

# PELAKSANAAN KLINIK SANITASI DI PUSKESMAS GUCIALIT DAN PUSKESMAS GAMBUT DALAM MENANGGULANGI PENYAKIT BERBASIS LINGKUNGAN

## *Sanitation Clinics Performance in Gucialit and Gambut Public Health Centers in Tackling Environmental Based Diseases*

Mugeni Sugiharto, Rika Sertiana Oktami

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan - Balitbangkes - Kemenkes RI

Naskah Masuk: 8 Mei 2018, Perbaikan: 25 Mei 2018, Layak Terbit: 1 Oktober 2018  
<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v2i14.638>

### ABSTRAK

Klinik sanitasi merupakan inovatif program promosi kesehatan yang bermanfaat untuk menanggulangi penyakit berbasis lingkungan. Kegiatan klinik sanitasi seperti konseling, kunjungan rumah (*home care*) dan intervensi kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kegiatan klinik sanitasi di Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut dalam menanggulangi penyakit berbasis lingkungan. Jenis penelitian deskriptif, menggunakan data sekunder laporan klinik sanitasi dan Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang dan Kabupaten Banjar tahun 2014–2016, disertai *indepth interview* pada informan. Kegiatan klinik sanitasi yang diperoleh di Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut seperti konseling, pada tindak lanjut (*home care*) dan intervensi kesehatan berjalan dengan baik. Sistem rujukan internal berfungsi optimal, sehingga kunjungan pasien di klinik sanitasi meningkat. Keberadaan klinik sanitasi di Puskesmas Gucialit dan Gambut sangat bermanfaat menanggulangi penyakit berbasis lingkungan. Setiap Puskesmas penting untuk melaksanakan klinik sanitasi, untuk mendukung pelayanan promotif dalam menanggulangi penyakit berbasis lingkungan.

**Kata kunci:** Klinik Sanitasi, Konseling, Penyakit

### ABSTRACT

*Sanitation clinic is an innovative health promotion program that is useful to tackle environmental-based diseases. Sanitation clinic activities such as counseling, home care and health interventions. This study aims to know of sanitation clinic activities at Gucialit and Gambut Public Health Center in tackling environment-based illness (PBL). Descriptive research type, using secondary data from sanitation clinic and health profile of district health office of Lumajang and Banjar 2014-2016, accompanied by indepth interview on information. Sanitation clinic activities obtained at Gucialit and Gambut Public Health Center such as counseling, home care and health intervention are going well. The internal referral system functions optimally, so patient visits at sanitation clinics increase. The existence of sanitation clinics in the Gucialit and Gambut Public Health Centers is very beneficial in overcoming environmental-based diseases. Every Public health centers is important to carry out sanitation clinics, to support promotive services in tackling environment-based diseases.*

**Keywords:** Sanitation Clinic, Counseling, Disease

### PENDAHULUAN

Sanitasi yang buruk dapat menjadi media transmisi agen penyakit berbasis lingkungan, seperti lalat, nyamuk, kecoak, kutu, pinjal, tikus yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, seperti sakit

diare, kulit, ISPA, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2016). Penanganan sanitasi wajib dilaksanakan setiap kabupaten/kota sesuai Permenkes No. 13/2015, tentang Penyelenggaraan Pelayanan kesehatan Lingkungan di Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Program sanitasi termasuk program

---

#### Korespondensi:

Mugeni Sugiharto  
Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan - Balitbangkes - Kemenkes RI  
E-mail: mugeni\_p3skk@yahoo.com, rikasertiana31@gmail.com

kesehatan lingkungan, yang mengutamakan pelayanan promotif dan preventif hal ini sesuai Permenkes 75/2014, tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Menurut Permenkes No. 13/2015 kegiatan sanitasi meliputi kegiatan konseling, inpeksi kesehatan lingkungan hingga intervensi kesehatan lingkungan. Kebijakan pelayanan promotif di puskesmas sudah diatur dalam Kepmenkes No. 585/2007, tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2014; Kemenkes RI, 2007; Supari, 2007)

Menanggulangi penyakit berbasis lingkungan (PBL) sangat penting dilakukan, karena lebih dari 80% penyakit yang diderita balita di Indonesia adalah PBL, seperti diare, tuberkolosis, penyakit kulit, ISPA, kecacingan, malaria dan demam berdarah dengue. Saat ini telah muncul PBL jenis baru yang sangat mematikan yaitu flu burung dan flu babi. Kebijakan pemerintah dalam menanggulangi PBL di Puskesmas sesuai Kepmenkes 585/2007 dan Permenkes No. 13/2015 adalah dibentuknya klinik sanitasi (KS), seperti yang dilakukan di Puskesmas Gucialit di Kabupaten Lumajang Provinsi Jawa Timur dan Puskesmas Gambut di Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan. Puskesmas Gucialit wilayah kerjanya berada di daratan, sementara Puskesmas Gambut sebagian wilayah kerjanya adalah rawa-rawa, namun meskipun berbeda karakter wilayah kerja, tapi keduanya sama-sama mempunyai kasus PBL yang tinggi. Kasus diare Kabupaten Lumajang pada tahun 2014 cakupan diare mencapai 28.262 (Dinkes Kab Lumajang, 2015), sementara Kabupaten Banjar kasus diare pada Tahun 2014 mencapai 11.872 kasus, (Dinkes Kabupaten Banjar, 2015)

Klinik sanitasi di Puskesmas menurut M.Ichsan Sudjarno (2009) merupakan wahana untuk mengatasi kesehatan lingkungan. Kegiatan utama di klinik sanitasi adalah sesuai Permenkes No. 13/2015 yaitu konseling, inpeksi kesehatan lingkungan hingga intervensi kesehatan. Model kegiatan Klinik sanitasi) merupakan model inovatif program promosi kesehatan untuk pemberantasan penyakit akibat faktor lingkungan (Sari, 2012).

