

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU BALITA
DENGAN PERILAKU PEMBERIAN ORALIT PADA BALITA
DIARE DI KECAMATAN KEPANJEN MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan



Oleh :
HERMANTO ARIADI
NIM. 0910720039

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2013**





HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU BALITA DENGAN PERILAKU
PEMBERIAN ORALIT PADA BALITA DIARE DI KECAMATAN KEPANJEN
MALANG**

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

Hermanto Ariadi

NIM: 0910720039

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I

Pembimbing II

dr. A Chusnul Chuluq Ar, MPH

19511019 198002 1 001

Ns. M. Fathoni, S.Kep., MNS

1978022 020501 1 002

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU BALITA DENGAN PERILAKU
PEMBERIAN ORALIT PADA BALITA DIARE DI KECAMATAN KEPANJEN
MALANG**

Oleh :

Hermanto Ariadi
NIM. 0910720039

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 2 Oktober 2013

Dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

Kumboyono, S.Kp,M.Kep,Sp.Kom.

NIP. 19750222 220012 1 002

Pembimbing I/Penguji II

Pembimbing II/Penguji III

dr. A Chusnul Chuluq Ar, MPH
19511019 198002 1 001

Ns. M. Fathoni, S.Kep., MNS
1978022 020501 1 002

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan

Dr. dr. Kusworini, M.Kes, Sp.PK
NIP. 19560331 198802 2 001

DAFTAR ISI

Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Abstrak	iv
Abstract	v
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	viii
Daftar Bagan	ix
Daftar Gambar	x
Daftar Lampiran	xi
Kata Pengantar	xii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diare	6
2.1.1 Pengertian Diare	6
2.1.2 Prevalensi Diare	7
2.1.3 Penyebab Diare	7
2.1.4 Cara Penularan dan Faktor Resiko	8
2.1.5 Klasifikasi Diare	9
2.1.6 Gejala diare	10
2.1.7 Penanganan Diare	12
2.1.8 Penangan Rehidrasi pada Rumah Tangga	13
2.2 Pengetahuan	15
2.2.1 Proses Pengetahuan	15
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	16
2.3 Sikap	17
2.3.1 Pengertian Sikap	17
2.3.2 Proses Terjadinya Sikap	18
2.4 Tindakan	19

BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep	21
3.2 Hipotesis Penelitian	22

BAB IV METODE PENELITIAN

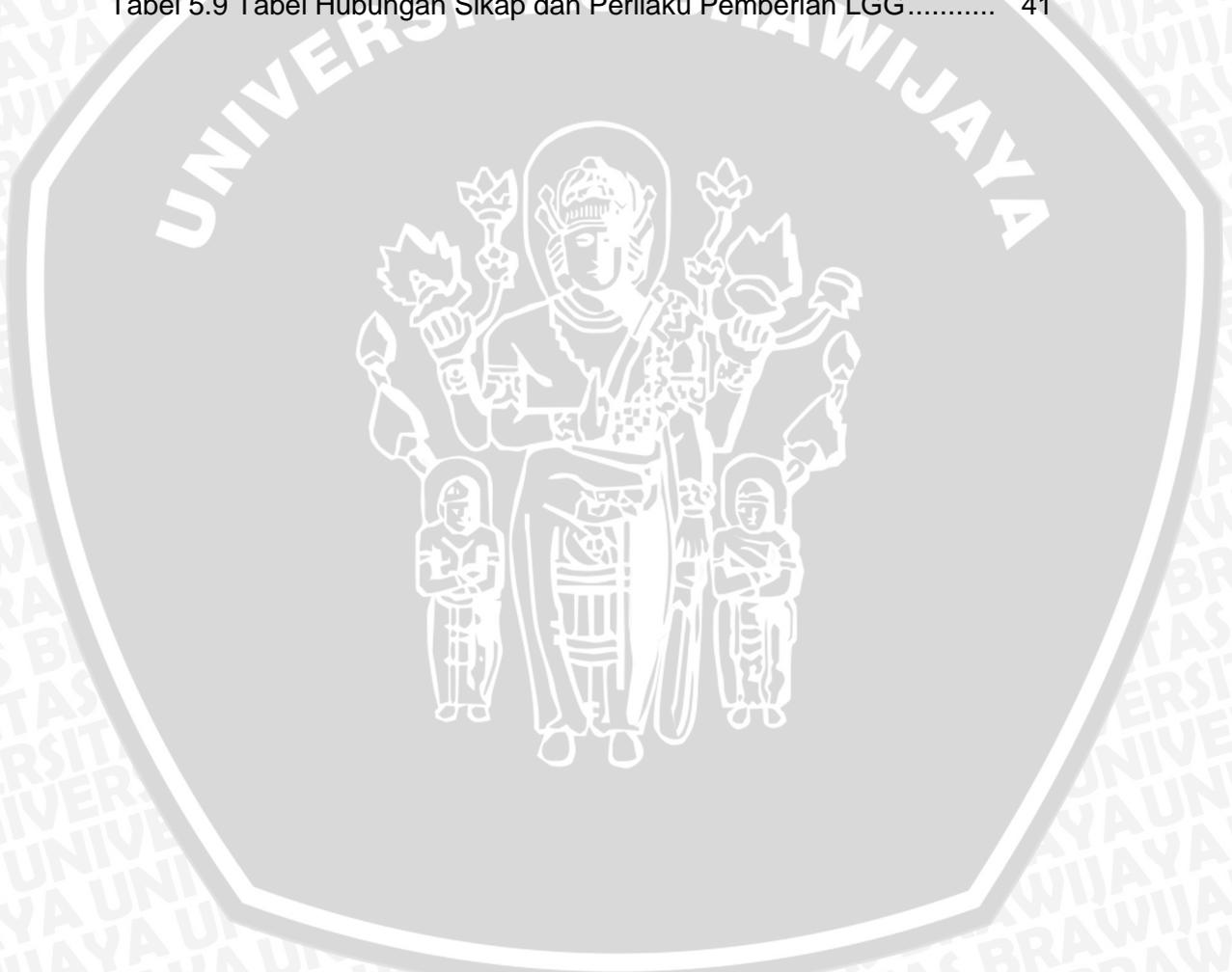
4.1 Desain Penelitian	23
-----------------------------	----



4.2	Populasi dan Sample Penelitian	23
4.2.1	Populasi Penelitian	23
4.2.2	Sample	23
4.2.3	Besar Sample	24
4.2.4	Tehnik Sampling	25
4.3	Variable Penelitian	26
4.3.1	Variabel Bebas (<i>independent</i>)	26
4.3.2	Variable Tergantung (<i>dependent</i>)	26
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	26
4.5	Bahan dan Instrumen Penelitian	26
4.6	Definisi Operasional	26
4.7	Prosedur Penelitian	28
4.8	Analisa Data	28
4.8.1	Pre Analisa	28
4.8.2	Analisa	29
4.9	Uji Validitas dan Reliabilitas	30
4.9.1	Uji validitas	30
4.9.2	Uji Reliabilitas	30
4.10	Etik Penelitian	31
4.11	Kerangka Kerja	32
 BAB V HASIL PENELITIAN		
5.1	Gambaran Lokasi Penelitian	33
5.2	Analisa Univariat	34
5.3	Analisa Bivariat	38
 BAB VI PEMBAHASAN		
6.1	Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Pemberian Orali	43
6.2	Hubungan Sikap Ibu dengan Pemberian Oralit	46
6.3	Keterbatasan Penelitian	48
 BAB VII PENUTUP		
6.1	Kesimpulan	50
6.2	Saran	50
 DAFTAR PUSTAKA		52

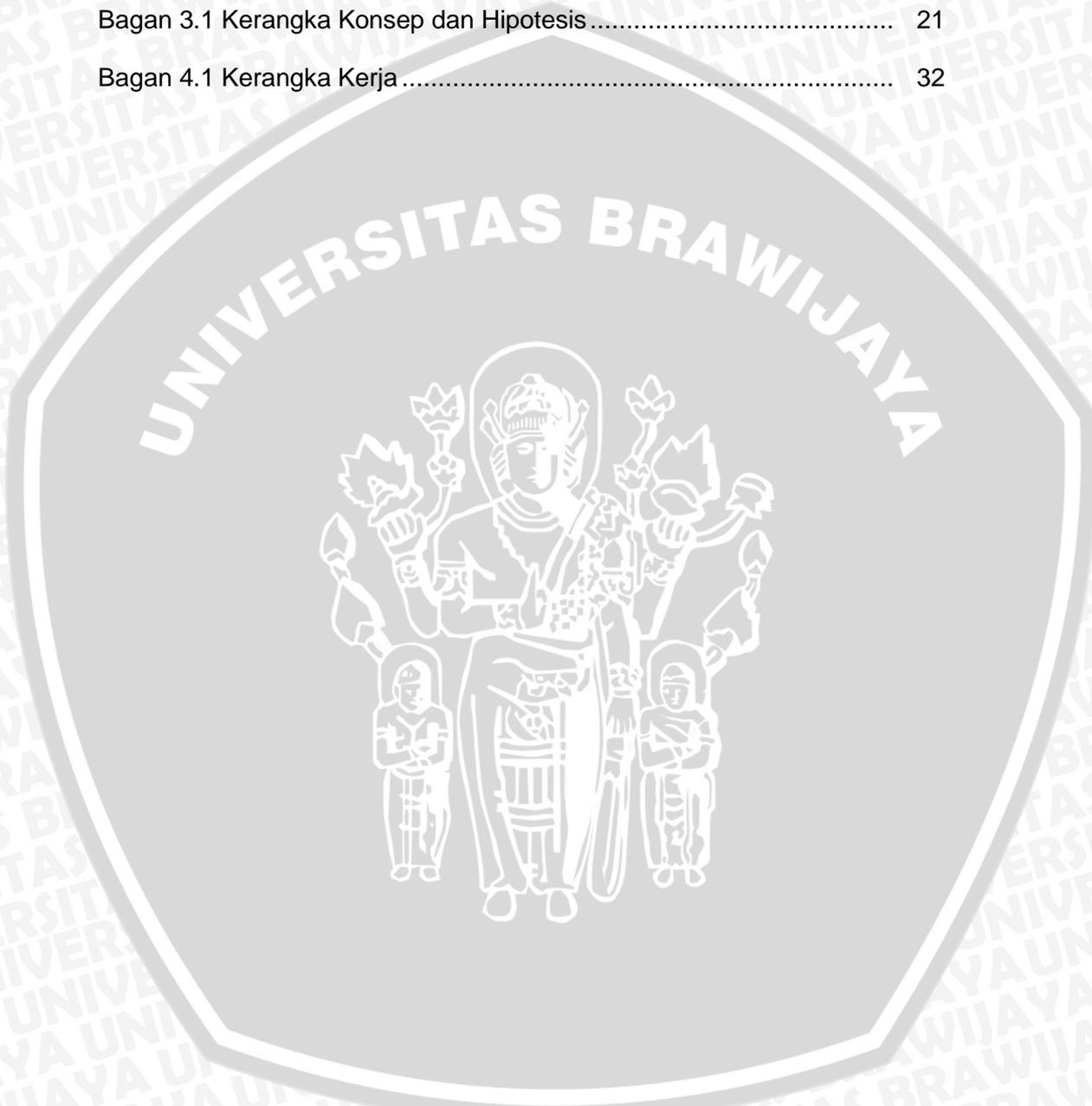
DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional	27
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan	35
Tabel 5.2 Distribusi responden menurut item pengetahuan	36
Tabel 5.3 Distribusi Responden berdasarkan sikap	36
Tabel 5.4 Distribusi Berdasarkan Perilaku pemberian oralit	37
Tabel 5.5 Distribusi Berdasarkan Perilaku pemberian LGG	37
Tabel 5.6 Tabel Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Pemberian Oralit	38
Tabel 5.7 Tabel Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Pemberian LGG	39
Tabel 5.8 Tabel Hubungan Sikap dan Perilaku Pemberian Oralit.....	40
Tabel 5.9 Tabel Hubungan Sikap dan Perilaku Pemberian LGG.....	41



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Proses Terjadinya Sikap	16
Bagan 3.1 Kerangka Konsep dan Hipotesis	21
Bagan 4.1 Kerangka Kerja	32



DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 Usia Responden..... 34

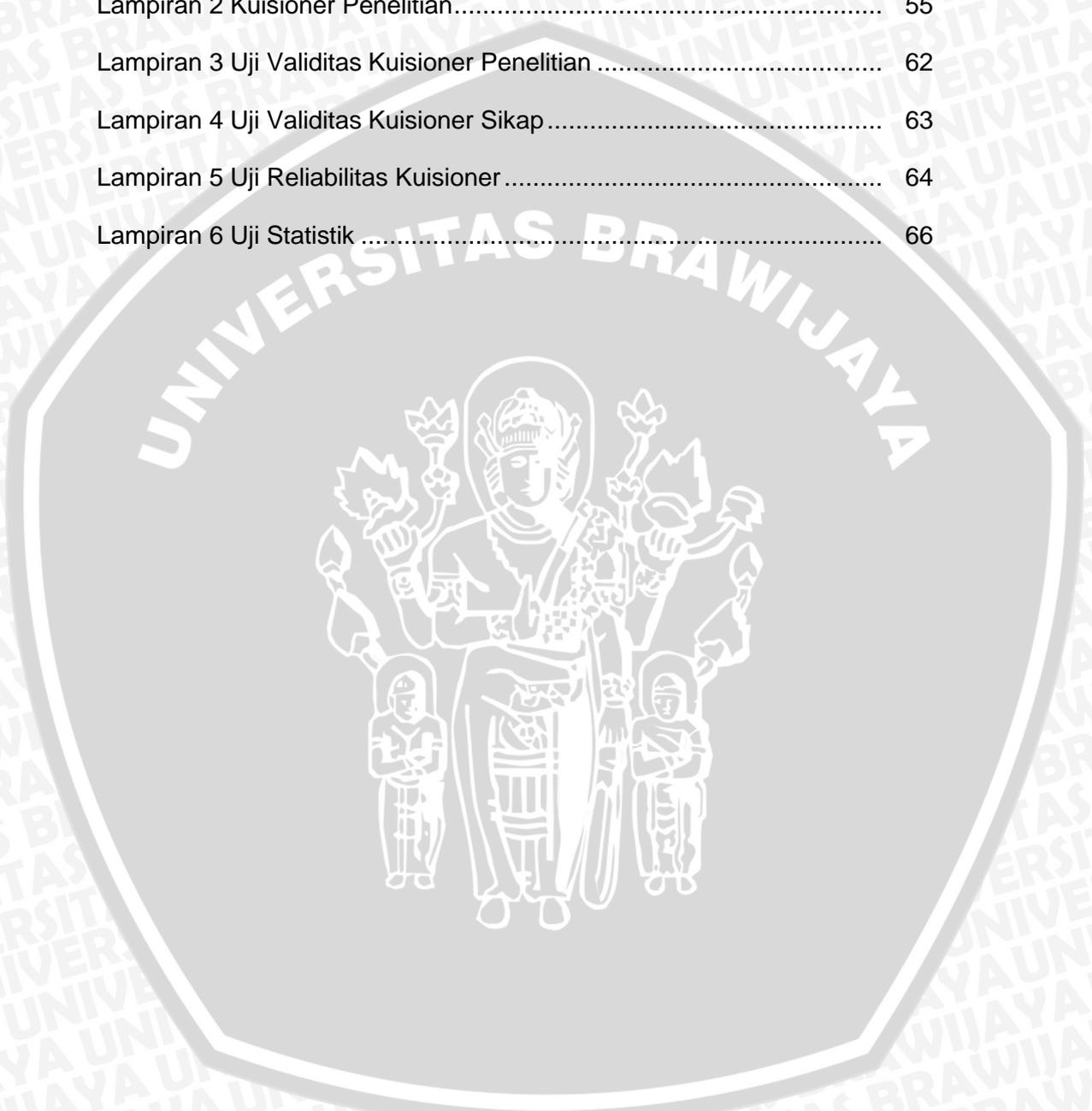
Gambar 5.2 Status Pekerjaan..... 35

Gambar 5.2 Pendidikan Terakhir Ibu..... 35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pernyataan Keaslian Tulisan	54
Lampiran 2 Kuisiener Penelitian.....	55
Lampiran 3 Uji Validitas Kuisiener Penelitian	62
Lampiran 4 Uji Validitas Kuisiener Sikap.....	63
Lampiran 5 Uji Reliabilitas Kuisiener	64
Lampiran 6 Uji Statistik	66



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal tugas akhir dengan judul "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita dengan Pemberian Oralit Pada Balita Diare di Kecamatan Kepanjen Malang". Laporan tugas akhir ini untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep).

Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dr. dr. Karyono Mintaroem, Sp.PA, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Dr. dr. Kusworini Handono, M.Kes., Sp.PK selaku ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
3. dr. A Chusnul Chuluq Ar., MPH sebagai pembimbing pertama yang telah memberikan banyak bantuan, sabar dalam membimbing untuk bisa menulis dengan baik, dan senantiasa memberi semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Ns. M. Fathony, S.Kep., MNS sebagai pembimbing kedua yang telah membimbing penulisan dan senantiasa memberi semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal tugas akhir ini.
5. Ns. Kumboyono, S. Kep., M.Kep., Sp.Kom selaku penguji 1 yang memberikan masukan demi lebih baiknya tugas akhir ini.
6. Segenap anggota tim pengelola tugas akhir FKUB yang telah banyak membantu terselesainya penulisan tugas akhir ini.
7. Ibu dan bapak saya yang telah memberikan dukungan doa, restu, serta materi finansial kepada ananda.



8. Teman-temanku angkatan 2009 yang telah memberikan banyak saran, masukan, doa, dukungan dan semangatnya.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun. Akhirnya, semoga tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca serta yang membutuhkan.

Malang, 2 Oktober 2013

Penulis



ABSTRAK

Ariadi, Hermanto. 2013. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita dengan Perilaku Pemberian Oralit pada Balita Diare di Kecamatan Kepanjen Malang*. Tugas Akhir, Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Pembimbing: 1) dr. A. Chusnul Chuluq Ar., MPH 2) Ns. M. Fathoni, S.Kep., MNS

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja lembek atau cair dan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (tiga kali dalam sehari). Diare dapat menyebabkan anak kehilangan cairan. Pertolongan pertama diare adalah memberikan Oralit atau Larutan Gula Garam (LGG) agar anak tidak jatuh pada kondisi lebih buruk akibat kekurangan cairan. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap ibu balita dengan perilaku pemberian oralit pada balita diare di Kecamatan Kepanjen Malang. Metode penelitian yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan desain *cross sectional*. Jumlah sampel sebanyak 51 responden didapatkan dari rumus uji dua proporsi. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa pengetahuan ibu di Kecamatan Kepanjen termasuk kategori baik sebanyak 39 responden (76,5%), sikap ibu balita yang termasuk kategori positif sebanyak 28 responden (54,9%), dan tindakan ibu balita memberikan oralit 20 responden (39,2%), memberikan LGG sebanyak 22 responden (43,1%). Dari hasil pengolahan data menggunakan uji statistik *chi-square* pada *SPSS 16 for windows* dengan taraf signifikansi 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh nilai $p > 0,05$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap ibu balita dengan perilaku pemberian oralit pada balita diare di Kecamatan Kepanjen Malang.

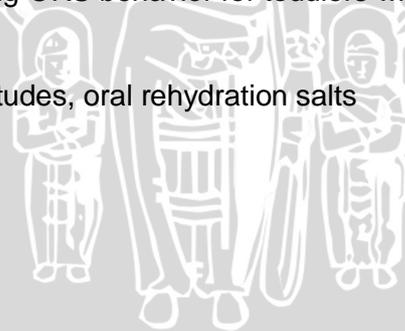
Kata Kunci: Pengetahuan, sikap, oralit

ABSTRACT

Ariadi, Herman. 2013. *Relations between Knowledge and Attitude of Toddler's Mother with Giving ORS Behaviour in Toddlers with diarrhea at Kepanjen District Malang*. Thesis, Department of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya Malang. Supervisor: 1) dr. A. Chusnul Chuluq Ar., MPH 2) Ns. M. Fathoni, S.Kep., MNS

Diarrhea is a disease characterized by changes in the shape and consistency of soft or liquid feces and increased frequency of bowel movements than usual (three times a day). Diarrhea cause to lose fluids in child. The first aid of diarrhea is to give ORS or LGG so that the child does not fall on a worse condition due to lack of fluids. The purposes of research was to determine the relationship between knowledge and attitudes of toddlers mothers with giving ORS behavior on toddlers diarrhea at Kepanjen District Malang. The research method was *purposive sampling* with *cross-sectional* design. The total respondents was 51 persons, obtained from the two proportions test formula. The results showed that the mother's knowledge in District Kepanjen including both categories were 39 respondents (76.5%), maternal attitudes toddler positive category by 28 respondents (54.9%), and gave the toddler mom action ORS 20 respondents (39.2%) , give ORS by 22 respondents (43.1%). The data was procesed by *chi-square* statistical test on *SPSS 16 for windows* at the 95% significance level ($\alpha = 0.05$) and obtained p values > 0.05 . The conclusion of this study is there is not significant relation between knowledge and attitude of toddler's mothers with giving ORS behavior for toddlers with diarrhea at Kepanjen District Malang.

Keywords: Knowledge, attitudes, oral rehydration salts



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diare merupakan salah satu penyakit yang paling sering mengenai bayi dan anak di dunia. Di Negara-negara berkembang, diare merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak. Jumlah rata-rata anak di dunia yang berumur di bawah lima tahun dan meninggal karena diare adalah 440.000 orang. Di Indonesia melaporkan bahwa secara keseluruhan rata-rata anak mengalami 1,3 episode diare dengan 3,2 juta kematian per tahun. (Palupi, 2009)

Prevalensi kejadian diare di Kabupaten Malang menurut Riskesdas 2007 menunjukkan angka 4,0 % yang terdiagnosa oleh tenaga kesehatan, 8,4 % terdiagnosa dengan gejala, dan 39,6 % terobati dengan oralit atau obat-obatan lainnya. Sedangkan menurut kelompok umur di Jawa Timur umur kurang dari 1 tahun menduduki posisi tertinggi pada prevalensi diare, yaitu terdiagnosa oleh tenaga kesehatan sebanyak 13,7 % dan 16,3 % terdiagnosa dengan gejala. Disusul dengan umur 1-4 tahun mencapai angka 11,7 terdiagnosa oleh tenaga kesehatan dan 15,4 % terdiagnosa dengan gejala namun yang terobati dengan oralit maupun obat-obatan lainnya 53,4% (Riskesdas, 2007).

Diare bukan merupakan ancaman yang serius bagi balita dan tidak akan menjadi masalah utama masyarakat jika orang tua melaksanakan tugasnya dibidang kesehatan dalam pencegahan dan penanggulangan diare dengan tepat. Kematian karena penyakit diare disebabkan oleh

dehidrasi dan muntah. Diare dan muntah menyebabkan kehilangan cairan dan garam dari dalam tubuh. Pencegahan diare diantaranya perilaku sehat dan penyehatan lingkungan (Depkes RI, 2011 dalam Lina Malikah, 2012).

Pencegahan terjadinya dehidrasi pada anak diare dapat dilakukan mulai dari rumah tangga dengan memberikan oralit osmolaritas rendah. Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Walaupun air sangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam dan elektrolit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga lebih diutamakan Oralit. Campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam Oralit dapat diserap dengan baik oleh usus penderita Diare. Namun demikian, walaupun lebih dari 90% ibu mengetahui tentang paket oralit, hanya 1 dari 3 (35%) anak yang menderita diare diberi oralit dan hanya 22% yang diberi LGG (SDKI, 2007 dalam Ade, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Ningsih pada tahun 2011 di RSUD Syekh Yusuf Gowa dari tanggal 10 sampai 30 Agustus 2011 dengan jumlah sampel 30 dan menggunakan teknik pengambilan sampel secara Total sampling, memberikan gambaran pengetahuan orang tua tentang diare pada balita berada dalam kategori kurang (53%) dan sebagian berada dalam kategori baik (47%). Aspek yang paling kurang diketahui oleh orang tua adalah penanganan (83%) dan perawatan/pertolongan anak diare (77%). Pengetahuan mengenai perilaku benar dan sehat serta perhatian masyarakat terhadap kesehatan juga masih kurang.

Namun menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Askrening (2007) dalam Ade (2012) yang bertujuan untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam pemberian rehidrasi oral pada balita diare di kabupaten Purworejo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap tentang rehidrasi oral berhubungan dengan perilaku pemberian rehidrasi oral pada balita diare. Sikap negatif berpeluang berperilaku salah sebesar 2,7 (95% CI 1,25-5,91), sedangkan pengetahuan tidak berhubungan dengan perilaku.

Adanya komitmen secara Internasional untuk menggunakan Oral rehydration salts (ORS) dalam pengendalian Diare secara efektif dan harga terjangkau, yang telah sukses menurunkan angka kematian balita akibat Diare secara global, namun setelah tahun 2000 terlihat statis, saat hanya 39% anak balita yang mendapatkan ORS dan dilanjutkan dengan tetap mendapatkan asupan ASI/makanan hanya terlihat sangat sedikit semenjak tahun 2000 (Magdarina, 2008).

Data juga menunjukkan bahwa penatalaksanaan diare dengan cairan rumah tangga mengalami penurunan dari 50% pada tahun 2006 menjadi 27% pada tahun 2010. Beberapa masalah yang menyebabkan masih belum optimalnya penggunaan oralit dan suplemen Zinc di tingkat rumah tangga diantaranya adalah keterjangkauan masyarakat terhadap Oralit dan Zinc yang masih sulit karena jarak untuk mencapai pusat pelayanan kesehatan yang jauh sehingga tidak semua rumah mempunyai persediaan Oralit dan Zinc. Tidak adanya keyakinan masyarakat akan khasiat dari penggunaan Oralit juga merupakan alasan mengapa Oralit

tidak digunakan. Hal ini berkaitan dengan persepsi masyarakat yang berkorelasi dengan perilaku mereka. (Ade, 2012)

Berdasarkan pemaparan kasus di atas, peneliti tertarik untuk meneliti tentang “hubungan pengetahuan dan sikap ibu balita dengan perilaku pemberian oralit pada balita diare”.

1.1 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti mengangkat permasalahan sebagai berikut: “hubungan pengetahuan dan sikap ibu balita dengan perilaku pemberian cairan oralit pada balita diare di Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang”.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan peneliti yaitu untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap ibu balita dengan perilaku pemberian oralit dan atau cairan rumah tangga pada balita diare di Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi pengetahuan ibu balita tentang diare, akibat diare, dan pertolongan diare
2. Untuk mengidentifikasi sikap ibu balita terhadap pemberian oralit.
3. Untuk mengidentifikasi tindakan/perilaku pembuatan oralit.
4. Untuk menganalisa hubungan pengetahuan dan sikap ibu balita dengan perilaku pemberian oralit.

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat bagi PSIK FKUB

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam menyusun asuhan keperawatan komunitas.

1.3.2 Manfaat bagi Peneliti

Sebagai praktek peneltihan praktis tentang kesehatan komunitas di lapangan.

1.3.3 Manfaat bagi Tempat Penelitian

Memberikan masukan kepada instansi terkait untuk mengembangkan intervensi asuhan keperawatan kesehatan komunitas di Kepanjen.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diare

2.1.1 Pengertian Diare

Menurut Depkes RI (2005), diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi dari tinja, yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar biasanya tiga kali atau lebih dalam sehari.

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi (>3 kali/hari) disertai konsistensi feses menjadi lebih cair, dengan/tanpa darah dan/atau lender (Suratmaja, 2010).

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 g atau 200 ml/24 jam. Definisi lain memakai kriteria frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali per hari. Buang air besar encer tersebut dapat/tanpa disertai lender dan darah. (Atik, 2009)

Dari beberapa pengertian di atas diare dapat disimpulkan diare adalah buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi lembek/cair dengan/tanpa disertai lender atau darah.

2.1.2 Prevalensi Diare

Prevalensi kejadian diare di Kabupaten Malang menurut Riskesdas 2007 menunjukkan angka 4,0 % yang terdiagnosa oleh tenaga kesehatan, 8,4 % terdiagnosa dengan gejala, dan 39,6 % terobati dengan oralit atau obat-obatan lainnya. Sedangkan menurut kelompok umur di Jawa Timur

umur kurang dari 1 tahun menduduki posisi tertinggi pada prevalensi diare, yaitu terdiagnosa oleh tenaga kesehatan sebanyak 13,7 % dan 16,3 % terdiagnosa dengan gejala. Disusul dengan umur 1-4 tahun mencapai angka 11,7 terdiagnosa oleh tenaga kesehatan dan 15,4 % terdiagnosa dengan gejala namun yang terobati dengan oralit maupun obat-obatan lainnya hanya 53,4% (Risksedas Jatim, 2007).

2.1.3 Penyebab Diare

Menurut *World Gastroenterology Organization global guidelines* tahun 2005, etiologi diare akut dibagi atas empat penyebab, yaitu:

1. Bakteri: *Shigella*, *Salmonella*, *E. Coli*, *Gol. Vibrio*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Stafilokokus aureus*, *Campylobacter aeromonas*
2. Virus : *Rotavirus*, *Adenovirus*, *Norwalk virus*, *Coronavirus*, *Astrovirus*
3. Parasit : *Protozoa*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Balantidium coli*, *Trichuris trichiura*, *Cryptosporidium parvum*, *Strongyloides stercoralis*
4. Non infeksi: malabsorpsi, keracunan makanan, alergi, gangguan motilitas, imunodefisiensi, kesulitan makan, dll.

