



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN KELUARGA
TERHADAP PENINGKATAN KEMAMPUAN IBU DALAM
MERAJAT ANAK DIARE DI RSUP SANGLAH DAN
RSUD WANGAYA DENPASAR**

TESIS

**NI LUH KOMPYANG SULISNADEWI
0906594513**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN KELUARGA
TERHADAP PENINGKATAN KEMAMPUAN IBU DALAM
MERAJAT ANAK DIARE DI RSUP SANGLAH DAN
RSUD WANGAYA DENPASAR**

TESIS

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

**NI LUH KOMPYANG SULISNADEWI
0906594513**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI, 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
NPM : 0906594513
Tanda Tangan : 
Tanggal : 6 Juli 2011

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2011



N.L.K Sulisnadewi

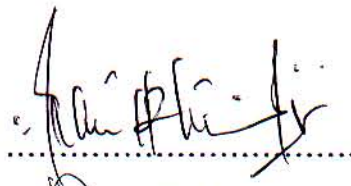
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
NPM : 0906594513
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Efektifitas Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Peningkatan Kemampuan Ibu dalam Merawat Anak Diare Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar

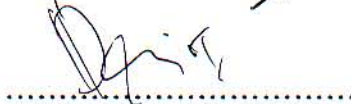
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan , Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

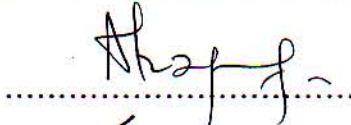
Pembimbing I : Nani Nurhaeni, S.Kp., MN



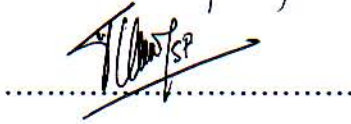
Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes



Penguji : Nur Agustini, S.Kp., M.Si



Penguji : Titi Sulastri, S.Kp., M.Kep



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan segala kebbaikannya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas menyusun tesis dengan judul “ Efektifitas Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Peningkatan Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare”.

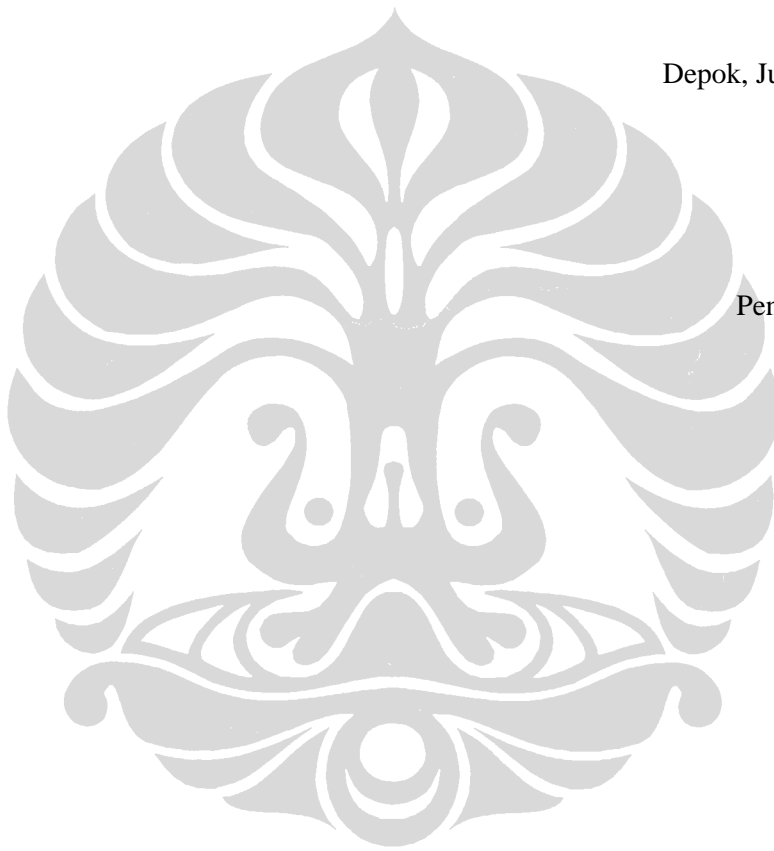
Tesis ini disusun sebagai salah satu tugas akhir untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penyusunan tesis ini dapat terlaksana atas bimbingan, bantuan dan kerjasama berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan penghargaan, rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Ibu Nani Nurhaeni , S.Kp., MN, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu, pikiran dan tenaga untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan untuk kesempurnaan tesis ini.
2. Ibu Dewi Gayatri, SKp., M.Kes, selaku pembimbing II yang juga telah memberikan bimbingan, masukan dan arahan selama penyusunan tesis .
3. Ibu Nur Agustini, SKp, M.Si selaku penguji yang telah banyak pula memberikan masukan untuk kesempurnaan tesis ini.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Ibu Dewi Irawaty, MA., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Seluruh staf akademik dan non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyediakan fasilitas dan dukungan demi kelancaran penyusunan tesis ini.
7. Direktur Poltekkes Kepmenkes Denpasar yang telah memberikan kesempatan tugas belajar kepada penulis, Direktur RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya beserta staf yang telah memberikan ijin penelitian serta bantuan selama kegiatan penelitian untuk dapat tersusunnya tesis ini.
8. Seluruh responden yang telah ikut berpartisipasi dalam penelitian sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

9. Seluruh penguji dan oponen yang telah mengkritisi dan memberikan masukan untuk kesempurnaan tesis ini.
10. Seluruh keluargaku tercinta yang telah memberikan doa, kasih sayang, semangat, dukungan yang tidak terbatas selama penyusunan tesis ini.
11. Keluarga besar Program Magister Keperawatan Peminatan Anak 2009-FIK UI tercinta, sahabat, dan semua pihak yang telah bersama-sama saling membantu sehingga tesis ini dapat terselesaikan pada waktunya.

Depok, Juli 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
NPM : 0906594513
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Peminatan Keperawatan Anak
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 : “Efektivitas Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Peningkatan Kemampuan Ibu dalam Merawat Anak Diare Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) . Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan 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 : Depok

Pada tanggal : 7 Juli 2011

Yang menyatakan



(Ni Luh Kompyang Sulisnadewi)

ABSTRAK

Ni Luh Kompyang Sulisnadewi

Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak

Efektifitas Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Peningkatan Kemampuan Ibu

Dalam Merawat Anak Diare Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar

Diare merupakan salah satu penyebab tingginya morbiditas dan mortalitas anak di Indonesia. Salah satu faktor risiko terjadinya diare dan meningkatkan risiko anak untuk dirawat inap adalah kurang pengetahuan ibu. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemampuan ibu merawat anak diare. Penelitian ini merupakan studi *quasi-experiment* dengan rancangan *posttest only group design*. Sampel penelitian adalah 62 responden di dua rumah sakit di Denpasar. Hasil *post-test* menggambarkan skor pengetahuan, sikap dan keterampilan masing-masing kelompok berbeda secara bermakna ($p < 0,05$) dan ibu pada kelompok intervensi mampu merawat anak diare, berbeda secara bermakna dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Pendidikan kesehatan perawatan anak diare hendaknya diberikan secara intensif guna mendukung terlaksananya konsep *family centered care* dalam asuhan keperawatan anak di rumah sakit.

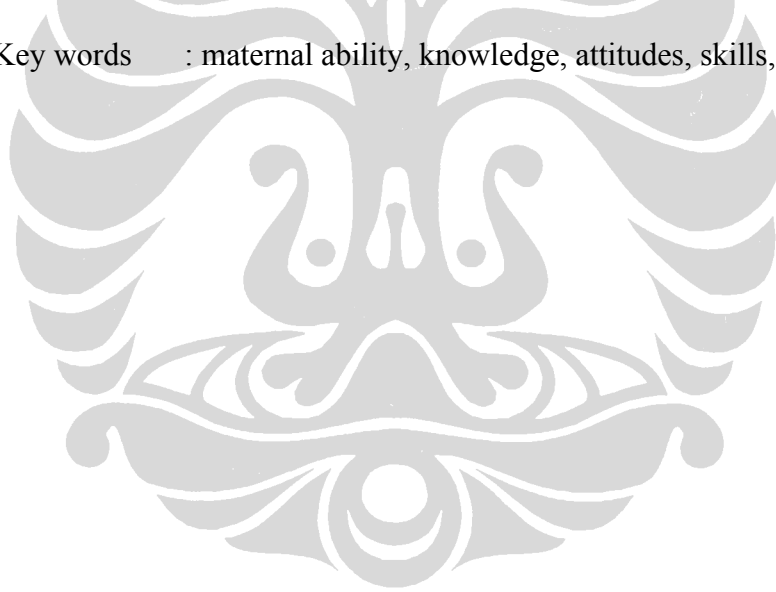
Kata kunci : Kemampuan ibu, pengetahuan, sikap, keterampilan, diare

ABSTRACT

Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
Master in Nursing Science
Pediatric Nursing Specialization
Family Health Education Effectiveness To Increase Maternal Ability In Caring
Child Diarrhea at Sanglah Hospital and Wangaya Hospital in Denpasar

Diarrhea is one of the causes of high morbidity and mortality of children in Indonesia. One risk factor for diarrhea and increased risk for hospitalized children is the lack of maternal knowledge. The aims of this study was identify the effect of health education for maternal ability in caring the child diarrhea. This research was a study of quasi-experiment with the design group posttest only design. Study sample was 62 respondents in two hospitals in Denpasar. The results were describe the post-test scores of knowledge, attitudes and skills of each group different significantly ($p < 0.05$). Mothers in the intervention group capable of caring for child diarrhea, significantly different to the control group ($p = 0.000$; $\alpha = 0,05$). Health education about diarrhea in children should be given intensive to support the implementation of family centered care concept in pediatric nursing at hospital.

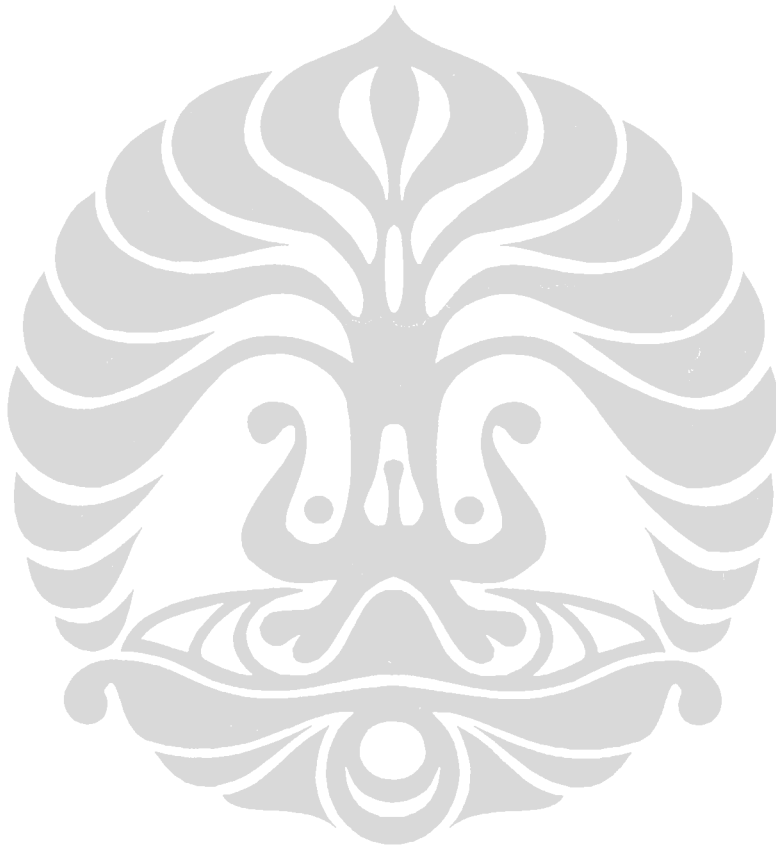
Key words : maternal ability, knowledge, attitudes, skills, diarrhea



DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS..... | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH..... | vii |
| ABSTRAK BAHASA INDONESIA | viii |
| ABSTRAK BAHASA INGGRIS | ix |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR SKEMA | xiii |
| DAFTAR DIAGRAM | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| 1. PENDAHULUAN | |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 6 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 7 |
| 1.4. Manfaat Penelitian | 8 |
| 2. TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1. Konsep Diare..... | 9 |
| 2.2. Konsep perawatan anak diare di rumah sakit..... | 25 |
| 2.3. Konsep keluarga dan <i>family centered care</i> | 28 |
| 2.4. Konsep pendidikan kesehatan..... | 32 |
| 2.5. Perubahan prilaku sebagai hasil belajar dalam pendidikan kesehatan..... | 36 |
| 2.6. Teori <i>Health Belief Model</i> | 40 |
| 2.7. Kerangka Teori..... | 43 |
| 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL | |
| 3.1. Kerangka Konsep | 44 |
| 3.2. Hipotesis Penelitian | 45 |
| 3.3. Definisi Operasional | 45 |
| 4. METODE PENELITIAN | |
| 4.1. Rancangan Penelitian | 48 |
| 4.2. Populasi dan Sampel | 49 |
| 4.3. Tempat Penelitian | 51 |
| 4.4. Waktu Penelitian | 51 |
| 4.5. Etika Penelitian | 52 |
| 4.6. Alat Pengumpul Data | 53 |
| 4.7. Prosedur Pengumpulan Data | 58 |
| 4.8. Pengolahan dan Analisis Data | 59 |
| 5. HASIL PENELITIAN | |
| 5.1. Analisis <i>Univariat</i> | 61 |
| 5.2. Analisis <i>Bivariat</i> | 67 |
| 6. PEMBAHASAN | |
| 6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian | 74 |
| 6.2. Keterbatasan Penelitian | 87 |

| | |
|---|----|
| 6.3. Implikasi Hasil Penelitian dalam Pelayanan Keperawatan | 88 |
| 7. SIMPULAN DAN SARAN | |
| 7.1. Simpulan | 90 |
| 7.2. Saran | 91 |
| DAFTAR PUSTAKA | 92 |
| LAMPIRAN | |

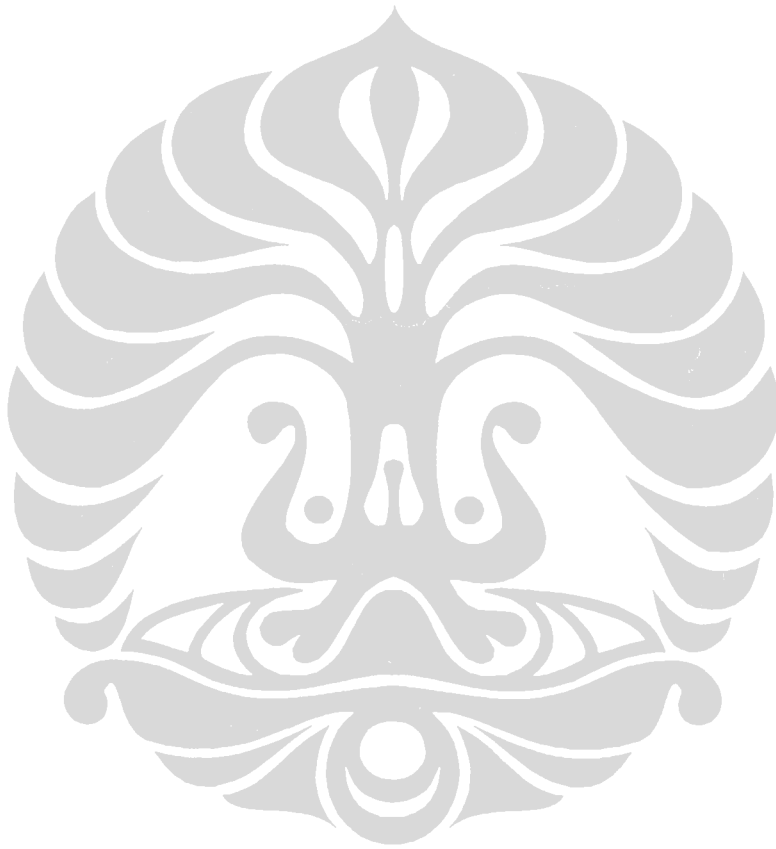


DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|--|----|
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional Variabel Penelitian | 45 |
| Tabel 4.1 | Uji Homogenitas dan Uji Bivariat Variabel Penelitian..... | 60 |
| Tabel 5.1 | Distribusi Responden Menurut Karakteristik Responden (Umur) Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April – Mei 2011..... | 61 |
| Tabel 5.2 | Distribusi Responden Menurut Pendidikan , Pengalaman, dan Informasi yang Pernah Didapatkan di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April- Mei 2011 | 62 |
| Tabel 5.3 | Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Merawat Anak Diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April – Mei 2011..... | 63 |
| Tabel 5.4 | Distribusi Katagori Pengetahuan, Sikap, Keterampilan dan Kemampuan Merawat Anak Diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar Bulan April- Mei 2011 | 66 |
| Tabel 5.5 | Uji Homogenitas Umur Responden dan Keterampilan Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April- Mei 2011..... | 67 |
| Tabel 5.6 | Uji homogenitas Pendidikan, pengalaman dan informasi yang pernah didapat kelompok intervensi dan kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April- Mei 2011..... | 68 |
| Tabel 5.7 | Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Keterampilan Ibu antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar Bulan April- Mei 2011..... | 70 |
| Tabel 5.8 | Perbedaan Keterampilan Ibu Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar Bulan April- Mei 2011..... | 71 |
| Tabel 5.9 | Perbedaan Keterampilan Ibu Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar Bulan April- Mei 2011..... | 72 |
| Tabel 5.10 | Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare Setelah Periode Intervensi antara Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April- Mei 2011..... | 72 |

DAFTAR SKEMA

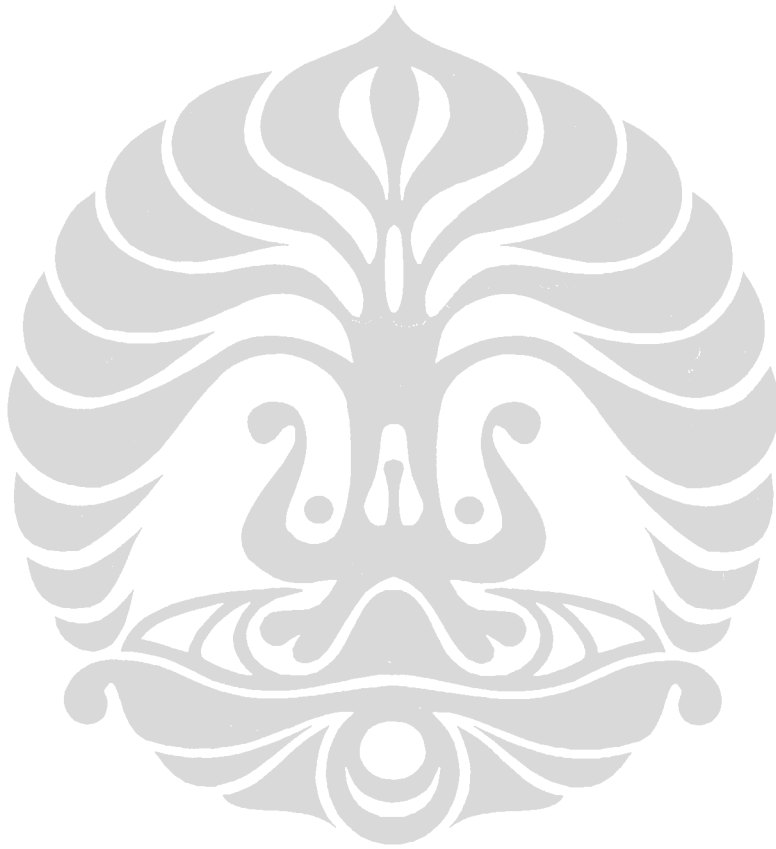
| | |
|--|----|
| Skema 2.1 Teori <i>Health Belief Model</i> | 40 |
| Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian | 43 |
| Skema 3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian | 44 |
| Skema 4.1 Rancangan Penelitian <i>Quasi-Experimental</i> dengan <i>-Posttest Only Control Group Design</i> | 48 |



DAFTAR DIAGRAM

Diagran 5.1 Distribusi Keterampilan Ibu Merawat Anak Diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April – Mei 2011....

64



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|-------------|---|
| Lampiran 1 | Formulir Informasi Penelitian |
| Lampiran 2 | Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian |
| Lampiran 3 | Pedoman Intervensi Pendidikan Kesehatan |
| Lampiran 4 | <i>Booklet</i> “Perawatan Anak Diare di Rumah Sakit” |
| Lampiran 5 | Kuesioner Karakteristik Responden |
| Lampiran 6 | Kuesioner Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Anak Diare |
| Lampiran 7 | Kuesioner Sikap Ibu dalam Merawat Anak Diare |
| Lampiran 8 | Lembar Observasi Keterampilan Ibu Merawat Anak Diare |
| Lampiran 9 | Jadual Kegiatan Penelitian |
| Lampiran 10 | Kisi- Kisi Kuisisioner |
| Lampiran 11 | Kunci Jawaban Kuisisioner Pengetahuan |
| Lampiran 12 | Daftar Riwayat Hidup |
| Lampiran 13 | Surat Lulus Kaji Etik Universitas Indonesia |
| Lampiran 14 | Surat Ijin Penelitian |

BAB 1 PENDAHULUAN

Bab satu akan menguraikan tentang latar belakang penelitian, rumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus penelitian serta manfaat yang diperoleh dari penelitian ini.

1.1. Latar Belakang.

Tujuan pembangunan millennium (*Millennium Development Goals*) salah satunya adalah mengurangi angka kematian anak sebanyak dua pertiga antara tahun 1990 sampai dengan 2015 (UNICEF, 2009). Penyebab kematian anak dikarenakan penyakit masih menjadi penghalang tercapainya *Millennium Development Goals (MDGs)*, bahkan beberapa penyakit menyumbang 75 persen kematian pada anak. Penyakit penyebab utama kematian pada anak mencakup malaria, pneumonia, campak dan diare (Atmawikarta, 2010).

Diare adalah bertambahnya frekwensi defekasi lebih dari 3 kali per hari yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi cair, kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam (Sinuhaji, 2007; Suraatmaja, 2007; Ginanjar, 2008). Diare dapat menimbulkan berbagai dampak negatif pada anak seperti dehidrasi dan kurang gizi. Kekurangan gizi akibat diare disebabkan adanya anoreksia (tidak ada nafsu makan) pada penderita, dan kemampuan tubuh untuk menyerap sari makanan berkurang. Sebetulnya saat orang sedang menderita diare justru kebutuhan sari makanan meningkat karena adanya infeksi. Apabila seorang anak mengalami episode diare yang berkepanjangan, maka akan sangat berdampak pada status gizinya, dan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak (Wahyudi, 2009). Selain kekurangan gizi, akibat yang paling ditakutkan pada anak dengan diare adalah dehidrasi. Dehidrasi dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemi, bahkan kematian.

Kematian akibat diare umumnya disebabkan oleh dehidrasi. Dehidrasi pada pasien diare terjadi karena kehilangan air dan elektrolit tubuh melalui tinja. Sekitar 10% episode diare disertai dehidrasi akibat kehilangan cairan dan elektrolit tubuh secara berlebihan. Bayi dan anak kecil lebih mudah mengalami dehidrasi dibanding anak yang lebih besar. Penanganan awal yang sangat penting pada anak dengan diare adalah mencegah dan mengatasi keadaan dehidrasi. Pemberian cairan pengganti (cairan rehidrasi) baik yang diberikan secara oral maupun parenteral telah berhasil menurunkan angka kematian akibat dehidrasi pada ribuan anak yang menderita diare (IDAI, 2009)

WHO dan UNICEF (2009), menjelaskan bahwa diare merupakan penyebab kematian nomor 2 pada balita di dunia, nomor 3 pada bayi, dan nomor 5 bagi segala umur. Data UNICEF memberitakan bahwa 1,5 juta anak meninggal dunia setiap tahunnya karena diare. Putra (2008) juga menjelaskan bahwa setiap tahun diperkirakan lebih dari satu milyar kasus diare di dunia dengan 3,3 juta kasus kematian sebagai akibatnya. Sedangkan di negara berkembang diperkirakan angka kejadian berkisar 3,5–7 episode per anak pertahun dalam 2 tahun pertama kehidupan dan 2–5 episode per anak per tahun dalam 5 tahun pertama kehidupan.

Secara nasional, angka kesakitan akibat diare meningkat dari tahun 2003 ke tahun 2006, dari 347 per 1000 penduduk menjadi 423 per 1000 penduduk (RSUP Sanglah, 2010). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, angka morbiditas diare di Indonesia mencapai 423 per 1.000 penduduk, dan menempati posisi teratas sebagai penyebab kematian bayi dan balita. Diare menjadi penyebab kematian 42% bayi berusia 29 hari hingga 11 bulan dan 25,2 % anak usia satu tahun hingga empat tahun (Wijaya, 2010). Selain angka kesakitan dan kematian yang tinggi, diare juga sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).

Kejadian Luar Biasa diare tahun 2006 terjadi di 16 Provinsi dengan kasus lebih dari dua kali lipat dibandingkan tahun 2005, yaitu 10.980 penderita, dan angka kematian 2.52% (RSUP Sanglah, 2010). Berdasarkan profil kesehatan

Indonesia (2008), dilaporkan adanya KLB diare di 15 propinsi, dengan jumlah penderita sebanyak 8.443 orang dan jumlah kematian sebanyak 209 orang. Keadaan ini meningkat dari tahun 2007 dimana jumlah penderita sebanyak 3.659 orang dengan jumlah kematian sebanyak 69 orang (Depkes, 2009).

Data surveilens terpadu penyakit berbasis rumah sakit Propinsi Bali tahun 2009 melaporkan, bahwa kejadian diare yang dirawat inap pada anak (0-14 tahun) menduduki urutan kedua penyakit terbanyak setelah DHF yaitu sebanyak 1750 kasus. Kasus diare pada anak yang dirawat sampai bulan Oktober 2010 sebanyak 1030 kasus. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di sub divisi bagian anak RSUP Sanglah Denpasar, kasus diare termasuk 5 penyakit terbesar yang dirawat sepanjang tahun 2010. Jumlah pasien diare yang dirawat dari bulan Januari sampai Desember 2010 sebanyak 489 kasus.

Diare ternyata masih tetap menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia dengan kejadian yang selalu ada sepanjang tahun dan cenderung mengalami peningkatan. Saat ini penderita diare yang di rumah sakit cukup tinggi dan masih menjadi beban ekonomi yang tinggi di sektor kesehatan. Sekitar 30 % dari jumlah tempat tidur yang ada di rumah sakit ditempati oleh bayi dan anak dengan penyakit diare (Subagio & Santoso, 2011).

Diare pada umumnya termasuk penyakit yang dapat sembuh dengan sendirinya (*self limiting disease*) (Subagyo & Santoso, 2011). Penanganan yang tepat, akan menurunkan derajat keparahan penyakit sehingga anak tidak memerlukan rawat inap. Pada kenyataannya angka rawat inap pasien dengan diare akut masih cukup tinggi. Data surveilen terpadu berbasis rumah sakit Propinsi Bali tahun 2009, proporsi anak dengan diare yang dirawat sebesar 29%. Proporsi anak yang dirawat dengan diare sampai dengan bulan Oktober 2010 meningkat menjadi 32%.

Berbagai faktor dapat mempengaruhi terjadinya diare maupun meningkatkan risiko rawat inap anak dengan diare. Faktor risiko yang berhubungan dengan

diare pada anak antara lain tidak diberikan ASI secara eksklusif, status gizi rendah, tingkat pendidikan dan pengetahuan pengasuh rendah dan tidak memanfaatkan sumber air bersih dan sanitasi lingkungan yang tidak baik (Kamalia, 2005; Sinthamurniwati, 2006; Bintoro, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Khalili di Iran tahun 2006, menemukan peningkatan risiko rawat inap pasien diare akut disebabkan oleh adanya darah dalam tinja, dehidrasi, ASI yang diberikan kurang dari 6 bulan, riwayat rawat inap sebelumnya, kurangnya akses terhadap air bersih, mempunyai hewan peliharaan. Khalili juga menjelaskan bahwa salah satu faktor risiko yang menyebabkan pasien diare dirawat di rumah sakit di negara berkembang adalah tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan orang tua yang rendah tentang perawatan diare. Handayani (2008) dan Asiddiqi (2010) menggambarkan tingkat pengetahuan ibu tentang penanganan diare sebagian besar berada pada katagori rendah sampai sedang.

Tingkat pengetahuan yang rendah akan berdampak pada ketidakmampuan ibu dalam mencegah maupun merawat anak dengan diare. Warman (2008) menemukan bahwa pengetahuan ibu memberikan kontribusi paling kuat dibandingkan faktor lingkungan dan sosial ekonomi dalam mempengaruhi kejadian diare akut pada balita. Bachrach & Gardner (2002) juga menemukan bahwa pengetahuan pengasuh yang kurang tentang rehidrasi oral, merupakan faktor yang meningkatkan risiko anak mengalami dehidrasi dan dirawat di rumah sakit. Tingkat pengetahuan ibu yang baik tentang diare, sangat menentukan upaya pencegahan yang dilakukan dan terhindarnya anak dari dampak buruk diare seperti dehidrasi, kekurangan gizi dan risiko kematian.

Salah satu intervensi keperawatan mandiri yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan masalah kurang pengetahuan adalah dengan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu peran penting yang harus dilakukan oleh seorang perawat. Perencanaan pendidikan kesehatan yang komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan klien, akan mengurangi biaya pelayanan kesehatan, meningkatkan kualitas pelayanan, dan dapat

membantu klien menjadi lebih sehat dan mandiri (Potter & Perry, 2009). Tram, et.al (2003) menemukan bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam merawat anak dengan *dengue hemorrhagic fever* (DHF). Kutjleb & Reiner (2006, dalam Potter & Perry, 2009) menemukan bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi angka rawat inap klien gagal jantung dibandingkan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Rinik (2010) menemukan bahwa adanya peningkatan pengetahuan dan sikap ibu terhadap penatalaksanaan diare pada balita setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media audiovisual.

Pendidikan kesehatan dalam keperawatan anak diberikan kepada orang tua agar dapat merawat anak dengan baik dalam kondisi sehat maupun sakit. Kebutuhan orang tua terhadap pendidikan kesehatan mencakup pengertian dasar tentang penyakit anak, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta perawatan lanjutan untuk persiapan pulang (Supartini, 2004). Pendidikan kesehatan sebagai intervensi keperawatan mandiri dapat direncanakan untuk meningkatkan kemampuan ibu merawat anak yang mengalami diare. Metoda yang efektif perlu dikembangkan sehingga ibu dapat mencegah terjadinya diare pada anak, dapat melakukan penanganan yang tepat ketika anak mengalami diare dan mampu terlibat dalam perawatan anak diare di rumah sakit. Keterlibatan keluarga dalam perawatan anak diare di rumah sakit adalah hal sangat penting. Hal ini sesuai dengan konsep pemberdayaan dalam *family centered care* yang menjelaskan bahwa keluarga memiliki hak dan kewenangan untuk merawat anak-anak mereka. Keluarga adalah pemberi perawatan terbaik bagi anak. Konsep inti dari *family centered care* adalah memberdayakan keluarga dalam perawatan anak-anak mereka.

