BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia terhadap objek yang diamati sehingga melalui proses tersebut terjadi peningkatan pengetahuan yang baru. Pengetahuan memiliki enam tingkatan mulai dari mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis dan menyintesis, mengevaluasi, hingga menciptakan (Martina Pakpahan, Adventina Delima Hutapea, 2020). Pengetahuan sangat berkaitan dengan pendidikan kesehatan, dimana Pendidikan Kesehatan merupakan suatu cara penunjang program-program kesehatan yang dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan dalam waktu yang pendek (Ribek, N.A and Mertha, 2017)

2. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018). Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

b. Media masa/ sumber informasi

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

c. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun social

e. 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.

f. Umur

Semakin bertambah usia maka semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang di peroleh oleh seseorang, sehingga bisa meningkatkan kematangan mental dan intelektual. Usia seseorang yang lebih dewasa mempengaruhi tingkat kemampuan dalam berpikir dan menerima informasi yang semakin lebih baik dibandingkan dengan usia yang lebih muda. (Notoatmodjo, 2018).

3. Tingkat pengetahuan

Menurut Masturoh and Anggita T (2018) pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat berbeda-beda. Secara garis besar dibagi 6 tingkatan pengetahuan yaitu:

a. Tahu (Know)

Pengetahuan yang dimiliki baru sebatas berupa mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya, sehingga tingkatan pengetahuan pada tahap ini

merupakan tingkatan yang paling rendah. Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini adalah seperti menguraikan, menyebutkan, mendefinisikan, dan menyatakan.

b. Memahami (Comprehension)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan tentang objek atau sesuatu dengan benar. Seseorang yang telah paham tentang pelajaran atau materi yang telah diberikan dapat menjelaskan, menyimpulkan dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya tersebut.

c. Aplikasi (Application)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini yaitu dapat mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya. Misalnya melakukan assembling (merakit) dokumen rekam medis atau melakukan kegiatan pelayanan pendaftaran.

d. Analisa (Analysis)

Kemampuan menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis yang dimiliki seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), memisahkan dan mengelompokkan, membedakan atau membandingkan. Contoh tahap ini adalah menganalisis dan membandingkan kelengkapan dokumen rekam medis menurut metode Huffman dan metode Hatta,

e. Sintesis (Synthesis)

Pengetahuan yang dimiliki adalah kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis ini seperti menyusun,

merencanakan, mengkategorikan, mendesin, dan menciptakan. Contohnya membuat desain form rekam medis dan menyusun alur rawat jalan atau rawat inap.

f. Evaluasi (Evaluation)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dapat digambarkan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternative keputusan.

4. Pengukuran pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018) pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, kuantitatif atau kualitatif:

a. Peneliatian Kuantitatif

Pada umumnya mencari jawaban atas kejadian/fenomena yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, berapa lama, dan sebagainya, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket.

1) Wawancara tertutup dan wawancara terbuka

Wawancara tertutup dan wawancara terbuka, dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/ pengumpul data) kuisioner. Wawancara tertutup adalah wawancara dengan jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih jawaban yang dianggap mereka paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, yaitu pertanyaan – pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, dan responden boleh menjawab sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri.

2) Angket tertutup atau terbuka

Seperti halnya wawancara, angket juga dalam bentuk tertutup dan terbuka. Instrumen atau alat ukurnya seperti wawancara, hanya jawaban responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut "Self administered" atau metode mengisi sendiri.

b. Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab bagaimana suatu fenomena itu terjadi atau mengapa terjadi. Misalnya penelitian kesehatan tentang demam berdarah di suatu komunitas tertentu. Penelitian kualitatif mencari jawaban mengapa di komunitas ini sering terjadi kasus demam berdarah, dan mengapa masyarakat tidak mau melakukan 3M, dan sebagainya. Metode pengukuran pengetahuan dalam penelitian kualitatif antara lain:

1) Wawancara mendalam

Mengukur variabel pengetahuan dengan metode wawancara mendalam, adalah peneliti mengajukan suatu pertanyaan sebagai pembuka, yang akan membuat responden menjawab sebanyak-banyaknya dari pertanyaan tersebut. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan selanjutnya dan terus menerus sehingga diperoleh informasi dari responden dengan sejelas-jelasnya

2) Diskusi Kelompok Terfokus (DKT)

Diskusi kelompok terfokus atau "Focus group discussion" dalam menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam kelompok. Peneliti mengajukan pertanyaan yang akan memperoleh jawaban yang berbeda dari semua responden dalam kelompok tersebut. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus sebenarnya tidak terlalu banyak tetapi juga tidak terlalu sedikit antara 6-10 orang.