Diare dapat disebabkan oleh infeksi virus seperti Enterovirus (Virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus dan lain-lain; infeksi bakteri seperti Vibrio, E.Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas dan sebagainya; infeksi parasit seperti cacing (Ascaris, Trichiuris, Strongyloides), Protozoa (Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Trichomonas hominis), jamur (Candida albicans) (Kliegman, 2006).

2.1.4 Cara Penularan dan Faktor Resiko

Cara penularan diare melalui cara *faecal-oral* yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar kuman atau kontak langsung tangan penderita atau tidak langsung melalui lalat (melalui 5F = *faeces, flies, food, fluid, finger*).

Faktor risiko terjadinya diare adalah:

1. Faktor perilaku
2. Faktor lingkungan

Faktor perilaku antara lain:

1. Tidak memberikan Air Susu Ibu/ASI (ASI eksklusif), memberikan Makanan Pendamping/MP ASI terlalu dini dapat mempercepat bayi kontak terhadap kuman.
2. Menggunakan botol susu terbukti meningkatkan risiko terkena penyakit diare karena sangat sulit untuk membersihkan botol susu.
3. Tidak menerapkan Kebiasaan Cuci Tangan pakai sabun sebelum memberi ASI/makan, setelah Buang Air Besar (BAB), dan setelah membersihkan BAB anak.
4. Penyimpanan makanan yang tidak higienis

Faktor lingkungan antara lain:

1. Ketersediaan air bersih yang tidak memadai, kurangnya ketersediaan Mandi Cuci Kakus (MCK)
2. Kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk.

Disamping faktor risiko tersebut diatas ada beberapa faktor dari penderita yang dapat meningkatkan kecenderungan untuk diare antara lain: kurang gizi atau malnutrisi terutama anak gizi buruk, penyakit

imunodefisiensi atau immunosupresi dan penderita campak (Kemenkes RI, 2011).

2.1.5 Klasifikasi Diare

Berdasarkan lamanya diare diare dapat dibagi menjadi:

- a. Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari.
- b. Diare kronik, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan kehilangan berat badan atau berat badan tidak bertambah (failure to thrive) selama masa diare tersebut. (Suraatmaja, 2007).

Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI (2000) dalam Simatupang (2004), mengklasifikasikan jenis diare menjadi empat kelompok yaitu:

1. Diare akut: yaitu diare yang berlangsung kurang dari empat belas hari (umumnya kurang dari tujuh hari),
2. Disentri; yaitu diare yang disertai darah dalam tinjanya,
3. Diare persisten; yaitu diare yang berlangsung lebih dari empat belas hari secara terus menerus,
4. Diare dengan masalah lain; anak yang menderita diare (diare akut dan persisten) mungkin juga disertai penyakit lain seperti demam, gangguan gizi atau penyakit lainnya.

UKK Gastro-hepatologi IDAI, 2009 menyebutkan bahwa klasifikasi diare dapat dibagi menurut derajat dehidrasi yang terjadi, yaitu diare dehidrasi berat dan diare dehidrasi ringan dan tanpa dehidrasi. Senada dengan IDAI, Haroen Noerasid membagi diare menjadi dehidrasi ringan, sedang, dan berat.

2.1.6 Gejala Diare

Diare dapat menyebabkan hilangnya sejumlah besar air dan elektrolit, terutama natrium dan kalium dan sering disertai dengan asidosis metabolik. Dehidrasi dapat diklasifikasikan berdasarkan defisit air dan atau keseimbangan serum elektrolit. Setiap kehilangan berat badan yang melampaui 1% dalam sehari merupakan hilangnya air dari tubuh. Kehidupan bayi jarang dapat dipertahankan apabila defisit melampaui 15% (Soegijanto, 2002).

Diare akut karena infeksi dapat disertai keadaan muntah-muntah dan/atau demam, *tenesmus*, *hematochezia*, nyeri perut atau kejang perut. Diare yang berlangsung beberapa waktu tanpa penanggulangan medis yang adekuat dapat menyebabkan kematian karena kekurangan cairan di badan yang mengakibatkan renjatan hipovolemik atau karena gangguan biokimiawi berupa asidosis metabolik yang lanjut. Karena kehilangan cairan seseorang merasa haus, berat badan berkurang, mata menjadi cekung, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun serta suara menjadi serak. Keluhan dan gejala ini disebabkan deplesi air yang isotonic (Umar dkk, 2004).

Tanda-tanda awal dari penyakit diare adalah bayi dan anak menjadi gelisah dan cengeng, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja akan menjadi cair dan mungkin disertai dengan lender ataupun darah. Warna tinja bisa lama-kelamaan berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat banyaknya asam laktat yang

berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus selama diare. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit (Kliegman, 2006).

Menurut Kliegman, Marcadante dan Jenson (2006), dinyatakan bahwa berdasarkan banyaknya kehilangan cairan dan elektrolit dari tubuh, diare dapat dibagi menjadi:

1. Diare tanpa dehidrasi

Pada tingkat diare ini penderita tidak mengalami dehidrasi karena frekuensi diare masih dalam batas toleransi dan belum ada tanda-tanda dehidrasi.

2. Diare dengan dehidrasi ringan (3%-5%)

Pada tingkat diare ini penderita mengalami diare 3 kali atau lebih, kadang-kadang muntah, terasa haus, kencing sudah mulai berkurang, nafsu makan menurun, aktifitas sudah mulai menurun, tekanan nadi masih normal atau takikardia yang minimum dan pemeriksaan fisik dalam batas normal.

3. Diare dengan dehidrasi sedang (5%-10%)

Pada keadaan ini, penderita akan mengalami takikardi, kencing yang kurang atau langsung tidak ada, iritabilitas atau lesu, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, turgor kulit berkurang, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering, air mata berkurang dan masa pengisian kapiler memanjang (≥ 2 detik) dengan kulit yang dingin yang dingin dan pucat.

4. Diare dengan dehidrasi berat (10%-15%)

Pada keadaan ini, penderita sudah banyak kehilangan cairan dari tubuh dan biasanya pada keadaan ini penderita mengalami takikardi dengan pulsasi yang melemah, hipotensi dan tekanan nadi yang menyebar, tidak ada penghasilan urin, mata dan ubun-ubun besar menjadi sangat cekung, tidak ada produksi air mata, tidak mampu minum dan keadaannya mulai apatis, kesadarannya menurun dan juga masa pengisian kapiler sangat memanjang (≥ 3 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat.

2.1.7 Penanganan Diare

Aspek paling penting dari terapi diare adalah untuk menjaga hidrasi yang adekuat dan keseimbangan elektrolit selama episode akut. Ini dilakukan dengan rehidrasi oral, dimana harus dilakukan pada semua pasien kecuali yang tidak dapat minum atau yang terkena diare hebat yang memerlukan hidrasi intavena yang membahayakan jiwa (Umar dkk, 2004).

Idealnya, cairan rehidrasi oral harus terdiri dari 3,5 g Natrium klorida, dan 2,5 g Natrium bikarbonat, 1,5 g kalium klorida, dan 20 g glukosa per liter air. Cairan seperti itu tersedia secara komersial dalam paket-paket yang mudah disiapkan dengan mencampurkan dengan air. Jika sediaan secara komersial tidak ada, cairan rehidrasi oral pengganti dapat dibuat dengan menambahkan $\frac{1}{2}$ sendok teh garam, $\frac{1}{2}$ sendok teh baking soda, dan 2 – 4 sendok makan gula per liter air. Dua pisang atau 1 cangkir jus jeruk diberikan untuk mengganti kalium. Pasien harus minum cairan tersebut sebanyak mungkin sejak mereka merasa haus pertama kalinya (Umar dkk, 2004)

Jika terapi intra vena diperlukan, cairan normotonik seperti cairan saline normal atau laktat Ringer harus diberikan dengan suplementasi kalium sebagaimana panduan kimia darah. Status hidrasi harus dimonitor dengan baik dengan memperhatikan tanda-tanda vital, pernapasan, dan urin, dan penyesuaian infus jika diperlukan. Pemberian harus diubah ke cairan rehidrasi oral sesegera mungkin (Umar dkk, 2004).

Menurut Kemenkes RI (2011), prinsip tatalaksana diare pada balita adalah Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare), yang didukung oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia dengan rekomendasi WHO. Rehidrasi bukan satu-satunya cara untuk mengatasi diare tetapi memperbaiki kondisi usus serta mempercepat penyembuhan/menghentikan diare dan mencegah anak kekurangan gizi akibat diare juga menjadi cara untuk mengobati diare. Adapun program Lintas Diare yaitu:

1. Rehidrasi menggunakan Oralit osmolalitas rendah
2. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut
3. Teruskan pemberian ASI dan Makanan
4. Antibiotik Selektif
5. Nasihat kepada orang tua/pengasuh

2.1.8 Penanganan Rehidrasi pada Rumah Tangga

2.1.8.1 Oralit Osmolaritas Rendah

Prinsip yang mendasari URO (upaya rehidrasi oral) telah diterapkan untuk pengembangan campuran glukosa dan elektrolit yang seimbang untuk digunakan dalam pengobatan dan pencegahan dehidrasi, kekurangan kalium, dan kekurangan basa yang terjadi karena diare. Untuk memenuhi dua tujuan terakhir, kalium dan garam sitrat (bikarbonat)

dimasukkan sebagai tambahan terhadap natrium klorida. Campuran garam dan glukosa ini dinamakan *oral rehydration salt* (ORS) atau disebut cairan rehidrasi oral (oralit). Bila oralit dicampurkan dalam air, campuran ini disebut larutan oralit. Oralit memiliki kandungan 3,5 gram/L NaCl, 2,5 gram/L Na bikarbonat, 1,5 gram KCl dan 20 gram glukosa.

Cairan rehidrasi oral (ORS) tersebut dinamakan cairan rehidrasi oral formula lengkap, disamping itu terdapat formula tidak lengkap atau formula sederhana atau sering disebut cairan rumah tangga yang hanya mengandung 2 komponen yaitu NaCl dan glukosa atau penggantinya misalnya sukrosa dan merupakan larutan gula garam (LGG).

2.1.8.2 Cairan Rumah Tangga

Meskipun komposisinya tidak setepat larutan oralit untuk mengobati dehidrasi, cairan lain seperti larutan sup, larutan garam-air kelapa, air tajin, mungkin lebih praktis dan hampir efektif sebagai upaya rehidrasi oral untuk mencegah dehidrasi. Cairan rumah tangga ini harus segera diberikan kepada anak pada saat mulai diare, dengan tujuan memberi lebih banyak cairan dari biasanya. Pemberian makanan juga harus diteruskan. Berikut ini beberapa cairan rumah tangga yang dapat menggantikan oralit:

1. Campurkan 1 gelas (200 ml) air putih, 1 sendok teh besar gula (gula pasir atau gula merah), dan 1 ujung sendok garam dapur.
2. Campurkan 1 gelas (200 ml) air tajin, 1 sendok teh besar gula (gula pasir atau gula merah), dan satu ujung sendok garam dapur.
3. Campurkan 1 gelas (200 ml) air kelapa dan 1 sendok teh besar gula.

Cairan yang berasal dari makanan paling efektif untuk terapi di rumah jika mengandung beberapa garam, dan kandungan natrium harus sekitar 50 mmol/l. Konsentrasi ini didapat melalui pengenceran 3 gram garam dapur ke dalam 1 liter air. Bila yang diberikan hanya cairan bebas garam, bila memungkinkan diberikan pula makanan yang mengandung garam. Namun begitu kombinasi ini kurang efektif dalam pencegahan diare berat. Bayi yang diare harus selalu diteruskan pemberian ASInya. Pemberian ASI pada saat diare merupakan sumber penting air dan nutrisi, sedangkan garam dapat menurunkan volume tinja dan lamanya sakit.

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Proses Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Ali, 2003).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior). Karena itu dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Notoatmodjo (2007) mengungkapkan pendapat Rogers bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek)

- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai terbentuk
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi
- d. *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus
- e. *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut di atas (Ali, 2003).

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

3. Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

4. Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku.

5. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.

6. Sosial Budaya

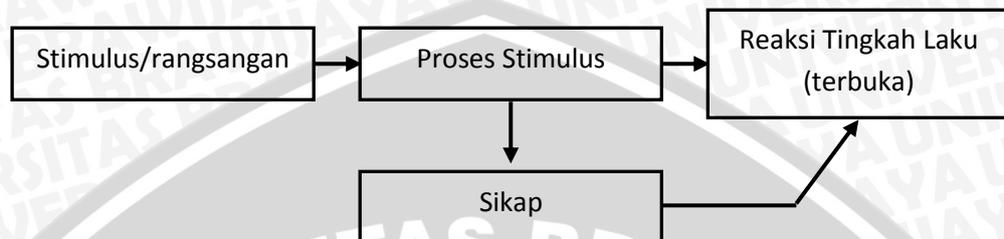
Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

2.3 Sikap

2.3.1 Pengertian Sikap

Notoatmodjo (2007) dalam Yuliasari (2010) mengatakan sikap adalah respon individu yang masih bersifat tertutup terhadap suatu rangsangan dan sikap tidak dapat diamati secara langsung oleh individu lain. Sikap belum merupakan suatu tindakan, tetapi sikap merupakan suatu factor pendorong individu untuk melakukan tindakan.

2.3.2 Proses Terjadinya Sikap



Bagan 2.1 Proses Terjadinya Sikap
Sumber: Notoadmojo (2007) dalam Yuliasari, 2010

Menurut Notoadmojo (2003, dalam Yuliasari, 2010) sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen itu secara bersama-sama membentuk suatu sikap yang utuh (*total attitude*) dan dipengaruhi oleh pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi. Sikap memiliki beberapa tingkatan yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima adalah mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2. Merespons (*responding*)

Merespon adalah memberikan jawaban jika ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resikonya.

