

**ANALISIS PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PENDERITA  
DIARE DENGAN KERANGKA HEALTH BELIEF MODEL  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LANRISANG  
KABUPATEN PINRANG TAHUN 2011**

*Treatment Search Behavior Analysis on Diarrhea Patients with Health  
Belief Model Frame in Public Health Center (Puskesmas)  
Lanrisang WonArea Year 2011)*

**KASMAWATI**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2011**

**ANALISIS PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PENDERITA  
DIARE DENGAN KERANGKA HEALTH BELIEF MODEL  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LANRISANG  
KABUPATEN PINRANG TAHUN 2011**

**Tesis**

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**KASMAWATI**

**NO.STAMBUK : P 180 52 09 514**

**Kepada**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**TESIS**

**ANALISIS PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PENDERITA  
DIARE DENGAN HEALTH BELIEF MODEL DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS LANRISANG KABUPATEN PINRANG**

Disusun dan diajukan oleh:

**KASMAWATI**

**Nomor Pokok P180 52 09 514**

Telah dipertahankan di depan panitia ujian tesis  
pada tanggal 4 Agustus 2011  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI  
KOMISI PENASEHAT**

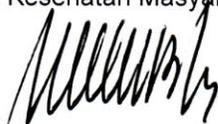


**Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc**  
Ketua



**Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS**  
Anggota

Ketua Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat



**Dr. dr. Noor Bahry Noer, M.Sc**

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin



**Prof. Dr. Ir. Mursalim, M.Sc**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Kasmawati

Nomor Pokok : P1805209514

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan *dengan* sesungguhnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini *karya* orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2011

Yang menyatakan

Kasmawati

## ABSTRAK

**KASMAWATI.** *Analisis Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Diare dengan Kerangka Health Belief Model di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang Tahun 2011* (dibimbing oleh **Ridwan Thaha** dan **Muh. Syafar**)

Penelitian ini bertujuan menemukan perilaku pencarian pengobatan penderita diare dengan menggunakan kerangka health belief model di wilayah kerja Puskesmas Lanrisang.

Penelitian ini bersifat deskriptif dengan rancangan studi kasus. Yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita diare dan ibu balita yang menderita diare. Informan kunci adalah petugas kesehatan. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara, dan kajian pustaka. Data dianalisis dengan analisis kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang pencegahan dan penanggulangan diare masih terbatas penyebutan dan diare dianggap hanya gejala penyakit. Masyarakat menganggap penyakit diare disebabkan lingkungan yang kotor, makanan yang kotor, minum air yang tidak dimasak. Persepsi penderita diare berdasarkan faktor demografi dan struktur sosial bahwa semua orang mempunyai resiko yang sama yaitu tertular penyakit diare. Persepsi tentang mudahnya tubuh terserang penyakit diare menunjukkan bahwa penyakit diare merupakan penyakit yang sifatnya menular dan penyakit diare mengakibatkan aktivitas sehari-hari tidak dapat dilakukan. Ancaman yang dirasakan oleh penderita diare seringkali membawa gangguan psikis pada penderita dan tidak menonjolkan masalah medisnya. Tindakan pertama yang dilakukan oleh penderita diare adalah menentukan dirinya merasa sakit dan dilanjutkan dengan melakukan pengobatan terhadap dirinya sendiri (self treatment) baru berobat ke Puskesmas (pengobatan modern).

Kata kunci pelaku pencarian pengobatan, diare, health belief model

## ABSTRACT

**KASMAWATI.** *Treatment Search Behavior Analysis on Diarrhea Patients with Health Belief Model Frame in Public Health Center (Puskesmas) Lanrisang WonArea* (supervised by **Ridwan Thaha** and **Muh. Syafar**).

The purpose of the study is to find out the treatment search behavior for diarrhea patients using frame of health belief model in Public Health Center (puskesmas) Lanrisang work area.

The type of the research was qualitative. Regular informants were patients suffering from diarrhea, the mothers of toddlers. Key informants were the healthcare workers.

The results reveal that the public still thinks the prevention and control of diarrhea is only a symptom of diseases. The attitude and effort to prevent diarrhea is believed to be caused by dirty environment, dirty food, non-boiled drinking water. Perception of diarrhea based on demography factor and social structure indicates that diarrhea is infectious disease so all people have the same risk to be infected by diarrhea; while the diarrhea is considered to be serious illness due to diarrhea can bring about people cannot do their daily activities. The threat felt by the diarrhea patients often causes psychological problem and this more influential than the medical problem; The first stage to do when patients get the disease is self treatment and then go to puskesmas to get modern treatment.

Keywords : treatment search behavior, diarrhea, model belief health frame

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan taufik-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagai tugas akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk dapat menyelesaikan Program Magister pada Program Pascasarjana Unrversrtas Hasanuddin, Makassar.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dari semua pihak baik langsung maupun tidak langsung maka tesiss ini tidak akan terselesaikan sebagaimana adanya saat ini, Penyusunan tesis ini tidak akan dapat selesai .dengan baik tanpa arahan dan bimbingan dari penasehat kami oiehnya rtu pada kesempatan ini kami megucapkan terimah kasih yang sedalam-dalamnya kepada **Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc** selaku pembimbing I dan **Bapak Prof.Dr.dr H.Muh.Syafar, MS** selaku pembimbing II atas bantuan dan bimbingan yang telah dicurahkan mulai dari pengembangan ide awal sampai selesainya penulisan tesis ini.

Pada kesempatan ini pula penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Bapak Prof.Dr.dr. Idrus Paturusi, SP.B selaku Rektor UNHAS Makassar yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk meianjutkan pendidikan pada Pasca sarjana.

2. Direktur Pasca Sarjana UNHAS yang telah memberikan kesempatan mengikuti program Magister Kesehatan pada konsentrasi Promosi Kesehatan.
3. Bapak Dr.Ridwan Thaha, M.Sc selaku ketua konsentrasi Promosi kesehatan yang telah banyak memberikan arahan dan masukan demi perbaikan tesis ini.
4. Bapak Prof.Dr.dr.H.M Rusli Ngatimin.MPH dan Bapak selaku penguji I , Dr. Anwar Daud, SKM, M.Kes selaku penguji II, dan Dr. dr. Hj. Syamsiar S.Russeng.MS selaku penguji III yang telah banyak memberikan arahan dan masukan demi perbaikan tesis ini.
5. Teman-Teman se angkatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu namanya
6. Akhirnya ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada suamiku tercinta Drs. H. Abdu.M.Si dan anak-anakku Fahyuni Farawati Abma , Fajrin Ardiansyah Abma atas kebersamaan, kesabaran, keihlasan, kesetiaan .pengertian dan dukungan selama ini baik materi maupun in materi sehingga saya bisa menyelesaikan tesis ini semoga pengorbanan selama ini Allah SWT yang membalasnya.

Penulis menyadari tesis ini jauh dari sempurna oleh sebab itu penulis mengharapkan masukan dan saran dari berbagai pihak sangat diharapkan dapat menambah kualitas penelitian ini dan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, Juli 2011

Penulis

## DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Tentang Diare	9
B. Tinjauan Umum Tentang Perilaku	25
C. Domain Perilaku	26
D. Perilaku Pencarian Pengobatan	32

BAB III	KERANGKA PIKIR, DEFINISI KONSEP DAN PROPOSISI PENELITIAN	
	A. Kerangka Pikir	37
	B. Defenisi Konsep	38
	C. Proposisi Penelitian	39
BAB III	METODE PENELITIAN	
	A. Jenis Penelitian	41
	B. Waktu dan Lokasi Penelitian	41
	C. Instrumen Penelitian	41
	D. Pengumpulan dan Analisis Data	42
BAB IV	HASH DAN PEMBAHASAN	
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	45
	B. Karakteristik Informan	49
	C. Konsep Masyarakat Tentang Penyakit Diare	50
	D. Sikap Masyarakat Terhadap Upaya Pencegahan dan Penanggulangan Diare	61
	E. Tindakan Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan dan Penaggulangan	67
	F. Upaya Pencarian Pengobatan	72
	G. Strategi Penanggulangan	79

BAB V KESIMPULAN

A. Kesimpulan 91

B. Saran-saran 92

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Menurut undang-undang No.36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 1 dijelaskan bahwa Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosia! yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mengoptimalkan pembangunan di bidang kesehatan maka Departemen Kesehatan RI telah menetapkan visi pembangunan kesehatan yaitu " Masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan". Visi tersebut diharapkan dapat terwujud terselenggaranya pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya-guna dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya termasuk didalamnya program lingkungan sehat.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang diiakukansecara terpadu, terintegasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat (UU Kesehatan No 36 2009)

Program lingkungan sehat dan hygiene kesehatan bertujuan mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat serta melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan atau penyakit berbasis lingkungan seperti malaria, DBD, diare dan lain-lain.

Kejadian Diare masih sering menimbulkan KLB (Kejadian Luar Biasa) seperti halnya kolera dengan jumlah penderita yang banyak dalam waktu yang singkat. Namun dengan tatalaksana diare yang cepat, tepat dan bermutu. kematian dapat ditekan seminimal mungkin. Pada bulan Oktober 1992 ditemukan strain baru yaitu *Vibrio Cholera 0139* yang kemudian digantikan *Vibrio Cholera strain El Tor ditahun 1993* dan kemudian menghilang dalam tahun 1995-1996, kecuali di India dan Bangladesh yang masih ditemukan. Sedangkan E. Coli 0157 sebagai penyebab diare berdarah dan HUS (*Haemolytic Uremia Syndrome*). KLB pernah terjadi di USA, Jepang, Afrika Selatan dan Australia. Dan untuk Indonesia sendiri kedua strain diatas belum pernah terdeteksi (Ahmadi, 2005).

Penyakit diare sampai kini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, walaupun secara umum angka kesakitan masih berfluktuasi, dan kematian diare yang dilaporkan oleh sarana pelayanan dan kader kesehatan mengalami penurunan namun penyakit diare ini masih sering menimbulkan KLB yang cukup banyak bahkan menimbulkan kematian.

Di Indonesia, hasil survei yang dilakukan oleh program, diperoleh angka kesakitan Diare untuk tahun 2000 sebesar 301 per 1.000 penduduk, angka ini meningkat bila dibandingkan dengan hasil survei yang sama pada tahun 1996 sebesar 280 per 1.000 penduduk. Sedangkan berdasarkan laporan kabupaten/ kota pada tahun 2008 diperoleh angka kesakitan diare sebesar 27,97 per 1000 penduduk. Sedangkan angka kesakitan diare pada tahun 2009 sebesar 27,25 per 1000 penduduk. Jauh menurun jika dibandingkan 12 tahun sebelumnya.

Di Sulawesi Selatan, Kabupaten/kota dengan angka kesakitan diare tertinggi pada tahun 2009 (36,87-55,13 per 1000 penduduk) yaitu Kab. Takalar, Enrekang, Tanatoraja, Palopo, Luwu Utara, dan Luwu Timur (merah). Sedangkan terendah (1,16-19,40 per 1000 penduduk) yaitu Kab. Selayar, Bulukumba, Jeneponto, Sinjai, Maros, Bone, Sidrap, dan Parepare. ([www.Dinkes Sul-Se.go.id](http://www.Dinkes Sul-Se.go.id), diakses Februari 2011).

Kejadian diare di Kabupaten Pinrang pada tahun 2009 terdapat 7312 kasus diare. Dibandingkan pada tahun 2010 sebanyak 8330 kasus. Dari data tersebut menunjukkan diare dari tahun 2009-2010 mengalami peningkatan (Laporan P2M Kanbupaten Pinrang. 2009, 2010). Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas sanitasi dasar yang tidak memenuhi syarat di Kabupaten Pinrang sehingga dapat memberikan dampak bagi kesehatan lingkungan serta rendahnya perilaku hygiene perseorangan.

Berdasarkan laporan Puskesmas Lanrisang pada tahun 2009, penyakit diare termasuk 10 penyakit terbesar yaitu urutan ke 6 dengan jumlah kasus sebanyak 510, pada tahun 2010 penyakit diare masih termasuk 10 penyakit terbesar yaitu urutan ke 6 dengan jumlah kasus 590. Kasus penyakit diare yang terjadi di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang merupakan kejadian penyakit yang paling sering dialami masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang.

Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang merupakan pemukiman yang berada di Kecamatan Lanrisang Kabupaten Pinrang. Sebagian penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang menjadikan sungai Saddang sebagai sumber air bersih.

Masyarakat yang mendapat penyakit diare, dan tidak merasakan sakit sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya, namun bila mereka diserang penyakit diare dan juga merasakan sakit, baru akan timbul berbagai perilaku dan usaha untuk mencari pengobatan.

Konsep sehat-sakit seringkali tidak sejalan bahkan bertentangan dengan konsep biomedis. Hal itu terjadi karena persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan kita sebagai provider. Dengan kata lain adanya perbedaan yang berkisar antara penyakit (*disease*) dengan rasa sakit (*illness*). (Soekidjo, 2003)

Masyarakat yang mendapat penyakit dan tidak merasakan sakit (*disease but not illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakit tersebut, tapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit maka barulah akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Salah satu model pencarian pengobatan yang dikembangkan adalah model kepercayaan kesehatan Anderson (1974) atau Kerangka Health Belief Model.

Berdasarkan hal tersebut, maka penelitian ini ditujukan untuk mengetahui pola pencarian pengobatan penyakit diare dengan menggunakan teori pendekatan *health belief model* yang studi kasusnya dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat dirumuskan masalah yang ada adalah masih tingginya angka kejadian penyakit diare di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang.

Oleh karena itu penelitian ini dilakukan untuk menemukan perilaku pencarian pengobatan penderita diare dengan menggunakan teori pendekatan *health belief model* yang studi kasusnya dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **a. Tujuan Umum**

Menemukan perilaku pencarian pengobatan penderita diare dengan menggunakan kerangka *health belief model* di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang.

1. Menggambarkan pengetahuan dan kepercayaan masyarakat mengenai penyebab, gejala, pencegahan dan pengobatan serta persepsi mengenai parah atau ringannya penyakit diare.
2. Menggambarkan proses dan mekanisme pengambilan keputusan dalam setting individu dan keluarga dalam mendayagunakan sumber pelayanan kesehatan yang tersedia saat mengalami gangguan kesehatan yang bersangkutan paut dengan penyakit diare.
3. Menggambarkan hirarki perawatan dan pengobatan yang dimanfaatkan oleh individu dan keluarga yang mengalami gangguan penyakit malaria.

Menganalisis strategi penanggulangan penyakit malaria di Kabupaten Halmahera Tengah.

### **b. Tujuan Khusus**

1. Untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang persepsi pencarian pengobatan berkaitan dengan demografi dan sosial.
2. Menggambarkan proses dan mekanisme pengambilan

keputusan/Tindakan dalam setting individu dan keluarga dalam mendayagunakan sumber pelayanan kesehatan yang tersedia saat mengalami gangguan kesehatan yang bersangkutan paut dengan penyakit malaria.

3. Untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang modifikasi kerentanan dan kegawatan yang dirasakan oleh penderita diare dalam pencarian pengobatan;
4. Untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang perilaku pencarian pengobatan penderita diare.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Program**

Hasil penelitian ini akan menjadi informasi yang berguna untuk menyusun strategi promosi kesehatan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan dalam rangka pemberantasan penyakit diare di Wilayah Kerja Puskesmas Lanrisang.

##### **2. Manfaat secara umum**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang konstruktif bagi petugas program penyakit diare di Puskesmas dan Dinas Kesehatan, serta bagi pemerintah dalam menyusun dan mengembangkan strategi pemberantasan penyakit diare.

### 3. Manfaat secara khusus

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi peneliti selanjutnya, khususnya yang terkait dengan pembahasan tentang pola pencarian pengobatan untuk penderita diare.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Urn urn tentang Diare**

Program penanggulangan diare mulai ditingkatkan dan dilakukan secara nasional sejak tahun 1974. Seminar Rehidrasi Nasional I, yang diselenggarakan di Bagian Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kesehatan Universitas Indonesia, Jakarta tahun 1974, dengan jumlah penduduk Indonesia sebesar 135 juta dan kejadian diare sebanyak 50 episode, angka kematian Karena diare berjumlah antara 60C.000-900.000 orang per tahun, ditahun 1984 dengan jumlah penduduk sekitar 160 juta orang dengan 60 juta episode diare, kematian karena diare telah dapat ditekan menjadi sekitar 200.000 orang saja. Hal ini disebabkan karena berbagai faktor, dan diantaranya peningkatan pengetahuan tentang diare, baik mengenai masalah ataupun penanganannya (Suharyono, 1991).

Berdasarkan profil kesehatan kabupaten/ kota pada tahun 2008, kasus diare kembali mengalami penurunan yaitu 209.153 kasus, tertinggi masih di Kota Makassar (45.929 kasus) dan terendah di Kab.Enrekang (400 kasus).Sedangkan pada tahun 2009 sebanyak 226,961 kasus, tertinngi di Kota Makassar (45.014 kasus) dan terendah di Kab. Selayar.

Pada tahun 2002 jumlah penderita pada KLB diare tersebar pada 2

kabupaten/kota dengan 4 kecamatan dan 4 desa dengan jumlah penderita sebanyak 54 penderita tanpa kematian. Sedangkan tahun 2003, jumlah penderita pada KLB diare tersebar pada 13 kabupaten/kota dengan 21 kecamatan dan 27 desa dengan jumlah penderita sebanyak 1.156 penderita dengan 45 kematian. Dan untuk jumlah kejadian, penderita dan kematian akibat diare cenderung menurun pada tahun 2004. Adapun jumlah kejadian luar biasa diare periode Januari-Desember 2004 sebanyak 21 kejadian, dengan jumlah penderita sebanyak 1.145 orang dan jumlah kematian sebanyak 25 penderita (CFR=2,18%), tersebar pada 10 kabupaten, 15 kecamatan dan 24 desa. Untuk tahun 2005, jumlah kejadian luar biasa diare periode Januari - Desember sebanyak 8 kejadian, 8 kab./kota dengan jumlah penderita sebanyak 443 orang, dengan kematian sebanyak 9 orang (CFR=2,03%). Sementara di tahun 2006 tercatat jumlah KLB diare sebanyak 14 kejadian, dengan jumlah penderita 465 orang dan CFR sebesar 2,15%. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi atau berhubungan dengan terjadinya penyakit diare adalah belum meningkatnya kualitas kebiasaan hidup bersih dan sehat masyarakat pada umumnya dan khususnya hygiene perorangan, dan penggunaan sarana SAMIJAGA yang memenuhi syarat kesehatan belum membudaya pada masyarakat di pedesaan.