Konsep pemberdayaan keluarga dapat diterapkan dalam perawatan anak diare di rumah sakit. Pemberdayaan keluarga dapat berjalan optimal jika keluarga mengetahui apa yang seharusnya dilakukan terkait perawatan anak di rumah sakit. Selama perawatan anak di rumah sakit, diharapkan terjadi proses belajar

pada orang tua baik untuk peningkatan pengetahuan maupun keterampilan yang berhubungan dengan penyakit anak (Supartini, 2005).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUP Sanglah khususnya di ruang perawatan anak, pendidikan kesehatan tentang peran keluarga selama anak dirawat belum dilakukan secara terstruktur. Hasil pengamatan dan wawancara yang dilakukan dengan kepala ruangan maupun perawat didapatkan bahwa pendidikan kesehatan untuk pasien diare biasanya diberikan kepada keluarga secara lisan oleh perawat, terkait pemberian minum pada anak, cuci tangan maupun kapan kontrol kembali ketika pasien sudah diperbolehkan pulang.

1.2. Rumusan masalah.

Diare masih merupakan salah satu penyebab tingginya morbiditas dan mortalitas Indonesia. Salah satu faktor yang telah teridentifikasi sebagai faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya diare dan meningkatkan risiko anak untuk dirawat inap karena diare adalah kurang pengetahuan orang tua khususnya ibu dalam mencegah maupun merawat anak dengan diare.

Diare pada umumnya termasuk penyakit yang dapat sembuh dengan sendirinya (*self limiting disease*), sehingga dengan penanganan yang tepat akan menurunkan angka rawat inap. Pada kenyataannya angka rawat inap pasien anak dengan diare akut masih cukup tinggi. Pasien anak diare yang dirawat di rumah sakit tentu membutuhkan kehadiran keluarga selama selama hospitalisasi. Sesuai dengan konsep pemberdayaan keluarga dan *family centered care* keterlibatan orang tua dalam perawatan anak adalah sangat penting. Untuk dapat terlibat dalam perawatan anak di rumah sakit, orang tua harus memiliki seperangkat pengetahuan dan keterampilan tentang perawatan anaknya. Rinik (2010) telah melakukan penelitian tentang efektivitas audiovisual terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare di dua rumah sakit di kota Malang. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan pengetahuan yang bermakna pada kelompok perlakuan. Penelitian ini hanya mengukur pengetahuan dan sikap

saja sehingga penilaian kemampuan ibu dalam penatalaksanaan balita dengan diare belum dilakukan secara utuh. Materi pendidikan kesehatan yang diberikan hanya menyangkut bagaimana penatalaksanaan diare pada balita di rumah. Peran ibu selama anak dirawat di rumah sakit belum dibahas dan diteliti. Penelitian yang lebih komprehensif untuk melihat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemampuan ibu merawat anak diare baik di rumah sakit, maupun di rumah perlu dilakukan.

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUP Sanglah khususnya di ruang perawatan anak, pendidikan kesehatan untuk pasien diare biasanya diberikan kepada keluarga secara lisan oleh perawat, terkait pemberian minum pada anak, cuci tangan maupun kapan kontrol kembali ketika pasien sudah diperbolehkan pulang. Pendidikan kesehatan tentang peran keluarga selama anak dirawat belum dilakukan secara terstruktur. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemampuan ibu dalam merawat anak dengan diare ?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemampuan ibu dalam merawat anak dengan diare.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik responden.

1.3.2.2 Mengidentifikasi pengetahuan, sikap, dan ketampilan ibu dalam merawat anak dengan diare sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1.3.2.3 Mengidentifikasi perbedaan pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam merawat anak dengan diare setelah intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1.4. Manfaat penelitian.

1.4.1. Bagi pelayanan (rumah sakit).

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan untuk rumah sakit, dalam mengevaluasi program yang sedang berjalan. Selain itu hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan, kebijakan dan perbaikan dalam rangka penanggulangan penyakit diare dan mengoptimalkan kemampuan keluarga dalam perawatan anak selama di rumah sakit.

1.4.2. Bagi pendidikan.

Sebagai *evidence base practice* dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang intervensi keperawatan yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan khususnya tentang perawatan diare selama di rumah sakit sehingga dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan kualitas asuhan keperawatan pada anak.

1.4.3. Bagi peneliti selanjutnya.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian yang lebih lanjut terkait intervensi lain yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan ibu dalam merawat anak dengan diare.

1.4.4. Bagi keluarga.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi keluarga dalam melakukan pencegahan penyakit diare, melakukan penanganan yang tepat apabila anak diare sehingga tidak memerlukan perawatan di rumah sakit, dan mampu merawat anak diare di rumah sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Teori dan konsep yang berkaitan dengan hal yang akan diteliti akan diuraikan pada bab ini sebagai landasan dalam melaksanakan penelitian. Adapun uraian tersebut adalah konsep diare, konsep perawatan anak diare di rumah sakit, konsep keluarga dan *family centered care*, konsep pendidikan kesehatan, dan konsep perubahan perilaku sebagai hasil belajar dalam pendidikan kesehatan dan teori *Health Belief Model*.

2.1. Konsep Diare

2.1.2. Pengertian Diare

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekwensi defekasi lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan/tanpa darah dan/atau lendir (Suaraatmaja, 2007). Sinuhaji (2007) menjelaskan bahwa diare adalah frekuensi buang air besar 3 kali per hari disertai perubahan konsistensi tinja yang lembek (*loose*) atau cair (*watery*) karena peningkatan volume air dalam tinja dan frekwensi defekasi 5-6 kali per hari pada bayi muda yang mendapat ASI, tetapi dengan konsistensi tinja baik, tidak dikategorikan diare (Sinuhaji, 2007).

Dari kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa diare adalah bertambahnya frekwensi defekasi lebih dari 3 kali per hari pada anak dan lebih dari 6 kali pada bayi yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi cair.

2.1.2. Epidemiologi

Diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat baik di negara maju maupun negara berkembang dan merupakan salah satu penyebab kesakitan dan kematian tertinggi pada anak, terutama anak usia di bawah 5 tahun (Suraatmaja 2007; Ginanjar, 2009). Insiden diare sebagai penyakit infeksi tetap tinggi di negara maju walaupun telah ada perbaikan kesehatan dan ekonomi masyarakat. Tingginya kejadian diare di negara maju, disebabkan *foodborne infections* dan *waterborne infections* yang disebabkan bakteri *Salmonella spp*, *Campylobacter jejuni*, *Stafilococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* dan *Enterohemorrhagic Escherichia coli (EHEC)* (Ginanjar, 2009). Epidemiologi penyakit diare di negara berkembang serupa dengan di negara yang secara ekonomi sudah maju. *Rotavirus* dan virus enterik lainnya adalah patogen utama penyebab diare. Sedangkan bakteri yang paling sering menyebabkan diare di negara berkembang adalah *salmonella* dan *shigella* (Kliegman & Nelson, 2000).

Diare infeksi menyebabkan kematian sekitar 3 juta penduduk setiap tahun di negara berkembang. Diare infeksi menyerang anak-anak di Afrika sebanyak 7 kali setiap tahunnya, lebih tinggi di dibandingkan dengan negara berkembang lainnya yang mengalami serangan diare 3 kali setiap tahun (Ginanjar, 2009). Sebanyak 6 juta anak meninggal tiap tahun di dunia karena diare, dan sebagian kejadian tersebut terjadi di negara berkembang. Sebagai gambaran 17% kematian anak di dunia disebabkan oleh diare, sedangkan di Indonesia hasil Riskesdas 2007 menemukan diare masih merupakan penyebab kematian bayi yang terbanyak yaitu 42% dibandingkan dengan pneumonia 24 %. Diare juga menjadi penyebab kematian pada golongan umur 1-4 tahun sebanyak 25,2 % di atas angka kejadian pneumonia yang hanya 15,5% (Subagio & Santoso, 2011).

2.1.3. Etiologi

Kemajuan di bidang teknologi laboratorium telah mampu mengidentifikasi kuman-kuman patogen penderita diare sekitar 80% pada kasus yang datang di sarana kesehatan dan sekitar 50 % kasus ringan di masyarakat. Tidak kurang dari 25 jenis mikroorganisme yang dapat menyebabkan diare pada anak dan bayi telah teridentifikasi (Subagyo & Santoso, 2011). Beberapa penyebab infeksi utama timbulnya diare antara lain golongan bakteri, parasit dan virus.

Virus terbanyak yang menyebabkan diare ialah *Rotavirus* (40–60%) sedangkan virus lainnya ialah virus *Norwalk*, *Astrovirus*, *Cacivirus*, *Coronavirus*, *Minirovirus*, *enteric adenovirus* (Subagyo & Santoso, 2011; Putra, 2010).

Bakteri yang dapat menyebabkan diare adalah *Aeromonas*, *Bacillus cereus*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium defficile*, *Escherichia coli*, *Plesiomonas shigeloides*, *Salmonella*, *Shigella*, *Staphylococcus aureus*, *Vibrio cholera*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Yersinia enterocolitica*. Sedangkan penyebab diare oleh parasit adalah *Balantidium coli*, *Capillaria philippinensis*, *Cryptosporodium*, *Entamoeba hystolitica*, *Giardia lamblia*, *Iso spora billi*, *Fasiolopsis buski*, *Sarcocystis sui hominis*, *Strongiloides stercorlis*, dan *trichuris trichiura* (Subagyo & Santoso, 2011; WGO, 2008).

Diare pada anak bisa disebabkan oleh penyebab non infeksi seperti malabsorpsi, keracunan makanan, alergi, imunodefisiensi dan sebab lain. Gangguan penyerapan (malabsorpsi) yang sering menyebabkan diare adalah malabsorpsi karbohidrat, sedangkan pada bayi dan anak penyebab tersering adalah karena intoleransi laktosa, malabsorpsi lemak dan juga protein. Faktor makanan, seperti keracunan makanan atau alergi terhadap makanan tertentu juga dapat menimbulkan diare. Kondisi psikologis juga dapat menimbulkan diare seperti rasa takut dan cemas, tetapi hal ini jarang terjadi pada anak-anak (Subagyo & Santoso, 2011; Suaratmaja, 2007).

2.1.4. Mekanisme terjadinya diare

Diare secara umum terjadi dari satu atau beberapa mekanisme yang saling tumpang tindih. Menurut Subagyo & Santoso (2011) dan Depkes RI (1999) mekanisme dasar terjadinya diare antara lain :

2.1.4.2. Gangguan absorpsi atau diare osmotik

Epitel usus halus adalah epitel berpori, yang dapat dilewati air dan elektrolit dengan cepat untuk mempertahankan tekanan osmotik antara isi usus dengan cairan ekastraseluler. Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap seperti magnesium, glukosa, sukrosa, laktosa, dan maltose maka akan menyebabkan tekanan osmotik meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus yang berlebihan. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

2.1.4.2. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya oleh toxin), dinding usus akan mengalami peningkatan sekresi air dan elektrolit kedalam rongga usus yang selanjutnya akan menimbulkan peningkatan isi rongga usus. Peningkatan isi rongga usus akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga terjadi diare.

2.1.4.3. Gangguan Motilitas

Hiperperistaltik (peningkatan pergerakan usus) akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

2.1.5. Penatalaksanaan Diare

Panduan tata laksana pengobatan diare pada balita di Indonesia berpedoman pada kebijakan WHO.

Prinsip penatalaksanaan diare (Depkes RI, 2008; Subagyo & Santoso, 2011) antara lain:

2.1.5.1. Mencegah terjadinya dehidrasi

Pencegahan dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti air tajin, kuah sayur, air sup atau oralit bila tersedia. Apabila tidak mungkin memberikan cairan rumah tangga yang dianjurkan, berikan air matang. Jangan memberikan cairan dengan osmolaritas yang tinggi seperti air yang terlalu manis atau *soft drink*.

2.1.5.2. Mengobati dehidrasi

Apabila terjadi dehidrasi (terutama pada anak), penderita harus segera dibawa ke petugas kesehatan atau sarana kesehatan untuk mendapat pengobatan yang cepat dan tepat. Cairan rehidrasi oral yang digunakan saat ini adalah oralit baru. Oralit baru adalah oralit dengan osmolaritas yang rendah, yang lebih mendekati osmolaritas plasma sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya hiponatremia. Oralit baru juga menurunkan kebutuhan suplementasi intravena dan mampu mengurangi pengeluaran tinja hingga 20% serta mengurangi kejadian muntah 30%. Oralit baru ini juga telah direkomendasikan oleh WHO dan UNICEF untuk diare akut non kolera pada anak (Subagyo & Santoso, 2011).

2.1.5.3. Pemberian ASI/makanan

ASI dan makanan tetap diteruskan sesuai umur anak dengan menu yang sama pada waktu anak sehat untuk mencegah kehilangan berat badan serta pengganti nutrisi yang hilang. Adanya perbaikan nafsu makan menandakan fase kesembuhan. Anak yang masih mimun ASI harus lebih sering diberi ASI. Anak yang minum susu formula diberikan lebih sering dari biasanya. Anak Usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapat makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna sedikit tetapi sering. Setelah diare berhenti pemberian makanan tambahan diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan anak.

2.1.5.4. Pemberian zinc

Zinc termasuk *makronutrient* yang mutlak diperlukan untuk memelihara kehidupan yang optimal. Meski dalam jumlah yang sangat kecil, secara

fisiologis zinc berperan untuk pertumbuhan dan pembelahan sel, antioksidan, perkembangan seksual, kekebalan selluler, adaptasi gelap, pengecap, serta nafsu makan. Zinc juga berperan dalam sistem kekebalan tubuh dan merupakan mediator potensial pertahanan tubuh terhadap infeksi (Subagyo & Santoso, 2011).

Menurut Megawati (2010) zinc yang ada dalam tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare. Zinc akan ikut terbuang bersama dengan cairan dan elektrolit lainnya. Zinc diperlukan tubuh terutama usus untuk memperbaiki kerusakan jaringan mukosa, meningkatkan absorpsi dan daya tahan usus. Oleh karena itu, untuk menggantikan zinc yang hilang selama diare anak diberikan tablet zinc dengan tujuan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap sehat.

Zinc juga berperan dalam epitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan morfologi dan fungsi selama sebagian besar kejadian diare. Kerusakan morfologi epitel usus antara lain terjadi pada diare karena rotavirus yang merupakan penyebab terbesar diare akut (Wapnir, 2000 dalam Depkes, 2008).

Pemberian zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya (Black, 2003 dalam Depkes, 2008). Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa zinc mempunyai efek protektif terhadap diare dan menurunkan kekambuhan diare sebanyak 11% dan menurut hasil pilot studi menunjukkan bahwa zinc mempunyai tingkat hasil guna sebesar 67% (Hidayat, 1998; Scenario, 2007 dalam Depkes, 2008).

2.1.5.5. Antibiotik selektif

Antibiotik tidak diberikan kecuali ada indikasi misalnya diare berdarah atau kolera. Pemberian antibiotik yang tidak rasional justru akan memperpanjang lamanya diare karena akan mengganggu keseimbangan flora usus dan menyebabkan diare sulit disembuhkan (Subagyo & Santoso, 2011)

2.1.5.6. Mengobati masalah lain

Apabila ditemukan penderita diare disertai dengan penyakit lain, maka diberikan pengobatan sesuai indikasi, dengan tetap mengutamakan rehidrasi. Sampai saat ini belum ada obat yang aman dan efektif untuk menghentikan diare (Subagyo & Santoso, 2011).

2.1.5.7. Memberikan nasehat pada orang tua

Berikan nasehat pada orang tua atau pengasuh untuk segera membawa anaknya kepada petugas kesehatan bila anak demam, buang air besar cair makin sering, muntah berulang-ulang, tinja berdarah, makan atau minum sedikit, sangat haus (Depkes, 2008).

2.1.6. Komplikasi

Penderita diare dapat sembuh tanpa mengalami komplikasi, namun sebagian kecil mengalami komplikasi dari dehidrasi, kelainan elektrolit atau pengobatan yang diberikan. Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi antara lain (Depkes RI, 1999; Suraatmaja, 2007; Subagyo & Santoso, 2011) :

2.1.6.1. Hipernatremia

Hipernatremia biasanya terjadi pada diare yang disertai muntah dengan *intake* cairan/makanan yang kurang, atau cairan yang diminum terlalu banyak mengandung natrium. Jurnal, Sayoeti dan Dewi (2008) menemukan 10,3% anak yang menderita diare akut dengan dehidrasi berat mengalami hipernatremia.

2.1.6.2. Hiponatremia

Hiponatremia dapat terjadi pada anak dengan diare yang hanya minum air putih atau cairan yang hanya mengandung sedikit garam.

Hiponatremia sering terjadi pada anak dengan *shigellosis* dan anak malnutrisi berat dengan edema. Kejadian hiponatremia ditemukan sebanyak 44,8% pada diare akut dengan dehidrasi berat (Jurnalis, Sayoeti & Dewi, 2008).

2.1.6.3. Hipokalemia

Penggantian K selama rehidrasi yang tidak cukup, akan menyebabkan terjadinya hipokalemia yang ditandai dengan kelemahan otot, paralitik ileus, gangguan fungsi ginjal dan aritmia jantung. Jurnalis, Sayoeti dan Dewi (2008) menemukan terjadi hipokalemia sebanyak 62% pada anak yang menderita diare akut dengan dehidrasi berat.

2.1.6.4. Demam

Infeksi *shigella dysenteriae* dan *rotavirus* sering menyebabkan demam. Pada umumnya demam timbul bila penyebab diare berinvansi ke dalam sel epitel usus. Demam juga dapat terjadi karena dehidrasi. Demam yang timbul karena dehidrasi biasanya tidak tinggi dan akan turun setelah mendapat hidrasi yang cukup. Grace dan Jerald (2010) menemukan adanya demam dan muntah sebanyak 41,3% pada anak dengan diare akut yang disebabkan oleh *rotavirus*.

2.1.6.5. Edema/overhidrasi

Edema dapat terjadi bila mendapat cairan yang terlalu banyak.

2.1.6.6. Asidosis metabolik

Asidosis metabolik ditandai dengan bertambahnya asam atau hilangnya basa cairan ekstraseluler. Sebagai kompensasi, terjadi alkalosis respiratorik, yang ditandai dengan pernafasan kusmaul. Sinuhaji (2007) menemukan bahwa 6,6–72,7% bayi/anak yang dirawat dengan diare akut mengalami asidosis metabolik. Carneiro (2005) juga menemukan asidosis metabolik terjadi pada anak yang dirawat dengan diare akut akibat *rotavirus* sebanyak 41%. Komplikasi diare akut dengan dehidrasi berat yang ditemukan terbanyak adalah asidosis metabolik sebesar 75,9% (Jurnalis, Sayoeti & Dewi, 2008).

2.1.6.7. Ileus paralitik

Ileus paralitik terjadi akibat penggunaan obat anti motilitas, yang ditandai dengan perut kembung, muntah, peristaltik berkurang atau tidak ada.

2.1.6.8. Kejang

Kejang dapat terjadi pada anak yang mengalami dehidrasi atau selama pengobatan rehidrasi. Kejang tersebut dapat disebabkan oleh hipoglikemi, kebanyakan terjadi pada anak dengan gizi buruk, hiperpireksia, hipernatremia atau hiponatremia.

2.1.6.9. Gagal ginjal akut (GGA)

Mungkin terjadi pada penderita dengan dehidrasi berat dan syok. Bila pengeluaran urine belum terjadi dalam waktu 12 jam setelah hidrasi cukup, maka dapat didiagnosis GGA.

2.1.7. Pencegahan Diare

Diare dapat dicegah dengan melaksanakan upaya-upaya berikut (Depkes, 1999; Subagyo & Santoso, 2011) :

2.1.7.1. Mencegah penyebaran kuman patogen penyebab diare

Kuman- kuman pathogen penyebab diare umumnya disebarkan secara fekal- oral, seperti air, makanan dan tangan yang tercemar. Pemutusan penyebaran kuman penyebab diare perlu difokuskan pada cara penyebaran ini. Upaya yang terbukti efektif adalah pemberian ASI yang benar, memperbaiki penyiapan dan penyimpanan makanan pendamping ASI, penggunaan air bersih yang cukup. Membudayakan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sehabis buang air besar dan sebelum makan, penggunaan jamban yang bersih dan higienis oleh seluruh anggota keluarga, serta pembuangan tinja bayi yang benar dapat secara efektif mencegah penyebaran kuman penyebab diare.

Wibowo (2004) dan Jubir (2006) dalam Wulandari (2009), menemukan jenis tempat pembuangan tinja mempengaruhi terjadinya diare dan pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat sanitasi dapat

meningkatkan risiko terjadinya diare berdarah pada balita sebanyak 2,55 kali lipat dibandingkan dengan yang membuang tinja dengan benar. Ejemot (2008), menjelaskan bahwa mencuci tangan dengan benar dapat mencegah terjadinya diare sebanyak 30%.

Fewtrell, et al. (2005) menjelaskan dalam tinjauannya bahwa lebih dari 30 penelitian menemukan bahwa mencuci tangan dengan sabun mencegah hampir separuh kejadian diare. Mencuci tangan memakai sabun lebih efektif dalam mengurangi kasus diare dibandingkan dengan intervensi lain. Presentase penurunan morbiditas diare berdasarkan jenis intervensi yang dilakukan menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan sabun menurunkan morbiditas diare sebanyak 44%, intervensi terkait penggunaan air 39%, sanitasi sebesar 32%, pendidikan kesehatan (28%), penyediaan air (25%), dan sumber pengolahan air (11%).

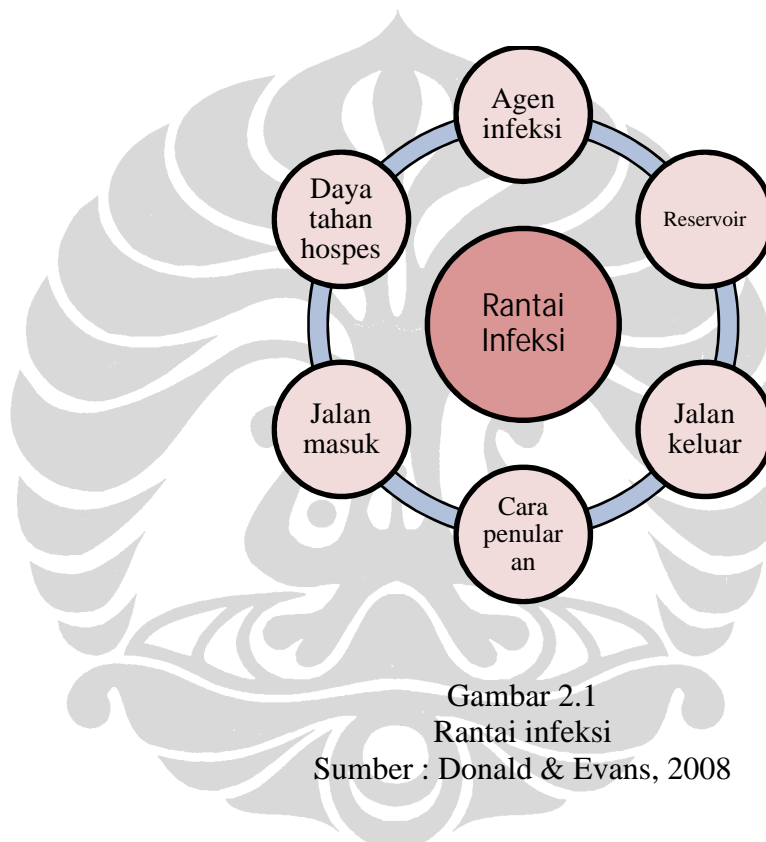
2.1.7.2. Memperbaiki daya tahan tubuh penjamu (host)

Sejumlah faktor risiko dapat menurunkan daya tahan tubuh anak sehingga mudah terkena diare. Cara- cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh anak dan dapat mengurangi risiko diare antara lain memberi ASI paling tidak sampai usia 2 tahun, meningkatkan nilai gizi makanan pendamping ASI dan memberi makan dalam jumlah yang cukup untuk memperbaiki status gizi anak.

Imunisasi campak juga dapat memperbaiki daya tahan tubuh anak terhadap diare. Diare yang terjadi pada campak umumnya lebih berat dan lebih lama (sulit diobati, cenderung menjadi kronis) karena adanya kelainan pada epitel usus. Diperkirakan imunisasi campak yang mencakup 45 – 90 % bayi usia 9-11 bulan dapat mencegah 40 – 60 % kasus campak, 0,6 – 3,8% kejadian diare dan 6 -25 % kematian karena diare pada balita (Suraatmaja, 2007).

2.1.8. Konsep Rantai Infeksi dan Diare

Diare yang terjadi pada anak umumnya disebabkan oleh faktor infeksi. Pencegahan terhadap diare dapat dilakukan dengan memutus rantai penularan infeksi. Rantai infeksi adalah sebuah model yang digunakan untuk memahami proses terjadinya infeksi. Proses terjadinya infeksi seperti rantai yang saling terkait antar berbagai faktor yang mempengaruhi, yaitu agen infeksi, *reservoir*, *portal of exit*, *mode of transmission*, *portal of entry* dan *host*/ penjamu yang rentan (Donald & Evans, 2008).



Gambar 2.1
Rantai infeksi

Sumber : Donald & Evans, 2008

2.1.8.1. *Infectious agent* (agen infeksi)

Mikroorganisme dapat menyebabkan infeksi tergantung pada jumlahnya, virulensi (kemampuan menyebabkan penyakit), kemampuan untuk masuk dan bertahan hidup dalam *host* serta kerentanan dari *host*/penjamu (Donald & Evans, 2008). Mikroorganisme yang dapat menyebabkan diare antara lain virus, bakteri dan parasit.

2.1.8.2. *Reservoir*

Reservoir adalah tempat mikroorganisme dapat berkembangbiak. Manusia, binatang, makanan, air, serangga dan benda lain dapat

berperan sebagai *reservoir* (Donald & Evans, 2008). Tempat berkembangbiaknya kuman penyebab diare pada umumnya pada saluran pencernaan manusia.

2.1.8.3. *Portal of exit* (jalan keluar)

Portal of exit adalah tempat keluar bagi organisme dari *reservoir*. Mikroorganisme yang hidup di dalam *reservoir* harus menemukan *portal of exit* (jalan keluar untuk masuk ke dalam host dan menyebabkan infeksi). Jika *reservoirnya* manusia, kuman dapat keluar melalui saluran pernapasan, pencernaan, perkemihan, genitalia, kulit dan membran mukosa yang rusak serta darah (Donald & Evans, 2008). Kuman penyebab diare keluar dari tubuh manusia melalui saluran pencernaan bersama tinja.

2.1.8.3. *Mode of transmission* (cara penularan)

Kuman penyebab infeksi dapat menular atau berpindah ke orang lain melalui berbagai cara, seperti kontak langsung dengan penderita melalui oral, fekal, kulit atau darahnya. Kontak tidak langsung melalui jarum atau balutan bekas luka penderita, peralatan yang terkontaminasi, makanan yang diolah tidak tepat, dan melalui vektor nyamuk (Donald & Evans, 2008). Sebagian besar kuman penyebab diare ditularkan melalui jalur oral. Kuman-kuman tersebut ditularkan dengan perantara air atau bahan yang tercemar tinja yang mengandung mikroorganisme patogen. Cara penularan juga bisa terjadi melalui kontak dengan tinja yang terinfeksi secara langsung melalui makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi, bermain dengan mainan yang terkontaminasi, penggunaan sumber air yang sudah tercemar, dan tangan yang terkontaminasi setelah buang air besar atau membersihkan tinja anak yang terinfeksi (Suririnah, 2011).

2.1.8.4. *Portal of entry*

Kuman diare masuk ke dalam tubuh melalui oral bersama makanan/minuman yang terkontaminasi.

2.1.8.5. *Susceptible host* (daya tahan hospes/manusia)

Seseorang akan terkena infeksi tergantung pada kerentanan terhadap agen infeksius. Kerentanan terhadap agen infeksius tergantung pada derajat ketahanan tubuh individu terhadap patogen. Meskipun seseorang secara konstan kontak dengan mikroorganisme dalam jumlah yang besar, infeksi tidak akan terjadi sampai individu rentan terhadap kekuatan dan jumlah mikroorganisme tersebut. Beberapa faktor yang mempengaruhi kerentanan tubuh terhadap kuman yaitu usia, keturunan, stress (fisik dan emosional), status nutrisi, terapi medis, pemberian obat dan penyakit penyerta (Donald & Evans, 2008).

2.1.9. Faktor Risiko Diare

Banyak faktor risiko yang diduga menyebabkan terjadinya diare pada bayi dan balita di Indonesia. Faktor-faktor yang telah teridentifikasi menyebabkan diare dan meningkatkan risiko rawat inap anak dengan diare antara lain:

2.1.9.1. Faktor orang tua

Aspek pengetahuan ibu mengenai hidup sehat yang rendah, tingkat pendidikan yang rendah serta perilaku ibu yang tidak menunjang kesehatan merupakan faktor risiko terjadinya diare pada balita. Pendidikan masyarakat yang rendah menjadikan mereka sulit diberi tahu mengenai pentingnya kebersihan perorangan dan sanitasi lingkungan untuk mencegah terjangkitnya penyakit menular, termasuk diare (Sander, 2005 dalam Wulandari 2009).

Khalili (2006) menjelaskan pendidikan orang tua adalah faktor yang sangat penting dalam keberhasilan manajemen diare pada anak. Orang tua dengan tingkat pendidikan rendah, khususnya buta huruf tidak akan dapat memberikan perawatan yang tepat pada anak diare karena kurangnya pengetahuan dan kurangnya kemampuan menerima informasi.

2.1.9.2. Faktor anak

Beberapa aspek berisiko terhadap terjadinya diare dari faktor anak antara lain usia kurang dari 2 tahun, tidak diberikan ASI eksklusif, status imunisasi yang tidak lengkap, status gizi yang rendah, tidak diberikan vitamin A dan penyakit yang diderita balita.