2.4 Perilaku atau Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas. Tindakan dibedakan atas beberapa tingkatan:

1. Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

2. Respon terpimpin (*Guided Response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3. Mekanisme (*Mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

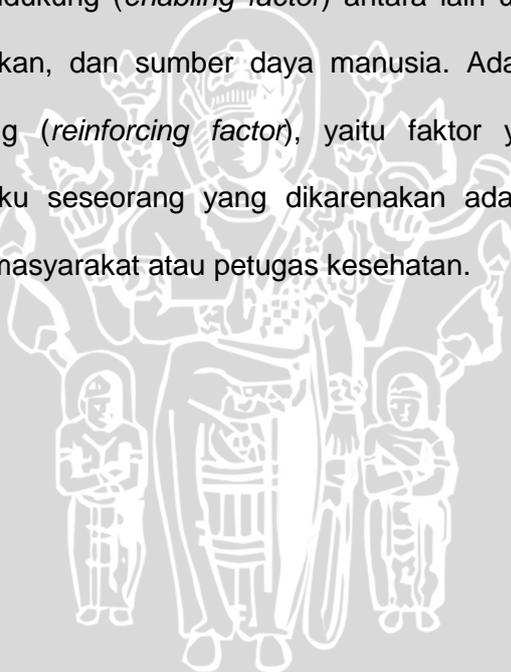
4. Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

Pengetahuan merupakan komponen penting yang menentukan perilaku seseorang. Pengetahuan dapat terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif

merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

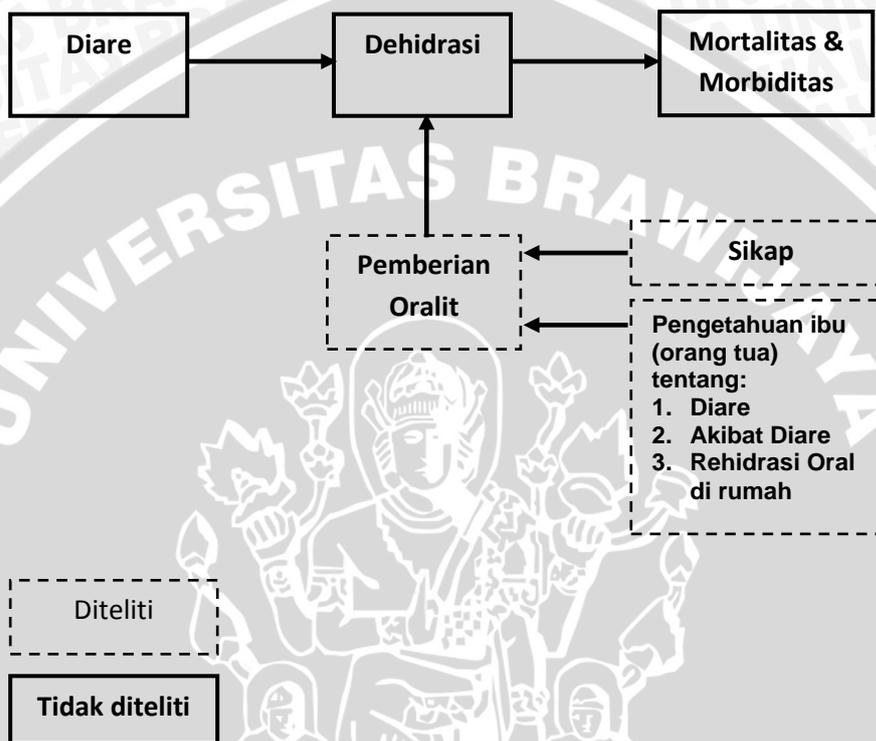
Selain pengetahuan, ada faktor-faktor lain yang menentukan tindakan seseorang. Menurut teori Lawrence Green dalam Notoadmodjo (2007) ada 3 faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok. Faktor pertama adalah faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, dan unsur lain dalam individu atau masyarakat. Faktor kedua adalah faktor pendukung (*enabling factor*) antara lain umur, status sosial ekonomi, pendidikan, dan sumber daya manusia. Adapun faktor ketiga adalah pendorong (*reinforcing factor*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



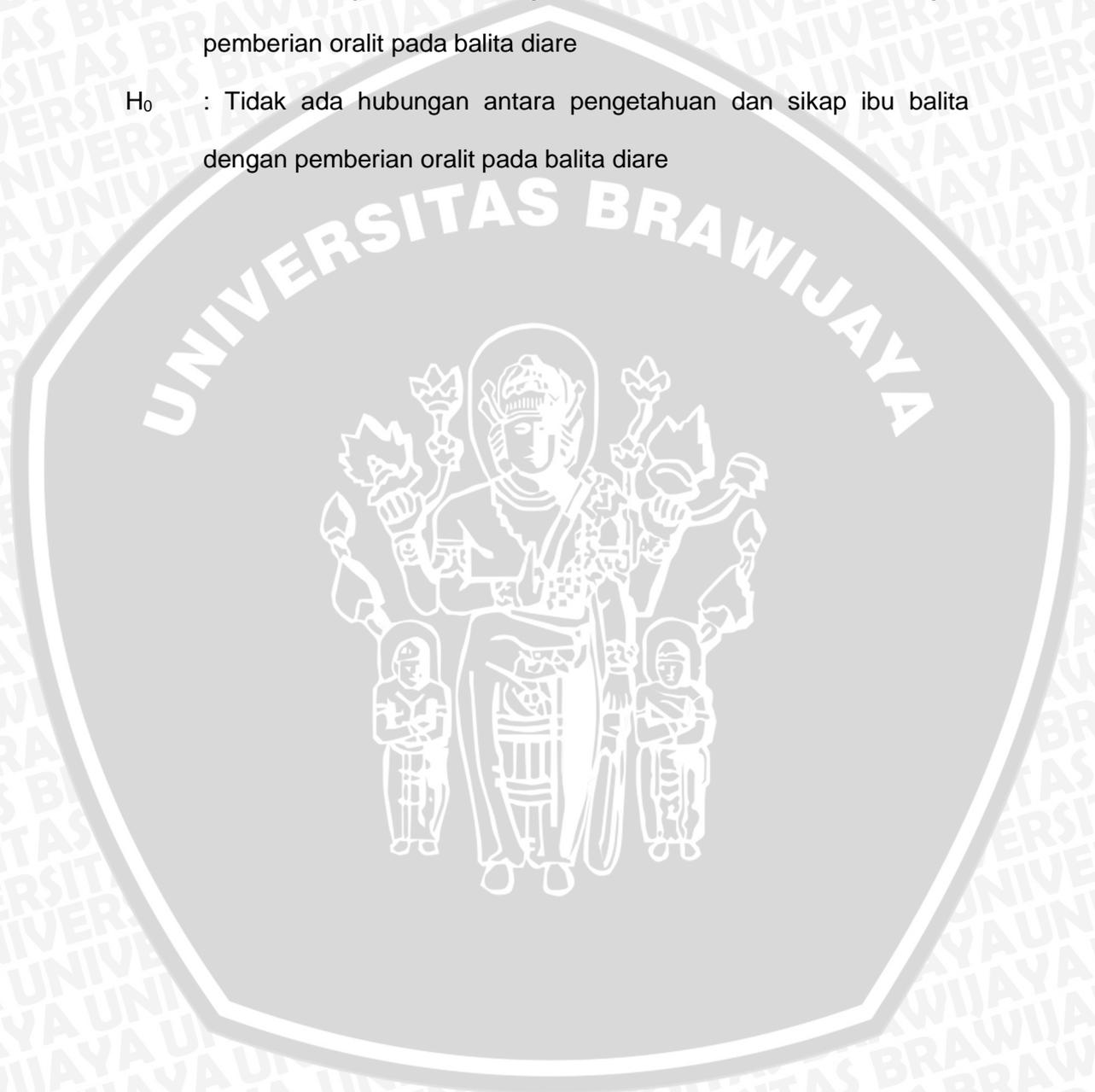
Bagan 3.1 Kerangka Koonsep dan Hipotesis

Pada penelitian ini responden (ibu balita diare) akan diwawancara sesuai dengan pertanyaan pada kuisioner terstruktur. Diharapkan dari hasil wawancara dengan ibu balita diare mendapatkan gambaran bahwa pengetahuan dan sikap berpengaruh pada pemberian oralit pada balita dengan diare.

3.2 Hipotesis Penelitian

H₁ : Ada hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu balita dengan pemberian oralit pada balita diare

H₀ : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu balita dengan pemberian oralit pada balita diare



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2003). Desain penelitian ini adalah *cross sectional design* dengan pendekatan wawancara terstruktur dengan kuisisioner terancang atau terstruktur. Dalam rancangan ini responden diberikan pertanyaan sesuai dengan kuisisioner terstruktur untuk mengidentifikasi pengetahuan, sikap, dan tindakan atau perilaku ibu balita diare dalam pemberian oralit.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi Penelitian atau Subyek Penelitian adalah Subyek yang diamati atau yang dipelajari. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang mempunyai balita sedang diare atau pernah mengalami diare di wilayah lokasi penelitian Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang, diperkirakan jumlah ibu sebanyak 300 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel atau contoh adalah perwakilan yang diambil dari populasi yang mencerminkan karakter dari populasi. Sampel ini diperlukan karena jumlah anggota populasi yang diambil jumlahnya sangat banyak dibandingkan dengan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh peneliti.

4.2.3 Besar Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk dapat memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam 2003). Dalam menentukan jumlah responden penelitian agar representative, maka ditentukan melalui rumus sample uji beda dua proporsi (Lameshow et al., 1990) seperti berikut :

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

n = Jumlah sample yang dibutuhkan

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 (derajat kemaknaan 95% *CI/Convidence Interval* dengan α sebesar 5%)

$Z_{1-\beta}$ = kekuatan uji sebesar 80% = 0,84

P_1 = 39,6 % (0,396) → Proporsi penelitian terdahulu (Riskesdas, 2007 untuk Kabupaten Malang)

P_2 = Proporsi keinginan peneliti (30% dari P_1) = 0,12

$$\bar{P} = \left(\frac{P_1 + P_2}{2} \right) = \left(\frac{0,396 + 0,12}{2} \right) = 0,258$$

$$n = \left\{ \frac{(1,96) \sqrt{2(0,258)(1-0,258)} + (0,84) \sqrt{0,396(1-0,396) + (0,12)(1-0,12)}}{(0,396 - 0,12)} \right\}^2$$

$$n = \left\{ \frac{1,96 \sqrt{0,383} + 0,84 \sqrt{0,345}}{0,276} \right\}^2$$

$$n = \left\{ \frac{1,96(0,619) + 0,84(0,587)}{0,276} \right\}^2$$

$$n = \left\{ \frac{1,706}{0,276} \right\}^2$$

$$n = 6,181^2 = 38,205$$

Setelah dilakukan penghitungan, maka didapat n (sampel) minimal adalah 39 responden. Untuk menghindari terjadinya sampel yang *drop out* maka peneliti menambahkan 30% dari jumlah sampel ($30\% \times 39 = 12$ responden).

Total sample = $39 + 12 = 51$ orang

Jadi, jumlah sampel keseluruhan yang diambil untuk keperluan penelitian ini yaitu 51 responden ibu balita diare.

4.2.4 Teknik Sampling

Dikarenakan keterbatasan sumber daya dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik sampel *non probability / non random sampling* (Sampel bukan Acak) artinya setiap anggota populasi tidak mempunyai peluang terambil sebagai sample, karena adanya pembatasan atau kriteria sampel tertentu. Kelemahan dari metode ini adalah kurangnya representatif dan tidak bisa untuk generalisasi.

Metode *non probability sampling* yang digunakan yaitu *purposive sampling*, yang mana sample diambil dengan pertimbangan kriteria inklusi sebagai berikut:

Kriteria Inklusi:

1. Ibu penduduk Kecamatan Kepanjen dan minimal menetap selama 1 tahun
2. Saat ini ibu mempunyai balita (0-<5 tahun)
3. Ibu mempunyai Balita dengan diare atau pernah diare
4. Ibu bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi:

1. Ibu tidak berada di wilayah kepanjen saat penelitian berlangsung.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas (Independent)

Variabel bebas adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap ibu balita diare.

4.3.2 Variabel Tergantung (dependent)

Variabel tergantung adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah Perilaku memberikan oralit dan atau cairan rumah tangga.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di Kecamatan Kepanjen pada bulan Juli - Agustus 2013.

4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner yang dibagikan kepada responden. Kuisisioner tersebut berisi pertanyaan-pertanyaan tentang pengetahuan, sikap dan tindakan ibu balita diare dalam pemberian oralit atau cairan rumah tangga.

4.6 Definisi Operasional

Definisi yang diturunkan dari kerangka konsep yang digunakan untuk menciptakan alat ukur berupa kuisisioner dalam mencapai tujuan penelitian yang diinginkan.

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Pengetahuan	Pengetahuan ibu tentang diare, Kurang cairan, dan pertolongan pertama pada balita diare	<ol style="list-style-type: none"> Diare <ul style="list-style-type: none"> Pengertian diare Penyebab diare Cara penularan diare Akibat diare Kurang cairan (dehidrasi) <ul style="list-style-type: none"> Tanda-tanda kurang cairan Pertolongan pertama kurang cairan: <ul style="list-style-type: none"> Cara pemberian cairan oralit/cairan rumah tangga Ukuran pemberian cairan oralit/cairan rumah tangga Waktu pemberian cairan oralit/cairan rumah tangga 	Kuisisioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> Pengetahuan baik jika presentase 76% - 100%. Pengetahuan sedang jika presentase 56% - 75%. Pengetahuan rendah jika presentase <55% (Nursalam, 2003 dalam Yuliasari, 2010).
Sikap	Pernyataan setuju atau tidak setuju tentang memberikan cairan oralit atau cairan rumah tangga saat anak diare	<ol style="list-style-type: none"> Setuju memberikan oralit/cairan rumah tangga Tidak setuju memberikan oralit/cairan rumah tangga 	Kuisisioner Setiap poin diberikan skor 1 bila setuju dan skor 0 bila tidak setuju	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> Tidak setuju jika total skor kurang dari nilai median Setuju jika total skor lebih dari nilai median
Perilaku pemberian Oralit	Memberikan cairan oralit dan Larutan gula garam	<ol style="list-style-type: none"> Menanyakan penggunaan Oralit atau LGG ketika balita diare 	Kuisisioner observasi pembuatan LGG dan Oralit	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> Tidak memberikan Jika total skor $\leq 70\%$ Memberikan

		<p>jika iya maka dilanjutkan observasi dengan cara mendemonstrasikan pembuatan dan cara memberikan oralit dan Larutan gula garam dengan benar</p> <p>2. Jika tidak maka dianggap tidak menggunakan</p>		<p>jika total skor > 70%</p>
--	--	--	--	---------------------------------

4.7 Prosedur Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian, peneliti menanyakan pertanyaan yang ada pada kuisisioner. berisi pertanyaan tentang pengetahuan dan sikap, sedangkan kemudian dilanjutkan observasi tentang perilaku atau tindakan ibu dalam membuat oralit dan larutan gula garam (LGG).

4.8 Analisa Data

Data yang telah terkumpul kemudian diolah dan dianalisis melalui tahapan-tahapan:

4.8.1 Pre Analisa

Pada pre analisis, dilakukan pengolahan data melalui tahap *Checking, editing, coding* dan *tabulating*.

1. *Checking Data* yaitu peneliti mengecek kelengkapan data-data responden seperti, nomor urut responden, umur, tingkat pendidikan.
2. *Editing Data* yaitu peneliti melihat apa tulisan jelas dan bisa dipahami.
3. *Coding Data* yaitu peneliti memberi penilaian untuk setiap pertanyaan yang jawabannya benar sesuai dengan kriteria. Memberikan identitas pada masing-masing angket kuesioner sesuai dengan nomer urut responden.
4. *Tabulating* yaitu peneliti menyajikan data dalam bentuk tabel-tabel data dari responden.