Sementara itu, jumlah kasus/penderita diare yang dapat dihimpun melalui laporan dari 23 kabupaten/kota selama tahun 2003 adalah sebesar

172.742 penderita ( $IR=2,070/00$ ), meninggal 73 orang ( $CFR=0,04\%$ ). Kabupaten/Kota yang terlihat menunjukkan cakupan penemuan penderita tertinggi dalam tahun 2003 ini adalah Kota Palopo 146,74%, Kota Makassar 115,04%, Kab. Soppeng 112,63% dan Kab. Enrekang 111,67%. Untuk tahun 2004, kasus diare yang dilaporkan sebanyak 177.409 kasus (cakupan 68,70%) dengan kematian sebanyak 66 orang ( $CFR=0,04\%$ ). Jumlah kasus tertinggi pada kelompok umur > 5 tahun (91.379 kasus) kematian 29 orang dan kelompok umur 1 - 4 tahun (57.087 kasus) kematian 17 orang sedang jumlah kasus terendah pada kelompok umur < 1 tahun (28.946 kasus) kematian 20 orang. Kab./kota yang terlihat menunjukkan cakupan penemuan penderita tertinggi pada tahun 2004 masih tetap Kota Palopo (152,42%) dan Kota Makassar (128,62%). Sedangkan untuk kasus diare selama tahun 2005 tercatat sebanyak 188.168 kasus (72,87%) dengan kematian sebanyak 57 orang ( $CFR=0,03\%$ ). Jumlah kasus tertinggi pada kelompok umur > 5 tahun (100.347 kasus) dengan kematian 19 orang dan kelompok umur 1-4 tahun (60.794 kasus) kematian 13 orang sedang jumlah kasus terendah pada kelompok umur < 1 tahun (27.029 kasus) dengan kematian 25 orang. Situasi pemberantasan penyakit diare pada tahun 2006 tercatat sebanyak 173.359 kasus dengan cakupan tertinggi di Kab. Enrekang (179,46%), Kota Palopo (154,50%), Kota Makassar (142,86%) dan Kab. Soppeng (109,10%). Bila dikelompokkan ke dalam kelompok umur maka jumlah kasus yang tertinggi

berada pada kelompok umur > 5 tahun (92.241 orang) dengan kematian terbanyak pada kelompok umur 1-4 tahun sebanyak 17 orang, pada tahun 2007 penyakit diare tercatat mengalami penurunan yaitu sebanyak 209.435 kasus dengan jumlah kasus tertinggi di Kab. Gowa (12.089 kasus). Bila dikelompokkan ke dalam kelompok umur maka jumlah kasus yang tertinggi berada pada kelompok umur < 5 tahun sebanyak 93.560 kasus. ([www.dinkes.go.id](http://www.dinkes.go.id), diakses Februari 2011).

Menurut HI. Blum (1974) kesehatan manusia dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku, keturunan, dan pelayanan kesehatan. Namun, menurut Blum, lingkungan merupakan faktor yang memiliki pengaruh terbesar. Medium lingkungan yang paling tercemar berat adalah udara (pencemaran udara) dan medium air (pencemaran air). Konsep Blum itu diperkuat oleh teori Gordon (1974) bahwa perubahan lingkungan dapat menyebabkan semakin tingginya penyebaran penyakit serta peningkatan kepekaan manusia terhadap penyakit.

Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi dari tinja, yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekwensi berak lebih dari biasanya. (3 kali atau lebih dalam 1 hari).

Diare di Indonesia sampai saat ini masih merupakan salah satu penyakit endemis dan masih sering menimbulkan KLB di masyarakat. Oleh karena senngnya terjadi peningkatan kasus pada saat atau musim tertentu yaitu pada

musim kemarau dan pada puncak musim hujan. Faktor ini menunjukkan kemungkinan penyebabnya adalah terkait air minum jamban keluarga, kebersihan perorangan, lingkungan yang jelek, penyiapan dan penyimpanan makanan yang tidak semestinya, gizi kurang dan kurang kekebalan atau menurunnya daya tahan tubuh.

Pada kelompok Balita, pola penyebab kematian lebih tinggi. Peringkat pertama diduduki oleh ISPA yang menyumbangkan 33% kematian. Peringkat kedua diduduki oleh diare yang menyumbangkan 15,3% kematian. Sedang infeksi parasit menduduki peringkat keempat yang menyumbangkan 6,3%. Secara total, penyakit-penyakit berbasis lingkungan menyumbangkan 52,4% atau lebih dari separuh dari total kematian balita. Penyakit berbasis lingkungan masih tetap menjadi pola utama kesakitan (morbiditas) masyarakat Indonesia.

Sanitasi lingkungan biasanya sangat erat kaitannya dengan kondisi permukiman. Menurut Kusnoputranto (1983) mendefinisikan sanitasi lingkungan sebagai usaha-usaha pengendalian dari semua faktor-faktor lingkungan fisik manusia yang mungkin menimbulkan atau dapat menimbulkan hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan dan daya tahan hidup manusia.

Sedangkan menurut Entjang (1993) sanitasi lingkungan adalah pengawasan lingkungan fisik, biologis, sosial, dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan manusia dimana lingkungan yang berguna

ditingkatkan dan diperbanyak, sedangkan yang merugikan diperbaiki atau dihilangkan. Dari kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa sanitasi lingkungan selalu membicarakan tentang bagaimana mengelola berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan manusia.

Berorientasi pada konsep kesehatan moderen, meialui penelusuran epidemiologis, hidup sehat dapat dicapai meialui kemampuan manusia untuk hidup seimbang dengan alam sekitamya. Melalui keseimbangan ekologi, budaya dan pengamalan perilaku , hidup sehat dapat diwujudkan dimana-mana melalui proses yang berbeda-beda tetapi tetap dalam mutu yang sama sepanjang pencapaian itu merujuk pada evaluasi dan indikator yang sama (Ngatimin, 2007)

Pengelolaan sanitasi lingkungan terutama meliputi faktor-faktor (1) penyediaan air rumah tangga yang baik, (2) pengaturan pembuangan kotoran manusia, (3) pengaturan pembuangan sampah, (4) pengaturan pembuangan air limbah, (5) pengaturan rumah sehat, (6) pembasmian binatang-binatang penyebar penyakit seperti lalat dan nyamuk.