5. Kategori tingkat pengetahuan

Menurut Masturoh and Anggita T (2018) Cara mengetahui persentase gambaran tingkat pengetahuan dapat dihitung dengan rumus:

$$P = \frac{F}{N} x\ 100\%$$

Keterangan :

P = persentase hasil

F = jumlah jawaban yang benar

N = jumlah pertanyaan

Pengkategorian pengetahuan yang umum digunakan yaitu:

a. Pengetahuan Baik : 76 % - 100 %

b. Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 %

c. Pengetahuan Kurang : < 56 %

B. Konsep Diare

1. Pengertian diare

Diare merupakan gejala umum dari infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh berbagai macam patogen, termasuk bakteri, virus dan protozoa. Diare lebih umum terjadi di negara berkembang karena kurangnya air minum yang aman, sanitasi dan kebersihan, serta status gizi yang lebih buruk (Cairo *et al.*, 2020).

Diare adalah buang air besar encer/cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari. Diare yang berlangsung lebih dari 3 kali dalam 24 jam dapat menyebabkan kehilangan cairan tubuh atau dehodrasi. Gejala ini manifestasi dari

infeksi system gastrointestinal yang dapat disebabkan berbagai jenis bakteri, virus dan parasit. Infeksi ini dapat menyebar melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi maupun infeksi langsung antar manusia. Dampak akibat penyakit diare pada anak sangat berpengaruh terharap pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kehilangan cairan yang sering serta terganggunya proses absorsi makanan dan zat nutrient yang dibutuhkan anak untuk pertumbuhan bahkan bisa mengakibatkan kematian pada anak (Ambarawati, Ratnasari and Purwandari, 2018).

Diare merupakan penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses selain dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan menderita diare bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar yang berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam (Dinas Kesehatan Kabupaten Bangli, 2019).

2. Epidemiologi diare

Diare merupakan pembunuh utama anak-anak, terhitung sekitar 8 persen dari semua kematian di antara anak-anak di bawah usia 5 tahun di seluruh dunia. Sebagian besar kematian akibat diare terjadi di antara anak-anak di bawah usia 5 tahun yang tinggal di Asia Selatan dan Afrika sub-Sahara (UNICEF, 2018).

Diare merupakan penyakit tebanyak nomor 2 yang menyebabkan kematian pada anak di Indonesia yaitu sebanyak 746 kematian terhitung pada tahun 2019. Angka kesakitan diare di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga Kesehatan sebesar 6,8%. Kelompok umur dengan prevalensi diare (berdasarkan diagnosis tenaga Kesehatan) tertinggi yaitu pada kelompok umur 1-4 tahun sebesar 11,5% dan pada bayi sebesar 9% (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Angka kesakitan diare di Provinsi Bali dilaporkan sebanyak 117.097 jiwa pada semua umur, sedangkan angka kesakitan diare pada balita dilaporkan sebanyak 54.364 jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2019). Penemuan kasus diare pada balita di Kabupaten Bangli tahun 2019 adalah sebanyak 726 kasus atau sebesar 31,8% dari target penemuan, meningkat dari tahun 2018 yang penemuan kasusnya sebesar 21,9%, sedangkan persentase diare ditemukan ditangani pada semua umur tahun 2019 di Kabupaten Bangli mencapai 52,2%, meningkat dari tahun 2018 yang capaiannya sebesar 41,9% (Dinas Kesehatan Kabupaten Bangli, 2019).

