

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Edukasi (Pendidikan Kesehatan)

1. Pengertian Edukasi

Edukasi kesehatan merupakan suatu proses pembelajaran yang terencana dan bersifat dinamis. Tujuan dari proses pembelajaran ini adalah untuk memodifikasi perilaku melalui peningkatan keterampilan, pengetahuan, maupun perubahan sikap yang berkaitan dengan perbaikan pola hidup ke arah yang lebih sehat. Perubahan yang diharapkan dalam edukasi kesehatan dapat diaplikasikan pada skala individu hingga masyarakat, serta pada penerapan program kesehatan (Nurmala *et al.*, 2018).

Berbagai unsur dalam komponen edukasi kesehatan di antaranya adalah para pendidik dan sasaran didik sebagai bagian input, implementasi berbagai kerangka kegiatan yang telah direncanakan sebagai upaya untuk membuat perubahan perilaku (proses), serta hasil (*output*) yang diharapkan dari kegiatan yang telah diupayakan. Adanya perubahan perilaku hidup sehat secara mandiri merupakan hasil yang diharapkan dari kegiatan edukasi maupun promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

2. Ruang Lingkup Edukasi

Notoatmodjo (2012), menjelaskan beberapa ruang lingkup pendidikan kesehatan, antara lain:

a. Dimensi Sasaran

- 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

b. Dimensi Tempat Pelaksanaannya

- 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dengan sasaran murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dengan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

- 2) Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Balai Kesehatan, Rumah Sakit Umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau Karyawan.

c. Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan

1) Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan *hygiene* perorangan dan sebagainya.

2) Perlindungan Khusus (*Specific Protection*)

Program imunisasi merupakan bentuk perlindungan khusus, dan pendidikan kesehatan sangat penting dalam program ini, terutama di negara-negara berkembang. Ini karena rendahnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya imunisasi untuk melindungi diri sendiri dan anak-anaknya dari penyakit.

3) Diagnosa Dini dan Pengobatan Segera (*Early Diagnosis And Prompt Treatment*)

Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan dan penyakit, seringkali sulit untuk mendeteksi penyakit yang ada di masyarakat. Bahkan, masyarakat enggan atau tidak mau menjalani pemeriksaan dan pengobatan, sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pemahaman dan mendorong masyarakat agar lebih peduli terhadap kesehatan mereka.

4) Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang kurang tentang kesehatan dan penyakit, menyebabkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, atau tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan kompleks. Pengobatan yang tidak

tepat dan tidak lengkap dapat menyebabkan individu tersebut mengalami cacat atau kehilangan kemampuan.

5) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Menjadi cacat adalah dampak setelah sembuh dari penyakit tertentu. Terkadang latihan tertentu diperlukan untuk memperbaiki cacatnya. Namun, karena kurangnya kesadaran dan pemahaman, sehingga mereka tidak atau enggan melakukannya. Selain itu, orang telah sembuh dari penyakit namun mengalami cacat sering merasa malu untuk kembali ke masyarakat.

3. Metode Edukasi

Menurut Notoatmodjo (2012), berikut ini diuraikan beberapa metode dalam pendidikan kesehatan

a. Metode Individual

Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut.

Bentuk pendekatannya, antara lain:

1) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif.

2) Wawancara (*Interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien dilakukan untuk menggali informasi.

b. Metode Kelompok

1) Kelompok kecil, apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Metode yang digunakan antara lain diskusi kelompok, curah pendapat, curah pendapat, bola salju, bermain peran dan bermain simulasi.

2) Kelompok besar, apabila peserta penyuluhan lebih dari 16 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

c. Metode Massa

Karena sasaran bersifat umum, pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan sampai pada perubahan perilaku, maka metode yang cocok untuk pendekatan massa seperti ceramah umum, berbincang-bincang dan tulisan dimajalah atau koran.

4. Media Edukasi

Media edukasi secara umum mempunyai kegunaan untuk mengatasi hambatan berkomunikasi, keterbatasan fisik dalam kelas, sikap pasif anak, serta untuk mempersamakan pengamatan anak. Dengan menggunakan media edukasi secara tepat dan bervariasi dapat mengatasi sikap pasif anak. Edgar Dale membagi intensitas media menjadi 11 tingkatan berdasarkan pengalamannya, sebagai berikut:



Gambar 1 Piramid Pengalaman Oleh Edgar Dale

Piramid yang digambarkan oleh Edgar Dale ini mendeskripsikan, semakin ke bawah maka intensitas media semakin tinggi, dan semakin ke atas maka intensitasnya semakin rendah. Menurut Notoatmodjo (2012), bahwa alat penyalur pesan-pesan kesehatan berdasarkan fungsinya dibagi menjadi 3, yaitu:

a. Media Cetak

- 1) *Booklet*, menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.

- 2) *Leaflet*, penyampaian pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat.
 - 3) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tapi tidak dilipat.
 - 4) *Flip Chart*, penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik.
 - 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah.
 - 6) Poster, media cetak yang berisi informasi kesehatan, biasanya ditempel di tembok, di tempat umum atau di kendaraan umum.
 - 7) Foto-foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.
- b. Media Elektronik
- Media elektronik sebagai sarana untuk menyampaikan informasi, pesan-pesan kesehatan yang berbeda-beda jenisnya antara lain: Televisi, Radio, Video, *Slide*, *Film*, *Strip*.
- c. Media Papan
- Media papan biasanya dipasang di tempat-tempat umum yang diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan.

