

Kode>Nama Rumpun Ilmu: 371 / Ilmu Keperawatan

PENELITIAN UNGGULAN



**EFEKTIVITAS MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN, KERJASAMA,
DAN PEMBERDAYAAN TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PERILAKU IBU BALITA DAN KADER POSYANDU UNTUK
PENANGGULANGAN DIARE PADA ANAK BALITA
DI KOTA BANDUNG**

**Ketua: Dr. Riswani Tanjung, SKM, M. Kep, Ns, Sp. Kom / NIP. 196712101990032004
Anggota 1: Hj. Henny Cahyaningsih, S. Kp, M. Kes AIFO / NIP. 196308131986032001
Anggota 2: Sofi Februanty, S. Kp, M. Kep/NIP. 198202062002122002**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN BANDUNG
JURUSAN KEPERAWATAN BANDUNG
NOVEMBER, 2018**

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR PENGESAHAN	i
DAFTAR ISI	ii
RINGKASAN	iii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan.....	3
1.4. Manfaat.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1. Diare	5
2.2. Model Penta Jaya.....	8
BAB 3 METODE PENELITIAN	16
3.1. Kerangka Konsep	16
3.2. Definisi Operasional	17
3.3. Hipotesis Penelitian	18
3.4. Desain Penelitian	20
3.5. Tempat dan Waktu.....	21
3.6. Etika penelitian	21
3.7. Alat Pengumpulan Data.....	22
3.8. Prosedur Pengumpulan Data.....	23
3.9. Pengolahan Data dan Analisa Data	23
Bab 4 HASIL PENELITIAN	24
4.1. Hasil Uji Kesetaraan	24
4.2. Perbedaan Rata-Rata Nilai Pre Test dan Post Test.....	26
4.3. Hasil Pelatihan Kader Posyandu.....	26
4.4. Hasil Pemantauan dan Evaluasi.....	27
4.5. Rerata dan selisih pengetahuan, sikap dan perilaku	28
DAFTAR PUSTAKA	30
Bab 5 BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	32
A. Biaya Penelitian	32
B. Jadwal Penelitian	32

Abstrak

Masalah diare pada anak usia balita masih menjadi prioritas di beberapa daerah di Indonesia yang harus dicarikan solusinya. Solusi yang tepat dalam mengatasi masalah diare dapat dicari dengan melakukan penelitian-penelitian, diantaranya mencari Model yang tepat dalam mengatasi masalah diare. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan masalah Diare pada Anak Balita di Kota Bandung. Tujuan khusus dari penelitian ini untuk menganalisis tentang: 1) Efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung. 2) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap sikap ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung. 3) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung. 4) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap kejadian diare di Kota Bandung. 5) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung. Desain yang digunakan adalah *quasi experiment* dengan besar sampel 92 (46 kelompok intervensi dan 46 kelompok kontrol). Penelitian dilakukan di dua tempat yaitu Kota Bandung dan Kota Tasikmalaya. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan intervensi. Kegiatan yang dilakukan pada Model Penta Jaya adalah pendidikan kesehatan terhadap ibu dari anak balita, pemberdayaan keluarga yang sudah diberikan pendidikan kesehatan, kerjasama antara ibu dari anak balita dengan kader posyandu dalam pemantauan dan evaluasi serta motivasi. Data dianalisis dengan Chi Square, regresi logistik dan uji t. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Kota Bandung, Model Penta Jaya dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dari anak balita yang pada akhirnya dapat menurunkan frekwensi diare pada anak balita. Disarankan kepada petugas puskesmas agar menggunakan Model Penta Jaya dalam mengatasi masalah diare pada anak balita di masyarakat.

Kata kunci: Balita, Diare, Model Penta Jaya

Daftar pustaka: 21 (2006-2016)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Anak balita merupakan populasi berisiko terhadap masalah kesehatan. Masalah kesehatan yang sering dialami anak balita salah satunya adalah penyakit diare. Anak balita sering mengalami diare karena ibu balita kurang memahami antara lain, tentang kebersihan, asupan makanan dan pola asuh (Sukut & Arif, 2015, Katie, 2016). Prevalensi anak balita diare di Indonesia dan khususnya di Jawa Barat relatif cukup banyak (Unicef, 2015, Pertiwi, Nugraha & Inayah, 2017).

Kejadian diare di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Depkes RI, 2013) jumlahnya cukup besar dan menyebabkan kematian anak balita setiap tahun sebesar 162.000 orang (25,2%) serta jumlah anak balita yang meninggal setiap hari sebesar 460 balita. Hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) di Indonesia menunjukkan diare merupakan penyebab kematian nomor 2 pada balita. Hasil penelitian Kemenkes (2015), menemukan anak balita di Indonesia setiap tahun relatif mengalami diare sebanyak 1,6-2 kali dalam setahun (Kemenkes RI, Christy, 2015).

Berdasarkan hasil survei (2016) di Jawa Barat ditemukan angka Case Fatality Rate pada tahun 2015 adalah sebesar 2,47 % dan pada tahun 2016 sebesar 3,04 %. Prevalensi anak balita yang menderita diare dari tahun ke tahun menunjukkan adanya peningkatan, walaupun sudah diupayakan dengan promosi kesehatan oleh Departemen Kesehatan, akan tetapi angka kesakitan balita diare dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan (Nendya & Desyanti, 2017, Ainsyah & Lusno, 2018).

Sehubungan dengan hal ini perlu diupayakan metode promosi kesehatan antara lain dengan: Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama dan Pemberdayaan terhadap Ibu Balita dan Kader Posyandu dalam Penanggulangan Masalah Diare (Model Penta Jaya).

Selama ini Pendidikan Kesehatan yang diberikan oleh Departemen Kesehatan untuk ibu balita di Indonesia dengan metode ceramah dengan komunikasi satu arah, materi yang diberikan sulit dipahami ibu balita yang pendidikannya relatif rendah. Demikian

pula halnya kader posyandu belum pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan diare. Materi yang diberikan tidak dapat mengoptimalkan kemampuan ibu balita tentang asupan diare yang berkualitas untuk balita dan kebersihan dalam pemberian asupan diare tersebut. Metode pendidikan kesehatan yang diberikan Departemen Kesehatan tidak efektif dan tidak ada kerjasama antara kader Kesehatan untuk semua kalangan dengan pendidikan yang berbeda. Metode pendidikan kesehatan yang diberikan belum menunjukkan komunikasi dua arah (Engle, Johanson, 2012).

Demikian pula halnya pada metode ceramah tersebut tidak diberikan tentang pentingnya kerjasama antara kader posyandu dengan ibu balita dalam upaya mencegah terjadinya diare pada balita. Kerjasama antara kader posyandu dan ibu balita dalam pemantauan belum pernah dilakukan. Oleh karena itu perlu diupayakan metode pendidikan kesehatan yang dapat meningkatkan kemampuan ibu balita agar dapat mencegah diare pada balita dan dapat bekerjasama dengan kader posyandu antara lain dengan Model Penta Jaya.

Model Penta Jaya kemungkinan lebih efektif karena berisi kegiatan Pendidikan Kesehatan yang diberikan kepada ibu balita dan kader posyandu dalam mengatasi masalah diare. Metode pendidikan kesehatan yang diberikan menggunakan pemberian materi, *role play* dan praktikum. Materi pendidikan kesehatan berisi tentang kebersihan, pemberian makan dan pola asuh. Pendidikan kesehatan yang diberikan menekankan kepada preventif. Kerjasama antara kader posyandu dan ibu balita dalam melaksanakan pendampingan terhadap keluarga anak balita penderita diare (Fritschel, 2014, Snetselaar, 2015).

Setelah diberikan materi tentang Model Penta Jaya yang berisi materi pendidikan kesehatan tentang kebersihan, pola makan dan pola asuh serta kerjasama antara ibu balita dengan kader posyandu, selanjutnya masing-masing ibu balita dan kader posyandu mempraktekkan materi pelatihan agar ibu balita dan kader posyandu memahami tentang Model Penta Jaya (rincian Model Penta Jaya terdapat pada lampiran 3). Hasil akhir yang diharapkan dari Model Penta Jaya adalah peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita dan kader posyandu serta penurunan frekwensi penderita diare dalam 3 bulan terakhir.

Sebelum diberikan perlakuan Model Penta Jaya kepada ibu balita dan kader Posyandu, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas Model Penta Jaya kepada ibu balita dan kader Posyandu dengan jumlah sampel terbatas.

Sehubungan dengan uraian pada latar belakang sebelumnya, maka dilakukan penelitian tentang: Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk Menurunkan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang sebelumnya, dapat diidentifikasi permasalahan sebagai berikut:

- 1) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung ?
- 2) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap sikap dan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung ?
- 3) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung ?
- 4) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap kejadian diare pada anak balita di Kota Bandung ?
- 5) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Berdasarkan rumusan masalah, tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis tentang: Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan masalah Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini untuk menganalisis tentang :

- 1) Efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 2) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap sikap dan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 3) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 4) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap kejadian diare di Kota Bandung
- 5) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

1.4. Manfaat

1.4.1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Agar perawat komunitas di Puskesmas dapat memberikan penyuluhan tentang intervensi Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu Dalam Penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

1.4.2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini merupakan cara baru dalam keperawatan untuk intervensi Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu Dalam Penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

1.4.3. Kebijakan Kesehatan

Agar pengambil kebijakan kesehatan dapat menerapkan intervensi Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu Dalam Penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. Diare

2.1.1. Pengertian Diare

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan bentuk tinja cair atau setengah cair, dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya (Pujiadi, 2009). Diare adalah sebuah penyakit di saat tinja atau feses berubah menjadi lembek atau cair yang biasanya terjadi paling sedikit tiga kali dalam 24 jam.

2.1.2. Penyebab Diare

Penyebab diare adalah infeksi, diantaranya:

- 1) Bakteri, Cacing perut (ascaris, trichuris)
- 2) Malabsorpsi: karbohidrat (intoleransi laktosa), lemak atau protein
- 3) Alergi: alergi makanan, keracunan
- 4) Immunodefisiensi/immunosupresi (kekebalan menurun): aids dll
- 5) Sebab-sebab lain: faktor lingkungan dan perilaku, psikologi : rasa takut dan cemas (Putranto, Setiawaty & Pratiwi 2014, Cruz, Lorenzetti & Almeida, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Khalili di Iran tahun 2016, pada 172 anak balita dengan metode cross sectional, menemukan peningkatan risiko rawat inap pasien diare akut disebabkan oleh adanya darah dalam tinja (34 %). Selain itu, ditemukan juga risiko diare yaitu dehidrasi, ASI yang diberikan kurang dari 6 bulan (45%). Hal lain risiko diare adalah kurangnya akses terhadap air bersih dan mempunyai hewan peliharaan (26 %). Khalili juga menjelaskan bahwa salah satu faktor risiko yang menyebabkan pasien diare dirawat di rumah sakit di negara berkembang adalah tingkat pendidikan yang rendah (22 %) dan tingkat pengetahuan ibu yang rendah (36 %) serta tindakan pencegahan yang dilakukan orang tua yang rendah terhadap diare (78%). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilakukan pendidikan kesehatan terhadap ibu balita tentang kebersihan dan tindakan pencegahan untuk mengatasi masalah diare.