1) Umur

Kebanyakan episode diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan (Suraatmaja, 2007; Subagyo & Santoso, 2011). Insiden tertinggi pada golongan umur 6-35 bulan, pada masa diberikan makanan pendamping dan anak mulai aktif bermain. Faktor- faktor yang mempengaruhi meningkatnya risiko diare pada anak usia 6-35 bulan antara lain penurunan kadar antibodi ibu, kurangnya kekebalan aktif bayi, pengenalan makanan yang mungkin terpapar bakteri tinja dan kontak langsung dengan tinja manusia atau binatang pada saat bayi mulai dapat merangkak (Depkes, 1999; SDKI, 2007). Carneiro, et.al (2005) yang meneliti tentang aspek epidemiologi dan klinis pasien dengan gastroenteritis di Brazil menemukan bahwa sebagian besar (87%) anak yang dirawat dengan gastroenteritis berumur kurang dari 4 tahun. Penelitian Mitra (2000) juga menemukan 89 % anak yang masuk ICU dengan riwayat diare berumur kurang dari 5 tahun.

2) Pemberian ASI

ASI adalah makanan terbaik untuk bayi, selain komposisinya yang sesuai dengan pertumbuhan bayi, ASI juga mengandung zat pelindung yang dapat menghindari bayi dari berbagai penyakit infeksi. Manfaat ASI pada kelainan gastrointestinal terutama disebabkan adanya faktor peningkatan pertumbuhan sel usus dan zat- zat imunologi sehingga villi usus cepat mengalami penyembuhan setelah rusak karena diare (Lubis, 2003). ASI memiliki kandungan probiotik dan prebiotik sehingga bayi yang mendapat ASI eksklusif, jarang terkena diare (Qurrata, 2007). Anak dengan diare yang tidak mendapat ASI lebih berisiko dirawat di rumah sakit, dan periode pemberian ASI pada anak dengan diare

akut yang dirawat di rumah sakit lebih pendek dibandingkan dengan yang tidak dirawat di rumah sakit (Yalcin, Hiszli, Yurdakok, dan Ozmert, 2005; Khalili, 2006).

3) Status imunisasi campak

Pada balita, 1-7 % kejadian diare berhubungan dengan campak, dan diare yang terjadi pada campak umumnya lebih berat dan lebih lama (sulit diobati, cenderung menjadi kronis) karena adanya kelainan epitel usus (Suraatmaja, 2007; WHO, 2009). Anak-anak yang menderita campak atau yang menderita campak 4 minggu sebelumnya mempunyai risiko lebih tinggi untuk mendapat diare atau disentri yang berat dan fatal (WHO, 2009). Imunisasi campak yang diberikan pada umur yang dianjurkan dapat mencegah sampai 25 % kematian balita yang berhubungan dengan diare (Depkes RI, 1999).

4) Status Gizi

Berdasarkan kajian yang dilakukan oleh Adisasmito (2007) terhadap beberapa penelitian faktor risiko diare di Indonesia menyimpulkan bahwa status gizi yang rendah pada bayi dan balita merupakan faktor risiko terjadinya diare. Status gizi yang buruk dapat mempengaruhi kejadian diare dan lamanya menderita diare. Hubungan status gizi dengan lama diare bermakna secara statistik dimana semakin buruk status gizi maka semakin lama diare yang diderita (Palupi, 2007). Penelitian Wilunda dan Panza (2006) menemukan hal yang berbeda yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara status gizi dan status imunisasi campak dengan kejadian diare.

2.1.9.3. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan berkaitan dengan sanitasi yang meliputi sarana air bersih (SAB), jamban, kualitas bakteriologis air, saluran pembuangan air limbah (SPAL), dan kondisi rumah. Faktor lingkungan tidak sehat karena tercemar kuman diare ditambah dengan perilaku manusia yang tidak sehat akan dapat menimbulkan diare.

2.1.9.4. Faktor sosial ekonomi

Menurut Adisasmito (2007) faktor sosial ekonomi, tidak cukup signifikan sebagai faktor risiko penyebab penyakit diare pada bayi dan balita. Aspek-aspek terkait status sosial ekonomi meliputi jumlah balita dalam keluarga, pendidikan bapak, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga dan status sosial ekonomi keluarga. Jumlah anggota keluarga dan jumlah balita dalam keluarga mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhannya, termasuk sanitasi dan kesehatan keluarga.

Pendapatan keluarga dan status sosial ekonomi menjadi faktor risiko yang signifikan terhadap kejadian diare. Kejadian diare lebih sering muncul pada keluarga dengan pendapatan dan status sosial ekonomi yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Darmawan, et.al (2008), menemukan 95% keluarga yang memiliki anak dengan diare berasal dari status sosial ekonomi menengah ke bawah. Penelitian Wiluda dan Panza (2006) juga menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status sosial ekonomi dengan kejadian diare pada balita. Status sosial ekonomi rendah meningkatkan risiko terjadinya diare pada balita, kemungkinan disebabkan oleh tidak adekuatnya fasilitas sanitasi, sanitasi lingkungan dan rumah yang buruk serta kurangnya kebersihan diri anak.

2.3. Konsep Perawatan Anak Diare di Rumah Sakit

Perawatan yang diberikan kepada anak yang mengalami diare di rumah sakit, dapat mengacu pada lima pilar penatalaksanaan diare pada anak oleh WHO dan kemungkinan masalah keperawatan yang muncul pada anak dengan diare. Penatalaksanaan diare yang dirawat di rumah sakit meliputi rehidrasi, pemberian zinc selama 10 hari berturut-turut, ASI dan makanan tetap diteruskan, dan nasehat kepada orang tua. Menurut Wong (2003), masalah keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan diare antara

lain : (1) kekurangan volume cairan, (2) perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan, (3) risiko infeksi, (4) kerusakan integritas kulit, (5) cemas dan perubahan proses keluarga akibat krisis situasi dan kurang pengetahuan.

Keluarga dapat dilibatkan dalam membantu perawatan anak sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan optimal dan diharapkan dapat mempercepat proses penyembuhan. Beberapa hal yang perlu dilakukan keluarga untuk mampu merawat anak yang mengalami diare di rumah sakit antara lain:

2.3.1. Cairan (membantu pemenuhan kebutuhan cairan)

Wong (2003) menjelaskan, keluarga dapat dilibatkan dalam pemantauan masukan dan keluaran cairan, mengkaji tanda dehidrasi untuk menjamin hasil optimum dan memperbaiki kepatuhan terapeutik. Keluarga dapat memberikan cairan rehidrasi oral, memantau cairan infus dan melaporkan ke petugas kesehatan bila cairan habis atau tidak menetes dengan baik. Cairan rehidrasi oral yang dapat diberikan antara lain oralit, larutan gula garam, air tajin, kuah sayur atau air matang (Subagyo & Santoso, 2011). Menurut Wong (2003) hindari pemberian cairan yang terlalu manis, seperti jus buah, atau teh yang terlalu manis dan minuman berkarbonat seperti *soft drink*.

2.3.2. Nutrisi (membantu memenuhi kebutuhan nutrisi)

Subagyo & Santoso (2011) menjelaskan bahwa pemberian makanan harus diteruskan selama diare dan ditingkatkan setelah sembuh. Meneruskan pemberian makanan akan mempercepat kembalinya fungsi usus yang normal termasuk kemampuan menerima dan menyerap berbagai zat gizi. Makanan yang diberikan pada anak diare tergantung pada umur, makanan yang disukai dan pola makan sebelum sakit serta budaya setempat. Pada umumnya makanan yang tepat untuk anak diare sama dengan yang dibutuhkan anak sehat. Bayi yang minum ASI harus diteruskan sesering mungkin dan selama anak mau. Bayi yang tidak minum ASI harus diberi susu yang biasa diminum paling tidak setiap 3 jam. Apabila berdasarkan pertimbangan medis, anak memerlukan susu rendah laktosa atau bebas

laktosa, maka tetap harus diberikan sampai 2 hari setelah diare berhenti kemudian dicoba lagi susu formula yang biasanya diminum secara bertahap.

Pada anak yang berumur 4 bulan atau lebih dan sudah mendapat makanan lunak atau padat, maka makanan ini harus diteruskan. Pada anak yang lebih besar, dapat diberikan makanan yang terdiri dari makanan pokok setempat seperti nasi, kentang, gandum, roti (Subagyo & Santoso, 2011).

2.3.3. Iritasi (mencegah dan merawat iritasi kulit akibat diare)

Wong (2003) menjelaskan bahwa anak yang mengalami diare, sangat berisiko mengalami iritasi kulit di sekitar anus akibat seringnya defeksi. Untuk mencegah dan mengatasi iritasi kulit di sekitar anus, hal-hal yang dapat dilakukan keluarga antara lain mengganti popok setiap saat setelah buang air besar atau kecil dan menjaga kulit di sekitar anus tetap bersih dan kering, mengobservasi adanya tanda-tanda iritasi pada kulit seperti kemerahan atau lecet, melaporkan pada perawat atau dokter apabila terjadi kemerahan atau lecet pada kulit di sekitar anus dan memberikan salep pelindung sesuai instruksi dokter pada kulit yang teriritasi.

2.3.4. Mencegah penyebaran infeksi

Diare merupakan salah satu penyakit yang dapat menular kepada orang lain melalui fekal oral. Upaya yang dapat dilakukan keluarga untuk mencegah penyebaran infeksi antara lain selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum menyentuh anak, setiap selesai buang air besar atau membersihkan tinja anak, sebelum menyuapi anak dan membuang popok bekas pakai pada tempatnya (Wong, 2003).

2.3.5. Tindak lanjut/ rencana pulang (upaya pencegahan diare dan penanganan apabila anak diare di rumah)

2.3.5.1. Keluarga perlu mendapat penjelasan tentang jadwal kontrol kembali, obat yang harus diberikan pada anak .

2.3.5.2. Upaya pencegahan diare

Keluarga harus dapat melakukan upaya pencegahan sehingga diare pada anak tidak akan terulang. Menurut Suraatmadja (2007) upaya yang dapat dilakukan antara lain memberikan ASI secara eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun, menyiapkan dan menyimpan makanan pendamping ASI dengan benar agar terhindar dari kontaminasi kuman penyebab diare. Menggunakan air bersih yang cukup, membudayakan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sehabis buang air besar dan sebelum makan. Menggunakan jamban yang bersih oleh seluruh anggota keluarga, membuang tinja bayi dengan baik dan benar serta memberi imunisasi campak pada anak.

2.3.5.3. Penanganan anak diare di rumah

Peran keluarga dalam penanganan apabila anak diare di rumah sangat penting untuk mencegah terjadinya dehidrasi, mengurangi risiko kematian akibat diare dan mengurangi risiko anak dirawat di rumah sakit. Menurut Suraatmaja (2007) tindakan yang harus dilakukan keluarga jika anak menderita diare adalah

- 1) Memberikan anak cairan lebih banyak dari biasanya untuk mencegah dehidrasi. Cairan yang dapat diberikan di rumah yaitu larutan gula garam, air tajin, air sayur. ASI dan susu formula harus terus diberikan.
- 2) Melanjutkan pemberian makanan
Ibu hendaknya membujuk anak untuk makan dan memberikan makanan yang baru disiapkan. Memberikan makanan pada anak setiap 3-4 jam (6 kali sehari). Makanan yang dapat diberikan yaitu bubur dengan ikan atau daging dengan porsi kecil tetapi sering, pisang, sari buah segar.
- 3) Membawa anak ke petugas kesehatan apabila buang air besar bertambah sering, sangat haus, mata menjadi cekung atau kering, anak demam, tidak mau makan atau minum seperti biasa, dan adanya darah dalam tinja.

- 4) Memberikan anak oralit dengan benar.

Banyaknya oralit yang harus diberikan untuk anak umur < 2 tahun = 50-100 ml (½-1/4 gelas) setiap buang air besar. Anak umur > 2 tahun diberikan oralit 100-200 ml (1/2-1 gelas) setiap kali buang air besar. Anak yang lebih besar diberikan minum sebanyak mungkin. Apabila anak muntah, tunggu 10 menit kemudian pemberian oralit diteruskan tetapi lebih lambat yaitu 1 sendok makan setiap 2-3 menit.

2.4. Konsep Keluarga dan *Family Centered Care*

2.4.1. Konsep keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Supartini (2005) menjelaskan bahwa keluarga merupakan kumpulan individu yang mempunyai ikatan perkawinan, keturunan/hubungan darah atau adopsi, yang tinggal dalam satu rumah, mengadakan interaksi dan komunikasi melalui peran sosial yang dijalankan.

Keluarga mempunyai fungsi meneruskan keturunan, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, sosialisasi diantara anggota keluarga, menyediakan kebutuhan ekonomi keluarga dan menjaga kesehatan anggota keluarga (Supartini, 2005). Fungsi pemeliharaan kesehatan, akan dapat terlaksana apabila keluarga memahami tugas keluarga dalam bidang kesehatan. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan antara lain : (1) mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, (4) mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, (5) memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, cacat/usia yang terlalu muda, (6) memodifikasi lingkungan yang menjamin kesehatan keluarga, (7) memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan bagi keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Tugas dan fungsi keluarga dalam pemeliharaan dan peningkatan status kesehatan anak adalah merawat fisik anak, mendidik anak untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan, menerima tanggung jawab atas kesejahteraan anak baik fisik maupun psikologis. Keluarga dituntut untuk dapat menjalankan tugas dan fungsi keluarga, baik dalam kondisi anak sehat maupun apabila anak sakit dan dirawat di rumah sakit (Supartini, 2005).

2.4.2. *Family centered care*

Family centered care didefinisikan sebagai filosofi perawatan yang berpusat pada keluarga. Falsafah ini mengakui bahwa keluarga adalah konstanta dalam kehidupan anak (Family Foundations, 2004). Sedangkan menurut American Academic of Pediatric (2003) *Family centered care* atau perawatan yang berpusat pada keluarga adalah pendekatan perencanaan, penyampaian dan evaluasi perawatan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia pelayanan, pasien dan keluarga. Berdasarkan hal tersebut, perawatan yang berpusat pada keluarga dibangun di atas kemitraan antara keluarga dan profesional.

Kerjasama antara orang tua dan tim kesehatan dalam perawatan anak sangat diperlukan untuk dapat tercapainya tujuan perawatan dan pengobatan anak secara optimal. Konsep yang mendasari asuhan yang berpusat pada keluarga yaitu memfasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anak. Orang tua diharapkan mempunyai kesempatan untuk meneruskan peran dan tugasnya merawat anak selama di rumah sakit (Supartini, 2005).

2.4.3. Konsep inti *Family Centered Care*

Menurut Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2009) akar konsep dari *Family centered care* adalah sebagai berikut :

2.4.3.1. Kekuatan keluarga

Keluarga adalah konstanta dalam kehidupan anak. Kita mendukung dan memberdayakan anggota keluarga sebagai mitra dan para pengambil keputusan dalam perawatan anak mereka dan membantu mereka mengatasi kepercayaan diri dengan penyakit mereka.

2.4.3.2. Respek (rasa hormat)

Family centered care memerlukan kepercayaan dan rasa hormat, termasuk menghormati nilai masing-masing keluarga, keyakinan, latar belakang budaya dan agama. Tim kesehatan harus menghargai keluarga, pengetahuan tentang anak-anak mereka, otoritas mereka sebagai pembuat keputusan dan menghormati pilihan mereka.

2.4.3.3. Pilihan

Petugas kesehatan menyediakan informasi yang diperlukan keluarga dalam membuat pilihan dalam pengobatan serta mendukung pilihan yang mereka buat.

2.4.3.4. Berbagi informasi

Staf profesional hendaknya memberikan informasi medis untuk keluarga dan menerima informasi tentang nilai-nilai pribadi anak. Pertukaran informasi ini membangun kepercayaan dan memberikan kontribusi bagi kemitraan antara keluarga dan pemberi asuhan.

2.4.3.5. Dukungan

Kita mendukung keluarga dengan menghormati keputusan mereka, menawarkan kenyamanan saat mereka menghadapi anak sakit, pertemuan sosial, pengembangan dan kebutuhan emosional anak dan mendorong anggota keluarga membangun kepercayaan diri untuk merawat anak mereka.

2.4.3.6. Fleksibilitas

Keluarga membawa perbedaan masing-masing, pengalaman hidup, nilai-nilai, keyakinan, pendidikan, agama dan latar belakang budaya ke rumah sakit. *Family centered care* menekankan bahwa pemberi asuhan harus fleksibel sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dan perbedaan dari semua keluarga.

2.4.3.7. Kolaborasi

Sebagai mitra dalam perawatan, staf profesional dan anggota keluarga bekerja sama sebagai kolaborator dalam kepentingan terbaik anak.

2.4.3.8. Pemberdayaan

Keluarga memiliki hak dan kewenangan untuk merawat anak-anak mereka. Konsep inti dari *family centered care* adalah memberdayakan keluarga dalam perawatan anak-anak mereka.

2.4.4. Manfaat Penerapan *Family Centered care*

Penerapan *family centered care* menurut Saleeba (2008) meningkatkan kerjasama yang optimal pada keluarga dalam pengambilan keputusan berdasarkan informasi dari keluarga sehingga proses kolaborasi tenaga kesehatan dan keluarga semakin kuat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak. Manfaat penerapan *family centered care* menurut *American Academic Pediatric* (2003) adalah sebagai berikut:

- 2.4.4.1. Hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.
- 2.4.4.2. Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi.
- 2.4.4.3. Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga.
- 2.4.4.4. Meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi pelayanan.
- 2.4.4.5. Penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif (mengoptimalkan manajemen perawatan di rumah, mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat atau rumah sakit jika tidak perlu, lebih efektif dalam menggunakan cara pencegahan).
- 2.4.4.6. Mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan.
- 2.4.4.7. Persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif.
- 2.4.4.8. Menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan profesional

- 2.4.4.9. Mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima.

2.5. Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok maupun masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat (Setiawati & Dermawan, 2008). Pendidikan kesehatan dalam keperawatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

2.5.1. Tujuan pendidikan kesehatan

Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati (2002) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan, agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai. Menurut Green (1980, dalam Setiawati & Dermawan, 2008), kegiatan pendidikan kesehatan ditujukan pada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku sehat, antara lain :

2.5.2. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi.

Pendidikan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesadaran, bentuknya berupa penyuluhan kesehatan.

2.5.3. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor *enabling*/ kemungkinan.

Bentuk pendidikan kesehatan yang ditujukan untuk memberdayakan masyarakat agar mampu menyediakan dan memanfaatkan fasilitas atau sarana dan prasarana kesehatan.

2.5.4. Pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor *reinforcing*.

Pemberian pendidikan kesehatan ditujukan kepada tokoh agama, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Individu, keluarga dan masyarakat akan menjadikan mereka teladan dalam bidang kesehatan.

Edelman & Mendel (2006, dalam Potter & Perry, 2009) menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan adalah membantu individu, keluarga dan masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Tujuan pendidikan kesehatan secara komprehensif meliputi tiga hal yaitu (Potter & Perry, 2009)

2.5.4.1. Pemeliharaan dan promosi kesehatan serta pencegahan penyakit

Perawat menjadi sumber informasi yang kompeten bagi klien yang ingin meningkatkan kondisi fisik dan psikologisnya. Perawat bertanggungjawab memberikan informasi dan ketrampilan yang dapat mengubah perilaku klien menjadi sehat.

2.5.4.2. Pemulihan kesehatan

Klien yang sakit atau cidera membutuhkan informasi dan ketrampilan yang dapat membantu mereka mencapai atau memelihara kembali tingkat kesehatannya. Klien yang sedang menjalani pemulihan atau beradaptasi dengan perubahan akibat penyakit, biasanya mencari informasi tentang kondisinya.

2.5.4.3. Beradaptasi dengan gangguan fungsi kesehatan

Klien yang mengalami perubahan fungsi tubuh secara permanen, membutuhkan pengetahuan dan ketrampilan baru untuk dapat meneruskan aktivitas hariannya atau memenuhi kebutuhannya. Perawat berperan dalam memberikan informasi yang dibutuhkan klien dan keluarga dalam mendukung dan membantu perubahan fungsi tubuh yang dialami oleh klien.

2.5.5. Proses pendidikan kesehatan

Proses belajar dalam pendidikan kesehatan dapat dilihat sebagai sistem, yang dalam kegiatannya menyangkut aspek masukan, proses, dan keluaran

(Notoatmodjo, 2003). Masukan dalam pendidikan kesehatan adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang akan menjadi sasaran didik. Faktor- faktor yang mempengaruhi subyek belajar dalam proses pendidikan kesehatan adalah kesiapan fisik, psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan dan sosial budaya.

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada subyek belajar. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor (Notoatmodjo, 2003). Menurut Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati (2002) proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor materi/bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan baik perangkat lunak maupun perangkat keras, dan subyek belajar, yaitu individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat serta tenaga kesehatan/perawat. Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.5.6. Metoda pembelajaran dalam pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses pemindahan pesan terkait masalah kesehatan terhadap berbagai tingkatan sasaran yang di dalamnya terlibat komponen-komponen pembelajaran seperti metoda, materi, media selain faktor sasaran itu sendiri. Metoda pembelajaran adalah cara atau strategi yang digunakan supaya pesan dengan mudah dapat dipahami sasaran (Setiawati & Dermawan, 2008). Penyampaian pesan dalam pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan metode: ceramah, diskusi kelompok, metode panel, metode forum panel, permainan peran, simposium, demonstrasi (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

2.5.7. Media pembelajaran dalam pendidikan Kesehatan

Media pembelajaran merupakan alat yang secara fisik digunakan untuk menyampaikan isi materi pengajaran (Briggs, 1982 dalam Setiawati & Dermawan, 2008). Pesan, ide, gagasan atau informasi yang disampaikan pengajar atau pembicara akan mudah diterima apabila diberikan dengan metoda dan media atau alat bantu yang tepat.

Alat bantu pembelajaran adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan dan pengajaran. Alat bantu ini sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/pengajaran. Alat peraga pada dasarnya dapat membantu sasaran didik untuk menerima pelajaran dengan menggunakan pancaindera. Semakin banyak indera yang digunakan dalam menerima pelajaran semakin baik penerimaan pelajaran (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Alat bantu dalam pendidikan kesehatan dikelompokkan menjadi tiga yaitu alat bantu lihat (*visual aids*), alat bantu dengar (*audio aids*), dan alat bantu lihat-dengar (*audio visual aids*). Alat bantu lihat berguna dalam membantu menstimulasi indera penglihatan pada waktu terjadinya proses pengajaran. Alat bantu dengar adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pengajaran. Alat bantu lihat-dengar merupakan gabungan dari kedua alat di atas (Notoatmodjo, 2003).

Manfaat media pembelajaran menurut Hamalik (1986) dalam Setiawati & Dermawan (2008) adalah memberikan motivasi dan pengaruh psikologis untuk peserta didik. Media yang menarik akan memberikan keyakinan pada peserta didik sehingga perubahan kognitif, afektif dan psikomotor dapat tercapai optimal.

2.6. Perubahan Prilaku Sebagai Hasil Belajar dalam Pendidikan Kesehatan

Perubahan prilaku merupakan tujuan akhir dari proses belajar. Pola prilaku baru dan berkembangnya kemampuan seseorang terjadi melalui tahapan tertentu, yang dimulai dari pembentukan pengetahuan, sikap, sampai dimilikinya ketrampilan baru atau pola prilaku baru. Bloom (1908, dalam Notoatmodjo, 2010) membagi prilaku manusia dalam tiga ranah yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan atau praktik. Pengetahuan, sikap dan tindakan sebagai ranah prilaku, dapat dipakai untuk mengukur hasil pendidikan.

2.6.1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan akan memberikan penguatan terhadap individu dalam setiap pengambilan keputusan dan dalam berperilaku (Setiawati & Dermawan, 2008).

Menurut Roger (1974, dalam Setiawati & Dermawan, 2008) individu akan melakukan perubahan prilaku melalui beberapa tahapan. Tahapan tersebut adalah individu mulai menyadari adanya stimulus, tertarik dengan adanya stimulus, berpikir dan mempertimbangkan stimulus, mulai mencoba prilaku baru dan menggunakan prilaku baru. Prilaku baru yang diadopsi oleh individu akan bisa bertahan lama dan langgeng jika individu menerima prilaku tersebut dengan penuh kesadaran dan didasari atas pengetahuan yang jelas dan keyakinan.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda. Secara garis besar ada 6 tingkatan pengetahuan yaitu :

2.6.1.1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya. Untuk mengetahui dan mengukur seseorang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.

2.6.1.2. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasi secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

2.6.1.3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud, dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

2.6.1.4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antar komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Pengetahuan seseorang dikatakan sudah pada tahap analisis, apabila sudah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

2.6.1.5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki dalam satu hubungan yang logis. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

2.6.1.6. Evaluation (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada satu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

2.6.2. Sikap

Menurut Notoatmodjo (2010) sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang- tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Allport (1954, dalam Setiawati &

Dermawan, 2008) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen antara lain kepercayaan, emosional, dan kecenderungan untuk bertindak.

Menurut Notoatmodjo (2010) sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, yaitu :

2.6.2.1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus atau objek yang diberikan.

2.6.2.2. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

2.6.2.3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan sebagai subyek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus yang ditunjukkan dengan membahasnya dengan orang lain, mengajak, mempengaruhi atau menganjurkan orang lain untuk merespon.

2.6.2.4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil risiko atas sikapnya tersebut.

2.6.3. Tindakan

Menurut Notoatmodjo (2010) praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu:

2.6.3.1. Praktik terpimpin

Praktik terpimpin adalah tindakan yang dilakukan seseorang yang masih menggunakan panduan atau tergantung pada tuntunan.

2.6.3.2. Praktik secara mekanisme

Praktik secara mekanisme adalah kegiatan atau tindakan yang telah dilakukan secara otomatis, benar dan tepat dan akan dilakukan kembali

tanpa harus diperintah atau ditunggu (Setiawati & Dermawan, 2008; Notoatmodjo, 2010).

2.6.3.3. Adopsi

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi menuju tindakan yang lebih berkualitas (Notoatmodjo, 2010).

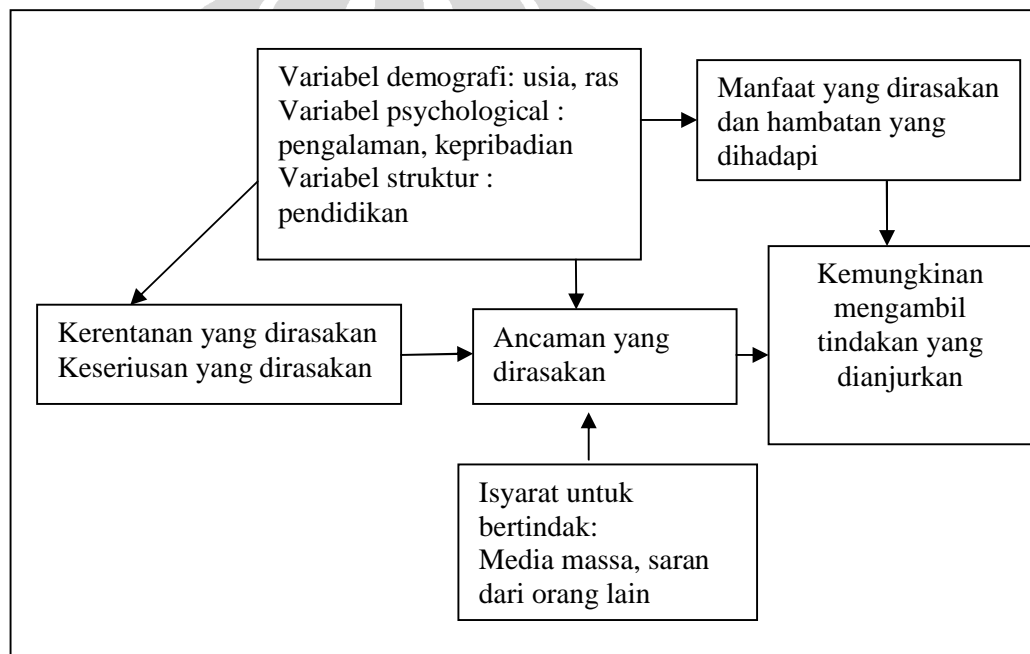
Proses belajar dalam pendidikan kesehatan ditujukan pada perubahan perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2010) adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun tidak, yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Perilaku sehat dapat terbentuk karena pengaruh dari berbagai faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor pendukung (*reinforcement factors*).

Faktor predisposisi merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku termasuk seperti pengetahuan, sikap, nilai, persepsi, dan keyakinan. Faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku, termasuk di dalamnya tersedianya sumber daya, keterjangkauan, rujukan dan keterampilan. Faktor penguat merupakan faktor yang menguatkan perilaku, seperti sikap dan ketrampilan petugas kesehatan, teman sebaya, dan orang tua.

2.7. Teori Health Belief Model

Model kepercayaan kesehatan sangat dekat dengan bidang pendidikan kesehatan. Model ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan manfaat pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku-perilaku kesehatannya (Edelman & Mandle, 2006).

Model kepercayaan kesehatan adalah suatu bentuk penjabaran sosiopsikologis seperti kerentanan terhadap penyakit, keuntungan yang diharapkan dari tindakan dalam menghadapi penyakit dan kesiapan individu (Notoatmojo, 2010). Munculnya model ini didasarkan pada adanya masalah-masalah kesehatan yang ditandai dengan kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan atau penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh penyedia layanan kesehatan. Konsep *Health Belief Model* (HBM) digambarkan seperti bagan berikut :



Skema 2.1 Teori *Health Belief Model*
Sumber: Rosenstock (1974, dalam Emily & Tony, 2010)

Edelman & Mandle (2006), menjelaskan bahwa model kepercayaan kesehatan memiliki 5 komponen kunci yang membuat seseorang bertindak untuk mencegah atau mengobati penyakit yaitu:

2.7.1. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*)

Suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul apabila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

2.7.2. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Seriousness*)

Seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit oleh karena keseriusan penyakit yang dirasakannya.

