

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG DIARE PADA ANAK
TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN TINGKAT KECEMASAN
ORANG TUA BATITA DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ABDUL WAHAB SYAHRANIE SAMARINDA

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan



DIAJUKAN OLEH

ACHMAD MUZAKIR RIZANI

10.113082.3.0107

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2015

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Diare pada Anak Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Kecemasan Orang Tua Batita di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrani Samarinda

Achmad Muzakir Rizani¹, Rini Ernawati², Ni Wayan Wiwin Asthiningsih²

Prodi S1 Ilmu Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah
Samarinda

INTISARI

Latar Belakang : Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan juga merupakan suatu keadaan sempurna, baik fisik, mental maupun sosial dan tidak hanya bebas dari sakit dan cacat. Masalah kesehatan ditentukan oleh dua faktor utama, yakni faktor perilaku dan faktor non-perilaku, pendekatan (intervensi) terhadap faktor perilaku adalah promosi atau pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan, yang dewasa ini lebih dikenal dengan promosi kesehatan adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mengingat tujuan akhir dari pendidikan kesehatan bukan sekedar masyarakat mau hidup sehat, tetapi juga mampu untuk hidup sehat. Pendidikan kesehatan memiliki peran dalam meningkatkan pengetahuan khususnya orang tua akan penyakit yang dialami oleh anak-anaknya seperti diare.

Tujuan : Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang diare pada anak terhadap tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan orang tua batita serta untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun masyarakat.

Metode : Penelitian yang dilakukan adalah *quasi experiment design* dengan menggunakan rancangan *Pretest-Posttest nonequivalent Control Group*. Teknik sampling yang digunakan adalah *non probability* yaitu *Purposive sampling*. Peneliti menetapkan 36 responden, dengan pertimbangan 18 responden ditiap kelompok.

Hasil : Hasil *Wilcoxon* pada kelompok intervensi tingkat pengetahuan diperoleh $p= 0,002$ ada perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, sedangkan tingkat kecemasan diperoleh $p= 0,069$ tidak ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, hasil pada *Mann Whitney* tingkat pengetahuan diperoleh $p= 0,006$ yaitu ada perubahan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sedangkan tingkat kecemasan $p= 0,100$ yaitu tidak ada perubahan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Kesimpulan : Pendidikan kesehatan tentang diare pada anak berpengaruh pada tingkat pengetahuan secara signifikan baik secara skor dan statistik, sedangkan pada tingkat kecemasan secara statistik tidak berpengaruh secara signifikan namun ada perubahan secara skor.

Saran : Pendidikan kesehatan tentang diare pada anak dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan menurunkan tingkat kecemasan orang tua yang anaknya sedang diare.

Kata Kunci : Pendidikan Kesehatan Tentang Diare pada Anak, Tingkat Pengetahuan, Tingkat Kecemasan

¹Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

The Influence of Health Education on Diarrhea in Children on The Level of Knowledge and Anxiety Level of Toddler Parents in The Jasmine Room General Hospital of Abdul Wahab Syahrane Samarinda

Achmad Muzakir Rizani¹, Rini Ernawati², Ni Wayan Wiwin Asthiningsih²

Study Program Of Nursing Science

College Of Health Science Muhammadiyah Samarinda

ABSTRACT

Background : Health is a state of body, soul, and social that allow people to live socially and economically productive. Health is also a perfect situation, whether physical, mental and social and not only free from pain and disability. Health problems are determined by two main factors, namely behavioral factors and non-behavioral factors, approach (intervention) on behavioral factors is promotion or health education. Health education, which today is better known as health promotion is an approach to improve the willingness and ability of people to maintain and improve health. Given the ultimate goal of health education is not just want to live a healthy community, but also able to live a healthy life. Health education has a role in increasing knowledge, especially parents would illness experienced by children such as diarrhea.

Objective : The objective of this study was to determine the effect of health education on diarrhea in children on the level of knowledge and level of parental anxiety toddlers and health education aimed to raise awareness, provide or improve public knowledge about the maintenance and improvement of good health for themselves, their family, and society.

Methods : This research used Quasy Experiment design using pre and post test control group design. The sample was taken using accidental sampling technique. The researcher used 36 respondents, considering that 18 respondents for each group.

Findings : The study was a quasi-experimental design using the design of nonequivalent pretest-Posttest Control Group. The sampling technique used is non probability that purposive sampling. Researchers set 36 respondents, with consideration of 18 respondents in each group. Results: Results of the Wilcoxon signed rank in the intervention group gained knowledge level $p= 0.002$ there are different levels of parental knowledge about diarrhea in children before and after the intervention, whereas the level of anxiety was obtained $p= 0.069$ there is no difference in the level of parental anxiety about diarrhea in children before and after intervention, the results at the level of knowledge acquired Mann Whitney $p= 0, 006$ is no difference in the level of parental knowledge about diarrhea in children between the intervention group and the control group, while the level of anxiety $p= 0, 100$ ie there is no difference in the level of parental anxiety about diarrhea in children between the intervention group and the control group.

Conclusion : Health education on diarrhea in children affect significantly the level of knowledge of both scores and statistics, while in anxiety levels were not statistically significant influence but no change in the score.

Suggestions : Health education on diarrhea in children can be done to improve knowledge and reduce the level of anxiety of parents whose child has diarrhea.

Keyword : Health Education About Diarrhea in Children, Knowledge Level, Level of Anxiety

¹Undergraduate Student of Nursing Program, STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Lecturer of STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan juga merupakan suatu keadaan sempurna, baik fisik, mental maupun sosial dan tidak hanya bebas dari sakit dan cacat. Masalah kesehatan ditentukan oleh dua faktor utama, yakni faktor perilaku dan faktor non-perilaku. Pendekatan (intervensi) terhadap faktor perilaku adalah promosi atau pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan, yang dewasa ini lebih dikenal dengan promosi kesehatan adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mengingat tujuan akhir dari pendidikan kesehatan bukan sekedar masyarakat mau hidup sehat, tetapi juga mampu untuk hidup sehat.

Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Sedang dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Notoatmodjo, 2005).

Dalam hal ini pendidikan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun masyarakat. Pendidikan kesehatan memiliki peran dalam meningkatkan pengetahuan khususnya orang tua akan penyakit yang dialami oleh anak-anaknya seperti diare.

Pengetahuan dan sikap dari orang tua sangat berpengaruh dalam terjadinya penyakit diare pada batita. Bila pengetahuan orang tua baik, maka orang tua akan mengetahui cara merawat anak sakit diare dirumah dan juga akan mengetahui tentang tanda-tanda untuk membawa anak berobat atau dirujuk ke sarana kesehatan, sehingga pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku dan juga kecemasan seseorang dalam menghadapi penyakit yang sedang dialami oleh dirinya maupun orang lain.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan berpengaruh terhadap praktek baik secara langsung atau tidak langsung melalui perantara sikap salah satunya yaitu sikap cemas.

Kecemasan adalah merupakan suatu keadaan perasaan prihatin, gelisah, ketidaktentuan, atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal, serta dapat juga dianggap sebagai gejala yang tidak spesifik yang sering ditemukan dan berupa suatu emosi yang normal (Stuart, 2007).

Penyebab terjadinya kecemasan sukar untuk diperkirakan dengan tepat. Hal ini disebabkan oleh adanya sifat subyektif dari kecemasan, yaitu: bahwa kejadian yang sama belum tentu dirasakan sama pula oleh setiap orang. Dengan kata lain suatu rangsangan atau kejadian dengan kualitas dan kuantitas yang sama dapat diinterpretasikan secara berbeda antara individu yang satu dengan yang lainnya (Stuart, 2007).

Teori kognitif menyatakan bahwa reaksi kecemasan timbul karena kesalahan mental. Kesalahan mental ini karena kesalahan menginterpretasikan suatu situasi yang bagi individu merupakan sesuatu yang mengancam. Kesalahan menginterpretasikan suatu situasi ini bisa terjadi dikarenakan kurangnya pengetahuan. Maka, dengan dilakukannya pendidikan kesehatan selain untuk meningkatkan pengetahuan juga ada kemungkinan untuk mempengaruhi kecemasan seseorang terhadap penyakit yang dialaminya maupun orang lain terutama keluarga. Misalnya, orang tua yang anaknya sedang terkena diare.

Diare merupakan salah satu penyakit yang komplikasinya dapat menyebabkan kematian. Hal ini dapat dicegah dengan penanganan awal yang baik dan benar. Namun pada kenyataannya, masih ada pandangan masyarakat yang salah dalam penanganan awal diare khususnya anak, dikarenakan kurangnya pengetahuan dari orang tua ataupun orang tua yang terlanjur panik karena cemas dengan keadaan anaknya sehingga terjadi kesalahan dalam penanganannya.

Diare adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme termasuk bakteri, virus dan parasit lainnya seperti jamur, cacing, dan protozoa. Diare ditandai dengan buang air besar dalam bentuk cairan lebih dari tiga kali dalam satu hari dan biasanya berlangsung selama dua hari atau lebih. Pada bayi, volume tinja lebih dari 15 g/kg/24 jam disebut diare. Pada umur 3 tahun, yang volume tinjanya sudah sama dengan volume orang dewasa, volume lebih dari 200 g/24 jam disebut diare (WHO, 2008).

Penyakit diare merupakan suatu masalah yang mendunia. Seperti sebagian besar penyakit anak-anak lainnya, penyakit diare tersebut jauh lebih banyak terdapat di Negara berkembang daripada negara maju, yaitu 12,5 kali lebih banyak di dalam kasus mortalitas (WHO, 2008).

Di antara banyak bentuk penyakit diare, yang dihadapi oleh anak-anak berusia dibawah lima tahun (khususnya yang rentan), yang paling parah menurut manifestasi klinisnya adalah kolera, infeksi rotavirus, dan disentri. Seperti yang dijelaskan sebelumnya penyebab utama penyakit diare adalah infeksi bakteri atau virus. Jalur masuk utama infeksi tersebut melalui feses manusia atau binatang, makanan, air, dan kontak dengan manusia.

Menurut WHO tahun 2009 di dunia terdapat sebanyak 1,5 juta orang meninggal disebabkan oleh diare. Di Indonesia sendiri diare merupakan penyebab kematian nomor 2 pada balita dan nomor 3 pada bayi serta nomor 5 bagi semua umur. (DepKes, 2011).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Samarinda di bulan Juni 2013 penyakit diare menempati urutan 10 dengan jumlah 1.358 penderita dan 1.312 penderita pada bulan Juli 2013. Dari data rekam medik RSUD Abdul Wahab Syahrani sendiri untuk penderita diare usia batita (1-3 tahun) pada tahun 2010 ditemukan 268 kasus dan 1 diantaranya meninggal dunia, tahun 2011 ditemukan 339, tahun 2012 ditemukan 298 kasus dan 1 diantaranya meninggal dunia dan pada tahun 2013 ditemukan 256 kasus dan diantaranya 3 batita yang meninggal dunia. Dari data ini dapat dilihat bahwa terjadi fluktuasi dan masih terdapat banyaknya jumlah penderita diare pada batita di Kota Samarinda dalam beberapa tahun terakhir.

Dari hasil survei (studi pendahuluan) yang dilakukan peneliti di ruang anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Syahrani, untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan kecemasan orang tua. ditemukan dari 5 orang anak yang terkena diare, 2 diantara orang tua mengatakan setelah dirawat di rumah sakit baru mengetahui jika anaknya mengalami diare dan orang tua mengatakan cemas dengan kondisi anak mereka, 1 orang tua mengatakan anaknya diare karena tidak cocok dengan susu formula yang diberikan serta merasa cemas karena anaknya tidak ASI eksklusif karena ASI tidak mau keluar, 1 orang tua mengatakan baru tahu anaknya diare karena setelah dibawa ke puskesmas, oleh dokter puskesmas dirujuk ke rumah sakit karena anak mereka telah mengalami dehidrasi serta mengatakan sangat cemas dengan kondisi anaknya ketika membawa ke puskesmas, dan 1 orang tua telah mengetahui apa yang dialaminya karena anaknya

sering mengalami diare akan tetapi masih kurang tahu cara untuk mencegah agar anaknya tidak diare dan orang tua tidak terlalu cemas karena sudah hapal jika ada tanda gejala diare, orang tua langsung membawa anaknya kerumah sakit.

Hal diatas menunjukkan bahwa ada orang tua yang memiliki pengetahuan rendah mengalami kecemasan namun ada juga yang tidak mengalami kecemasan karena sudah pengalaman, sedangkan orang tua yang memiliki pengetahuan ada yang tidak mengalami kecemasan karena tahu apa yang harus dilakukan, namun ada juga orang tua yang memiliki pengetahuan tetapi mengalami kecemasan.

Berdasarkan data dan masalah diatas terlihat bahwa dari data dalam berapa tahun terakhir terlihat kejadian diare pada batita mengalami fluktuasi serta dari hasil survei terlihat bahwa masih kurangnya pengetahuan orang tua dan merasakan kecemasan dengan kondisi anaknya, sehingga peneliti tertarik untuk menyusun skripsi dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Diare pada Anak Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Kecemasan Orang Tua Batita di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahranie Samarinda”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah :
“Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang diare pada anak terhadap tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan orang tua batita di

ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrani Samarinda ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang diare pada anak terhadap tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan orang tua batita.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak saat *pretest* pada masing-masing kelompok.
- b. Untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak saat *pretest* pada masing-masing kelompok.
- c. Untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak saat *posttest* pada masing-masing kelompok.
- d. Untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak saat *posttest* pada masing-masing kelompok.
- e. Untuk mengidentifikasi perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.
- f. Untuk mengidentifikasi perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.
- g. Untuk mengidentifikasi perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol.