2.1.3. Tanda dan Gejala Diare

Menurut Sodikin (2015), beberapa tanda dan gejala pada kasus gastroenteritis, antara lain: anak balita menjadi cengeng, rewel, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan

berkurang atau tidak ada, feses makin cair, mungkin mengandung darah dan atau lendir, Warna feses berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu, muntah baik sebelum maupun sesudah diare, terdapat gejala dan tanda dehidrasi yaitu ubun-ubun besar cekung pada bayi, tonus otot dan turgor kulit berkurang, selaput lendir pada mulut dan bibir terlihat kering, berat badan menurun, pucat, lemah.

2.1.4. Jenis Diare

- 1) Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari.
- 2) Disentri, yaitu diare yang disertai darah didalam tinjanya
- 3) Diare kronik, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari secara terus menerus

Hasil penelitian Palancoi (2014), terhadap 128 orang ibu balita dengan metoda cross sectional menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang diare 56 % masih kurang baik. Hasil penelitian ini juga membuktikan bahwa ada hubungan pengetahuan tentang diare dan lingkungan dengan kejadian diare p value = 0,02 (<0,05). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilakukan peningkatan pengetahuan ibu tentang diare dan peningkatan kesehatan lingkungan.

Hasil penelitian Megasari dan Wardani (2014) terhadap 144 orang ibu balita dengan metoda cross sectional menunjukkan bahwa ada hubungan pengetahuan dan perilaku ibu tentang diare (p value = 0,03 (< 0,05). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan peningkatan pengetahuan ibu agar dapat meningkatkan perilaku ibu tentang diare.

2.1.5. Perawatan Diare

Hasil penelitian Rane S (2017), terhadap 78 orang ibu balita dengan metoda cross sectional menunjukkan bahwa perawatan yang dilakukan ibu terhadap anak yang mengalami diare masih kurang baik (72%). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilaksanakan pendidikan kesehatan dengan metode role play tentang perawatan kesehatan

Hasil penelitian Keeney dan Morris (2015), terhadap 124 orang ibu balita dengan metoda case control menunjukkan mengatakan bahwa sikap ibu terhadap diare 60 % masih

rendah. Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilakukan pendidikan kesehatan tentang diare untuk meningkatkan sikap ibu balita.

Perawatan diare terdiri dari:

- 1) Istirahat yang cukup
- 2) Berikan cairan yang cukup & diare yang cukup.
- 3) Hitung jumlah cairan yang masuk melalui mulut untuk mengganti cairan yang hilang.
Kebutuhan cairan usia balita = 1500 ml
- 4) Memakai baju hangat dan kaos kaki
- 5) Dibalur kayu putih setelah mandi dan pada malam hari
- 6) Lingkungan rumah yang dapat mencegah diare: pencahayaan cukup, ventilasi cukup, rumah tidak lembab, bersih, hindari debu.
- 7) Pelihara rumah tetap bersih baik didalam maupun di luar rumah
- 8) Mengunjungi pelayanan kesehatan untuk perawatan dan pengobatan diare

2.1.6. Akibat Diare

Akibat diare dapat menyebabkan dehidrasi. Dehidrasi memiliki konsekuensi yang fatal dan berpotensi merenggut nyawa penderita, terutama jika terjadi pada anak-anak. Hal ini karena ketahanan tubuh anak-anak terhadap dehidrasi jauh lebih rendah dibandingkan orang dewasa. Orang tua disarankan untuk mewaspadaai tanda-tanda dehidrasi pada anak. Penderita juga disarankan untuk meminum banyak cairan selama diare masih berlangsung. Jika diare tidak diatasi dapat menyebabkan dehidrasi berat dan dapat terjadi kematian (Stevenson, Kent, Burroug at.all, 2013).

2.1.7. Pencegahan Diare

- 1) Pemberian ASI
- 2) Pemberian MP-ASI (makanan pendamping ASI)
- 3) Penggunaan air yang bersih
- 4) Mencuci tangan
- 5) Menggunakan jamban yang bersih
- 6) Membuang tinja dengan benar.

Penelitian yang dilakukan oleh Meliyanti (2014), terhadap 159 ibu balita dengan metoda cross sectional, menunjukkan bahwa ada hubungan informasi kesehatan deng kejadian

diare ($p \text{ value} < 0,001$). Ada hubungan antara cara pemberian makan dengan kejadian diare ($p \text{ value} < 0,000$). Ada hubungan antara ketersediaan jamban dengan kejadian diare ($p \text{ value} < 0,00$). Sehubungan dengan hal ini, peneliti menyarankan perlu pemberian informasi terhadap ibu balita tentang pola makan, pola asuh dan kebersihan.

Sifat sehat anak perlu dikembangkan untuk mencegah diare. Sifat sehat anak tersebut diare terdiri dari:

- 1) Mandi 2 kali sehari.
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah makan.
- 3) Makan teratur 3 kali sehari.

Hasil penelitian Davis dan Cava (2015), terhadap 65 responden ibu balita dengan metode eksperimen membuktikan bahwa terdapat pengaruh edukasi terhadap perilaku pemberian makan anak usia 12-24 bulan ($p < 0,05$) dan terdapat pengaruh edukasi terhadap sikap ibu dalam kebersihan anak usia 12-24 bulan ($p < 0,05$). Pengetahuan sangat berpengaruh terhadap tindakan yang dilakukan. Perilaku kebersihan yang dilakukan ibu membutuhkan pengetahuan yang baik. Peneliti menyarankan perlu adanya pemberian informasi praktis mengenai perilaku kebersihan.

2.2. Model Penta Jaya

2.2.1. Pendidikan Kesehatan Berdasarkan Health Belief Model

Pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan dari perawat kepada kelompok (Azwar, 2014). Pendidikan kesehatan merupakan penunjang semua program kesehatan masyarakat, oleh sebab itu diperlukan pada semua program kesehatan masyarakat. Model pendidikan kesehatan yang dilakukan pada penelitian ini adalah Health Belief. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan Health Belief Model mengemukakan persepsi seseorang terhadap suatu masalah, keadaan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan. Health Belief Model, dapat digunakan agar individu, kelompok maupun masyarakat mengambil keputusan untuk mulai bertindak mengatasi masalah kesehatannya (Helvie, 2014).

Menurut Glanz (2015), individu, kelompok maupun masyarakat bertindak mengatasi masalah kesehatannya karena termotivasi oleh:

- 1) Kepekaan yang dirasakan terhadap penyakit

Seseorang bertindak untuk mencegah penyakitnya jika ia merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut. Tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia dan keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

2) Keparahan penyakit yang dirasakan

Tindakan individu untuk mencari perawatan dan pencegahan penyakit akan didorong oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu dan kelompok.

3) Manfaat-manfaat yang dirasakan untuk mentaati tindakan-tindakan yang diusulkan

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap serius, ia akan melakukan tindakan tertentu. Tindakan ini tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan didalam melakukan tindakan tersebut. Persepsi terhadap penghalang atau rintangan untuk mengambil tindakan antara lain ketakutan, biaya, sakit, malu dan tidak menyenangkan.

Beberapa faktor dari tindakan dapat memodifikasi perilaku seperti mengidentifikasi gejala-gejala. Mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor external. Faktor-faktor tersebut, misalnya pesan-pesan media massa, nasihat atau anjuran petugas kesehatan, anggota keluarga atau anggota keluarga lain yang sedang sakit sehingga masyarakat melakukan upaya pencegahan timbulnya masalah kesehatan

2.2.2. Kerjasama

Kerjasama adalah hubungan antara dua pihak atau lebih yang memberikan manfaat atau menguntungkan untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing (Maurer, 2015). Kerjasama adalah kegiatan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih yang berinteraksi dan saling mempengaruhi kearah tujuan bersama (Allender, 2016). Kerjasama dapat disimpulkan sebagai kegiatan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing.

Menurut Helvie (2015), kerjasama dapat dibangun dengan cara:

1) Identifikasi peluang-peluang/kemungkinan-kemungkinan

Setiap pihak harus memahami benar begitu luas bidang garapan, begitu banyak peluang yang ada, oleh karena itu dalam membangun kerjasama harus kaya dengan pemikiran dan gagasan-gagasan yang baru. Hal ini berkaitan dengan sumber-sumber daya yang dimiliki keluarga dan yang tersedia di masyarakat.

2) Identifikasi jaringan kerja yang potensial

Keyakinan dasar dari identifikasi jaringan yang potensial, ialah lebih baik merangkul untuk bekerjasama daripada memutuskan kerjasama. Akses ke semua calon jaringan dilakukan sedapat mungkin. Hal ini dapat diwujudkan berupa kerjasama dengan kader posyandu, tenaga yang dapat membantu di masyarakat. Misalnya: Ibu-ibu PKK dapat kita libatkan, selain posyandu atau ada LSM yang dapat berperan.

3) Memilih jaringan yang cocok

Jaringan kerja dapat dipilih dengan mempertimbangkan secara seksama faktor resiko yang mungkin dihadapi. Hal ini dapat diwujudkan dengan memilih jaringan kerja yang dapat membantu kegiatan penanggulangan masalah diare, bukan yang bersifat komersial (memasarkan produk tertentu).

Pengembangan kerjasama dapat dilakukan melalui:

1) Pemanfaatan forum komunikasi yang sudah ada

Sebelum kerjasama dilaksanakan, sebaiknya dimulai dengan mengikuti forum-forum yang diselenggarakan oleh calon yang akan bekerjasama dengan kita. Tujuannya adalah disamping untuk memperkenalkan diri, juga untuk menentukan langkah apa yang akan dilakukan. Apabila kehadiran kita sudah merupakan bagian dari calon yang akan kita harapkan bekerjasama, selanjutnya dapat ditindak lanjuti dengan mengadakan forum berikutnya. Dalam hal ini, untuk mengajak keluarga bekerjasama, lebih baik melalui forum yang sudah ada, seperti posyandu

2) Memanfaatkan kegiatan yang sudah berjalan

Upaya kegiatan kesehatan diawali dengan yang sudah berjalan, kita memberikan dukungan/dorongan. Pendekatan dapat dilakukan dengan melihat berbagai kegiatan kesehatan yang dilakukan dengan mengkaji kebutuhan pelaksanaan, mengkaji/menginventarisasi apa yang sudah dilakukan oleh kader posyandu atau apa yang sudah dilakukan keluarga. Perawat tinggal menambah kegiatan yang sudah baik, seperti pendidikan kesehatan yang sudah diberikan oleh kader, perawat puskesmas dapat melanjutkan dengan menambah materi yang kurang.

3) Memanfaatkan budaya setempat

Kerjasama dapat dilakukan pada tempat dimana masyarakat sudah melakukan tindakan di daerah tersebut. Contohnya: menggunakan bahan makanan lokal yang mengandung diare tinggi dapat kita teruskan. Budaya makan jajanan yang kurang sehat, dapat kita perbaiki.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan kerjasama adalah kedua belah pihak saling:

- 1) Menghormati, menghargai dan mentaati kesepakatan yang telah dibuat bersama
Kerjasama antara perawat puskesmas dengan kader posyandu harus saling menghormati hak masing-masing, saling menghargai tugas yang dilakukan oleh kedua belah pihak. Kesepakatan bahwa kader posyandu melaksanakan pemantauan dan perawat puskesmas yang melaksanakan motivasi.
- 2) Mengadakan kerja sama secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan
Kader posyandu dan perawat puskesmas harus secara terbuka melaporkan hasil pemantauannya dan berperan serta dalam membahas kemajuan dan permasalahan yang dihadapi.
- 3) Menghargai hasil kerja rekan kerjanya dan melindungi hak ciptanya
Hasil pemantauan atau hasil yang ditemukan oleh kader posyandu, harus dihargai oleh perawat puskesmas dan tidak boleh disebarluaskan tanpa seizin yang bersangkutan.
- 4) Memenuhi hak dan kewajibannya sesuai jadwal waktu
Kader posyandu dan perawat puskesmas harus melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai jadwal yang telah ditentukan. Kader posyandu wajib melaporkan hasil pemantauannya 1x/minggu. Perawat memberikan solusi permasalahan setiap minggu sekali.
- 5) Melakukan kegiatan sesuai aturan dan perundang-undangan yang berlaku
Kesepakatan yang telah dibuat antara kader posyandu dan perawat puskesmas untuk memberikan solusi terhadap keluarga anak balita diare yang bermasalah harus sesuai dengan intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah diare. Misalnya: dengan memperbaiki pola makan.
- 6) Tidak mencampuri urusan internal organisasi masing-masing

Posyandu mempunyai organisasi yang sudah dibuat oleh masyarakat, perawat tidak boleh mencampuri program posyandu tersebut. Misalnya: dana untuk posyandu yang sudah dialokasikan oleh RW setempat, harus dijalankan sesuai keinginan masyarakat.

