior*) untuk menanggulangi diare, agar dapat disusun suatu strategi penanggulangan diare yang tepat sesuai dengan kondisi masyarakat setempat.

Tujuan

Umum : Mempelajari persepsi dan perilaku masyarakat terhadap diare.

- Khusus** :
1. Mempelajari persepsi masyarakat mengenai diare
 2. Mempelajari mekanisme kejadian diare menurut masyarakat.
 3. Mempelajari cara masyarakat menangani diare

Metoda

Penelitian ini dilakukan di desa Manyaran dan desa Sempulur kecamatan Karanggede, kabupaten Boyolali. Gambaran keadaan umum daerah difokuskan pada ketersediaan pelayanan kesehatan serta faktor lingkungan yang berkaitan dengan penyebaran dan terjangkitnya diare pada anak-anak. Keadaan umum daerah penelitian ini dikumpulkan dengan menyalin data dari kantor desa, wawancara dengan kepala dan pamong desa, serta pengamatan di lapangan. Karena yang dipelajari adalah persepsi dan cara penanggulangan diare di masyarakat desa maka data yang dikumpulkan merupakan data kualitatif yang digali melalui dua kelompok diskusi terarah. Data yang dikumpulkan adalah kebiasaan, definisi dan persepsi ibu tentang diare pada anak-anak, cara pengobatan diare baik sendiri (tradisional maupun obat-obat modern) maupun permintaan pertolongan kepada petugas kesehatan; kapan masyarakat menganggap perlu membawa pasien untuk mendapat pengobatan dari petugas kesehatan dirumah, di puskesmas atau di rumahsakit.

Tiap kelompok diskusi terarah terdiri dari 10 orang ibu penduduk desa yang mempunyai anak batita yang tinggal di sekitar rumah sekretaris desa dengan umur berkisar dari 19 tahun sampai 35 tahun. . Kelompok diskusi terarah pertama terdiri dari ibu-ibu dengan pendidikan 4 tahun SD sampai lulus SD, sedangkan kelompok kedua terdiri dari ibu-ibu dengan pendidikan lulus SD sampai lulus SMP dan lulusan Madrasah Tsanawijah. Fasilitator dan pengarah diskusi sangat menentukan kesuksesan dari kelompok diskusi terarah, sehingga semua peserta dapat berperan serta dalam diskusi dan menetralkan individu yang mendominasi diskusi dan merangsang peserta yang pendiam untuk berbicara. Karena itu fasilitator kelompok diskusi terarah adalah staf Puslitang Gizi yang sudah terlatih untuk memimpin kelompok grup diskusi.

Analisis dilakukan secara kualitatif, dengan menganalisis hasil dan proses diskusi kelompok diskusi terarah, serta informasi dari beberapa orang tua di desa bersangkutan. Analisis diarahkan pada perumusan persepsi masyarakat terhadap diare dan cara penanggulangannya.

Hasil

Gambaran umum daerah penelitian

Desa Manyaran dan Sempulur merupakan dua dari 16 desa di kecamatan Karanggede, kabupaten Boyolali. Sempulur terletak lebih kurang 8 km dari kota Karanggede dan lebih kurang 36 km dari kota Boyolali. Walaupun ada jalan aspal di desa Sempulur, namun kendaraan angkutan umum beroda empat memasuki desa ini hanya pada *hari-hari pasar*. Di Sempulur hari *Pon* dan *Legi* adalah hari pasar dan hanya pada saat inilah kendaraan umum memasuki desa sampai kira-kira pukul 16.00. Pada hari-hari lain kendaraan umum yang memasuki desa ini adalah Ojek. Walaupun jarak dari ibukota kecamatan ke desa Manyaran tidak jauh berbeda dengan desa Sempulur, desa Manyaran tidak mempunyai pasar. Kendaraan umum memasuki desa ini pada saat hari pasar di Karanggede yaitu dua hari sepagar (lima hari). Seperti di Sempulur pada hari-hari lain hanya Ojek yang memasuki desa ini.