- h. Untuk mengidentifikasi perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol.
- i. Untuk menganalisa perbedaan tingkat pengetahuan orang tua pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- j. Untuk menganalisa perbedaan tingkat kecemasan orang tua pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan peneliti dalam mempelajari, mengidentifikasi, dan mengembangkan teori-teori yang didapatkan, serta untuk menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan penelitian.

2. Bagi institusi STIKES Muhammadiyah

Dapat dijadikan sumber referensi ataupun perbandingan bagi kegiatan yang ada kaitannya dengan pelayanan kesehatan, khususnya tentang penyakit diare

3. Bagi penelitian selanjutnya

Sebagai referensi untuk memperdalam dan mengembangkan metode pendidikan kesehatan yang bertujuan mengetahui maupun meningkatkan pengetahuan dan juga mengetahui tingkat kecemasan orang tua terhadap penyakit diare yang dialami anaknya.

4. Bagi tenaga kesehatan

Sebagai data dan informasi mengenai seberapa pentingnya pendidikan kesehatan dalam meningkatkan tingkat pengetahuan dan mengurangi kecemasan pada orangtua.

5. Bagi Orang Tua

Sebagai informasi dan pengetahuan tentang penyakit bagaimana tanda gejala, penanganan serta tindakan apa yang harus dilakukan apabila anak terkena diare.

E. Keaslian Penelitian

1. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Febrina Ernawati dengan judul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Diare Pada Anak Jalanan Di Semarang". Penelitian dilakukan pada tahun 2012 di Semarang dengan sampel 20 anak jalanan usia 8-13 tahun dengan metode *quasi experimental* dengan rancangan *pre and post tes group*. Kesamaan penelitian terletak pada variabel independennya, yakni pengaruh pendidikan kesehatan. Sedangkan perbedaan penelitian terdapat pada sampel. Penelitian sebelumnya mengambil sampel anak jalanan, sedangkan peneliti mengambil sampel orang tua yang anaknya dirawat inap berumur 1-3 tahun.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Suyatno 2009 dengan judul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Diare Terhadap Pengetahuan dan Sikap Murid Dalam Pencegahan Diare di SD Negeri Glinggang I Pracimantoro

Kabupaten Wonogiri” metode yang digunakan adalah *experiment research* dengan menggunakan rancangan *one group pretest-posttest design*. Persamaan dengan penelitian yang hendak dilakukan dengan peneliti sebelumnya adalah pada variabel independen yaitu pengaruh pendidikan kesehatan tentang diare, sedangkan perbedaannya terletak pada sampel yang hendak diteliti. Peneliti sebelumnya mengambil sampel murid SD dan bertujuan mengetahui pengetahuan dan sikap mencegah diare sedangkan yang ingin diteliti oleh peneliti sampel penelitiannya adalah orang tua yang anaknya berusia 1-3 tahun sedang dirawat inap dan bertujuan mengetahui tingkat pengetahuan dan juga tingkat kecemasan orang tua batita.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pendidikan Kesehatan

a. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu praktik pendidikan. Oleh sebab itu, konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat (Notoatmodjo, 2011).

Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat berperan sebagai pendidik. Pelaksanaan pendidikan kesehatan dalam keperawatan merupakan kegiatan pembelajaran dengan langkah-langkah sebagai berikut: pengkajian kebutuhan klien, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan pendidikan kesehatan, implementasi pendidikan kesehatan, evaluasi

pendidikan kesehatan, dan dokumentasi pendidikan kesehatan (Notoatmodjo 2011).

b. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga, yakni:

- 1) Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu.
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat atau tatanan dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:

- 1) Pendidikan kesehatan di dalam keluarga (rumah).
- 2) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
- 3) Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan, (dilakukan di rumah sakit-rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di puskesmas, dan sebagainya).
- 4) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

5) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum (TTU).

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari *Leavel and Clark*, sebagai berikut:

1) Promosi kesehatan (*health promotion*)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan higiene perorangan, dan sebagainya.

2) Perlindungan khusus (*specific protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah.

3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang, masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4) Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Oleh Karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tida melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain, mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komlit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau mengalami ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

5) Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang btersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Disamping itu, orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu jelas, pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang

cacat tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan masyarakat.

c. Subbidang Keilmuan Pendidikan Kesehatan

Sebagai usaha intervensi perilaku pendidikan kesehatan diarahkan pada tiga faktor pokok, yakni faktor-faktor predisposisi, faktor-faktor pendukung, faktor-faktor pendorong. Strategi dan pendekatan untuk ketiga faktor-faktor tersebut berbeda-beda, meskipun tidak secara eksplisit. Dari perbedaan strategi dan pendekatan tersebut berakibat dikembangkannya mata ajaran atau subdisiplin ilmu sebagai bahan dari pendidikan kesehatan. Mata ajaran tersebut adalah:

- 1) Komunikasi
- 2) Dinamika kelompok
- 3) Pengembangan dan pengorganisasian masyarakat (PPM)
- 4) Pengembangan kesehatan masyarakat desa (PKMD)
- 5) Pemasaran sosial (*social marketing*)
- 6) Pengembangan organisasi
- 7) Pendidikan dan pelatihan (diklat)
- 8) Pengembangan media (teknologi pendidikan kesehatan)
- 9) Perencanaan dan evaluasi pendidikan kesehatan
- 10) Antropologi kesehatan
- 11) Sosiologi kesehatan
- 12) Psikologi

13) Perilaku kesehatan

d. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan dari pendidikan kesehatan ialah merubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan (Sulaiha, dkk, 2001). Tujuan ini dapat di perinci lebih lanjut menjadi:

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

Didalam Buku Kuliah 1 Ilmu Kesehatan Anak FK Universitas Indonesia (2007) tujuan pendidikan kesehatan ialah:

- 1) Pendidikan kesehatan memberikan pengertian baru dan tepat mengenai sesuatu penyakit dan cara pencegahannya.
- 2) Memberi penjelasan sesungguhnya mengenai pentingnya kesehatan bagi dirinya sendiri sehingga mereka bersikap sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan dan berusaha mencegah penyakit.
- 3) Membuat masyarakat menaruh perhatian terhadap kesehatan orang lain.

- 4) Mengingatkan penduduk akan pentingnya kesehatan, sehingga mereka menyokong program kesehatan atau bahkan memulai usaha pencegahan penyakit.

Secara operasional, tujuan pendidikan kesehatan diperinci dan diperjelas sebagai berikut:

- 1) Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan, dan masyarakatnya.
- 2) Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.
- 3) Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang formal.

Dari uraian tentang tujuan tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok, dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

e. Metode Pembelajaran Dalam Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yaitu individu, kelompok/keluarga dan masyarakat. Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dapat berupa metode pendidikan individual, metode pendidikan kelompok dan metode pendidikan massa.

Suatu metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasar tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan individu/keluarga/kelompok/masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan, serta ketersediaan fasilitas pendukung.

Menurut Notoatmodjo(2011) metode pendidikan kesehatan terbagi menjadi:

1) Metode pendidikan individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui

dengan tepat maka perlu menggunakan metode ini. Metode atau pendekatan individu yang di gunakan adalah:

Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*).

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

Sebelum dilakukan konseling didahului dengan wawancara. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu belum mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a) Kelompok besar:

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 20 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar itu, antara lain:

(1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

(a) Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi dari yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

- (i) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik, lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- (ii) Menyiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya, makalah singkat, slide, transparan, *soundsystem* dan sebagainya.

(b) Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- (i) Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu, dan gelisah.
- (ii) Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- (iii) Pandangan harus tertuju keseluruhan peserta ceramah.
- (iv) Berdiri di depan (di pertengahan), tidak boleh duduk.
- (v) Menggunakan alat-alat bantu lain/ *Audio Visual Aids* (AVA) semaksimal mungkin.

(2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

b) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 20 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

(1) Diskusi kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka

dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya, dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi/ penyuluh juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Tepatnya mereka dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok ada kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang di bahas. Agar terjadi diskusi yang hidup, pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan untuk berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

(2) Curah pendapat (*Brain storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaan, pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah, kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis.

Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadilah diskusi.

(3) Bola salju (*Snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya menjadi diskusi seluruh kelas.

(4) Kelompok kecil-kecil (*Bruzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil (*bruzz group*) kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/ tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

(5) Memainkan peran (*Role play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan

peran, misalnya, sebagai dokter puskesmas, perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka meragakan misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

(6) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gambaran antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), selain bebaran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3) Metode pendidikan massa (*public*)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang

sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah 'awareness' atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum begitu diharapkan sampai dengan perubahan perilaku. Namun demikian bila sudah sampai berpengaruh terhadap perubahan perilaku adalah wajar.

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metode ini, antara lain.

a) Ceramah umum (*public speaking*)

Pada acara tertentu, misalnya pada hari kesehatan nasional, menteri kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

b) Pidato-pidato dan diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah bentuk pendidikan kesehatan massa. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: 'Dokter OZ Indonesia' di televisi.

c) Sinetron 'Dokter Sartika' dalam acara tv tahun 1990-an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.

- d) Tulisan-tulisan di majalah atau Koran, baik dalam bentuk artikel maupun Tanya jawab/ konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
 - e) *Billboard*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: *Billboard* 'Ayo ke Posyandu'.
- f. Alat Bantu dan Media Pendidikan kesehatan
- 1) Alat bantu (peraga)

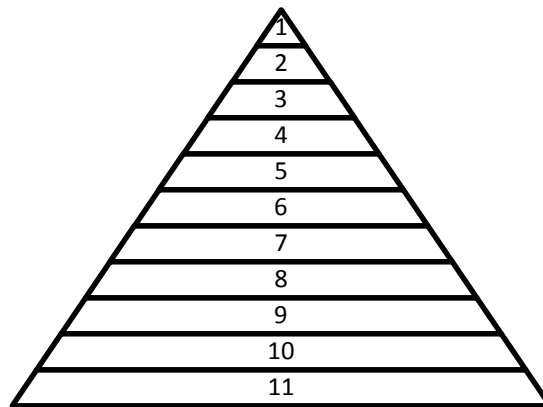
a) Pengertian

Yang dimaksud alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/ pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut 'alat peraga', karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran.

Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/ pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain, alat peraga ini dimaksudkan

untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek, sehingga mempermudah penerimaan pesan.

Seseorang atau masyarakat didalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/ pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu pendidikan. Tetapi masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda dalam membantu persepsi seseorang. Edgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam suatu kerucut.



Gambar 2.1 Kerucut Edgar Dale (Notoatmodjo, 2011)

- (1) Kata-kata
- (2) Tulisan
- (3) Rekaman, radio
- (4) Film
- (5) Televisi
- (6) Pameran
- (7) *Field Trip*
- (8) Demonstrasi
- (9) Sandiwara
- (10) Benda Tiruan
- (11) Benda Asli

Dari gambar kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah 'kata-kata'. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsi bahan pendidikan/ pengajaran, sedangkan penyampaian bahan yang hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Jelas bahwa menggunakan alat peraga adalah salah satu prinsip proses pendidikan.

Dalam rangka pendidikan kesehatan masyarakat sebagai sasaran pendidikan juga dapat dilibatkan dalam pembuatan alat peraga (alat bantu pendidikan). Untuk itu, petugas kesehatan berperan untuk membimbing dan membina, bukan hanya dalam hal kesehatan mereka sendiri, tetapi juga memotivasi mereka sehingga meneruskan informasi kesehatan kepada anggota masyarakat yang lain.

Alat peraga akan membantu dalam melakukan penyuluhan, agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas, dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan jelas dan tepat. Dengan alat peraga, orang dapat lebih mengerti informasi kesehatan yang dianggap rumit sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan.

a) Faedah Alat bantu Pendidikan

Secara terperinci, faedah alat peraga antara lain:

- (1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- (2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- (3) Membantu mengatasi hambatan bahasa
- (4) Merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.
- (5) Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan tepat
- (6) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain
- (7) Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/ informasi oleh para pendidik/ pelaku pendidikan
- (8) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan. Seperti diuraikan diatas bahwa pengetahuan yang ada pada seseorang diterima melalui indra. Menurut penelitian para ahli indra, yang paling banyak menyalurkan pengetahuan kedalam otak adalah 'mata'. Kurang lebih 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diperoleh/ disalurkan melalui mata. Sedangkan 13% sampai 25% lainnya tersalur melalui indra yang lain. Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara

penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan.

(9) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik. Orang yang melihat sesuatu yang memang diperlukan akan menimbulkan perhatiannya. Dan apa yang dilihat dengan penuh perhatian akan memberikan pengertian baru untuknya, yang merupakan pendorong untuk melakukan/memakai sesuatu yang baru tersebut.

(10) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh. Didalam menerima sesuatu yang baru, manusia mempunyai kecendrungan untuk melupakan atau lupa. Untuk mengatasi hal tersebut, AVA (*audio visual aids*) akan membantu menegakkan pengetahuan-pengetahuan yang telah diterima oleh manusia, sehingga apa yang diterima, akan lebih lama tinggal/disimpan dalam ingatan.

b) Macam-macam alat bantu pendidikan

Pada garis besarnya, hanya ada dua macam alat bantu pendidikan (alat peraga):

(1) Alat bantu lihat

Alat ini berguna dalam menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan.