Penyediaan air dapat dilakukan dengan membuat sumur yang tidak tercemar oleh air dari pembuangan air limbah. Sistem perpipaan tidak bocor sehingga tidak tersedotnya air dari luar pipa dan tercemar oleh air dari tempat lain.

Penyediaan jamban saniter sangat efektif memutuskan kontaminasi dan perkembangbiakan bakteri penyebab diare terhadap sumber air atau makanan. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun cukup efektif memutuskan mata rantai infeksi bakteri. Demikian pula klorinasi air minum dapat mengurangi pemajanan kuman patogen.

Beberapa studi yang dilakukan oleh Esrey dkk. (1985--1991) melaporkan bahwa intervensi air bersih dapat menurunkan insiden kejadian diare sekitar 17-27%. Sedangkan studi yang dilakukan Esrey dan Danieil (1990) tentang dampak penyediaan jamban terhadap penurunan prevalensi penyakit diare menghasilkan angka yang konsisten, yaitu 22-24%. Demikian pula kajian oleh Esrey dkk. (1985-1991) tentang intervensi kebiasaan mencuci tangan dapat menurunkan prevalensi penyakit diare sebesar 33%.

Perilaku yang dapat menyebabkan penyebaran kuman enterik dan meningkatkan resiko terjadinya diare antara lain, tidak memberikan ASI secara penuh untuk 4-6 bulan pertama kehidupan, menggunakan botol susu, menyimpan makanan masak pada suhu kamar, menggunakan air minum yang tercemar oleh bakteri yang berasal dari tinja, tidak mencuci tangan sesudah buang air besar.

Salah satu perilaku yang erat kaitannya dengan diare adalah kebiasaan mencuci tangan. Mencuci tangan adalah salah satu tindakan pencegahan

yang menjadi perilaku sehat dan baru dikenal pada akhir abad ke 19. Perilaku sehat dan pelayanan jasa sanitasi menjadi penyebab penurunan tajam angka kematian dari penyakit menular yang terdapat pada negara-negara kaya (maju) pada akhir abad 19 ini.

Pada lingkungan pemukiman yang padat dan kumuh, kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dengan benar dapat menurunkan separuh dari penderita diare. Penelitian di Karachi Pakistan dengan intervensi pencegahan penyakit dengan melakukan kampanye mencuci tangan dengan sabun secara benar yang intensif pada komunitas secara langsung. Komunitas yang mendapatkan intervensi dan komunitas pembanding yang mirip yang tidak mendapatkan intervensi menunjukkan bahwa jumlah penderita diare berkurang separuhnya.

Keterkaitan perilaku mencuci tangan dengan sabun dan penyakit diare, penelitian intervensi, kontrol kasus, dan lintas sektor dilakukan menggunakan data elektronik dan data yang terkumpul menunjukkan bahwa resiko relatif yang didapat dari tidak mencuci tangan dari percobaan intervensi adalah 95 persen menderita diare, dan mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi resiko diare hingga 47 persen .

Diare umumnya terjadi di daerah dengan kondisi sanitasi dan hygiene lingkungan buruk, penyediaan air yang tidak memadai, kemiskinan, serta pendidikan yang masih terbatas (Suryawidjaya, J, E. 2004).

Diare merupakan keadaan dimana seseorang menderita buang air berkali-kali, tinjanya encer dan kadang-kadang muntah, badan lesu atau lemah, disertai demam, dan tidak nafsu makan. Diare juga biasa disebut muntaber (muntah berak), muntah mencret atau muntah bocor. Kadang-kadang tinjanya juga mengandung darah atau lendir,

Diare sebenarnya merupakan salah satu gejala dari penyakit pada system gastrointestinalis atau penyakit lain di luar saluran pencernaan (Depkes,2002.).

Diare dapat menyebabkan kematian pada seseorang bila penderita banyak mengeluarkan cairan karena berak encer (4x atau lebih dalam sehari) sebab kekurangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi lemas pada penderita.

### **1. Batasan**

Secara operasional, diare akut adalah buang air besar lembek? Cair bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (biasanya 3 kali atau lebih dalam sehari) dan berlangsung kurang dari 14 hari.

### **2. Etiologi**

Secara klinis penyebab diare dapat di kelompokkan dalam golongan 6 besar, tetapi yang sering ditemukan dilapangan adalah diare yang

disebabkan infeksi dan keracunan.( Depkes,2002)

Secara lebih terinci penyebab diare dapat dibagi dalam beberapa faktor yaitu:

- 1) Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak misalnya : Vibrio cholera, shigella, disentri, bakteri-bakteri lain, virus dsb.
- 2) Karena kekurangan gizi misalnya : kelaparan, kekurangan zat putih telur, terutama pada anak yang gizi buruk.
- 3) Karena keracunan makanan
- 4) Alergi terhadap makanan dan obat tertentu
- 5) Infeksi oleh bakteri atau virus yang menyertai penyakit lain seperti : campak, infeksi telinga, infeksi tenggorokan atau malaria (Hassan, Rusepno,2002)

### ***3. Epidemiologi***

- 1) Penyebaran kuman yang menyebabkan diare

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

- a) Tidak memberikan selain ASI secara penuh pada bayi (4-6 bulan) pada pertama kehidupannya.
  - b) Menggunakan botol susu, penggunaan botol ini memudahkan pencemaran oleh kuman, karena botol susah dibersihkan
  - c) Menyimpan makan masak pada suhu kamar. Bila makanan disimpan beberapa jam pada suhu kamar, makanan akan tercemar dan kuman akan berkembang biak.
  - d) Menggunakan air minum yang tercemar. Air mungkin sudah tercemar dari sumbernya atau pada saat disimpan dirumah. Pencemaran di rumah dapat disebabkan tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan.
  - e) Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar dan sesudah membuang tinja anak sebelum makan atau sebelum menyuapi anak.
  - f) Tidak membuang tinja (termasuk tinja bayi) dengan benar. Sering beranggapan bahwa tinja bayi tidaklah berbahaya, padahal sesungguhnya mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Sementara itu tinja binatang dapat menyebabkan infeksi pada manusia.
- (Depkes,2002)
- 2) Faktor pejamu yang meningkatkan kerentanan terhadap diare.