Puskesmas terletak 8 km dari desa Sempulur, namun di desa ini sudah ada satu bidan desa yang juga memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Posyandu hanya ada satu buah dan terletak di dekat kantor desa. Obat-obat simptomatik dan analgesik dijual secara bebas di warung-warung di kedua desa, antara lain obat sakit kepala, influenza, diare dan jamu-jamu. Obat-obatan lain seperti antibiotik tersedia di bidan desa.

Sebagian besar penduduk adalah lulusan sekolah dasar (SD) dan sebagian besar bekerja di sektor pertanian. Penduduk menggunakan air sumur dalam sebagai sumber air untuk kebutuhan rumah tangga. Penduduk biasa melakukan buang air besar di semak-semak atau di kebun, dari 425 rumah tangga di desa Sempulur 32 memiliki WC *ceplung*. Anak-anak kecil *membuang air besar di halaman sedangkan yang agak besar di semak-semak atau di kebun*.

Ternak biasa dikandang di sekitar rumah, namun di waktu malam sapi dan kerbau biasanya dikandang di dalam rumah. Ini menunjukkan bahwa ternak ini sangat berharga dan keamanan *masih belum terjamin*. Yang menjadi masalah, bahwa pada siang hari anak-anak kecil main di tempat ini. Hal ini membuka kemungkinan penularan parasit dan sejenis diare melalui kotoran ternak kepada anak. Demikian pula penularan penyakit antar ternak dan manusia melalui serangga atau nyamuk. Knight dkk (1992) juga menemukan bahwa adanya ternak dalam rumah meningkatkan risiko diare pada masyarakat pedesaan di distrik Tumpat Malaysia.

Listrik masih belum masuk ke desa ini, sehingga informasi yang disampaikan melalui televisi belum menyentuh masyarakat di daerah ini.

Persepsi masyarakat tentang diare

Menurut ibu-ibu yang disebut diare adalah mencret. Semua ibu peserta kelompok diskusi terarah menyatakan bahwa semua anaknya pernah mengalami mencret 3 kali, sehari atau lebih. Yang dimaksud dengan mencret menurut mereka adalah bila kotoran anak berair atau cair. Namun ibu-ibu beranggapan bahwa mencret adalah kejadian biasa pada anak-anak, sehingga tidak terlalu penting untuk mendapat perhatian khusus, kecuali bila frekwensi mencret sudah lebih dari 5 kali sehari.

Pendapat masyarakat tentang penyebab mencret (diare)

Menurut masyarakat di dua desa yang bersangkutan mencret pada bayi dapat terjadi karena hal hal yang terjadi tertentu dialami baik oleh bayi langsung atau ibunya yang sedang menetekkan (Tabel 1). Bahwa apa yang dilakukan dan terjadi pada ibu dapat mengakibatkan anak menderita diare karena ditularkan dari ibu ke anak melalui air susunya.

Tabel 1. Penyebab Diare menurut Masyarakat

Penyebab	Langsung pada anak	Melalui ibunya
Exposure/lingkungan	Masuk angin Main di air terlalu lama	Masuk angin
Makanan	Jeruk atau yang asam-asam	Makan pedas-pedas

1. Yang terjadi pada anak

a. Anak kecil atau bayi dapat menjadi mencret karena masuk angin yang parah. Masuk angin yang parah membuat perut kembung dan mulas yang akhirnya mencret.

b. Anak kecil mencret karena main air, karena air masuk ke dalam tubuh, maka kotoran anak menjadi cair.

c. Anak kecil juga dapat menjadi mencret karena makan jeruk atau yang asam-asam. Rasa asam dapat membuat anak mulas dan akhirnya mencret.

2. Yang terjadi pada ibunya

a. Bila ibu masuk angin, ASI menjadi tidak enak dan tidak baik untuk anak. Bila anak meminum ASI ini dia akan menjadi mencret.

b. Bila ibu makan pedas-pedas ASI menjadi pedas dan bila bayi/anak kecil mengkonsumsi susu ini dia akan mencret.

