



UNIVERSITAS INDONESIA

EFEKTIFITAS AUDIOVISUAL SEBAGAI MEDIA PENYULUHAN
KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN
SIKAP IBU DALAM TATALAKSANA BALITA DENGAN DIARE
DI DUA RUMAH SAKIT KOTA MALANG

TESIS

RINIK EKO KAPTI
0806446813

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK JULI 2010



UNIVERSITAS INDONESIA

EFEKTIFITAS AUDIOVISUAL SEBAGAI MEDIA PENYULUHAN
KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN
SIKAP IBU DALAM TATALAKSANA BALITA DENGAN DIARE
DI DUA RUMAH SAKIT KOTA MALANG

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

RINIK EKO KAPTI
0806446813

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK JULI 2010

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Nama : Rinik Eko Kapti
NPM : 0806446183

Tanda Tangan:
Tanggal : 13 Juli 2010

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rinik Eko Kapti
NPM : 0806446813
Program : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua rumah sakit kota Malang

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada tanggal : 13 Juli 2010
Yang menyatakan

(Rinik Eko Kapti)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Rinik Eko Kapti

NPM : 0806446183

Program : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua rumah sakit kota Malang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Yeni Rustina, S.Kp.,M.App.Sc.,PhD (.....)

Pembimbing : Ns. Widyatuti, M.Kes.,Sp.Kom. (.....)

Penguji : Dessie Wanda S.Kp. MN. (.....)

Penguji : Allenidekania S.Kp. M.Sc. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2010

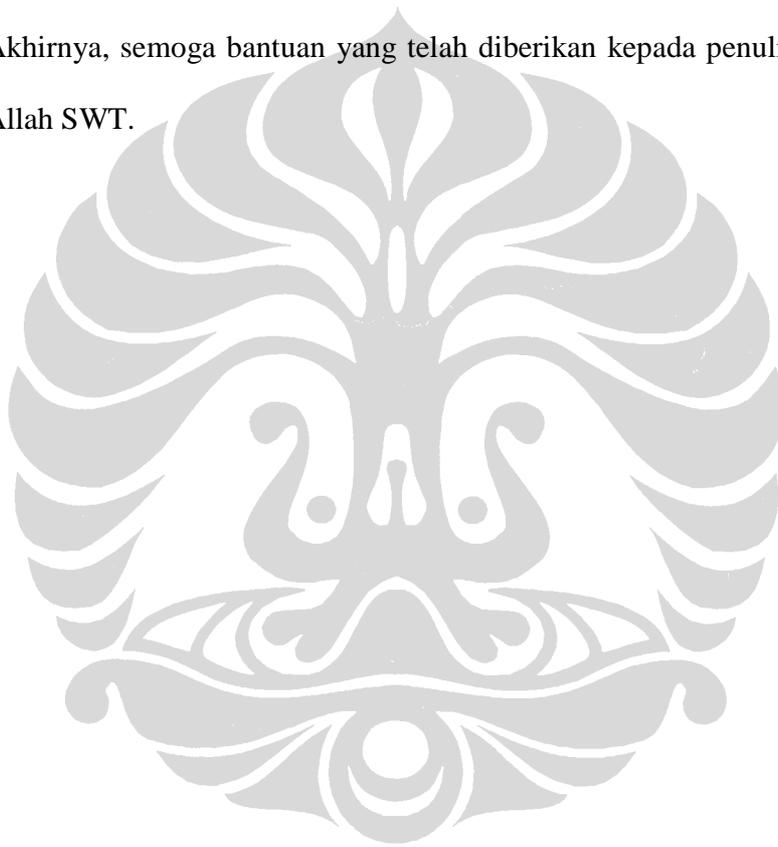
Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Allah SWT. yang telah memberi karunia dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua rumah sakit kota Malang”. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak di Universitas Indonesia. Penyusunan tesis ini banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat ;

1. Dewi Irawaty, PhD sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator mata ajaran Tesis.
3. Yeni Rustina, S.Kp.,M.App.Sc.,PhD sebagai Pembimbing I yang telah membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi saya untuk menyelesaikan tesis.
4. Ns. Widyatuti, M.Kes.,Sp.Kom. sebagai Pembimbing II yang telah membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi saya untuk menyelesaikan tesis.
5. Suami tercinta Sigit Witono, yang selalu memberikan do'a, dukungan, dan pengorbanan guna terselesaikannya tesis ini.
6. Keluarga besar yang telah memberi motivasi, dukungan, dan kesempatan pada saya untuk meningkatkan pendidikan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia.

7. Teman-teman seperjuangan di Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak angkatan 2008 yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
8. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung saya menyelesaikan tesis, semoga Allah membalas dengan kebaikan yang berlimpah.

Akhirnya, semoga bantuan yang telah diberikan kepada penulis, mendapat balasan dari Allah SWT.



Depok, Juli 2010

Peneliti

Universitas Indonesia

**PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2010
Rinik Eko Kapti

Efektifitas Audiovisual Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Penatalaksanaan Balita Dengan Diare Di Dua Rumah Sakit Kota Malang

x + 90 hal+ 15 tabel+ 3 skema+ 12 lampiran

Abstrak

Pengetahuan dan sikap ibu akan membantu penyembuhan balita diare. Media audiovisual merupakan media penyuluhan yang menarik dan merangsang lebih banyak indera. Tujuan penelitian ini adalah teridentifikasi efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap ibu. Desain penelitian yang digunakan adalah *quasi-experimental design* dengan jumlah sampel 60 orang. Pengambilan sampel melalui *non probability sampling* dan pengumpulan data menggunakan kuesioner yang dianalisis dengan *independent t test*. Peningkatan pengetahuan dan sikap setelah penyuluhan antara kontrol dan intervensi terdapat perbedaan yang bermakna (pengetahuan: $p=0,01; \alpha=0.05$; sikap: $p=0,036; \alpha=0.05$). Peneliti merekomendasikan penggunaan media audiovisual dalam kegiatan penyuluhan dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu.

Kata kunci: media audiovisual, pengetahuan, sikap
Daftar Pustaka: 61 (1996 - 2010)

POST GRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING
INDONESIA UNIVERSITY

Thesis, Juli 2010
Rinik Eko Kapti

The Effectivity Of Audiovisual As A Mean For Health Teaching In Changing Mother's Knowledge And Attitude Toward Care For Children With Diarrhea In Two Hospitals In Malang

x + 90 pages + 15 tables + 3 schemes + 12 attachments

Abstract

Mother's knowledge and attitude will likely assist the healing of children suffering from diarrhea. The aim of this research was to identify the effectivity of audiovisual as a mean for health teaching in changing mother's knowledge and attitude. The design for this research was quasi experimental with 60 respondents. The sample was chosen with non probability sampling, specifically consecutive sampling. Questionnaire was given all respondents and then analyzed with independent t test. There were significant difference in knowledge and attitude improvement between control and intervention groups after the health teaching (knowledge; $p=0,01; \alpha=0.05$; attitude: $p=0,036; \alpha=0.05$). This research recommended the use of audiovisual as a means for health teaching in order to increase mother's knowledge and attitude in health.

Key word : audiovisual media, knowledge, attitude

References : 61 (1996 - 2010)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Diare.....	10
2.2 Hospitalisasi dan Family Centered Care.....	22
2.3 Pengetahuan dan Sikap.....	28
2.4 Pendidikan Kesehatan.....	33
2.5 Kerangka Teori.....	39
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN.....	40
3.1 Kerangka Konsep.....	40

3.2 Hipotesis	41
3.3 Definisi Operasional	42
BAB IV METODE PENELITIAN	46
4.1 Rancangan Penelitian.....	46
4.2 Populasi dan Sampel.....	47
4.3 Tempat Penelitian	49
4.4 Waktu Penelitian.....	50
4.5 Etika Penelitian	50
4.6 Instrumen Penelitian	51
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	54
4.8 Pengolahan Data dan Analisis Data.....	56
BAB V HASIL PENELITIAN	59
5.1 Analisis Univariat	59
5.2 Analisis Bivariat	64
BAB VI PEMBAHASAN.....	72
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	72
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	85
6.3 Implikasi Hasil Penelitian Dalam Pelayanan Kesehatan.....	86
BAB VII PENUTUP	88
7.1 Kesimpulan.....	88
7.2 Saran.....	88

DAFTAR KEPUSTAKAAN

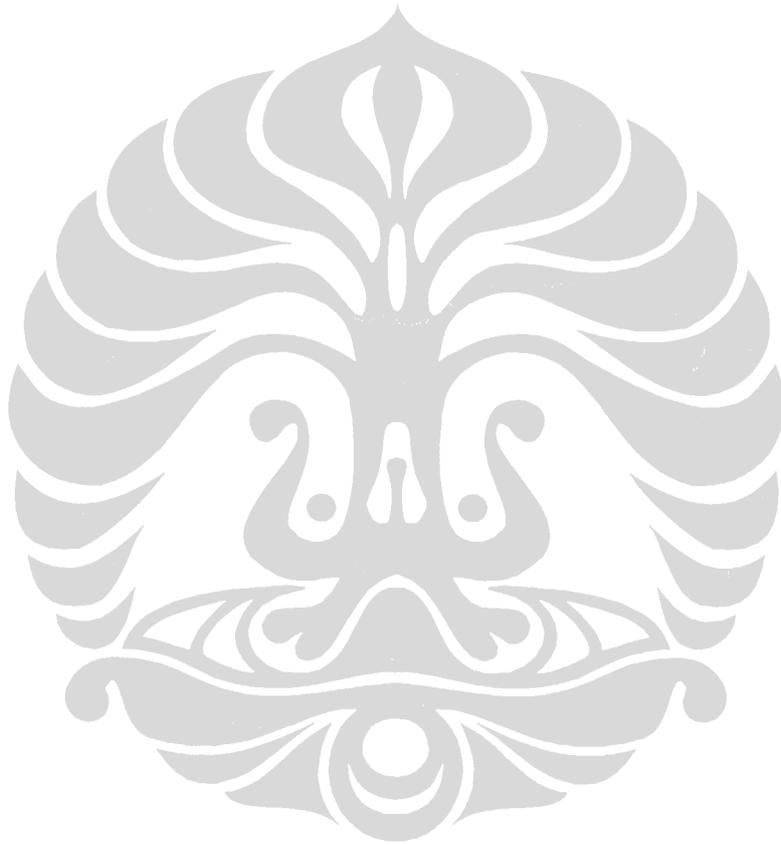
LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 2 : Surat Ijin Uji Instrumen Penelitian dan Penelitian
- Lampiran 3 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan
- Lampiran 5 : Kuesioner I, II, III
- Lampiran 6 : Validitas dan Realibilitas
- Lampiran 7 : Kuesioner II, III Valid dan Reliabel
- Lampiran 8 : Pedoman Intervensi Penyuluhan Kesehatan
- Lampiran 9 : Isi Media Audiovisual
- Lampiran 10 : Leaflet
- Lampiran 11 : Lembar Observasi Pelaksanaan Penyuluhan
- Lampiran 12 : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	40
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	42
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	47



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Derajat Dehidrasi Berdasarkan Gejala Klinis.....	14
Tabel 2.2 Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif.....	29
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	43
Tabel 4.1 Analisis Variabel Dependen.....	59
Tabel 4.2 Analisis Variabel Independen dan Dependen	59
Tabel 4.3 Uji Homogenitas.....	60
Tabel 5.1 Distribusi Usia Ibu dengan Balita Diare di Kota Malang Bulan Mei- Juni 2010.....	61
Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Pendapatan, Pendidikan, Pengalaman Dan Informasi Ibu di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	62
Tabel 5.3 Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksanaan Balita Dengan Diare Pada Kelompok Kontrol di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	64
Tabel 5.4 Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksanaan Balita Dengan Diare Pada Kelompok Perlakuan di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010...	65
Tabel 5.5 Uji Homogenitas Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan Sebelum Diberikan Intervensi di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	67
Tabel 5.6 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut Pre Test Dan Post Test Kelompok Kontrol Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	67
Tabel 5.7 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut Pre Test Dan Post Test Kelompok Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	70
Tabel 5.8 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	71
Tabel 5.9 Distribusi Perbedaan Pengetahuan Dan Sikap Responden Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol Dan Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	72

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Derajat Dehidrasi Berdasarkan Gejala Klinis.....	14
Tabel 2.2 Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif.....	29
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	43
Tabel 4.1 Analisis Variabel Dependen.....	59
Tabel 4.2 Analisis Variabel Independen dan Dependen	59
Tabel 4.3 Uji Homogenitas.....	60
Tabel 5.1 Distribusi Usia Ibu dengan Balita Diare di Kota Malang Bulan Mei- Juni 2010.....	61
Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Pendapatan, Pendidikan, Pengalaman Dan Informasi Ibu di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	62
Tabel 5.3 Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksanaan Balita Dengan Diare Pada Kelompok Kontrol di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	64
Tabel 5.4 Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksanaan Balita Dengan Diare Pada Kelompok Perlakuan di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010...	65
Tabel 5.5 Uji Homogenitas Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan Sebelum Diberikan Intervensi di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	67
Tabel 5.6 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut Pre Test Dan Post Test Kelompok Kontrol Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	67
Tabel 5.7 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut Pre Test Dan Post Test Kelompok Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	70
Tabel 5.8 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	71
Tabel 5.9 Distribusi Perbedaan Pengetahuan Dan Sikap Responden Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol Dan Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010.....	72

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit diare didefinisikan sebagai buang air besar dengan frekuensi yang meningkat, konsistensi tinja menjadi lebih lembek atau cair dan peningkatan jumlah tinja (James & Ashwill, 2007). Gejala yang muncul pada penyakit diare antara lain adalah terjadi peningkatan buang air besar (BAB), muntah sebelum atau sesudah diare dan ketidaknyamanan pada perut. Penyakit diare sering terjadi pada bayi dan balita, hal ini karena secara fisiologis sistem pencernaan pada balita belum cukup matur (organ-organnya belum matang), sehingga rentan terkena penyakit. Penyakit diare dapat disebabkan oleh virus, bakteri, amoeba atau parasit yang masuk ke dalam tubuh melalui makanan dan juga malabsorpsi serta alergi zat makanan tertentu (Mansjoer, *et al.* 2000).

Di dunia, penyakit diare masih menempati peringkat kedua penyebab kematian pada anak di bawah lima tahun. Empat puluh persen kematian anak di dunia pada tiap tahun disebabkan oleh penyakit pneumonia dan diare. Hampir satu dari lima kematian anak disebabkan oleh diare, kerugian yang dialami sekitar 1,5 juta jiwa setiap tahun (Unicef & WHO, 2009). Secara umum kematian akibat diare pada anak di dunia mencapai 4.110 kematian per hari, 3 kematian per menit, dan 1 kematian setiap 20 detik.

Di Indonesia, berdasarkan laporan kesehatan Unicef dan WHO (2009), pada tahun 2008 angka *mortality rate* untuk diare pada anak-anak di bawah usia lima tahun mencapai 41 per 1.000 kelahiran hidup dan jumlah kematiannya mencapai angka 173 per 1000 penduduk. Menurut Depkes, di Indonesia setiap anak mengalami diare rata-rata 1 sampai 2 kali setahun (Wahyudi, 2009), sedangkan di Jawa Timur berdasarkan hasil survey morbiditas diare, pengetahuan, sikap dan perilaku yang dilaksanakan oleh DepKes RI pada tahun 2000 ditemukan angka kesakitan diare untuk semua umur di Jawa Timur adalah 283 per 1.000 penduduk, sedangkan episode penyakit diare pada

balita 1,3 kali per tahun. Di Jawa Timur data penyakit diare berdasarkan laporan yang direkam oleh sarana pelayanan kesehatan pemerintah termasuk dalam 10 besar penyakit yang ada (Unik, dkk. 2005).

Pemberantasan penyakit diare di Indonesia dimulai sejak tahun 1981, pada tahun tersebut pemerintah mengembangkan Program Pemberantasan Penyakit Diare (P4D) di seluruh Puskesmas dan dikembangkan upaya rehidrasi oral dengan menggunakan oralit (sesuai dengan anjuran WHO tahun 1973) dan cairan rumah tangga sebagai pertolongan pertama. Sedangkan pada tahun 2000-2001, upaya menurunkan kematian, angka kesakitan yang masih tinggi, dan juga mengatasi KLB adalah dengan tatalaksana diare yang tepat dan cepat. Upaya ini dilakukan dengan mengadakan pelatihan petugas terintegrasi dengan pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), serta pengamatan tatalaksana diare di Puskesmas. Upaya lain adalah mengadakan kajian epidemiologi KLB Diare (Direktorat Jenderal PP & PL, 2007).

Program-program tersebut sepertinya belum dapat memberikan hasil yang memuaskan. Hal tersebut ditunjukkan dengan penggunaan oralit yang masih kurang di masyarakat kita. Menurut Darmansyah (2001), banyak dokter dan pasien tidak mau untuk memakai obat sederhana ini. Hal tersebut disebabkan karena oralit tidak langsung dirasakan manfaatnya untuk menghentikan diare dan bahkan dapat menginduksi muntah jika diberikan dengan cara yang tidak benar. Keengganan masyarakat untuk menggunakan oralit ditunjukkan juga oleh hasil SDKI 2007 menyebutkan bahwa hanya satu dari tiga (35%) anak yang menderita diare diberi oralit. Sedangkan untuk penerapan pendekatan MTBS dalam upaya mengatasi penyakit diare sampai sekarang juga belum berjalan dan memberikan hasil yang memuaskan. Penerapan MTBS di Indonesia sudah dimulai sejak 1997, namun penerapannya di lapangan masih sangat kurang. Sebagai contoh pelaksanaan MTBS di kota Medan, dari 39 Puskesmas yang ada di Kota Medan baru 11 Puskesmas yang sudah melaksanakan MTBS, itupun penerapannya masih sangat kurang (Triadi, 2007). Kurang optimalnya pelaksanaan program-program tersebut merupakan

salah satu penyebab masih tingginya angka kematian dan kesakitan penyakit diare di Indonesia.

Penyakit diare pada bayi dan anak balita (bawah lima tahun) bisa sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kematian. Kematian diakibatkan oleh kekurangan cairan yang banyak keluar bersama tinja. Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (2008), dehidrasi karena diare merupakan penyebab utama kematian pada bayi dan anak dan kondisi ini dapat diatasi dengan rehidrasi oral. Rehidrasi oral telah direkomendasikan untuk mengatasi diare. Rehidrasi oral yang tersedia dapat berupa paket oralit (garam rehidrasi oral), larutan gula garam dan minum lebih banyak. Pemberian rehidrasi oral dapat dilakukan sebagai salah satu penatalaksanaan, sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi yaitu dehidrasi dan gangguan gizi akibat diare serta akan mempercepat penyembuhan (USAID, UNICEF & WHO, 2005). Penatalaksanaan lain yang juga dapat dilakukan untuk menghindari komplikasi adalah tetap memberikan makanan yang dianjurkan dengan porsi seperti biasa (SDKI, 2008).

Penatalaksanaan penyakit diare di rumah oleh orangtua sepertinya belum optimal, hal ini ditunjukkan dengan masih besarnya jumlah pasien diare yang datang kerumah sakit dengan dehidrasi sedang dan berat. Data dari RSUD Dr. Soetomo pada tahun 1996 didapatkan 871 penderita diare yang dengan dehidrasi ringan 5%, dehidrasi sedang 71%, dan dehidrasi berat 23%. Tahun 2000 terdapat 1160 penderita diare yang dirawat dengan 227 (19,56%) penderita yang meninggal karena dehidrasi (Agustina, 2008).

Orangtua akan dapat memberikan penatalaksanaan yang tepat jika dibekali dengan pengetahuan dan mempunyai sikap yang baik. Hasil penelitian yang dilakukan di Indonesia tahun 2005 menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan orangtua terhadap tanda dehidrasi dengan penggunaan *oral rehydration solution* (ORS) sebagai penatalaksanaan di rumah (MacDonald, 2007). Penelitian lain telah dilakukan dengan judul

hubungan pengetahuan ibu tentang penanganan diare pada anak di rumah dengan derajat dehidrasi pada anak diare, memberikan hasil ada hubungan yang sangat kuat antara pengetahuan ibu dengan derajat dehidrasi yang terjadi pada anak (Grahacendekia, 2009). Hal yang sama juga disampaikan oleh Jumain (2008) dalam penelitiannya tentang pengetahuan dan sikap ibu tentang penyakit diare terhadap tingkat dehidrasi diare pada balita, dengan hasil pengetahuan dan sikap ibu akan menentukan tingkat dehidrasi pada anak usia dibawah lima tahun.

Orangtua dalam hal ini ibu, memiliki peran yang besar dalam upaya peningkatan kesehatan anak. Usaha dalam penanggulangan diare yang terpenting adalah alih ilmu dan teknologi tentang diare dari tenaga kesehatan kepada ibu (masyarakat/keluarga). Usaha ini penting karena dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan masyarakat dalam menghadapi diare, banyak anak yang akan terselamatkan (Sitorus, 2008). Keterlibatan ibu dalam perawatan anak diare dapat terfasilitasi dengan pendekatan *family centered care*. Pendekatan *family centered care* memiliki komponen penting yaitu *enabling* dan *empowerment*. *Enabling* merujuk pada penyediaan kesempatan pada keluarga untuk menunjukkan kemampuannya selama belajar dan menemukan ketrampilan baru. *Empowerment* merujuk pada kemampuan tim kesehatan untuk memberdayakan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan kepada anaknya (Hockenberry & Wilson, 2007). *Enabling* dan *empowerment* dapat dilakukan dengan memberikan kesempatan belajar, memperoleh informasi, dan memberi kesempatan untuk merawat anak dengan diare.

Usaha pemberian kesempatan belajar dan memperoleh informasi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap dapat dilakukan oleh perawat dengan melakukan penyuluhan kesehatan tentang diare. Hal ini sesuai dengan Undang Undang Republik Indonesia nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan yang menyebutkan bahwa penyuluhan kesehatan masyarakat diselenggarakan guna meningkatkan pengetahuan,

kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan. Pemberian penyuluhan dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan sikap yang berhubungan dengan diare dapat dilakukan lingkungan rumah sakit, Puskesmas, dan Posyandu.

Penelitian tentang pengetahuan, sikap dan penatalaksanaan diare oleh ibu telah dilakukan dan memberikan hasil bahwa persentase tingkat pengetahuan diare yang termasuk cukup dan kurang masih tinggi, yaitu 44,72% dan 27,62%, sedangkan persentase penatalaksanaan di rumah yang termasuk kategori kurang masih mencapai angka 40,65% (Santoso, 1996). Pengetahuan ibu tentang perawatan diare pada balita memberikan hasil bahwa sebagian besar responden (69,3%) memiliki pengetahuan rendah (Handayani, 2008). Penelitian yang terkait dengan sikap ibu menyatakan bahwa persentase sikap ibu yang tidak mendukung masih tinggi yaitu 56,70% (Nurrokhim, 2009). Berdasarkan hasil penelitian diatas dan menurut Upik, dkk. (2005), menunjukkan bahwa upaya merubah sikap dan meningkatkan pengetahuan di masyarakat memang telah dilakukan selama lebih kurang 25 tahun ini dan menghasilkan perubahan sikap dan pengetahuan, namun hasilnya masih belum optimal.

Keberhasilan penyuluhan kesehatan pada masyarakat tergantung kepada komponen pembelajaran. Media penyuluhan kesehatan merupakan salah satu komponen dari proses pembelajaran yang akan mendukung komponen-komponen yang lain. Media diartikan sebagai segala bentuk atau saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan informasi (Sadiman, dkk. 2008). Media penyuluhan sebenarnya tidak hanya berfungsi sebagai pelengkap yaitu membantu pemberi informasi untuk pengingat, namun media mempunyai fungsi atensi yaitu memiliki kekuatan untuk menarik perhatian. Media yang menarik akan memberikan keyakinan, sehingga perubahan kognitif afeksi dan psikomotor dapat dipercepat (Setiawati & Dermawan, 2008).

Pengelompokan media berdasarkan perkembangan teknologi dibagi menjadi media cetak, audiovisual dan komputer. Audiovisual merupakan salah satu

media yang menyajikan informasi atau pesan secara audio dan visual (Setiawati dan Dermawan, 2008). Audiovisual memberikan kontribusi yang sangat besar dalam perubahan perilaku masyarakat, terutama dalam aspek informasi dan persuasi. Media audiovisual memiliki dua elemen yang masing-masing mempunyai kekuatan yang akan bersinergi menjadi kekuatan yang besar. Media ini memberikan stimulus pada pendengaran dan penglihatan, sehingga hasil yang diperoleh lebih maksimal. Hasil tersebut dapat tercapai karena pancaindera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% sampai 87%); sedangkan 13% sampai 25% pengetahuan diperoleh atau disalurkan melalui indera yang lain (Maulana, 2009).

Media audiovisual mempunyai kelebihan antara lain bisa memberikan gambaran yang lebih nyata serta meningkatkan retensi memori karena lebih menarik dan mudah diingat (Sadiman, *et al.* 2009). Kehadiran dan perkembangan media audiovisual ini tidak bisa dihindari mengingat kelebihan dan daya tariknya yang luar biasa pada media ini, seperti contohnya televisi yang mempunyai peran besar dalam mempengaruhi masyarakat. Kelebihan-kelebihan media audiovisual tersebut diharapkan mampu menumbuhkan ketertarikan dan minat dalam mengikuti penyuluhan sehingga tujuan dalam penyuluhan dapat tercapai. Menurut Bandura dan Walter (dalam Notoatmodjo, 2007), pengetahuan atau tingkah laku model yang terdapat dalam media audiovisual akan merangsang peserta untuk meniru atau menghambat tingkah laku yang tidak sesuai dengan tingkah laku yang ada di media.

Hasil studi pendahuluan dengan mewawancari perawat di salah satu rumah sakit pendidikan dan puskesmas di kota Malang, didapatkan hasil bahwa penyuluhan kesehatan yang sering dilakukan baik untuk penyakit diare maupun penyakit yang lain adalah penyuluhan individu; sedangkan untuk penyuluhan kelompok tetap dilakukan namun intensitasnya lebih jarang. Jenis media yang saat ini tersedia dan digunakan masih sangat terbatas yaitu *leaflet* dan lembar balik, namun jika fasilitas mendukung seperti tempat penyuluhan,

LCD dan laptop kadang-kadang menggunakan *slide powerpoint*. Dari hasil wawancara tersebut juga diketahui bahwa belum ada media pendidikan yang berupa media audiovisual yang berisi tentang penatalaksanaan penyakit diare.

1.2 Rumusan Masalah

Diare merupakan pembunuh bayi dan balita nomor dua di Indonesia. Penatalaksanaan yang tepat merupakan hal penting untuk mencegah anak mengalami kondisi yang buruk dan kematian. Penatalaksanaan yang tepat akan dapat tercapai dengan memberi bekal pengetahuan yang memadai dan memiliki sikap yang mendukung penatalaksanaan diare, namun pengetahuan dan sikap orang tua tentang diare dan perawatan masih kurang. Salah satu cara meningkatkan pengetahuan dan sikap tersebut dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan kesehatan menggunakan media yang lebih menarik yaitu media audiovisual. Dengan media audiovisual ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana anak diare sehingga anak tidak jatuh dalam kondisi yang buruk atau bahkan meninggal. Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti ingin mengetahui sejauh mana efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Diidentifikasi efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare.

1.3.2 Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- a. Karakteristik responden (usia, pendidikan, pekerjaan, pengalaman dan informasi)
- b. Pengetahuan dan sikap ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare sebelum dan sesudah penyuluhan dengan media audiovisual

- c. Pengetahuan dan sikap ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol
- d. Peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi pelayanan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan dan bahan pertimbangan bagi perawat, tim medis dan tenaga kesehatan lain di rumah sakit dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu tentang penatalaksanaan balita dengan diare melalui penggunaan media pendidikan kesehatan yang berupa media audiovisual dalam kegiatan penyuluhan kesehatan.

