

**PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT TATANAN RUMAH
TANGGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BIROBULI
KECAMATAN PALU SELATAN KOTA PALU
STUDI KASUS PENYAKIT DIARE**

**WALEAN JAMES
P 180 52 06 540**



**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2008

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa , atas segala rahmat dan Karunia-Nya kepada kita sehingga penelitian dan penulisan ini dapat selesai.

Dalam penyelesaian tesis ini penulis menerima bantuan yang tak ternilai harganya dari berbagai pihak. Untuk itu rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan. Pada kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Dr. Ridwan M.Thaha, M.Sc . selaku ketua komisi penasehat dan dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc, Ph.D sebagai anggota penasehat tesis, atas segala bantuan, bimbingan, petunjuk dan kesabarannya mengarahkan saya selama penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih penghargaan saya sampaikan kepada Prof. Dr. dr. Rusli Ngatimin, MPH, Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS, dan Dr. dr. Ridwan Amiruddin selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan, dan arahan dalam penyusunan tesis ini. Rasa terima kasih saya sampaikan kepada Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. dr. Idrus Paturusi, Sp.B, Sp.BO dan Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, MSc sebagai Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin. Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, MS sebagai ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Dr. dr. Muh. Syafar, MS, selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan

atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Terima kasih kepada segenap staf pengajar, yang telah banyak meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan, bimbingan dan terima kasih kepada dosen dan staf di lingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin dan Konsentrasi Promosi Kesehatan khususnya, atas segala bantuan dan kerja sama yang baik dalam penyelesaian studi.

Terima kasih penulis sampaikan kepada Gubernur Provinsi Sulawesi Tengah, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu, yang telah memberikan izin belajar kepada penulis. Terima kasih juga kami sampaikan kepada Walikota Palu, Kepala Dinas Kesehatan Kota Palu, Kepala Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.

Terima kasih kepada seluruh rekan-rekan mahasiswa Konsentrasi Promosi Kesehatan yang telah membagi suka dan duka serta ilmu dan pengalamannya dalam mengikuti pendidikan.

Terima kasih kepada semua pihak yang secara langsung dan tidak langsung telah memberikan bantuan baik moril maupun materil yang sangat berharga dan tidak dapat disebutkan satu persatu. Terima kasih sebesar-besarnya serta rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya saya haturkan kepada kedua orang tua tercinta (Alm), dan mertua atas doa restu, kasih sayang serta didikannya sehingga penulis menyelesaikan

pendidikan hingga hari ini. Akhirnya secara khusus penulis menyampaikan terima kasih kepada istri (Sri Restu Tempali) dan anak-anakku tercinta dan tersayang (Gledys, Diego, & Sandy) atas segala doa, kesetiaan, pengorbanan, ketabahan dan pengertian yang diberikan kepada saya dalam merampungkan studi ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga mengharapkan kritik dan masukan yang dapat menyempurnakan penelitian ini dan semoga karya tesis ini dapat berdaya guna untuk semua khalayak dan penulis haturkan semuanya sebagai manifestasi kepada Tuhan Yang Maha Kuasa , Amin

Makassar, 25 Juni 2008

Walean James

ABSTRAK

WALEAN JAMES. *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Tatanan Rumah Tangga di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Kota Palu Studi Kasus Penyakit Diare.* (dibimbing oleh Ridwan Thaha dan Hasanuddin Ishak)

Transisi demografi dan epidemiologi telah merubah masalah yang berkaitan dengan pola perilaku dan sosial budaya cenderung akan semakin kompleks. Salah satunya dengan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam rumah tangga..

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap kejadian diare dalam PHBS tatanan rumah tangga.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain *crosssectional*. Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu total populasi dari seluruh penderita diare berjumlah 48 orang diambil dengan cara total sampling .Analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan bivariat dengan uji Chi-square untuk mengetahui hubungan variable independen dan dependen.

Hasil penelitian diperoleh ada hubungan bermakna antara pengetahuan responden tentang kejadian diare dengan sikap responden tentang kejadian diare. Tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan responden tentang kejadian diare dengan perilaku petugas dalam melaksanakan PHBS tatanan rumah tangga. Ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang kejadian diare dengan ketersediaan sarana dan fasilitas dalam pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap responden tentang kejadian diare dengan ketersediaan sarana dan fasilitas dalam pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap masyarakat tentang kejadian diare dengan perilaku petugas dalam pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga.

Kata kunci : PHBS Tatanan Rumah Tangga studi kasus Diare.

Daftar Pustaka : 20 (1994 – 2007)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	9
B. Tinjauan Tentang Perilaku	15
C. Tinjauan Tentang Diare	29
D. Kerangka Konsep	35
E. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	35

F. Hipotesis Penelitian	37
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Jenis Penelitian	38
B. Lokasi Penelitian	38
C. Populasi dan Sampel	38
D. Teknik Pengumpulan Data	39
E. Teknik Pengolahan Analisis Data	39
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Penelitian	42
B. Pembahasan Hasil Penelitian	57
BAB V KESIMPULAN	66
A. Kesimpulan	66
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Halaman
1.	Takaran Pemberian Oralit	34
2.	Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Variabel Penelitian	43
3.	Distribusi Menurut Karakteristik Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	44
4.	Distribusi Pengetahuan Responden tentang Kejadian Diare Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	46
5.	Distribusi Pengetahuan Responden Tentang Kejadian Diare Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	46
6.	Distribusi Pengetahuan Responden Tentang Kejadian Diare Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	47
7.	Distribusi Pengetahuan Responden Tentang Kejadian Diare Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	48
8.	Distribusi Sikap Responden Tentang Kejadian Diare Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	48
9.	Distribusi Sikap Responden Tentang Kejadian Diare Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	49
10.	Distribusi Sikap Responden Tentang Kejadian Diare Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	49
11.	Distribusi Sikap Responden Tentang Kejadian Diare Berdasarkan Perkerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008	50

12. Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Kejadian Diare dalam PHBS Tatanan Rumah Tangga di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008 51
13. Hubungan Pengetahuan Responden tentang Kejadian Diare dengan Perilaku Petugas Dalam Pelaksanaan PHBS di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008 52
14. Hubungan Pengetahuan Responden tentang Kejadian Diare dengan Ketersediaan Sarana Rumah Tangga dan Fasilitas Lingkungan Dalam Pelaksanaan PHBS di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008 53
15. Hubungan Sikap Responden tentang Kejadian Diare dengan Ketersediaan Sarana Rumah Tangga dan Fasilitas Lingkungan Dalam Pelaksanaan PHBS di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008 55
16. Hubungan Sikap Responden tentang Kejadian Diare Dan Perilaku Petugas Dalam Pelaksanaan PHBS di Wilayah Kerja Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan Tahun 2008 56

DAFTAR GAMBAR

1. Gambar 1. Proses terbentuknya Sikap dan Reaksi (hal. 26)
2. Gambar 2. Kerangka Konsep (hal. 35)

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

SEMINAR HASIL

Hari / Tgl : Jumat, 27-06-2008
Jam : 15.00
Tempat : Ruang K 117

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Memasuki milenium baru Departemen Kesehatan telah mencanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan, yang dilandasi paradigma sehat. Paradigma sehat adalah cara pandang ,pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik,melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor,dan upayanya yang lebih diarahkan pada peningkatan ,pemeliharaan dan perlindungan kesehatan .Secara makro paradigma sehat berarti semua sektor memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat,secara mikro berarti pembangunan kesehatan lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Berdasarkan paradigma sehat ditetapkan visi Indonesia Sehat 2010, dimana ada 3 pilar yang perlu mendapat perhatian khusus , yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat, dan pelayanan kesehatan yang bermutu,adil dan merata.Untuk perilaku sehat bentuk konkritnya yaitu perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan ,mencegah resiko terjadinya penyakit ,melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan.

Seiring dengan cepatnya perkembangan dalam era globalisasi ,serta adanya transisi demografi dan epidemiologi penyakit,maka masalah penyakit akibat perilaku dan perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan perilaku dan sosial budaya cenderung semakin kompleks. Perbaikannya tidak hanya dilakukan pada aspek pelayanan kesehatan ,perbaikan lingkungan dan merekayasa kependudukan atau faktor keturunan,tetapi perlu memperhatikan faktor perilaku yang secara teoritis memiliki andil 30 -50% terhadap derajat kesehatan(Dep Kes RI, Pusat Program Kesehatan Tahun 2002).

Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar , maka diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Salah satunya melalui program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

Sehat adalah karunia Tuhan yang perlu disyukuri, sebab sehat merupakan hak asasi manusia yang perlu dihargai, dijaga, dan dipelihara, dan ditingkatkan oleh setiap anggota keluarga.

Kondisi sehat dapat dicapai bila mengubah perilaku dari yang tidak sehat menjadi perilaku sehat dan menciptakan lingkungan sehat dirumah tangga/ keluarga.

Rumah tangga/ keluarga sehat dapat terwujud bila ada keinginan, kemauan setiap anggota keluarga/ rumah tangga untuk menjaga, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya dari gangguan ancaman penyakit melalui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).(Depkes RI, 2006).

Berdasarkan indicator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang ditetapkan oleh Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI, diharapkan dapat dikembangkan indicator komposit yang merupakan bagian indicator Indonesia Sehat 2010 dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI.

Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dimana diharapkan pada tahun 2006 (37%) rumah tangga sehat, tahun 2007 (44%) rumah tangga sehat, tahun 2008 (51%) rumah tangga sehat, tahun 2009 (58%) rumah tangga sehat, dan tahun 2010 (65%) rumah tangga sehat. Meskipun indicator komposit PHBS dapat dimanfaatkan sebagai indicator yang memudahkan untuk benchmarking program PHBS, keberadaan indicator-indikator tunggal diperlukan untuk perencanaan berdasarkan fakta dilapangan program PHBS dan program-program lain yang termasuk dalam item indicator rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat. Berbagai indicator perilaku, lingkungan, gaya hidup dan indicator lainnya adalah merupakan

indicator berbasis program dan dinilai sangat menentukan dalam mendukung pengembangan program PHBS.

Data profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah tahun 2005. Tahun 2004 yang menunjukkan bahwa angka kematian bayi (AKB) sebanyak 66 per 1000 kelahiran hidup yang dirasakan masih sangat tinggi dibandingkan dengan target Indonesia Sehat 2010 sebanyak 40 per 1000 kelahiran hidup, dan angka kematian ibu (AKI) sebanyak 367 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan dengan target Indonesia Sehat 2010 sebanyak 150 per 100.000 kelahiran hidup.