4.8.2 Analisa

A. Univariat

Analisis univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi variable dependen dan independen. Variable tersebut diantaranya pengetahuan dan sikap. Sedangkan variabel dependen yaitu pemberian oralit dan atau cairan rumah tangga.

B. Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan independen yaitu hubungan pengetahuan dan sikap dengan pemberian oralit. Tehnik analisis yang dilakukan yaitu dengan *Pevalen Rasio* (PR) untuk menganalisa peluang penggunaan oralit berhubungan dengan pengetahuan dan sikap ibu balita. Dilanjutkan dengan analisis *Chi-Square* (X^2) untuk menentukan kemaknaan hasil perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05. Dengan demikian jika *p value* < 0,05 berarti hasil perhitungan statistik bermakna (signifikan) atau menunjukkan ada hubungan antara variabel dependen dengan variabel

independen, dan apabila nilai $p\text{-value} > 0,05$ berarti hasil perhitungan statistik tidak bermakna atau tidak ada hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen.

4.9 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.9.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Suatu kuisisioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuisisioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuisisioner tersebut. Dalam hal ini digunakan beberapa item pertanyaan yang dapat secara tepat mengungkapkan variabel yang diukur tersebut. Uji ini dilakukan dengan menghitung korelasi antara masing-masing skor item pertanyaan dari setiap variabel dengan total skor variabel tersebut. Uji validitas menggunakan korelasi *Product Moment* dari *Pearson*. Suatu instrumen dikatakan valid atau sah apabila korelasi tiap butiran memiliki nilai positif dan nilai t hitung $> t$ tabel (Hidayat, 2008 dalam skripsi Yuliasari).

4.9.2 Uji Reliabilitas

Setelah mengukur validitas, maka perlu mengukur reliabilitas data, apakah alat ukur dapat digunakan atau tidak. Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Pengukuran reliabilitas menggunakan bantuan *software computer* dengan rumus *Alpha*

Cronbach. Suatu variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *Alpha Cronbach* > 0,60 (Hidayat, 2008 dalam Yuliasari).

4.10 Etika Penelitian

Pada saat memulai penelitian ini peneliti mengajukan permohonan ijin kepada institusi (Fakultas) untuk mendapatkan surat keterangan penelitian lulus uji *Ethical Clearance* yang memenuhi aspek etika penelitian.

a. *Autonomy*

Responden dalam memutuskan kesediaannya untuk menjadi responden penelitian tidak ada paksaan dari siapapun.

b. *Confidentiality*

Informasi yang dikumpulkan peneliti dijamin kerahasiaannya. Lembar format pengumpulan data yang sudah terisi disimpan dan hanya peneliti yang bisa mengaksesnya.

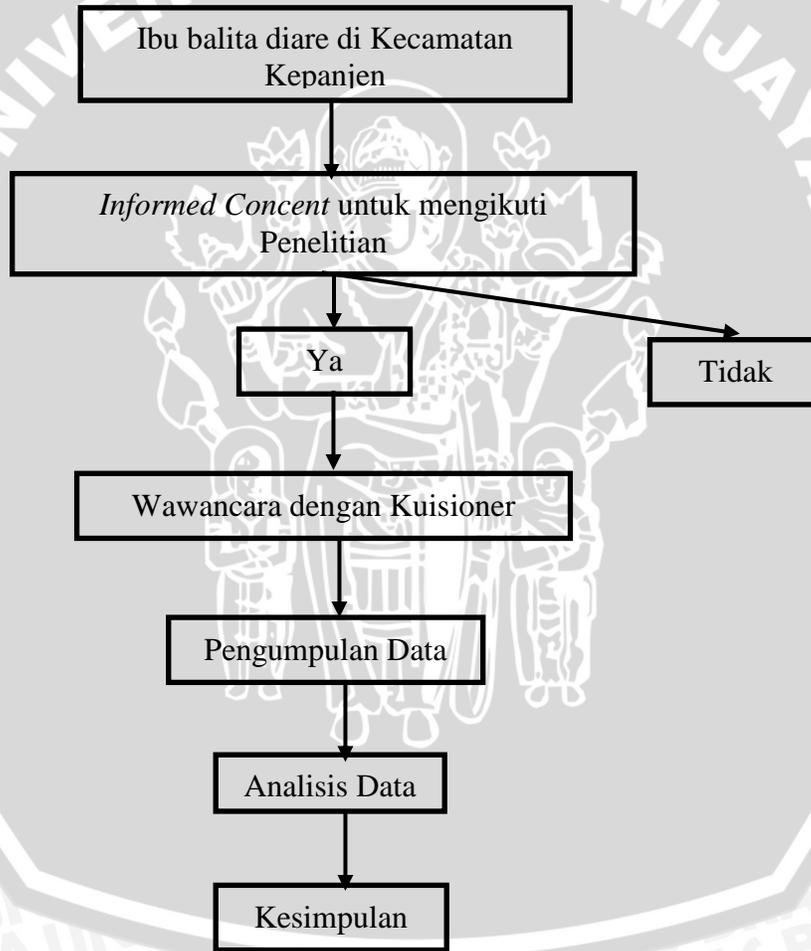
c. *Informed Consent*

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan maka dalam pelaksanaan penelitian ini responden diberikan lembar persetujuan menjadi responden. Dari sejumlah responden yang telah bersedia sebelum menyetujui menjadi responden, oleh peneliti diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, prosedur, resiko penelitian serta hak responden dan waktu pelaksanaannya. Sehingga dengan mendapatkan penjelasan tersebut, ibu balita diare bersedia untuk menjadi responden, dan selanjutnya para responden tersebut mengisi *informed consent* dengan ditanda tangani.

d. *Justice*

Dalam pelaksanaan penelitian ini responden diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah selama keikutsertaan dalam penelitian tanpa ada diskriminasi.

4.11 Kerangka Kerja



Bagan 4.1 Kerangka Kerja

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian dan analisis data mengenai "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita dengan Perilaku Pemberian Oralit dan atau Cairan Rumah Tangga terhadap Balita Diare di Kecamatan Kepanjen Malang". Pengambilan data dilakukan tanggal 12 Juli – 18 Agustus 2013 di 4 Kelurahan dan 4 Desa di Wilayah Kecamatan Kepanjen dengan responden sebanyak 51 orang.

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

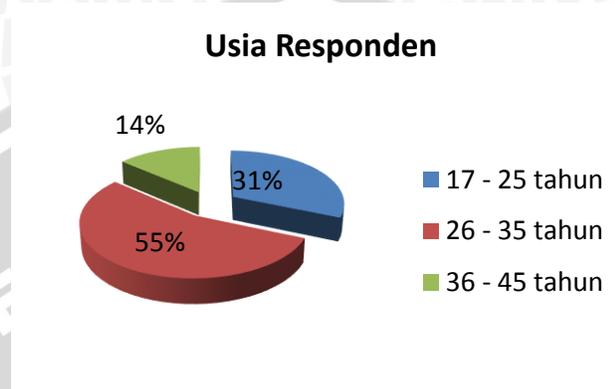
Kecamatan Kepanjen merupakan salah satu wilayah Kabupaten yang terletak di sebelah selatan Kota Malang (+18 Km), wilayah Kepanjen sebelumnya merupakan wilayah pembantu Bupati di Kepanjen, namun pada saat ini Kecamatan Kepanjen merupakan pusat Pemerintah Kabupaten Malang. Secara administratif wilayah Kepanjen terdiri dari 4 kelurahan dan 14 desa.

Batas-batas wilayah Kecamatan Kepanjen:

- Sebelah Utara Kecamatan Pakisaji;
- Sebelah Timur Kecamatan Gondanglegi dan Bululawang;
- Sebelah Selatan Kecamatan Pagak;
- Sebelah Barat Kecamatan Kromengan dan Ngajum.

5.2 Analisa Univariat

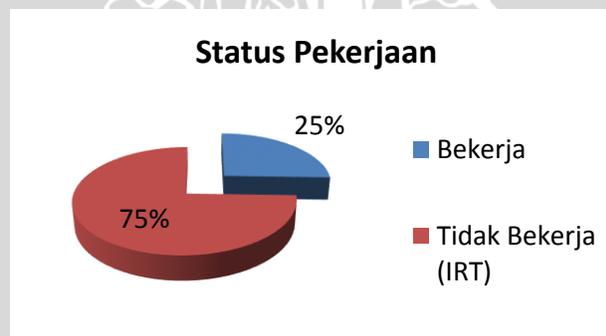
5.2.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia Responden



Gambar 5.1 Diagram Pie Karakteristik Responden Berdasarkan usia ibu balita di Kecamatan Kepanjen tahun 2013.

Berdasarkan diagram 5.1 menunjukkan dari 51 responden yang diteliti didapatkan bahwa 16 responden berusia 17-25 tahun (31%), 28 responden berusia 26-35 tahun (55%), dan sebanyak 7 responden berusia antara 36-45 tahun (14%).

5.2.2 Karakteristik Responden berdasarkan Status Pekerjaan

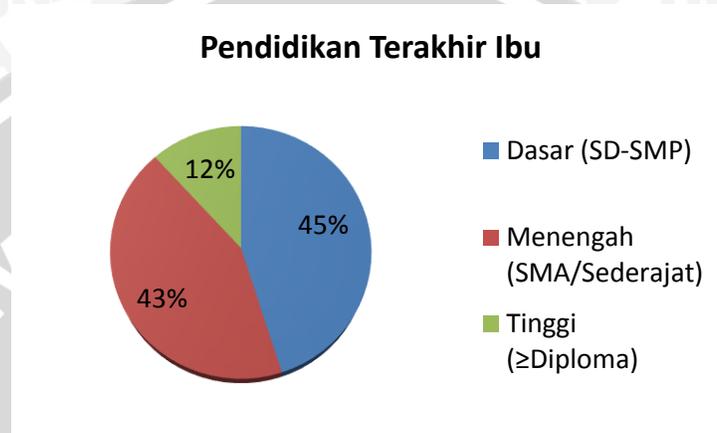


Gambar 5.2 Diagram Pie Karakteristik Responden Berdasarkan status pekerjaan ibu balita di Kecamatan Kepanjen tahun 2013.

Berdasarkan diagram 5.2 menunjukkan dari 51 responden yang diteliti didapatkan bahwa 13 responden bekerja (25 %) dengan jenis pekerjaan buruh atau

wiraswasta lain, dan sebanyak 38 responden tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga (75%).

5.2.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pendidikan Ibu



Gambar 5.2 Diagram Pie Karakteristik Responden Berdasarkan status pendidikan ibu balita di Kecamatan Kapanjen tahun 2013.

Berdasarkan diagram 5.3 menunjukkan dari 51 responden yang diteliti didapatkan bahwa responden berpendidikan dasar (45 %), berpendidikan menengah ada 22 responden (43%) dan sebanyak 6 responden, pendidikan tinggi (12 %).

5.2.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan Ibu Balita Kecamatan Kapanjen tentang Diare, Kekurangan Cairan, dan Pertolongan Pertama pada Balita Diare (n = 51)

Pengetahuan	Frekuensi	Presentase
Baik	39	76,5%
Sedang	7	13,7%
Kurang	5	9,8%
Total	51	100%

Hasil analisis pada tabel 5.1 diatas, diperoleh 39 responden (76,5%) mempunyai pengetahuan baik, 7 responden (13,7%) mempunyai pengetahuan

sedang, dan 5 responden (9,8%) mempunyai pengetahuan kurang. Jadi, mengesankan bahwa ibu-ibu balita yang menjadi responden dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang baik. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan tentang diare sebanyak 36 orang (70,6%), pengetahuan tentang kekurangan cairan sebanyak 37 orang (72,5%), dan pengetahuan tentang pertolongan pertama balita diare sebanyak 34 orang (66,7%).

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut item pengetahuan Ibu Balita di Kecamatan kepanjen (n = 51)

Pengetahuan	Diare		Kekurangan Cairan		Pertolongan Pertama	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Baik	36	70,6	37	72,5	34	66,7
Sedang	11	21,6	3	5,9	11	21,6
Rendah	4	7,8	11	21,6	6	11,8
Total	51	100	51	100	51	100

5.2.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Sikap Ibu

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sikap Ibu Balita tentang pertolongan pertama pemberian oralit atau cairan rumah tangga di Kecamatan kepanjen (n = 51)

Sikap	Frekuensi	Presentase
Positif	28	54,9%
Negatif	23	45,1%
Total	51	100%

Hasil analisis pada tabel 5.3, diperoleh 28 responden (54,9%) memiliki sikap positif, sedangkan 23 responden (45,1%) memiliki sikap negatif. Jadi, mengesankan bahwa ibu-ibu balita yang menjadi responden dalam penelitian ini memiliki sikap yang

positif terhadap pemberian oralit atau Larutan Gula Garam (LGG). Sikap positif yang dimaksud adalah adanya keinginan dari ibu balita tersebut untuk memberikan oralit atau LGG.

5.2.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Perilaku

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Perilaku pemberian oralit pada balita diare di Kecamatan kepanjen pada Juli – Agustus 2013 (n = 51)

Perilaku	Frekuensi	Presentase
Memberikan	20	39,2%
Tidak memberikan	31	60,8%
Total	51	100%

Hasil analisis pada tabel 5.4, diperoleh 20 responden (39,2%) memberikan oralit, sedangkan 31 responden (60,8%) tidak memberikan oralit. Jadi, mengesankan bahwa ibu-ibu balita yang menjadi responden dalam penelitian ini tidak memberikan oralit kepada balitanya saat balita mengalami diare.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Perilaku pemberian Larutan Gula Garam (LGG) pada balita diare di Kecamatan kepanjen pada Juli – Agustus 2013 (n = 51)

Perilaku	Frekuensi	Presentase
Memberikan	22	43,1%
Tidak memberikan/salah	29	56,9%
Total	51	100%

Hasil analisis pada tabel 5.5, diperoleh 22 responden (43,1%) dapat membuat LGG dengan benar dan memberikannya, sedangkan 29 responden (56,9%) tidak dapat membuat LGG atau salah dalam ukuran serta tidak memberikan LGG. Jadi, mengesankan bahwa ibu balita yang menjadi responden dalam penelitian ini tidak memberikan LGG kepada balitanya saat balita mengalami diare.