Alat bantu ini ada dua bentuk:

(a) Alat yang diproyeksikan, misalnya *slide, film, film strip*, dan sebagainya.

(b) Alat-alat yang tidak diproyeksikan:

(i) Dua dimensi, gambar peta, bagan, dan sebagainya.

(ii) Tiga dimensi misal, bola dunia, boneka, dan sebagainya.

(2) Alat-alat bantu dengar (*audio aids*)

ialah alat yang dapat membantu menstimulasi indra pendengaran, pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/ pengajaran. Misalnya: piringan hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.

(3) Alat bantu lihat-dengar, seperti: televisi dan video *cassette*. Alat-alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids (AVA)*.

Disamping pembagian tersebut, alat peraga juga dapat dibedakan menjadi dua macam menurut pembuatannya dan penggunaannya.

(1) Alat peraga yang '*complicated*' (rumit), seperti film, *slide*, dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.

(2) Alat peraga yang sederhana, yang mudah dibuat sendiri, dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh seperti: bambu, karton, kaleng bekas, kertas Koran, dan sebagainya. Beberapa contoh alat peraga yang sederhana yang dapat dipergunakan diberbagai tempat, misalnya:

(a) Dirumah tangga, seperti: *leaflet*, model buku bergambar, benda-benda yang nyata seperti buah-buahan, sayur-sayuran, dan sebagainya.

(b) Dikantor-kantor dan sekolah-sekolah, seperti papan tulis, *flipchart*, poster, *leaflet*, buku cerita dan bergambar, kotak gambar gulung, boneka, dan sebagainya.

(c) Dimasyarakat umum: misalnya poster, spanduk, *leaflet*, *fanel graph*, boneka wayang, dan sebagainya.

Ciri-ciri alat peraga kesehatan yang sederhana antara lain:

(a) Mudah dibuat.

- (b) Bahan-bahannya dapat diperoleh dari bahan-bahan lokal.
- (c) Mencerminkan kebiasaan, kehidupan, dan kepercayaan setempat.
- (d) Ditulis (digambar) dengan sederhana.
- (e) Bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat.
- (f) Memenuhi kebutuhan-kebutuhan petugas kesehatan dan masyarakat.

c) Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan

Menggunakan alat peraga harus didasari pengetahuan tentang sasaran pendidikan yang akan dicapai alat peraga tersebut.

- (1) Individu.
- (2) Kategori-kategori sasaran seperti: kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya.
- (3) Bahasa yang mereka gunakan.
- (4) Adat-istiadat serta kebiasaan.
- (5) Minat dan perhatian.
- (6) Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.

Tempat memasang (menggunakan) alat-alat peraga:

- (1) Di dalam keluarga: antara lain dalam kesempatan kunjungan rumah, waktu menolong persalinan merawat bayi, atau menolong orang sakit, dan sebagainya.
- (2) Di masyarakat, misalnya seperti pada waktu perayaan hari-hari besar, arisan-arisan, pengajaran, dan sebagainya, serta dipasang juga, ditempat-tempat umum yang strategis.
- (3) Di instansi-instansi, antara lain: puskesmas, rumah sakit, kantor-kantor, sekolah-sekolah, dan sebagainya. Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh:
 - (a) Petugas-petugas puskesmas/ kesehatan
 - (b) Kader kesehatan
 - (c) Guru-guru sekolah dan tokoh-tokoh masyarakat lainnya
 - (d) Pamong desa

2. Pengetahuan

a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek.

Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2005).

Pengetahuan adalah hasil 'tahu' dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2011), secara garis besar pengetahuan dibagi dalam enam tingkat pengetahuan, yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.

2) Memahami (*comprehension*)

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

3) Aplikasi (*application*)

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

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat daloam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

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

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan untuk berperilaku.

Adapun faktor yang mempengaruhi pengetahuan:

1) Faktor predisposisi

a) Umur

Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Notoatmodjo, 2011).

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian di dalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur. Usia atau satuan waktu yang mengukur keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun mati.

b) Pendidikan

Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat nilai-nilai baru yang diperkenalkan (Notoatmodjo, 2011). Pendidikan terbagi dalam beberapa kategori yaitu:

- (1) Bependidikan rendah, apabila tidak pernah sekolah dan terakhir hanya tamat SD
- (2) Bependidikan sedang, apabila pendidikan yang ditempuh tamat SMU.
- (3) Bependidikan tinggi, apabila yang ditempuh sampai dengan perguruan tinggi.

c) Pengamalan

Merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, baik dari pengalaman diri sendiri maupun orang lain. Hal tersebut dilakukan dengan cara pengulangan kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi. Bila berhasil maka orang akan menggunakan cara tersebut dan bila gagal tidak akan mengulangi cara itu (Notoatmodjo, 2011).

d) Pekerjaan

Notoatmodjo (2011) mengatakan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu, bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga. Pekerjaan adalah salah satu kegiatan yang dilakukan untuk menafkahi diri dan keluarganya dimana pekerjaan tersebut tidak ada yang mengatur dan dia bebas karena tidak ada etika yang mengatur.

2) Faktor pendukung

a) Informasi

Sumber informasi adalah segala sesuatu yang menjadi perantara dalam menyapaikan informasi, media informasi untuk komunikasi massa. Sumber informasi dapat diperoleh melalui media cetak (surat kabar, majalah), media elektronik (televisi, radio, internet) dan melalui kegiatan tenaga kesehatan seperti pelatihan yang diadakan oleh Dokter, Perawat dan Bidan.

Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Bila seseorang banyak menerima informasi maka ia cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih baik daripada hanya sekedar mendengar atau melihat saja. Dan dapat dibuktikan dengan banyaknya minat ibu untuk membaca (Notoatmodjo, 2011).

b) Lingkungan

Lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Lingkungan memberikan pengaruh sosial pertama bagi seseorang dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung sifat kelompok atau lingkungan alam.

d. Sumber-sumber pengetahuan

1. Sumber pertama, yaitu kepercayaan berdasarkan berdasarkan tradisi, adat, dan agama, adalah berupa nilai-nilai warisan nenek moyang. Sumber ini biasanya berbentuk norma-norma dan kaidah-kaidah buku yang berlaku di dalam kehidupan sehari-hari. Di dalam norma dan kaidah itu terkandung pengetahuan yang kebenarannya boleh jadi tidak dapat dibuktikan secara rasional dan empiris, tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja. Jadi, harus diikuti dengan tanpa keraguan, dengan percaya cenderung bersifat tetap (mapan) tetapi subjektif.
2. Sumber kedua, yaitu pengetahuan yang berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain, juga masih diwarnai oleh kepercayaan. Pihak-pihak pemegang otoritas kebenaran pengetahuan yang dapat dipercayai adalah orang tua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Apa pun yang

mereka katakan benar atau salah, baik atau buruk, dan indah atau jelek pada umumnya diikuti dan dijalankan dengan patuh tanpa kritik. Karena kebanyakan orang telah mempercayai mereka sebagai orang-orang yang cukup berpengalaman dan berpengetahuan lebih luas dan benar. Boleh jadi sumber pengetahuan ini mengandung kebenaran, tetapi personalnya terletak pada sejauh mana orang-orang itu bisa dipercaya. Lebih dari itu, sejauh mana kesaksian pengetahuannya itu merupakan hasil pemikiran dan pengalaman yang telah teruji kebenarannya. Jika kesaksiaanya adalah kebohongan, hal ini akan membahayakan kehidupan manusia dan masyarakat itu sendiri.

3. Sumber ketiga, yaitu pengalaman indriawi. Bagi manusia, pengalaman indriawi adalah alat vital penyelenggaraan kebutuhan hidup sehari-hari. Dengan mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit orang bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup.
4. Sumber keempat, yaitu akal pikiran. Berbeda dengan panca indera, akal pikiran memiliki sifat lebih rohani. Karena itu, lingkup kemampuannya melebihi panca indera, yang menembus batas fisis sampai pada hal-hal yang bersifat metafisis. Jika panca indera hanya mampu menangkap hal-hal yang metafisis, spiritual, abstrak, universal, yang seragam dan yang bersifat tetap, tetapi tidak berubah-ubah. Oleh sebab itu, akal pikiran senantiasa

bersikap meragukan kebenaran pengetahuan indriawi sebagai pengetahuan semu dan menyesatkan. Singkatnya, akal pikiran cenderung memberikan pengetahuan yang lebih umum, obyektif dan pasti, serta yang bersifat tetap, tidak berubah-ubah.

5. Sumber kelima, instusi. Sumber ini berupa gerak hati yang paling dalam. Jadi, sangat bersifat spiritual, melampaui ambang batas ketinggian akal pikiran dan kedalaman pengalaman. Pengetahuan yang bersumber dari instusi merupakan pengalaman batin yang bersifat langsung. Artinya, tanpa melalui sentuhan indera maupun olahan akal pikiran. Ketika dengan serta-merta seseorang memutuskan untuk berbuat atau tidak berbuat dengan tanpa alasan yang jelas, maka ia berada di dalam pengetahuan yang intuitif. Dengan demikian, pengetahuan intuitif ini kebenarannya tidak dapat diuji baik menurut ukuran pengalaman indriawi maupun akal pikiran. Karena itu tidak bisa berlaku umum, hanya berlaku secara personal belaka (Suhartono, 2008).

e. Pengukuran tingkat pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain (Notoatmodjo, 2011).

Menurut Arikunto (2010), pengetahuan dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yaitu:

- 1) Baik: Hasil presentase 76%-100%
- 2) Cukup: Hasil presentase 56%-75%
- 3) Kurang: Hasil presentase <56%

Pengukuran pengetahuan dapat juga dilakukan dengan menggunakan tehnik *cut of point* (titik potong). *Cut of point* terdiri dari *mean*, dan *median*. Jika distribusi data tidak normal maka digunakan *median*.

Berdasarkan data distribusi normal, pengetahuan dikatakan tinggi apabila nilainya $\geq mean$ dan pengetahuan dikatakan rendah apabila nilainya $< mean$. berdasarkan data distribusi tidak normal, pengetahuan dikatakan tinggi apabila nilainya $\geq median$ dan pengetahuan dikatakan rendah apabila nilainya $< median$.

3. Kecemasan

a. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah merupakan suatu keadaan perasaan prihatin, gelisah, ketidak tentuan, atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal, serta dapat juga dianggap sebagai gejala yang tidak spesifik yang sering ditemukan dan berupa suatu emosi yang normal (Stuart, 2007).

Penyebab terjadinya kecemasan sukar untuk diperkiraan dengan tepat. Hal ini disebabkan oleh adanya sifat subjekif dari kecemasan,

yaitu: bahwa kejadian yang sama belum tentu dirasakan sama pula oleh setiap orang. Dengan kata lain suatu rangsangan atau kejadian dengan kualitas dan kuantitas yang sama dapat diinterpretasikan secara berbeda antara individu yang satu dengan yang lainnya (Stuart, 2007).

Teori kognitif menyatakan bahwa reaksi kecemasan timbul karena kesalahan mental. Kesalahan mental ini karena kesalahan menginterpretasikan suatu situasi yang bagi individu merupakan sesuatu yang mengancam. Melalui teori belajar sosial kognitif, kecemasan di hasilkan dari harapan diri yang negatif karena mereka percaya bahwa mereka tidak dapat mengatasi dari situasi yang secara potensial mengancam bagi mereka.

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya.

Di dalam Hawari (2011) gejala kecemasan baik yang sifatnya akut maupun kronik (menahun) merupakan komponen utama bagi hampir semua gangguan kejiwaan (*psychiatric disorder*). Secara klinis gejala kecemasan dibagi dalam beberapa kelompok, yaitu: gangguan cemas (*anxiety disorder*), gangguan cemas menyeluruh (*generalized anxiety disorder/ GAD*), gangguan panik (*panic disorder*), gangguan phobik (*phobic disorder*), dan gangguan obsesif-kompulsif (*obsessive-compulsive disorder*).

Diperkirakan jumlah mereka yang menderita gangguan kecemasan ini baik akut maupun kronik mencapai 5% dari jumlah penduduk, dengan perbandingan antara wanita dan pria 2 banding 1. Diperkirakan antara 2%-4% diantara penduduk di suatu saat dalam kehidupannya pernah mengalami gangguan cemas.

Tidak semua orang yang mengalami stressor psikososial akan menderita gangguan cemas, hal ini tergantung pada struktur kepribadiannya. Orang dengan kepribadian pencemas lebih rentan (*vulnerable*) untuk menderita gangguan cemas. Atau dengan kata lain orang dengan kepribadian pencemas resiko untuk menderita gangguan cemas lebih besar dari orang yang tidak berkepribadian pencemas.