Manfaat klinik sanitasi di Puskesmas adalah menyadarkan masyarakat untuk hidup sehat dan menurut Depkes RI (2004), bermanfaat untuk pemenuhan kebutuhan sanitasi dasar di masyarakat, seperti meningkatkan kuantitas sarana air bersih

dan jamban keluarga di suatu wilayah. Kepemilikan sanitasi dasar menjadi penting dalam mencegah penyakit diare. Menurut hasil penelitian Steven A Taosu dan R Azizahdi (2013), bahwa salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya diare adalah ketersediaan sanitasi dasar di rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan, seperti saran air bersih, jamban dan saluran pembuangan air limbah. (Taosu and Azizah, 2013)

Hasil penelitian Syarifuddin, dkk (2010) selain membuktikan bahwa kepemilikan sarana sanitasi di masyarakat yang wilayahnya sudah ada pelayanan klinik sanitasi di Puskesmas lebih baik dari wilayah yang tidak memiliki pelayanan Klinik sanitasi di Puskesmas. Wilayah yang mempunyai pelayanan Klinik sanitasi di Puskesmas kasus penyakit berbasis lingkungan seperti diare lebih rendah (19,3%) di bandingkan wilayah yang tidak mempunyai klinik sanitasi di Puskesmas (66,2%). Kepemilikan jamban keluarga 77,8% di wilayah dengan klinik sanitasi di Puskesmas, sementara wilayah tanpa klinik sanitasi di Puskesmas hanya 42,7%. (Syarifuddin ;Ishak Hasanuddin; Seweng Arifin, 2010).

Pelayanan klinik sanitasi di Puskesmas dilakukan dua cara yaitu *indoor* dan *out door*. Pelayanan Klinik sanitasi Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut juga melakukan kegiatan *in door* pada pasien PBL yang berobat di Puskesmas. Sementara kegiatan *out door* seperti kegiatan kunjungan rumah (*home care*). Permasalahan yang dihadapi kedua Puskesmas tersebut adalah meski sudah melaksanakan klinik sanitasi, tetapi masih adanya kasus PBL, salah satunya kasus diare yang cukup tinggi terjadi di Puskesmas Gucialit mencapai 519 orang dan Puskesmas Gambut sebanyak 647 orang tahun 2016. Atas dasar itu, maka pertanyaan penelitian adalah bagaimana gambaran kegiatan Klinik sanitasi di Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut dalam menanggulangi penyakit berbasis lingkungan? Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui gambaran kegiatan Klinik sanitasi di Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut dalam menanggulangi penyakit berbasis lingkungan (PBL).

## METODE

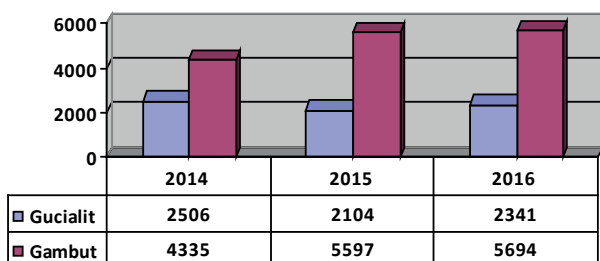
Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif, untuk menilai kegiatan klinik sanitasi di

Puskesmas Gucialit Kabupaten Lumajang Provinsi Jawa Timur dan Puskesmas Gambut Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dari laporan hasil pelayanan di klinik sanitasi dan Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang Provinsi Jawa Timur tahun 2014–2016 dan Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan selama 3 tahun yaitu tahun 2014–2016, meliputi data kasus PBL seperti penyakit diare, kulit dan ISPA dan kunjungan pasien PBL dan bukan PB. Pengambilan data menggunakan *form* data sekunder dan wawancara mendalam (*indepth interview*) pada informan petugas Klinik sanitasi Puskesmas 1 orang di setiap puskesmas, jadi jumlah informan 2 orang. Penelitian dilakukan pada tahun 2016.

**HASIL**

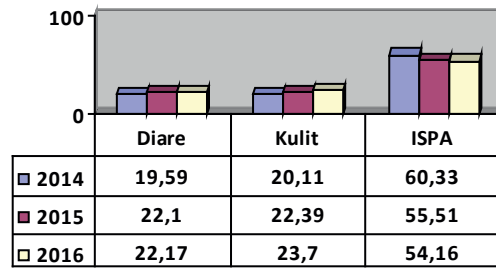
Puskesmas Gucialit Kabupaten Lumajang Provinsi Jawa Timur memiliki luas wilayah kerja 72,83 Km<sup>2</sup> dengan jumlah desa yang dapat dilayani sebanyak 9 desa. Puskesmas Gambut Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan mempunyai luas wilayah kerja 160 km<sup>2</sup> dengan jumlah desa yang dilayani sebanyak 12 desa dan 1 kelurahan, termasuk wilayah dataran rendah dan umumnya rawa-rawa (tergenang air). Data kunjungan pasien penyakit berbasis lingkungan (PBL), di Puskesmas Gucialit pada tahun 2014 sebanyak 2.506 orang, di tahun 2015 menjadi 2.104, dan pada tahun 2016 sebanyak 2.341 orang. Sementara Puskesmas Gambut jumlah kunjungan PBL pada tahun 2014 sebanyak 4.335 orang, tahun 2015 sebanyak 5.597 dan tahun 2016 sebanyak 5.694, seperti gambar 1.