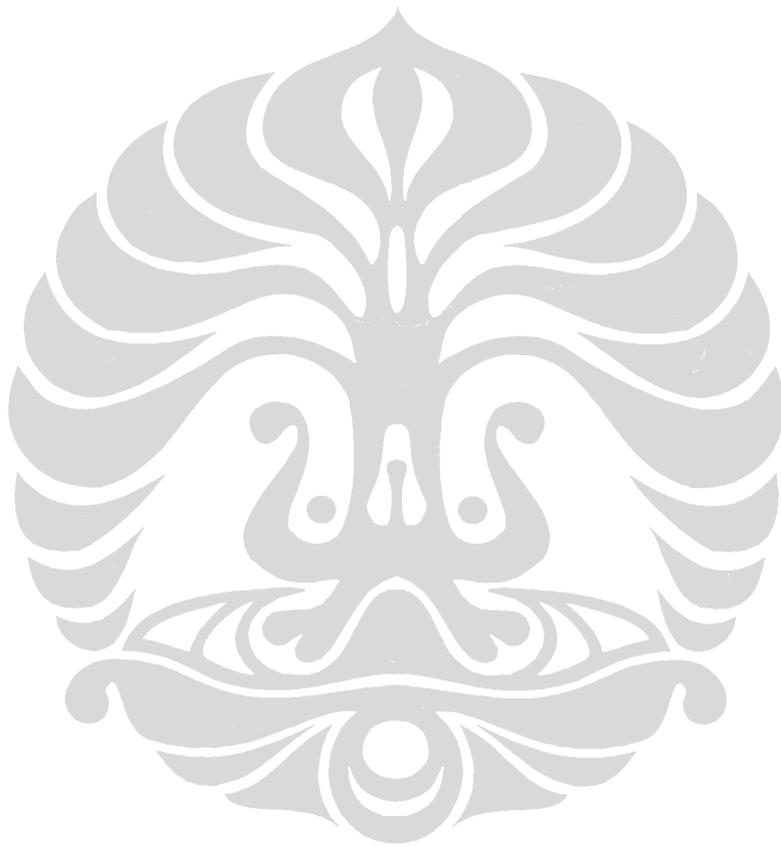
1.4.2 Bagi pendidikan

- a. Memberikan gambaran tentang keefektifan audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare.
- b. Hasil penelitian ini diharap dapat menjadi dasar untuk pengembangan intervensi pada pendidikan kesehatan khususnya media pendidikan kesehatan mengenai penatalaksanaan balita dengan diare.
- c. Proses belajar yang dijalani oleh peneliti selama proses penelitian diharapkan dapat menambah pengalaman dan pengetahuan bagi peneliti khususnya untuk meningkatkan kemampuan dalam merawat anak dengan diare.

1.4.3 Bagi penelitian

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi rujukan dan data dasar bagi penelitian berikutnya terutama yang terkait dengan penelitian media

pendidikan kesehatan, sehingga pilihan media pendidikan kesehatan akan lebih bervariasi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diare

2.1.1 Definisi Diare

Diare menurut Corwin (2001) adalah peningkatan keenceran tinja dan frekuensi buang air besar (BAB), sedangkan menurut James dan Ashwill (2007) penyakit diare didefinisikan sebagai buang air besar dengan frekuensi yang meningkat, konsistensi tinja menjadi lebih lembek atau cair dan peningkatan jumlah tinja. Penyakit diare juga didefinisikan sebagai BAB terjadi lebih dari tiga kali dalam 24 jam dan jumlah tinja meningkat lebih dari 200g/hari. Penyakit diare biasanya diikuti dengan dorongan BAB yang tidak bisa dikontrol, dan ketidaknyamanan perianal (Smaltzer & Bare, 2002). Jadi dikatakan menderita diare jika penderita mengalami tiga peningkatan dalam buang air besar yaitu peningkatan frekuensi BAB, konsistensi dan jumlah tinja.

2.1.2 Insiden Penyakit Diare

Diare merupakan penyakit yang sering menyerang anak-anak, khususnya usia 6 bulan sampai dengan 2 tahun dan bayi di bawah usia 6 tahun yang mengkonsumsi susu sapi atau susu formula. Penyakit diare masih merupakan penyebab kematian nomor dua pada anak di bawah usia lima tahun. Lima bayi yang meninggal, satu diantaranya disebabkan oleh diare dan pada setiap tahun 1.5 juta anak di dunia meninggal karena diare. Pneumonia dan diare merupakan penyebab dari 40% seluruh kematian anak di dunia pada setiap tahunnya.

Setiap tahun, diperkirakan 2,5 miliar kasus diare terjadi di antara anak-anak di bawah usia lima tahun, dan diperkirakan insiden tersebut relatif sama selama dua dekade terakhir. Dari 2,5 miliar kasus tersebut lebih dari 50% kasus terjadi di Asia, di mana serangan diare lebih mungkin

mengakibatkan kematian atau hasil berat lainnya misalnya gangguan nutrisi dan dehidrasi. Insiden penyakit diare sangat bervariasi dipengaruhi oleh musim dan usia anak. Anak usia muda merupakan usia yang paling rentan terserang diare dan insiden yang tertinggi terjadi pada dua tahun pertama kehidupan dan menurun dengan bertambahnya usia anak.

Berdasarkan laporan kesehatan Unicef dan WHO (2009), angka kematian diare pada bayi usia dibawah lima tahun di Indonesia pada tahun 2008 mencapai 41 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kesakitan diare pada bayi usia di bawah lima tahun pada tahun 2008 mencapai angka 21 juta bayi. Di Indonesia setiap anak akan mengalami diare rata-rata 1 sampai 2 kali setahun (Wahyudi, 2009). Di Jawa Timur, berdasarkan hasil survey morbiditas diare, pengetahuan, sikap dan perilaku yang dilaksanakan oleh DepKes RI pada tahun 2000 ditemukan angka kesakitan diare untuk semua umur di Jawa Timur adalah 283 per 1.000 penduduk, sedangkan episode pada balita 1,3 kali per tahun (Unik, dkk. 2005)

2.1.3 Klasifikasi Diare

Klasifikasi diare berdasarkan lamanya diare dibagi menjadi diare akut, diare persisten dan diare kronis (Asnil, Noerasid & Suraatmadja, 2003). Diare akut adalah diare yang terjadi sewaktu-waktu, berlangsung kurang dari 14 hari, dengan pengeluaran tinja lunak atau cair dengan atau tanpa disertai lendir dan darah, sedangkan diare persisten adalah diare yang berlangsung 15-30 hari, yang merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik. Klasifikasi ketiga adalah diare kronis, yaitu diare yang hilang-timbul, atau berlangsung lama lebih dari 30 hari. Smelzter & Bare (2002), mengklasifikasi diare berdasarkan volume tinja yang dikeluarkan, dibagi menjadi dua yaitu volume banyak dan volume sedikit. Diklasifikasikan dalam volume

banyak jika terdapat lebih dari 1 liter tinja cair per hari sedangkan volume sedikit adalah pengeluaran tinja cair per hari kurang dari 1 liter.

2.1.4 Etiologi

Diare akut disebabkan oleh banyak faktor antara lain infeksi, makanan, efek obat, imunodefisiensi dan keadaan-keadaan tertentu.

a. Infeksi

Infeksi terdiri dari infeksi enteral dan parenteral. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan dan infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar alat pencernaan. Mikroorganisme yang menjadi penyebab antara lain *Escherichiacoli*, *Enterotoxigenic*, *Shigella*, *Salmonella*, dan *Vibrio cholera* (Pickering, et al. 2004). Mikroorganisme dapat masuk melalui makanan yang terkontaminasi, makanan yang dimask dengan tidak benar, minum air yang tidak dimasak, dan tidak mencuci tangan sebelum makan.

b. Makanan dan imunodefisiensi

Diare disebabkan oleh alergi terhadap makanan tertentu. Alergi terhadap makanan dapat disebabkan oleh susu sapi, malabsorpsi karbohidrat, disakarida, lemak, protein, vitamin dan mineral. Defisiensi imun dapat menyebabkan lebih mudah terkena infeksi dan juga bisa menyebabkan berlipat gandanya bakteri, flora usus, jamur, terutama *Candida* sehingga dapat menyebabkan terjadinya diare (Tjay & Rahardja, 2007).

c. Terapi obat dan keadaan khusus

Obat-obat yang dapat menyebabkan diare diantaranya antibiotic dan antacid, sedangkan keadaan khusus yang dapat menyebabkan seseorang terserang diare adalah gangguan psikis (ketakutan, gugup) dan gangguan saraf (Asnil, Noerasid & Suraatmadja, 2003).

2.1.5 Patofisiologi

Menurut Davey (2006), patofisiologi diare dapat disebabkan oleh gangguan osmotik, sekretorik dan dismotilitas.

a. Gangguan osmotik

Gangguan osmotik terjadi jika terdapat kegagalan absorpsi cairan osmotik pada lumen usus. Mukosa lumen usus halus adalah epitel berpori, yang dapat dilewati oleh air dan elektrolit dengan cepat untuk mempertahankan tekanan osmotik antara isi usus dengan cairan ekstraseluler. Penyebab dalam gangguan ini adalah terdapatnya bahan yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus sehingga tekanan osmotik di lumen usus meningkat yang akan menarik cairan. Perubahan tekanan osmotik juga akan menghambat absorpsi air dan bahan yang larut di dalam lumen usus akan lewat tanpa diabsorpsi sehingga terjadi diare.

b. Gangguan sekretorik

Gangguan sekretorik diakibatkan oleh adanya rangsangan tertentu misalnya toksin, pada dinding usus. Toksin akan menyebabkan villi usus gagal mengabsorpsi natrium, yang akan menstimulasi sekresi cairan dan elektrolit. Hal ini menyebabkan peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

c. Gangguan motilitas

Gangguan motilitas usus terjadi akibat adanya gangguan pada kontrol otonomik, misal pada diabetik neuropathi. Motilitas usus akan meningkat sehingga banyak cairan dan bahan makanan yang tidak terabsorpsi dengan baik sehingga menimbulkan diare.

2.1.6 Manifestasi klinis

Penyakit diare ditandai dengan tinja yang cair, dapat disertai lendir atau darah. Penyakit diare biasanya diikuti dengan dorongan BAB yang tidak bisa dikontrol, dan ketidaknyamanan perianal (Smaltzer & Bare, 2002). Anus dan sekitarnya bisa lecet karena seringnya BAB dan makin

lama tinja menjadi asam akibat banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare sehingga mudah mengiritasi kulit. Gejala muntah dapat terjadi sebelum dan atau sesudah diare (Mansjoer, *et al.*, 2000). Anak-anak yang tidak mendapatkan perawatan yang baik selama diare akan jatuh pada keadaan-keadaan seperti dehidrasi, gangguan keseimbangan asam-basa, hipoglikemia, gangguan gizi, gangguan sirkulasi (Asnil, Noerasid & Suraatmadja, 2003).

a. Dehidrasi

Dehidrasi terjadi karena kehilangan air lebih banyak daripada pemasukan air. Derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan gejala klinis dan kehilangan berat badan. Derajat dehidrasi berdasarkan gejala klinisnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Derajat dehidrasi berdasarkan gejala klinis

Penilaian	Dehidrasi Ringan	Dehidrasi Sedang	Dehidrasi Berat
Keadaan umum	Sadar, gelisah, haus	Gelisah, rewel, mengantuk	Mengantuk, lemas, anggota gerak dingin, berkeringat, kebiruan, mungkin tidak sadar
Denyut nadi	Normal	Cepat dan lemah	Cepat kadang-kadang tidak teraba
Pernafasan	Normal	Dalam, mungkin cepat	Dalam dan cepat
Air mata	Ada	Tidak ada	Sangat kering
Selaput lendir	Lembab	Kering	Sangat kering
Ubun-ubun besar	Normal	Cekung	Sangat cekung
Kelopak mata	Normal	Cekung	Sangat cekung
Elastisitas kulit	Kulit kembali secara normal	Lambat	Sangat lambat
Air seni	Normal	Berkurang	Tidak BAK
Hasil pemeriksaan	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan/ sedang Bila ada 1 tanda ditambah 1/lebih tanda lain	Dehidrasi berat Bila ada 1 tanda ditambah 1/lebih tanda lain

Terapi	Rencana pengobatan A	Rencana pengobatan B	Rencana pengobatan C
--------	----------------------	----------------------	----------------------

(Sitorus, 2008)

b. Hipoglikemia

Pada anak-anak dengan gizi cukup atau baik, hipoglikemia ini jarang terjadi. Lebih sering terjadi pada anak yang sebelumnya sudah menderita kekurangan gizi. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun sampai 40 mg % pada bayi dan 50 mg % pada anak-anak. Gejala hipoglikemia tersebut dapat berupa : lemas, tremor, berkeringat, pucat, dan penurunan kesadaran (Pickering, *et al.* 2004).

c. Gangguan gizi

Sewaktu anak menderita diare, sering terjadi gangguan gizi dengan akibat terjadinya penurunan berat badan dalam waktu yang singkat. Hal ini disebabkan karena makanan sering dihentikan oleh orang tua. Makanan yang diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik.

d. Gangguan sirkulasi

Gangguan sirkulasi darah berupa renjatan atau *shock* hipovolemik. Akibatnya perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah berat, kesadaran menurun dan bila tidak segera ditolong penderita dapat meninggal.

2.1.7 Prinsip penatalaksanaan diare

Menurut Unicef dan WHO (2009), prinsip penatalaksanaan diare antara lain dengan rehidrasi, nutrisi dan zat besi.

a. Rehidrasi

Diare cair membutuhkan penggantian cairan dan elektrolit tanpa melihat etiologinya. Jumlah cairan yang diberi harus sama dengan jumlah cairan yang telah hilang dan yang masih terus berlangsung melalui diare dan atau muntah, juga ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui keringat, urin, pernapasan. Jumlah ini

tergantung pada derajat dehidrasi serta berat badan masing-masing anak atau golongan umur.

b. **Nutrisi**

Makanan pada saat anak diare harus diteruskan bahkan ditingkatkan selama diare yang bertujuan untuk menghindarkan akibat buruk pada status gizi. Agar pemberian diet pada balita dengan diare dapat mencapai tujuan, maka pemberian makan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut; pasien segera diberikan makanan oral setelah rehidrasi yakni 24 jam pertama, makanan cukup energi dan protein, makanan tidak merangsang, makanan diberikan bertahap mulai dengan yang mudah dicerna, makanan diberikan dalam porsi kecil dengan frekuensi sering. Pemberian ASI diutamakan pada bayi, pemberian cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan, pemberian vitamin dan mineral dalam jumlah yang cukup. Khusus untuk penderita diare karena malabsorpsi, makanan diberikan sesuai dengan penyebabnya.

c. **Pemberian Zinc**

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

2.1.8 Penatalaksanaan Diare di Rumah

Usaha terpenting dalam penanggulangan diare adalah alih ilmu dan teknologi tentang diare dari tenaga kesehatan kepada ibu

(masyarakat/keluarga). Usaha ini sangat penting karena dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan masyarakat dalam menghadapi diare akan banyak anak yang akan terselamatkan (Sitorus, 2008). Penatalaksanaan dini atau sejak awal di rumah oleh ibu atau keluarga dapat mengurangi komplikasi diare seperti dehidrasi dan malnutrisi. Aspek penting yang mendasari tatalaksana diare dirumah adalah kebutuhan untuk menggantikan kehilangan cairan dan menjaga masukan nutrisi yang adekuat, sedangkan aspek yang tidak kalah penting adalah bagaimana penggunaan obat-obat diare dirumah, perawatan kulit selama diare, pencegahan penyebaran infeksi, kapan orang tua harus membawa anaknya ke layanan kesehatan (James & Ashwill, 2007).

a. Mencegah terjadinya dehidrasi

Memberikan cairan pengganti yang sesuai dan memberikan cairan yang keluar sejak awal terjadinya diare dapat mencegah dehidrasi serta dapat mempertahankan kondisi anak, sehingga kematian akibat diare dapat dihindari dan dengan perawatan yang seksama dirumah penderita tidak perlu di rawat di RS (Sitorus, 2008). Rehidrasi dapat dilakukan oleh ibu/keluarga dengan larutan rehidrasi oral yaitu oralit atau larutan gula garam dan memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga yang dianjurkan. Larutan Rehidrasi Oral ini masih merupakan bagian terpenting dalam pengelolaan diare dan menjadi cara terbaik untuk mencegah dan mengelola dehidrasi. Penatalaksanaan menggunakan larutan rehidrasi oral merupakan penatalaksanaan yang sederhana, dapat dilakukan sejak dirumah dan mudah dibuat (USAID, 2005).

1. Oralit

Semua keluarga seharusnya difasilitasi untuk mempunyai dan menyimpan oralit di rumah, sehingga oralit dapat diberikan segera pada saat diare muncul. Merek-merek oralit yang ada di pasaran adalah alpatrolit, aqualyte, bioralit dan corsalit. Oralit tersedia dalam 2 ukuran, yaitu ukuran besar (dilarutkan dalam

1000 cc air) dan ukuran kecil (dilarutkan 200 cc air) (Sitorus, 2008). Cara membuat:

- a. Cucilah tangan dengan bersih
- b. Pakailah gelas, sendok, teko, panci, dan peralatan lainnya yang benar benar dalam keadaan bersih
- c. Gunakan air minum, baik air putih/air teh yang telah dimasak dan didinginkan. Air yang baru saja mendidih tidak dianjurkan karena dapat menguraikan zat-zat yang terkandung didalam oralit sehingga kasiatnya berkurang.
- d. Masukkan 1 bungkus oralit pada air putih/teh
- e. Aduklah hingga benar benar larut
- f. Siap untuk diminum

Pada prinsipnya, oralit diberikan sesuai dengan kebutuhan anak. Jangan takut kelebihan karena jika hal tersebut terjadi maka larutan itu akan dikeluarkan melalui air seni. sebaliknya jangan sampai kurang, karena hal itu berarti tidak mengatasi dehidrasi. Anak dibawah 1 tahun diberikan pada 3 jam pertama 1,5 gelas selanjutnya 0,5 gelas tiap kali diare sedangkan pada anak usia dibawah 5 tahun diberikan pada 3 jam pertama 3 gelas, selanjutnya 1 gelas setiap kali diare

Cara memberikan oralit yang benar akan mencegah anak untuk muntah. Caranya adalah memberikan oralit dengan menggunakan sendok, gelas, atau cangkir. jangan dengan botol atau dot, karena ujung dot dapat menyentuh langit langit dengan tenggorokan sehingga merangsang terjadinya muntah. Mula-mula berikan sedikit lebih dahulu kemudian tunggu 5-10 menit agar anak tidak muntah, setelah itu dilanjutkan sedikit demi sedikit.

2. Larutan Gula Garam

Orang tua juga dapat membuat sendiri larutan gula garam yang konsentrasinya sesuai dengan oralit jika tidak tersedia paket oralit dan susah mencarinya. Namun penggunaan paket oralit lebih disarankan karena konsentrasi yang tepat sehingga dapat memenuhi tujuan untuk menghindarkan anak dari dehidrasi. Resep umum untuk membuat larutan gula garam dirumah adalah:

- a. Persiapan: Cuci tangan dengan sabun dan air bersih. Untuk setengah liter air bersih, tambahkan seperempat sendok garam dan satu sendok penuh gula. Aduk air dengan sendok yang bersih. Larutan yang benar rasanya seperti air mata.
- b. Penyimpanan: larutan dapat dibiarkan pada suhu kamar hingga 6 jam, dalam wadah tertutup. Jika lebih dari 6 jam, larutan harus dibuang dan larutan baru harus disiapkan.

3. Memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga.

Cairan rumah tangga yang dianjurkan adalah air tajin, kuah sayur, air sup. Cairan yang diberikan harus disesuaikan dengan usia anak, sebagai contoh infant harus lebih sering diberi ASI atau susu botol dan anak yang lebih tua harus diberikan lebih banyak cairan. Selama diare ASI dan susu formula tetap diberikan dan frekuensi pemberiannya ditambah. Bila tidak mungkin memberikan cairan rumah tangga yang diajukan, berikan air matang. Cairan rumah tangga yang sesuai untuk diberikan selama diare adalah air matang, air tajin, air kelapa, air teh tanpa gula, jus buah segar tanpa gula. Cairan yang tidak boleh diberikan selama diare adalah *soft drinks*, teh manis, jus buah manis, kopi.

b. Menjaga keadekuatan masukan makanan

Untuk menjaga masukan makanan yang cukup untuk balita pemberian makan pada balita saat diare harus tetap diteruskan. Makanan yang dapat diberikan adalah ASI, menyusui lebih sering dan lebih lama pada setiap pemberian ASI. Berikan anak di atas usia 6 bulan makanan dengan jumlah nutrisi dan kalori yang tinggi. Disesuaikan dengan usia anak, campuran antara nasi dengan kacang-kacangan, ikan atau daging. Produk susu dan telur juga sesuai untuk diberikan. Jus buah segar dan pisang sangat membantu karena mengandung potasium. Hindari makanan-makanan yang mengandung serat yang tinggi dan potongan buah dan sayur yang besar, karena makanan tersebut sulit untuk dicerna. Sup yang sangat encer direkomendasikan sebagai cairan, tetapi tidak cukup sebagai makanan karena hanya mengisi perut anak tanpa memberikan nutrisi yang cukup. Makanan yang mengandung banyak gula dapat memperburuk diare.

Makanan yang akan diberikan kepada anak harus dimasak dengan baik. Makanan halus seperti bubur dianjurkan karena makanan lebih mudah dicerna. Berikan makanan yang baru disiapkan atau dimasak untuk meminimalkan kemungkinan kontaminasi. Jika masakan sudah tersedia, panaskan dulu hingga mendidih baru diberikan kepada bayi dengan diare. Doronglah anak untuk makan sebanyak yang ia suka atau menawarkan makanan tiap 3 sampai 4 jam (enam kali setiap hari) atau lebih sering. Memberikan makan dalam porsi kecil tapi sering merupakan cara terbaik karena makanan akan lebih mudah dicerna dan disukai oleh anak. Setelah diare berhenti, makanan harus tetap diperhatikan yaitu dengan memberikan satu makanan tambahan setiap hari selama seminggu. Makanan tambahan ini membantu anak mendapatkan kembali berat badan yang hilang selama sakit. Beberapa anak akan terus memerlukan makanan tambahan untuk mencapai berat badan sebelum mereka sakit.

Makanan sangat diperlukan oleh anak selama diare. Kelaparan pada anak yang menderita diare dapat menyebabkan kekurangan gizi atau membuat kondisi lebih buruk. Anak-anak dengan diare membutuhkan gizi dari makanan mereka untuk tetap kuat dan tumbuh. Seorang anak yang kuat akan melawan penyakit lebih baik. Memberikan perhatian khusus harus diberikan kepada anak selama dan setelah diare dengan memberikan makan makanan bergizi sesering mungkin. Meskipun penyerapan zat gizi dari makanan agak berkurang selama diare, namun sebagian besar nutrisi akan tetap diserap. Cairan yang diberikan kepada anak tidak menggantikan kebutuhan makanan (USAID, UNICEF & WHO, 2005).

c. Penggunaan obat-obatan

Menurut CDC, obat-obat anti diare yang dijual bebas tidak direkomendasikan untuk diberikan kepada balita dengan diare tanpa resep dari dokter (Su, *et al.* 2009).

d. Perawatan kulit

Untuk mencegah kerusakan kulit bayi yang masih sensitive pada area popok, area tersebut harus dibersihkan secara lengkap dengan sabun bayi dan air setiap selesai bayi BAB. Membersihkan dengan air mengalir lebih diutamakan. Kulit harus dijaga agar tetap kering atau memberikan *baby oil* untuk pelindung kulit. Mengganti popok setiap bayi BAB adalah hal yang penting untuk mencegah kerusakan kulit. Penggunaan tisu bayi harusnya dihindari karena akan mengiritasi dan menimbulkan kerusakan kulit (James & Ashwill, 2007).

e. Mencegah penyebaran infeksi

Diare merupakan infeksi sangat menular, beberapa agen infeksi dapat hidup di mainan, air dan benda mati dalam beberapa hari.

Mencuci tangan dengan benar setelah mengganti popok atau menggunakan toilet sangat penting untuk mencegah orang lain dalam satu rumah tertular diare. Semua anggota keluarga harus berfikir tentang pentingnya mencuci tangan. Popok yang kotor harus ditempatkan pada tempat tertutup dan kemudian dicuci. Area tempat mengganti popok seperti perlak harus dibersihkan dengan disinfektan setelah mengganti popok (James & Ashwill, 2007).

- f. Tanda-tanda kita harus segera membawa anak kita ke layanan kesehatan

Sebaiknya jangan sampai terlambat membawa ke rumah sakit, karena apabila sudah jatuh ke dalam keadaan dehidrasi berat, akan lebih sulit untuk mengatasinya. Hal tersebut terjadi karena semua pembuluh darahnya mengempis, sel-sel tubuh akan rusak/mati, sehingga sangat besar kemungkinan untuk terjadi kematian. Tentunya kita tidak ingin kehilangan anak-anak kita akibat diare. Diare sebetulnya tidak akan berakibat fatal apabila tidak terlambat dalam pemberian cairan untuk mengatasi dehidrasi, karena kematian pada diare adalah disebabkan karena dehidrasi (Wahyudi, 2009). Jadi yang penting dilakukan pada anak yang diare adalah mencegah jangan sampai mengalami dehidrasi. Para ibu harus segera membawa anak ke petugas kesehatan jika anak memperlihatkan salah satu dari tanda-tanda berikut: anak tidak BAK lebih dari 6 jam, menangis tanpa keluar air mata atau bibir kering, BAB semakin sering atau ada darah dalam tinja, anak sangat haus, apakah mata cekung, tampaknya tidak membaik setelah 3 hari, demam, tidak makan atau minum secara normal (USAID, UNICEF & WHO, 2005).

2.2 Hospitalisasi dan *Family Centered Care*

Hospitalisasi pada anak dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu hospitalisasi yang direncanakan contohnya adalah operasi atau hasil dari kondisi emergensi

atau kecelakaan contohnya adalah anak dengan diare. Hospitalisasi merupakan kondisi yang dapat menimbulkan stress bagi anak dan orang tua. Anak dan orangtua harus menghadapi lingkungan yang mereka tidak kenal, dikelilingi oleh orang-orang asing, alat dan suara-suara yang menakutkan. Anak akan menjalani beberapa prosedur yang menyakitkan dan belum pernah dirasakan sebelumnya, seperti tindakan invasif (Ball & Bindler, 2003).

Stress akibat hospitalisasi harus diminimalisasi, perawat mempunyai peran dalam memberikan dukungan kepada anak dan orangtua sebelum, selama dan setelah hospitalisasi. Selama hospitalisasi, perawat bekerja sama dengan keluarga untuk mengembangkan dan menggunakan coping dan adaptasi yang sesuai. Perawat juga memiliki peran untuk mempersiapkan orangtua dalam perencanaan pulang (James & Ashwill, 2007). Dalam perencanaan pulang orangtua akan dibekali ilmu untuk melakukan perawatan di rumah sampai anak kembali ke kondisi semula dan melakukan perawatan jika terjadi lagi masalah yang sama.

Kerjasama atau kolaborasi antara perawat dan orangtua, pemberian informasi kepada orangtua dan pengembangan sumberdaya yang ada pada keluarga dapat terfasilitasi dengan pendekatan *Family Centered Care* (FCC). *Family centered care* merupakan sebuah pendekatan untuk perawatan kesehatan dalam bentuk kebijakan, program, fasilitas, dan interaksi setiap hari antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan profesional (American Academy of Pediatrics, 2003).