3. Penyebab diare

Penyakit diare di pengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain keadaan lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan masyarakat, gizi, kependudukan, pendidikan yang meliputi pengetahuan, dan keadaan sosial ekonomi. Penyebab dari penyakit diare itu sendiri antara lain virus yaitu Rotavirus (40-60%), bakteri Escherichia coli (20-30%), shigella sp. (1- 2%) dan parasit Entamoeba hystolitica (<1%). Diare dapat terjadi karena higiene dan sanitasi yang buruk, malnutrisi, lingkungan padat dan sumber daya medis yang buruk. Faktor lingkungan yang paling domain yaitu sarana air bersih dan pembuangan tinja. Apabila faktor lingkungan tidak sehat karena tercemar kuman karena diare dan berakumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat pula, maka penularan diare dengan mudah dapat terjadi. Faktor gizi juga ikut mempengaruhi diare, dimana semakin buruk gizi seorang balita, ternyata semakin banyak episode diare yang dialami. Selain itu, faktor yang lainya adalah sosial ekonomi yang juga berpengaruh

terhadap diare pada balita. Dimana meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan kepemilikan kekayaan dan fasilitasi (Fahrunnisa; Arulita Ika Fibriana, 2017)

4. Faktor risiko diare

a. Kuman Penyebab Diare

Kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui fekal oral, antara lain melalui makanan/ minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan tinja penderita. Beberapa perilaku dapat menyebabkan penyebaran kuman enterik dan meningkatkan risiko terjadinya diare.

1) Tidak memberikan ASI (Air Susu Ibu) secara penuh 4-6 bulan pada pertama kehidupan. Pada bayi yang tidak diberi ASI risiko untuk menderita diare lebih besar daripada bayi yang diberi ASI penuh dan kemungkinan menderita dehidrasi berat juga lebih besar.
2) Menggunakan botol susu. Penggunaan botol yang kurang bersih memudahkan kuman untuk bersarang.
3) Menyimpan makanan masak pada suhu kamar. Bila makanan disimpan beberapa jam pada suhu kamar, makanan akan tercemar kuman akan berkembang biak
4) Menggunakan air minum yang tercemar. Air mungkin sudah tercemar dari sumbernya atau pada saat disimpan di rumah. Pencemaran di rumah dapat terjadi jika tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan.
5) Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar dan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak.

6) Tidak membuang tinja (termasuk tinja bayi) dengan benar. Masyarakat sering beranggapan bahwa tinja bayi tidak berbahaya, padahal sesungguhnya mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. (Soegeng Soegijanto, 2016).

b. Faktor penjamu (Hospes/Inang)

Beberapa faktor pada penjamu (Hospes/Inang) dapat meningkatkan insidens beberapa penyakit dan lamanya diare. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut.

1) Tidak memberikan ASI sampai 2 tahun. ASI mengandung antibody yang dapat melindungi anak terhadap berbagai kuman penyebab diare seperti: *Shighella* dan *V. cholera.*
2) Kurang gizi, lama dan beratnya penyakit. Risiko kematian karena diare meningkat pada anak-anak yang menderita gangguan gizi, terutama pada penderita gizi buruk.
3) Imunodefisiensi/imunosupresi. Keadaan ini mungkin hanya berlangsung sementara, misalnya sesudah infeksi virus (seperti campak) atau mungkin yang sudah lama berlangsung seperti pada penderita AIDS (*Autoimmune Deficiency Syndrome*). Pada anak imunosupresi berat, diare dapat terjadi karena kuman yang tidak patogen.
4) Secara proposional, diare lebih banyak terjadi pada golongan Balita (55%). (Soegeng Soegijanto, 2016).

c. Faktor lingkungan dan perilaku

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang berbasis dua faktor lingkungan yang dominan, yaitu sarana air bersih dan pembuangan tinja. Kedua

faktor ini akan berinteraksi bersama dengan perilaku manusia. Sering sekali diare disebabkan oleh makanan dan minuman yang tercemar. (Soegeng Soegijanto, 2016).

5. Patofisiologi diare

Patofisiologi Virus atau bakteri dapat masuk ke dalam tubuh bersama makanan dan minuman. Virus atau bakteri tersebut akan sampai ke sel–sel epitel usus halus dan akan menyebabkan infeksi, sehingga dapat merusak sel-sel epitel tersebut. Sel–sel epitel yang rusak akan digantikan oleh sel-sel epitel yang belum matang sehingga fungsi sel–sel ini masih belum optimal. Selanjutnya,vili–vili usus halus mengalami atrofi yang mengakibatkan tidak terserapnya cairan dan makanan dengan baik. Cairan dan makanan yang tidak terserap akan terkumpul di usus halus dan tekanan osmotik usus akan meningkat. Hal ini menyebabkan banyak cairan ditarik ke dalam lumen usus. Cairan dan makanan yang tidak diserap tadi akan terdorong keluar melalui anus dan terjadilah diare (Utami and Luthfiana, 2016).

6. Klasifikasi diare

Jika di bedakan berdasarkan lama durasinya diare dapat dibedakan menjadi diare akut dan diare kronis.

a. Diare akut

Diare yang berlangsung selama kurang dari 2 minggu dengan frekuensi buang air besar sebanyak 2-3 kali per hari. Diare akut biasanya akan sembuh dengan sendirinya dan sembuh dengan cepat (Nasution and Samosir, 2019).

b. Diare kronis

Diare ini dikenal dengan diare persisten. Diare kronis biasanya berlangsung lebih lama, yaitu lebih dari 14 hari dan perlu ditangani secara medis (Nasution and Samosir, 2019).

7. Penanganan diare

Prinsip penanganan diare dapat dibedakan menjadi 3 antara lain dengan rehidrasi, nutrisi dan zat besi.

a. Rehidrasi.

Penatalaksanaa diare pertama adalah penggantian cairan dan elektrolit apapu penyebab yang mendasari. Penggantian cairan didasarkan pada jumlah cairan yang hilang selama diare. Pada tata laksana diare akan ditetapkan juga tingkat dehidrasi untuk menentukan jumlah cairan yang diberikan (Rinik Eko Kapti, 2017).

b. Nutrisi

Makanan pada saat anak diare tidak boleh dihentikan selama diare, bahkan harus ditingkatkan dengan tujuan untuk menghindari dampak negatif diare terhadap status gizi anak. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal selama pemberian makan pada balita, maka syarat pemberian makan harus dipenuhi yaitu; setelah rehidrasi 24 jam pertama segera memberikan makanan secara oral, pemberian makanan dimulai dengan memberikan makanan yang mudah dicerna dan porsi kecil tapi sering serta hindari makanan yang merangsang seperti asam dan pedas. Pada bayi yang masih konsumsi ASI harus diteruskan. Khusus untuk diare karena malabsorbsi, harus menghindari makanan penyebab alergi. (Rinik Eko Kapti, 2017).

c. Pemberian *Zinc*

Zinc adalah mikronutrien penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. *Zinc* akan hilang dalam jumlah besar selama diare Menggantikan *zinc* yang hilang penting untuk membantu anak cepat sembuh dan sehat di bulan berikutnya. Suplemen *zinc* yang diberikan selama episode diare akan mengurangi durasi dan keparahan diare dan menurunkan kejadian diare dalam 2-3 bulan berikutnya. Untuk alasan tersebut, semua pasien dengan diare harus segera diberikan *zinc* setelah diare muncul. (Rinik Eko Kapti, 2017).

C. Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Penanganan Diare pada Balita

Diare merupakan penyakit endemis potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian di Indonesia. Penanganan daire pada anak yaitu dapat berupa pemberian oralit dan zink. Manfaat dari oralit yaitu sebagai cairan yang harus diberikan pada setiap penderita diare untuk mencegah terjadinya dehidrasi. Selain oralit, balita juga diberikan zink yang merupakan mikronutrien yang berfungsi untuk mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada tiga bulan berikutnya. Penggunaan zink selama 10 hari berturut-turut pada saat balita diare merupakan terapi diare balita (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Pengetahuan kesehatan untuk ibu harus diarahkan pada pengetahuan tentang perjalanan penyakit diare, tanda-tanda diare, dehidrasi dan hal tersebut harus diprioritaskan untuk dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan oleh diare. Tindakan yang dilakukan oleh ibu dirumah merupakan faktor keberhasilan pengelolahan penderita untuk dapat menghindari akibat yang lebih fatal (Nasution and Samosir, 2019).