B. Media Audio Visual

1. Pengertian Media Audio Visual

Audio visual berasal dari kata *Audible* dan *Visible*, *audible* yang artinya dapat didengar, *visible* artinya dapat dilihat. Dalam kamus besar ilmu pengetahuan, audio visual adalah hal-hal yang berhubungan dengan suara atau bunyi. Media audio visual merupakan seperangkat alat yang dapat memproyeksikan gambar bergerak dan bersuara. Media audio visual adalah perantara atau peraga seperti rekaman video, film, slide suara yang digunakan dalam kegiatan belajar mengajar yang penggunaan materi penyerapannya melalui pandangan dan pendengaran (Fauzi, 2022).

2. Keunggulan dan Kekurangan Media Audio Visual

- a. Keunggulan (Hartono *et al.*, 2023)
 - 1) Memberikan pengalaman belajar yang tidak mungkin dapat dipelajari secara langsung.

- 2) Memungkinkan belajar lebih bervariasi sehingga dapat menambah motivasi dan gairah belajar.
 - 3) Berfungsi sebagai sumber belajar, yang dapat dimanfaatkan siswa secara mandiri tanpa sepenuhnya tergantung pada kehadiran guru.
 - 4) Pemakaian alat audio visual bisa mempertinggi atensi anak dengan bentuk yang menarik
- b. Kekurangannya (Hartono *et al.*, 2023)
- 1) Pengadaanya memerlukan biaya mahal.
 - 2) Tergantung pada energi listrik sehingga tidak dapat dihidupkan disegala tempat.
 - 3) Sifat komunikasi searah, sehingga tidak dapat memberi peluang untuk terjadinya umpan balik.

C. Cuci Tangan Pakai Sabun

1. Definisi Cuci Tangan Pakai Sabun

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, cuci tangan pakai sabun (CTPS) adalah praktik mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun. Dalam mendefinisikan air mengalir ini, Badan Pusat Statistik di dalam Pedoman Konsep dan definisi Survei Sosial Ekonomi Nasional mendefinisikan air mengalir sebagai air yang telah digunakan untuk mencuci tangan tidak digunakan kembali. *Joint Monitoring Program (JMP)* memberikan definisi sebagai fasilitas permanen maupun yang dapat dipindah-pindah (*mobile*), meliputi keran air dengan bak, keran dan ember, *tippy taps*, dan kendi atau baskom. Sabun meliputi sabun batang, sabun cair, detergen serbuk, dan air sabun.

2. Manfaat Cuci Tangan Pakai Sabun

Manfaat dilakukannya cuci tangan yaitu untuk :

- a. Menghilangkan semua jenis kuman dari tangan seperti jenis kuman *norovirus*, *Cryptosporidium*, dan *Clostridioides difficile*, serta bahan kimia berbahaya seperti pestisida dan logam berat.

- b. Mencegah penularan penyakit seperti diare, kecacingan, penyakit kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA).

3. Waktu Penting Cuci Tangan Pakai Sabun

Menurut Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2020) mencuci tangan pakai sabun dilakukan selama minimal 40-60 detik dan waktu penting untuk cuci tangan pakai sabun adalah:

- a. Sebelum dan setelah makan.
- b. Sesudah buang air besar dan menggunakan toilet.
- c. Sebelum memegang bayi.
- d. Sesudah mengganti popok, menceboki /membersihkan anak yang telah menggunakan toilet.
- e. Sebelum, selama, dan setelah menyiapkan makanan.
- f. Setelah bersin dan batuk.
- g. Sebelum menyentuh mata, hidung, atau mulut anda.
- h. Setelah menyentuh permukaan benda termasuk gagang pintu, meja.
- i. Sebelum dan sesudah merawat seseorang yang muntah atau diare.
- j. Sebelum dan sesudah merawat luka.
- k. Setelah menyentuh hewan, pakan ternak, atau kotoran hewan.
- l. Setelah menyentuh sampah.
- m. Jika tangan anda terlihat kotor atau berminyak.
- n. Sebelum dan sesudah mengunjungi teman, keluarga, atau kerabat yang di rumah sakit atau panti jompo.

4. Langkah-langkah Cuci Tangan Pakai Sabun



Gambar 2 Panduan Cuci Tangan Pakai Sabun

Diadopsi dari Panduan Cuci Tangan Pakai Sabun, Kementerian Kesehatan, 2020.

D. Perilaku

1. Definisi Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2012) perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner dalam Notoatmodjo (2012), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R atau *Stimulus Organisme Respons*.”

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan, perilaku adalah bagaimana interaksi seseorang dengan lingkungannya yang dapat diamati atau dirasakan oleh orang lain dan bagaimana sikap seseorang dalam menanggapi rangsangan atau stimulus dari luar untuk perubahan perilaku menjadi lebih baik atau bahkan lebih buruk.

2. Bentuk Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2012), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi berikut:

a. Perilaku Tertutup (*Covert Behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b. Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah diamati atau dilihat oleh orang lain.

3. Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan.

4. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Lawrence Green menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor di luar perilaku. Faktor perilaku dipengaruhi oleh 3 hal (Notoatmodjo, 2012).

- a. Faktor Predisposisi, yakni pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan budaya merupakan faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang.
- b. Faktor Pendukung, yakni faktor-faktor yang memfasilitasi terhadap suatu perubahan perilaku, seperti sarana dan prasarana kesehatan.
- c. Faktor Pendorong, yakni faktor-faktor yang memperkuat terjadinya suatu perubahan perilaku. Faktor ini terwujud dalam dukungan orang

tua dan juga sikap dan perilaku tugas kesehatan yang memberikan stimulus.

