

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

##### **1. Diare**

###### **a. Definisi Diare**

Menurut Pierce and Neil Borley (2006) Diare adalah pengeluaran feses yang lunak dan cair yang disebut juga dengan nama urgensi yaitu sensasi ingin defekasi yang tidak dapat ditunda. Ini dapat mengidentifikasi adanya iritabilitas rectum tetapi dapat pula terjadi ketika volume feses yang cair terlalu banyak, sehingga menyebabkan rectum terlalu penuh sebagai tempat penimbunan. Frekuensi hanya menggambarkan jumlah feses yang dikeluarkan dan dapat atau tidak berhubungan dengan urgensi atau diare.

Diare adalah sebagai suatu keadaan di mana seseorang yang buang air besarnya tidak normal atau bentuk tinja melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih banyak dari biasanya. Neonates dinyatakan diare bila frekuensi buang air besar sudah lebih dari 4 kali, sedangkan untuk bayi berumur lebih dari 1 bulan dan anak, bila frekuensinya lebih dari 3 kali. Diare dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor infeksi, faktor malabsorpsi, faktor makanan, dan faktor psikologis (Hassan, 2005).

## b. Klasifikasi diare

Menurut Asnil, Noerasid, dan Suratmadja (2007), diare di klasifikasikan berdasarkan lama waktu diare terdiri dari, diare akut yaitu diare yang terjadi sewaktu-waktu, berlangsung kurang dari 14 hari, dengan pengeluaran tinja lunak atau cair yang dapat atau tanpa disertai lender dan darah. Diare persisten adalah diare yang berlangsung 15-30 hari, merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik. Dan terakhir diare kronik adalah diare hilang timbul, atau berlangsung lama dengan penyebab non-infeksi, seperti penyakit sensitife terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun. Lama diare kronik 30 hari.

## c. Etiologi Diare

Rotavirus merupakan etiologi paling penting yang menyebabkan diare pada anak dan balita. Infeksi rotavirus biasanya terdapat pada anak-anak umur 6 bulan – 2 tahun (Suharyono, 2008). Infeksi Rotavirus menyebabkan sebagian besar perawatan rumah sakit karena diare berat pada anak-anak kecil dan merupakan infeksi nosokomial yang signifikan oleh mikroorganisme patogen. *Salmonella*, *Shigella* dan *Campylobacter* merupakan bakteri patogen yang paling sering diisolasi. Mikroorganisme *Giardia lamblia* dan *Cryptosporidium* merupakan parasit yang paling sering menimbulkan diare infeksius akut (Wong, 2009). Selain Rotavirus, telah ditemukan juga virus baru yaitu *Norwalk virus*. Virus ini lebih

banyak kasus pada orang dewasa dibandingkan anak-anak (Suharyono, 2008). Kebanyakan mikroorganisme penyebab diare disebarluaskan lewat jalur fekal-oral melalui makanan, air yang terkontaminasi atau ditularkan antar manusia dengan kontak yang erat (Wong, 2009).

#### d. Mekanisme penularan diare

Penyakit diare sebagian besar (75%) disebabkan oleh kuman seperti virus dan bakteri. Penularan penyakit diare melalui orofekal terjadi dengan mekanisme melalui air yang merupakan media penularan utama. Diare dapat terjadi bila seseorang menggunakan air minum yang sudah tercemar, baik tercemar dari sumbernya, tercemar selama perjalanan sampai ke rumah-rumah, atau tercemar pada saat disimpan di rumah. Pencemaran di rumah terjadi bila tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan yang tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan. Melalui tinja yang terinfeksi juga bisa misalnya tinja yang tersebut dihindangi oleh binatang dan kemudian binatang tersebut hinggap dimakanan, maka makanan itu dapat menularkan diare ke orang yang memakannya. Sedangkan penularan diare pada anak/balita berbeda misalnya pada usia 4 bulan bayi sudah tidak diberi ASI eksklusif lagi. Hal ini akan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian karena diare, karena ASI banyak mengandung zat-zat kekebalan terhadap infeksi. Misalnya lagi memberikan susu formula dalam botol kepada bayi. Pemakaian botol akan meningkatkan resiko pencemaran kuman, dan susu akan terkontaminasi

oleh kuman dari botol. Kuman akan cepat berkembang bila susu tidak segera diminum (Widoyono, 2008).

#### e. Manifestasi klinis

Menurut (Widoyono, 2008) beberapa gejala dan tanda diare dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Gejala umum ditandai dengan Berak cair atau lembek dan sering adalah gejala khas diare. Muntah, biasanya menyertai diare pada gastroenteritis akut. Demam, dapat mendahului atau tidak mendahului gejala diare. Gejala dehidrasi, yaitu mata cekung, ketegangan kulit menurun, apatis, bahkan gelisah
- 2) Gejala spesifik adalah Vibrio cholera : diare hebat, warna tinja seperti cucian beras dan berbau amis. Disenteriform : tinja berlendir dan berdarah.