Keadaan ini menunjukkan bahwa paradigma sehat yang menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitative, masih pada tataran konsep yang belum terimplementasi secara maksimal.

Berdasarkan data hasil pengkajian PHBS pada tatanan rumah tangga Propinsi Sulawesi Tengah tahun 2006, dari 1466 rumah tangga yang disurvei 239 rumah tangga sehat atau 18,34%.

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang hingga saat ini menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, beberapa faktor yang menjadi penyebab timbulnya penyakit diare disebabkan oleh kuman yang melalui kontaminasi makanan/ minuman yang tercemar dan atau kontak

langsung dengan penderita, sedangkan faktor-faktor lainnya meliputi faktor pejamu atau faktor lingkungan..

Diare merupakan penyakit yang dianggap sebagai penyakit sepele, padahal ditingkat global dan nasional fakta menunjukkan sebaliknya. Menurut catatan WHO, diare membunuh dua juta anak setiap tahun, sedangkan di Indonesia menurut Surkesnas diare merupakan salah satu penyebab kematian kedua terbesar pada balita.

Di Sulawesi Tengah menurut sumber Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah Tahun 2006, data pasien rawat nginap di rumah sakit diperoleh gambaran/pola sepuluh besar penyakit terbanyak dimana ranking teratas (terbanyak) adalah penyakit diare dan gastroenteritis, dengan jumlah kasus 1.874 (37,35%) .

Diare merupakan penyakit endemis di Sulawesi Tengah dan sering menimbulkan kejadian luar biasa(KLB). Hasil pengumpulan data dari kabupaten/kota selama tahun 2006 jumlah kasus penyakit diare yang ditemukan disarana kesehatan adalah sejumlah 43.330 penderita dengan angka kesakitan penyakit diare 18 per 1.000 penduduk.(Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah Thn 2006). Pada tahun 2006 terjadi KLB Diare yang tersebar di 8 Kabupaten/kota di 25 kecamatan dengan total penderita 1.120 orang dan kematian 27 orang (CFR 2,41%).

Pola penyakit rawat nginap tahun 2006 di Kota Palu penyakit diare menduduki ranking pertama yaitu 3.025 kasus (34,92%). Diare merupakan salah satu penyakit yang berpotensi untuk terjadinya kejadian luar biasa (KLB) di kota Palu. Berdasarkan laporan Puskesmas, jumlah penderita diare pada tahun 2006 sebanyak 8.402 orang. Resiko terjadinya penyakit diare di kota Palu disebabkan oleh perilaku hidup bersih dan sehat serta akses air bersih pada masyarakat masih rendah(Profi Kesehatan Kota Palu Tahun 2006). Khususnya di Rumah Sakit Undata Palu Sulawesi Tengah angka kejadian diare selama tahun 2006 berjumlah 1.016 orang dengan rincian sebagai berikut , laki-laki 517 orang, perempuan 499 orang., dewasa 242 orang , anak-anak 774 orang ,. Jumlah yang meninggal 4 orang.(Medical Record RSUD Undata Palu).

Sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Birobuli, pada tahun 2006 jumlah kasus diare sebanyak 626 kasus, dengan kasus tertinggi berada di Kelurahan Birobuli Utara (499 kasus), Kelurahan Lolu Selatan 81 kasus dan Kelurahan Lolu Utara sebanyak 46 kasus.

Tingginya jkasus diare di wilayah kerja Puskesmas Birobuli mendorong penulis mengangkat ke dalam tesis ini untuk ditinjau lebih lanjut tentang Perilaku hidup bersih dan sehat Tatanan rumah tangga di kota palu dengan studi kasus penyakit diare

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : Apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap dengan kejadian diare dalam PHBS tatanan rumah tangga .

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan kejadian diare dalam PHBS tatanan rumah tangga.

Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisa pembentukan pengetahuan melalui program PHBS berhubungan dengan kejadian diare.
- b. Untuk menganalisa pembentukan sikap melalui program PHBS berhubungan dengan kejadian diare.
- c. Untuk menilai hubungan pengetahuan dan sikap terhadap kejadian diare dalam PHBS tatanan rumah tangga.
- d. Untuk mengetahui hubungan Pengetahuan tentang kejadian diare dengan perilaku petugas dalam pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga.

- e. Untuk mengetahui hubungan Pengetahuan responden tentang kejadian diare dengan ketersediaan sarana dan fasilitas dalam pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga.
- f. Untuk mengetahui hubungan sikap responden tentang kejadian diare dengan ketersediaan sarana dan fasilitas dalam pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga.
- g. Untuk mengetahui hubungan sikap masyarakat tentang kejadian diare dengan perilaku petugas dalam pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga.

D. Manfaat Penelitian.

1. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ,sebagai bahan masukan bagi petugas promosi kesehatan di masyarakat.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pemerintah sebagai pengambil kebijakan sektor kesehatan.
3. Sebagai suatu pengalaman berharga bagi peneliti dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama pendidikan.
4. Diharapkan dapat menjadi suatu sumbangan pemikiran khususnya bagi rekan-rekan sejawat dan para peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS)

1. Pengertian PHBS

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktekkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya.

2. Pengertian PHBS di Rumah Tangga

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga/keluarga agar tahu, mau ,dan mapu mempraktekkan hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.