- 7) Mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama
Jika ditemukan masalah dalam pemantauan, misalnya keluarga tidak dapat melaksanakan intervensi yang disarankan, perawat puskesmas dan kader posyandu musyawarah untuk mengatasi masalah tersebut. Kader sebagai pelaksana di lapangan harus menjunjung tinggi kesepakatan yang telah dibuat.

Keberhasilan dalam kerjasama perawat puskesmas dan kader posyandu, dapat dicapai apabila ada:

- 1) Komitmen/kesepakatan bersama
- 2) Kerja sama yang harmonis
- 3) Koordinasi yang baik
- 4) Kepercayaan antar anggota
- 5) Kejelasan tujuan yang akan dicapai
- 6) Kejelasan peran dan fungsi dari masing-masing jaringan

Indikator keberhasilan kerjasama dapat diukur dengan mengidentifikasi:

- a. Indikator masukan (input): dapat diukur dari jumlah kader yang bersedia memantau keluarga anak balita diare
- b. Indikator proses: dapat diukur dari:
 - 1). Kader posyandu:
 - a). Melaksanakan tugasnya dengan sebaik-baiknya
 - b). Bersedia melaporkan hasil pemantauan sesuai kesepakatan
 - c). Hadir dalam pertemuan membahas solusi
 - d). Seluruh kegiatan pemantauan dilakukan sesuai kesepakatan dan sesuai jadwal yang telah dibuat
 - 2). Perawat puskesmas memberikan solusi dan motivasi sesuai jadwal yang telah dibuat
- c. Indikator *out put*:
 - 1). Jumlah keluarga yang melaksanakan intervensi dalam mengatasi masalah diare
 - 2). Jumlah keluarga yang dapat dipantau oleh kader posyandu
 - 3). Jumlah keluarga yang dapat dimotivasi perawat puskesmas
 - 4). Jumlah masalah yang dapat diatasi oleh perawat puskesmas

Prosedur kegiatan kerjasama terdiri dari:

1) Menentukan tujuan dan sasaran

Tujuannya adalah melaksanakan pemantauan dan evaluasi terhadap keluarga anak balita diare. Sasarannya adalah kader posyandu.

2) Melakukan strategi

Strateginya adalah memantau intervensi yang dilakukan oleh keluarga anak balita diare melalui survei oleh kader posyandu. Perawat puskesmas mengevaluasi laporan hasil pemantauan

3) Melakukan pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh kader posyandu terhadap intervensi yang dilakukan oleh keluarga anak balita diare

4) Merencanakan kegiatan promosi

Perawat puskesmas dapat merencanakan kegiatan promosi kesehatan terhadap keluarga anak balita diare

5) Mengembangkan materi

Materi dapat dikembangkan oleh perawat puskesmas sesuai masalah yang ditemukan

6) Melaksanakan kegiatan

Kegiatan intervensi dilakukan oleh perawat puskesmas

7) Melakukan pemantauan

Kader posyandu memantau hasil intervensi yang dilakukan oleh keluarga

8) Melakukan pengorganisasian

Perawat puskesmas dapat melakukan pembagian tugas dalam mengatasi masalah diare terhadap kader posyandu dan keluarga anak balita diare

Bila ingin mengubah suatu perilaku, harus mengubah cara berfikir. Motivasi muncul dan berkembang karena ada sesuatu yang ingin dicapai atau dipenuhi dalam diri seseorang. Harapan sebagai dasar utama timbulnya motivasi.

Kerjasama dalam Model Penta Jaya adalah kerjasama antara petugas Puskesmas dan kader posyandu dalam hal pemantauan dan evaluasi. Kerjasama antara petugas puskesmas dan kader posyandu dapat berjalan lancar apabila kader posyandu dan petugas puskesmas dilatih terlebih dahulu materi yang akan dipantau dan di evaluasi. Selain itu perawat puskesmas dilatih tentang motivasi.

2.2.3. Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah proses pemberian kekuatan atau dorongan sehingga membentuk interaksi transformatif kepada komunitas sehingga mereka mampu untuk mencapai solusi yang diinginkan (Helvie, 2015). Pemberdayaan merupakan suatu proses tindakan sosial dalam meningkatkan partisipasi individu, kelompok dan komunitas untuk menuju tujuan yang disepakati bersama, dampak politis, kualitas kehidupan komunitas yang lebih baik dan keadilan sosial (Allender, 2015). Pemberdayaan dapat disimpulkan sebagai suatu usaha pemberian kekuatan dalam meningkatkan partisipasi individu yang ditujukan untuk mensejahterakan kehidupan komunitas.

Adapun tujuan dari pemberdayaan adalah:

- 1) Meningkatkan potensi komunitas dalam bidang kesehatan agar mampu meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik bagi seluruh warga komunitas melalui kegiatan-kegiatan swadaya.
- 2) Mendidik komunitas agar mampu mendidik diri mereka sendiri atau membantu komunitas agar mampu membantu diri mereka sendiri.

Tujuan pemberdayaan dapat dicapai dengan memfokuskan pada peningkatan kesadaran komunitas. Partisipasi aktif dan kerjasama yang kooperatif dari anggota komunitas sangat dibutuhkan.

Menurut Allender (2015), proses pemberdayaan komunitas dapat dilakukan dengan beberapa tahapan sebagai berikut:

1) *Getting to know the local community*

Mengetahui karakteristik komunitas setempat (lokal) yang akan diberdayakan, termasuk perbedaan karakteristik yang membedakan komunitas yang satu dengan yang lainnya.

2) *Gathering knowledge about the local community*

Mengumpulkan pengetahuan yang menyangkut informasi mengenai komunitas setempat. Mis : distribusi penduduk.

3) *Identifying the local leaders*

Pemberdayaan komunitas harus mendapat dukungan dari pimpinan/tokoh-tokoh komunitas setempat.

4) *Simulating the community to realize that it has problems*

Komunitas yang terikat adat kebiasaan, mereka tidak merasakan bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan dan kebutuhan yang perlu dipenuhi

5) *Helping people to discuss their problem*

Merangsang komunitas untuk mendiskusikan masalahnya serta merumuskan pemecahannya dalam suasana kebersamaan.

6) *Helping people to identify their most pressing problems*

Komunitas harus mampu mengidentifikasi permasalahan yang paling menekan sehingga harus diutamakan pemecahannya.

7) *Fostering self confidence*

Membangun rasa percaya diri komunitas

8) *Deciding on a program action*

Komunitas perlu diberdayakan untuk menetapkan suatu program yang akan dilakukan. Program tersebut perlu ditetapkan menurut skala prioritas.

9) *Recognition of strengths and resources*

Membuat komunitas tahu dan mengerti bahwa mereka memiliki kekuatan-kekuatan dan sumber-sumber yang dapat dimobilisasi untuk memecahkan permasalahan dan memenuhi kebutuhannya.

10) *Helping people to continue to work on solving their problems*

Komunitas perlu diberdayakan agar mampu bekerja memecahkan masalahnya secara kontinyu.

11) *Increasing peoples ability for self help*

Meningkatkan kemampuan komunitas untuk menolong diri sendiri.

Hasil penelitian Lindacher dan Curbach (2018), terhadap 116 responden ibu balita dengan metode eksperimen membuktikan bahwa aplikasi dari pendidikan kesehatan melalui pemberdayaan sangat efektif jika dilakukan monitoring dan evaluasi. Peneliti menyarankan perlu dilakukan edukasi monitoring dan evaluasi setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan terhadap berbagai konsep dan teori yang telah diuraikan serta berbagai macam penelitian yang telah dilakukan tentang diare dan penyebabnya, maka penulis membuat landasan berfikir tentang analisis Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, Pemberdayaan (Model Penta Jaya) dalam penanggulangan diare pada anak balita di kota Bandung. Variabel dependen adalah diare dan variabel independen adalah Model Penta Jaya. Kerangka konsepnya adalah sebagai berikut.

Skema 3.1: Kerangka Konsep Penelitian

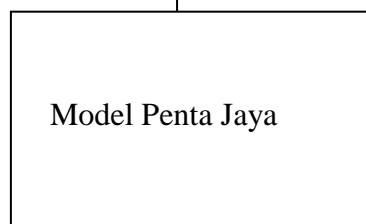
Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu meningkatkan kemampuan penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

Variabel independen

- Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita
- Pengetahuan, sikap dan perilaku kader posyandu

Variabel dependen

- Kemampuan ibu dalam mengatasi diare
- Kejadian diare



3.2. Definisi Operasional

Pelaksanaan penelitian dapat diperjelas dengan membuat definisi operasional setiap variabel. Definisi operasional variabel independen dan variabel dependen dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 3.1: Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1.	Variabel dependen a. Diare	Buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	Angka 1-10	Interval
	b. Pengetahuan ibu tentang: 1) diare	Kemampuan mengingat, menyebutkan, menyatakan sesuatu yang spesifik tentang buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	Angka 0-100	Rasio
	c. Sikap ibu tentang: 1) diare	Pendapat (penilaian) terhadap stimulus atau objek tentang buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	0 = Kurang baik (< mean skor) 1 = Baik (\geq mean skor)	Ordinal
	d. Perilaku tentang: 1) diare	Respon yang dilakuk-kan terhadap rangsang (stimulus) tentang tentang buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	0 = Kurang baik (< mean skor) 1 = Baik (\geq mean skor)	Ordinal
2.	Variabel independen Model Penta Jaya	Perpaduan tindakan pendidikan kesehatan, kerjasama dan pemberdayaan yang dilakukan untuk menang-gulangi masalah diare		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
	a. Pendidikan kesehatan	Upaya transformasi pengetahuan tentang kesehatan dari perawat kepada ibu balita		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
	b. Kerjasama	Kegiatan yang dilakukan oleh perawat puskesmas dan kader posyandu yang memberikan manfaat atau menguntungkan untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing)		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
	c. Pemberdaya-an	Kegiatan pemberian kekuatan atau dorongan untuk meningkatkan partisi-pasi sehingga membentuk interaksi transformatif kepada ibu balita dalam mengatasi masalah diare		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
3.	Variabel covariat a. Karakteristik anak 1) Umur	Pengukuran dalam bulan penuh, dengan menghitung selisih tanggal pengumpulan data dengan tanggal lahir anak	Kuesioner	0 = 12-24 bulan 1 = > 24-36 bulan	Ordinal
	2) Jenis kelamin	Penampilan fisik anak yang dibedakan atas laki-laki dan perempuan	Kuesioner	0 = laki-laki 1 = perempuan	Nominal

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
b.	Karakteristik keluarga 1) Status ekonomi	Jumlah penghasilan keluarga/bulan	Kuesioner	0 = 2.626.000 1 = 2.627.000-2.975.000 2 = 2.976.000-3250.000.	Ordinal
	2) Jumlah anak dalam keluarga	Menghitung anak yang tinggal bersama keluarga	Kuesioner	0 = 3 orang atau lebih 1 = 1-2 orang	Ordinal
	3) Pendidikan ibu	Upaya formal yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuannya dalam bidang akademik	Kuesioner	0 = Rendah 1 = Tinggi	Ordinal
	4) Usia ibu	Pengukuran dalam tahun penuh, dengan menghitung selisih tanggal pengumpulan data dengan tanggal lahir ibu	Kuesioner	0 = 35-45 1 = 21 < 35	Ordinal

3.3. Hipotesis

Berdasarkan bukti-bukti ilmiah yang telah diuraikan maka secara selektif dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

3.3.1. Hipotesis mayor

Model Penta Jaya meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk Menurunkan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

3.3.2. Hipotesis minor

- 1) Model Penta Jaya dapat meningkatkan pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 2) Model Penta Jaya dapat meningkatkan sikap dan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 3) Model Penta Jaya dapat meningkatkan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 4) Model Penta Jaya dapat menurunkan kejadian diare di pada anak balita Kota Bandung
- 5) Model Penta Jaya dapat meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

Penelitian pendahuluan dilakukan untuk uji validitas dan reliabilitas instrumen Model Penta Jaya.