Perkembangan jumlah kunjungan pasien PB di Puskesmas Gucialit mengalami penurunan hingga



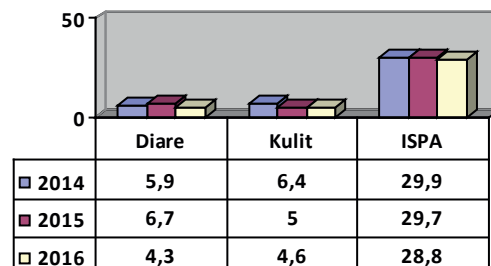
Sumber: Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut tahun 2014–2016

**Gambar 1.** Kunjungan Pasien PBL Tahun 2014–2016



Sumber: Puskesmas Gucialit tahun 2014–2016

**Gambar 2.** Tiga Jenis Penyakit Berbasis Lingkungan (PBL) Tahun 2014–2016 di Puskesmas Gucialit



Sumber: Puskesmas Gambut Tahun 2014–2016

**Gambar 3.** Tiga Jenis Penyakit Berbasis Lingkungan (PBL) Tahun 2014–2016 di Puskesmas Gambut

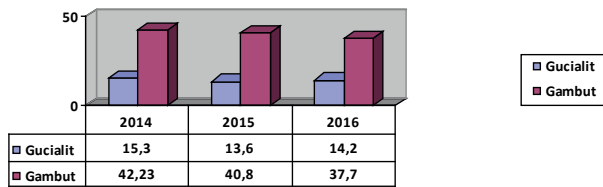
tahun 2016. Hal ini disebabkan, karena adanya penurunan jumlah kunjungan pasien PBL seperti gambar 1, selain itu ada penurunan kunjungan pasien PBL penyakit ISPA dari 60,33% pada tahun 2014 menjadi 54,1% pada tahun 2016, seperti pada gambar 2.

Peningkatan jumlah kunjungan pasien PBL di Puskesmas Gambut, karena jumlah pasien PBL yang datang berobat ke Puskesmas Gambut pada tahun 2016 sangat banyak, khususnya pasien penyakit ISPA mencapai 28,8%.

Jika dilihat menurut jenis PBL seperti diare, kulit dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Puskesmas Gucialit, maka persentase kunjungan pasien PBL tahun 2014–2016 di Puskesmas Gucialit di banding jumlah kunjungan pasien, dapat dilihat pada gambar 2.

Data PBL diare, kulit dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Puskesmas Gambut tahun 2014–2016, sebagaimana pada gambar 3.

Penyakit diare menjadi fokus pelayanan di klinik sanitasi, karena penyakit diare merupakan jenis PBI



Sumber: Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut tahun 2014–2016

**Gambar 4.** Perbandingan (PBL) Tahun 2014–2016 di Puskesmas Gucialit dan Gambut

yang dapat menular dengan cepat, mudah menjadi kejadian luar biasa (KLB). Puskesmas Gucialit pada tahun 2014 jenis PBL seperti kasus diare sebanyak 491 orang (19,59%) dan pada tahun 2016 meningkat menjadi 519 orang (22,17%). Peningkatan penyakit diare menurut petugas klinik sanitasi, disebabkan karena upaya intervensi petugas klinik sanitasi masih belum dipatuhi masyarakat, karena keterbatasan ekonomi untuk memenuhi ketersediaan jamban sehat dan penyediaan air bersih yang sehat. Selain itu keterbatasan tenaga klinik, juga menjadi faktor penghambat untuk membantu masyarakat dalam mengatasi kesehatan lingkungan mereka.

Sementara di Puskesmas Gambut PBL Tahun 2014 jenis PBL seperti kasus diare pada tahun 2014 mencapai 604 (6%) dan pada tahun 2016 menurun menjadi 647 orang (4,3%). Kasus diare di Gambut masih sulit untuk dihilangkan, karena umumnya masyarakat yang tinggal di pinggir sungai masih buang air besar di sungai dan memanfaatkan air sungai itu untuk keperluan sehari-hari. Pasien PBL, seperti pasien diare yang berobat ke Puskesmas dan dirujuk ke klinik sanitasi sangat membantu petugas klinik sanitasi untuk memberikan konseling, guna

mencegah tertularnya diare pada keluarga yang lain. Adapun perbandingan kunjungan pasien PBL di klinik sanitasi Puskesmas tahun 2014–2016 sebagai berikut pada Tabel 1

Puskesmas Gucialit, pada tahun 2014 kunjungan pasien PBL mencapai 15,3%, dari total kunjungan pasien dan pada tahun 2016 menjadi 14,2%. Sementara Puskesmas Gambut, pada tahun 2014 kunjungan pasien PBL mencapai 42,2 %, dan tahun 2016 menjadi 37,7%. Puskesmas Gucialit menunjukkan penurunan kunjungan pasien PBL 1,1%, seperti pada gambar 4. Penurunan ini menurut pernyataan informan sebagai berikut:

*“Selain keterbatasan tenaga (hanya 1 petugas sanitarian) juga didasarkan pertimbangan dokter/ petugas kesehatan yang memeriksa pasien PBL di ruang periksa, seperti bersedianya pasien PBL untuk mengalokasikan waktu menjalani konseling, pasien PBL perilaku hidup bersih dan sehat masih buruk, serta permasalahan ketersediaan sanitasi dasar di lingkungannya. Kunjungan PBL di Klinik Sanitais makin menurun setiap tahun, karena kunjungan PBL menurun dan pasien PBL yang di rujuk di klinik sanitasi benar-benar terseleksi sesuai indikator tersebut.” (DNA, 34 tahun)*

Secara jumlah kunjungan PBL di Puskesmas Gambut jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan pasien antara 2014 dengan 2016, terjadi penurunan (gambar 4), akan tetapi jika dilihat jumlah PBL pada tabel 1 menunjukkan peningkatan, hal ini karena kunjungan pasien PBL cukup banyak pada tahun 2016 seperti pernyataan informan, sebagai berikut :

