

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN IBU-IBU DI
KECAMATAN PATRANG DALAM PENANGANAN DIARE PADA BALITA**

SKRIPSI

Oleh

Felicia Marsella Setiabudi

NIM 102210101096

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS JEMBER**

2015



**PENGARUH EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN IBU-IBU DI
KECAMATAN PATRANG DALAM PENANGANAN DIARE PADA BALITA**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Farmasi (SI)
dan mencapai gelar Sarjana Farmasi

Oleh

Felicia Marsella Setiabudi

NIM 102210101096

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS JEMBER**

2015

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Tuhan Yesus yang selalu memberikan petunjuk, rahmat, kasih-Nya dan semua yang terbaik untukku.
2. Papaku Anton Setia Budi dan mamaku Christine Widjayanti tercinta, terimakasih atas segala doa, motivasi, semangat dan pengorbanan yang selalu beliau berikan demi kebaikan dan kesuksesanku.
3. Bapak dan ibu guru SDK Maria Fatima III, SMPK Maria Fatima, SMAK Santo Paulus Jember dan para pengajar Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran.
4. Almamater tercinta, Fakultas Farmasi Universitas Jember, semoga skripsi ini dapat menambah manfaat.

MOTTO

Hiduplah seakan-akan kamu akan mati esok hari dan belajarlah seakan-akan kamu akan hidup selamanya.

(Mahatma Gandhi)

Belajar dari masa lalu, hidup untuk masa kini, dan berharap untuk masa yang akan datang.

(Albert Einstein)

Jika kita menunggu hingga setiap kemungkinan hambatan disingkirkan sebelum kita melakukan pekerjaan bagi Tuhan, maka kita tidak akan pernah melakukan apapun.

(T J Bach)

Sukses adalah menghasilkan buah sebanyak mungkin sesuai dengan karunia, kesempatan, dan potensi anda.

(Warren)

Segala sesuatu akan menjadi yang terbaik apabila mereka mengambil yang terbaik dari segala sesuatu yang terjadi.

(Ziglar)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Felicia Marsella Setiabudi

NIM : 102210101096

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “*Pengaruh Edukasi terhadap Pengetahuan Ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam Penanganan Diare pada Balita*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 10 Juli 2015

Yang menyatakan,

Felicia Marsella Setiabudi

NIM 102210101096

SKRIPSI

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN IBU-IBU DI
KECAMATAN PATRANG DALAM PENANGANAN DIARE PADA BALITA**

Oleh

Felicia Marsella Setiabudi

NIM 102210101096

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt

Dosen Pembimbing Anggota : Drs. Prihwanto Budi S, Apt., Sp. FRS.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pengaruh Edukasi terhadap Pengetahuan Ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam Penanganan Diare pada Balita” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Farmasi Universitas Jember pada:

Hari : Jumat

Tanggal : 10 Juli 2015

Tempat : Fakultas Farmasi Universitas Jember

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt

NIP. 198403082008012003

Drs. Prihwanto Budi S, Apt., Sp.FRS.

NIP.196409271992031006

Dosen Penguji I,

Dosen Penguji II,

Afifah Machlaurin, S.Farm., M.Sc., Apt.

NIP. 198501262008012003

Dian Agung P, S.Farm., M.Farm., Apt.

NIP. 198410082008121004

Mengesahkan

Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember

Lestyo Wulandari, S.Si., M.Farm., Apt

NIP. 197604142002122001

RINGKASAN

Pengaruh Edukasi terhadap Pengetahuan Ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam Penanganan Diare pada Balita; Felicia Marsella Setiabudi, 102210101096; 2015; 98 halaman; Fakultas Farmasi Universitas Jember.

Diare merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan buang air besar lebih dari 3 kali dengan konsistensi tinja lebih lunak atau cair dari biasanya. Diare merupakan salah satu penyakit yang sangat rentan terjadi pada balita dan banyak kasus kematian yang terjadi dikarenakan diare pada balita. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada sekitar dua milyar kasus diare balita di seluruh dunia setiap tahun dan 1,9 juta balita meninggal setiap tahun. Angka tersebut merupakan angka kematian terbesar nomor satu pada balita, dan 78% terjadi di wilayah Afrika dan Asia Tenggara. Karena tingginya angka kematian balita yang disebabkan diare, maka perlu adanya penanganan diare balita secara tepat.

Orang tua maupun para pengasuh perlu tahu penanganan diare secara tepat agar dapat mengurangi angka kematian balita dikarenakan diare. Oleh karena rendahnya pengetahuan orang tua, maka perlu dilakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dalam penanganan diare secara tepat. Penderita diare balita di Kabupaten Jember masih cukup tinggi, yaitu sekitar 20.867 kasus yang tercatat di puskesmas. Di Kecamatan Patrang, kasus kejadian diare masih tinggi dibandingkan kecamatan lain di tengah Kota Jember, yaitu tercatat 817 kasus di puskesmas Patrang selama bulan Januari - Oktober 2014.

Penelitian yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan ibu-ibu di Kecamatan Patrang, dilakukan pengambilan data *pre-test* dengan kuesioner berisi 20 pertanyaan pengetahuan mengenai diare. Setelah mengisi kuesioner pertama, peneliti memberikan edukasi cara penanganan diare secara tepat kepada responden dengan bantuan *leaflet*. Untuk mengetahui ada atau tidaknya

peningkatan pengetahuan responden, dilakukan pengambilan data *post-test* dengan kuesioner yang sama.

Data *pre-test* maupun *post-test* yang sudah didapatkan selanjutnya diuji untuk mengetahui apakah ada perbedaan pengetahuan responden sebelum dan sesudah edukasi dengan menggunakan analisis *Wilcoxon Signed Rank Test*. Hasil penelitian menunjukkan $p < 0,000 < \alpha < 0,05$ dan dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi. Berdasarkan hasil pengolahan data, penelitian dilanjutkan dengan melihat faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi peningkatan pengetahuan responden dengan dilakukan uji bivariat.

Uji bivariat menggunakan uji *Chi Square* dan uji mutlak *Fisher* dilakukan untuk melihat apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan responden dengan latar belakang sosiodemografi responden. Variabel sosiodemografi yang diuji meliputi usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan responden. Hasil yang diperoleh setelah uji bivariat, variabel yang memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan responden hanya satu variabel yaitu tingkat pendidikan responden dengan nilai p sebesar 0,002. Variabel yang tidak memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan responden adalah variabel usia dengan nilai p sebesar 0,595 dan variabel pekerjaan dengan nilai p sebesar 0,247.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis yang berbentuk skripsi berjudul Pengaruh Edukasi terhadap Pengetahuan Ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam Penanganan Diare pada Balita. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Farmasi, Universitas Jember.

Dalam penulisan skripsi ini, tentunya banyak pihak yang telah memberikan bantuan baik moril maupun materil. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Lestyo Wulandari S.Si., Apt., M.Farm selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember beserta staf dan karyawan;
2. Ibu Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt selaku dosen pembimbing utama dan Bapak Drs. Prihwanto Budi S, Apt., Sp.FRS selaku dosen pembimbing anggota. Terima kasih atas kesabarannya dalam membimbing, memberikan masukan dan petunjuk kepada penulis selama penyusunan skripsi ini;
3. Ibu Afifah Machlaurin, S.Farm., M.Sc., Apt Selaku dosen penguji I dan Bapak Dian Agung P, S.Farm., M.Farm., Apt selaku dosen penguji II. Terima kasih atas saran dan kritik yang telah diberikan;
4. Ibu Fifteen Aprila Fajrin, S.Farm., M.Farm., Apt selaku dosen pembimbing akademik. Terima kasih atas segala perhatian, masukan, dan saran selama penulis menempuh studi;
5. Seluruh dosen Fakultas Farmasi Universitas Jember yang telah memberikan ilmu, bimbingan, saran dan kritik kepada penulis;
6. Orang tua tersayangku, Papa Anton Setia Budi, Mama Christine Widjayantie, Papa Hendri Soeryono, dan Mama Lindrawati yang senantiasa menyayangi, mendukung, memotivasi, dan memberiku kepercayaan. Terima kasih atas segala doa, pengorbanan, dan bantuan moril maupun materil yang

selama ini sudah tercurahkan pada penulis, semoga Allah selalu melindungi, menyayangi, dan memberikan yang terbaik untuk papa dan mama;

7. Keluarga besarku bobo, emak, engkong, ayi, ijong, cece, koko, dan adikku tercinta. Terima kasih atas doa, dukungan, dan bantuan yang telah diberikan.
8. Ericko Hendri Wijaya yang telah memberikan dukungan, semangat, penghiburan, kesetiaan, dan kasih sayang kepada penulis. Semoga Tuhan selalu menyatukan kita selamanya;
9. Sahabat-sahabatku Lia, Anita, Derryl, Angel, Peni, Syahil, Laras, Catherine, Adinda, Susan, Yohanna, Maory, Arin, yang selalu mendengarkan keluh kesahku dan memberiku bantuan dalam penyelesaian skripsi ini. Terima kasih atas kebersamaan yang selama ini kita rasakan dan kenangan yang tak mungkin terlupakan. Semoga kita bisa selamanya menjadi sahabat yang baik;
10. Teman-teman Farmakepo yang terkasih, beserta staff fakultas farmasi (mas mul, mas oni, mas syaifuz dan lain-lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu). Terima kasih kalian selalu memberikan rasa kebahagiaan, persaudaraan, suka, duka, mengajarku dalam menyelesaikan studi dan semua kenangan yang tidak mungkin terlupakan
11. Guru-guru terhormat mulai TK, SD, SMP, SMA hingga Perguruan Tinggi, serta seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Hanya ucapan terima kasih yang dapat penulis sampaikan atas semua bantuan yang telah diberikan kepada penulis. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, maka saran dan kritik dari semua pihak penulis terima dengan senang hati demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Jember, 10 Juli 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Diare	6
2.1.1 Definisi Diare	6
2.1.2 Manifestasi Klinis.....	7
2.1.3 Faktor Penyebab Diare	8
2.1.4 Patogenesis Diare	9
2.1.5 Epidemiologi	10
2.1.6 Gambaran Klinik	10
2.2 Prinsip Tatalaksana Penderita Diare Balita	11

2.2.1	Penggolongan Obat Diare	12
2.2.2	Prosedur Tatalaksana Penderita Diare Balita.....	14
2.3	Pengetahuan dan Edukasi	19
2.3.1	Definisi Pengetahuan dan Edukasi	19
2.3.2	Tingkatan Pengetahuan.....	20
2.3.3	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	22
2.4	Kuesioner	22
2.4.1	Prinsip Dasar Perancangan Kuesioner	23
2.4.2	Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	24
2.5	Leaflet	24
2.6	Kerangka Konsep	25
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN		27
3.1	Desain Penelitian	27
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	27
3.2.1	Tempat Penelitian	27
3.2.2	Waktu Penelitian	27
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	27
3.4	Besar Sampel	28
3.5	Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Skala, dan Skor	30
3.5.1	Definisi Operasional	30
3.5.2	Cara Pengukuran	31
3.5.3	Skala	32
3.5.4	Skor.....	32
3.5.5	Metode Penilaian Kuesioner	32
3.6	Alur Penelitian	37
3.7	Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	41
3.8	Teknik Analisis Data	44
3.8.1	Analisis Univariat.....	44

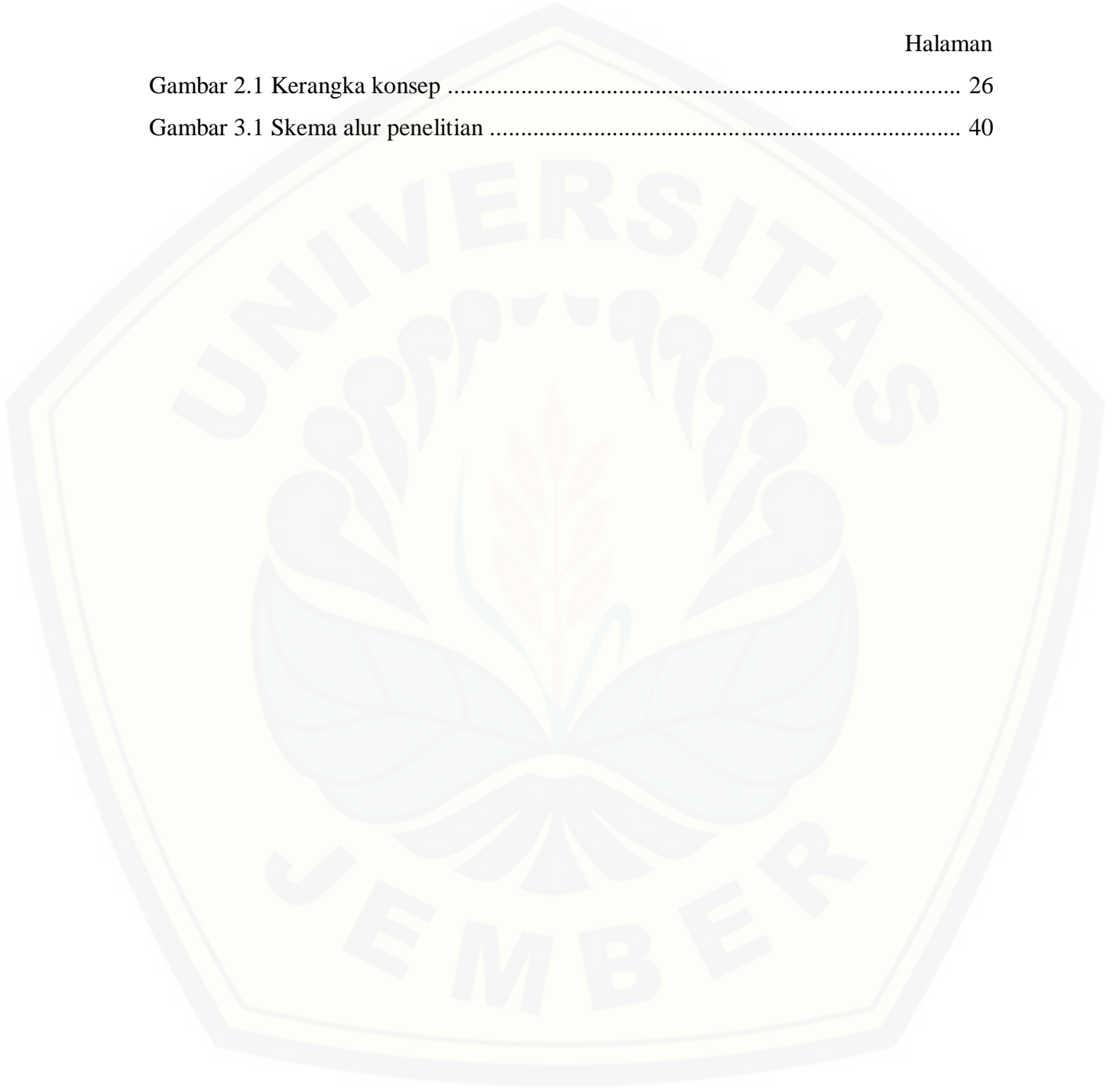
3.8.2 Analisis Bivariat	44
3.8.3 Analisis Multivariat	46
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	47
4.1 Analisis Deskriptif	47
4.1.1 Karakteristik Responden.....	47
4.1.2 Pengetahuan Responden dalam Menangani Diare	47
4.2 Pengaruh Pemberian <i>Leaflet</i> Terhadap Pengetahuan Responden .	52
4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Responden	54
4.3.1 Hubungan Antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan.....	55
4.3.2 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan	56
4.3.3 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan.....	58
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	60
5.1 Kesimpulan	60
5.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA.....	62
LAMPIRAN	68

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Penggolongan derajat dehidrasi.....	14
Tabel 2.2 Ukuran pemberian oralit pada balita.....	16
Tabel 2.3 Pemberian cairan intravena pada balita.....	17
Tabel 3.1 Jawaban kuesioner penelitian.....	38
Tabel 3.2 Nilai kritis uji <i>Spearman's Rho</i>	42
Tabel 3.3 Rekapitulasi hasil uji validasi kuesioner.....	43
Tabel 4.1 Karakteristik responden.....	48
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan penanganan diare.....	48
Tabel 4.3 Distribusi penggunaan obat diare pada balita.....	49
Tabel 4.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan.....	53
Tabel 4.5 Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan usia responden.....	56
Tabel 4.6 Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan tingkat pendidikan responden.....	58
Tabel 4.7 Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan pekerjaan responden.....	58

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka konsep	26
Gambar 3.1 Skema alur penelitian	40



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Kuesioner Penelitian.....	68
B. <i>Leaflet</i> Diare.....	71
B.1 <i>Leaflet</i> Diare Tampak Depan.....	71
B.2 <i>Leaflet</i> Diare Tampak Belakang.....	72
C. Uji Validasi Kuesioner.....	73
C.1 Hasil Uji Pertanyaan Nomor 1-10.....	73
C.2 Hasil Uji Pertanyaan Nomor 11-20.....	76
D. Uji Reliabilitas Kuesioner.....	79
E. Surat Ijin Penelitian	81
E.1 Surat Ijin Penelitian Ditujukan Untuk Dinas Kesehatan dan Kecamatan Patrang	81
E.2 Surat Ijin Pengambilan Data Untuk Puskesmas Kecamatan Patrang.....	82
E.3 Surat Ijin Penelitian Untuk Tiap Kelurahan di Kecamatan Patrang.....	83
F. Uji Normalitas Data <i>Pre-test</i> dan <i>Post-test</i>	84
G. Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	85
H. Uji Hubungan Antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan	86
H.1 Hasil Uji Hubungan Antara Usia Responden dengan Tingkat Pengetahuan <i>Pre-test</i>	86
H.2 Hasil Uji Hubungan Antara Usia Responden dengan Tingkat Pengetahuan <i>Post-test</i>	88

I. Uji Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan	90
I.1 Hasil Uji Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Responden dengan Tingkat Pengetahuan <i>Pre-test</i>	90
I.2 Hasil Uji Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Responden dengan Tingkat Pengetahuan <i>Post-test</i>	92
J. Uji Hubungan Antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan	94
J.1 Hasil Uji Hubungan Antara Pekerjaan Responden dengan Tingkat Pengetahuan <i>Pre-test</i>	94
J.2 Hasil Uji Hubungan Antara Pekerjaan Responden Dengan Tingkat Pengetahuan <i>Post-test</i>	96
K. Dokumentasi Penelitian	98

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi manusia agar dapat melangsungkan hidup dengan baik. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat (UU RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan). Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.

Upaya pengobatan yang sering dilakukan oleh masyarakat adalah pengobatan sendiri yang dikenal dengan istilah swamedikasi. Pengobatan sendiri didefinisikan upaya yang dilakukan oleh orang awam untuk mengatasi penyakit atau gejalanya yang dialami sendiri atau oleh orang disekitarnya, dengan pengetahuan atau persepsinya sendiri, tanpa bantuan atau suruhan seseorang yang ahli dalam bidang medik atau obat (Sukasediati, 1996). Tujuan pengobatan sendiri adalah untuk peningkatan kesehatan, pengobatan sakit ringan, dan pengobatan rutin penyakit kronis setelah perawatan dokter (Supardi dan Notosiswoyo, 2005).