Perkembangan kepribadian (*personality development*) seseorang dimulai dari sejak usia bayi hingga usia 18 tahun dan tergantung dari pendidikan orang tua (*psiko-edukatif*) di rumah, pendidikan di sekolah dan pengaruh lingkungan pergaulan sosialnya serta pengamalan-pengamalan dalam kehidupannya. Seseorang menjadi pencemas terutama akibat proses imitasi dan identifikasi dirinya terhadap kedua orang tuanya, daripada pengaruh keturunan (genetika). Atau dengan kata lain *parental example* lebih utama daripada *parental genes*. Demikian pula halnya dengan kepribadian depresif dan bentuk-bentuk kepribadian lainnya.

b. Tipe kepribadian pencemas

Seseorang akan menderita gangguan cemas manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stressor psikososial yang dihadapinya. Tetapi pada orang-orang tertentu meskipun tidak ada stressor psikososial, yang bersangkutan menunjukkan kecemasan juga, yang ditandai dengan corak atau kepribadian pencemas, yaitu antara lain:

- 1) Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu, dan bimbang
- 2) Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir)
- 3) Kurang percaya diri, gugup, apabila tampil di muka umum
(demam panggung)
- 4) Sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain
- 5) Tidak mudah mengalah, suka ngotot
- 6) Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk, gelisah
- 7) Sering kali mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik),
khawatir berlebihan terhadap penyakit
- 8) Mudah tersinggung, suka membesar-besarkan masalah yang
kecil (dramatisasi)
- 9) Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan
ragu
- 10) Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya sering kali berulang-
ulang
- 11) Kalau sedang emosi sering kali bertindak histeris

Orang dengan tipe kepribadian pencemas tidak selamanya mengeluh hal-hal yang sifatnya psikis tetapi sering juga disertai dengan keluhan-keluhan fisik (somatik) dan juga tumpang tindih dengan ciri-ciri kepribadian depresif; atau dengan kata lain batasannya sering kali tidak jelas.

c. Gejala klinis cemas

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain sebagai berikut:

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung
- 2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut
- 3) Takut sendirian, takut keramaian dan banyak orang
- 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- 6) Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

Selain keluhan-keluhan cemas secara umum di atas, ada lagi kelompok cemas yang lebih berat yaitu gangguan cemas menyeluruh, gangguan panik, gangguan phobik dan gangguan obsesif-kompulsif.

1) Gangguan Cemas Menyeluruh (*Generalized Anxiety Disorder/ GAD*)

Secara klinis gejala cemas yang biasa, disertai dengan kecemasan yang biasa, disertai dengan kecemasan yang menyeluruh dan menetap (paling sedikit berlangsung selama 1 bulan) dengan manifestasi 3 dari 4 kategori gejala berikut ini:

a) Ketegangan motorik/ alat gerak

- (1) Gemetar
- (2) Tegang
- (3) Nyeri otot
- (4) Letih
- (5) Tidak dapat santai
- (6) Kelopak mata bergetar
- (7) Kening berkerut
- (8) Muka tegang
- (9) Gelisah
- (10) Tidak dapat diam
- (11) Mudah kaget

b) Hiperaktivitas saraf *autonom* (simpatis/parasimpatis):

- (1) Berkeringat berlebihan
- (2) Jantung berdebar-debar
- (3) Rasa dingin
- (4) Telapak tangan/ kaki basah

- (5) Mulut kering
 - (6) Pusing
 - (7) Kepala terasa ringan
 - (8) Kesemutan
 - (9) Rasa mual
 - (10) Rasa aliran panas atau dingin
 - (11) Sering buang air kecil
 - (12) Diare
 - (13) Rasa tidak enak di ulu hati
 - (14) Kerongkongan tersumbat
 - (15) Muka merah atau pucat
 - (16) Denyut nadi dan nafas yang cepat waktu istirahat
- c) Rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang (*apprehensive expectation*):
- (1) Cemas, khawatir, takut
 - (2) Berpikir berulang (*ruminatio*n)
 - (3) Membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya atau orang lain
- d) Kewaspadaan berlebihan:
- (1) Mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih
 - (2) Sukar konsentrasi

- (3) Sukar tidur
- (4) Merasa ngeri mudah tersinggung
- (5) Tidak sabar

Gejala-gejala tersebut diatas baik yang bersifat psikis maupun fisik (somatik) pada setiap orang tidak sama, dalam arti tidak seluruhnya gejala itu harus ada. Bila diperhatikan gejala-gejala kecemasan ini mirip dengan orang yang mengalami stres; bedanya bila pada stres didominasi oleh gejala fisik sedangkan pada kecemasan didominasi oleh gejala psikis.

2) Gangguan panik

Gejala klinis gangguan panik ini yaitu kecemasan yang datangnya mendadak disertai oleh perasaan takut mati, disebut juga sebagai serangan panik (*panic attack*). Secara klinis gangguan panik ditegakkan (kriteria diagnostik) oleh paling sedikit 4 dari 12 gejala-gejala dibawah ini yang muncul pada setiap serangan:

- a) Sesak nafas
- b) Jantung berdebar-debar
- c) Nyeri atau rasa tak enak di dada
- d) Rasa tercekik atau sesak
- e) Pusing, vertigo (penglihatan berputar-putar), perasaan melayang
- f) Perasaan seakan-akan diri atau lingkungan tidak realistik

- g) Kesemutan
- h) Rasa aliran panas atau dingin
- i) Berkeringat banyak
- j) Rasa akan pingsan
- k) Menggigil atau gemetar
- l) Merasa takut mati, takut menjadi gila atau khawatir akan melakukan suatu tindakan secara tidak terkendali selama berlangsungnya serangan panik.

Orang yang mengalami serangan panik tersebut diatas juga menimbulkan “kepanikan” pada orang lain (anggota keluarga).

3) Gangguan Phobik

Gangguan phobik adalah salah satu kecemasan yang didominasi oleh gangguan alam pikir phobia. Phobia adalah ketakutan yang menetap dan tidak rasional terhadap suatu objek, aktifitas atau situasi tertentu (spesifik), yang menimbulkan suatu keinginan mendesak untuk menghindarinya. Rasa ketakutan itu disadari oleh orang yang bersangkutan sebagai suatu ketakutan yang berlebihan dan tidak masuk akal, namun ia tidak mampu mengatasinya.

Yang sering dijumpai dalam pengalaman sehari-hari adalah agoraphobia dan phobia sosial, yang seringkali disertai dengan timbulnya serangan panik Kedua jenis phobia ini (dengan serangan panik) merupakan penderitaan bagi individu yang

bersangkutan karena gangguan phobia ini mengganggu fungsi dan peran sosialnya dalam kehidupan sehari-hari.

Seseorang yang menderita agoraphobia mempunyai ketakutan yang hebat (dan karena itu ia menghindari) terhadap situasi berada seorang diri atau di tempat umum, dimana ia sulit untuk melarikan diri, atau ditempat yang tidak tersedia pertolongan apabila datang serangan mendadak berupa perasaan tak berdaya, misalnya berada diantara orang banyak, dalam terowongan, diatas jembatan atau menumpang kendaraan umum.

Dampak dari gangguan ini adalah aktifitas kehidupan sehari-harinya amat terganggu, ruang lingkup gerakannya semakin menyempit, sehingga akhirnya ketakutan atau perilaku menghindar itu menguasai dirinya.

Seseorang yang menderita phobia sosial mempunyai rasa takut yang menetap dan tidak rasional terhadap situasi sosial tertentu dan berusaha sekuat tenaga untuk menghindarinya. Ia merasa cemas karena mungkin dinilai atau menjadi pusat perhatian orang lain. Ia merasa takut bahwa ia akan bereaksi dengan cara yang akan memalukan dirinya. Tidak jarang pada orang yang menderita gangguan ini disamping ketakutan dan kecemasan juga menderita depresi.

Ada juga jenis-jenis phobia lainnya, misalnya klaustrophobia, yaitu ketakutan terhadap ruang tertutup (misalnya di dalam lift); acrophobia, yaitu takut terhadap ketinggian, phobia hewan, yaitu ketakutan terhadap anjing, ular, serangga, tikus dan sebagainya.

4) Gangguan obsesif-kompulsif

Obsesi adalah suatu bentuk kecemasan yang didominasi oleh pikiran yang terpaku (*persistence*) dan berulang kali muncul (*recurrent*). Sedangkan kompulsi adalah perbuatan yang dilakukan berulang-ulang sebagai konsekuensi dari pikiran yang bercorak obsesif tadi. Seseorang yang menderita gangguan obsesif-kompulsif tadi akan terganggu dalam fungsi atau peranan sosialnya.

Secara klinis kriteria diagnostik gangguan obsesif-kompulsif adalah sebagai berikut:

a) Obsesi:

Gagasan atau ide, pikiran, bayangan atau impuls, yang terpaku (*persistence*) dan berulang (*recurrent*), dan bersifat ego-distonik yaitu tidak dihayati berdasarkan kemauan sendiri, tetapi sebagai pikiran yang mendesak kedalam kesadaran dan dihayati sebagai hal yang tak masuk akal atau tidak disukai.

b) Kompulsi:

Tingkah laku berulang yang nampaknya mempunyai tujuan, yang ditampilkan menurut aturan tertentu. Tingkah laku ini tidak merupakan tujuan akhir tetapi dimaksudkan untuk menghasilkan atau sebaliknya mencegah suatu peristiwa atau situasi di masa mendatang. Namun demikian, aktivitas ini tidak mempunyai kaitan atau relevansi yang realistik dengan hal yang akan dicegah atau dihasilkan; atau jelas-jelas berlebihan. Perbuatan itu dilakukan dengan rasa kompulsi subyektif dan disertai oleh keinginan untuk melawan kompulsi itu. Orang yang bersangkutan umumnya mengenal bahwa perbuatannya itu tidak masuk akal, dan tidak memperoleh kesenangan atau kepuasan ketika melakukan pengulangan perbuatan itu, walaupun hal ini meredakan.

Dalam kehidupan sehari-hari di masyarakat ada juga pola perilaku yang bercorak mirip "obsesif-kompulsif" misalnya gangguan pola makan (*eating disorder*), penyimpangan perilaku seksual (*sexual deviation*), judi, penyalahgunaan NAZA (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif) dan lain sebagainya.

d. Tingkat kecemasan

Stuart (2007) membagi tingkat kecemasan menjadi empat tingkat antara lain:

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Respon fisiologis ditandai dengan sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, bibir bergetar. Respon kognitif merupakan lapang persepsi luas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif. Respon perilaku dan emosi seperti tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meningkat.

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Respon fisiologis: sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, diare, gelisah. Respon kognitif; lapang persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya. Respon perilaku dan

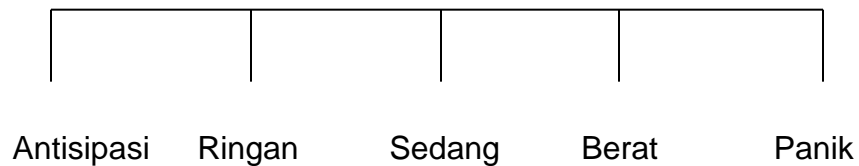
emosi; meremas tangan, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak enak.

3) Kecemasan Berat

Sangat mengurangi lapang persepsi seseorang terhadap sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk menghentikan ketegangan individu dengan kecemasan berat memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pikiran pada suatu area lain. Respon fisiologi: nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat, ketegangan dan sakit kepala. Respon kognitif: lapang persepsi amat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah. Respon perilaku dan emosi: perasaan ancaman meningkat.

4) Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Hilangnya kontrol, menyebabkan individu tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Respon fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah. Respon kognitif : lapang persepsi sangat sempit, tidak dapat berpikir logis. Respon perilaku dan emosi: mengamuk dan marah, ketakutan, kehilangan kendali. Rentang respon ansietas menurut Stuart (2007) sebagai berikut:



Gambar 2.2 Rentang Respons Ansietas

e. Faktor yang mempengaruhi respon kecemasan

Menurut Stuart (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah:

1) Usia

Usia mempengaruhi psikologi seseorang, semakin tinggi usia semakin tinggi kematangan emosi seseorang serta kemampuan dalam menghadapi berbagai persoalan.

2) Status kesehatan jiwa dan fisik

Kelelahan fisik dan penyakit dapat menurunkan mekanisme pertahanan alami seseorang.

3) Nila-nilai budaya dan spiritual

Budaya dan spiritual mempengaruhi cara pemikiran seseorang. Religiusitas yang tinggi menjadikan seseorang berpandangan positif atas masalah yang dihadapi.

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan, semakin tinggi pendidikannya akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir.

5) Respon koping

Mekanisme koping digunakan seseorang saat mengalami kecemasan. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif sebagai penyebab tersedianya perilaku patologis.

6) Dukungan sosial

Dukungan sosial dan lingkungan sebagai sumber koping, dimana kehadiran orang lain dapat membantu seseorang mengurangi kecemasan dan lingkungan mempengaruhi area berfikir seseorang.

7) Tahap perkembangan

Pada tingkat perkembangan tertentu terdapat jumlah dan intensitas stresor yang berbeda sehingga resiko terjadinya stres pada setiap individu membentuk kemampuan adaptasi yang semakin baik terhadap stresor.

8) Pengalaman masa lalu

Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menghadapi stresor yang sama.

9) Pengetahuan

Ketidaktahuan dapat menyebabkan kecemasan dan pengetahuan dapat digunakan untuk mengatasi masalah.

f. Pengukuran kecemasan

Dalam Hawari (2011) untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali dapat menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A). Alat ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik, masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*score*) antara 0-4, yang artinya adalah:

Nilai 0= tidak ada gejala (keluhan)

1= gejala ringan

2= gejala sedang

3= gejala berat

4= gejala berat sekali

Masing-masing nilai angka (*score*) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (*score*) : < 14 = tidak ada kecemasan

14-20 = kecemasan ringan

21-27 = kecemasan sedang

28-41 = kecemasan berat

42-56 = kecemasan berat sekali

4. Diare

a. Pengertian Diare

Diare adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme termasuk bakteri, virus dan parasit lainnya seperti jamur, cacing, dan protozoa (Hidayat, 2005).