FCC muncul sebagai konsep penting dalam perawatan kesehatan, seiring dengan peningkatan kesadaran akan pentingnya pemenuhan kebutuhan psikososial dan perkembangan anak serta peran keluarga dalam mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan anak. FCC pada anak didasarkan pada pemahaman bahwa keluarga adalah sumber kekuatan dan dukungan utama bagi anak dan bahwa persepsi dan informasi anak dan keluarga sangat penting dalam pengambilan keputusan klinis oleh tenaga

kesehatan. FCC ini sebenarnya telah lama menjadi karakteristik pengobatan dirumah yang efektif, namun sekarang FCC telah banyak dikembangkan dalam lingkungan rumah sakit misalnya tidak memisahkan anak-anak yang dirawat di rumah sakit dari keluarga mereka, banyak lembaga yang mengadopsi kebijakan memperbolehkan anggota keluarga menunggu anak-anak mereka yang sedang sakit dan juga mendorong kehadiran mereka selama medis prosedur.

FCC dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang harus memahami peran penting keluarga dalam memastikan kesehatan dan kesejahteraan anak dan anggota keluarga lainnya. Tenaga kesehatan harus memahami bahwa dukungan emosional, sosial, dan perkembangan merupakan bagian dari perawatan kesehatan. Tenaga kesehatan harus menghormati kekuatan bawaan dari anak dan keluarga dan melihat pengalaman perawatan kesehatan keluarga sebelumnya sebagai suatu modal untuk membangun kekuatan dan dukungan kepada keluarga dalam usaha perawatan anak dan peran pengambilan keputusan (American academy of pediatrics, 2003).

Menurut *Institute for Family-Centered Care* (2009), FCC memiliki 4 konsep utama yaitu:

1. Martabat dan Penghormatan. Tenaga kesehatan mendengarkan dan menghormati pasien dan persepsi dan pilihan keluarga. Pengetahuan, nilai-nilai, keyakinan dan latar belakang budaya yang di miliki oleh pasien dan keluarganya dimasukkan ke dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan oleh tenaga kesehatan.
2. Pertukaran Informasi. Tenaga kesehatan berkomunikasi dan berbagi informasi dengan pasien dan keluarga secara lengkap dan tidak bias dengan cara-cara yang efektif dan efisien. Pasien dan keluarga menerima informasi tepat waktu, lengkap dan akurat dalam rangka berpartisipasi secara efektif dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

3. Partisipasi. Pasien dan keluarga didorong dan didukung untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan di tingkat yang mereka pilih.
4. Kolaborasi. Pasien, keluarga, tenaga kesehatan, dan pemimpin rumah sakit berkolaborasi dalam kebijakan dan pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi; dalam desain fasilitas kesehatan dan dalam pendidikan profesional, serta dalam pelaksanaan perawatan.

FCC didasarkan pada kolaborasi antara pasien, keluarga, dokter, perawat, dan profesional lain untuk melakukan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan kesehatan serta pendidikan profesional perawatan kesehatan. Hubungan kolaboratif ini didasari oleh prinsip-prinsip sebagai berikut (American Academy of Pediatrics, 2003):

1. Menghormati setiap anak dan keluarganya
2. Menghormati ras, etnis, budaya, dan keragaman sosial-ekonomi dan efeknya pada pengalaman keluarga dan persepsi terhadap perawatan
3. Mengenali dan membangun kekuatan dari masing-masing anak dan keluarga, bahkan dalam situasi sulit dan menantang
4. Mendukung dan memfasilitasi pilihan bagi anak dan keluarga tentang dukungan dan perawatan
5. Memastikan fleksibilitas dalam kebijakan layanan kesehatan sehingga dapat disesuaikan dengan kebutuhan, keyakinan, dan nilai-nilai budaya setiap anak dan keluarga
6. Jujur dan tidak bias berbagi informasi dengan keluarga secara berkelanjutan
7. Menyediakan dan memastikan dukungan formal dan informal (misalnya dukungan keluarga) untuk anak dan orangtua selama perawatan
8. Bekerjasama dengan keluarga di semua tingkat kesehatan perawatan
9. Memberdayakan setiap anak dan keluarga untuk menemukan kekuatan mereka sendiri, membangun kepercayaan diri, dan membuat pilihan dan keputusan tentang kesehatan mereka

Komponen penting yang mendukung pelaksanaan FCC yaitu *enabling* dan *Empowerment*. *Enabling* merujuk pada penyediaan kesempatan pada keluarga untuk menunjukkan kemampuannya selama belajar dan menemukan ketrampilan baru. *Empowerment* merujuk pada kemampuan tim kesehatan untuk memberdayakan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan kepada anaknya (Hockenberry & Wilson, 2007). Untuk merespon hal ini perawat pertama-tama harus mengakui kekuatan keluarga dan membantu keluarga dalam membangunnya. Perawat harus meyakinkan diri bahwa keluarga mengetahui apa yang terbaik buat anaknya dan menganjurkan untuk membuat keputusan sebagai dasar bahwa apa yang orangtua percayai adalah yang terbaik dalam memberikan pertolongan pada anak. Saran-saran dapat membantu orang tua merasa lebih percaya diri pada suatu waktu. Orang tua juga membutuhkan dukungan dalam waktu sulit, dan perawat seharusnya mengkaji kemampuan koping mereka dan status emosional. Perawat dapat menyediakan dukungan dan kepercayaan diri untuk keluarga mempelajari ketrampilan baru dan membuat keputusan kritis.

Manfaat pelaksanaan FCC bagi pasien, keluarga dan tenaga kesehatan adalah:

1. Pendekatan FCC akan memberikan hasil kesehatan dan kepuasan keluarga yang lebih baik.
2. Pengalaman orangtua dalam perawatan kesehatan anak dan keluarganya dapat meningkatkan kepercayaan diri orang tua dalam melaksanakan perannya.
3. Bagi anak, FCC akan meningkatkan kemampuan anak untuk bertanggung jawab dalam perawatan kesehatan mereka dimasa yang akan datang.
4. Pelaksanaan FCC dalam perawatan kesehatan dapat memperbaiki perawatan pasien dan keluarga
5. Meningkatkan kepuasan profesional, menurunkan biaya perawatan kesehatan, dan menggunakan sumber daya perawatan kesehatan lebih efektif (American Academy of Pediatrics. 2003).

Perawat memiliki multi peran baik sebagai pelaksana pelayanan, pendidik, *advocad*, manajer, peneliti serta sebagai *change agent* (Perry & Potter, 2001). Dalam *Family centered care* perawat memiliki tanggungjawab untuk melaksanakan beberapa peran perawat antara lain adalah:

1. *Care giver*

Perawat memberikan secara langsung perawatan pada infan, anak dan keluarganya saat sakit, dalam penyembuhan atau saat sehat. perawatan yang diberikan didasarkan pada proses keperawatan. Perawatan pada anak, khususnya didasarkan pada pemahaman pada setiap tahap tumbuh kembang yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional anak pada setiap tahap tumbuh kembangnya. Komponen yang penting adalah membangun hubungan yang terapeutik dan mendukung anak dan keluarganya (James & Ashwill, 2007).

2. *Advocad*

Sebagai *advocad*, perawat akan membantu anak dan keluarga untuk memberikan pilihan dan melakukan tindakan sesuai dengan keputusan anak dan keluarga. Perlindungan pasien ini melibatkan keyakinan bahwa keluarga telah mengetahui semua layanan kesehatan yang tersedia, menginformasikan semua prosedur dan penatalaksanaan yang adequate untuk anaknya, terlibat dalam perawatan pasien, dan mendukung perubahan dan praktek perawatan kesehatan yang dilakukan (Hockenberry & Wilson, 2009).

3. *Educator*

Pendidikan kesehatan erat kaitannya dengan upaya-upaya pencegahan dan perlindungan terhadap keluarga. Pemberian pendidikan kesehatan dapat merupakan tujuan langsung dari perawat, seperti pendidikan kesehatan untuk mengasuh anak dalam suatu kelas, atau mungkin secara tidak langsung seperti membantu orangtua dan anak untuk mengerti tentang diagnosis penatalaksanaan medis, mendorong anak untuk bertanya tentang kondisinya, menunjukkan sumber-sumber informasi

seperti dokter atau kelompok orang tua, dan memfasilitasi orang tua dan anak dengan literature yang sesuai (Hockenberry & Wilson, 2009).

Pendidikan kesehatan merupakan praktek keperawatan yang biasanya membutuhkan persiapan dan kompetensi sebagai *role model* dalam prakteknya. Pendidikan kesehatan akan mentransmisikan informasi kepada anak dan orang tua dengan level pemahaman dan keinginan untuk mendapatkan informasi yang berbeda-beda. Sebagai educator yang efektif perawat berfokus untuk memberikan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dari anak dan keluarga. Keluarga sangat membutuhkan informasi seperti mereka membutuhkan dukungan emosional sehingga keluarga dapat mengatasi kecemasan dan keadaan yang tidak menentu saat anaknya sakit. Perawat memegang peran penting dalam perawatan, terutama usaha-usaha pencegahan melalui pendidikan dan *anticipatory guidance*. Perawat memberikan pendidikan dan *anticipatory guidance* mengenai pengembangan perawatan anak dan pencegahan terhadap gangguan kesehatan dan masalah yang sering muncul (James & Ashwill, 2007).

2.3 Pengetahuan dan Sikap

2.3.1 Pengetahuan

a. Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan dapat terbentuk melalui pengindraan terjadi melalui pancaindera manusia dan sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indera penglihatan dan pendengaran (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan pengalaman dan penelitian, diperoleh bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan sikap yang positif lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan dan sikap yang positif (Maulana, 2009).

b. Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat seperti dalam tabel berikut:

Tabel 2.2 Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif

Domain	Definisi
Tahu	mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya
Memahami	kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan secara benar.
Aplikasi	kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil.
Analisis	kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut.
Sintesis	kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru
Evaluasi	kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek

(Maulana, 2009)

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1. Pendidikan.

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula

pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula.

2. Mass media / informasi.

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek, sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi menghasilkan tersedianya bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat.

3. Ekonomi.

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4. Lingkungan.

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5. Pengalaman.

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

6. Usia.

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

bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya (Notoatmodjo, 2003).

d. Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan sebagai parameter keadaan sosial dapat sangat menentukan kesehatan masyarakat. Masyarakat dapat terhindar dari penyakit asalkan pengetahuan tentang kesehatan dapat ditingkatkan, sehingga perilaku dan keadaan lingkungan sosialnya menjadi sehat.

2.3.2 Sikap

a. Pengertian

Campbell (1950 dalam Taufik, 2007) mendefinisikan sangat sederhana, yakni *“an individual’s attitude is syndrome of response consistency with regard to object”*. Artinya bahwa sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek, sehingga sikap tersebut melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Sikap merupakan respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus. Sikap belum berupa tindakan, tetapi baru bisa ditafsirkan.

b. Komponen pokok sikap

Menurut Walgito (2003) komponen pokok sikap terdiri dari tiga, yang pertama yaitu komponen yang berkaitan dengan pandangan atau keyakinan yang berhubungan dengan persepsi orang terhadap objek. Kedua, komponen emosional yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap obyek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negative. Komponen yang terakhir

adalah komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap kecenderungan untuk bertindak terhadap objek.

c. Ciri-ciri sikap

Menurut Maulana (2009) sikap memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Sikap tidak dibawa dari lahir, tetapi dipelajari dan dibentuk melalui pengalaman, latihan sepanjang perkembangan individu.
2. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi selalu berhubungan dengan obyek sikap
4. Sikap dapat tertuju pada satu atau banyak objek
5. Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar
6. Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi, hal ini yang membedakan dengan pengetahuan

(Maulana, 2009)

d. Pembentukan dan perubahan sikap

Pembentukan sikap dipengaruhi beberapa faktor, yaitu faktor fisiologis, faktor pengalaman, dan faktor komunikasi sosial. Faktor fisiologis seseorang akan menentukan bagaimana sikap seseorang. Faktor fisiologis berkaitan dengan usia dan kesehatan. Usia muda biasanya akan memiliki sikap yang lebih bebas dan berani dibanding dengan usia tua. Orang yang sering sakit atau dalam kondisi sakit akan memiliki sikap yang tergantung pada orang lain. Faktor pengalaman, sikap seseorang akan dipengaruhi oleh pengalaman langsung orang tersebut terhadap objek sikap. Faktor komunikasi sosial, komunikasi sosial dapat berbentuk informasi dari seseorang ke orang lain yang akan mempengaruhi sikap (Walgito, 2003). Menurut Sarwono (2000, dalam Maulana, 2009) terdapat beberapa cara untuk membentuk atau mengubah sikap

individu termasuk adopsi, diferensiasi, integrasi, trauma dan generalisasi.

1. Adopsi

Suatu cara pembentukan dan perubahan sikap melalui kegiatan yang berulang dan terus menerus sehingga lama kelamaan secara bertahap akan diserap oleh individu.

2. Diferensiasi

Terbentuk dan berubahnya sikap karena individu telah memiliki pengetahuan, pengalaman, dan bertambahnya umur.

3. Integrasi

Sikap terbentuk secara bertahap. Diawali dari pengetahuan dan pengalaman terhadap objek sikap tertentu.

4. Trauma

Pembentukan dan perubahan sikap terjadi melalui kejadian yang tiba-tiba dan mengejutkan sehingga menimbulkan kesan mendalam.

5. Generalisasi

Sikap terbentuk dan berubah karena pengalaman traumatik pada individu terhadap hal tertentu dapat menimbulkan sikap tertentu terhadap semua hal.

2.4 Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Konsep pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat (Dermawan dan Setiawati, 2008), sedangkan menurut Notoatmodjo (2007) pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Menurut Green (1980 dalam

Dermawan dan Setiawati, 2008), kegiatan pendidikan kesehatan ditujukan kepada tiga faktor yaitu:

1. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi

Pendidikan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan dan meningkatkan pengetahuan sasaran didik yang menyangkut tentang pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan untuk individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Contoh kegiatan pendidikan kesehatan ini adalah penyuluhan kesehatan. Penyuluhan kesehatan diartikan sebagai kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan cara menyebarluaskan pesan dan menanamkan keyakinan. Kegiatan ini tidak akan lepas dari proses belajar.

Belajar menurut Anwar (1980, dalam Maulana 2009) adalah proses mengajak orang lain untuk memiliki pengetahuan, pandangan, ketrampilan tertentu dalam sikap dan perilaku yang telah direncanakan sebelumnya. Belajar juga diartikan sebagai usaha untuk menguasai segala sesuatu yang bermanfaat untuk kehidupan dan proses yang memungkinkan untuk terjadinya perubahan perilaku. Peserta penyuluhan kesehatan tidak saja sadar, tahu, dan mengerti tetapi juga mau dan dapat melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan.

Belajar dibagi menjadi 2 yaitu belajar fisik seperti olahraga dan belajar sosial yaitu untuk mempelajari peranannya dan peran orang lain dalam kontak sosial. Selanjutnya seseorang akan menyesuaikan tingkah lakunya dengan peran sosial yang telah dipelajari. Menurut teori belajar sosial dari A. Bandura dan R. H. Walter (dalam Notoatmodjo, 2002), jika seseorang menerima rangsangan dan melihat aksi orang lain terhadap rangsangan tersebut akan membentuk suatu simbol yang akan menyebabkan orang tersebut melakukan tingkah laku yang sama.

Tujuan dari penyuluhan kesehatan adalah mengubah perilaku kurang sehat menjadi perilaku yang sehat. Perilaku baru yang terbentuk, biasanya hanya terbatas pada pemahaman sasaran (aspek kognitif), sedangkan perubahan sikap dan tingkah laku merupakan tujuan tidak langsung. Sasaran pelayanan penyuluhan kesehatan adalah klien yang bermasalah. Setelah mengikuti penyuluhan, diharapkan klien memperoleh konsep diri dan kepercayaan diri dalam memperbaiki perilaku saat ini dan masa yang akan datang. Tujuan penyuluhan yang dilakukan terarah pada penyembuhan terhadap peserta didik yang bermasalah. Dalam perkembangannya, pelayanan penyuluhan kesehatan tidak hanya ditujukan pada klien yang bermasalah tapi juga ditujukan pada seluruh klien.

2. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor *enabling*

Pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor *enabling* diantaranya adalah sarana prasarana kesehatan. Pendidikan kesehatan dilakukan dengan memberikan bimbingan, pelatihan, dan bantuan teknis lainnya yang dibutuhkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

3. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor *reinforcing*

Faktor-faktor *reinforcing* ini antara lain tokoh agama, masyarakat dan petugas kesehatan. Pemberian pelatihan pendidikan kesehatan ditujukan kepada tokoh agama, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Individu, keluarga, kelompok dan masyarakat menjadikan tokoh dan petugas kesehatan sebagai teladan dalam bidang kesehatan. Perubahan perilaku hidup sehat akan lebih mudah dicapai jika yang memberikan pendidikan kesehatan adalah orang yang perkataan, sikap dan perilakunya diyakini kebenarannya

Sasaran pendidikan kesehatan ini dibagi menjadi tiga yaitu sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tersier. Sasaran primer adalah

sasaran utama dan menjadi sasaran langsung atas upaya melakukan pendidikan kesehatan, sasaran sekunder adalah tokoh agama, tokoh adat dan tokoh masyarakat. Sasaran yang terakhir adalah sasaran tersier yaitu para pembuat keputusan dan pengambil kebijakan.

2.4.2 Media pendidikan kesehatan

Media berasal dari kata *medius* yang berarti tengah, pengantar atau perantara. Media diartikan sebagai segala bentuk dan saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan informasi (Dermawan & Setiawati, 2008). Media ini dibutuhkan untuk menjadi perantara antara penyuluh dan peserta didik, namun penggunaannya juga tidak boleh seenaknya yang artinya kesesuaian media harus benar-benar diperhatikan yaitu antara materi yang akan disampaikan, karakteristik peserta didik, dan situasi yang ada. Selain media sebagai alat bantu pembelajaran, media juga dipandang sebagai salah satu sumber belajar. Media pembelajaran akan menambah wawasan pengajar dan peserta didik.

Media pendidikan ini dibuat dengan menganut pada prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui pancaindera. Semakin banyak pancaindera yang digunakan semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Pancaindera yang banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% sampai 87%), sedangkan 13% sampai 25%, pengetahuan manusia diperoleh dan disalurkan melalui pancaindera yang lain. Pancaindera ini dapat dirangsang melalui berbagai jenis media pendidikan (Maulana, 2009).

Jenis media pendidikan ini secara umum dibagi menjadi tiga, yaitu *visual aids*, *audio aids*, dan *audiovisual aids*. *Visual aids* digunakan untuk membantu menstimulasi indera penglihatan pada proses pendidikan kesehatan. *Visual aids* ini dibagi lagi menjadi dua yaitu

media yang diproyeksikan misalnya slide dan alat yang tidak diproyeksikan termasuk alat bantu cetak dan tulis misalnya *leaflet*, poster dan buklet. Jenis yang kedua adalah *audio aids*, digunakan untuk menstimulasi indra pendengaran misalnya *tape* dan radio, sedangkan jenis ketiga adalah *audiovisual aids*, media ini digunakan untuk merangsang indera penglihatan dan pendengaran seperti TV dan video (Maulana, 2007).

Media audiovisual adalah media yang dihasilkan melalui proses mekanik dan elektronik dengan menyajikan informasi atau pesan secara audio dan visual. Media cetak ini antara lain TV, film dan video. media ini memberikan stimulus terhadap pandangan dan pendengaran dengan bercirikan; menyajikan visual dinamis, dirancang dan disiapkan lebih dahulu dan memegang prinsip (psikologis, behavioristik dan kognitif) (Dermawan & Setiawati, 2008).

Penggunaan jenis media yang tepat akan memudahkan untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan yang dilakukan. Media pendidikan mempunyai beberapa manfaat antara lain menimbulkan minat bagi sasaran, dapat menghindari dari kejenuhan dan kebosanan, membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman, memudahkan penyampaian informasi, dan memudahkan penerimaan informasi bagi sasaran didik (Taufik, 2007). Media pendidikan kesehatan juga memiliki beberapa fungsi yaitu fungsi atensi, fungsi afektif, fungsi kognitif, dan fungsi kompensatori.

Fungsi atensi diartikan bahwa media memiliki kekuatan untuk menarik perhatian peserta, fungsi afektif adalah media berfungsi untuk mempengaruhi sikap dan emosi peserta didik. Dua fungsi selanjutnya adalah fungsi kognitif, yang diartikan bahwa gambar atau simbol-simbol lain yang digunakan dalam sebuah media akan mempercepat pencapaian tujuan pembelajaran, mengingat gambar atau lambang yang

jelas akan mempermudah proses pikir penerima pesan dan fungsi kompensatori yaitu sebagai pelengkap dalam konteks pemberi informasi.

2.5 Kerangka Teori

Family centered care merupakan suatu pendekatan yang terdiri dari empat komponen inti yaitu menghargai, kolaborasi, pertukaran informasi dan partisipasi atau keterlibatan keluarga dalam perawatan anak sakit (*Institute for family centered care*, 2009). Keterlibatan orang tua dalam penatalaksanaan anak dengan diare akan mempertahankan kondisi anak tetap baik selama diare dan mencegah terjadinya komplikasi. Komplikasi diare antara lain adalah dehidrasi, hipoglikemia, gangguan gizi dan gangguan sirkulasi (Asnil, et al, 2003). Keterlibatan orangtua harus dibekali dengan informasi yang memadai, yang akan meningkatkan pengetahuan dan sikap orang tua. Peningkatan tersebut dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan kesehatan. Selain penyuluhan kesehatan, pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan, media massa/informasi, ekonomi, pengalaman, dan usia (Notoatmodjo, 2003), sedangkan sikap dipengaruhi oleh pengalaman, usia, informasi (Walgito, 2003). Salah satu komponen pendidikan kesehatan adalah media. Media audiovisual merupakan media yang menarik dan dapat menstimulasi lebih banyak indera sehingga mampu memberikan hasil yang lebih optimal (Maulana, 2009). Kerangka teori penelitian ini secara lengkap digambarkan dalam skema 2.1.

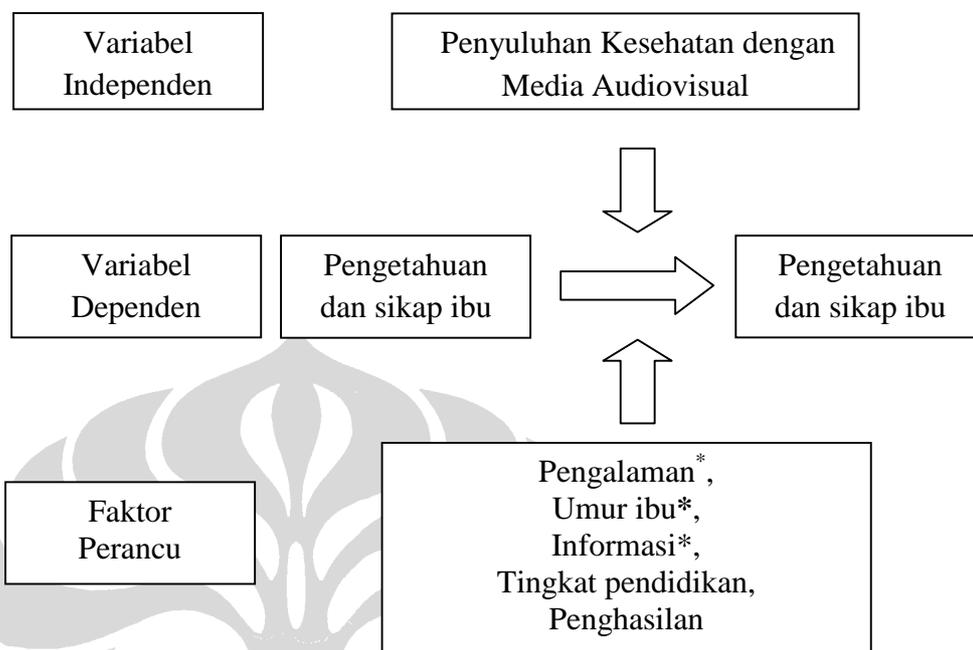
BAB III
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS,
DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah struktur dari suatu konsep dan atau teori yang diletakkan secara bersama-sama dengan menggunakan skema pada suatu penelitian. Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep akan menjelaskan hubungan atau keterkaitan antara variabel-variabel dalam penelitian (Notoatmodjo, 2005).

Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen, variabel dependen dan variabel perancu. Variabel independen dalam penelitian ini adalah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual yang akan diberikan pada ibu balita dengan diare. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap ibu balita dengan diare. Variabel dependen ini akan diukur sebelum dan sesudah pelaksanaan penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual yang diberikan pada kelompok intervensi. Variabel perancu terdiri dari pengalaman merawat balita diare, umur ibu, tingkat pendidikan, pernah mendapatkan informasi sebelumnya dan penghasilan. Kerangka konsep penelitian ini secara lengkap digambarkan dalam skema 3.1.

Skema 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan: dengan * = faktor perancu pengetahuan dan sikap
tanpa * = faktor perancu pengetahuan

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian dirumuskan untuk menjawab permasalahan penelitian, hipotesis dalam penelitian ini adalah:

3.2.1 Hipotesis mayor

Media audiovisual pada penyuluhan kesehatan efektif merubah pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana diare di rumah.

