

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu: penciuman, pendengaran, penglihatan, raba, dan rasa. Pengetahuan manusia sebagian besar diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo,2007).

Dalam Kamus Bahasa Indonesia pengetahuan berarti segala sesuatu yang diketahui kepandaianya mengenai suatu hal atau objek. Pengetahuan mempunyai kata dasar "tahu" yang berarti seseorang mempunyai pengetahuan tentang suatu cakrawala tertentu, biasa didapat dari pendidikan formal, nonformal, dan informal (Purwodarminto, 2001 : 56).

Menurut Notoatmodjo (2007) bahwa sebelum orang mengadopsi sikap dan perilaku baru, terjadi proses berurutan, yaitu:

1. Kesadaran (*awareness*) saat orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus atau objek.
2. Tertarik (*interest*) terhadap objek
3. Menimbang-nimbang (*evaluation*) terhadap baiknya objek tersebut bagi dirinya.
4. Mencoba (*trial*) yaitu mulai mencoba atau mempraktekan perilaku baru
5. Beradaptasi (*adaption*) dimana orang tersebut telah menyesuaikan atau berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang mencakup dalam kognitif terbagi dalam enam tingkatan (Notoatmodjo,2007) yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima termasuk dalam tingkat pengetahuan ini.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang suatu objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah

paham suatu obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, meramalkan, menyimpulkan, dan semua mengenai objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi dan situasi sebenarnya. Dapat juga diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, metode, rumus, prinsip dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek tertentu ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baku.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian pada suatu objek.

3. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007). Manifestasi sikap tidak dapat kita lihat langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Menurut Newcomb seorang ahli psikologis sosial menyatakan sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan 'pre-disposisi' tindakan atau perilaku.

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari beberapa tingkatan, yakni:

a. Menerima (*Receiving*)

Menerima dapat diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

b. Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.

d. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

4. Perilaku

Perilaku manusia adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Oleh sebab itu, perilaku manusia mempunyai cakupan yang luas seperti: berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Prosedur pembentukan perilaku menurut Skinner (1938) didalam buku Notoatmodjo (2007) adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang memperkuat berupa hadiah bagi perilaku yang dibentuk.
- b. Melakukan analisis untuk membentuk perilaku yang dikehendaki.
- c. Menggunakan secara urut komponen-komponen sebagai tujuan sementara.
- d. Melakukan pembentukan perilaku, dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun.

Perilaku memiliki beberapa bentuk menurut Notoatmodjo (2007)

yaitu:

- a. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi dalam diri manusia dan tidak dapat terlihat secara langsung oleh orang lain.
- b. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diamati secara langsung.

5. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2007) mencakup:

- a. Perilaku terhadap sakit dan penyakit yaitu dimana manusia berespons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan penyakit atau rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya), secara aktif (tindakan) yang dilakuakn sehubungan dengan penyakit atau sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni:
 - Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan.
 - Perilaku pencegahan penyakit merupakan respons.
 - Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan.
 - Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan

- b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respons seseorang terhadap pelayanan kesehatan baik pelayanan kesehatan modern dan tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatnya.
- c. Perilaku terhadap makanan yakni respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap terhadap makanan dan zat-zat yang terkandung didalamnya, dan pengelolaan makanan.
- d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan adalah respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Perilaku ini mencakup:
- Perilaku sehubungan dengan air bersih, pemanfaatannya, dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
 - Perilaku sehubungan pembuangan air kotor, segi kebersihan, dan pemeliharaan teknik.
 - Perilaku sehubungan pembuangan limbah yang sehat.
 - Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat, meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai, dan sebagainya.

6. Kebersihan diri

Kebersihan diri adalah perawatan diri dimana individu mempertahankan kesehatannya, dan dipengaruhi oleh nilai serta keterampilan (Mosby, 1994). Di dalam dunia keperawatan, kebersihan

diri merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus senantiasa terpenuhi. Kebersihan diri termasuk kedalam tindakan pencegahan primer yang spesifik. Kebersihan diri menjadi penting karena kebersihan diri yang baik akan meminimalkan pintu masuk (*portal of entry*) mikroorganisme yang ada dimana-mana dan pada akhirnya mencegah seseorang terkena penyakit. Kebersihan diri yang tidak baik akan mempermudah tubuh terserang berbagai penyakit, seperti penyakit kulit, penyakit infeksi, penyakit mulut, dan penyakit saluran cerna atau bahkan dapat menghilangkan fungsi bagian tubuh tertentu, seperti halnya kulit (Sudarto, 1996). Kebersihan diri termasuk dalam perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

a. **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dengan pendekatan pimpinan (*advokasi*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat. Sehingga dapat menerapkan cara-cara hidup sehat, dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Depkes, 2006).

b. Tujuan dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Tujuan PHBS adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemauan masyarakat agar hidup sehat, serta meningkatkan peran aktif termasuk swasta dan dunia usaha, dalam upaya mewujudkan hidup yang optimal (Dinkes, 2006).

7. Diare

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam. Definisi lain memakai kriteria frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali per hari. Buang air besar dapat/tanpa disertai lendir dan darah.

1. Faktor Resiko

- a. Baru saja berpergian ke daerah tropis, atau Negara berkembang.
- b. Lingkungan:
 - Sanitasi yang buruk, seperti penanganan sampah yang tidak benar dapat menimbulkan diare. Karena sampah dibiarkan membusuk. Tidak adanya jamban, tempat pembuangan tinja.
 - Kurangnya sarana air bersih
 - Kebersihan diri buruk: tidak mencuci tangan setelah buang air, jarang mandi, tidak mengganti pakaian, tidak menggunting kuku dan menyikat gigi.

- Kebersihan rumah buruk, misalnya kurang ventilasi menyebabkan rumah menjadi lembab, yang merupakan sarana kuman untuk tumbuh.
- Penyimpanan makanan yang buruk, misalnya makanan dimasak tanpa dicuci terlebih dahulu. Penyajian makanan yang tidak baik, seperti dihindangi lalat, dekat dengan tempat sampah, tangan yang tidak bersih. Makanan atau keadaan makan yang tidak biasa: makanan laut terutama yang mentah, rumah makan cepat saji.
- c. Homoseksual, pekerja seks, pengguna obat intravena.
- d. Baru menggunakan obat antimikroba pada institusi.
- e. Praktik penyapihan yang buruk (penghentian ASI sebelum waktunya), intoleransi laktosa pada anak.
- f. Sosial ekonomi yang rendah (Depkes RI, 2000)
- Diare berdasarkan lama waktu diare, sebagai berikut:
 - a. Diare akut/Disentri

Buang air besar (defekasi) berbentuk cair atau setengah cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali atau lebih, dalam 24 jam dan berlangsung kurang dari 14 hari.

Disentri adalah episode diare akut yang pada tinjanya ditemukan darah yang terlihat secara kasat mata. Darah yang mikroskopis atau tinja berwarna hitam menandakan adanya darah pada saluran cerna bagian atas, bukan merupakan diare berdarah.

Diare berdarah sering disecut sindrom disentri. Sindrom disentri terdiri dari kumpulan gejala, diare dengan darah dan lendir dalam tinja dan adanya tenesmus (IDAI, 2009).

Etiologi diare infeksi

Penyebab utama dari diare pada anak adalah infeksi rotavirus. Rotavirus diperkirakan sebagai penyebab diare akut pada 20% - 80% anak di dunia. Juga merupakan penyebab kematian pada 440.000 anak per tahun di seluruh dunia (IDAI, 2009). Penelitian di 6 rumah sakit di Indonesia menunjukkan bahwa sekitar 55% kasus diare akut pada balita disebabkan oleh rotavirus (IDAI, 2009).

Rotavirus menginvasi dan berkembang biak di dalam epitel vili usus halus, menyebabkan kerusakan sel epitel dan pemendekan vili. Hilangnya sel vili yang secara normal memiliki fungsi absorpsi. Penggantian sementara oleh sel epitel berbentuk kript yang belum matang, menyebabkan malabsorpsi, sekresi airdan elektrolit oleh sel kript imatur dan defek *transport* akibat efek toksin protein virus. Keadaan ini tampak pada tinja penderita berbentuk cair dan tidak didapatkannya darah pada tinja.

Sekitar 10% episode diare akut pada anak, disertai darah pada tinjanya. Hal ini menyebabkan 15% - 25% kematian akibat diare. Dibandingkan dengan diare cair akut, diare akut berdarah penyembuhannya lebih lama, berhubungan dengan komplikasi

yang lebih banyak. Dapat mempengaruhi pertumbuhan anak dan memiliki resiko kematian yang lebih tinggi (IDAI, 2009). Di Indonesia penyebab utama diare akut berdarah adalah *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli*, dan *Entamoeba histolytica*.

Invasi pembentukan mikroabses dan ulkus superficial yang menyebabkan adanya sel darah merah dan sel darah putih atau tampak adanya darah dalam tinja (IDAI, 2009).

Infeksi oleh bakteri merupakan penyebab tersering dari diare. Dari sudut kelainan usus, diare oleh bakteri dibagi atas non-invasif (tidak merusak mukosa) dan invasif (merusak mukosa). Bakteri non-invasif menyebabkan diare karena toksin yang disekresikan oleh bakteri tersebut, yang disebut diare toksigenik. Contoh diare toksigenik *Vibrio Cholerae*. Enterotoksin yang dihasilkannya merupakan protein yang dapat menempel pada epitel usus, lalu membentuk adenosin monofosfat siklik (AMF siklik) di dinding usus. Menyebabkan sekresi aktif anion klorida dan diikuti air, ion bikarbonat, kation natrium dan kalium.

Bakteri invasif antara lain, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *C.perfingens* tipe C. diare disebabkan kerusakan dinding usus berupa nekrosis dan ulserasi. Sifat diarenya sekretorik eksudatif. Cairan diare dapat bercampur lendir dan darah (Simadibrata, Daldiyono 2007).

2. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dengan beberapa cara yaitu:

a. Anamnesis

Pasien biasanya datang dengan keluhan buang air besar lebih dari 3 kali sehari. Diare bisa berbentuk cair saja, atau dengan lendir dan darah. Khas pada diare usus halus biasanya pasien mengeluhkan tinja yang banyak dan cair. Diare karena kelainan kolon, pasien mengeluhkan sering buang air besar dengan tinja sedikit dan ada sensasi ke belakang. Pasien dengan diare infeksi datang dengan keluhan khas, yaitu: mual, muntah, nyeri perut, demam, dan tinja yang sering, bisa air, malabsorpsi, atau berdarah tergantung bakteri patogen yang menginfeksi. Secara umum, patogen usus halus tidak invasif dan patogen ileokolon lebih mengarah invasif. Bakteri invasif seperti *Campylobacter*, *Salmonella*, dan *Shigella*.

Dehidrasi dapat timbul pada pasien dengan diare berat, atau pasien diare yang tidak mendapat asupan cairan dengan baik. Dehidrasi bermanifestasi sebagai rasa haus yang meningkat, berkurangnya jumlah *urine* dengan warna gelap, tidak mampu berkeringat, dan perubahan ortostatik. Pada keadaan berat, dapat mengarah ke gagal ginjal akut dan perubahan status jiwa seperti kebingungan dan pusing kepala, pada anak balita bisa menyebabkan kematian (Simadibrata, Daldiyono, 2007). Dehidrasi menurut keadaan klinisnya dapat dibagi atas 3 tingkatan:

- Dehidrasi Ringan (hilang cairan 2-5% BB): gambaran klinisnya turgor kurang, suara serak (*vox cholericus*), pasien belum jatuh pada presyok.
- Dehidrasi Sedang (hilang cairan 5-8% BB): turgor buruk, suara serak, pasien jatuh dalam keadaan presyok atau syok, nadi cepat, napas cepat dan dalam.
- Dehidrasi Berat (hilang cairan 8-10%): tanda dehidrasi sedang ditambah kesadaran menurun (apati sampai koma), otot-otot kaku, dan sianosis (biru).

b. Pemeriksaan Fisik

Kelainan fisik sangat berguna dalam menentukan beratnya diare dan dehidrasi daripada menentukan penyebab diare. Kita dapat menilai status volume dengan memperhatikan perubahan ortostatik pada tekanan darah dan nadi, temperature tubuh dan tanda toksisitas. Pemeriksaan *abdomen* yang seksamamerupakan hal yang penting. Adanya bunyi dan kualitas bunyi usus, ada atau tidak adanya *distensi abdomen* dan nyeri tekan merupakan petunjuk bagi penentuan etiologi.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien diare yang mengalami dehidrasi atau toksisitas, diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan tersebut antara lain: pemeriksaan darah tepi lengkap (hemoglobin, hemtokrit, leukosit, hitung jenis leukosit), kadar elektrolit serum, ureum dan kreatinin, pemeriksaan tinja dan pemeriksaan *Enzym-linked*

immunosorbent assay (ELISA) mendeteksi giardiasis dan tes serologis amoebiasis, dan foto x-ray *abdomen*.

Pasien diare karena virus, biasanya memiliki jumlah dan hitung jenis leukosit yang normal atau limfositosis. Pasien dengan infeksi bakteri, mengalami peningkatan jumlah leukosit (leukositosis). Neutropenia dapat timbul pada *salmonellosis*.

Derajat dehidrasi dapat ditentukan berdasarkan;

1. Keadaan klinis: dehidrasi ringan, sedang dan berat.
2. Berat Jenis Plasma (BJ Plasma):meningkat pada dehidrasi
 - a. Dehidrasi berat: BJ Plasma 1,032-1,040
 - b. Dehidrasi sedang: BJ Plasma 1,028-1,032
 - c. Dehidrasi ringan: BJ Plasma 1,025-1,028
3. Pengukuran *Central Venous Pressurre (CVP)*: Pada keadaan dehidrasi atau syok CVP kurang dari +4 cm H₂O.
4. Penatalaksanaan Diare

Prinsip pertama penanganan diare adalah rehidrasi. Asupan cairan yang adekuat dapat dicapai dengan minum, sari buah, sup. Bila pasien kehilangan cairan berat, dapat diberi cairan melauli intravena (ringer laktat dll), atau dengan rehidasi oral (pedialit, oralit dll) yang lebih murah, efektif, dan lebih praktis. Cairan diberikan 50-200 ml/kgBB/24 jam tergantung kebutuhan dan status dehidrasi. Bila diare ringan/sedang pada pasien diberikan cairan per oral atau selang nasogastrik.

Pemberian oral diberi cairan oralit yang hipotonik (29gr glukosa, 3,5gr NaCl, 2,5gr Natrium Bikarbonat dan 1,5gr KCl per liter). Bila diare sedang/berat pasien diberi cairan melalui intravena.

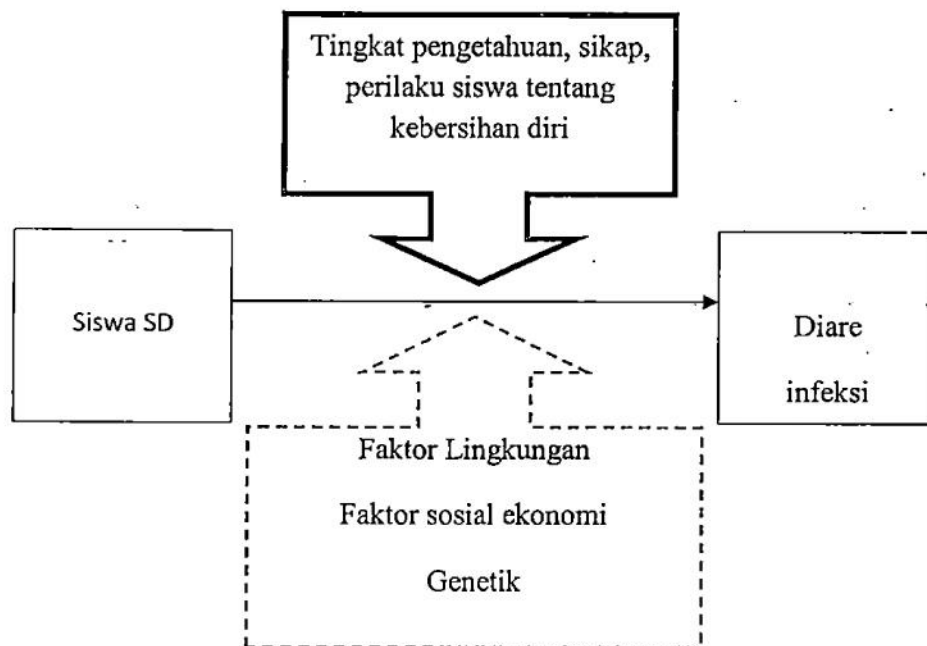
Pasien diare tidak dianjurkan berpuasa, kecuali bila muntah hebat. Minuman berkafein dan alcohol harus dihindari karena dapat meningkatkan motilitas usus.

Obat-obat yang dapat mengurangi gejala seperti: A) derivat opioid (*loperamide*), *difenoksilat-atropin* dan tinktur opium. Loperamide disukai karena efek samping lebih kecil. Obat anti motilitas penggunaannya harus hati-hati pada pasien infeksi *Shigella* bila tanpa disertai antimikroba. B) Obat yang mengeraskan tinja: *atapulgite* 4 X 2 tab/hari, *smectite* 3 X 1 saset diberikan tiap diare sampai diare berhenti. C) obat antiskretorik seperti *hidrasec* 3 X 1 tab/hari.

Pada diare karena infeksi bakteri, diberikan obat antimikroba. Obat pilihan yaitu kuinolon (misal siprofloksasin 500 mg 2 X/hari selama 5-7 hari). Pasien juga diberikan suplemen *zinc*, pemberian suplemen ini dapat menurunkan tingkat keparahan diare dan lamanya diare, serta menurunkan terjadinya diare pada 2-3 bulan berikutnya.

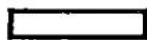
B. Kerangka Konsep

Pengetahuan, sikap dan perilaku berhubungan erat dengan kebersihan dan tingkat kesehatan seorang anak. Pengetahuan adalah hasil tahu dari penginderaan terhadap suatu objek, sikap merupakan responnya, dan perilaku adalah tindakannya. Salah satu faktor kejadian diare adalah tingkat pengetahuan sikap dan perilaku kebersihan diri seseorang.



Keterangan :

Variabel yang diteliti



Variabel yang tidak diteliti



GAMBAR 1. Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Terdapat hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku siswa SD tentang kebersihan diri dengan kejadian diare”.