*“Jumlah Pasien PBL penyakit ISPA yang berobat ke Puskesmas cukup banyak, diikuti dengan penyakit kulit dan diare.” (Ir. 46 tahun)*

**Tabel 1.** Perbandingan Kunjungan Penyakit Berbasis Lingkungan (Diare, Kulit dan ISPA) dengan Kunjungan Pasien di Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut

Nama Desa	Jumlah Kunjungan Pasien Puskesmas			Perbandingan Kunjungan Penyakit Berbasis Lingkungan dengan Kunjungan Pasien Tahun 2014–2016					
	2014	2015	2016	2014		2015		2016	
				Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%
Gucialit	16.367	15.477	16.488	2.506	15,3	2.104	13,6	2.341	14,2
Gambut	10.264	13.730	15.120	4.335	42,23	13.370	40,8	5.694	37,7

Sumber : Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut tahun 2014–2016

Pelayanan klinik sanitasi dalam gedung Puskesmas Gucialit, memanfaatkan sistem pola rujukan internal pasien PBL. Pasien PBL yang dirujuk ke klinik sanitasi Puskesmas berasal dari ruang BP, ruang periksa KIA, ruang periksa Poned dan ruang periksa ruang rawat inap. Selain itu kunjungan klien yaitu kunjungan individu yang langsung datang ke klinik untuk berkonsultasi masalah kesehatan, setelah melakukan pendaftaran di loket Puskesmas. Pelayanan klinik sanitasi dalam gedung Puskesmas Gambut sama seperti pelayanan Klinik sanitasi di Puskesmas Gucialit yaitu menggunakan rujukan internal. Di klinik sanitasi pasien akan dicatat karakteristik penderita dan keluarganya dan selanjutnya dilakukan konseling. Selanjutnya petugas akan membantu menyimpulkan permasalahan lingkungan dan perilaku sehat yang disertai pemecahan masalah yang sederhana, murah dan mudah untuk dilaksanakan. Petugas klinik sanitasi membuat kesepakatan jadwal kunjungan rumah terhadap pasien yang dipandang perlu untuk dilakukan tindak lanjut kegiatan *home care*. Setiap *home care* petugas berkoordinasi dengan masyarakat melalui tokoh agama, tokoh masyarakat, lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD), guru serta berkoordinasi dengan lintas sektor kecamatan bagian agama/pendidikan, pekerjaan umum-perumahan dan lingkungan hidup. Menurut informan, melibatkan peran serta masyarakat, sangat membantu memperlancar kegiatan intervensi, karena membuat pasien lebih peduli terhadap informasi yang disampaikan petugas klinik sanitasi, dari pada petugas klinik sanitasi sendirian yang datang di kediaman pasien PBL.

Kegiatan klinik sanitasi di luar gedung di Puskesmas Gucialit dan Gambut adalah kunjungan rumah (*home care*) sebagai *feed back* hasil konseling, namun tidak semua pasien akan memperoleh *feed back*. Menurut pernyataan informan Puskesmas Gucialit adalah:

*“Hanya hasil konseling terhadap pasien PBL yang menunjukkan adanya kecenderungan berkembang atau meluasnya penyakit pasien atau pasien yang*

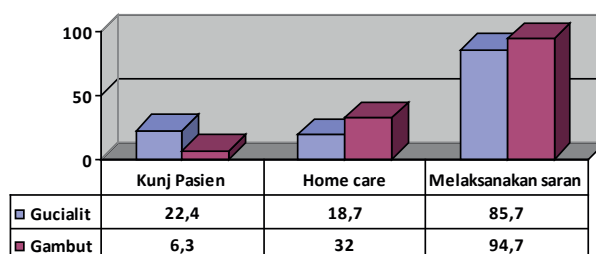
*memiliki lingkungan pemukiman dengan sanitasi yang rendah dan pasien yang belum berperilaku hidup bersih dan sehat”.* (DNA,34 tahun)

Alasan dilakukan kunjungan rumah menurut pernyataan informan Puskesmas Gambut:

*“Kunjungan rumah merupakan kegiatan rutin untuk mempertajam sasaran sesuai hasil konseling. Kunjungan rumah selalu menyertakan kader kesehatan lingkungan, perangkat desa dan tokoh masyarakat. Kegiatan yang dilakukan meliputi pemeriksaan dan pengamatan lingkungan dan perilaku yang mengacu pada Pedoman Teknis Klinik sanitasi puskesmas sesuai dengan kasus penyakit yang diderita pasien”* (lr. 46 tahun)

Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut yang dirujuk di klinik sanitasi dan yang memperoleh pelayanan tindak lanjut *home care* pada tahun 2016 adalah sebagai berikut pada Tabel 2.

Berdasarkan jumlah pasien PBL yang memperoleh pelayanan tindak lanjut berupa kunjungan rumah (*home care*) oleh petugas klinik sanitasi dan pasien yang mau mengikuti saran pada tahun 2016 cukup tinggi yaitu di Puskesmas Gucialit sebanyak 84 (85,7%) dari 98 orang yang di kunjungi, sementara di Puskesmas Gambut sebanyak 108 (94,7%) dari 114 orang yang dikunjungi, seperti pada gambar 5. Jika dilihat, maka jumlah pasien Puskesmas Gucialit yang dikunjungi *home care* oleh petugas Klinik sanitasi



Sumber: Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut tahun 2014-2016

**Gambar 5.** Perbandingan PBL Tahun 2016 di Puskesmas Gucialit dan Gambut

**Tabel 2.** Pasien PBL yang dilayani di Klinik sanitasi Tahun 2016

No	Nama Puskesmas	Jumlah Kunjungan Pasien PBL di Puskesmas	Kegiatan Klinik Sanitasi					
			Kunjungan Pasien		Tindak Lanjut Home Care		Pasien Melaksanakan Saran	
1	Gucialit	2341	524	22,4%	98	18,7 %	84	85,7 %
2	Gambut	5694	356	6,3 %	114	32,02%	108	94,7 %

Sumber: Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut tahun 2014–2016

lebih rendah dari Puskesmas Gambut, karena selain keterbatasan tenaga juga geografis yang berbeda.