5. Domain Perilaku

Bloom membagi perilaku manusia kedalam tiga domain (Notoatmodjo, 2012).

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan berasal dari pengamatan yang dilakukan oleh indera terhadap sesuatu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan raba. Seseorang tidak dapat mengambil keputusan dan tindakan terhadap suatu masalah tanpa adanya pengetahuan.

1) Tingkatan Pengetahuan

a) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali (*recall*) suatu sesuatu atau materi yang telah dipelajari dan diterima secara spesifik termasuk dalam pengetahuan tingkat ini. Oleh karena itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, atau mengulangi materi atau stimulus yang diberikan adalah cara mengukur bahwa seseorang mengetahui apa yang telah dipelajari.

b) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan kemampuan seseorang untuk menjelaskan kembali secara spesifik dan dapat menginterpretasikan kembali yang telah dipelajari. Seseorang yang telah memahami materi, maka dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, dan menyimpulkan tentang materi tersebut.

c) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam

menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

d) Analisis (*Analysis*)

Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur berkaitan satu sama lain. Kemampuan ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan atau membuat bagan, membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan.

e) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru yang baru.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi diartikan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian yang didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri.

2) Pengukuran Pengetahuan

Arikunto (2006) membedakan pengetahuan menjadi tiga yaitu dinyatakan baik apabila mampu menjawab dengan benar 75-100% dari jumlah pertanyaan, cukup apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan, dan kurang apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 40-50% dari jumlah pertanyaan (Rachmawati, 2019).

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah respons seseorang dalam bertindak terhadap suatu stimulus, yang melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap dapat bersifat positif bila tindakan yang dilakukan mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan stimulus. Sedangkan sikap dapat bersifat negatif apabila tindakan yang dilakukan membenci, tidak

menyukai stimulus tersebut. Menurut pendapat Alport, sikap terdiri dari tiga komponen, yaitu pertama kepercayaan, ide, konsep, kedua kehidupan emosional terhadap suatu objek, ketiga kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) (Pakpahan *et al.*, 2021).

1) Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan.

a) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan jika seorang bersedia dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

b) Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

c) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

d) Bertanggung Jawab (*Responsible*)

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

2) Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Rachmawati (2019) menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap, yaitu:

a) Pengalaman Pribadi

Sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya. Pengaruh langsung tersebut dapat berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan hanya apabila kondisi dan situasi memungkinkan.

b) Orang lain

Seseorang cenderung akan memiliki sikap yang disesuaikan atau sejalan dengan sikap yang dimiliki orang yang dianggap berpengaruh antara lain adalah orang tua, teman dekat, teman sebaya.

c) Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup akan mempengaruhi pembentukan sikap seseorang.

d) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, surat kabar dan internet mempunyai pengaruh dalam membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarah pada opini yang kemudian dapat mengakibatkan adanya landasan kognisi sehingga mampu membentuk sikap.

e) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, dikarenakan keduanya meletakkan dasar, pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan diperoleh dari pendidikan dan pusat keagamaan serta ajarannya.

3) Pengukuran Sikap

Sikap dikatakan positif bila skor yang diperoleh (53%-100%) dan sikap negatif ($\leq 46\%$) (Harnitya, 2014).

c. Praktik atau Tindakan (*Practice*).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

1) Tingkatan Praktik (Notoatmodjo, 2012)

a) Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama.

b) Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat kedua.

c) Adopsi (*Adoption*)

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2) Pengukuran Praktik

Tindakan dikategorikan menjadi tiga yaitu dinyatakan baik apabila mampu melakukan tindakan dengan benar 75-100%, cukup apabila seseorang mampu melakukan tindakan benar 56-75%, dan kurang apabila seseorang melakukan tindakan dengan benar <55% dari jumlah lembar observasi (Nurmayanti, 2022).

6. Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perihal yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng, dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers dalam Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, disingkat AIETA, yang artinya:

- a. *Awareness*, yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu,
- b. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
- c. *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
- d. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru,

- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

E. Diare

1. Definisi Diare

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair dan dapat berupa air saja dengan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Ari, 2021).

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk feses dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3 kali dalam kurun waktu satu hari. Diare biasanya merupakan gejala infeksi di saluran usus, yang dapat disebabkan oleh berbagai organisme bakteri, virus, dan parasitik (Deswita & Wansyaputri, 2023).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan diare adalah keadaan dimana terjadi pola perubahan BAB lebih dari biasanya (>3kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja lebih encer atau berair dengan atau tanpa darah yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan pathogen parasitik.

2. Klasifikasi Diare

Diare dapat dibagi menjadi beberapa macam yaitu:

1. Diare akut
 - a. Diare non inflamasi, merupakan diare yang disebabkan oleh adanya enterotoksin, menyebabkan diare yang banyak dan encer serta disertai oleh darah.
 - b. Diare inflamasi, diare disebabkan oleh invasi bakteri di usus besar dan pelepasan sitotoksik. Gejala klinis disertai dengan nyeri ulu hati.
2. Diare berkepanjangan/*prolonged*, bila terjadi antara 7-14 hari.
3. Diare kronis, apabila terjadi lebih dari 14 hari.
4. Diare osmotik

Terjadi bila bahan-bahan tertentu yang tidak dapat diserap ke dalam

darah, tertinggal di usus. Bahan tersebut menyebabkan peningkatan kandungan air dalam tinja, sehingga terjadi diare. Beberapa makanan seperti buah-buahan, kacang-kacangan, serta pemanis buatan seperti. Selain itu, kekurangan laktase juga dapat menyebabkan diare osmotik. Laktase adalah enzim yang terdapat di usus halus dan berfungsi mengubah laktosa (gula susu) menjadi glukosa dan galaktosa, yang kemudian diserap oleh darah. Jika seseorang kekurangan laktase, laktosa yang tidak tercerna akan menumpuk di usus dan menyebabkan diare osmotik.