Alasan masyarakat untuk melakukan pengobatan sendiri diantaranya karena penyakit ringan, mempunyai pengalaman mengobati penyakit yang sama sebelumnya, pertimbangan ekonomi, dan kurangnya ketersediaan personil kesehatan. Untuk menjamin keselamatan pasien dalam melakukan pengobatan sendiri, pengguna harus mengetahui bahwa obat yang digunakan adalah benar-benar obat yang ditujukan untuk penyakit yang dialami, pengguna harus tahu bagaimana cara menggunakan obat-obatan, mengetahui efek dan kemungkinan efek samping obat, adanya kemungkinan interaksi dengan obat lain yang digunakan oleh pengguna,

durasi perjalanan obat yang digunakan, dan ketika pengguna harus berkonsultasi kepada tenaga kesehatan profesional atau disebut dokter (Verma *et al.*, 2010).

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (>3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan/tanpa darah dan/atau lendir (Swasanti dan Winkanda, 2013). Diare sangat rentan terjadi pada balita karena daya tahan tubuh balita masih rendah sehingga sangat mudah terinfeksi virus (Harun, 2013).

Menurut Dalsgard, penyakit diare merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di seluruh dunia, dengan lebih dari dua juta kematian terjadi setiap tahun, kebanyakan anak-anak di bawah usia 5 tahun di negara berkembang. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, insiden diare untuk semua kelompok umur di Indonesia adalah sebesar 3,5%, lebih kecil dibandingkan hasil riset tahun 2007 sebesar 9%. Berdasarkan data penyebab kematian dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, didapatkan bahwa penyebab kematian balita balita (usia 12-59 bulan), terbanyak adalah diare (25,2%) dan pnemonia (15,5%). Prevalensi diare tertinggi adalah pada balita umur 12-23 bulan, diikuti umur 6-11 bulan dan umur 23-45 bulan. Dengan demikian seperti yang diprediksi, diare banyak diderita oleh kelompok umur 6-45 bulan karena balita mulai aktif bermain dan berisiko terkena infeksi (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan UNICEF, ada sekitar dua miliar kasus penyakit diare di seluruh dunia setiap tahun dan 1,9 juta anak-anak dibawah 5 tahun meninggal karena diare setiap tahun, sebagian besar dalam negara berkembang. Jumlah ini merupakan 18% dari semua kematian balita di bawah usia lima tahun dan berarti bahwa lebih dari 5000 balita yang meninggal setiap hari akibat penyakit diare. Dari semua kematian balita akibat diare, 78% terjadi di Afrika dan wilayah Asia Tenggara (WHO, 2010).

Kasus diare ringan pada orang dewasa dan anak-anak dapat diobati dengan pengobatan sendiri. Orang tua/pengasuh anak-anak harus dididik untuk mengenali tanda-tanda dehidrasi dan kapan harus membawa balita-balita ke fasilitas kesehatan

untuk perawatan. Prinsip pengobatan diare sendiri, diantaranya adalah menjaga asupan cairan yang cukup, menghindari terjadinya dehidrasi pada balita, dan pemberian obat seperlunya (Swasanti dan Winkanda, 2013).

Diare perlu penanganan khusus dan harus dibawa ke ahli kesehatan atau dokter jika memiliki indikasi sebagai berikut, yaitu diantaranya terdapat tanda-tanda dehidrasi; kondisi medis yang kronis, atau penyakit bersamaan; usia muda (< 6 bulan atau berat badan < 8 kg); demam $\geq 38^{\circ}$ C untuk bayi < 3 bulan atau $\geq 39^{\circ}$ C untuk balita usia 3-36 bulan; terlihat darah dalam tinja, frekuensi dan volume diare yang tinggi; muntah, dehidrasi berat, serta demam; tidak ada perbaikan dalam waktu 48 jam, gejala dan kondisi secara keseluruhan semakin memburuk, dan tidak ada urin dalam 12 jam sebelumnya (World Gastroenterology Organization, 2012).

Di Indonesia, prevalensi kejadian diare masih tinggi dan menyebabkan angka kematian balita yang disebabkan oleh diare sangat tinggi. Masih banyak orang tua yang menganggap diare adalah penyakit ringan dan dapat diobati dengan mudah (Rusdi dkk, 2012). Oleh karena rendahnya pengetahuan orang tua dalam penanganan diare pada balita, maka perlu dilakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan orang tua dalam penanganan diare secara tepat.

Berdasarkan pemaparan masalah diatas, maka penelitian ini ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan ibu-ibu di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, dengan melakukan edukasi tentang penanganan diare pada balita. Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember karena penderita diare pada balita usia 1-5 tahun di Jember masih sangat tinggi. Dari data kasus diare Dinas Kesehatan Kota Jember tahun 2014, penderita diare balita di Kabupaten Jember yang tercatat di puskesmas sebesar 20867 pasien. Penderita diare balita di Kecamatan Patrang tercatat di Puskesmas Patrang sebesar 817 kasus terhitung dari bulan Januari sampai Oktober 2014. Jumlah tersebut lebih tinggi dibandingkan Kecamatan Sumbersari.

Kecamatan Patrang juga memiliki banyak fasilitas kesehatan, diantaranya puskesmas, klinik dokter, bahkan Rumah Sakit Umum Daerah. Tingkat pendidikan di Kecamatan Patrang juga paling rendah dibandingkan dengan dua kecamatan lain di

tengah Kota Jember yaitu Kecamatan Kaliwates dan Sumpalsari (BPS, 2013). Oleh karena itu, penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Patrang untuk mengukur tingkat pengetahuan ibu-ibu dalam menangani diare pada balita.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana tindakan awal yang dilakukan oleh ibu-ibu di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember jika keluarganya mengalami sakit diare?
2. Apa saja obat antidiare yang biasanya digunakan dalam pengobatan diare balita?
3. Apakah ada perbedaan tingkat pengetahuan ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam penanganan diare pada balita sebelum dan sesudah diberikan edukasi?
4. Faktor-faktor apa saja yang berpengaruh pada tingkat pengetahuan mengenai penanganan diare pada balita?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam penanganan diare pada balita adalah:

1. Mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan ibu-ibu di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember jika keluarganya mengalami diare.
2. Mengetahui obat antidiare apa saja yang biasa digunakan dalam pengobatan diare balita.
3. Mengetahui tingkat pengetahuan ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam penanganan diare pada balita sebelum dan sesudah diberikan edukasi.
4. Mengetahui faktor-faktor apa saja yang berpengaruh pada tingkat pengetahuan mengenai penanganan diare pada balita.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian mengenai edukasi penanganan diare pada balita diharapkan dapat memberikan manfaat, diantaranya:

1. Hasil penelitian ini dapat menjadi sarana informasi bagi apoteker untuk meningkatkan konseling kepada pengunjung apotik khususnya dalam pembelian obat antidiare pada balita.
2. Hasil dari penelitian ini dapat meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menangani diare pada balita, sehingga dapat memperkecil tingkat kematian balita yang disebabkan oleh diare.
3. Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan akan penggunaan obat antidiare pada balita dengan tepat.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diare

2.1.1 Definisi Diare

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 g atau 200 ml/24 jam. Definisi lain memakai kriteria frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali per hari. Buang air besar encer tersebut dapat/tanpa disertai lendir dan darah (Zein dkk, 2004).

Diare berdasarkan jenisnya dapat dibedakan menjadi:

- a. Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari (umumnya kurang dari 7 hari). Gejala dan tanda sudah berlangsung <2 minggu sebelum datang berobat. Akibat diare akut adalah dehidrasi, sedangkan dehidrasi merupakan penyebab utama kematian bagi penderita diare.
- b. Diare kronik, yaitu diare yang gejala dan tanda sudah berlangsung >2 minggu sebelum datang berobat atau sifatnya berulang.
- c. Disentri, yaitu diare yang disertai darah dalam tinjanya. Akibat dari disentri adalah anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, kemungkinan terjadi komplikasi pada mukosa.

Faktor risiko terjadinya penyakit diare antara lain rendahnya pola hidup sehat masyarakat khususnya dalam penyediaan sarana sanitasi yang baik untuk menunjang kesehatan lingkungan. Penyakit ini terjadi karena 980 juta balita tidak memiliki toilet di rumahnya. Mereka menjadi bagian dari 2,6 milyar orang di seluruh dunia yang tidak punya WC di rumah. Di Indonesia, hampir 69 juta orang tidak memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi dasar dan 55 juta orang tidak memiliki akses terhadap sumber air yang aman (Hannif dkk, 2011).

Kehilangan cairan dan garam dalam tubuh yang lebih besar dari normal menyebabkan dehidrasi. Dehidrasi timbul bila pengeluaran cairan dan garam lebih besar dari pada masukan. Lebih banyak tinja cair dikeluarkan, lebih banyak cairan

dan garam yang hilang. Dehidrasi dapat diperburuk oleh muntah, yang sering menyertai diare. Penyakit diare sering menyerang bayi dan balita. Bila tidak diatasi lebih lanjut, diare akan menyebabkan dehidrasi yang mengakibatkan kematian. Oleh karena itu, diare pada balita memerlukan perlakuan khusus. Berdasarkan penilaian dehidrasi pada balita, diare dapat dibagi menjadi 3 kategori, yaitu:

- a. Diare tanpa dehidrasi
Memiliki keadaan umum baik, sadar, mata tidak cekung, minum biasa (tidak haus), dan cubitan kulit perut/turgor kembali segera.
- b. Diare dehidrasi ringan/sedang
Memiliki keadaan umum gelisah dan rewel, mata cekung, ingin minum terus (ada rasa haus), dan cubitan kulit perut/turgor kembali lambat.
- c. Diare dehidrasi berat
Memiliki keadaan lesu, lunglai/tidak sadar, mata cekung, malas minum, cubitan kulit perut/turgor kembali sangat lambat (≥ 2 detik). Kategori ini sebaiknya langsung dibawa ke Rumah Sakit atau layanan kesehatan terdekat.
(Kemenkes RI, 2011)

2.1.2 Manifestasi Klinis

1. Perut mulas dan gelisah, suhu tubuh mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada sama sekali.
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah.
3. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu.
4. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare.
5. Dapat terjadi gejala muntah sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan karena lambung turut meradang atau akibat adanya gangguan asam basa dan elektrolit.

6. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas (elastisitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa kering dan disertai penurunan berat badan.
 7. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat, tekanan darah turun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, kesadaran menurun.
 8. Diuresis berkurang (oliguria sampai anuria).
 9. Bila terjadi asidosis metabolik, penderita akan tampak pucat serta pernafasan cepat dan dalam.
- (Ngastiyah, 2005)

2.1.3 Faktor Penyebab Diare

Faktor-faktor penyebab diare dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Infeksi :
 1. Infeksi enteral dapat disebabkan adanya infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada balita.
 - a. Bakteri
(*Shigella*, *Salmonella*, *E.Coli*, *Golongan vibrio*, *Bacillus Cereus*, *Clostridium perfringens*, *Staphilococ Usaurfus*, *Camfylobacter*, *Aeromonas*)
 - b.Virus (*Rotavirus*, *Adenovirus*)
 - c. Parasit
 - Protozoa (*Entamuba Histolytica*, *Giardia Lambia*, *Balantidium Coli*, *Crypto Sparidium*).
 - Cacing perut (*Ascaris*, *Trichuris*, *Strongyloides*, *Blastissistis Huminis*, *Bacilus Cereus*, *Clostridium Perfringens*)
 2. Infeksi parenteral berasal dari luar alat pencernaan makanan.
- 2) Malabsorpsi

Malabsorpsi dapat disebabkan karena karbohidrat (intoleransi laktosa, maltosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa), malabsorpsi lemak, dan malabsorpsi protein.

3) Makanan

Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

4) Psikologis

Rasa takut dan cemas.

(Ngastiyah, 2005)

2.1.4 Patogenesis Diare

Mekanisme dasar yang menyebabkan diare adalah:

1. Gangguan osmotik yang diakibatkan terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
2. Gangguan sekresi akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
3. Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya, bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

(Ngastiyah, 2005)

Diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.

2.1.5 Epidemiologi

Faktor risiko terjadinya penyakit diare antara lain rendahnya pola hidup sehat masyarakat khususnya dalam penyediaan sarana sanitasi yang baik untuk menunjang kesehatan lingkungan. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, insiden kejadian diare di Indonesia sebesar 3,5%. Hasil ini lebih rendah dibandingkan hasil riset tahun 2007 yaitu sebesar 9%. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2007, diare merupakan penyebab kematian peringkat ke-13 dengan proporsi 3,5% bila dilihat dari pola penyebab kematian semua umur. Penyebab kematian balita usia 12-59 bulan, terbanyak adalah diare (25,2%) dan pnemonia (15,5%). Dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 didapatkan 13,7% balita mengalami diare dalam waktu dua minggu sebelum survei, 3% lebih tinggi dari temuan SDKI 2002-2003 (11 persen). Prevalensi diare tertinggi adalah pada balita umur 12-23 bulan, diikuti umur 6-11 bulan dan umur 23-45 bulan. Dengan demikian seperti yang diprediksi, diare banyak diderita oleh kelompok umur 6-35 bulan karena balita mulai aktif bermain dan berisiko terkena infeksi (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan UNICEF, ada sekitar dua miliar kasus penyakit diare di seluruh dunia setiap tahun, dan 1,9 juta balita-anak dibawah 5 tahun meninggal karena diare setiap tahun, sebagian besar dalam negara berkembang. Jumlah ini merupakan 18% dari semua kematian balita di bawah usia lima tahun dan berarti bahwa lebih dari 5000 balita yang meninggal setiap hari akibat penyakit diare. Dari semua kematian balita akibat diare, 78 % terjadi di Afrika dan wilayah Asia Tenggara. Setiap balita di bawah usia 5 tahun mengalami rata-rata tiga episode tahunan diare akut. Secara global dalam kelompok usia ini, diare akut adalah penyebab kematian kedua setelah pneumonia (WHO, 2010).

2.1.6 Gambaran Klinik

Diare pada dasarnya disebabkan oleh kegagalan atau adanya gangguan penyerapan sebagian besar kandungan air pada usus besar. Pada keadaan normal, makanan yang masuk ke dalam usus besar akan diserap kandungan airnya sehingga

tersisa material padat yang dikeluarkan atau disebut tinja. Namun pada saat terjadi luka ataupun peradangan di usus besar, penyerapan air tidak terjadi sehingga tinja yang dikeluarkan masih mengandung banyak air. Penyebab diare dapat bermacam-macam, mulai dari makanan yang tidak dapat diterima tubuh, infeksi bakteri, kerusakan usus (luka/lesi, tumor), gejala penyakit lain (kolera, disentri), atau asupan gizi yang kurang baik (Swasanti dan Winkanda, 2013).

Selain perubahan pada tinja, balita yang mengalami diare juga mengalami beberapa kondisi seperti muntah, badan terlihat lesu dan lemah, panas, hilangnya nafsu makan, dan dapat mengeluarkan darah serta lendir yang menyertai kotoran. Balita yang akan mengalami diare, gejala awalnya ialah mengalami mual dan muntah yang disebabkan oleh infeksi. Selain mengalami gejala tersebut, balita juga akan mengalami sakit dan kejang perut, serta gejala lainnya, seperti flu, nyeri otot atau kejang, dan sakit kepala. Gangguan bakteri dan parasit kadang menyebabkan tinja mengandung darah atau demam tinggi (Fida dan Maya, 2013).

Balita penderita diare dapat mengalami dehidrasi. Dehidrasi adalah penyebab utama kematian pada balita penderita diare karena balita kekurangan cairan tubuh. Gejala balita yang mengalami dehidrasi diantaranya adalah balita menjadi gelisah/rewel, mata cekung, balita menjadi kehausan, tidak ada air mata, mulut dan bibir kering, dan kurang atau bahkan tidak kencing dalam beberapa jam (Harun, 2013).

2.2 Prinsip Tatalaksana Penderita Diare Balita

Pada dasarnya, jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat, balita yang menderita diare dapat mengalami gangguan pertumbuhan karena kurangnya asupan gizi. Bahkan, diare dapat berakibat kematian bila dehidrasi tidak ditangani dengan baik. Untuk menghindari akibat yang fatal, orang tua dan ahli kesehatan harus melakukan pengobatan yang tepat. Beberapa prinsip pengobatan diare dapat dilakukan diantaranya adalah:

1. Rehidrasi

Ketika balita mengalami diare, banyak cairan keluar dari tubuhnya. Oleh karena itu, diperlukan penggantian cairan yang hilang atau yang disebut rehidrasi. Pemberian cairan bisa melalui mulut (diminum) maupun infus (jika balita mengalami dehidrasi berat).

2. Memberi asupan gizi yang baik

Saat balita mengalami diare, banyak zat yang dibutuhkan oleh tubuh dikeluarkan bersama tinja. Oleh karena itu, makanan dan asupan nutrisi yang memadai harus tetap diberikan agar balita memiliki energi yang cukup, sehingga membantu pemulihan kesehatannya.

3. Pemberian obat seperlunya

Pemberian obat secara berlebihan bukanlah cara yang tepat dalam mengatasi diare yang diderita oleh balita. Bahkan, hal itu dapat mengakibatkan diare kronik. Sebagian besar diare dapat disembuhkan tanpa pemberian antibiotik dan antidiare.

(Fida dan Maya, 2013)

Dalam pelaksanaannya, terlihat prioritas pengobatan diare pada balita adalah dengan mengganti cairan tubuh yang hilang, untuk mengurangi angka kematian pada penderita karena gangguan keseimbangan elektrolit dan asam-basa. WHO menganjurkan untuk memberikan oralit yang digunakan sebagai pengganti cairan tubuh yang hilang karena diare, mencegah dehidrasi, mengobati dehidrasi, dan mencegah dehidrasi kembali pada penderita yang dehidrasinya sudah teratasi. Bila pemberian oralit gagal, maka penderita harus diberikan cairan yang hilang secara intravena dan harus dirawat di rumah sakit (WHO, 2010).

2.2.1 Penggolongan Obat Diare

Penggolongan obat diare secara garis besar adalah sebagai berikut:

- a. Antimotilitas adalah obat-obatan yang dapat menghambat gerakan usus, sehingga frekuensi diare berkurang. Penggunaan antimotilitas pada anak dapat

menyebabkan tertahannya racun-racun dalam saluran cerna yang seharusnya dikeluarkan melalui diare. Contoh obat golongan antimotilitas adalah *loperamide*, *difenoxin*, *diphenoxylate*. *Loperamide* merupakan golongan opioid yang bekerja dengan cara memperlambat motilitas saluran cerna dengan mempengaruhi otot sirkuler dan longitudinal usus. Obat diare ini berikatan dengan reseptor opioid sehingga diduga efek konstipasinya diakibatkan oleh ikatan loperamid dengan reseptor tersebut. Efek samping yang sering dijumpai adalah kolik abdomen (luka di bagian perut), sedangkan toleransi terhadap efek konstipasi jarang sekali terjadi.

- b. Absorben adalah obat-obatan yang berfungsi untuk menyerap air dan meningkatkan kekentalan tinja. Absorben dapat menyerap racun dan mengeluarkannya melalui tinja tetapi absorben juga dapat menyerap mikronutrien dan elektrolit yang sangat dibutuhkan oleh tubuh. Contoh obat golongan absorben diantaranya adalah attapulgit dan kaolin-pektin.
- c. Antisekretori adalah obat-obatan yang bekerja dengan cara menghambat peningkatan sekresi dan meningkatkan absorpsi cairan dan elektrolit pada usus ke jaringan sehingga sekresi elektrolit menjadi normal. Contoh obat golongan antisekretori diantaranya adalah *bismuth subsalicylate* dan enzim (laktase).
- d. Antibiotik adalah obat-obatan yang digunakan pada diare yang terjadi dikarenakan adanya bakteri. Fungsi antibiotik adalah untuk membunuh dan menghentikan proses perkembangan bakteri yang menyebabkan diare. Contoh obat golongan antibiotik adalah nifural. Nifural mengandung senyawa *nifuroxazide* yang memiliki efek bakterisidal terhadap *Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, dan *Pseudomonas aeruginosa*.

