EFEKTIVITAS PENDEKATAN VERBAL SECARA INDIVIDUAL OLEH KADER KESEHATAN TERHADAP IBU RUMAH TANGGA DALAM MENINGKATKAN PENGETAHUAN DETEKSI DINI PENYAKIT DIARE PADA BALITA DAN KETERAMPILAN PENERAPAN TERAPI REHIDRASI ORAL DI DESA ROWOBUNGKUL KECAMATAN NGAWEN KABUPATEN BLORA TAHUN 2010

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Sri Utami

NIM. 6450406532

PERPUSTAKAAN
UNNES

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2011

ABSTRAK

Sri Utami.
Efektivitas Pendekatan Verbal secara Individual oleh Kader Kesehatan terhadap Ibu Rumah Tangga dalam Meningkatkan Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita dan Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora Tahun 2010,
VI + 106 Halaman + 22 tabel + 6 gambar + 16 lampiran

Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, diare merupakan penyebab kematian nomor 2 pada balita dan nomor 3 bagi bayi serta nomor 5 bagi semua umur. Setiap anak di Indonesia mengalami episode diare sebanyak 1,6 - 2 kali per tahun. Permasalahan dalam penelitian ini adalah apakah pendekatan perbal secara Individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga efektif dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora. Tujuan yang ingin dicapai adalah untuk mengetahui efektif atau tidaknya pendekatan perbal secara Individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

Jenis penelitian ini adalah eksperimen semu dengan rancangan *Non-randomized Control Group Pretest-Postest*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu rumah tangga di Desa Rowobungkul yang mempunyai balita. pengambilan sampel dilakukan berdasarkan skala pengukuran dan jenis penelitian didapatkan 49 responden untuk tiap kelompok. Instumen dalam penelitian ini adalah poster, foto, gelas blimbing, sendok teh, gula, garam, bubuk oralit dan soal-soal test. Analisis data yang digunakan adalah *Mann-Whitney*.

Dari hasil penelitian terdapat perbedaan yang signifikan antara selisih skor *pre-test* dan *post-test* pengetahuan maupun *pre-test* dan *post-test* keterampilan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan nilai p = 0,0001 lebih kecil dari α (0,05). Kesimpulan dalam penelitian ini adalah pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral daripada pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan pada ibu rumah tangga di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora. Melalui penelitian ini diharapkan bagi Kepala Puskesmas Rowobungkul supaya lebih meningkatkan penyuluhan tentang diare pada balita, terutama dengan metode pendekatan verbal secara individual dengan menggerakkan kader-kader kesehatan.

Kata Kunci: Pendekatan Verbal Individual, Verbal Klasikal, Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita, Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral.
Kepustakaan: 37 (1988-2009)

ABSTRACT

Sri Utami.
The Effectiveness of Individual Verbal Approach by Health Cadres upon Housewives in Improving Diarrhea Early Detection Knowledge in Infants and Oral Rehydration Therapy Implementation Skill in Rowobungkul, Ngawen District, Blora Regency in 2010,
VI + 106 Pages + 22 tables + 6 figures + 16 appendices

From the Household Health Survey (SKRT) result in Indonesia, diarrhea is the second mortality cause in infants and the third in baby and the fifth in all ages. Every child in Indonesia experiences a diarrhea episod of 1.6 - 2 times per year. The problem in this research was whether the Individual verbal approach by health cadres upon housewives was effective in improving the diarrhea early detection knowledge in infants and rehydration therapy implementation skill in Rowobungkul Village, Ngawen District, Blora Regency. The objective to be achieved was to discover the effectiveness of the Individual verbal approach by health cadres upon housewives was effective in improving the diarrhea early detection knowledge in infants and rehydration therapy implementation skill in Rowobungkul Village, Ngawen District, Blora Regency.

The current study was quasi-experiment using non-randomized control group pretest-posttest design. The population in this research was housewives in Rowobungkul Village with infants. The sampling was performed based on measurement scale and research type, and 49 respondents were obtained for each group. The instuments in this research were poster, photograph, corrugated glass, tea spoon, sugar, salt, *oralit* powder and test items. The data were analyzed using Mann-Whitney.

From the research result, it was found a significant difference in pre-test dan post-test scores on knowledge as well as those on skill for experiment and control groups with p value = 0.0001, smaller than α (0.05). The conclusion in this research were that individual verbal approach by health cadres was more effective in improving the diarrhea early detection knowledge in infants and rehydration therapy implementation skill than its classical counterpart by health cadres in housewives in Rowobungkul Village, Ngawen District, Blora Regency. Through this research, it was expected for the Head of *Puskesmas* (Public Health Center) Rowobungkul to improve its counseling on diarrhea in infants, particularly using individual verbal approach by mobilizing its health cadres.

Keywords: Individual Verbal Approach, Classical Verbal Approach, Diarrhea Early Detection Knowledge in Infants, Oral Rehydration Therapy Implementation Skill.
Reference: 37 (1988-2009)

PERPUSTAKAAN UNNES

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Panita Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama:

Nama : Sri Utami

NIM : 6450406532

Judul : efektivitas pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral di desa rowobungkul kecamatan ngawen kabupaten blora tahun 2010

Pada hari : Rabu

Tanggal : 2 Maret 2011

Panitia Ujian

Ketua Panitia, **Sekretaris**

Drs. H. Harry Pramono, M.Si
19591019.198503.1.001

Irwan Budiono, S,KM,M.Kes
NIP. 19751217.200501.1.003

Dewan Penguji Tanggal persetujuan

Ketua Penguji Dra. E.R. Rustiana M.Kes _____
NIP. 19751217.200501.1.003

Anggota Penguji (Pembimbing Utama) dr. H. Mahalul Azam, M.kes _____
NIP. 19751119.200112.1.001

Anggota Penguji (Pembimbing Pendamping) Dina Nura Anggraini N, S.KM _____
NIP. 19800420.200501.2.003

PERPUSTAKAAN UNNES

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Kebanggaan kita yang terbesar adalah bukan tidak pernah gagal, tetapi bangkit kembali setiap kali kita jatuh (Confusius**).**
2. Rahmat sering datang kepada kita dalam bentuk kesakitan, kehilangan dan kekecewaan, tetapi kalau kita sabar, kita segera akan melihat bentuk aslinya. (Joseph Addison).
3. Musuh yang paling berbahaya di atas dunia ini adalah penakut dan bimbang. Teman yang paling setia, hanyalah keberanian dan keyakinan yang teguh (Andrew Jackson**).**

PERSEMBAHKAN

Karya ini ananda persembahkan untuk:

1. Bapak dan Ibu tercinta yang telah damai di sisi-Nya
2. Suami dan anakku tersayang
3. Nenek, kakek dan adikku tercinta

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul "Efektivitas Pendekatan Verbal secara Individual oleh Kader Kesehatan terhadap Ibu Rumah Tangga dalam Meningkatkan Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare Pada Balita dan Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora Tahun 2010" dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan penyelesaian skripsi ini, dengan rasa rendah hati disampaikan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Nrgeri Semarang, Bapak Drs. H. Harry Pramono, M. Si.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Said Junaidi, M. Kes., atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang serta sebagai pembimbing I, Bapak dr. H. Mahalul Azam, M. Kes., atas persetujuan penelitian serta bimbingan, arahan, dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pembimbing II, Ibu Dina Nur Anggaraini Ningrum, S.KM., atas bimbingan, arahan, dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Kepala Desa Rowobungkul Bapak Joko Suyono, S.TP., atas ijin penelitian dan bantuan selama pelaksanaan penelitian ini.
6. Ibu-ibu Kader Kesehatan Desa Rowobungkul, yang telah bersedia membantu dalam penelitian ini.
7. Ibu-ibu di Desa Rowobungkul yang telah bersedia mengikuti pelaksanaan dan membantu kelancaran selama penelitian.
8. Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas ilmunya selama kuliah.

9. Mas Dwi Prasetyo tersayang, atas semangat, dukungan, doa, bantuan dan pengertiannya selama penyusunan dan penyelesaian skripsi ini.
10. Teman-teman IKM angkatan 2006, khususnya Sita, Anggi, Aris, dan Nanik serta teman-teman Kos Nurjanah atas bantuan dan motivasinya dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna menyempurnakan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Januari 2011

Penyusun

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR ISI

JUDUL i
ABSTRAK ii
HALAMAN PENGESAHAN iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR GAMBAR xv
DAFTAR LAMPIRAN xvi
BAB I. PENDAHULUAN 1
1.1.Latar Belakang 1
1.2.Rumusan Masalah 5
1.3.Tujuan Penelitian 7
1.4.Manfaat Hasil Penelitian 9
1.5.Keaslian Penelitian 9
1.6.Ruang Lingkup Penelitian 14
BAB II. LANDSAN TEORI 16
2.1. Diare 16
2.1.1. Pengertian Diare 17
2.1.2. Jenis Diare 17
2.1.2.1. Diare Akut 17
2.1.2.2. Diare Bermasalah 22
2.1.3. Gejala-gejala yang Timbul Akibat Diare 27
2.1.4. Akibat Diare yang Berkepanjangan 27
2.1.5. Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita 28
2.1.6. Pengobatan Diare 29
2.1.7. Pencegahan Diare 37

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

2.2. Komunikasi Kesehatan 38
2.2.1. Komunikasi Antar Pribadi (*Interpersonal Communication*) 38
2.2.2. Komunikasi Massa (*Mass Communication*) 39
2.3. Media Promosi Kesehatan 39
2.3.1.Media Cetak 40
2.3.2.Media Elektronik 41
2.3.3.Media Papan 41
2.4.Kader Kesehatan 42
2.5.Jenis Pendekatan Pendidikan Kesehatan Masyarakat 43
2.5.1 Pendekatan Verbal Secara Individual oleh Kader Kesehatan 43
2.5.2 Pendekatan Verbal Secara Klasikal oleh Kader Kesehatan 44
2.6.Fase-fase dalam Membuat Perencanaan Pendidikan Kesehatan Masyarakat 47
2.6.1.Diagnosa Pendidikan 47
2.6.2.Penetapan Strategi Pendidikan 48
2.6.3.Diagnosa Administratif 49
2.7.Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan 49
2.7.1.Batasan Perilaku 49
2.7.2.Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintanance*) 51
2.7.3.Domain Perilaku 52
2.8.Kerangka Teori 56
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN 57
3.1. Kerangka Konsep 57
3.2. Hipotesis Penelitian 57
3.3.Jenis dan Rancangan Penelitian 58
3.4.Variabel Penelitian 59
3.5.Definisi Operasional dan skala Pengukuran 60
3.6.Populasi dan Sampel Penelitian 62
3.7.Sumber Data Penelitian 63
3.8.Instrumen Penelitian 64

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

3.9.Validitas dan Reliabilitas 65
3.10. Tahap Penelitian 66
3.11. Teknik Pengambilan Data 69
3.12. Teknik Pengolahan dan Analisis Data 70
BAB IV. HASIL PENELITIAN 72
4.1.Diskripsi Data 72
4.1.1.Gambaran Umum Lokasi Penelitian 72
4.1.2.Gambaran Kader Kesehatan 72
4.2.Hasil Penelitian 73
4.2.1.Analisis Univariat 73
4.2.1.1.Karakteristik Responden 73
4.2.1.1.1.Distribusi Responden menurut Umur 73
4.2.1.1.2.Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan 74
4.2.1.2.Pendekatan Pendidikan Kesehatan 75
4.2.1.3.Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita Sebelum dan Sesudah mendapat Pendekatan (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen 76
4.2.1.4.Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehirasi Oral Sebelum dan Sesudah Mendapat Pendekatan (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen 77
4.2.1.5.Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita Sebelum dan Sesudah mendapat Pendekatan (*Pre-test* dab *Post-test*) pada Kelompok Kontrol 79
4.2.1.6.Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehirasi Oral Sebelum dan Sesudah Mendapat Pendekatan (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol 80
4.2.2.Analisis Bivariat 81
4.2.2.1.Uji Normalitas Data 81
4.2.2.2.Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Eksperimen 82
4.2.2.3.Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Eksperimen 83

UNIVERSITAS NI ERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

4.2.2.4.Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Kontrol 84

4.2.2.5.Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Kontrol..... 85

4.2.2.6.Perbedaan Selisih Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol..... 86

4.2.2.7.Perbedaan Selisih Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol 87

BAB V. PEMBAHASAN 89

5.1.Hasil Penelitian 89

5.1.1.Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Eksperimen..... 89

5.1.2.Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Eksperimen..... 91

5.1.3.Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Kontrol 92

5.1.4.Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Kontrol 93

5.1.5.Perbedaan Selisih Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol..... 94

5.1.6.Perbedaan Selisih Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol 96

5.2.Keterbatasan Penelitian 97

BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN 98

6.1.Simpulan..... 98

6.2.Saran..... 100

6.2.1.Bagi Ibu Rumah Tangga yang Mempunyai Balita di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora..... 100

6.2.2.Bagi Mahasiswa IKM UNNES..... 100

6.2.3.Bagi Kepala Puskesmas Rowobungkul..... 101

DAFTAR PUSTAKA..... 102

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian 10

Tabel 1.2. Pembeda dengan Penelitian Sebelumnya 12

Tabel 2.1. Gejala-gajala yang Timbul Akibat Diare..... 27

Tabel 2.2. Penilaian Derajat Dehidrasi 29

Tabel 2.3. Pemberian Oralit Berdasarkan Berat Badan 33

Tabel 2.4. Penambahan Oralit Setiap Kali Mencret 33

Tabel 4.1. Distribusi Responden Menurut Pemberian Pendekatan Pendidikan Kesehatan 76

Tabel 4.2. Distribusi Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen 76

Tabel 4.3. Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen 77

Tabel 4.4. Distribusi Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen..... 78

Tabel 4.5. Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen 78

Tabel 4.6. Distribusi Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol 79

Tabel 4.7. Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol..... 79

Tabel 4.8. Distribusi Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol..... 80

Tabel 4.9. Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol 81

Tabel 4.10. Hasil Uji Normalitas Data..... 81

Tabel 4.11. Hasil Uji Statistik Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen 82

Tabel 4.12. Hasil Uji Statistik Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen.. 83

Tabel 4.13. Hasil Uji Statistik Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol.... 84

Tabel 4.14. Hasil Uji Statistik Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol 85

Tabel 4.15. Hasil Uji Statistik Selisih Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol..... 86

Tabel 4.16. Hasil Uji Statistik Selisih Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol..... 88

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Penyebab Penyakit Diare 19
Gambar 2.2. Rencana Terapi C 35
Gambar 2.3. Kerangka Teori 56
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Hubungan Antar Variabel..... 57
Gambar 4.1. Grafik Distribusi Responden Menurut Umur..... 73
Gambar 4.2. Grafik Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan..... 74

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing 105
Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas 106
Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari Tempat Penelitian 107
Lampiran 4. Instrumen Penelitian 109
Lampiran 5. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen 114
Lampiran 6. Surat Keterangan Telah Mengambil Data dari Tempat penelitian 117
Lampiran 7. Data Mentah Hasil Penelitian 118
Lampiran 8. Uji Normalitas Data 122
Lampiran 9. Analisis Univariat 124
Lampiran 10. Analisis Bivariat 132
Lampiran 11. Peragaan sebagai Metode Pembelajaran dalam Pendekatan Verbal secara Individual 140
Lampiran 12. Cerita sebagai Metode Pembelajaran dalam Pendekatan Verbal secara Klasikal 141
Lampiran 13. Peta Desa Rowobungkul 153
Lampiran 14. Perhitungan Sampel Penelitian 154
Lampiran 15. Dokumentasi 156

PERPUSTAKAAN UNNES

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Penyakit diare sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan dunia terutama di negara berkembang. Besarnya masalah tersebut terlihat dari tingginya angka kesakitan dan kematian akibat diare. WHO memperkirakan 4 milyar kasus terjadi di dunia pada tahun 2005 dan 2,2 juta diantaranya meninggal, sebagian besar anak-anak di bawah umur 5 tahun. Hal ini sebanding dengan 1 anak meninggal setiap 15 detik (Wiku Adisasmito, 2007:2).

Penyakit diare di Indonesia merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama, hal ini disebabkan karena masih tingginya angka kesakitan diare yang menimbulkan banyak kematian terutama pada balita. Di Indonesia, sekitar 162 ribu balita meninggal setiap tahun atau sekitar 460 balita setiap harinya**.** Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, diare merupakan penyebab kematian nomor 2 pada balita dan nomor 3 bagi bayi serta nomor 5 bagi semua umur. Setiap anak di Indonesia mengalami episode diare sebanyak 1,6 - 2 kali per tahun (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Jawa Tengah masih tergolong rawan terhadap serangan diare. Ada 633 desa yang endemis dan sporadis diare. Semua desa itu tersebar merata di Jawa Tengah. Berdasarkan data, mayoritas usia penderita yang terkena penyakit diare di Jawa Tengah selama Januari-Desember 2007 berkisar antara 1 tahun sampai 5

tahun. Dengan rincian umur kurang 1 tahun sebanyak 43.089 penderita (13,3 %), umur 1-4 tahun 105.306 penderita (32,5 %), dan umur 5 tahun 175.536 penderita (54,19 %) (Dinkes Jateng, 2007).

Kabupaten Blora merupakan salah satu dari 35 Kabupaten di Provinsi Jawa Tengah. Di wilayah Kabupaten Blora angka kejadian diare dari tahun ke tahun masih tinggi yaitu 6.616 kasus di tahun 2008, dan tahun 2009 meningkat menjadi 7.469 dengan satu kasus meninggal dunia. Angka kejadian pada usia < 1 tahun adalah 8,4 %, usia 1-4 tahun 25,27 %, dan pada usia > 5 tahun sebesar 66,34 %. Diare di Kabupaten Blora berada di posisi keempat, dari 10 besar penyakit yang tercatat di DKK Blora (DKK Blora, 2009).

Di Kabupaten Blora terdapat 26 Puskesmas, dan salah satunya adalah Puskesmas Rowobungkul. Berdasarkan data dari Puskesmas Rowobungkul, penderita diare pada tahun 2009 sebanyak 495 penderita dengan jumlah diare pada balita sebanyak 294 penderita (59,39 %). Angka kejadian diare pada balita tersebut menempati peringkat pertama dari seluruh puskesmas di Kabupaten Blora. Daerah dengan penderita diare pada balita paling tinggi adalah Desa Rowobungkul, dengan jumlah kasus pada tahun 2009 sebanyak 108 kasus atau 36,73 % penderita dari seluruh angka kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Rowobungkul (Puskesmas Rowobungkul, 2009).

Survei awal dilakukan untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam upaya deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral di Desa Rowobungkul. Dari 30 ibu yang menjadi

sampel dalam survei awal menunjukkan tingkat pengetahuan dan keterampilan ibu yang rendah sebesar 69,82 %, sedang 10,52 % dan tinggi sebesar 19,66 %.

Pasien diare yang dirawat biasanya sudah dalam keadaan dehidrasi berat dengan rata-rata kehilangan cairan 12,5 % (Ngastiyah, 2005:226). Terapi di rumah adalah bagian yang penting dari tatalaksana penderita diare yang benar karena pada umumnya diare dimulai di rumah. Anak harus menerima pengobatan yang benar di rumah agar dehidrasi dan kekurangan gizi dapat dicegah (Ditjen PPM & PLP, 1999:53). Apabila dehidrasi tidak segera diatasi maka dapat membahayakan jiwa anak. Bagi penderita diare ringan dapat diberikan oralit, tetapi pada kasus diare yang berat tentu saja memerlukan perawatan yang lebih intensif dan tidak dapat dilakukan di rumah (Ngastiyah, 2005:135).

Keluarga mempunyai tanggung jawab utama atas perawatan dan perlindungan anak sejak bayi hingga remaja. Akan tetapi salah satu masalah keperawatan yang terjadi pada anak dengan diare adalah kurangnya pengetahuan keluarga. Masalah tersebut dapat disebabkan oleh karena informasi yang kurang atau budaya yang menyebabkan tidak mementingkan pola hidup sehat sehingga rasa ingin tahu masih kurang, khususnya dalam penanganan dan pencegahan diare (A. Aziz Alimul H, 2006:17).

Pengobatan diare di rumah yang efektif hanya dapat diberikan oleh ibu. Ibu harus menyiapkan cairan rehidrasi oral, memberikannya dengan benar, memberikan makanan yang disiapkan dengan benar dan memutuskan kapan anak perlu dibawa kembali ke tempat pengobatan. Ibu dapat melakukan tugas tersebut

dengan benar apabila ibu mengetahui kebutuhan apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya (Ditjen PPM & PLP, 1999:61).

Pengembangan peranserta ibu rumah tangga dilakukan dengan tingkat intensitas pelatihan atau pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan. Kader kesehatan merupakan perwujutan peran serta aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu, dengan adanya kader yang dipilih oleh masyarakat, kegiatan diperioritaskan pada lima program dan mendapat bantuan dari petugas kesehatan terutama pada kegiatan yang mereka tidak kompeten memberikannya. Kader yang dinamis dengan pendidikan rata-rata tingkat desa teryata mampu melaksanakan beberapa hal yang sederhana, akan tetapi berguna bagi masyarakat sekelompoknya meliputi : Pengobatan ringan atau sederhana, pemberian obat cacing, pengobatan terhadap diare dan pemberian larutan gula garam, obat-obatan sederhan dan lain-lain, penimbangan dan penyuluhan gizi, pemberantasan penyakit menular, pencarian kasus, pelaporan vaksinasi, pemberian distribusi obat/alat kontrasepsi KB penyuluhan dalam upaya menanamkan NKKBS, penyuluhan kesehatan dan bimbingan upaya kebersihan lingkungan, pembuatan jamban keluarga dan sarana air sederhana, penyelenggaraan dana sehat dan pos kesehatan desa dan lain-lain (Zulkifli, 2003:3).

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi kader di dalam pemberantasan penyakit menular yaitu pendidikan (p = 0,003), penghasilan (0,000) dan jenis pekerjaan (p = 0,002)) (Pambudi, 2009: 50). Menurut penelitian Misnawati Ruji (2003) di Kota Palangkaraya, keaktifan kader dipengaruhi oleh umur, pendidikan, pengetahuan,

pekerjaan, lama bertugas, cara pemilihan kader, keterlibatan dalam organisasi, dan imbalan yang diterima oleh kader.

Pendekatan verbal secara individual dipilih agar penyampaian materi dan pelaksanaan praktik dapat berjalan secara efektif. Pendekatan ini juga dapat menjalin komunikasi antar kader kesehatan dan responden secara langsung agar antara kader kesehatan dan responden terjadi dialog, responden dapat lebih terbuka menyampaikan masalahnya dan keinginan-keinginannya secara lebih leluasa (Umrotun, 2002:13).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul "Efektivitas pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora".

1.2. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas, timbul suatu permasalahan sebagai berikut :

PERPUSTAKAAN
UNNES

1.2.1. Rumusan Masalah Umum

Apakah ada perbedaan yang bermakna pada tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok yang diberi pendekatan verbal secara individual (oleh kader kesehatan) dengan kelompok yang diberi pendekatan

verbal secara klasikal (oleh kader kesehatan) di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora?

1.2.2. Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora?
2. Apakah terdapat perbedaan tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora?
3. Apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora?
4. Apakah terdapat perbedaan tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora?
5. Apakah ada perbedaan selisih tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita antara kelompok pendekatan verbal secara individual dengan kelompok yang diberikan pendekatan

verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora?

6. Apakah ada perbedaan selisih tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok pendekatan verbal secara individual dengan kelompok yang diberikan pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada beda tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok yang diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan dengan kelompok yang diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1) Mengetahui apakah ada beda tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

2) Mengetahui apakah ada beda tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.
3) Mengetahui apakah ada beda tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.
4) Mengetahui apakah ada beda tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral sebelum dan sesudah mendapat pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.
5) Mengetahui apakah ada beda selisih tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita antara kelompok pendekatan verbal secara individual dengan kelompok yang diberikan pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.
6) Mengetahui apakah ada beda selisih tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok pendekatan verbal secara individual dengan kelompok yang diberikan pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

1.4. Manfaat Hasil Penelitian

1.4.1. Bagi Ibu Rumah Tangga yang Mempunyai Balita di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebagai salah satu dasar untuk menanggulangi keparahan diare pada balita.

1.4.2. Bagi Mahasiswa IKM UNNES

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai efektivitas pendekatan verbal secara individual oleh keder kesehatan terhadap ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebagai salah satu pertimbangan dalam penelitian selanjutnya dibidang pemberantasan penyakit diare pada balita.

1.4.3. Bagi Kepala Puskesmas Rowobungkul

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi mengenai efektivitas pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebagai salah satu dasar untuk mengembangkan program pemberantasan penyakit diare pada balita di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. Diare

Penyakit diare masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting karena merupakan penyumbang utama ketiga angka kesakitan dan kematian anak di berbagai negara termasuk Indonesia. Penyebab utama kematian akibat diare adalah dehidrasi akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui tinja. Penyebab kematian lainnya adalah disentri, kurang gizi dan infeksi. Golongan umur yang paling rentan menderita diare adalah anak-anak karena daya tahan tubuhnya yang masih lemah.

Diare merupakan penyebab kurang gizi yang penting terutama pada anak. Diare menyebabkan anoreksia (kurangnya nafsu makan) sehingga mengurangi asupan gizi, dan diare dapat mengurangi daya serap usus terhadap sari makanan. Dalam keadaan infeksi, kebutuhan sari makanan pada anak yang mengalami diare akan meningkat, sehingga setiap serangan diare akan menyebabkan kekurangan gizi. Jika hal ini berlangsung terus menerus akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan anak.

Penyakit diare dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain : keadaan lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan masyarakat, gizi, kependudukan, pendidikan dan keadaan sosial ekonomi. Penyakit diare dapat

ditanggulangi dengan penanganan yang tepat sehingga tidak sampai menimbulkan kematian terutama pada balita (Widoyono, 2005:145).

2.1.1.Pengertian Diare

Diare atau penyakit diare (*diarrheal disease*) berasal dari kata *diarroia* (bahasa Yunani) yang berarti mengalir terus (*to flow through*), merupakan suatu keadaan abnormal dari pengeluaran tinja yang terlalu frekuen. Menurut Lebenthal (1981), Gryboski dan Smith (1983) yang dikutip oleh I. Sudigbia Partawihardja, definisi diare secara klinis adalah sebagai pasasi yang frekuen dari tinja dengan konsistensi lembek sampai cair dengan volume melebihi 10ml/kg BB/hari (I. Sudigbia Partawihardja, 1991:5).

Diare sesuai dengan definisi Hippocrates, maka diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang tidak normal (meningkat) dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair (Suharyono, 2008: 1). Diare juga diartikan sebagai keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak, konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ngastiyah, 2005:224). Diare merupakan perubahan frekuensi dan konsistensi tinja. WHO pada tahun 1984 mendefinisikan diare sebagai berak cair tiga kali atau lebih dalam sehari semalam (24 jam) (Widoyono, 2005:146).

2.1.2.Jenis Diare

2.1.2.1.Diare Akut

Diare akut adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu (Suharyono, 2008:1).

1) Patogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare akut adalah :

(1) Gangguan osmotik

Akibat 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 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 timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

(3) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula (Ngastiyah, 2005:224).

2) Patofisiologi

Diare akut mengakibatkan terjadinya :

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

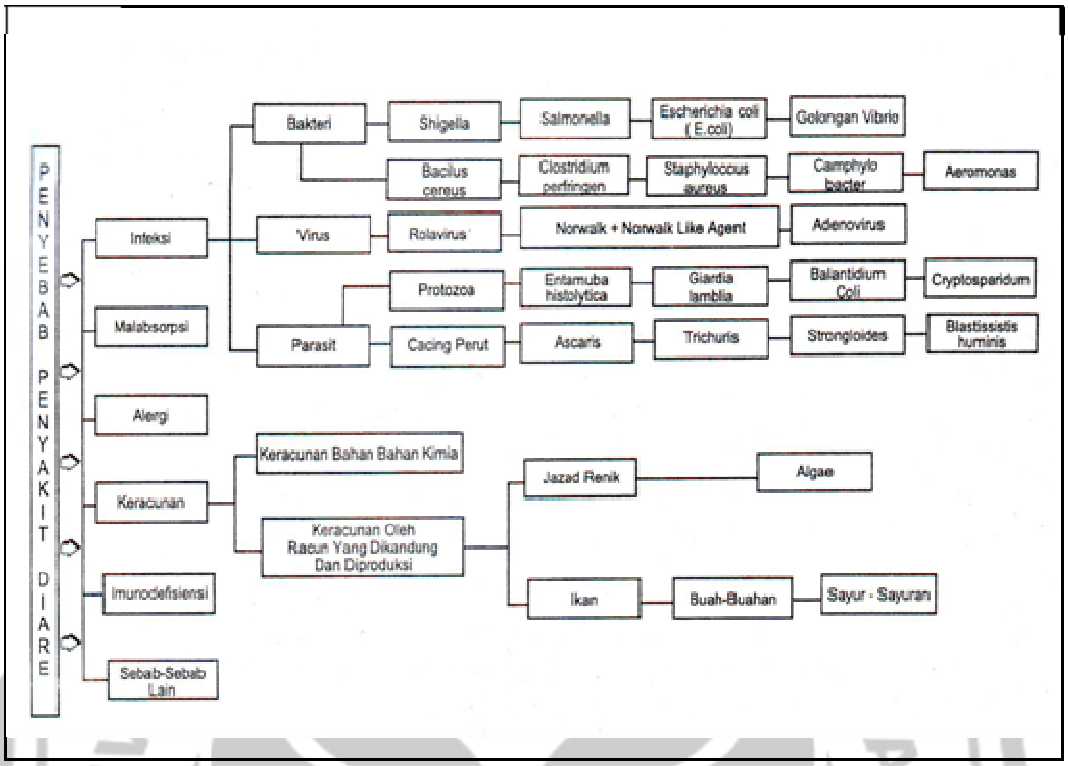
(1) Kehilangan air dan elektrolit serta gangguan asam basa yang menyebabkan dehidrasi, asidosis metabolik dan hipokalemia.

(2) Gangguan sirkulasi darah dapat berupa renjatan hipovolemik atau pra-renjatan sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai dengan muntah, perfusi jaringan berkurang sehingga hipoksia dan asidosismetabolik bertambah berat, perdarahan otak dapat terjadi, kesadaran menurun (soporokomatosa) dan bila tidak cepat diobati penderita dapat meninggal.

(3) Gangguan gizi yang terjadi akibat keluarnya cairan berlebihan karena diare dan muntah, kadang-kadang orang tuanya menghentikan pemberian makanan karena takut akan bertambahnya muntah dan diare pada anak atau bila makanan tetap diberikan dalam bentuk diencerkan. Hipoglikemia akan lebih sering terjadi pada anak yang sebelumnya telah menderita malnutrisi dan sebagai akibat hipoglikemia dapat terjadi edema otak yang dapat mengakibatkan kejang dan koma (Suharyono, 2008:23).

3) Etiologi

Secara klinis penyebab diare akut dapat dikelompokkan dalam golongan 6 besar, tetapi yang sering ditemukan di lapangan ataupun klinis adalah diare yang disebabkan infeksi dan keracunan. Untuk mengenal penyebab diare digambarkan dalam bagan berikut :



Gambar 2.1. Penyebab Penyakit Diare
(Sumber : Dinkes Jateng, 2008:9)

4) Epidemiologi

(1) Penyebaran Kuman yang Menyebabkan Diare

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

1. Tidak memberikan ASI (Air Susu Ibu) secara penuh pada bulan pertama kehidupan. Pada bayi yang tidak diberi ASI risiko untuk menderita diare lebih besar dari pada bayi yang diberi ASI penuh dan kemungkinan menderita dehidrasi berat juga lebih besar.

2. Menggunakan botol susu, menggunakan botol ini memudahkan penemaran oleh kuman, karena botol susah dibersihkan.
3. Menyimpan makanan masak pada suhu kamar. Bila makanan disimpan beberapa jam pada suhu kamar, makanan akan tercemar dan kuman akan berkembang biak.
4. Menggunakan air minum yang tercemar. Air mungkin sudah tercemar dari sumbernya atau pada saat disimpan di rumah. Pencemaran di rumah dapat terjadi kalau tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan.
5. Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar dan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak.
6. Tidak membuang tinja (termasuk tinja bayi) dengan benar. Sering beranggapan bahwa tinja bayi tidaklah berbahaya, padahal sesungguhnya mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Sementara itu tinja binatang dapat menyebabkan infeksi pada manusia.

(2) Faktor Pejamu yang Meningkatkan Kerentanan Terhadap Diare

Beberapa faktor pada penjamu dapat meningkatkan insiden. Beberapa penyakit dan lamanya diare. Faktor-faktor tersebut adalah :

1) Tidak memberikan ASI eksklusif pada bulan pertama, dan ASI tidak diteruskan sampai 2 tahun. ASI mengandung antibodi yang dapat melindungi bayi terhadap berbagai kuman penyebab diare seperti : Shigella dan Vibrio cholera.

2) Kurang gizi. Beratnya penyakit, lama dan risiko kematian karena diare meningkat pada anak-anak yang menderita gangguan gizi, terutama pada penderita gizi buruk.
3) Campak. Diare dan disentri sering terjadi dan berakibat berat pada anak-anak yang sedang menderita campak dalam 4 minggu terakhir. Hal ini sebagai akibat dari penularan tubuh penderita, virus campak menyerang sistim mukosa tubuh sehingga bisa menyerang juga saluran cerna.
4) Imunodefisiensi atau imunosupresi

   Keadaan ini mungkin hanya berlangsung sementara, misalnya sesudah infeksi virus (seperti campak). Pada anak imunosupresi berat, diare dapat terjadi karena kuman yang tidak patogen dan mungkin juga berlangsung lama.
5) Secara proporsional, diare lebih banyak terjadi pada golongan balita (55%).

(3) Faktor Lingkungan dan Perilaku

Penyebab diare merupakan salah satu penyakit yang berbasis lingkungan. Dua faktor yang dominan, yaitu sarana air bersih dan pembuangan tinja. Kedua faktor ini akan berinteraksi dengan perilaku manusia. Apabila faktor lingkungan tidak sehat kerena tercemar kuman diare serta berakumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat pula, yaitu mulai makanan dan minuman, maka dapat menimbulkan kejadian penyakit diare (Dinkes Jateng, 2008:10-12).

2.1.2.2. Diare Bermasalah

2.1.2.2.1. Disentri Berat

Sindrom disentri terdiri dari kumpulan gejala, diare dengan darah dan lendir dalam feses dan adanya tenesmus.

1) Etiologi

Diare berdarah dapat disebabkan oleh kelompok penyebab diare, seperti oleh infeksi virus, bakteri, parasit, intoleransi laktosa, alergi protein susu sapi, tetapi sebagian besar disentri disebabkan oleh infeksi. Penularannya secara fecal-oral, kontak dari orang ke orang atau kontak orang dengan alat rumah tangga. Infeksi ini menyebar melalui makanan dan air yang terkontaminasi dan biasanya terjadi pada daerah dengan sanitasi dan higiene perorangan yang buruk.

2) Patogenesis

Faktor risiko yang menyebabkan beratnya disentri antara lain : gizi kurang, usia sangat muda, tidak mendapat ASI, menderita campak dalam 6 bulan terakhir, mengalami dehidrasi, serta penyebab diare lainnya, misalnya *Shigella*, yaitu suatu bakteri yang menghasilkan toksin dan atau resisten ganda terhadap antibiotik.

3) Gambaran Klinis

Diare pada disentri umumnya diawali oleh diare cair, kemudian pada hari kedua atau ketiga baru muncul darah, dengan maupun tanpa lendir, sakit perut yang diikuti munculnya tenesmus panas disertai hilangnya nafsu makan dan badan terasa lemah. Pada saat tenesmus terjadi, pada kebanyakan penderita akan mengalami penurunan volume diarenya dan mungkin feses hanya berupa darah dan lendir. Gejala infeksi saluran napas akut dapat menyertai disentri. Disentri dapat menimbulkan dehidrasi, dari yang ringan sampai dengan dehidrasi berat, walaupun kejadiannya lebih jarang jika dibandingkan dengan diare cair akut. Komplikasi disentri dapat terjadi lokal di saluran cerna, maupun sistemik.

(1) Komplikasi pada Saluran Cerna

1. Perforasi

   Perforasi terjadi akibat vaskulitis atau ulkus transmural dan biasanya terjadi pada anak dengan Kurang Energi Protein (KEP) berat.

2. Megakolon toksik

   Megakolon toksik terjadi pada pankolitis.

(2) Komplikasi Sistemik

1. Hipoglikemia

   Komplikasi ini lebih sering terjadi pada *Shigellosis* dibanding penyebab disentri lain. Hipoglikemia sangat berperan dalam menimbulkan kematian. Secara klasik, manifestasi klinis hipoglikemia adalah kaki tangan berkeringat dingin, takikardi dan letargi.

2. Hipotermia

   Komplikasi ini juga banyak terjadi pada *Shigellosis* dibanding penyebab lain

3. Sepsis

   Komplikasi ini paling sering menyebabkan kematian dibanding komplikasi lainnya.

4. Kejang dan Ensefalopati

   Kejang yang muncul pada disentri tentu saja dapat berupa Kejang Demam Sederhana (KDS).

5. Sindrom Uremik Hemolitik

   Sindrom ini ditandai dengan trias anemi hemolitik akibat mikro angiopati, gagal ginjal akut dan trombositopeni.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

6. Pneumonia

   Komplikasi pneumoni bisa juga terjadi pada disentri terutama yang disebabkan oleh *Shigella*.

7. Kurang Energi Protein (KEP)

   Disentri terutama karena *Shigella* bisa menyebabkan gangguan gizi atau Kurang Energi Protein (KEP) pada anak yang sebelumnya gizinya baik. (Dinkes Jateng, 2008:19-23).

2.1.2.2.2. Diare Persisten dan Diare Kronik

Diare persisten adalah diare dengan atau tanpa disertai darah, yang akut dan berlangsung selama 14 hari atau lebih, yang disebabkan oleh infeksi. Diare kronik adalah diare dengan atau tanpa disertai perdarahan, yang berlangsung selama 14 hari atau lebih dan tidak disebabkan oleh infeksi.

1) Etiologi

Sesuai dengan batasan bahwa diare persisten adalah diare akut yang menetap, dengan sendirinya etiologi diare sama dengan diare akut. Faktor risiko diare akut menjadi diare persisten adalah : usia bayi kurang dari empat bulan, tidak mendapat ASI, Kurang Energi Protein (KEP), diare akut dengan etiologi bekteri invasif, tatalaksana diare akut yang tidak tepat.

2) Patogenesis

Titik sentral patogenesis diare adalah kerusakan mukosa usus. Pada tahap awal kerusakan mukosa usus tentunya disebabkan oleh etiologi diare akut. Berbagai faktor, melalui interaksi timbal balik mengakibatkan lingkaran setan. Keadaan ini tidak hanya menyebabkan rehabilitasi kerusakan mukosa terhambat,

tetapi juga menimbulkan kerusakan mukosa yang lebih berat (Depkes RI, 2008:39-40).

2.1.2.2.3. Kurang Energi Protein (KEP) Berat

Diare yang terjadi dapat berupa diare akut maupun diare persisten, yang dapat muncul sebagai disentri. Kurang Energi protein (KEP) yang dimaksud adalah KEP berat (marasmus atau kwashiorkor). Diare yang terjadi pada KEP cenderung lebih berat. Lebih lama dan dengan angka kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan diare pada anak dengan gizi baik.

1) Etiologi

Etiologi diare pada KEP sama dengan yang ditemukan pada diare yang terjadi pada anak dengan gizi baik. Sehubungan dengan berkurangnya imunitas pada KEP berat, kemungkinan munculnya diare akibat kuman yang fakultatif patogen menjadi lebih besar.

2) Patogenesis

Patogenesis diare pada KEP mirip dengan diare persisten, yaitu bertumpu pada kerusakan mukosa. Bedanya, jika pada diare persisten kerusakan mukosa terjadi pada mukosa sehat, pada KEP kerusakan mukosa terjadi pada mukosa yang telah atropik dan mengalami metaplasia (Dinkes Jateng, 2008:39-40).

2.1.2.2.4. Diare dengan Penyakit Penyerta

Anak yang menderita diare (diare akut atau diare persisten) mungkin juga disertai penyakit lain. Penyakit yang sering terjadi bersamaan dengan diare adalah :

1) Infeksi saluran napas (bronkhopneumonia, bronkhiolitis, dll)

2) Saluran susunan saraf pusat (meningitis, ensefalitis, dll)
3) Infeksi saluran kemih
4) Infeksi sistemis lain (sepsis, campak, dll)
5) Kurang gizi (KEP berat, kurang vitamin A, dll)
6) Penyakit yang dapat disertai dengan diare tetapi lebih jarang terjadi : Penyakit jantung yang berat atau gagal jantung, penyakit ginjal atau gagal ginjal (Dinkes Jateng, 2008:49)

2.1.3.Gejala-gejala yang Timbul Akibat Diare

Tabel 2.1. Gejala-gajala yang Timbul Akibat Diare

Akibat kehilangan cairan tubuh dehidrasi defisit volume	Akibat kehilangan elektrolit tubuh defisit elektrolit dan lain-lain
(1)	(2)
1. Turgor kulit berkurang	1. Defisit bikarbonat (asidosis)
2. Nadi lemah atau tidak teraba	1.1 Muntah
3. Takikardi	1.2 Pernafasan cepat dan dalam (tipe Kuszmatul)
4. Mata cekung	1.3 Cadangan jantung menurun
5. Ubun-ubun cekung	1.4 Memacu defisiensi kalium intrasel
6. Suara parau	2. Defisiensi kalium
7. Kulit dingin	2.1 Lemah otot
8. Jari-jari sianosis	2.2 Aritmia jantung henti jantung
9. Membran mukosa kering	2.3 Ileus paralitik (distensi abdomen)
10. Anuri-uremia	3. Hipoglikemia (lebih umum terjadi pada anak dengan malnutrisi)
	3.1 Kejang atau koma

Sumber : Suharyono, 2007:65.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

2.1.4. Akibat Diare yang Berkepanjangan

1) Dehidrasi (kekurangan cairan)

   Tergantung dari persentase cairan tubuh yang hilang, dehidrasi dapat terjadi ringan, sedang atau berat.

2) Gangguan sirkulasi

   Pada diare akut, kehilangan cairan dapat terjadi dalam waktu yang singkat. Bila kehilangan cairan ini lebih dari 10% berat badan, pasien dapat mengalami syok atau presyok yang disebabkan oleh berkurangnya volume darah (hipovolemia).

3) Gangguan asam-basa (asidosis)

   Hal ini terjadi akibat kehilangan cairan elektrolit (bikarbonat) dari dalam tubuh. Sebagai kompensasinya tubuh akan bernapas cepat untuk membantu meningkatkan pH arteri.

4) Hipoglikemia (kadar gula darah rendah)

   Hipoglikemia sering terjadi pada anak yang sebelumnya mengalammi malnutrisi (kurang gizi). Hipoglikemia dapat mengakibatkan koma. Penyebab yang pasti belum diketahui, kemungkinan karena cairan ekstraseluler menjadi hipotonik dan air masuk ke dalam cairan intraseluler sehingga terjadi edema otok yang mengakibatkan koma

5) Gangguan Gizi

   Gangguan ini terjadi karena asupan makanan yang kurang dan output yang berlebihan. Hal ini akan bertambah berat bila pemberian makanan dihentikan,

serta sebelumnya penderita sudah mengalami kekurangan gizi (malnutrisi) (Widoyono, 2005:149-150).

2.1.5. Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita

Deteksi dini penyakit diare pada balita dapat diketahui melalui tanda dan gejala secara umum yaitu : 1) frekuensi berak lebih dari biasanya kadang disertai muntah, 2) tinja lembek atau cair, 3) mulas, 4) sakit perut(Dinkes Jateng, 2004:23), 5) kadang disertai panas, 6) anak cengeng dan tidak mau makan serta haus, 7) badan lesu dan lemas (Depkes RI, 2000:16).

2.1.6. Pengobatan Diare

Prinsip pengobatan diare yang utama ialah rehidrasi dini dan pemberian makanan dini, yang berupa :

1) Memberikan secepatnya cairan yang mengandung garam (elektrolit) dan gula selama anak menderita diare sebanyak yang hilang melalui tinja dan atau melalui muntah.
2) Air susu ibu dan makanan lain harus terus diberikan (bagi anak mau makan) dan jangan dihentikan (Suharyono, 2008:67).

2.1.6.1. Pengobatan Diare Berdasarkan Derajat Dehidrasinya

2.1.6.1.1. Menilai derajat dehidrasi

Tabel 2.2. Penilaian Derajat Dehidrasi

Penilaian	A	B	C
1. Lihat :			
Keadaan Umum	Baik, sadar	*Gelisah, rewel	*Lesu, lunglai atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan Kering

Rasa haus	Minum biasa, tidak haus	*Haus, ingin minum banyak	*Malas minum atau tidak bisa minum
2. Periksa : Turgor Kulit	Kembali cepat	*Kembali lambat	*Kembali sangat lambat
3. Derajat dehidrasi	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan atau sedang Bila ada 1 tanda* ditambah 1 atau lebih tanda lain	Dehidrasi berat Bila ada 1 tanda* ditambah 1 atau lebih tanda lain
4. Terapi	Rencana terapi A	Rencana terapi B	Rencana terapi C

Tanda-tanda lain yang dapat diperiksa adalah : air mata, mulut dan lidah, berat badan, ubun-ubun, kencing, nadi, pernapasan dan tekanan darah (Dinkes Jateng, 2008:14)

2.1.6.1.2.Rencana terapi A untuk penderita diare tanpa dehidrasi (mengobati penderita diare di rumah)

Pada keadaan ini, buang air besar terjadi 3-4 kali sehari atau disebut mulai mencret. Anak yang mengalami kondisi ini masih lincah dan masih mau makan dan minum seperti biasa. Pengobatan dapat dilakukan dirumah oleh ibu atau anggota keluarga lainnya dengan memberikan makanan dan minuman yang ada di rumah seperti air kelapa, larutan gula garam, air tajin, air teh maupun oralit (Widoyono, 2005 : 150). Dalam hal ini tidak ada oralit, sebagai langkah pertama dapat diberikan larutan garam gula dengan takaran sebagai berikut : Masukkan 2 sendok teh peres atau 1 sendok teh penuh (munjung) gula dan ¼ sendok teh penuh garam ke dalam 1 gelas (200 ml) yang telah diisi air masak. Aduklah sehingga

larutan betul dan minumkanlah pada penderita sebanyak dia mau minum (Suharyono. 2008:69).

Ada tiga cara pemberian cairan yang dapat dilakukan di rumah:

1) Berikan anak lebih banyak cairan dari pada biasanya untuk mencegah dehidrasi.
   (1) Gunakan cairan rumah tangga yang dianjurkan, seperti larutan oralit, makanan yang cair (seperti sup, air tajin) dan kalau tidak ada air matang gunakan larutan oralit untuk anak, seperti dijelaskan dalam kotak diatas (catatan jika anak berusia kurang dari 6 bulan dan belum makan makanan padat lebih baik dari oralit dan air matang dari pada makanan yang cair).
   (2) Berikan larutan ini sebanyak anak mau, berikan jumlah larutan oralit seperti diatas
   (3) Teruskan pemberian larutan ini hingga diare berhenti.
2) Berikan anak makanan untuk mencegah kurang gizi
   (1) Teruskan ASI
   (2) Bila anak tidak mendapat ASI berikan susu yang biasa diberikan. Untuk anak yang kurang dari 6 bulan dan belum mendapat makanan padat, dapat diberikan susu
   (3) Bila anak 6 bulan atau lebih atau telah mendapat makanan padat :
      1. Berikan bubur, bila mungkin dicampur dengan kacang-kacangan, sayur, daging atau ikan. Tambahkan 1 atau 2 sendok teh minyak sayur tiap porsi
      2. Berikan sari buah segar atau pisang halus

3. Berikan bubur, bila mungkin dicampur dengan kacang-kacangan, sayur, daging atau ikan.
4. Berikan makanan yang segar
5. Bujuklah anak untuk makan, berikan makanan sedikitnya 6 kali sehari.
6. Berikan makanan yang sama setelah diare berhenti, dan berikan porsi makanan tambahan setiap hari selama 2 minggu.

3) Beri tablet zinc

(1) Dosis zinc untuk anak-anak :

1. Anak dibawah umur 6 bulan : 10 mg (1/2 tablet) perhari
2. Anak diatas umur 6 bulan :20 mg (1 tablet) perhari
3. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut meskipun anak telah sembuh dari diare

(2) Cara pemberian tablet zinc :

1. Untuk bayi, tablet zinc dapat dilarutkan dengan air matang, ASI, atau oralit
2. Untuk anak-anak yang lebih besar, zinc dapat dikunyah atau dilarutkan dalam air matang atau oralit
3. Tunjukkan cara penggunaan tablet zinc kepada orang tua atau pengasuh dan meyakinkan bahwa pemberin tablet zinc harus diberikan selama 10 hari berturut-turut meskipun anak telah sembuh dari diare.

4) Bawa anak kepada petugas kesehatan bila anak tidak membaik dalam 3 hari atau menderita buang air besar cair lebih sering, muntah berulang-ulang, rasa haus yang nyata, makanan atau minuman sedikit, demam dan tinja berdarah

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

2.1.6.1.3.Rencana Terapi B (Penanganan Dehidrasi Ringan atau Sedang dengan Oralit)

Diare dengan dehidrasi ringan ditandai dengan hilangnya cairan sampai 5 % dari berat badan, sedangkan pada diare sedang terjadi kehilangna cairan 6-10 % dari berat badan. Untuk mengobati penyakit diare pada derajat dehidrasi ringan atau sedang digunakan terapi B, yaitu sebagai berikut :

1) Jumlah Oralit yang Diberikan dalam 3 Jam Pertama:

Oralit yang diberikan dihitung dengan mengalikan berat badan penderita (kg) dengan 75ml. Bila berat badan anak tidak diketahui dan atau untuk memudahkan dilapangan,berikan oralit sesuai tabel dibawah ini :

Tabel 2.3. Pemberian Oralit Berdasarkan Berat Badan

Umur	< 1 Tahun	1 – 4 Tahun	< 5 Tahun
Jumlah oralit	300 ml	600 ml	1.200 ml

Sumber: Dinkes Jateng, 2008:17

Tabel 2.4. Penambahan Oralit Setiap Kali Mencret

Umur	< 1 tahun	1-4 tahun	> 5 tahun
Jumlah oralit	100 mL	200 mL	400 mL

Sumber: Widoyono, 2005:151

(1) Bila anak menginginkan lebih banyak oralit, berikanlah.

(2) Bujuk ibu untuk meneruskan ASI

(3) Untuk bayi dibawah 6 bulan yang tidak mendapat ASI berikanlah juga 100 – 200 ml air masak selama masa ini.

2) Beri Tablet Zinc

(1) Dosis Zinc untuk anak-anak:

1. Anak dibawah umur 6 bulan: 20 mg (1/2 tablet) perhari
2. Anak diatas umur 6 bulan: 20 mg (1 tablet) perhari
3. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut, meskipun anak telah sembuh dari diare.

3) Setelah 3-4 Jam

(1) Bila tidak ada dehidrasi, ganti ke Rencana Terapi A. Bila dehidrasi telah hilang, anak biasanya kencing dan lelah kemudian mengantuk dan tidur.

(2) Bila tanda menunjukkan dehidrasi ringan atu sedang, ulangi Rencana Terapi B tetapi tawarkan makanan, susu dan sari buah seperti Rencana Terapi A.

(3) Bila tanda menunjukkan dehidrasi berat, ganti dengan Rencana Terapi C.

4) Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan

(1) Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah

(2) Tunjukkan beberapa banyak oralit yang harus diberikan di rumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan

(3) Beri oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi sesuai yang dianjurkan dalam rencana terapi A.

(4) Jelaskan 4 aturan perawatan diare dirumah

1. Memberikan oralit yang harus dihabiskan dalam 3 jam di rumah
2. Memberikan makan anak sebagaimana biasanya
3. Beri Tablet Zinc

Membawa anak ke petugas kesehatan bila anak tidak membaik dalam 3 hari atau menderita sebagai berikut: buang air besar cair lebih sering, muntah berulang-ulang, rasa haus yang nyata, makan atu minum sedikit, demam, tinja berdarah.

4. Nasehati kapan harus kembali ke Petugas Kesehatan.

2.1.6.1.4. Rencana Terapi C (penanganan dehidrasi berat dengan cepat)

Ikuti arah anak panah bila jawaban dari pertanyaan YA, teruskan ke kanan bila TIDAK teruskan ke bawah.

MULAI DISINI

Dapatkah saudara memberikan cairan intravena?

YA

- Mulai diberi cairan I.V. segera. Bila penderita bisa minum, berikan oralit, sewaktu cairan I.V. dimulai. Beri 100 ml/kg cairan Ringer Laktat (atau cairan normal Salin Ringer Acetat bila Ringer Laktat tidak tersedia), dibagi sebagai berikut:

Umur	Pemberian 1 30 ml/kg dalam	Kemudian 70 ml/kg dalam
Bayi < 1 tahun	1 jam*	5 jam
Anak 1-5 tahun	½ jam	2 ½ jam

**diulang lagi bila denyut nadi masih lemah atau tidak teraba*

- Nilai kemnali penderita tiap 1-2 jam. Bila rehidrasi belum tercapai percepat tetesan intravena.
- Juga berikan oralit (5 ml/kg/jam) bila penderita bisa minum; biasanya setelah 3-4 jam atau 1-2 jam (anak), dan beri tablet Zinc sesuai dosis dan jadwal yang dianjurkan.
- Setelah 6 jam (bayi) atau 3 jam (anak) nilai lagi penderita menggunakan label penilaian. Kemudian pilihlah rencana terapi yang sesuai (A, B atau C) untuk melanjutkan terapi.

TIDAK

Adakah terapi IV terdekat (dalam 30 menit)

YA

- Kirim penderita untuk terapi intravena atau berikan intra osseus jika memungkinkan
- Bila penderita bisa minum, sediakan oralit dan tunjukkan cara memberikannya selama di perjalanan.

Gambar 2.2. Rencana Terapi C

(Sumber: Dinkes RI, 2008:16-17).

2.1.6.1.5. Antibiotik bila perlu

Sebagian besar penyebab diare adalah Rotavirus yang tidak memerlukan antibiotik dalam penatalaksanaan kasus diare karena tidak bermanfaat dan efek sampingnya bahkan merugikan penderita (Widoyono, 2005:150-151).

2.1.7. Pencegahan Diare

Penyakit diare dapat dicegah melalui beberapa cara, antara lain :

1) Menggunakan air bersih

   Tanda-tanda air bersih adalah '3 Tidak' yaitu tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa.

2) Memasak air sampai mendidih sebelum diminum untuk mematikan sebagian besar kuman penyakit.
3) Mencuci tangan dengan sabun pada waktu sebelum makan, sesudah makan, dan sesudah buang air besar (BAB).
4) Memberikan ASI pada anak sampai berusia 2 tahun
5) Menggunakan jamban yang sehat
6) Membuang tinja bayi dan anak dengan benar (Widoyono, 2005:151).

2.2. Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam

program kesehatan masyarakat adalah komunikasi antar pribadi dan komunikasi massa (Soekidjo Notoatmodjo, 2007:74).

2.2.1.Komunikasi Antar Pribadi (*interpersonal communication*)

Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi langsung, tatap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. Komunikasi ini tidak melibatkan kamera, artis, penyiar, atau penulis skenario. Komunikator langsung bertatap muka dengan komunikan, baik secara individual, maupun kelompok. Di dalam pelayanan kesehatan, komunikasi antar pribadi ini terjadi antara petugas kesehatan dengan kelompok masyarakat dan para anggota masyarakat. Komunikasi antar pribadi merupakan pelengkap komunikasi massa. Artinya pesan kesehatan yang telah disampaikan lewat media massa dapat ditindaklanjuti dengan melakukan komunikasi antar pribadi, misalnya: penyuluhan kelompok dan konseling kesehatan. Metode komunikasi antar pribadi yang paling baik adalah konseling, karena di dalam cara ini komunikator atau konselor dengan komunikan atau klien terjadi dialog.

Komunikasi antar pribadi dapat efektif apabila memenuhi tiga hal di bawah ini :

1) *Empathy*, yaitu menempatkan diri pada kedudukan orang lain (orang yang diajak berkomunikasi).
2) *Respect* terhadap perasaan dan sikap orang lain, jujur dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak berkomunikasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2007:75).

2.2.2.Komunikasi Massa (*mass communication*)

Komunikasi massa adalah penggunaan media massa untuk menyampaikan pesan atau informasi kepada khalayak atau masyarakat. Komunikasi dalam kesehatan masyarakat berarti menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai media massa, dengan tujuan agar masyarakat berperilaku hidup sehat. Dalam perkembangan selanjutnya, komunikasi massa tidak hanya terbatas pada penggunaan media cetak dan media elektronik saja, melainkan mencakup juga penggunaan media tradisional. Komunikasi massa dengan menggunakan media tradisional ini lebih efektif, karena sangat erat hubungannya dengan sosial budaya masyarakat setempat (Soekidjo Notoatmodjo, 2007:76).

2.3.Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan. Disebut media promosi kesehatan karena alat tersebut merupakan saluran untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yaitu media cetak, media elektronik, media papan (Soekidjo Notoatmodjo, 2007:69).

2.3.1.Media Cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut :

1) Booklet, yaitu suatu media untuk menyampaikan pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
2) Leaflet, yaitu bentuk penyampaian informasi atau pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
3) Flip chart, media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
4) Flyer (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
5) Rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal yang berkaitan dengan kesehatan.
6) Poster adalah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok, di tempat umum, atau di kendaraan umum.
7) Foto yang mengungkapkan informasi tentang kesehatan dan mengenai sasaran secara langsung.
8) Stiker adalah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan dan beranekaragam ukuran, yang biasanya ditempel dirumah.

2.3.2. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pasan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya antara lain :

1) Televisi

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato, TV spot, kuis dan sebagainya.

2) Radio

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya, antara lain obrolan, sandiwara radio, ceramah, radio spot, den sebagainya.

3) Video

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.

4) Slide

Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi kesehatan.

5) Film strip

Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

2.3.3.Media Papan (*Bill board*)

Papan yang dipasang di tempat umum dapat diisi dengan pesan atau informasi kesehatan. Media papan ini juga mencakup pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus dan taksi) (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:71).

2.4. Kader Kesehatan

Para ahli mengemukakan mengenai pengertian tentang kader kesehatan antara lain: L. A. Gunawan memberikan batasan tentang kader kesehatan: “kader kesehatan dinamakan juga promotor kesehatan desa (prokes) adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh dari masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat”. Direktorat bina peran serta masyarakat Depkes RI memberikan batasan kader: “Kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela”

Kader kesehatan dipilih untuk melakukan pendekatan verbal secara individual ini karena kader mampu melaksanakan beberapa hal yang sederhana, akan tetapi berguna bagi masyarakat sekelompoknya meliputi : Pengobatan/ringan sederhana, pemberian obat cacing, pengobatan terhadap diare dan pemberian larutan gula garam, obat-obatan sederhan dan lain-lain, penimbangan dan penyuluhan gizi, pemberantasan penyakit menular, pencarian kasus, pelaporan vaksinasi, pemberian distribusi obat/alat kontrasepsi KB penyuluhan dalam upaya menanamkan NKKBS, penyuluhan kesehatan dan bimbingan upaya kebersihan lingkungan, pembuatan jamban keluarga dan sarana air sederhana, penyelenggaraan dana sehat dan pos kesehatan desa dan lain-lain (Zulkifli, 2003:3).

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

2.5. Jenis Pendekatan Pendidikan Kesehatan Masyarakat

2.5.1.Pendekatan Verbal Secara Individual oleh Kader Kesehatan

1) Pengertian

Pengembangan peranserta ibu rumah tangga dilakukan dengan tingkat intensitas pelatihan atau pendekatan dengan verbal secara individual oleh kader kesehatan, yaitu menyampaikan pengetahuan dan ketrampilan dalam upaya deteksi dini penyakit diare pada balita dan teori serta praktek dalam pembuatan oralit kepada ibu rumah tangga secara bertatap muka dan secara orang per orang. Pendekatan ini dipilih agar penyampaian materi dan pelaksanaan praktik dapat berjalan secara efektif. Pendekatan ini juga dapat menjalin komunikasi antar kader dan Ibu rumah tangga secara langsung agar antara kader dan Ibu rumah tangga terjadi dialog, Ibu rumah tangga dapat lebih terbuka menyampaikan masalahnya dan keinginan-keinginannya secara lebih leluasa (Umrotun, 2002:13).

2) Metode

Metode yang digunakan untuk pendekatan ini adalah dengan peragaan. Peragaan adalah cara yang menyenangkan untuk saling tukar pengetahuan dan keterampilan. Peragaan merupakan campuran dari pelajaran teori dan kerja praktek, yang membuatnya hidup. Tujuan dari peragaan yaitu untuk membantu orang mempelajari keterampilan baru. Peragaan dapat digunakan pada latihan perorangan atau kelompok kecil. Jika kelompok terlalu besar, anggota tidak mempunyai kesempatan untuk berlatih keterampilan dan mengajukan pertanyaan (WHO, 1988:175).

3) Media

Beberapa media yang digunakan untuk peragaan seperti model dan objek sungguhan, dapat juga dipakai poster dan foto. Foto adalah media pendidikan yang berguna. Foto dapat memperlihatkan situasi dan objek persis seperti dalam keadaan yang sebenarnya. Tetapi orang harus bisa melihat foto agar mereka mengerti apa yang ditampilkan. Foto dapat memperlihatkan gagasan baru. Foto juga dapat memperlihatkan suatu keterampilan baru. Foto juga dapat digunakan untuk mendorong suatu perilaku yang baru. Foto terbaik bila dipakai untuk perorangan dan kelompok kecil. Ini hanya karena ukurannya. Foto-foto dapat ditempel bersama untuk membentuk sebuah poster agar mudah untuk melihatnya. Perlihatkan dan diskusikan foto itu seperti halnya memperlihatkan poster atau lembar balik (WHO, 1988:275).

4) Tempat dan Waktu

Ruang yang nyaman diperlukan agar orang dapat melihat peragaan dan melatih keterampilan itu. Yakini juga bahwa cukup waktu tersedia untuk banyak pertanyaan dan pelatihan. Sebuah peragaan sederhana tentang pembuatan larutan rehidrasi oral akan mengambil waktu tidak lebih dari 20 menit (WHO, 1988:177). Pagi-pagi, ini adalah waktu ketika orang masih segar. Juga tidak banyak gangguan, waktu dibuat singkat untuk menghindari kebosanan (WHO, 1988:137).

2.5.2.Pendekatan Verbal Secara Klasikal oleh Kader Kesehatan

1) Pengertian

Pengembangan peranserta ibu rumah tangga dilakukan dengan tingkat intensitas pelatihan atau pendekatan dengan verbal secara klasikal oleh kader

kesehatan, yaitu menyampaikan pengetahuan dan keterampilan dalam upaya deteksi dini penyakit diare pada balita dan teori serta praktik dalam pembuatan oralit kepada ibu rumah tangga secara bertatap muka dan secara kelompok. Pendekatan ini juga dapat menjalin komunikasi antar kader dan Ibu rumah tangga secara langsung agar antara kader dan Ibu rumah tangga terjadi dialog, Ibu rumah tangga dapat lebih terbuka menyampaikan masalahnya dan keinginan-keinginannya secara lebih leluasa (Umrotun, 2002:13).

2) Metode

Metode yang digunakan untuk pendekatan verbal secara klasikal ini adalah dengan cerita. Cerita dapat digunakan untuk memberikan informasi dan gagasan, mendorong orang untuk melihat kembali perilaku dan norma mereka, dan membantu orang untuk memutuskan bagaimana memecahkan masalah mereka. Cerita dapat diceritakan kepada perorangan atau kepada kelompok kecil atau besar.

Sebuah cerita harus dipercaya. Orang-orang dalam cerita harus mempunyai nama. Mereka juga harus melakukan pekerjaan yang juga dikerjakan oleh orang di masyarakat. Kegiatan harus biasa-biasa saja, tidak aneh-aneh. Cerita itu sendiri harus penedek, kalau tidak akan bosan dibuatnya. Cerita harus diakhiri dengan pokok persoalan yang jelas. Pendengar harus dapat menarik kesimpulan perbuatan mana yang baik dan mana yang tidak.

Selalu lanjutkan cerita dengan diskusi dan pertanyaan. Jangan beritahu pendengar, mana pelaku dalam cerita yang melakukan hal yang terbaik. Tanyakan kepada pendengar bagaimana pendapat mereka sendiri. Dengan mendorong orang

untuk berpikir tentang ceritera itu dan mendiskusikannya pokok-pokok gagasan yang mengesankan mereka, maka akan membantu mereka belajar lebih banyak (WHO, 1988:254).

3) Media

Media yang dipakai untuk pendekatan verbal secara klasikal adalah poster. Poster adalah suatu lembaran kertas yang besar, sering berukuran 60 cm lebar 90 cm tinggi dengan kata-kata dan gambar atau simbol untuk menyampaikan suatu pesan. Poster dapat dipakai secara efektif untuk tiga tujuan:

(1) Untuk memberikan informasi dan nasihat

(2) Untuk memberikan arah dan petunjuk

(3) Untuk mengumumkan peristiwa dan program yang penting

Kelompok sasaran dapat kecil atau besar. Dapat juga seluruh masyarakat. Bila menggunakan poster untuk satu kelompok, pastikan bahwa orang yang dibelakang dapat melihatnya dengan jelas (WHO, 1988:257).

4) Tempat dan Waktu

Ruang yang luas diperlukan agar semua orang dapat mendengarkan cerita dan melihat peragaan serta melatih keterampilan dengan baik. Pagi-pagi, ini adalah waktu ketika orang masih segar. Juga tidak banyak gangguan, lebih banyak ibu yang akan hadir. Waktu dibuat singkat untuk menghindari kebosanan (WHO, 1988:137).

2.6. Fase-Fase Dalam Membuat Perencanaan Pendidikan Kesehatan Masyarakat

2.6.1. Diagnosa Pendidikan

Diagnosa pendidikan adalah penelusuran masalah-masalah yang berpengaruh atau menjadi penyebab terjadinya masalah perilaku yang telah diprioritaskan. Ada 3 kelompok masalah yang dapat berpengaruh, yaitu:

1) Kelompok Faktor Predisposisi (*Predisposing*)

Ialah faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Yang masuk dalam faktor predisposisi ini ialah:

(1) Pengetahuan

(2) Sikap

(3) Nilai-nilai dan budaya

(4) Kepercayaan dari orang tersebut tentang dan terhadap perilaku tertentu tersebut

(5) Beberapa karekteristik individu misalnya: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan

2) Kelompok Faktor Pemungkin (*Enabling*)

Ialah faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu tersebut. Yang masuk dalam faktor pemungkin ini ialah:

(1) Ketersediaan pelayanan kesehatan

(2) Ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun segi biaya, ketersediaan transportasi, jam buka dan sosial

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

(3) Adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut

(4) Keterampilan petugas kesehatan dan pendidikan kesehatan

3) Kelompok Faktor Penguat (*Reinforcing*)

Ialah faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tertentu tersebut. Yang masuk dalam kelompok faktor penguat ini ialah: Pendapat, dukungan, kritik baik dari keluarga teman-teman sekerja atau lingkungan bahkan juga dari petugas kesehatan sendiri (Lawrence W. Green, 1980:117).

2.6.2.Penetapan Strategi Pendidikan

Penetapan strategi pendidikan ialah fase dimana metoda-metoda yang akan digunakan dipilih. Pemilihan metoda ini sangatlah tergantung pada *objective goal* yang telah dibuat pada phase diagnosa pendidikan terutama dalam hal siapa dan perilaku apa yang akan dicapai. Disamping itu perlu juga dipertimbangkan:

1) Masing-masing keunggulan dan kelemahan dari tiap-tiap metoda.
2) Hendaknya kita memilih minimum 3 metoda yang sesuai dan dianntaranya perlu adanya penggunaan media
3) Hendaknya dimlai dengan menggunakan metoda yang sederhana dan murah seperti ceramah dan tanya jawab.
4) Makin lama waktu dan jumlah session yang diperlukan dan komplex penyebab perilaku makin banyak variasi metoda yang digunakan.
5) Hendaknya metoda juga memperhatikan pengaruhnya pada faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

2.6.3.Diagnosa Administratif

Diagnosis administratif yaitu penetapan intervensi yang akan dilaksanakan. Dalam hal ini ada 3 tahap yang perlu dilakukan yaitu:

6) *Within Program Analysis*: analisa untuk menetapkan dalam program yang mana kegiatan ini akan dilakukan. Dalam analisa ini perlu dipertimbangkan jumlah dan kemampuan SDM program tersebut serta dana yang ada.
7) *Within Organizational Analysis*: adalah analisa untuk melihat perlunya kerja sama dengan program-program yang ada dalam organisasi tersebut (kerja sama lintas program).
8) *Inter Organizational Analysis*: adalah analisa untuk menetapkan perlu tidaknya sektor-sektor yang lain dan sektor yang mana yang akan diajak kerjasama (kerja sama lintas sektoral) (Harbandinah, 2006:8).

2.7. Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan

2.7.1. Batasan Perilaku

Skiner (dalam Soekidjo Notoatmodjo, 2007:114) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skiner ini disebut “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respons. Skiner membedakan adanya dua respons yaitu:

1) *Respondent Respons* atau *Reflexive* yaitu respons yang ditimbulkan oleh rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons yang relatif tetap.
2) *Operant respons* atau *instrumental respons* yaitu respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dibedakan menjadi dua yaitu:

1) Perilaku tertutup (*covert behaviour* atau *unobservabble behaviour*) yaitu respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
2) Perilaku terbuka (*overt behaviour*) yaitu respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practise*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Seperti telah disebutkan diatas, sebagian besar perilaku manusia adalah *operant response.* Oleh sebab itu, untuk membentuk jenis respons atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning.*

Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut Skiner adalah sebagai berikut:

1) Melakukan identifikasi tentang hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
2) Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat uuntuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3) Menggunakan secara urut komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
4) Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan komponen yang relah disusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau ini sudah terbentuk maka dilakukan komponen (perilaku) yang kedua yang kemudian diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi). Demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:114).

2.7.2. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintanance*)

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

(1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

(2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.

Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut (Soekidjo Notoatmodjo, 2007:136).

2.7.3. Domain Perilaku

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

1) Determinan atau faktor internal yaitu karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan.

2) Determinan atau faktor eksternal yaitu lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan memiliki bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam tiga *domain*, ranah atau kawasan yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:120).

2.7.3.1.Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telingan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa prilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang

mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1) *Awarness* (kesadaran) yaitu orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2) *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subyek sudah mulai timbul.
3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4) *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5) *Adaption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan, kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*aplikation*), analisis (*analysis*), sintesis (*syntesis*), evaluasi (*evaluation*) (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:121).

2.7.3.2.Praktik atau Tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan

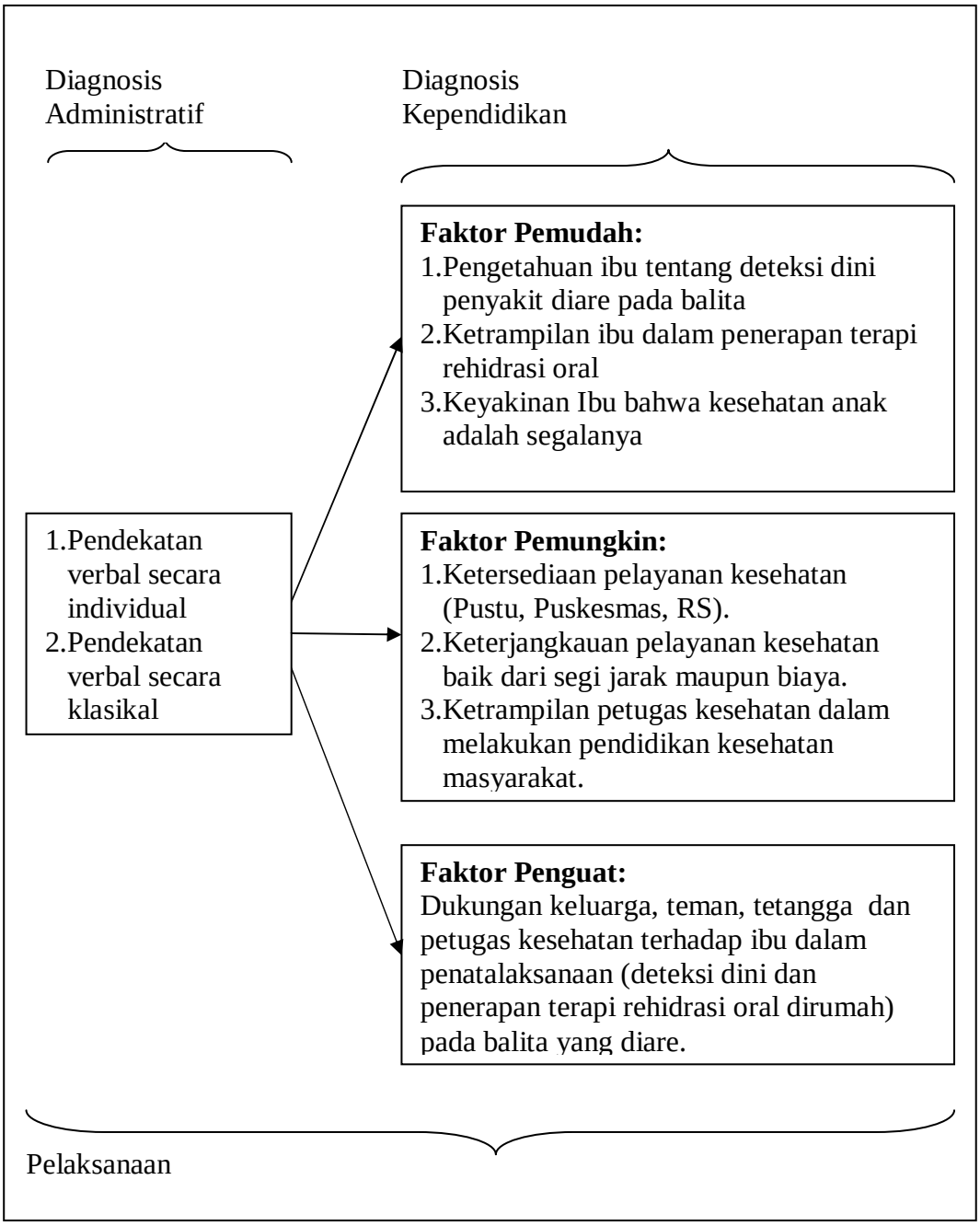
faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain. Praktik ini memiliki beberapa tingkatan yaitu persepsi (*perseption*), respons terpimpin (*guided response*), mekanisme (*mecanism*), adopsi (*adoption*).

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik) inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behaviour*). Oleh sebab itu indikator praktik kesehatan ini juga mencakup hal tersebut di atas, yakni:

1) Tindakan (praktik) sehubungan dengan penyakit.
2) Tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.
3) Tindakan (praktik) kesehatan lingkungan (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:127).

PERPUSTAKAAN
UNNES

2.8. Kerangka Teori

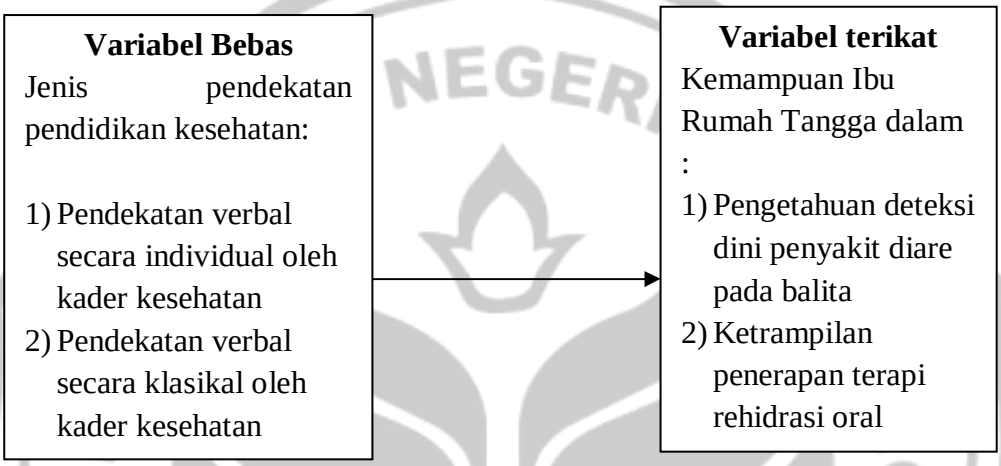


Gambar 2.3. Hubungan Antar Variabel
(Sumber: Dinkes RI, 2008:16-17; Harbandinah, 2006:5; *Lawrence W. Green* 1980:117).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Antar Variabel

3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini adalah ada perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok yang diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan dengan kelompok yang diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian

3.3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksperimen.

3.3.2. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *eksperimen semu* karena syarat-syarat sebagai penelitian eksperimen murni tidak cukup memadai, yaitu tidak ada randomisasi pengelompokan anggota sampel pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (Soekidjo Notoatmodjo, 2005: 167). Penelitian ini menggunakan pendekatan *Non-randomized Control Group Pretest-Postest Design*. Dalam hal ini dilihat perbedaan pencapaian antara kelompok eksperimen dengan pencapaian kelompok kontrol. Rancangan penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

	Pre-test	Perlakuan	*Post-tes*
E	O1	X_1	O2
C	O1	X_2	O2

Keterangan :

E : Kelompok yang diberikan pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan (kelompok eksperimen).

C : Kelompok yang diberikan pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan (kelompok kontrol).

O_1 : *Pre-test* bagi kedua kelompok.

O_2 : *Post-test* bagi kedua kelompok.

X_1 : Pendekatan verbal secara individual dengan metode peragaan dan media foto oleh kader kesehatan.

X_2 : Pendekatan verbal secara klasikal dengan metode cerita dan media poster oleh kader kesehatan.

Sumber: (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:169)

Kuesioner yang sama diteskan (diujikan) kepada sekelompok responden yang sama sebanyak dua kali. Sedangkan waktu antara tes yang pertama (*pre-test*) dengan yang kedua (*post-test*), tidak terlalu jauh, tetapi juga tidak terlalu dekat. Selang waktu antara 15-30 hari adalah cukup memenuhi syarat. Apabila selang waktu terlalu pendek, kemungkinan responden masih ingat pertanyaan-pertanyaan pada tes yang pertama. Sedangkan kalau selang waktu itu terlalu lama, kemungkinan pada responden sudah terjadi perubahan dalam variabel yang akan diukur (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:134). Pada penelitian ini, rentang waktu antara *pre-test* dan *post-test* baik pada kelompok eksperimen dan kontrol adalah sama yaitu selama 15 hari.

3.4. Variabel Penelitian

PERPUSTAKAAN UNNES

3.4.1. Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah jenis pendekatan pendidikan kesehatan yang meliputi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan dan pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan.

3.4.2. Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita dan ketrampilan penerapan terapi rehidrasi oral.

3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

3.5.1. Variabel Bebas

1) Jenis pendekatan pendidikan kesehatan:

(1) Pendekatan verbal secara individual: salah satu jenis pendidikan kesehatan yang menyampaikan materi pengetahuan tentang deteksi dini penyakit diare pada balita dan ketrampilan dalam penerapan terapi rehidrasi oral oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga secara bertatap muka dan secara orang per orang dengan metode peragaan dan media foto.

(2) Pendekatan verbal secara klasikal: salah satu jenis pendidikan kesehatan yang menyampaikan materi pengetahuan tentang deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan dalam penerapan terapi rehidrasi oral oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga secara bertatap muka dalam bentuk kelompok dengan metode cerita dan media poster.

Cara ukur: Pelaksanaan pendidikan kesehatan dengan pendekatan verbal secara individual dan pendekatan verbal secara klasikal

Skala : Nominal

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

3.5.2. Variabel Terikat

1) Pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita:

   Jumlah soal yang dapat dijawab ibu balita dengan benar, pertanyaannya meliputi:

   1) Pengertian diare : 4 soal
   2) Gejala diare : 2 soal
   3) Gejala dehidrasi : 8 soal
   4) Penanganan diare : 9 soal

Cara ukur : Kuesioner

Skala : Rasio

2) Ketrampilan penerapan terapi rehidrasi oral:

   Jumlah poin yang menunjukkan keterampilan ibu balita dalam melakukan praktik pembuatan larutan terapi rehidrasi oral secara benar, yang meliputi:

   (1) Pencampuran larutan gula-garam : 5 poin
   (2) Mengenal oralit : 4 poin
   (3) Pencampuran oralit : 9 poin
   (4) Pemberian larutan gula-garam maupun oralit : 2 poin

Cara ukur : *Check list*

Skala : Rasio

3.6. Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1. Populasi Penelitian

3.6.1.1.Populasi Sasaran

Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah kepala keluarga yang mempunyai anggota keluarga balita di Desa Rowobungkul Kec. Ngawen Kab. Blora.

3.6.1.2.Populasi Sumber

Populasi sumber dalam penelitian ini adalah Ibu rumah tangga di Desa Rowobungkul yang mempunyai balita. Adapun jumlah balita secara keseluruhan di Desa Rowobungkul berjumlah 261 balita.

3.6.2. Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah sejumlah ibu rumah tangga yang mempunyai anak balita di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora. Rumus besar sampel yang digunakan adalah:

$$N1 = N2 = \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$ (Sopiyudin Dahlan, 2005:15).

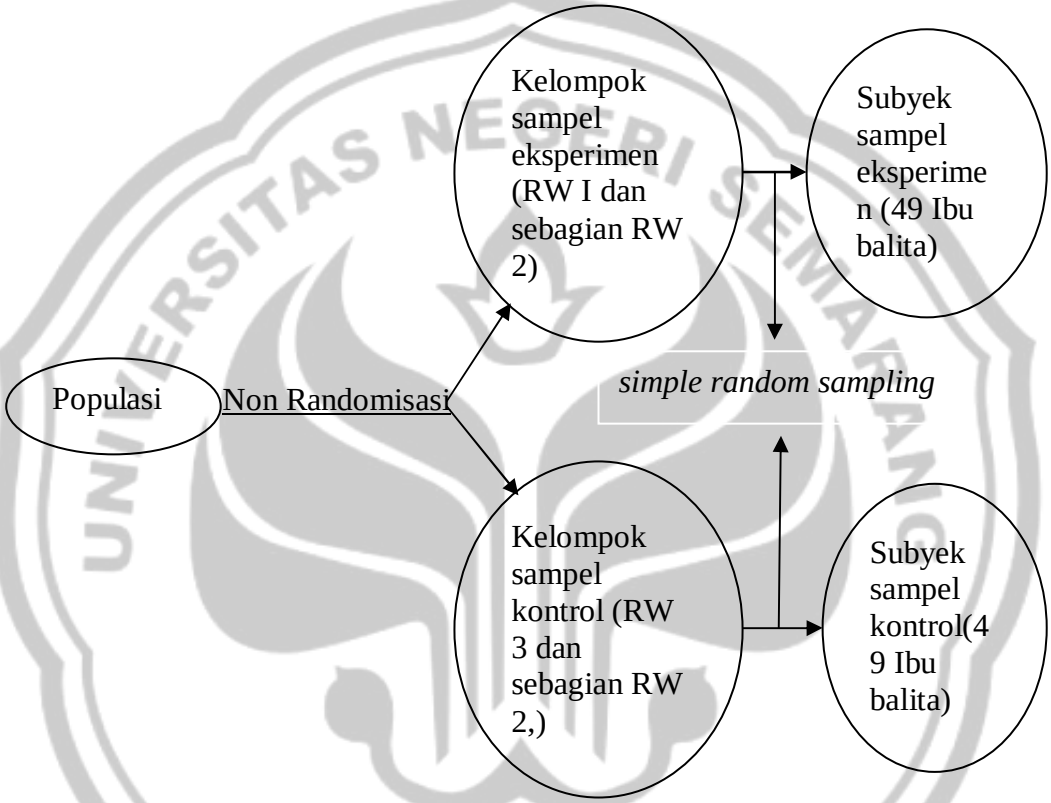
Setelah dilakukan perhitungan maka diperoleh jumlah sampel untuk masing-masing kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah 49.

3.6.3. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik non randomisasi yaitu dengan pembagian menurut wilayah, karena Desa Rowobungkul terdiri dari 3 RW dan 24 RT maka 12 RT akan diambil sebagai kelompok eksperimen yaitu dari RW 1 dan sebagian dari RW 2, sedangkan 12 RT

dari RW 3 dan sebagian dari RW 2 akan dijadikan sebagai kelompok kontrol. Cara pemilihan subyek penelitian dilakukan dengan *simple random sampling* dengan kriteria yang sama antara kelompok eksperimen dan kontrol yaitu:

1) Ibu rumah tangga yang tidak buta huruf
2) Mengasuh anak balitanya sendiri



(Sumber: Bhisma Murti, 2003:78).

3.7. Sumber Data Penelitian

3.7.1. Data Primer

Diperoleh dari wawancara langsung terhadap responden menggunakan kuesioner mengenai pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral.

3.7.2. Data Sekunder

Diperoleh dari data yang sudah ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Blora berupa data rekapitulasi laporan penyakit diare tahun 2009, data laporan bulanan penyakit diare dari Puskesmas Rowobungkul selama tahun 2009, dan data kependudukan Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora tahun 2009.

3.8. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1) Kuesioner

Digunakan pada *pre-test* maupun *post-test* dalam penelitian ini berisi pertanyaan-pertanyaan mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam upaya deteksi dini sebelum dilakukan pendekatan verbal secara individual dan pendekatan verbal secara klasikal.

2) *Check list* ketrampilan penerapan terapi rehidrasi oral.

Check list dalam penelitian ini digunakan untuk mengamati dan menilai ketrampilan ibu rumah tangga dalam melarutkan oralit dan membuat larutan gula garam setelah dilakukan pendekatan verbal secara individual dan pendekatan verbal secara klasikal.

3) Foto

Foto dalam penelitian ini digunakan sebagai media pembelajaran dalam pendekatan verbal secara individual.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

4) Poster

Poster dalam penelitian ini digunakan sebagai media pembelajaran dalam pendekatan verbal secara klasikal.

5) Gelas blimbing, sendok teh, gula, garam, bubuk oralit

Peralatan dan bahan tersebut digunakan untuk praktik dalam pembuatan larutan gula garam dan larutan oralit.

3.9. Validitas dan Reliabilitas

3.9.1. Validitas

Kuesioner diuji cobakan pada ibu yang mempunyai anak balita di Desa Plumbon Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora. Alasan mengapa dipilihnya desa tersebut karena desa tersebut mempunyai karakteristik yang sama dengan kelompok eksperimen maupun kontrol, yaitu sebagai berikut :

1) Berada pada satu wilayah, yaitu Kecamatan Ngawen.
2) Berada pada satu wilayah kerja Puskesmas Rowobungkul
3) Sebelumnya, belum pernah mendapatkan informasi tentang diare pada balita khususnya mengenai deteksi dini dan penerapan terapi rehidrasi oral secara jelas.

Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini menggunakan program *SPSS versi 16*. Dimana hasil akhirnya (r hitung) dibandingkan dengan r tabel *product momen pearson*, dimana dengan n = 30 dan taraf signifikansi 5% diketahui bahwa r tabel 0,361. Dengan kriteria jika r hitung > r tabel, maka butir atau variabel tersebut valid. Setelah dilakukan pengujian, dari 26 butir soal yang

diajukan terdapat 3 butir soal yang tidak valid. Soal yang tidak valid tersebut dikeluarkan, sedangkan ke 23 butir soal yang valid digunakan sebagai instrumen penelitian yang sah.

3.9.2. Reliabilitas

Sama halnya dengan uji validitas, untuk mengetahui apakah instrumen penelitian ini reliabel atau tidak maka digunakan *SPSS versi 16*. Dengan kriteria jika r alpha > r tabel, maka butir atau variabel tersebut reliabel. Berdasarkan n = 30 dan taraf signifikasi 5% maka diperoleh r tabel 0,361. Setelah dilakukan pengujian ulang terhadap 23 butir soal yang valid, diperoleh r alpha 0,883. Karena r alpha > r tabel, maka 23 butir soal tersebut adalah reliabel.

3.10. Tahap Penelitian

3.10.1. Tahap Persiapan

Adapun hal-hal yang harus dilakukan dalam tahap persiapan ini adalah :

1) Sebelum penelitian dilaksanakan, dilakukan koordinasi dengan kepala desa dan kader kesehatan tentang tujuan dan prosedur pelaksanaan penelitian.
2) Memilih ibu rumah tangga sebagai sampel penelitian untuk kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.
3) Menyiapkan metode pembelajaran, untuk kelompok eksperimen dengan metode peragaan dengan media foto, sedangkan kelompok kontrol, pembelajaran dilakukan dengan metode cerita dengan media poster. Untuk eksperimen dan kontrol alat peraga yang digunakan yaitu: gelas blimbing, sendok teh, gula, garam, bubuk oralit.

4) Menyiapkan kuesioner untuk mengukur pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum dan sesudah intervensi.
5) Menyiapkan lembar *check list* untuk menilai ketrampilan ibu rumahtangga dalam membuat larutan terapi rehidrasi oral sebelum dan sesudah intervensi.

3.10.2. Tahap *Treatment*

3.10.2.1.Kelompok Eksperimen

1) *Pre-test*

   Pre-test dilakukan untuk mengetahui pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum mendapatkan intervensi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan yang dilakukan selama ± 10 menit untuk kemudian dihitung skornya.
2) *Check list* sebelum intervensi
3) *Intervensi*

Ibu rumah tangga sebagai kelompok eksperimen diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan tentang deteksi dini penyakit diare pada balita dan praktik membuat larutan terapi rehidrasi oral dengan metode peragaan dan media foto. Pendekatan verbal secara individual dilakukan satu kali, yang terdiri dari 3 *session*, yaitu penyampaian materi dengan peragaan, praktek pembuatan oralit, dan tanya jawab. Intervensi dilakukan selama ± 30 menit. Waktu pelaksanaan pukul 09:00 WIB dengan mendatangi rumah-rumah dari sampel penelitian oleh kader kesehatan.

4) *Post-test*

Tujuan dan penyelenggaraan *post-test* sama dengan *pre-test*, tetapi *post-test* dilakukan 15 hari setelah intervensi.

5) *Check list* sesudah intervensi

3.10.2.2. Kelompok Kontrol.

1) *Pre-test*

Pre-test dilakukan untuk mengetahui pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum mendapatkan intervensi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan yang dilakukan selama ± 10 menit untuk kemudian dihitung skornya.

2) *Check list* sebelum intervensi

3) *Intervensi*

Ibu rumah tangga sebagai kelompok eksperimen diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan tentang deteksi dini penyakit diare pada balita dan praktik membuat larutan terapi rehidrasi oral dengan metode ceritera dan media poster. Pendekatan verbal secara klasikal dilakukan satu kali, yang terdiri dari 3 *session*, yaitu penyampaian materi, praktek pembuatan oralit, dan tanya jawab. Intervensi dilakukan selama ± 30 menit. Waktu pelaksanaan pukul 10:00 WIB yang bertempat di balai desa Rowobungkul.

4) *Post-test*

Tujuan dan penyelenggaraan *post-test* sama dengan *pre-test*, tetapi *post-test* dilakukan 15 hari setelah intervensi.

6) *Check list* sesudah intervensi

3.10.3. Pasca Penelitian

Setelah proses penelitian selesai, maka kemudian dilakukan analisis data untuk mendapatkan hasil dari proses pengambilan data yang telah dilakukan dan diperbolehkan untuk melengkapi data-data pendukung yang sekiranya masih dibutuhkan.

3.11. Teknik Pengambilan Data

3.11.1. Metode Wawancara

Metode wawancara digunakan peneliti untuk mengetahui identitas responden yang meliputi nama, tgl.lahir, pekerjaan, alamat, nama anak, jenis kelamin dan tgl.lahir yang sudah tercantum pada instrumen kuesioner *pre-test* dan *post-tes*.

3.11.2. Metode Tes

Tes yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk memperoleh data sebelum dan sesudah intervensi dengan instrumen kuesioner *pre-test* dan *post-tes* tentang pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita.

3.11.3. Metode Pengamatan

Metode pengamatan pada penelitian ini dilakukan untuk mengamati keterampilan Ibu balita dalam membuat larutan rehidrasi oral sebelum dan sesudah intervensi dengan instrumen *check list*.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

3.12. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.12.1. Pengolahan Data

1) Editing

Dilakukan dengan memeriksa data yang telah dikumpulkan berupa daftar pertanyaan. Dengan tujuan untuk kelengkapan data, kesinambungan data, dan menganalisa keragaman data, bila ada kekurangan dapat segera dilengkapi.

2) Coding

Jawaban yang diperoleh diberi kode berupa angka. Kode yang digunakan dalam penelitian ini adalah benar diberi kode 1 dan salah diberi kode 0. Dengan tujuan untuk memudahkan dalam tahap pengolahan data.

3) Tabulatin

Data-data dikelompokkan ke dalam satu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimiliki, sesuai dengan tujuan penelitian. Hal ini penting dilakukan untuk mempermudah dalam analisis data.

4) *Entry*

Data yang didapat dimasukkan kedalam tabel-tabel sesuai dengan variabelnya.

5) Penyajian

Setelah data dikumpulkan, diolah maka perlu disajikan. Adapun yang dimaksud dalam penyajian data dalam penelitian ini adalah mengatur dan menyusun data ke dalam bentuk tabel sehingga menjadi jelas sifat-sifat yang dimiliki oleh masing-masing variabel.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

3.12.2. Analisis Data

3.12.2.1. Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap-tiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:188).

3.12.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara nilai *pre-test* dan *post-test* pada masing-masing kelompok.Selain itu, analisis yang utama adalah untuk mengetahui apakah pendekatan verbal secara individual efektif untuk meningkatkan kemampuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare dan penerapan terapi rehidrasi oral di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

Suatu data sebelum dilakukan uji analisa, maka data yang akan dianalisis harus berdistribusi normal. Uji normalitas data untuk mengetahui apakah sampel berasal dari populasi berdistribusi normal. Uji normalitas dapat dilakukan dengan uji *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel kurang dari 50. Suatu data dikatakan berdistribusi normal apabila nilai signifikansi (Sig.) atau nilai probabilitas pada kedua tabel > 0,05 (Sopiyudin Dahlan, 2004:56).

Jika data terdistribusi secara normal maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji *independent t-test* (tidak berpasangan). Namun jika semua atau salah satu variabel tidak terdistribusi secara normal maka uji hipotesis alternatif yang digunakan adalah *Mann-Whitney* (uji non parametrik). Apabila nilai probabilitas < 0,05, maka Ho ditolak (Sopiyudin Dahlan, 2004:5).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Diskripsi Data

4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Desa Rowobungkul merupakan salah satu desa di Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora yang merupakan daerah dataran tinggi yaitu dengan ketinggian 67 meter diatas permukaan laut. Batas-batas Desa Rowobungkul adalah:

Sebelah Utara : Berbatasan dengan Desa Bergolo

Sebelah Timur : Berbatasan dengan Desa Gedebek

Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Hutan

Sebelah Barat : Berbatasan dengan Desa Kemiri

Luas wilayah Desa Rowobungkul adalah 588,30 ha yang terbagi menjadi 3 RW dan 24 RT terdiri dari 8 dukuh, yaitu: (1) Dukuh Rowobungkul, (2) Dukuh Randualas, (3) Dukuh Tembang, (4) Dukuh Loji, (5) Dukuh Bungkul, (6) Dukuh Ngrangkang, (7) Dukuh Geneng, dan (8) Dukuh Ketangar. Jumlah penduduk di Desa Rowobungkul adalah 3.318 orang dengan dengan mata pencaharian sebagai petani sebesar 51,56 %, pedagang 30,4 %, buruh tani 14,25 %, buruh/swasta 2,8 % dan PNS 0,99 %.

4.1.2. Gambaran Kader Kesehatan

Jumlah kader secara keseluruhan di Desa Rowobungkul ada 30, sedangkan kader yang aktif ada 25 yang tersebar di 8 dukuh dan bertugas di posyandu

masing-masing dukuh. Dukuh Rowobungkul ada 4 kader, sedangkan Dukuh Randualas, Tembang, Loji, Bungkul, Ngrangkang, Geneng dan Ketangar masing-

masing ada 3 kader. Jumlah kader dengan lulusan SD ada 6, lulusan SMP ada 9 dan lulusan SMA ada 10. Secara keseluruhan kader kesehatan yang ada di Desa Rowobungkul bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga.

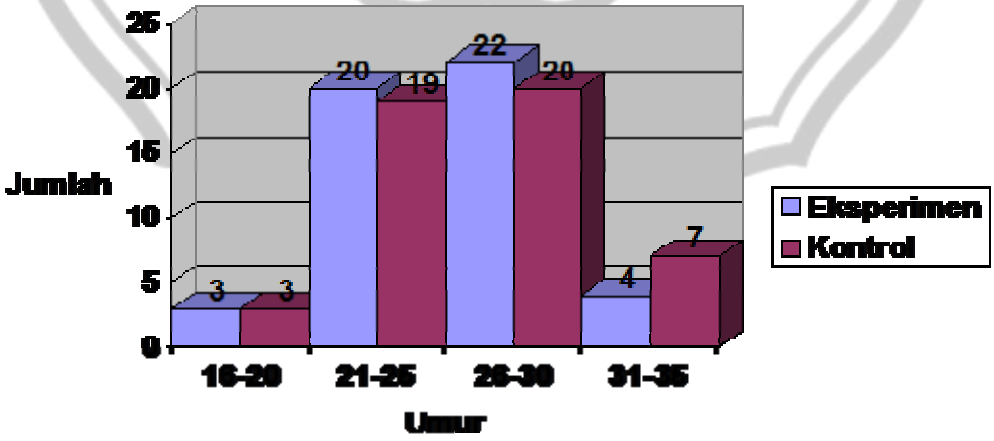
4.2. Hasil Penelitian

4.2.1. Analisis Univariat

4.2.1.1. Karakteristik Responden

4.2.1.1.1. Distribusi Responden menurut Umur

Responden dalam penelitian ini adalah Ibu balita di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora. Berdasarkan data penelitian dapat diketahui bahwa usia responden bervariasi antara 15 tahun sampai dengan 35 tahun. Lebih jelasnya distribusi usia responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar 4.1 berikut:

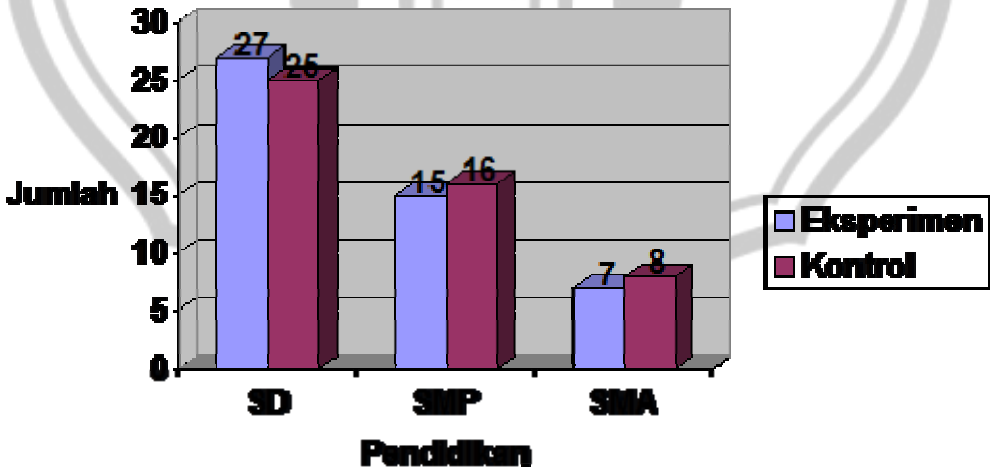


Gambar 4.1. Grafik distribusi responden menurut umur

Berdasarkan grafik distribusi responden menurut umur tersebut, diketahui bahwa pada kelompok eksperimen terdapat 3 responden (6,12%) yang berusia 16-20 tahun, 20 responden (34,69%) yang berusia 21-25 tahun, 22 responden (53,06 %) yang berusia 26-30 tahun, dan 4 responden (6,13%) yang berusia 31-35 tahun. Distribusi responden pada kelompok kontrol adalah 3 responden (6,12%) yang berusia 16-20 tahun, 19 responden (38,78%) yang berusia 21,25 tahun, 20 responden (40,82%) yang berusia 26-30 tahun, dan 7 responden (14,28%) yang berusia 31-35 tahun. Secara keseluruhan responden yang berusia 15-20 tahun pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebanyak 6 responden (6,12%), usia 21-25 tahun sebanyak 39 responden (39,82%), usia 26-30 tahun sebanyak 42 responden (42,84%) dan usia 31-35 tahun sebanyak 11 responden (11,22%).

4.2.1.1.2.Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Distribusi responden menurut tingkat pendidikan dapat digambarkan pada gambar 4.2 dibawah ini:



Gambar 4.2. Grafik distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Berdasarkan grafik distribusi responden menurut tingkat pendidikan tersebut, diketahui bahwa pada kelompok eksperimen terdapat 27 responden (55,10%) lulus SD, 15 responden (30,61%) lulus SMP dan 7 responden (14,29%) lulus SMA. Distribusi responden pada kelompok kontrol adalah 25 responden (51,02%) lulus SD, 16 responden (32,61 %) lulus SMP dan 8 responden (16,37%) lulus SMA. Secara keseluruhan responden yang lulus SD pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebanyak 52 responden (53,06%), lulus SMP sebanyak 31 responden (31,63) dan lulus SMA sebanyak 15 responden (15,31%).

4.2.1.2. Pendekatan Pendidikan Kesehatan

Responden dalam penelitian ini adalah ibu rumah tangga di Desa Rowobungkul. Dalam penelitian ini responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok eksperimen (diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan) dan kelompok kontrol (diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan). Pada kelompok eksperimen dalam menyampaikan pengetahuan mengenai deteksi dini penyakit diare dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral dilakukan oleh kader kesehatan dengan mendatangi rumah responden satu persatu. Pendekatan dilakukan dengan metode peragaan yaitu dengan memperagakan cara membuat larutan gula garam dan alat bantu foto untuk menyampaikan pengetahuan mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita.

Pada kelompok kontrol, dalam menyampaikan pengetahuan mengenai deteksi dini penyakit diare dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral dilakukan oleh kader kesehatan dengan mengumpulkan responden terlebih dahulu. Setelah responden berkumpul, pendekatan dilakukan dengan metode

cerita dan alat bantu poster dalam menyampaikan pengetahuan mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral. Distribusi pemberian pendekatan verbal secara individual maupun verbal secara klasikal pada responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1.Distribusi Responden Menurut Pemberian Pendekatan Pendidikan Kesehatan

No	Pendekatan Pendidikan Kesehatan	Jumlah	Prosentase
1.	Eksperimen	49	50%
2.	Kontrol	49	50%
	Jumlah	98	100%

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel distribusi responden menurut pemberian pendekatan pendidikan kesehatan tersebut, diketahui bahwa responden yang diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan (eksperimen) sebanyak 49 responden (50%) dan yang diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan (kontrol) sebanyak 49 responden (50%).

4.2.1.3. Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita Sebelum dan Sesudah Mendapat Pendekatan (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen

Distribusi skor pengetahuan awal (*pre-test*) dan akhir (*post-test*) pada kelompok eksperimen dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.2. Distribusi Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen

No.	Skor	*Pre-test*		*Post-test*	
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
1.	0-7	5	10,2 %	0	0 %
2.	8-15	39	79,6 %	5	10.3 %
3.	16-23	5	10,2 %	44	89.7 %
	Jumlah	49	100 %	49	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa distribusi skor pengetahuan awal (*pre-test*) pada kelompok eksperimen menunjukkan responden dengan skor pengetahuan 0-7 sebanyak 5 responden (10,2%), skor pengetahuan 8-15 sebanyak 39 responden (79,6%) dan skor pengetahuan 16-23 sebanyak 5 responden (10,2%). Sedangkan skor pengetahuan akhir (*post-test*) menunjukkan responden dengan skor pengetahuan 0-7 sebanyak 0 responden (0%), skor pengetahuan 8-15 sebanyak 5 responden (10,3%) dan skor pengetahuan 16-23 sebanyak 44 responden (89,7%). Ukuran pemusatan dan ukuran penyebarannya dapat dilihat pada table di bawah ini.

Tabel 4.3. Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen

Variabel	N	Median	Minimal	Maksimal
Pengetahuan Kel. Eksperimen (*Pre-test*)	49	12,0000	5,00	22,00
Pengetahuan Kel. Eksperimen (*Post-test)*	49	20,0000	12,00	23,00

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tebel di atas dapat diketahui bahwa median *pre-test* adalah 12,0000 dengan nilai minimal 5,00 dan nilai maksimal 22,00, sedangkan median *post-test* adalah 20,0000 dengan nilai minimal 22,00 dan nilai maksimal 23,00.

4.2.1.4.Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehirasi Oral Sebelum dan Sesudah Mendapat Pendekatan (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen

Distribusi skor keterampilan awal (*pre-test*) dan akhir (*post-test*) pada kelompok eksperimen dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.4. Distribusi Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen

No.	Skor	*Pre-test*		*Post-test*	
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
1.	0-6	12	24,5 %	0	0 %
2.	7-13	34	69,4 %	16	32,7 %
3.	14-20	3	6,1 %	33	67,3 %
Jumlah		49	100 %	49	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa distribusi skor keterampilan awal (*pre-test*) pada kelompok eksperimen menunjukkan responden dengan skor keterampilan 0-6 sebanyak 12 responden (24,5%), skor keterampilan 7-13 sebanyak 34 responden (69,4%) dan skor pengetahuan 14-20 sebanyak 3 responden (6,1%). Sedangkan skor keterampilan akhir (*post-test*) menunjukkan responden dengan skor keterampilan 0-6 sebanyak 0 responden (0%), skor keterampilan 7-13 sebanyak 16 responden (32,7%) dan skor keterampilan 14-20 sebanyak 33 responden (67,3%). Ukuran pemusatan dan ukuran penyebarannya dapat dilihat pada table di bawah ini.

Tabel 4.5.Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen

Variabel	N	Median	Minimal	Maksimal
Keterampilan Kel. Eksperimen (*Pre-test*)	49	9,0000	4,00	15,00
Keterampilan Kel. Eksperimen (*Post-test)*	49	18,0000	9,00	20,00

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa median *pre-test* adalah 9,0000 dengan nilai minimal 4,00 dan nilai maksimal 15,00, sedangkan median *pos-test* adalah 18,0000 dengan nilai minimal 9,00 dan nilai maksimal 20,00.

4.2.1.5.Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita Sebelum dan Sesudah Mendapat Pendekatan (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol

Distribusi skor pengetahuan awal (*pre-test*) dan akhir (*post-test*) pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.6. Distribusi Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol

No.	Skor	*Pre-test*		*Post-test*	
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
1.	0-7	5	10,1 %	1	2,0 %
2.	8-15	34	69,4 %	27	55,2 %
3.	16-23	10	20,5 %	21	42,8 %
	Jumlah	49	100 %	49	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa distribusi skor pengetahuan awal (*pre-test*) pada kelompok kontrol menunjukkan responden dengan skor pengetahuan 0-7 sebanyak 5 responden (10,1%), skor pengetahuan 8-15 sebanyak 34 responden (69,4%) dan skor pengetahuan 16-23 sebanyak 10 responden (20,5%). Sedangkan skor pengetahuan akhir (*post-test*) menunjukkan responden dengan skor pengetahuan 0-7 sebanyak 1 responden (2,0%), skor pengetahuan 8-15 sebanyak 27 responden (55,2%) dan skor pengetahuan 16-23 sebanyak 21 responden (42,8%). Ukuran pemusatan dan ukuran penyebarannya dapat dilihat pada table di bawah ini.

Tabel 4.7. Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol

Variabel	N	Median	Minimal	Maksimal
Pengetahuan Kel. Kontrol (*Pre-test*)	49	12,0000	4,00	20,00
Pengetahuan Kel. Kontrol (*Post-test)*	49	15,0000	7,00	23,00

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa median *pre-test* adalah 12,0000 dengan nilai minimal 4,00 dan nilai maksimal 20,00, sedangkan median *pos-test* adalah 15,0000 dengan nilai minimal 7,00 dan nilai maksimal 23,00.

4.2.1.6.Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehirasi Oral Sebelum dan Sesudah Mendapat Pendekatan (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol

Distribusi skor keterampilan awal (*pre-test*) dan akhir (*post-test*) pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.8. Distribusi Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol

No.	Skor	*Pre-test*		*Post-test*	
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
1.	0-6	8	16,3 %	1	2,0 %
2.	7-13	32	65,4 %	23	47,0 %
3.	14-20	9	18,3 %	25	51,0 %
	Jumlah	49	100 %	49	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa distribusi skor keterampilan awal (*pre-test*) pada kelompok kontrol menunjukkan responden dengan skor keterampilan 0-6 sebanyak 8 responden (16,3%), skor keterampilan 7-13 sebanyak 32 responden (65,4%) dan skor pengetahuan 14-20 sebanyak 9 responden (18,3%). Sedangkan skor keterampilan akhir (*post-test*) menunjukkan responden dengan skor keterampilan 0-6 sebanyak 1 responden (2,0%), skor keterampilan 7-13 sebanyak 23 responden (47,0%) dan skor keterampilan 14-20 sebanyak 25 responden (51,0%). Ukuran pemusatan dan ukuran penyebarannya dapat dilihat pada table di bawah ini.

Tabel 4.9.Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol

Variabel	N	Median	Minimal	Maksimal
Keterampilan Kel. Kontrol (*Pre-test*)	49	10,0000	4,00	18,00
Keterampilan Kel. Kontrol (*Post-test)*	49	14,0000	6,00	20,00

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa median *pre-test* adalah 10,0000 dengan nilai minimal 4,00 dan nilai maksimal 18,00, sedangkan median *pos-test* adalah 14,0000 dengan nilai minimal 6,00 dan nilai maksimal 20,00.

4.2.2. Analisis Bivariat

4.2.2.1. Uji Normalitas Data

Adapun variabel yang diuji meliputi variabel *pre-test* dan *post-test* pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, *pre-test* dan *post-test* keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol serta selisih pengetahuan dan selisih keterampilan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Berikut ini adalah tabel rangkuman hasil uji normalitas data menggunakan *Shapiro-Wilk:*

Tabel 4.10. Hasil Uji Normalitas Data

Variabel	*p value*
(1)	(2)
Pengetahuan kelompok eksperimen (*pre-test*)	0,288
Pengetahuan kelompok eksperimen (*post-test*)	0,001
Keterampilan kelompok eksperiemen (*pre-test*)	0,109
Keterampilan kelompok eksperiemen (*post-test*)	0,000
Pengetahuan kelompok kontrol (*pre-test*)	0,227
Pengetahuan kelompok kontrol (*post-test*)	0,007

Tabel lanjutan (tabel 4.10)

(1)	(2)
Keterampilan kelompok kontrol (*pre-test*)	0,279
Keterampilan kelompok kontrol (*post-test*)	0,013
Selisih pengetahuan kelompok eksperimen	0,272
Selisih keterampilan kelompok eksperimen	0,210
Selisih pengetahuan kelompok kontrol	0,000
Selisih keterampilan kelompok kontrol	0,000

Sumber: Hasil Penelitian 2010

4.2.2.2.Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Eksperimen

Berdasarkan uji normalitas data skor pengetahuan pada kelompok eksperimen dengan *Shapiro-Wilk* diketahui bahwa *p value pre-test* 0,288 dan *p value post-test* 0,001 ($p < 0,05$), karena ada *p value* yang kurang dari 0,05 maka data tidak terdistribusi normal, sehingga untuk selanjutnya dilakukan uji alternaif dengan uji *Wilcoxon*. Berikut ini adalah bentuk penyajian dan interpretasi dari uji statistik *Wilcoxon* (*pre-test* dan *post-test)* kelompok eksperimen.

Tabel 4.11.Hasil Uji Statistik Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen

Variabel	N	Mean	SD	Min.	Mak.	*P value*
Pengetahuan Kel. Eksperimen (*Pre-test*)	49	11,7959	3,28494	5,00	22,00	0,0001
Pengetahuan Kel. Eksperimen (*Post-test)*	49	19,7347	2,76719	12,00	23,00	

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui rata-rata skor *pre-test* pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok eksperimen sebesar 11,7959 dengan standar deviasi 3,28494 dan rata-rata skor *post-test* 19,7347 dengan standar deviasi 2,76719. Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai *significancy* 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga mengenai

deteksi dini penyakit diare pada balita antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan".

4.2.2.3.Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen

Berdasarkan uji normalitas data skor keterampilan pada kelompok eksperimen dengan *Shapiro-Wilk* diketahui bahwa *p value pre-test* 0,109 dan *p value post-test* 0,000 (p < 0,05), karena ada *p value* yang kurang dari 0,05 maka data tidak terdistribusi normal, sehingga untuk selanjutnya dilakukan uji alternaif dengan uji *Wilcoxon*. Berikut ini adalah bentuk penyajian dan interpretasi dari uji statistik *Wilcoxon* (*pre-test* dan *post-test)* kelompok eksperimen.

Tabel 4.12. Hasil Uji Statistik Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Eksperimen

Variabel	N	Mean	SD	Min.	Mak.	*P value*
Keterampilan Kel. Eksperimen (*Pre-test*)	49	9,0408	2,81335	4,00	15,00	0,0001
Keterampilan Kel. Eksperimen (*Post-test)*	49	16,2653	3,59267	9,00	20,00	

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui rata-rata skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebelum pendekatan pada kelompok eksperimen sebesar 9,0408 dengan standar deviasi 2,81335 dan rata-rata skor keterampilan setelah pendekatan sebesar 16,2653. dengan standar deviasi 3,59267. Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai *significancy* 0,0001 (p < 0,05). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan".

PERPUSTAKAAN UNNES

4.2.2.4.Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan uji normalitas data skor pengetahuan pada kelompok kontrol dengan *Shapiro-Wilk* diketahui bahwa *p value pre-test* 0,227 dan *p value post-test* 0,007 (p < 0,05), karena ada *p value* yang kurang dari 0,05 maka data tidak terdistribusi normal, sehingga untuk selanjutnya dilakukan uji alternaif dengan uji *Wilcoxon*. Berikut ini adalah bentuk penyajian dan interpretasi dari uji statistik *Wilcoxon* (*pre-test* dan *post-test)* kelompok kontrol.

Tabel 4.13. Hasil Uji Statistik Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol

Variabel	N	Mean	SD	Min.	Mak.	*P value*
Pengetahuan Kel. Eksperimen (*Pre-test*)	49	12,2041	3,80777	4,00	20,00	0,0001
Pengetahuan Kel. Eksperimen (*Post-test)*	49	16,3061	4,50094	7,00	23,00	

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui rata-rata skor *pre-test* pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok kontrol sebesar 12,2041 dengan standar deviasi 3,80777 dan rata-rata skor *post-test* 16,3061 dengan standar deviasi 4,50094. Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai significancy 0,0001 (p < 0,05). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan".

PERPUSTAKAAN UNNES

4.2.2.5.Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan uji normalitas data skor keterampilan pada kelompok kontrol dengan *Shapiro-Wilk* diketahui bahwa *p value pre-test* 0,279 dan *p value post-test* 0,013 (p < 0,05), karena ada *p value* yang kurang dari 0,05 maka data tidak terdistribusi normal, sehingga untuk selanjutnya dilakukan uji alternaif dengan uji *Wilcoxon*. Berikut ini adalah bentuk penyajian dan interpretasi dari uji statistik *Wilcoxon* (*pre-test* dan *post-test)* kelompok kontrol.

Tabel 4.14. Hasil Uji Statistik Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) Kelompok Kontrol

Variabel		N	Mean	SD	Min.	Mak.	*P value*
Keterampilan Kontrol (*Pre-test*)	Kel.	49	10,1837	3,31457	4,00	18,00	0,0001
Keterampilan Kontrol (*Post-test)*	Kel.	49	14,4898	3,61203	6,00	20,00	

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui rata-rata skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebelum pendekatan pada kelompok kontrol sebesar 10,1837 dengan standar deviasi 3,31457 dan rata-rata skor keterampilan setelah pendekatan sebesar 14,4898 dengan standar deviasi 3,61203. Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai significancy 0,0001 (p < 0,05). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan.

PERPUSTAKAAN UNNES

4.2.2.6.Perbedaan Selisih Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan uji F yang dilakukan untuk mengetahui homogenitas varians data skor awal pengetahuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol maka diperoleh hasil bahwa nilai p = 0,385. Hal ini menunjukkan bahwa F hitung (0,385) > 0,05 sehingga data skor awal (*pre-test*) pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah sama (lampiran halaman 138).

Berdasarkan uji normalitas data menggunakan *Shapiro-Wilk* yang dilakukan terhadap selisih skor pengetahuan kelompok eksperimen diketahui bahwa nilai *p value* yaitu 0,272 dan selisih skor pengetahuan kelompok kontrol nilai *p value* yaitu 0,000 (p < 0,05), karena ada *p value* yang kurang dari 0,05 maka data tidak terdistribusi normal, sehingga untuk selanjutnya dilakukan uji alternaif yaitu dengan uji *Mann-Whitney*. Berikut ini adalah bentuk penyajian dan interpretasi dari uji statistik *Mann-Whitney* antara selisih pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol:

Tabel 4.15. Hasil Uji Statistik Selisih Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita antara Kelompok Eksperimen dan Kontrol

Variabel	N	Mean	SD	SE	*P value*
Selisih Pengetahuan Kel. Eksperimen	49	7,9388	2,56911	0,36702	0,0001
Selisih Pengetahuan Kel.Kontrol	49	4,1020	2,21966	0,31709	

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui perbedaan rata-rata (*mean*) selisih *pre-test* dan *post-test* pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita sebelum dan sesudah diberi pendekatan. Pada kelompok eksperimen mempunyai

rata-rata selisih skor sebesar 7,9388 dengan standar deviasi 2,56911. Sedangkan pada kontrol nilai rata-rata selisih skor pengetahuan sebesar 4,1020 dengan standar deviasi 2,21966. Hal ini menunjukkan bahwa selisih peningkatan skor dari *pre-test* ke *post-test* pada kelompok eksperimen lebih besar dari pada selisih peningkatan skor *pre-test* ke *post-test* pada kelompok kontrol.

Dengan uji *Mann-Whitney*, diperoleh angka *Signifiancy* 0,0001, karena nilai p < 0,05, dapat disimpulkan bahwa "ada perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol"

4.2.2.7.Perbedaan Selisih Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan uji F yang dilakukan untuk mengetahui homogenitas varians data skor awal pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol maka diperoleh hasil bahwa nilai p = 0,341. Hal ini menunjukkan bahwa F hitung (0,341) > 0,05 sehingga data skor awal (*pre-test*) keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah sama (lampiran halaman 139).

Berdasarkan uji normalitas data menggunakan *Shapiro-Wilk* yang dilakukan terhadap selisih skor keterampilan kelompok eksperimen diketahui bahwa nilai *p value* yaitu 0,210 dan selisih skor keterampilan kelompok kontrol nilai *p value* yaitu 0,000 (p < 0,05), karena ada *p value* yang kurang dari 0,05 maka data tidak terdistribusi normal, sehingga untuk selanjutnya dilakukan uji alternaif yaitu dengan uji *Mann-Whitney*. Berikut ini adalah bentuk penyajian dan

PERPUSTAKAAN UNNES

interpretasi dari uji statistik *Mann-Whitney* antara selisih skor pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol:

Tabel 4.16. Hasil Uji Statistik Selisih Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Variabel	N	Mean	SD	SE	*P value*
Selisih Keterampilan Kel. Eksperimen	49	7,2245	2,49387	0,35627	0,0001
Selisih Keterampilan Pengetahuan Kel.Kontrol	49	4,3061	2,19093	0,31299	

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui perbedaan rata-rata (*mean*) selisih skor *pre-test* dan skor *post-test* keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral. Pada kelompok eksperimen mempunyai rata-rata selisih skor keterampilan sebesar 7,2245 dengan standar deviasi 2,49387. Sedangkan pada kelompok kontrol nilai rata-rata selisih skor keterampilan sebesar 4,3061 dengan standar deviasi 2,19093. Hal ini menunjukkan bahwa selisih peningkatan skor dari *pre-test* ke *post-test* pada kelompok eksperimen lebih besar dari pada selisih peningkatan skor *pre-test* ke *post-test* pada kelompok kontrol.

Dengan uji *Mann-Whitney*, diperoleh angka *Signifiancy* 0,0001, karena nilai $p < 0,05$, dapat disimpulkan bahwa "ada perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol"

PERPUSTAKAAN UNNES

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1. Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Eksperimen

Rata-rata skor *pre-test* pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok eksperimen sebesar 11,7959 dan rata-rata skor *post-test* 19,7347. Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai *significancy* 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan".

Pengetahuan tentang kesehatan adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara pemeliharaan kesehatan. Untuk mengukur pengetahuan kesehatan tersebut adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertannyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah "tingginya pengetahuan" responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel atau komponen-komponen kesehatan (Soekidjo Notoatmidjo, 2005:56).

Berdasarkan hasil pertanyaan dalam *pre-test* dan *post-test* tentang deteksi dini penyakit diare pada balita, menunjukkan pada kelompok eksperimen

(pendekatan verbal secara individual) mengalami peningkatan pengetahuan. Hal ini menunjukkan bahwa metode dan alat peraga yang digunakan dalam kegiatan pendekatan verbal secara individual pada kelompok eksperimen yaitu metode peragaan dengan alat bantu foto dapat meningkatkan pengetahuan responden atau sasaran pembelajaran.

Pendekatan verbal secara individual pada dasarnya adalah menyampaikan pengetahuan dan ketrampilan dalam upaya deteksi dini penyakit diare pada balita dan teori serta praktek dalam pembuatan oralit kepada ibu rumah tangga secara bertatap muka dan secara orang per orang. Pendekatan ini dipilih agar penyampaian materi dan pelaksanaan praktik dapat berjalan secara efektif. Pendekatan ini juga dapat menjalin komunikasi antar kader dan Ibu rumah tangga secara langsung agar antara kader dan Ibu rumah tangga terjadi dialog, Ibu rumah tangga dapat lebih terbuka menyampaikan masalahnya dan keinginan-keinginannya secara lebih leluasa (Umrotun, 2002:13). Alat pengajaran adalah segala sesuatu yang dapat digunakan dalam rangka mencapai tujuan pengajaran. Sebagai alat bantu dalam pendidikan dan pengajaran dalam pebdekatan verbal secara individual, foto mempunyai sifat sebagai berikut:

1) Dapat memperlihatkan situasi dan objek persis seperti dalam keadaan yang sebenarnya
2) Dapat memperlihatkan gagasan baru
3) Dapat memperlihatkan suatu keterampilan baru
4) Dapat digunakan untuk mendorong suatu perilaku yang baru

Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa alat tidak bisa diabaikan dalam program pengelolaan pengajaran (WHO, 1988:275).

Metode yang digunakan untuk pendekatan ini adalah dengan peragaan. Peragaan adalah cara yang menyenangkan untuk saling tukar pengetahuan dan keterampilan. Peragaan merupakan campuran dari pelajaran teori dan kerja praktek, yang membuatnya hidup. Tujuan dari peragaan yaitu untuk membantu orang mempelajari keterampilan baru. Sehingga responden benar-benar jelas dan mengerti semua tentang deteksi dini penyakit diare pada balita beserta penanganannya yang telah dilihat dan didiskusikan bersama. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga mempunyai pengaruh dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita.

5.1.2. Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Eksperimen

Rata-rata skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebelum pendekatan pada kelompok eksperimen sebesar 9,0408 dan rata-rata skor keterampilan setelah pendekatan sebesar 16,2653. Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai *significancy* 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan".

Sesuai dengan hasil *check list* sebelum dan sesudah pendekatan tentang keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral pada kelompok eksperimen

mengalami peningkatan keterampilan. Hal ini menujukkan bahwa pendekatan verbal secara individual mempunyai pengaruh dalam meningkatkan keterampilan responden tentang penerapan terapi rehidrasi oral. Dengan menjelaskan melalui peragaan dan memberikan contoh dengan praktik pembuatan larutan rehidrasi oral (larutan gula garam dan oralit) secara langsung kepada sasaran pendekatan yang kemudian dilanjutkan dengan meminta responden untuk mempraktikkannya sendiri, sehingga dalam kegiatan pendekatan ini responden dapat aktif dalam proses penerimaan pesan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral dengan ikut berpendapat dan menerima pendapat orang lain.

5.1.3. Perbedaan Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita (*Pre-test* dan *Post-test*) pada Kelompok Kontrol

Rata-rata skor *pre-test* pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok kontrol sebesar 12,2041 dan rata-rata skor *post-test* 16.3061. Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai significancy 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan".

. Pendekatan verbal secara klasikal adalah menyampaikan pengetahuan dan ketrampilan dalam upaya deteksi dini penyakit diare pada balita dan teori serta praktek dalam pembuatan oralit kepada ibu rumah tangga secara bertatap muka dan secara kelompok. Pendekatan ini juga dapat menjalin komunikasi antar kader dan Ibu rumah tangga secara langsung agar antara kader dan Ibu rumah tangga terjadi dialog, Ibu rumah tangga dapat lebih terbuka menyampaikan masalahnya

dan keinginan-keinginannya secara lebih leluasa (Umrotun, 2002:13). Sebagai alat bantu dalam pendidikan dan pengajaran dengan pendekatan verbal secara klasikal adalah poster dengan tujuan:

(1) Untuk memberikan informasi dan nasihat

(2) Untuk memberikan arah dan petunjuk

(3) Untuk mengumumkan peristiwa dan program yang penting (WHO, 1988:257)

Yang kemudian dilanjutkan dengan cerita untuk memberikan informasi dan gagasan, mendorong orang untuk melihat kembali perilaku dan norma mereka, dan membantu orang untuk memutuskan bagaimana memecahkan masalah mereka.

Sesuai dengan teori diatas dan hasil *pre-test* dan *post-test* tentang pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita pada kelompok kontrol mengalami peningkatan pengetahuan. Hal ini menunjukkan bahwa pendekatan verbal secara klasikal mempunyai pengaruh dalam meningkatkan pengetahuan responden tentang deteksi dini penyakit diare pada balita.

5.1.4. Perbedaan Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral (*pre-test* dan *post-test*) pada Kelompok Kontrol

Rata-rata skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebelum pendekatan pada kelompok kontrol sebesar 10,1837 dan rata-rata skor keterampilan setelah pendekatan sebesar 14,4898 . Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai significancy 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan “terdapat perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam

penerapan terapi rehidrasi oral antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan dengan.

Sesuai dengan hasil *check list* sebelum dan sesudah pendekatan tentang keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral pada kelompok kontrol mengalami peningkatan keterampilan. Hal ini menuujukkan bahwa pendekatan verbal secara klasikal mempunyai pengaruh dalam meningkatkan keterampilan responden tentang penerapan terapi rehidrasi oral. Dengan menjelaskan melalui cerita dan memberikan contoh dengan praktik pembuatan larutan rehidrasi oral (larutan gula garam dan oralit) secara langsung kepada sasaran pendekatan yang kemudian dilanjutkan dengan meminta responden untuk mempraktikkannya sendiri, sehingga dalam kegiatan pendekatan ini responden dapat aktif dalam proses penerimaan pesan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral dengan ikut berpendapat dan menerima pendapat orang lain.

5.1.5. Perbedaan Selisih Skor Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan analisis uji alternatif dengan *Mann-Whitney* antara selisih skor *pre-test* dan *post-tes*t pengetahuan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diperoleh hasil *Signifikasi* atau nilai p adalah 0,0001. Karena nilai p (0,0001) lebih kecil dari α (0,05) maka dapat disimpulkan bahwa “ada perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol”. Rata-rata (*mean*) nilai selisih skor *pre-test* dan *post-test* pengetahuan untuk kelompok eksperimen adalah 7,9388 dan untuk kelompok kontrol adalah

4,1020, artinya bahwa rata-rata skor kelompok eksperimen lebih tinggi daripada rata-rata skor kelompok kontrol. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dari pada pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

Dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan, media akan sangat membantu menyampaikan pesaan-pesan kesehatan dengan lebih jelas. Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan. Media pendidikan kesehatan merupakan alat-alat saluran (*channel*) yang digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan sehingga mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:71).

Metode yang digunakan untuk pendekatan verbal secara individual ini adalah dengan peragaan. Peragaan adalah cara yang menyenangkan untuk saling tukar pengetahuan dan keterampilan. Peragaan merupakan campuran dari pelajaran teori dan kerja praktek, yang membuatnya hidup. Tujuan dari peragaan yaitu untuk membantu orang mempelajari keterampilan baru. Peragaan dapat digunakan pada latihan perorangan atau kelompok kecil. Jika kelompok terlalu besar, anggota tidak mempunyai kesempatan untuk berlatih keterampilan dan mengajukan pertanyaan (WHO, 1988:175). Beberapa media yang digunakan untuk peragaan seperti model dan objek sungguhan, dapat juga dipakai poster dan foto. Foto adalah media pendidikan yang berguna. Foto dapat memperlihatkan situasi dan objek persis seperti dalam keadaan yang sebenarnya. Tetapi orang

harus bisa melihat foto agar mereka mengerti apa yang ditampilkan. Foto dapat memperlihatkan gagasan baru. Foto juga dapat memperlihatkan suatu keterampilan baru. Foto juga dapat digunakan untuk mendorong suatu perilaku yang baru. Foto terbaik bila dipakai untuk perorangan dan kelompok kecil (WHO, 1988:275).

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan bahwa pendekatan verbal secara individual dengan metode peragaan dan alat bantu foto sudah tepat untuk sasarannya yaitu ibu rumah tangga yang diberikan pendekatan oleh kader kesehatan secara orang per orang. Dengan metode ini pesan-pesan dapat disampaikan sesuai dengan tujuannya yaitu meningkatkan pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral.

5.1.6.Perbedaan Selisih Skor Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan analisis uji alternatif dengan *Mann-Whitney* antara selisih skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebelum dan sesudah pendekatan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diperoleh hasil *Signifikasi* atau nilai p adalah 0,0001. Karena nilai p (0,0001) lebih kecil dari α (0,05) maka dapat disimpulkan bahwa “ada perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol”**.** Rata-rata (*mean*) nilai selisih skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral sebelum dan sesudah pendekatan untuk kelompok eksperimen adalah 7,2245 dan untuk kelompok kontrol adalah

4,3061, artinya bahwa rata-rata skor kelompok eksperimen lebih tinggi daripada rata-rata skor kelompok kontrol. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan lebih efektif dalam meningkatkan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral dari pada pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu:

Penelitian ini masih menggunakan metode dan media yang sederhana, walaupun bagi ibu-ibu rumah tangga di Desa Rowobungkul metode dan media yang digunakan tersebut sudah dapat menarik perhatian tapi ibu-ibu tentu akan lebih tertarik lagi jika metode dan media yang digunakan lebih menarik dan menggunakan kemajuan teknologi.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang "Efektivitas pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora" dapat disimpulkan bahwa:

1) Berdasarkan analisis uji alternatif dengan *Mann-Whitney* selisih skor pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita maupun selisih skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol masing-masing diperoleh hasil *Signifikasi* atau nilai *p* adalah 0,0001. Karena nilai *p* (0,0001) lebih kecil dari α (0,05) maka dapat disimpulkan "ada perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok yang diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan dengan kelompok yang diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora".
2) Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai *significancy* 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat

pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan".

3) Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai *significancy* 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan".
4) Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai significancy 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan".
5) Dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai significancy 0,0001 ($p < 0,05$). Dengan demikian disimpulkan "terdapat perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara sebelum dan sesudah diberi pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan dengan.
6) Berdasarkan analisis uji alternatif dengan *Mann-Whitney* antara selisih skor pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diperoleh hasil *Signifikasi* atau nilai *p* adalah 0,0001. Karena nilai *p* (0,0001) lebih kecil dari α (0,05) maka dapat disimpulkan bahwa "ada perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan ibu

rumah tangga mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol”

7) Berdasarkan analisis uji alternatif dengan *Mann-Whitney* antara selisih skor keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diperoleh hasil signifikasi atau nilai *p* adalah 0,0001. Karena nilai *p* (0,0001) lebih kecil dari α (0,05), maka dapat disimpulkan bahwa “ada perbedaan yang bermakna tingkat keterampilan ibu rumah tangga dalam penerapan terapi rehidrasi oral antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol”

6.2Saran

6.2.1 Bagi Ibu Rumah Tangga yang Mempunyai Balita di Desa Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora

Setelah mendapat pengetahuan mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral, hendaknya ibu-ibu selalu mengingat dan melaksanakan apa yang harus dilakukan ketika balitanya menderita diare.

6.2.2 Bagi Mahasiswa IKM UNNES

Untuk mahasiswa IKM UNNES selanjutnya, hendaknya melakukan penelitian dengan metode yang lebih menarik dan media yang lebih bagus misalnya dengan memanfaatkan teknologi yang ada seperti penggunaan LCD dalam penyampaian materi dan pembuatan video untuk mengajarkan

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

keterampilan dalam pembuatan larutan rehidrasi oral kepada sasaran yang lebih luas.

6.2.3 Bagi Kepala Puskesmas Rowobungkul

Supaya lebih meningkatkan penyuluhan tentang diare pada balita, terutama dengan metode pendekatan verbal secara individual dengan menggerakkan kader-kader kesehatan.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR PUSTAKA

Aziz Alimul Hidayat, 2006, *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak (seri 1)*, Jakarta: Salemba Media.

Arif Mansjoer, dkk, 2000, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta: Media Aesculapius.

Bhisma Murti, 2003, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Pres.

Bustan, 2006, *Pengantar Epidemiologi*, Jakarta: Rineka Cipta.

Depkes RI, 2008, *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

———, 2007, *Angka Kejadian Diare di Indonesia*. http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2475&Itemid=2, diakses 6 Mei 2009.

———, 1997, *Strategi Komunikasi Program Pemberantasan Penyakit Diare*, Jakarta: Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008, *Tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

———, 2007, *Kemarau Balita Rawan Diare*, http://www.balita-anda.com/balita_526_Kemarau_Balita_Rawan_Diare.html, diakses 10 Juni 2009.

Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, 2009, *Profil Kesehatan Kabupaten Blora 2009*. Blora: DKK Blora.

———, 2003, *Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul-4 (Pengobatan)*, Blora: Proyek Pemberdayaan Polindes.

Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005-2007, *Profil Kesehatan Jawa Tengah 2005-2007*.http ://www.dinkesjatengprov.go.id/dinkes09/profil2007/bab_6.htm, diakses 26 April 2009.

Ditjen PPM & PLP, 1999, *Buku Ajar Diare*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Eko Budiarto, 2001, *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: EGC.

Green, Lawrence, 1980, *Health education Planning, A Diagnostic Approuch*, The John Hopkins University: Mayfield Publising Co.

Harbandinah, dkk, 2006, *Perencanaan dan Evaluasi Pendidikan Kesehatan Masyarakat dan Petunjuk pembuatan Tugas Renval PKM*, Semarang: UNDIP.

I. Sudigbia Partawihardja, 1991, *Dasar-dasar Pengelolaan Kasus Diare Anak. Pengantar Diare Akut Anak. Diare Kronik Anak*, Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1216 / MENKES / SK / XI / 2001, 2001, *Tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare*, Jakarta: Departemen Kesehatan Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyahatan Lingkungan.

Khittatun nafiah, 2009, *Efektivitas Diskusi Kelompok Disertai Pemutaran Video Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu Tentang Tuberkulosis di Desa Andongrejo Kecamatan Blora Tahun 2009*, Skripsi: Universitas Negeri Semarang.

Mark R. Rasmuson, dkk, 1988, *Komunikasi untuk Kelangsungan Hidup Anak*, Washington, D.C.

Ngastiyah, 2005, *Perawatan Anak Sakit*, Jakarta: EGC.

Pambudi, 2009, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Kader Jumantik dalam Pemberantasan DBD di Desa Ketitang Kecamatan Nogosari Kabupaten Boyolali 2009*, Skripsi: Universitas Muhammadiyah Surakarta

Puskesmas Rowobungkul, 2009, *Profil Kesehatan Puskesmas Rowobungkul 2009.*

Siti Malikatin, 2005, *Survei Pengetahuan Ibu Hubungannya dengan Kejadian Diare pada Balita di Puskesmas Wedarijaksa II Pati Tahun 2004/2005*, Skripsi: Universitas Negeri Semarang.

Siti Rokhayatun Nuhainy, 2008, *Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Derajat Dehidrasi Balita Usia 1-4 Tahun Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang*, Skripsi: Universitas Negeri Semarang.

Sjahmien Moehji, 1992, *Pemeliharaan Gizi Bayi dan Balita*, Jakarta: Sagung Seto.

Sopiyudin Dahlan, 2004, *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Arkans.

_____ , 2005, *Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta: Arkans.

PERPUSTAKAAN UNNES

Soekidjo Notoatmodjo, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta.

————— , 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Suharsimi Arikunto, 2002, *Prosedur Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta.

Suharyono, 2008, *Diare Akut*, Jakarta: Rineka Cipta.

Umrotun SH, dkk, *Pemberdayaan Orangtua dalam Meningkatkan Care Seeking Penderita ISPA dengan Berbagai Model Pendekatan*, Semarang: Laporan Penelitian.

Widoyono, 2005, *Penyakit Tropis*, Jakarta: Erlangga.

Wiku Adisasmito, 2007, *Faktor Risiko Diare Pada Bayi dan Balita di Indonesia*, Jakarta: Universitas Indonesia.

WHO, 1988, *Pendidikan Kesehatan*, Terjemahan Ida Bagus Tjitarsa, 1992 Bandung: ITB dan Universitas Udayana.

Zulkifli, 2003, *Posyandu dan Kader Kesehatan*, Sumatera: FKM USU.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

KUESIONER PR*E-TEST* & *POST-TEST*

PENGETAHUAN DETEKSI DINI PENYAKIT DIARE PADA BALITA

Petunjuk pengisian:

1. Tulislah identitas diri dengan lengkap
2. Berilah tanda silang pada jawaban yang menurut anda paling benar
3. Selamat mengerjakan dan terimakasih atas partisipasinya

I. IDENTITAS RESPONDEN

Nama Responden	:	Alamat RT/RW	:
Tgl. Lahir	:	Nama Anak	:
Pendidikan Terakhir	:	Jenis Kelamin	:
Pekerjaan	:	Tgl. Lahir	:

I. DETEKSI DINI PENYAKIT DIARE PADA BALITA

A. PENGERTIAN

1. Apakah sebenarnya penyakit diare itu?
   a. Berak cair lebih dari tiga kali sehari
   b. Sakit perut
   c. Berak keras
2. Pernyataan yang benar tentang penyakit diare adalah?
   a Penyakit yang dapat sembuh dengan sendirinya
   b Penyakit yang dapat dicegah dengan menjaga kebersihan diri
   c Penyakit tanda balita mulai tumbuh
3. Apakah penyebab penyakit diare?
   a. Tidak cuci tangan sebelum makan
   b. Buang air besar pada tempatnya
   c. Makan makanan yang tertutup
4. Kebiasaan yang dapat mengurangi terjadinya diare pada balita adalah?
   a. Membuang tinja balita disembarang tempat
   b. Menggunakan botol susu yang kurang bersih
   c. Cuci tangan sebelum menyuapi balita

B. GEJALA

1. Yang merupakan gejala utama penyakit diare adalah?
   a. Berak cair lebih dari 3 kali sehari
   b. Anak muntah terus menerus
   c. Anak demam
2. Yang merupakan gejala penyerta penyakit diare adalah?
   a. Anak kelaparan
   b. Anak panas
   c. Anak senang

C. GEJALA DEHIDRASI

1. Gejala yang mengarah pada kegawatan adalah? (Jawaban dapat lebih dari satu)
   - ☐ Berak lebih dari 3 kali sehari
   - ☐ Lemah
   - ☐ Nafsu makan meningkat
   - ☐ Kurang nafsu makan
   - ☐ Kotoran encer
   - ☐ Kotoran padat
2. Yang merupakan gejala kegawatan dari penyakit diare adalah?
   a. Mata cekung
   b. Kulit kenyal
   c. Anak menangis
3. Apa akibat yang akan ditimbulkan oleh penyakit diare?
   a. Nafsu makan meningkat
   b. Kehilangan cairan tubuh
   c. Anak senang
4. Apakah yang dimaksud dengan kehilangan cairan tubuh?
   a. Hilangnya darah
   b. Hilangnya cairan dari dalam tubuh
   c. Anak sering kencing
5. Apakah akibat dari kehilangan cairan tubuh? (Jawaban dapat lebih dari satu)
   - ☐ Nafsu makan bertambah
   - ☐ Anak cengeng
   - ☐ Mata cekung
   - ☐ Berat badan meningkat
   - ☐ Kekenyalan kulit berkurang
   - ☐ Anak lemas

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

6. Yang merupakan tanda kehilangan cairan tubuh yang berat adalah?
   a. Mata tidak cekung
   b. Kulit kenyal
   c. Anak tidak dapat minum
7. Mengapa diare dengan kehilangan cairan tubuh yang berat berbahaya bagi balita?
   a. Karena dapat menyebabkan kematian
   b. Dapat menyebabkan kegemukan
   c. Dapat menyebabkan menangis
8. Bagaimana cara menanggulangi agar tidak terjadi kehilangan cairan tubuh?
   a. Menghentikan makan
   b. Meningkatkan pemberian cairan rumah tangga
   c. Menghentikan ASI

D. PENANGANAN DIARE

1. Bagaimana kriteria cairan rumah tangga yang dapat digunakan sebagai pengobatan dini untuk mencegah dehidrasi?
   a. Aman jika diminum balita dalam jumlah besar
   b. Harganya mahal
   c. Rasanya manis
2. Yang termasuk cairan rumah tangga adalah?
   a. Sayur lodeh
   b. Larutan gula garam
   c. Sayur bening pedas
3. Bagaimana tindakan awal yang harus Ibu lakukan apabila balita mengalami diare?
   a. Memberi cairan rumah tangga
   b. Memberikan makanan padat
   c. Menghentikan pemberian makan
4. Apakah manfaat dari pemberian cairan rumah tangga pada balita yang diare?
   a. Dapat mengganti cairan yang hilang
   b. Dapat mencagah kelaparan
   c. Dapat meningkatkan nafsu makan

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

5. Makanan apa yang boleh diberikan selama balita anda diare?
   a. Bubur halus
   b. Sambal tempe
   c. Ayam goreng
6. Makanan apa yang tidak boleh diberikan selama balita anda diare?
   a. Bubur halus
   b. Pisang yang dihaluskan
   c. Nasi goreng
7. Apa manfaat makanan untuk balita yang diare?
   a. Agar tidak menangis
   b. Agar diare lekas sembuh
   c. Sebagai sumber tenaga
8. Jika balita anda yang mengalami diare kurang dari 6 bulan dan belum mendapat makanan padat, apa yang harus anda lakukan?
   a. Meneruskan pemberian ASI
   b. Meneruskan pemberian makan
   c. Dibiarkan saja
9. Kapan waktu yang tepat untuk membawa balita yang diare ke sarana kesehatan?
   a. Berak sudah padat
   b. Muntah yang berulang-ulang
   c. Nafsu makan meningkat

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

CHECK LIST PENGAMATAN KETRAMPILAN PEMBUATAN LARUTAN REHIDRASI ORAL

Nama Responden : Alamat RT/RW :

Tgl. Lahir : Nama Anak :

Pendidikan Terakhir : Jenis Kelamin :

Pekerjaan : Tgl. Lahir :

No.	Kriteria penilaian	Benar	Salah	Skor
1.	**Pencampuran Larutan Gula-Garam** 1) Menyiapkan alat dan bahan: sendok teh, gelas blimbing, air matang, gula dan garam 2) Gula 1 sendok teh penuh 3) Garam ¼ sendok teh 4) Air matang 1 gelas blimbing 5) Mencampur dan mengaduk sampai larut			
2.	**Mengenal Oralit** 1) Mengetahui nama kemasan 2) Mengenal kemasan secara visual 3) Mengetahui lokasi dimana dapat diperoleh 4) Mengetahui bagaimana cara memperolehnya			
3.	**Pencampuran Oralit** 1) Mengetahui wadah untuk melarutkan 2) Mengetahui bahwa wadah harus dicuci dan bersih dari kotoran 3) Mengisi wadah sampai penuh dengan air bersih 4) Membuka bungkus bubuk oralit tanpa menumpahkannya 5) Memasukkan isinya kedalam wadah 6) Tidak memasukkan apa-apa dalam larutan tersebut 7) Mengaduk sampai larut 8) Mengetahui campuran yang sudah larut 9) Mengetahui bahwa campuran tidak boleh dimasak			
4.	**Pemberian Laritan Gula-Garam Maupun Oralit** 1) Menggunakan sendok kecil untuk memberikannya 2) Memberikan sedikit demi sedikit secara terus menerus			

(Sumber:Mark R. Rasmuson, 1988:24)

Explore

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)	.095	49	.200(*)	.972	49	.288
Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test)	.150	49	.007	.910	49	.001
Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)	.118	49	.085	.961	49	.109
Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test)	.236	49	.000	.853	49	.000
Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)	.134	49	.029	.969	49	.227
Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test)	.186	49	.000	.932	49	.007
Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)	.155	49	.005	.972	49	.279
Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test)	.150	49	.008	.939	49	.013

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Explore

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Selisih Pengetahuan Kelompok Eksperimen	.103	49	.200(*)	.971	49	.272
Selisih Keterampilan Kelompok Eksperimen	.120	49	.075	.968	49	.210
Selisih Pengetahuan Kelompok Kontrol	.221	49	.000	.835	49	.000
Selisih Keterampilan Kelompok Kontrol	.173	49	.001	.874	49	.000

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Frequencies

Statistics

Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		11.7959
Median		12.0000
Mode		10.00(a)
Std. Deviation		3.28494
Minimum		5.00
Maximum		22.00
Sum		578.00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5.00	1	2.0	2.0	2.0
	7.00	4	8.2	8.2	10.2
	8.00	3	6.1	6.1	16.3
	9.00	4	8.2	8.2	24.5
	10.00	7	14.3	14.3	38.8
	11.00	5	10.2	10.2	49.0
	12.00	3	6.1	6.1	55.1
	13.00	7	14.3	14.3	69.4
	14.00	5	10.2	10.2	79.6
	15.00	5	10.2	10.2	89.8
	16.00	2	4.1	4.1	93.9
	17.00	2	4.1	4.1	98.0
	22.00	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		19.7347
Median		20.0000
Mode		20.00(a)
Std. Deviation		2.76719
Minimum		12.00
Maximum		23.00
Sum		967.00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.00	1	2.0	2.0	2.0
	13.00	1	2.0	2.0	4.1
	14.00	1	2.0	2.0	6.1
	15.00	2	4.1	4.1	10.2
	16.00	1	2.0	2.0	12.2
	17.00	2	4.1	4.1	16.3
	18.00	5	10.2	10.2	26.5
	19.00	6	12.2	12.2	38.8
	20.00	10	20.4	20.4	59.2
	21.00	6	12.2	12.2	71.4
	22.00	4	8.2	8.2	79.6
	23.00	10	20.4	20.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		9.0408
Median		9.0000
Mode		9.00
Std. Deviation		2.81335
Minimum		4.00
Maximum		15.00
Sum		443.00

Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4.00	1	2.0	2.0	2.0
	5.00	4	8.2	8.2	10.2
	6.00	7	14.3	14.3	24.5
	7.00	4	8.2	8.2	32.7
	8.00	5	10.2	10.2	42.9
	9.00	9	18.4	18.4	61.2
	10.00	3	6.1	6.1	67.3
	11.00	4	8.2	8.2	75.5
	12.00	6	12.2	12.2	87.8
	13.00	3	6.1	6.1	93.9
	14.00	2	4.1	4.1	98.0
	15.00	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		16.2653
Median		18.0000
Mode		19.00
Std. Deviation		3.59267
Minimum		9.00
Maximum		20.00
Sum		797.00

Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9.00	2	4.1	4.1	4.1
	10.00	3	6.1	6.1	10.2
	11.00	2	4.1	4.1	14.3
	12.00	2	4.1	4.1	18.4
	13.00	7	14.3	14.3	32.7
	16.00	5	10.2	10.2	42.9
	17.00	1	2.0	2.0	44.9
	18.00	7	14.3	14.3	59.2
	19.00	11	22.4	22.4	81.6
	20.00	9	18.4	18.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		12.2041
Median		12.0000
Mode		10.00
Std. Deviation		3.80777
Minimum		4.00
Maximum		20.00
Sum		598.00

Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4.00	1	2.0	2.0	2.0
	5.00	1	2.0	2.0	4.1
	7.00	3	6.1	6.1	10.2
	8.00	2	4.1	4.1	14.3
	9.00	2	4.1	4.1	18.4
	10.00	9	18.4	18.4	36.7
	11.00	6	12.2	12.2	49.0
	12.00	6	12.2	12.2	61.2
	13.00	3	6.1	6.1	67.3
	14.00	2	4.1	4.1	71.4
	15.00	4	8.2	8.2	79.6
	16.00	3	6.1	6.1	85.7
	17.00	1	2.0	2.0	87.8
	18.00	2	4.1	4.1	91.8
	19.00	2	4.1	4.1	95.9
	20.00	2	4.1	4.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		16.3061
Median		15.0000
Mode		15.00
Std. Deviation		4.50094
Minimum		7.00
Maximum		23.00
Sum		799.00

Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7.00	1	2.0	2.0	2.0
	9.00	1	2.0	2.0	4.1
	10.00	4	8.2	8.2	12.2
	11.00	1	2.0	2.0	14.3
	12.00	3	6.1	6.1	20.4
	13.00	2	4.1	4.1	24.5
	14.00	5	10.2	10.2	34.7
	15.00	11	22.4	22.4	57.1
	16.00	1	2.0	2.0	59.2
	17.00	2	4.1	4.1	63.3
	18.00	2	4.1	4.1	67.3
	19.00	1	2.0	2.0	69.4
	20.00	3	6.1	6.1	75.5
	21.00	2	4.1	4.1	79.6
	22.00	2	4.1	4.1	83.7
	23.00	8	16.3	16.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		10.1837
Median		10.0000
Mode		10.00
Std. Deviation		3.31457
Minimum		4.00
Maximum		18.00
Sum		499.00

Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4.00	1	2.0	2.0	2.0
	5.00	2	4.1	4.1	6.1
	6.00	5	10.2	10.2	16.3
	7.00	3	6.1	6.1	22.4
	8.00	3	6.1	6.1	28.6
	9.00	8	16.3	16.3	44.9
	10.00	9	18.4	18.4	63.3
	11.00	1	2.0	2.0	65.3
	12.00	4	8.2	8.2	73.5
	13.00	4	8.2	8.2	81.6
	14.00	4	8.2	8.2	89.8
	15.00	2	4.1	4.1	93.9
	16.00	1	2.0	2.0	95.9
	17.00	1	2.0	2.0	98.0
	18.00	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test)

N	Valid	49
	Missing	0
Mean		14.4898
Median		14.0000
Mode		13.00
Std. Deviation		3.61203
Minimum		6.00
Maximum		20.00
Sum		710.00

Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6.00	1	2.0	2.0	2.0
	8.00	2	4.1	4.1	6.1
	10.00	2	4.1	4.1	10.2
	11.00	3	6.1	6.1	16.3
	12.00	7	14.3	14.3	30.6
	13.00	9	18.4	18.4	49.0
	14.00	5	10.2	10.2	59.2
	15.00	2	4.1	4.1	63.3
	16.00	2	4.1	4.1	67.3
	17.00	2	4.1	4.1	71.4
	18.00	3	6.1	6.1	77.6
	19.00	6	12.2	12.2	89.8
	20.00	5	10.2	10.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)	49	11.7959	3.28494	5.00	22.00
Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test)	49	19.7347	2.76719	12.00	23.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test) - Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)	Negative Ranks	0(a)	.00	.00
	Positive Ranks	49(b)	25.00	1225.00
	Ties	0(c)		
	Total	49		

a Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test) < Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)
b Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test) > Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)
c Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test) = Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)

Test Statistics(b)

	Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Post Test) - Pengetahuan Kelompok Eksperimen (Pre Test)
Z	-6.105(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a Based on negative ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)	49	9.0408	2.81335	4.00	15.00
Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test)	49	16.2653	3.59267	9.00	20.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test) - Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)	Negative Ranks	0(a)	.00	.00
	Positive Ranks	49(b)	25.00	1225.00
	Ties	0(c)		
	Total	49		

a Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test) < Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)
b Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test) > Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)
c Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test) = Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)

Test Statistics(b)

	Keterampilan Kelompok Eksperimen (Post Test) - Keterampilan Kelompok Eksperimen (Pre Test)
Z	-6.105(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a Based on negative ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

PERPUSTAKAAN UNNES

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)	49	12.2041	3.80777	4.00	20.00
Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test)	49	16.3061	4.50094	7.00	23.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test) - Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)	Negative Ranks	0(a)	.00	.00
	Positive Ranks	49(b)	25.00	1225.00
	Ties	0(c)		
	Total	49		

a Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test) < Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)
b Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test) > Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)
c Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test) = Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)

Test Statistics(b)

	Pengetahuan Kelompok Kontrol (Post Test) - Pengetahuan Kelompok Kontrol (Pre Test)
Z	-6.124(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a Based on negative ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

PERPUSTAKAAN UNNES

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)	49	10.1837	3.31457	4.00	18.00
Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test)	49	14.4898	3.61203	6.00	20.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test) - Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)	Negative Ranks	0(a)	.00	.00
	Positive Ranks	49(b)	25.00	1225.00
	Ties	0(c)		
	Total	49		

a Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test) < Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)
b Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test) > Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)
c Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test) = Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)

Test Statistics(b)

	Keterampilan Kelompok Kontrol (Post Test) - Keterampilan Kelompok Kontrol (Pre Test)
Z	-6.123(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a Based on negative ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Selisih Pengetahuan	98	6.0204	3.06957	1.00	13.00
Kelompok	98	1.5000	.50257	1.00	2.00

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Selisih Pengetahuan	Eksperimen	49	67.63	3314.00
	Kontrol	49	31.37	1537.00
	Total	98		

Test Statistics(a)

	Selisih Pengetahuan
Mann-Whitney U	312.000
Wilcoxon W	1537.000
Z	-6.347
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a Grouping Variable: Kelompok

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Selisih Keterampilan	98	5.7653	2.75756	2.00	14.00
Kelompok	98	1.5000	.50257	1.00	2.00

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Selisih Keterampilan	Eksperimen	49	64.62	3166.50
	Kontrol	49	34.38	1684.50
	Total	98		

Test Statistics(a)

	Selisih Keterampilan
Mann-Whitney U	459.500
Wilcoxon W	1684.500
Z	-5.309
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a Grouping Variable: Kelompok