Menurut Ngastiyah (2005) penyakit diare terutama pada bayi perlu mendapatkan tindakan secepatnya karena dapat membawa bencana bila terlambat. Diare ialah 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.

Hipocrates mendefinisikan diare sebagai pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM, diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2007).

b. Penyebab diare

Etiologi diare dapat dibagi dalam beberapa faktor, yaitu:

1) Faktor infeksi

a) Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Infeksi enteral ini meliputi:

(1) Infeksi bakteri: Vibrio, E.coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas, dan sebagainya.

(2) Infeksi Virus: Enterovirus (Virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus, dan lain-lain.

(3) Infestasi parasit: Cacing (Ascaris, Trichiuris, Oxyuris, Strongyloides), Protozoa (Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Trichomonas hominis), Jamur (Candida albicans).

b) Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar alat pencernaan, seperti otitis media akut (OMA), Tonsilofaringitis, Bronkopneumonia, Ensefalitis dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun.

2) Faktor malabsorpsi

a) Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada anak dan bayi yang terpenting dan tersering ialah intoleransi laktosa.

b) Malabsorpsi lemak.

c) Malabsorpsi protein.

3) Faktor makanan: makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

4) Faktor psikologis: rasa takut dan cemas. Walaupun jarang dapat menimbulkan diare terutama pada anak yang lebih besar

c. Klasifikasi diare menurut MTBS (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Tabel 2.1 Klasifikasi diare menurut MTBS

<p>Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letargis atau tidak sadar • Mata cekung • Tidak bisa minum atau malas minum • Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat 	<p>Dehidrasi Berat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jika tidak ada klasifikasi berat lainnya: beri cairan untuk dehidrasi berat (Rencana Terapi C) ➤ Jika mempunyai anak mempunyai klasifikasi berat lainnya: <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk SEGERA dan selama dalam perjalanan ibu diminta terus member larutan oralit sedikit demi sedikit. • Anjurkan ibu agar tetap memberi ASI ➤ Jika ada kolera di daerah tersebut, beri obat antibiotic untuk kolera.
<p>Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah, rewel/mudah marah • Mata cekung • Haus, minum dengan lahap • Cubitan kulit perut kembalinya lambat 	<p>Dehidrasi Ringan/Sedang</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beri cairan & makanan sesuai Rencana Terapi B ➤ Jika mempunyai anak mempunyai klasifikasi berat lainnya: <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk SEGERA dan selama dalam perjalanan ibu diminta terus member larutan oralit sedikit demi sedikit. • Anjurkan ibu agar tetap memberi ASI

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nasihati ibu kapan harus kembali segera ➤ Kunjungan ulang setelah 5 hari jika tidak ada perbaikan
Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi berat atau ringan/sedang	Tanpa Dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beri cairan & makanan sesuai Rencana Terapi A ➤ Nasihati ibu tentang kapan harus kembali segera ➤ Kunjungan ulang setelah 5 hari jika tidak ada perbaikan
Ada dehidrasi	Diare Persisten Berat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali bila anak juga mempunyai klasifikasi berat lain ➤ Rujuk
Tanpa Dehidrasi	Diare Persisten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nasihati ibu tentang cara pemberian makan pada anak dengan diare persisten ➤ Kunjungan ulang setelah 5 hari
Darah dalam tinja (beraknya bercampur darah)	Disentri	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beri antibiotik yang sesuai untuk shigela selama 5 hari ➤ Kunjungan ulang setelah 2 hari

d. Cara mencegah diare (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

- 1) Berikan ASI eksklusif selama 6 bulan dan diteruskan sampai 2 tahun
- 2) Berikan makanan pendamping ASI sesuai umur
- 3) Berikan air minum yang sudah direbus dan menggunakan air bersih

- 4) Mencuci tangan dengan air sabun sebelum dan sesudah makan maupun buang air besar
- 5) Buang air besar di jamban
- 6) Membuang tinja bayi dengan benar
- 7) Memberikan imunisasi campak

e. Patogenesis diare

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah:

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 ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

2) Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

3) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan

mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Patogenesis diare akut

- 1) Masuknya jasad renik yang masih hidup ke dalam usus halus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung.
- 2) Jasad renik tersebut berkembang biak (multiplikasi) di dalam usus halus.
- 3) Oleh jasad renik dikeluarkan toksin (toksin diaregenik).
- 4) Akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.

Patogenesis kronis

Lebih kompleks dan faktor-faktor yang menimbulkannya ialah infeksi bakteri, parasit, malabsorpsi, malnutrisi dan lain-lain.

f. Patofisiologi diare

Sebagai akibat diare baik akut maupun kronis akan terjadi:

- 1) Kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan asam-basa (asidosis metabolik, hipokalemia dan sebagainya)
- 2) Gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masukan makanan kurang, pengeluaran bertambah)
- 3) Hipoglikemia
- 4) Gangguan sirkulasi darah

g. Gejala klinis diare

Mula-mula bayi dan anak menjadi cengeng dan gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian diare. Tinja cair dan mungkin disertai lendir dan atau darah. Warna makin lama berubah kehijauan karena bercampur dengan empedu, anus dan sekitarnya menjadi lecet karena seringnya defekasi dan tinja semakin lama makin asam dikarenakan meningkatnya asam laktat, yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama diare. Gejala muntah dapat terjadi sebelum dan setelah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang menjadi radang akibat gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit. Bila penderita telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak. Berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, selaput lender bibir dan mulut serta kulit tampak kering.

Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dapat dibagi menjadi dehidrasi ringan, sedang dan berat, sedangkan berdasarkan tonisitas plasma dapat dibagi menjadi dehidrasi hipotonik, isotonik, dan hipertonik.

h. Tanda-tanda derajat dehidrasi (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011).

1) Klasifikasi baris merah: dehidrasi berat

2) Klasifikasi baris kuning: dehidrasi ringan/ sedang

3) Klasifikasi baris hijau: tanpa dehidrasi

Tabel 2.2 Klasifikasi tanda-tanda derajat dehidrasi

Gejala/derajat dehidrasi	Diare tanpa dehidrasi	Diare dehidrasi Ringan/Sedang	Diare dehidrasi Berat
	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih
Keadaan umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai/ tidak sadar
Mata	Tidak cekung	Cekung	Cekung
Keinginan untuk minum	Normal, tidak ada rasa haus	Ingin minum terus, ada rasa haus	Malas minum
Turgor	Kembali segera	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

i. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan tinja

a) Makroskopis dan mikroskopis

b) pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet *clinitest*, bila diduga terdapat intoleransi gula.

c) Bila perlu lakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.

2) Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah, dengan menentukan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah (bila memungkinkan).

3) Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.

4) Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).

- 5) Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

j. Komplikasi

Sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, dapat terjadi berbagai macam komplikasi seperti:

- 1) Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik atau hipertonik).
- 2) Renjatan hipovolemik
- 3) Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia, perubahan pada elektrokardiogram)
- 4) Hipoglikemia
- 5) Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa usus halus.
- 6) Kejang, terutama pada dehidrasi hipertonik
- 7) Malnutrisi energi protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan

k. Pengobatan dan penanganan

Cara mencegah dehidrasi sebelum anak dibawa ke sarana kesehatan ialah berikan oralit, bila tidak tersedia oralit dapat diganti dengan larutan gula dan garam dengan komposisi 200cc air matang ditambah 1 sendok makan gula pasir dan $\frac{1}{4}$ sendok

makan garam, selain itu dapat juga diberikan cairan rumah tangga misalnya air tajin, kuah sayur, sari buah, air teh, air matang dll.

Dasar pengobatan diare adalah:

1) Pemberian cairan

a) Diare tanpa dehidrasi:

Rencana terapi A;

b) Diare dengan dehidrasi ringan/ sedang:

Rencana terapi B;

c) Diare dengan dehidrasi berat:

Rencana terapi C.

Tabel 2.3 Rencana Terapi A

Diare tanpa dehidrasi
Bila terdapat dua tanda atau lebih: 1. Keadaan umum baik, sadar 2. Mata tidak cekung 3. Minum biasa, tidak haus 4. Cubitan kulit perut/turgor kembali segera
Rencana Terapi A Untuk terapi diare tanpa dehidrasi
Menerangkan 5 langkah terapi diare di rumah: 1. Beri cairan lebih banyak dari biasanya: a. Teruskan ASI lebih sering dan lebih lama b. Anak yang mendapat ASI eksklusif, beri oralit atau air matang sebagai tambahan c. Anak yang tidak mendapat ASI eksklusif, beri susu yang biasa diminum dan oralit atau cairan rumah tangga sebagai tambahan (kuah sayur, air tajin, air matang, dsb) d. Beri oralit sampai diare berhenti. Bila muntah, tunggu 10 menit dan dilanjutkan sedikit demi sedikit. 1) Umur < 1 tahun diberi 50-100 ml setiap berak 2) Umur > 1 tahun diberi 100-200 ml setiap berak e. Anak harus diberi 6 bungkus oralit (200 ml) di rumah bila: 1) Telah diobati dengan Rencana terapi B atau C 2) Tidak dapat kembali kepada petugas kesehatan jika diare memburuk f. Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit 2. Beri obat zinc Beri zinc 10 hari berturut-turut walaupun diare sudah berhenti. Dapat diberikan dengan cara dikunyah atau dilarutkan dalam 1 sendok air matang atau ASI.

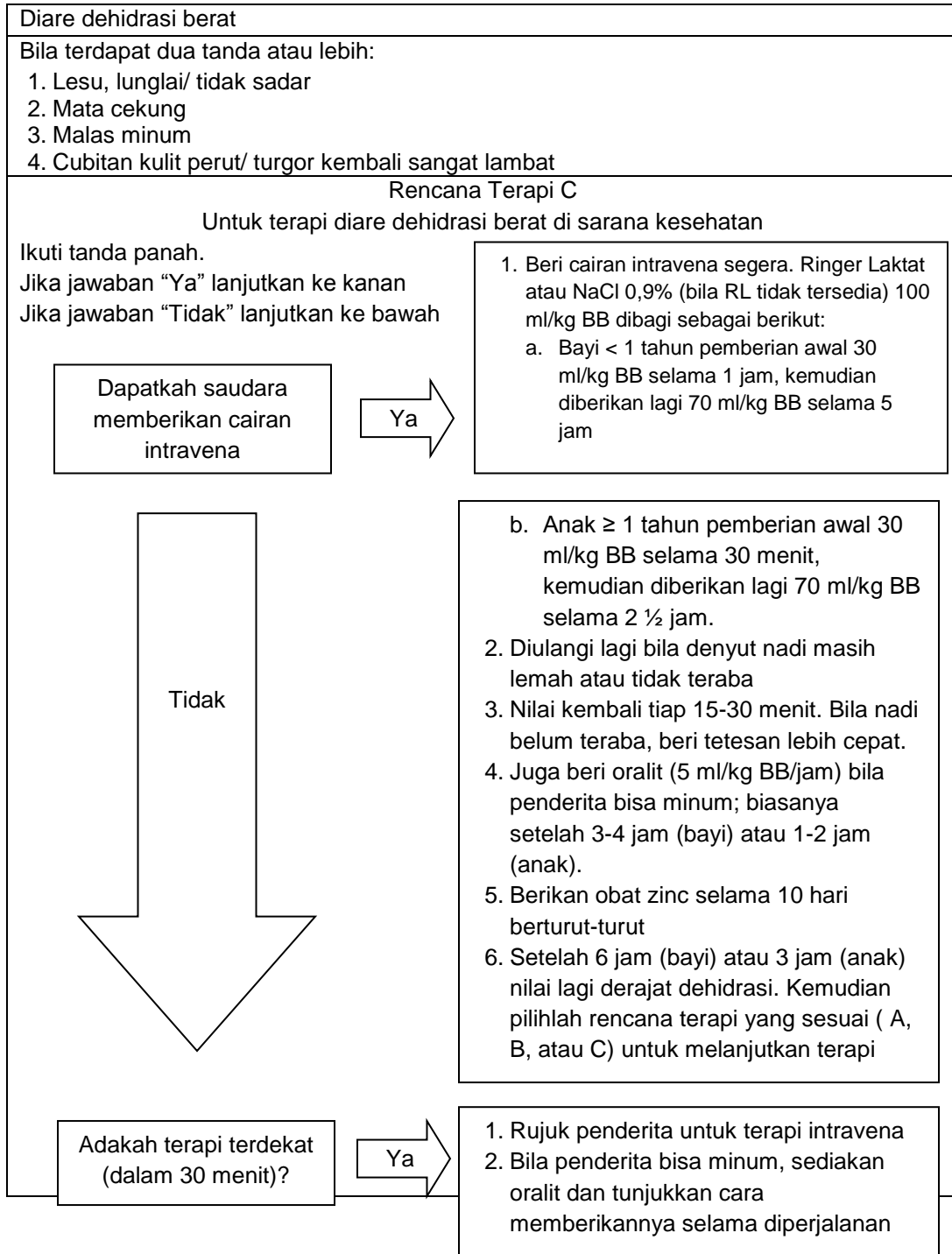
- a. Umur < 6 bulan diberi 10 mg (1/2 tablet) perhari
- b. Umru > 6 bulan diberi 20 mg (1 tablet) perhari
- 3. Beri anak makanan untuk mencegah kurang gizi
 - a. Beri makan sesuai umur anak dengan menu yang sama pada waktu anak sehat
 - b. Tambahkan 1-2 sendok the minyak sayur setiap porsi makanan
 - c. Beri makanan kaya kalium seperti sari buah segar, pisang, air kelapa hijau
 - d. Beri makanan lebih sering dari biasanya dengan porsi lebih kecil (setiap 3-4 jam)
 - e. Setelah diare berhenti, beri makanan yang sama dan tambahkan selama 2 minggu
- 4. Antibiotik hanya diberikan sesuai indikasi, misal: disentri, kolera dll.
- 5. Nasihati ibu/ pengasuh
 - Untuk membawa anak kembali ke petugas kesehatan bila:
 - a. Berak cair lebih sering
 - b. Muntah berulang
 - c. Sangat haus
 - d. Makan dan minum sangat sedikit
 - e. Timbul demam
 - f. Berak berdarah
 - g. Tidak membaik dalam 3 hari