5. Diare sekretonik

Diare sekretorik terjadi ketika usus kecil dan besar melepaskan garam (terutama natrium klorida) serta air ke dalam tinja. Kondisi ini juga dapat disebabkan oleh toksin tertentu, seperti yang ditemukan pada kolera dan diare infeksius lainnya.

6. sindrom malabsorpsi

Pada kondisi ini, penderita tidak dapat mencerna makanan secara normal. Pada malabsorpsi yang lebih parah, lemak yang tidak tercerna akan tertinggal di usus besar, menyebabkan diare sekretorik. Sementara itu, keberadaan karbohidrat di usus besar dapat memicu diare osmotik.

7. Diare eksudatif

Diare eksudatif terjadi jika lapisan usus besar mengalami peradangan atau membentuk tukak, lalu melepaskan protein, darah dan cairan lainnya, yang akan meningkatkan kandungan serat dan cairan pada tinja.

3. Etiologi Diare

Penyebab diare terbagi menjadi 4 yaitu diantaranya (Deswita & Wansyaputri, 2023)

1. Faktor Infeksi

a. Enteral

Merupakan infeksi pada saluran pencernaan anak meliputi infeksi bakteri, virus, parasit, protozoa, serta jamur dan bakteri.

b. Parenteral

Yaitu infeksi dibagian tubuh lain diluar alat pencernaan seperti otitis media, tonsilitis, dan biasanya terjadi banyak pada anak dibawah usia 2 tahun.

c. Makanan

Dapat terjadi karena intoksikasi makanan, dan alergi dan malabsorpsi.

2. Immunodefisiensi

Keadaan ini hanya berlangsung sementara, misalnya sesudah infeksi virus seperti campak atau mungkin yang berlangsung lama seperti pada penderita *AIDS (Automune Deficiency Syndrome)*. Anak-anak dengan imunosupresi berat, diare dapat terjadi karena kuman yang tidak patogen dan mungkin juga berlangsung lama.

3. Faktor Psikologis

Faktor psikologis juga dapat dikaitkan dengan kejadian diare, faktor psikologis ini seperti rasa takut dan cemas.

4. Faktor risiko

Tidak menerapkan kebiasaan cuci tangan pakai sabun.

4. Patofisiologi Diare

Berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya diare diantaranya karena faktor infeksi dimana proses ini diawali dengan masuknya mikroorganisme ke dalam saluran pencernaan kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan usus. Berikutnya terjadi perubahan dalam kapasitas usus sehingga menyebabkan gangguan fungsi usus dalam penyerapan cairan dan elektrolit. Dengan adanya toksis bakteri maka akan menyebabkan gangguan sistem transpor aktif dalam usus akibatnya sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit meningkat.

Faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran cairan dan elektrolit ke dalam usus yang dapat meningkatkan

rongga usus sehingga terjadi diare. Pada faktor makanan dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak diserap dengan baik sehingga terjadi peningkatan dan penurunan peristaltik yang mengakibatkan penurunan penyerapan makanan yang kemudian terjadi diare (Deswita & Wansyaputri, 2023).

5. Manifestasi Klinis Diare

Manifestasi klinis anak diare adalah sebagai berikut (Deswita & Wansyaputri, 2023).

- a. Anak menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada.
- b. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, kadang disertai lendir atau darah.
- c. Warna tinja kehijauan karena bercampur dengan cairan empedu.
- d. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus.
- e. Dehidrasi, turgor kulit berkurang, ubun-ubun dan mata cekung membran mukosa kering dan disertai penurunan berat badan.
- f. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat, tekanan darah menurun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, kesadaran menurun.

6. Komplikasi Diare

Akibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, dapat terjadi berbagai macam komplikasi (Deswita & Wansyaputri, 2023).

- a. Syok hipovolemik
- b. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik atau hipertonik).
- c. Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardi, perubahan elektro kardiogram).
- d. Hipoglikemia.

- e. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim lactase.
- f. Kejang terjadi pada dehidrasai hipertonik.
- g. Malnutrisi energi protein, (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik).

7. Penatalaksanaan Diare

Menurut Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan (2011) program lima langkah tuntaskan diare yaitu:

- a. Rehidrasi Menggunakan Oralit Osmolalitas Rendah

Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti natrium klorida (NaCl), kalium klorida (KCl), dan trisodium sitrat hidrat, serta glukosa anhidrat. Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Walaupun air sangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga lebih diutamakan oralit. Campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat diserap dengan baik oleh usus penderita diare. Sejak tahun 2004, WHO/UNICEF merekomendasikan oralit dengan osmolaritas rendah. Berdasarkan penelitian dengan oralit osmolaritas rendah diberikan kepada penderita diare akan:

- 1) Mengurangi volume tinja hingga 25%
- 2) Mengurangi mual muntah hingga 30%
- 3) Mengurangi secara bermakna pemberian cairan melalui intravena sampai 33%.