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Memberikan Oralit

Tabel 5.6 Tabel hubungan pengetahuan ibu Balita dengan perilaku pemberian oralit pada balita diare di kecamatan kepanjen Juli – Agustus 2013 (n = 51)

Pengetahuan	Pelaksanaan				Total		P value		PR
	Memberikan		Tidak Memberikan		Σ	%	2-Side	1-Side	
	Σ	%	Σ	%					
Baik	18	35,3	21	41,2	39	76,5	0,095	0,065	2,8
Sedang + Rendah	2	3,9	10	19,6	12	23,5			
Total	20	39,2	31	60,8	51	100			

$$PR (\text{Prevalen Ratio}) = \frac{\frac{18}{39}}{\frac{2}{12}} = \frac{18 \cdot 12}{2 \cdot 9} = 2,8$$

Pada tabel 5.6 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku responden dalam memberikan Oralit, didapatkan nilai Rasio Prevalensi (PR) sebesar 2,8. Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu-ibu balita yang mempunyai pengetahuan baik, berpeluang 2-3 kali memberikan oralit.

Sedangkan dari hasil uji tabel 2x2 di atas didapatkan *expected* yang kurang dari 5 ada 25% jumlah sel, sehingga tidak layak untuk diuji dengan *chi-square*. Sehingga peneliti menggunakan alternatif *uji chi-square* yaitu menggunakan uji *fisher*.

Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji *fisher* didapatkan nilai signifikansi (α) sebesar 0,095 pada 2-side dan 0,065 pada 1-side. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa pada derajat kepercayaan 95% antara pengetahuan ibu

dengan perilaku pemberian oralit, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan ibu yang baik atau rendah dan sedang dengan perilaku pemberian oralit.

Dengan demikian H_1 ditolak, dan dapat disimpulkan bahwa pada selang kepercayaan 95% ($\alpha < 0.05$) tidak didapatkan hubungan yang cukup bermakna antara pengetahuan ibu dengan pemberian oralit. Maka H_0 diterima dan dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu balita dengan pemberian oralit pada balita diare di Kepanjen.

5.3.2 Hubungan Pengetahuan Ibu Balita dengan Pemberian Cairan Rumah Tangga (LGG/Larutan Gula Garam)

Tabel 5.7 Tabel hubungan pengetahuan ibu Balita dengan perilaku pemberian cairan rumah tangga pada balita diare di kecamatan kepanjen Juli – Agustus 2013 (n = 51)

Pengetahuan	Pelaksanaan				Total	P Value	PR
	Memberikan		Tidak Memberikan				
	Σ	%	Σ	%			
Baik	17	33,3	22	43,1	39	76,5	0,906 1,05
Sedang + Kurang	5	9,8	7	13,7	12	23,5	
Total	22	43,1	29	56,9	51	100	

$$PR \text{ (Prevalen Rasio)} = \frac{17/39}{5/12} = \frac{17 \cdot 12}{5 \cdot 39} = 1,05$$

Pada tabel 5.7 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku responden dalam memberikan Larutan Gula Garam (LGG), didapatkan nilai Rasio Prevalensi (PR) sebesar 1,05. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu-ibu balita yang mempunyai pengetahuan baik, berpeluang untuk memberikan LGG pada balita diare.

Berdasarkan analisa statistik menggunakan uji *Chi-Square* di atas, menunjukkan bahwa besar nilai signifikansi (α) sebesar 0,906. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa pada derajat kepercayaan 95% antara pengetahuan ibu dengan perilaku pemberian Larutan Gula Garam (LGG), tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan ibu yang baik atau rendah dan sedang dengan perilaku pemberian LGG.

Dengan demikian H_1 ditolak, dan dapat disimpulkan bahwa pada selang kepercayaan 95% ($\alpha < 0.05$) tidak didapatkan hubungan yang cukup antara pengetahuan ibu dengan pemberian Larutan Gula Garam. Dari data di atas maka H_0 diterima dan dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu balita dengan pemberian Larutan Gula Garam pada balita diare di Kepanjen.

5.3.3 Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Pemberian Oralit

Tabel 5.8 Tabel hubungan sikap ibu Balita dengan perilaku pemberian oralit pada balita diare di kecamatan kepanjen Juli – Agustus 2013 (n = 51)

Sikap	Pelaksanaan				Total	P Value	
	Memberikan		Tidak Memberikan				
	Σ	%	Σ	%			
Setuju	11	21,6	17	33,3	28	54,9	0,991
Tidak Setuju	9	17,6	14	27,5	23	45,1	
Total	20	39,2	31	60,8	51	100	

$$PR \text{ (Prevalen Rasio)} = \frac{11}{28} \div \frac{9}{23} = 11 \cdot 23 / 9 \cdot 28 = \frac{253}{252} = 1.003$$

Pada tabel 5.8 Hubungan Tingkat sikap dengan perilaku responden dalam memberikan oralit, didapatkan nilai Rasio Prevalensi (PR) sebesar 1,003. Dari hasil

tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu-ibu balita yang mempunyai sikap yang setuju (*Positive*), berpeluang kecil untuk memberikan LGG pada balita diare.

Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diatas, menunjukkan bahwa besar nilai signifikansi (α) sebesar 0,991. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara sikap ibu balita yang setuju atau tidak setuju dengan pemberian oralit pada balita diare di Kapanjen.

Dengan demikian H_1 ditolak, dan dapat disimpulkan bahwa pada selang kepercayaan 95% ($\alpha < 0.05$) tidak didapatkan hubungan yang cukup antara sikap ibu dengan pemberian oralit. Dari data di atas maka H_0 diterima dan dapat dikemukakan bahwa tidak ada hubungan antara sikap ibu balita dengan pemberian oralit pada balita diare di Kapanjen.

5.3.4 Hubungan Sikap Ibu Balita dengan Pemberian Cairan Rumah Tangga (LGG/Larutan Gula Garam)

Tabel 5.9 Tabel hubungan sikap ibu Balita dengan perilaku pemberian Larutan Gula Garam pada Balita Diare di kecamatan kapanjen Juli – Agustus 2013 (n = 51)

Pengetahuan	Pelaksanaan				Total		P Value	PR
	Memberikan		Tidak Memberikan					
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Setuju	11	21,6	17	33,3	28	54,9	0,540	0,821
Tidak Setuju	11	21,6	12	23,5	23	45,1		
Total	22	43,1	29	56,9	51	100		

$$PR \text{ (prevalen rasio)} = \frac{11/28}{11/23} = \frac{11 \cdot 23}{11 \cdot 28} = 0,821$$

Pada tabel 5.8 Hubungan sikap dengan perilaku responden dalam memberikan Larutan Gula Garam (LGG) didapatkan nilai Rasio Prevalensi (PR) sebesar 0,821. $PR < 1$ dapat dapat disimpulkan bahwa ibu-ibu balita yang mempunyai sikap yang setuju (*Positive*), berpeluang untuk tidak memberikan LGG pada balita diare.

Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* di atas, menunjukkan bahwa besar nilai signifikansi (α) sebesar 0,540. Dari hasil tersebut dapat dikemukakan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara sikap ibu balita setuju dan tidak setuju dengan pemberian larutan gula garam pada balita yang diare di Kepanjen.

Dengan demikian H_1 ditolak, dan dapat disimpulkan bahwa pada selang kepercayaan 95% ($\alpha < 0.05$) tidak didapatkan hubungan yang cukup antara Sikap ibu balita dengan pemberian cairan rumah tangga. Dari data di atas maka H_0 diterima dan dapat dikemukakan bahwa tidak ada hubungan antara sikap ibu balita dengan pemberian cairan rumah tangga pada balita diare di Kepanjen.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Pemberian Oralit dan atau Cairan Rumah Tangga (LGG)

Dari hasil hitung *crosstab* hubungan pengetahuan ibu dengan perilaku pemberian oralit didapatkan nilai prevalensi rasio (PR) sebesar 2,8. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan baik berpeluang 2-3 kali untuk memberikan oralit. Sedangkan hasil hitung antara pengetahuan dengan pemberian LGG di dapatkan nilai prevalen rasio (PR) sebesar 1,05. Dengan hal ini ibu dengan pengetahuan baik berpeluang juga untuk memberikan LGG kepada balita diare.

Berdasarkan hasil uji analisis dengan bantuan *software SPSS 16.0* untuk *windows* pada derajat kepercayaan 95% didapatkan signifikansi $p > 0,05$ antara pengetahuan dan perilaku pemberian oralit maupun LGG. Hasil analisa tersebut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan ibu baik dan pengetahuan ibu sedang dan rendah dengan perilaku ibu untuk memberikan oralit maupun LGG kepada balita yang sedang diare di wilayah Kecamatan Kepanjen. Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu balita dengan perilaku memberikan oralit atau LGG.

Dari 55 responden penelitian rata-rata ibu balita di Kepanjen mempunyai pengetahuan yang baik yaitu sebanyak 76,5%, namun hanya 35,3% yang memberikan oralit dan 33,3% yang memberikan LGG untuk pertolongan pertama balita diare. Dari hasil penelitian ini disimpulkan bahwa pengetahuan yang baik

saja tidak akan mempengaruhi perilaku seseorang tanpa ada faktor lain yang mendorong ibu untuk memberikan oralit maupun LGG pada balita yang sedang diare.

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian Cahyo (2003) dari variabel-variabel yang diduga berhubungan, ternyata hanya pendidikan saja yang berhubungan dengan pengetahuan ($p < 0,05$), sedangkan terhadap sikap ternyata mempunyai hubungan yang lemah ($p > 0,05$). Karakteristik umur, serta besarnya pendapatan keluarga ternyata tidak berpengaruh (bukan merupakan faktor pengaruh) terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktek ibu tentang rehidrasi oral ($p > 0,05$), sedangkan faktor pengetahuan juga tidak merupakan faktor pengaruh terhadap sikap dan praktek ($p > 0,050$). Faktor sikap terhadap praktek ternyata juga bukan merupakan faktor pengaruh ($p > 0,05$).

Hal serupa juga didapatkan dari penelitian Agriati (2011) Hasil penelitian memperlihatkan bahwa pengetahuan ibu tentang penanggulangan diare pada anak balita di desa Mangon termasuk kategori baik sebanyak 75 responden (82,4%), sikap ibu balita yang termasuk kategori baik sebanyak 48 responden (52,7%), dan tindakan ibu balita termasuk kategori cukup sebanyak 63 responden (69,2%).

Berbeda dengan penelitian Wahyu (2008) tentang hubungan antara pengetahuan ibu dan peran kader posyandu dengan praktik pemberian rehidrasi oral oleh ibu balita yang menderita diare di wilayah kerja Puskesmas Kendal 2 Kabupaten Kendal, analisa ini dilakukan dengan Pearson Product Mommment dengan tingkat signifikasi 0,05 didapatkan hasil penelitian sebagai berikut: Ada hubungan antara variabel pengetahuan dengan praktik pemberian rehidrasi oral ($P\text{-value} = 0,015$ dan $\rho 0,419$).

Senada dengan Wahyu penelitian oleh Bagus (2010) menunjukkan bahwa perilaku ibu yang benar dalam penatalaksanaan diare akut dengan memberikan oralit atau cairan rumah tangga sewaktu diare sebanyak 62 responden (80,5 %), pemberian ASI atau cairan sewaktu diare sebanyak 41 responden (53,3 %), pemberian makanan sewaktu diare sebanyak 65 responden (84,4 %) dan perilaku ibu yang salah dalam pemberian oralit atau cairan rumah tangga sebanyak 15 responden (19,5 %), pemberian ASI atau cairan sewaktu diare sebanyak 36 responden (46,7 %), pemberian makanan sewaktu diare 12 responden (15,6 %). Ada pengaruh antara tingkat pengetahuan tentang penatalaksanaan diare akut dengan perilaku ibu dalam penatalaksanaan diare akut dengan nilai p sebesar 0,03 diperoleh nilai OR tingkat pengetahuan (95% CI 3,2 (1,12-8,98).

Menurut teori Lawrence Green dalam Notoadmodjo (2007), faktor pertama adalah faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, dan unsur lain dalam individu atau masyarakat. Faktor kedua adalah faktor pendukung (*enabling factor*) antara lain umur, status sosial ekonomi, pendidikan, dan sumber daya manusia. Adapun faktor ketiga adalah pendorong (*reinforcing factor*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan. Hal ini diduga menjadi penyebab dari perbedaan hasil penelitian tentang perilaku pemberian oralit atau Larutan Gula Garam kepada balita diare.

Dari hasil wawancara diluar kuisioner juga ditemukan bahwa banyak ibu balita yang menganggap bahwa oralit atau Larutan Gula Garam dapat menghentikan diare. Kepercayaan ini berbeda dengan fungsi oralit yang

sebenarnya, fungsi oralit atau larutan gula garam adalah sebagai pertolongan pertama untuk penanganan dehidrasi atau kekurangan cairan pada anak, supaya anak tidak jatuh dalam kondisi yang lebih parah. Keyakinan yang demikian ini dalam mengetahui fungsi oralit atau cairan rumah tangga ini, diduga menjadi faktor pendukung dalam mempengaruhi ibu-ibu balita yang menjadi responden dalam penelitian ini berpengetahuan baik namun dalam praktiknya tidak menggunakan oralit.

6.2 Hubungan Sikap Ibu dengan Pemberian Oralit dan atau Cairan Rumah Tangga (LGG)

Dari hasil hitung *crosstab* hubungan sikap ibu dengan perilaku pemberian oralit didapatkan nilai prevalensi rasio (PR) sebesar 1,003. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ibu yang memiliki sikap positif berpeluang untuk memberikan oralit. Sedangkan hasil hitung antara pengetahuan dengan pemberian LGG di dapatkan nilai prevalen rasio (PR) sebesar 0,8. Hasil $PR < 1$ dapat disimpulkan ibu dengan sikap positif berpeluang untuk tidak memberikan LGG kepada balita diare. Hasil yang demikian disebabkan oleh faktor-faktor lain yang berpengaruh saat penelitian ini berlangsung.

Berdasarkan hasil uji analisis dengan bantuan *software SPSS 16.0* untuk *windows* pada derajat kepercayaan 95% didapatkan signifikansi $p > 0,05$ antara sikap dengan perilaku pemberian oralit maupun LGG. Hasil analisa tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara Sikap positif ibu dengan perilaku ibu untuk memberikan oralit maupun LGG kepada balita yang sedang diare di wilayah Kecamatan Kepanjen. Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu balita dengan perilaku memberikan oralit atau LGG.

Dari 55 responden yang diteliti dapat disimpulkan bahwa sikap setuju saja belum bisa mempengaruhi perilaku seseorang untuk memberikan oralit maupun Larutan Gula Garam. Berbeda dengan penelitian Askerning (2007) di dalam Ade (2012) Sikap tentang rehidrasi oral berhubungan dengan perilaku memberikan rehidrasi oral pada balita diare yaitu 2,7 (95% CI 1.25-5,91), Perilaku tidak dipengaruhi pengetahuan. Dalam penelitian ini Askerning mendapatkan hasil bahwa ibu yang mempunyai sikap setuju atau mendukung berpeluang 2-3 kali memberikan rehidrasi oral ke balita yang diare. Perbedaan ini dipengaruhi faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap karakteristik responden.

Untuk mempengaruhi perilaku, suatu sikap mempunyai tiga komponen yang secara bersama-sama membentuk suatu sikap yang utuh (*total attitude*) dan dipengaruhi oleh pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi (Notoatmodjo dalam Yuliasari, 2010). Sikap belum tentu otomatis terwujud dalam suatu tindakan, diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan terwujudnya suatu tindakan, diantaranya adalah faktor fasilitas dan faktor dukungan dari pihak lain.

Dari hasil wawancara di luar kuisioner juga ditemukan bahwa sikap ibu dalam memberikan oralit atau cairan rumah tangga pada balita diare dipengaruhi oleh kemauan dari balita ibu. Jika balita tidak berkeinginan untuk meminum oralit atau larutan gula garam, maka ibu akan menghentikan pemberian oralit tersebut. Hal ini juga didukung dengan keyakinan ibu tentang manfaat dan fungsi oralit atau larutan gula garam untuk balita diare.

Faktor tersebut diduga berpengaruh terhadap sikap dan perilaku ibu. Begitu halnya dengan kurangnya pengenalan oralit formula baru di masyarakat juga menjadi faktor pendukung dalam upaya ibu untuk memberikan oralit kepada

diare. Rata-rata ibu-ibu di Kepanjen mengenal oralit formula baru ketika memeriksakan balita ibu ke petugas pelayanan kesehatan terdekat. Namun dalam prakteknya, ibu akan membawa balita ke petugas kesehatan setelah menunggu adanya perubahan tingkat dehidrasi pada balita.

Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Cholic (2009) Persepsi ibu tentang penyakit diare dan oralit berhubungan dengan perilaku dalam perawatan diare: Hubungan antara variabel penelitian dianalisis dengan Chi Square, kekuatan hubungan dihitung dengan Odd Ratio dengan 95% CI. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi tentang penyakit diare dan oralit berhubungan dengan perilaku perawatan balita diare. Persepsi negatif tentang penyakit diare berpeluang melakukan perilaku yang salah dalam perawatan diare.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa pelaksanaan penelitian ini masih banyak kekurangan, hal ini disebabkan karena:

1. Keterbatasan sumber daya penelitian sehingga peneliti mengambil beberapa sample dari sebagian kelurahan di Kepanjen. Untuk mendapatkan hasil penelitian yang maksimal seharusnya penelitian ini dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat di Kecamatan Kepanjen.
2. *Houthrone effect*, subjek penelitian mengetahui bahwa dirinya sedang diteliti sehingga sedikit akan mempengaruhi jawaban responden. Dengan *inform consent* sebelum penelitian diharapkan dapat mengurangi efek tersebut.
3. Adanya kemungkinan bias dalam penilaian pelaksanaan pemberian oralit dan cairan rumah tangga, dikarenakan peneliti tidak

mengobservasi secara langsung melainkan hanya mengajukan pertanyaan serta mengobservasi pembuatan oralit dan larutan gula garam. Untuk mendapatkan hasil penelitian yang maksimal seharusnya dilakukan dengan metode observasi perilaku memberikan oralit kepada balita yang sedang diare.



BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian “Hubungan pengetahuan dan Sikap Ibu Balita dengan Perilaku Pemberian Oralit dan atau Cairan Rumah Tangga di Kecamatan Kepanjen Malang” ini adalah:

1. Pengetahuan ibu tentang diare, akibat diare, dan pertolongan pertama balita diare di Kecamatan Kepanjen Malang dalam kategori baik 76,5%.
2. Sikap ibu balita dalam memberikan oralit atau cairan rumah tangga kepada balita diare sebanyak 54,9%, sedangkan sikap ibu untuk tidak memberikan oralit atau cairan rumah tangga sebanyak 45,1%.
3. Perilaku ibu balita memberikan oralit pada balita diare sebanyak 39,2% sedangkan Perilaku ibu balita memberikan cairan rumah tangga sebanyak 43,1%.
4. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu balita dengan perilaku pemberian oralit dan atau cairan rumah tangga pada balita diare di Kecamatan Kepanjen Malang $p\text{-value} > 0,05$.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, maka dapat diajukan saran-saran sebagai berikut:

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam menyusun asuhan keperawatan komunitas pertolongan pertama diare pada balita.

- b. Informasi ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk mengembangkan program yang sudah ada pada balita diare.
- c. Penelitian diharapkan bisa menjadi lapangan penelitian selanjutnya dalam mengembangkan asuhan keperawatan komunitas.



DAFTAR PUSTAKA

- Adyanastri, Festy. 2012. Etiologi Dan Gambaran Klinis Diare Akut di RSUP Dr Kariadi. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Arini, E. P. 2011. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Remaja Putri Tentang Sadari Terhadap Perilaku Sadari Di MA KMI Diniyyah Puteri Padang Panjang Bulan Februari 2011. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI Jakarta. Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007 Provinsi Jawa Timur
- Harianto. 2004. Penyuluhan penggunaan oralit Untuk menanggulangi diare di masyarakat. Majalah Ilmu Kefarmasian departemen farmasi, FMIPA Universitas Indonesia
- Kementrian Kesehatan RI. 2011. Buletin Jendela Data Informasi Kesehatan Situasi Diare di Indonesia
- Malikhah, Lina. 2012. Gambaran Pengetahuan Ibu dan Pencegahan dan Penanggulangan Secara Dini Kejadian Diare Pada Balita di Desa Hagarmanah Jatnagor. Universitas Padjajaran.
- Manoppo, Jeannete I.Ch. 2010. Profil diare akut dengan dehidrasi berat di Ruang perawatan intensif anak. Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Universitas Sam Ratulangi RSU Prof. Dr. R.D. Kandou, Manado.
- Notoatmodjo S. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
- Notoatmodjo S. Promosi kesehatan & ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
- Notoatmodjo S. Konsep perilaku kesehatan. Dalam: Promosi kesehatan teori & aplikasi edisi revisi 2010. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
- Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Palupi, astya. 2009. Status Gizi dan hubungannya dengan kejadian diare pada anak diare akut di ruang rawat inap RSUP Dr. Sandjito Yogyakarta.
- Setiadi. 2007. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta : Graha ilmu.
- World Gastroenterology Organisation. 2005. World Gastroenterology Organisation practice guideline: Acute diarrhea

Wulandari, ade. 2012. Penanganan diare di rumah tangga Merupakan upaya menekan angka kesakitan diare Pada anak balita

Zein, Umar. 2004. Diare Akut Disebabkan Bakteri. Divisi Penyakit Tropik dan Infeksi. Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara

Yuliasari, 2010 Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dengan Pelaksanaan Senam Hamil (Studi pada Ibu Hamil Trimester II dan III) di Puskesmas Ciputat Tangerang Selatan. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Lampiran 1 Pernyataan Keaslian Tulisan**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hermanto Ariadi

NIM : 0910720039

Jurusan : Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 2 Oktober 2013

Yang Membuat Pernyataan,

Hermanto Ariadi

NIM. 0910720039

PENGANTAR KUESIONER

Judul penelitian : “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Diare dengan Pemberian Oralit dan atau Cairan Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Kepanjen Malang”

Peneliti : Hermanto Ariadi

Pembimbing : I. dr. Chusnul Chuluq Ar., MPH

II. Ns. M. Fathoni, S.Kep., MNS

Ibu Yang Terhormat,

Saya adalah mahasiswa Semester VIII Jurusan Keperawatan-Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Dalam rangka untuk menyelesaikan Tugas Akhir, saya bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Diare dengan Pemberian Oralit dan atau Cairan Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Kepanjen Malang”

Tujuan saya menjalankan penelitian ini karena berkeyakinan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan pemberian oralit atau cairan rumah tangga pada anak yang sedang diare. Saya juga menjamin bahwa penelitian ini tidak memiliki resiko yang membahayakan Ibu.

Apabila Bapak/Ibu bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian saya ini, silahkan Bapak/Ibu menandatangani persetujuan menjadi subyek penelitian.

Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Malang,

.....2013

Mengetahui,

Pembimbing I

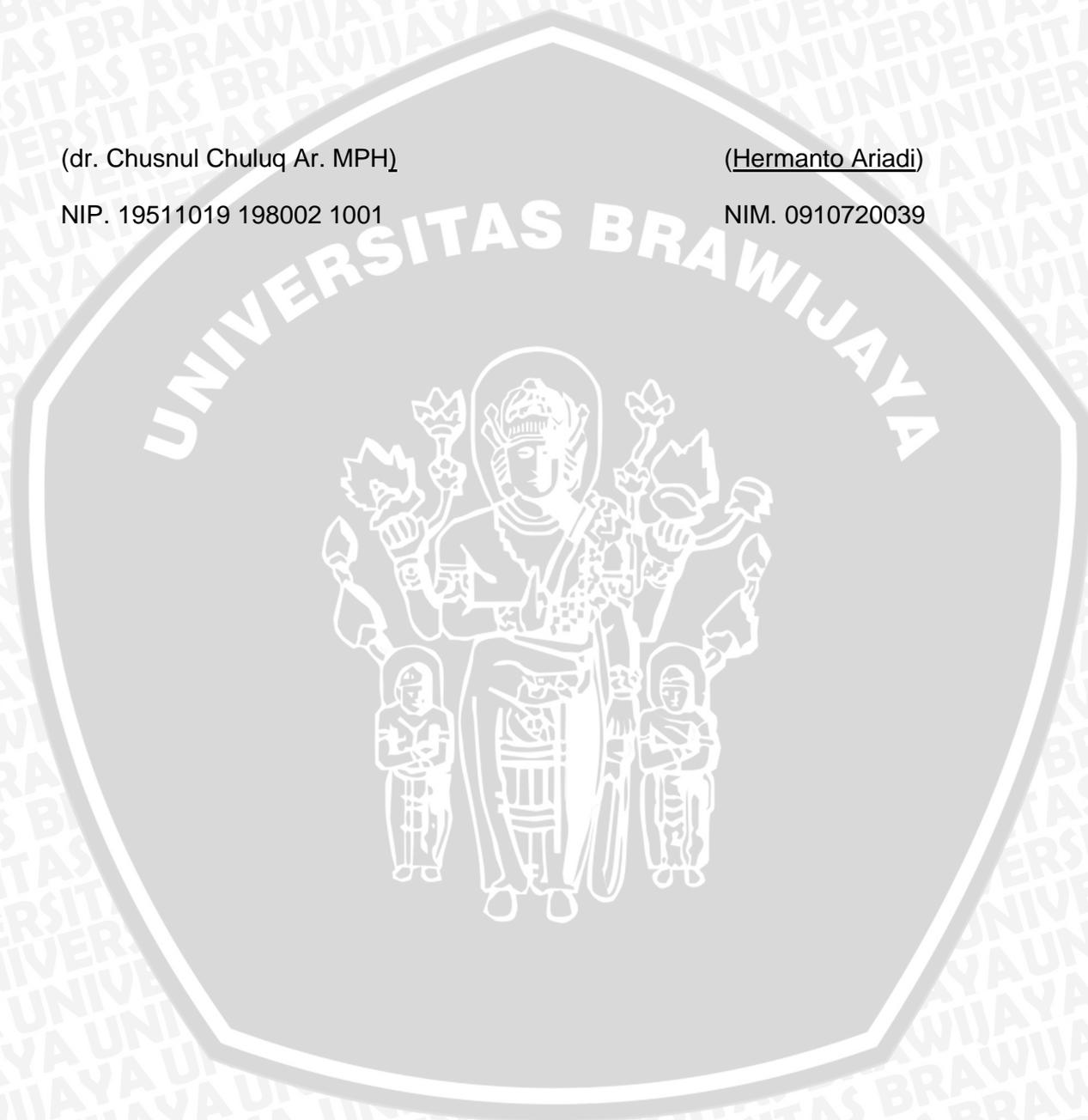
Peneliti

(dr. Chusnul Chuluq Ar. MPH)

(Hermanto Ariadi)

NIP. 19511019 198002 1001

NIM. 0910720039



**Pernyataan Persetujuan untuk
Berpartisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang tujuan, manfaat, prosedur dan resiko yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia / tidak bersedia*) untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul "hubungan pengetahuan dan sikap ibu balita diare dengan pemberian oralit dan atau cairan rumah tangga terhadap kejadian diare di Kecamatan Kepanjen Malang".



Malang,2013

Peneliti
pernyataan

Saksi,

Yang membuat

(Hermanto Ariadi) (.....)
(.....)

NIM.0910720039





PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Hermanto Ariadi mahasiswa Jurusan keperawatan fakultas Kedokteran universitas Brawijaya malang, dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul hubungan pengetahuan dan sikap ibu balita diare dengan pemberian oralit dan atau cairan rumah tangga terhadap kejadian diare di kecamatan Kepanjen Malang.
2. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui adanya hubungan pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita yang sedang atau pernah diare dengan perilaku pemberian oralit. Penelitian ini akan berlangsung selama 15 menit/responden. Dengan sampel ibu balita diare, dengan jumlah responden sebanyak 52 orang yang akan diambil dengan cara *purposive sampling* dan sesuai dengan kriteria inklusi.
3. Prosedur pelaksanaannya adalah dengan menjawab kuisisioner dan simulasi tentang pembuatan oralit dan larutan gula-garam.
4. Keuntungan yang ibu peroleh dengan keikutsertaan ibu adalah ibu mengerti pembuatan oralit/LGG serta manfaatnya. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif terhadap status kesehatan ibu.
5. Seandainya ibu tidak menyetujui cara ini maka ibu dapat memilih tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu ibu tidak akan dikenai sanksi apapun
6. Nama dan jati diri ibu akan tetap saya rahasiakan

Peneliti,

(Hermanto Ariadi)

NIM.0910720039

KUISIONER

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU BALITA DENGAN PERILAKU PEMBERIAN ORALIT DAN ATAU CAIRAN RUMAH TANGGA PADA BALITA DIARE DI KECAMATAN KEPANJEN MALANG

Tujuan :

Kuisisioner ini dibuat untuk penelitian dengan judul: "Hubungan Pengetahuan dan Sikap ibu balita dengan Perilaku pemberian oralit dan atau cairan rumah tangga pada balita diare di Kecamatan Kepanjen Malang".