3.2.2 Hipotesis minor

- Ada perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual.
- Ada perbedaan sikap antara sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual.
- Ada perbedaan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

- d. Ada perbedaan sikap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

3.3 Definisi Operasional

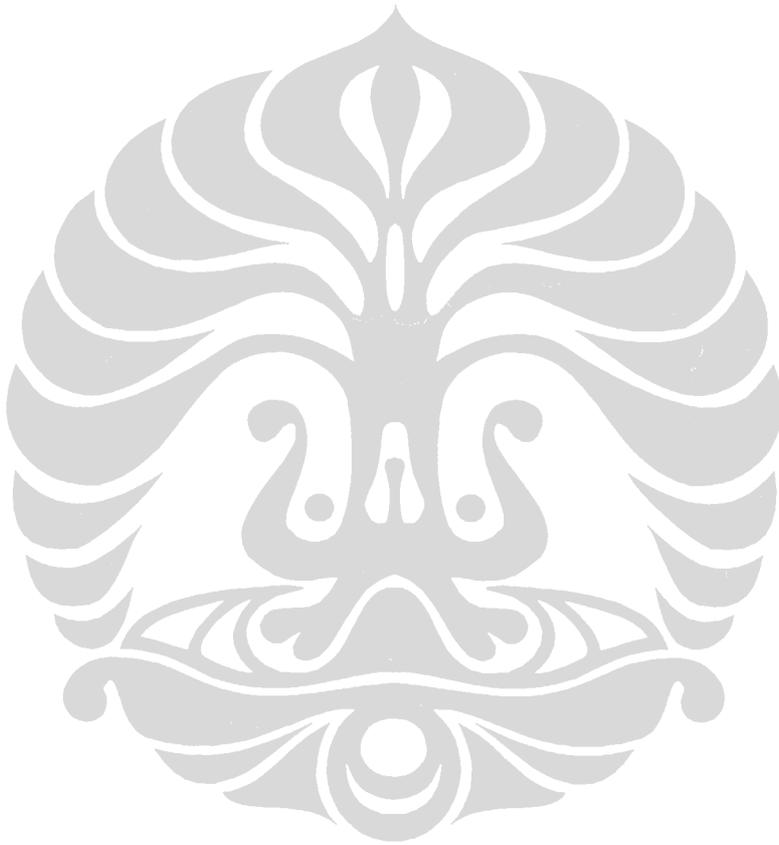
Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Variabel independen Penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual	Media penyuluhan kesehatan yang menyajikan informasi atau pesan secara audio dan visual	Media audiovisual diberikan sekali selama 15 menit.	1. Diberikan media audiovisual 2. Tidak diberikan media audiovisual	Nominal
2.	Variabel dependen 1. Pengetahuan	Hasil dari jawaban ibu setelah melakukan pengindraan terhadap objek tertentu tentang penatalaksanaan diare, yang meliputi pencegahan terjadinya dehidrasi, menjaga keadekuatan masukan makanan, penggunaan obat-obatan, perawatan kulit, mencegah penyebaran infeksi, dan tanda-tanda harus segera membawa anak diare ke layanan kesehatan.	Cara ukur: Jawaban benar diberi skor 1, jawaban salah diberi skor 0. Jumlah skor yang diperoleh dibandingkan skor maksimal dikalikan 100. Alat ukur: Kuesioner II, tentang pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan anak diare di rumah	Nilai minimal, maksimal, mean, <i>confident interval</i> dan standar deviasi.	Interval
	2. Sikap	Pandangan	Cara ukur:	Nilai minimal,	Interval

	setuju atau tidak, perasaan senang atau tidak, kenyakinan mampu atau tidak dari ibu terhadap obyek penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual yang diberikan.	Skor ditentukan dengan skala likert 1-4; untuk pernyataan positif diberikan nilai 1 untuk sangat tidak setuju, 2 untuk tidak setuju, 3 setuju, 4 untuk sangat setuju	maksimal, mean, <i>confident interval</i> dan standar deviasi.
		Pernyataan negatif, diberikan nilai 1 untuk sangat setuju, 2 untuk setuju, 3. untuk tidak setuju dan 4 untuk sangat tidak setuju	
		Jumlah skor yang diperoleh dibandingkan skor maksimal dikalikan 100.	
		Alat ukur: Kuesioner III, tentang sikap ibu terhadap penatalaksanaan anak diare di rumah	
3.	Karakteristik Responden		
	1. Usia	Lamanya hidup responden dalam tahun.	Cara ukur: Peneliti mengisi format sesuai dengan yang ditulis oleh responden
			Usia ibu dalam Interval tahun
			Alat ukur :

		Kuesioner I nomer 1		
2. Pendapatan	Besarnya penghasilan yang diterima oleh keluarga dalam satu bulan	Cara ukur: Peneliti mengisi format sesuai dengan yang ditulis oleh responden Alat ukur: Kuesioner I nomer 3	1. Pendapatan Tinggi, lebih dari Rp 1.000.000,00/bln 2. Pendapatan Rendah kurang dari Rp 1.000.000,00/bln (sesuai dengan UMK Malang 2010)	Ordinal
3. Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang diikuti dan dinyatakan lulus	Cara ukur: Peneliti mengisi format sesuai dengan yang ditulis oleh responden Alat ukur: Kuesioner I nomer 2	1. Pendidikan tinggi (SMU, diploma dan sarjana) 2. Pendidikan rendah (SMP kebawah) (sesuai dengan wajib belajar 9 tahun)	Ordinal
4. Pengalaman	Ibu pernah merawat anggota keluarga dengan diare	Cara ukur: Peneliti mengisi format sesuai dengan yang ditulis oleh responden Alat ukur: Kuesioner I nomer 4	1. Memiliki pengalaman 2. tidak memiliki pengalaman	Nominal
5. Informasi	Ibu pernah mendapat informasi tentang penatalaksanaan diare	Cara ukur: Peneliti mengisi format sesuai dengan yang ditulis oleh responden	1. Pernah mendapat informasi 2. Tidak pernah mendapat informasi	Nominal

Alat ukur:
Kuesioner I
nomer 5-8

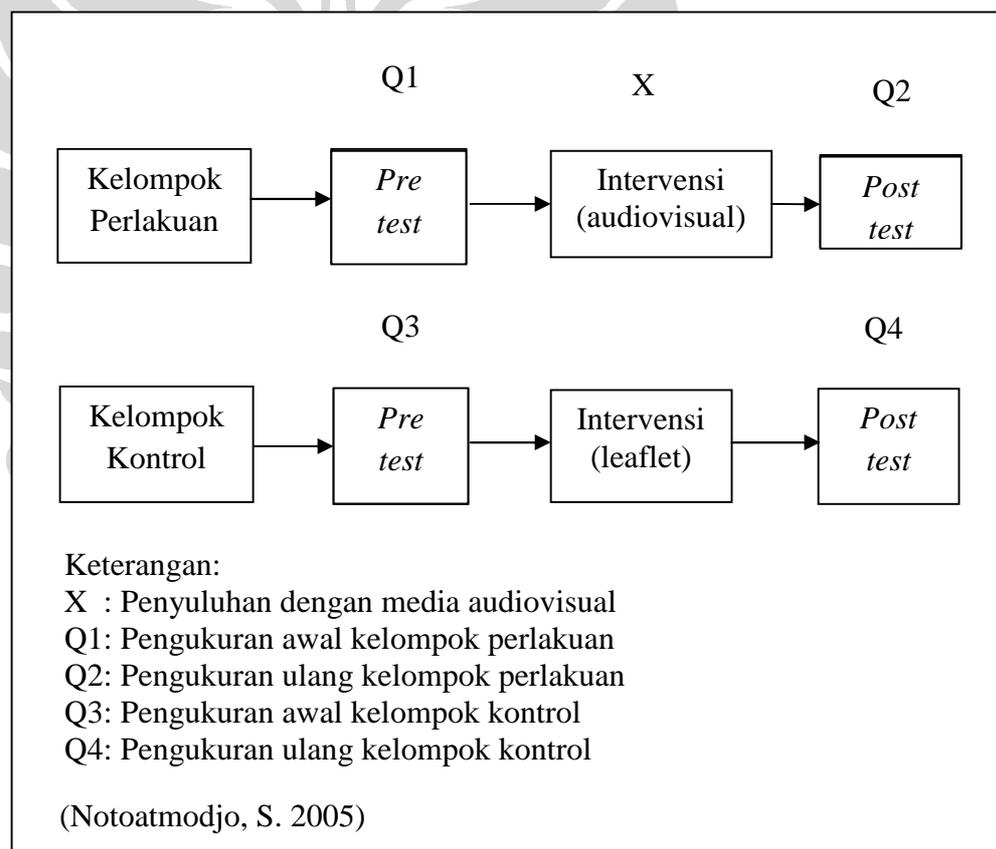


BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan *quasi-experimental design* dengan pendekatan rancangan *pretest-posttest control group design*. Rancangan ini digunakan karena penggunaan random dalam penentuan kelompok kontrol tidak dapat terpenuhi. Rancangan penelitian secara ringkas dapat dilihat pada skema 4.1 di bawah ini:

Skema 4.1 Rancangan penelitian *quasi experimental* dengan *pretest-posttest control group design*



Pre test dilakukan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol untuk mengetahui nilai awal yang digunakan untuk mengetahui efek dari pemberian variabel independen. Intervensi dengan audiovisual diberikan kepada

kelompok perlakuan; sedangkan kelompok kontrol mendapatkan *leaflet*. Pada kedua kelompok selanjutnya dilakukan *post test*. Nilai sebelum dan sesudah pemberian perlakuan kemudian dibandingkan, demikian juga hasil pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu dengan anak yang menderita diare yang dirawat di rumah sakit di kota Malang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu dengan anak yang menderita diare yang dirawat di rumah sakit dr. Saiful Anwar dan rumah sakit Militer kota Malang dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Ibu mampu berbahasa Indonesia
- c. Ditegakan diagnosis medis diare oleh dokter
- d. Ibu merawat sendiri balitanya di rumah
- e. Balita yang telah menjalani perawatan dua hari dirumah sakit

Kriteria eksklusi yaitu ibu balita diare dengan:

- a. Ibu yang mengundurkan diri
- b. Ibu mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran
- c. Ibu sedang sakit
- d. Balita yang menjalani rawat inap yang kedua (selama penelitian dilakukan)
- e. Balita diare di ruang observasi

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan uji hipotesis beda rata-rata berpasangan, dengan rumus sebagai berikut (Kuntoro, 2008):

$$n = \frac{2Z_{\alpha/2} \delta}{d}$$

Keterangan:

n : besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$: nilai distribusi normal baku (table Z) pada α tertentu

δ : standar deviasi

d : beda rata-rata berpasangan penelitian awal

Penelitian ini menggunakan nilai standar deviasi dan peningkatan rata-rata pengetahuan dari penelitian sebelumnya yaitu penelitian dari Barr, et al. (2009) tentang pengaruh disain materi pendidikan terhadap perubahan pengetahuan ibu. Hasil penelitian tersebut menunjukkan standar deviasi pengetahuan sebesar 12,3. Estimasi dilakukan pada derajat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 90% dengan perbedaan rata-rata berpasangan sebesar 6,2. Besar sampel minimal yang didapatkan adalah:

$$n = \frac{2 \times 1.96 \times 12.3}{6.2}$$

$$n = 30.24$$

$$n = 30$$

Sampel minimal yang diperlukan sebanyak 30 untuk masing-masing kelompok. Penelitian direncanakan dengan mengantisipasi kemungkinan terjadinya *drop out*, sehingga diperlukan penambahan sampel sebanyak 10% pada masing-masing kelompok, sehingga menjadi 33, jadi jumlah sampel untuk 2 kelompok sebesar 66. Dalam pelaksanaan penelitian, mengingat tidak terjadi *droup out*, maka pencapaian sampel dibatasi pada jumlah minimal yaitu sebesar 30 orang pada masing-masing kelompok, sehingga total sampel adalah 60 orang.

Penelitian direncanakan dengan menetapkan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan waktu perawatan yang dilakukan secara bersamaan di dua rumah sakit, yaitu rumah sakit Militer Kota Malang dan rumah sakit dr. Saiful Anwar. Pengumpulan data pada tanggal 1

Mei sampai dengan 27 Mei 2010 di kedua rumah sakit untuk kelompok intervensi dan tanggal 28 Mei sampai dengan 18 Juni untuk kelompok kontrol.

Teknik pengambilan sampel menggunakan cara *non probability sampling* jenis *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah responden yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Pemilihan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah dibuat.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di rumah sakit yang ada di kota Malang yaitu RSUD dr. Saiful Anwar dan RS Panti Nirmala. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan kedua tempat mempunyai jumlah kunjungan yang relatif banyak dan belum terlaksananya penyuluhan dengan media audiovisual. Pada pelaksanaan penelitian terjadi pemindahan salah satu tempat penelitian yaitu RS Panti Nirmala menjadi RS Militer kota Malang. Hal tersebut dikarenakan masalah administrasi dan jumlah kunjungan yang menurun pada RS Panti Nirmala. Pemilihan RS Militer Kota Malang berdasar jumlah kunjungan yang relatif banyak karena RS ini merupakan rumah sakit rujukan pertama di Kota Malang dan juga belum terlaksananya penyuluhan dengan media audiovisual. RS militer kota Malang merupakan rumah sakit tingkat II, sedangkan rumah sakit dr. Saiful Anwar Malang merupakan rumah sakit tipe A. Untuk meminimalkan perbedaan yang akan mempengaruhi hasil penelitian maka dilakukan pengambilan sampel secara bersamaan antara dua rumah sakit baik kelompok perlakuan maupun kontrol. Usaha yang kedua adalah responden pada kelompok kontrol di kedua rumah sakit menerima media yang sama yaitu media *leaflet*.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan selama 6 bulan, pengambilan data dilakukan selama 7 minggu yang dimulai pada tanggal 1 Mei dan berakhir tanggal 18 Juni 2009.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian dilakukan dengan mempertimbangkan prinsip etik. Prinsip etik bertujuan melindungi subyek penelitian. Responden yang berada dalam kelompok intervensi maupun kontrol harus tetap terlindungi hak-haknya. Prinsip etik berdasarkan Norwood (2000) adalah:

4.5.1 *Right to self determination*

Responden mempunyai hak otonomi untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian. Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, responden kemudian diberi kesempatan untuk memberikan persetujuan atau menolak berpartisipasi dalam penelitian. Pada hari ke tiga perawatan, peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden tentang prosedur penelitian, manfaat, dan risiko yang mungkin terjadi. Selanjutnya peneliti meminta kesediaan calon responden untuk menjadi responden. Peneliti tidak memaksakan, jika calon responden menolak maka peneliti menerima dan berterima kasih, sedangkan untuk calon responden yang menerima maka peneliti memberikan lembar persetujuan untuk ditanda tangani. Peneliti juga menjelaskan jika responden dapat mengundurkan diri dari penelitian tanpa konsekuensi apapun.

4.5.2 *Right to privacy and dignity*

Peneliti melindungi privasi dan martabat responden. Selama penelitian, kerahasiaan dijaga dengan cara menempatkan responden di ruang lain yang telah disiapkan yang terpisah dari pasien. Pada awal pelaksanaan pre test, post test dan penyuluhan peneliti menawarkan tempat khusus yaitu ruang penyuluhan kepada responden.

4.5.3 *Right to anonymity and confidentiality*

Data penelitian yang berasal dari responden tidak mencantumkan identitas responden tapi cukup dengan kode responden yaitu kode A untuk responden kelompok perlakuan dan kode B untuk responden kelompok kontrol yang selanjutnya diikuti oleh nomor urut repondon (misalnya A1 yang artinya responden nomer 1 pada kelompok perlakuan). Data yang diperoleh hanya diketahui oleh peneliti dan responden. Selama pengolahan data, analisis, dan publikasi dari hasil penelitian tidak mencantumkan identitas responden.

4.5.4 *Right to protection from discomfort and harm*

Kenyamanan responden dan resiko dari perlakuan yang diberikan selama penelitian tetap dipertimbangkan dalam penelitian ini. Kenyamanan reponden dipertahankan dengan memberikan pilihan tempat *pre test*, pelaksanaan penyuluhan dan *post test*. Ibu diberikan kebebasan memilih tempat yang nyaman menurut ibu yaitu antara ruang perawatan balitanya atau di ruang khusus yang telah disediakan.

4.5.5 *Right to fair treatment*

Kedua kelompok penelitian mendapatkan intervensi yang sama. Responden sebagai kelompok intervensi diberikan penyuluhan dengan media audiovisual. Responden sebagai kelompok kontrol mendapatkan *leaflet* dan setelah *post test* kelompok kontrol mendapatkan media audiovisual.

4.6 Instrumen Penelitian

4.6.1 Alat pengumpul data

Alat yang digunakan sebagai pengumpul data dalam penelitian ini berupa kuesioner tentang karakteristik responden, pengetahuan tentang penataksanaan diare dan sikap ibu terhadap penataksanaan diare. Karakteristik responden meliputi: umur, pendidikan, penghasilan keluarga, pengalaman dan informasi tentang penatalaksanaan diare.

Kuesioner pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan tinjauan teoritis tentang penatalaksanaan diare di rumah, yang terdiri dari 25 butir soal yang diuji validitas dan reliabilitasnya dan hanya menggunakan butir soal yang valid dan reliabel saja. Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas, soal yang valid dan reliabel berjumlah 17 pertanyaan dari 25 pertanyaan yang diuji, yang selanjutnya digunakan untuk pengumpulan data. Delapan pertanyaan yang tidak valid dan reliabel tidak digunakan untuk pengumpulan data. Skor dilakukan berdasarkan ketentuan, jawaban benar diberi skor 1, dan jawaban salah diberi skor 0. Skor kemudian dijumlahkan dibandingkan dengan skor maksimal kemudian dikalikan 100. Hasil perhitungan terakhir menunjukkan nilai yang dimiliki oleh responden.

Kuesioner sikap ibu terhadap penatalaksanaan diare juga dibuat oleh peneliti berdasarkan tinjauan teoritis tentang penatalaksanaan diare di rumah, berisi 26 butir pertanyaan tentang sikap yang mendukung dan sikap yang tidak mendukung. Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas, soal sikap yang valid dan reliabel berjumlah 18 dari 26 pertanyaan, yang selanjutnya digunakan untuk pengumpulan data. Delapan pertanyaan yang tidak valid dan reliabel tidak digunakan untuk pengumpulan data.

Setiap pernyataan sikap diberi empat pilihan jawaban dengan pemberian skor berdasarkan skala Likert 1-4 yang menunjukkan sikap sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju terhadap penatalaksanaan diare di rumah. Pemberian skor untuk pernyataan positif dengan ketentuan; 1 untuk sikap yang sangat tidak setuju, 2 untuk sikap tidak setuju, 3 untuk sikap setuju dan 4 untuk sikap sangat setuju. Ketentuan pemberian skor untuk pertanyaan negatif berkebalikan dengan yang positif yaitu 4 untuk sikap yang sangat tidak

setuju, 3 untuk sikap tidak setuju, 2 untuk sikap setuju dan 1 untuk sikap sangat setuju. Skor yang diperoleh dijumlahkan, dibandingkan dengan skor maksimal, kemudian dikalikan 100, didapat nilai sikap responden.

4.6.2 Uji validitas dan reliabilitas

Sebelum digunakan sebagai alat ukur, kuesioner yang telah dibuat dicobakan sekali pada 30 responden di RSSA dan RS Militer Kota Malang dan memiliki kriteria hampir sama dengan sampel penelitian. Selanjutnya responden dalam uji coba ini tidak masuk dalam sampel penelitian (Norwood, 2000). Kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Pengujian validitas pada instrumen penelitian ini menggunakan korelasi *product-moment*, dimana dibandingkan antara nilai masing masing soal dengan nilai total seluruh soal. Harga r pada taraf signifikansi 5% dan untuk jumlah 30 responden berdasarkan tabel r adalah 0,361, yang artinya soal dikatakan valid jika r lebih dari 0,361 (Hastono, 2007).

Berdasarkan pengujian pertanyaan pengetahuan, yang valid berjumlah 17 soal dengan rentang nilai r 0,389 – 0,807. Pertanyaan yang tidak valid adalah soal nomor 1, 2, 13, 15, 16, 17, 18, 19 dengan rentang nilai R 0,000 – 0,079. Uji reliabilitas juga menggunakan korelasi *product-moment*, hasil pengujian memperoleh nilai *Cronbach alpha* sebesar 0,904 (selengkapnya pada lampiran 6).

Hasil pengujian untuk pertanyaan sikap, yang valid berjumlah 18 soal dengan rentang nilai r 0,368 – 0,848. Pertanyaan yang tidak valid adalah soal nomor 7, 8, 9, 12, 14, 16, 23, 25 dengan rentang nilai r 0,017 – 0,311. Uji reliabilitas juga menggunakan korelasi *product-moment*. Hasil pengujian memperoleh nilai *Cronbach alpha* sebesar 0,858 (selengkapnya pada lampiran 6). Soal yang tidak valid, selanjutnya tidak digunakan sebagai kuesioner. Hanya item-item yang

valid dan reliabel yang digunakan sebagai instrumen dalam penelitian ini.

4.6.3 Media audiovisual dan *leaflet*

Media audiovisual dan *leaflet* ini dibuat berdasarkan tinjauan teoritis. Media ini berisi tentang penatalaksanaan diare di rumah yang meliputi: mencegah terjadinya dehidrasi dengan memberikan cairan yang dianjurkan yaitu oralit, larutan gula garam, dan cairan rumah tangga yang dianjurkan. Menjaga keadekuatan masukan makanan, larangan menggunakan obat-obatan anti diare, perawatan kulit selama diare, mencegah penyebaran infeksi dan mencuci tangan, waktu yang tepat anak dibawa ke layanan kesehatan. Media ini telah mendapatkan persetujuan dari ruangan untuk digunakan dalam penelitian.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Prosedur Administrasi

Penelitian ini dilakukan setelah proposal peneliti dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan telah memenuhi prosedur administrasi yang berlaku di rumah sakit di kota Malang. Ijin penelitian ditujukan kepada direktur RSUD dr. Saiful Anwar dan RS Militer Kota Malang.

4.7.2 Prosedur Teknis

Prosedur teknis yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Peneliti melakukan uji coba kuesioner kepada ibu dengan balita diare di RSUD dr. Saiful Anwar dan RS Militer Kota Malang dan melakukan uji validitas dan reliabilitas alat pengumpul data.
- b. Peneliti meminta mahasiswa untuk menjadi pengumpul data dan membantu pelaksanaan penelitian. Ketentuan yang harus dipenuhi oleh mahasiswa yaitu pendidikan S1 Keperawatan sekurang

kurangnya telah masuk semester 6. Mahasiswa pengumpul data dan yang membantu pelaksanaan penelitian, berjumlah 3 orang, yang bertugas untuk melaksanakan *pretest* dan *post test* dan memberikan penyuluhan sesuai panduan yang ditetapkan oleh peneliti.

- c. Mahasiswa yang bertugas sebagai penyuluh mendapatkan pembekalan tentang isi dari media audiovisual dan *leaflet*, pelaksanaan penyuluhan, dan materi diare secara umum. Mahasiswa yang bertugas sebagai pengumpul data mendapatkan pembekalan tentang isi kuesioner penelitian, data-data yang harus diisi dan pengecekan hasil kuesioner. Keterlibatan tiga mahasiswa ini dalam penelitian bertujuan untuk membantu pelaksanaan penelitian dan meminimalkan bias yang dapat timbul akibat subyektifitas peneliti.
- d. Peneliti menentukan kelompok perlakuan yaitu ibu dengan balita diare yang dirawat di RSUD dr. Saiful Anwar dan RS Militer Kota Malang pada tanggal 1 Mei sampai dengan 27 Mei 2010. Kelompok kontrol yaitu ibu dengan anak menderita diare yang dirawat 28 Mei sampai dengan 18 Juni 2010.
- e. Peneliti memilih responden berdasarkan kriteria inklusi yang telah dibuat
- f. Peneliti atau mahasiswa memperkenalkan diri kepada calon responden, menyampaikan informasi penelitian, menjelaskan tujuan penelitian, prosedur penelitian dan meminta kesediaan calon responden untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian dengan mengisi lembar persetujuan penelitian.
- g. *Pre test* diberikan kepada ibu yang bersedia berpartisipasi sebagai responden dengan diminta untuk mengisi kuesioner. Kegiatan *pre test* dilakukan pada hari ke 3 anak menjalani perawatan, dengan harapan kondisi anak sudah membaik dan perhatian ibu dapat dialihkan sementara untuk menerima penyuluhan kesehatan.
- h. Perlakuan: Penyuluhan kesehatan dilakukan pada hari ke 4. Ibu pada kelompok perlakuan diberikan penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual selama 15 menit dengan metode kelompok kecil

(2-4 responden). Selama 35 menit ibu mengikuti penyuluhan kesehatan, diawali dengan fase orientasi selama 5 menit, pemutaran media dilakukan selama 15 menit, dan diskusi serta penutup selama 15 menit. Penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual dilakukan di ruang tersendiri.

- i. Setelah penyuluhan kesehatan selesai langsung dilakukan *post test* untuk mengukur pengetahuan dan sikap ibu.
- j. Kelompok kontrol menerima media *leaflet*. Pelaksanaan *pre test* kelompok kontrol dilakukan pada hari ke 3 perawatan dan *post test* di hari ke 4 perawatan setelah diberi *leaflet*. Setelah *post test*, kelompok kontrol diberi media pendidikan kesehatan audiovisual.
- k. Data yang didapat dari kedua kelompok selanjutnya diolah dan dianalisis.

4.8 Pengolahan dan Analisis Data

Sebelum dilakukan analisis data, dilakukan pengolahan data melalui empat langkah (Hastono, 2007):

1. Editing

Peneliti dan pengumpul data melakukan pengecekan kelengkapan dari isian kuesioner dan kejelasan jawaban setelah responden selesai mengisi kuesioner. Jika terjadi jawaban yang tidak lengkap atau tidak jelas peneliti tanya kembali pada responden.

2. Coding

Peneliti memberikan kode A untuk kelompok intervensi yang diikuti dengan nomer urut responden dan kode B untuk kelompok kontrol yang diikuti dengan nomer urut responden. Pada saat *entry* data, kode diberikan pada variabel sesuai dengan koding yang telah diberikan di definisi operasional. Variabel pendapatan, kode 1 diberikan untuk pendapatan tinggi dan kode 2 untuk pendapatan rendah. Variabel pendidikan, kode 1 diberikan untuk pendidikan tinggi dan kode 2 untuk pendidikan rendah. Variabel pengalaman, kode 1 diberikan untuk yang memiliki pengalaman dan kode 2 untuk yang tidak memiliki pengalaman. Variabel informasi,

kode 1 diberikan untuk responden yang pernah menerima informasi sebelumnya dan kode 2 untuk yang belum pernah menerima informasi sebelumnya.

3. *Processing*

Proses pengolahan data dilakukan dengan memasukkan data dari masing-masing responden kedalam program komputer.

4. *Cleaning*

Setelah proses memasukkan data kedalam komputer, selanjutnya peneliti melakukan pengecekan data dan kelengkapan setiap responden. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan selanjutnya dilakukan analisis data.

Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan variabel pengetahuan, sikap, dan variabel perancu yang meliputi umur, pendidikan, pendapatan, pengalaman dan informasi dalam merawat anak dengan diare di rumah. Variabel dengan data numerik dianalisis dengan menggunakan mean, standar deviasi, 95% CI dan nilai minimal - maksimal. Variabel dalam bentuk data kategorik dijelaskan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan presentase atau proporsi.

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan yang bermakna antara dua variabel. Analisis bivariat pada sampel yang berpasangan digunakan uji t test dependen. Data yang tidak berpasangan di uji dengan t test independent. Homogenitas responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan Chi square. Analisis antar variabel selengkapnya dapat dilihat pada table 4.1 berikut:

Tabel 4.1
Analisis Variabel Dependen

Kelompok Perlakuan		Uji Statistik
<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	
Pengetahuan sebelum penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual	Pengetahuan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual	<i>T test dependent</i>

Sikap sebelum penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual.	Sikap sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual.	<i>T test dependent</i>
Kelompok Kontrol		Uji Statistik
<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	
Pengetahuan sebelum diberikan leaflet	Pengetahuan sesudah diberikan leaflet	<i>T test dependent</i>
Sikap sebelum diberikan leaflet.	Sikap sesudah diberikan leaflet.	<i>T test dependent</i>

Tabel 4.2
Analisis Variabel Independen dan Dependen

Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Uji Statistik
Peningkatan pengetahuan	Peningkatan pengetahuan	<i>T test independent</i>
Peningkatan sikap	Peningkatan sikap	<i>T test independent</i>
Pengetahuan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual	Pengetahuan diberikan leaflet.	<i>T test independent</i>
Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Uji Statistik
Sikap sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual.	Sikap sesudah diberikan leaflet.	<i>T test independent</i>

Tabel 4.3
Uji Homogenitas

Homogenitas		Uji Statistik
Pengetahuan (pretest) kelompok kontrol	Pengetahuan (pretest) kelompok perlakuan	<i>T test independent</i>
Sikap (pretest) kelompok kontrol	Sikap (pretest) kelompok perlakuan	<i>T test independent</i>
Usia kelompok perlakuan	Usia kelompok kontrol	<i>T test independent</i>
Pengalaman kelompok perlakuan	Pengalaman kelompok kontrol	<i>Chi square</i>
Pendidikan kelompok perlakuan	Pendidikan kelompok kontrol	<i>Chi square</i>
Pendapatan keluarga pada kelompok perlakuan	Pendapatan keluarga pada kelompok kontrol	<i>Chi square</i>
Informasi kelompok perlakuan	Informasi kelompok kontrol	<i>Chi square</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu tentang penatalaksanaan diare di rumah. Penelitian dilakukan pada 60 responden yang memiliki balita dengan diare di dua rumah sakit di Kota Malang, yaitu RSUD dr. Saiful Anwar dan Rumah Sakit Militer Kota Malang. Pengumpulan data dilakukan mulai tanggal 1 Mei sampai 18 Juni 2010.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi usia, pendidikan, pendapatan keluarga dalam satu bulan, pengalaman ibu dalam merawat anggota keluarga dengan diare dan informasi tentang penatalaksanaan balita diare dirumah. Usia merupakan data yang bersifat numerik, berdasarkan hasil analisis didapatkan ukuran tengah dan ukuran sebarannya. Hasil analisis variabel usia akan ditampilkan pada tabel 5.1 di bawah ini:

Tabel 5.1
Distribusi Usia Ibu dengan Balita Diare di Kota Malang Bulan
Mei-Juni 2010

Variabel	N	Mean	SD	Minimal- Maksimal	95% CI
Usia	60	30	5	22-43	28,89-31,37

Berdasarkan analisis didapatkan bahwa rata-rata usia ibu adalah 30 tahun (95% CI: 28,89-31,37), dengan standar deviasi 5. Hasil tersebut memiliki arti bahwa kebanyakan responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki usia dalam rentang 25 -35. Usia responden yang paling muda 22 tahun sedangkan usia responden yang tertua adalah 43 tahun.