Penyebab pasien belum mengikuti saran perbaikan, di Puskesmas Gambut adalah karena keterbatasan ekonomi dan kondisi rumah yang tinggal diatas rawa-rawa, sehingga sulit untuk memenuhi kebutuhan sarana sanitasi yang membutuhkan biaya cukup mahal. Sementara di Puskesmas Gucialit menurut pernyataan informan adalah:

*“Karena pasien yang dikunjungi punya keterbatasan ekonomi untuk memenuhi kebutuhan sanitasi dasar lengkap dan faktor kebiasaan yang masih sulit merubah perilaku bersih dan sehat sesuai saran petugas sanitasi, seperti penggunaan air bersih sesuai syarat kesehatan untuk kepentingan mandi, cuci dan masak, cuci tangan menggunakan sabun setelah BAB dan cuci tangan sebelum makan, dan kebiasaan tidak membuang sampah di tempatnya, tetapi dibuang di pekarangan, agar mudah dibakar sekalian sebagai pengusir nyamuk.”. (DNA, 34 tahun)*

Berdasarkan informasi yang disampaikan oleh informan di atas, menunjukkan, bahwa petugas Klinik sanitasi Puskesmas sudah melakukan kegiatan *in door* dan *out door*, dan setiap kegiatan *out door* selalu menyertakan kader kesehatan lingkungan, perangkat desa dan tokoh masyarakat, agar kehadiran tokoh masyarakat tersebut dapat membuat pasien lebih peduli dan mengikuti saran intervensi yang diberikan. Namun keterbatasan tenaga klinik sanitasi menjadi penyebab ketidakmampuan menangani seluruh pasien PBL di Puskesmas. Partisipasi pasien masih rendah terhadap klinik sanitasi. Permasalahan lain adalah masih rendahnya kepemilikan dan kualitas sanitasi dasar di lingkungan pemukiman pasien PBL yang dikunjungi, karena faktor ekonomi.

## PEMBAHASAN

Kegiatan pelayanan klinik sanitasi di Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut, merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 585/2007 dan Permenkes No. 13/2015 seperti kegiatan pelayanan konseling, pelaksanaan inspeksi dan intervensi kesehatan lingkungan untuk menanggulangi PBL. (Kemenkes RI, 2007). Pelaksanaan klinik sanitasi dilakukan secara terencana, terpadu dan integrasi. Menurut Hamzah Hasyim (2008), mengatasi PBL perlu mempunyai manajemen pengendalian penyakit lingkungan berbasis wilayah yang dilaksanakan secara simultan, paripurna, terencana, dan terintegrasi dengan tatalaksana kasus penyakit dan

harus dilakukan secara terencana, terpadu dengan berbagai faktor risiko (Hamzah Hasyim, 2008).

Klinik sanitasi dibentuk menurut Elni Sari (2012) adalah model inovatif program promosi kesehatan untuk mengatasi permasalahan penyakit berbasis lingkungan (PBL) seperti penyakit diare, penyakit kulit/*scabies*, ISPA, malaria, *tuberculosis*, demam berdarah *dengue*. Semua elemen Puskesmas berkewajiban mensosialisasikan klinik sanitasi kepada masyarakat, agar masyarakat menyadari pentingnya klinik sanitasi untuk menanggulangi PBL (Sari, 2012).

Menurut M. Ichsan Sudjarno (2009) setiap Puskesmas penting mempunyai klinik sanitasi. Keberhasilan klinik sanitasi di Puskesmas tidak terlepas dari sistem integrasi dan lintas program. Manfaat klinik sanitasi yang berjalan dengan baik akan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah itu seperti peningkatan kuantitas sarana air bersih dan jamban keluarga hingga 17–27% dan kualitas saran air bersih dan jamban keluarga hingga 24% di suatu wilayah. (Syarifuddin ;Ishak Hasanuddin; Seweng Arifin, 2010)

Pelayanan klinik sanitasi salah satunya wajib mencatat karakteristik pasien dalam lembar status kesehatan lingkungan pasien PBL. Kunjungan pasien PBL pada tahun 2014 di Puskesmas Gucialit sebanyak 2.506 (15,3% dari kunjungan pasien Puskesmas) dan menurun pada tahun 2016 menjadi 2.341 (14,2%) dari kunjungan pasien di Puskesmas. Sebaliknya kunjungan pasien PBL di Puskesmas Gambut yang memperoleh pelayanan di klinik sanitasi pada tahun 2014 sebanyak 4.335 (42,23%) dari kunjungan pasien di Puskesmas menjadi 5.694 pada tahun 2016 (37,7%) dari kunjungan pasien di Puskesmas. Penurunan kunjungan pasien PBL di klinik sanitasi, sesuai pengamatan petugas klinik sanitasi adalah karena partisipasi pasien PBL berkunjung ke klinik sanitasi masih rendah.