Aturan pemberian oralit menurut banyaknya cairan yang hilang, derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan:

- 1) Tidak ada dehidrasi, bila terjadi penurunan berat badan 2,5%
 Umur < 1 tahun: ¼-½ gelas setiap kali anak mencret. Umur 1-4 tahun: ½-1 gelas setiap kali anak mencret. Umur diatas 5 Tahun: 1-1½ gelas setiap kali anak mencret.

2) Dehidrasi ringan bila terjadi penurunan berat badan 2,5%-5%

Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75 ml/kgbb dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.

3) Dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 5-10%

Penderita diare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke Puskesmas. Untuk anak dibawah umur 2 tahun cairan harus diberikan dengan sendok dengan cara 1 sendok setiap 1 sampai 2 menit. Pemberian dengan botol tidak boleh dilakukan. Anak yang lebih besar dapat minum langsung dari gelas. Bila terjadi muntah hentikan dulu selama 10 menit kemudian mulai lagi perlahan-lahan misalnya 1 sendok setiap 2-3 menit. Pemberian ini dilanjutkan sampai dengan diare berhenti.

b. Zinc Diberikan Selama 10 Hari Berturut-Turut

Zinc merupakan salah satu zat gizi mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan anak. Zinc yang ada dalam tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare. Untuk menggantikan zinc yang hilang selama diare, anak dapat diberikan zinc yang akan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap sehat. Obat Zinc merupakan tablet dispersible yang larut dalam waktu sekitar 30 detik. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut dengan dosis sebagai berikut:

- 1) Balita umur < 6 bulan: 1/2 tablet (10 mg) /hari
- 2) Balita umur >6 bulan: 1 tablet (20 mg)/hari.

c. Pemberian Makanan

Pemberian makanan harus segera diberikan seperti biasa dan disesuaikan dengan kebutuhan anak. Selama pemulihan, makanan tambahan diperlukan.

d. Antibiotik Selektif

Antibiotik hanya diberikan jika ada indikasi, seperti diare berdarah atau diare karena kolera, atau diare disertai penyakit lain. Efek samping dari penggunaan antibiotik yang tidak rasional dalam

timbulnya gangguan fungsi ginjal, hati dan diare yang disebabkan antibiotik.

e. Nasihat kepada orang tua/pengasuh

Berikan nasihat dan cek pemahaman ibu/pengasuh tentang cara pemberian Oralit, Zinc, Asi/makanan dan tanda-tanda untuk segera membawa anaknya ke petugas kesehatan jika anak:

- 1) Buang air besar cair lebih sering
- 2) Muntah berulang-ulang
- 3) Makan atau minum sedikit
- 4) Demam
- 5) Tinjanya berdarah
- 6) Tidak membaik dalam 3 hari

8. Pencegahan Diare

Menurut Femi (dalam Nurmayanti, 2022) cara pencegahan diare dapat dilakukan dengan cara berikut:

a. Penggunaan Air Bersih

Risiko diare dapat diminimalkan dengan menggunakan air yang bersih dan melindunginya dari kontaminasi. Keluarga harus mengambil air dari sumber yang paling bersih, tidak mengizinkan mandi, mencuci, atau buang air besar di dekat sumber air.

b. Mencuci Tangan

Semua agen penyakit diare dapat menyebar melalui tangan yang telah terkontaminasi. Risiko diare berkurang secara signifikan jika individu mempraktikkan cuci tangan secara benar. Setiap individu harus mencuci tangan secara menyeluruh dengan menerapkan waktu cuci tangan yang disarankan oleh Kemenkes. Mencuci tangan yang baik memerlukan penggunaan sabun atau pengganti lokal, dan air yang cukup untuk membilas tangan secara menyeluruh.

c. Keamanan Pangan

Makanan dapat terkontaminasi oleh penyebab diare pada tahap produksi dan persiapan, dan penyimpanan. Masak makanan dengan

benar, pisahkan makanan yang telah dimasak dan yang belum dimasak. Pisahkan makanan yang telah dicuci bersih dan yang belum dicuci bersih, dan jaga makanan dari serangga seperti lalat.

d. Penggunaan Jamban dan Pembuangan Tinja Yang Aman

Lingkungan yang tidak bersih berperan dalam penyebaran diare. Patogen yang menyebabkan diare biasanya dikeluarkan melalui tinja orang atau hewan yang terinfeksi, oleh karena itu pembuangan tinja yang tepat membantu menghentikan penyebaran infeksi. Setiap keluarga perlu memiliki jamban yang bersih dan berfungsi.

F. Anak Usia Sekolah Dasar

1. Pengertian Anak Usia Sekolah Dasar

Menurut Potter & Perry periode usia sekolah dimulai dari anak berusia enam hingga 12 tahun dan dibagi menjadi tiga tahapan umur yaitu tahap transisi atau primer (6-7 tahun), tahap pertengahan (7-9 tahun) dan pra-remaja (10-12 tahun) (Sulaiman *et al.*, 2020).

Perkembangan fisik, psikososial dan kognitif merupakan titik pengalaman inti yang menjadi pusat anak usia sekolah dasar (Kurniawati, 2018). Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan usia anak yang sudah mengerti apa saja yang harus dilakukan dalam kehidupan sehari-hari, mampu berpikir logis, namun masih perlu bimbingan dan pendampingan dalam masa perkembangannya.