Data yang berisifat kategorik dianalisis dan didapatkan jumlah dan persentase masing-masing kelompok. Variabel dengan jenis data katagorik ditunjukkan dalam tabel 5.2 sebagai berikut:

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Pendapatan, Pendidikan, Pengalaman,
dan Informasi Ibu di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	Kontrol (n=30)		Perlakuan (n=30)		Total (60)	
	F	%	F	%	F	%
1. Pendapatan						
Tinggi	16	53,3	24	80	40	66,7
Rendah	14	46,7	6	20	20	33,3
2. Pendidikan						
Tinggi	14	46,7	21	70	35	58,3
Rendah	16	53,3	9	30	25	41,7
3. Pengalaman						
Memiliki	16	53,3	22	73,3	38	63,3
Tidak memiliki	14	46,7	8	26,7	22	36,7
4.Mendapat Informasi						
Pernah	13	43,3	20	66,7	33	55
Tidak pernah	17	56,7	10	33,3	27	45

a. Pendapatan Keluarga

Dari 60 responden didapatkan proporsi ibu yang memiliki pendapatan lebih dari 1 juta rupiah sebesar 66,7%, sedangkan sisanya (33,3%) memiliki pendapatan kurang dari 1 juta rupiah. Proporsi pada masing-masing kelompok didapatkan adanya perbedaan, pada kelompok perlakuan responden dengan pendapatan keluarga diatas satu juta mencapai 80% sedangkan untuk kelompok kontrol, pendapatan di atas satu juta hanya mencapai 53,3%.

b. Pendidikan Ibu

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan proporsi ibu yang memiliki pendidikan tinggi sebesar 58,3%; sedangkan sisanya (41,7%) memiliki pendidikan yang rendah. Proporsi pada masing-masing kelompok didapatkan adanya perbedaan, pada kelompok perlakuan

responden dengan pendidikan tinggi mencapai 70%; sedangkan untuk kelompok kontrol responden dengan pendidikan rendah memiliki presentase yang terbanyak yaitu mencapai 53,3%.

c. Pengalaman Merawat Balita Diare

Dari seluruh responden (60 responden) didapatkan proporsi ibu yang memiliki pengalaman merawat balita diare sebesar 63,3%; sedangkan sisanya (36,7%) tidak memiliki pengalaman merawat balita diare. Proporsi pada masing-masing kelompok didapatkan adanya perbedaan, pada kelompok perlakuan responden yang memiliki pengalaman merawat balita diare mencapai 73,3% sedangkan untuk kelompok kontrol responden yang memiliki pengalaman merawat balita diare hanya mencapai 53,3%.

d. Informasi Tentang Penatalaksanaan Diare

Berdasarkan data seluruh responden (60 responden) didapatkan proporsi ibu yang pernah menerima informasi tentang penatalaksanaan diare di rumah sebelumnya sebesar 55%, sedangkan sisanya (45%) belum pernah menerima informasi. Proporsi pada masing-masing kelompok didapatkan adanya perbedaan, pada kelompok perlakuan responden yang pernah menerima informasi tentang penatalaksanaan diare di rumah sebelumnya mencapai 66,7%, sedangkan untuk kelompok kontrol responden yang pernah menerima informasi tentang penatalaksanaan diare di rumah sebelumnya mencapai 43,3%.

5.1.2 Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Tatalaksanaan Balita dengan Diare pada Kelompok Kontrol

Pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksanaan diare di rumah pada kelompok kontrol secara rinci tercantum pada tabel 5.3 dibawah ini:

Tabel 5.3
Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksanaan Balita Dengan Diare Pada Kelompok Kontrol di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	N	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
1. Pengetahuan					
Pre test	30	58,55	12,74	41,20-82,30	53,79-63,31
Post test	30	71,53	13,82	52,90-94,10	66,37-76,69
2. Sikap					
Pre test	30	77,57	6,7	64 – 89	75,07-80,07
Post test	30	83,77	5,9	75 -93	81,55-85,99

Berdasarkan analisis data didapatkan bahwa rata-rata nilai pengetahuan ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah sebelum diberikan perlakuan (*pre test*) adalah 58,55 (95% CI: 53,79-63,31), dengan standar deviasi 12,74. Hasil tersebut memiliki arti bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai pengetahuan dalam rentang 45,81 – 71,29. Nilai pengetahuan responden yang tertinggi adalah 82,30; sedangkan nilai terendah adalah 41,20.

Rata-rata nilai pengetahuan ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah setelah diberikan perlakuan (*post test*) adalah 71,53 (95% CI: 66,37-76,69), dengan standar deviasi 13,82. Arti dari hasil tersebut adalah bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai pengetahuan dalam rentang 57,71 – 71,29. Nilai pengetahuan tertinggi adalah 94,10; sedangkan nilai terendah adalah 52,90.

Variabel sikap, rata-rata nilai sikap ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah sebelum diberikan perlakuan (*pre test*) adalah 77,57 (95% CI: 75,07-80,07), dengan standar deviasi 6,7. Hasil tersebut memiliki arti bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai sikap dalam rentang 70,87 – 84,27. Nilai sikap tertinggi adalah 89; sedangkan nilai terendah adalah 64.

Rata-rata nilai sikap ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah setelah diberikan perlakuan (*post test*) adalah 83,77 (95% CI: 81,55-85,99), dengan standar deviasi 5,9. Hasil tersebut memiliki arti bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai pengetahuan dalam rentang 77,87-89,67. Nilai sikap tertinggi adalah 93; sedangkan nilai terendah adalah 75.

5.1.2 Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Tatalaksanaan Balita dengan Diare pada Kelompok Perlakuan

Pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksanaan diare di rumah pada kelompok perlakuan secara rinci tercantum dalam tabel dibawah ini:

Tabel 5.4
Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksanaan Balita Dengan Diare Pada Kelompok Perlakuan di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	N	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
1. Pengetahuan					
<i>Pre test</i>	30	59,59	11,71	41,20-82,30	55,21-63,96
<i>Post test</i>	30	82,31	11,04	64,7-100	78,18-86,43
2. Sikap					
<i>Pre test</i>	30	76,63	9,34	61-94	73,15-80,12
<i>Post test</i>	30	87,07	6,5	75-97	84,65-89,48

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa rata-rata nilai pengetahuan ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah sebelum diberikan perlakuan (*pre test*) adalah 59,59 (95% CI: 55,21-63,96), dengan standar deviasi 11,71. Hasil tersebut memiliki arti bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai pengetahuan dalam rentang 47,88 – 71,3. Nilai pengetahuan tertinggi adalah 82,30; sedangkan nilai terendah adalah 41,20.

Rata-rata nilai pengetahuan ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah setelah diberikan perlakuan (*post test*) adalah 82,31 (95% CI: 78,18-86,43), dengan standar deviasi 11,04. Arti dari hasil tersebut adalah bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai pengetahuan dalam rentang 71,27 – 93,35. Nilai pengetahuan tertinggi adalah 100; sedangkan nilai terendah adalah 64,7.

Variabel sikap, rata-rata nilai sikap ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah sebelum diberikan perlakuan (*pre test*) adalah 76,63 (95% CI: 73,15-80,12), dengan standar deviasi 9,34. Hasil tersebut memiliki arti bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai pengetahuan dalam rentang 67,29 – 85,97. Nilai sikap tertinggi adalah 94; sedangkan nilai responden yang terendah adalah 61.

Rata-rata nilai sikap ibu tentang tatalaksana balita diare di rumah setelah diberikan perlakuan (*post test*) adalah 87,07 (95% CI: 84,65-89,48), dengan standar deviasi 6,5. Hasil tersebut memiliki arti bahwa sebagian besar responden (sekitar 68 persen, dengan distribusi normal) memiliki nilai pengetahuan dalam rentang 40,75 – 48,53. Nilai sikap tertinggi adalah 97; sedangkan nilai terendah adalah 75.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui kesetaraan kedua kelompok reponden sebelum diberikan intervensi. Hasil uji homogenitas tercantum secara lengkap pada tabel 5.5 dibawah ini:

Tabel 5.5
Uji Homogenitas Faktor Perancu Antara Kelompok Kontrol dan
Kelompok Perlakuan Sebelum Diberikan Intervensi di Kota Malang
Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	Kontrol (n=30)		Intervensi (n=30)		<i>p Value</i>
	f	%	F	%	
1. Pendapatan					
Tinggi	16	53,3	24	80	0,055
Rendah	14	46,7	6	20	
2. Pendidikan					
Tinggi	14	46,7	21	70	0,116
Rendah	16	53,3	9	30	
3. Pengalaman					
Memiliki	16	53,3	22	73,3	0,18
Tidak memiliki	14	46,7	8	26,7	
4. Informasi					
Pernah mendapat	13	43,3	20	66,7	0,119
Tidak pernah mendapat	17	56,7	10	33,3	

Tabel 5.6
Uji Homogenitas Usia, Pengetahuan dan Sikap Antara Kelompok Kontrol
dan Kelompok Perlakuan Sebelum Diberikan Intervensi di Kota Malang
Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	Perlakuan	N	Mean	SD	SE	<i>p Value</i>
Usia ibu	Kontrol	30	30,63	5,25	0,96	0,424
	Perlakuan	30	29,63	4,33	0,79	
Pengetahuan	Kontrol	30	58,55	12,74	2,33	0,744
	Perlakuan	30	59,59	11,71	2,14	
Sikap	Kontrol	30	77,57	6,7	1,22	0,658
	Perlakuan	30	76,63	9,3	1,70	

Proporsi ibu yang memiliki pendapatan keluarga rendah sebesar 46,7% pada kelompok kontrol, sedangkan pada kelompok perlakuan sebesar 20%. Analisis lebih lanjut didapatkan tidak ada perbedaan bermakna antara pendapatan keluarga pada kedua kelompok ($p=0,055; \alpha=0,05$). Jadi kesimpulannya adalah pendapatan keluarga pada kedua kelompok bersifat homogen.

Berdasarkan tabel 5.5 terlihat juga bahwa ada perbedaan proporsi pendidikan responden dari kedua kelompok. Proporsi pendidikan tinggi pada kelompok perlakuan mencapai 70%, sedangkan pada kelompok kontrol persentase terbesar pada pendidikan rendah yaitu 53,3%. Analisis dengan uji *chi square* menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara penyuluhan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,116; \alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan responden pada kelompok kontrol dan perlakuan bersifat homogen.

Tabel 5.5 menunjukkan adanya perbedaan proporsi pengalaman responden dari kedua kelompok, namun keduanya menunjukkan kecenderungan yang sama yaitu sebagian besar responden memiliki pengalaman merawat balita dengan diare. Proporsi responden yang memiliki pengalaman pada kelompok kontrol mencapai 53,3%; sedangkan pada kelompok perlakuan mencapai 73,3%. Analisis dengan uji *chi square* menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengalaman pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,116; \alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa pengalaman responden pada kelompok kontrol dan perlakuan bersifat homogen.

Variabel Informasi, berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa ada perbedaan proporsi informasi tentang penatalaksanaan balita diare di rumah dari kedua kelompok. Proporsi responden yang pernah mendapat informasi pada kelompok perlakuan mencapai 66,7%,; sedangkan pada kelompok kontrol persentase terbesar pada responden yang belum pernah mendapatkan informasi sebelumnya yaitu 56,7%. Analisis dengan uji *chi square* menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara informasi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,119; \alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa informasi responden pada kelompok kontrol dan perlakuan bersifat homogen.

Rata-rata usia ibu pada kedua kelompok menunjukkan adanya sedikit perbedaan. Rata-rata usia ibu pada kelompok perlakuan mencapai 29,63; sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata usia ibu yaitu 30,63. Analisis dengan uji t menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata usia ibu pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,424; \alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata usia ibu pada kedua kelompok bersifat homogen.

Tabel 5.6 menunjukkan adanya sedikit perbedaan antara rata-rata nilai pengetahuan sebelum intervensi pada kedua kelompok. Rata-rata nilai pengetahuan sebelum perlakuan pada kelompok perlakuan mencapai 59,59; sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata nilai pengetahuan sebelum perlakuan yaitu 58,55. Analisis dengan uji t menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata nilai pengetahuan sebelum perlakuan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,744; \alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata nilai pengetahuan sebelum perlakuan pada kelompok kontrol dan perlakuan bersifat homogen.

Variabel sikap, menurut tabel 5.6 menunjukkan adanya sedikit perbedaan antara rata-rata nilai ibu sebelum diberikan perlakuan pada kedua kelompok. Rata-rata nilai ibu sebelum diberikan intervensi pada kelompok perlakuan mencapai 76,63; sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata nilai ibu sebelum diberikan perlakuan yaitu 77,57. Analisis dengan uji t menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata nilai ibu sebelum diberikan perlakuan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,658; \alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata nilai ibu sebelum diberikan perlakuan pada kelompok kontrol dan perlakuan bersifat homogen.

5.2.2 Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Ibu Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol

Perbedaan pengetahuan dan sikap ibu diidentifikasi dari perubahan pengetahuan dan sikap antara *pre test* dengan *post test* pada masing-masing kelompok. analisis perbedaan dilakukan dengan uji t. perubahan masing-masing variabel dijelaskan dalam tabel 5.7:

Tabel 5.7
Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut
Pre Test Dan *Post Test* Kelompok Kontrol Di Kota Malang
Bulan Mei-Juni 2010

Variabel		N	Mean	SD	SE	<i>p value</i>
Pengetahuan	Pre test	30	58,55	12,74	2,33	
	Post test	30	71,53	13,82	2,52	0,000
Sikap	Pre test	30	77,57	6,7	1,22	.
	Post test	30	83,77	5,9	1,08	0,000

Berdasarkan tabel diatas rata-rata nilai pengetahuan pada pre test adalah 58,55 dengan standar deviasi 12,74, pada post test rata-rata nilai pengetahuan adalah 71,53 dengan standar deviasi 13,82. Terlihat nilai mean perbedaan antara pre test dan post test adalah 12,98 dengan standar deviasi 8,53. Hasil analisis didapatkan nilai, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata nilai pengetahuan pre test dan post test ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Rata-rata nilai sikap pada pre test adalah 77,57 dengan standar deviasi 6,7, pada post test rata-rata nilai sikap adalah 83,77 dengan standar deviasi 5,9. Terlihat nilai mean perbedaan antara pre test dan post test adalah 6,2 dengan standar deviasi 3,5. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata nilai sikap pre test dan post test ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

5.2.3 Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Ibu Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Perlakuan

Perbedaan pengetahuan dan sikap ibu diidentifikasi dari perubahan pengetahuan dan sikap antara pre test dengan post test pada masing-masing kelompok. Analisis perbedaan dilakukan dengan uji t. Perubahan masing-masing variabel dijelaskan dalam tabel 5.8

Tabel 5.8
Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Menurut Pre Test Dan Post Test Kelompok Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010

Variabel		N	Mean	SD	SE	<i>p value</i>
Pengetahuan	Pre test	30	59,59	11,71	2,14	
	Post test	30	82,31	11,04	2,01	0,000
Sikap	Pre test	30	76,63	9,3	1,70	
	Post test	30	87,07	6,5	1,18	0,000

Rata-rata nilai pengetahuan pada *pre test* adalah 59,59 dengan standar deviasi 11,71. Pada *post test* rata-rata nilai pengetahuan adalah 82,31 dengan standar deviasi 11,04. Terlihat nilai mean perbedaan antara *pre test* dan *post test* adalah 22,72 dengan standar deviasi 10,86. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata nilai pengetahuan *pre test* dan *post test* ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Rata-rata nilai sikap pada *pre test* adalah 76,63 dengan standar deviasi 9,3. Pada *post test* rata-rata nilai sikap adalah 87,07 dengan standar deviasi 6,5. Terlihat nilai mean perbedaan antara *pre test* dan *post test* adalah 10,43 dengan standar deviasi 6,8. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata nilai sikap *pre test* dan *post test* ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

5.2.4 Perbedaan Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Perbedaan peningkatan pengetahuan dan sikap ibu diidentifikasi dari selisih nilai pengetahuan dan sikap antara *pre test* dengan *post test* pada masing-masing kelompok. Analisis perbedaan dilakukan dengan uji t. Perubahan masing-masing variabel dijelaskan dalam tabel 5.9

Tabel 5.9
Distribusi Peningkatan Rata-Rata Pengetahuan Dan Sikap Responden Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	Intervensi	N	Mean	SD	SE	<i>p Value</i>
Pengetahuan	Kontrol	30	12,94	8,53	1,56	0,02
	Perlakuan	30	19,46	10,38	1,89	
Sikap	Kontrol	30	6,07	3,6	0,66	0,003
	Perlakuan	30	10,47	6,8	1,24	

Rata-rata peningkatan nilai pengetahuan ibu pada kelompok kontrol adalah 12,94 dengan standar deviasi 8,53; sedangkan untuk ibu pada kelompok perlakuan rata-rata peningkatan pengetahuannya adalah 19,46 dengan standar deviasi 10,38. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,02$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata peningkatan nilai pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Rata-rata peningkatan nilai sikap ibu pada kelompok kontrol adalah 6,07 dengan standar deviasi 3,6; sedangkan untuk ibu pada kelompok perlakuan rata-rata peningkatan nilai sikapnya adalah 10,47 dengan standar deviasi 6,8. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,003$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata peningkatan nilai sikap pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

5.2.5 Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Ibu Sesudah Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Perbedaan pengetahuan dan sikap ibu diidentifikasi sebagai perbedaan nilai pengetahuan dan sikap *post test* antara kedua kelompok. Analisis perbedaan dilakukan dengan uji t. Perubahan masing-masing variabel dijelaskan dalam tabel 5.10

Tabel 5.10
Distribusi Perbedaan Pengetahuan Dan Sikap Responden Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol Dan Perlakuan Di Kota Malang Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	Intervensi	N	Mean	SD	SE	<i>p Value</i>
Pengetahuan	Kontrol	30	71,53	13,82	2,52	0,002
	Perlakuan	30	82,31	11,04	2,02	
Sikap	Kontrol	30	83,77	5,9	1,08	0,044
	Perlakuan	30	87,07	6,5	1,18	

Rata-rata nilai pengetahuan ibu pada kelompok kontrol adalah 71,53 dengan standar deviasi 13,52; sedangkan untuk ibu pada kelompok perlakuan rata-rata nilai pengetahuannya adalah 82,31 dengan standar deviasi 11,04. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,002$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata peningkatan nilai pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Rata-rata peningkatan nilai sikap ibu pada kelompok kontrol adalah 83,77 dengan standar deviasi 5,9; sedangkan untuk ibu pada kelompok perlakuan rata-rata peningkatan nilai sikapnya adalah 87,07 dengan standar deviasi 6,5. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,044$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata peningkatan nilai sikap pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Responden

a. Usia

Rata-rata usia ibu balita diare di kota Malang selama bulan Mei sampai Juni 2010 adalah 30 tahun. Rata-rata usia ini sesuai untuk ibu balita diare dimana dalam kurun 5 tahun terakhir berarti para ibu berada dalam rentang usia aman untuk hamil, melahirkan dan merawat balita. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa variasi data usia tidak begitu besar sehingga dapat diasumsikan bahwa usia masing-masing responden berada disekitar usia 30 tahun. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kasman (2003), yang menyebutkan bahwa rentang usia ibu yang memiliki balita dengan diare terbanyak (88,1%) adalah rentang usia 20-40 tahun. Hal senada juga disampaikan oleh penelitian Wulandari (2009), yang menyebutkan bahwa sebagian besar usia ibu balita diare masuk dalam rentang usia 20-35 yaitu sebesar 68,8%.

Usia ibu bukan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian diare pada balita. Hasil-hasil penelitian diatas menyebutkan bahwa usia ibu balita dengan diare mempunyai rentang usia yang cukup luas yaitu 20 sampai dengan 40 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa usia muda maupun usia tua seorang ibu tidak mempengaruhi kejadian diare. Menurut hasil penelitian Adisasmito (2007), usia ibu tidak berkontribusi terhadap kejadian diare, sedangkan yang berkontribusi adalah pengetahuan, perilaku dan hygiene ibu. Penelitian tersebut didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Sari (2006), yang menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian diare pada anak balita ($p=0,114$).

Usia seseorang akan mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang terhadap informasi yang diberikan. Semakin bertambahnya usia maka daya tangkap dan pola pikir seseorang semakin berkembang (Notoatmodjo, 2003). Daya tangkap merupakan kemampuan seseorang untuk menerima informasi yang diberikan kepadanya. Daya tangkap ini akan berhubungan dengan maturitas dari fungsi tubuh baik indera maupun otak dan kesehatan seseorang. Pada usia 30 tahun seseorang tentunya telah melewati tahap pertumbuhan fungsi-fungsi tubuhnya. Usia 30 juga merupakan usia yang produktif dimana produktifitas kerja mampu dilakukan secara optimal dan keluhan kesehatan masih jarang diungkapkan. Maturitas fungsi tubuh, kesehatan dan produktifitas yang optimal akan mempengaruhi masuknya informasi lebih baik, sehingga menambah pengetahuan seseorang (Barr, et al. 2009).

Usia juga akan mempengaruhi sikap seseorang (Maulana, 2009). Dengan bertambahnya usia bertambah pula pengalaman yang telah dialaminya oleh seseorang. Pada usia 30 tentunya seseorang telah melewati perjalanan hidup yang tidak singkat, yang dalam perjalanannya akan mendapatkan pengalaman hidup dan lebih banyak berkomunikasi dengan orang lain. Pengalaman dan informasi yang cukup banyak pada usia ini akan membentuk sikap seseorang terhadap suatu hal.

b. Pendapatan Keluarga

Ibu balita diare di kota Malang selama bulan Mei sampai Juni 2010 sebagian besar memiliki pendapatan lebih dari 1 juta rupiah; sedangkan sisanya (33,3%) memiliki pendapatan kurang dari 1 juta rupiah. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang diperoleh Kasman (2003), bahwa ibu yang memiliki pendapatan di atas upah minimum propinsi Sumatra Barat mencapai 86%. Penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian Warman (2008) dengan hasil 79,1%

responden merupakan keluarga sejahtera I. Keluarga sejahtera I adalah keluarga yang telah mampu memenuhi kebutuhan dasar telah terpenuhi, namun kebutuhan sosial psikologis belum terpenuhi.

Penelitian Warman juga menyebutkan bahwa keadaan sosial ekonomi memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian diare akut pada anak balita. Namun kontribusi sosial ekonomi terhadap kejadian diare akut hanya sebesar 5,5 % sedangkan 94,5 % lagi disebabkan oleh faktor-faktor yang lain.

Pendapatan akan menjamin ketersediaan dan terpenuhinya kebutuhan hidup seluruh keluarga sehari-hari. Keterbatasan keuangan akan menyebabkan pemenuhan kebutuhan air, makanan, dan lingkungan tempat tinggal yang sehat dan bersih akan terganggu. Balita dengan pendapatan yang rendah akan lebih rentan mengalami penurunan daya tahan tubuh dan peningkatan paparan dengan sumber-sumber penyakit. Kondisi tersebut menyebabkan balita akan lebih mudah untuk terinfeksi penyakit diare. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Labay (2007) yang menyebutkan bahwa kejadian diare terjadi lebih sering pada balita dengan kondisi ketersediaan air minum yang buruk, makanan yang terkontaminasi dan sanitasi lingkungan yang kotor.

Penelitian lain yang sesuai adalah penelitian dari Labay (2007), yang menyebutkan bahwa sebagian besar yaitu 66,5% responden dengan penyakit diare memiliki pendapatan yang rendah. Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Mukhopadhyay, et al. (2007) menyebutkan bahwa sebagian besar responden memiliki pendapatan keluarga yang rendah.

Berdasarkan paparan diatas terlihat adanya perbedaan antara hasil penelitian ini dengan beberapa penelitian yang lain yaitu sebagian

besar balita diare memiliki pendapatan keluarga yang tinggi. Pendapatan yang tinggi suatu keluarga akan diikuti dengan ketersediaan air bersih, makanan yang sehat dan sanitasi lingkungan yang baik namun keadaan tersebut tidak menjamin seseorang terhindar dari penyakit diare. Faktor yang mungkin menyebabkan diare adalah hygiene ibu, bahan makanan yang sehat jika dalam proses pengolahannya tidak baik akan menjadikan makanan yang tidak sehat atau tercemar.

Kebiasaan jajan diluar baik untuk makanan pokok maupun jajanan juga dapat menyebabkan diare, pada kondisi ini tentunya kita tidak bisa mengontrol kebersihan makanan baik selama proses memasak maupun proses penyajiannya. Faktor selanjutnya adalah penyebab diare, diare tidak hanya disebabkan oleh karena keterbatasan kebutuhan sehari-hari namun juga disebabkan karena alergi dan manifestasi dari penyakit yang lain. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan ada beberapa balita yang mengalami diare yang disebabkan oleh karena alergi dan dengan penyakit yang lain.

Pendapatan seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu. Pendapatan akan menjamin ketersediaan sumber-sumber informasi misalnya televisi atau majalah. Penyebaran informasi biasa dilakukan melalui media-media yang banyak dimiliki oleh masyarakat. Keterpaparan seseorang terhadap informasi akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang, karena informasi adalah sumber pengetahuan dan informasi adalah pembentuk sikap (Maulana, 2009).

c. Pendidikan Ibu

Ibu dengan balita diare di kota Malang selama bulan Mei sampai Juni proporsi ibu yang memiliki pendidikan tinggi sebesar 58,3%; sedangkan sisanya (41,7%) memiliki pendidikan yang rendah. Hasil

penelitian ini sesuai dengan yang diperoleh Rimawati (2003) yaitu ibu balita diare sebagian besar memiliki pendidikan tinggi yaitu SMA, Diploma atau Perguruan Tinggi sebesar 53,39%.

Penelitian ini memiliki hasil yang tidak sesuai dengan penelitian Wulandari (2009) yang menyatakan bahwa sebagian besar ibu balita diare yaitu 76,19% memiliki pendidikan dibawah SMU. Penelitian lain yang senada adalah penelitian dari Mukhopadhyay, et al. (2007) yang menyatakan bahwa karakteristik ibu balita diare didominasi oleh pendidikan yang rendah.

Seseorang dengan pendidikan yang tinggi seharusnya akan segera mencari informasi yang dibutuhkan dan segera melakukannya, misalnya segera memberikan oralit saat anak diare bahkan dapat memberikan tindakan antisipasi misalnya dengan menyimpan oralit di rumah. Dengan tindakan tersebut penyakit diare tidak menimbulkan masalah yang serius misalnya dehidrasi yang mengharuskan anak untuk segera dirawat di rumah sakit.

Namun pada penelitian ini, sebagian besar ibu berpendidikan tinggi dan balitanya dirawat dirumah sakit karena diare. Kondisi ini terjadi mungkin disebabkan karena ada beberapa responden yang dirawat di rumah sakit tidak murni karena perawatan untuk diarenya. Beberapa responden memiliki penyakit lain selain diare misalnya gangguan hematologi dengan diare, ada juga beberapa responden dengan balita diare yang disebabkan karena alergi sehingga balita dirawat di rumah sakit untuk penanganan lebih lanjut dari penyakitnya yang lain atau dari alerginya.

Pendidikan seseorang akan memberikan perbedaan pada pengetahuannya. Hal tersebut dikarenakan pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang maka daya tangkap terhadap informasi semakin tinggi, sehingga

akan semakin mudah untuk menerima informasi (Notoadmodjo, 2006). Seseorang dengan pendidikan tinggi akan cenderung untuk mendapatkan dan menerima informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa lebih mudah dan banyak. Hal ini sesuai dengan penelitian Garini (2004) yang menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pengetahuan ibu.