3. Jenis Kegiatan PHBS

- a. PHBS bidang Gizi misalnya :
 - Makan dengan gizi seimbang
 - Minum tablet besi selama hamil
 - Memberi bayi ASI eksklusif
 - Mengonsumsi garam beryodim

- Member bayi dan balita kapsul vitamin A
- b. PHBS Bidang KIA dan KB misalnya :
- Memeriksa kehamilan
 - Persalinan ditolong tenaga kesehatan
 - Menimbang balita tiap bulan
 - Mengimunisasi lengkap bayi
 - Ikut keluarga berencana
 - Makan makanan bergizi
 - Ibu hamil tidak merokok
- c. PHBS bidang Kesehatan Lingkungan
- Cuci tangan dengan sabun dan air bersih setelah buang air besar
 - Menghuni rumah sehat
 - Memiliki akses dan menggunakan air bersih
 - Memiliki akses dan menggunakan jamban
 - Memberantas jentik nyamuk
 - Membuang sampah di tempat sampah
 - Cuci tangan
- d. PHBS Bidang Pemeliharaan Kesehatan, misalnya :
- Memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan
 - Aktif mengurus UKBM/sebagai kader
 - Memanfaatkan Puskesmas / sarana kesehatan

e. PHBS Bidang Obat dan Farmasi, misalnya :

- Memiliki tanaman obat keluarga
- Tidak menggunakan napza
- Menggunakan obat generic
- Jauhkan anak-anak dari bahan-bahan berbahaya/beracun
- Minum oralit jika diare

4. Tujuan PHBS di Rumah Tangga

Meningkatkan dukungan dan peran aktif petugas kesehatan ,petugas lintas sector,media massa, organisasi masyarakat, LSM, tokoh masyarakat, Tim penggerak PKK dan dunia usaha dalam pembinaan PHBS di rumah tangga.

Meningkatkan kemampuan keluarga untuk melaksanakan PHBS dan berperan aktif dalam gerakan kesehatan dimasyarakat

5. Sasaran PHBS di rumah tangga

Sasaran PHBS di rumah tangga adalah seluruh anggota keluarga yaitu; pasangan usia subur, ibu hamil dan atau ibu menyusui, anak dan remaja, usia

6. Manfaat PHBS di rumah tangga

a. Bagi Rumah Tangga

- Setiap anggota keluarga meningkat kesehatannya dan tidak mudah sakit
- Anak tumbuh sehat dan cerdas

- Produktivitas kerja anggota keluarga meningkat
- Pengeluaran biaya rumah tangga dapat di fokuskan untuk pemenuhan gizi keluarga, pendidikan , dan modal usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga.

b. Bagi Masyarakat

- Masyarakat mampu mengupayakan lingkungan sehat
- Masyarakat mampu mencegah dan menanggulangi masalah – masalah kesehatan
- Masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada
- Masyarakat mampu mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat(UKBM) seperti posyandu,jaminan pemeliharaan kesehatan,tabungangan ibu bersalin(tabulin), arisan jamban, kelompok pemakai air, ambulans desa dan lain-lain.

c. Bagi pemerintah Kabupaten/Kota

- Peningkatan prosentase Rumah Tangga Sehat menunjukkan kinerja dan citra Pemerintah Kabupaten /Kota yang baik.
- Biaya yang terjadi dialokasikan untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan dapat dialihkan untuk pengembangan lingkungan yang sehat dan penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang merata, bermutu, dan terjangkau.
- Kabupaten /Kota dapat dijadikan pusat pembelajaran bagi daerah lain dalam pengembangan PHBS di Rumah Tangga.

7. Penilaian Rumah Tangga Sehat

Untuk menilai Rumah Tangga Sehat digunakan 10 alat ukur (indikator) PHBS yang terdiri dari 7 indikator PHBS dan 3 indikator GHS.

a. 7 indikator dan Definisi Operasional PHBS

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pertolongan pertama pada persalinan balita termuda dalam rumah tangga dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, dan paramedis lainnya).
2. Bayi diberi ASI eksklusif adalah bayi muda usia 0 – 6 bulan mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan.
3. Mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan adalah anggota-anggota rumah tangga mempunyai pembiayaan pra upaya kesehatan seperti Askes, Kartu Sehat, Dana Sehat, Jamsostek, Asuransi Perusahaan, dll.
4. Ketersediaan air bersih adalah rumah tangga yang memiliki akses terhadap air bersih dan menggunakannya untuk kebutuhan sehari-hari yang berasal dari ; air dalam kemasan, air leding, air pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan penampungan air hujan. Sumber air pompa, sumur dan mata air terlindung berjarak minimal 10 meter dari tempat penampungan kotoran atau limbah.