Konseling bagian terpenting dalam kegiatan klinik sanitasi Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut untuk mengenali lebih awal PBL yang dialami pasien dan perilaku tidak sehat pasien PBL. Hasil konseling selalu diakhiri dengan memberikan solusi dan penentuan tindak lanjut berupa *home care* atau inspeksi kunjungan rumah. Menurut Kementerian Kesehatan dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), konseling wajib dilakukan pada penderita diare, sesuai manajemen penanganan diare, selain pemberian oralit, pemberian suplemen zink selama 10–14 hari untuk meningkatkan daya tahan tubuh

penderita, pemberian ASI dan makanan serta pemberian antibiotik (Kemenkes RI, 2014). Konseling bagian penting dalam pelayanan di klinik sanitasi, karena konseling lebih menekankan pemahaman, rasa empati, dan komunikasi kepada pasien perorangan, gunanya untuk mengenali kebutuhan kesehatan pasien secara psikologis, membantu pasien memiliki pilihan tindakan mengatasi permasalahan kesehatan yang di hadapi saat itu (Sari Kurnia, 2016). Selain konseling juga disertai dengan memberikan pemahaman kesehatan untuk perbaikan perilaku sehat pasien.

Berdasarkan hasil konseling, maka petugas klinik sanitasi yang memutuskan tindak lanjut sesuai kesepakatan pada pasien dan ketersediaan tenaga kesling. Pasien PBL yang prioritas memperoleh kunjungan rumah adalah pasien sesuai hasil konseling yang sangat bermasalah kesehatan dan ada kecenderungan akan berkembang dan meluasnya penyakit atau kejadian kesakitan yang diderita pasien tersebut serta buruknya lingkungan pemukiman pasien. Jadi klinik sanitasi turut berperan dalam memperbaiki kondisi sanitasi tempat tinggal pasien, karena buruknya kondisi sanitasi dapat menjadi tempat berkembang biaknya kuman dan vektor penyakit dan bahkan menjadi transmisi agen penyakit dan gangguan estetika. (Jamarin, Rasyid and Rusjdi, 2013). Akibat sarana sanitasi yang buruk seperti sarana penyediaan air bersih menurut hasil penelitian Septian Bumulo (2012) di Kota Barat Kota Gorontalo, menampung air bersih di wadah terbuka dan jarak sumber air dengan jamban menyebabkan air terkontaminasi bakteri penyebab diare, khususnya pada anak balita.

Tindak lanjut hasil konseling dilakukan untuk melihat secara langsung perilaku kesehatan pasien dan kondisi lingkungan tempat tinggal pasien PBL, sebagai bentuk pengawasan yang standar, norma dan baku mutu kesehatan lingkungan. Sesuai data yang tersedia, di Puskesmas Gucialit pada tahun 2016 dari 524 pasien PBL yang datang di Klinik sanitasi, yang memperoleh pelayanan tindak lanjut *home care* sebanyak 98 orang (18,7%), sedangkan di Puskesmas Gambut dari 356 pasien PBL yang dilayani di Klinik sanitasi, yang memperoleh pelayanan tindak lanjut *home care* sebanyak 114 orang (32,02). Puskesmas Gambut lebih banyak melakukan kunjungan pasien PBL, dengan kondisi lingkungan pasien tinggal banyak di daerah rawa-rawa, sehingga perlu intervensi untuk mencegah meluasnya penyakit diare yang disebarkan oleh kuman *E. coli* melalui air kotor

yang digunakan untuk mandi dan cuci. Rendahnya partisipasi masyarakat dan keterbatasan tenaga klinik sanitasi menjadi penyebab rendahnya cakupan *home care* pasien PBL

Penyakit diare dalam PBL menjadi penting, karena angka kesakitan masih tinggi dan berpotensi menyebabkan kematian dan kebanyakan penderita diare adalah anak balita seperti kejadian di Kabupaten Sukoharjo. (Amaliah, 2010). Menurut Kasnodihardjo dan Elsa Elsi (2013) penyakit diare merupakan jenis PBL paling banyak menyerang bayi dan anak balita, dibanding jenis PBL yang lain. Dari 400 responden bayi dan/atau anak balita sebanyak (25,2%), sementara infeksi PBL lainnya seperti saluran pernapasan atas (23,9%), pneumonia (14,5%) dan tuberkulosis paru (7,2%). Penyakit demam berdarah dengue (0%), malaria (2,7%), demam tifoid 4,5%, dan tetanus 2,0%. (Kasnodiharjo and Elsi, 2013)

Menurut Ni'mah, 2007 dalam Numlil KR, dkk (2012) diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia, mengingat prevalensinya masih tinggi, menjadi penyebab kematian neonatal maupun balita, bahkan penyakit diare sering menjadi kejadian luar biasa dan masih menempati urutan teratas dari 10 besar penyakit di Indonesia, Menurut hasil penelitian Numil KR dkk (2009) penyakit diare saat ini masih merupakan jenis penyakit terbanyak di urutan pertama dari 10 besar penyakit di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta. (Rusdi Khaira Numlil ; Gulton Betti ;Wulandari A, 2009). Bahaya PBL terhadap balita, menurut Elsa Elsi (2012) balita yang terinfeksi akan sulit mendapat asupan makanan bergizi, sehingga menyebabkan balita menjadi kurang gizi, hingga mencapai proporsi gizi kurang 15,8% dan mencapai gizi buruk 5,7% (Elsi E, 2012)

Salah satu cara menanggulangi PBL, petugas klinik sanitasi memberikan intervensi kesehatan lingkungan khusus kepada pasien yang mempunyai kualitas lingkungan yang rendah dan masih berperilaku buruk terhadap kesehatan. Kegiatan intervensi dilakukan setelah memperoleh persetujuan pasien. Intervensi merupakan tindakan untuk penyehatan, pengamanan dan pengendalian dalam mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat. Penyehatan lingkungan pemukiman bagian penting memutuskan mata rantai penularan penyakit (Achmadi UF. 2012.). Selain itu menurut Soedjajadi Keman (2005) lingkungan yang tidak sehat merupakan faktor risiko timbulnya berbagai PBL Namun menciptakan lingkungan pemukiman yang sehat, lingkungan yang

tidak kumuh saat ini masih menjadi masalah, karena selain laju pertumbuhan penduduk yang tinggi dan urbanisasi juga permasalahan ekonomi khususnya pada kelompok ekonomi masyarakat yang rendah (Keman, 2005).