#### f. Pencegahan diare

Pencegahan diare menurut pedoman tatalaksana diare Depkes RI (2011) adalah sebagai berikut :

##### 1. Pemberian ASI

ASI adalah makanan paling baik untuk bayi. Komponen zat makanan tersedia dalam bentuk yang ideal dan seimbang untuk dicerna dan diserap secara optimal oleh bayi. ASI saja sudah cukup untuk menjaga pertumbuhan sampai umur 6 bulan. Tidak ada makanan lain yang dibutuhkan selama masa ini. ASI mempunyai khasiat preventif

secara imunologik dengan adanya antibodi dan zat-zat lain yang dikandungnya. ASI turut memberikan perlindungan terhadap diare. Pada bayi yang baru lahir, pemberian ASI secara penuh mempunyai daya lindung 4 kali lebih besar terhadap diare dari pada pemberian pemberian ASI yang disertai dengan susu botol. Flora normal usus bayi yang disusui mencegah tumbuhnya bakteri penyebab botol untuk susu formula, beresiko tinggi menyebabkan diare yang dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk (Depkes RI, 2011).

## 2. Pemberian makanan pendamping ASI

Pemberian makanan pendamping ASI adalah saat bayi secara bertahap mulai dibiasakan dengan makanan orang dewasa. Perilaku pemberian makanan pendamping ASI yang baik meliputi perhatian terhadap kapan, apa, dan bagaimana makanan pendamping ASI diberikan (Depkes RI, 2011).

Ada beberapa saran untuk meningkatkan pemberian makanan pendamping ASI, yaitu :

- a) Perkenalkan makanan lunak, ketika anak berumur 6 bulan dan dapat teruskan pemberian ASI. Tambahkan macam makanan setelah anak berumur 9 bulan atau lebih. berikan makanan lebih sering 4x sehari. Setelah anak berumur 1 tahun. Berikan semua makanan yang dimasak dengan baik, 4-6 x sehari, serta teruskan pemberian ASI bila mungkin.

- b) Tambahkan minyak, lemak dan gula ke dalam nasi/bubur dan biji-bijian untuk energy. Tambahkan hasil olahan susu, telur, ikan, daging, kacang-kacangan, buah-buahan dan sayuran berwarna hijau ke dalam makanannya.
  - c) Cuci tangan sebelum menyiapkan makanan dan menyuapi anak. Suapi anak dengan sendok yang bersih. Masak makanan dengan benar, simpan sisanya pada tempat yang dingin dan panaskan dengan benar sebelum diberikan kepada anak.
  - d) Masak makanan dengan benar, simpan sisanya pada tempat yang dingin dan panaskan dengan benar sebelum diberikan kepada anak (Depkes RI, 2011).
3. Menggunakan air bersih yang cukup
- Penularan kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui faecal-oral kuman tersebut dapat ditularkan bila masuk ke dalam mulut melalui makanan, minuman atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya jari-jari tangan, makanan yang wadah atau tempat makan-minum yang dicuci dengan air tercemar. Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air yang benar-benar bersih mempunyai resiko menderita diare lebih kecil disbanding dengan masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih. Masyarakat dapat mengurangi resiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air yang bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanannya di rumah (Depkes RI, 2011).

Yang harus diperhatikan oleh keluarga adalah :

- a) Ambil air dari sumber air yang bersih
- b) Simpan air dalam tempat yang bersih dan tertutup serta gunakan gayung khusus untuk mengambil air.
- c) Jaga sumber air dari pencemaran oleh binatang dan untuk mandi anak-anak
- d) Minum air yang sudah matang (dimasak sampai mendidih)
- e) Cuci semua peralatan masak dan peralatan makan dengan air yang bersih dan cukup (Depkes RI, 2011).

#### 4. Mencuci tangan

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare (menurunkan angka kejadian diare sebesar 47%) (Depkes RI, 2011).

#### 5. Menggunakan jamban

Pengalaman di beberapa Negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan resiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak mempunyai jamban harus membuat dan keluarga harus buang air

besar di jamban (Depkes RI, 2011). Yang harus diperhatikan oleh keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Keluarga harus mempunyai jamban yang berfungsi baik dan dapat dipakai oleh seluruh anggota keluarga.
- b. Bersihkan jamban secara teratur
- c. Gunakan alas kaki bila akan buang air besar (Depkes RI, 2011).