5. Ketersediaan jamban sehat adalah rumah tangga yang memiliki atau menggunakan jamban leher angsa dengan tangki septic atau lobang penampungan kotoran sebagai pembuangan akhir.
 6. Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni adalah rumah tangga yang mempunyai luas lantai rumah yang ditempati dan digunakan untuk keperluan sehari-hari dibagi dengan jumlah penghuni (9m² per orang).
 7. Lantai rumah bukan tanah adalah rumah tangga yang mempunyai rumah dengan bagian bawah/dasar/atas terbuat dari semen, papan, ubin dan kayu.
- b. 3 indikator Gaya Hidup Sehat (GHS) dan definisi operasional
1. Tidak merokok di dalam rumah adalah penduduk /anggota rumah tangga umur 10 tahun ke atas tidak merokok di dalam rumah selama ketika berada bersama anggota keluarga lainnya selama 1 bulan terakhir.
 2. Melakukan aktivitas fisik setiap hari adalah penduduk / anggota keluarga umur 10 tahun keatas dalam 1 minggu terakhir melakukan aktivitas fisik(sedang maupun berat) minimal 30 menit setiap hari.
 3. Makan buah dan sayur setiap hari adalah anggota rumah tangga umur 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi minimal 3

porsi buah dan 2 porsi sayuran atau sebaliknya setiap hari dalam 1 minggu terakhir.

PERAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

1. Menerapkan PHBS di rumah tangga dalam kehidupan sehari-hari.
2. Mengajak anggota rumah tangga lain untuk ber PHBS melalui kelompok dasa wisma
3. Ikut berpartisipasi dalam kegiatan di masyarakat terkait PHBS seperti Posyandu, gerakan pemberantasan saras nyamuk dan sebagainya
4. Menjadi kader untuk memberdayakan anggota rumah tangga/keluarga dimasyarakat bekerja sama tim di tingkat desa melalui penyuluhan perorangan ,penyuluhan kelompok dan penyuluhan massa.

B. Tinjauan Tentang Perilaku

1. Batasan Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organism(mahluk hidup) yang.Oleh sebab itu ,dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang, sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis,tertawa,bekerja,kuliah, membaca, menulis,dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku(manusia)

adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus Organisme Respon. Skinner membedakan adanya dua respon.

1. Respondent respon atau reflexive, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut eliciting stimulation karena menimbulkan respon-respon yang relative tetap.
2. Operant respon atau instrumental respon, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut reinforcing stimulation atau reinforce, karena memperkuat respon.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini maka perilaku data dibedakan menjadi dua :

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). 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. Oleh sebab itu disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respons seorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktek (*practice*).

2. Perilaku Kesehatan

Berdasarkan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok.

1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health Maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk menyembuhkan bilamana sakit. Oleh sebab itu perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek yaitu :

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari sakit.

Untuk mencapai hidup sehat dalam tantangan motto “ mencegah penyakit jauh lebih baik dari mengobatinya” diperlukan pengaturan barisan dan strategi pengendalian sejalan dengan fakta,” semua orang mau hidup sehat, tetapi tidak semuanya memahami secara tepat tata cara mencapai hidup sehat dimaksud”. Dari pengalaman apa yang berkembang dalam komunitas dan berbasis kegiatan promosi kesehatan, keinginan untuk hidup sehat terkesan berada pada setiap orang, tergantung di posisi mana dia berada.

- b. Perilaku peningkatan kesehatan,apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relative,maka dari itu orang yang sehatpun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang optimal mungkin.
- c. Perilaku gizi (makanan) dan minman.Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang,tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang,bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat bergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2) Perilaku pencarian dan penguasaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang ada saat menderita penyakit atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

Sejalan dengan pengalaman perilaku dalam konteks budaya, pengalaman perilaku setiap individu ,sangat erat hubungannya dengan” *bilief*” kepercayaan sebagai bagian nilai budaya masyarakat bersangkutan. Mengacu pada aspek budaya ini, derajat kesehatan masyarakat dan berbagai tindakan untuk hidup sehat, sangat tergantung pada tingkat teknologi yang dimiliki dan di amalkan dalam budaya(Ngatimin,2005). Selanjutnya melalui perilaku pencarian pengobatan setelah jatuh sakit menuju sehat kembali , tindakan “*trial and erro*” dalam banyak hal ditempuh. Sebagai sesuatu yang dilaksanakan dengan coba coba tanpa dukungan ilmu yang memadai, tidak jarang berakhir dengan salah satu diantara dua kemungkinan;(1) celaka dalam bentuk sakit bertambah berat bahkan dapat terjadi kematian atau pun ;(2) beruntung dan sembuh karena kebetulan cocok.(Ngatimin, 2005).

3) Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya,dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain,bagai mana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri,kelarga,atau masyarakat.

Perilaku Sehat, adalah pengetahuan ,sikap dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah resiko terjadinya penyakit,melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam Gerakan Kesehatan Masyarakat.(Depkes RI ,2002).

Berdasarkan teori Blum 1974 tentang peran empat faktor untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat, yaitu faktor lingkungan,faktor perilaku, faktor pelayanan kesehatan,faktor herediter. Dari pengalaman dilapangan didapatkan pengaruh lingkungan merupakan pengaruh terbesar pada upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat .(Ngatimin, 2005). Manusia didalam menghadapi factor lingkungan itu tertantang dalam dua hal apakah ia akan dipengaruhi lingkungan yang berarti manusia menerima apa saja yang berlaku dalam lingkungan dimana ia berada, hidup dan berinteraksi, atau ia akan mempengaruhi lingkungan yang berarti manusia bersangkutan mampu mengelola lingkungan dimana ia berada, hidup dan berinteraksi. Hidup sehat berwawasan ramah lingkungan merupakan harapan ideal. Para ahli berpendapat bahwa sekiranya lingkungan dapat diatur semau kita upaya hidup sehat menjadi mudah terlaksana(Sulianti Suroso dalam Ngatimin 2005). Sayangnya hal itu tidak mungkin berlangsung, olehnya hidup sehat diperlukan kemampuan menglola keseimbangan ekosistem, nilai budaya, dan pengamalan perilaku yang bermanifestasi sebagai keseimbangan *agent, host, and environment* (Ngatimin, 2005,).

4) Domain Perilaku

Perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau ransangan dari luar organism (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau factor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni :

- a) Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- b) Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, social, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal, maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, ranah atau kawasan yakni : a) kognitif (*cognitive*), b) afektif

(*affective*), psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

a. Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4. *Trial*, orang yang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subyek yang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Pada penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut berbersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

a. Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan.

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*comprehension*)

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

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

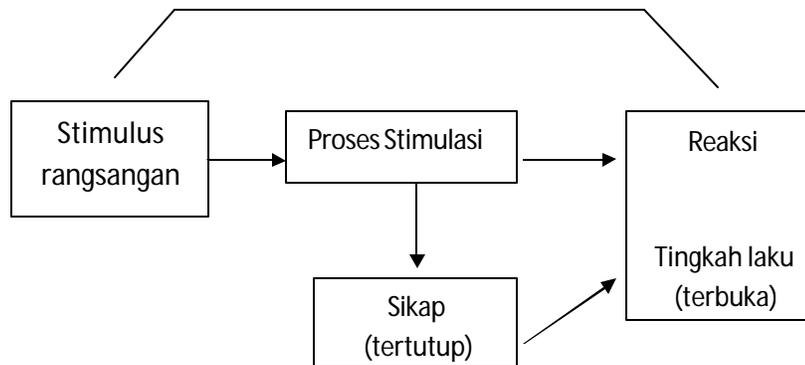
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian penilaian itu didasarkan pada suatu criteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria kriteria yang telah ada. Misalnya ,dapat membandingkan ,dapat menanggapi dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan tingkatan diatas.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi



a. Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok.

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*) . Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pikiran, pengetahuan, dan keyakinan serta emosi memegang peranan penting.

b. Berbagai tingkatan sikap

Terdiri dari berbagai tingkatan;

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2. Merespon (*responding*)

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

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

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

5) Perubahan Perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai factor, baik *internal* maupun *eksternal* (lingkungan). Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan social. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri

lebih lanjut ,gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai factor lain, diantaranya adalah factor pengalaman, keyakinan,sarana fisik, social budaya masyarakat,dan sebagainya.

Teori yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis factor factor yang mempengaruhi perilaku, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan antara lain teori Lawrence Green(1980).

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan.Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua factor pokok, yakni factor perilaku (*behaviour causes*) danfaktor diluar perilaku(*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

- a. Faktor predisposisi(*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan ,sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai nilai, dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factors*) , yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas fasilitas atau sarana kesehatan, misalna puskesmas,obat obatan, alat alat, jamban , dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*reforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tetang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan , sikap, kepercayaan ,

tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat perilaku.

C. Tinjauan Tentang Diare

1. Definisi

Diare dikatakan sebagai keluarnya tinja berbentuk cair sebanyak tiga kali atau lebih dalam dua puluh jam pertama, dengan temperature rectal diatas 38 derajat celcius, kolik, dan muntah-muntah, sedangkan menurut Cohen MB(1996) diare akut didefinisikan sebagai keluarnya buang air besar sekali atau lebih berbentuk cair dalam satu hari dan berlangsung kurang dari empat belas hari.

Diare adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme termasuk bakteri, virus dan parasit lainnya seperti jamur, cacing dan protozoa. Salah satu bakteri penyebab diare adalah bakteri *escherichia coli enteropatogenik* (EPEC). Budiarti (1997) melaporkan bahwa sekitar 55% anak-anak di Indonesia terkena diare akibat infeksi EPEC. Gejala klinis diare yang disebabkan infeksi EPEC adalah diare yang berair sangat banyak yang disertai muntah dan badan sedikit demam.

Secara klinis penyebab diare dapat dikelompokkan dalam golongan enam besar yaitu karena infeksi, malabsorpsi, alergi, keracunan, immune defisiensi, dan penyebab lain, tetapi yang sering ditemukan di lapangan

ataupun di klinis adalah diare yang disebabkan infeksi dan keracunan (Depkes RI,2002). Adapun penyebab tersebut sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor misalnya keadaan gizi,kebiasaan atau perilaku dan sanitasi lingkungan,dan sebagainya.

2. Epidemiologi

Diare masih merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak-anak diberbagai negara yang sedang berkembang ,setiap tahun diperkirakan lebih dari satu milyar kasus diare didunia dengan 3,3 juta kasus kematian sebagai akibatnya. Diare merupakan penyebab penting kematian pada anak –anak dinegara-negara berkembang. Kombinasi paparan lingkungan yang patogenik, diet yang tidak memadai, malnutrisi menunjang timbulnya kesakitan dan kematian karena diare.Hal ini terjadi lebih dari satu milyar episode diare setiap tahun, dengan 2-3% kemungkinan jatuh kedalam keadaan dehidrasi(Ilmu Penyakit Anak ,2002).

Misnadiarly menyebutkan bahwa diare masih saja menjadi masalah kesehatan di Indonesia , dapat terjadi pada anak-anak, dewasa turis,atau wisatawan asing maupun domestik. Diare pada turis dan anak sekolah tentunya sangat erat kaitannya dengan pencemaran air dan makanan direstoran,kantin,maupun makanan yang dijajakan dijalan. Beberapa factor yang mempengaruhi kejadian diare diantaranya adalah factor lingkungan ,gizi,kependudukan,pendidikan,keadaan social ekonomi,dan perilaku masyarakat.

Faktor lingkungan yang dimaksud adalah kebersihan lingkungan dan perorangan seperti kebersihan botol susu, kebersihan puting susu, dan dot susu, maupun kebersihan air yang digunakan untuk mengolah susu dan makanan.

3. Etiologi

Penyakit diare tidak hanya terdapat di negara-negara berkembang, akan tetapi juga terdapat di negara-negara industri bahkan di negara yang sudah maju, hanya saja kejadian diare di negara maju akibat infeksi lebih kecil.

Infeksi bakteri beberapa jenis bakteri dapat termakan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi dan menyebabkan diare, contohnya *campylobacter*, *salmonella*, *shigella* dan *escherichiacoli*. Infeksi Virus yang menyebabkan diare adalah *rotavirus*, *norwalk virus*, *cytomegalovirus*, *virus herpes simplex*, dan virus hepatitis. Intoleransi makanan, contohnya pada orang yang tidak dapat mencerna komponen-komponen seperti *lactose* (gula dalam susu). Parasit yang menjadi penyebab diare yang masuk ke dalam tubuh melalui makanan dan minuman dan menetap dalam sistem pencernaan, contohnya *giardia lamblia*, *entamuba histolytica* dan *cryptosporidium*.

Reaksi obat seperti anti biotika, obat-obatan tekanan darah, antasida yang mengandung magnesium, penyakit intestinal seperti inflamasi usus atau penyakit abdominal. Gangguan fungsi usus seperti sindroma iritasi usus dimana usus tidak dapat bekerja secara normal..

4. **Gejala –gejala.**

Gejala diare atau menceret adalah tinja yang encer dengan frekuensi 4 kali atau lebih dalam sehari, yang kadang disertai muntah-muntah, basan lesu, atau lemah, panas, tidak ada nafsu makan, rasa mual, darah dan lender dalam kotoran,. Infeksi dapat secara tiba-tiba menyebabkan diare, muntah, tinja berdarah, demam penurunan nafsu makan,, selain itu dapat pula mengalami sakit perut dan kejang perut, nyeri otot, dan sakit kepala.

5. **Jenis-jenis diare.**

Diare akut merupakan diare yang disebabkan oleh virus yang disebabkan oleh rotavirus yang ditandai dengan buang air besar lembek/cair bahkan dapat berupa air saja dengan frekuensi biasanya 3 kali atau lebih dalam sehari dan berlangsung kurang dari 14 hari. Diare dari rotavirus ini merupakan virus usus pathogen yang menduduki urutan pertama sebagai penyebab diare akut pada anak-anak. Diare bermasalah merupakan diare yang disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, parasit, intoleransi lactose, alergi protein susu sapi. Penularan secara *fecal-oral*, kontak keorang atau kontak orang dengan alat rumah tangga, diare ini umumnya diawali oleh diare cair kemudian pada hari kedua atau ketiga baru muncul darah dengan maupun tanpa lendir, sakit perut dengan munculnya tenesmus, panas, disertai hilangnya nafsu makan dan makan terasa lemah.

Diare persisten merupakan diare akut yang menetap, diaman titik sentral pathogenesis adalah kerusakan mukosa usus. Penyebab diare persisten sama dengan diare akut. (Depkes RI 2007).

6. Penularan

Agen infeksius yang menyebabkan penyakit diare biasanya ditularkan melalui jalur fecal oral terutama karena ; 1.) menelan makanan atau air yang terkontaminasi. 2) kontak dengan tangan yang terkontaminasi.

Beberapa factor yang dikaitkan dengan bertambahnya penularankuman entero pathogen perut termasuk ; 1) tidak memadainya penyediaan air bersih,2) pembuangan tinja yang tidak higienis,3) Vector, 4) Aspek social ekonomi.

7. Pencegahan.

Untuk menurunkan angka kejadian diare maka perlu upaya-upaya pencegahan seperti ; menggunakan air bersih, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan,penggunaan jamban untuk pembuangan tinja,memberikan ASI, memperbaiki makanan pendampig ASI,memberikan imunisasi, pembersihan / perbaikan lingkungan.

8. Pengobatan.

Bahaya diare terletak pada dehidrasi maka penanggulangannya dengan cara mencegah timbulnya dehydrasi dan rehidrasi intensif bila telah terjadi dehidrasi. Cairan rehidrasi oral dipakai oleh masyarakat adalah air kelapa, air tajin,ASI,air teh encer, sop wortel, perasan air buah,dan larutan gula garam, pemakaian cairan ini lebih dititik beratkan pada pencegahan timbulnya dehidrasi, sedangkan bila terjadi dehidrasi sedang atau

berat,sebaiknya diberikan oralit. Oralit merupakan salah satu cairan pilihan untuk mencegah dan mengatasi dehidrasi. Oralit sudah dilengkapi dengan elektrolit, sehingga dapat menggantikan electrolit yang ikut hilang bersama cairan.(www.medicastore.com tanggal 23/02/2008)

Tabel 1. Takaran Pemberian Oralit.

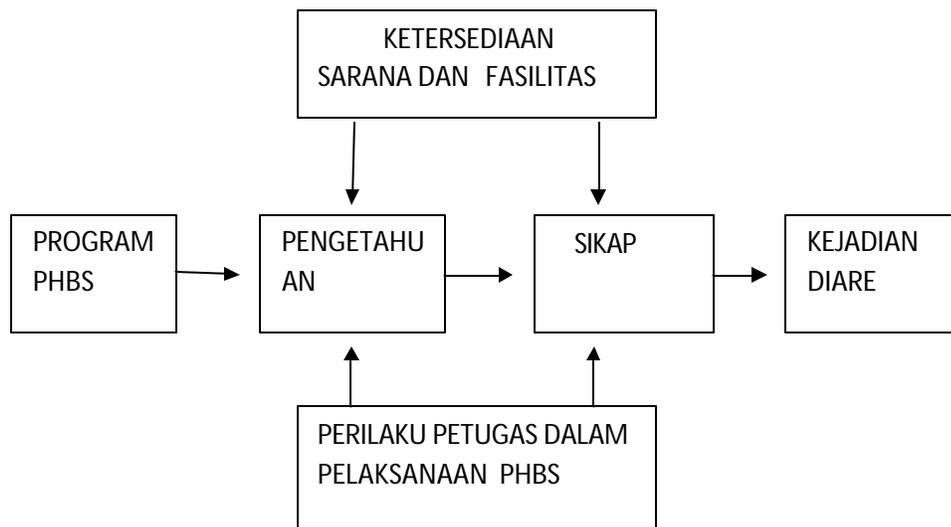
Umur	Jumlah cairan
Dibawah 1 tahun	3 jam pertama 1,5 gelas selanjutnya 0,5 gelas setiap kali mencret,
Dibawah 5 thn(anak balita	3 ja pertama 3 gelas, selanjutnya 1 gelas setiap kali mencret
Anak diatas 5 thn	3 jam pertama 6 gelas,selanjutnya 1,5 gelas setiap kali mencret
Anak diatas 12 thn & dewasa	3 jam pertama 12 gelas, selanjutnya 2 gelas setiap kali mencret (1 gelas ; 200cc)

Sumber: www.dinkes.Jakarta.com tanggal 23/02/2008.

Karena penyebab diare akut/diare mendadak tersering adalah virus, maka tidak ada pengobatan yang dapat menyembuhkan ,karena biasanya akan sembuh dengan sendirinya setelah beberapa hari. Maka pengobatan diare ini ditujukan untuk mengobati gejala yang ada dan mencegah terjadinya dehidrasi/ kurang cairan. Diare akut dapat disembuhkan dengan meneruskan pemberian makanan seperti biasa dan minuman / cairan yang cukup saja. Dalam hal iniperlu diingat pengobatan bukan member obat untuk menghentikan diare, karena diare sendiri adalah suatu mekanisme pertahanan tubuh untuk mengeluarkan kontaminasi makana dalam usus. Mencoba menghentikan diare dengan obat seperti menyumbat saluran pipa yang akan keluar dan akan menyebabkan aliran balik dan akan

memperburuksalurantersebut. (<http://ridwanamiruddin.wordpress.com/2007/10/17/curent>, 24/10/2007).

D. Kerangka Konsep



E. Definisi Operasional

1. Pengetahuan adalah Pengetahuan responden terhadap kejadian diare dan pencegahannya

Kriteria obyektif:

Baik : Bila nilai = dari median (median = 20.00)

Kurang baik : Bila nilai < dari median

2. Sikap adalah perilaku responden terhadap kejadian diare dan pencegahannya.

Kriteria obyektif :

Baik : Bila nilai = dari median (median = 39.00)

Kurang baik : Bila nilai < dari median

3. PHBS adalah Perilaku Hidup Bersih dan Sehat tatanan rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota keluarga agar tahu dan mau serta mampu mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam masyarakat
4. Kejadian Diare adalah merupakan salah satu penyakit gangguan pencernaan yang dialami oleh responden dengan frekuensi BAB lebih dari 3 kali perhari dengan konsistensi encer.
5. Ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan adalah sarana pendukung dalam lingkungan fisik fasilitas kesehatan.

Kriteria obyektif :

Tersedia : Bila nilai = dari median (median = 14.00)

Tidak tersedia : Bila nilai < dari median

6. Perilaku petugas dalam PHBS adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Kriteria Obyektif :

Baik : Bila nilai = dari median (median = 19.00)

Tidak Baik : Bila nilai < dari median

F. Hipotesis

1. Ada hubungan antara pengetahuan dan sikap terhadap kejadian diare.
2. Ada hubungan antara Pengetahuan tentang kejadian diare dengan perilaku petugas dalam pelaksanaan PHBS.
3. Ada hubungan antara Pengetahuan tentang kejadian diare dengan fasilitas pelayanan kesehatan dalam program PHBS
4. Ada hubungan antara sikap tentang kejadian diare dengan perilaku petugas dalam program PHBS.
5. Ada hubungan antara sikap tentang kejadian diare dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan dalam program PHBS.