Beberapa faktor pejamu dapat meningkatkan insiden , beberapa

penyakit dan lamanya diare , faktor-faktor tersebut adalah :

- a. Tidak memberikan ASI sampai 2 tahun. ASI mengandung antibodi yang dapat melindungi kita terhadap berbagai kuman penyebab diare seperti: Shigella dan Vibrio Cholerae
- b. Kurang Gizi. Beratnya penyakit lama dan risiko kematian karena diare meningkat pada anak-anak yang menderita gangguan gizi, terutama pada penderita gizi buruk.
- c. Campak. Diare dan disentri sering terjadi dan berakibat pada anak -anak yang sedang menderita campak dalam 4 minggu terakhir. Hal ini sebagai akibat dari penurunan kekebalan tubuh penderita.
- d. Imunodefisiensi/Imunosupresi. Keadaan ini mungkin hanya berlangsung sementara, misalnya sesudah infeksi virus (seperti Campak atau mungkin yang berlangsung lama seperti pada penderita AIDS). Pada anak imunosupresi berat, diare dapat juga terjadi karena kuman yang tidak patogen dan mungkin juga berlangsung lama.(Depkes 2002)

### 3) Faktor Lingkungan dan perilaku.

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang berbasis lingkungan. Faktor yang dominan yaitu sarana air bersih dan pembuangan tinja, kedua faktor ini akan berinteraksi bersama dengan perilaku manusia. Apabila faktor lingkungan tidak sehat karena tercemar kuman diare serta berakumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat pula, yaitu melalui

makanan dan minuman, maka dapat menimbulkan kejadian penyakit diare.

Diare terjadi karena ditularkan oleh kuman yang mengandung kuman penyebab diare, kemudian tinja tersebut dikeluarkan oleh orang sakit atau pembawa kuman yang berak di sembarang tempat, tinja tersebut juga mencemari lingkungan, pencemaran makanan oleh serangga seperti lalat, kecoa atau melalui tangan yang kotor seperti tanah, sungai, air sumur yang digunakan oleh orang sehat dan akhirnya menderita diare.

Kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui mulut antara lain melalui makanan/minuman yang tercemar tinja atau kontak langsung dengan tinja penderita diare.

#### ***4. Pencegahan dan Penanggulangan Diare***

Hasil penelitian terakhir menunjukkan bahwa, cara pencegahan dan penanggulangan yang benar dan efektif yang dapat dilakukan adalah: a) Pemberian ASI

ASI adalah makanan paling baik untuk bayi. Komponen zat makanan tersedia dalam bentuk yang ideal dan seimbang untuk dicerna dan diserap secara optimal oleh bayi. ASI saja sudah cukup untuk menjaga pertumbuhan sampai umur 4-6 bulan. Tidak ada makanan lain yang dibutuhkan selama itu.

ASI steril berbeda dengan susu yang lain, susu formula atau cairan lain disiapkan dengan air atau bahan - bahan yang terkontaminasi dalam botol

yang kotor. Pemberian ASI saja tanpa cairan atau makanan lain dan tanpa menggunakan botol, menghindarkan anak dari bahaya bakteri dan organisme lain yang akan menyebabkan diare, keadaan ini disebut disusui penuh.

ASI mempunyai khasiat preventif secara imunologik dengan adanya antibodi dan zat-zat lain yang dikandungnya. ASI turut memberikan perlindungan terhadap diare. Pada bayi yang baru lahir, pemberian ASI secara penuh mempunyai daya lindung 4 kali lebih besar terhadap diare daripada pemberian ASI yang disertai dengan susu botol. Flora usus pada bayi-bayi yang disusui mencegah tumbuhnya bakteri penyebab diare.

Pada bayi yang tidak diberi ASI secara penuh pada 6 bulan pertama kehidupan, resiko mendapat diare adalah 30 kali lebih besar. Pemberian susu formula merupakan cara lain dari menyusui. Penggunaan botol susu formula, biasanya mengakibatkan resiko tinggi terkena diare sehingga mengakibatkan terjadinya gizi buruk. b) Makanan Pendamping ASI

Pemberian makanan pendamping ASI adalah saat bayi secara bertahap mulai di biasakan dengan makanan orang dewasa. Pada masa tersebut merupakan masa yang berbahaya bagi bayi sebab perilaku pemberian makanan pendamping ASI dapat menyebabkan meningkatnya resiko terjadinya diare ataupun penyakit lain yang menyebabkan kematian. Perilaku pemberian makanan pendamping ASI yang baik meliputi perhatian terhadap kapan, apa dan bagaimana pendamping ASI di berikan c) Menggunakan air

bersih yang cukup.

Sebagian besar kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui jalur fecal oral. Mereka dapat ditularkan dengan memasukkan ke dalam mulut cairan atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya air minum, jari-jari tangan, makanan yang disiapkan dalam panci yang di cuci dengan air tercemar.

Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air yang benar-benar bersih mempunyai resiko menderita diare lebih kecil di banding dengan masyarakat tidak mendapatkan air bersih. Hal-hal yang harus diperhatikan oleh keluarga adalah:

1. Ambil air dari sumber yang bersih
  2. Ambil dan simpan air dalam tempat yang bersih dan tertutup serta gunakan gayung khusus untuk mengambil air
  3. Pelihara atau jaga sumber air dari pencemaran oleh binatang dan untuk mandi anak-anak
  4. Gunakan air yang direbus
  5. Cuci semua peralatan masak dan makan dengan air yang bersih dan cukup
- d) Menquci tangan

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan.

Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air. sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare.

e) Menggunakan jamban

Upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam menurunkan angka kejadian diare, untuk itu yang perlu di perhatikan oleh keluarga adalah:

1. Keluarga harus mempunyai jamban yang berfungsi baik dan dapat dipakai oleh seluruh anggota keluarga
2. Bersihkan jamban secara teratur
3. Bila tidak ada jamban, jangan biarkan anak-anak pergi ke tempat buang air besar sendiri, buang air besar hendaknya jauh dari rumah, jalan setapak dan tempat anak-anak bermain serta kurang lebih 10 meter dari sumber air, hindari buang air besar tanpa alas kaki.

f) membuang tinja bayi yang benar

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh keluarga dalam pembuangan tinja :  
kumpulkan segera tinja bayi atau anak kecil dan buang ke jamban

1. Bantu anak-anak buang air besar di tempat yang bersih dan mudah dijangkau olehnya
2. Bila tidak ada jamban, pilih tempat untuk membuang tinja anak seperti di dalam lubang atau di kebun kemudian ditimbun.

3. Bersihkan dengan benar setelah buang air besar dan cuci tangannya dengan sabun

g) Pemberian imunisasi Campak

Djare sennng tirbul menyertai campak, sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare. Oleh karena itu beri anak imunisasj campak segera setelah berumur 9 bulan.

h) Pemberian Oralit

Meminum oralit untuk mencegah terjadinya kekurangan cairan tubuh sebagai akibat diare, merupakan salah satu cara mencegah dehidrasi pada penderita.

Oralit yang di anjurkan oleh WHO adalah Formula oralit ukuran 200 ml yaitu;

- NaCl (garam biasa)	0,7 gram
- Trisodium sitrat hidrat	0,6 gram
- Kalium klorida	0,3 gram
- Glukosa (anhidrat)	4,0 gram

Kalau oralit tidak ada dapat dibuat larutan gula garam yang terdiri dari gula pasir dan garam dapur. Bila tidak berhenti juga dalam sehari atau penderita lemas maka segera di bawa ke Puskesmas.( Depkes ,2002) 5.

*Komplikasi*

Djare dapat berakibat kehilangan cairan dan elektrolit secara

mendadak selain itu dapat juga terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut:

1. Dehidrasi( ringan sedang, berat, isotonik atau hipertonik)
2. Renjatan hipovolemik
3. Hipokalemia
4. Hipogklemia
5. Kejang
6. Mainutrisi energi protein.( Hassan Rusepno,2002)

## **B. Tinjauan Umum Tentang Perilaku**

### **1. Pengertian**

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri, yang meliputi apa yang dikerjakan oleh organisme baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati secara langsung (Notoatmodjo,2003)

Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati atau dipelajari. Di dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku oleh beberapa faktor dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor intern mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengelola rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, kebudayaan dan sebagainya.

Perilaku itu di bentuk meialui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dan lingkungannya.(Notoatmodjo,1996)

## **2. Bentuk Perilaku**

Secara operasional perilaku dapat diartikan sebagai suatu respon seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari subjek tertentu.

Respon yang timbul dapat dibedakan dalam dua macam, yaitu:

- a. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berfikir, tanggapan (sikap batin) dan pengetahuan. Pengetahuan dan sikap merupakan perilaku yang terselubung ( covert behavior)
- b. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata (over behavior)

## **C. Domain perilaku**

### **a. Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Dengan demikian, pengertian pengetahuan disini adalah apa yang telah diketahui oleh setiap

individu setelah melihat, mengalami sejak lahir sampai dewasa (Notoatmojo, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Mengukur pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan 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 tersebut di atas.

Lebih jauh lagi dalam domain kognitif mempunyai tingkatan yaitu :

1) Knowledge (Pengetahuan)

Seseorang jika hanya menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajari, misalnya istilah-istilah saja.

2) Comprehensive (Memahami)

Seseorang pada tingkat pengetahuan dasar, ia merenungkan kembali secara mendasar ilmu yang telah dipelajarinya.

3) Application (Aplikasi)

Seseorang telah ada kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajarinya dari satu situasi ke situasi lain.

4) Analysis (Analisa)

Seseorang telah mampu untuk menerangkan bagian-bagian yang menyusun bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisis hubungan satu dengan yang lainnya.

5) Synthesis (Sintesis)

Seseorang mampu untuk menyusun kembali pengetahuan yang diperolehnya kepada bentuk semula maupun kebentuk lain.

6) Evaluation (Evaluasi)

Seseorang telah mampu melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling tinggi.

**b. Sikap.**

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap secara nyata menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmojo,1993)

Newcomb, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesiediaan untuk bertindak, dan bukan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi adalah predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu merupakan suatu reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek.

"*Affective Domain*" terdiri dari lima angkatan yaitu :

1. Receiving dapat diartikan bahwa orang (subyek) telah mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
2. Responding, berarti bahwa rangsangan telah mampu merubah seseorang untuk memberi perhatian dan ikut serta.
3. Valuing, ditandai dengan sadarnya seseorang akan adanya nilai baru dalam masyarakat tetapi nilai itu belum merupakan nilai khas bagi masyarakat bersangkutan.
4. Organization, berupa kemampuan seseorang menyadari bahwa nilai yang baru itu telah terorganisasi dan menjadi milik masyarakat.
5. Characterization, by a value complex, dimana masyarakat telah memiliki nilai khusus dan khas bagi mereka.

Allport (1995) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok yakni:

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

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

Secara umum sikap dapat dirumuskan sebagai kecendrungan untuk merespon (secara positif maupun negatif) terhadap orang, obyek atau

situasi tertentu. Sikap mengandung suatu penilaian emosional / efektif (senang, benci, sedih, dan sebagainya) disamping komponen kognitif (pengetahuan tentang obyek ini) serta aspek kognitif (kecenderungan bertindak), sedangkan pengetahuan lebih bersifat pengenalan sesuatu benda/hal secara obyektif. Selain bersifat positif atau negatif, sikap juga memiliki tingkatan kedalaman yang berbeda-beda.

Bila perubahan sikap terjadi dapatlah diharapkan terjadinya perubahan perilaku atau perubahan sikap merupakan predisposisi perubahan perilaku. Jadi dengan perubahan sikap dan perubahan perilaku merupakan dasar terjadinya peran serta masyarakat, dan peran serta masyarakat ini merupakan modal utama guna mendukung keberhasilan upaya peningkatan kesehatan.

*Rpbert Kwick (1974)* mengatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan dipelajari.

Skinner (1938) seorang ahli perilaku, mengatakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang stimulasi dan respon (Notoatmojo 2003).

Benyamin Bloom (1908), membagi perilaku atas pertimbangan kepentingan tujuan pendidikan menjadi tiga domain, yaitu pengetahuan (knowledge), sikap (attitude) dan praktek atau tindakan (practice).

Lawrence Green mencoba menganalisa perilaku manusia berangkat

dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor dari luar perilaku (non behavior causes).

Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu faktor predisposisi (predisposing factors), faktor pendukung (enabling factors) dan faktor pendorong (reinforcing factors). Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat bersangkutan (Notoatmojo 2003).

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh fungsi dari pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan sumber-sumber atau fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat (Notoatmojo,2003)

### **c. Tindakan**

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Agar sikap dapat terwujud dalam suatu tindakan/perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas.

Adapun tingkatan-tingkatan praktek/tindakan adalah sebagai berikut (Notoatmodjo,2003)

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

c. Mekanisme (*mechanism*)

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

d. Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

#### **D. Perilaku Pencarian Pengobatan**

Masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya,

namun bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, baru akan timbul berbagai perilaku dan usaha.

Ada 6 (enam) perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (Notoatmodjo, 1993), yaitu:

1. Tidak bertindak apa-apa (no action). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya.
2. Bertindak mengobati sendiri (*self treatment*), alasannya karena orang tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman-pengalaman yang lalu usaha-usaha pengobatan sendiri sudah mendatangkan kesembuhan, sehingga pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.
3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*tradisional remedy*). Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya dari gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatanpun lebih berorientasi kepada sosial budaya masyarakat dari pada hal-hal yang dianggapnya masih asing.
4. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang obat.

5. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan moderen yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam Balai Pengobatan, Puskesmas dan Rumah Sakit.
6. Mencari pengobatannya ke fasilitas pengobatannya moderen yang diselenggarakan oleh dokter praktek swasta.

Dari uraian tersebut di atas tampak jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit adalah berbeda dengan konsep sehat-sakit dari pelayanan kesehatan. Demikian juga persepsi sehat sakit antara kelompok-kelompok masyarakatpun akan berbeda-beda pula. Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan.

- a. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan

Apabila individu bertindak untuk mengobati penyakitnya, ada empat variabel yang terlibat di dalam tindakan tersebut yaitu:

1. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*sucebtibie*) terhadap penyakit tersebut. Dengan perkataan lain suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang

telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

2. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu.

3. Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*)

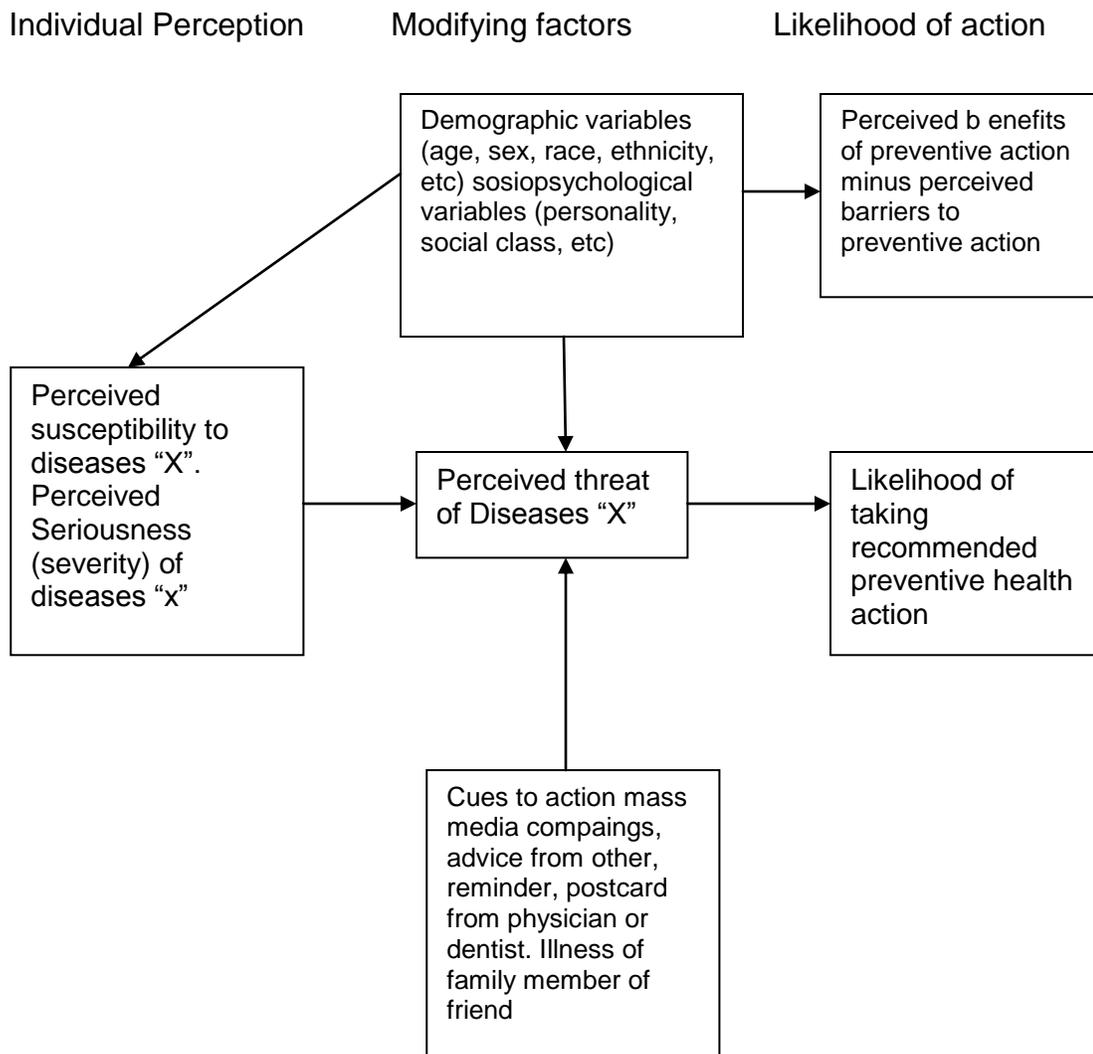
Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan dari pada rintangan yang mungkin ditemukan didalam melakukan tindakan tersebut.

4. Isyarat atau tanda-tanda (*cues*)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan bertindak, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit dan

sebagainya. Model kepercayaan kesehatan ini diilustrasikan seperti bagan 1, dibawah ini.

Bagan 1. Health Belief Model



(Sumber: Rosentock, The Health Belief Model And Personal Health Behavior Dalam Woliantara, Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Kusta Menggunakan Health Belief Model)