Kondisi tersebut dikarenakan kesadaran dan kebutuhan terhadap informasi semakin baik. Kesadaran dan kebutuhan akan membuat orang lebih aktif untuk mencari sendiri informasi-informasi yang dibutuhkan, sehingga lebih banyak informasi yang didapat. Orang dengan pendidikan rendah cenderung bersifat pasif dalam pencarian informasi bisa disebabkan karena kemampuan yang terbatas dalam memahami informasi atau karena kesadaran peningnya informasi yang masih rendah. Banyaknya informasi yang masuk maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan dan mampu membentuk dan meningkatkan sikap seseorang (Notoadmojo, 2005). Namun seseorang dengan tingkat pendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan dan bersikap rendah pula. Pengetahuan dan sikap seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah dapat ditingkatkan salah satunya melalui layanan informasi kesehatan.

d. Pengalaman Merawat Balita Diare

Ibu dengan balita diare di kota Malang selama bulan Mei sampai Juni proporsi ibu yang memiliki pengalaman merawat balita diare sebesar 63,3%, sedangkan sisanya (36,7%) tidak memiliki pengalaman merawat balita diare. Menurut Depkes, di Indonesia setiap anak mengalami diare rata-rata 1 sampai 2 kali setahun (Wahyudi, 2009) dapat diasumsikan bahwa sebagian besar anak pernah menderita diare dan sebagian besar ibu mempunyai

pengalaman untuk merawat anak diare baik di rumah maupun di rumah sakit.

Ibu yang sudah memiliki pengalaman merawat anak dengan diare seharusnya telah memiliki ketrampilan dalam memberikan perawatan diare selama di rumah. Namun, walaupun sebagian besar ibu memiliki pengalaman merawat sebelumnya, balita mereka masih terserang diare dan dirawat di rumah sakit. Hal ini mungkin terjadi karena beberapa responden masuk rumah sakit tidak hanya karena diare namun ada penyakit lainnya. Sehingga walaupun diare anak tidak memerlukan perawatan di rumah sakit namun penyakit yang lainnya memerlukan pemeriksaan dan perawatan di rumah sakit lebih lanjut.

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan dan pembentuk sikap (Walgito, 2003). Pengetahuan akan diperoleh dengan mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh saat memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu. Pengalaman juga akan membentuk sikap, dimana pengalaman baik yang bersumber dari diri sendiri maupun orang lain (apalagi berupa pengalaman traumatik) akan menimbulkan sikap tertentu terhadap semua hal atau kondisi yang dihadapi saat ini yang sesuai dengan pengalamannya terdahulu. Sikap merupakan hal yang dipelajari dan dibentuk melalui pengalaman, latihan sepanjang perkembangan individu

e. Informasi Tentang Penatalaksanaan Diare

Ibu dengan balita diare di kota Malang selama bulan Mei sampai Juni 2010, yang pernah menerima informasi tentang penatalaksanaan diare di rumah sebelumnya sebesar 55%; sedangkan sisanya (45%) pernah menerima informasi. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya, yaitu penelitian Ishak, Wilopo, Ismail pada tahun 2005 di Yogyakarta yang

menyebutkan bahwa sebagian besar atau 91,2% responden pernah menerima informasi sebelumnya.

Pemberian informasi tentang diare memang sudah sering diberikan baik melalui penyuluhan di rumah sakit untuk pasien rawat inap, puskesmas atau poli untuk pasien rawat jalan dan media massa banyak yang mengulas penyakit diare, sehingga lebih dari 50% responden dan bahkan lebih dari 90% pada penelitian lain telah mendapatkan informasi sebelumnya. Namun informasi yang diberikan masih terpecah-pecah misalnya penyebaran informasi tentang oralit saja dan informasi tentang pemakaian tablet zink melalui iklan di televisi, sehingga walaupun lebih 50% telah menerima informasi namun informasinya belum komprehensif. Dengan informasi penatalaksanaan yang sepotong-sepotong akan menyebabkan perawatan yang diberikan ibu belum maksimal. Kemampuan seseorang untuk menggabungkan beberapa informasi menjadi kesatuan yang komprehensif berbeda-beda.

Informasi yang telah diperoleh akan diproses oleh seseorang sehingga menghasilkan pengetahuan. Semakin sering orang terpapar informasi maka semakin banyak pula pengetahuannya. Informasi juga merupakan pembentuk sikap. Informasi akan diterima sebagai suatu objek sikap yang menyenangkan atau tidak, jika menyenangkan selanjutnya akan diyakini dan akhirnya akan ada dorongan untuk melakukannya (Maulana, 2009).

6.1.2 Perbedaan Pengetahuan Ibu Sebelum dan Sesudah Diberikan Penyuluhan Kesehatan dengan Media Audiovisual

Rata-rata nilai *pre test* pengetahuan ibu pada kelompok perlakuan adalah 59,59 dan *post test* rata-rata nilai pengetahuan adalah 82,31. Hasil rata-rata nilai pengetahuan responden menunjukkan peningkatan yang cukup besar yaitu mencapai peningkatan 22,72 atau meningkat

sebesar 38%. Kedua kelompok memiliki standar deviasi yang hampir sama, sehingga dapat diartikan variasi nilai pada dua kelompok hampir sama. Nilai masing-masing responden pada kedua kelompok berada disekitar nilai rata-rata kelompok. Peningkatan nilai tersebut menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna peningkatan pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan balita diare di rumah pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi ($p=0,000; \alpha=0,05$).

Peningkatan tersebut diartikan sebagai hasil dari penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual dan dilanjutkan dengan diskusi yang diberikan, karena karakteristik awal responden adalah sama. Pemilihan dan penggunaan media merupakan salah satu komponen yang penting. Menurut Maulana (2009), pancaindera yang banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% sampai 87%), sedangkan 13% sampai 25%, pengetahuan manusia diperoleh dan disalurkan melalui pancaindera yang lain. Media seharusnya mampu merangsang atau memasukan informasi melalui berbagai indera. Semakin banyak yang dirangsang maka masuknya informasi akan semakin mudah. Media audiovisual memberikan rangsangan melalui mata dan telinga. Perpaduan saluran informasi melalui mata yang mencapai 75% dan telinga 13% akan memberikan rangsangan yang cukup baik sehingga dapat memberikan hasil yang optimal.

Pemilihan audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan dapat diterima dengan baik oleh responden. Media ini menawarkan penyuluhan yang lebih menarik dan tidak monoton. Penyuluhan dengan audiovisual menampilkan gerak, gambar dan suara sedangkan penyuluhan dengan media cetak menampilkan tulisan dan suara penyuluh secara langsung yang membuat terkesan formal. Pada saat pelaksanaan penelitian, karena media ini terbilang baru sebagian besar responden mempunyai keingintahuan yang besar terhadap isi video dan melihat video sampai selesai dengan serius.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh penelitian Barr et al. (2010) dengan judul: *Effectiveness Of Educational Materials Designed To Change Knowledge And Behaviors Regarding Crying And Shaken-Baby Syndrome In Mothers Of Newborns: A Randomized, Controlled Trial*. Penelitian ini menggunakan booklet (11 halaman) dan DVD (durasi 12 menit) untuk kelompok intervensi. Hasil penelitian menyatakan bahwa rata-rata nilai pengetahuan pada kelompok intervensi lebih tinggi dibanding dengan nilai pengetahuan kelompok kontrol.

Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian dari Garini (2004) “Pengaruh intervensi VCD metoda perawatan bayi lekat terhadap pengetahuan ibu bayi berat lahir rendah di RSUD Ciawi Bogor”. Penelitian memberikan intervensi berupa memperlihatkan video dan demonstrasi pada responden. Hasil penelitian ada pengaruh yang bermakna antara intervensi VCD dengan tingkat pengetahuan ($p=0,05$).

Penyebarluasan informasi Penggunaan media pendidikan kesehatan yang lain seperti *booklet*, poster, *leaflet* dalam penelitian dan pendidikan kesehatan telah banyak dilakukan dan menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan. Penelitian yang dilakukan oleh Setyowati (2005) di Jepara menunjukkan bahwa setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media *leaflet*, pengetahuan kelompok intervensi meningkat secara bermakna dibanding kelompok kontrol. Penelitian dengan media modul juga memberikan hasil peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi dibandingkan pada kelompok kontrol dilakukan oleh Arifah (2010).

Ahmed (2008) yang melakukan penelitian di Kairo mendapatkan hasil peningkatan pengetahuan dan ketrampilan ibu secara bermakna yang berbeda dengan kelompok kontrol. Dalam penelitiannya Ahmed

menggunakan beberapa metode pendidikan dari Bandura yaitu menggunakan *modelling* dalam bentuk demonstrasi atau diskusi. Metode ceramah yang merupakan hasil penelitian Purwono pada tahun 2009 juga mampu untuk meningkatkan pengetahuan responden.

6.1.3 Perbedaan Sikap Ibu Sebelum dan Sesudah Diberikan Penyuluhan Kesehatan dengan Media Audiovisual

Kelompok perlakuan memiliki rata-rata nilai sikap sebelum intervensi sebesar 76,63 dan rata-rata nilai sikap setelah intervensi sebesar 87,07. Perbedaan nilai rata-rata antara sebelum dan sesudah intervensi adalah sebesar 10,43 atau hanya meningkat sebesar 14%. Hasil peningkatan rata-rata nilai sikap responden menunjukkan peningkatan yang tidak sebesar pada pengetahuan. Kedua kelompok memiliki standar deviasi yang berbeda, sehingga dapat diartikan variasi nilai pada kelompok *pre test* lebih tinggi dibanding pada kelompok *post test*. Dengan perbedaan tersebut maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata nilai sikap *pre test* dan *post test* ($p=0,000; \alpha=0,05$).

Peningkatan nilai pada sikap memang tidak sebesar peningkatan pada variabel pengetahuan, hal ini dapat disebabkan karena nilai responden saat *pre test* sudah tinggi. Nilai yang telah tinggi saat awal ini akan memberikan hasil yang memuaskan yaitu 87,7 hanya dengan peningkatan 14%. Hal ini berbeda dengan variabel pengetahuan dimana nilai awalnya masih rendah sehingga dengan peningkatan sebesar 38% baru memberikan hasil yang memuaskan (82,31).

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yaitu penelitian dari Sari (2004) tentang pengaruh penyuluhan pijat bayi terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang pijat bayi di Dusun Dukuh Desa Sidokarto Godean Sleman Yogyakarta. Penyuluhan tersebut menggunakan video sebagai media penyuluhan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan ada perubahan pengetahuan dan sikap ibu

antara sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan dengan VCD. Penelitian lain yang sesuai adalah penelitian dari Tram, et al. (2003) yang menunjukkan bahwa setelah diberi penyuluhan pengetahuan dan sikap kelompok intervensi berbeda secara bermakna dengan kelompok kontrol.

Penelitian tentang media pendidikan kesehatan yang lain telah banyak dilakukan dan menunjukkan adanya peningkatan sikap. Penelitian yang dilakukan oleh Djaafar (2002) memberikan hasil bahwa penyuluhan yang disertai dengan media folder lebih meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu balita. Penelitian Holt, et al. (2003) menunjukkan bahwa setelah kelompok intervensi diberikan pendidikan kesehatan dengan *leaflet* melalui *home visit* nilai pengetahuan meningkat secara bermakna dibanding kelompok kontrol yang menerima *leaflet* melalui pengiriman melalui pos.

Sikap merupakan hal yang harus dipelajari dan dibentuk melalui pengalaman, latihan sepanjang perkembangan individu (Maulana, 2009). Proses pembentukan atau perubahan sikap hampir selalu dilakukan dengan adanya objek dan manipulasi situasi atau lingkungan, sehingga menghasilkan perubahan sikap yang dikehendaki. Media audiovisual pada penelitian ini memberikan informasi tentang diare, penatalaksanaan diare di rumah, dan tanda bahaya diare. Informasi ini selain dapat meningkatkan pengetahuan, juga dapat mempengaruhi perubahan sikap menjadi lebih baik. Proses perubahan terjadi diasumsikan karena kebutuhan responden akan informasi saat itu sedang meningkat seiring dengan peningkatan perawatan yang dibutuhkan oleh balita mereka. Dirawatnya balita mereka di rumah sakit karena penyakit diare akan memberikan pengalaman yang tidak menyenangkan dan tidak ingin kondisi ini terulang kembali juga menyebabkan terjadinya perubahan sikap.

6.1.4 Keefektifan Audiovisual Sebagai Media Pendidikan Kesehatan dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu

Sebelum diberikan penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual ibu balita diare pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan telah memiliki kesamaan karakteristik yaitu usia, pendidikan, pendapatan, pengalaman, dan informasi. Pengetahuan dan sikap sebelum intervensi juga memiliki kesamaan. Pemberian penyuluhan kesehatan dengan media ini dilakukan satu kali dan dilanjutkan dengan diskusi. Diskusi dilakukan jika ada pertanyaan dari responden tentang video yang diputarkan.

Berdasarkan analisis univariat terlihat adanya peningkatan rata-rata nilai baik pada pengetahuan maupun sikap. Peningkatan tersebut lebih besar pada kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol. Peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol sebesar 20% sedangkan pada kelompok perlakuan 38%. Pada sikap kelompok kontrol mengalami peningkatan sebesar 7% sedangkan kelompok perlakuan 14%.

Hasil pengujian untuk variabel pengetahuan didapatkan ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata peningkatan nilai pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,01$). Pada variabel sikap juga menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara rata-rata peningkatan nilai sikap pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p=0,03$). Berdasarkan hasil uji perbedaan antara nilai *post test* kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol baik variabel pengetahuan maupun sikap juga menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Iporra (1996) dengan judul “*Educating Hispanic Mothers’ Management Of Infant Gastroenteritis, Utilizing Mastery Learning And Overlearning*”

In Conjunction With Audiovisual Instructional Methods". Penelitian ini memberikan intervensi video dua kali untuk kelompok perlakuan dan satu kali untuk kelompok kontrol. Hasilnya menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

Hasil penelitian lain yang sesuai adalah pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode audio visual tentang cara perawatan bayi terhadap perubahan perilaku ibu primipara dalam perawatan bayi baru lahir (Suryani, 2008). Penelitian ini dilakukan dengan pemutaran video sebanyak satu kali dan menggunakan *design one group pre test post test*. Hasil penelitian menunjukkan ada perubahan pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan. Hasil penelitian Sari (2004) juga sesuai dengan hasil ada perubahan pengetahuan dan sikap ibu sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan. Penelitian yang lain adalah penelitian dari Tram, et al. (2003) yang menunjukkan bahwa setelah diberi pendidikan kesehatan pengetahuan dan sikap kelompok intervensi berbeda secara bermakna dengan kelompok kontrol.

Peningkatan pengetahuan dan sikap ibu setelah diberikan perlakuan merupakan akibat dari pemberian pendidikan kesehatan dengan media audiovisual. Dengan demikian media audiovisual sebagai media pendidikan kesehatan efektif digunakan untuk memberikan peningkatan pengetahuan kepada ibu dan merubah sikap ibu menjadi lebih baik.

6.2 Keterbatasan Penelitian

6.2.1 Pengambilan sampel

Terdapat beberapa responden pada penelitian ini yang masalahnya tidak murni dari penyakit diare tapi merupakan gabungan dari penyakit diare dan penyakit yang lain. Ada juga responden dengan diare akibat alergi yang memerlukan perawatan di rumah sakit lebih lanjut untuk

alerginya. Kurangnya pembatasan pada kriteria inklusi ini mungkin dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian.

6.2.2 Pelaksanaan *pre test*, penyuluhan dan *post test*

Peneliti memberikan keleluasaan responden untuk memilih tempat pelaksanaan. Sebagian besar responden memilih mengerjakan *pre test*, *post test* dan penyuluhan di ruang rawat pasien, sehingga ada gangguan-gangguan dari lingkungan yang tidak bisa di kontrol oleh peneliti seperti gangguan dari anak atau keluarga yang lain.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1 Dalam Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini sebagai masukan bagi tenaga kesehatan dan pengambil kebijakan di pelayanan kesehatan tentang media audiovisual, yang memberikan implikasi terhadap pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Peningkatan pelayanan keperawatan dengan memberikan asuhan keperawatan pada balita diare secara holistik. Penyuluhan kesehatan merupakan intervensi keperawatan yang mandiri, yang diberikan sebagai usaha meningkatkan pengetahuan dan sikap serta memfasilitasi keinginan belajar dari pasien dan keluarga. Dengan hasil dalam penelitian ini, penyuluhan kesehatan dapat diberikan lebih mudah (dengan pemutaran video dilanjutkan dengan diskusi) dengan memanfaatkan sarana prasarana yang ada sehingga tujuan dapat lebih cepat tercapai.
2. Pengembangan media penyuluhan kesehatan menjadi lebih bervariasi, sehingga dalam pelaksanaan penyuluhan tenaga kesehatan akan lebih banyak pilihan media. Media audiovisual ini akan membantu perawat dalam memberikan informasi kepada pasien dengan lebih mudah, dengan waktu yang lebih singkat, dapat memanfaatkan sarana prasarana di ruangan yang telah tersedia misalnya televisi, dan memberikan informasi secara lengkap tanpa takut ada yang lupa belum tersampaikan. Pemberian penyuluhan kesehatan ini akan meningkatkan kepuasan pasien terhadap

pelayanan keperawatan dan mampu memberikan penatalaksanaan yang tepat bagi balitanya.

3. Diperoleh gambaran pengembangan *discharge planning* untuk mempersiapkan ibu dalam memberikan perawatan yang tepat saat balita diare sehingga balita tidak harus dirawat di rumah sakit.

6.3.2 Pendidikan Keperawatan

Pengembangan mata kuliah pendidikan kesehatan dan sistem informasi manajemen pada pendidikan sarjana keperawatan dan magister keperawatan. Dengan pengembangan tersebut akan memfasilitasi mahasiswa belajar dan mempraktekkan pemberian penyuluhan kesehatan, metode dan pembuatan media penyuluhan kesehatan, sehingga harapan peran perawat sebagai *care giver, educator dan advocad* dapat tercapai.

6.3.3 Pengembangan penelitian

Media penyuluhan kesehatan harus terus dikembangkan. Penelitian untuk menemukan media-media baru yang lebih banyak merangsang indera kita, gabungan beberapa media, dan metode terbaik untuk suatu media harus terus dilakukan sehingga memberikan hasil yang lebih baik masih perlu dilakukan.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian efektifitas media audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap di Kota Malang, dapat disimpulkan sebagai berikut:

7.1.2 Karakteristik ibu balita dengan diare rata-rata berusia 30 tahun.

Sebagian besar responden memiliki pendapatan lebih dari 1 juta rupiah, tingkat pendidikan yang tinggi dan memiliki pengalaman merawat balita diare, serta sebagian besar ibu pernah menerima informasi tentang penatalaksanaan diare di rumah sebelumnya.

7.1.3 Terdapat perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual.

7.1.4 Terdapat perbedaan sikap yang bermakna antara sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual.

7.1.5 Terdapat peningkatan pengetahuan antara sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual pada kelompok kontrol dan perlakuan.

7.1.6 Terdapat peningkatan sikap antara sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual pada kelompok kontrol dan perlakuan.

7.1.7 Terdapat perbedaan yang bermakna pada peningkatan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

7.1.8 Terdapat perbedaan yang bermakna pada peningkatan sikap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

7.2 Saran

7.2.1 Rumah Sakit dr. Saiful Anwar dan RS Militer Kota Malang

a. Ruang Rawat Anak

Perawat, tim medis dan tenaga kesehatan yang lain di rumah sakit diharapkan untuk menggunakan media penyuluhan kesehatan yang

berupa media audiovisual (video) dan dilanjutkan dengan diskusi dalam kegiatan penyuluhan kesehatan dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu. Ruangan juga diharapkan untuk memutar video ini melalui televisi yang tersedia baik di masing-masing kamar kelas 1 maupun yang digunakan bersama di kelas 2 dan 3, jika penyuluhan secara langsung tidak bisa dilakukan yang mungkin disebabkan karena kesibukan perawatan pasien di ruangan.

b. Unit Pendidikan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS)

Unit PKMRS dapat meningkatkan peran dan fungsinya dengan melakukan pelayanan pendidikan kesehatan dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu untuk penyakit diare khususnya dan penyakit lain pada umumnya. Unit PKMRS dapat kiranya memperbaiki kualitas video dan mengembangkan video penyuluhan pada penyakit-penyakit yang lain. Unit PKMRS juga dapat mengoptimalkan pemanfaatan sarana prasarana yang telah ada misalnya televisi baik yang berada di ruang rawat dan ruang tunggu rawat inap maupun rawat jalan dengan memutar video penatalaksanaan diare ini, sehingga penyebaran informasi ini lebih luas dan bermanfaat untuk seluruh pasien tidak hanya pasien diare.

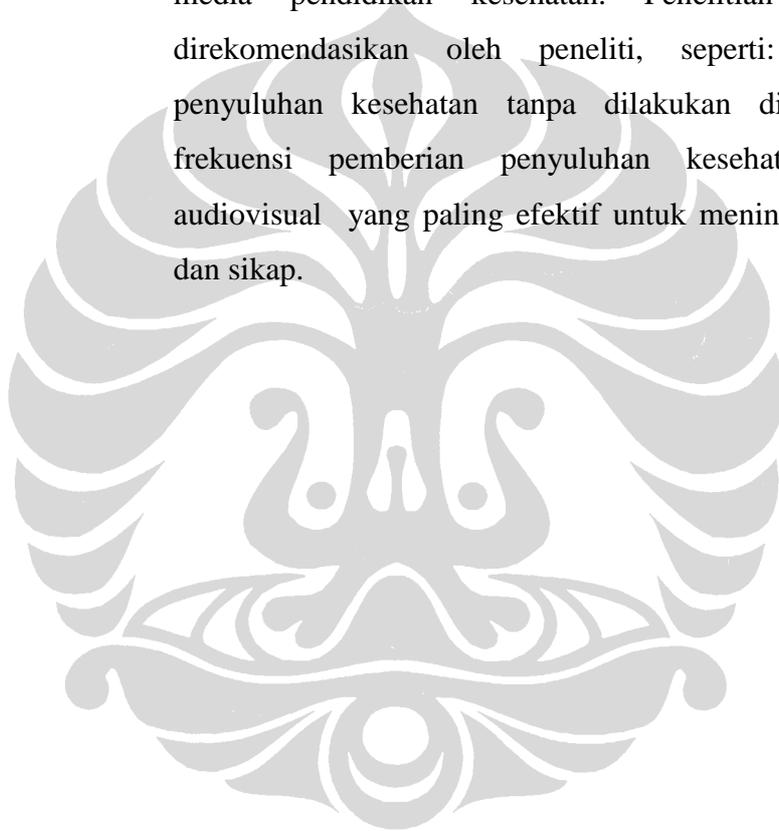
7.2.2 Memasukan materi tentang media penyuluhan kesehatan dari hasil penelitian yang telah diujicobakan pada pendidikan sarjana keperawatan. Meningkatkan praktikum tentang penyuluhan dengan berbagai jenis media dan pembuatan media yang sesuai dengan sasaran penyuluhan pada pendidikan sarjana keperawatan

7.2.3 Penelitian

- a. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan menggunakan teknik *random sampling* dalam pengambilan sampel sehingga hasil penelitian dapat digeneralisasikan.
- b. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan menentukan kriteria inklusi lebih spesifik dan pelaksanaan pemberian penyuluhan

kesehatan dapat dilakukan pada kondisi dan tempat yang gangguan lingkungan selama proses dapat dikendalikan oleh peneliti.

- c. Penelitian yang akan datang dapat dilakukan dengan hanya memutar video tanpa dilakukan diskusi sehingga lebih terlihat efektifitas media video dan juga dapat menggunakan skala pengukuran sikap yang lain (bukan Likert).
- d. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi rujukan dan data dasar bagi penelitian berikutnya terutama yang terkait dengan penelitian media pendidikan kesehatan. Penelitian berikutnya dapat direkomendasikan oleh peneliti, seperti: efektifitas media penyuluhan kesehatan tanpa dilakukan diskusi dan mencari frekuensi pemberian penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual yang paling efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap.



DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Pediatrics. (2003). Family centered care and the pediatrician's role. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;112/3/691.pdf>. Diperoleh tanggal 11 Maret 2010.
- Adisasmito, W. (2007). Faktor risiko diare pada bayi dan balita di Indonesia: systematic review penelitian akademik bidang kesehatan masyarakat. <Http://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/2/f099979f9dad58879019cd029556381fb6730c5d.pdf>. Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Ahmed, A. H. (2008). Breastfeeding preterm infants: An educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. <Http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&did=1470818391&srchmode=1&sid=7&fmt=6&vinst=prod&vtype=pqd&rqt=309&vname=pqd&ts=1266976184&clientid=45625>. Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Arifah, S. (2010). Pengaruh pendidikan kesehatan dengan modul dan media visual terhadap pengetahuan dan sikap wanita dalam menghadapi menopause. <Http://pasca.uns.ac.id/?p=653>. Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Asnil, P., Noerasid, H., & Suraatmadja, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Anak, jilid 1*. Jakarta: Infomedika Jakarta.
- Agustina, M. (2008). Asuhan keperawatan dengan gangguan sistem pencernaan: diare di bangsal anggrek RSUD Sukoharjo. <Http://etd.eprints.ums.ac.id/2962/>. Diperoleh tanggal 28 Januari 2010.
- Ball, J. W., & Bindler R. C. (2003). *Pediatric nursing caring for children*. New Jersey: Prentice Hall.
- Barr, R. G., Rivara F. P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L. J., et al. (2009). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/3/972>. Di peroleh tanggal 8 Maret 2010.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Survey demografi dan kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Corwin, E, J. (2001). *Buku saku patofisiologi*. Jakarta: EGC.

- Darmansyah, I. (2001). Pengobatan diare.
[Http://www.iwandarmansjah.web.id/popular.php?id=83](http://www.iwandarmansjah.web.id/popular.php?id=83). Diperoleh tanggal 28 Januari 2010.
- Dermawan, A.C., dan Setiawati, S. (2008). *Proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan*. Jakarta: Trans info media.
- Davey, P. (2006). *At a glance medicine*. Jakarta: Erlangga
- Direktorat Jenderal PP & PL. (2007). Sejarah pemberantasan penyakit di Indonesia.
http://www.pppl.depkes.go.id/images_data/SEJARAH%20PP-PL.pdf. Diperoleh tanggal 8 Januari 2010.
- Djaafar, T. (2002). Peranan pendidikan kesehatan pada ibu dalam menggunakan sarana air bersih terhadap pencegahan diare pada balita di kecamatan Marawola kabupaten Donggala. [Http://www.scribd.com/doc/16348970/peranan-pendidikan-kesehatan-pada-ibu-dalam-menggunakan-sarana-air-bersih-terhadap-pencegahan-diare-pada-balita-di-kecamatan-marawola-kabupaten-dongga](http://www.scribd.com/doc/16348970/peranan-pendidikan-kesehatan-pada-ibu-dalam-menggunakan-sarana-air-bersih-terhadap-pencegahan-diare-pada-balita-di-kecamatan-marawola-kabupaten-dongga). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Garini, W. (2004). Pengaruh intervensi VCD metode perawatan bayi terhadap pengetahuan ibu bayi berat badan lahir rendah di RSUD Ciawi Bogor Jawa Barat. [Http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=124680](http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=124680). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Grahacendekia. (2009). Hubungan pengetahuan ibu tentang penanganan diare pada anak di rumah dengan derajat dehidrasi pada anak diare di RS.
[Http://grahacendikia.wordpress.com/2009/04/17/hubungan-pengetahuan-ibu-tentang-penanganan-diare-pada-anak-di-rumah-dengan-derajat-dehidrasi-pada-anak-diare-di-rs/](http://grahacendikia.wordpress.com/2009/04/17/hubungan-pengetahuan-ibu-tentang-penanganan-diare-pada-anak-di-rumah-dengan-derajat-dehidrasi-pada-anak-diare-di-rs/). Diperoleh tanggal 28 Januari 2010.
- Handayani, Y. R. (2008). Gambaran tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan balita diare di RSUD dr. Hardjono.
[Http://librarymp.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=74](http://librarymp.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=74)
Diperoleh tanggal 28 januari 2010.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisa data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Holt, R., Winter, G., Fox, B., & Askew R. (2003). Effects of dental health education for mothers with young children in London.
[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3860335](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3860335). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2007). *Wong's nursing care of infant and children*. Missouri: Elsevier.