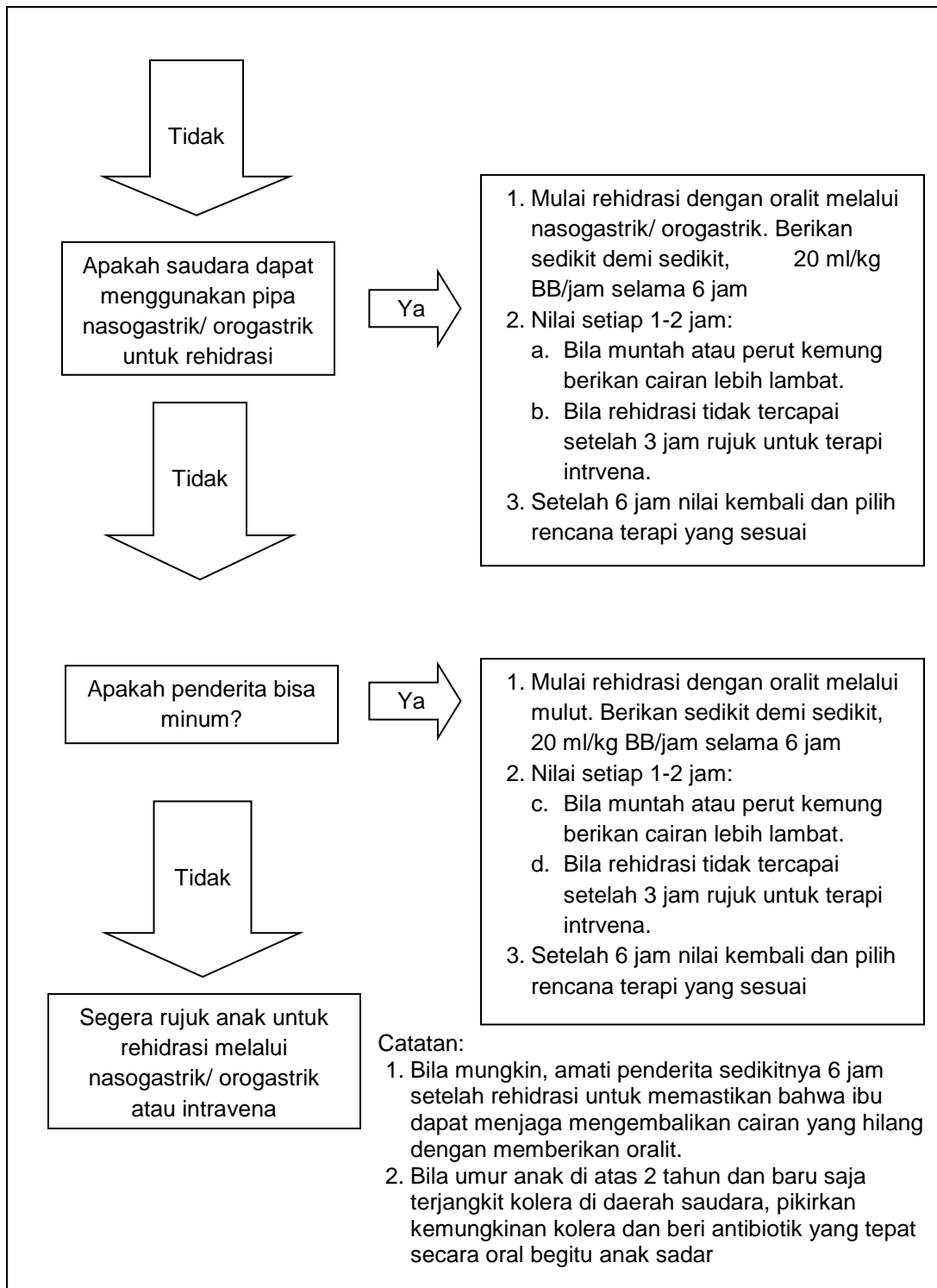
Tabel 2.4 Rencana Terapi B

Diare dehidrasi Ringan/ Sedang
Bila terdapat dua tanda atau lebih: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah, rewel 2. Mata cekung 3. Ingin minum terus, ada rasa haus 4. Cubitan kulit perut/ turgor kembali lambat
<p>Rencana Terapi B</p> <p>Untuk terapi diare dehidrasi ringan/ sedang</p> <p>Jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama di sarana kesehatan:</p> <p>75 ml x berat badan anak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bila BB tidak diketahui berikan oralit sesuai di bawah ini: <ul style="list-style-type: none"> a. 4 bulan= BB < 6 kg jumlah cairan yang diberikan 200-400 ml b. 4-12 bulan= BB 6-10 kg jumlah cairan yang diberikan 400-700 ml c. 12-24 bulan= BB 10-12 kg jumlah cairan yang diberikan 700-900 ml d. 2-5 tahun= BB 12-19 kg jumlah cairan yang diberikan 900-1400 ml 2. Bila anak menginginkan oralit lebih banyak, berikanlah 3. Bujuk ibu untuk meneruskan ASI 4. Untuk bayi < 6 bulan yang tidak mndapat ASI berikan juga 100-200 ml air masak selama masa ini 5. Untuk anak > 6 bulan, tunda pemberian makan selama 3 jam kecuali ASI dan oralit 6. Beri obat zinc selama 10 hari berturut-turut <p style="text-align: center;">Amati anak dengan seksama dan bantu ibu memberikan oralit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tunjukkan jumlah caian yang harus diberikan 2. Berikan sedikit demi sedikit tapi sering dari gelas 3. Periksa dari waktu ke waktu bila ada masalah 4. Bila kelopak mata anak bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI. Beri oralit sesuai Rencana Terapi A bila pembengkakan telah hilang <p style="text-align: center;">Setelah 3-4 jam nilai kembali anak menggunakan bagan penilaian, kemudian pilih Rencana Terapi A, B atau C untuk melanjutkan terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bila tidak ada dehidrasi, ganti ke Rencana Terapi A. Bila dehidrasi telah hilang, anak biasanya kencing kemudian mengantuk dan tidur 2. Bila tanda menunjukkan dehidrasi ringan/ sedang, ulangi Rencana Terapi B

3. Anak mulai diberi makanan, susu, dan sari buah
 4. Bila tanda menunjukkan dehidrasi berat, ganti dengan Rencana Terapi C
- Bila ibu harus pulang sebelum selesai Rencana Terapi B**
1. Tunjukkan jumlah oralit yang harus dihabiskan dalam terapi 3 jam dirumah
 2. Berikan 6 bungkus oralit untuk persediaan dirumah
 3. Jelaskan 5 langkah Rencana Terapi A untuk mengobati anak dirumah

Tabel 2.5 Rencana Terapi C





Cara pemberian obat zinc:

- a) Pastikan semua anak yang menderita diare mendapat obat zinc selama 10 hari berturut-turut.

- b) Dosis obat zinc (1 tablet= 20 mg)
 - (2) Umur < 6 bulan: ½ tablet/ hari
 - (3) Umur ≥ 6 bulan 1 tablet/ hari
- 3) Larutkan tablet dalam satu sendok air matang atau ASI (tablet mudah larut ± 30 detik), segera berikan kepada anak.
- 4) Bila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian obat zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.
- 5) Bila anak menderita dehidrasi berat memerlukan cairan infus, tetap berikan obat zinc segera setelah anak bisa minum atau makan.
- 2) Dietetik (pemberian makanan)
 - a) Untuk anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg.
Jenis makanan:
 - (1) Susu (ASI dan atau susu formula yang mengandung laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM, Almiron).
 - (2) Makanan setengah padat (bubur susu) atau makanan padat (nasi tim) bila anak tidak mau minum susu karena dirumah sudah biasa diberi makanan padat.

(3) Susu khusus yaitu susu yang tidak mengandung laktosa atau susu dengan asam lemak berantai sedang/ tidak jenuh, sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

Caranya:

Hari 1:

(1) Setelah rehidrasi segera berikan makanan peroral.

(2) Bila diberi ASI atau susu formula, diare masih sering, hendaknya berikan tambahan oralit atau air tawar selang-seling dengan ASI, misalnya: 2 x ASI/ susu formula rendah laktosa, 1 x oralit/ air tawar.

Hari 2 - 4: Berikan ASI/ susu formula rendah laktosa secara penuh.

Hari 5: Dipulangkan dengan tetap memberikan ASI/ susu formula sesuai dengan kelainan yang ditemukan (dari hasil pemeriksaan laboratorium). Bila tidak ada kelainan, dapat diberikan susu biasa seperti SGM, Lactogen, Dancow dan sebagainya dengan menu makanan sesuai dengan umur dan berat badan bayi.

b) Untuk anak diatas 1 tahun dengan berat badan lebih dari 7 kg.

Jenis makanan: Makanan padat atau cair/ susu sesuai dengan kebiasaan makan di rumah.

Caranya:

Hari 1: Setelah rehidrasi segera berikan makanan seperti buah pisang, biskuit dan breda (Campuran bubur dan daging ayam) dan ASI diteruskan (bila masih ada) ditambah oralit.

Hari 2: Breda, buah, biskuit, ASI.

Hari 3: Nasi tim, buah, biskuit dan ASI.

Hari 4: Makan biasa dengan ekstra kalori (1 ½ kali kebutuhan).

Hari 5: Dipulangkan dengan nasihat pemberian makan seperti hari 4.

3) Obat-obatan

Prinsip pengobatan diare adalah menggantikan cairan yang hilang melalui tinja dengan atau tanpa muntah, dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa atau karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras, dan sebagainya).

a) Obat anti sekresi

(1) Asetosal

Dosis: 25 mg/ tahun dengan dosis minimum 30 mg.

(2) Klorpromazin

Dosis: 0, 5- 1 mg/ kg berat badan/ hari.

b) Obat anti spasmolitik

Pada umumnya obat anti spasmolitik seperti papaverine, ekstrak beladonna, opium, loperamid dan sebagainya tidak diperlukan untuk mengatasi diare akut.

c) Obat penguas tinja

Obat penguas tinja seperti kaolin, pectin, charcoal, tabonal dan sebagainya tidak ada manfaatnya untuk mengatasi diare.

d) Antibiotika

Pada umumnya antibiotika tidak diperlukan untuk mengatasi diare akut, kecuali bila penyebabnya jelas seperti:

(1) Kolera, diberikan tetrasiklin 25-50 mg/ kgbb/ hari.

(2) Campylobacter, diberikan eritromisin 40-50 mg/ kgbb/ hari.

Antibiotika lain dapat pula diberikan bila terdapat penyakit penyerta misalnya:

(1) Infeksi ringan (OMA, faringitis), diberikan penisilin prokain 50.000 U/ kgbb/ hari.

(2) Infeksi sedang (Bronkitis), diberikan penisilin prokain atau ampisilin 50 mg/ kgbb/ hari.

(3) Infeksi berat (misal Bronkopneumonia), diberikan penisilin prokain dengan kloramfenikol 75 mg/ kgbb/

hari atau ampicilin 75-100 mg/ kgbb/ hari ditambah gentamisin 6 mg/ kgbb/ hari atau derivate sefalosforin 30-50 mg/ kgbb/ hari.

5. Konsep Batita

a. Definisi anak batita

Berdasarkan periode usia perkembangan, masa kanak-kanak awal (satu sampai enam tahun) terbagi menjadi dua periode menurut Potter dan Perry (2005) yaitu toddler (satu sampai tiga tahun) dan pra sekolah (tiga sampai enam tahun).

Masa toddler berada dalam rentang dari masa kanak-kanak mulai berjalan sendiri sampai mereka berjalan dan berlari dengan mudah, yaitu mendekati usia 12 sampai 36 bulan. Toddler tersebut ditandai dengan peningkatan kemandirian yang diperkuat dengan kemampuan mobilitas fisik dan kognitif lebih besar. Toddler terus meningkatkan kewaspadaan terhadap kemampuan mereka untuk mengontrol dan senang dengan keberhasilan usaha baru ini. Keberhasilan ini membuat mereka mengulangi usaha untuk mengontrol lingkungan mereka. Ketidakberhasilan usaha pada pengontrolan dapat menimbulkan perilaku negatif.

b. Perkembangan Anak Batita

Menurut Potter dan Perry (2005) perkembangan batita terdiri dari:

1) Perkembangan fisik

Perkembangan keterampilan motorik yang cepat membolehkan anak untuk berpartisipasi dalam tindakan perawatan diri sendiri seperti makan, berpakaian, dan eliminasi. Pada awal toddler berjalan dalam posisi tegak dengan sikap papan berjalan, abdomen menonjol, dan lengan berada diluar sisi untuk keseimbangan. Keterampilan daya gerak segera meliputi berlari, melompat, berdiri pada satu kaki selama beberapa detik, dan menendang bola. Kemampuan motorik halus meningkat dari menggambar lingkaran secara spontan hingga menggambar garis silang dengan benar. Peningkatan keterampilan daya gerak, kemampuan untuk melepas pakaian, dan perkembangan kontrol sfingter memungkinkan anak untuk *toilet training* jika toddler telah mengembangkan kemampuan kognitif yang penting.