2.7.3. Manfaat yang dirasakan dan hambatan yang dirasakan (*Perceived Benefits and barriers*)

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

2.7.4. Ancaman yang dirasakan (*Perceived Threat*)

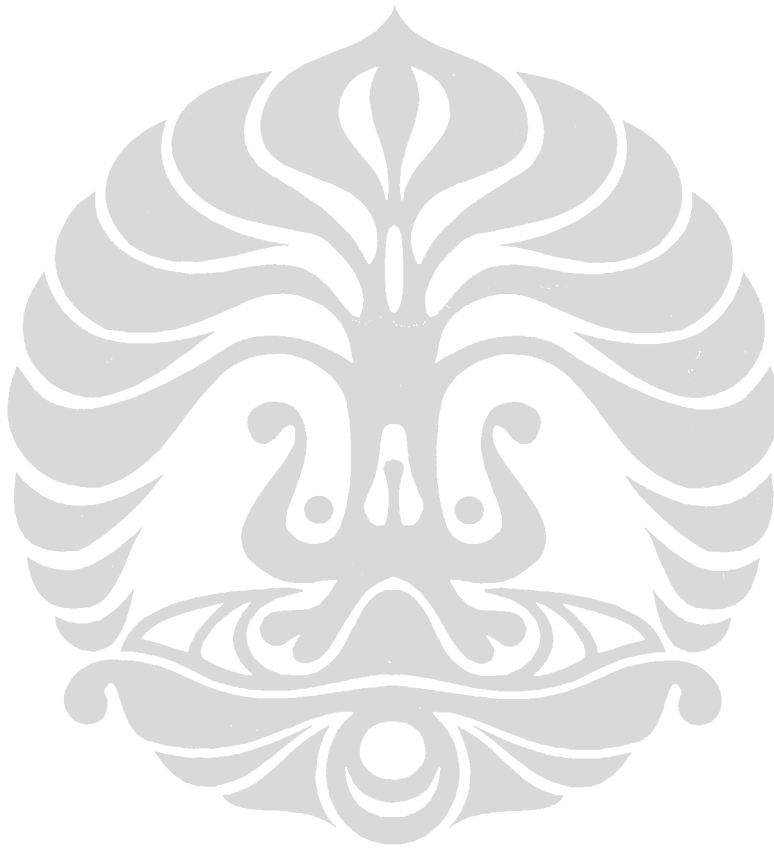
Seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit oleh karena adanya ancaman yang dirasakan dari penyakitnya.

2.7.5. Isyarat atau petunjuk untuk bertindak (*Cues to Action*)

Untuk dapat meningkatkan penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan, perlu adanya isyarat atau petunjuk dari orang lain, misalnya media massa, nasehat petugas kesehatan atau anggota keluarga.

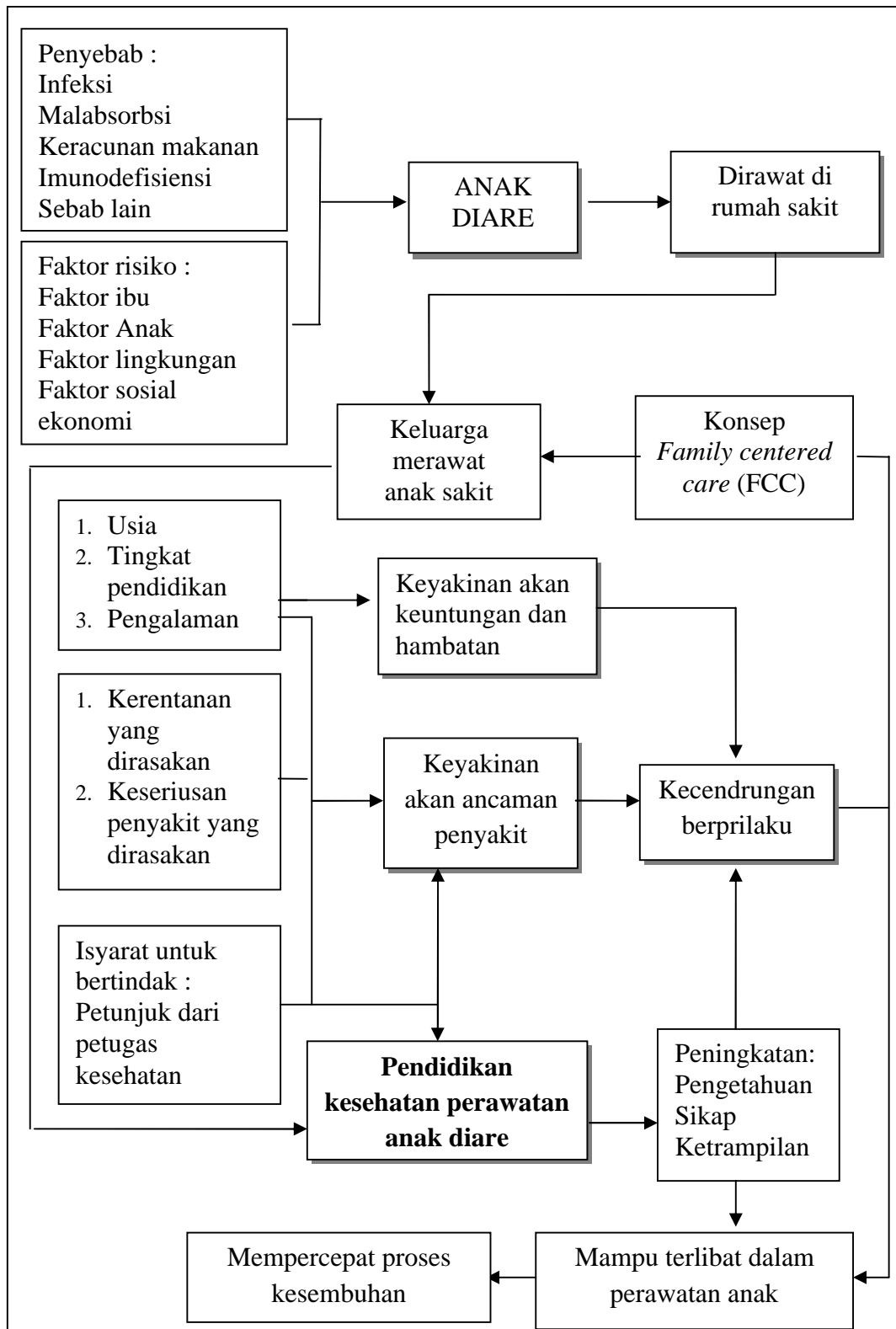
Konsep teori HBM dapat dipakai sebagai dasar pertimbangan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga yang anaknya dirawat dengan diare. Masyarakat kadang beranggapan bahwa diare sebagai penyakit yang biasa saja, dan tidak perlu penanganan yang serius. Keyakinan bahwa diare dapat mengancam kehidupan anak perlu ditanamkan pada orang tua sehingga dapat mencegah morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi. Orang tua perlu mendapat informasi tentang penyakit diare dan akibat apabila diare pada anak tidak ditangani dengan baik. Informasi ini akan menimbulkan persepsi pada orang tua, tentang kerentanan dan

keseriusan penyakit, ancaman penyakit terhadap tumbuh kembang anak sehingga akan terdorong untuk melakukan tindakan pencegahan maupun perawatan pada anak diare. Untuk dapat meningkatkan penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan, dan keuntungan tindakan untuk menanggulangi diare, perlu adanya petunjuk dari orang lain, misalnya petugas kesehatan. Petunjuk tersebut dapat diberikan melalui pendidikan kesehatan pada orang tua sehingga dapat memberikan perawatan yang tepat pada anak diare.



2.8. Kerangka teori

Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian



Dikutip dari: Subagyo & Santoso, 2011; Rosenstock, 1974; Setiawati & Dermawan, 2008; Notoatmodjo, 2010; Wong 2009.

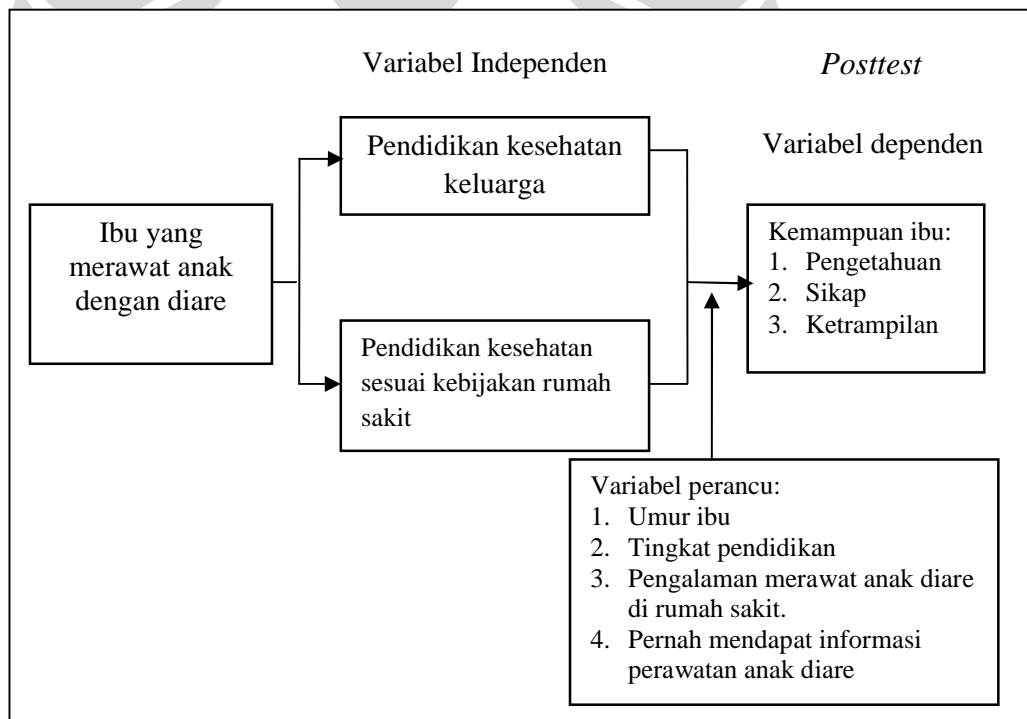
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional variabel dari penelitian ini.

3.1. Kerangka Konsep

Penelitian ini ingin melihat hubungan antara pendidikan kesehatan sebagai variabel independen dengan kemampuan ibu merawat anak diare sebagai variabel dependen. Kemampuan ibu akan dinilai berdasarkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam merawat anak diare. Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut :



Skema 4.1
Kerangka konsep penelitian

3.2. Hipotesis

3.2.1. Hipotesis mayor dalam penelitian ini adalah : kemampuan ibu dalam merawat anak dengan diare yang diberi intervensi pendidikan kesehatan lebih baik dibandingkan dengan yang tidak mendapat intervensi.

3.2.2. Hipotesis minor dalam penelitian ini adalah :

3.2.2.1. Pengetahuan ibu yang mendapat intervensi pendidikan kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak mendapat intervensi.

3.2.2.2. Sikap ibu yang mendapat intervensi pendidikan kesehatan lebih baik dibandingkan dengan yang tidak mendapat intervensi.

3.2.2.3. Keterampilan ibu yang mendapat intervensi pendidikan kesehatan lebih baik dibandingkan dengan yang tidak mendapat intervensi.

3.4. Definisi operasional variabel

Tabel 4.1
Definisi Operasional Variabel

| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|------------------------------|--|---|--|----------|
| Variabel Independen | | | | |
| Pendidikan kesehatan | Proses pemberian informasi tentang perawatan anak diare yang dapat dilakukan oleh keluarga | Membagi responden menjadi 2 kelompok yaitu yang diberikan pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan. | 0: Tidak diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan anak diare 1: Diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan anak diare | Nominal |
| Variabel counfounding | | | | |
| Umur ibu | Lama hidup responden dalam tahun yang dihitung sejak lahir sampai dengan dilakukan penelitian. | Alat ukur : Lembar alat pengumpulan data karakteristik responden. Cara ukur : Menghitung lama waktu antara tanggal lahir ibu sampai dengan saat penelitian/observasi dilaksanakan. | Dalam tahun | Interval |

| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|--|--|--|--|---------|
| Tingkat pendidikan ibu | Pendidikan formal terakhir ibu. | Alat ukur : Lembar alat pengumpulan data karakteristik responden. Cara ukur : Berdasarkan kuisisioner tentang tingkat pendidikan yang diisi oleh ibu. | 1. Pendidikan Dasar : SD, SMP 2. Pendidikan menengah : SMA 3. Pendidikan Tinggi : Diploma, Sarjana, | Nominal |
| Pengalaman merawat anak diare di rumah sakit | Informasi yang diberikan responden tentang pengalaman merawat anak diare sebelumnya di rumah sakit | Alat ukur : Lembar alat pengumpulan data karakteristik responden Cara ukur : Berdasarkan kuisisioner tentang pengalaman merawat anak diare yang diisi oleh ibu. | 0: Tidak mempunyai pengalaman 1: Mempunyai pengalaman | Nominal |
| Pernah mendapat informasi tentang perawatan anak diare | Jawaban yang diberikan responden tentang pernah mendapat informasi perawatan anak diare | Alat ukur : Lembar alat pengumpulan data karakteristik responden Cara ukur : Berdasarkan kuisisioner tentang pernah mendapat informasi perawatan anak diare | 1: Pernah 0: Tidak pernah | Nominal |
| Variabel dependen | | | | |
| Kemampuan ibu merawat anak diare | Kemampuan ibu dalam merawat anak diare yang dinilai dari pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam merawat anak diare . | Cara ukur : Berdasarkan penilaian aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan | 1 : Mampu apabila memenuhi kriteria dua katagori baik pada pengetahuan, sikap atau keterampilan 0 :Kurang mampu apabila hanya satu atau tidak ada katagori baik pada aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan. | Nominal |

| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|--------------|---|---|--|----------|
| Pengetahuan | Segala sesuatu yang diketahui atau dijawab oleh ibu berhubungan dengan perawatan anak dengan diare. | Alat ukur : Kuisisioner pengetahuan tentang perawatan diare. Cara ukur : Dengan melihat skor yang diperoleh responden, kemudian membandingkan dengan skor maksimal dan dikalikan 100. | Skor pengetahuan dengan rentang 0-100 | Interval |
| Sikap | Tanggapan atau persetujuan responden terhadap perawatan anak diare | Alat ukur : Kuisisioner sikap perawatan diare. Cara ukur : Dengan melihat skor yang diperoleh responden, kemudian membandingkan dengan Skor maksimal dan dikalikan 100. | Skor sikap dengan rentang 0-100 | interval |
| Keterampilan | Tindakan yang dilakukan responden terkait dengan perawatan anak diare | Alat ukur : Kuisisioner keterampilan tentang perawatan diare. Cara ukur : Dengan melihat skor yang diperoleh responden, kemudian membandingkan dengan skor maksimal dan dikalikan 100. | Skor keterampilan dengan rentang 0-100 | interval |

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan *quasi-experimental design* atau eksperimen semu dengan pendekatan rancangan *posttest only control group design*. Rancangan penelitian eksperimen semu digunakan karena syarat-syarat sebagai penelitian eksperimen tidak cukup memadai. Pendekatan *post test only control group design* digunakan untuk mengukur pengaruh perlakuan pada kelompok intervensi dengan membandingkan dengan kelompok kontrol. Rancangan penelitian secara ringkas dapat dilihat pada skema 4.1 di bawah ini:

| | Perlakuan | <i>Post tests</i> |
|----------------------------|-----------|-------------------|
| <i>Kelompok Intervensi</i> | X | 02 |
| <i>Kelompok kontrol</i> | | 02 |

Keterangan:
X : perlakuan yaitu pendidikan kesehatan
02: pengukuran kedua variabel dependen

Skema 4.1. Rancangan Penelitian *Quasi-Exsperimental* dengan
Posttes Only Control Group Design

Sumber: Notoatmodjo, 2010.

Perlakuan akan dilakukan pada kelompok intervensi dan setelah itu akan dilakukan *post test*. Kelompok kontrol tidak mendapatkan perlakuan sebelum mendapatkan *post test*. Hasil *post test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol kemudian dibandingkan.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang anaknya dirawat dengan diare

4.2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang anaknya dirawat dengan diare di ruang anak RSUP Sanglah Denpasar dan RSUD Wangaya Denpasar, selama kegiatan penelitian yaitu 6 April sampai dengan 30 Mei 2011 dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- 4.2.2.1. Bersedia menjadi responden
- 4.2.2.2. Ibu bisa membaca dan menulis.
- 4.2.2.3. Menunggu anaknya selama dirawat.
- 4.2.2.4. Anak usia 0-59 bulan

Kriteria eksklusi yaitu ibu yang anaknya dirawat dengan diare:

- 4.2.1.1. Ibu yang anaknya dalam kondisi kritis
- 4.2.2.2. Ibu dalam kondisi tidak sehat.
- 4.2.2.3. Ibu yang anaknya diare dengan diagnosa penyakit lain.

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan uji hipotesis beda proporsi dengan rumus sebagai berikut (Ariawan, 1998):

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

- n = besar sampel minimal
- $Z_{1-\alpha}$ = nilai Z pada derajat kemaknaan tertentu (90%, 95%, 99% = 2,33, 1,64, 1,28)
- $Z_{1-\beta}$ = nilai Z pada kekuatan uji power tertentu (80%, 90%, 95%, 99% = 0,84, 1,28, 1,64, 2,33)
- P1 = Proporsi efek standar (dari kepustakaan)
- P2 = Proporsi efek yang diteliti
- P = Rata-rata P1 dan P2 = $(P1+P2)/2$

Peneliti menggunakan nilai proporsi rata-rata pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dari penelitian Yurika (2009) tentang efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam pemantauan perkembangan balita sebesar 40 % sebelum intervensi dan 70% setelah intervensi. Estimasi dilakukan pada derajat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 80%. Maka diketahui:

- $Z_{1-\alpha}$ = 1,64
- $Z_{1-\beta}$ = 0,84
- P1 = 0,40
- P1-P2 = 0,30
- P2 = 0,70
- P = $(0,70+0,40)/2 = 0,55$

Besar sampel minimal didapatkan adalah:

$$\frac{(1,96 \sqrt{2 \times 0,55(1 - 0,55)} + 0,84 \sqrt{0,4(1 - 0,4) + 0,7(1 - 0,7)})^2}{(0,30)^2}$$

$$n = 32,79$$

$$n = 33$$

Sampel minimal yang diperlukan sebanyak 33 orang untuk masing-masing kelompok. Adanya keterbatasan waktu dan pasien yang sedikit dalam pelaksanaan penelitian, maka pencapaian sampel hanya sebesar 31 orang pada masing-masing kelompok, sehingga total sampel adalah 62 orang.

Penetapan kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan berdasarkan tempat penelitian, dengan tujuan menghindari bias akibat interaksi kedua kelompok. Pengumpulan data untuk kelompok kontrol dilakukan di RSUD Wangaya dan kelompok intervensi di RSUP Sanglah Denpasar. Pengumpulan data pada kelompok kontrol dan intervensi dilakukan pada waktu yang bersamaan tergantung dari adanya pasien di kedua rumah sakit. Walaupun waktunya bersamaan, namun lokasi penelitian untuk kelompok kontrol dan intervensi cukup berjauhan sehingga kemungkinan interaksi antar kelompok dapat dihindari.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan cara *non probability sampling* jenis *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

4.5. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUP Sanglah Denpasar dan RSUD Wangaya Denpasar. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan bahwa kedua rumah sakit tersebut terletak di kota Denpasar, memungkinkan memiliki karakteristik pasien yang sama dan memungkinkan untuk terpenuhinya jumlah sampel sesuai kriteria inklusi. Lokasi penelitian terjangkau dan memberikan kemudahan dari segi administrasi dan proses penelitian.

4.6. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 6 bulan, pengambilan data dilakukan kurang lebih dua bulan yaitu dari bulan tanggal 6 April- 30 Mei 2011. Jadwal penelitian terlampir.

4.7. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan aspek- aspek etika. Aspek- aspek etika ini bertujuan untuk melindungi subyek penelitian. Aspek-aspek yang harus dipertimbangan antara lain; *self determination, privacy, anonymity, informed consent* dan *protection from discomfort* (Polit & Hungler, 2005).

4.7.1. *Self determination.*

Responden mempunyai kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian . Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti yang berisi prosedur penelitian, manfaat, dan risikonya, responden diberi kesempatan untuk memberikan persetujuan atau menolak berpartisipasi dalam penelitian.

4.7.2. *Informed Consent.*

Setelah memperoleh penjelasan dari peneliti tentang tujuan, manfaat dan prosedur, responden diberikan lembar persetujuan menjadi responden yang sudah disiapkan sebelumnya oleh peneliti. Apabila setuju untuk menjadi responden dalam penelitian, maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut.

4.7.3. *Privacy .*

Menjaga kerahasiaan dari informasi yang diperoleh selama penelitian. Informasi yang diperoleh dari responden hanya untuk kepentingan penelitian. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa semua data yang diperoleh selama penelitian ini dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

4.7.4. *Anonymity.*

Pengolahan dan penyajian data dalam kegiatan penelitian tidak digunakan nama responden , tetapi peneliti hanya menggunakan nomor responden.

Nomor responden ini digunakan untuk menjaga kerahasiaan responden dan mencegah kekeliruan peneliti dalam memasukkan data.

4.7.5. *Protection from discomfort.*

Responden bebas dari rasa tidak nyaman. Selama proses pengumpulan data, peneliti menjaga agar responden bebas dari rasa tidak nyaman. Peneliti menyampaikan kepada responden, apabila merasa tidak nyaman dalam kegiatan penelitian ini, responden boleh menghentikan partisipasi.

4.8. Alat Pengumpul Data

4.8.1. Jenis Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner tentang karakteristik responden, pengetahuan dan sikap tentang perawatan anak diare, serta lembar observasi keterampilan ibu dalam merawat anak diare di rumah sakit.

Kuesioner pengetahuan ibu tentang perawatan diare terdiri atas 20 butir soal yang telah dinyatakan valid dan reliabel. Pemberian skor dilakukan berdasarkan ketentuan, jawaban benar diberi skor 1, dan jawaban salah diberi skor 0. Skor yang diperoleh masing-masing responden dijumlahkan, dibandingkan dengan skor maksimal kemudian dikalikan 100. Hasil penghitungan terakhir menunjukkan nilai pengetahuan yang dimiliki responden tentang perawatan diare. Untuk kepentingan analisis menentukan kemampuan ibu, maka skor pengetahuan responden dikategorikan menjadi dua yaitu pengetahuan baik apabila skor ≥ 75 dan pengetahuan kurang apabila skor < 75 .

Kuesioner sikap ibu terhadap perawatan anak diare terdiri dari 18 pernyataan. Setiap butir sikap diberikan 4 pilihan jawaban dengan pemberian skor berdasarkan skala Likert 1 sampai 4 yang menunjukkan sikap sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju dalam merawat anak diare .

Pemberian skor untuk pernyataan positif dengan ketentuan: 1 untuk sikap sangat tidak setuju, 2 untuk sikap tidak setuju, 3 untuk sikap setuju, 4 untuk sikap sangat setuju. Ketentuan pemberian skor untuk pernyataan negatif berkebalikan dengan pernyataan positif: 1 untuk sangat setuju, 2 untuk setuju, 3 untuk tidak setuju, dan 4 untuk sangat tidak setuju.

Skor yang diperoleh masing-masing responden dijumlahkan, dibandingkan dengan skor maksimal, kemudian dikalikan 100, didapatkan nilai sikap responden. Nilai seluruh responden dijumlah untuk menentukan mean dan median. Skor sikap seluruh responden ternyata berdistribusi normal, maka *cut of point* untuk menentukan kategori sikap digunakan mean. Skor masing-masing responden dikelompokkan dalam dua kategori: kelompok sikap positif bila skor yang diperoleh lebih besar dari mean, dan kelompok sikap negatif bila skor yang diperoleh kurang dari mean.

Data tentang keterampilan ibu merawat anak diare diukur dengan menggunakan lembar observasi yang berisi 12 pernyataan tentang tindakan yang dilakukan ibu antara lain mencuci tangan sebelum masuk ruang perawatan, setelah membersihkan tinja anak dan sebelum menyuapi makan, melakukan pemantauan masukan dan keluaran cairan, memberikan nutrisi yang sesuai dengan diet, melakukan perawatan kulit untuk mencegah iritasi.

Setiap butir tindakan diberikan 2 pilihan ya dan tidak. Ketentuan skor untuk setiap pilihan yaitu : ya diberi skor 1 dan tidak diberi skor 0. Pengamatan ketrampilan untuk seluruh responden dilakukan selama 3 hari. Setiap butir tindakan seperti mencuci tangan setelah membersihkan tinja anak, memungkinkan untuk dilakukan lebih dari satu kali pengamatan, namun pada pelaksanaan penelitian, untuk memudahkan pengumpulan data dan analisis disepakati untuk memberikan pilihan ya apabila responden telah melakukan $\geq 50\%$ dari setiap butir tindakan. Skor untuk

satu hari pengamatan pada masing-masing responden, dijumlahkan dibandingkan dengan skor maksimal dan dikalikan 100. Selanjutnya skor keterampilan masing-masing responden selama tiga hari pengamatan, dijumlahkan dan dibagi tiga, maka didapatkan rerata ketrampilan responden. Namun untuk menentukan katagori keterampilan, maka digunakan skor keterampilan pada hari ketiga, karena hari ke tiga dianggap sebagai *post test*. Skor masing-masing responden dikelompokkan dalam dua kategori: kelompok ketrampilan baik bila skor yang diperoleh $\geq 80\%$, dan keterampilan kurang bila skor $< 80\%$.

Kemampuan ibu merawat anak diare, ditetapkan berdasarkan penilaian dari pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu merawat anak diare. Ibu dinyatakan mampu merawat anak diare apabila memenuhi kriteria dua katagori baik pada pengetahuan, sikap atau keterampilan. Apabila hanya satu atau tidak ada katagori baik pada pengetahuan, sikap dan keterampilan, maka ibu dinyatakan kurang mampu merawat anak dengan diare.

4.8.2. Uji validitas dan reliabilitas instrumen.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap kuisisioner pengetahuan dan sikap responden . Kuisisioner yang telah disusun oleh peneliti diujicobakan pada 30 individu yang memiliki karakteristik seperti kriteria inklusi di RSUD Wangaya dan sekaligus dipakai sebagai data penelitian. Kuisisioner pengetahuan dalam penelitian ini diuji validitas muka dan validitas isinya dengan berkonsultasi dengan para pembimbing yang sesuai dengan area yang diteliti.

Kuesioner sikap awalnya terdiri dari 19 butir pernyataan tentang sikap ibu dalam merawat anak diare, didapatkan 18 pernyataan valid , dengan r hitung lebih besar dari nilai r (r tabel = 0,361) dan 1 pertanyaan tidak valid dengan r hitung =0,027 . Uji reliabilitas dengan teknik belah dua ganap ganjil, diperoleh nilai sebesar $r = 0,847$. Data hasil uji validitas dan

reliabilitas instrumen sekaligus digunakan sebagai data penelitian dengan menghilangkan pernyataan yang tidak valid.

Instrumen pengumpulan data ketrampilan digunakan lembar observasi yang terdiri dari 12 butir pernyataan. Uji coba dilakukan peneliti dan 4 orang calon kolektor data. Dua orang pada kelompok kontrol yang selanjutnya disebut N1 dan N2, dua orang pada kelompok intervensi yang selanjutnya disebut N3 dan N4, melakukan observasi pada obyek yang sama. Observasi dilakukan terhadap 10 ibu yang anaknya dirawat dengan diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya. Hasil observasi peneliti dan calon kolektor data dianalisis dengan uji statistik Kappa. Uji ini bertujuan mengukur kesepahaman 2 atau lebih pengamat terhadap obyek yang diamati. Dari 4 calon kolektor data didapatkan hasil sebagai koefisien Kappa pada masing-masing poin observasi antara 0,615 s/d 1. Berdasarkan koefisien Kappa keempat calon kolektor data dipakai untuk membantu melakukan observasi terhadap keterampilan responden.

4.9. Prosedur Pengumpulan Data

4.9.1. Prosedur Administrasi

Penelitian dilakukan setelah dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan/Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan memenuhi prosedur administrasi yang berlaku di unit pelayanan kesehatan di Denpasar. Ijin penelitian ditujukan kepada direktur RSUP Sanglah Denpasar dan Kesbanglinmaspol Propinsi Bali (yang diteruskan ke Kesbanglinmas Kota Denpasar dan selanjutnya ke direktur RSUD Wangaya).

4.9.2. Prosedur Teknis

Prosedur teknis yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

- 4.9.2.1. Peneliti meminta mahasiswa untuk menjadi kolektor data ketrampilan responden dalam merawat anak diare. Calon kolektor data adalah mahasiswa D3 dan S1 Keperawatan yang berjumlah 4 orang bersama peneliti melakukan uji *interrater reliability* untuk menentukan calon

kolektor data yang memiliki kesetaraan observasi dengan peneliti sebagai observer.

- 4.9.2.2. Peneliti memberikan pelatihan kepada kolektor data selama 2 jam guna menyamakan persepsi tentang prosedur penelitian, tugas dan tanggung jawab kolektor data serta menjelaskan maksud dari poin-poin observasi yang harus diamati. Observasi selama pengumpulan data, dilakukan observer.
- 4.9.2.3. Peneliti memilih calon responden sesuai kriteria inklusi untuk meminimalkan dan mengontrol variabel perancu yang dapat mempengaruhi hasil penelitian
- 4.9.2.4. Peneliti menentukan kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan tempat penelitian. Pengumpulan data untuk kelompok kontrol dilakukan di RSUD Wangaya dan kelompok intervensi di RSUP Sanglah. Pemilihan RSUP Sanglah untuk kelompok intervensi berdasarkan pertimbangan adanya ruangan yang dapat dipakai untuk memberikan pendidikan kesehatan dan dekat dengan ruang perawatan, yaitu ruang bermain. Pengumpulan data untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan pada periode waktu yang sama.
- 4.9.2.5. Peneliti memperkenalkan diri kepada calon responden, menyampaikan informasi penelitian, menjelaskan tujuan penelitian dan prosedur penelitian, dan meminta kesediaan calon responden untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian.
- 4.9.2.6. Observasi terhadap ketrampilan/tindakan merawat anak diare diamati selama 3 hari pengamatan dari pagi sampai sore dan dilakukan pada hari pertama sampai hari ke 3.
- 4.9.2.7. Intervensi dilakukan pada hari kedua dan *post test* untuk pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat anak diare pada masing- masing kelompok dilakukan pada hari ke 3 .
- 4.9.2.8. Prosedur pelaksanaan intervensi: Ibu pada kelompok intervensi diberikan paket pendidikan kesehatan "Perawatan Anak Diare" selama kurang lebih 1 jam. Ibu diberikan *booklet* "Perawatan Anak Diare" yang disusun oleh peneliti. *Booklet* berisi informasi tentang perawatan anak diare di

rumah sakit, bagaimana memantau cairan, memenuhi kebutuhan nutrisi, mencegah iritasi kulit dan rencana tindak lanjut setelah pulang dari rumah sakit. Ibu diberi kesempatan membaca *booklet*, peneliti memberikan penjelasan tentang informasi yang ada dalam *booklet*. Ibu diberi kesempatan untuk bertanya, berdiskusi, atau menjawab pertanyaan yang disampaikan peneliti. Ibu juga diajarkan cara mencuci tangan yang benar, bagaimana mencatat masukan dan keluaran cairan dan merawat kulit untuk mencegah iritasi dengan cara demonstrasi.

4.9.2.9. Mempertimbangkan prinsip keadilan (*justice*) dalam penelitian, maka *booklet* perawatan anak diare diberikan kepada keluarga kelompok kontrol setelah *post test*.