2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah Dasar

a. Fisik

1) Fisik

Anak perempuan biasanya tumbuh lebih cepat secara umum tinggi dan berat badan anak perempuan melebihi anak laki-laki.

a) Tinggi Badan

1. Rata-rata anak usia sekolah bertambah tinggi 5 cm per tahun.
2. Rata-rata tinggi anak usia 6 tahun adalah 112,5 cm.

3. Rata-rata tinggi anak usia 12 tahun adalah 147,5 cm.

b) Berat Badan

1. Rata-rata berat badan anak usia sekolah bertambah 2-3 kg per tahun.

2. Rata-rata berat badan anak usia 6 tahun mencapai 21 kg.

3. Rata-rata berat badan anak usia 12 tahun mencapai 40 kg.

2) Pada masa praremaja antara usia 10 hingga 13 tahun, anak mengalami pertumbuhan yang cepat. Sistem imun tubuh bekerja lebih efisien, sehingga lokalisasi infeksi dan respons antigen-antibodi yang lebih baik.

3) Kebutuhan nutrisi harian anak usia sekolah cenderung menurun seiring dengan ukuran tubuh. Anak pada usia sekolah membutuhkan sekitar 2.400 kalori per hari. Orang tua perlu menekankan bahwa diet seimbang penting bagi tubuh untuk memenuhi kebutuhan guna mendukung pertumbuhan yang pesat saat remaja.

4) Kebutuhan tidur setiap anak pada usia sekolah dasar berada dalam rentang dari 8 sampai 9,5 jam per malam.

5) Laju pertumbuhan anak usia sekolah cenderung melambat dibandingkan dengan masa remaja nantinya sehingga mereka membutuhkan waktu tidur yang relatif lebih sedikit. Membaca sebelum tidur dapat membantu dan membangun pola waktu tidur yang positif. Anak-anak sering tidak menyadari rasa lelah, sehingga terbangun atau terjaga dalam waktu lama menyebabkan kelelahan pada hari berikutnya.

6) Pada usia 6 tahun anak mulai memiliki gigi permanen dan secara bertahap kehilangan gigi susu. Pentingnya kunjungan rutin ke dokter gigi, serta kebiasaan menyikat gigi dikenalkan sejak usia dini.

7) Mengompol (Enuresis), dan kebocoran feses yang terus-menerus (enkopresis), masalah eliminasi yang umum pada anak usia

sekolah. Anak laki-laki memiliki lebih banyak masalah daripada anak perempuan.

b. Perkembangan Psikososial

Menurut Erikson, industri versus inferiority adalah perkembangan psikososial anak usia sekolah. Pada tahap ini hubungan anak meluas tidak hanya dengan orang terdekat tetapi juga dengan teman sekolah atau guru. Anak usia sekolah umumnya telah menguasai tiga tugas perkembangan awal (kepercayaan, otonomi, dan inisiatif). Mereka sekarang berkonsentrasi pada penguasaan kepandaian (industri) (Sulaiman *et al.*, 2020).

c. Perkembangan Psikoseksual

Menurut Freud, periode latensi dari usia 5 sampai 12 tahun menunjukkan tahap yang relatif tidak memperhatikan masalah seksual sebelum masa pubertas dan remaja. Pada periode ini, perkembangan harga diri berkaitan dengan perkembangan keterampilan untuk membangun konsep nilai dan menghargai seseorang. Ketika usia sekolah selesai, masa praremaja dimulai, perbedaan pertumbuhan dan kematangan antara kedua gender semakin terlihat. Anak-anak belajar lebih banyak tentang seks pada tahap awal usia sekolah. Untuk menjawab pertanyaan tentang seks, jawaban harus jujur dan berdasarkan tingkat pemahaman anak (Sulaiman *et al.*, 2020).

d. Perkembangan Moral

Menurut Kohlburg, tahap konformitas peran tingkat konvensional terjadi antara usia sepuluh dan tiga belas tahun. Pada tahap ini anak cenderung untuk menyenangkan orang lain, mulai memperhatikan standar yang ditetapkan orang lain dan ingin diterima baik oleh orang-orang yang mereka anggap penting (Sulaiman *et al.*, 2020).

e. Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik kasar pada anak usia sekolah seperti bersepeda, sepatu roda, *rollerblading*, dan papan luncur, serta peningkatan kemampuan berlari melompat, serta berenang meningkat

seiring waktu. Sementara perkembangan motorik halus seperti mereka mulai menulis dengan merangkai huruf untuk membentuk kata, menguasai lebih banyak keterampilan dan video *games*, kemampuan untuk bermain komputer.

f. Perkembangan Kognitif

Menurut Piaget anak berusia 7 sampai 11 tahun berada pada tahap perkembangan kognitif operasional konkret. Pada tahap ini anak masih belum berpikir seperti orang dewasa. Flavell menggambarkan anak operasional konkret sebagai orang yang mengambil “jenis pendekatan pemecahan masalah yang konkret, dan berpikiran praktis, sesuatu yang terus-menerus menetap pada realitas yang dapat dipahami dan dapat disimpulkan tepat dihadapannya”. Pada tahap ini anak dapat membentuk konsep, melihat hubungan dan memecahkan masalah, tetapi hanya sejauh mereka melibatkan objek dan situasi yang sudah dikenal. Anak tidak lagi mengalami kesulitan terhadap masalah konservasi karena mereka telah memperoleh konsep reversibilitas. Anak juga menanggapi realitas yang disimpulkan dengan melihat segala sesuatu dalam konteks makna yang lain (Lestari, 2018). Salah satu tugas penting yang dipelajari anak selama tahap ini adalah pengurutan atau menyusun sesuatu dalam deret logis.