Hasil penelitian Syarifuddin,dkk (2010) di Kabupaten Takalar, menunjukkan manfaat adanya intervensi petugas Klinik sanitasi, karena mampu menekan penyakit diare, yang mengakibatkan 80,7% penduduk terhindar dari penyakit diare, sementara puskesmas yang tidak melaksanakan kegiatan klinik sanitasi hanya 33% penduduk yang terlepas dari diare. Penyebab masyarakat terhindar penyakit diare tersebut adalah karena masyarakat melaksanakan intervensi petugas Klinik sanitasi, semakin banyak keluarga yang memiliki sarana air bersih (SAB) untuk mandi, cuci dan kakus (MCK) hingga 87,7%, kepemilikan Jamban Keluarga 77,8%, dan memiliki sarana pembuangan air limbah (SPAL) 65,6%. Sementara keluarga yang tinggal di wilayah Puskesmas yang tidak ada pelayanan Klinik sanitasi, menyebabkan jumlah keluarga yang memiliki SAB sangat rendah hanya 15,9%, sebanyak 57,3% keluarga punya jamban dan hanya 40,1% keluarga yang memiliki SPAL.

Alur pelayanan pasien PBL di Puskesmas Gucialit dan Gambut, sama yaitu semua pasien PBL yang datang di ruang periksa, termasuk ruang periksa KIA dan ruang periksa dari tempat yang lain berhak memperoleh pelayanan klinik sanitasi melalui sistem rujukan yang sudah disepakati. Pelayanan klinik sanitasi tidak harus berada di ruang klinik sanitasi saja, tetapi pelayanan dilakukan di ruang lain yang tersedia di Puskesmas, jika pasien PBL secara fisik tidak mampu mendatangi ruangan Klinik sanitasi. Setelah memperoleh pelayanan di klinik sanitasi, pasien PBL berhak memperoleh obat. Selain alur pasien PBL tersebut, ada juga pengunjung klinik sanitasi bukan pasien PBL, mereka datang cukup mendaftar di loket pendaftaran dan langsung ke klinik sanitasi. Mereka adalah orang yang ingin menindaklanjuti kunjungan rumah dan klien atau orang yang mau berkonsultasi dan para penyedia sarana sanitasi desa.

Klinik sanitasi di Puskesmas Guciali dan Gambut dipimpin oleh tenaga sanitasi dengan kompetensi Ahli Kesehatan Lingkungan (Kesling). Hal ini tepat, karena sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.66/2014 tentang Kesehatan Lingkungan, bahwa tenaga kesehatan lingkungan sudah dibekali pengetahuan dan keterampilan untuk mencegah

gangguan kesehatan akibat faktor lingkungan dan untuk mewujudkan kualitas lingkungan dari aspek fisik, kima, biologi maupun sosial. Menurut Elni Sari (2012), seseorang pengelola klinik sanitasi dituntut mempunyai pengetahuan dan keterampilan dalam menentukan masalah kesehatan lingkungan dan perilaku yang berkaitan dengan penyakit berbasis lingkungan (Sari Elni, 2012) . Namun karena keterbatasan jumlah tenaga yang ada, sehingga kegiatan klinik sanitasi belum bisa optimal dilaksanakan. Permasalahan seperti ini juga terjadi di Puskesmas Pajangan Bantul sesuai hasil penelitian Putri and Mulasari (2018) bahwa program klinik sanitasi memperoleh kendala karena minimnya petugas, sehingga program klinik sanitasi tidak dapat berjalan seperti yang diharapkan.

Peran klinik sanitasi sebenarnya sangat membantu mengatasi PBL di Puskesmas, mengubah perilaku sehat masyarakat dan perbaikan kualitas kesehatan lingkungan. Semua Puskesmas seharusnya melaksanakan klinik sanitasi, namun hasil penelitiannya Syarifuddin, dkk (2010) saat ini masih ada Puskesmas yang tidak melaksanakan Klinik sanitasi, karena belum memahami fungsi Klinik sanitasi, selain itu masih ada masyarakat yang belum faham keberadaan dan kemanfaatan klinik sanitasi di Puskesmas.

Kondisi seperti itu jika dibiarkan, dapat menyebabkan klinik sanitasi sepi pengunjung, sehingga penting bagi Puskesmas membuat SOP rujukan yang disepakati bersama dan menekankan pada pasien untuk melaksanakan rujukan dan melarang petugas apotek untuk tidak memberikan obat kepada pasien yang tidak mengikuti alur rujukan. Jika kembali merujuk Kepmenkes No .585/2007 dan Permenkes No. 13/2015, pelayanan Klinik sanitasi adalah salah satu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang wajib dan sebagai prioritas di setiap Puskesmas, sesuai fungsi Puskesmas sebagai UKM yang sesuai Permenkes 75/2014 wajib mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

## KESIMPULAN

Jenis kunjungan PBL di Puskesmas Gucialit dan Gambut adalah penyakit diare, kulit dan ISPA. Kegiatan Klinik sanitasi di Puskesmas, seperti konseling, kunjungan rumah (*home care*) dan intervensi kesehatan terhadap pasien PBL yang dikunjungi, agar dapat berperilaku sehat dan mau



melakukan perbaikan sarana sanitasi. Kewaspadaan terhadap PBL menjadi penting, karena infeksi PBL, seperti penyakit diare masih menjadi salah satu penyakit yang mudah menjadi KLB dan masih menjadi penyebab kematian anak balita di Indonesia.