4.9.2.10. Data hasil observasi dan *post test* pengetahuan dan sikap dari kedua kelompok selanjutnya diolah dan dianalisis sesuai tujuan penelitian.

4.10. Pengolahan dan Analisis Data

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

4.10.1.1. Editing

Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan penulisan jawaban, dan relevansi dengan pertanyaan. Jika ditemukan pengisian kuesioner tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak relevan dengan pertanyaan, peneliti mengklarifikasi kepada responden.

4.10.1.2. Coding

Coding dilakukan untuk memudahkan peneliti dalam mengolah berbagai data yang masuk. Pengkodean dilakukan dengan cara memberi kode pada setiap lembar kuisisioner atau setiap item pertanyaan berdasarkan ketentuan yang ditetapkan peneliti untuk mempermudah analisis.

4.10.1.3. *Processing*

Peneliti memproses data dengan cara meng-*entry* data dari hasil pengkodean dengan bantuan komputer menggunakan program pengolahan data statistik SPSS 15.0.

4.10.1.4. *Cleaning*

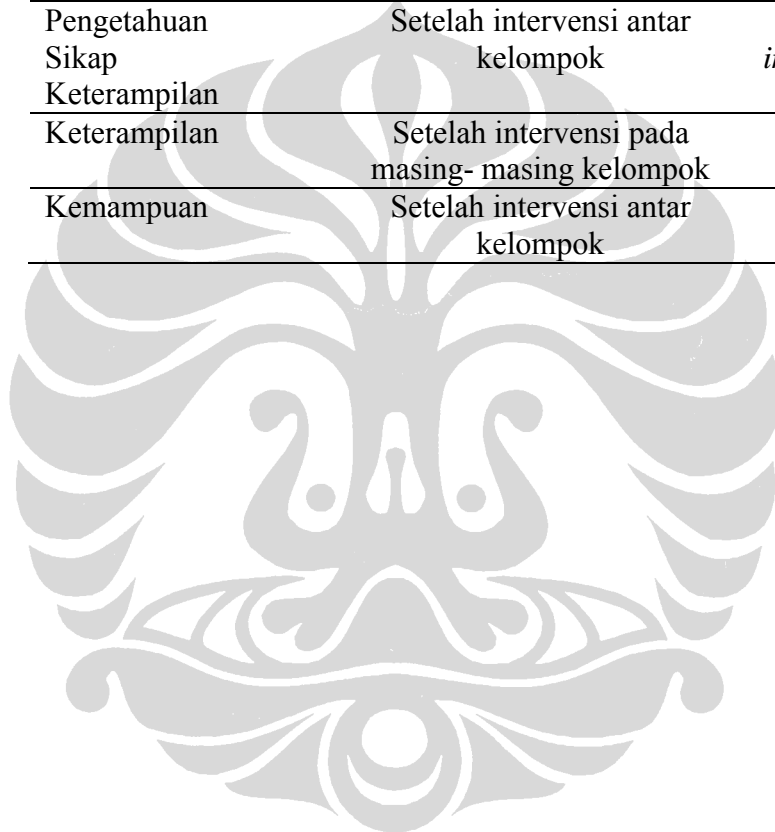
Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah di-*entry*. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, dilakukan tahap analisis data sesuai jenis data.

Analisis pada variabel- variabel dalam penelitian ini dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis *univariat* digunakan untuk menjelaskan variabel pengetahuan, sikap, keterampilan, dan karakteristik responden yang meliputi umur, tingkat pendidikan dan pengalaman merawat anak diare di rumah sakit, informasi yang pernah diperoleh tentang diare. Variabel dengan jenis data numerik dianalisis dengan menggunakan mean, median, standar deviasi, dan nilai minimal-maksimal. Variabel dengan jenis data katagorik dijelaskan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase atau proporsi. Semua data dianalisis dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0.05$).

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan atau perbedaan yang bermakna antara dua variabel. Analisis bivariat dan uji homogenitas terhadap variabel-variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1
Uji Homogenitas dan Uji Bivariat Variabel Penelitian

| Uji Homogenitas | | |
|---|---|--------------------------|
| Variabel | Kelompok data | Uji statistik |
| Umur | Antar kelompok | <i>independen t test</i> |
| Tingkat pendidikan | | <i>Chi-square</i> |
| Pengalaman | | <i>Chi-square</i> |
| Informasi | | <i>Chi-square</i> |
| Uji bivariat variabel penelitian | | |
| Variabel | Kelompok data | Uji statistik |
| Pengetahuan | Setelah intervensi antar | <i>independen t test</i> |
| Sikap | kelompok | |
| Keterampilan | | |
| Keterampilan | Setelah intervensi pada masing- masing kelompok | <i>dependen t test</i> |
| Kemampuan | Setelah intervensi antar kelompok | <i>Chi-square</i> |



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab 5 menguraikan hasil penelitian efektifitas paket pendidikan kesehatan perawatan anak dengan diare terhadap kemampuan ibu merawat anak diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar. Penelitian dilakukan terhadap 62 responden yaitu ibu yang anaknya dirawat dengan diare di kedua rumah sakit tersebut. Pengumpulan data dilakukan bulan April sampai dengan Mei 2011.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden yaitu ibu yang anaknya dirawat dengan diare diidentifikasi berdasarkan umur, pendidikan, dan pengalaman merawat anak diare dan informasi yang pernah didapat tentang perawatan anak diare. Data yang bersifat numerik dianalisis sehingga didapatkan nilai rata-rata, median, dan standar deviasi. Data kategorik dianalisis dan didapatkan hasil berupa persentase. Hasil analisis masing-masing variabel ditunjukkan dalam tabel berikut.

Tabel 5.1

Distribusi Responden Menurut Karakteristik Responden (Umur)
di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya
Bulan April – Mei 2011

| Variabel | Mean | SD | Minimal- maksimal | 95% CI |
|-------------------|-------------|-----------|------------------------------|---------------|
| Umur | | | | |
| Kontrol (n=31) | 28,74 | 8,091 | 20 - 56 | 25,77 - 31,71 |
| Intervensi (n=31) | 29,52 | 6,995 | 15 - 43 | 26,95 - 32,08 |

Berdasarkan tabel 5.1, rata-rata umur ibu pada kelompok kontrol adalah 28,74 tahun (CI: 25,77-31,71), dengan standar deviasi 8,091 tahun. Umur termuda 20 tahun dan umur tertua 56 tahun. Dari estimasi interval disimpulkan bahwa 95 %

diyakini bahwa rata-rata umur ibu pada kelompok kontrol adalah diantara 25,77 tahun sampai dengan 31,71 tahun. Rata-rata umur ibu pada kelompok intervensi lebih tua dari kelompok kontrol yaitu 29,52 tahun (CI:26,95 -32,08), dengan standar deviasi 6,995. Umur termuda pada kelompok intervensi 15 tahun dan umur tertua 43 tahun. Dari estimasi interval disimpulkan bahwa 95 % diyakini bahwa rata-rata umur ibu pada kelompok intervensi ada diantara 25,77 tahun sampai dengan 31,71 tahun.

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Pendidikan, Pengalaman, dan Informasi yang Pernah Didapatkan di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April- Mei 2011

| Variabel | Intervensi (n=31) | | Kontrol (n=31) | | Total (n=62) | |
|---------------------------|----------------------|------|-------------------|------|-----------------|------|
| | f | % | f | % | f | % |
| Pendidikan | | | | | | |
| Dasar | 11 | 35,5 | 13 | 41,9 | 24 | 38,7 |
| Menengah | 15 | 41,9 | 16 | 51,6 | 31 | 50 |
| Tinggi | 5 | 16,1 | 2 | 6,5 | 7 | 11,3 |
| Pengalaman | | | | | | |
| Memiliki Pengalaman | 4 | 12,9 | 3 | 9,7 | 7 | 11,3 |
| Tidak Memiliki Pengalaman | 27 | 87,1 | 28 | 90,3 | 55 | 88,7 |
| Informasi | | | | | | |
| Pernah mendapatkan | 17 | 54,8 | 19 | 61,3 | 36 | 58,1 |
| Tidak pernah | 14 | 45,2 | 12 | 33,8 | 26 | 41,9 |

Berdasarkan tabel 5.2 terlihat bahwa sebagian besar (50%) ibu berpendidikan menengah (SLTA) dan hanya 11,1% memiliki pendidikan tinggi (diploma dan perguruan tinggi). Proporsi pada kedua kelompok menunjukkan hanya sebagian kecil ibu yang mempunyai pendidikan tinggi yaitu sebesar 16,1% pada kelompok intervensi dan 6,5% pada kelompok kontrol.

Sebagian besar (88,7%) ibu tidak memiliki pengalaman merawat anak diare sebelumnya di rumah sakit. Proporsi pada kedua kelompok juga menunjukkan bahwa sebagian besar tidak memiliki pengalaman merawat anak diare di rumah sakit, yaitu sebesar 87,1% pada kelompok intervensi dan 90,3 % pada kelompok kontrol.

Sebanyak 58,1% dari seluruh ibu mengatakan pernah mendapatkan informasi sebelumnya tentang perawatan anak diare di rumah sakit. Proporsi pada kedua kelompok juga menunjukkan bahwa lebih banyak ibu yang pernah mendapat informasi tentang perawatan anak diare, yaitu sebesar 54,8% pada kelompok intervensi dan 61,3% pada kelompok kontrol.

5.1.2 Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare

Tabel 5.3
Distribusi Pengetahuan dan Sikap Ibu Merawat Anak Diare
di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April – Mei 2011

| Variabel | Mean | SD | Minimal- maksimal | 95% CI |
|--------------------|-------|--------|----------------------|-------------|
| Pengetahuan | | | | |
| Intervensi (n=31) | 84,52 | 12,407 | 50-100 | 79,87-89,07 |
| Kontrol (n=31) | 66,45 | 17,136 | 40-95 | 60,17-72,74 |
| Sikap | | | | |
| Intervensi (n=31) | 81,45 | 6,724 | 71-93 | 78,99-83,92 |
| Kontrol (n=31) | 71,64 | 8,642 | 58-90 | 68,47-74,81 |

Hasil analisis tabel 5.3 diperoleh rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok intervensi sebesar 84,52 (95% CI : 79,87-89,07), dengan standar deviasi 12,407. Skor pengetahuan terendah responden sebesar 50 dan tertinggi 100. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor pengetahuan responden berdistribusi diantara 78,97 sampai dengan 89,07. Rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok kontrol sebesar 66,45 dengan (95% CI : 60,17 – 72,74), dengan standar deviasi 17,136. Skor pengetahuan terendah responden sebesar 40 dan tertinggi 95. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95%

diyakini bahwa rata-rata skor pengetahuan responden berdistribusi diantara 60,17 sampai dengan 72,74.

Rata-rata skor sikap responden pada kelompok intervensi sebesar 81,45 (95% CI: 78,99-83,92), dengan standar deviasi 6,724. Skor sikap terendah responden sebesar 71 dan tertinggi 93. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor sikap responden berdistribusi diantara 78,99 sampai dengan 83,92. Rata-rata skor sikap responden pada kelompok kontrol sebesar 71,64 dengan (95% CI: 68,47-74,81), dengan standar deviasi 8,642 . Skor sikap terendah responden sebesar 58 dan tertinggi 90. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor pengetahuan responden berdistribusi diantara 68,47 sampai dengan 74,81.

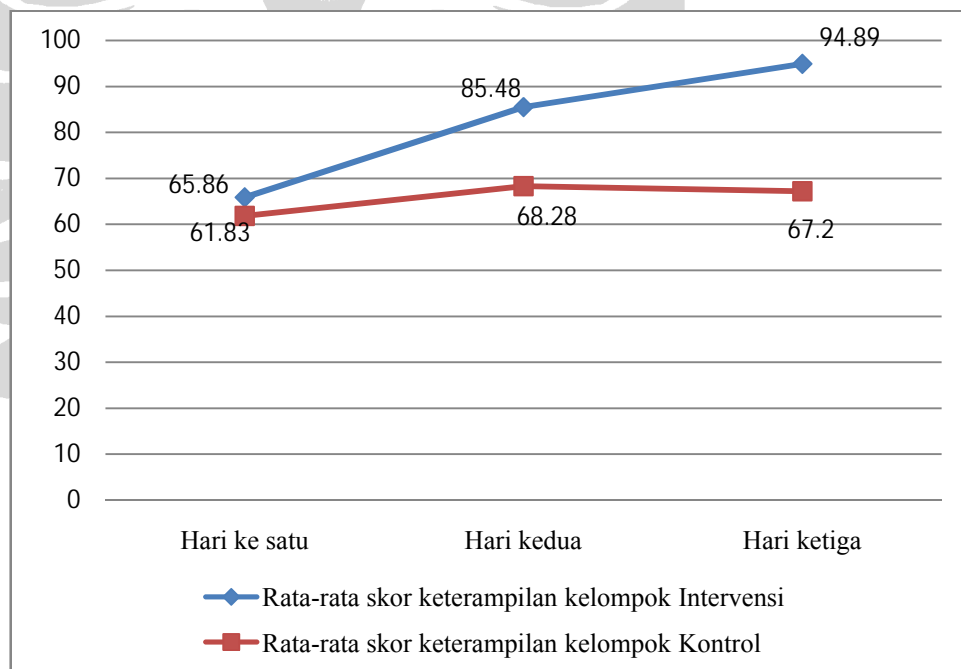


Diagram 5.1 Distribusi Keterampilan Ibu Merawat Anak Diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April – Mei 2011

Hasil analisis pada diagram 5.1 menunjukkan rata-rata skor keterampilan responden selama tiga hari pengamatan sebelum dikategorikan. Rata-rata

skor keterampilan responden hari pertama pada kelompok intervensi sebesar 65,86 (95% CI: 58,48-73,24) dengan standar deviasi 20,110. Skor keterampilan terendah responden sebesar 25 dan tertinggi 100. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor keterampilan responden berdistribusi diantara 58,48 sampai dengan 73,24. Rata-rata skor keterampilan responden hari pertama pada kelompok kontrol sebesar 61,83 (95% CI : 56,61-67,05) dengan standar deviasi 14,236. Skor keterampilan terendah responden sebesar 33 dan tertinggi 83. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor keterampilan responden berdistribusi diantara 56,61 sampai dengan 67,05.

Rata-rata skor keterampilan responden hari kedua pada kelompok intervensi sebesar 85,48 (95% CI: 80,75-90,22) dengan standar deviasi 12,904. Skor keterampilan terendah responden sebesar 50 dan tertinggi 100. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor keterampilan responden berdistribusi diantara 80,75 sampai dengan 90,22. Rata-rata skor keterampilan responden hari kedua pada kelompok kontrol sebesar 68,28 (95% CI : 63,02-73,54) dengan standar deviasi 14,340. Skor keterampilan terendah responden sebesar 25 dan tertinggi 92. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor keterampilan responden berdistribusi diantara 63,02 sampai dengan 73,54.

Rata-rata skor keterampilan responden hari ketiga pada kelompok intervensi sebesar 94,89 (95% CI: 92,57-97,22) dengan standar deviasi 12,904. Skor keterampilan terendah responden sebesar 75 dan tertinggi 100. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor keterampilan responden berdistribusi diantara 92,57 sampai dengan 97,22. Rata-rata skor keterampilan responden hari ketiga pada kelompok kontrol sebesar 67,20 (95% CI : 60,95-70,60) dengan standar deviasi 13,154. Skor keterampilan terendah responden sebesar 36 dan tertinggi 89. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata

skor keterampilan responden berdistribusi diantara 60,95 sampai dengan 70,60.

Setelah dijumlahkan skor keterampilan responden selama 3 hari dan dibagi jumlah hari pengamatan, maka selanjutnya diperoleh skor rerata keterampilan responden pada kelompok intervensi sebesar 82,08 (95% CI : 78,21-85,94) dengan standar deviasi 10,537. Skor keterampilan terendah responden sebesar 58 dan tertinggi 97. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor rerata keterampilan responden berdistribusi diantara 78,21 sampai dengan 85,94. Rata-rata skor rerata keterampilan responden pada kelompok kontrol sebesar 65,77 (95% CI : 60,95-70,60) dengan standar deviasi 13,154. Skor keterampilan terendah responden sebesar 36 dan tertinggi 89. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor rerata keterampilan responden berdistribusi diantara 60,95 sampai dengan 70,60.

Tabel 5.4
Distribusi Katagori Pengetahuan, Sikap, Keterampilan dan Kemampuan Merawat Anak Diare Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar Bulan April- Mei 2011

| Variabel | Intervensi (n=31) | | Kontrol (n=31) | |
|---------------------|----------------------|------|-------------------|------|
| | f | % | f | % |
| Pengetahuan | | | | |
| Baik | 27 | 87,1 | 14 | 45,2 |
| Kurang | 4 | 12,9 | 17 | 54,8 |
| Sikap | | | | |
| Positif | 21 | 67,7 | 7 | 22,6 |
| Negatif | 10 | 32,3 | 24 | 77,4 |
| Keterampilan | | | | |
| Baik | 22 | 71 | 3 | 9,7 |
| Kurang | 9 | 29 | 28 | 90,3 |
| Kemampuan | | | | |
| Mampu | 28 | 90,3 | 6 | 19,4 |
| Kurang | 3 | 9,7 | 25 | 80,6 |

Tabel 5.4 menunjukkan proporsi ibu yang memiliki pengetahuan baik sebesar 87,1% pada kelompok intervensi dan 45,2% pada kelompok kontrol. Proporsi ibu yang memiliki sikap positif sebesar 67,7% pada kelompok intervensi dan 22,6% pada kelompok kontrol. Proporsi ibu yang memiliki keterampilan baik sebesar 71% pada kelompok intervensi dan 9,7% pada kelompok kontrol.

Kemampuan ibu merawat anak diare diidentifikasi dari katagori pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu merawat anak diare. Hasil analisis menunjukkan 90,3% ibu mampu merawat anak diare pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 19,4% ibu yang mampu merawat anak dengan diare.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui kesetaraan kedua kelompok responden.

Tabel 5.5
Uji Homogenitas Umur Responden dan Keterampilan Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Bulan April- Mei 2011

| Variabel | Mean | SD | <i>p Value</i> | n |
|----------------------------------|-------|--------|----------------|----|
| Umur | | | | |
| Intervensi | 29,52 | 6,995 | 0,688 | 31 |
| Kontrol | 28,74 | 8,091 | | 31 |
| Keterampilan hari ke satu | | | | |
| Intervensi | 65,86 | 20,110 | 0,366 | 31 |
| Kontrol | 61,63 | 14,236 | | 31 |

Tabel 5.5 menggambarkan bahwa rata-rata umur ibu pada kelompok intervensi adalah 29,52 tahun dengan standar deviasi sebesar 6,995 tahun, kelompok kontrol, rata-rata umur ibu adalah 28,74 tahun dengan standar deviasi sebesar 8,091 tahun. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna umur ibu pada kedua kelompok responden ($p=0,688$;

$\alpha=0,05$). Hal ini menunjukkan umur ibu pada kedua kelompok bersifat homogen atau setara.

Rata-rata skor keterampilan di hari pertama pada kelompok intervensi adalah 65,86 dengan standar deviasi sebesar 20,110 tahun. Rata-rata skor keterampilan ibu di hari pertama pada kelompok kontrol adalah 61,63 dengan standar deviasi sebesar 14,236. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna skor keterampilan ibu di hari pertama pada kedua kelompok responden ($p=0,366$; $\alpha=0,05$). Hal ini menunjukkan keterampilan ibu pada kedua kelompok bersifat homogen atau setara.

Tabel 5.6
Uji homogenitas
Pendidikan, Pengalaman Dan Informasi Yang Pernah Didapat Kelompok
Intervensi dan Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya
Bulan April- Mei 2011

| Variabel | Intervensi | | Kontrol | | <i>p Value</i> |
|----------------------------------|------------|------|---------|------|----------------|
| | f | % | f | % | |
| Pendidikan | | | | | |
| Dasar | 11 | 35,5 | 13 | 41,9 | 0,794 |
| Menengah | 15 | 48,4 | 16 | 51,6 | |
| Tinggi | 5 | 16,1 | 2 | 9,5 | |
| Pengalaman | | | | | |
| Memiliki Pengalaman | 4 | 12,9 | 3 | 9,7 | 1,000 |
| Tidak Memiliki Pengalaman | 27 | 87,1 | 28 | 90,3 | |
| Pernah mendapat informasi | | | | | |
| Pernah | 17 | 54,8 | 19 | 61,3 | 0,797 |
| Tidak pernah | 14 | 45,2 | 12 | 38,7 | |

Hasil analisis pada tabel 5.6 menunjukkan adanya perbedaan proporsi pendidikan responden dari kedua kelompok, namun keduanya menunjukkan kecenderungan yang sama, yaitu sebagian besar responden memiliki pendidikan menengah dan tinggi. Proporsi responden pada kelompok intervensi yang memiliki pendidikan menengah dan tinggi adalah sebesar

64,5% dan pada kelompok kontrol sebesar 61,3%. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pendidikan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p=0,794$; $\alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa karakteristik pendidikan responden dari kelompok kontrol dan kelompok intervensi bersifat homogen.

Proporsi pengalaman responden dari kedua kelompok menunjukkan kecenderungan yang sama walaupun terdapat perbedaan proporsi, yaitu hanya sebagian kecil responden memiliki pengalaman merawat anak diare di rumah sakit. Proporsi responden pada kelompok intervensi yang tidak memiliki pengalaman merawat anak diare di rumah sakit adalah 87,1% dan pada kelompok kontrol sebesar 90,3%. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara pengalaman pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p=1,000$; $\alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa karakteristik pengalaman responden merawat anak diare di rumah sakit pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi bersifat homogen.

Hasil analisis pada tabel 5.6 juga menggambarkan adanya perbedaan proporsi pernah mendapatkan informasi tentang perawatan anak diare pada kedua kelompok, namun keduanya menunjukkan kecenderungan yang sama, yaitu lebih banyak responden yang pernah mendapat informasi. Proporsi responden pada kelompok intervensi yang pernah mendapat informasi tentang perawatan anak diare sebesar 54,8% sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 61,3%. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara informasi yang pernah diperoleh pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p=0,794$; $\alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa informasi tentang perawatan anak diare yang pernah diperoleh responden dari kelompok kontrol dan kelompok intervensi bersifat homogen.

5.2.2 Perbedaan Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.7
Perbedaan Pengetahuan Sikap, Keterampilan Ibu antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar Bulan April- Mei 2011

| Variabel | Mean | SD | <i>p Value</i> |
|----------------------------------|-------|--------|----------------|
| Pengetahuan | | | |
| Intervensi (n=31) | 84,52 | 12,407 | 0,000* |
| Kontrol (n=31) | 66,45 | 17,136 | |
| Sikap | | | |
| Intervensi (n=31) | 81,45 | 8,742 | 0,000* |
| Kontrol (n=31) | 71,64 | 6,724 | |
| Keterampilan hari ke satu | | | |
| Intervensi | 65,86 | 20,110 | 0,732 |
| Kontrol | 61,63 | 14,236 | |
| Keterampilan hari kedua | | | |
| Intervensi (n=31) | 85,48 | 12,904 | 0,000* |
| Kontrol (n=31) | 68,28 | 14,340 | |
| Keterampilan hari ketiga | | | |
| Intervensi (n=31) | 94,89 | 10,537 | 0,000* |
| Kontrol (n=31) | 67,20 | 13,154 | |
| Rerata skor Keterampilan | | | |
| Intervensi (n=31) | 82,08 | 13,154 | 0,000* |
| Kontrol (n=31) | 65,77 | 10,537 | |

* Bermakna pada $\alpha=0,05$

Rata-rata skor pengetahuan ibu pada kelompok kontrol sebesar 66,45 dengan standar deviasi 17,136 dan pada kelompok intervensi sebesar 84,52 dengan standar deviasi 12,407. Analisis lebih lanjut menunjukkan skor pengetahuan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Rata-rata skor sikap ibu pada kelompok intervensi sebesar 81,45 dengan standar deviasi 8,742 dan pada kelompok kontrol sebesar 71,64 dengan

standar deviasi 8,724. Analisis dengan lebih lanjut menunjukkan skor sikap ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Rata-rata skor keterampilan di hari pertama pada kelompok intervensi adalah 65,86 dengan standar deviasi sebesar 20,110 tahun. Rata-rata skor keterampilan ibu di hari pertama pada kelompok kontrol adalah 61,63 dengan standar deviasi sebesar 14,236. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna skor keterampilan ibu di hari pertama pada kedua kelompok responden ($p=0,732$; $\alpha=0,05$).

Rata-rata skor keterampilan ibu di hari kedua pengamatan pada kelompok intervensi sebesar 85,48 dengan standar deviasi 12,904 dan pada kelompok kontrol sebesar 68,28 dengan standar deviasi 14,340. Analisis lebih lanjut menunjukkan adanya perbedaan bermakna keterampilan ibu antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Hasil analisis di hari ketiga pengamatan menunjukkan rata-rata skor keterampilan ibu pada kelompok intervensi sebesar 94,89 dengan standar deviasi 10,537 dan pada kelompok kontrol sebesar 67,20 dengan standar deviasi 13,154. Analisis lebih lanjut menunjukkan skor keterampilan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Tabel 5.8
Perbedaan Keterampilan Ibu Sebelum dan Sesudah Intervensi
pada Kelompok Kontrol Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar
Bulan April- Mei 2011

| Variabel | Mean | SD | SE | <i>p Value</i> | n |
|---------------------|-------|--------|-------|----------------|----|
| Keterampilan | | | | | |
| Hari ke satu | 61.83 | 14,236 | 2,557 | 0,000* | 31 |
| Hari ketiga | 68,28 | 14,660 | 2,633 | | 31 |

Tabel 5.8 menggambarkan rata-rata skor keterampilan ibu pada kelompok kontrol sebelum intervensi adalah 61.63 dengan standar deviasi 2,557. Rata- rata skor keterampilan setelah intervensi adalah 68,28 dengan standar

deviasi 2,633. Terlihat nilai mean perbedaan antara skor keterampilan sebelum dan sesudah intervensi 6,452 dengan standar deviasi 7,671. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan skor keterampilan ibu setelah intervensi lebih tinggi dari pada sebelum intervensi ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Tabel 5.9
Perbedaan Keterampilan Ibu Sebelum dan Ssudah Intervensi
Pada Kelompok Intervensi Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar
Bulan April- Mei 2011

| Variabel | Mean | SD | SE | <i>p Value</i> | n |
|---------------------|-------|--------|-------|----------------|----|
| Keterampilan | | | | | |
| Hari ke satu | 65.86 | 20,110 | 3,612 | 0,000* | 31 |
| Hari ketiga | 94,89 | 6,338 | 1,138 | | 31 |

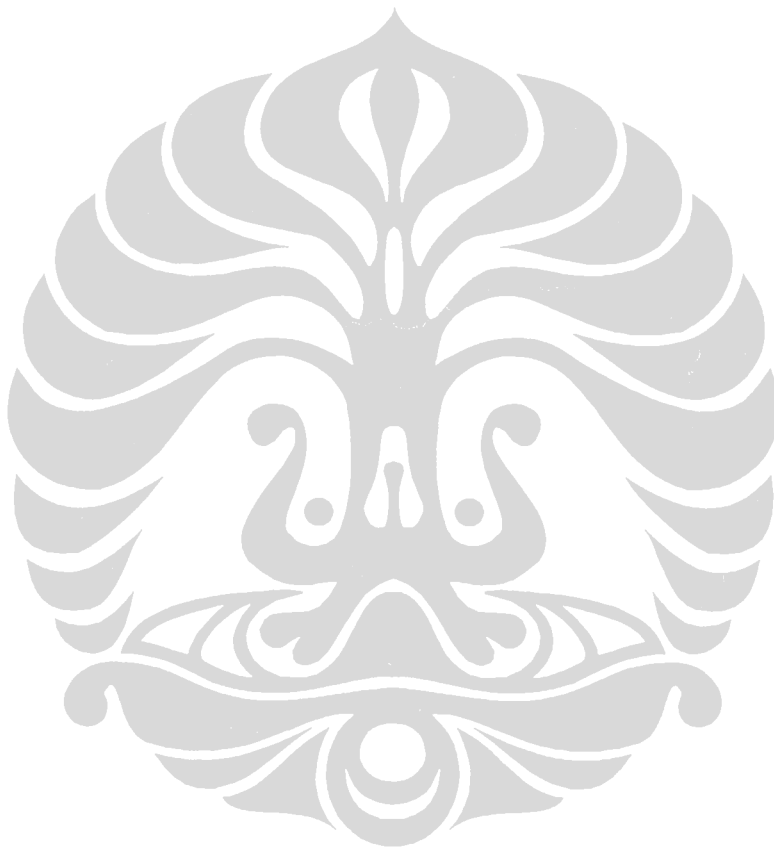
Hasil analisis pada tabel 5.9 menunjukkan rata-rata skor keterampilan ibu pada kelompok intervensi sebelum intervensi adalah 65.86 dengan standar deviasi 20,110. Rata- rata skor keterampilan setelah intervensi adalah 94,89 dengan standar deviasi 1,138. Terlihat nilai mean perbedaan antara skor keterampilan sebelum dan sesudah intervensi 29,032 dengan standar deviasi 21,395. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan skor keterampilan ibu sesudah intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan sebelum intervensi ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Tabel 5.10
Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare Setelah Periode Intervensi
Di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya
Bulan April- Mei 2011

| Perlakuan | Mampu | | Kurang mampu | | Total | | RR (95% CI) | X^2 | <i>p Value</i> |
|------------|-------|------|--------------|------|-------|-----|------------------------|-------|----------------|
| | f | % | f | % | f | % | | | |
| Penkes (+) | 28 | 90,3 | 3 | 9,7 | 31 | 100 | 4,667 (2,254-9,662) | 28,72 | 0,000* |
| Penkes (-) | 6 | 19,4 | 25 | 80,6 | 31 | 100 | 1 | | |
| Jumlah | 34 | 54,8 | 28 | 45,2 | 62 | 100 | | | |

* Bermakna pada $\alpha=0,05$

Hasil analisis pada tabel 5.10 menunjukkan sebagian besar (90,3%) ibu yang diberi pendidikan kesehatan mampu merawat anak diare, sedangkan ibu yang tidak diberi pendidikan kesehatan hanya 19,4% yang mampu merawat anak dengan diare. Kemampuan ibu yang diberi intervensi pendidikan kesehatan lebih besar dibandingkan dengan yang tidak diberikan ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Hasil analisis diperoleh pula nilai RR sebesar 4,667 artinya ibu yang diberi pendidikan kesehatan perawatan anak diare berpeluang sebesar 4,667 kali untuk mampu merawat anak diare dibanding ibu yang tidak diberikan pendidikan kesehatan.



BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian dari masing-masing variabel penelitian dikaitkan dengan teori dan hasil penelitian yang telah ada. Selain itu dalam pembahasan ini peneliti menjelaskan tentang keterbatasan penelitian yang telah dilaksanakan serta implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan pengembangan ilmu keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Responden

Peneliti menilai karakteristik responden pada kedua kelompok untuk menentukan apakah ibu pada kedua kelompok berbeda. Hasil analisis pada uji homogenitas ditemukan tidak ada perbedaan yang signifikan ($p > 0,05$) karakteristik dari responden pada kedua kelompok sehingga membantu memastikan validitas internal dari penelitian ini, bahwa pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam merawat anak diare pada kelompok intervensi adalah efek dari paket pendidikan kesehatan yang diberikan.

6.1.1.1 Umur

Ibu yang anaknya dirawat dengan diare selama bulan April sampai dengan Mei 2011 rata-rata berumur 28,74 tahun pada kelompok kontrol dan 29,52 tahun pada kelompok intervensi. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang diperoleh Wulandari (2009) bahwa rata-rata umur ibu yang memiliki anak diare antara 25-30 tahun, namun tidak ditemukan hubungan antara umur ibu dengan kejadian diare pada anak balita dengan nilai $p = 0,114$. Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rosjidi (2009) juga menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku perawatan diare ($p = 0,28$).

Gunarsa (2008), mengatakan bahwa tingkat kematangan, umur seseorang akan mempengaruhi dan menentukan sikap orang tersebut. Hal ini berarti

perilaku sehat ibu berpotensi dipengaruhi oleh umur ibu. Namun variabel umur ibu yang diduga akan mengganggu hasil penelitian dalam penelitian ini sudah diidentifikasi dan ternyata antara kelompok kontrol dan intervensi sudah setara atau homogen.

6.1.1.2 Pendidikan

Tingkat pendidikan ibu yang merawat anak dengan diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya (38,7%) berpendidikan dasar (SD, SLTP), 50 % berpendidikan menengah (SLTA) sedangkan ibu yang memiliki pendidikan tinggi hanya 11,3%. Responden dalam penelitian ini adalah ibu yang anaknya dirawat karena diare di rumah sakit, dan ditemukan lebih banyak yang tingkat pendidikannya SLTA. Jika dilihat dari level pendidikan, pendidikan SLTA bukan termasuk katagori pendidikan yang sangat rendah, tetapi menengah. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh ibu pada level pendidikan ini lebih cepat tanggap dan memilih untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dibandingkan dengan ibu dengan tingkat pendidikan rendah.

Pendidikan perlu diidentifikasi untuk memastikan bahwa kelompok yang akan dibandingkan pada penelitian ini bersifat setara atau homogen. Tingkat pendidikan menjadi penting untuk diidentifikasi atau dipertimbangkan karena tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Apabila tingkat pendidikan responden yang diteliti berbeda secara bermakna, maka akan dapat mempengaruhi hasil penelitian, kelompok yang pendidikannya lebih tinggi tentu akan mempunyai pengetahuan lebih baik dibandingkan dengan yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Menurut Redman (1993) dalam Potter & Perry (2006) bahwa pendidikan lebih tinggi akan memberikan pengetahuan lebih besar, sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan lebih baik. Ketika menyadari masalah kesehatan, mereka yang berpengetahuan akan cenderung mencari pertolongan secepatnya untuk mengatasi masalah.

Penelitian tentang hubungan tingkat pendidikan formal dengan pengetahuan sudah diteliti oleh Nuzuliana tahun 2009. Penelitian ini menyimpulkan ada hubungan yang signifikan tingkat pendidikan formal dengan pengetahuan ibu tentang *pap smear* ($p=0.000$; $r = 0,616$). Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka pengetahuan ibu juga semakin baik.

Tingkat pendidikan ternyata juga berpengaruh terhadap angka kejadian diare pada anak. Penelitian Shukr, Ali, Khanum, dan Tahir (2009) menemukan bahwa frekuensi terjadinya diare pada ibu yang berpendidikan tinggi rata-rata 0,41 per tahun dan 2,182 per tahun untuk ibu-ibu yang tidak berpendidikan ($p= 0,001$). Frekuensi dan morbiditas diare lebih tinggi pada ibu yang berpendidikan rendah. Pendidikan formal akan memungkinkan seseorang untuk memperoleh pengetahuan, pemahaman dan nilai-nilai yang akan membantu berfikir rasional dalam menyerap informasi. Khalili (2006) juga menjelaskan pendidikan orang tua adalah faktor yang sangat penting dalam keberhasilan manajemen diare pada anak. Orang tua dengan tingkat pendidikan rendah, khususnya buta huruf tidak akan dapat memberikan perawatan yang tepat pada anak diare karena kurangnya pengetahuan dan kurangnya kemampuan menerima informasi.

6.1.1.3 Pengalaman

Pengalaman langsung yang dialami individu terhadap objek sikap, berpengaruh terhadap sikap individu terhadap objek sikap tersebut (Sunaryo, 2002). Sebagian besar responden (88,7%) tidak mempunyai pengalaman dalam merawat anak diare sebelumnya di rumah sakit dan hanya 11,3% yang memiliki pengalaman. Berdasarkan teori *Heath Believe Model*, pengalaman merupakan suatu variabel psikologi yang membuat seseorang merasakan ancaman suatu penyakit dan akan melaksanakan tindakan sesuai anjuran. Hal ini didukung oleh hasil analisis data pengalaman merawat anak diare dalam penelitian ini. Tujuh orang responden yang menyatakan punya pengalaman merawat anak diare di

rumah sakit, ternyata lima orang (71,4%) mampu merawat anak dengan diare. Tidak adanya pengalaman pada sebagian besar responden memungkinkan mereka untuk bertindak tidak sesuai anjuran dalam merawat anak diare apabila tidak diberikan tambahan informasi yang dibutuhkan terkait perawatan anak diare di rumah sakit.

Penelitian Supono (2008) menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengalaman kontak (balita pernah menderita diare) dengan persepsi ibu terhadap diare pada balita. Ibu balita yang tidak pernah berpengalaman kontak berisiko 5 kali lebih besar untuk berpersepsi diare sebagai penyakit biasa daripada ibu yang pernah kontak (OR: 4,671; 95% CI: 1,853-12,235). Temuan ini mengimplikasikan bahwa program-program penurunan morbiditas dan mortalitas diare pada balita perlu ditekankan pada pemberian pengalaman pada sasaran program. Teknik demonstrasi atau *role play* akan lebih baik dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan dan perawatan diare seperti cara membuat oralit, mencuci tangan yang baik dan benar, merawat kulit di sekitar anus akibat diare.

6.1.1.4 Informasi Yang Pernah Didapatkan Tentang Perawatan Anak Diare Di Rumah Sakit.

Ibu yang anaknya dirawat dengan diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya sebagian besar (58,1 %) pernah mendapat informasi tentang perawatan anak diare sebelumnya. Hal ini sesuai dengan penelitian Iskak, Wilopo dan Ismail (2005), yang menemukan bahwa sebagian besar ibu yang anaknya diare di Yogyakarta pernah menerima informasi sebelumnya tentang diare, yaitu sebesar 91,2% pada kelompok intervensi dan 94,1% pada kelompok kontrol. Informasi yang sebelumnya pernah diperoleh ibu tentang diare seharusnya membuat pengetahuan ibu bertambah dan dapat mencegah terjadinya diare pada anak, namun hasil penelitian

menunjukkan anak tetap menderita diare walaupun sebelumnya ibu sudah pernah mendapat informasi tentang diare.

Informasi tentang pencegahan dan perawatan anak diare sudah sering dilakukan dengan berbagai metoda dan media. Namun kenyataannya kejadian diare masih tetap tinggi dan angka rawat inap pasien diare pun masih tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian informasi kepada ibu yang memiliki balita harus secara intensif dilakukan. Informasi yang diberikan tidak cukup hanya sekali, namun harus berkesinambungan, karena kemampuan seseorang mengingat informasi berbeda-beda. Maulana (2009) menjelaskan bahwa informasi yang diperoleh seseorang akan diproses dan menghasilkan pengetahuan. Semakin sering orang terpapar informasi, maka akan semakin banyak pula pengetahuannya. Informasi juga merupakan pembentuk sikap, yang akan diterima sebagai suatu obyek yang menyenangkan atau tidak.

6.1.2 Perbedaan Pengetahuan Ibu Yang Diberikan dengan Yang Tidak Diberikan Pendidikan Kesehatan Perawatan Anak Diare.

Ibu pada kelompok intervensi memperoleh rata-rata skor pengetahuan sebesar 84,52 dan rata-rata skor pengetahuan pada kelompok kontrol hanya sebesar 66,45. Skor pengetahuan yang diperoleh masing-masing kelompok ini menunjukkan skor pengetahuan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Pendidikan kesehatan merupakan aktifitas pembelajaran yang dirancang oleh perawat sesuai kebutuhan klien. Pencapaian tujuan pendidikan kesehatan akan lebih mudah dengan penggunaan alat bantu dan peraga yang sesuai dan dapat meningkatkan kemudahan penerimaan informasi. Menurut Nies dan McEwen (2001) penggunaan alat bantu berupa tulisan

akan lebih menghasilkan peningkatan pengetahuan daripada dengan kata-kata.

Paket pendidikan kesehatan perawatan anak diare dilakukan dengan menggunakan alat bantu berupa *booklet*. Pemilihan alat bantu dilakukan dengan tujuan agar selanjutnya dapat dimanfaatkan oleh rumah sakit dan dengan tujuan membantu penggunaan indera sebanyak-banyaknya. Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa kurang lebih 75% dari pengetahuan manusia diperoleh melalui mata, sedang sisanya melalui indera yang lain. Dengan penggunaan *booklet*, informasi yang disampaikan melalui mata lebih banyak, sehingga informasi akan lebih mudah diterima oleh ibu sebagai peserta didik. Media pembelajaran memberikan motivasi dan pengaruh psikologis untuk peserta didik Hamalik (1986) dalam Setiawati & Dermawan (2008). Media yang menarik akan memberikan keyakinan pada peserta didik sehingga perubahan kognitif, afektif dan psikomotor dapat tercapai optimal.

Media pembelajaran visual berupa *booklet*, poster, *leaflet* telah terbukti dapat meningkatkan pengetahuan ibu yang diberikan pendidikan kesehatan. Penelitian yang dilakukan Yani (2009) di Kediri menunjukkan bahwa setelah diberi perlakuan pendidikan kesehatan menggunakan media *booklet*, pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam merawat bayi prematur pada kelompok intervensi meningkat secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Pengetahuan ibu tentang definisi diare, bahaya diare, kapan harus datang ke tempat pelayanan kesehatan dan peran ibu dalam manajemen diare di rumah meningkat sangat signifikan setelah diberikan pendidikan kesehatan (Houroun, 2010). Pranowo (2009) juga menemukan adanya perbedaan yang bermakna antara pengetahuan responden yang diberi pendidikan kesehatan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan ($p = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Kemudian disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan efektif

meningkatkan pengetahuan ibu tentang diare pada anak Balita di Desa Pucangan wilayah kerja Puskesmas Kartasura I Kabupaten Sukoharjo.

Proses belajar dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada subyek belajar dengan keluaran yang diharapkan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku dari sasaran didik (Notoatmojo, 2003). Peningkatan pengetahuan yang terjadi setelah diberikan pendidikan kesehatan merupakan salah satu aspek kemampuan yang dicapai oleh sasaran didik sebagai akibat adanya proses belajar.

Sejalan dengan pendapat tersebut, pengetahuan ibu yang diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan anak diare di rumah sakit terbukti lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Paket pendidikan kesehatan ini dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri, guna menunjang tercapainya tujuan asuhan keperawatan yang lebih optimal.

6.1.3 Perbedaan Sikap Ibu Yang Diberikan dengan Yang Tidak Diberikan Pendidikan Kesehatan Perawatan Anak Diare

Rata-rata skor sikap ibu pada kelompok intervensi sebesar 81,45 dan pada kelompok kontrol sebesar 71,64. Rata-rata skor sikap ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Hasil penelitian Pranowo (2009) menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pada sikap responden yang diberi pendidikan kesehatan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Pendidikan kesehatan efektif meningkatkan sikap ibu tentang diare pada anak Balita di Desa Pucangan wilayah kerja Puskesmas Kartasura I Kabupaten Sukoharjo.

Rahmawati, Sudargo dan Paramasti (2007) menemukan hal yang berbeda, yaitu selisih nilai rerata sikap pada kelompok yang diberi pendidikan kesehatan dengan media audiovisual dan modul meningkat pada *pre test* dan *post test* tetapi secara statistik memang tidak signifikan ($p > 0,05$). Selanjutnya dijelaskan bahwa perubahan sikap yang terjadi mungkin lambat sehingga selisih nilai reratanya sangat kecil. Namun perubahan sikap yang terjadi walaupun sangat kecil, kearah yang positif karena kemungkinan masih ada faktor lain yang mempengaruhi. Sikap seseorang dipengaruhi oleh faktor internal yaitu psikologis dan fisiologis, serta faktor eksternal berupa intervensi yang datang dari luar individu misalnya, pendidikan, pelatihan atau penyuluhan (Walgito, 1994 dalam Rahmawati, Sudargo dan Paramasti, 2007)

Menurut Notoatmodjo (2010) sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang- tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Dalam menentukan sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Pendidikan kesehatan perawatan anak diare merupakan salah satu sumber informasi untuk responden sehingga mengetahui tentang penyakit diare (penyebab, bahaya, pencegahan, perawatan selama di rumah sakit, dll). Pengetahuan ini akan membuat ibu berfikir dan berupaya agar anaknya cepat sembuh dan terhindar dari diare lagi dengan melakukan perawatan dan upaya-upaya pencegahan sesuai anjuran.

6.1.4 Perbedaan Keterampilan Ibu Yang Diberikan dengan Yang Tidak Diberikan Pendidikan Kesehatan Perawatan Anak Diare

Keterampilan responden diukur selama 3 hari pengamatan, dimana intervensi diberikan pada hari kedua. Skor yang dipakai untuk menentukan skor keterampilan *post test* adalah skor keterampilan pada hari ketiga.

Rata-rata skor keterampilan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan yaitu pada hari pertama adalah sebesar 65,86 pada kelompok intervensi dan 61,63 pada kelompok kontrol. Tidak ada perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi ($p=0,366$; $\alpha=0,05$). Skor yang diperoleh oleh kedua kelompok juga sangat rendah dibandingkan hari selanjutnya. Hal ini dapat dipahami karena responden pada kedua kelompok belum terpapar informasi yang cukup tentang perawatan diare pada anak.

Kondisi yang berbeda terlihat pada hari kedua dan ketiga, skor keterampilan kelompok yang mendapat pendidikan kesehatan meningkat dibandingkan dengan hari pertama. Rata-rata skor keterampilan ibu dalam merawat anak diare pada hari kedua sebesar 85,48 pada kelompok intervensi dan 68,28 pada kelompok kontrol. Rata-rata skor keterampilan hari ketiga pada kelompok intervensi sebesar 94,8% dan pada kelompok kontrol sebesar 67,20%. Analisis lebih lanjut menunjukkan skor keterampilan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Skor keterampilan responden pada kelompok intervensi dari hari pertama sampai hari ketiga cenderung mengalami peningkatan. Notoatmojo (2010) menjelaskan bahwa perubahan perilaku yang diperoleh dari hasil belajar cenderung menetap dan menjadi bagian dalam dirinya. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada ibu merupakan proses belajar yang akhirnya menghasilkan skor keterampilan yang tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak diberi pendidikan kesehatan. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Rahmawati, Sudargo dan Paramasti (2007) yang menemukan peningkatan secara signifikan perilaku responden yang diberi pendidikan kesehatan tentang balita dengan gizi kurang dan buruk dari *pre test* ke *post test* ($p < 0,005$).

Hasil penelitian lain yang sejalan yaitu penelitian yang dilakukan oleh Yurika (2009), bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan

keterampilan ibu dalam memantau pertumbuhan dan perkembangan balita ($p=0,019$; $\alpha=0,05$). Penelitian Muhadi (2009) menemukan bahwa tingkat pengetahuan yang baik secara signifikan berpengaruh terhadap tindakan pencegahan diare pada balita ($p= 0,011$), dan sikap ibu yang positif secara signifikan juga berpengaruh terhadap tindakan pencegahan diare pada balita ($p= 0,003$). Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang, dan pengetahuan yang baik akan menimbulkan sikap positif yang selanjutnya akan tercermin dalam tindakan orang tersebut.

Pendidikan kesehatan sesuai dengan protap ruangan yang diberikan oleh perawat pada kelompok kontrol, sesungguhnya juga bermanfaat dalam mengubah perilaku ibu walaupun nilai yang diperoleh tidak setinggi ibu pada kelompok intervensi. Hal ini terlihat dari skor keterampilan masing-masing responden yang dibandingkan sebelum dan sesudah intervensi. Terlihat perbedaan yang bermakna keterampilan ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi ($p=0,019$; $\alpha=0,05$). Namun perbedaan mean pada kedua kelompok sangat jauh berbeda yaitu sebesar 29,032 pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 6,452. Artinya peningkatan skor keterampilan ibu yang diberi pendidikan kesehatan jauh lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Paket pendidikan kesehatan perawatan anak diare menjadi informasi yang akan menambah pengetahuan ibu dalam merawat anak diare. Sejalan dengan peningkatan pengetahuan, maka ibu diharapkan memiliki kesadaran dan selanjutnya akan bertindak sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

Ada hal menarik yang perlu dicermati pada skor keterampilan kelompok kontrol. Dari hari pertama ke hari kedua skor keterampilan responden mengalami peningkatan walaupun hanya sedikit, namun di hari ketiga mengalami penurunan dibandingkan dengan hari kedua. Hal ini

menunjukkan bahwa perilaku orang yang tidak diberi pendidikan kesehatan cenderung mengalami perubahan. Perubahan perilaku yang bersifat tidak menetap tersebut kemungkinan karena beberapa alasan. Pertama pada kelompok kontrol tidak mendapat informasi yang memadai tentang perawatan anak diare sehingga tidak mempunyai pengetahuan yang cukup untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki sehingga perilakunya kemungkinan hanya bersifat spontanitas saja. Kedua, walaupun kelompok kontrol tetap mendapat pendidikan kesehatan sesuai prota ruangan, namun poin-poin keterampilan yang diobservasi oleh peneliti tidak termasuk dalam informasi yang sudah diberikan sehingga skor keterampilan responden menjadi rendah. Ketiga, rata-rata hari rawat anak diare adalah 3-4 hari, dan biasanya pada hari ketiga kondisi anak mulai membaik. Ketika kondisi anak membaik kewaspadaan ibu dapat berkurang sehingga kemungkinan untuk tidak melaksanakan tindakan sesuai anjuran menjadi semakin besar.

Asumsi lain yang dapat dijelaskan peneliti yaitu bahwa tingkat pendidikan ibu pada kedua kelompok secara statistik memang setara atau homogen, namun bila dilihat dari hasil analisis univariat, ada 16,3% ibu pada kelompok intervensi memiliki tingkat pendidikan tinggi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 6,5% yang berpendidikan tinggi. Proporsi tingkat pendidikan tinggi yang lebih besar pada kelompok intervensi tentu akan berdampak pada pengetahuan, sikap maupun keterampilan responden. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya oleh Redman (1993) dalam Potter & Perry (2006) bahwa pendidikan lebih tinggi akan memberikan pengetahuan lebih besar, sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan lebih baik. Pendapat ini diperkuat oleh penelitian Santosa (2009) yang menemukan bahwa ada hubungan dengan tingkat korelasi kuat, tingkat pendidikan formal ibu dengan perilaku pencegahan diare pada anak di Kelurahan Pucangsawit Surakarta ($r = 0.611$). Semakin tinggi tingkat pendidikan formal ibu maka semakin baik pula perilaku pencegahan diare pada anak.

6.1.5 Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan Perawatan Anak Diare Terhadap Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare Di Rumah Sakit.

Karakteristik umur, pendidikan dan pengalaman dan informasi yang pernah diperoleh pada kedua kelompok bersifat homogen. Setelah dilakukan *post test*, didapatkan 90,3% ibu pada kelompok intervensi, mampu merawat anak dengan diare, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 19,4%. Proporsi ibu yang mampu merawat anak diare pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Redjeki (2005) yang mengidentifikasi kemampuan dan kepuasan ibu terhadap pendidikan kesehatan mengenai stimulasi perkembangan di Depok. Redjeki mendapatkan hasil bahwa adanya peningkatan yang bermakna pada kemampuan (pengetahuan, sikap dan keterampilan) ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil penelitian Mishra, Sinta dan Salam (2008), juga menemukan peningkatan yang signifikan pada pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu pada kelompok intervensi terkait berbagai aspek perawatan anak seperti personal hygiene ($p=0,026$), penyebab diare ($p=0,017$), pentingnya imunisasi ($p=0,0015$), ASI ($P=0,007$) dan penyapihan 0,0046).

Perbedaan kemampuan ibu yang diidentifikasi dari pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu setelah periode intervensi diduga sebagai akibat pemberian pendidikan kesehatan perawatan anak diare. Dengan demikian paket pendidikan kesehatan anak diare efektif digunakan agar ibu mampu merawat anak diare di rumah sakit. Apabila sudah memiliki kemampuan merawat anak diare, ibu akan mudah bekerjasama dalam perawatan anaknya, sehingga konsep *family centered care* (FCC) dapat diterapkan dan mencapai hasil asuhan keperawatan yang optimal.

Responden dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang anaknya dirawat dengan diare dengan usia anak antara 0-59 bulan. Usia balita memiliki ketergantungan yang tinggi dengan orang tua sehingga kerjasama dengan orang tua selama perawatan anak sangat dibutuhkan. Keluarga khususnya ibu adalah orang yang paling mengetahui apa yang dibutuhkan oleh anak. Konsep yang mendasari asuhan yang berpusat pada keluarga adalah memfasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anak. Orang tua diharapkan mempunyai kesempatan untuk meneruskan peran dan tugasnya merawat anak selama di rumah sakit (Supartini, 2005). Salah satu upaya yang dapat dilakukan perawat untuk memfasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan anak adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan.

Manfaat penerapan *family centered care* menurut *American Academic Pediatric* (2003) adalah penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif (mengoptimalkan manajemen perawatan di rumah, mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat atau rumah sakit jika tidak perlu, digunakan cara pencegahan dengan lebih efektif). Apabila *family centered care* dapat diterapkan dengan baik khususnya dalam perawatan anak dengan diare, maka keterbatasan tenaga perawat bukan merupakan kendala untuk dapat terlaksananya asuhan keperawatan pada anak secara lebih optimal.

Neff (2003) dalam Saleba (2008), menjelaskan bahwa beberapa penelitian yang sudah dilakukan menunjukkan penderitaan anak dan keluarga menjadi berkurang ketika keluarga dilibatkan dalam perawatan anaknya. Frekwensi anak menangis berkurang, rasa gelisah pada anak berkurang, kebutuhan obat menurun dan pemulangan lebih cepat ketika konsep *family centered care* diterapkan. Konsep ini dapat berjalan dengan baik apabila pihak keluarga diajak berkomunikasi dan diberi informasi tentang perannya selama perawatan anak di rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Corlett & Twycross (2006) juga menggambarkan bahwa orang tua ingin terlibat dalam perawatan mereka, namun kurangnya komunikasi yang efektif sering menghambat negosiasi terbuka dan hubungan timbal balik antar keluarga dan perawat. Hasil penelitian ini memberikan satu gambaran bahwa konsep *family centered care* akan dapat terwujud dan terlaksana dengan baik apabila keluarga selalu diajak berkomunikasi tentang apa yang harus mereka lakukan. Pendidikan kesehatan merupakan proses pemberian informasi agar keluarga mengetahui sejauh mana keterlibatan keluarga dibutuhkan selama anaknya dirawat di rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan menjadi satu bagian yang penting dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit untuk meningkatkan berbagai aspek yang dibutuhkan agar keluarga dapat bekerjasama dengan tim pelayanan kesehatan.

6.2 Keterbatasan Penelitian

6.2.1 Media yang digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan adalah *booklet*. Berdasarkan hasil penelitian memang media ini dapat digunakan dan terbukti efektif untuk meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat anak dengan diare dan bisa dibawa pulang oleh keluarga sebagai panduan di rumah. Namun berdasarkan analisa peneliti, media ini memiliki keterbatasan dari segi dana yang harus dikeluarkan untuk membuat media karena harus dicetak sesuai dengan jumlah pasien. Pertimbangan lain yaitu kemungkinannya relatif kecil untuk dibaca oleh keluarga apabila tidak didampingi. Perlu dipikirkan alternatif media lain yang bisa digunakan agar lebih efisien dari segi biaya maupun tenaga yang dibutuhkan untuk memberikan pendidikan kesehatan.

6.2.2 Pelaksanaan intervensi pendidikan kesehatan.

Intervensi pendidikan kesehatan rencananya diberikan di ruang bermain yang biasa digunakan sebagai tempat memberikan penyuluhan. Namun dalam pelaksanaan, tidak bisa terealisasi karena sebagian besar responden

hanya menunggu anaknya sendirian sehingga tidak memungkinkan untuk meninggalkan anaknya di ruang perawatan. Membawa anak ke ruang penyuluhan banyak yang tidak mau, karena anak memakai infus dan menurut ibu sangat repot kalau harus pindah-pindah. Peneliti memutuskan memberikan pendidikan kesehatan di ruang perawatan berdasarkan pertimbangan menjaga psikologis ibu agar merasa aman saat diberikan pendidikan kesehatan. Kemungkinan gangguan diminimalisasi dengan menutup pintu ruang perawatan selama intervensi berlangsung, namun gangguan karena anak menangis atau rewel saat proses berlangsung tidak dapat dihindari.

6.2.3 Jumlah sampel

Sampel minimal dalam penelitian ini sebanyak 33 orang, namun karena keterbatasan responden dan waktu pelaksanaan penelitian, sampel yang bisa dicapai sebanyak 31 orang. Hasil penelitian ini sudah bermakna, dimana skor pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Namun jumlah sampel yang tidak mencapai sampel minimal dapat menurunkan kekuatan uji (*power*) dari penelitian ini. *Power* suatu penelitian adalah kemampuan suatu penelitian untuk mendapatkan beda secara statistik bermakna, bila dalam populasi tersebut ada. Dengan kata lain *power* adalah kekuatan untuk menolak hipotesis nol pada data penelitian, apabila dalam populasi terdapat perbedaan hasil klinis. Apabila pada akhir penelitian jumlah subyek yang berhasil diteliti kurang dari yang diperhitungkan, dan nilai α dianggap tetap, maka *power* penelitian akan berkurang (Sastroasmoro, 2010).

6.2.4 Pelaksanaan *Post Test*

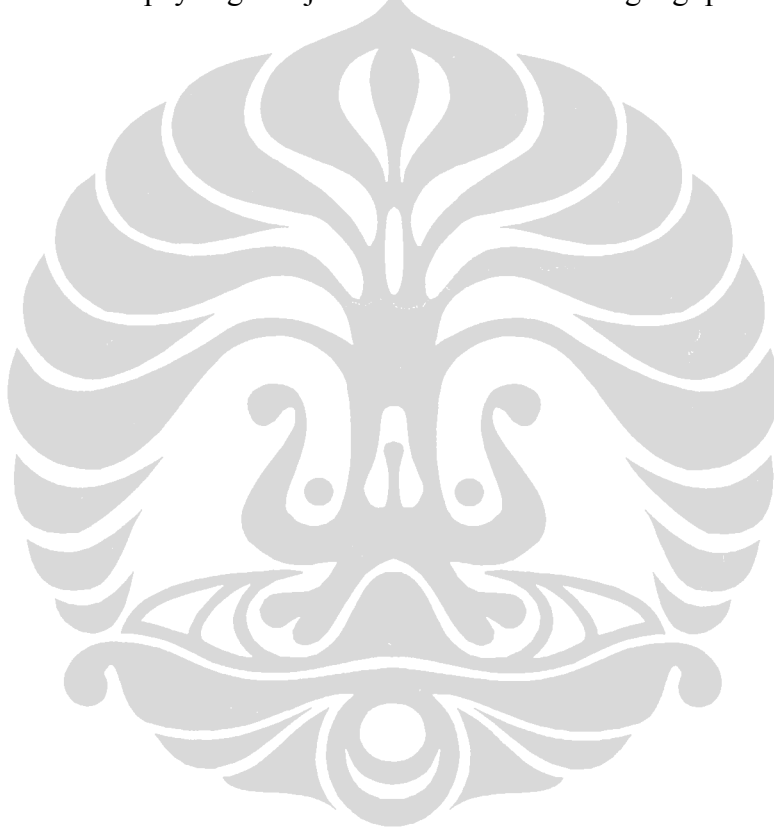
Beberapa responden tidak mau atau tidak bisa langsung mengisi kuisisioner yang diberikan karena berbagai kendala, misalnya anak rewel, sehingga peneliti harus meninggalkan kuisisioner agar ibu dapat mengisinya dengan lebih nyaman, dengan penjelasan sebelumnya bagaimana cara mengisi

kuisisioner tersebut. Namun ada beberapa dari responden yang sudah diperbolehkan pulang dan lupa menitipkan kuisisioner kepada perawat sebelum peneliti sempat mengambilnya, sehingga kadang terbawa pulang oleh responden. Kuisisioner yang tidak diisi dengan segera atau tanpa ditunggu oleh peneliti dapat menimbulkan bias hasil penelitian, karena kemungkinan bukan responden yang mengisi tetapi orang lain. Kuisisioner dengan kondisi tersebut dan yang terbawa pulang akhirnya tidak dipakai oleh peneliti.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian dalam Pelayanan Keperawatan

- 6.3.1 Pendidikan kesehatan tentang perawatan anak diare akan memberikan gambaran yang jelas kepada ibu apa yang harus dilakukannya ketika merawat anak diare di rumah sakit. Keterbatasan tenaga di rumah sakit sering menjadi kendala pemberian pendidikan kesehatan secara komprehensif. Media yang digunakan dalam penelitian ini berupa *booklet* perawatan anak diare, dapat dijadikan alat bantu untuk memberikan pendidikan kesehatan sehingga informasi yang diperoleh pasien lebih komprehensif dan waktu yang diperlukan untuk memberikan pendidikan kesehatan menjadi lebih efisien. Dapat juga dipertimbangkan media lain seperti poster atau leaflet agar efisien dan lebih mudah dibaca oleh keluarga.
- 6.3.2 Pendidikan kesehatan merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri yang dapat dilakukan dan dikembangkan dalam pendidikan keperawatan guna memperoleh peningkatan kualitas pelayanan keperawatan yang lebih optimal. Berbagai metode dan media dapat digunakan untuk mempermudah penyampaian dan penerimaan informasi dalam pendidikan kesehatan guna dapat mendukung peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan.
- 6.3.3 Pendidikan kesehatan perawatan anak diare yang diberikan dapat mendukung terlaksananya konsep *family centered care* dalam memberikan

asuhan keperawatan anak di rumah sakit. Pendidikan kesehatan ini akan membantu meningkatkan kemampuan ibu sehingga dapat bekerjasama selama perawatan anak dirawat di rumah sakit. Materi dalam *booklet* pendidikan kesehatan ini juga komprehensif, tidak hanya mencakup informasi perawatan anak diare di rumah sakit, tetapi juga termasuk pencegahan dan apa yang harus dilakukan apabila sudah diperbolehkan pulang dari rumah sakit. Hal ini diharapkan dapat memberikan informasi yang utuh kepada ibu sehingga bisa mencegah, merawat diare dan berupaya agar kejadian diare tidak terulang lagi pada anaknya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Ibu yang merawat anak diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar rata-rata berusia dibawah 30 tahun, dengan tingkat pendidikan ibu sebagian besar SLTA. Sebagian besar ibu tidak mempunyai pengalaman merawat anak diare di rumah sakit dan pernah mendapatkan informasi tentang diare .
- 7.1.2 Rata-rata skor pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dari pada kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan.
- 7.1.3 Skor pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperoleh masing-masing kelompok menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna, dimana skor yang diperoleh kelompok intervensi lebih tinggi dari pada kelompok kontrol.
- 7.1.4 Sebagian besar ibu pada kelompok intervensi mampu merawat anak diare dan kemampuan ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Disimpulkan bahwa ibu yang diberi pendidikan kesehatan perawatan anak diare mempunyai peluang lebih besar untuk mampu merawat anak diare dibanding ibu yang tidak diberikan pendidikan kesehatan.