A. Data Demografi/Identitas:

1. No Responden :
2. Inisial Responden : Ny.
3. Umur :Tahun
4. Pendidikan Terakhir : TIDAK SEKOLAH/SD/SMP/SMA/DIPLOMA/S1*)
(Yang ditamatkan)
5. Pekerjaan :
6. Nama Balita :
7. Umur Balita :Bulan → Anak ke :

B. Kuesioner Pengetahuan Responden - Centang (✓) pada huruf B bila pernyataan ibu anggap Benar atau Centang (✓) pada huruf S bila ibu anggap Salah

No	Pernyataan	B	S
I. Pengetahuan tentang Diare:			
1	Diare adalah buang air besar yang tinja (kotoran) –cair/encer lebih dari 3 x sehari		
2	Diare tsb bisa terjadi karena adanya bibit penyakit atau kuman dalam makanannya		
3	Diare tsb bisa terjadi karena adanya bibit penyakit atau kuman dalam air minumnya		
4	Diare tsb bisa terjadi karena anak tidak cuci tangan (pakai sabun) kalau memegang makanan yang dimakan.		
5	Diare adalah penyakit menular atau bisa ditularkan kpd orang lain		

6	Diare adalah penyakit yang menyebabkan anak kehilangan banyak cairan sehingga dehidrasi (kurang cairan)		
7	Mencuci tangan dengan sabun sampai bersih setiap kali menolong dan atau memegang pakaian anak yang diare		
II. Tanda-tanda kurang cairan pada anak diare adalah			
8	Rewel atau gelisah (tidak tenang)		
9	Mata cowong atau cekung		
10	Tampak haus dan bibir kering		
11	Tampak lemah sampai lemas		
III. Pertolongan pertama kepada anak yang mengalami kekurangan cairan karena diare adalah			
12	Memberikan cairan Oralit atau Larutan Gula Garam (LGG)		
13	Dengan ukuran satu takaran Oralit untuk anak atau LGG takaran anak		
14	Diberikan setiap kali anak berak diare (cair)		

C. Kuesioner Sikap Responden - Centang (√) pada huruf S bila pernyataan ibu anggap Setuju atau Centang (√) pada huruf TS bila ibu anggap Tidak Setuju

No	Pernyataan	S	TS
1	Anak diare segera diberikan cairan oralit atau LGG		
2	Cairan oralit atau LGG diberikan sedikit-sedikit dengan sendok sampai habis		
3	Anak diare segera dibawa ke Puskesmas atau Tempat Pelayanan Kesehatan terdekat bila diminumi oralit atau LGG dimuntahkan (airnya tidak bisa masuk)		
4	Tidak boleh mengobati anak diare dengan obat-obat diare yang dibeli sendiri di toko, warung atau apotik		
5	Tidak boleh memberikan susu sebagai pengganti cairan oralit atau LGG pada anak yang mengalami berak diare		

**LEMBAR CEK LIST PENELITIAN TENTANG
HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU BALITA DENGAN PERILAKU
PEMBERIAN ORALIT DAN ATAU CAIRAN RUMAH TANGGA PADA BALITA
DIARE DI KECAMATAN KEPANJEN MALANG**

A. Perlengkapan:

1. Ember seolah berisi Air untuk pencuci tangan sebelum membuat oralit
2. Air yang sudah dimasak (Rumah Tangga) atau Aqua (Air Pabrikan)
3. Oralit takaran anak (berbagai rasa)
4. Gelas ukuran wajar (200 ml) – gelas ukuran rumah tangga umumnya
5. Gula Pasir Halus dalam wadah
6. Garam Halus dalam wadah
7. Sendok teh
8. Sendok Plastik Kecil untuk meminumkan cairan kepada anak diare
9. Tempat sampah
10. Gunting pembuka oralit

B. Lembar Ceck list Observasi pembuatan Oralit dan Cairan Rumah Tangga (LGG)

No	Pelaksanaan Simulasi	Yang Dilakukan	Yg Tidak Dilakukan
A.	Pembuatan Cairan Oralit untuk anak diare		
1.	Responden mencuci tangan lebih dahulu		
2.	Ambil gelas wajar yang tersedia		
3.	Isi gelas tersebut dengan air masak yang tersedia sampai hampir penuh		
4.	Ambil sebungkus oralit anak (berbagai rasa)		
5.	Buka oralit dengan gunting/disobek dan tuangkan ke dalam gelas yang berisi air tadi		
6.	Aduk dengan sendok sampai larut atau sampai tidak ada endapan bubuk oralit lagi		
7	Berikan kepada anak diare dengan sendok plastik atau sendok lain secara sedikit demi sedikit kedalam mulut anak		
8	Bila setiap kali diberikan oralit dimuntahkan, segera membawanya ke Pelayanan Kesehatan Terdekat		

No	Pelaksanaan Simulasi	Yang Dilakukan	Yg Tidak Dilakukan
B	Larutan Gula Garam		
1.	Responden mencuci tangan lebih dahulu		
2.	Ambil gelas wajar yang tersedia		
3.	Isi gelas tersebut dengan air masak yang tersedia sampai hampir penuh		
4.	Ambil gula halus satu sendok teh peres masukkan kedalam gelas berisi air tadi		
5.	Ambil garam halus sepucuk sendok teh dan masukkan kedalam gelas yang berisi air dan gula tadi		
6.	Aduk dengan sendok sampai larut atau sampai tidak ada endapan bubuk gula dan garamnya		
7.	Berikan kepada anak diare dengan sendok plastik atau sendok lain secara sedikit demi sedikit kedalam mulut anak		
8.	Bila setiap kali diberikan oralit dimuntahkan, segera membawanya ke Pelayanan Kesehatan Terdekat		



Lampiran 3 Uji Validitas Quisioner Pengetahuan

Correlations

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Total
Q1	Pearson Correlation	1	1.000**	.690**	-.187	.087	-.187	-.187	-.187	.671**	.671**	1.000**	-.187	1.000**	-.187	.576**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.404	.700	.404	.404	.404	.001	.001	.000	.404	.000	.404	.005
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q2	Pearson Correlation	1.000**	1	.690**	-.187	.087	-.187	-.187	-.187	.671**	.671**	1.000**	-.187	1.000**	-.187	.576**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.404	.700	.404	.404	.404	.001	.001	.000	.404	.000	.404	.005
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q3	Pearson Correlation	.690**	.690**	1	.582**	.424*	.582**	.582**	.582**	.463*	.463*	.690**	.582**	.690**	.582**	.967**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.005	.049	.005	.005	.005	.030	.030	.000	.005	.000	.005	.000
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q4	Pearson Correlation	-.187	-.187	.582**	1	.478*	1.000**	1.000**	1.000**	-.126	-.126	-.187	1.000**	-.187	1.000**	.665**
	Sig. (2-tailed)	.404	.404	.005		.025	.000	.000	.000	.577	.577	.404	.000	.404	.000	.001
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q5	Pearson Correlation	.087	.087	.424*	.478*	1	.478*	.478*	.478*	.380	.380	.087	.478*	.087	.478*	.611**
	Sig. (2-tailed)	.700	.700	.049	.025		.025	.025	.025	.081	.081	.700	.025	.700	.025	.003
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q6	Pearson Correlation	-.187	-.187	.582**	1.000**	.478*	1	1.000**	1.000**	-.126	-.126	-.187	1.000**	-.187	1.000**	.665**
	Sig. (2-tailed)	.404	.404	.005	.000	.025		.000	.000	.577	.577	.404	.000	.404	.000	.001
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q7	Pearson Correlation	-.187	-.187	.582**	1.000**	.478*	1.000**	1	1.000**	-.126	-.126	-.187	1.000**	-.187	1.000**	.665**
	Sig. (2-tailed)	.404	.404	.005	.000	.025	.000		.000	.577	.577	.404	.000	.404	.000	.001
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q8	Pearson Correlation	-.187	-.187	.582**	1.000**	.478*	1.000**	1.000**	1	-.126	-.126	-.187	1.000**	-.187	1.000**	.665**
	Sig. (2-tailed)	.404	.404	.005	.000	.025	.000	.000		.577	.577	.404	.000	.404	.000	.001
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q9	Pearson Correlation	.671**	.671**	.463*	-.126	.380	-.126	-.126	-.126	1	1.000**	.671**	-.126	.671**	-.126	.529*

	Sig. (2-tailed)	.001	.001	.030	.577	.081	.577	.577	.577	.000	.001	.577	.001	.577	.011	
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	
Q10	Pearson Correlation	.671**	.671**	.463*	-.126	.380	-.126	-.126	-.126	1.000**	1	.671**	-.126	.671**	-.126	.529*
	Sig. (2-tailed)	.001	.001	.030	.577	.081	.577	.577	.577	.000		.001	.577	.001	.577	.011
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q11	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.690**	-.187	.087	-.187	-.187	-.187	.671**	.671**	1	-.187	1.000**	-.187	.576**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.404	.700	.404	.404	.404	.001	.001		.404	.000	.404	.005
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q12	Pearson Correlation	-.187	-.187	.582**	1.000**	.478*	1.000**	1.000**	1.000**	-.126	-.126	-.187	1	-.187	1.000**	.665**
	Sig. (2-tailed)	.404	.404	.005	.000	.025	.000	.000	.000	.577	.577	.404		.404	.000	.001
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q13	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.690**	-.187	.087	-.187	-.187	-.187	.671**	.671**	1.000**	-.187	1	-.187	.576**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.404	.700	.404	.404	.404	.001	.001	.000	.404		.404	.005
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Q14	Pearson Correlation	-.187	-.187	.582**	1.000**	.478*	1.000**	1.000**	1.000**	-.126	-.126	-.187	1.000**	-.187	1	.665**
	Sig. (2-tailed)	.404	.404	.005	.000	.025	.000	.000	.000	.577	.577	.404	.000	.404		.001
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Total	Pearson Correlation	.576**	.576**	.967**	.665**	.611**	.665**	.665**	.665**	.529*	.529*	.576**	.665**	.576**	.665**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.000	.001	.003	.001	.001	.001	.011	.011	.005	.001	.005	.001	
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

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

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

Lampiran 4 Uji Validitas Kuisisioner Sikap

		Correlations					
		Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Total_2
Q15	Pearson Correlation	1	.796**	.500*	.500*	.500*	.780**
	Sig. (2-tailed)		.000	.018	.018	.018	.000
	N	22	22	22	22	22	22
Q16	Pearson Correlation	.796**	1	.671**	.671**	.671**	.906**
	Sig. (2-tailed)	.000		.001	.001	.001	.000
	N	22	22	22	22	22	22
Q17	Pearson Correlation	.500*	.671**	1	1.000**	.389	.872**
	Sig. (2-tailed)	.018	.001		.000	.074	.000
	N	22	22	22	22	22	22
Q18	Pearson Correlation	.500*	.671**	1.000**	1	.389	.872**
	Sig. (2-tailed)	.018	.001	.000		.074	.000
	N	22	22	22	22	22	22
Q19	Pearson Correlation	.500*	.671**	.389	.389	1	.712**
	Sig. (2-tailed)	.018	.001	.074	.074		.000
	N	22	22	22	22	22	22
Total_2	Pearson Correlation	.780**	.906**	.872**	.872**	.712**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	22	22	22	22	22	22

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

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

Lampiran 6 Uji Statistik Analisa Bivariat

1. Uji Statistik Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pemberian Oralit

tau_2 * Pemberian_Oralit Crosstabulation

			Pemberian_Oralit		Total
			Memberikan	Tidak	
tau_2	Baik	Count	18	21	39
		Expected Count	15.3	23.7	39.0
		% of Total	35.3%	41.2%	76.5%
	Sedang + Rendah	Count	2	10	12
		Expected Count	4.7	7.3	12.0
		% of Total	3.9%	19.6%	23.5%
Total		Count	20	31	51
		Expected Count	20.0	31.0	51.0
		% of Total	39.2%	60.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.347 ^a	1	.067		
Continuity Correction ^b	2.225	1	.136		
Likelihood Ratio	3.662	1	.056		
Fisher's Exact Test				.095	.065
Linear-by-Linear Association	3.282	1	.070		
N of Valid Cases ^b	51				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,71.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Uji Statistik Hubungan Pengetahuan dengan Pemberian Cairan Rumah Tangga

tau_2 * Cairan_RT Crosstabulation

			Cairan_RT		Total
			Memberikan	Tidak/salah	
tau_2	Baik	Count	17	22	39
		Expected Count	16.8	22.2	39.0
		% of Total	33.3%	43.1%	76.5%
	Sedang + Rendah	Count	5	7	12
		Expected Count	5.2	6.8	12.0
		% of Total	9.8%	13.7%	23.5%
Total		Count	22	29	51
		Expected Count	22.0	29.0	51.0
		% of Total	43.1%	56.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.014 ^a	1	.906		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.014	1	.906		
Fisher's Exact Test				1.000	.588
Linear-by-Linear Association	.014	1	.907		
N of Valid Cases ^b	51				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,18.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Uji Statistik Hubungan Sikap dengan Perilaku Pemberian Oralit

Sikap_2 * Pemberian_Oralit Crosstabulation

			Pemberian_Oralit		Total
			Memberikan	Tidak	
Sikap_2	Setuju	Count	11	17	28
		Expected Count	11.0	17.0	28.0
		% of Total	21.6%	33.3%	54.9%
	Tidak Setuju	Count	9	14	23
		Expected Count	9.0	14.0	23.0
		% of Total	17.6%	27.5%	45.1%
Total		Count	20	31	51
		Expected Count	20.0	31.0	51.0
		% of Total	39.2%	60.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^a	1	.991		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	.991		
Fisher's Exact Test				1.000	.610
Linear-by-Linear Association	.000	1	.991		
N of Valid Cases ^b	51				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,02.

b. Computed only for a 2x2 table

4. Uji Statistik Hubungan Sikap dengan Pemberian Cairan Rumah Tangga

Sikap_2 * Cairan_RT Crosstabulation

			Cairan_RT		Total
			Memberikan	Tidak/salah	
Sikap_2	Setuju	Count	11	17	28
		Expected Count	12.1	15.9	28.0
		% of Total	21.6%	33.3%	54.9%
	Tidak Setuju	Count	11	12	23
		Expected Count	9.9	13.1	23.0
		% of Total	21.6%	23.5%	45.1%
Total		Count	22	29	51
		Expected Count	22.0	29.0	51.0
		% of Total	43.1%	56.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.375 ^a	1	.540		
Continuity Correction ^b	.108	1	.742		
Likelihood Ratio	.375	1	.540		
Fisher's Exact Test				.581	.371
Linear-by-Linear Association	.368	1	.544		
N of Valid Cases ^b	51				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,92.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 7

CURRICULUM VITAE



Nama : Hermanto Ariadi
NIM : 0910720039
Jenis kelamin : Pria
Tempat tanggal lahir : Malang, 08 Mei 1990
Alamat asal : Jl. Lawu RT 05 RW 05 Kepanjen Kab. Malang
HP : 085815225019
Email : herman_8590@yahoo.co.id

Riwayat pendidikan :

1. TK Muslimat III Sukun Kepanjen
2. MI IMAMI Kepanjen
3. MTs Miftahul Huda Mojosari Kepanjen
4. SMA Negeri 1 Kepanjen
5. S1 PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Riwayat Pendidikan Non Formal

1. Pondok Pesantren Miftahul Huda Kepanjen
2. Madrasah Diniyah Pondok Pesantren Syarif Hidayatullah Kepanjen