Sistem jantung paru menjadi stabil pada masa toddler. Rata-rata denyut jantung dan pernafasan lambat sampai rata-rata 110 kali/ menit dan nafas 25 kali/ menit, secara berurutan, dan tekanan darah bervariasi rendah pada masa bayi dan sedikit

peningkatan pada diastolik. Rentang normal tekanan darah adalah sistolik 70-110 dan diastolik 40-70.

Fontanel anterior menutup antara usia 12 dan 18 bulan, akhir periode pertumbuhan yang paling cepat dari tulang kepala dan otak. Pengukuran rutin terhadap lingkaran kepala harus sampai usia 3 tahun.

Waktu rata-rata peningkatan berat badan dan panjang badan berlangsung lambat. Pada usia 2 tahun, berat badan anak 4 kali berat badan lahir. Tinggi badan selama masa toddler meningkat 3 sampai 5 inci pertahun, terutama pada kaki. Rata-rata pertumbuhan yang lambat bersamaan dengan penurunan kebutuhan kalori dan pemasukan makanan yang sedikit (anoreksia fisiologis), yang membuat orang tua beberapa orang tua menjadi khawatir.

Kebanyakan toddler beralih dari susu ibu atau formula kepada susu sapi, mengonsumsi 3-4 porsi 240 cc/ hari. Kebutuhan nutrisi yang meningkat dapat terpenuhi dengan makanan-makanan padat. Karena pemakaian susu yang lebih dari 1 liter perhari, biasanya menurunkan selera makan anak terhadap makanan padat yang penting ini dan menghasilkan pemasukan zat besi yang tidak adekuat. Anak-anak biasanya tidak diberikan susu rendah lemak sampai usia 2 tahun, karena mereka membutuhkan lemak untuk pertumbuhan fisik dan

intelektual yang memuaskan. Todler sering mengembangkan “*food jag*” atau keinginan untuk memakan satu makanan berulang.

2) Perkembangan kognitif

Pencapaian toddler terhadap perkembangan benda permanen, kemampuan mereka untuk mengingat kejadian, dan kemampuan permulaan mereka untuk menempatkan pemikiran kedalam kata pada kira-kira usia 2 tahun memperlihatkan transisi mereka dari perkembangan kognitif tahap sensori-motorik ke tahap pemikiran praoperasional. Todler mengenali bahwa mereka adalah sesuatu yang terpisah dari ibu mereka, tetapi mereka tidak mampu mengansumsi pada pandangan dari orang lain. Mereka menggunakan simbol untuk menunjukkan benda, tempat, dan orang.

Anak usia 18 bulan menggunakan hampir 10 kata. Anak usia 24 bulan memiliki kosakata sampai 300 kata dan secara umum mampu berbicara dalam kalimat pendek.

Karena perkembangan moral anak-anak secara dekat berhubungan dengan kemampuan kognitif mereka, perkembangan moral dari toddler hanya permulaan dan juga egosentris. Todler tidak memahami konsep yang baik dan benar. Bagaimana pun juga, mereka mengerti fakta bahwa beberapa perilaku membawa hasil yang menyenangkan

(penguatan positif) dan yang lain membawa hasil yang tidak menyenangkan (penguatan negatif). Dengan demikian, sampai toddler mencapai tingkat fungsi kognitif yang lebih tinggi, mereka berperilaku semata-mata hanya untuk menghindari hal yang tidak menyenangkan dan mencari hal yang menyenangkan.

3) Perkembangan kognitif

Di dalam Potter dan Perry (2005) Erikson menyatakan, perasaan autonomi muncul selama masa toddler. Anak-anak mencoba kemandirian dengan menggunakan otot-otot mereka yang berkembang untuk melakukan apa saja untuk mereka sendiri dan menjadi ahli dari fungsi tubuh mereka. Kemauan kekuatan mereka sering diperlihatkan pada saat pengasuh berusaha untuk mengarahkan tindakan mereka. Orang tua perlu memberi toddler kemandirian bertahap, membiarkan mereka melakukan hal-hal yang tidak membahayakan diri mereka sendiri dan orang lain. Batasan ketegasan, kesabaran, dan dukungan memungkinkan toddler mengembangkan perilaku yang diterima secara sosial.

Secara sosial, toddler tetap secara kuat terikat dengan orang tua mereka dan merasa takut untuk berpisah dari orang tua. Kehadiran mereka membuat toddler merasa aman, dan rasa

ingin tahu mereka ditandai dengan eksplorasi mereka terhadap lingkungan.

Kemampuan perkembangan daya gerak yang terbaru dan keingintahuan yang tidak terpenuhi dari toddler menempatkan mereka pada bahaya untuk keselamatan mereka sendiri. Toddler membutuhkan pengawasan yang ketat setiap waktu dan mereka secara penuh bergantung pada orang tua mereka akan keselamatan fisik.

Menurut Cecily dan Linda (2009) tumbuh kembang toddler (1-3 tahun) adalah sebagai berikut:

1) Karakter fisik:

- a) Berat badan toddler bertambah sebesar 2, 2 kg per tahun.
- b) Penambahan berat badan menurun secara seimbang.
- c) Tinggi badan meningkat kira-kira 7, 5 cm pertahun.
- d) Proporsi tubuh berubah; lengan dan kaki tumbuh dengan laju yang lebih cepat dari kepala dan badan.
- e) Lordosis lumbal pada spina kurang terlihat.
- f) Tubuh toddler tidak begitu gemuk dan pendek.
- g) Tungkai mempunyai tampilan yang bengkok (torsi tibialis).
- h) Fontanel anterior menutup pada usia 15 bulan.
- i) Lingkar kepala meningkat 2, 5 cm per tahun.

j) Gigi molar pertama dan kedua serta gigi taring mulai muncul.

2) Perkembangan motorik kasar

Usia 15 bulan:

- a) Berjalan sendiri dengan jarak kedua kaki lebar
- b) Merayapi tangga
- c) Dapat melempar objek

Usia 18 bulan:

- a) Mulai bisa berlari; jarang jatuh
- b) Menaiki dan menuruni tangga
- c) Menaiki mebel
- d) Bermain dengan mainan-mainan yang dapat ditarik
- e) Dapat mendorong perabot yang ringan ke sekeliling ruangan
- f) Duduk sendiri di atas bangku

Usia 24 bulan:

- a) Berjalan dengan gaya yang stabil
- b) Berlari dengan sikap yang lebih terkontrol
- c) Berjalan naik turun tangga dengan menggunakan kedua kaki pada setiap langkah
- d) Melompat dengan kasar
- e) Membantu membuka baju sendiri
- f) Menendang bola tanpa kehilangan keseimbangan

Usia 30 bulan:

- a) Dapat menyeimbangkan diri sementara dengan satu kaki
- b) Menggunakan kedua kaki untuk melompat
- c) Melompat kebawah dari atas perabot
- d) Mengendarai sepeda roda tiga

3) Perkembangan motorik halus

Usia 15 bulan:

- a) Membangun menara yang terdiri atas dua balok
- b) Membuka kotak
- c) Memasukkan jari kelubang
- d) Menggunakan sendok, tetapi menumpahkan isinya
- e) Membalik halaman buku

Usia 18 bulan:

- a) Membangun menara yang terdiri atas tiga balok
- b) Mencoret-coret sembarangan
- c) Minum dari cangkir

Usia 24 bulan:

- a) Minum dari cangkir yang dipegang dengan satu tangan
- b) Menggunakan sendok tanpa menumpahkan isinya
- c) Membangun menara yang terdiri atas empat balok
- d) Mengosongkan isi botol
- e) Menggambar garis vertikal dan bentuk lingkaran

Usia 30 bulan:

- a) Memegang krayon dengan jari
- b) Menggambar dengan asal
- c) Mampu membangun menara yang terdiri atas enam balok

4) Perkembangan psikoseksual (tahap anal)

- a) Fokus tubuh pada area anal
- b) Tugas perkembangan belajar untuk mengatur defekasi
- c) Krisis perkembangan, *toilet training*
- d) Keterampilan koping yang umum
- e) Kebutuhan seksual, sensasi yang menyenangkan berhubungan dengan fungsi eksretori; anak mengeksplorasi tubuh secara aktif
- f) Bermain
- g) Peran orang tua, untuk membantu anak mencapai kontinensia tanpa kontrol yang terlalu ketat atau terlalu membiarkan

5) Perkembangan psikososial (otonomi vs rasa malu dan ragu)

- a) Tugas perkembangan, belajar untuk asertif dalam mengekspresikan kebutuhan, keinginan, dan kemauan dirinya

- b) Krisis perkembangan, toilet training; pengalaman anak-anak untuk pertama kali, paksaan sosial terhadap perilaku oleh orang tua
 - c) Keterampilan koping yang umum
 - d) Bermain, anak melakukan dan mencari kesempatan dan aktifitas bermain, mencari perhatian pengasuh, mengeksplorasi tubuh
 - e) Peran orang tua, berperan sebagai personalisasi untuk peran dasar tingkah laku
- 6) Perkembangan moral (tahap prakonvensional)
- a) Konsep toddler tentang benar dan salah terbatas
 - b) Orang tua mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perkembangan kesadaran anak-anak
- 7) Perkembangan kepercayaan (tahap intuitif-proyektif)
- a) Keyakinan dipelajari dari orang tua
 - b) Anak menirukan praktik dan sikap keagamaan dari kecil
- c. Persepsi kesehatan

Persepsi toddler terhadap kesehatan mereka dibatasi oleh kemampuan kognitif mereka. Anak-anak terus mengenali sensasi tubuh mereka bagian dalam tetapi mengalami kesulitan untuk menunjuk lokasi sensasi tersebut. Karena itu anak-anak sering menghubungkan respon umum dengan penyakit. Anak-anak yang secara radikal menyimpang dari pola kebiasaan mereka

seperti makan, tidur, atau bermain membutuhkan pengkajian untuk menentukan apakah gangguan ini terjadi Karena penyakit.

Selama masa ini, anak-anak mulai menginternalisasi label yang diberikan oleh orang tua atau pemberi pelayanan kesehatan profesional untuk kondisi somatik. Dimana, jika orang tua memberi label pada sensasi khusus, seperti rasa tidak nyaman pada abdomen, “penyakit”, anak-anak mulai memberi label pada hubungan sensasi yang memiliki kemiripan. Pada saat yang sama, anak-anak mengobservasi dan meniru praktik perawatan kesehatan orang tua. Kepercayaan kesehatan dan praktik secara berarti terbentuk, bahkan pada tahun-tahun yang lebih awal ini.

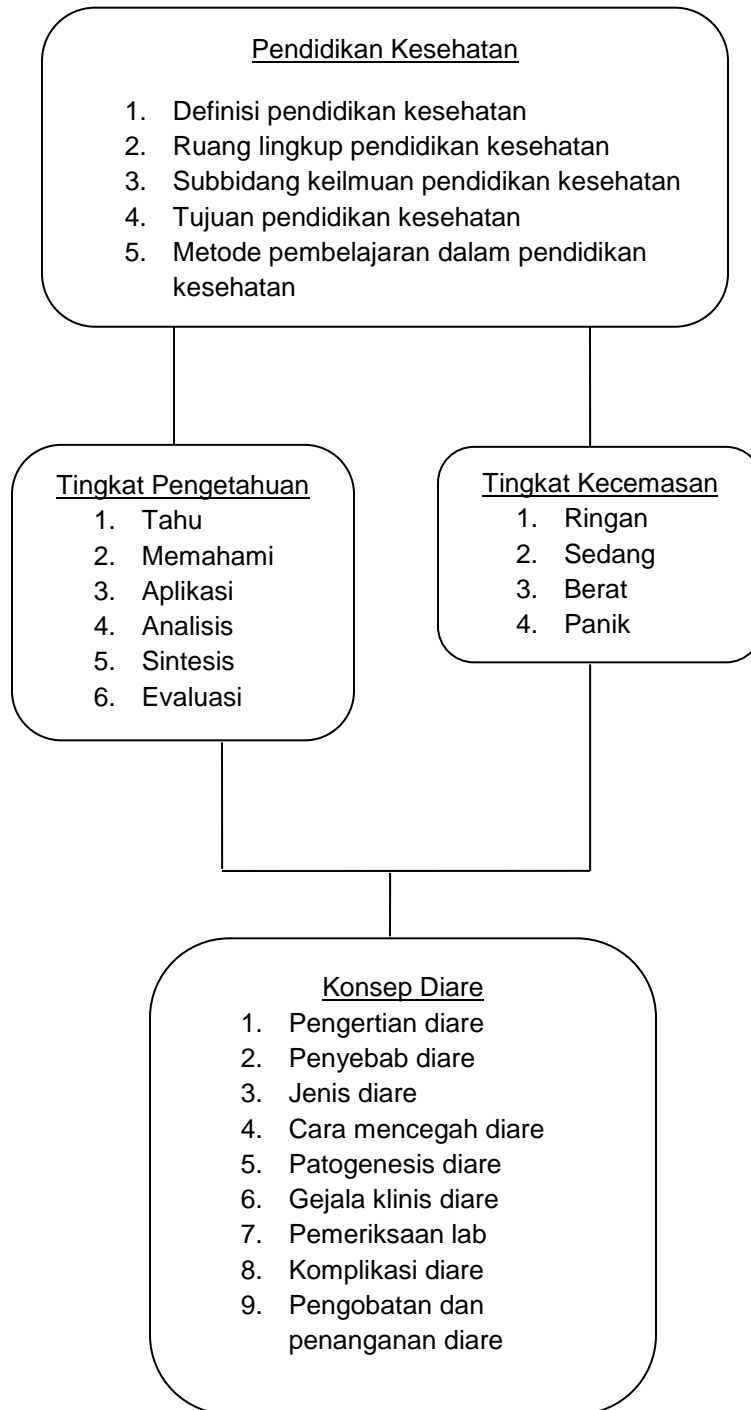
B. Penelitian Terkait

1. Skripsi yang disusun oleh Febrina Ernawati dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Diare Pada Anak Jalanan Di Semarang”. Penelitian dilakukan pada tahun 2012 di Semarang dengan sampel 20 anak jalanan usia 8-13 tahun dengan metode *quasi experimental* dengan rancangan *pre and post tes group*. Hasil penelitiannya, Uji *Wilcoxon Test* dengan $p=0,000$ menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna mengenai pengetahuan tentang diare sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi. Kesimpulannya Pendidikan kesehatan berupa penyuluhan,

diskusi, dan simulasi dapat meningkatkan pengetahuan tentang diare secara bermakna pada anak jalanan yang ada di Semarang.