Dari persepsi masyarakat tentang penyebab diare, nampak bahwa masyarakat mencoba mereka-reka sesuai dengan tingkat pengetahuan mereka tentang konsep alam dan kesehatan yang sederhana. Bakteri maupun virus penyebab diare yang tidak nampak dengan mata telanjang adalah merupakan hal yang berada di luar nalar mereka, sehingga tidak pernah disebut sebagai penyebab diare, atau bahkan mungkin dianggap hal yang tidak pernah ada.

Berdasarkan pengetahuan masyarakat tentang penyebab diare, maka menurut mereka cara pencegahan diare adalah tidak memberikan makanan asem-asem kepada anak, tidak membiarkan anak mandi terlalu lama dan menghindarkan anak terpapar angin yang keras, atau kena hujan, karena akan masuk angin atau ada air yang meresap kedalam tubuh dan mengakibatkan diare. Ibu-ibu tidak boleh makan pedes-pedes, karena ASI menjadi jelek.

Cara pengobatan diare oleh masyarakat

Seperti pada logika penyebab pada pengobatan diare untuk bayi/anak kecil juga dapat langsung diberikan kepada anak atau melalui ibunya (Tabel 2).

Tabel 2. Cara pengobatan diare yang dilakukan masyarakat

Pengobatan	Langsung ke anak	Melalui ibunya
Obat tradisional	Dicekok air daun jambu muda	Makanan pucuk daun jambu Minum air sawo mentah Minum teh kental
Obat modern	Oralit Pil Ciba 1/4	Tidak ada
Ke petugas kesehatan/ Puskesmas	Kalau pengobatan sendiri tidak sembuh	

1. Pengobatan langsung ke anak.

Masyarakat biasanya memberikan pengobatan sendiri berupa obat-obat tradisional yang diramu sendiri, segera setelah tahu bahwa anaknya menderita diare.

a. Obat tradisional yang diberikan kepada anak adalah air perasan daun jambu yang ditumbuk, atau salak. Identy adalah karena kedua bahan tersebut sepet akan dapat mengakibatkan feces menjadi keset dan terhambat keluar.

b. Oralit merupakan obat pilihan yang jarang diberikan kepada anak mencekret karena tidak menyembuhkan diare. Seperti yang diungkapkan Mahalanabis (1985), oralit tidak menghentikan diare karena itu biasanya ibu kurang yakin untuk menggunakan Oralit. Karena itu WHO menganjurkan mengganti sodium bicarbonat dengan trisodium citrate dihydrate agar dapat menghentikan diare (Population Report, 1985). Namun tidak ada informasi apakah Oralit yang tersedia di daerah penelitian merupakan formula yang dianjurkan WHO. Obat yang biasa diberikan

adalah pil CIBA sebanyak 1/4 butir, jadi konsep pemberian oralit menurut ibu adalah obat untuk menyetop diare, dan bukanlah upaya untuk menggantikan cairan tubuh dan mineral yang terbuang pada saat diare.

2. Yang menarik di dalam pengobatan diare pada anak melalui ibu yang diberikan hanyalah obat-obat tradisional. Ibu makan daun jambu muda, atau minum air sawo, atau minum teh kental. Semua dengan logika agar zat yang kesat dari daun jambu, air sawo atau teh kental. Bila zat-zat ini dikonsumsi oleh anak yang mencret melalui ASI maka kotoran anak akan menjadi kesat dan tidak mencret.

3. Penggunaan pelayanan kesehatan baik bidan desa maupun puskesmas hanya dilakukan bila keadaan anak sudah parah dan pengobatan sendiri tidak berhasil. Sayangnya tidak diketahui bagaimana pengobatan oleh petugas kesehatan baik di dalam maupun di luar Puskesmas, karena di Indonesia banyak ditemui penggunaan antibiotik yang tidak perlu untuk pengobatan diare yang merupakan lebih kurang 44% dari biaya penanggulangan diare (Lerman dkk, 1985).

Pembahasan

Menarik sekali pendapat masyarakat di daerah penelitian bahwa diare yang harus ditangani adalah diare yang sudah lebih dari 5 kali sehari. Tidak jelas bagaimana mereka sampai kepada batas tersebut, yang penting bahwa diare dengan frekwensi yang relatif tinggi mendapat perhatian untuk ditanggulangi. Masalahnya adalah bagaimana ibu bisa mengetahui berapa kali anak/bayi mencret kecuali ibu selalu berada di samping anak dan kotoran anak segera dicuci setelah anak diare. Sayangnya kejadian seperti ini mungkin jarang ditemui. Demikian pula frekwensi diare baru dapat diketahui bila setiap kali bayi buang air besar popoknya segera diganti. Kebiasaan inipun kecil kemungkinannya terjadi di masyarakat perdesaan. Karena itu ada kemungkinan bila mereka mengatakan frekwensi diare lima kali, frekwensi yang sebenarnya adalah lebih dari lima kali.

Penyebab diare pada anak antara lain bila anak masuk angin dan anak kemasukan air. Kedua sebab ini sangat logis. Bila anak masuk angin kemudian kembung (yang bisa disebabkan justru karena ada gangguan pada pencernaan) akan mengakibatkan diare. Bila anak main air dan terminum air yang terkontaminasi oleh kotoran dari orang diare maka anak akan terkena diare. Jadi bukan karena air meresap ke dalam tubuh waktu mandi, tetapi air yang terkontaminasi yang terminum pada saat anak main air. Melihat lingkungan pembuangan limbah manusia di sekitar desa, besar kemungkinan ada air yang terkontaminasi karena air yang disiapkan untuk mandi juga dipakai untuk membersihkan kotoran setelah buang air besar. Jadi air sumur dalam yang bersih, justru terkontaminasi setelah disimpan diember atau paso, sebelum digunakan untuk mandi. Mengenai makanan yang asam-asam bila yang dimaksud adalah makanan basi itu sudah jelas menyebabkan penyakit, namun mereka

juga menyebutkan jeruk yang asam. Kemungkinan pada anak kecil atau bayi konsumsi makanan yang sangat asam akan mempengaruhi keasaman (PH) lambung, yang mengakibatkan terganggunya pencernaan makanan, dan pada gilirannya mengakibatkan diare.

Sangat penting untuk diungkapkan bahwa masyarakat berpendapat diare dapat ditularkan melalui ASI, karena ibu makan pedas-pedas. Padahal kita tahu rasa ASI tidak akan menjadi pedas karena ibu makan yang pedas. Kemungkinan mekanismenya adalah, karena ibu sakit perut, sering buang air dan tidak mencuci tangannya dengan sabun setelah membersihkan kotoran, mengakibatkan makanan anak terkontaminasi kotoran dari tangan ibu yang kurang bersih waktu dicuci, sehingga anak ketularan dan menjadi sakit. Yang merugikan disini adalah adanya konsep di masyarakat bahwa ada ASI yang justru dapat memberikan akibat negatif bagi kesehatan bayi/anak. Kemungkinan hal ini akan menjadi masalah dalam upaya pemasyarakatan ASI eksklusif. Hal ini menunjukkan semakin dirasakan perlunya memberikan pengertian kepada masyarakat tentang diare sesuai dengan tingkat pendidikan mereka. Yang menguntungkan adalah terdapat titik temu mengenai mekanisme penyebab diare yaitu air dan ibu diare. Kita gunakan titik ini untuk memberikan kredit bahwa mereka sebenarnya sudah tahu penyebab diare, hanya perlu sedikit diperbaiki. Kita gunakan dukun bayi dan "key person" lain dalam masyarakat ini untuk memberikan pengertian penyebab diare. Berdasarkan penyebab yang telah dimodifikasi ini dapat disusun bersama dengan masyarakat atau "key person" cara pencegahan diare.

Hasil di atas menunjukan pada umumnya masyarakat di desa berpendapat bahwa diare bukanlah penyakit yang serius. Hal ini mungkin diakibatkan oleh terlalu seringnya melihat anak-anak mencret mereka menganggap adalah hal yang wajar bahwa anak menderita diare. Hanya mencret yang sudah lebih dari 5 kali sehari merupakan penyakit yang harus ditangani. Pada mulanya orang tua menangani diare sendiri karena lebih murah dan waktu yang harus dihabiskan bila harus ke Puskesmas. Menurut mereka pada tahap awal penyakit ini tidak cukup serius bagi mereka untuk meninggalkan pekerjaan/kegiatan dan mengeluarkan biaya transport dan membayar retribusi di Puskesmas. Selain itu mereka percaya bahwa kalau penyakit masih ringan bisa mereka obati dengan ramuan tradisional buatan sendiri. Apabila dengan ramuan tradisional belum sembuh juga, mereka mulai mencari obat yang berada di luar kemampuan mereka untuk membuatnya, tetapi harga terjangkau dan dapat dibeli di warung-warung sekitar tempat tinggal mereka. Kalau inipun belum menyembuhkan baru mereka mendatangi petugas kesehatan, baik bidan desa atau petugas kesehatan lainnya yang dapat dijumpai tidak terlalu jauh dari tempat tinggal mereka. Kalau belum sembuh juga baru ke Puskesmas. Keadaan ini mirip dengan kebiasaan masyarakat di Nicaragua yang merefleksikan lebih bergantung kepada

kemampuan diri dalam mengobati diare, dengan meramu obat tradisional dan mengobati sendiri (Hudelson, 1993). Sepertinya ada suatu klasifikasi diare berdasarkan keparahan. Dalam studi tentang diare di dua desa di kabupaten Jepara Jawa Tengah ditemukan bahwa masyarakat mengenal enam (6) macam diare ada yang sembuh sendiri ada yang harus diberi ramuan jamu (Satoto, 1987). Di daerah penelitian mula-mula masyarakat menganggap diare merupakan penyakit ringan sehingga mereka pikir dapat diobati dengan ramuan sendiri, bila ternyata obat buatan sendiri tidak menyembuhkan, mereka menggunakan obat yang mereka kenal yang dijual bebas di warung tetapi tetap diobati sendiri, bila obat inipun tidak menyembuhkan baru mereka minta tolong kepada tenaga kesehatan. Karena itu penderita diare yang dibawa ke Puskesmas biasanya dalam keadaan yang sudah parah. Mungkin hal inilah yang menyebabkan laporan kejadian diare di kedua desa ini relatif rendah. Walaupun tidak menutup kemungkinan bahwa kasus diare memang rendah, karena air untuk keperluan domestik diambil dari sumur yang dalam (hampir semua rumah mempunyai sumur dalam). Dari fakta diatas dapat disimpulkan bahwa hanya pada keadaan penyakit diare yang parah saja baru masyarakat mencari pertolongan ke petugas kesehatan atau Puskesmas. Keadaan yang parah mengakibatkan diare lebih sulit untuk ditangani serta memerlukan biaya yang relatif mahal dan dengan kemungkinan kematian yang lebih tinggi.

Yang menarik, adalah bahwa untuk penyakit diare masyarakat tidak mencari pengobatan ke dukun. Mungkin karena diare tidak dihubungkan dengan kepercayaan supernatural seperti magic atau roh halus seperti yang ditemukan pada masyarakat pedesaan di Zimbabwe (Zoya dkk, 1984) dan pelesit di pedesaan terbelakang di Sumatra Barat. Berbeda dengan di beberapa pedesaan di Jawa di kedua desa penelitian selain banyak terdapat surau, mesjid, tidak ditemukan orang membakar kemenyan pada malam Jum'at, dan tidak ada kuburan atau barang lain yang dikeramatkan karena mempunyai kekuatan magis. Memang ada sumur yang dianggap keramat oleh masyarakat luar desa. Dimana pada malam Jum'at Legi banyak yang mandi di sumur tersebut supaya mendapatkan apa yang diinginkan. Tetapi itu hanya dilakukan oleh orang-orang yang berasal dari luar kedua desa tersebut.

Bahwa mereka mau mengobati sendiri, merupakan modal dasar upaya penanggulangan diare oleh masyarakat yang bersangkutan. Walaupun Hudelson (1993) menemukan bahwa tidak mudah mengubah "people's explanatory models" mengenai sakit dan penanganan penyakit, serta perlunya mendalami konteks penentuan dan penggunaan beberapa alternatif pengobatan. Kalau cara-cara yang digunakan saat sekarang kurang tepat, adalah karena mereka kurang pengetahuan. Namun karena ada titik temu mengenai penyebab diare menurut masyarakat dan menurut pengetahuan yang ada, akan memudahkan memodifikasi "explanatory models" yang bermanfaat bagi pencegahan diare dan pemberian ASI tidak dihentikan

pada saat anak diare. Dengan "modified explanatory model ini" kita dapat membahas cara pencegahan dan penanggulangan diare dengan beberapa alternatif. Misalnya dengan memotong rantai penularan diare yaitu dengan memasak air, mencuci tangan sebelum menyentuh makanan, termasuk pada saat mau memberikan makanan kepada bayi/anak, memberikan ASI serta cereal based oralit seperti yang disarankan Feachem (1986) untuk mengendalikan diare di negara berkembang. Mencuci tangan dengan sabun setelah membersihkan kotoran baik kotoran anak maupun kotoran sendiri setelah buang air besar. Memberikan air susu ibu (ASI) secara eksklusif, untuk mengurangi kemungkinan bayi mengkonsumsi makanan yang terkontaminasi, maupun terjadinya penolakan makanan (intolerance) karena kandungan zat gizi yang tidak sesuai dengan kemampuan usus bayi. Misalnya kandungan protein yang terlalu tinggi. Pencegahan akan menghemat biaya, tenaga dan waktu baik oleh keluarga maupun oleh Puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, sehingga sumberdaya yang ada dapat digunakan oleh keluarga untuk membiaya kegiatan yang menguntungkan baik dari segi sosial maupun segi ekonomi.

Untuk pengobatan selain anjuran meneruskan menyusui bagi mereka yang masih menyusui pada saat anak terkena diare. Pemberian "cereal/food based oralit" selain memasok zat gizi dan cairan tubuh yang hilang, juga mengurangi frekwensi dan volume kotoran (Maffei dkk, 1984; Molla dkk, 1989). Berbeda dengan larutan gula garam yang bila terlalu kental terutama gulanya justru mendorong pengeluaran cairan oleh tubuh melalui usus (Hirshhorn and Greenough III, 1991). Hal ini penting bagi masyarakat karena memberikan kesan bahwa obat yang diberikan berhasil menyembuhkan diare (tidak seperti larutan gula garam yang tidak menghentikan diare, sehingga dianggap tidak mujarab).

Sesuai dengan upaya meningkatkan obat-obat tradisional, ada baiknya dipelajari apakah air daun jambu muda memang dapat menyembuhkan diare, karena sampai saat ini belum diketahui efektifitas dari obat ini. Bila ada obat tradisional yang efektif untuk menangani diare, ini merupakan modal untuk meningkatkan rasa percaya diri, bahwa mereka mampu menanggulangi diare. Kepercayaan ini dapat digunakan sebagai titik tolak upaya pencegahan penyakit diare dan penyakit lain yang dapat dikerjakan oleh masyarakat.

Rujukan

1. Behrens, RH. The impact of oral rehydration and other therapies on the management of acute diarrhea. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1993; 87(S3):35-38.
2. Budiarto, R., Bakri, Z., Soedarsono, dkk. Survei Kesehatan Rumahtangga, 1985-1986. Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan, Badan Litbangkes, Jakarta, 1986.

3. Cohen, N., Rahman, H., Sprague, J., Jalil, MA., dkk. Prevalence and determinants of nutritional blindness in Bangladeshi children. *World Health Statistical Quarterly*, 1985;38: 317-330.
4. Departemen Kesehatan R.I. Profil Kesehatan Indonesia 1992. Pusat Data Kesehatan, Dep. Kes. R.I., Jakarta 1993.
5. Feachem, R.G. Preventing diarrhea: what are the policy options? *Health Policy and Planning*, 1986; 1(2):109-117.
6. Foster G.M. Disease etiologies in non-Western medical system. *American Anthropology*, 1976;78 :773.
7. Hirschhorn N and Greenough III, WB. Progress in Oral Rehydration Therapy. *Scientific American*, 1991; 264(5): 50-56.
8. Hudelson, PM. ORS and the treatment of childhood diarrhea in Managua, Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 1993;37(1):97-103.
9. Joel, LK., Rukmono, B., Oemiyati,S., et al. Diarrhea among infances in a crowded area of Djakarta, Indonesia: a longitudinal study from birth to two year. *Bulletein of World Health Organization*, 1966; 34(2): 197-210
10. Khan,MU., Haque,MD., Khan, MR. Nutritional ocular diseases and their association with diarrhoea in Matlab, Bangladesh. *British Journal of Nutrition*, 1984; 52:1-9.
11. Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. Culture, illness and care: clinical lesson from anthropologic and cross-cultural research. *Annual International Medicine*, 1978; 88: 251
12. Knight, SM., Toodayan, W., Caique, WC., Kyi, W., Barnes, A., Desmarchelier, P. Risk Factors for the Transmission of Diarrhoea in Children: A case-control Study in Rural Malaysia. *International Journal of Epidemiology*, 1992; 21(4):812-818
13. Lerman, SJ., Sephard, DS., Cash, RA. Treatment of diarrhea in Indonesia Children: What it cost and who pays for it. *The Lancet*, 1985 September: 651-654.
14. Lima ,AAM., and Gerrant, RL. Persistent diarrhea in children: Epidemiology, risk factors, pathophysiology, nutrition impact and managemant. *Epidemiology Review*, 1992;14:222-42.
15. Maffei, HV., Daher, SR., Moreira, FL. Carbohydrate malabsorption in infants with diarrhea: diagnostic evolutive aspects. *Arquivos de Gastroenterologia*, 1984;21(3):136-42.
16. Mahalanabis, D. Development of improved formulation or oral rehydration solution (ORS) with anti-diarrheal and nutritional properties. Geneva, World Health Organization, 1985:CD/85.3

17. Mahalanabis, D., Alam, N.A., Rahman, N., Hasnat, A. Prognostic indicators and risk factors for increased duration of acute diarrhoea and persistent diarrhoea in children. *International Journal of Epidemiology*, 1991;20(4):1064-72.
18. Molla, M.A., Molla, A., Nath, S.K., Khatun, M. Food-based oral rehydration salt solution for acute childhood diarrhoea. *The Lancet*, 1989 Agustus:429-439.
19. Population Report. Oral Rehydration Therapy (ORT) for Childhood Diarrhoea. Population Report, 1985;L(2):L46.
20. Satoto. Beberapa Aspek Sosiobudaya Diare: Studi kasus di dua Desa Pantai Utara Jawa Tengah. *Medika*, 1987;11(13):1088-1093.
21. Savarino, S.J., Bourgeois, A.L. Epidemiology of diarrhoeal diseases in developed countries. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1993; 87(S3):7-11.
22. Scrimshaw N.S., Taylor C.E., Gordon J.E. Interaction of nutrition and infection. Geneva: WHO, 1968 (monog. ser. No. 57).
23. UNICEF. The state of the world's children 1984. UNICEF, Geneva, Switzerland 1984.
24. Walker-Smith, J.A. Malnutrition and Infection. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1993; 87(S3):13-15.
25. World Health Organization. Persistent diarrhoea in children in Developing countries: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of World Health Organization*. 1988;66(6):709-717.
26. Zoysa, I.D., Carson, D., Faemchem R., Kirkwood B., Lindsay-Smith Euan, Loewenson. Perception of childhood diarrhoea and its treatment in rural Zimbabwe. *Social Science Medicine*, 1984; (19,7):727-734.