#### 6. Membuang tinja bayi yang benar

Banyak orang beranggapan bahwa tinja bayi itu tidak berbahaya. Hal ini tidak benar karena tinja bayi dapat pula menularkan penyakit pada anak-anak dan orang tuanya. Tinja bayi harus dibuang secara benar (Depkes RI, 2011).

Yang harus diperhatikan oleh keluarga adalah :

- a. Kumpulkan segera tinja bayi dan buang di jamban
- b. Bantu anak buang air besar di tempat yang bersih dan mudah di jangkau olehnya.
- c. Bila tidak ada jamban, pilih tempat untuk membuang tinja seperti di dalam lubang atau di kebun kemudian ditimbun.
- d. Bersihkan dengan benar setelah buang air besar dan cuci tangan dengan sabun (Depkes RI, 2011).

#### 7. Pemberian imunisasi campak

Pemberian imunisasi campak pada bayi sangat penting untuk mencegah agar bayi tidak terkena penyakit campak. Anak yang

sakit campak sering disertai diare, sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare. Oleh karena itu berilah imunisasi campak segera setelah bayi berumur 9 bulan (Depkes RI, 2011).

Prinsip tatalaksana diare akut dalam buku Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) tahun 2008, yaitu:

1. Mencegah terjadinya dehidrasi

Mencegah dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan lebih banyak cairan (minum). Macam cairan yang diberikan tergantung pada kebiasaan setempat dalam mengobati diare, tersedianya cairan sari makanan yang cocok, jangkauan pelayanan kesehatan, dan tersedianya oralit.

2. Mengatasi Dehidrasi

Pengobatan diare dilakukan melalui beberapa langkah yang disebutkan berikut ini:

- a. Tetapkan derajat dehidrasi penderita, apakah tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan, dehidrasi sedang, atau dehidrasi berat. Klasifikasinya dapat dilihat pada tabel.
- b. Tetapkan rencana pengobatan sesuai derajat dehidrasi penderita diare, rencana pengobatan menurut Depkes RI (2011) ada 3 yaitu:

1) Rencana terapi A untuk balita diare tanpa dehidrasi.

Pada rencana terapi A, pemberian oralit hanya pada saat setiap kali balita buang air besar saja. Banyaknya pemberian cairan setiap buang air besar dapat dilihat pada Tabel 2.2.

**Tabel 2.1**

**Rencana Terapi A untuk Diare Tanpa Dehidrasi**

Usia	Jumlah Cairan yang diberikan setiap BAB
< 1 tahun	50-100 ml
1-5 tahun	100-200 ml

- 2) Rencana terapi B untuk balita diare dengan dehidrasi ringan dan dehidrasi sedang. Pada rencana terapi B, jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama disesuaikan dengan berat badan (BB). Oralit yang diberikan dihitung dengan mengalikan berat badan pasien (kg) dengan 75 ml. Menggunakan usia balita untuk menentukan jumlah oralit yang diperlukan jika BB anak tidak diketahui seperti dalam tabel berikut.

**Tabel 2.2**

**Rencana Terapi B untuk Penderita Diare dehidrasi Ringan atau Diare Sedang.**

Usia	≤4 bulan	4-<12 bulan	1-<2 tahun	2-<5 tahun
BB	<6 kg	6-10 kg	10-12 kg	12-19 kg
Cairan oralit	200-400	400-700	700-900	900-1400

3) Rencana terapi C untuk balita diare dengan dehidrasi berat.

Untuk rencana terapi C, hal paling pertama yang harus dilakukan adalah menentukan bagaimana cairan akan diberikan, yaitu dengan jalur oral atau dengan jalur intravena. Bila pada pasien tidak bisa diberikan cairan secara intravena, segera berikan per oral dengan pipa nasogastrik sejumlah 20 ml/kgBB/jam selama 6 jam. Jumlah dan lama cairan yang diberikan pada pasien dengan dehidrasi berat dapat dilihat pada tabel.

**Tabel 2.3**  
**Rencana Terapi C untuk Penderita Diare dengan Dehidrasi Berat.**

Usia	Pemberian 30 ml/kgBB	Pemberian 70ml/kg BB
Bayi <12 bulan	1 jam	5 jam
Anak 1-5 tahun	30 menit	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> jam

Jika pasien bisa minum, boleh diberikan cairan rehidrasi oral (CRO) sebanyak 5 ml/kgBB/ jam sambil diberikan cairan secara intravena selama 3-4 jam. Setelah 6 jam, pasang pipa nasogastrik dan berikan cairan sebanyak 20 ml/kgBB/jam selama 6 jam. Setelah itu dilakukan penilaian ulang derajat dehidrasi (Depkes RI, 2011). Cairan rehidrasi oral yang tersedia di pasaran tersedia dalam bentuk oralit dan dikemas dalam bentuk serbuk. Terdapat dua jenis kemasan serbuk oralit,

yaitu serbuk yang membutuhkan pengenceran dengan larutan 200 cc dan yang lainnya dengan 1 liter.

### 3. Memberi Makanan atau ASI

Saat diare anak tetap harus diberi makanan yang memadai, jangan pernah mengurangi makanan yang biasa dikonsumsi anak, termasuk ASI dan susu. Hindari makanan yang dapat merangsang pencernaan anak seperti makanan yang asam, pedas atau buah-buahan yang mempunyai sifat pencahar.

### 4. Mengobati penyebab atau masalah lain yang menyertai

Pemberian obat yang rasional pada penderita diare meliputi pengobatan simptomatik dan kausal. Pengobatan simptomatik yang biasa diberikan adalah anti diare, anti emetik, dan anti piretik. Penggunaan obat diare untuk anak tidak boleh sembarangan membeli di apotek, tetapi harus sesuai resep dari dokter, menganjurkan untuk balita diare diberi tablet Zinc.

Pemberian tablet *zinc* ini untuk semua penderita diare. Dosis pemberian zinc pada balita:

- 1) Usia < 6 bulan : ½ tablet (10 mg) per hari selama 10 hari
- 2) Usia > 6 bulan : 1 tablet (20 mg) per hari selama 10 hari

Cara pemberian tablet zinc adalah sebagai berikut :

- a) Tablet zinc dilarutkan dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh, tablet zinc akan larut dalam 30 detik lalu segera diminumkan kepada anak.

- b) Jika anak muntah sekitar  $\frac{1}{2}$  jam setelah diberikan tablet zinc, maka pemberiannya diulangi dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali sampai satu dosis penuh.
- c) Tablet zinc diberikan setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti.

Jika anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, juga tetap diberikan tablet *zinc* segera setelah anak bisa minum atau makan. Zinc ini menurut Subagyo dan Santoso (2011), dapat berperan dalam sistem kekebalan tubuh dan merupakan mediator potensial pertahanan tubuh terhadap infeksi. Menurut penelitian tentang efek *zinc* dilakukan oleh Trivedi, Chudasama, dan Patel (2009), menunjukkan bahwa frekuensi pengeluaran tinja menurun secara signifikan pada total pasien yang menggunakan suplementasi *zinc*. Penelitian lain tentang efek *zinc* terhadap diare juga dilakukan oleh Poerwati dan Hegar (2012), hasilnya menunjukkan bahwa suplemen *zinc* menunjukkan keefektifan yang sama pada anak-anak yang diare akut disebabkan oleh infeksi bakteri invasif ataupun mereka yang tidak infeksi bakteri. Serta menurut penelitian Purnamasari, Santosa, dan Puruhita (2012), menyatakan bahwa pemberian suplementasi *zinc* dan prebiotik bersamaan berpengaruh dalam memberikan rerata perlindungan terhadap terjadinya diare berulang lebih lama.

#### g. Penatalaksanaan Diare di Rumah

Penatalaksanaan diare di rumah sangat penting untuk menghindari dehidrasi dan malnutrisi pada anak. Hal yang paling penting dalam penatalaksanaan diare di rumah adalah menjaga masukan nutrisi yang adekuat dan menggantikan cairan yang keluar, namun ada hal yang tidak kalah penting dalam penatalaksanaan diare di rumah, yaitu penggunaan obat-obatan di rumah, perawatan kulit selama diare, pencegahan penyebaran penyakit, dan kapan orangtua harus membawa anaknya ke pelayanan kesehatan (MTBS, 2008; Jemes & Ashwill, 2007).

##### a. Mencegah terjadinya dehidrasi

Mencegah dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan lebih banyak cairan (minum). Macam cairan yang diberikan tergantung pada kebiasaan setempat dalam mengobati diare, tersedianya cairan sari makanan yang cocok, jangkauan pelayanan kesehatan, dan tersedianya oralit

##### 1) Oralit

Pemberian oralit diberikan sejak awal anak mengalami diare, jumlah pemberiannya tergantung pada derajat dehidrasi seperti pada MTBS (2008), dapat dilihat pada tabel 1.1. Pemberian oralit dilakukan sedikit tapi sering menggunakan mangkuk/cangkir/gelas dan jika anak muntah hentikan pemberian tunggu 10 menit, selain itu pembuatan oralit dengan air matang (MTBS, 2008; Depkes RI, 2011).

##### 2) Larutan gula garam (LGG)

Perawatan diare menggunakan larutan oralit, tetapi jika tidak tersedia ibu dapat membuat larutan sendiri yaitu cairan rumah tangga salah satunya larutan gula garam (LGG). Cara pembuatan LGG Kemenkes RI (2010) sebagai berikut:

- i) Pertama cuci tangan dengan sabun dan air bersih
- ii) Siapkan 1 gelas air matang yang bersih ditambahkan 6 sendok teh gula pasir dan 1/2 sendok teh garam, kemudian larutan tersebut diaduk rata dan berikan perlahan kepada anak. Penyimpanan larutan tidak boleh lebih dari 6 jam pada suhu ruangan, dan harus diganti baru.

b. Memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga

Cairan yang dianjurkan adalah pemberian ASI lebih sering, kuah sup, air tajin dari menanak nasi, air buah segar tanpa tambahan gula, air kelapa, dan menggunakan air bersih, dan cairan yang tidak dianjurkan adalah *soft drinks*, teh manis, jus buah dengan gula, kopi (Kemankes RI, 2010).

c. Menjaga masukan makanan

Anak yang mengalami diare berat badanya turun dan mudah kekurangan gizi, sehingga membutuhkan makanan yang bergizi dan cairan termasuk ASI agar cepat sembuh. Anak yang mengalami diare biasanya muntah dan susah makan, sehingga pemberian ASI sangat penting, bila usia anak sudah lebih dari 6 bulan ditambah makanan yang lembek atau bubur yang disukai anak dan pada makanan bisa ditambahkan

sedikit garam. Makanan yang lembek akan mudah ditelan oleh anak karena mengandung air. Makanan yang dianjurkan seperti bubur kacang hijau, ikan atau daging yang dimasak lembut, yoghurt, dan buah-buahan yang dipotong kecil-kecil. Makanan ekstra harus tetap diberikan ketika diare berhenti termasuk ASI, untuk mengembalikan kondisi dan gizi anak, anak belum bisa dikatakan sembuh jika berat badan belum kembali seperti saat sebelum sakit, diberikan sedikit tapi sering (Kemenkes RI, 2010).

d. Penggunaan obat-obatan

Obat-obat anti diare yang dijual bebas tidak direkomendasikan untuk balita tanpa resep dokter (Su, *et al*, 2009 dalam Kapti, 2010).

e. Perawatan kulit

Kulit bayi yang masih sensitif pada area popok, harus dibersihkan dengan sabun bayi dan air setelah BAB, diutamakan dengan air mengalir. Kulit harus dijaga agar tetap kering, bisa diberikan *baby oil* untuk pelindung kulit, dan popok setiap bayi BAB harus diganti (Jemes & Ashwill, 2007).

f. Mencegah penyebaran infeksi

Diare merupakan infeksi yang sangat menular, sehingga perlunya untuk memantikan pertumbuhan kuman, seperti mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir setelah kontak dengan tinja, setelah BAB, sebelum menyentuh atau menyiapkan makanan, sebelum makan atau menyiapkan makanan anak. Membuang tinja di jamban atau mengubur, dan

membersihkan tempat-tempat yang terkena tinja setiap kali terjadi. Menggunakan air minum yang bersih atau yang sudah dimasak hingga mendidih (Kemenkes, 2010).

g. Kapan orangtua harus membawa ke layanan kesehatan

Anak harus segera dibawa ke pelayanan kesehatan jika mengalami tanda gejala bahaya diare seperti tidak sadar, mata cekung, turgor kulit kembali sangat lambat, dan anak mengalami komplikasi diare (Depkes RI, 2011).

## **2. Perilaku**

a. Definisi Perilaku

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organism atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari segi biologis semua makhluk hidup termasuk binatang dan manusia, mempunyai aktivitas masing-masing. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup mempunyai bentangan kegiatan yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukannya, yaitu antara lain : berjalan, berbicara, bekerja, menulis, membaca, berpikir, dan seterusnya. Secara singkat, aktivitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi 2 yakni : a) aktivitas-aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain misalnya : berjalan, bernyanyi, tertawa, dan sebagainya. b) aktivitas yang tidak dapat diamati orang lain (dari luar) misalnya : berpikir, berfantasi, bersikap, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

Sedangkan menurut Robert Kwik, 1974 (Dalam Mubarak, 2009) perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap, sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Perilaku ini dapat berbentuk perilaku pasif dan perilaku aktif manusia. Bentuk pasif (respons internal), perilaku semacam ini masih terselubung (covert behavior) dan terjadi dalam diri manusia dan tidak dapat diamati secara langsung oleh orang lain, seperti : pikiran, tanggapan, sikap batin dan pengetahuan, sedangkan bentuk aktif (respons eksternal), perilaku ini sudah merupakan tindakan nyata (overt behavior) dan merupakan respons yang secara langsung dapat diobservasi, seperti : menjadi akseptor keluarga berencana.

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010) Seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian, perilaku manusia terjadi melalui proses : stimulus-organisme-respons, sehingga disebut "S-O-R" stimulus-organisme-respons.

b. Bentuk-bentuk dan klasifikasi

berdasarkan teori "S-O-R" tersebut maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur dari pengetahuan dan sikap.

2) perilaku terbuka (*overt behavior*)

perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan, atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*" (Notoatmodjo, 2010).

Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, menurut Notoatmodjo (2010) terbagi menjadi :

1) perilaku sehat (*healthy behavior*)

perilaku sehat ini disebut juga dengan perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat yang mencakup perilaku-perilaku (*overt* dan *covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit/masalah, atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif), dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif).

2) perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*)

perilaku ini disebut juga dengan perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan

perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepas dari masalah kesehatan yang dideritanya. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan, baik fasilitas atau pelayanan kesehatan tradisional misalnya dukun, *sinshe*, paranormal, maupun pengobatan modern atau professional misalnya rumah sakit, puskesmas, poliklinik dan sebagainya.

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organism) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

c. Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

Teori dari Lawrence green (dalam iqbal, 2007) mengatakan ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku, yaitu :

1) faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Hal ini meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya

2) faktor-faktor pendukung (*enabling factors*)

Hal ini meliputi lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban dan lain sebagainya.

3) faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Hal ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

d. Strategi perubahan perilaku

menurut WHO (dalam Maulana, 2009), strategi perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga cara, yaitu :

1) Tekanan

tekanan (*enforcement*) adalah upaya untuk mengubah atau mengadopsi perilaku dengan tekanan, paksaan atau koersi. Melalui penggunaan kekuatan atau kekuasaan, orang dapat berubah perilakunya jika dipaksa, diancam dengan hukuman atau diberikan imbalan atau hadiah. Dalam hal ini, perubahan perilaku dipaksakan pada sasaran atau masyarakat sehingga mereka mau berperilaku seperti yang diharapkan. Cara ini menghasilkan perubahan yang cepat, tetapi perubahan perilaku yang terjadi tidak dapat bertahan

lama karena perubahan yang terjadi tidak atau belum berdasarkan kesadaran pribadi.

2) memberi informasi atau edukasi

Upaya ini mengubah perilaku yang dilaksanakan dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberi informasi dan memberi kesadaran melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Upaya ini dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan yang akhirnya dapat merubah sikap dan perilakunya berdasarkan pada kesadaran dan kemauan individu yang bersangkutan. Cara ini memerlukan waktu lama, tetapi perubahan yang akan terjadi akan bersifat bertahan lama karena didasari pengertian dan kesadaran yang tinggi terhadap tujuan perilaku tersebut dilaksanakan, bukan karena paksaan.

3) Diskusi dan partisipasi

cara ini merupakan cara lanjutan setelah memberi informasi atau edukasi. Informasi yang diberikan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Upaya ini bertujuan untuk lebih memperluas dan memperdalam pemahaman masyarakat tentang kesehatan. Pemahaman dan pandangan orang tentang criteria tubuh sehat dan sakit tidak selalu objektif, tetapi lebih didominasi oleh unsur subjektivitas. penilaian individu terhadap status kesehatan ini merupakan salah satu faktor yang menentukan perilakunya.

e. Proses perubahan perilaku

Menurut (Mubarak, 2007) proses perubahan perilaku manusia ada 5 fase yaitu:

- 1) Fase pencarian (*the unfreezing phase*), individu mulai mempertimbangkan penerimaan terhadap perubahan.
- 2) Fase diagnose masalah (*problem diagnosis phase*), individu mulai mengidentifikasi baik yang mendukung dan menentang perubahan.
- 3) Fase penentuan tujuan (*goal setting phase*), individu menentukan tujuan sesuai dengan perubahan yang diterimanya.
- 4) Fase tingkah laku baru (*new behavior phase*), individu mulai mencoba.
- 5) Fase pembekuan ulang (*the refreezing phase*), tingkah laku individu yang permanent.

### 3. Pendidikan Kesehatan

a. Konsep Dasar

Edukasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah pendidikan yaitu proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pendidikan juga merupakan usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi diri untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia serta

keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat dan bangsa. (UU RI No. 20, 2003).

Menurut Fitriani (2011), edukasi atau pendidikan merupakan pemberian pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui pembelajaran, sehingga seseorang atau kelompok orang yang mendapat pendidikan dapat melakukan sesuai yang diharapkan pendidik, dari yang tidak tahu menjadi tahu dan dari yang tidak mampu mengatasi kesehatan sendiri menjadi mandiri.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa edukasi atau pendidikan adalah perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam upaya mendewasakan seseorang melalui pengajaran dan pelatihan, serta dapat menjadikan seseorang yang tidak tahu menjadi tahu, mengembangkan kepribadian, kecerdasan, kekuatan spiritual, keterampilan diri agar dapat berguna untuk dirinya sendiri maupun untuk masyarakat luas. Dalam penelitian ini edukasi berisi pendidikan kesehatan.

b. Definisi pendidikan kesehatan

pendidikan kesehatan atau yang sekarang disebut promosi kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup dua dimensi yakni ‘kemauan’ dan ‘kemampuan’, atau tidak sekedar

meningkatnya kemauan masyarakat seperti dikonotasikan oleh pendidikan kesehatan. Lebih lanjut dinyatakan bahwa dalam mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, maupun social, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Lingkungan di sini mencakup lingkungan fisik, lingkungan social, budaya, dan lingkungan ekonominya menurut Ottawa charter 1986 (Dalam Notoatmodjo, 2010).

Menurut Lawrence Green 1972 (dalam Mubarak, 2009) Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan perilaku tersebut bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Artinya perubahan tersebut terjadinya adanya kesadaran dari dalam individu atau masyarakat sendiri dan juga istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesempatan pembelajaran.

c. Tujuan pendidikan kesehatan

Menurut Undang-undang kesehatan No.23 tahun 1992 maupun WHO (dalam Mubarak, 2009) ‘Tujuan pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular,

sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya”.

Menurut Undang-undang kesehatan RI No. 36 tahun 2009 (Dalam Notoatmodjo, 2010) Tujuan pendidikan kesehatan adalah “meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”.

Dari tujuan tersebut terdapat 4 kata kunci, yaitu :

- 1) Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- 2) Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- 3) Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit, melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan, dan mencari pertolongan pengobatan yang professional
- 4) Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya. Kesehatan perlu ditingkatkan, karena derajat kesehatan baik individual, kelompok, atau masyarakat itu bersifat dinamis, tidak statis (Notoatmodjo, 2010).

d. Metode dan media pendidikan kesehatan

Pada dasarnya prinsip penyampaian pesan atau informasi dalam memberikan pendidikan kesehatan antara lain menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan dipahami oleh orang atau sasaran pendidikan kesehatan, penyampaian materi pendidikan kesehatan sebaiknya

menggunakan strategi atau cara dalam penyampaian, menggunakan alat peraga dapat menarik perhatian dan membantu mempermudah dalam pemahaman materi yang disampaikan, yang sebaiknya pesan yang disampaikan harus disesuaikan dengan masalah yang sedang dihadapi agar lebih mencapai target sasaran (Maulana, 2009).

Menurut (Notoatmodjo, 2010) Metode promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan diuraikan menjadi 3 yaitu :

1) Metode individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut.

2) Metode kelompok

Dalam memilih metode kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran untuk kelompok yang besar akan lain dengan kelompok yang kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan. Kelompok besar yang dimaksud disini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang digunakan yang baik adalah misalnya menggunakan Ceramah atau Seminar. Sedangkan kelompok kecil apabila peserta kurang dari 15 orang metode yang

digunakan adalah diskusi kelompok, Curah pendapat, bola salju, kelompok-kelompok kecil (buzz group), role play (memainkan peranan), dan permainan simulasi (simulation game).

### 3) Metode massa

Metode pendidikan kesehatan secara massa dipakai untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Dengan demikian, cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran promosi ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. pendekatan ini biasanya digunakan untuk mengubah awareness atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Beberapa contoh dari pendidikan kesehatan secara massa adalah ceramah umum, pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui elektronik, baik TV maupun radio, simulasi dialog antara pasien dan dokter atau perawat, tulisan-tulisan di majalah atau Koran dan Bill board yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya.

#### e. Hubungan Pendidikan kesehatan dengan perilaku

Masalah kesehatan masyarakat, termasuk penyakit, ditentukan oleh dua faktor utama, yaitu faktor perilaku dan non perilaku (fisik, sosial, ekonomi, dan politik). Oleh sebab itu, upaya penanggulangan masalah

kesehatan masyarakat juga dapat ditujukan pada kedua faktor utama tersebut. Upaya pemberantasan penyakit menular, penyediaan sarana air bersih dan pembuangan tinja, penyediaan pelayanan kesehatan, dan sebagainya adalah upaya intervensi terhadap faktor fisik/non perilaku (Notoatmodjo, 2010).

Menurut (Notoatmodjo, 2010) Upaya intervensi terhadap faktor perilaku dapat dilakukan melalui dua pendekatan yaitu :

1) Pendidikan (*education*)

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Sehingga perilaku tersebut diharapkan akan berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap (*langgeng*), karena didasari oleh kesadaran. Kelemahan dalam pendekatan pendidikan kesehatan ini adalah hasilnya lama karena perubahan perilaku melalui proses pembelajaran pada umumnya memerlukan waktu yang lama.

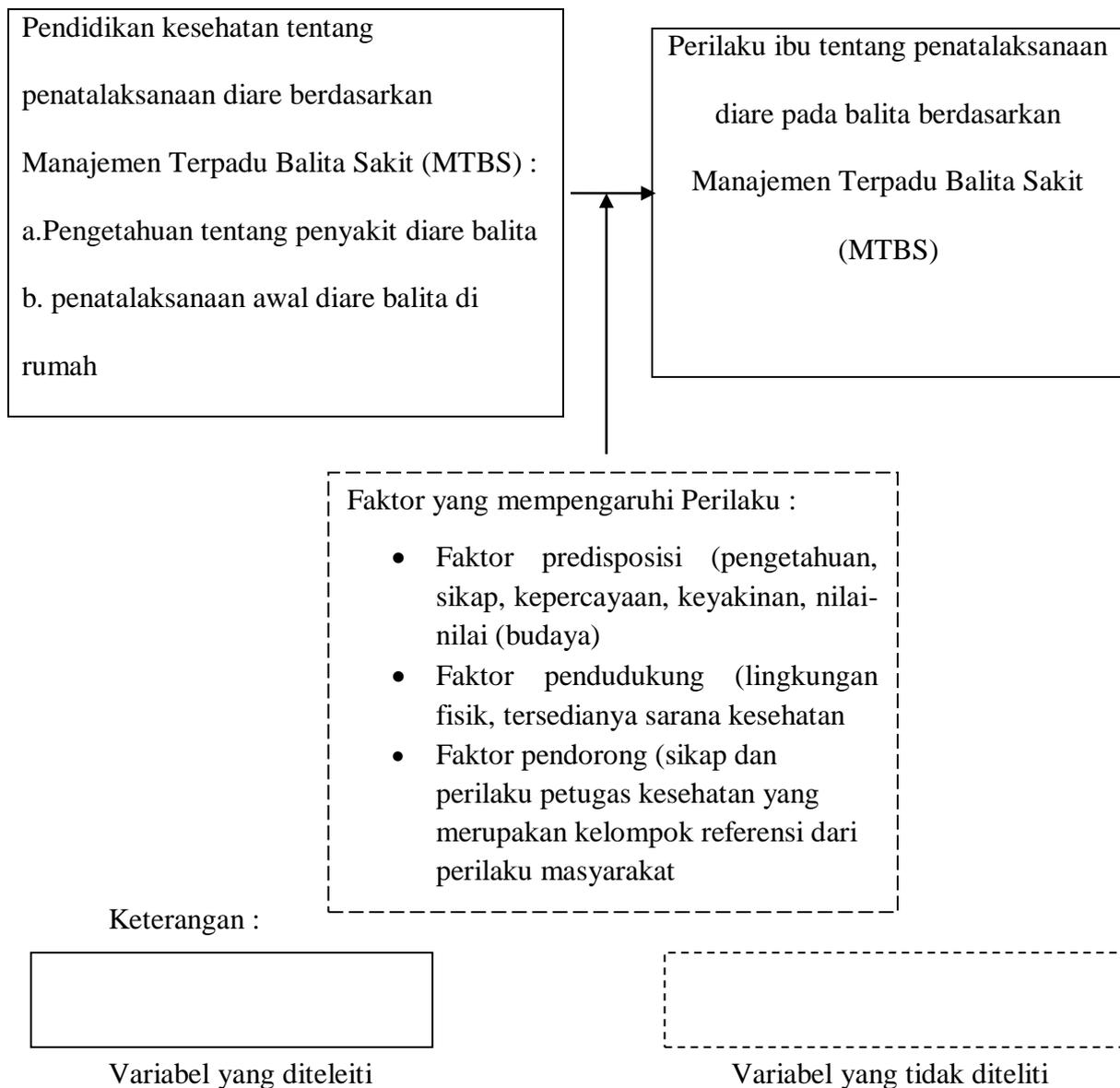
2) Paksaan atau tekanan (*coercion*)

Paksaan atau tekanan yang dilakukan kepada masyarakat agar mereka melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Tindakan atau perilaku

sebagai hasil tekanan ini memang cepat, tetapi tidak akan langgeng karena tidak didasari oleh pemahaman dan kesadaran untuk apa mereka berperilaku seperti itu.

#### 4. Kerangka Konsep

Skema 3.1



## 5. Hipotesis

Berdasarkan teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka, maka hipotesis penelitian ini adalah Adanya Pengaruh Edukasi Tentang Penatalaksanaan Diare Berdasarkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Terhadap Perilaku Ibu Dalam Penatalaksanaan Diare Balita.