3.4.1. Uji Validitas

Uji validitas akan dilakukan terhadap 20 orang Ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Citarip. Kuesioner dikatakan valid jika $r \text{ alpha} > r \text{ tabel} (0,44)$. Sebaliknya, jika $r \text{ alpha} < r \text{ tabel} (0,44)$, maka kuesioner dikatakan tidak valid.

3.4.2. Uji Reliabilitas

Semua pertanyaan yang valid akan dilakukan uji reliabilitas. Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama. Hal ini berarti menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Sastroasmoro, 2016). Kuesioner dikatakan reliabel jika $r \text{ alpha} > r \text{ hasil}$. Sebaliknya, jika $r \text{ alpha} < r \text{ hasil}$, maka kuesioner dikatakan tidak reliabel. Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan program perangkat lunak komputer.

Desain yang digunakan adalah *quasi experiment pre test post test non equivalent group*. Alasan pemilihan desain *quasi experiment pre test post test non equivalent group* adalah karena penelitian ini merupakan penelitian *experiment* di komunitas yang dilakukan secara massal pada suatu kelompok di komunitas. Keefektipan intervensi dapat dibandingkan dengan kelompok kontrol. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek intervensi terhadap diare di komunitas. Desain penelitian yang digunakan dapat mengevaluasi program yang sudah dilakukan. Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis keefektipan Model Penta Jaya meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk Menurunkan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung. Jumlah penderita diare/bulan diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu anak balita diare yang berada di wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari dan Tasikmalaya Bandung dengan kriteria pernah mengalami diare minimal 1 kali pada bulan sebelumnya. Jumlah penderita diare/bulan diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Sampel pada penelitian ini adalah ibu balita yang mengalami diare yang dibagi dalam dua kelompok. Kelompok satu: kelompok intervensi dilakukan Model Penta Jaya. Kelompok

dua: kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan tentang diare setelah selesai pengumpulan data akhir. *Pre test* dan *post test* dilakukan pada kedua kelompok.

Penetapan simpangan baku pada perhitungan sampel penelitian ini berdasarkan hasil penelitian Hastuti dan Aminah tahun 2014 di Kabupaten Bandung Jawa Barat yang menemukan setelah dilakukan intervensi dengan pemberdayaan masyarakat dapat mengatasi masalah diare, dengan $S = 2,6$. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ayu, Kartini dan Rahfiludin (2014) di Makassar menggunakan intervensi pendidikan kesehatan dapat mengatasi masalah diare dengan $S = 2,7$. Hasil penelitian Yulia dan Sunarti (2014) di Pangalengan juga mengatakan dengan intervensi pola asuh dapat memperbaiki masalah diare dengan $S = 2,7$. Akhirnya peneliti menggunakan $X_1 - X_2 = 1$ dengan $S = 2,7$. Perhitungan sampelnya dengan menggunakan rumus Uji Hipotesis terhadap rerata dua populasi independen dengan *one sided test* (Sastroasmoro, 2017) adalah:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]S^2}{(X_1 - X_2)^2}$$

$$n = \frac{[1,65 + 0,842]2,7^2}{(10,5 - 10,0)}$$

$$n = 38$$

Keterangan:

n = jumlah sampel yang dibutuhkan, dimana $n_1 = n_2$

Z_{α} = Probabilitas kesalahan untuk menerima H_0 yang salah (95 %) = 1,65

Z_{β} = Probabilitas kesalahan untuk menolak H_0 yang benar/kekuatan uji (80 %) = 0,842

$X_1 - X_2$ = Perbedaan klinik yang diinginkan

S = Simpangan baku kedua kelompok

Berdasarkan hasil penelitian intervensi yang dilakukan Ayu, Kartini dan Rahfiludin (2014), di Makassar menggunakan perhitungan drop out 10 %. Hasil penelitian Hastuti dan Aminah (2014), di Soreang menggunakan angka drop out 10 %. Hasil penelitian Yulia dan Sunarti (2014), menggunakan angka drop out 10 %. Peneliti menggunakan angka drop out 20 % karena penelitian ini memerlukan waktu yang lama, sehingga memungkinkan banyak yang drop out. sedangkan peneliti diatas, hanya memerlukan waktu dua minggu. Perkiraan drop out: 20 % x 38 = 8. Berdasarkan perhitungan rumus tersebut, maka besar

sampel adalah 46 orang. Perbandingan kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 1 : 1, maka total besar sampel adalah 92 orang. Berdasarkan kerangka sampel yang ada, sampel diambil secara proporsional.

3.5. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian untuk kelompok intervensi dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari Bandung dan kelompok kontrol dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kahuripan kota Tasikmalaya. Puskesmas Babakan Sari merupakan Puskesmas Kecamatan terletak di Kecamatan Kiara Condong dan membawahi 4 kelurahan, dengan jumlah penduduk \pm 59.000 jiwa. Pemilihan wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari sebagai lokasi penelitian adalah karena jumlah kasus diare tinggi di wilayah kerja Puskesmas tersebut. Selanjutnya penelitian yang sama dilakukan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Tasikmalaya karena karakteristiknya kedua puskesmas tersebut sama.

3.6. Etika Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, responden yaitu Ibu anak balita diberi informasi tentang tujuan penelitian dan prosedur yang dilakukan dalam penelitian. Setiap responden diberi hak penuh untuk bersedia/tidak bersedia menjadi responden. Responden yang bersedia, mengisi dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*), sehingga pada penelitian ini responden harus bisa membaca dan menulis. Tujuan *informed consent* adalah sebagai bukti tertulis pernyataan persetujuan dari responden (Streubert & Carpenter, 2006). *Informed consent* tersebut, berisi sejumlah penjelasan singkat mengenai proses penelitian meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian dan lamanya keterlibatan responden serta hak-hak responden dalam penelitian ini.

Peneliti menggunakan beberapa prinsip etik yang sesuai dengan penelitian ini berdasarkan pedoman etika penelitian yang dikemukakan oleh Streubert dan Carpenter (2006) yaitu:

- a. Prinsip Otonomi
- b. Prinsip Kemanfaatan dan Mencegah Kerugian
- c. Prinsip Keadilan

3.7. Alat Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif yaitu rata-rata nilai hasil *pre test* dan *post test* tentang pengetahuan. Sikap dan perilaku keluarga anak

balita yang mengalami diare. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner, leaflet untuk pendidikan kesehatan dan format pemantauan dalam kerjasama da pemberdayaan.

3.8. Prosedur Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah kuantitatif. Kegiatan pengumpulan data dilakukan oleh peneliti berjumlah 3 orang dan dibantu oleh petugas Puskesmas setempat 2 orang dan kader posyandu. Peneliti dan perawat puskesmas dan kader Posyandu menentukan daerah yang paling banyak jumlah penderita diarenya. Kemudian kader bersama peneliti mendatangi calon responden tersebut untuk memastikan apakah dapat digunakan sebagai responden. Kemudian meminta persetujuan partisipan untuk melaksanakan penelitian.

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Menentukan kelompok intervensi dan kontrol
- b. Mengukur pengetahuan, sikap dan perilaku (data akhir), kelompok intervensi dan kontrol
- c. Mengukur frekwensi diare pada balita/bulan
- d. Melaksanakan intervensi
- e. Mengukur pengetahuan, sikap dan perilaku (data akhir), kelompok intervensi dan kontrol
- f. Mengukur frekwensi diare pada balita/bulan

3.9. Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1. Pengolahan data

Setelah data berhasil dikumpulkan, langkah selanjutnya yang perlu dilakukan ialah editing, coding dan entry. Data dianalisis secara deskriptif dan analitik. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program komputer (Hastono, 2016).

3.9.2. Analisis data

1) Uji Normalitas

Uji normalitas data dilakukan dengan kolmogorof-Smirnov ($p > 0,05$) yang bertujuan untuk mengetahui apakah data sampel berdistribusi normal atau tidak normal. Hasil uji

normalitas ini untuk menentukan analisis berikutnya yaitu analisis parametrik bila data berdistribusi normal atau analisis non parametrik bila data tidak berdistribusi normal.

2) Uji homogenitas

Uji homogenitas antar kelompok dengan Leven Test ($p > 0,05$) untuk mengetahui apakah varians antara kelompok homogen atau tidak homogen. Hasil uji ini untuk menentukan apakah kelompok intervensi dan kelompok kontrol sudah setara atau tidak setara.

3) Uji t- berpasangan

Untuk mengetahui efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita dan kader posyandu pada kelompok dilakukan uji t berpasangan ($p < 0,05$), apabila data berdistribusi normal.

3) Uji t- tidak berpasangan

Untuk membandingkan efektivitas dua kelompok perlakuan Model Penta Jaya terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita dan kader posyandu ($p < 0,05$), Apabila data berdistribusi normal.

4) Uji korelasi Pearson

Uji korelasi dilakukan untuk mengetahui korelasi antara satu variabel dengan variabel lainnya. Uji korelasi Pearson digunakan untuk mengetahui korelasi antara data numerik dengan data numerik apabila variabel berdistribusi normal ($p > 0,05$). Hasil analisis bermakna ($p < 0,05$).

5) Uji regresi linier ganda

Untuk menganalisis hubungan antara variabel independen dengan variabel respon. Kemaknaan hasil uji ditentukan berdasarkan nilai ($p < 0,05$).

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian menyajikan tentang hasil uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kontrol, perbedaan rerata nilai *pre test* dan *post test* pada responden kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Selain itu, hasil pelatihan kader posyandu dan hasil pemantauan serta evaluasi kader posyandu di Wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari Kota Bandung.

4.1. Hasil uji kesetaraan kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 4.1. Hasil Uji Kesetaraan Umur anak, Berat Badan, Usia Ibu dan Status Ekonomi di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Intervensi (n=46)		Kontrol (n=46)		p Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. Umur anak	23,57	7,467	24,52	7,017	0,667
2. Berat badan	9,054	1,0846	8,889	1,070	0,464
3. Usia ibu	27,02	4,484	25,89	3,453	0,179
4. Status ekonomi	2.356.000	6,543	2.429.000	5,721	0,518

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa rerata umur anak balita kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai kesetaraan sama (varian sama). Hal ini dapat dilihat dari hasil uji Leven's yaitu p value 0,667 ($>0,05$). Berat badan anak balita juga setara, pvalue = 0,464 ($> 0,05$). Hasil uji kesetaraan terhadap usia ibu menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,179 ($> 0,05$). Hasil uji kesetaraan terhadap status ekonomi menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,518 ($> 0,05$).