(Dipiro, *et al*, 2009)

2.2.2 Prosedur Tatalaksana Penderita Diare Balita

Beberapa hal yang harus dilakukan untuk mengobati diare pada balita, yaitu dengan penilaian derajat dehidrasi dan kemudian penentuan rencana terapi yang harus dilakukan. Berdasarkan panduan sosialisasi tata laksana diare balita dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, berikut adalah penggolongan derajat dehidrasi pada tabel 2.1:

Tabel 2.1 Penggolongan derajat dehidrasi

A	B	C
Diare tanpa dehidrasi	Diare dehidrasi ringan/sedang	Diare dehidrasi berat
Keadaan umum baik dan sadar	Keadaan umum gelisah dan rewel	Keadaan umum lesu dan lunglai/tidak sadar
Mata tidak cekung	Mata cekung	Mata cekung
Minum biasa, tidak haus	Ingin minum terus, ada rasa haus	Malas minum
Cubitan kulit perut/turgor kembali segera	Cubitan kulit perut/turgor kembali lambat	Cubitan kulit perut/turgor sangat lambat (≥ 2 detik)
Rencana terapi A	Rencana terapi B	Rencana terapi C

Berikut merupakan langkah-langkah terapi yang dilakukan untuk masing-masing rencana terapi:

1. Rencana terapi A

Untuk terapi diare tanpa dehidrasi. 5 langkah terapi diare di rumah, yaitu:

- a. Beri cairan lebih banyak dari biasanya.
 1. Teruskan ASI lebih sering dan lebih lama.
 2. Balita yang mendapat ASI eksklusif, beri oralit atau air matang sebagai tambahan.
 3. Balita yang tidak mendapat ASI eksklusif, beri susu yang biasa diminum dan oralit atau cairan rumah tangga sebagai tambahan (kuah sayur, air tajin, air matang, dan sebagainya).
 4. Beri oralit sampai diare berhenti. Bila muntah, tunggu 10 menit dan dilanjutkan sedikit demi sedikit.

- Umur < 1 tahun diberi 50-100 ml setiap kali berak.
 - Umur > 1 tahun diberi 100-200 ml setiap kali berak.
5. Balita harus diberi 6 bungkus oralit (200 ml) di rumah bila:
- Telah diobati dengan rencana B atau C.
 - Tidak dapat kembali ke petugas kesehatan jika diare memburuk.
- b. Beri obat Zinc.
- Beri Zinc 10 hari berturut-turut walaupun diare sudah berhenti. Dapat diberikan dengan cara dikunyah atau dilarutkan dalam 1 sendok air matang atau ASI.
- Umur < 6 bulan diberi 10 mg (1/2 tablet) per hari.
 - Umur \geq 6 bulan diberi 20 mg (1 tablet) per hari.
- c. Beri balita makanan untuk mencegah kurang gizi.
1. Beri makan sesuai umur balita dengan menu yang sama pada waktu balita sehat.
 2. Tambahkan 1-2 sendok teh minyak sayur setiap porsi makan.
 3. Beri makanan kaya kalium seperti sari buah segar, pisang, air kelapa hijau.
 4. Beri makan lebih sering dari biasanya dengan porsi lebih kecil (setiap 3-4 jam).
 5. Setelah diare berhenti, beri makanan yang sama dan makanan tambahan selama 2 minggu.
- d. Antibiotik hanya diberikan sesuai indikasi (misal: disentri, kolera).
- e. Nasehati ibu/pengasuh
- Membawa balita kembali ke petugas kesehatan bila:
1. Berak cair lebih sering.
 2. Muntah berulang.
 3. Sangat haus.
 4. Makan dan minum sangat sedikit.
 5. Timbul demam.
 6. Berak berdarah.
 7. Tidak membaik dalam 2 hari.

2. Rencana terapi B

Untuk terapi diare dehidrasi ringan/sedang.

a. Jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama di sarana kesehatan

Oralit yang diberikan = 75 ml x berat badan balita

1. Bila berat badan tidak diketahui berikan oralit sesuai tabel 2.2:

Tabel 2.2 Ukuran pemberian oralit pada balita

Umur sampai	< 4 bulan	4-12 bulan	12-24 bulan	2-5 tahun
Berat Badan	< 6 kg	6-10 kg	10-12 kg	12-19 kg
Jumlah cairan	200-400	400-700	700-900	900-1400

2. Bila balita menginginkan lebih banyak oralit, berikanlah.

3. Teruskan pemberian ASI.

4. Untuk bayi < 6 bulan yang tidak mendapatkan ASI berikan juga 100-200 ml air masak selama ini.

5. Untuk balita >6 bulan, tunda pemberian makan selama 3 jam kecuali ASI dan oralit.

6. Beri obat Zinc selama 10 hari berturut-turut.

b. Amati balita dengan seksama dan memberikan oralit:

1. Berikan sedikit demi sedikit tapi sering dari gelas.

2. Periksa dari waktu ke waktu bila ada masalah.

3. Bila kelopak mata balita bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI.

4. Beri oralit sesuai rencana terapi A bila pembengkakan telah hilang.

c. Setelah 3-4 jam, nilai kembali balita menggunakan bagan penilaian, kemudian pilih rencana terapi A, B atau C untuk melanjutkan terapi.

1. Bila tidak ada dehidrasi, ganti ke rencana terapi A. Bila dehidrasi telah hilang, balita biasanya kencing kemudian mengantuk dan tidur.

2. Bila tanda menunjukkan dehidrasi ringan/sedang, ulangi rencana terapi B.

3. Balita mulai diberi makanan, susu, dan sari buah.

4. Bila tanda menunjukkan dehidrasi berat, ganti dengan rencana terapi C.

- d. Bila ibu harus pulang dari sarana kesehatan sebelum selesai rencana terapi B, maka yang perlu dilakukan adalah ibu harus mengetahui jumlah oralit yang diberikan di rumah sesuai dengan terapi 3 jam pertama.

3. Rencana terapi C

Untuk terapi diare dehidrasi berat di sarana kesehatan. Langkah yang harus dilakukan:

a. Beri cairan Intravena segera.

Ringer Laktat atau NaCl 0,9% (bila Ringer Laktat tidak tersedia) 100ml/kg BB, dibagi sebagai berikut:

Tabel 2.3 Pemberian cairan intravena pada balita

Umur	Pemberian I 30ml/kg BB	Kemudian 70ml/kg BB
Bayi < 1 tahun	1 jam*	5 jam
Balita > 1 tahun	30 menit*	2,5 jam

*Diulangi bila denyut nadi masih lemah atau tidak teraba.

1. Nilai kembali tiap 15-30 menit. Bila nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat.
 2. Berikan oralit (5ml/kg/jam) bila penderita bisa minum; biasanya setelah 3-4 jam (bayi) atau 1-2 jam (balita).
 3. Berikan obat Zinc selama 10 hari berturut-turut.
 4. Selama 6 jam (bayi) atau 3 jam (balita) nilai lagi derajat dehidrasi.
 5. Kemudian pilihlah rencana terapi yang sesuai (A, B atau C) untuk melanjutkan terapi.
- b. Jika tidak dapat memberikan cairan intravena, maka usahakan mencari terapi terdekat dalam 30 menit.
1. Bujuk penderita untuk terapi intravena.
 2. Bila penderita bisa minum, sediakan oralit dan tunjukkan cara memberikannya selama di perjalanan.

- c. Jika tidak ada terapi terdekat, gunakan pipa nasogastrik/orogastrik untuk rehidrasi.
 1. Mulai rehidrasi dengan oralit melalui nasogastrik/orogastrik. Berikan sedikit demi sedikit, 20 ml/kg BB/jam selama 6 jam.
 2. Nilai setiap 1-2 jam:
 - Bila muntah atau perut kembung berikan cairan lebih lambat.
 - Bila rehidrasi tidak tercapai setelah 3 jam rujuk untuk terapi intravena.
 3. Setelah 6 jam nilai kembali dan pilih rencana terapi yang sesuai (A, B atau C).
- d. Jika tidak dapat menggunakan pipa nasogastrik/orogastrik, maka kita melihat apakah penderita bisa minum.
 1. Mulai rehidrasi dengan oralit melalui mulut. Berikan sedikit demi sedikit, 20 ml/kg BB/jam selama 6 jam.
 2. Nilai setiap 1-2 jam:
 - Bila muntah atau perut kembung berikan cairan lebih lambat.
 - Bila rehidrasi tidak tercapai setelah 3 jam rujuk untuk terapi intravena.
 3. Setelah 6 jam nilai kembali dan pilih rencana terapi yang sesuai (A, B atau C).
- e. Jika penderita tidak dapat minum, segera rujuk balita untuk rehidrasi melalui nasogastrik/orogastrik atau intravena.
 1. Bila mungkin amati penderita sedikitnya 6 jam setelah rehidrasi untuk memastikan bahwa ibu dapat menjaga mengembalikan cairan yang hilang dengan memberi oralit.
 2. Bila umur balita di atas 2 tahun dan kolera baru saja berjangkit di daerah penderita, pikirkan kemungkinan kolera dan beri antibiotika yang tepat secara oral begitu balita sadar.

Cara pemberian obat Zinc:

1. Pastikan semua balita yang menderita diare mendapat obat Zinc selama 10 hari berturut-turut.
2. Dosis obat Zinc (1 tablet = 20 mg)
 - Umur < 6 bulan : ½ tablet/hari
 - Umur ≥ 6 bulan : 1 tablet/hari

Pemberian obat zinc pada balita:

1. Larutkan tablet dalam satu sendok air matang atau ASI (tablet mudah larut ± 30 detik), segera berikan kepada balita,
2. Bila balita muntah sekitar setengah jam setelah pemberian obat Zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh,
3. Bila balita menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infuse, tetap berikan obat zinc segera setelah balita bisa minum atau makan.

(Kemenkes RI, 2011)

2.3 Pengetahuan dan Edukasi

2.3.1 Definisi pengetahuan dan edukasi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan merupakan faktor dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta atau teori yang memungkinkan seseorang untuk dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Pengetahuan tersebut diperoleh baik dari pengalaman langsung maupun melalui pengalaman orang lain (Notoatmodjo, 2002).

Pengetahuan terhadap kesehatan sangat penting untuk kelangsungan hidup manusia. Pengetahuan terhadap kesehatan merupakan pola pikir yang dimiliki seseorang terhadap kesehatan yang diwujudkan dalam perilaku hidup sehat.

Pengetahuan dapat didapatkan melalui panca indera manusia yakni indra penglihatan, penciuman, rasa, dan raba. Namun sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan kesehatan dapat diperoleh secara formal maupun non formal. Pengetahuan secara non formal dapat diperoleh melalui penyuluhan, iklan, televisi, maupun media massa.

Edukasi merupakan penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru (Craven dkk, 2003).

Edukasi kesehatan adalah suatu proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok atau masyarakat agar lebih mandiri dalam mencapai hidup sehat. Edukasi merupakan suatu pembelajaran agar seseorang yang dari tidak tahu tentang kesehatan menjadi tahu dan dapat mengatasi kesehatannya sendiri.

Tujuan edukasi antara lain:

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

(Notoatmodjo, 1997)

2.3.2 Tingkatan pengetahuan

Tingkat pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

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

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya antara satu dengan yang lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

(Notoatmodjo, 2003)

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan upaya untuk mengembangkan kemampuan dan perilaku manusia untuk memperoleh pengetahuan, nilai-nilai, dan ketrampilan.

b. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu hal yang pernah dilakukan seseorang sehingga menambah pengetahuan tentang suatu hal.

c. Informasi

Informasi yang lebih banyak akan menambah pengetahuan menjadi lebih luas.

d. Budaya

Tingkah laku manusia atau kelompok manusia yang meliputi sikap dan kepercayaan.

(Notoatmodjo, 2003)

2.4 Kuesioner

Kuesioner merupakan instrument pengumpulan data dalam suatu penelitian survei. Kuesioner juga dapat diartikan sebagai daftar pertanyaan yang sudah disusun dengan baik, matang, dimana responden tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu. Tujuan pembuatan kuesioner adalah untuk memperoleh suatu data yang sesuai dengan tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2002).

Isi dari kuesioner adalah sesuai dengan hipotesis penelitian. Oleh karena itu, kuesioner harus memiliki beberapa persyaratan, antara lain:

1. Relevan dengan tujuan penelitian.
2. Mudah ditanyakan dan dijawab.
3. Data yang diperoleh mudah diolah atau diproses.

(Notoatmodjo, 2002)

2.4.1 Prinsip Dasar Perancangan Kuesioner

Sebelum membuat suatu kuesioner, kita harus memperhitungkan terlebih dahulu kesulitan-kesulitan yang sering dijumpai, yaitu:

- a. Responden sering tidak atau kurang mengerti maksud dari pertanyaan sehingga jawaban yang diberikan tidak relevan,
- b. Responden mengerti pertanyaannya, akan tetapi kurang tepat mengingat atau lupa,
- c. Responden sering tidak bersedia menjawab pertanyaan yang bersifat pribadi,
- d. Responden terkadang mengerti pertanyaannya, akan tetapi tidak mampu memberikan jawaban,
- e. Responden mengerti pertanyaan dan jawaban yang diajukan, akan tetapi pertanyaannya kurang tepat diajukan pada responden.

(Notoatmodjo, 2002)

Untuk mendesain suatu kuesioner yang baik, sebaiknya mengikuti persyaratan berikut:

- a. Pertanyaan hendaknya jelas maksudnya, yaitu:
 1. menggunakan kata-kata yang tepat dan jelas artinya,
 2. pertanyaan tidak terlalu luas karena akan membingungkan responden untuk menjawab,
 3. pertanyaan tidak terlalu panjang, atau menggabungkan beberapa pertanyaan,
 4. pertanyaan tidak boleh memimpin.
- b. Pertanyaan hendaknya membantu ingatan responden.
- c. Pertanyaan dapat menjamin responden untuk dengan mudah mengutarakan jawabannya. Hal ini dimaksudkan pertanyaan tersebut harus menyediakan berbagai perkiraan jawaban yang sudah dirumuskan.
- d. Pertanyaan sebaiknya menghindari “bias”. Jawaban yang bias kadang terjadi karena responden tidak mau menjawab keadaan yang sebenarnya.

- e. Pertanyaan hendaknya memotivasi responden untuk menjawab sehingga responden memungkinkan dapat menjawab semua pertanyaan.
- f. Pertanyaan hendaknya dapat menyaring responden.
- g. Pertanyaan hendaknya sesederhana mungkin, sebab makin sederhana makin tegas sifatnya.

(Notoatmodjo, 2002)

2.4.2 Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Sebelum disebarkan kepada responden yang dituju, kuesioner harus diuji terlebih dahulu validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner harus memiliki validitas dan reliabilitas yang baik agar penelitian dapat memberikan data yang valid dan reliabel. Validasi adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui kemampuan kuesioner mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi skor (nilai) tiap-tiap pertanyaan dengan skor total kuisisioner tersebut (Notoatmodjo, 2002).

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Reliabilitas menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan dua kali atau lebih dengan gejala yang sama dan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2002).

2.5 Leaflet

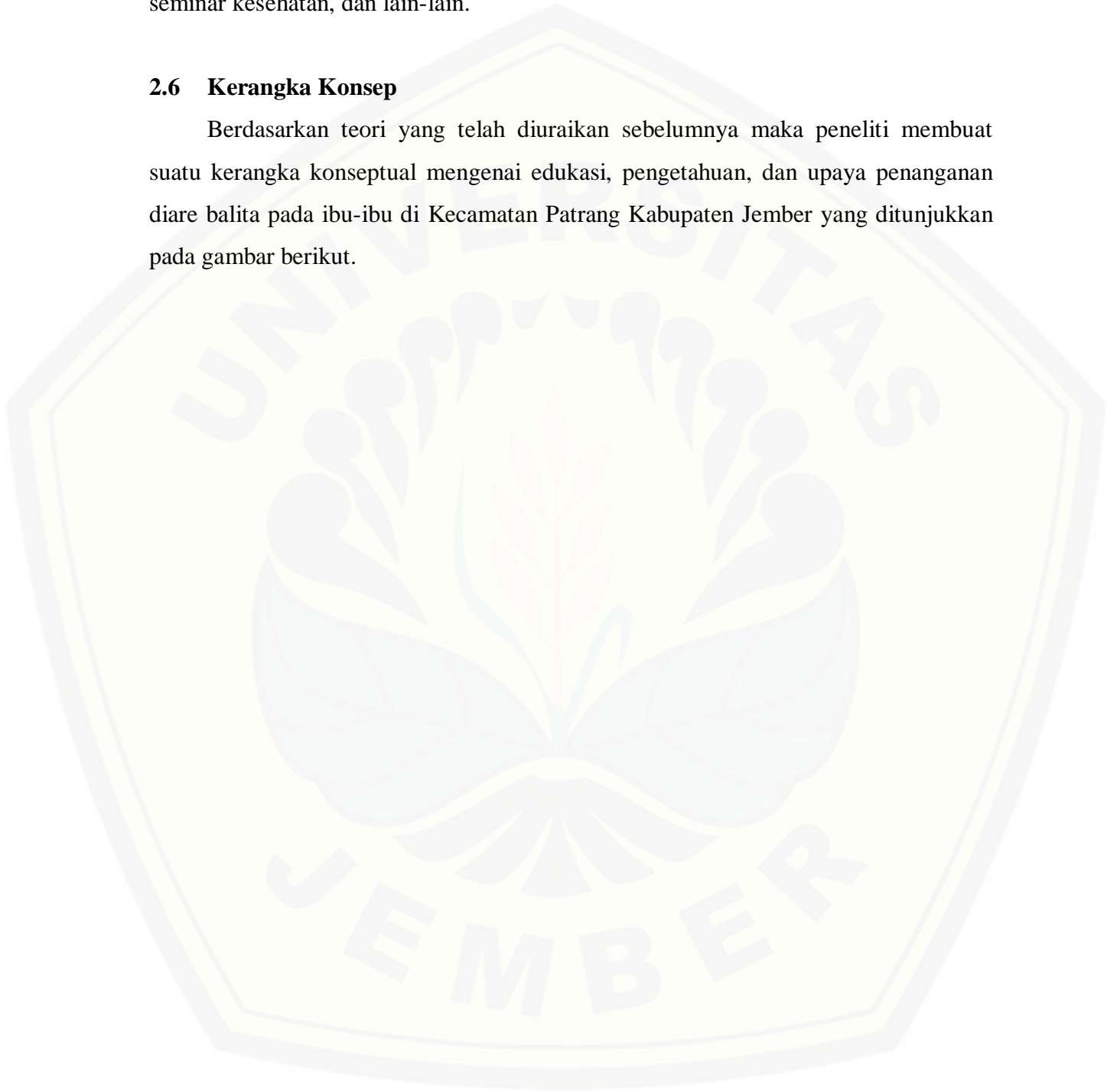
Leaflet merupakan suatu media edukasi dengan bentuk penyampaian pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi dari pesan-pesan tersebut dapat berupa kalimat, gambar, atau kombinasi dari keduanya. *Leaflet* merupakan salah satu media edukasi paling sederhana dan mudah dibuat (Notoadmodjo, 2003).

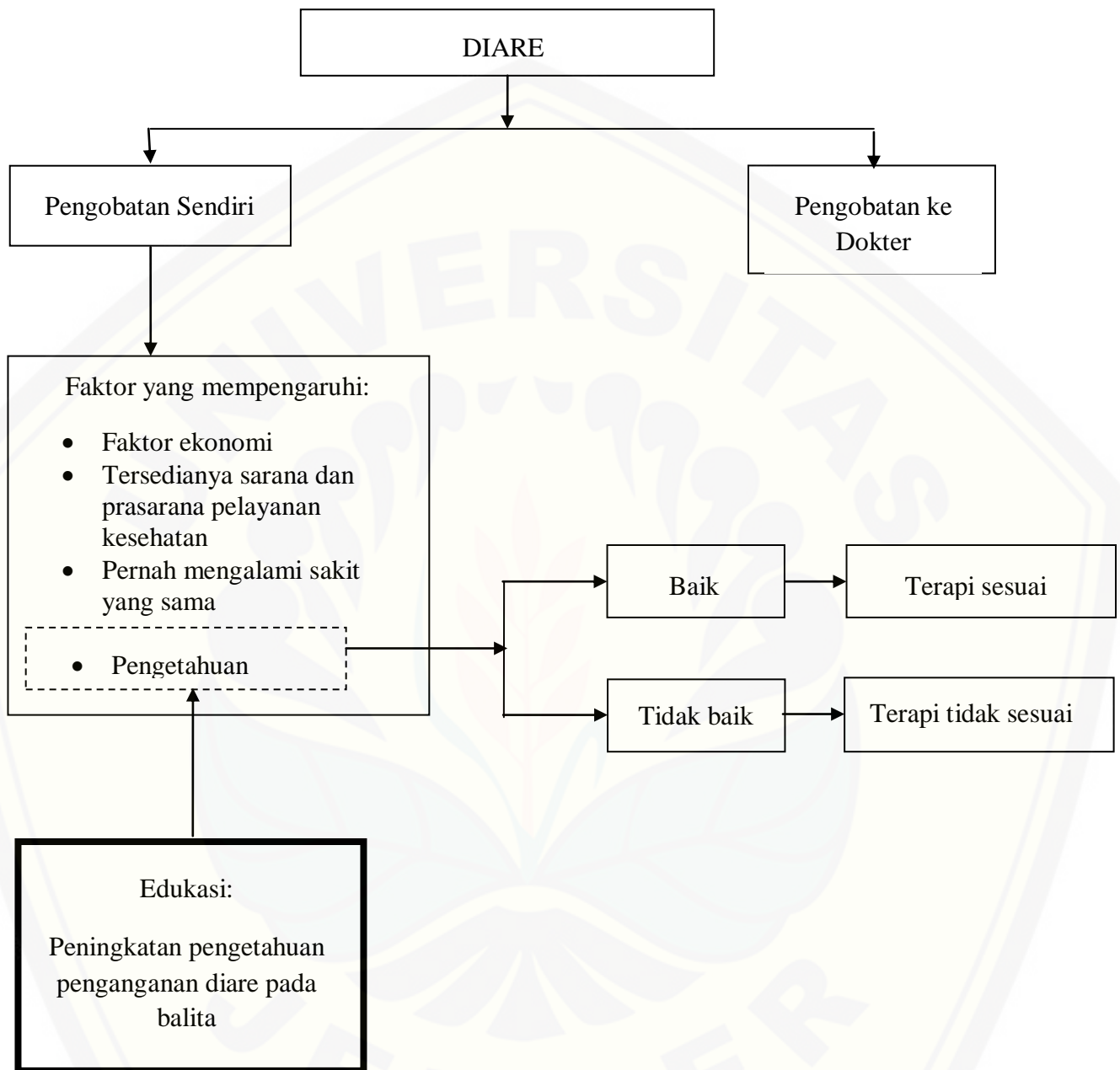
Leaflet dapat digunakan untuk memberikan keterangan singkat tentang suatu masalah, misalnya deskripsi tentang diare dan pencegahannya, deskripsi pengolahan air di tingkat rumah tangga, dan lainnya. *Leaflet* dapat diberikan saat pertemuan-

pertemuan dilakukan seperti pertemuan Posyandu, kunjungan rumah, pertemuan seminar kesehatan, dan lain-lain.

2.6 Kerangka Konsep

Berdasarkan teori yang telah diuraikan sebelumnya maka peneliti membuat suatu kerangka konseptual mengenai edukasi, pengetahuan, dan upaya penanganan diare balita pada ibu-ibu di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember yang ditunjukkan pada gambar berikut.





Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan:

----- Variabel dalam penelitian

———— Materi konseling (Intervensi)

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini digunakan rancangan penelitian dengan desain studi *one group pre-test/post-test*. Rancangan penelitian dilakukan dengan pengukuran pengetahuan terhadap kelompok responden yang diberi perlakuan atau intervensi berupa edukasi secara konseling dengan bantuan *leaflet* dan diukur kembali setelahnya.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan pada masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan dari bulan Desember 2014 hingga Februari 2015.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang memiliki balita usia 1-5 tahun di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember pada bulan Desember 2014 sampai Februari 2015 yang masuk ke dalam kriteria inklusi. Lokasi pengambilan sampel dilakukan dengan cara *non-random sampling* dan untuk pengambilan subjek penelitian untuk sampel dilakukan secara *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel dengan mengambil responden yang kebetulan ada atau tersedia.

Untuk melakukan sampling, peneliti harus menentukan beberapa batasan atau kriteria inklusi dan eksklusi bagi subyek penelitian. Adapun kriterianya sebagai berikut:

- a. Kriteria Inklusi
1. Bersedia menjadi responden.
 2. Ibu-ibu berusia 20-35 tahun yang memiliki balita usia 1-5 tahun yang pernah mengalami sakit diare.
 3. Dapat membaca dan menulis.
 4. Berdomisili di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.
- b. Kriteria Eksklusi
1. Merupakan masyarakat yang berlatar belakang pendidikan kesehatan dan bekerja di bidang kesehatan.
 2. Tidak dapat dihubungi kembali setelah dua minggu pemberian konseling.

3.4 Besar Sampel

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitis kategorik berpasangan dan besar sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut (Dahlan, 2010):

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

$$n = \frac{(1,96 + 0,84)^2 0,3}{0,16^2}$$

$$n = 91,9 \text{ (dibulatkan menjadi 100)}$$

Z_{α} = deviat baku alfa 5% dengan nilai 1,96

Z_{β} = derivat baku beta 20% dengan nilai 0,84

π = besarnya diskordan (ketidaksesuaian), ditetapkan oleh peneliti sebesar 0,3

$P_1 - P_2$ = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan sebesar 16%

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Zulkifli, Hakim, dan Ratnaningsih (2013), yang meneliti tentang pengaruh metode simulasi permainan terhadap pengetahuan dan sikap pengurus PIK-R SMA tentang kesehatan reproduksi, edukasi dapat meningkatkan rerata pengetahuan sebesar 25%. Penelitian lain yang dilakukan oleh Azeem, Elsayed, Sherbiny, dan Ahmed (2011) mengenai promosi pengetahuan dan sikap terhadap perawatan pranikah, dapat meningkatkan rerata pengetahuan sebesar 7%. Oleh karena itu, peneliti menetapkan selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna dari rata-rata peningkatan dua penelitian di atas, dengan menetapkan selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna sebesar 16%. Besarnya diskordan tidak ditemukan dari kepustakaan, oleh karena itu peneliti menetapkan besar diskordan sebesar 0,3.

Pada dasarnya, semakin besar jumlah sampelnya, semakin akurat hasil penelitiannya. Jumlah sampel minimal pada penelitian ini sebesar 91,9 responden. Peneliti menetapkan jumlah responden yang akan digunakan dalam penelitian sebesar 100 responden. Jumlah sampel dianggap mewakili populasi karena jumlah populasi yang digunakan merupakan jumlah balita yang ada di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Jumlah populasi ibu-ibu yang memiliki balita usia 1-5 tahun tidak diketahui. Berdasarkan rumus di atas, banyaknya jumlah responden yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 100 responden. Rumus yang digunakan untuk menghitung proporsi pada sampel digunakan *stratified random sampling*. Perhitungan proporsi pada sampel adalah sebagai berikut:

$$Sampel = \frac{PopulasiKelurahan}{PopulasiKecamatan} \times TotalSampel$$

Jumlah sampel tiap strata :

$$\text{Kelurahan Gebang} : \frac{1670}{6274} \times 100 = 26,6 \approx 27 \text{ responden}$$

Kelurahan Jember Lor	: $\frac{1263}{6274} \times 100 = 20,13 \approx 20$ responden
Kelurahan Patrang	: $\frac{1156}{6274} \times 100 = 18,42 \approx 18$ responden
Kelurahan Baratan	: $\frac{660}{6274} \times 100 = 10,51 \approx 10$ responden
Kelurahan Bintoro	: $\frac{675}{6274} \times 100 = 10,75 \approx 11$ responden
Kelurahan Slawu	: $\frac{410}{6274} \times 100 = 6,5 \approx 7$ responden
Kelurahan Jumerto	: $\frac{184}{6274} \times 100 = 2,93 \approx 3$ responden
Kelurahan Banjarsengon	: $\frac{256}{6274} \times 100 = 4,08 \approx 4$ responden
Total responden	: 100 responden

3.5 Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Skala, dan Skor

3.5.1 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini diantaranya sebagai berikut:

a. Definisi diare

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (>3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair, dengan/tanpa darah dan/atau lendir.

b. Definisi balita

Balita adalah anak yang berusia 1-5 tahun.

c. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan dalam penelitian ini

merupakan pengetahuan mengenai penanganan diare pada balita yang diukur menggunakan kuesioner.

d. Edukasi

Edukasi merupakan penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahannya diri, aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru. Edukasi pada penelitian ini dilakukan dengan pemberian konseling mengenai cara penanganan diare pada balita dengan bantuan media *leaflet*.

e. *Leaflet*

Leaflet merupakan suatu media edukasi dengan bentuk penyampaian pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat.

3.5.2 Cara Pengukuran

Penelitian ini dilakukan dengan desain studi *one group pre-test/post-test*. Penelitian ini dilakukan dengan pengukuran pengetahuan terhadap kelompok responden yang diberi perlakuan atau intervensi berupa edukasi secara konseling dengan bantuan *leaflet* dan diukur kembali setelahnya.

Sebelum dilakukan edukasi, responden diberikan kuesioner untuk diisi. Hal ini bertujuan untuk mengukur sejauh mana pengetahuan responden mengenai penanganan diare pada balita. Setelah mengisi kuesioner *pre-test*, responden diberi edukasi oleh peneliti mengenai penanganan diare pada balita dengan bantuan *leaflet*.

Setelah dilakukan penelitian dengan kuesioner *pre-test* dan edukasi, dua minggu kemudian peneliti kembali pada responden yang sama untuk melakukan *post-test*. Responden mengisi kembali kuesioner yang sama untuk mengukur apakah pengetahuan responden sudah meningkat dan apakah penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan responden dalam menangani diare pada balita.

3.5.3 Skala

Skala yang digunakan pada kedua variabel di penelitian ini adalah skala ordinal. Skala ordinal digunakan untuk mengurutkan objek dari yang paling tinggi ke rendah, atau sebaliknya.

3.5.4 Skor

Tingkat pengetahuan masyarakat dalam penanganan diare pada balita diukur dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari dua puluh pertanyaan dengan dua pilihan jawaban. Penilaian soal untuk pilihan ganda:

- a. Jawab benar bernilai 1
- b. Jawab salah bernilai 0
- c. Skor total item:
Maksimal : $20 \times 1 = 20$
Minimal : $20 \times 0 = 0$
- d. Ketentuan skor total:

16 – 20, dianggap pengetahuannya sangat baik

11 – 15, dianggap pengetahuannya baik

6 – 10, dianggap pengetahuannya sedang

0 – 5, dianggap pengetahuannya kurang

3.5.5 Metode Penilaian Kuesioner

Penilaian untuk masing-masing kriteria pengetahuan yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan mengenai diare berdasarkan tingkat resiko

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden tentang bahaya diare yang menyerang manusia berdasarkan umur. Diare merupakan penyakit yang berbahaya karena dapat menyerang semua umur. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 0. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 1.

2. Pengetahuan mengenai tanda-tanda terjadinya diare
Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai tanda awal penyakit diare yaitu dengan keluarnya tinja lunak, cair, tiga kali atau lebih dalam sehari. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.
3. Pengetahuan mengenai resiko kematian karena diare
Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai bahaya diare yang dapat menyebabkan kematian. Diare dapat menyebabkan kematian bila tidak ditangani secara tepat. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 0. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 1.
4. Pengetahuan mengenai penularan diare melalui media
Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai cara penularan diare yang dapat terjadi karena media yang dekat dengan manusia, seperti penggunaan benda yang sama, mainan, alat makan, tangan, dan lain-lain. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.
5. Pengetahuan mengenai penularan diare karena kondisi lingkungan
Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai penularan diare yang disebabkan oleh lingkungan yang kotor, tempat pembuangan (WC) yang tidak sehat, sehingga banyak bakteri atau virus penyebab diare. Jika responden yang menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.
6. Pengetahuan mengenai dampak diare untuk perkembangan gizi balita
Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai dampak yang dapat pada balita yang menderita diare untuk jangka panjang. Diare dapat mengancam pertumbuhan dan perkembangan gizi balita karena penyerapan gizi pada tubuh balita tidak maksimal. Jika responden menjawab di kolom benar,

maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

7. Pengetahuan mengenai gejala diare

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai gejala yang ditimbulkan oleh penderita diare. Gejala yang dapat ditimbulkan antara lain adalah lemas, kekurangan cairan, berat badan berkurang, berkurangnya nafsu makan, dan lainnya. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

8. Pengetahuan mengenai upaya penanganan awal diare

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai salah satu cara penanganan awal diare yaitu dengan cara menjaga cairan tubuh. Penderita diare seringkali kehilangan cairan tubuh, oleh karena itu perlu diberikan air minum yang lebih banyak untuk mencegah dehidrasi. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

9. Pengetahuan mengenai tanda awal dehidrasi

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai gejala awal dehidrasi yaitu balita menjadi gelisah/rewel, mulut kering, mata cekung, dan tampak kehausan. Hal ini penting untuk diketahui orang tua, karena jika balita mengalami dehidrasi maka perlu penanganan yang lebih khusus. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

10. Pengetahuan mengenai penanganan khusus penderita diare

Penilaian ini berdasarkan pengetahuan responden mengenai penanganan balita yang menderita diare. Jika diare berlangsung lebih dari 2 hari, muntah berulang, demam, tinja berdarah atau berlendir, maka penderita tersebut perlu penanganan khusus. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

11. Pengetahuan mengenai penanganan khusus penderita diare dengan dehidrasi

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai penanganan balita yang menderita diare dengan dehidrasi. Balita yang mengalami diare dengan dehidrasi berat perlu penanganan khusus dengan membawa ke dokter atau rumah sakit. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

12. Pengetahuan mengenai makanan untuk penderita diare

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai makanan yang harus diberikan pada balita yang menderita diare. Balita yang menderita diare harus diberi makanan dengan tekstur lunak agar usus tidak bekerja terlalu berat sehingga pemberian makanan yang keras dan asam tidak dianjurkan. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 0. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 1.

13. Pengetahuan mengenai pemberian susu formula

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai pemberian susu formula pada balita yang menderita diare. Jika balita yang mengkonsumsi susu formula mengalami diare, sebaiknya ibu menghentikan sementara pemberian susu formula, karena kemungkinan diare dapat disebabkan intoleransi laktosa pada balita. Jika sudah diketahui bukan susu penyebab diare balita, maka ibu dapat memberikan kembali susu formula pada balita. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

14. Pengetahuan mengenai pemberian ASI

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai pemberian ASI pada balita yang mengalami diare. Ibu dapat tetap memberikan ASI pada balita yang mengalami diare dan masih mengkonsumsi ASI, agar kebutuhan gizi balita dapat tercukupi. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

15. Pengetahuan mengenai pemberian antibiotik

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai pemberian antibiotik pada balita penderita diare. Balita yang mengalami diare sebaiknya jangan diberi antibiotik kecuali dengan kondisi khusus dan petunjuk dari dokter. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 0. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 1.

16. Pengetahuan mengenai pemberian obat bebas

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai pemberian obat bebas pada balita penderita diare. Obat-obat bebas diantaranya adalah obat-obat yang dijual bebas di apotik tanpa harus menggunakan resep dokter. Balita yang mengalami diare sebaiknya jangan langsung diberi obat bebas. Ibu sebaiknya memberikan alternatif utama yaitu dengan mencegah dehidrasi dengan pemberian oralit. Obat diberikan jika kondisi diare semakin parah dan terdapat tanda-tanda dehidrasi. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 0. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 1.

17. Pengetahuan mengenai pengobatan alternatif pertama di rumah

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai langkah awal pengobatan diare yang dapat dilakukan di rumah. Alternatif utama yang dapat dilakukan di rumah yaitu dengan pemberian oralit. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

18. Pengetahuan mengenai bahan oralit

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai bahan-bahan yang dapat digunakan untuk membuat oralit di rumah jika tidak memiliki oralit kemasan. Oralit dapat dibuat dengan mencampurkan gula, garam, dan air matang. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

19. Pengetahuan mengenai penyimpanan oralit

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai penyimpanan cairan oralit. Oralit tidak dapat disimpan lebih dari 1 hari. Lebih

baik jika oralit diberikan pada balita sampai habis karena jika tidak habis, oralit tersebut tidak boleh disimpan untuk keesokan harinya. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 0. Jika responden menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 1.

20. Pengetahuan mengenai suplemen zinc

Penilaian dilakukan berdasarkan pengetahuan responden mengenai suplemen zinc yang dibutuhkan untuk balita yang menderita diare akut. Suplemen zinc berfungsi untuk memperbaiki sel epitel usus, membantu menyerap natrium di usus, mencegah keluarnya klorida dari tubuh, menjaga daya tahan tubuh, dan dapat mencegah terjadinya resiko diare dalam 3 bulan ke depan. Jika responden menjawab di kolom benar, maka diberi nilai 1. Jika menjawab di kolom salah, maka diberi nilai 0.

Berikut merupakan kuesioner beserta jawaban kuesioner yang benar dan digunakan dalam penelitian disajikan dalam tabel 3.1.

3.6 Alur Penelitian

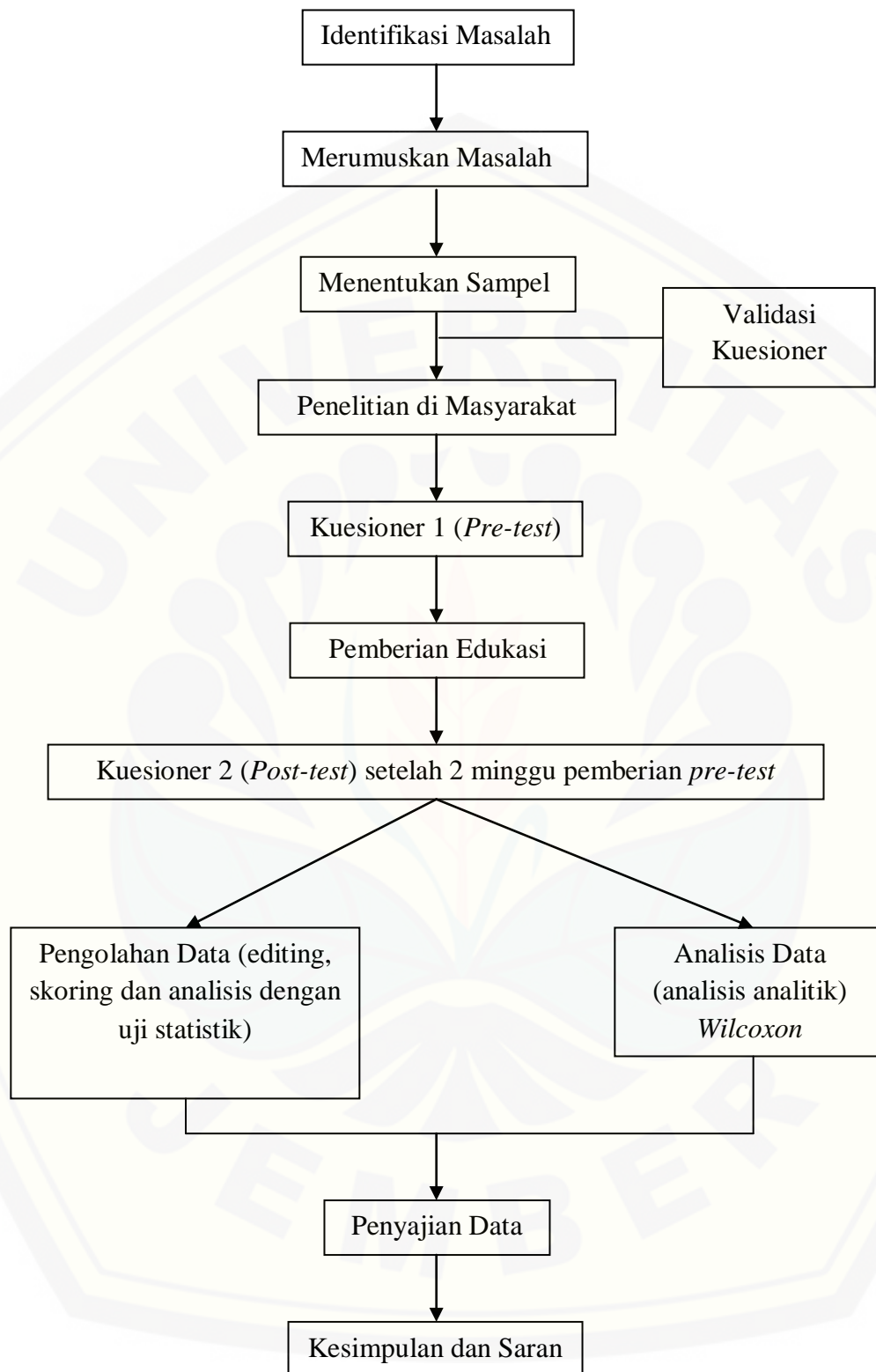
Sebelum penelitian dilakukan, penulis terlebih dahulu mengurus perizinan penelitian dengan pihak-pihak terkait. Sebelumnya, penulis juga melakukan uji validitas dan reliabilitas terkait kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian. Penentuan sampel atau responden dipilih secara *non-random* yaitu ibu-ibu yang mempunyai balita usia 1-5 tahun di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

Setelah uji kuesioner telah valid dan sudah mendapatkan ijin penelitian, maka peneliti melanjutkan dengan pengambilan data *pre-test* terlebih dahulu lalu diberikan konseling mengenai penanganan diare pada balita dengan bantuan media *leaflet*. Dua minggu setelah dilakukan pengambilan data *pre-test*, peneliti kembali untuk pengambilan data yang kedua dengan responden yang sama untuk data *post-test*. Data yang didapatkan kemudian diolah dan dianalisis secara statistik menggunakan *Statistic Product and Service Solution*. Kerangka atau alur dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema gambar 3.1.

Tabel 3.1 Jawaban kuesioner penelitian

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Diare merupakan penyakit yang tidak berbahaya karena diare hanya menyerang umur tertentu saja.		✓
2.	Penyakit diare biasanya ditandai dengan keluarnya tinja lunak atau cair tiga kali atau lebih dalam satu hari.	✓	
3.	Diare tidak bersifat fatal karena tidak menyebabkan kematian.		✓
4.	Diare mudah menyerang anak karena ditularkan lewat media yang dekat dengan manusia. (peralatan rumah tangga, alat makan, pakaian, dan lain-lain)	✓	
5.	Diare dapat menyerang anak di rumah karena kondisi lingkungan disekitar rumah yang tidak sehat atau kurang bersih, dan pembuangan tinja yang tidak sehat.	✓	
6.	Diare dapat mengancam pertumbuhan dan perkembangan gizi anak.	✓	
7.	Diare dapat menyebabkan lemas, kekurangan cairan, berat badan berkurang, dan berkurangnya nafsu makan bila tidak segera ditangani.	✓	
8.	Penanganan awal diare pada anak adalah mencegah terjadinya kekurangan cairan (dehidrasi) yaitu harus diberikan air minum yang lebih banyak.	✓	
9.	Tanda-tanda anak mengalami dehidrasi adalah gelisah/rewel, mulut kering, mata cekung, tampak kehausan.	✓	
10.	Anak yang mengalami diare lebih dari 2 hari, muntah berulang, demam, tinja berdarah atau berlendir, perlu penanganan khusus (dibawa ke dokter	✓	

	atau rumah sakit).		
11.	Anak yang mengalami dehidrasi berat perlu penanganan khusus (dibawa ke dokter atau rumah sakit).	✓	
12.	Anak yang menderita diare perlu diberikan makanan yang dapat merangsang usus untuk bekerja lebih keras, seperti makanan yang bertekstur keras dan mengandung asam.		✓
13.	Anak yang mengalami diare dan mengkonsumsi susu formula, harus menghentikan terlebih dahulu pemberian susu formula pada anak.	✓	
14.	Ibu tetap memberikan ASI kepada anak yang mengalami diare agar dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang.	✓	
15.	Anak dibawah 5 tahun yang mengalami diare boleh diberi obat antibiotik.		✓
16.	Anak dibawah 5 tahun yang mengalami diare boleh diberi obat bebas yang dibeli di apotik tanpa resep dokter (seperti kaolin, pektin, imodium, dan lain-lain).		✓
17.	Oralit merupakan alternatif pertama penanganan diare anak di rumah.	✓	
18.	Bahan untuk membuat oralit adalah gula, garam, dan air putih matang.	✓	
19.	Larutan oralit harus diberikan pada anak diare semau anak minum dan bila larutan oralit tersebut tidak habis boleh disimpan untuk keesokan harinya.		✓
20.	Anak yang mengalami diare diberi suplemen zinc untuk menjaga daya tahan tubuh dan mencegah terjadinya resiko diare dalam 3 bulan ke depan.	✓	



Gambar 3.1 Skema Alur Penelitian

3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Uji validitas dan reliabilitas bertujuan untuk menguji sejauh mana validitas data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner dan untuk mengetahui apakah instrumen/kuesioner yang digunakan cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Validitas alat ukur dapat diketahui dengan menghitung korelasi antara masing-masing pertanyaan dengan skor total. Karena skala pengukuran dalam penelitian ini menggunakan skala ordinal, maka peneliti menggunakan korelasi *Spearman* dengan bantuan program *Statistic Product and Service Solution* (SPSS).

Untuk mengetahui apakah setiap pertanyaan itu valid atau tidak, dapat dilihat dari harga koefisien korelasi/harga r . Instrumen dikatakan valid bila harga r hitung lebih besar dari r tabel. Pada pengujian ini, digunakan signifikansi 5% dan jumlah responden yang diambil sebanyak 30. Maka kuesioner dikatakan valid jika nilai r hitung $> 0,362$. Penentuan nilai kritis uji *Spearman's Rho* (ρ) yang digunakan, dapat dilihat pada tabel 3.2.

Setelah dilakukan uji validasi, perlu dilakukan uji reliabilitas. Uji reliabilitas kuesioner menggunakan metode *Spearman Brown* dengan program SPSS. Teknik *Spearman Brown* digunakan karena pilihan jawaban kuesioner hanya ada dua jawaban. Setelah diuji dengan *Spearman Brown*, peneliti selanjutnya membandingkan nilai reliabilitas yang dihasilkan. Kriteria suatu instrumen dikatakan reliabel, bila koefisien reliabilitas $> 0,6$. Keputusan yang digunakan untuk uji reliabilitas ini adalah sebagai berikut :

- a) Jika nilai $\alpha > 0,60$ maka seluruh butir pertanyaan dinyatakan reliabel yang artinya instrumen layak dan dapat digunakan.
- b) Jika nilai $\alpha < 0,60$ maka seluruh butir pertanyaan dinyatakan tidak reliabel yang artinya instrumen tidak layak dan tidak dapat digunakan.

Tabel 3.2 Nilai kritis uji *Spearman's Rho* (ρ)

One-tailed level of significance (p)				
	.05	.025	.01	.005
Two-tailed level of significance (p)				
n	.10	.05	.02	.01
4	1.000	–	–	–
5	.900	1.000	1.000	–
6	.829	.886	.943	1.000
7	.714	.786	.893	.929
8	.643	.738	.833	.881
9	.600	.700	.783	.833
10	.564	.648	.745	.794
11	.536	.618	.709	.755
12	.503	.587	.671	.727
13	.484	.560	.648	.703
14	.464	.538	.622	.675
15	.443	.521	.604	.654
16	.429	.503	.582	.635
17	.414	.485	.566	.615
18	.401	.472	.550	.600
19	.391	.460	.535	.584
20	.380	.447	.520	.570
21	.370	.435	.508	.556
22	.361	.425	.496	.544
23	.353	.415	.486	.532
24	.344	.406	.476	.521
25	.337	.398	.466	.511
26	.331	.390	.457	.501
27	.324	.382	.448	.491
28	.317	.375	.440	.483
29	.312	.368	.433	.475
30	.306	.362	.425	.467
35	.283	.335	.394	.433
40	.264	.313	.368	.405
45	.248	.294	.347	.382
50	.235	.279	.329	.363
60	.214	.255	.300	.331
70	.190	.235	.278	.307
80	.185	.220	.260	.287
90	.174	.207	.245	.271
100	.165	.197	.233	.257

Uji validasi dan reliabilitas kuesioner dilakukan sebelum kuesioner digunakan untuk penelitian. Pengujian ini bertujuan agar alat ukur yang digunakan dalam penelitian dapat benar-benar mengukur tingkat pengetahuan responden mengenai penanganan diare pada balita. Pengujian validasi dan reliabilitas dilakukan pada 30 responden di Kecamatan Patrang. Hasil uji validasi kuesioner dapat dilihat pada tabel 3.3.

Tabel 3.3 Rekapitulasi hasil uji validasi kuesioner

Item pertanyaan	r hitung	sig	Keterangan
Soal 1	0,559	0,001	Valid
Soal 2	0,384	0,036	Valid
Soal 3	0,523	0,003	Valid
Soal 4	0,584	0,001	Valid
Soal 5	0,368	0,046	Valid
Soal 6	0,395	0,031	Valid
Soal 7	0,429	0,018	Valid
Soal 8	0,497	0,005	Valid
Soal 9	0,666	0,000	Valid
Soal 10	0,386	0,035	Valid
Soal 11	0,523	0,003	Valid
Soal 12	0,462	0,010	Valid
Soal 13	0,384	0,036	Valid
Soal 14	0,553	0,002	Valid
Soal 15	0,454	0,012	Valid
Soal 16	0,494	0,005	Valid
Soal 17	0,537	0,002	Valid
Soal 18	0,466	0,009	Valid
Soal 19	0,823	0,000	Valid
Soal 20	0,489	0,006	Valid

Uji validasi yang digunakan dalam penelitian adalah uji *Spearman*. Instrumen dikatakan valid jika memiliki nilai r hitung $>$ r tabel. Tabel yang digunakan pada uji validitas *Spearman* adalah tabel nilai *rho* (tabel 3.1). R tabel dapat ditentukan dengan melihat tabel berdasarkan jumlah responden dan taraf kepercayaan yang dipilih. Peneliti menggunakan uji validitas menggunakan taraf kepercayaan 5%, sehingga pada tabel *rho* dapat dilihat nilai r tabel sebesar 0,362. Berdasarkan tabel 4.1, dapat dilihat bahwa hasil uji validasi (lampiran C) masing-masing indikator yang digunakan

mempunyai nilai r hitung yang lebih besar dari r tabel (0,362). Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian ini.

Uji Reliabilitas yang digunakan oleh peneliti adalah uji dari *Spearman Brown*. Data untuk melihat apakah pertanyaan yang digunakan sudah reliabel atau tidak, dapat dilihat pada tabel *reliability Cronbach Alpha*. Hasil uji dikatakan reliabel jika nilai $\alpha > 0,6$. Dari hasil uji reliabilitas (lampiran D), didapatkan hasil reliabilitas bagian 1 (pertanyaan nomer 1-10) sebesar 0,695 dan bagian 2 (pertanyaan nomer 11-20) sebesar 0,774. Untuk nilai reliabilitas tiap pertanyaan memiliki nilai lebih dari 0,6. Maka dapat disimpulkan bahwa kuesioner sudah reliabel dan dapat digunakan untuk penelitian.

3.8 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan tahap dimana data yang diperoleh diolah dan dianalisis dengan teknik-teknik tertentu. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan program *Statistic Product and Service Solution* untuk menganalisis data. Analisis data yang dilakukan bertujuan untuk menjawab rumusan masalah yang telah ditetapkan. Analisis data yang dilakukan antara lain sebagai berikut:

3.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat menggunakan analisis statistik deskriptif digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi karakteristik sosiodemografi, tingkat pengetahuan tentang penanganan diare, dan jawaban responden untuk pertanyaan pada kuesioner.

3.8.2 Analisis Bivariat

a) Uji T-test dengan alternatif uji *Wilcoxon signed rank test*

Sebelum dilakukan uji bivariat, dilakukan uji normalitas terlebih dahulu menggunakan *Kolmogorov-smirnov*. Jika data terdistribusi normal, maka uji bivariat yang digunakan adalah uji T-test. Jika data terdistribusi tidak normal, maka digunakan uji alternatif yaitu menggunakan uji *Wilcoxon signed rank test*. Syarat uji

Wilcoxon signed rank test adalah penelitian menggunakan 2 kelompok berpasangan dan skala pengukuran yang digunakan adalah skala kategorik (ordinal). Uji bivariat dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna pada tingkat pengetahuan ibu-ibu dalam penanganan diare balita, sebelum dan sesudah pemberian edukasi. Interpretasi data uji *Wilcoxon* adalah dengan memperhatikan nilai p . Jika nilai $p < 0,05$ maka terdapat perbedaan antara sebelum dengan sesudah pemberian intervensi. Selain itu lihat nilai W hitung. Bila nilai W hitung $> W$ tabel berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak. H_1 adalah ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi dan H_0 adalah tidak ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi.

b) Uji *Chi Square* atau uji mutlak *Fisher*

Uji *Chi Square* dimaksudkan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara dua variabel. Pengujian ini dilakukan dengan menyeleksi terlebih dahulu faktor sosiodemografi yang akan dimasukkan dalam analisis multivariat. Syarat pada uji *Chi Square* agar dapat digunakan adalah tidak lebih dari 20% sel yang memiliki nilai harapan kurang dari 5. Nilai yang digunakan untuk menarik kesimpulan adalah nilai p dari nilai *Pearson Chi Square*. Hasil dapat dilihat pada kolom *asympt sig. (2-sided)*. Apabila syarat uji *Chi Square* tidak terpenuhi, maka digunakan uji alternatifnya yaitu uji mutlak *Fisher*.

Penarikan kesimpulan yang dilihat pada uji mutlak *Fisher* dilakukan berdasarkan nilai p dari *Fisher's Exact Test* yang terdapat pada kolom *Exact Sig. (2-sided)*. Apabila nilai p yang dihasilkan baik dari uji *Chi Square* maupun uji mutlak *Fisher* lebih kecil dari nilai α , maka dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara variabel yang diuji. Variabel faktor sosiodemografi yang memiliki nilai $p < \alpha$ kemudian dianalisis dalam analisis multivariat bersama dengan variabel lain yang memiliki nilai $p < 0,25$.

3.8.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dapat digunakan untuk mengetahui apakah hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dipengaruhi oleh variabel lain, atau dapat juga untuk mengetahui variabel mana yang paling berpengaruh terhadap variabel terikat. Uji ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh variabel faktor sosiodemografi terhadap perubahan tingkat pengetahuan ibu-ibu dalam penanganan diare balita. Uji yang dilakukan pada analisis multivariat digunakan uji regresi logistik.

Variabel yang lolos dalam uji regresi logistik memiliki pengaruh terhadap variabel dependen yang diteliti dapat dilihat dari nilai p . Variabel yang berpengaruh memiliki nilai $p < 0,05$. Untuk melihat variabel mana memiliki pengaruh paling besar terhadap variabel dependen dapat dilihat dari nilai *Odds Ratio*.

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Analisis Deskriptif

4.1.1 Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan terhadap responden ibu-ibu yang memiliki balita berusia 1-5 tahun dan memenuhi kriteria inklusi di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Pengambilan responden dilakukan secara *purposive sampling* atau pengambilan responden yang ada di 8 kelurahan Kecamatan Patrang. Total responden yang digunakan adalah 100 responden, dan jumlah responden yang diambil tiap kelurahan terdiri dari Kelurahan Gebang 27 responden, Kelurahan Jember Lor 20 responden, Kelurahan Patrang 18 responden, Kelurahan Baratan 10 responden, Kelurahan Bintoro 11 responden, Kelurahan Slawu 7 responden, Kelurahan Jumerto 3 responden, dan Kelurahan Banjarsengon 4 responden. Distribusi karakteristik responden terdapat pada tabel 4.1.

Dari tabel 4.1, didapatkan bahwa kelompok usia responden terbanyak adalah usia 20-25 tahun (65%) dan kelompok yang paling sedikit adalah kelompok usia 31-35 tahun sebanyak 7%. Tingkat pendidikan terakhir responden yang paling banyak adalah SMA/SMK (57%). Faktor pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan pengetahuan seseorang. Pada karakteristik pekerjaan responden terbanyak adalah responden yang bekerja dengan persentase sebesar 67%.

4.1.2 Pengetahuan Responden Dalam Menangani Diare

Pengetahuan responden mengenai penyakit diare dinilai dari pertanyaan pendahuluan yang ada pada kuesioner bagian kedua. Distribusi frekuensi dan persentase responden berdasarkan penanganan diare pada keluarga dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.1 Karakteristik responden

Karakteristik	N (total=100)	%
Usia (tahun)		
20-25	65	65%
26-30	28	28%
31-35	7	7%
>35	-	-
Tingkat pendidikan		
Tidak tamat SD	-	-
SD	4	4%
SMP	19	19%
SMA/SMK	57	57%
Perguruan Tinggi	20	20%
Pekerjaan		
Tidak bekerja	33	33%
Bekerja	67	67%

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan penanganan diare

Jenis Penanganan	n	%
Diobati sendiri	70	70%
Tidak diobati	8	8%
Ke tenaga kesehatan	14	14%
Ramuan tradisional	8	8%
Jumlah	100	100%

Dari 100 responden yang termasuk dalam kriteria inklusi penelitian, dapat kita lihat gambaran mengenai penanganan diare pada keluarga responden didapatkan 70 responden (70%) melakukan pengobatan sendiri pada keluarga yang mengalami diare. Pada peringkat kedua yaitu sebanyak 14 responden (14%) menangani diare pada keluarganya dengan membawa penderita ke tenaga kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dokter). Peringkat ketiga sama-sama memiliki persentase responden masing-masing 8% menangani diare dengan menggunakan ramuan tradisional atau tidak diobati.

Pengobatan sendiri didefinisikan upaya yang dilakukan oleh orang awam untuk mengatasi penyakit atau gejalanya yang dialami sendiri atau oleh orang

disekitarnya, dengan pengetahuan atau persepsinya sendiri, tanpa bantuan atau suruhan seseorang yang ahli dalam bidang medik atau obat (Sukasediati, 1996). Alasan masyarakat melakukan pengobatan sendiri adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan penelitian sebelumnya, tindakan pertama yang dilakukan oleh masyarakat kota ketika sakit adalah dengan pengobatan sendiri sebanyak 60,77%, mengunjungi pusat pelayanan kesehatan sebanyak 25,38%, menggunakan cara lain sebanyak 10,99%, dan tanpa tindakan sebanyak 2,86% (Supardi, 1997). Hasil tersebut sesuai dengan analisis deskriptif pada penelitian ini, yaitu ketika ada keluarga yang sakit, hal yang pertama dilakukan adalah dengan pengobatan sendiri (70%), mengunjungi tenaga kesehatan (14%), menggunakan ramuan tradisional (8%) dan tidak diobati (8%).

Selain menilai penanganan pertama yang dilakukan apabila keluarga mengalami diare, dilakukan juga analisis deskriptif mengenai obat diare yang biasa digunakan pada balita yang mengalami diare. Penilaian ini ditujukan untuk mengetahui obat apa yang paling banyak digunakan oleh ibu-ibu jika balitanya mengalami diare. Distribusi frekuensi dan persentase berdasarkan penggunaan obat diare yang biasa digunakan pada balita dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi penggunaan obat diare pada balita

Nama obat	n	%
Lacto-B [®]	36	36%
Zinc	5	5%
Oralit	18	18%
Entrostop anak [®]	14	14%
Guanistrep [®] Sirup	17	17%
Neo Kaolana [®] Sirup	10	10%
Jumlah	100	100%

Dari tabel 4.3, dapat dilihat bahwa jika balita mengalami diare, obat yang paling banyak digunakan oleh ibu-ibu di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember adalah Lacto-B[®] dengan persentase sebesar 36%. Berdasarkan hasil penelitian ini, penanganan diare pada balita masih kurang baik. Penanganan diare pada balita seharusnya tidak diberikan obat-obatan terlebih dahulu, melainkan memberikan asupan cairan tubuh yang hilang (rehidrasi). Rehidrasi merupakan prioritas utama pengobatan diare karena rehidrasi adalah usaha mengembalikan keadaan hidrasi yang minimal dari keadaan dehidrasi. Rehidrasi dilakukan dengan memberikan cairan pengganti seperti oralit atau injeksi ringer laktat. Penggunaan oralit untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang masih relatif rendah, yaitu hanya 18% responden yang menggunakan oralit. Seharusnya, penggunaan oralit di masyarakat memiliki persentase tinggi karena oralit merupakan alternatif pertama untuk mengobati diare.

Pengobatan diare selanjutnya dapat dilakukan dengan memberikan obat diare seperti prebiotik (Lacto-B[®]). Lacto-B[®] mengandung prebiotik (*Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium longum*, *Streptococcus thermophilus*), vitamin C 10 mg, vitamin B₁ 0,5 mg, vitamin B₂ 0,5 mg, vitamin B₆ 0,5 mg, niacin 2 mg, protein 0,02 g, dan lemak 0,1 g. Lacto-B[®] merupakan prebiotik yang digunakan untuk mengembalikan keseimbangan flora normal usus dan menghambat pertumbuhan organisme patogen pada saluran cerna, serta mengurangi keadaan intoleransi laktosa (Sukandar, dkk, 2008).

Prebiotik merupakan bakteri hidup yang mempunyai efek menguntungkan pada host dengan cara meningkatkan kolonisasi bakteri prebiotik di dalam lumen saluran cerna sehingga seluruh epitel mukosa usus telah diduduki oleh bakteri prebiotik melalui reseptor dalam sel epitel usus, sehingga tidak terdapat tempat lagi untuk bakteri patogen untuk melekatkan diri pada sel epitel usus. Bakteri prebiotik dapat dipakai sebagai cara untuk pencegahan dan pengobatan diare baik yang

disebabkan rotavirus maupun mikroorganisme lain, maupun diare yang disebabkan oleh karena pemakaian antibiotika yang tidak rasional (Subijanto, dkk, 2010).

Pengobatan selanjutnya dengan pemberian terapi zinc. Tablet zinc berguna untuk mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi volume tinja dan menurunkan kekambuhan diare pada tiga bulan berikutnya. Penggunaan suplemen zinc pada balita yang mengalami diare masih relatif rendah yaitu hanya sebesar 5% dari 100 responden. Penggunaan suplemen zinc perlu ditingkatkan guna mengurangi angka kejadian diare pada balita. Masyarakat kemungkinan kurang paham akan kegunaan dari suplemen zinc yang digunakan sebagai pelengkap untuk pengobatan diare pada balita dengan cara dicampurkan dengan cairan oralit. Pemberian zinc pada balita yang menderita diare tetap dilakukan selama 10 hari meskipun diare sudah sembuh. Hal ini ditujukan untuk menggantikan zinc yang hilang dari tubuh dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya diare kembali selama tiga bulan berikutnya (Perangin-angin, 2014).

Penggunaan Entrostop anak[®] sebesar 14% dari 100 responden. Kandungan Entrostop anak[®] adalah *Psidi folium leaf* ekstrak 100 mg, *Curcuma domestica rhizome* ekstrak 80 mg, *Camellia sinensis leaf* ekstrak 45 mg, dan *Zingiber rhizoma* ekstrak 50 mg. Pada komposisi obat ini semuanya alami sehingga sangat aman dikonsumsi oleh anak-anak, bahkan dengan mengkonsumsi obat ini dapat membantu mengurangi kontraksi usus dan menurunkan permeabilitas kapiler pada usus dalam frekuensi buang air besar (mencret) dan membantu memadatkan tinja. Sedangkan *Curcuma domestica* mengandung curcumin yang membantu mengatasi gejala-gejala lain yang sering menyertai diare seperti perut kembung, mual, dan keluhan perut lainnya. Fungsinya memproduksi enzim-enzim yang baik untuk pencernaan. Sedangkan, *Zingiber rhizoma* mengandung gingerol yang membantu menghangatkan tubuh sehingga meredakan rasa panas dingin yang biasanya terjadi pada anak saat diare. Namun obat ini tidak boleh diberikan pada anak dibawah usia 5 tahun, dan penderita harus banyak minum larutan pengganti cairan elektrolit tubuh (Agung, 2011). Oleh karena itu obat ini kurang baik jika diberikan pada anak usia 1-5 tahun.

Pengobatan dengan Guanistrep[®] Sirup digunakan oleh 17% responden dan Neo Kaolana[®] Sirup digunakan oleh 10% responden dari 100 responden. Guanistrep[®] Sirup merupakan obat antidiare dimana tiap 5 ml mengandung kaolin 986 mg, pektin 40 mg, dan *Sodium citrate* 0,3%. Neo Kaolana[®] Sirup merupakan obat antidiare dimana tiap 15 ml sirup mengandung kaolin 700 mg dan pektin 66 mg. Obat-obat tersebut mengandung kaolin-pektin yang dapat bekerja menyerap dan menghilangkan rangsangan, melenyapkan bakteri dan zat-zat yang merangsang, yang seringkali menjadi penyebab timbulnya diare. Kaolin merupakan zat penyerap yang ampuh dalam usus, yang bekerja di permukaan untuk menyerap bakteri, racun serta zat yang bersifat merangsang. Pektin bekerja menghilangkan racun bakteri, makanya zat ini tak diserap tubuh. Pengaruhnya yang berguna untuk mengobati diare hanya terbatas pada dinding usus. Penggunaan kaolin dan pektin hanya dapat diberikan pada anak diatas usia 2 tahun. Balita di bawah 2 tahun harus mengikuti petunjuk dokter. Penggunaan obat untuk diare balita di masyarakat masih didominasi obat bebas yang dapat dibeli tanpa resep dokter. Tidak ditemukan penggunaan kombinasi lebih dari satu obat pada jawaban kuesioner responden.

4.2 Pengaruh Pemberian *Leaflet* Terhadap Pengetahuan Responden

Penelitian ini dilakukan dengan mengukur tingkat pengetahuan ibu-ibu mengenai penanganan diare balita dengan bantuan *leaflet*. *Leaflet* merupakan suatu media edukasi dengan bentuk penyampaian pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Berdasarkan penelitian serupa oleh Kawuriansari (2010) mengenai pengetahuan tentang *dismenorea*, pemberian *leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Hal ini terbukti karena pemberian *leaflet* memiliki kelebihan antara lain: tahan lama, mencakup orang banyak, biaya tidak tinggi, tidak perlu listrik, dapat dibawa kemana-mana, mempermudah pemahaman, dan meningkatkan gairah belajar (Notoatmodjo, 2005).

Pada penelitian ini, pengukuran dilakukan sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan sesudah diberikan edukasi dengan bantuan *leaflet*. Tingkat pengetahuan

responden diukur dari jumlah pertanyaan kuesioner berisi 20 pertanyaan yang dapat dijawab dengan benar oleh responden. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan

Pengetahuan	Pretest		Posttest	
	n	%	n	%
Kurang	0	0%	0	0%
Sedang	26	26%	2	2%
Baik	60	60%	39	39%
Sangat baik	14	14%	59	59%
Total	100	100%	100	100%

Pengetahuan responden dikelompokkan menjadi 4, yaitu pengetahuan kurang (skor 0-5), pengetahuan sedang (skor 6-10), pengetahuan baik (skor 11-15), dan pengetahuan sangat baik (skor 16-20). Berdasarkan tabel 4.4, pengetahuan responden pada kelompok penyuluhan sebelum diberikan edukasi sebagian besar dikategorikan baik (60%) sedangkan sesudah diberikan edukasi sebagian besar dikategorikan sangat baik (59%). Jumlah responden yang memiliki nilai diatas 10 mengalami peningkatan, yaitu dari 74 responden sebelum diberikan edukasi menjadi 98 responden setelah diberikan edukasi. Jumlah responden yang memiliki nilai dibawah 10 mengalami penurunan, yaitu dari 26 reponden sebelum dilakukan edukasi menjadi 2 responden setelah diberikan edukasi. Hasil ini sama dengan hasil peningkatan pengetahuan dari penelitian yang dilakukan oleh Kawuriansari (2010) yaitu dengan pemberian *leaflet* akan meningkatkan pengetahuan seseorang secara signifikan.

Pengujian yang dilakukan untuk melihat adanya peningkatan pengetahuan responden yang signifikan, dilakukan uji *Wilcoxon signed rank test*. Alasan digunakan uji *Wilcoxon* adalah karena data bersifat ordinal dan syarat uji normalitas menggunakan *Kolmogorov-Smirnov* tidak memiliki data yang berdistribusi normal. Hasil dari uji normalitas *pre-test* memiliki nilai p sebesar 0,000 dan untuk *post-test* memiliki nilai p sebesar 0,000 (lampiran F). Data akan dikatakan normal jika memiliki nilai $p \geq 0,05$. Karena keduanya memiliki nilai $p < 0,05$ maka dapat

dikatakan bahwa kedua data *pre-test* maupun *post-test* memiliki distribusi yang tidak normal. Untuk data yang tidak normal, dilakukan uji *Wilcoxon*.

Syarat uji *Wilcoxon* adalah, jika $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah penelitian. Sebaliknya, jika $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan sebelum dan sesudah penelitian. Hasil analisis menunjukkan bahwa pengujian dengan *Wilcoxon signed rank test* (lampiran G) memiliki nilai $p < 0,05$ yaitu sebesar 0,000. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi. *Mean Rank* untuk ranking positif lebih besar dibandingkan ranking negatif menunjukkan bahwa perbedaan bernilai positif. Dengan kata lain pemberian edukasi dengan bantuan *leaflet* menyebabkan peningkatan pengetahuan responden.

4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Responden

Pengetahuan adalah hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah seseorang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarok, 2007). Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah responden telah mengetahui dan memahami hal-hal yang berkaitan dengan penanganan diare pada balita. Tingkat pengetahuan yang diukur dalam penelitian ini terdiri dari pengetahuan tentang definisi diare, gejala diare, penyebab diare, penanganan diare, tanda dehidrasi, serta pemberian oralit dan vitamin.

Pengujian yang dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan responden, dilakukan dengan uji *Chi Square* atau uji mutlak *Fisher* yang dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel. Uji *chi square* digunakan bila data penelitian berupa frekuensi-frekuensi dalam bentuk kategori baik nominal/ordinal juga digunakan untuk menentukan signifikansi 2 variabel atau lebih (Arikunto, 2006). Variabel yang diuji yaitu pengetahuan responden terhadap faktor sosiodemografi responden. Uji *Chi Square* dapat digunakan apabila tidak lebih dari 20% sel yang memiliki nilai harapan kurang dari 5.

Apabila tidak memenuhi, dilihat dari uji mutlak *Fisher* pada kolom *Exact Sig. (2-sided)*. Jika $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh signifikan antara variabel dengan tingkat pengetahuan responden.

4.3.1 Hubungan Antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat ia akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari pada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Akan tetapi seiring bertambahnya usia, akan lebih sulit mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa *Intelligence Quotients* (IQ) akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Mubarak, 2007). Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan *pre-test* (sebelum diberikan edukasi) dan *post-test* (setelah diberikan edukasi) dengan usia responden dapat dilihat pada tabel 4.5.

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Usia responden dibagi menjadi tiga kategori, yaitu usia 20-25 tahun, 26-30 tahun, dan 31-35 tahun. Berdasarkan tabel 4.5, sebelum diberikan edukasi 60% dari total responden memiliki pengetahuan baik, dimana 43% diantaranya merupakan responden berusia 20-25 tahun. Setelah diberikan edukasi, 59% responden memiliki pengetahuan sangat baik, dimana 38% diantaranya merupakan responden berusia 20-25 tahun. Usia 20-25 tahun memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan usia

responden diatas 25 tahun dikarenakan pada usia ini kemampuan seseorang dalam menerima hal baru lebih baik daripada usia diatas 25 tahun. Hal ini dapat dikaitkan dengan pendapat Mubarak (2007) yang mengatakan bahwa semakin bertambahnya usia, akan lebih sulit mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Pada usia 20-25 tahun, daya tangkap dan daya ingat terhadap segala bentuk informasi lebih baik (Widayati dan Maryatun, 2012).

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan usia responden

Tingkat pengetahuan	Usia (tahun)						Jumlah	
	20-25		26-30		31-35		n	n
	n	n	n	n	n	n		
<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	
Kurang	-	-	-	-	-	-	-	-
Sedang	17	1	8	1	1	0	26	2
Baik	43	26	11	9	6	4	60	39
Sangat baik	5	38	9	18	0	3	14	59
Jumlah	65	65	28	28	7	7	100	100

Hasil analisis *Chi Square* antara usia dengan tingkat pengetahuan *pre-test* (lampiran H.1) menunjukkan bahwa nilai $p < 0,05$ yaitu sebesar 0,016 dilihat dari *Fisher's Exact test*. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan tingkat pengetahuan responden sebelum diberikan edukasi. Pada penelitian *post-test*, hasil analisis *Chi Square* (lampiran H.2) menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$ yaitu sebesar 0,595 dilihat dari nilai variabel *Fisher's Exact test*. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan tingkat pengetahuan responden setelah diberikan edukasi.

4.3.2 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan

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

merupakan suatu bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Pendidikan dapat mempengaruhi proses belajar seseorang. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang semakin luas. Namun, orang yang berpendidikan rendah tidak berarti memiliki pengetahuan yang rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal (Notoatmodjo, 2007).

Tingkat pendidikan responden dikategorikan menjadi 2, yaitu kategori rendah (SD, SMP) dan kategori tinggi (SMA/SMK, Perguruan tinggi). Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan *pre-test* (sebelum diberikan edukasi) dan *post-test* (setelah diberikan edukasi) dengan tingkat pendidikan terakhir responden dapat dilihat pada tabel 4.6.

Berdasarkan tabel 4.6, 60% nilai *pre-test* responden menunjukkan tingkat pengetahuan baik (skor 11-15), dimana 52% diantaranya adalah responden dengan tingkat pendidikan tinggi. Selanjutnya 59% nilai *post-test* responden menunjukkan tingkat pengetahuan sangat baik, dimana 52% diantaranya adalah responden dengan tingkat pendidikan tinggi. Hal ini dikarenakan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang dalam menerima informasi atau pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Hasil analisis *Chi Square* antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan responden *pre-test* (lampiran I.1), didapatkan nilai $p < 0,05$ yaitu sebesar 0,000 pada variabel *Pearson Chi Square*. Hasil analisis *post-test* (lampiran I.2), didapatkan nilai $p < 0,05$ yaitu sebesar 0,002 pada variabel *Fisher's Exact test*. Berdasarkan hasil tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan responden baik sebelum maupun sesudah diberikan edukasi.

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan tingkat pendidikan responden

Tingkat pengetahuan	Tingkat Pendidikan				Jumlah	
	rendah		tinggi		n <i>pretest</i>	n <i>posttest</i>
	n <i>pretest</i>	n <i>posttest</i>	n <i>pretest</i>	n <i>posttest</i>		
Kurang	-	-	-	-	-	-
Sedang	14	1	12	1	26	2
Baik	8	15	52	24	60	39
Sangat baik	1	7	13	52	14	59
Jumlah	23	23	77	77	100	100

4.3.3 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan atau diselesaikan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing-masing. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Mubarak, 2007). Pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan, memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta mampu mengambil keputusan yang merupakan keterpaduan menalar dari masalah nyata dalam bidang kerjanya (Ratnawati dan Dewi, 2009). Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel 4.7

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan pekerjaan responden

Tingkat pengetahuan	Pekerjaan				Jumlah	
	Tidak bekerja		Bekerja		n <i>pretest</i>	n <i>posttest</i>
	n <i>pretest</i>	n <i>posttest</i>	n <i>pretest</i>	n <i>posttest</i>		
Kurang	-	-	-	-	-	-
Sedang	12	1	14	1	26	2
Baik	20	16	40	23	60	39
Sangat baik	1	16	13	43	14	59
Jumlah	33	33	67	67	100	100

Pekerjaan responden dikategorikan menjadi dua, yaitu kategori bekerja dan tidak bekerja. 60% nilai *pre-test* responden memiliki tingkat pengetahuan baik,

dimana 40% diantaranya adalah responden yang bekerja. 59% nilai *post-test* responden memiliki tingkat pengetahuan sangat baik, dimana 43% diantaranya adalah responden yang bekerja.

Faktor pekerjaan dianalisis dengan *Chi Square* untuk melihat apakah terdapat hubungan antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan responden. Hasil analisis *Chi Square pretest* (lampiran J.1) dilihat pada kolom *Pearson Chi-Square* didapatkan nilai $p < 0,05$ yaitu sebesar 0,043, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan *pre-test* dengan pekerjaan. Hasil analisis *Chi Square post-test* (lampiran J.2) dilihat pada kolom *Fisher's exact test* didapatkan nilai $p > 0,05$ yaitu sebesar 0,247, maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan *post-test* dengan pekerjaan. Berdasarkan penelitian serupa oleh Hermawati (2012) mengenai pengaruh edukasi terhadap pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat, juga didapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan seseorang.

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Tindakan awal yang dilakukan ibu-ibu di Kecamatan Patrang apabila keluarganya mengalami diare adalah 70% dilakukan pengobatan sendiri, 14% membawa ke tenaga kesehatan (rumah sakit, dokter, puskesmas), 8% menggunakan ramuan tradisional, dan 8% tidak diobati.
2. Obat antidiare yang biasa digunakan untuk mengobati ketika balita sakit diare diantaranya dengan pemberian Lacto-B[®] (36%), Oralit (18), Guanistrep[®] Sirup (17%), Entrostop anak[®] (14), Neo Kaolana[®] Sirup (10%), dan pemberian suplemen Zinc (5%).
3. Perbandingan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi mengenai penanganan diare adalah:
 - a. Jumlah responden yang memiliki nilai diatas 10 mengalami peningkatan, yaitu dari 74 responden sebelum diberikan edukasi menjadi 98 responden setelah diberikan edukasi. Jumlah responden yang memiliki nilai dibawah 10 mengalami penurunan, yaitu dari 26 reponden sebelum dilakukan edukasi menjadi 2 responden setelah diberikan edukasi.
 - b. Ada perbedaan yang signifikan ($p < 0,000 < \alpha < 0,05$) pada tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi.
4. Faktor sosiodemografi yang berpengaruh pada peningkatan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi adalah tingkat pendidikan. Variabel usia dan pekerjaan tidak berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan responden.

4.1 Saran

Adapun saran yang dapat saya berikan pada penelitian ini adalah:

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui metode penelitian lain yang lebih tepat dalam usaha peningkatan pengetahuan masyarakat, terutama dalam penanganan diare pada balita.
2. Dari hasil penelitian, *leaflet* sangat berperan dalam meningkatkan pengetahuan seseorang sebagai media edukasi kepada masyarakat. Dinas Kesehatan maupun lembaga kesehatan lainnya dapat memberikan penyuluhan mengenai diare untuk mengurangi angka kematian balita yang disebabkan oleh diare dengan bantuan *leaflet*.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung. 2011. Jangan Sepelekan Diare Pada Anak. Kelompok Kerja Air Minum dan Penyehatan Lingkungan. <http://www.ampl.or.id/digilib/read/jangan-sepelekan-diare-pada-anak/22290>. Tanggal [26 Juli 2015].
- Anonim. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007*. Departemen Kesehatan RI. http://labdata.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2007/1ap_rkd07.pdf. Tanggal [14 April 2014]
- Anonim. 2011. *Situasi Diare di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Anonim, 2013. *Kabupaten Jember Dalam Angka*. Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember. jemberkab.bps.go.id/hal=publikasi_detil&id=1 [20 Oktober 2014]
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azeem, S. T., Elsayed, E. T., Sherbiny N. A. E., Ahmed, L.A. E. 2011. *Promotion of Knowledge and Attitude Towards Premarital Care: An Inventorial Study Among Medical Student in Fayum University*. Egypt: Journal of Public Health and Epidemiology Vol. 3(3), pp. 121-128.
- Craven, R.F., Hirnle, C.J. 2007. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Dahlan, S. 2004. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan, Uji Hipotesis dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta: Arkans.
- Dahlan, S. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dalsgaard, Hien, Scheutz, Cam, Huong & Thu. 2008. *Diarrheagenic Escherichia coli and Shigella Strains Isolated from Children in a Hospital Case-Control Study in Hanoi, Vietnam*. Hanoi: Journal of Clinical Microbiology ISSN 46(3):996-1004
- Depkes RI. 2001. *Kemenkes RI tentang Pedoman Penanggulangan Penyakit Diare*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

- Depkes RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dipiro., J. T., Dipiro., C. V., Wells., B. G., Schwinghammer., T. L. 2009. *Pharmacotherapy Handbook seventh edition*. United States: The McGraw-Hill Companies.
- Fida dan Maya. 2012. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Yogyakarta: D-medika.
- Garth, A. 2008. *Analysing Data Using SPSS*. Sheffield Hallam University.
- Hannif, Mulyani, N. S., & Kuscithawati, S. (2011). *Faktor Risiko Diare Akut pada Anak*. Berita Kedokteran Masyarakat, pp. 10-17.
- Harun, I. 2013. *A-Z Amazing to Be Parents*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Hermawati, D. 2012. "Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Rasionalitas Penggunaan Obat Swamedikasi Pengunjung di Dua Apotek di Kecamatan Cimanggis, Depok." Tidak diterbitkan. Tesis. Depok: Fakultas MIPA Program Studi Farmasi UI.
- Histiadi, R. 2012. *Potensi Usaha Peternakan Sapi Potong Di Kecamatan Cikancung Kabupaten Bandung*. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia.
- Jain, S., Malvi, R., & Purviya, J. K. 2011. *Concept of Self Medication*. IJBPA, 831-836.
- Kemendes RI. 2011. *Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. 2011. *Situasi Diare di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kawurian, R., Fajarsari, D., dan Mulidah, S. 2010. Studi efektifitas Leaflet Terhadap Pengetahuan Remaja Putri Tentang Dismenorea di SMP Kristen 01 Purwokerto Kabupaten Banyumas. *Jurnal Kebidanan Ilmiah*. Vol. 1 No. 1.

- Komisi Pemilihan Umum. 2012. *Data Agregat Kependudukan Jawa Timur*. Diakses April 28, 2014, dari Komisi Pemilihan Umum: kpu.go.id/dmdocuments/DAK2_JATIM.pdf
- McEwen, J. 1979. "Self-medication in The Context of Self-care: A review". Dalam: Anderson, J.A.D (ed). *Self Medication. The Proceedings of Workshop on Self Care*. London: MTP Press Limited Lancaster, 95-111.
- Mandal, Wilkins, Dunbar & Mayon. 2008. *Lecture Notes Penyakit Infeksi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Mubarok, Iqbal, W. 2007a. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarok, Iqbal, W. 2007b. *Promosi Kesehatan*. Jogjakarta: Graha Ilmu.
- Murti, B. 2011. *Validitas dan Reliabilitas Pengukuran*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret, Fakultas Kedokteran.
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Notoadmodjo, S. 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007a. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007b. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Perangin-angin, H. M. J. 2014. *Acute Diarrhea With Mild to Moderate Dehydration e.c Viral Infection*. Lampung: Universitas Lampung.

- Ratnawati, Dewi. 2009. *Faktor Risiko Kejadian Diare Akut pada Anak di Kabupaten Kulon Progo*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo.
- Rusdi, K. N., Gultom, B., Wulandari, A. 2012. *Evaluasi Penggunaan Obat Diare Terhadap Kesesuaian Obat dan Dosis pada Pasien Anak Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Budhi Asih Jakarta (Data Rekam Medik Periode 1 Juli – 31 Desember 2009)*. Jakarta: Fakultas Farmasi UHAMKA.
- Saputri, L. O., Kristiawati, Krisnana, I. 2013. *Peningkatan Pengetahuan dan Sikap dalam Pemilihan Jajanan Sehat Menggunakan Alat Permainan Edukatif Ular Tangga*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Saraswati, L. 2011. *Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Kanker Serviks dan Partisipasi Wanita Dalam Deteksi Dini Kanker Serviks*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Sastroasmoro, I. 2002. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Siregar, S. 2010. *Statistika Deskriptif untuk Penelitian*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Soegijanto S. 2006. *Ilmu Penyakit Anak “Diagnosa dan Penatalaksanaan”*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Subijanto, M., ranuh, R., Djupri, L., Soeparto, P. 2010. *Manajemen diare pada bayi dan anak*. <http://koaskamar13.wordpress.com/manajemen-diarepadabayidananak>. Tanggal 15 Juli 2015.
- Sugiyono. 2009. *Metodologi Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Sukandar, E. Y., Andrajati, R., Sigit, J.I., Adnyana, I.K., Stiadi, A.A.P. dan Kusnandar. 2009. *ISO Farmakoterapi*. Jakarta: PT ISFI.
- Sukasediati, N.,1996, *Peningkatan Mutu Pengobatan Sendiri Menuju Kesehatan Untuk Semua, Buletin Kefarmasian, Direktorat Jendral Pengawasan Obat dan Makanan, Vol. 18(1), hal 21-27.*

- Sulastrri, N. 2012. *Hubungan kelelahan Kerja dengan Kapasitas Vital Paksa Paru pada Pekerja Garment PT Vinsa Mandira Utama Sukoharjo*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Supardi. 2012. *Aplikasi Statistika Dalam Penelitian*. Jakarta: PT Ufuk Publishing House.
- Supardi, S. 1997. *Pengobatan Sendiri di Masyarakat dan Masalahnya*. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI.
- Supardi, S. dan Notosiswoyo, M, 2005, Pengobatan Sendiri Sakit Kepala, Batuk, dan Pilek Pada Masyarakat di Desa Ciwalen, *Majalah Ilmu Kefarmasian*, Vol. 2(3), hal 134-144.
- Swasanti, N. dan Winkanda, S.P. 2013. *Pertolongan Pertama Pada Anak Sakit*. Yogyakarta: Katahati.
- Trihendradi. 2011. *Langkah Mudah Melakukan Analisis Statistik Menggunakan SPSS 19*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Umar, H. 1996. *Metode Penelitian untuk Skripsi dan Tesis Bisnis*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Verma, R.K., Mohan, L., & Pandey, M. 2010. *Evaluation of self medication among professional student in North India: proper statuory drug control must be impleted*. Departemen of Pharmaceutics, Babu Banarasi Das National Institute of Technology and management.
- Widayati, S. N. dan Maryatun. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Imunisasi Polio Dengan Status Kelengkapan Imunisasi Polio di Wilayah Kerja Puskesmas Tanon I Sragen*. Surakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan.
- World Gastroenterology Organisation. 2012. *Acute diarrhea in adults and children: a global perspective*. United Kingdom: World Gastroenterology Organisation.
- World Health Organization. 1988. *Guidelines for Developing National Drug Policies*. Geneva.

- World Health Organization. 2000. *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication* (pp. 4, 9). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2010. *WHO recommendations on the management of diarrhea and pneumonia in HIV-infected infants and children*. Geneva: World Health Organisation.
- World Gastroenterology Organization. 2012. *Accute Diarrhea in Adults and Children: A Global Perspective* .United Kingdom: World Gastroenterology Organisation.
- World Self-medication Industry. 2010. *Responsible Self-Care and Self-Medication*. France: The World Self-Medication Industry.
- Zein, U., Sagala, K.H., & Ginting, J. 2004. *Diare Akut Disebabkan Bakteri*. Universitas Sumatera Utara: Bagian Ilmu Penyakit Dalam.
- Zulfikli, A., Hakim, B. H. A., Ratnaningsih, M. 2013. *Pengaruh Metode Simulasi Permainan dan Brainstorming Terhadap Pengetahuan dan Sikap Pengurus PIK-R SMA Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja di Kota Makassar*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

2. Apakah anak anda pernah mengalami diare, obat apa yang biasa anda berikan pada anak?

Jawab:

III. PENGETAHUAN TENTANG PENANGANAN DIARE

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Diare merupakan penyakit yang tidak berbahaya karena diare hanya menyerang umur tertentu saja.		
2.	Penyakit diare biasanya ditandai dengan keluarnya tinja lunak atau cair tiga kali atau lebih dalam satu hari.		
3.	Diare tidak bersifat fatal karena tidak menyebabkan kematian.		
4.	Diare mudah menyerang anak karena ditularkan lewat media yang dekat dengan manusia (peralatan rumah tangga, alat makan, pakaian, dan lain-lain).		
5.	Diare dapat menyerang anak di rumah karena kondisi lingkungan disekitar rumah yang tidak sehat atau kurang bersih, dan pembuangan tinja yang tidak sehat.		
6.	Diare dapat mengancam pertumbuhan dan perkembangan gizi anak.		
7.	Diare dapat menyebabkan lemas, kekurangan cairan (dehidrasi), berat badan berkurang, dan berkurangnya nafsu makan bila tidak segera ditangani.		
8.	Penanganan awal diare pada anak adalah mencegah terjadinya kekurangan cairan (dehidrasi) yaitu harus diberikan air minum yang lebih banyak.		
9.	Tanda-tanda anak mengalami dehidrasi adalah gelisah/rewel, mulut kering, mata cekung, tampak kehausan.		
10.	Anak yang mengalami diare lebih dari 2 hari, muntah berulang, demam, tinja berdarah atau berlendir, perlu penanganan khusus (dibawa ke dokter atau rumah sakit).		

11.	Anak yang mengalami dehidrasi berat perlu penanganan khusus (dibawa ke dokter atau rumah sakit).		
12.	Anak yang menderita diare perlu diberikan makanan yang dapat merangsang usus untuk bekerja lebih keras, seperti makanan yang bertekstur keras dan mengandung asam.		
13.	Anak yang mengalami diare dan mengkonsumsi susu formula, harus menghentikan terlebih dahulu pemberian susu formula pada anak.		
14.	Ibu tetap memberikan ASI kepada anak yang mengalami diare agar dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang.		
15.	Anak dibawah 5 tahun yang mengalami diare boleh diberi obat antibiotik.		
16.	Anak dibawah 5 tahun yang mengalami diare boleh diberi obat bebas yang dibeli di apotik tanpa resep dokter (seperti kaolin, pektat, imodium, dan lain-lain).		
17.	Oralit merupakan alternative pertama penanganan diare anak di rumah.		
18.	Bahan untuk membuat oralit adalah gula, garam, dan air putih matang.		
19.	Larutan oralit harus diberikan pada anak diare semau anak minum dan bila larutan oralit tersebut tidak habis boleh disimpan untuk keesokan harinya.		
20.	Anak yang mengalami diare diberi suplemen zinc untuk menjaga daya tahan tubuh dan mencegah terjadinya resiko diare dalam 3 bulan ke depan.		

Terimakasih atas partisipasi Anda

LAMPIRAN B. Leaflet Diare

B.1 Leaflet Diare Tampak Depan



Waspada DIARE Pada Anak!!!

Apa itu diare??

Diare merupakan keadaan dimana tinja menjadi lebih encer atau lembek dari biasanya, paling tidak terjadi 3 kali dalam 24 jam.

Penyebab diare pada anak

Diare pada anak dapat disebabkan oleh:

1. Infeksi virus/bakteri
2. Makanan/nutrisi
Makanan yang tidak higienis, tidak memberikan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan, dan botol susu yang tidak steril.
3. Faktor lingkungan
Lingkungan kotor, kurang menjaga kebersihan, tidak mencuci tangan sebelum makan, tidak mencuci tangan setelah BAB
4. Psikologi anak
Anak takut dan cemas

Apakah tanda dan gejala yang dapat muncul ketika anak diare?

Tanda dan gejala diare pada anak:

- Sering buang air besar dengan konsistensi tinja encer
- Perut mulas dan gelisah
- Terkadang suhu tubuh meningkat (demam)
- Nafsu makan berkurang
- Lemas
- Muntah
- Dehidrasi (kekurangan cairan)

Bahaya Dehidrasi / Kekurangan Cairan dapat mengancam Jiwa anak!!



Tanda anak mengalami dehidrasi



Anak rewel dan sangat haus sehingga ingin minum banyak



Mata cekung



Mulut dan lidah kering

Turgor kulit menurun sehingga ketika kulit dicubit tidak mudah kembali seperti semula



Anak lesu, **malas minum**, dapat hilang kesadaran

↓

Dehidrasi Berat!
bawa ke dokter!



B.2 Leaflet Diare Tampak Belakang

Apa yang harus dilakukan bila anak mengalami diare?

1 Beri cairan lebih banyak pada anak

- Air matang, air tajin, air sup
- Oralit (paling baik), jika tidak ada gantikan dengan larutan gula garam.

Cara pembuatan larutan gula garam:
 1 gelas air masak, tambahkan:
 1 sendok teh gula, dan
 1/4 sendok teh garam
 Aduk hingga larut

Larutan oralit tidak boleh disimpan untuk diberikan keesokan harinya!



2 Berikan makanan yang cukup dan bergizi

- Teruskan dan tingkatkan pemberian ASI pada anak yang masih menyusu.
- Berikan makanan tambahan pada anak lebih sering dari biasanya.

Beri makanan yang lunak dan mudah dicerna
 (Bubur tempe, bubur pisang, sayur)

Takaran Oralit

Usia	Oralit yang diberikan tiap BAB
< 1 tahun	50-100 ml
1-4 tahun	100-200 ml
> 5 tahun	200-300 ml

Segera bawa anak ke tenaga medis atau dokter bila:

- Diare terus menerus
- Tidak membaik dalam 2 hari
- Muntah berulang-ulang
- Demam
- Tinja berdarah atau berlendir
- Mengalami dehidrasi berat

Resiko Diare

Kekurangan cairan

↓

Lemas

↓

Kehabisan cairan

↓

Meninggal

Kekurangan gizi

↓

Pertumbuhan anak terganggu




Suplemen Zinc untuk diare

Zinc merupakan zat gizi mikro yang sangat penting dalam membantu tumbuh kembang anak dan untuk menjaga kesehatannya. Pada saat diare, anak akan kehilangan zinc dalam tubuhnya. Pemberian Zinc mampu menggantikan kandungan Zinc alami tubuh yang hilang tersebut dan mempercepat penyembuhan diare. Zinc juga meningkatkan sistim kekebalan tubuh sehingga dapat mencegah risiko terulangnya diare selama 2-3 bulan setelah anak sembuh dari diare.

Dosis suplemen Zinc (1 tablet = 20 mg):

- Umur < 6 bulan: 1/2 tablet/hari
- Umur ≥ 6 bulan: 1 tablet/hari
- Dapat diberikan dengan melarutkan tablet zinc pada air matang atau ASI
- Pastikan memberikan suplemen Zinc selama 10 hari berturut-turut meskipun diare sudah sembuh.

LAMPIRAN C. Uji Validasi Kuesioner

Uji validasi yang digunakan pada penelitian ini adalah uji validasi dengan metode *Spearman Rho*. Hasil validasi menggunakan metode *Spearman Rho*, dimana instrumen dikatakan valid apabila nilai korelasi lebih dari 0,362 berdasarkan tabel *rho* dengan 30 responden dan taraf signifikansi 5%.

C.1 Hasil Uji Pertanyaan Nomor 1-10

Correlations

	soal1	soal2	soal3	soal4	soal5	soal6	soal7	soal8	soal9	soal10	total
soal1 Spearman's rho Correlation Coefficient	1.000	.118	.071	.155	.255	.189	.256	.599**	.398*	.193	.559**
Sig. (2-tailed)	.	.534	.710	.414	.174	.317	.172	.000	.029	.307	.001
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal2 Spearman's rho Correlation Coefficient	.118	1.000	.138	.036	.118	.327	.380*	-.224	.311	.102	.384*
Sig. (2-tailed)	.534	.	.466	.849	.534	.077	.038	.235	.094	.591	.036
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal3 Spearman's rho Correlation Coefficient	.071	.138	1.000	.558**	.071	.196	.148	.217	.426*	.085	.523**
Sig. (2-tailed)	.710	.466	.	.001	.710	.299	.434	.250	.019	.656	.003
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

soal9	Spearman's rho Correlation Coefficient	.398*	.311	.426*	.257	.071	.045	.148	.217	1.000	.367*	.666**
	Sig. (2-tailed)	.029	.094	.019	.171	.710	.812	.434	.250	.	.046	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
soal10	Spearman's rho Correlation Coefficient	.193	.102	.085	.059	-.129	-.208	-.085	.000	.367*	1.000	.386*
	Sig. (2-tailed)	.307	.591	.656	.755	.498	.270	.656	1.000	.046	.	.035
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
total	Spearman's rho Correlation Coefficient	.559**	.384*	.523**	.584**	.368*	.395*	.429*	.497**	.666**	.386*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.001	.036	.003	.001	.046	.031	.018	.005	.000	.035	.
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

soal20	Spearman's rho											
	Correlation Coefficient	.302	.247	.437*	.279	.107	.071	.269	.386*	.357	1.000	.489**
	Sig. (2-tailed)	.105	.189	.016	.136	.574	.709	.150	.035	.052	.	.006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
total	Spearman's rho											
	Correlation Coefficient	.523**	.462*	.384*	.553**	.454*	.494**	.537**	.466**	.823**	.489**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.003	.010	.036	.002	.012	.005	.002	.009	.000	.006	.
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

LAMPIRAN D. Uji Reliabilitas Kuesioner

Uji Reliabilitas yang digunakan oleh peneliti adalah uji dari *Spearman Brown*. Hasil dari uji reliabilitas dengan metode *Spearman Brown* adalah sebagai berikut:

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.695
		N of Items	10 ^a
	Part 2	Value	.774
		N of Items	10 ^b
	Total N of Items		20
Correlation Between Forms			.827
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.905
	Unequal Length		.905
Guttman Split-Half Coefficient			.900

a. The items are: soal1, soal2, soal3, soal4, soal5, soal6, soal7, soal8, soal9, soal10.

b. The items are: soal11, soal12, soal13, soal14, soal15, soal16, soal17, soal18, soal19, soal20.


Item-Total Statistics


	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
soal1	12.0000	21.448	.519	.851
soal2	11.9667	22.171	.356	.856
soal3	12.1333	21.361	.464	.852
soal4	12.0667	21.375	.490	.851
soal5	12.0000	22.000	.376	.856
soal6	12.4667	21.775	.393	.855
soal7	12.4000	21.352	.466	.852
soal8	11.9333	21.857	.480	.852
soal9	12.1333	21.016	.544	.849
soal10	12.1667	22.971	.101	.867
soal11	12.1667	21.592	.402	.855
soal12	12.1333	21.499	.432	.854
soal13	11.9667	22.171	.356	.856
soal14	12.2333	21.013	.523	.850
soal15	12.1333	21.568	.416	.854
soal16	12.0333	21.757	.415	.854
soal17	11.9667	21.757	.469	.853
soal18	12.1333	21.223	.496	.851
soal19	12.2000	19.821	.808	.837
soal20	12.3333	21.264	.470	.852

Data untuk melihat apakah pertanyaan yang digunakan sudah reliabel atau tidak dilihat pada tabel reliabilitas *Cronbach Alpha*. Hasil uji reliabilitas dikatakan reliabel jika nilai $\alpha > 0,6$.

LAMPIRAN E. SURAT IJIN PENELITIAN

E.1 Surat Ijin Penelitian Ditujukan Untuk Dinas Kesehatan dan Kecamatan Patrang

 PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jl. Letjen S. Parman No. 89 Telp. 337853 Jember



Kepada
 Yth. Sdr. : 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 2. Camat Patrang
 Di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/1970/314/2014

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat dari Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 28 Oktober 2014 Nomor : 1647/UN25.3.1/LT.5/2014 Perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian.

MEREKOMENDASIKAN

Nama / No. Induk : Felicia Marsella 102210101096
 Instansi / Fak : Fakultas Farmasi / Jurusan Farmasi / Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian tentang : "Pengaruh Edukasi Terhadap Pengetahuan Ibu-Ibu di Kecamatan Patrang Dalam Pencegahan Diare Pada Anak".
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kab. Jember, Puskesmas Patrang & Seluruh Kelurahan di Kec. Patrang.
 Tanggal : 30-10-2014 s/d 30-04-2015

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Itian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 30-10-2014

K E P A L A B A K E S B A N G D A N P O L I T I K
 K A B U P A T E N J E M B E R


 Drs. WIDI PRASETYO, M.Pd
 Pembina Tingkat 1
 NIP. 196110081982011005

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Univ. Jember
 2. Arsip

E.2 Surat Ijin Pengambilan Data Ditujukan Untuk Puskesmas Kecamatan Patrang



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
 JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 07 November 2014

<p>Nomor : 440 / 29714 / 414 / 2014 Sifat : Penting Lampiran : - Perihal : <u>Ijin Pengambilan data</u></p>	<p>Kepada : Yth.Sdr. Kepala Puskesmas Patrang di - JEMBER</p>
--	---

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1970/314/2014, Tanggal 30 Oktober 2014, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama	: FELICIA MARSELLA
NIM	: 102210101096
Alamat	: Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas	: Fakultas Farmasi Universitas Jember
Keperluan	: Melaksanakan pengambilan data tentang "Pengaruh Edukasi Terhadap Pengetahuan Ibu-ibu di Kecamatan Patrang dalam Penanganan Diare pada Anak "
Waktu Pelaksanaan	: 07 November 2014 s/d 30 April 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Pengambilan data ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**
dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
 Pembina Utama Muda
 NIP : 19570202 198211 1 002

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat

E.3 Surat Ijin Penelitian Ditujukan Untuk Tiap Kelurahan di Kecamatan Patrang



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
KECAMATAN PATRANG
 Jl. Srikoyo No. 100 Telp. (0331) 486040 Kode Pos 68111 Jember

Patrang, 03 November 2014

Nomor : 072/ 567 /02/2014	K e p a d a
Sifat : Penting	Yth. Sdr. Lurah se Kec . Patrang
Lampiran : -	di -
Perihal : <u>Ijin Penelitian</u>	<u>PATRANG</u>

Memperhatikan surat Rekomendasi Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1970/314/2014 tanggal 30 Oktober 2014 perihal tersebut pada pokok surat, kaitan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku dimohon kepada Saudara memberikan bantuan tepat dan atau data seperlunya untuk kelancaran kegiatan dimaksud kepada :

Nama / No. Induk	: Felicia Marsella	102210101096
Instansi /Fak	: Fakultas Farmasi / Jurusan Farmasi / Universitas	
Alamat	: Jl. Kalimantan No.37 Jember	
Keperluan	: Mengadakan Penelitian/Survey "Pengaruh Edukasi Terhadap Pengetahuan Ibu-Ibu di Kecamatan Patrang Dalam Penanganan Diare Pada Anak".	
Lokasi	: Kelurahan se Kecamatan Patrang Kabupaten Jember	
Waktu	: 30 Oktober s/d 30 April 2015	

Ijin Penelitian ini diberikan dengan ketentuan :

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian untuk mendapatkan perhatian dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.



MUHAMMAD N. HUDA, S.STP, Msi.
 NIP. 19771027 199810 1 001

LAMPIRAN F. Uji Normalitas Data *Pre-test* dan *Post-test*

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pretest	.130	100	.000	.968	100	.016
posttest	.152	100	.000	.927	100	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Jika Responden > 50 , maka menggunakan tabel *Kolmogorov-Smirnov*.
Jika Responden ≤ 50 , maka menggunakan tabel *Shapiro-Wilk*. Karena responden berjumlah 100, maka tabel yang digunakan adalah tabel *Kolmogorov-Smirnov*.
Data akan Memiliki Distribusi Normal jika $p \geq 0,05$.

LAMPIRAN G. Uji Wilcoxon Signed Rank**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pretest	100	12.5300	2.64939	7.00	18.00
posttest	100	15.6200	1.93208	10.00	19.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah edukasi - sebelum edukasi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	94 ^b	47.50	4465.00
	Ties	6 ^c		
	Total	100		

a. sesudah edukasi < sebelum edukasi

b. sesudah edukasi > sebelum edukasi

c. sesudah edukasi = sebelum edukasi

Test Statistics^b

	sesudah edukasi - sebelum edukasi
Z	-8.449 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

H₀: tidak ada perbedaan tingkatan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi.

H₁: ada perbedaan tingkatan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi.

Taraf signifikansi sebesar 0,05

Sig > 0,05 maka H₀ diterima dan H₁ ditolak

Sig < 0,05 maka H₀ ditolak dan H₁ diterima

Sig hitung sebesar 0,000 < 0,05 maka H₀ ditolak dan H₁ diterima.

LAMPIRAN H. Uji Hubungan Antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan**H.1 Hasil Uji Hubungan Antara Usia Responden dengan Tingkat Pengetahuan *Pre-test*****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PENGETAHUAN PRETEST * USIA	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	13.036 ^a	4	.011	.012		
Likelihood Ratio	12.844	4	.012	.015		
Fisher's Exact Test	11.031			.016		
Linear-by-Linear Association	1.092 ^b	1	.296	.305	.181	.060
N of Valid Cases	100					

a. 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

b. The standardized statistic is 1,045.

PENGETAHUAN PRETEST * USIA Crosstabulation

			USIA			Total
			20-25	26-30	31-35	
PENGETAH UAN PRETEST	pengetahuan sedang	Count	17	8	1	26
		Expected Count	16.9	7.3	1.8	26.0
		% within PENGETAHUANPRETEST	65.4%	30.8%	3.8%	100.0%
		% within USIA	26.2%	28.6%	14.3%	26.0%
		% of Total	17.0%	8.0%	1.0%	26.0%
	pengetahuan baik	Count	43	11	6	60
		Expected Count	39.0	16.8	4.2	60.0
		% within PENGETAHUANPRETEST	71.7%	18.3%	10.0%	100.0%
		% within USIA	66.2%	39.3%	85.7%	60.0%
		% of Total	43.0%	11.0%	6.0%	60.0%
	pengetahuan sangat baik	Count	5	9	0	14
		Expected Count	9.1	3.9	1.0	14.0
		% within PENGETAHUANPRETEST	35.7%	64.3%	.0%	100.0%
		% within USIA	7.7%	32.1%	.0%	14.0%
		% of Total	5.0%	9.0%	.0%	14.0%
Total		Count	65	28	7	100
		Expected Count	65.0	28.0	7.0	100.0
		% within PENGETAHUANPRETEST	65.0%	28.0%	7.0%	100.0%
		% within USIA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	65.0%	28.0%	7.0%	100.0%

H.2 Hasil Uji Hubungan Antara Usia Responden dengan Tingkat Pengetahuan *Post-test*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan_postest * Usia	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.945 ^a	4	.746	.679		
Likelihood Ratio	2.001	4	.736	.772		
Fisher's Exact Test	2.757			.595		
Linear-by-Linear Association	.080 ^b	1	.777	.881	.442	.113
N of Valid Cases	100					

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

b. The standardized statistic is -,283.

Pengetahuan_postest * Usia Crosstabulation

			Usia			Total
			20-25	26-30	31-35	
Pengetahuan_ postest	pengetahuan sedang	Count	1	1	0	2
		Expected Count	1.3	.6	.1	2.0
		% within Pengetahuan_postest	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
		% within Usia	1.5%	3.6%	.0%	2.0%
		% of Total	1.0%	1.0%	.0%	2.0%
	pengetahuan baik	Count	26	9	4	39
		Expected Count	25.4	10.9	2.7	39.0
	% within Pengetahuan_postest	66.7%	23.1%	10.3%	100.0%	
	% within Usia	40.0%	32.1%	57.1%	39.0%	
	% of Total	26.0%	9.0%	4.0%	39.0%	
pengetahuan sangat baik		Count	38	18	3	59
		Expected Count	38.4	16.5	4.1	59.0
		% within Pengetahuan_postest	64.4%	30.5%	5.1%	100.0%
		% within Usia	58.5%	64.3%	42.9%	59.0%
		% of Total	38.0%	18.0%	3.0%	59.0%
	Total	Count	65	28	7	100
		Expected Count	65.0	28.0	7.0	100.0
	% within Pengetahuan_postest	65.0%	28.0%	7.0%	100.0%	
	% within Usia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	65.0%	28.0%	7.0%	100.0%	

LAMPIRAN I. Uji Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan

I.1 Hasil Uji Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Responden dengan Tingkat Pengetahuan *Pre-test*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan_pretest * Tingkat_pendidikan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	19.122 ^a	2	.000	.000		
Likelihood Ratio	17.640	2	.000	.000		
Fisher's Exact Test	16.765			.000		
Linear-by-Linear Association	15.201 ^b	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	100					

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,22.

b. The standardized statistic is 3,899.

Pengetahuan_pretest * Tingkat_pendidikan Crosstabulation

			Tingkat_pendidikan		Total
			rendah	tinggi	
Pengetahuan_pretest	pengetahuan sedang	Count	14	12	26
		Expected Count	6.0	20.0	26.0
		% within Pengetahuan_pretest	53.8%	46.2%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	60.9%	15.6%	26.0%
		% of Total	14.0%	12.0%	26.0%
pengetahuan baik		Count	8	52	60
		Expected Count	13.8	46.2	60.0
		% within Pengetahuan_pretest	13.3%	86.7%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	34.8%	67.5%	60.0%
		% of Total	8.0%	52.0%	60.0%
pengetahuan sangat baik		Count	1	13	14
		Expected Count	3.2	10.8	14.0
		% within Pengetahuan_pretest	7.1%	92.9%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	4.3%	16.9%	14.0%
		% of Total	1.0%	13.0%	14.0%
Total		Count	23	77	100
		Expected Count	23.0	77.0	100.0
		% within Pengetahuan_pretest	23.0%	77.0%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	23.0%	77.0%	100.0%

I.2 Hasil Uji Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Responden dengan Tingkat Pengetahuan *Post-test*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan_postest * Tingkat_pendidikan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probabilit y
Pearson Chi-Square	10.219 ^a	2	.006	.004		
Likelihood Ratio	10.136	2	.006	.005		
Fisher's Exact Test	10.515			.002		
Linear-by-Linear Association	9.912 ^b	1	.002	.002	.002	.002
N of Valid Cases	100					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

b. The standardized statistic is 3,148.

Pengetahuan_postest * Tingkat_pendidikan Crosstabulation

			Tingkat_pendidikan		Total
			rendah	tinggi	
Pengetahuan_ postest	pengetahuan sedang	Count	1	1	2
		Expected Count	.5	1.5	2.0
		% within Pengetahuan_postest	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	4.3%	1.3%	2.0%
		% of Total	1.0%	1.0%	2.0%
pengetahuan baik		Count	15	24	39
		Expected Count	9.0	30.0	39.0
		% within Pengetahuan_postest	38.5%	61.5%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	65.2%	31.2%	39.0%
		% of Total	15.0%	24.0%	39.0%
pengetahuan sangat baik		Count	7	52	59
		Expected Count	13.6	45.4	59.0
		% within Pengetahuan_postest	11.9%	88.1%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	30.4%	67.5%	59.0%
		% of Total	7.0%	52.0%	59.0%
Total		Count	23	77	100
		Expected Count	23.0	77.0	100.0
		% within Pengetahuan_postest	23.0%	77.0%	100.0%
		% within Tingkat_pendidikan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	23.0%	77.0%	100.0%

LAMPIRAN J. Uji Hubungan Antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan**J.1 Hasil Uji Hubungan Antara Pekerjaan Responden dengan Tingkat Pengetahuan *Pre-test*****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan_pretest * Pekerjaan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6.271 ^a	2	.043	.043		
Likelihood Ratio	7.359	2	.025	.030		
Fisher's Exact Test	6.464			.041		
Linear-by-Linear Association	5.755 ^b	1	.016	.017	.012	.008
N of Valid Cases	100					

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,62.

b. The standardized statistic is 2,399.

Pengetahuan_pretest * Pekerjaan Crosstabulation

		Pekerjaan		Total	
		tidak bekerja	bekerja		
Pengetahuan_ pretest	pengetahuan sedang	Count	12	14	26
		Expected Count	8.6	17.4	26.0
		% within Pengetahuan_pretest	46.2%	53.8%	100.0%
		% within Pekerjaan	36.4%	20.9%	26.0%
		% of Total	12.0%	14.0%	26.0%
pengetahuan baik		Count	20	40	60
		Expected Count	19.8	40.2	60.0
		% within Pengetahuan_pretest	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Pekerjaan	60.6%	59.7%	60.0%
		% of Total	20.0%	40.0%	60.0%
pengetahuan sangat baik		Count	1	13	14
		Expected Count	4.6	9.4	14.0
		% within Pengetahuan_pretest	7.1%	92.9%	100.0%
		% within Pekerjaan	3.0%	19.4%	14.0%
		% of Total	1.0%	13.0%	14.0%
Total		Count	33	67	100
		Expected Count	33.0	67.0	100.0
		% within Pengetahuan_pretest	33.0%	67.0%	100.0%
		% within Pekerjaan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.0%	67.0%	100.0%

J.2 Hasil Uji Hubungan Antara Pekerjaan Responden dengan Tingkat Pengetahuan *Post-test*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan_postest * Pekerjaan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.321 ^a	2	.313	.314		
Likelihood Ratio	2.298	2	.317	.365		
Fisher's Exact Test	2.659			.247		
Linear-by-Linear Association	2.280 ^b	1	.131	.164	.095	.051
N of Valid Cases	100					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,66.

b. The standardized statistic is 1,510.

Pengetahuan_postest * Pekerjaan Crosstabulation

		Pekerjaan		Total	
		tidak bekerja	bekerja		
Pengetahuan_ postest	pengetahuan sedang	Count	1	1	2
		Expected Count	.7	1.3	2.0
		% within Pengetahuan_postest	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Pekerjaan	3.0%	1.5%	2.0%
		% of Total	1.0%	1.0%	2.0%
pengetahuan baik		Count	16	23	39
		Expected Count	12.9	26.1	39.0
		% within Pengetahuan_postest	41.0%	59.0%	100.0%
		% within Pekerjaan	48.5%	34.3%	39.0%
		% of Total	16.0%	23.0%	39.0%
pengetahuan sangat baik		Count	16	43	59
		Expected Count	19.5	39.5	59.0
		% within Pengetahuan_postest	27.1%	72.9%	100.0%
		% within Pekerjaan	48.5%	64.2%	59.0%
		% of Total	16.0%	43.0%	59.0%
Total		Count	33	67	100
		Expected Count	33.0	67.0	100.0
		% within Pengetahuan_postest	33.0%	67.0%	100.0%
		% within Pekerjaan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.0%	67.0%	100.0%

LAMPIRAN K. Dokumentasi Penelitian