7.2 Saran

- 7.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan
 - 7.2.1.1 Kepada pemegang kebijakan di rumah sakit khususnya ruang perawatan anak, hendaknya mempertimbangkan media lain dalam memberikan pendidikan kesehatan sehingga dapat lebih efektif dan efisien. Mempertimbangkan terbatasnya tenaga dan untuk efisiensi waktu dan biaya, maka materi pendidikan kesehatan tentang diare dan peran keluarga selama dirawat di rumah sakit, disarankan untuk dapat dibuat dalam bentuk leaflet, poster atau menggunakan media audiovisual. Poster maupun media

audiovisual dapat diletakkan di ruang perawatan atau tempat-tempat strategis yang mudah dilihat keluarga.

7.2.1.2 Poster tentang waktu mencuci tangan juga perlu diletakkan di dekat wastafel atau tempat-tempat yang mudah dilihat sehingga keluarga akan selalu ingat kapan harus mencuci tangan.

7.2.1.3 Memberikan kesempatan pada ibu untuk terlibat dalam perawatan anaknya dengan sebelumnya memberikan informasi yang cukup, apa yang harus dilakukan ibu sehingga hasil asuhan keperawatan menjadi lebih optimal.

7.2.2 Bagi Penelitian Selanjutnya

7.2.2.1 Berdasarkan hasil penelitian ini keluarga yang diberi pendidikan kesehatan mempunyai pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang baik untuk dapat bekerjasama dalam perawatan anaknya. Konsep *family centered care* seharusnya bisa diterapkan dan manfaat dari penerapannya akan dapat dievaluasi. Peneliti menyarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang efektifitas pendidikan kesehatan keluarga terhadap lama hari rawat pasien diare di rumah sakit, karena sesuai dengan teori bahwa salah satu manfaat penerapan FCC adalah perawatan menjadi lebih optimal sehingga pasien bisa lebih cepat pulang dari rumah sakit.

7.2.2.2 Hasil penelitian ini masih memiliki keterbatasan pelaksanaan intervensi, pelaksanaan *post test* dan waktu penelitian. Peneliti menyarankan kepada peneliti selanjutnya agar mencoba menggunakan *pre-test* dan *post-test* desain, untuk dapat dilihat peningkatan aspek-aspek yang diukur, dengan waktu yang lebih lama atau dengan *post-test* ulang setelah jangka waktu tertentu.

7.2.2.3 Melakukan replikasi penelitian dengan desain *randomize clinical trial* dan jumlah sampel yang lebih besar.

7.2.2.4 Disarankan juga untuk meneliti efektifitas pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan ibu merawat anak diare di rumah sakit dengan menggunakan media lain seperti media audiovisual.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Pediatric. (2003). Family centered care and the pediatrician's role. *Pediatric*, 112 (3), 691-696.
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of American Psychological Association* (5th ed.). Washington: American Psychological Association.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Assididdqi, M. H. (2010). *Tingkat pengetahuan ibu terhadap penanganan diare pada balita di kelurahan padang bulan kecamatan medan baru*. Diunduh tanggal 28 Pebruari 2011 dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Atmawikarta, A. (2010). *Pencapaian MDGs terhalang penyakit*. Diunduh tanggal 12 Januari 2011 dari <http://bataviase.co.id>.
- Arikunto, S. (2006). *Dasar-dasar evaluasi pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bachrach and Gardner. (2002). Caregiver knowledge, attitudes, and practices regarding childhood diarrhea and dehydration in Kingston, Jamaica. *Pan American Journal Public Health*, 12(1), 37-44.
- Bintoro, B.R.T. (2010). *Hubungan antara sanitasi lingkungan dengan kejadian diare pada balita di Kecamatan Jatipuro Kabupaten Karanganyar*. Diunduh tanggal 12 Januari 2011 dari etd.eprints.ums.ac.id.
- Carneiro, et. al. (2005). Clinical and epidemiological aspects of children hospitalisazed with severe rotavirus-associated gastroenteritis in Salvador, BA, Brazil. *The Brazilian Journal of Infetious deseases*, 9(6), 525-528.
- Corlett, J, Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *J Clin Nurs*. 2006 Oct;15(10):1308-16.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2009). Family centered care. Diunduh tanggal 5 Maret 2011 dari <http://www.cincinnatichildrens.org>.
- Darmawan, et. al. (2008). *Gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan tingginya diare pada balita di kelurahan Krian, Kecamatan Krian, Kabupaten Sidoarjo (Studi kasus)*. Diunduh tanggal 13 Pebruari 2011 dari <http://www.fk.uwks.ac.id>.

- Depkes RI. (1999). *Buku ajar diare: Pegangan bagi mahasiswa*. Jakarta: Ditjen.PPM & PPL.
- (2008). *Pedoman pemberantasan penyakit diare*. Jakarta: Depkes RI
- (2009). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2008*. Diunduh tanggal 12 Januari 2011 dari <http://www.depkes.go.id>.
- Donald, M. M, Evans, N. (2008). *Infection control guidelines for healthcare professionals*. Diunduh tanggal 14 Pebruari 2011 dari <http://www.nursingceu.com>.
- Edelman, C.L & Mandle, C.L. (2006). *Health promotion throughout the life span*. Sixth Edition. Philadelphia: Mosby.
- Ejemot, E. (2008). *Promoting the simple act of hand washing can save lives in many developing countries, according to a new systematic review of studies*. Diunduh tanggal 12 Pebruari 2011 dari <http://www.sciencedaily.com>.
- Emily, E.T.S, & Tony, N.B. (2010). Evaluating the health belief model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health* , 8, 95–125.
- Friedman, M.M, Bowden,V.R, Jones, E.G. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori dan praktik* (Achir Yani S. Hamid, et al, penerjemah). Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Ginanjari, E. (2008). *Diare Akut*. Diunduh tanggal 22 Januari 2011 dari <http://abuhamzah.multiply.com>.
- Grace, P, Jerald, U. (2010). The prevalence of group a rotavirus infection and some risk factors in pediatric diarrhea in Zaria, North central Nigeria. *African Journal of Microbiology Research* , 4(14), 1532-1536.
- Gunarsa, S.D. (2008). *Psikologi perawatan*. Jakarta: BPK Gunung Mulia.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Handayani, Y. R. (2008). *Gambaran tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan balita diare di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo*. Diunduh tanggal 28 Pebruari 2011 dari <http://library-ump.org>.
- Haroun,H.M, Mahfouz, M.S, Mukhtar, M.E, Salah, A. (2010). Assessment of the effect of health education on mothers in Al Maki area, Gezira state, to improve homecare for children under five with diarrhea. *Journal of family & Community Medicine*, 17(3), 141-146.

- IDAI. (2009). Diare pada anak, bagaimana menanganinya. Diunduh tanggal 22 Januari 2011 dari <http://www.idai.or.id>.
- Ishak, S, Ismail, D, Wilopo, S.H. (2005). Perbandingan efektifitas metoda partisipatif dengan informative dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu tentang diare pada balita. *BKM*, XXI (2), 67-76.
- Jurnalis, Y.D, Sayoeti, Y, Dewi, S. (2008). Profil gangguan elektrolit dan keseimbangan asam basa pada pasien diare akut dengan dehidrasi berat di ruang rawat inap bagian anak RS Dr.M.Djamil Padang. *Majalah kedokteran Andalas*, 1(32). Diunduh tanggal 12 Pebruari 2011 dari <http://www.repository.unand.ac.id>.
- Kamalia, (2005). *Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian diare pada bayi usia 1-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kedungwuni I Pekalongan tahun 2004/2005*. Diunduh tanggal 12 Pebruari 2011 dari digilib.unnes.ac.id.
- Lubis, C.P. (2003). Peranan air susu ibu dalam menegah diare.diunduh tanggal 15 Januari 2011 dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Khalili, B, Gorbanali, S, Khalili, M, Mardani, M, & Cuevas, L.E. (2006). Risk factors for hospitalization of children with diarrhea in Shahrekord, Iran. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases* ,1(3), 131-136.
- Kliegman, B & Nelson, A. (2000). *Ilmu kesehatan anak*. Vol 1. Jakarta: EGC.
- Mitra, A.K, Rahman, M.M, & Fuchs,G.J. (2000). Risk factor and gender differentials for death among children hospitalized with diarrhea in Bangladesh. *J Health Popul Nutr*, 18(3), 151-156.
- Muhadi, I. (2009). *Hubungan pengetahuan dan sikap ibu terhadap pencegahan penyakit diare Didesa Tumbang Manjul Kecamatan Seruyan Hulu Kabupaten Seruyan Kalimantan Tengah*. Diunduh tanggal 20 Juni 2011 dari <http://eprints.undip.ac.id>.
- Nies, M.A., & McEwen, M. (2001). *Community health nursing: Promoting the health of population* (3rd ed.), USA: W.B. Saunders Company.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuzuliana, R. (2009). *Hubungan tingkat pendidikan formal dengan pengetahuan ibu tentang pap smear di Dukuh Bulusari Bulusulur Wonogiri*. Diunduh tanggal 29 Juni 2011 dari <http://www.digilib.uns.ac.id>.

- Palupi, A. (2007). Hubungan status gizi dengan lamanya diare anak dengan diare akut di ruang rawat inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Diunduh tanggal 12 Pebruari 2011 dari <http://etd.ugm.ac.id>.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2009). *Fudamental keperawatan* (Edisi 7). Jakarta: Salemba Medika.
- Polit, D.F., & Beck,C.T.(2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th Edition. Philadhelpia: Lipponcott Williams & Wilkins .
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (2005). *Nursing research: Principle and method*. Philadhelpia: Lipponcott Williams & Wilkins.
- Putra, D.S. (2008). *Diare akut pada anak*. Diunduh tanggal 11 Januari 2011 dari <http://www.dr-rocky.com>.
- Pranowo, A.E. (2009). *Efektifitas pendidikan kesehatan tentang diare pada balita di Desa Pucangan wilayah kerja Puskesmas Kartasura I kabupaten Sukoharjo*. Diunduh tanggal 16 Juni 2011 dari <http://etd.eprints.ums.ac.id>.
- Rahmawati, I. Sudargo, T. Paramastri, I. (2007). Pengaruh penyuluhan media audiovisual terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan prilaku ibubalita gizi kurang dan buruk di Kabupaten Kotawaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 4(2), 69-77.
- Redjeki, G.S. (2005). *Kemampuan dan kepuasan ibu terhadap pendidikan kesehatan mengenai stimulasi perkembangan anak usia toddler di Kelurahan Kemirimuka Depok*. Diunduh tanggal 17 Juni 2011 dari <http://eprints.lib.ui.ac.id>.
- Rinik, E. (2010). *Efektifitas audiovisual sebagai media pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua rumah sakit di kota Malang*.
- Rosjidi, C.H. (2009). Persepsi ibu tentang penyakit diare dan oralit berhubungan dengan prilaku perawatan diare. *Fenomena*, 6 (1), 44-52.
- RSUP Sanglah. (2010). *Gerakan cuci tangan pakai sabun mulai digalakkan*. Diunduh tanggal 11 Januari 2011 dari <http://www.sanglahhospitalbali.com>
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 2. Jakarta: Sagung Seto.
- Saleeba, A. (2008). *The important of family centered care in pediatric nursing*. Diunduh tanggal 6 Maret 2011 dari <http://www.aap.org>.

- Santosa, D.N. (2009). *Hubungan antara tingkat pendidikan formal ibu dengan perilaku pencegahan diare pada anak di kelurahan Pucangsawit Surakarta*. Diunduh tanggal 15 Juni 2011 dari <http://www.digilib.uns.ac.id>.
- Setiawati, S & Dermawan, A.C. (2008). *Proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sinthamurni. (2006). *Faktor-faktor kejadian diare akut pada balita (Studi kasus di Kabupaten Semarang)*. Diunduh tanggal 12 Pebruari 2011 dari eprints.undip.ac.id.
- Sinuhaji. (2007). *Asidosis metabolik: salah satu penyulit diare akut pada anak yang seharusnya dapat dicegah*. Diunduh tanggal 15 Januari 2011 dari <http://www.repository.usu.ac.id>.
- Subagyo, B dan Santoso, N.B. (2011). *Diare akut*. Buku Ajar Gastroenterologi-Hepatologi. Cetakan kedua. Jakarta: IDAI.
- Suliha, U., Herawani, Sumiati, & Resnayati, Y. (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Y. (2004). *Konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC
- Supono, J. (2008). Faktor prediksi persepsi ibu tentang diare pada balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 179-185.
- Suraatmaja, S. (2007). *Kapita selekta gastroenterologi anak*. Jakarta: Sagung Seto.
- Suririnah. (2011). *Diare mendadak dan penanganannya*. Diunduh tanggal 14 Pebruari 2011 dari <http://www.infoibu.com>.
- Sunaryo. (2002). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Shukr, R.I, Ali, S, Khanum, T, Mehmood, T. (2009). *Is there a link between maternal illiteracy and childhood diarrhea*. Diunduh tanggal 20 Juni 2011 dari www.scopemed.org.
- Tram, et.al. (2003). The Impact of Health Education on Mother's Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of Dengue Haemorrhagic Fever. *Dengue bulletin*, 27, 174-180.
- UNICEF. (2009). *Diarrhoea: Why children still dying and what can be done*. Diunduh tanggal 11 Januari 2011 dari <http://www.google.co.id>.
- Wahyudi, S. (2009). *Diare dan upaya pencegahannya*. Diunduh tanggal 25 Januari 2011 dari <http://majalahkasih.pantiwilasa.com>

- Warman, Y. (2008). *Hubungan faktor lingkungan, sosial ekonomi dan pengetahuan ibu dengan kejadian diare akut pada balita di Kelurahan Pekan Arba Kecamatan Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir*. Diunduh tanggal 28 Pebruari 2011 dari <http://www.psikomedia.com>.
- Wijaya, A.M. (2010). *Penanganan diare pada bayi dan anak balita di tingkat rumah tangga*. Diunduh tanggal 11 Januari 2011 dari <http://www.infodokterku.com>.
- Fewtrell, et al. (2005). *Hand washing with soap*. Diunduh tanggal 12 Pebruari 2011 dari <http://wikipedia.org>.
- WGO. (2008). *World gastroenterology organisation practice guideline: acute diarrhea*. Diunduh tanggal 15 Januari 2011 dari www.worldgastroenterology.org.
- Wulandari, J. P. (2009). *Hubungan antara faktor lingkungan dan faktor sosiodemografi dengan kejadian diare pada balita di desa Blimbing kecamatan Sambirejo Sragen tahun 2009*. Diunduh tanggal 13 Pebruari 2011 dari <http://etd.eprints.ums.ac.id>.
- Wilunda, C, Panza, A. (2006). Factor associated with diarrhea among children less than 5 years old in Thailand: a secondary analysis of Thailand multiple indicator cluster survey 2006. *J Health Res* 2009, 23 (suppl), 17-22.
- Wong, D.L, Hockenberry, M, Wilson, D, Winkelstain, M.L, Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Yani, E.R. (2009). *Pengaruh paket pendidikan kesehatan "RINDU" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang di rumah sakit di Kediri*.
- Yalcin, S.S, Hizli, S, Yurdakok, K, & Ozmer, E. (2005). Risk factors for hospitalization in children with acut diarrhea : A case control study. *The Turkish Journal of pediatric*, 47, 339-342.
- Yurika. (2009). *Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam pemantauan perkembangan balita*.

Penjelasan Penelitian

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : N.L.K Sulisnadewi

Umur : 37 tahun

Pekerjaan ; Mahasiswa Pasca Sarjana Keperawatan Anak, FIK UI.

Alamat : Perum Babakan Sari Utama No 26, Jalan Pulau Belitung
Pedungan Denpasar Selatan.

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Ibu untuk bersedia menjadi responden penelitian yang akan saya lakukan, dengan judul “**Efektifitas Pendidikan Kesehatan Keluarga Dalam Meningkatkan Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare**”

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan kemampuan ibu dalam merawat anak diare di rumah sakit. Kerjasama dalam merawat anak di rumah sakit sangat dibutuhkan untuk tercapainya tujuan asuhan keperawatan yang optimal dan mempercepat proses penyembuhan. Untuk dapat bekerjasama dalam perawatan anak di rumah sakit, membutuhkan seperangkat pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam merawat anak diare. Untuk itu kami akan berupaya meningkatkan kemampuan ibu dengan memberikan pendidikan kesehatan.

Ibu berhak untuk tidak bersedia ikut dalam penelitian. Jika selama kegiatan penelitian merasa tidak nyaman, ibu diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam penelitian ini.

Demikian permohonan ini saya ajukan, atas kesediaan ibu, saya mengucapkan terima kasih.

Denpasar,2011

Hormat saya,

N.L.K Sulisnadewi

SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian **"Efektifitas Pendidikan Kesehatan Keluarga Alam Meningkatkan Kemampuan Ibu Merawat Anak Diare"**.
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapat jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang terjadi akibat penelitian yang dilakukan.

Dengan pertimbangan di atas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa saya **bersedia / tidak bersedia*** berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.

Denpasar,2011

Yang membuat pernyataan

(.....)



UNIVERSITAS INDONESIA

**PEDOMAN INTERVENSI
PENDIDIKAN KESEHATAN KELUARGA
"PERAWATAN ANAK DIARE"**

OLEH:

N.L.K SULISNADEWI

0906594513

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
MARET, 2011**

**PELAKSANAAN INTERVENSI PENDIDIKAN KESEHATAN
PERAWATAN ANAK DIARE**

A. BENTUK KEGIATAN

Paket pendidikan kesehatan perawatan anak diare adalah satu paket kegiatan pembelajaran tentang perawatan anak diare yang dapat dilakukan ibu saat anak dirawat di rumah sakit karena diare. Paket terdiri atas kegiatan ceramah, tanya jawab, diskusi, dan demonstrasi.

B. TUJUAN

Pendidikan kesehatan perawatan anak diare bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ibu untuk dapat terlibat dalam memberikan perawatan anak diare di rumah sakit .

C. TEMPAT PELAKSANAAN

Pendidikan kesehatan Perawatan anak diare dilaksanakan di RSUP Sanglah Denpasar.

D. WAKTU PELAKSANAAN

Pendidikan kesehatan dilaksanakan selama pelaksanaan penelitian .

E. PELAKSANA

Pendidikan kesehatan dilaksanakan oleh N.L.K Sulisnadewi sebagai peneliti.

F. SASARAN

Pendidikan kesehatan diberikan kepada ibu yang anaknya dirawat dengan diagnose diare.

G. PERSIAPAN

Kegiatan ceramah dan tanya jawab dilakukan dengan mempersiapkan *booklet* sebagai media pembelajaran.

H. PELAKSANAAN INTERVENSI

1. Pendahuluan (3 menit)

Memberikan salam kepada ibu , menanyakan kabar dan kesiapan untuk belajar. Memberikan *booklet* untuk dibaca dan dipelajari.

2. Ceramah (15 menit)

Ceramah dilakukan oleh peneliti dengan materi sesuai dengan isi *booklet*. Selama peneliti berceramah, ibu diberi kesempatan membuka *booklet*, dan menanyakan hal-hal yang kurang jelas.

3. Tanya Jawab (10 menit)

Setelah penyampaian ceramah, peneliti akan memberikan pertanyaan secara lisan tentang materi ceramah, dan langsung dijawab oleh ibu.

4. Demonstrasi (15 menit)

Peneliti mendemonstrasikan keterampilan cara mencuci tangan dan memberikan perawatan kulit disekitar anus.

5. Redemonstrasi (10 menit)

Ibu mendemonstrasikan kembali keterampilan yang telah diajarkan peneliti.

6. Penutup (2 menit)

Peneliti akan melakukan terminasi, kontrak waktu untuk pelaksanaan evaluasi, dengan menjelaskan kepada ibu bahwa ia akan diberikan kuesioner untuk diisi terakait materi yang telah dipelajari.

I. EVALUASI

Evaluasi dilaksanakan dengan memberikan kuesioner pengetahuan, sikap, dan ketrampilan ibu tentang perawatan anak diare pada satu hari setelah intervensi.

PAKET PENDIDIKAN KESEHATAN
KELUARGA
PERAWATAN ANAK DIARE



tabloidnova.com

DISUSUN OLEH :

N.L.K SULISNADEWI, S.Kep,Ns

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2011

DIARE



rscmc.wordpress.com

Diare pada anak adalah bertambahnya jumlah buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali per hari dengan perubahan bentuk tinja menjadi cair



<http://parentinguru.com>

Sedangkan pada bayi, dikatakan mengalami diare apabila jumlah BAB lebih 6 kali per hari yang disertai perubahan bentuk tinja menjadi cair.



dakwah.blogdetik.com

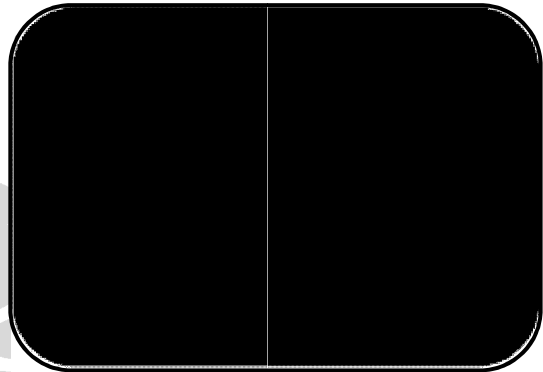
Diare dapat mengakibatkan kekurangan cairan atau dehidrasi bahkan kematian

TANDA-TANDA BAHAYA UMUM DIARE



<http://dokter-herbal.com>

Anak tidak sadar



<http://www.hanyawanita.com>

Anak Kejang



<http://rleni.files.wordpress.com>

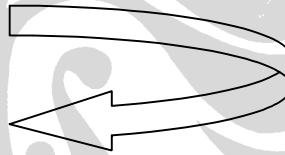
Anak memuntahkan
semuanya



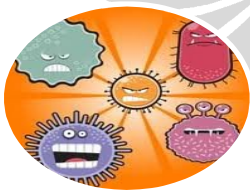
Kenapa bisa diare.....??

Anak lebih berisiko terjangkit diare apabila :

| | | | | |
|-------------------------|------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Anak tidak mendapat ASI | Anak Kurang gizi | Tidak mendapat imunisasi campak | Sanitasi lingkungan buruk | Prilaku tidak sehat |
|-------------------------|------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------|



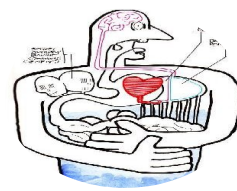
Diare pada anak dapat disebabkan oleh:



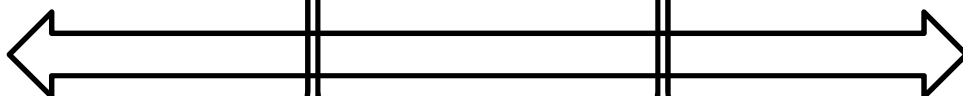
Kuman, seperti virus atau bakteri



Alergi makanan



Gangguan penyerapan ,misalnya gangguan penyerapan laktosa (zat yang terkandung dalam susu)



KENAPA ANAK HARUS DIRAWAT DI RUMAH SAKIT ...?

Anak diare harus mendapat cairan lebih banyak dari biasanya.

Kekurangan cairan dapat terjadi apabila anak tidak minum cukup banyak, disertai dengan muntah, sehingga anak mengalami kesulitan atau takut untuk minum.

Apabila kekurangan cairan cukup berat maka anak harus dirawat di rumah sakit untuk mendapat penanganan yang tepat dan mencegah komplikasi

Kerjasama keluarga selama anak dirawat sangat dibutuhkan agar perawatan anak optimal dan anak cepat sembuh. Apa yang bisa dilakukan keluarga apabila anak dirawat di rumah sakit?

- 1. Membantu memenuhi kebutuhan cairan**
- 2. Memenuhi kebutuhan nutrisi**
- 3. Mencegah iritasi kulit**
- 4. Merawat iritasi kulit**
- 5. Mencegah penyebaran infeksi**



MEMBANTU MEMENUHI KEBUTUHAN CAIRAN

**IBU DAPAT MEMBANTU MENJAGA
KESEIMBANGAN CAIRAN TUBUH
ANAK DENGAN TINDAKAN BERIKUT:**

Membantu memantau masukan dan keluaran cairan

- Hitung berapa kali anak buang air besar, buang air kecil dan muntah dalam sehari.
- Hitung berapa banyak/ gelas anak minum dalam sehari
- Beritahukan kepada perawat, apabila infus tidak menetes lancar atau cairan infus habis (jangan menunggu cairan sampai habis sama sekali)

Memberi anak minum yang cukup

- Berikan cairan yang diinstruksikan dokter, tanyakan berapa harus diberikan.
- Anak juga dapat diberikan minum kuah sayur, sup atau susu dan minuman hangat.
- Hindari memberi minum terlalu manis atau minuman bersoda dan terlalu dingin.

Apa yang harus dilakukan bila anak tidak mau minum....??

- Jangan beri anak minum banyak sekaligus, karena dapat menimbulkan mual
- Beri minum perlahan-lahan.
- Apabila anak muntah, hentikan kira-kira 10 menit, dan lanjutkan dengan lebih perlahan sampai habis

MEMBANTU MEMENUHI KEBUTUHAN NUTRISI/MAKANAN

Pemberian makan harus diteruskan selama diare

- Pemberian makanan akan mempercepat kembalinya fungsi usus dalam menerima dan menyerap zat gizi untuk tumbuh kembang anak

- Berikan makanan sesuai diet dari rumah sakit
- Diet untuk anak diare biasanya makanan lunak dengan prinsip rendah serat dan rendah lemak.
- Makanan untuk balita biasanya berupa bubur saring, bubur dengan lauk sayur cincang atau nasi tim saring

- Hidari makanan goreng-gorengan, berserat tinggi dan jajanan anak yang berbumbu pedas atau merangsang.
- Contoh jenis makanan yang berserat tinggi kubis, kangkung, buncis tua, daun singkong, nangka, durian, kedondong, ketan, jagung.
- Apabila ibu masih ragu dengan makanan yang boleh diberikan, tanyakan kepada dokter, perawat atau petugas gizi.

- Anak diare biasanya sulit diberi makan, oleh karena itu bujuk anak agar mau makan.
- Berikan makanan sedikit tetapi sering pada anak yang mengalami diare akan lebih baik dari pada memberi makan banyak sekaligus

- Apabila anak masih minum ASI, teruskan pemberian, sesering mungkin dan selama anak mau.

MENCEGAH DAN MERAWAT IRITASI KULIT

Anak diare mudah mengalami kemerahan pada kulit di sekitar anus yang disebut dengan iritasi. Apa yang harus dilakukan agar tidak terjadi iritasi?



melissasuryaningtyas.wordpress.com

Mencegah iritasi kulit di sekitar anus

- Mengganti popok , celana atau pakaian yang basah setiap setelah buang air besar atau kecil
- Menjaga kulit di sekitar anus tetap bersih dan kering,
- Memantau adanya tanda- tanda iritasi pada kulit seperti kemerahan setiap selesai membersihkan.
- Melaporkan pada perawat atau dokter apabila terjadi kemerahan atau lecet pada kulit di sekitar anus



<http://www.tabloidnova.com>

Merawat kulit apabila iritasi telah terjadi

- Tetap lakukan tindakan pencegahan di atas
- Bersihkan dan keringkan kulit yang mengalami iritasi
- Kemudian berikan minyak kelapa , vaselin atau salep sesuai anjuran dokter untuk mengobati iritasi pada daerah yang mengalami iritasi.

MENCEGAH PENYEBARAN INFEKSI

Kuman penyebab diare dapat menular melalui

Tangan yang tercemar

Air yang tercemar

Makanan dan minuman yang tercemar

Hindari Penyebaran kuman diare dengan:



Basahi tangan & sabun seluruhnya hingga berbusa

Mencuci tangan dengan sabun pada air yang mengalir



Apabila menggunakan popok sekali pakai, membuang popok bekas pakai pada tempatnya



Segera cuci selimut, pakaian yang terkena tinja

MENCUCI TANGAN YANG BAIK DAN BENAR



Gunakan sabun dan air mengalir

Lakukan dan cara yang baik dan benar

Mencuci tangan selama anak dirawat di rumah sakit dilakukan saat :

Sebelum masuk ruang perawatan

Setelah buang air besar dan setelah membersihkan tinja anak

Sebelum mengambil makanan dan menyuapi anak

Setelah pulang dari rumah sakit, upayakan agar anak tidak diare lagi, apa yang harus dilakukan untuk mencegah diare?



Memberikan ASI secara eksklusif dan menruskan sampai uisa 2 tahun .



Meningkatkan daya tahan tubuh anak, dengan menjaga pemenuhan kebutuhan gizi dan imunisasi



Menyiapkan dan menyimpan maAkanan pendamping ASI dengan benar agar terhindar dari kontaminasi kuman penyebab diare.



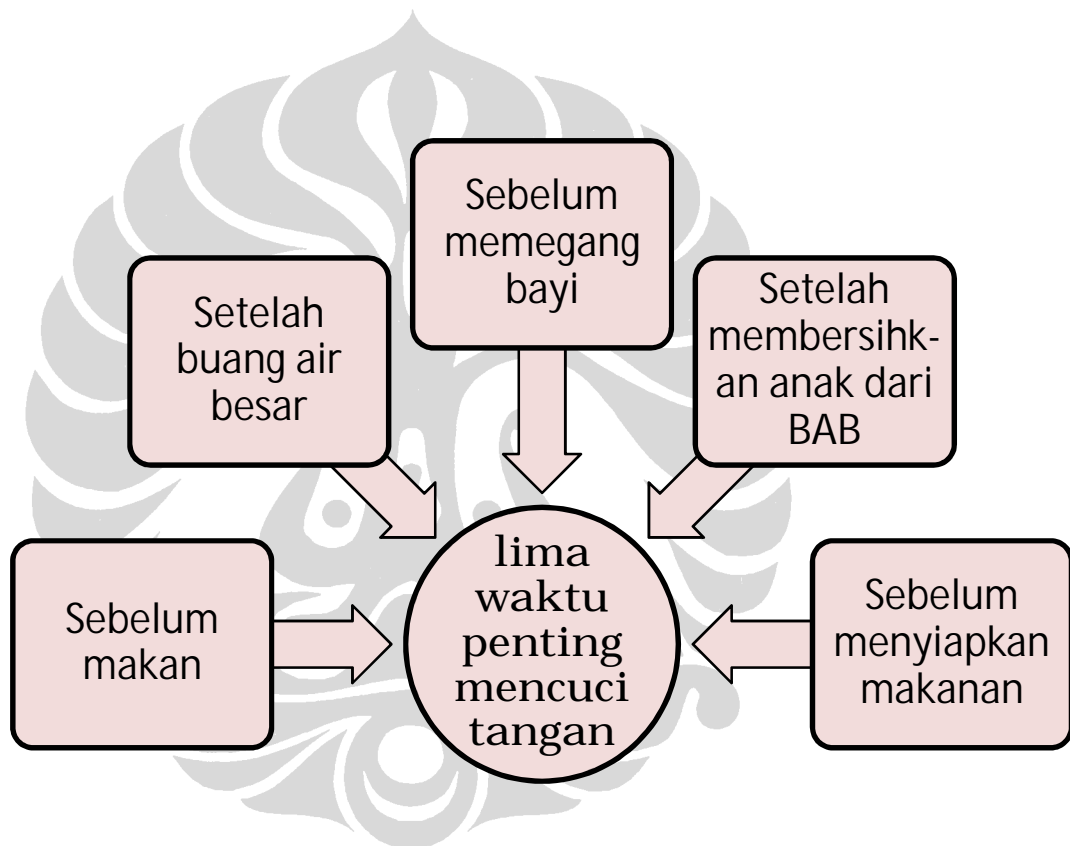
Menggunakan air bersih yang cukup



Menggunakan jamban yang bersih oleh seluruh anggota keluarga

Cara mudah yang juga dapat dilakukan untuk mencegah diare adalah

MENCUCI TANGAN PAKAI SABUN DENGAN BENAR PADA LIMA WAKTU PENTING



PENATALAKSANAAN DIARE DI RUMAH

1. Memberi cairan yang

| | | |
|--|---|---|
| <p>Lebih banyak dari biasanya untuk mencegah dehidrasi</p> | <p>Cairan yang dapat diberikan di rumah yaitu larutan gula garam, air tajin, air sayur.</p> | <p>ASI dan susu formula harus terus diberikan</p> |
|--|---|---|

2. Memberi oralit dengan benar

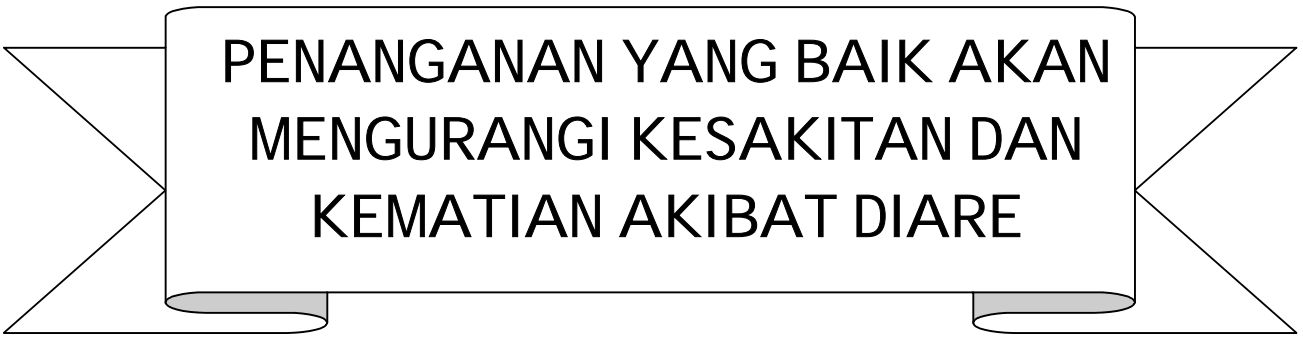
| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Banyaknya oralit yang harus diberikan untuk anak umur < 2 tahun = 50-100 ml (1/2-1/4 gelas) setiap buang air besar.</p> | <p>Anak umur > 2 tahun diberikan oralit 100-200 ml (1/2-1 gelas) setiap kali buang air besar.</p> | <p>Anak yang lebih besar diberikan minum sebanyak mungkin.</p> | <p>Apabila anak muntah, tunggu 10 menit kemudian pemberian oralit diteruskan tetapi lebih lambat yaitu 1 sendok makan setiap 2-3 menit</p> |
|--|--|--|--|

3. Melanjutkan pemberian makan

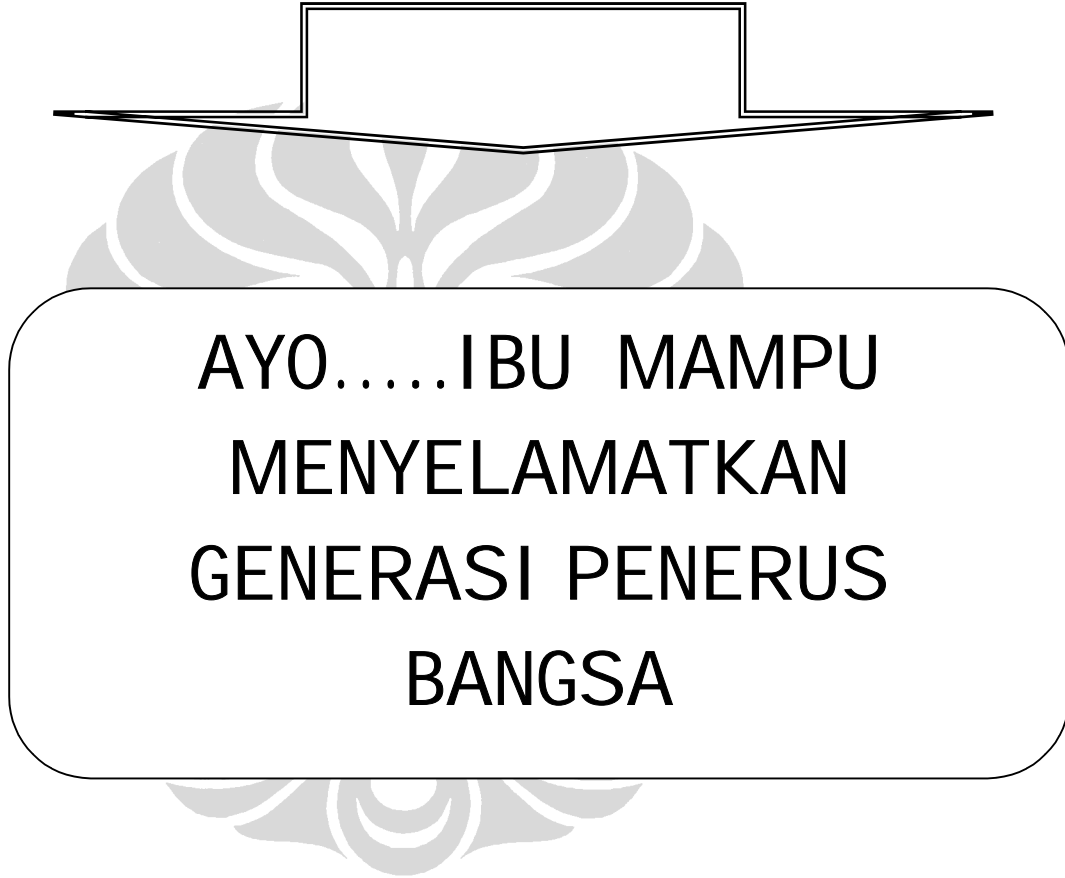
| | | |
|---|--|--|
| Membujuk anak untuk makan dan memberikan makanan yang baru disiapkan. | Memberikan makanan pada anak setiap 3-4 jam (6 kali sehari). | Makanan yang dapat diberikan yaitu bubur dengan ikan atau daging dengan porsi kecil tetapi sering, pisang, sari buah segar |
|---|--|--|

4. Membawa anak ke petugas kesehatan apabila

| | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|---|------------|--|---------------------------|
| Buang air besar bertam bah sering | Bibir tampak kering | Mata menjadi cekung atau ubun-ubun cekung | Anak demam | Tidak mau makan atau minum seperti biasa | Adanya darah dalam tinja. |
|-----------------------------------|---------------------|---|------------|--|---------------------------|



**PENANGANAN YANG BAIK AKAN
MENGURANGI KESAKITAN DAN
KEMATIAN AKIBAT DIARE**



**AYO.....IBU MAMPU
MENYELAMATKAN
GENERASI PENERUS
BANGSA**

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (1999). *Buku ajar diare: pegangan bagi mahasiswa*. Jakarta: Ditjen.PPM & PPL.
- IDAI. (2009). Diare pada anak, bagaimana menanganinya. Diunduh tanggal 22 Januari 2011 dari <http://www.idai.or.id>.
- Makanan anak diare*. Klinik Tumbuh Kembang. Diunduh tanggal 25 Maret 2011 dari tumbuhkembang.info/2008
- Subagyo, B dan Santoso, N.B. (2011). *Diare akut*. Buku Ajar Gastroenterologi-Hepatologi. Cetakan kedua. Jakarta: IDAI.
- Suraatmaja, S. (2007). *Kapita selekta gastroenterologi anak*. Jakarta: Sagung Seto.
- Wahyudi, S. (2009). *Diare dan upaya pencegahannya*. Diunduh tanggal 25 Januari 2011 dari <http://majalahkasih.pantiwilasa.com>
- Wijaya, A.M. (2010). *Penanganan diare pada bayi dan anak balita di tingkat rumah tangga*. Diunduh tanggal 11 Januari 2011 dari <http://www.infodokterku.com>.

KUESIONER KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode Responden (diisi peneliti)

A. Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah baik-baik pertanyaan pada setiap soal.
2. Jawablah setiap pertanyaan sesuai kondisi Ibu dan sesuai dengan yang Ibu ketahui dengan memberikan tanda silang (√) pada kolom yang tersedia.

B. Karakteristik Sosiodemografi

1. Umur ibu : ... tahun
2. Pendidikan terakhir :
 : SD
 : SMP
 : SMA
 : Diploma
 : Sarjana
 : Pasca Sarjana
3. Pernahkan anak ibu diare sebelumnya?
 : Ya
 : Tidak
4. Pernahkan anak ibu dirawat di rumah sakit karena diare sebelumnya?
 : Ya
 : Tidak
5. Jika pernah, kapan dan berapa lama dirawat.....?
6. Apakah ibu pernah mendapat informasi sebelumnya tentang diare?
 : Ya
 : Tidak

**KUESIONER PENGETAHUAN IBU TENTANG DIARE DAN
PERAWATANNYA**

Kode Responden (diisi peneliti)

A. Petunjuk Pengisian:

3. Bacalah baik-baik pertanyaan pada setiap soal.
4. Jawablah setiap pertanyaan sesuai dengan yang Ibu ketahui dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang paling benar.

B. Pertanyaan Pengetahuan Tentang Perawatan Anak Diare:

1. Anak dikatakan mengalami diare apabila.....
 - A. Anak mengalami berak cair.
 - B. Anak berak lebih dari biasanya.
 - C. Buang air besar cair lebih dari 3 kali pada anak dan lebih dari 6 kali pada bayi
2. Diare dapat disebabkan oleh...
 - A. Alergi susu, keracunan makanan.
 - B. Anak tumbuh gigi
 - C. Air susu ibu yang tidak sehat
3. Kuman penyebab diare dapat ditularkan melalui.....
 - A. Muntahan penderita diare
 - B. Tinja penderita diare
 - C. Air seni penderita diare
4. Akibat yang dapat terjadi apabila diare tidak ditangani dengan baik
 - A. Kecacatan
 - B. Kekurangan darah
 - C. Kekurangan cairan bahkan kematian
5. Penyebaran kuman penyebab diare dapat terjadi lewat perantara....

- A. Makanan dan minuman yang tercemar
 - B. Tangan yang dicuci dengan sabun setelah membersihkan tinja anak.
 - C. Menggunakan sumber air yang bersih
6. Dalam memantau keseimbangan cairan, hal-hal yang dapat ibu lakukan selama anak dirawat di rumah sakit...
- A. Menghitung jumlah cairan yang diminum anak
 - B. Mengatur tetesan infus
 - C. Memberi anak minuman yang disukai
7. Apabila anak muntah setelah diberi minum, hal yang harus dilakukan ibu adalah...
- A. Menghentikan pemberian minum karena anak sudah mendapat infuse
 - B. Menghentikan sekitar 10 menit, kemudian mencoba memberi minum lagi dengan pelan-pelan.
 - C. Memaksa anak untuk minum
8. Asupan makanan selama anak diare....
- A. Dihentikan sementara sampai diarenya berhenti.
 - B. Diteruskan seperti sebelum sakit
 - C. Hanya boleh diberikan makanan yang disediakan rumah sakit.
9. Minuman yang boleh diberikan pada anak yang mengalami diare
- A. Teh yang sangat manis
 - B. Minuman bersoda
 - C. Kuah sayur
10. Makanan yang boleh diberikan selama anak diare adalah....
- A. Bubur nasi dengan garam
 - B. Makanan seperti biasanya yang penting tidak merangsang atau terlalu pedas.
 - C. Makanan ringan yang disukai anak

11. Tanda-tanda anak mengalami dehidrasi atau kekurangan cairan yang harus segera dilaporkan kepada perawat adalah.....
- A. Anak selalu menangis dan rewel
 - B. Anak sangat haus, bibir kering dan mata cekung
 - C. Anak tidak mau makan
12. Anak yang mengalami diare sangat mungkin mengalami iritasi kulit di sekitar anus, hal-hal yang dapat ibu lakukan untuk mencegah iritasi kulit:
- A. Mengganti popok sekali pakai (diapers) satu kali sehari
 - B. Membersihkan kulit setiap kali habis buang air besar, mengeringkan dengan kain yang lembut .
 - C. Menggunakan tissue basah yang mengandung alkohol untuk membersihkan kulit di sekitar anus.
13. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah penyebaran infeksi di rumah sakit adalah
- A. Melarang anak bergaul dengan pasien yang lain
 - B. Membuang diapers atau popok bekas pakai pada tempat sampah yang terbuka dan kena sinar matahari
 - C. Mencuci tangan dengan sabun setiap kali selesai membersihkan tinja anak.
14. Hal- hal yang ibu ketahui dapat meningkatkan risiko anak terkena diare.....
- A. Anak yang kurang gizi
 - B. Anak mendapat ASI
 - C. Anak yang mendapat imunisasi campak
15. Ibu dapat mengamati tanda- tanda iritasi kulit setiap...
- A. Sehari sekali
 - B. Dua jam sekali
 - C. Setiap kali sehabis membersihkan tinja anak.

16. Mencuci tangan sebaiknya dilakukan...
- A. Sebelum mengambil makanan dan menyuapi anak
 - B. Pada air yang mengalir tanpa memakai sabun
 - C. Di waskom dengan menggunakan sabun
17. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah diare berulang pada anak adalah....
- A. Melarang anak bermain keluar rumah
 - B. Memberi anak suplemen makanan agar daya tahan tubuhnya kuat
 - C. Menyiapkan dan menyimpan makanan untuk anak dengan benar
18. Tanda- tanda iritasi kulit akibat diare.....
- A. Kulit di sekitar anus tampak kemerahan
 - B. Kulit di sekitar anus lembab
 - C. Kulit di sekitar anus kering dan bersisik
19. Apa yang harus ibu lakukan setelah anak diperbolehkan pulang dari rumah sakit...
- A. Kontrol kembali dan melanjutkan pengobatan di rumah sesuai instruksi.
 - B. Menghentikan pemberian obat apabila anak sudah tidak diare lagi
 - C. Anak tidak perlu dibawa kontrol kembali apabila sudah sembuh.
20. Perawatan anak diare di rumah.....
- A. Memberi obat anti diare
 - B. Tidak meneruskan pemberian makan, karena mungkin makanan yang menyebabkan anak diare
 - C. Segera memberikan cairan rumah tangga seperti air tajin, larutan gula garam.

KUESIONER SIKAP IBU TENTANG DIARE DAN PERAWATANNYA

Kode Responden (diisi peneliti)

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah baik-baik setiap pernyataan.
2. Pilihlah sikap Anda yang paling sesuai dengan memberikan tanda silang (√) pada kolom yang tersedia, dengan ketentuan:
STS : jika Anda sangat tidak setuju terhadap pernyataan
TS : jika Anda tidak setuju terhadap pernyataan
S : jika Anda setuju terhadap pernyataan
SS : jika Anda sangat setuju terhadap dengan pernyataan

| NO | PERNYATAAN | SIKAP | | | |
|----|--|-------|----|---|----|
| | | STS | TS | S | SS |
| 1 | Saya menganggap diare adalah penyakit yang biasa terjadi pada anak- anak, jadi tidak perlu terlalu dikhawatirkan . | | | | |
| 2 | Saya akan memberikan minum pada anak yang diare dengan jumlah yang sama seperti sebelum dia mengalami diare. | | | | |
| 3 | Saya menganggap diare dapat terjadi pada anak karena sedang tumbuh seperti mulai tumbuh gigi atau mulai belajar jalan. | | | | |
| 4 | Saya yakin anak yang diare sangat berisiko mengalami kekurangan cairan | | | | |
| 5 | Saya akan memberikan minuman apa saja yang diminta oleh anak, walupun tidak sesuai dengan anjuran dokter atau perawat | | | | |
| 6 | Saya akan selalu ingat menghitung jumlah cairan yang diminum anak dalam sehari dan melaporkan kepada perawat jaga. | | | | |
| 7 | Saya tidak perlu menghitung berapa kali anak buang air besar atau muntah dalam sehari | | | | |

| NO | PERNYATAAN | SIKAP | | | |
|----|--|-------|----|---|----|
| | | STS | TS | S | SS |
| 8 | Saya akan segera melaporkan kepada perawat apabila infus tidak menetes dengan baik, atau cairan infus habis. | | | | |
| 9 | Saya percaya bahwa makanan pedas yang dimakan saat menyusui dapat menyebabkan diare pada anak | | | | |
| 10 | Saya akan memberikan anak saya makan sedikit-sedikit tapi sering daripada memberikan langsung dalam jumlah banyak tetapi jarang. | | | | |
| 11 | Saya akan meneruskan pemberian makan selama anak diare sebanyak yang dia mau. | | | | |
| 12 | Saya akan menjaga kulit di sekitar anus agar tetap bersih dan kering. | | | | |
| 13 | Saya akan memberikan makanan bubur nasi tanpa lauk pauk dan bumbu selama anak saya diare. | | | | |
| 14 | Saya mulai melakukan perawatan kulit di sekitar anus apabila sudah tampak ada tanda kemerahan | | | | |
| 15 | Saya selalu mencuci tangan dengan sabun setiap selesai membersihkan tinja anak, dan sebelum mengambil dan menyuapi makan | | | | |
| 16 | Saya bisa merawat anak apabila mengalami diare di rumah | | | | |
| 17 | Saya tidak akan mencuci tangan apabila tidak tersedia wastafel di ruang perawatan anak | | | | |
| 18 | Saya akan membawa anak saya kontrol kembali sesuai jadwal , apabila sudah pulang dari rumah sakit | | | | |
| 19 | Saya akan melakukan upaya pencegahan agar anak tidak mengalami diare lagi | | | | |

**LEMBAR OBSERVASI
KETERAMPILAN IBU MERAWAT ANAK DIARE**

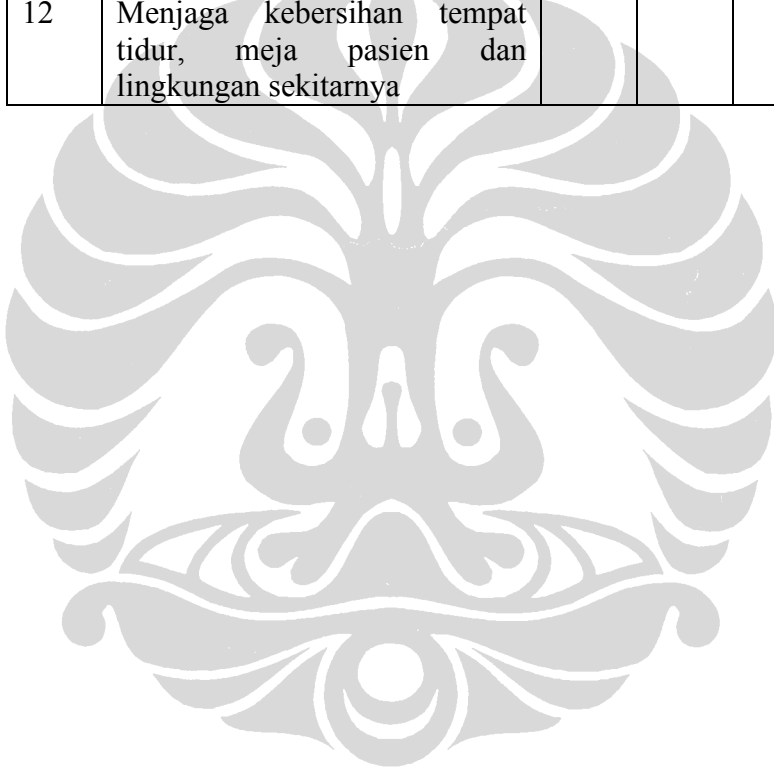
Kode Responden (diisi peneliti)

Petunjuk Pengisian:

5. Bacalah baik-baik setiap pernyataan.
6. Isilah sesuai dengan tindakan yang dilakukan responden dengan ketentuan:
 - a. Memberi tanda (√) pada kolom "ya" apabila ibu melakukan tindakan tersebut.
 - b. Memberi tanda (√) pada kolom "tidak" apabila ibu tidak melakukan tindakan tersebut.
 - c. Memberi tanda (-) pada kolom "ya" dan "tidak", apabila tindakan tersebut tidak dapat diamati.

| NO | INDIKATOR | PENGAMATAN | | | | | |
|----|---|--------------|-----|-------------|-----|--------------|-----|
| | | Hari ke satu | | Hari ke dua | | Hari ke tiga | |
| | | ya | tdk | ya | tdk | ya | tdk |
| 1 | Ikut memantau kelancaran infus dan memberitahu perawat saat infus habis | | | | | | |
| 2 | Menghitung dan mencatat cairan yang diminum anak | | | | | | |
| 3 | Menghitung berapa kali anak buang air besar, kencing atau muntah | | | | | | |
| 4 | Memberi anak makan atau berusaha membujuk anak makan apabila tidak mau | | | | | | |
| 5 | Membersihkan dan mengeringkan kulit di sekitar anus setiap selesai anak buang air besar. | | | | | | |
| 6 | Memeriksa kulit sekitar anus setiap kali selesai membersihkan setelah anak buang air besar atau kencing | | | | | | |
| 7 | Mencuci tangan dengan sabun sebelum masuk ruang perawatan | | | | | | |

| NO | INDIKATOR | PENGAMATAN | | | | | |
|----|--|--------------|-----|-------------|-----|--------------|-----|
| | | Hari ke satu | | Hari ke dua | | Hari ke tiga | |
| | | ya | tdk | ya | tdk | ya | tdk |
| 8 | Mencuci tangan dengan sabun setelah membersihkan tinja anak | | | | | | |
| 9 | Mencuci tangan dengan sabun sebelum mengambil makanan atau menyuapi anak | | | | | | |
| 10 | Membuang diapers atau popok bekas pakai pada tempatnya | | | | | | |
| 11 | Segera merapikan atau mencuci pakaian yang terkena tinja | | | | | | |
| 12 | Menjaga kebersihan tempat tidur, meja pasien dan lingkungan sekitarnya | | | | | | |



JADWAL KEGIATAN PENELITIAN



| KEGIATAN | PEBRUARI | | | | MARET | | | | APRIL | | | | MEI | | | | JUNI | | | | JULI | | | |
|------------------------|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Penyusunan proposal | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ujian Proposal | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perizinan | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengumpulan Data | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Analisis Data | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| Penulisan laporan | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Ujian Hasil Penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | |
| Perbaikan Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | |
| Sidang Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| Perbaikan Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| Jilid Hard Cover | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |
| Pengumpulan Laporan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

Kisi Kisi Kuisisioner

1.1. Kuisisioner Pengetahuan

| NO | MATERI | NO PERTANYAAN |
|----|---|----------------|
| 1 | Pengertian diare | 1 |
| 2 | Penyebab diare | 2 |
| 3 | Penyebaran kuman diare | 3,5 |
| 4 | Akibat bila diare tidak ditangani dengan baik | 4 |
| 5 | Perawatan anak diare di rumah sakit: | |
| | a. Memenuhi kebutuhan cairan | 6, 7, 9,11 |
| | b. Memenuhi kebutuhan nutrisi | 8, 10 |
| | c. Mencegah dan merawat iritasi kulit | 12,15,18 |
| | d. Mencegah penyebaran infeksi | 13,16 |
| | e. Rencana pemulangan | 14, 17, 19, 20 |

1.2. Kuisisioner sikap

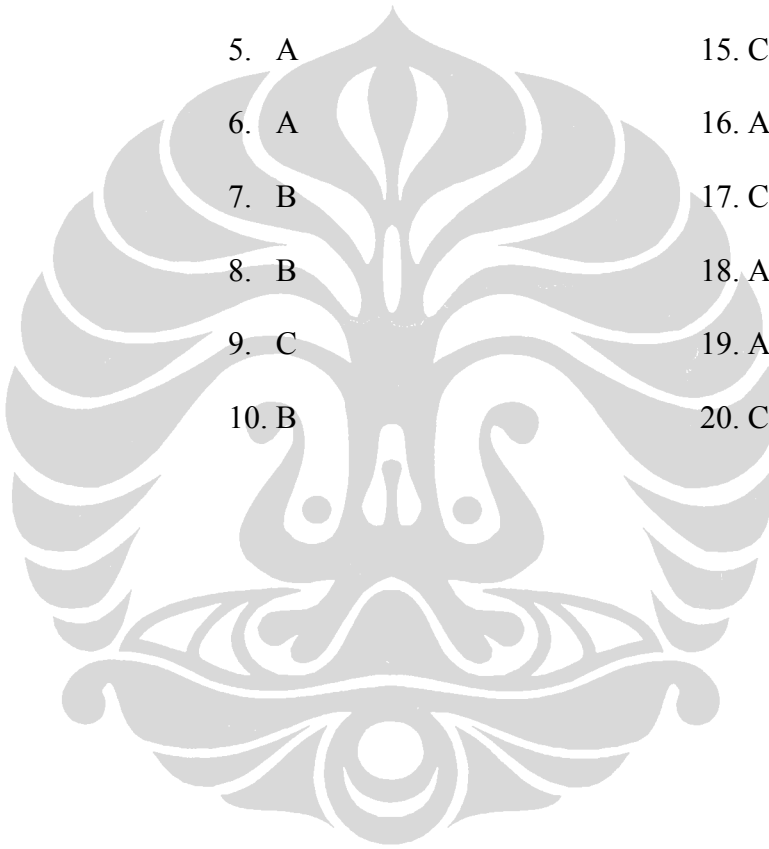
| NO | MATERI | NO PERTANYAAN | |
|----|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| | | Pernyataan positif | Pernyataan negatif |
| 1 | Pendapat dan keyakinan tentang diare | | 1,3 |
| 2 | Dampak diare pada anak | 4 | |
| 3 | Memenuhi kebutuhan cairan | 6, 8 | 2, 5, 7 |
| 4 | Memenuhi kebutuhan nutrisi | 10,11 | 9, 13 |
| 5 | Mencegah dan merawat iritasi kulit | 12 | 14 |
| 6 | Mencegah penyebaran infeksi | 15 | 17 |
| 7 | Rencana pemulangan | 16, 18, 19 | |

1.3. Lembar observasi ketrampilan

| NO | MATERI | NO PERTANYAAN |
|----|------------------------------------|----------------|
| 1 | Memenuhi kebutuhan cairan | 1,2,3 |
| 2 | Memenuhi kebutuhan nutrisi | 4 |
| 3 | Mencegah dan merawat iritasi kulit | 5,6 |
| 4 | Mencegah penyebaran infeksi | 7,8,9,10,11,12 |

**KUNCI JAWABAN KUISIONER PENGETAHUAN IBU
TENTANG PERAWATAN DIARE**

- | | |
|-------|-------|
| 1. C | 11. B |
| 2. A | 12. B |
| 3. B | 13. C |
| 4. C | 14. A |
| 5. A | 15. C |
| 6. A | 16. A |
| 7. B | 17. C |
| 8. B | 18. A |
| 9. C | 19. A |
| 10. B | 20. C |



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
Tempat/Tanggal Lahir : Mengwitani, 22 Juni 1974
Agama : Hindu
Alamat Rumah : Jl. Pulau Belitung Perumahan Babakan Sari
Utama No 26 Denpasar
Institusi : Politeknik Kesehatan Denpasar Jurusan
Keperawatan
Alamat Institusi : Jl. Pulau Moyo No 33 A Denpasar

1. Riwayat Pendidikan

| NO | Pendidikan | Jurusan | Tahun Lulus |
|----|------------------------------|------------------|-------------|
| 1 | SDN No 2 Mengwitani | -- | 1987 |
| 2 | SMPN I Mengwi | -- | 1990 |
| 3 | SMAN Mengwi | Biologi | 1993 |
| 4 | PAM Keperawatan Denpasar | -- | 1996 |
| 5 | Universitas Brawijaya Malang | Ilmu Keperawatan | 2003 |

2. Riwayat Pekerjaan

| NO | Pekerjaan | Tahun |
|----|--|----------------|
| 1 | Perawat RSU Surya Husadha | 1996-1997 |
| 2 | Perawat RSUP Sanglah | 1997-1998 |
| 3 | Staf Dosen Politeknik Kesehatan Denpasar | 1998- sekarang |