Tabel 4.2. Hasil Uji Kesetaraan Jumlah Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu Di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Intervensi (n=46)		Kontrol (n=46)		p Value
	Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)	
1.. Jumlah anak					
-1 orang	19	82,6	18	78,3	0,809
-2 orang	3	13,0	4	17,3	
-3 orang	1	4,4	1	4,4	
2. Tingkat pendidikan ibu					
- SMP	1	4,4	2	8,8	0,366
- SMA	21	91,2	21	91,2	
- D. III	1	4,4	0	0	

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa jumlah anak responden setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol p value = 0,809 ($>0,05$). Hasil analisis terhadap tingkat pendidikan ibu menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,366 ($> 0,05$). Hasil analisis terhadap usia ibu menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,179 ($> 0,05$).

Tabel 4.3. Hasil Uji Kesetaraan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Intervensi (n=46)		Kontrol (n=46)		p Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. Pengetahuan ibu	42,59	11,962	43,67	10,084	0,639
2. Sikap ibu	41,89	12,948	42,26	12,695	0,890
3. Perilaku ibu	40,72	12,189	41,52	10,825	0,739

Tabel 4.3. menunjukkan bahwa rerata pengetahuan ibu tentang pada kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol, p value = 0,639 ($> 0,05$). Rerata sikap ibu tentang pada kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol, p value = 0,890 ($> 0,05$). Rerata perilaku ibu tentang pada kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol, p value = 0,739 ($> 0,05$).

Setelah dilakukan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, selanjutnya dilakukan pendidikan kesehatan terhadap Ibu dari anak balita diare. Adapun hasilnya dipaparkan berikut ini.

4.2. Perbedaan Rerata nilai *pre test* dan *post test* pada responden kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan

Tabel 4.4. Rerata Selisih Nilai *Pre Test* dan *Post Test* pada Responden Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Mean	SD	SE	p Value
1. Sebelum penkes				
Intervensi	30,98	7,425	1,095	0,731
Kontrol	31,52	7,664	1,130	
2. Sesudah penkes				
Intervensi	56,09	2,336	0,344	0,001
Kontrol	32,72	7,432	1,096	
3. Selisih				
Intervensi	25,11	5,089	0,751	0,001
Kontrol	1,20	7,432	0,232	

Tabel 4.4. menunjukkan bahwa terdapat selisih nilai *pre test* dan *post test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pendidikan kesehatan terhadap ibu-ibu dari anak balita. Berarti pada alpha 5 % terdapat perbedaan rerata nilai pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Peningkatan nilai Rerata pada kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol.

4.3. Hasil pelatihan kader posyandu

Tabel 4.5. Rerata Selisih Nilai *Pre Test* dan *Post Test* pada Pelatihan Kader Posyandu di Bandung Bulan (n=11)

No.	Variabel	Mean	SD	SE	p Value
1.	<i>Pre test</i>	44,55	5,222	1,575	0,001
2.	<i>Post test</i>	80,91	5,394	1,626	
3.	Selisih	36,36	0,172	0,051	

Tabel 4.5. menunjukkan bahwa terdapat selisih nilai *pre test* dan *post test* pada pelatihan kader posyandu sebesar (36,36). Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan pada kader posyandu setelah diberikan pelatihan. Ada pengaruh pelatihan

dengan peningkatan pengetahuan kader posyandu pada alpha 5 %. Setelah kader posyandu dilatih, selanjutnya kader posyandu melaksanakan pemantauan dan evaluasi terhadap responden. Adapun hasilnya diuraikan berikut ini:

4.4. Hasil pemantauan dan evaluasi kader posyandu

Pemantauan dilakukan terhadap penguasaan materi pendidikan kesehatan yang telah diberikan. Kader posyandu menanyakan apakah ibu balita sudah membaca materi tersebut, kemudian menanyakan isi materi yang sudah dibaca. Adapun hasil pemantauannya adalah sebagai berikut.

Tabel 4.6. Hasil Pemantauan Kader Posyandu terhadap Ibu Responden di Bandung Bulan Agustus-September 2018 (n=46)

Hari ke	Membaca					
	Ya		Sebagian		Tidak	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
1 – 4	9	39,1	12	52,2	2	8,7
5 – 23	21	91,3	2	8,7	0	0
24-30	23	100	0	0	0	0

Tabel 4.6. menunjukkan bahwa pada hari ke 1 s/d 4, masih ada ibu yang tidak membaca dan mengaplikasikan materi pendidikan kesehatan untuk keluarga. Hari ke 5 s/d 23, tidak ada lagi ibu yang tidak membaca buku pendidikan kesehatan untuk keluarga. Hari ke 24 s/d 30 seluruh ibu sudah membaca dan mengaplikasikan seluruh materi pendidikan kesehatan untuk keluarga. Setelah dilakukan pemantauan, selanjutnya dilakukan evaluasi. Jika ditemukan masalah pada responden dalam mengatasi masalah diare, diberikan motivasi. Adapun hasil motivasinya diuraikan berikut ini.

Tabel 4.7. Hasil Evaluasi Kader Posyandu terhadap Responden di Bandung Bulan September 2018 (n=46)

No.	Variabel	Motivasi				Jumlah	Persen
		Ya		Tidak			
		Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
1.	Minggu ke 1	5	21,7	18	78,3	23	100
2.	Minggu ke 2	4	17,4	19	82,6	23	100
3.	Minggu ke 3	2	8,7	21	91,3	23	100
4.	Minggu ke 4	0	0	0	0	23	100

Tabel 4.7. menunjukkan bahwa jumlah keluarga yang dimotivasi setiap minggu menurun dari 21,7 % menjadi 17,4 %, 8,7 % dan 0 %. Hasil analisis ini membuktikan bahwa dari minggu I s/d IV terjadi penurunan persentasi ibu yang dimotivasi. Selanjutnya dipaparkan Rerata pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dari anak balita sesudah dilakukan Model Penta Jaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.5. Rerata dan selisih pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dari anak balita sesudah dilakukan Model Penta Jaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 4.8. Rerata Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden Sesudah Dilakukan Model Penta Jaya di Bandung Bulan September 2018 (n=92)

No. Variabel	Mean	SD	SE	p Value
1. Pengetahuan				
Intervensi	82,07	6,547	0,965	0,001
Kontrol	44,00	8,105	1,195	0,001
2. Sikap				
Intervensi	81,35	3,178	0,469	0,001
Kontrol	42,74	10,951	1,615	0,001
3. Perilaku				
Intervensi	80,37	6,432	0,954	0,001
Kontrol	41,54	9,779	1,442	0,001

Tabel 4.9. Selisih Rerata Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden Sebelum dan Sesudah Dilakukan Model Penta Jaya di Bandung Bulan September 2018 (n=92)

No. Variabel	Mean	SD	SE	p Value
Selisih				
1. Pengetahuan				
Intervensi	39,48	5,415	0,799	0,001
Kontrol	0,33	1,979	0,292	0,001
2. Sikap				
Intervensi	39,46	9,770	1,440	0,001
Kontrol	0,48	1,744	0,257	0,001
3. Perilaku				
Intervensi	39,65	5,757	0,843	0,001
Kontrol	0,02	1,046	0,154	0,001

Tabel 4.8, 4.9 menunjukkan bahwa ada perbedaan rerata masing-masing pengetahuan, sikap dan perilaku ibu tentang diare pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol (p value = 0,001 < 0,05) sesudah dilakukan Model Penta Jaya. berarti ada peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku pada kelompok intervensi sesudah dilakukan Model Penta

Jaya. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

4.6. Perbedaan Rerata frekwensi diare pada Anak Balita Kelompok Intervensi dan Kontrol

Saat pengumpulan data kuesioner awal, subjek penelitian ditentukan adalah anak balita yang mengalami diare dalam 2 bulan terakhir. Setelah dua bulan selesai intervensi, subjek penelitian diidentifikasi kembali apakah mengalami diare atau tidak. Adapun hasil identifikasinya diuraikan pada table berikut ini.

Tabel 4.10. Hasil identifikasi kejadian diare sebelum dan sesudah intervensi di Bandung Bulan November 2018 (n=92)

No. Variabel	Diare		Tidak diare	
	Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1. Sebelum Intervensi				
Intervensi	46	100	-	
Kontrol	46	100	-	
2. Sesudah Intervensi				
Intervensi	6	13	40	87
Kontrol	28	60,87	18	39,13

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa ada perbedaan kejadian diare pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan Model Penta Jaya. Penderita diare pada 2 bulan terakhir lebih tinggi pada kelompok control dibanding kelompok intervensi.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1. Interpretasi dan Diskusi hasil

Hasil penelitian yang diinterpretasikan dan didiskusikan adalah efektivitas model Penta Jaya dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan serta kebersihan. Efektivitas Model Penta Jaya dalam meningkatkan berat badan anak balita juga diinterpretasikan dan didiskusikan. Berikut ini akan dipaparkan pengaruh Model Penta Jaya terhadap variabel-variabel tersebut.

Hasil analisis dan kebutuhan menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, perilaku pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan ada hubungan dengan diare. Hasil analisis terhadap pengetahuan pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan pada kelompok kasus lebih besar pengetahuan kurang baik, dibanding dengan kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Appoh dan Krekling (2013), membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan pola makan dengan diare pada anak balita dengan $OR = 17,02$. Hasil penelitiannya juga membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan pola asuh dengan diare anak balita. Hasil penelitian Basuki dan Arum (2013), menunjukkan bahwa ibu dari anak balita diare 20,4 % yang mengetahui perawatan terhadap anak balita dan dapat membuktikan bahwa pengetahuan tentang kebersihan juga berhubungan dengan diare pada anak balita. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan yang dimiliki ibu, maka semakin mudah baginya untuk mengatasi masalah diare pada anak balitanya.

Hasil analisis terhadap sikap pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan pada kelompok kasus lebih besar sikap kurang baik, dibanding dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Drajat dan Masithah (2012) membuktikan, bahwa ibu yang mempunyai sikap pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan yang baik, mempunyai kemungkinan anaknya tidak diare 5,1 kali lebih baik daripada ibu yang sikap pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan kurang baik ($p \text{ value} = 0,002$). Penelitian ini juga menunjukkan bahwa ada hubungan sikap pola pengasuhan dengan diare pada anak balita dengan $p \text{ value} 0,003$; OR

= 3,32. Hasil penelitian Engle (2012), menunjukkan bahwa sikap terhadap perawatan kesehatan berhubungan dengan diare dengan p value = 0,004. Hasil penelitian Hartoyo (2013) menunjukkan bahwa sikap kebersihan ibu dari anak balita diare 93,1,% kurang baik, ada hubungan sikap kebersihan dengan diare (p value = 0,004). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap yang kurang baik, akan berperilaku kurang baik.

Hasil analisis terhadap perilaku pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan pada kelompok kasus lebih besar perilaku kurang baik, dibanding dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hosain dan Dodd (2012) membuktikan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara perilaku pola pemberian makan dengan diare pada anak balita. Ibu yang mempunyai perilaku pola makan kurang baik, mempunyai kemungkinan 3 kali lebih besar untuk menderita diare daripada ibu yang perilaku pola makannya baik. Hasil penelitian Johanson dan Muller (2012), membuktikan bahwa ada hubungan pola pengasuhan dan pemberian makan dengan diare anak balita (p value = 0,007). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Ayu, Kartini dan Rahfiludin (2012), dengan judul hubungan pola asuh dan penyakit infeksi pada anak balita, membuktikan bahwa ada hubungan antara pola asuh, perawatan kesehatan dengan diare pada anak.

Menurut Contento (2010), pengetahuan yang baik akan meningkatkan sikap positif pada seseorang. Pengetahuan yang baik merupakan faktor kekuatan terbentuknya sikap yang baik. Terbentuknya sikap diawali dari domain kognitif. Semakin baik pengetahuan maka semakin baik pula sikap. Semakin baik sikap maka semakin baik pula perilakunya.

Mayoritas ibu anak balita yang mengalami diare, tidak mengetahui pola makan yang baik untuk anaknya. Pengetahuan ibu akan mempengaruhi perilakunya dan membawa dampak pada anaknya.

Pemodelan dilaksanakan berdasarkan hasil kuesioner yang telah disebar, oleh sebab itu penelitian awal harus menggambarkan masalah sehingga dapat membuat model untuk mengatasi masalah tersebut. Penelitian tahap awal dilakukan dengan jenis penelitian kuantitatif agar masalah dan kebutuhan lebih jelas. Selanjutnya studi literatur untuk pembuatan model. Literatur yang digunakan harus *up to date* sehingga dapat digunakan saat ini dan masa yang akan datang. Selanjutnya terbentuk draf model I dan dilakukan

konsul pakar untuk memperjelas model yang dibuat. Pemodelan yang dilakukan tidak dapat mengintegrasikan seluruh variabel yang ada pada setiap teori. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rekawati (2015) di Depok tentang dukungan keluarga, yang mengambil teori pengkajian saja dari model Fredman. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Haryanto (2015) di Surabaya, hanya mengambil beberapa variabel saja dari teori Orem. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Riasmini (2014), yang hanya mengambil beberapa variabel saja dari teori Orem. Menurut peneliti, variabel yang digunakan dalam teori harus disesuaikan dengan kebutuhan model yang dibuat. Setelah konsul pakar, maka terbentuk draf model. Model ini dilengkapi dengan 2 buah modul, agar model lebih operasional.

Kegiatan yang telah dibuat dalam model, dilakukan beberapa perubahan karena disesuaikan dengan kondisi masyarakat di lapangan. Jumlah hari pelatihan, dapat berubah, tetapi harus sesuai dengan jumlah jam pelatihan. Namun demikian, kegiatan model tetap dapat terlaksana dengan baik. Selain itu, rencana evaluasi dan motivasi dilaksanakan setelah satu minggu pemberdayaan keluarga, tetapi baru tiga hari, kader posyandu sudah melaporkan hasil pemantauannya dan memberikan motivasi sehingga motivasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan.

Hasil uji Model Penta Jaya menunjukkan bahwa pengetahuan tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan setelah intervensi lebih tinggi pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol. Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Handayani dan Prameswari (2012) di Boyolali, dengan judul model intervensi diare untuk anak balita. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari jumlah sampel 67, ditemukan 95,6 % ibu-ibu anak balita mengetahui intervensi untuk anak balitanya. Data sebelumnya 38,9 % yang belum mengetahui intervensi diare untuk anak balitanya. Hal ini menunjukkan bahwa model intervensi yang dilakukan, dapat meningkatkan pengetahuan keluarga sebesar 56,7 %.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zulaekah (2012), dengan judul efektivitas pendidikan kesehatan dengan menggunakan media booklet terhadap

peningkatan pengetahuan ibu anak balita tentang diare. Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, dilakukan pre test, didapatkan nilai 54,1 dan nilai post test 71,56. Hasil penelitian menunjukkan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang diare, terdapat peningkatan pengetahuan 17,44 point. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tentang diare menggunakan booklet efektif untuk meningkatkan pengetahuan ibu dari anak balita. Hasil analisis perbedaan menunjukkan bahwa perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan ditemukan p value 0,001 ($<0,05$). Artinya ada perbedaan pengetahuan diare keluarga sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, tingkat pengetahuan keluarga berada pada kategori kurang 5,3 %, cukup 68,4 % dan baik 26,3 %. Setelah dilakukan intervensi edukasi, pengetahuan diare pada keluarga, kelompok kontrol berada pada kategori kurang 21,1 %, cukup 26,3 % dan baik 52,6 %. Hasil analisis pada kelompok kontrol, walaupun terjadi peningkatan pengetahuan menjadi baik, namun demikian peningkatannya lebih tinggi pada kelompok intervensi. Tingkat pengetahuan dalam kategori kurang juga pada kelompok kontrol masih tinggi, sedangkan pada kelompok intervensi tidak ditemukan lagi. Hasil analisis perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan p value 0,002 ($<0,05$). Hal ini menunjukkan ada perbedaan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Berggren dan Wray (2012), mengatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan dari seseorang kepada individu, kelompok dan komunitas. Pendidikan kesehatan adalah salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan diare seseorang. Pendidikan kesehatan diberikan kepada ibu-ibu dari anak balita agar mereka menjadi tahu, mau dan mampu dalam menyelesaikan masalah kesehatannya dalam rangka mengatasi masalah diare pada anak balitanya. Pendidikan kesehatan tentang diare merupakan konseling yang dilakukan secara berkesinambungan untuk menilai klien pada saat awal mengalami diare, perubahan yang terjadi maupun pemeliharaan.

Masyarakat dipandang sebagai orang yang cerdas dan tidak perlu dipaksakan apa yang harus dilakukan, namun demikian, pendekatan di bidang diare harus tetap aktif melakukan promosi kesehatan. Tujuan akhir pendidikan kesehatan adalah adanya perubahan perilaku

manusia yang dilakukan secara edukatif. Pendidikan kesehatan diharapkan dapat memberikan pemahaman pentingnya mengatasi masalah diare, sehingga mau bersikap dan bertindak mengikuti pendidikan kesehatan yang diberikan. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelatihan atau pendidikan, meliputi faktor pendidik, materi, kondisi peserta didik, proses penyelenggaraan, sarana yang dipergunakan serta metode dan media yang dipakai (Pender, 2008). Peningkatan pengetahuan pada pendidikan kesehatan dapat disebabkan oleh peran pendidik yang dapat menyajikan materi dengan baik dan menarik serta pandai dalam memandu jalannya diskusi kelompok. Suasana dapat dicairkan dengan melakukan *icebreaking* dan diselingi dengan humor.

Menurut peneliti, pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pemahaman klien serta mendorong klien untuk membuat, penyelesaian terhadap masalahnya. Selain itu, pendidikan kesehatan tentang diare diperlukan agar terjadi perubahan perilaku menjadi gaya hidup sehat. Perubahan perilaku membutuhkan motivasi yang besar dan lingkungan yang mendukung. Selain itu pendidik juga dapat menunjukkan sikap ramah dan memberikan perhatian penuh sehingga peserta merasa santai dalam mengikuti pendidikan. Hal ini sangat membantu ibu-ibu balita dalam memahami materi yang diberikan. Suasana pendidikan informal yang dilakukan dengan diskusi kelompok juga menyebabkan ibu-ibu balita dapat mengikuti pendidikan dengan nyaman sehingga lebih mudah dalam menerima materi. Saat sesi interaksi terjadi, pemberi pendidikan kesehatan dan klien dapat melakukan analisis makanan agar pendidikan kesehatan yang diberikan lebih aplikatif.

Selain itu setiap peserta yang mengikuti pendidikan kesehatan, saling berinteraksi dan bertukar informasi serta di bantu dengan media berupa booklet, permainan interaktif sehingga peserta tidak mudah jenuh. Faktor lain yang dapat mempengaruhi peningkatan nilai pengetahuan ibu tentang diare adalah faktor kecerdasan (Hurlock, 2012). Meskipun tingkat kecerdasan tidak diteliti pengaruhnya dalam penelitian ini, namun tingkat kecerdasan peserta mempunyai pengaruh dan sumbangan yang cukup besar dalam meningkatkan prestasi seseorang. Metode diskusi yang dilakukan merupakan proses dasar dalam memberikan pemahaman pengetahuan tentang informasi diare pada balita dalam memberi gambaran terhadap persepsi ibu pada situasi dan kondisi yang menyangkut kesehatan anak balitanya sehingga memberi pertimbangan psikologis terhadap permasalahan kesehatan anak balita dan sebab akibatnya. Ibu tidak hanya merasa wajib, akan tetapi juga meningkat kesadaran akan kebutuhan untuk berperilaku hidup sehat dalam

meningkatkan kesehatan anak balitanya. Evaluasi berulang perlu dilakukan pada minggu ke-2 hingga minggu ke-4 dan pada minggu ke-6.

Konseling diare juga perlu dilakukan berulang, karena jika tidak dilakukan konseling selama 1 bulan, kepatuhan klien tidak lagi terjaga dan tujuan konseling tidak tercapai. Selain itu, penelitian Widayanti, Kartini dan Widjasena (2012), menilai klien setelah tidak menerima konseling dalam waktu lama terjadi penurunan pengetahuan. Evaluasi terhadap penerima konseling bertujuan agar benar-benar mengetahui materi yang sudah disampaikan sehingga mempunyai keinginan untuk mengaplikasikannya.

Ibu dari anak balita sebagai subjek dalam penelitian ini diharapkan lebih nyaman dalam mengikuti pendidikan kesehatan tentang diare dalam situasi yang santai dan informal serta diberi kebebasan untuk memberikan pernyataan yang sesuai dengan pendapatnya serta dapat saling bertukar informasi. Suasana yang informal mendukung ibu dari anak balita untuk membahas masalah yang ditemukan. Metode pendidikan kesehatan dengan diskusi kelompok bersama pemberi pendidikan kesehatan terbukti lebih efektif dalam meningkatkan motivasi, sikap dan perilaku ibu dari anak balita. Hal ini dikarenakan peran pemberi pendidikan kesehatan cukup berpengaruh dalam meningkatkan motivasi, sikap dan perilaku ibu dari anak balita tentang kesehatan anak balita untuk mencegah diare.

Pendidikan kesehatan berkala dan terus menerus memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan pengetahuan setelah 3 bulan pemberian konseling. Pemberian pendidikan kesehatan tetap harus dilakukan secara berkala dan berkelanjutan karena apabila terjadi diskontinuitas, klien dapat kembali ke gaya hidup yang lama. Keuntungan apabila diberikan pendidikan kesehatan secara terus menerus juga tampak pada keluarga dalam fase pemeliharaan.

Hasil penerapan Model Penta Jaya menunjukkan bahwa sikap tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan setelah intervensi lebih tinggi pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol. Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan sikap tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Saleh dan Nurachmah (2012), dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu anak balita, menunjukkan bahwa terjadi peningkatan sikap sebesar 75 % pada kelompok intervensi. Hasil analisis pada kelompok kontrol mengalami peningkatan pengetahuan 10 %. Tingkat pengetahuan seseorang yang semakin tinggi akan berdampak pada perkembangan ke arah yang lebih baik sehingga ibu yang berpengetahuan baik akan lebih objektif dan terbuka wawasannya dalam mengambil suatu keputusan. Perubahan sikap dipengaruhi sejauh mana isi komunikasi atau stimulus yang diperhatikan, dipahami dan diterima, sehingga memberi respon positif.

Meningkatnya sikap ibu-ibu balita tentang diare anak balita juga dipengaruhi oleh proses pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Pender (2008), yang menyatakan bahwa pelatihan atau pendidikan dapat meningkatkan nilai sikap. Selain itu dalam metode diskusi kelompok terjadi komunikasi antara peserta dengan peserta maupun antara peserta dengan fasilitator. Perubahan sikap juga dipengaruhi oleh jangka waktu seseorang dalam mengingat suatu pesan. Sesuai dengan pendapat Contento (2010), dengan konsep efek mengingat yang menyatakan bahwa orang mungkin masih ingat isi pesan yang disampaikan dalam waktu 10-14 hari setelah pesan itu disampaikan. Jika ingat siapa sumber pesan, maka lebih ingat pesan yang disampaikan. Akhirnya perubahan sikap yang terjadi akan sebanyak sewaktu masih ingat siapa sumber pesan atau komunikatornya. Jika tidak ingat siapa sumber pesan, maka perubahan sikap tidak sebanyak sewaktu masih ingat siapa sumber pesan atau komunikatornya.

Faktor lain yang turut mempengaruhi peningkatan sikap keluarga terhadap kesehatan anak balita adalah kesempatan peserta untuk melakukan evaluasi terhadap objek atau peristiwa tertentu dalam proses pendidikan kesehatan. Sesuai dengan pendapat Machfoedz dan Suryani (2010), menyatakan bahwa sikap merupakan suatu pernyataan atau pertimbangan yang bersifat evaluatif mengenai objek, orang atau peristiwa. Ketika dilakukan diskusi kelompok pada pendidikan kesehatan, setiap peserta diminta membuat evaluasi, baik dalam kelompoknya sendiri maupun dalam seluruh kelompok untuk menyampaikan pendapat dan sanggahan yang sesuai dengan pendapat dan asumsi mereka.

Hasil penelitian Model Penta Jaya menunjukkan bahwa perilaku tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan setelah intervensi lebih tinggi pada kelompok

intervensi daripada kelompok kontrol. Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan perilaku tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sari dan Ulfiana (2013), dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu anak balita dalam mengatasi diare pada anak balita. Hasil penelitian pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, tingkat perilaku keluarga berada pada kategori kurang 36,8 %, cukup 42,1 % dan baik 21,1 %. Setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan, perilaku keluarga pada kelompok intervensi berada pada kategori kurang 0 %, cukup 21,1 % dan baik 78,9 %. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan perilaku menjadi baik, jumlah perilaku kurang tidak ada lagi dan jumlah perilaku cukup juga semakin sedikit. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh edukasi terhadap tingkat perilaku keluarga dalam mengatasi masalah diare. Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, tingkat perilaku keluarga berada pada kategori kurang 10,5 %, cukup 42,1 % dan baik 47,4 %.

Hasil analisis pada kelompok kontrol, walaupun terjadi peningkatan perilaku menjadi baik, namun demikian peningkatannya lebih tinggi pada kelompok intervensi. Tingkat perilaku dalam kategori cukup lebih tinggi pada kelompok kontrol walaupun dalam kategori kurang sama-sama tidak ditemukan lagi. Hasil analisis perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan p value 0,001 ($<0,05$). Hal ini menunjukkan ada perbedaan perilaku antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Tujuan akhir pendidikan kesehatan adalah adanya perubahan perilaku manusia yang dilakukan secara edukatif. Menurut Glanz (2015), pendidikan kesehatan dapat mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat, diantaranya Menurut Yusuf (2011), pendidikan kesehatan dapat mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat (Machfoedz & Suryani, 2010).

Meningkatnya motivasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anak balita juga dipengaruhi oleh kemampuan kader dalam hal memotivasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Machfoedz dan Suryani (2010), yang menyatakan motivasi merupakan daya penggerak yang telah menjadi aktif. Motif menjadi aktif pada saat-saat tertentu bila kebutuhan-kebutuhan untuk mencapai tujuan dirasakan/dihayati. Kebutuhan akan pentingnya penanggulangan diare muncul ketika ibu-ibu balita diberi motivasi tentang kesehatan anak balita sehingga ibu-ibu balita lebih menghayati tujuan dari pendidikan kesehatan tentang diare.

Menurut Hurlock (2012), motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertingkah laku. Motivasi merupakan kondisi internal setiap individu, yang menggerakkan untuk melakukan sesuatu yang sesuai dengan dorongan dalam dirinya. Motivasi yang muncul dapat timbul dari diri sendiri tanpa bantuan atau rangsangan dari orang lain (motivasi intrinsik) dan motivasi yang timbul oleh rangsangan dari luar atau dengan bantuan orang lain (motivasi ekstrinsik). Motivasi intrinsik yang muncul dapat disebabkan kesadaran ibu-ibu balita sendiri untuk mengatasi diare pada anak balitanya dan motivasi ekstrinsik yang muncul dapat disebabkan pengaruh dari kader posyandu dalam memberikan arahan, bimbingan tentang diare pada anak balita.

Menurut peneliti, upaya yang dilakukan untuk merubah perilaku masyarakat, dapat dengan memanfaatkan kearifan lokal yang berbasis pada keyakinan bahwa setiap individu memiliki kebiasaan dan perilaku khusus yang memungkinkan mereka dapat menemukan cara-cara yang lebih baik, untuk mencegah diare. Kebiasaan keluarga yang menguntungkan tentang pola makanan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan. Kegiatan dalam penanggulangan masalah diare harus memiliki kriteria, antara lain: cepat, terjangkau, partisipasi masyarakat, pemberdayaan keluarga, merubah perilaku masyarakat dan berkesinambungan.

Pendekatan ini memberikan solusi yang dapat menyelesaikan masalah dengan segera. Penanggulangan masalah diare dapat dijangkau dan keluarga tidak perlu bergantung pada sumberdaya dari luar untuk mempraktikkan perilaku baru. Pelaksanaannya lebih murah tetapi efektif dibandingkan mendirikan pusat rehabilitasi diare atau melakukan investasi di rumah sakit. Partisipasi masyarakat yaitu kader posyandu merupakan salah satu komponen penting dalam rangka mencapai keberhasilan penanggulangan masalah diare. Masyarakat

memainkan peran sangat penting dalam keseluruhan proses mulai dari menemukan perilaku dan strategi sukses di antara masyarakat sampai mendukung ibu anak balita setelah kegiatan berakhir. Pemberdayaan keluarga merupakan ujung tombak yang sangat berpengaruh dalam mengatasi masalah anak balita yang mengalami diare.

Penanggulangan masalah diare merupakan pendekatan berkesinambungan karena berbagai perilaku baru sudah dihayati dan berlanjut setelah kegiatan berakhir. Kegiatan ini tidak hanya mengubah perilaku anggota keluarga secara individu tetapi juga mengubah cara pandang masyarakat terhadap kekurangan diare serta kemampuan mereka untuk mengubah situasi. Solusi yang dilakukan berdasarkan budaya masyarakat, maka kemajuan dapat dicapai secara cepat tanpa banyak menggunakan analisis atau sumberdaya dari luar. Pendekatan tersebut dapat diterapkan secara luas karena pelaku selalu ada hampir di setiap masyarakat.

Jika fase akut bisa diatasi, namun tidak dilakukan pemantauan, dengan baik, akibatnya anak tidak dapat mengejar ketinggalannya, maka dalam jangka panjang kondisi ini berdampak buruk terhadap pertumbuhan maupun perkembangannya. Akibat diare terhadap pertumbuhan sangat merugikan anak, kondisi postur tubuh kecil dan pendek. Lebih memprihatinkan lagi, perkembangan anakpun terganggu. Efek diare terhadap perkembangan mental dan otak tergantung dengan derajat berat lamanya dan waktu pertumbuhan otak itu sendiri.

Kegiatan pemberdayaan keluarga melalui Model Penta Jaya ini dikembangkan dalam upaya mengeliminasi kasus diare. Pendekatan pemecahan masalah yang memusatkan perhatian pada apa yang dapat dilaksanakan bukan apa yang salah atau yang jadi sebab masalah. Pusat perhatian pada apa yang tersedia disetiap orang dalam masyarakat bukan pada kebutuhan yang memerlukan bantuan dari luar. Intervensi yang dilakukan tergantung pada sumber-sumber yang ada di masyarakat itu sendiri. Strateginya bagaimana pendidikan kesehatan diare bisa dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Keluarga dapat mengelola sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien. Keluarga dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan secara tepat dan sesuai. Perawat puskesmas dapat menyediakan dan diselenggarakan upaya kesehatan sebaik-baiknya.

Setiap daerah mempunyai lingkungan yang berbeda baik berupa lingkungan sosial, lingkungan alam dan lingkungan binaan, maka potensi masyarakat yang berdasarkan lingkungan tersebut juga akan berbeda-beda pula. Menurut peneliti, kerjasama dengan aspek organisasi dan kemasyarakatan yang mendukung kesehatan yaitu adanya institusi terkait berupa institusi pemerintah, seperti puskesmas. Keluarga anak balita merasakan adanya kedekatan hubungan dan perhatian dari puskesmas melalui tenaga kesehatan yang ada. Institusi non pemerintah yang sangat berperan dalam hal kesehatan dan masalah diare anak balita adalah Posyandu. Menurut penilaian masyarakat, posyandu merupakan lembaga yang kedua setelah Puskesmas yang sering membantu dan berperan dalam masalah kesehatan. Kegiatan Posyandu dapat berjalan dengan baik, dan semua anak balita setiap bulan dapat terpantau. Bagi anak balita yang tidak hadir ke posyandu, akan dilakukan kunjungan rumah dan kader akan melakukan pembagian tugas tanpa dipaksa. Jumlah kunjungan rumah rata-rata berkisar antara 2-3 orang setiap bulannya dan penyebabnya biasanya karena ibu tidak berada di rumah pada saat posyandu dilaksanakan.

Kader posyandu memiliki kerjasama, kebersamaan dan kepedulian yang tinggi di masyarakat. Masyarakatpun menjadi lebih mudah diikutkan dalam setiap program yang ada. Kegiatan pemberdayaan keluarga melalui Model Penta Jaya ini dikembangkan dalam upaya mengeliminasi kasus diare. Pendekatan pemecahan masalah yang memusatkan perhatian pada apa yang dapat dilaksanakan bukan apa yang salah atau yang jadi sebab masalah. Pusat perhatian pada apa yang tersedia disetiap orang dalam masyarakat bukan pada kebutuhan yang memerlukan bantuan dari luar. Intervensi yang dilakukan tergantung pada sumber-sumber yang ada di masyarakat itu sendiri. Strateginya bagaimana pendidikan kesehatan diare bisa dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Keluarga dapat mengelola sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien. Keluarga dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan secara tepat dan sesuai.

Menurut peneliti, kerjasama dengan aspek organisasi dan kemasyarakatan yang mendukung kesehatan yaitu adanya institusi terkait berupa institusi pemerintah, seperti puskesmas. Keluarga anak balita merasakan adanya kedekatan hubungan dan perhatian dari puskesmas melalui tenaga kesehatan yang ada. Institusi non pemerintah yang sangat berperan dalam hal kesehatan dan masalah diare anak balita adalah Posyandu. Menurut penilaian masyarakat, posyandu merupakan lembaga yang kedua setelah Puskesmas yang sering membantu dan berperan dalam masalah kesehatan. Kegiatan Posyandu dapat

berjalan dengan baik, dan semua anak balita setiap bulan dapat terpantau. Bagi anak balita yang tidak hadir ke posyandu, akan dilakukan kunjungan rumah sekaligus menimbang anak balitanya, dan kader akan melakukan pembagian tugas tanpa dipaksa. Jumlah kunjungan rumah rata-rata berkisar antara 2-3 orang setiap bulannya dan penyebabnya biasanya karena ibu tidak berada di rumah pada saat posyandu dilaksanakan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah menguraikan teori, tujuan, hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan dalam beberapa hal. Selanjutnya disampaikan beberapa saran yang dapat direkomendasikan sebagai usulan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Adapun uraiannya dipaparkan berikut ini.