Ketersediaan jumlah tenaga kesehatan lingkungan untuk Klinik sanitasi masih kurang. Hal ini menjadi salah satu penyebab tidak semua pasien PBL di puskesmas memperoleh pelayanan di Klinik sanitasi dan tidak semua pasien mendapatkan kunjungan rumah. Pasien yang memperoleh pelayanan di Klinik sanitasi adalah pasien yang telah mendapat pemeriksaan oleh dokter BP dan hanya pasien PBL yang menunjukkan perilaku sehat yang rendah yang di rujuk ke klinik sanitasi.

Tidak semua pasien bersedia memenuhi saran intervensi kesehatan petugas Klinik sanitasi dalam mencegah PBL, hal ini disebabkan karena keterbatasan ekonomi, sehingga sulit untuk membiayai pemenuhan kebutuhan sanitasi dasar seperti tersedianya sarana air bersih, jamban sehat dan tempat pembuangan sampah dan limbah yang memenuhi syarat kesehatan.

## SARAN

Puskesmas wajib menyelenggarakan pelayanan klinik sanitasi untuk mendukung program promotif dan preventif, dalam menanggulangi penyakit berbasis lingkungan (PBL).

## UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada Kepala Pusat Humaniora dan Manajemen Kesehatan yang memfasilitasi pelaksanaan penelitian, penulisan artikel dan pembinaan peneliti sesuai SK No. HK. 02.04/1/48/2017. Kepala Puskesmas dan Petugas klinik sanitasi di Puskesmas Gucialit dan Puskesmas Gambut yang sudah berkenan membantu kami mengumpulkan data terkait pelayanan klinik sanitasi baik data sekunder maupun melalui wawancara mendalam. Pengelola perpustakaan Pusat Humaniora dan Manajemen Kesehatan dan kepada teman-teman yang sempat terlibat dalam persiapan penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi U.F. 2012. Dasar-dasar Penyakit Berbasis Lingkungan. Jakarta, Rajawali Pers
- Amaliah, S. 2010. Hubungan Sanitasi Lingkungan Dan Faktor Budaya Dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita di Desa Toriyo Kecamatan Bendosari Kabupaten Sukoharjo .
- Bumulo, S. 2012. Hubungan Sarana Penyediaan Air Bersih Dan Jenis Jamban Keluarga Dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Pilolodaa Kecamatan Kota Barat Kota Gorontalo Tahun 2012.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. Panduan Konseling Bagi Petugas Klinik sanitasi di Puskesmas. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. 2014. Profil Kab Lumajang 2013. Lumajang.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar. 2014. Profil Kabupaten Banjar 2014. Banjar.
- Elsi E. 2012. Hubungan Penyakit menular Berbasis Lingkungan Dengan Status Gizi Balita. Gizi Indonesia, 35 (2), 146–155.
- Hamzah Hasyim. 2008. Manajemen Penyakit Lingkungan Berbasis Wilayah. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 11, 72–79.
- Jamarin, V., Rasyid, R. and Rusjdi, S.R. 2013. Description of Sanitation Clinic Implementation. Primary Health Care Services in Bukittinggi, 5 (1), 154–57.
- Kasnodiharjo and Elsi, E. 2013. Deskripsi Sanitasi Lingkungan, Perilaku Ibu, dan Kesehatan Anak. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 7 (9), 415–20.
- Keman, S. 2005. Kesehatan Perumahan Dan Lingkungan Pemukiman. Jurnal Kesehatan Lingkungan, 2 (1), 29–42. doi: 10.1111/j.18347819.2006.tb00442.x.
- Kementerian Kesehatan RI. 2007. Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas.Pdf. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta. doi: 10.1111/evo.12990.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2015. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan Di Puskesmas. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2007. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585/Menkes/SK/V/2007, Tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas. Jakarta.

- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Riskesdas 2013. Jakarta
- Rusdi Khaira Numlil ; Gulton Betti ;Wulandari A. 2009. Evaluasi penggunaan obat diare terhadap kesesuaian obat dan dosis pada pasien anak rawat inap di rumah sakit umum daerah (RSUD) Budhi Asih Jakarta. *Buletin farmasains*, 1 (5).
- Putri, A.M., & Mulasari, S.A. 2018. Klinik sanitasi Dan Peranannya Dalam Peningkatan Kesehatan Lingkungan Di Puskesmas Pajangan Bantul. *Jurnal Medika Respati* 13, 9.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Peraturan Pemerintah No.66 tentang Kesehatan Lingkungan. Jakarta.
- Sari Elni. 2012. Analisis Sumber Daya Organisasi dalam Pelaksanaan Program Klinik sanitasi Puskesmas di Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2012. Tersedia pada: [http://repository.unand.ac.id/20416/1/ARTIKEL\\_PENELITIAN.pdf](http://repository.unand.ac.id/20416/1/ARTIKEL_PENELITIAN.pdf).
- Sari Kurnia. 2016. Layanan Konseling Perorangan Dalam Praktek Kebidanan, 2 (1), 11–20.
- Sudjarno Ichsan M. 2009. Klinik sanitasi Pengantar. Jakarta, Poltekes Kesehatan.
- Syarifuddin ,Ishak Hasanuddin, Seweng Arifin. 2010. Hubungan pelaksanaan klinik sanitasi dengan kejadian diare di kabupaten takalar, 6(2), 81–85.
- Taosu, S.A., Azizah, R. 2013. Hubungan Sanitasi Dasar Rumah Dan Perilaku Ibu Rumah Tangga Dengan Kejadian Diare Pada Balita di Desa Bena Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 7 (1).