- Institute for Family-Centered Care. (2009). Advancing the practice of patient- and family-centered care in primary care and other ambulatory settings how to get started.
<http://www.familycenteredcare.org/pdf/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>.
Diperoleh tanggal 11 Maret 2010.
- Iporra, R. M. (1996). Educating hispanic mothers' management of infant gastroenteritis, utilizing mastery learning and overlearning in conjunction with audiovisual instructional methods.
[Http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=740432811&srchmode=2&sid=11&fmt=6&vinst=prod&vtype=pqd&rqt=309&vname=pqd&ts=1277355925&clientid=45625](http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=740432811&srchmode=2&sid=11&fmt=6&vinst=prod&vtype=pqd&rqt=309&vname=pqd&ts=1277355925&clientid=45625). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Ishak, S., Ismail, D & Wilopo, S. (2005). Perbandingan efektifitas metode partisipatif dengan metode informative dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu tentang diare anak balita. [Http://arc.ugm.ac.id/files/_%283874-h-2007%29.pdf](http://arc.ugm.ac.id/files/_%283874-h-2007%29.pdf).
Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- James, S. & Ashwill, J. (2007). *Nursing care of children principles and practice*. Philadelphia: Elsevier.
- Jumain. (2008). Gambaran pengetahuan dan sikap ibu tentang penyakit diare terhadap tingkat dehidrasi diare pada balita.
[Http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-s1-2008-jumain-8533&q=sikap+ibu+diare](http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-s1-2008-jumain-8533&q=sikap+ibu+diare). Diperoleh tanggal 23 maret 2010.
- Kasman. (2003). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita di Puskesmas Air Dingin kecamatan Koto Tangah kota Padang Sumatera Barat tahun 2003.
[Http://library.usu.ac.id/index.php/component/journals/index.php?option=com_journal_review&id=11204&task=view](http://library.usu.ac.id/index.php/component/journals/index.php?option=com_journal_review&id=11204&task=view). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Labay, E. M. (2007). Risk factor relating to the diarrheal disease occurrence among under 5 children at Samut Sakhon Province, Thailand.
<http://mulinet10.li.mahidol.ac.th/e-thesis/4937998.pdf>. Diperoleh tanggal 17 Juni 2010.
- Mansjoer, A., Suorohaita, Wardhani, W., & Setiawula, W. (2000). *Kapita selekta kedokteran, edisi 3*. Jakarta: Media Aresculapius.
- Maulana, H. (2009). *Promosi kesehatan*. Jakarta: EGC
- MacDonald, S. E., Moralejo, D. G., & Matthews, M. K. (2007). Maternal understanding of diarrhea-related dehydration and its influence on ORS use in Indonesia.

<http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/diarrhea/Diarrhea.pdf>. Diperoleh tanggal 23 maret 2010.

Mukhopadhyay, C., Wilson, G. & Pradhan, D., et al. (2007). Intestinal protozoal infestation profile in persistent diarrhea in children below age 5 years in Western Nepal.

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=16&did=1254318051&SrchMode=1&sid=7&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1277355087&clientId=45625>. Diperoleh tanggal 24 Juni 2010.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Cetakan I. Jakarta: PT. Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta,

Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu kesehatan masyarakat*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Norwood, S. L. (2006). *Research strategies for advanced practiced nurses*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Nurrokhim, H. (2009). Hubungan pengetahuan dan sikap ibu dengan kejadian diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas I Mojolaban kabupaten Sukoharjo. [Http://skripsistikes.wordpress.com/2009/05/08/ikpiiill15/](http://skripsistikes.wordpress.com/2009/05/08/ikpiiill15/). Diperoleh tanggal 23 Maret 2010.

Perry, A & Potter, P. (2001). *Fundamental of nursing*. Harcourt Australia: Mosby.

Pickering, K. L., & Snyder, D.J. (2004). *Nelson textbook of pediatrics. Edisi 17*. Amerika: International edition.

Purwono, A. 2009. Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan tentang stress melalui ceramah pada remaja di SMPN 34 Semarang. [Http://eprints.undip.ac.id/10472/1/artikel.pdf](http://eprints.undip.ac.id/10472/1/artikel.pdf). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.

Rimawati, H. (2003). Survei cepat gambaran karakteristik ibu, prilaku ibu dan sanitasi lingkungan terhadap kejadian diare pada balita di kelurahan Tambak Aji kota Semarang bulan April-Mei 2003. [Http://eprints.undip.ac.id/4002/1/1648.pdf](http://eprints.undip.ac.id/4002/1/1648.pdf). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.

Santoso. (1996). Pengetahuan dan penatalaksanaan di rumah terhadap balita penderita diare akut studi di pukesmas dalam wilayah kotamadya dati II Pontianak Propinsi Kalimantan Barat.

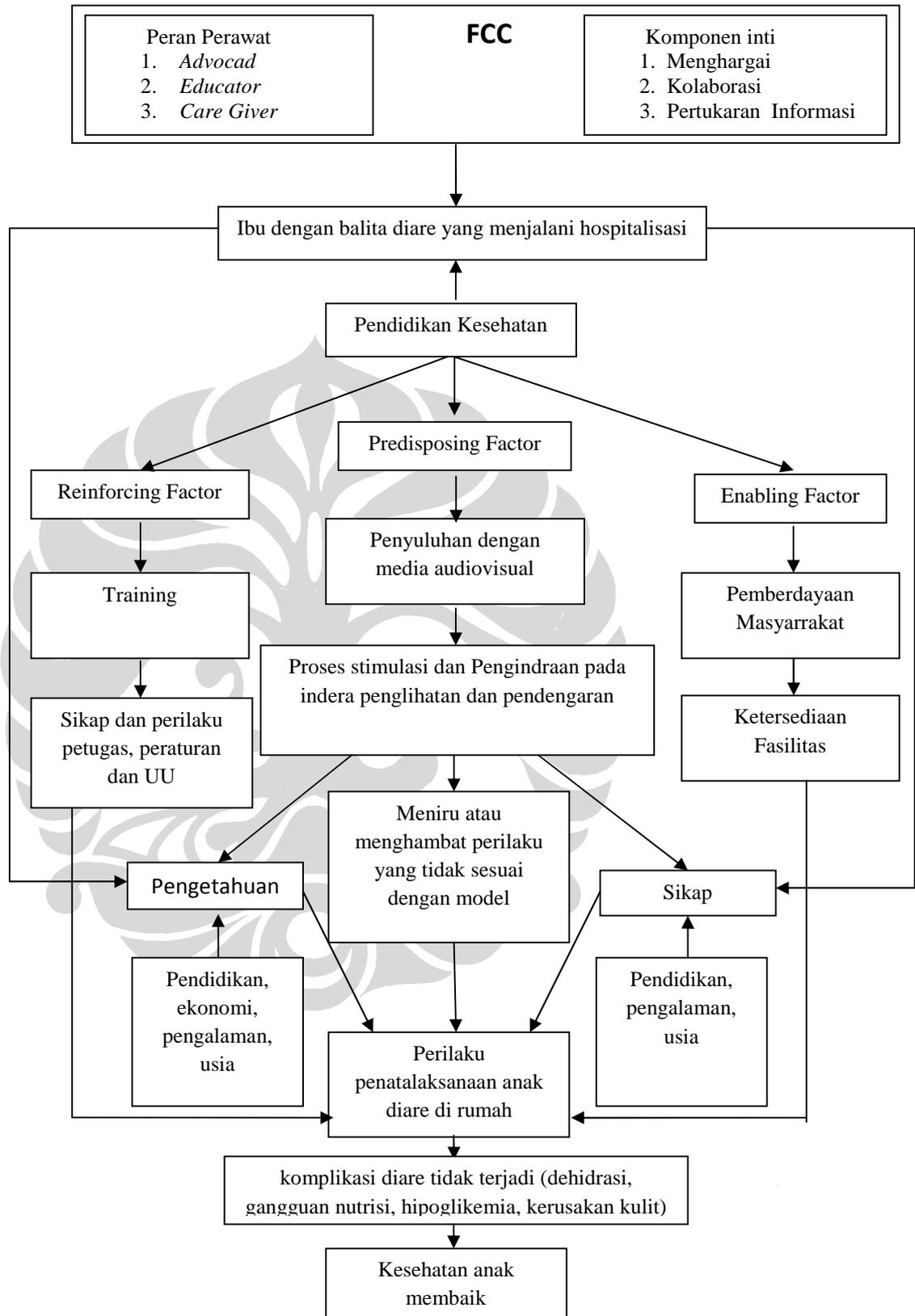
[Http://www.fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=800](http://www.fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=800). Diperoleh tanggal 02 Pebruari 2010.

Universitas Indonesia

- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2008). *Dasar dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setyowati, A. (2005). Pengaruh leaflet ispa / pnemonia terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan praktek) ibu bayi / balita dan kader tentang penatalaksanaan kasus ispa di kabupaten Jepara.
[Http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/litbang/kumpulan_abstrak.pdf](http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/litbang/kumpulan_abstrak.pdf).
Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Su, T. T., Li, E. J., Klein, P. I. T. & Donna M. D. (2008). Parental management of childhood diarrhea. <http://cpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/48/3/295>.
Diperoleh tanggal 25 Oktober 2009.
- Sadiman, A.S., Rahardjo, R., Haryono, A., & Rahardjito. (2009). *Media pendidikan pengertian, pengembangan, dan pemanfaatannya*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Sari, A. (2006). Pengaruh penyuluhan pijat bayi terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang pijat bayi di dusun Dukuh desa Sidokarto Godean Sleman Yogyakarta.
<http://www.ij-healthgeographics.com/content/7/1/17>. Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Smaltzer, S. C & Bare, B. G. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddart, volume 2*. Jakarta: EGC.
- Sitorus, R. H. (2008). *Pedoman perawatan kesehatan anak*. Bandung: Yrama Widya.
- Suryani, B. (2008). Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode audio visual tentang cara perawatan bayi terhadap perubahan perilaku ibu primipara dalam perawatan bayi baru lahir. http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/294829691_abs.pdf.
Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Taufik, M. (2007). *Prinsip prinsip promosi kesehatan dalam bidang keperawatan*. Jakarta: CV. Infomedia
- Tram, T., Anh, N., Hung, N., Lan, N., Cam, L., Chuong, N., et al. (2003). The impact of health education on mother's knowledge, attitude and practice (kap) of dengue haemorrhagic fever.
http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue_Bulletin_Volume_27_ch24.pdf.
Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Triadi, A. (2007). Hasil pemetaan penerapan mtbs di 8 Puskesmas kota Medan tahun 2007. [Http://www.scribd.com/search?cat=google_ajax&q=mtbs](http://www.scribd.com/search?cat=google_ajax&q=mtbs). Diperoleh tanggal 28 Januari 2010.

- Tjy, T. H., & Rahardja, K. (2007). *Obat obat penting: Khasiat, penggunaan, dan efek sampingnya*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Unicef dan WHO. (2009). Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. [Http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf](http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf). Diperoleh tanggal 9 Pebruari 2010.
- USAID, UNICEF & WHO. (2005). Diarrhoea treatment guidelines including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation. [Http://www.mostproject.org/ZINC/Zinc_Updates_Apr05/Diarrhoeaguidelines.pdf](http://www.mostproject.org/ZINC/Zinc_Updates_Apr05/Diarrhoeaguidelines.pdf). Diperoleh tanggal 9 Pebruari 2010.
- USAID. (2005). Guidelines for new diarrhea treatment protocols for community-based healthcare workers. [Http://www.mostproject.org/ZINC/Zinc_Updates_Apr05/CHWguidelines.pdf](http://www.mostproject.org/ZINC/Zinc_Updates_Apr05/CHWguidelines.pdf). Diperoleh tanggal 9 Pebruari 2010.
- Unik, P., Adhar, J. A., Djaeli, A. & Ratgono. (2005). Diare dan permasalahannya. [Http://www.dinkesjatim.go.id/berita-detail.html?news_id=104](http://www.dinkesjatim.go.id/berita-detail.html?news_id=104). Diperoleh tanggal 04 Januari 2010.
- Wahyudi, S. (2009). Diare dan upaya pencegahannya. [Http://majalahkasih.pantiwilasa.com/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=74](http://majalahkasih.pantiwilasa.com/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=74). Di peroleh tanggal 10 pebruari 2010.
- Walgito, B. (2003). *Psikologi sosial suatu pengantar*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta
- Warman, Y. (2008). Hubungan faktor lingkungan, sosial ekonomi dan pengetahuan ibu dengan kejadian diare akut pada balitadi kelurahan Pekan Arba kecamatan Tembilahan kabupaten Inhil. [Http://kuan.wordpress.com/2008/07/16/hubungan-faktor-lingkungan-sosial-ekonomi-dan-pengetahuan-ibu-dengan-kejadian-diare-akut-pada-balita-di-kelurahan-pekan-arba-kecamatan-tembilahan-kabupaten-indragiri-hilir/](http://kuan.wordpress.com/2008/07/16/hubungan-faktor-lingkungan-sosial-ekonomi-dan-pengetahuan-ibu-dengan-kejadian-diare-akut-pada-balita-di-kelurahan-pekan-arba-kecamatan-tembilahan-kabupaten-indragiri-hilir/). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.
- Wulandari, A. P. (2009). Hubungan antara faktor lingkungan dan faktor sosiodemografi dengan kejadian diare pada balita di desa Blimbing kecamatan Sambirejo kabupaten Sragen tahun 2009. [Http://etd.eprints.ums.ac.id/5960/1/j410050008.pdf](http://etd.eprints.ums.ac.id/5960/1/j410050008.pdf). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010.

Skema 2.1 Kerangka Teori



Sumber: Notoatmojo, S. 2007; Institute for Family-Centered Care, 2009; Dermawan & Setiawati, 2008; Maulana, 2009; Unicef dan WHO, 2009

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rinik Eko Kapti

Tempat tanggal lahir : 31 Januari 1982

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf Pengajar Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran

Universitas Brawijaya

Alamat rumah : Jln. Bendungan Sutami nomor 18B Malang

Riwayat Pendidikan

1. SDN Loceret I Nganjuk Jawa Timur, lulus tahun 1994
2. SLTPN I Nganjuk Jawa Timur, lulus tahun 1997
3. SMUN 2 Nganjuk Jawa Timur, lulus tahun 2000
4. Sarjana Keperawatan FKUB Malang Jawa Timur, lulus tahun 2006

Riwayat Pekerjaan

Staf Pengajar Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya,
tahun 2006-sekarang



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Efektifitas Audiovisual sebagai Media Penyuluhan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksana Balita Dengan Diare.

Nama peneliti utama : Rinik Eko Kapti

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 29 April 2010

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

FORMULIR INFORMASI PENELITIAN

Nama Peneliti : Rinik Eko Kapti
Alamat : Jln. Bendungan sutamu 18B Malang
Pekerjaan : Mahasiswa Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Kekhususan Keperawatan Anak

Ibu yang terhormat, dengan ini saya memberitahukan bahwa saya sebagai peneliti bermaksud untuk melaksanakan penelitian yang berjudul **“Efektifitas Audiovisual Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksana Balita Dengan Diare”**. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik ibu pada balita dengan diare, mengukur pengetahuan, dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare.

Peneliti menawarkan partisipasi ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Responden akan diminta untuk mengisi pertanyaan tentang karakteristik, pengetahuan, dan sikap. Setiap responden akan diminta mengisi sebanyak dua kali dan akan mendapatkan media audiovisual dari peneliti.

Penelitian tidak akan membahayakan atau beresiko bagi keselamatan ibu maupun anak ibu. Data tentang diri responden yang ada dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Partisipasi reponden dalam penelitian ini tidak ada paksaan dan apabila responden tidak berkenan, akan diperkenankan mengundurkan diri. Demikian informasi tentang penelitian ini, apabila ada hal yang kurang jelas dapat langsung menghubungi peneliti, atas partisipasi yang diberikan disampaikan terima kasih.

Malang, Mei 2010

Peneliti

Rinik Eko Kapti

Universitas Indonesia

ISI MEDIA AUDIOVISUAL PENATALAKSANAAN DIARE

1. Diare
 - a. Pengertian diare
 - b. Angka kejadian diare
 - c. Komplikasi diare
 - d. Tanda tanda diare
2. Penatalaksanaan diare di rumah
 - a. Mencegah terjadinya dehidrasi
 1. Cairan yang dianjurkan
 - a. Oralit
 - Jumlah yang harus diberikan
 - Cara memberikan oralit yang benar
 - b. Larutan gula garam
 - Cara membuat
 - c. Memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga.
 - Cairan rumah tangga yang dianjurkan
 2. Cairan yang tidak dianjurkan
 - b. Menjaga keadekuatan masukan makanan
 1. Makanan yang dianjurkan
 2. Makanan yang harus dihindari
 3. Jumlah makanan yang dianjurkan
 4. Pemberian makan setelah anak sembuh
 5. Akibat buruk jika makanan anak kurang selama diare
 - c. Penggunaan obat-obatan anti diare
 - d. Perawatan kulit selama diare
 - e. Mencegah penyebaran infeksi dan mencuci tangan
 - f. Waktu yang tepat anak dibawa ke layanan kesehatan

KUESIONER I
KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode responden (diisi peneliti):

Petunjuk pengisian:

- a. Bacalah dengan baik pertanyaan pada setiap soal
 - b. Jawablah setiap soal sesuai dengan kondisi yang ibu alami dengan memberikan tanda silang pada jawaban ibu
-

Pertanyaan:

1. Usia Ibu : Tahun
2. Pendidikan terakhir ibu
 - a. SD
 - b. SMP
 - c. SMU
 - d. D3/Sarjana
 - e. Lain-lain, sebutkan.....
3. Rata-rata penghasilan perbulan keluarga
 - a. Diatas Rp. 1.000.000/bulan
 - b. Dibawah Rp. 1.000.000/bulan
4. Pernahkah sebelumnya ibu merawat anak atau anggota keluarga yang lain dengan diare
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Pernahkan ibu mengikuti penyuluhan tentang penatalaksanaan diare di rumah
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Pernahkah ibu membaca informasi tentang penatalaksanaan diare di rumah
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Pernahkah ibu diberitahu orang lain tentang penatalaksanaan diare di rumah
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Pernahkan ibu mengikuti siaran televisi tentang penatalaksanaan diare di rumah
 - a. Ya
 - b. Tidak

**KUESIONER II
PENGETAHUAN IBU
TENTANG PENATALAKSANAAN DIARE**

Kode responden (diisi peneliti):

Petunjuk pengisian:

- a. Bacalah dengan baik pertanyaan pada setiap soal.
 - b. Pilihlah salah satu jawaban yang ibu anggap paling sesuai dengan kondisi yang ibu alami saat anak ibu diare.
 - c. Berikan tanda silang pada jawaban ibu.
-

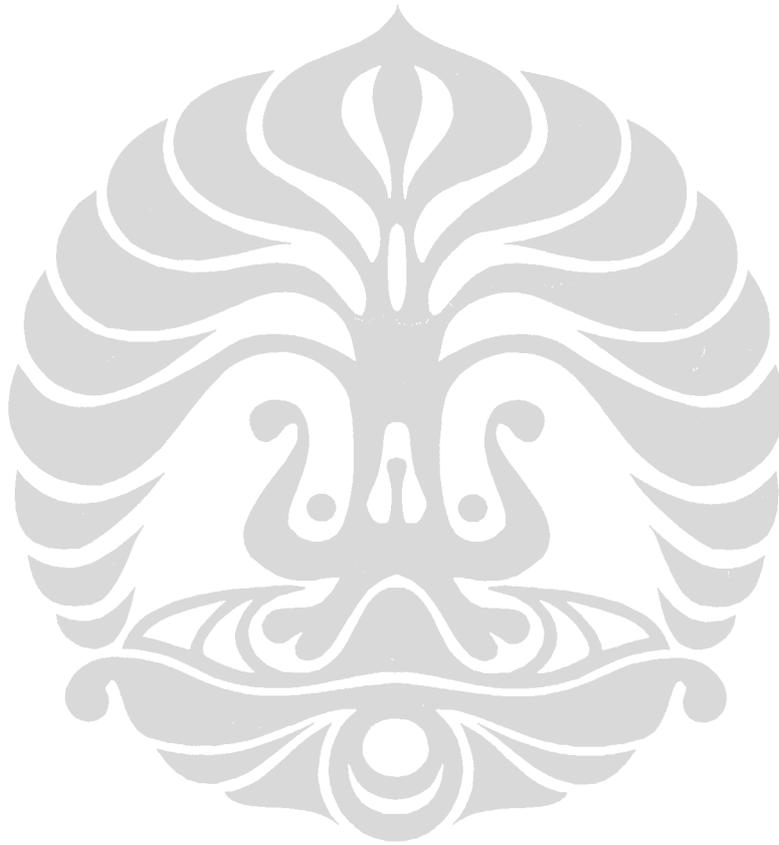
Pertanyaan:

1. Penyakit diare adalah
 - a. Buang air besar lebih dari 3 kali per hari, tinja lembek atau cair
 - b. Buang air besar kurang dari 3 kali per hari, tinja lembek atau cair
 - c. Buang air besar lebih dari 3 kali per hari, tinja keras
2. Penyebab diare pada anak adalah masuknya kuman ke dalam tubuh melalui
 - a. Makan makanan yang dimasak dengan benar
 - b. Makan makanan yang tidak bersih
 - c. Minum air yang dimasak
3. Tujuan penatalaksanaan diare oleh ibu adalah
 - a. Mencegah terjadinya kekurangan cairan
 - b. Memperoleh obat-obatan sejak awal anak diare
 - c. Mencegah infeksi menyebar
4. Salah satu penatalaksanaan diare oleh ibu adalah
 - a. Pemberian obat antidiare sejak awal
 - b. Mengurangi makanan anak
 - c. Menggantikan kehilangan cairan
5. Yang dimaksud dengan larutan pengganti cairan adalah cairan atau larutan yang:
 - a. Berisi obat anti diare
 - b. Dapat dibuat sendiri oleh ibu
 - c. Harus dibeli di apotek

6. Cairan yang bisa digunakan untuk menggantikan kehilangan cairan adalah
 - a. Oralit saja
 - b. Larutan gula garam saja
 - c. Oralit, larutan gula garam, dan cairan rumah tangga
7. Air yang digunakan untuk membuat diare adalah
 - a. Air biasa
 - b. Air hangat
 - c. Air panas
8. Cara memberikan oralit yang benar adalah
 - a. Langsung dihabiskan sekali minum
 - b. Menggunakan sendok sedikit demi sedikit
 - c. Menggunakan dot
9. Cairan rumah tangga yang dianjurkan untuk larutan pengganti cairan adalah
 - a. Jus buah manis
 - b. Kopi
 - c. Air tajin
10. Jumlah makanan yang diberikan selama anak diare adalah
 - a. Harus dikurangi agar tidak keluar terus
 - b. Sebanyak anak mau atau 6x/hari
 - c. Tetap seperti biasa sebelum sakit
11. Jenis makanan yang dianjurkan selama anak diare adalah
 - a. Ikan
 - b. Sayuran
 - c. Jus buah yang manis
12. Makanan yang dianjurkan selama anak diare adalah
 - a. Bubur
 - b. Nasi
 - c. Agar-agar
13. Bolehkah anak diberikan obat anti antidiare yang dijual bebas dipasaran?
 - a. Diperbolehkan
 - b. Tidak diperbolehkan
 - c. Terserah ibu
14. Pemberian ASI selama anak diare seharusnya
 - a. Dihentikan
 - b. Seperti biasa
 - c. Lebih sering atau semaunya anak

15. Tindakan yang harus dilakukan untuk mencegah kerusakan kulit anus dan sekitarnya adalah
 - a. Menggunakan pempers
 - b. Mengganti popok setiap buang air besar
 - c. Menggunakan tissue untuk membersihkan saat buang air besar
16. Cara mencegah penyebaran penyakit diare adalah
 - a. Mencuci tangan dengan benar
 - b. Popok kotor dikumpulkan pada wadah yang terbuka
 - c. Perlak bekas anak buang air besar di lap saja
17. Mencuci tangan yang benar adalah
 - a. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
 - b. Mencuci tangan dengan air dalam baskom
 - c. Mencuci tangan dengan tissue basah
18. Anak yang mengalami diare harus segera dibawa ke layanan kesehatan jika:
 - a. Tidak buang air kecil lebih dari 6 jam
 - b. Buang air besar 2 kali dalam sehari
 - c. Menangis mengeluarkan air mata
19. Tanda anak kurang cairan adalah
 - a. Bibir lembab
 - b. Keluar air mata
 - c. Mata cekung
20. Larutan gula garam boleh disimpan selama
 - a. 7 jam
 - b. 6 jam
 - c. 8 jam
21. Jumlah oralit yang harus diberikan pada anak dibawah 1 tahun adalah
 - a. 3 jam pertama 1.5 gelas
 - b. 1 jam pertama 1.5 gelas
 - c. 3 jam pertama 0.5 gelas
22. Makanan yang harus diberikan pada anak usia kurang dari 6 bulan saat diare adalah
 - a. Berikan sup
 - b. ASI harus lebih sering diberikan
 - c. Berikan anak makan lebih banyak
23. Jumlah makanan yang harus diberikan setelah diare berhenti adalah
 - a. Berikan makanan seperti awal sebelum sakit
 - b. Kurangi dulu sampai anak benar-benar sembuh
 - c. Berikan satu tambahan makanan setiap hari

24. Penggunaan tissue untuk membersihkan anak saat diare tidak dianjurkan karena
- dapat menimbulkan kerusakan kulit
 - tidak membersihkan dengan sempurna
 - terbuat dari kertas
25. Alasan membawa anak yang sedang diare segera ke rumah sakit jika ada tanda bahaya adalah
- biar keluarga tidak repot
 - agar tidak mengalami kekurangan cairan yang berat
 - biar anak cepat mendapatkan obat antidiare



**KUESIONER III
SIKAP IBU
TENTANG PENATALAKSANAAN DIARE**

Kode responden (diisi peneliti):

Petunjuk pengisian:

- a. Bacalah dengan baik setiap pertanyaan
- b. Pilihlah sikap anda yang paling sesuai dengan memberikan tanda silang pada kolom yang tersedia dengan ketentuan
 - SS : Jika anda sangat setuju dengan pernyataan
 - S : Jika anda setuju dengan pernyataan
 - TS : Jika anda tidak setuju terhadap pernyataan
 - STS : Jika anda sangat tidak setuju terhadap pernyataan

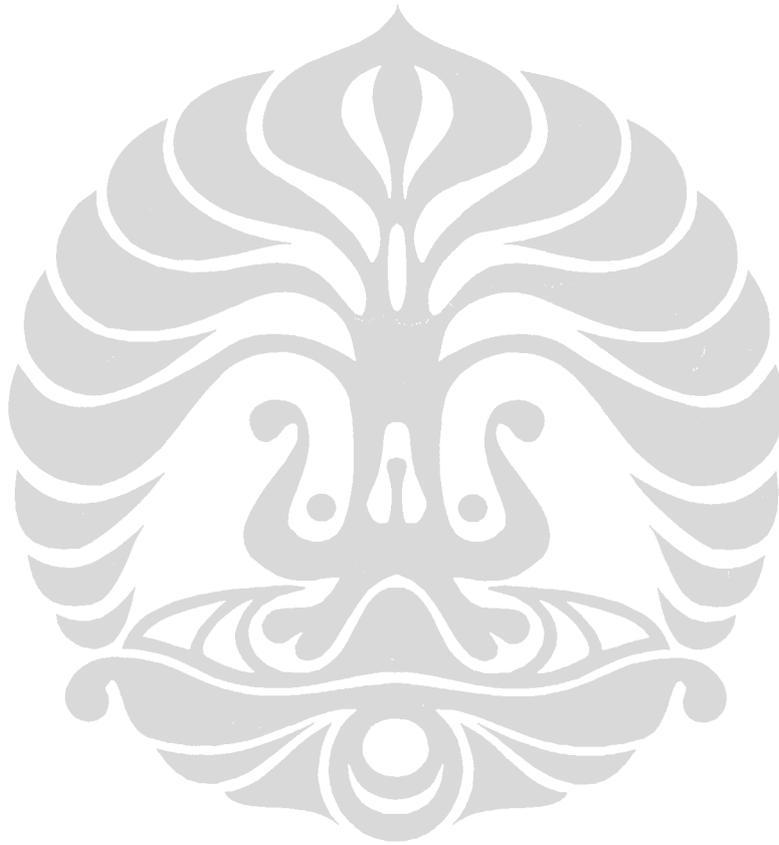
Pernyataan:

No.	Pernyataan	Sikap			
		SS	S	TS	STS
1.	Saya akan memberikan oralit sejak awal, jika anak saya terkena diare				
2.	Saya akan tetap memberikan ASI selama anak saya diare				
3.	Saya akan menambah jumlah makanan saat anak diare				
4.	Selain oralit, saya akan memberikan cairan rumah tangga untuk anak saya				
5.	Saya akan memilih bubur dari pada nasi untuk anak saya saat anak diare				
6.	Saya akan memberikan makanan yang mudah dicerna selama anak diare				
7.	Saya akan menyimpan oralit di rumah untuk jaga-jaga				
8.	Saya akan membuat sendiri larutan gula garam, jika tidak ada oralit				

Universitas Indonesia

No.	Pernyataan	Sikap			
		SS	S	TS	STS
9.	Saya akan memberikan ikan dan kacang-kacangan selama anak diare				
10.	Saya akan mencuci tangan agar penyakit tidak menyebar				
11.	Saya akan memberi tambahan makanan agar anak kuat dalam melawan penyakit				
12.	Saya akan mengganti popok setiap anak buang air besar				
13.	Saya akan segera meminta pertolongan tenaga kesehatan jika ada tanda bahaya diare pada anak saya				
14.	Saya akan memberikan obat-obatan yang dijual bebas dipasaran saat anak diare				
15.	Saya akan memberikan jus buah manis saat anak diare				
16.	Saya akan memberi banyak sayur-sayuran saat anak diare				
17.	Saya akan menghentikan pemberian makan saat anak diare				
18.	Saya akan menyuruh anak menghabiskan oralit dalam sekali minum dengan cepat				
19.	Saya akan menempatkan popok kotor pada tempat terbuka				
20.	Saya akan menggunakan tisu saat anak buang air besar				
21.	Saya akan membersihkan perlak anak sehari sekali				
22.	Saya akan memberikan makanan dan minuman seperti sebelum anak sakit				
23.	Setelah anak sembuh saya akan memberikan				

	makanan seperti sebelum sakit				
No.	Pernyataan	Sikap			
		SS	S	TS	STS
24.	Saya akan mencuci tangan dengan air bersih saja				
25.	Menurut saya obat diare harus diberikan secepatnya setelah anak diare				
26.	Saya akan memberi minuman bersoda saat anak diare				



KISI KISI JAWABAN KUESIONER

Kuesioner II

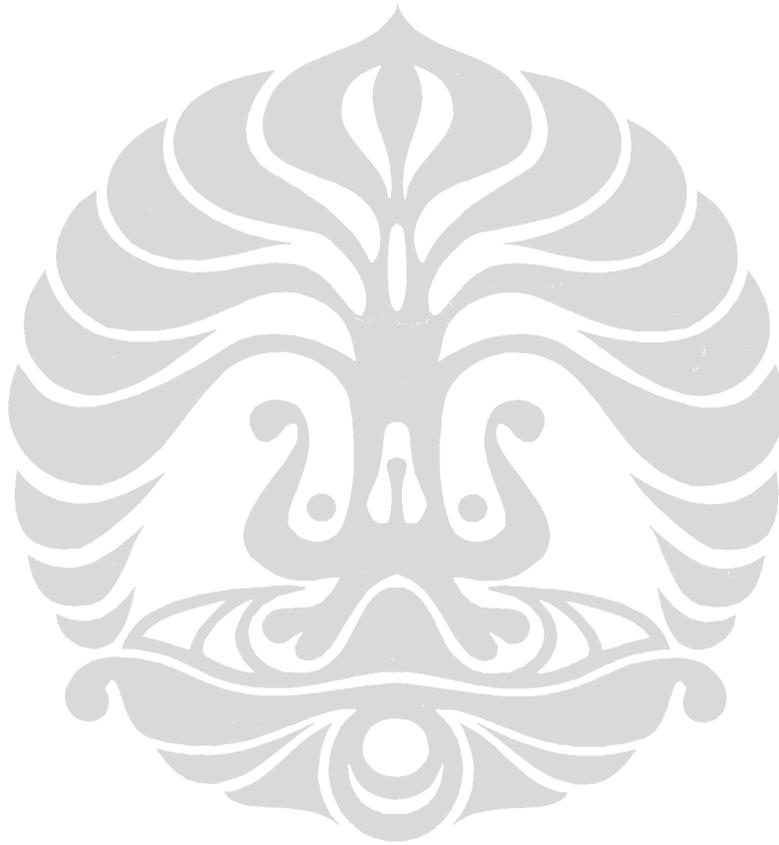
1. A. Buang air besar lebih dari 3 kali per hari, lembek atau cair
2. B. Makan makanan yang mengandung kuman
3. A. muntah dan tidak nyaman pada perut
4. A. Mencegah terjadinya kehilangan cairan dan gangguan gizi
5. C. Mencegah terjadinya kehilangan cairan akibat diare
6. B. Cairan atau larutan yang dapat dibuat dan disediakan sendiri oleh ibu
7. C. Oralit, larutan gula garam, dan cairan rumah tangga
8. A. Boleh kelebihan
9. B. Menggunakan sendok sedikit demi sedikit
10. C. Air tajin
11. B. Sebanyak anak mau atau 6x/hari
12. A. Ikan
13. A. Bubur
14. B. Tidak diperbolehkan
15. A. Meningkatkan masukan cairan dan nutrisi
16. C. Lebih sering atau semaunya anak
17. B. Mengganti popok setiap BAB
18. A. Mencuci tangan dengan benar
19. A. Mencuci tangan dengan sabun
20. A. Tidak buang air kecil lebih dari 6 jam
21. C. Mata cekung
22. A. Lebih dari 6 jam
23. A. 3 jam pertama 1.5 gelas
24. B. ASI harus lebih sering dan lebih banyak diberikan
25. C. Berikan satu tambahan makanan setiap hari
26. A. Kondisi anak akan lebih buruk
27. A. Dapat mengiritasi dan menimbulkan kerusakan kulit

- 28. B. Agar tidak jatuh pada dehidrasi berat yang sulit penanganannya
- 29. A. Berat badan anak akan turun
- 30. A. Kekurangan cairan dalam tubuh

Kuesioner II

Pernyataan mendukung nomer 1-13

Pernyataan tidak mendukung nomer 14-26



**KUESIONER II
PENGETAHUAN IBU
TENTANG PENATALAKSANAAN DIARE**

Kode responden (diisi peneliti):

Petunjuk pengisian:

- a. Bacalah dengan baik pertanyaan pada setiap soal.
 - b. Pilihlah salah satu jawaban yang ibu anggap paling sesuai dengan kondisi yang ibu alami saat anak ibu diare.
 - c. Berikan tanda silang pada jawaban ibu.
-

Pertanyaan:

1. Tujuan penatalaksanaan diare oleh ibu adalah
 - a. Mencegah terjadinya kekurangan cairan
 - b. Memperoleh obat-obatan sejak awal anak diare
 - c. Mencegah infeksi menyebar
2. Salah satu penatalaksanaan diare oleh ibu adalah
 - a. Pemberian obat antidiare sejak awal
 - b. Mengurangi makanan anak
 - c. Menggantikan kehilangan cairan
3. Yang dimaksud dengan larutan pengganti cairan adalah cairan atau larutan yang:
 - a. Berisi obat anti diare
 - b. Dapat dibuat sendiri oleh ibu
 - c. Harus dibeli di apotek
4. Cairan yang bisa digunakan untuk menggantikan kehilangan cairan adalah
 - a. Oralit saja
 - b. Larutan gula garam saja
 - c. Oralit, larutan gula garam, dan cairan rumah tangga
5. Air yang digunakan untuk membuat oralit adalah
 - a. Air biasa
 - b. Air hangat
 - c. Air panas
6. Cara memberikan oralit yang benar adalah
 - a. Langsung dihabiskan sekali minum
 - b. Menggunakan sendok sedikit demi sedikit
 - c. Menggunakan dot

7. Cairan rumah tangga yang dianjurkan untuk larutan pengganti cairan adalah
 - a. Jus buah manis
 - b. Kopi
 - c. Air tajin

8. Jumlah makanan yang diberikan selama anak diare adalah
 - a. Harus dikurangi agar tidak keluar terus
 - b. Sebanyak anak mau atau 6x/hari
 - c. Tetap seperti biasa sebelum sakit

9. Jenis makanan yang dianjurkan selama anak diare adalah
 - a. Ikan
 - b. Sayuran
 - c. Jus buah yang manis

10. Makanan yang dianjurkan selama anak diare adalah
 - a. Bubur
 - b. Nasi
 - c. Agar-agar

11. Pemberian ASI selama anak diare seharusnya
 - a. Dihentikan
 - b. Seperti biasa
 - c. Lebih sering atau semaunya anak

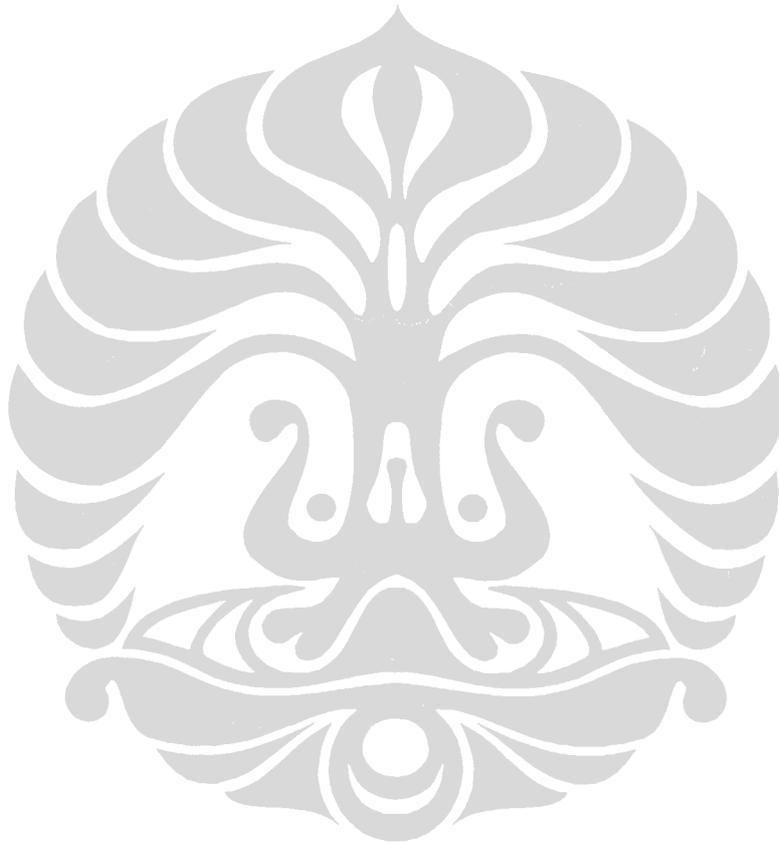
12. Larutan gula garam boleh disimpan selama
 - a. 7 jam
 - b. 6 jam
 - c. 8 jam

13. Jumlah oralit yang harus diberikan pada anak dibawah 1 tahun adalah
 - a. 3 jam pertama 1.5 gelas
 - b. 1 jam pertama 1.5 gelas
 - c. 3 jam pertama 0.5 gelas

14. Makanan yang harus diberikan pada anak usia kurang dari 6 bulan saat diare adalah
 - a. Berikan sup
 - b. ASI harus lebih sering diberikan
 - c. Berikan anak makan lebih banyak

15. Jumlah makanan yang harus diberikan setelah diare berhenti adalah
 - a. Berikan makanan seperti awal sebelum sakit
 - b. Kurangi dulu sampai anak benar-benar sembuh
 - c. Berikan satu tambahan makanan setiap hari

16. Penggunaan tissue untuk membersihkan anak saat diare tidak dianjurkan karena
- a. dapat menimbulkan kerusakan kulit
 - b. tidak membersihkan dengan sempurna
 - c. terbuat dari kertas
17. Alasan membawa anak yang sedang diare segera ke rumah sakit jika ada tanda bahaya adalah
- a. biar keluarga tidak repot
 - b. agar tidak mengalami kekurangan cairan yang berat
 - c. biar anak cepat mendapatkan obat antidiare



**KUESIONER III
SIKAP IBU
TENTANG PENATALAKSANAAN DIARE**

Kode responden (diisi peneliti):

Petunjuk pengisian:

- a. Bacalah dengan baik setiap pertanyaan
- b. Pilihlah sikap anda yang paling sesuai dengan memberikan tanda silang pada kolom yang tersedia dengan ketentuan

SS : Jika anda sangat setuju dengan pernyataan

S : Jika anda setuju dengan pernyataan

TS : Jika anda tidak setuju terhadap pernyataan

STS : Jika anda sangat tidak setuju terhadap pernyataan

Pernyataan:

No.	Pernyataan	Sikap			
		SS	S	TS	STS
1.	Saya akan memberikan oralit sejak awal, jika anak saya terkena diare				
2.	Saya akan tetap memberikan ASI selama anak saya diare				
3.	Saya akan menambah jumlah makanan saat anak diare				
4.	Selain oralit, saya akan memberikan cairan rumah tangga untuk anak saya				
5.	Saya akan memilih bubur dari pada nasi untuk anak saya saat anak diare				
6.	Saya akan memberikan makanan yang mudah dicerna selama anak diare				
7.	Saya akan mencuci tangan agar penyakit tidak menyebar				
8.	Saya akan memberi tambahan makanan agar anak kuat dalam melawan penyakit				
9.	Saya akan segera meminta pertolongan tenaga kesehatan jika ada tanda bahaya diare pada anak saya				
10.	Saya akan memberikan jus buah manis saat anak diare				
11.	Saya akan menghentikan pemberian makan saat anak diare				
12.	Saya akan menyuruh anak menghabiskan oralit dalam sekali minum dengan cepat				

No.	Pernyataan	Sikap			
		SS	S	TS	STS
13.	Saya akan menempatkan popok kotor pada tempat terbuka				
14.	Saya akan menggunakan tisu saat anak buang air besar				
15.	Saya akan membersihkan perlak anak sehari sekali				
16.	Saya akan memberikan makanan dan minuman seperti sebelum anak sakit				
17.	Saya akan mencuci tangan dengan air bersih saja				
18.	Saya akan memberi minuman bersoda saat anak diare				



Lampiran



Validitas dan Reliabilitas

No.	Kuesioner	Nomor Soal	Nilai Validitas (> 0.361)	Nilai Reliability
1.	Pengetahuan	P3	0.583	0.904
		P4	0.638	
		P5	0.708	
		P6	0.718	
		P7	0.733	
		P8	0.409	
		P9	0.512	
		P10	0.733	
		P11	0.661	
		P12	0.607	
		P14	0.376	
		P20	0.593	
		P21	0.566	
		P22	0.809	
		P23	0.434	
		P24	0.749	
P25	0.376			
2.	Sikap	P1	0.418	0.858
		P2	0.483	
		P3	0.500	
		P4	0.548	
		P5	0.516	
		P6	0.548	
		P10	0.517	
		P11	0.622	
		P13	-0.433	
		P15	0.519	
		P17	0.639	
		P18	0.516	
		P19	0.699	
		P20	0.537	
		P21	0.698	
		P22	-0.516	
P24	0.784			
P26	0.840			

Penatalaksanaan Diare di Rumah

Penatalaksanaan yang mudah dan sederhana, dapat dilakukan sejak awal balita terkena diare oleh ibu yang bertujuan untuk mengurangi akibat buruk diare



Penatalaksanaan diare di rumah, meliputi:

1. Menggantikan kehilangan cairan

- Untuk mencegah kehilangan cairan dan mempertahankan kondisi anak



- Oralit
 - Dilarutkan dalam air minum yang telah dimasak dan didinginkan.
 - Gunakan sendok, gelas, atau cangkir Untuk memberikan orali, jangan menggunakan botol atau dot.
 - Berikan sedikit dahulu kemudian tunggu 5-10 menit agar anak tidak muntah, setelah itu dilanjutkan sedikit demi sedikit.
 - Anak < 1 tahun = pada 3 jam pertama 1,5 gelas selanjutnya 0,5 gelas tiap BAB, sedangkan anak usia < 5 tahun = 3 jam pertama 3 gelas, selanjutnya 1 gls tiap BAB
- Larutan Gula Garam digunakan jika keluarga tidak memiliki atau mendapatkan oralit.
 - Pembuat larutan gula garam dirumah adalah:

Persiapan: Cuci tangan dengan sabun dan air bersih. Untuk 500 ml air bersih, tambahkan seperempat sendok garam dan satu sendok penuh gula. Aduk air dengan sendok yang bersih. Larutan yang benar rasanya seperti air mata.

- Penyimpanan: larutan dapat digunakan maksimal 6 jam, Jika lebih dari 6 jam, larutan harus dibuang dan larutan baru harus disiapkan

- Cairan rumah tangga
 - Yang dianjurkan adalah air tajin, kuah sayur, air sup, anak dibawah 1 tahun harus lebih sering diberi ASI, air matang, air kelapa, teh tanpa gula, jus buah segar tanpa gula.
 - Cairan yang tidak boleh diberikan selama diare adalah *soft drinks*, teh manis, jus buah manis, kopi.

2. Menjaga masukan makanan yang cukup

- Usia kurang dari 6 bulan, ASI diberikan lebih sering dan lebih lama.
- Anak di atas usia 6 bulan, makanan yang dianjurkan adalah:
 - Nasi dalam bentuk halus seperti bubur
 - kacang-kacangan, tahu, tempe
 - ikan dan telur

- daging
- Jus buah segar dan pisang
- Makanan yang tidak dianjurkan adalah:
 - makanan dengan serat tinggi seperti sayur-sayuran, agar-agar.
 - Potongan buah dan sayur yang besar
 - Makanan yang manis



- Jumlah makanan
 - Dorong anak untuk makan banyak, tawarkan makanan tiap 3 sampai 4 jam (enam kali setiap hari) atau lebih sering.
 - Berikan makan dalam porsi kecil tapi sering.
 - Setelah diare berhenti, makanan harus tetap diperhatikan. Berikan satu makanan tambahan setiap hari selama seminggu.
- Manfaat pemberian makanan selama diare
 - Mencegah kelaparan pada anak
 - Mencegah kekurangan gizi atau membuat kondisi lebih buruk.
 - Agar anak tetap kuat dan tumbuh selam sakit.

- Agar anak kuat dalam melawan penyakit.

3. Tidak menggunakan obat-obat diare dirumah
 - Obat-obat anti diare yang dijual bebas tidak membantu anak untuk sembuh dari diare.
 - Penggunaan obat harus dengan resep dokter.

4. Perawatan kulit selama diare,
 - Membersihkan secara lengkap dengan sabun bayi dan air setiap bayi selesai BAB.
 - Kulit harus dijaga agar tetap kering atau memberikan *baby oil* untuk pelindung kulit dan mengganti popok setiap bayi BAB
 - Tidak menggunakan tisu untuk membersihkan karena akan mengiritasi dan menimbulkan kerusakan kulit



5. Pencegahan penyebaran infeksi
 - Diare merupakan infeksi sangat menular.
 - Cucilah tangan dengan sabun dan air mengalir setelah mengganti popok atau menggunakan toilet.

- Popok yang kotor harus ditempatkan pada tempat tertutup sebelum dicuci.
- Area tempat mengganti popok seperti perlak harus dibersihkan setiap mengganti popok

6. Kapan orang tua harus membawa anaknya ke layanan kesehatan
 “Jangan sampai terlambat membawa ke rumah sakit”

Tanda ibu harus membawa anaknya ke layanan kesehatan:

- Anak tidak BAK lebih dari 6 jam,
- Menangis tanpa keluar air mata atau bibir kering,
- BAB semakin sering atau ada darah dalam tinja,
- anak sangat haus,
- mata cekung,
- tampaknya tidak membaik setelah 3 hari, demam, tidak makan atau minum secara normal.

“Diare tidak akan berakibat fatal apabila tidak terlambat dalam pemberian cairan untuk mengatasi kekurangan cairan”



**LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN PENYULUHAN
KESEHATAN DENGAN “MEDIA AUDIOVISUAL”**

Nomer Responden :

Pelaksana Penyuluhan :

No.	Kegiatan	Dilakukan	Tidak dilakukan	Keterangan
1.	Orientasi			
	Memberi salam			
	Menanyakan kabar			
	Mengingatkan kontrak			
	Menjelaskan maksud dan tujuan			
	Menanyakan kesiapan peserta dalam belajar			
2.	Kerja			
	Memutarkan video			
	Menjawab Pertanyaan Peserta			
3.	Terminasi			
	Memberikan reward			
	Memberi salam penutup			

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah mendengar dan membaca penjelasan penelitian, saya memahami bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya selaku partisipan. Saya berhak tidak melanjutkan berpartisipasi dalam penelitian ini jika suatu saat saya merasa dirugikan.

Saya memahami bahwa penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan keperawatan anak khususnya bagi anak dengan diare. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini berarti saya bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini secara ikhlas dan tanpa paksaan dari siapapun.

Malang,.....2010

Peneliti

Partisipan

(.....)

(.....)



**PEDOMAN INTERVENSI
PENYULUHAN KESEHATAN DENGAN
“MEDIA AUDIOVISUAL”**

Oleh :

Rinik Eko Kapti

0806446813

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2010**

Universitas Indonesia

PELAKSANAAN INTERVENSI PENYULUHAN KESEHATAN DENGAN
MEDIA AUDIOVISUAL UNTUK
IBU BALITA DENGAN DIARE

A. BENTUK KEGIATAN

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pembelajaran tentang penatalaksanaan diare di rumah dengan menggunakan media audiovisual. Penyuluhan kesehatan terdiri dari kegiatan pengenalan, melihat video dan tanya jawab.

B. TUJUAN

Penyuluhan kesehatan ini bertujuan untuk mempersiapkan ibu agar memiliki pengetahuan dan sikap untuk memberikan penatalaksanaan diare di rumah.

C. TEMPAT PELAKSANAAN

Penyuluhan kesehatan dilaksanakan di RS dr Saiful Anwar dan RS Militer Kota Malang.

D. WAKTU PELAKSANAAN

Penyuluhan kesehatan dilaksanakan selama pelaksanaan penelitian yang dimulai tanggal 1 Mei -27 Mei 2010

E. PELAKSANA

Penyuluhan kesehatan dilaksanakan oleh Rinik Eko Kapti dan dibantu oleh 3 orang mahasiswa yang bertugas sebagai pengumpul data dan yang memberikan penyuluhan kesehatan.

F. SASARAN

Penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual diberikan kepada ibu balita dengan diare.

G. PERSIAPAN

Kegiatan penyuluhan kesehatan dilakukan dengan mempersiapkan media audiovisual sebagai media pembelajaran dan sarana pendukungnya.

H. PELAKSANAAN INTERVENSI

1. Pendahuluan (5 menit)

Memberikan salam kepada peserta penyuluhan, menanyakan kabar, mengingatkan kontrak, menjelaskan maksud dan tujuan dan menanyakan kesiapan peserta dalam belajar.

2. Melihat Video (15 menit)

Peserta diberi kesempatan untuk melihat video. Peserta tidak diperkenankan untuk meninggalkan tempat selama proses melihat video.

3. Tanya Jawab (10 menit)

Setelah melihat video, akan diberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya tentang hal hal yang tidak atau belum dimengerti.

4. Penutup (5 menit)

Memberikan reward dan memberi salam penutup

I. EVALUASI

Evaluasi dilaksanakan selama 35 menit dengan diberikan kuesioner karakteristik, pengetahuan dan sikap tentang penatalaksanaan balita dengan diare untuk diisi dengan pengawasan petugas yang telah ditunjuk.



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SAIFUL ANWAR
Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 Malang 65111
Telp. (0341) 362101, Fax.(0341) 369384
E-MAIL: staf-rsu-dr-saifulanwar@jatim.go.id



Malang, 18 MAY 2010

Nomor : 070/4323/308/2010
Sifat : Biasa
Lampiran : --
Perihal :

**Permohonan Ijin Penelitian
dan Uji Instrumen Penelitian
a.n. Rinik Eko Kapti**

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus Universitas Indonesia Depok
di

DEPOK

Menanggapi surat saudara Nomor 1395/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 15 April 2010 perihal sebagai tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dengan permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Peneliti wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr Saiful Anwar adalah :
 - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaos
 - *Menggunakan pakaian yang sopan dan layak pakai*
2. Penelitian bisa dilaksanakan mulai bulan Mei 2010 di IRNA IV RSUD Dr Saiful Anwar Malang
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal
4. Besaran Biaya :
 - Biaya Penelitian : Rp. 325.000,-/bulan
 - Kartu Pengenal : Rp. 25.000,-/orang (disediakan oleh KPRI RSSA)
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Diklit RSUD Dr Saiful Anwar, sebanyak 1 (satu) expl.

Untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon peneliti yang bersangkutan berhubungan dengan Bidang Diklit RSUD Dr Saiful Anwar.

Demikian untuk menjadikan maklum. Atas perhatian Saudara disampaikan ucapan terimakasih.

a.n Plt. Direktur
Wadir Pendidikan dan Pengembangan Profesi



Tembusan

- Yth. Sdr. :
1. Plt. Direktur (sebagai laporan)
 2. Ka. Bidang Diklit
 3. Ka. Bagian Keuangan & Akuntansi
 4. Ka. IRNA IV
RSUD Dr Saiful Anwar
 5. Peneliti yang bersangkutan

KESEHATAN DAERAH MILITER V/BRAWIJAYA
RUMAH SAKIT TK. II Dr. SOEPROAEN

Malang, 07 Mei 2010

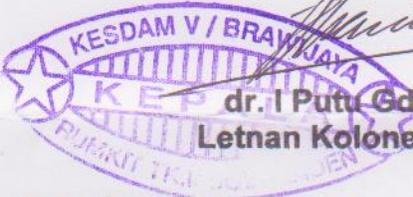
Nomor : B / 516 / V / 2010
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada

Yth. Dekan Fak. Ilmu Keperawatan ✓
Universitas Indonesia
di
Depok-Jakarta

1. Berdasarkan surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia nomor: 1394/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 15 April 2010 tentang permohonan ijin penelitian dan uji instrumen penelitian di Rumkit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
2. Sehubungan hal tersebut diatas, disampaikan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Memberikan ijin penelitian untuk mahasiswa a.n Rinik Eko Kapti, NIM: 0806446813 dengan judul penelitian "Efektivitas Audiovisual Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap peningkatan Pengetahuan dan sikap Ibu Dalam Tatalaksana Balita Dengan Diare".
 - b. Pelaksanaan penelitian harap diundur dari jadwal semula tanggal 1 Mei 2010 menjadi tanggal 14 Mei 2010.
 - c. Nama **Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang** dalam laporan penelitian harap **ditulis** menjadi **Rumah Sakit Militer Kota Malang**.
 - d. Sebelum melakukan pengambilan data mahasiswa yang bersangkutan harap berkoordinasi masalah teknis dan administrasi dan setelah selesai penyusunan laporan segera menyerahkan tesis tersebut ke Instalasi Pendidikan Rumkit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
3. Demikian untuk menjadikan periksa dan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Kepala Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen


dr. I Putu Gde Santika, M.Si
Letnan Kolonel Ckm Nrp. 31887

Tembusan:

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk. II dr. Soepraoen
2. Ka Ruang Nusa Indah Rumkit Tk. II dr. Soepraoen
3. Kainstaldik Rumkit Tk. II dr. Soepraoen
4. TUUD Rumkit Tk. II dr. Soepraoen