2. Skripsi yang disusun oleh Suyanto pada tahun 2009 dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Diare Terhadap Pengetahuan dan Sikap Murid Dalam Pencegahan Diare di SD Negeri Glinggang I Pracimantoro Kabupaten Wonogiri” metode yang digunakan adalah *experiment research* dengan menggunakan rancangan *one group pretest-posttest design*. Hasil penelitiannya menunjukkan ada peningkatan pengetahuan responden setelah menerima pendidikan kesehatan tentang penyakit diare dengan rata-rata pada pengukuran pertama sebesar 1,2917 dan pada pengukuran kedua sebesar 2,0729. Ada peningkatan sikap responden setelah menerima pendidikan kesehatan terhadap penyakit diare dengan rata-rata pada pengukuran pertama sebesar 1,0208 dan pada pengukuran kedua sebesar 1,4167. Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang diare terhadap pengetahuan dan sikap murid dalam pencegahan diare di SDN I Glinggang Pracimantoro Wonogiri dengan nilai *p value* sebesar $0,000 < \alpha (0,05)$.

C. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.7 Kerangka konsep penelitian

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitian, belum jawaban yang empirik (Sugiyono, 2010).

Ho:

1. Tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi
2. Tidak ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi
3. Tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol
4. Tidak ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol
5. Tidak ada perubahan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol
6. Tidak ada perubahan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Ha:

1. Ada perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi
2. Ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi
3. Ada perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol
4. Ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol

5. Ada perubahan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol
6. Ada perubahan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil *pretest* tingkat pengetahuan pada kelompok kontrol, skor terendah adalah 10 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 17 dengan jumlah 3 responden (16,7%) dengan $mean= 14,83$, $median= 16$, $std.deviasi= 2,093$ dengan nilai $min= 10$ dan nilai $max= 17$, sedangkan pada kelompok intervensi skor terendah adalah 11 dengan jumlah 3 responden (15,7%) dan skor tertinggi adalah 17 dengan jumlah 3 responden (15,7%) $mean=14,44$, $median= 15$, $std. deviasi= 2,175$ dengan nilai $min= 11$ dan nilai $max= 17$. Untuk skor yang paling banyak didapatkan responden pada kelompok kontrol adalah 16 dengan jumlah 7 responden (38,9%) sedangkan pada pada kelompok intervensi adalah 15 dengan jumlah 5 responden (27,8%).
2. Hasil dari *pretest* tingkat kecemasan pada kelompok kontrol, skor terendah adalah 7 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 55 dengan jumlah 1 responden (5,6%) nilai $mean=20,33$ $median=17,50$ standar deviasi= $10,616$, sedangkan pada kelompok intervensi, skor terendah adalah 6 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 28 dengan jumlah responden 1 (5,6%), dengan

mean= 17,94, *median*= 17,50, std. deviasi= 6,005 dengan nilai *min*= 6 dan nilai *max*= 28.

3. Hasil *posttest* tingkat pengetahuan pada kelompok kontrol, skor terendah adalah 10 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi 17 dengan jumlah 5 responden (27,8%), *mean*= 15,17 dan *median*= 16, std. deviasi= 2,065 dengan nilai *min*= 10 dan nilai *max*= 17, sedangkan pada kelompok intervensi, skor terendah adalah 11 dengan 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi 17 dengan 11 responden (61,1%) dengan *mean*= 16,22, *median*= 17, std. deviasi= 1,478 dengan nilai *min*= 11 dan nilai *max*= 17. Untuk skor yang paling banyak didapatkan responden pada kelompok kontrol adalah 16 dengan jumlah 6 responden (33,3%) sedangkan pada pada kelompok intervensi adalah 17 dengan jumlah 11 responden (61,1%).
4. Hasil dari *posttest* tingkat kecemasan pada kelompok kontrol, skor terendah adalah 4 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi 55 dengan jumlah 1 responden (5,6%) *mean*= 21,39 dan *median*= 19, , std. deviasi= 11,627 dengan nilai *min*= 4 dan nilai *max*= 55, sedangkan pada kelompok intervensi skor terendah adalah 5 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 29 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dengan *mean*= 15,44, *median*= 16, std. deviasi= 4,938 dengan nilai *min*= 5 dan nilai *max*= 29.
5. Hasil *pretest* tingkat pengetahuan, skor terendah (Min) pada kelompok intervensi adalah 11 dengan jumlah 3 responden (16,7%) dan skor

tertinggi (Max) adalah 17 dengan jumlah 3 responden (16,7%), sedangkan pada saat *posttest* skor yang paling rendah (Min) adalah skor 11 dengan 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi 17 dengan 11 responden (61,1%). Rata-rata skor pengetahuan pada kelompok intervensi mengalami peningkatan dari 14,14 menjadi 16,22 yang berarti ada perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa pendidikan kesehatan tentang diare pada anak ($p= 0.002 < 0,05$).

6. Hasil *pretest* tingkat kecemasan pada kelompok intervensi, skor terendah adalah 6 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 28 dengan jumlah responden 1 (5,6%) sedangkan pada saat *posttest* skor terendah adalah 5 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 29 dengan jumlah 1 responden (5,6%). Tidak ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan tentang diare pada anak ($p=0,069 > 0,05$) namun pendidikan kesehatan yang diberikan mempengaruhi rata-rata skor tingkat kecemasan yang sebelumnya rata-rata skor kecemasan 17,94 mengalami penurunan menjadi 15,44.

7. Tingkat pengetahuan pada saat *pretest* skor terendah (Min) didapatkan responden pada kelompok kontrol adalah 10 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 17 dengan jumlah 3 responden (16,7%), sedangkan pada saat *posttest* skor yang paling

rendah (Min) adalah 10 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi 17 dengan jumlah 5 responden (27,8%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata tingkat pengetahuan pada *pretest* adalah 14,83, sementara hasil *posttest* didapatkan rata-rata 15,17 dengan *p-value* $0,206 > 0,05$ sehingga tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol. Hal tersebut disebabkan walaupun secara skor ada perbedaan tingkat pengetahuan dari responden pada saat *pretest* dan *posttest*. Peningkatan pengetahuan yang terjadi bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni umur, pendidikan, pengamalan, pekerjaan, informasi dan lingkungan.

8. Hasil dari *pretest* tingkat kecemasan pada kelompok kontrol, skor terendah adalah 7 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi adalah 55 dengan jumlah 1 responden (5,6%), sedangkan pada saat *posttest* skor terendah adalah 4 dengan jumlah 1 responden (5,6%) dan skor tertinggi 55 dengan jumlah 1 responden (5,6%). Berdasarkan analisa yang sudah dilakukan tidak ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol ($p = 0,429 > 0,05$). Peningkatan rata-rata skor kecemasan dari 20,33 menjadi 21,39 disebabkan beberapa faktor, yaitu usia, status kesehatan jiwa dan fisik, nilai-nilai budaya dan spiritual, pendidikan, respon koping, dukungan sosial, tahap perkembangan, pengalaman masa lalu dan pengetahuan.

9. Hasil analisis *mean posttest-pretest* menunjukkan tingkat pengetahuan pada masing-masing kelompok mengalami peningkatan yakni kelompok intervensi dengan selisih 1,78 dan pada kelompok kontrol 0,34. Hasil *p-value* $0,006 < 0,05$ sehingga H_0 ditolak yang berarti ada perubahan tingkat pengetahuan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
10. Hasil analisis *mean posttest-pretest* menunjukkan tingkat kecemasan pada kelompok intervensi mengalami penurunan saat *posttest* dengan selisih 2,50 sedangkan pada kelompok kontrol mengalami peningkatan kecemasan dengan selisih 1,06. Hasil *p-value* $0,100 > 0,05$ sehingga H_0 gagal ditolak yang berarti tidak ada perubahan tingkat kecemasan orang tua tentang diare pada anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

B. Saran-saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diambil dalam penelitian ini, beberapa saran yang bisa disampaikan adalah sebagai berikut.

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan dapat menyampaikan informasi melalui pendidikan kesehatan khususnya yang berada di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Syahrani. Selain menambah pengetahuan responden pendidikan kesehatan juga bisa mengurangi rasa cemas yang dialami orang tua.

2. Bagi Orang Tua

Para responden yang memiliki anak yang diare diharapkan mampu melakukan penanganan awal terhadap diare dirumah sebelum dibawa ke pusat layanan kesehatan sebagai langkah pencegahan dehidrasi dan diare yang lebih parah.

3. Bagi institusi STIKES Muhammadiyah

Temuan ini diharapkan dapat berguna dalam pengembangan ilmu kesehatan dan dapat dijadikan sumber referensi yang ada kaitannya dengan pelayanan kesehatan, khususnya tentang penyakit diare sehingga pendidikan kesehatan pada anak diare dapat dikembangkan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian dengan menghindari bias yang muncul dan peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti lebih dalam tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang diare maupun penyakit lainnya untuk memperdalam dan mengembangkan metode pendidikan kesehatan yang bertujuan mengetahui maupun meningkatkan pengetahuan dan juga mengetahui tingkat kecemasan orang tua terhadap penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, S.(2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Rineka Cipta. Jakarta.

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. (2011). *Situasi Diare di Indonesia, Triwulan II 2011*: Kementerian Kesehatan RI

Cecily Lynn Betz. *Buku Saku Keperawatan Pediatri/ Cecily Lynn Betz, Linda A. Sowden*; alih bahasa, Eny Meiliya; editor edisi bahasa Indonesia, Egi Komara Yudha. Edisi 5. Jakarta: EGC, 2009

Dahlan M. Sopiudin (2013). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta, Salemba Medika

Dharma, K, K. (2011). *Metodelogi Penelitian Keperawatan Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta : Trans Info Media.

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2011). *Buku Saku Petugas Kesehatan: Lintas Diare*: Departemen Kesehatan RI

Ernawati, Febrina (2012). *“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Diare Pada Anak Jalanan Di Semarang”*. Tidak dipublikasikan. Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang.

Hawari, H. Dadang. (2011). *Manajemen Stres, Cemas, Dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Hidayat, Aziz Alimul (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak- Edisi Pertama-* Jakarta: Salemba Medika.

Ngastiyah (2005). *Perawatan anak sakit ; editor, monica ester.- Ed.2.-* Jakarta: EGC.

Notoatmodjo, S. (2005), *PROMOSI KESEHATAN Teori dan Aplikasi*, Jakarta, PT Rineka Cipta.

_____, S.(2010), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta

_____, S. (2011), *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Jakarta, Rineka Cipta

Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika

Sastroasmoro, S. Ismael, S. (2006). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis* (edisi 2). Jakarta: CV Sagung Seto.

Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI. (2007). *Buku Kuliah 1 Ilmu Kesehatan Anak*; editor Rusepno Hassan, Husein Alatas. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI

STIKES Muhammadiyah. (2013). *Panduan Skripsi Program Studi S1-Ilmu Keperawatan*. Samarinda.

Stuart, Gail W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta. Bandung

Suhartono, Suparlan. (2008). *Filsafat pendidikan*. Yogyakarta: Ar ruzz media.

Sulaiha, U, dkk. (2001). *Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Suraatmaja, Sudaryat. (2010). *Kapita Selekta Gastroenterologi Anak*. Jakarta: CV Sagung Seto

World Health Organization. (2008). *Making a difference: indicators to improves children's environmental health. Indikator perbaikan kesehatan lingkungan anak*; alih bahasa, Apriningsih; editor edisi bahasa Indonesia, Erita Agustin Hardiyanti. Jakarta: EGC

KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT