

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Paket Edukasi

Paket menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia / KBBI (2008), adalah sebagai uraian singkat, ringkas, dan langsung tepat sasaran. Edukasi atau pendidikan merupakan upaya pemberian pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata dengan cara memberi dorongan pengarahannya diri dan untuk mempengaruhi orang lain baik individu atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan tidak tahu tentang nilai menjadi tahu dan dari tidak mampu mengatasi kesehatan sendiri menjadi mandiri (Fitriani, 2011).

Berdasarkan uraian di atas paket edukasi merupakan bentuk uraian singkat, ringkas, dan langsung tepat sasaran dengan tujuan untuk proses perubahan perilaku secara terencana yang ditujukan pada diri individu atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup melalui proses belajar dari tidak tahu dan mampu menjadi tahu dan mandiri mengatasi masalahnya. Dalam penelitian ini paket edukasi berisi tentang pendidikan kesehatan.

2. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian

Pendidikan kesehatan itu sendiri merupakan suatu proses pembelajaran kesehatan sehingga masyarakat tahu dan mau mampu untuk memelihara kesehatan mereka sendiri (Widyatuti, 2009 *cit* Ningrum 2011). Pendidikan kesehatan dapat diartikan sebagai proses perubahan perilaku yang tidak hanya transfer materi atau materi dari orang lain, namun merupakan perubahan yang terjadi akibat adanya kesadaran diri dari individu, kelompok ataupun masyarakat itu sendiri (Mubarak, Chayatin, Rozikin, & Supradi, 2007).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak *et al* (2007), menyebutkan bahwa tujuan pendidikan kesehatan dapat membantu untuk menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri, memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dan memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat serta kesejahteraan masyarakat. Menurut Fitriani (2011), pendidikan kesehatan bertujuan untuk mencapai perubahan perilaku dari buruk menjadi baik dan untuk membentuk perilaku individu yang sehat. Notoatmodjo (2010), juga menyebutkan bahwa tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan,

membantu individu, dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan, serta mengubah perilaku masyarakat dibidang kesehatan.

c. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan meliputi tiga aspek antara lain meliputi sasaran pendidikan kesehatan. Menurut Fitriani (2011), sasaran tersebut dikelompokkan menjadi 3 yaitu:

- 1) Masyarakat Umum
- 2) Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda, dan remaja. Termasuk dalam kelompok khusus yaitu termasuk lembaga pendidikan mulai dari taman kanak – kanak sampai perguruan tinggi, sekolah agama baik negeri maupun swasta.
- 3) Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

d. Materi/Pesan

Materi yang disampaikan sebaiknya dalam bahasa yang mudah dipahami oleh sasaran dengan sarana yang mereka miliki atau terjangkau oleh mereka (Machfoedz, 2005 *cit* Hastuti, 2012). Menurut Fitriani (2011), materi atau pesan yang disampaikan hendaknya memenuhi persyaratan: Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, materi tidak sulit dan mudah dipahami, menggunakan alat peraga, dan materi sesuai kebutuhan.

e. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode Pendidikan Kesehatan menurut Notoatmodjo (2010) adalah:

- 1) Metode Pendidikan Individual (perorangan), digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode (cara). Bentuk pendekatan ini antara lain: (a) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and counseling*). Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif; (b) Wawancara (*Interview*). Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat.

- 2) Metode Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan

lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan. Kelompok kecil biasanya jumlah peserta kurang dari 15 orang dengan cara diskusi kelompok, curah pendapat, *role play*, dan simulasi. Sedangkan kelompok besar jumlah pesertanya lebih dari 15 orang dengan cara ceramah atau seminar.

3) Metode Massa

Metode pendidikan massa (pendekatan) massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Biasanya metode massa ini disampaikan melalui ceramah umum atau pidato dihari besar nasional, acara TV, majalah, dan iklan.

f. Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011), metode penyampaian pendidikan kesehatan lebih mudah jika menggunakan media sebagai alat penyampai pesan – pesan, media tersebut dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Media Cetak

Media ini bervariasi jenisnya antara lain:

- a) *Booklet*, yaitu media yang menyampaikan pesan – pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b) *Leaflet*, yaitu bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat yang isinya dalam bentuk kalimat ringkas disertai gambar.
- c) Selebaran, yaitu bentuknya seperti *leaflet*, tetapi tidak berlipat.
- d) *Flip chart* (lembar balik), yaitu media penyampaian pesan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk dimana tiap lembar berisi gambar peragaan dan dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan yang disampaikan.
- e) Rubrik, merupakan tulisan – tulisan pada surat kabar atau majalah mengenai bahasan suatu masalah kesehatan.
- f) Poster, yaitu bentuk media cetak berisi pesan/informasi yang biasanya ditempel di tembok, tempat umum, dan kendaraan umum.
- g) Foto yang menampilkan informasi atau pesan yang diambil dari kegiatan nyata.

h) Media Elektronik

Media ini menyampaikan pesan atau informasi melalui alat elektronik seperti TV, radio, video (*slide, film*), telepon, dan sebagainya.

i) Media Papan (*Billboard*)

Media ini biasa dipasang di tempat - tempat umum yang berisi pesan atau informasi kesehatan. Media papan bisa ditulis pada lembaran seng atau papan besar bisa ditempel di pinggir jalan ataupun kendaraan umum.

3. Penyakit Diare

a. Definisi

Menurut Ngastiyah (2005), diare merupakan salah satu gejala dari penyakit pada sistem pencernaan atau penyakit lain diluar saluran pencernaan, diakibatkan oleh kondisi frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak, konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau baik bercampur lendir dan darah atau lendir saja, sedangkan definisi diare menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia / Depkes RI (2011), yaitu suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih dari tiga kali dalam satu hari.

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa diare merupakan bertambahnya jumlah frekuensi BAB lebih dari 3

kali per hari dan 4 kali pada bayi yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi cair atau lembek baik bercampur darah atau lendir ataupun tidak.

b. Klasifikasi

Menurut Ramaiah (2007), ada 3 jenis diare yang utama yaitu:

1) Diare Cair Akut

Diare cair akut memiliki ciri utama: gejalanya dimulai secara tiba – tiba, tinjanya encer, dan cair, pemulihan biasanya terjadi dalam waktu 3 - 7 hari. Kadang gejalanya bisa berlangsung sampai 14 hari.

2) Disentri

Disentri memiliki dua ciri utama : adanya darah dalam tinja, mungkin disertai kram perut, berkurangnya nafsu makan dan penurunan berat badan yang cepat. Sekitar 10 - 15% anak-anak dibawah usia lima tahun (balita) mengalami disentri.

3) Diare Persisten

Diare yang menetap atau persisten memiliki tiga ciri utama: pengeluaran tinja encer disertai darah, gejala berlangsung lebih dari 14 hari dan ada penurunan berat badan. Diare kronis adalah istilah yang digunakan bagi diare yang berulang atau berlangsung lama. Hal ini tidak disebabkan oleh infeksi apapun, tetapi sering kali akibat gangguan

pencernaan. Diare jangka panjang yang disebabkan oleh infeksi disebut diare persisten.

c. Etiologi

Menurut Subagyo & Santoso (2011), penyebab diare beragam, terdapat kurang lebih 25 jenis mikroorganisme yang menyebabkan diare pada anak dan bayi diantaranya golongan bakteri parasit dan virus. Virus yang paling banyak menyebabkan diare adalah *Rotavirus* sekitar 40-60% sedangkan virus lainnya yaitu *Norwalk virus*, *Astrovirus*, *Cacivirus*, *Coronavirus*, *Minirovirus*, *Enteric Adenovirus* (Subagyo & Santoso, 2011).

Terdapat juga bakteri yang dapat menyebabkan diare yaitu *Aeromonas*, *Bacillus cereus*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium pefringens*, *Clostridium defficile*, *Escherichia coli*, *Plesiomonas shigeloides*, *Salmonella*, *Shigella*, *Sthaphylococcus aureus*, *Vibrio cholera*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Yersinia enterocolitica*. Sedangkan penyebab diare oleh parasit diantaranya adalah *Balantidium coli*, *Capillaria phiippinensis*, *Cryptosporadium*, *Entamoba, hystolitica*, *Giardia lamdia*, *Isospora billi*, *Fasiolopsis buski*, *Sarcocystis sui hominus*, *Strongloides stercorlis*, dan *trchuris trichiura* (Farthing, et al, 2012; Subagyo & Santoso, 2011).

Diare pada anak juga bisa diakibatkan oleh penyebab non infeksi seperti gangguan penyerapan, keracunan makanan, alergi,

imunodefisiensi, dan penyebab lain. Gangguan penyerapan atau malabsorpsi yang sering menyebabkan diare adalah malabsorpsi karbohidrat, sedangkan pada bayi dan anak penyebab paling sering adalah karena intoleransi laktosa, malabsorpsi lemak serta protein. Selain itu, faktor makanan tertentu juga dapat mengakibatkan diare. Keadaan psikologis juga bisa menimbulkan diare misalnya rasa takut dan cemas, tetapi hal tersebut jarang terjadi pada anak-anak (Subagyo & Santoso, 2011; Suraatmaja, 2007).

d. Manifestasi Klinis

Menurut Ngastiyah (2005), manifestasi klinik penyakit diare pada balita antara lain cengeng, rewel, gelisah, suhu meningkat, nafsu makan menurun, feses cair dan berlendir, kadang juga disertai dengan adanya darah. Lama kelamaan feses ini akan berwarna hijau dan asam, anus lecet, dehidrasi, bila menjadi dehidrasi berat akan terjadi penurunan volume dan tekanan darah, nadi cepat dan kecil, peningkatan denyut jantung, penurunan kesadaran dan diakhiri dengan syok, berat badan menurun, turgor kulit menurun, mata dan ubun-ubun cekung, dan selaput lendir dan mulut serta kulit menjadi kering. Berdasarkan klasifikasi dalam MTBS (2008), tanda dan gejalanya dapat dilihat dalam tabel 2.1.

e. Patofisiologi

Diare dapat disebabkan oleh satu atau lebih patofisiologi atau patomekanisme diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Gangguan absorpsi atau Diare Osmotik

Epitel usus halus merupakan epitel yang berpori, yang dapat dilewati air dan elektrolit dengan cepat untuk mempertahankan osmotik antara usus dengan cairan ekstraseluler. Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap seperti magnesium, glukosa, sukrosa, laktosa, dan maltose maka akan menyebabkan tekanan osmotik meninggi, sehingga pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus yang berlebihan. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare (Subagyo & Santoso, 2011).

2) Gangguan Sekresi

Diare tipe ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi air dan elektrolit dalam usus, hal ini akan mengakibatkan adanya peningkatan isi rongga usus. Peningkatan tersebut akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga terjadilah diare (Simadibrata, 2006; Subagyo & Santoso, 2011).

3) Gangguan Motilitas

Peningkatan pergerakan usus akan mengakibatkan berkurangnya kemampuan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Namun sebaliknya, jika peristaltik usus menurun bakteri akan tumbuh berlebihan yang selanjutnya yang dapat menimbulkan diare (Subagyo & Santoso, 2011).

4) Diare Inflamasi

Proses inflamasi di usus halus dan kolon merupakan penyebab diare pada beberapa kondisi. Akibat kehilangan sel epitel dan kerusakan *tight junction*, tekanan hidrostatik dalam pembuluh darah dan limfatik menyebabkan air, elektrolit, mukus, protein dan seringkali sel darah merah dan sel darah putih menumpuk dalam lumen. Biasanya diare akibat inflamasi ini berhubungan dengan tipe diare lain seperti diare osmotik dan diare sekretorik (Juffrie, 2010 *cit* Fediani, 2011).

5) Gangguan Permeabilitas Usus

Diare tipe ini disebabkan permeabilitas usus yang abnormal disebabkan adanya kelainan morfologi membran epitel spesifik pada usus halus (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Setiati, & Simadibrata, 2006).

f. Pencegahan

Menurut Depkes RI (2011), untuk mencegah diare pada balita perlu melakukan kegiatan pencegahan penyakit diare yang benar dan efektif, kegiatan tersebut adalah:

1) Memberikan ASI

ASI turut memberikan perlindungan terhadap terjadinya diare pada balita karena antibodi dan zat-zat lain yang terkandung di dalamnya memberikan perlindungan secara imunologi.

2) Memperbaiki Makanan Pendamping ASI

Perilaku yang salah dalam pemberian makanan pendamping ASI dapat menyebabkan resiko terjadinya diare sehingga dalam pemberiannya harus memperhatikan waktu dan jenis makanan yang diberikan. Pemberian makanan pendamping ASI sebaiknya dimulai dengan memberikan makanan lunak ketika anak berumur 6 bulan dan dapat diteruskan pemberian ASI, setelah anak berumur 9 bulan atau lebih, tambahkan macam makanan lain dan frekwensi pemberian makan lebih sering (4 kali sehari). Saat anak berumur 11 tahun berikan semua makanan yang dimasak dengan baik, frekuensi pemberiannya 4-6 kali sehari.

3) Menggunakan Air Bersih yang Cukup

Resiko untuk menderita diare dapat dikurangi dengan menggunakan air yang bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanannya di rumah.

4) Mencuci Tangan

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Menurut Ejemot (2008), dijelaskan bahwa mencuci tangan dengan benar dapat mencegah terjadinya diare sebesar 30%.

5) Menggunakan Jamban

Upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan resiko penularan diare karena penularan kuman penyebab diare melalui tinja dapat dihindari.

6) Membuang Tinja Bayi dengan Benar

Membuang tinja bayi ke dalam jamban sesegera mungkin sehingga penularan kuman penyebab diare melalui tinja bayi dapat dicegah. Menurut Wibowo (2004) dan Jubir (2006) *cit* Wulandari (2009), ditemukan bahwa pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat sanitasi dapat meningkatkan resiko terjadi diare berdarah pada balita sebesar 2,55 kali lipat dibanding dengan yang membuang tinja secara benar.

7) Memberikan Imunisasi Campak

Anak yang sakit campak sering disertai diare sehingga imunisasi campak dapat mencegah terjadinya diare yang lebih parah lagi.

g. Komplikasi

Komplikasi diare menurut (Depkes RI, 2008; Suraatmaja, 2007; Subagyo & Santoso, 2011) antara lain:

1) Dehidrasi

Dehidrasi ini meliputi dehidrasi ringan, sedang, dan berat seperti yang terinci dalam materi MTBS (2008), dalam tabel 2.1.

2) Hipernatremia

Hipernatremia biasanya terjadi pada diare yang disertai muntah dengan masukan cairan atau makanan kurang ataupun minum yang terlalu banyak mengandung natrium. Menurut penelitian Jurnal, Sayoeti, dan Dewi (2008), menemukan bahwa 10,3% anak yang menderita diare akut dengan dehidrasi berat mengalami hipernatremia.

3) Hiponatremia

Hiponatremia bisa terjadi pada anak yang hanya minum air putih saja atau yang hanya mengandung sedikit garam. Ini sering terjadi pada anak yang mengalami infeksi *shigella* dan anak malnutrisi berat dengan edema. Penelitian yang dilakukan oleh Jurnal *et al* (2008), ditemukan bahwa sebesar 44,8 % hiponatremia terjadi pada anak diare akut dengan dehidrasi berat.

4) Hipokalemia

Penggantian kalium (K) selama rehidrasi tidak cukup, akan menyebabkan terjadinya hipokalemia yang ditandai dengan kelemahan otot, peristaltik usus berkurang, gangguan fungsi ginjal, dan aritmia jantung. Jurnal *et al* (2008), menemukan bahwa 62% anak yang menderita diare akut dengan dehidrasi berat mengalami hipokalemia.

5) Asidosis Metabolik

Asidosis metabolik ini ditandai dengan bertambahnya asam atau hilangnya basa cairan ekstraseluler tubuh. Sebagai kompensasi, akan terjadi alkalosis respiratorik, yang ditandai dengan pernapasan kusmaul. Penelitian yang dilakukan oleh Sinuhaji (2007), menemukan bahwa bayi atau anak yang dirawat dengan diare akut mengalami asidosis metabolik sebesar 6,6 - 72,7%. Selain itu penelitian lain yang dilakukan oleh Jurnal *et al* (2008), menemukan bahwa komplikasi diare dengan dehidrasi berat yang ditemukan paling banyak adalah asidosis metabolik sebesar 75,9%.

6) Demam

Diare akibat infeksi disentri *shigella* dan *rotavirus* sering menyebabkan demam. Biasanya demam akan timbul jika penyebab diare berinvansi ke dalam sel epitel usus. Demam juga dapat terjadi karena diare, demam yang demikian akan turun setelah mendapat rehidrasi cukup. Penelitian Grace dan Jerald (2010), menemukan bahwa ada demam dan muntah pada anak diare akut yang disebabkan oleh *rotavirus* sebesar 41,3%.

4. MTBS Diare

Menurut Depkes RI (2011), prinsip tatalaksana diare akut dalam MTBS terdiri dari 5 hal sama seperti yang terdapat dalam MTBS (2008), yaitu:

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.

b. Mengatasi Dehidrasi

Pengobatan diare dilakukan melalui beberapa langkah yang disebutkan berikut ini:

- 1) Tetapkan derajat dehidrasi penderita, apakah tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan, dehidrasi sedang, atau dehidrasi berat.

Klasifikasinya dapat dilihat pada tabel.

Tabel 2.1 Penentuan Tindakan Derajat Dehidrasi berdasarkan Gejala

Klasifikasi	Gejala
Diare dehidrasi berat	Dua atau lebih tanda-tanda berikut:
Tindakan:	1. Letargi/tidak sadar
1. Jika tidak ada klasifikasi berat lain: beri cairan untuk dehidrasi berat (rencana terapi C dan tablet Zinc.	2. <i>Sunken eyes</i> (mata cekung)
2. Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain: rujuk segera dan bila masih bisa minum berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan.	3. Tidak dapat minum atau sulit minum
	4. <i>Skin pinch</i> (cubitan kulit perut/turgor) kembali sangat lambat (> 2 detik)

3. Jika ada kolera di daerah tersebut, berikan antibiotik kolera.

Diare dehidrasi ringan atau sedang

Tindakan:

1. Beri cairan & makanan sesuai rencana terapi B dan tablet Zinc.

2. Jika anak juga memiliki klasifikasi berat lain: rujuk segera dan apabila masih dapat minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan.

3. Nasehati kapan kembali ke pelayanan kesehatan lagi.

4. Kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan.

Dua atau lebih tanda-tanda berikut:

1. Rewel

2. *Sunken eyes*

3. Haus, minum dengan lahap

4. *Skin pinch* lambat kembali

Diare tanpa dehidrasi

Tindakan:

1. Beri cairan & makanan sesuai rencana terapi A dan tablet Zinc.

2. Nasehati kapan segera kembali ke pelayanan kesehatan

3. Kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan.

Tidak cukup tanda-tanda untuk mengklasifikasikannya sebagai dehidrasi sedang atau berat

Jika diare 14 hari atau lebih

Diare persisten berat

Tindakan:

1. Mengatasi dehidrasi sebelum dirujuk

2. Dirujuk ke pelayanan kesehatan

Ada dehidrasi

Diare persisten

1. Memberi makanan yang adekuat untuk diare persisten

2. Melakukan kunjungan ulang ke pelayanan kesehatan 5 hari

Desenterii	Ada darah dalam feses
Tindakan:	
1. Memberikan antibiotic yang sesuai	
2. Melakukan kunjungan ulang ke pelayanan kesehatan dalam 2 hari.	

2) Tetapkan rencana pengobatan sesuai derajat dehidrasi penderita diare, rencana pengobatan menurut Depkes RI (2011) ada 3 yaitu:

a) 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 2.2 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

b) 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 2.3 Rencana Terapi B untuk Penderita Diare 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

c) 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 2.4 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 ¹ / ₂ 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.

1) 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.

2) Mengobati penyebab atau masalah lain yang menyertai

Menurut Depkes RI (2011), 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. Depkes RI (2011), menganjurkan untuk balita diare diberi tablet Zinc.

3) Pemberian Tablet *Zinc*

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

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

Cara pemberian tablet zinc adalah sebagai berikut:

1. Tablet zinc dilarutkan dengan sedikit air atau ASI dalam sendok the, tablet zinc akan larut dalam 30 detik lalu segera diminumkan kepada anak.
2. Jika anak muntah sekitar ½ jam setelah diberikan tablet zinc, maka pemberiannya diulangi dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali sampai satu dosis penuh.
3. 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.

5. Penatalaksanaan Diare di Rumah

Penatalaksanaan diare balita di rumah merupakan perawatan awal yang bisa dilakukan oleh ibu dengan membuat cairan pengganti bagi anak. Berdasarkan uraian sebelumnya di MTBS diare telah dijelaskan beberapa prinsip penanganan diare diantaranya penggantian cairan dengan oralit, cairan infus jika dirujuk, pemberian obat, dan pemberian *zinc*. Namun hal yang terpenting perawatan awal diare di rumah adalah pemberian *oral rehydration solution* (ORS) seperti penelitian Munos, Fischer Walker, dan Black (2010). ORS untuk perawatan diare biasanya menggunakan larutan oralit, tetapi jika tidak tersedia ibu dapat membuat larutan sendiri yaitu cairan rumah tangga salah satunya larutan gula garam (LGG). Menurut hasil penelitian Munos *et al* (2010), dijelaskan bahwa ORS dapat mencegah kematian balita diare sebesar 93%.

Berdasarkan penelitian Munos *et al* (2010), tersebut maka peneliti akan mengajarkan cara pembuatan LGG yang tepat kepada ibu – ibu

responden supaya ibu dapat memberikan perawatan pada balita diare.

Cara pembuatan LGG adalah sebagai berikut:

- a. Persiapan: cuci tangan dengan sabun dan air bersih, untuk 1 gelas (200 ml) air matang yang bersih ditambahkan 1 sendok teh gula pasir dan $\frac{1}{4}$ sendok teh garam, larutan tersebut diaduk sampai rata jika larutan benar rasanya seperti air mata. Kemudian diberikan kepada anak.
- b. Penyimpanan: LGG dapat dibiarkan pada suhu kamar hingga 6 jam dalam wadah tertutup. Jika lebih dari 6 jam larutan harus dibuang dan diganti larutan terbaru.

ORS dari cairan rumah tangga selain LGG masih ada macamnya seperti yang disebutkan dalam MTBS (2008), yaitu dapat berupa kuah sayur atau cairan makanan, air tajin, sup, dan air matang, sedangkan untuk usia dibawah 6 bulan diberikan ASI saja dengan jumlah yang lebih sering. Cairan yang tidak boleh diberikan selama diare adalah *soft drinks*, minuman bersoda, dan kopi.

6. Pengetahuan

a. Pengertian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008), pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui (berkenaan dengan mata pelajaran). Pengetahuan adalah kesadaran setiap individu untuk memperoleh pelajaran atau pengetahuan dengan cara mengumpulkan, menyusun data dan fakta-fakta yang relevan

dengan realita yang ada (Taylor, Lillis, LeMone, Lynn, & LeBon, 2005).

Notoatmodjo (2007), mendefinisikan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, penginderaan ini berasal dari pengelihatn, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengalaman dan pengetahuan membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan akan memberikan penguatan terhadap individu dalam setiap pengambilan keputusan dan dalam berperilaku (Setiawati & Dermawan, 2008).

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Bloom (1908) *cit* Notoatmodjo (2007), pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu tahu adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk

mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan.

2) Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Analisis (*analysis*)

Analisis, suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

4) Aplikasi (*Application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil

(sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, dan prinsip.

5) Sintesis (*synthesis*)

Diartikan sebagai sesuatu yang menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi, ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

c. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh 6 faktor yaitu:

1) Pendidikan atau Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan

berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang di dapat tentang kesehatan.

2) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Misalnya pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak belakang dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

3) Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga

pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini.

4) Lingkungan

Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi umpan balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5) Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi,

radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

6) Sosial Budaya dan Ekonomi (Penghasilan)

Kebiasaan dan tradisi adalah hal yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegunaan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

7. Keterampilan

a. Pengertian

Keterampilan adalah kemampuan seseorang untuk bertindak setelah menerima pembelajaran tertentu (KBBI, 2008). Keterampilan seseorang dapat ditentukan oleh pengetahuan atau skill, sikap, ketersediaan fasilitas dan perilaku para petugas kesehatan sebagai fasilitator (Notoatmodjo, 2007).

b. Faktor yang Mempengaruhi Keterampilan

Faktor yang mempengaruhi keterampilan menurut Widayatun (2005) yaitu:

1) Pengalaman

Pengalaman akan memperkuat kemampuan dalam melakukan sebuah tindakan (keterampilan). Pengalaman membangun

seorang perawat bisa melakukan tindakan-tindakan yang telah diketahui pada langkah pertama. Semua tindakan yang pernah dilakukan direkam dalam bawah sadar mereka dan dibawa terus sepanjang hidupnya.

2) Keinginan dan Motivasi

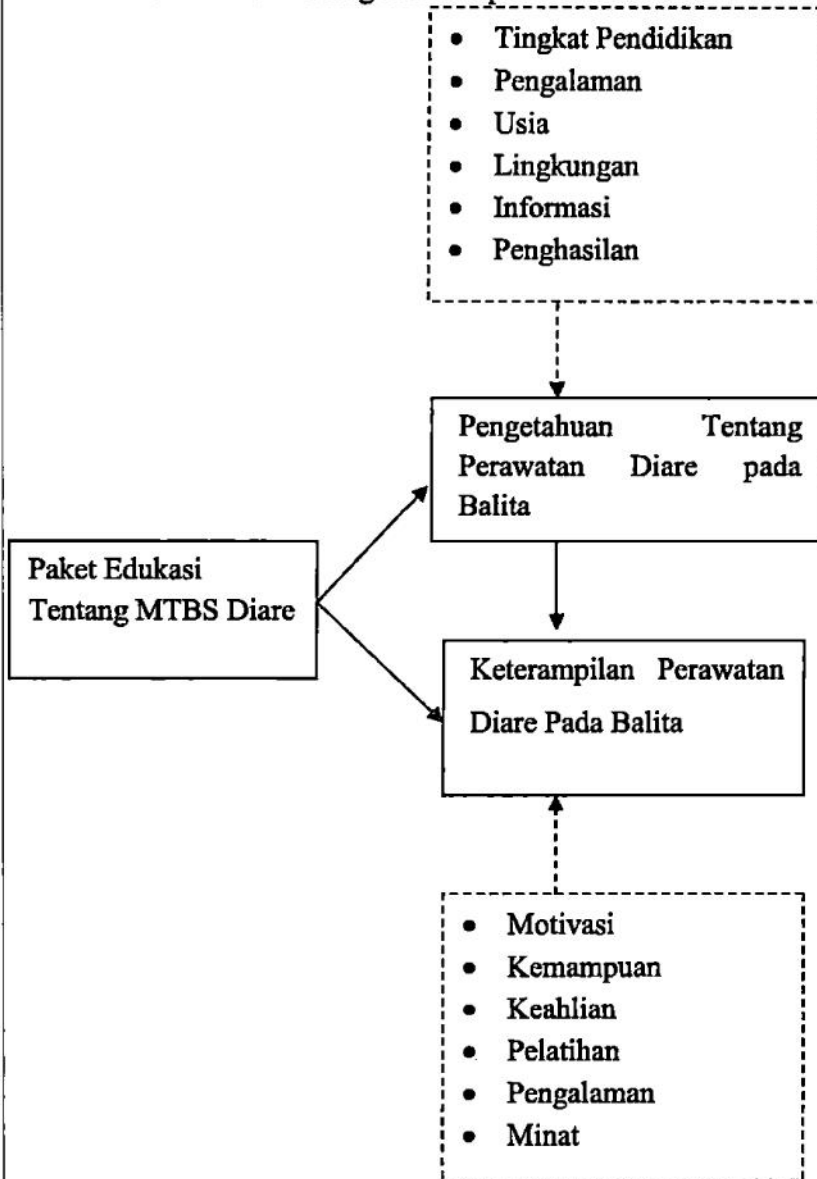
Merupakan sebuah keinginan yang membangkitkan motivasi dalam diri seorang individu dalam rangka mewujudkan tindakan-tindakan. Motivasi inilah yang mendorong seorang bisa melakukan sebuah tindakan sesuai dengan prosedur yang sudah diajarkan.

3) Keahlian

Keahlian yang dimiliki oleh seseorang akan membuat terampil dalam melakukan keterampilan tertentu. Faktor lain yang mempengaruhi keterampilan menurut Sutermeister (1999) *in* Roy (2011) *cit* Rohmayana (2010), antara lain: kemampuan yaitu sesuatu kelebihan yang dimiliki oleh seseorang untuk dapat melakukan tindakan, pengetahuan dan pendidikan yang merupakan sesuatu yang diperoleh dari pembelajaran sehingga seseorang mampu melaksanakan tindakan, dan pelatihan yaitu kegiatan melatih seseorang supaya mampu bertindak sesuai aturan yang telah diajarkan.

B. Kerangka Konsep

Skema 2.1 Kerangka Konsep



Keterangan:

————— :Aspek yang diteliti

- - - - - :Faktor pengganggu

C. Hipotesis

1. H1

- a. Ada pengaruh paket edukasi tentang manajemen terpadu balita sakit (MTBS) diare terhadap tingkat pengetahuan ibu dalam perawatan balita dengan diare.
- b. Ada pengaruh paket edukasi tentang manajemen terpadu balita sakit (MTBS) diare terhadap keterampilan ibu dalam perawatan balita dengan diare.

2. H0

- a. Tidak ada pengaruh paket edukasi tentang manajemen terpadu balita sakit (MTBS) diare terhadap tingkat pengetahuan ibu dalam perawatan balita dengan diare.
- b. Tidak ada pengaruh paket edukasi tentang manajemen terpadu balita sakit (MTBS) diare terhadap tingkat keterampilan ibu dalam perawatan balita dengan diare.