g. Perkembangan Minat

Menurut Sardiman minat diartikan sebagai suatu kondisi yang muncul ketika seseorang melihat ciri-ciri atau arti suatu situasi yang terkait dengan keinginan atau kebutuhannya sendiri. Ada banyak cara untuk mempelajari minat. Pertama, melalui proses coba-coba secara tidak langsung (*trial and error*) akan membangkitkan rasa minat anak terhadap sesuatu. Kedua, melalui proses identifikasi dengan orang yang dicintai. Misalnya, anak yang berminat membaca mungkin terpengaruh karena melihat ibunya senang membaca (Lestari, 2018).

Dari penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa minat berkembang melalui proses belajar. Berbagai kondisi dapat mempengaruhi perubahan minat anak terhadap sekolah selama masa

perkembangan usia sekolah dasar. Kondisi tersebut meliputi pengalaman anak pada awal sekolah, pengaruh orang tua, sikap teman sebaya, prestasi yang baik, sikap terhadap tugas, hubungan antara guru dan siswa, serta suasana emosional di sekolah.

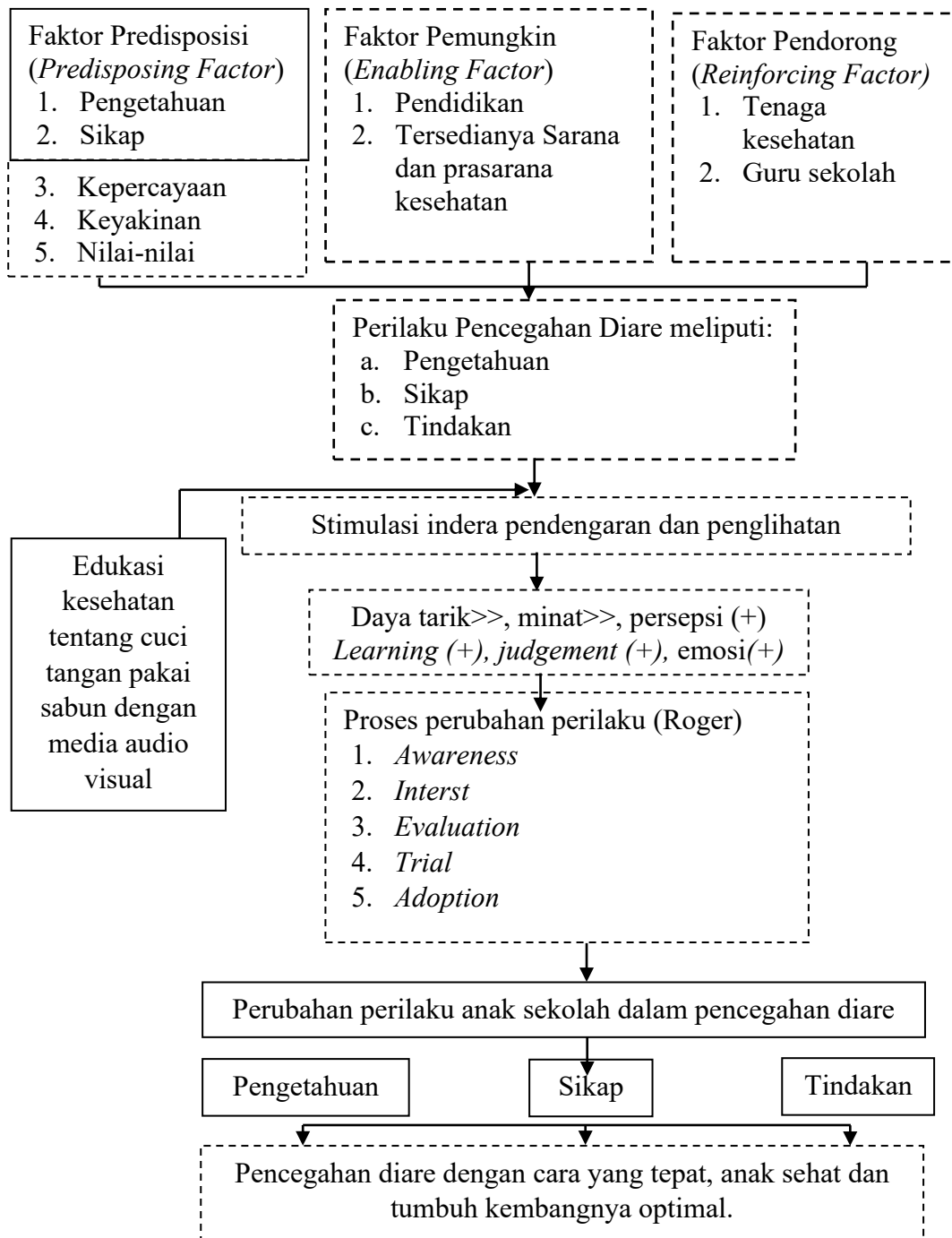
3. Faktor-faktor Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah Dasar

Proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak setiap individu akan mengalami siklus berbeda setiap kehidupan manusia. Faktor yang memengaruhi tumbuh kembang anak yaitu: hereditas, lingkungan, budaya, status sosial ekonomi, nutrisi, iklim/cuaca, latihan fisik, posisi anak dalam keluarga, status kesehatan dan faktor hormonal (Ineu *et al.*, 2020).

4. Tugas Anak Usia Sekolah Dasar

Perkembangan pada usia ini meliputi belajar keterampilan fisik untuk melakukan permainan, belajar bergaul dengan teman sebaya, belajar membentuk sikap yang sehat terhadap dirinya sendiri sebagai makhluk biologis, belajar keterampilan dasar dalam membaca, menulis dan berhitung, belajar memainkan peran sesuai jenis kelaminnya, belajar mengembangkan konsep sehari-hari (Yusuf, 2012).

G. Kerangka Teori



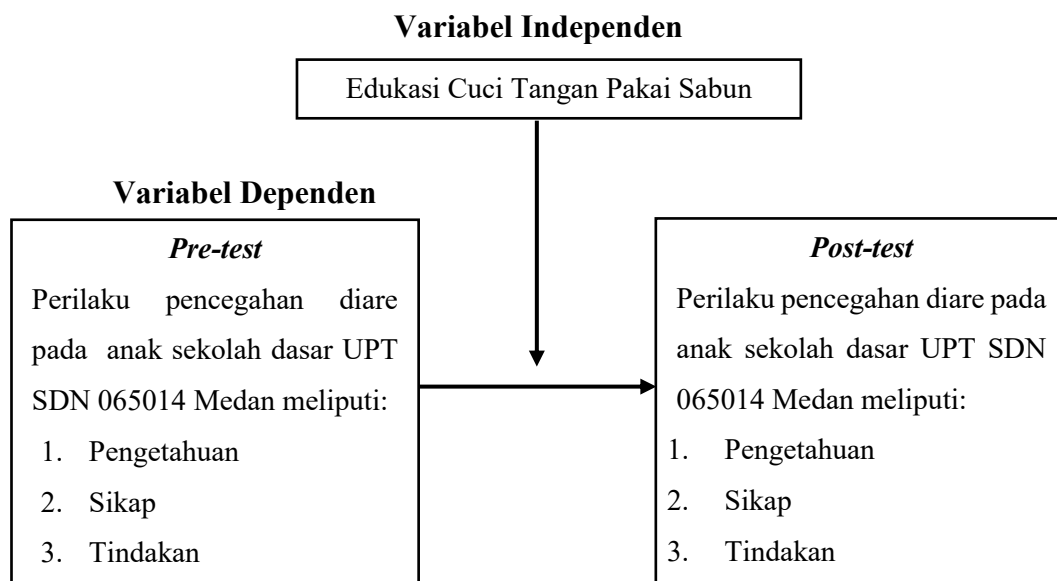
Gambar 3 Kerangka Teori

Sumber: Kerangka teori Lawrence Green Notoatmodjo (2012)

Keterangan :

: Diukur : Tidak diukur

H. Kerangka Konsep



Gambar 4 Kerangka Konsep

1. Variabel Independen

Variabel independen dari penelitian ini adalah yaitu Edukasi CTPS

2. Variabel Dependen

Variabel dependen dari penelitian ini adalah perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun dalam upaya pencegahan diare pada anak sekolah dasar UPT SDN 065014 Medan.

I. Definisi Operasional

Tabel 1 Definisi Operasional

Variabel Independen	Definisi	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Edukasi Cuci tangan pakai sabun dengan media audio visual	Pemberian edukasi dengan media audio visual yang dilakukan pada anak tentang diare meliputi pengertian, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan diare. Pengertian CTPS, manfaat, waktu penting dan langkah-langkah CTPS.	Video animasi berdurasi 3 menit 45 detik	Nominal	1= Diberikan edukasi 2= Tidak diberikan edukasi

Variabel Dependen	Definisi	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Pengetahuan anak	Pemahaman anak tentang 1. Pengertian diare 2. Tanda dan gejala 3. Komplikasi 4. Pencegahan 5. Penatalaksanaan diare 6. Pengertian CTPS 7. Manfaat CTPS 8. Waktu penting CTPS	Kuesioner	Ordinal	1. Baik (76-100%), apabila responden dapat menjawab sebanyak ≥ 15 soal. 2. Cukup (56-75%), apabila responden dapat menjawab sebanyak 11-14 soal. 3. Kurang ($<55\%$), apabila responden dapat menjawab ≤ 11 soal.
Sikap anak	Tanggapan anak terhadap cuci tangan pakai sabun dan pencegahan diare	Kuesioner	Ordinal	1. Positif (53%-100%), dengan skor 8-15. 2. Negatif ($\leq 46\%$), dengan skor 0-7.
Tindakan anak	Perbuatan/tindakan yang dilakukan terkait cara pencegahan diare dengan tindakan cuci tangan pakai sabun	Kuesioner	Ordinal	1. Baik (76-100%), apabila responden dapat melakukan ≥ 9 langkah CTPS. 2. Cukup (56-75%), apabila responden dapat melakukan 7-8 langkah CTPS. 3. Kurang ($<55\%$), apabila responden dapat melakukan ≤ 6 langkah CTPS.

J. Hipotesa

H0: Tidak ada pengaruh edukasi cuci tangan pakai sabun terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun dalam Upaya pencegahan diare pada anak sekolah dasar UPT SDN 065014 Medan.

Ha: Ada pengaruh edukasi cuci tangan pakai sabun terhadap perilaku pencegahan diare pada anak sekolah dasar UPT SDN 065014 Medan.