6.1. Kesimpulan

6.1.1. Ada hubungan pengetahuan, sikap, perilaku ibu dari anak balita dengan kejadian diare

6.1.2. Implementasi Model Penta Jaya dilakukan selama dua bulan melalui pendidikan kesehatan terhadap keluarga, kerjasama antara kader posyandu dan ibu dari anak balita serta pemberdayaan keluarga dalam mengatasi masalah diare. Kader posyandu melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap keluarga yang diberdayakan serta selanjutnya memberikan motivasi terhadap keluarga yang mempunyai masalah terhadap intervensi yang dilakukan keluarga dalam mengatasi masalah diare

6.1.3. Terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku tentang diare antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi model Penta Jaya. Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol. Dapat disimpulkan bahwa Model Penta Jaya efektif untuk meningkatkan pengetahuan ibu dari anak balita

6.1.4. Terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku kader posyandu setelah dilakukan intervensi Model Penta Jaya

6.2. Saran

Saran yang disampaikan terdiri dari tiga jenis, antara lain saran aplikatif, perkembangan ilmu keperawatan dan penelitian selanjutnya. Adapun saran-saran tersebut dipaparkan berikut ini.

6.2.1. Aplikatif

6.2.1.1. Dinas Kesehatan

a. Model Penta Jaya dapat dijadikan model penyelesaian masalah diare pada anak balita dan dapat meningkatkan status kesehatan anak balita di wilayah Bandung dan Indonesia

- b. Model Penta Jaya dapat digunakan sebagai upaya promotif dan preventif terhadap masalah diare pada anak balita di tatanan pelayanan kesehatan tingkat pertama
- c. Menetapkan pelatihan berkelanjutan terkait penanggulangan diare pada anak balita bagi perawat komunitas atau perawat yang bertanggung jawab pada program perkesmas. Kebijakan ini relevan dengan asuhan keperawatan keluarga dengan anak balita diare sebagai kelompok berisiko.
- d. Menetapkan pelatihan bagi perawat puskesmas dengan materi asuhan keperawatan pada anak balita diare, motivasi, pemantauan dan evaluasi, menggunakan model dan modul yang telah tersedia dan sudah diuji cobakan.
- e. Menetapkan pelatihan bagi kader posyandu dengan materi pemantauan dan evaluasi menggunakan model dan modul yang telah tersedia
- f. Mengembangkan model pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan diare pada anak balita seperti organisasi sosial dan organisasi kemasyarakatan sehingga mereka dapat berperan dalam mengatasi masalah diare

6.2.1.2. Pelayanan kesehatan/keperawatan

- a. Perawat puskesmas melakukan sosialisasi model Penta Jaya pada kegiatan loka karya mini puskesmas baik lintas program maupun lintas sektor dengan menyampaikan langkah-langkah dalam pelaksanaan model, sehingga mendapat dukungan dalam penerapan model
- b. Melakukan replikasi Model Penta Jaya di wilayah lain minimal ada satu kegiatan di tiap kelurahan dan implementasi model dilakukan minimal dalam waktu 2 bulan.
- c. Mengintegrasikan kegiatan dalam Model Penta Jaya dengan kegiatan posyandu, dimana pelaksanaannya dapat dilakukan pada jadwal yang sama setiap bulan agar pelaksanaannya efektif dan efisien dalam hal waktu, biaya, tenaga sehingga tercapai hasil yang optimal
- d. Perawat komunitas dapat melaksanakan deteksi dini terhadap anak balita diare dengan menggunakan kuesioner yang sudah ada sehingga dapat dirancang intervensi yang tepat
- e. Perawat komunitas dan kader posyandu dapat melakukan pendampingan kepada keluarga anak balita melalui kunjungan rumah secara rutin agar tidak kembali lagi mengalami diare
- f. Merancang intervensi keperawatan berbasis teknologi, melalui *hotline service*, seperti *telephone counseling* untuk memberikan layanan konseling terhadap berbagai permasalahan yang dihadapi keluarga dalam mengatasi masalah diare pada anak balita

- g. Merancang intervensi promosi kesehatan bagi keluarga dengan memberdayakan kader posyandu sehingga kegiatan dapat dilakukan lebih sering dan berkesinambungan
- h. Melakukan pertemuan perawat puskesmas sebagai penanggung jawab daerah binaan secara berkala (setiap bulan) dengan kader posyandu agar masalah-masalah yang dialami keluarga dalam merawat anak balita dapat didiskusikan pemecahannya dan keberlangsungan pemantauan dapat dipertahankan.
- i. Melakukan pertemuan perawat puskesmas sebagai penanggung jawab daerah binaan secara berkala (setiap bulan) dengan perawat penanggung jawab perkesmas dan perawat lainnya untuk mendiskusikan pemecahan masalah-masalah yang ditemukan dalam mengatasi masalah diare pada anak balita.

6.2.2. Perkembangan keilmuan

- a. Hasil penelitian ini dapat didiseminasikan pada tingkat nasional maupun internasional sehingga dapat menjadi rujukan dalam replikasi model
- b. Pengembangan model Penta Jaya berkontribusi terhadap perkembangan keilmuan dibidang keperawatan keluarga terkait dengan asuhan keperawatan keluarga khususnya pemberdayaan keluarga dan tugas keluarga dalam kesehatan sehingga tercapai balita sehat dan keluarga mandiri
- c. Pengembangan Model Penta Jaya berkontribusi terhadap perkembangan keilmuan dibidang keperawatan komunitas khususnya pendidikan kesehatan, kerjasama dan pemberdayaan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat sehingga tercapai masyarakat sehat

6.2.3. Penelitian selanjutnya

- a. Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan desain yang sama tetapi fokus pada beberapa metode pendidikan kesehatan, sehingga dapat dinilai model pendidikan kesehatan yang paling efektif
- b. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan desain sama tetapi setting berbeda yaitu di wilayah perdesaan karena perlu dibandingkan dengan hasil penelitian ini yang dilakukan pada masyarakat perkotaan
- c. Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan fokus pada intervensi untuk meningkatkan psikologis anak balita

- d. Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan jenis penelitian kualitatif dengan desain etnografi tentang pengalaman ibu dalam melakukan penanggulangan diare pada anak balita

DAFTAR PUSTAKA

- Acuin, C. S., & Butha, Z. A. (2013). Neonatal, and child health in southeast Asia: towards greater regional collaboration. *Journal Health in Southeast Asia*, 377(5), 516-525.
- Azwar, S. (2015). *Sikap manusia: Teori dan pengukuran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI. (2014). *Riset kesehatan dasar*. Jakarta. Maret 1, 2014. [http://www .depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Cairncross, S., Hun, C., & Boisson, S. (2014). Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. *International Journal of Epidemiologi*, 39(1), 193-205.
- Christa, L., Walker, F., & Ingrid, K. (2015). Scalin up diarrhea prevention and treatment intervention: A lives saved tool analysis. *Plos Medicine journal*, 8(3), 1-10.
- Christy, M. Y. (2014). Faktor yang berhubungan dengan kejadian dehidrasi diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kalijudan. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(3), 297-308.
- Davis, S. L., & Chapa, D. W. (2016). Social determinants of health: knowledge to effective action for Change. *Journal for Nurse Practisioners*, 11(4), 424-429.
- Elheran, N., & Harper, J. S. (2012). Commendations: A resource intervention for clinical practice. *Journal Clinical Nurse Specialist*, 22(4), 424-438.
- Glanz, K. (2015). *Health behaviour and health education*. San Fransisco: Jossey Bass.
- Helvie, C. O. (2010). *Advanced practice nursing in the community*. Philadelphia: Lippincott.
- Katie, G. (2016). Multiple behaviour change intervention for diarrhoea control in Lusaka, Zambia: A cluster randomized trial. *Lancet Global Health Journal*, 4(12), 966-977.
- Keeney, B. P., & Morris, J. (2012). What is an epistemology of family therapy. *Journal Family Process*, 22(1), 92-98.
- Lindacher, V., & Curbach, J. (2017). Evaluation of Empowerment in Health Promotion Interventions. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0163278716688065>. Diakses 28 Maret 2018.
- Machfoedz, I., & Suryani, S. (2010). *Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mahdali, M. I., Indriasari, R., & Taha, R., (2013). Efek edukasi diare terhadap pengetahuan, sikap serta perubahan perilaku keluarga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin*, 1(2), 1-12.
- Megasari, J., Wardani, R. S. (2014). Hubungan pengetahuan dan perilaku ibu tentang diare di Semarang. *Jurnal Unimus*, 3(2), 43-48
- Palancoi, N. A., (2014). Hubungan pengetahuan dan lingkungan dengan kejadian diare. *Jurnal Kesehatan UIN Alauddin*, 2(2), 346-352
- Pender, N. J. (2008). *Health promotion and nursing praktice*. Philadelphia: Prentice Hall.

- Pertiwi, L., Nugraha, D. P., & Inayah. (2017). Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Medicine FK*, 4(1), 1-18
- Pickering, A., Djebbari, H., & Lopez, C. (2015). Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster randomized controlled trial. *Lancet Global Health Journal*, 3, 701-711
- Sastroasmoro, S. (2012). *Metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Shepherd, J. P., & Sumner, SA. (2018). Policing and Public Health, Strategies for Collaboration. *Journal of American Medical Association* . 317(15), 1525-1537
- Sukut, s. s., & Arif, S. A. (2015). Faktor kejadian diare pada balita dengan pendekatan teori Nola J. Pender di IGD RSUD Ruteng. *Jurnal Pedimaternal* . 3(2), 230-249
- Watson, W. L., & Nanchoff, G. M. (2012). A family systems nursing approach to premenstrual syndrome. *Journal of Clinical Nurse Specialist*, 4(1), 3-9.
- Zwisler, G., Simpson, E., & Moodley, M. (2015). Treatment of diarrhea in young children: Result from surveys on the perception and use of oral rehydration solutions, antibiotics and other therapies in India and Kenya. *Journal of Global Health*, 3(1), 1-14.

BAB 6
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

1. Biaya Penelitian

Ringkasan Anggaran Biaya Penelitian

No	Jenis Pengeluaran	Rincian	Nominal (Rp)
1.	Bahan habis pakai: - ATK - Fotocopy (Cetak instrumen dan leaflet, kuesioner, dll) - cenderamata 100x50000 - Konsumsi 100x75.000	2500000 2500000 5.000.000 7.500.000	15.000.000.,
2.	- Perijinan: Dinas Kesehatan, Kesbang, Puskesmas.	3.000.000.	3.000.000.,
3.	- Transportasi survey : penjajagan 10 x100.000 - Pengumpulan data 30x100.000 x 10 hari	1000.000 20.500.000	1.000.000 20.500.000
	Lain-lain: administrasi, laporan, dan lainnya	1000.000.,	1.000.000.,
	Jumlah	40.500.000.,	40.500.000.,

2. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nop	Des
1	Penyusunan proposal												
2	Seminar proposal dan perbaikan												
3	Penyerahan protokol perbaikan kepada reviewer												
4	Pengajuan berkas kaji etik												
5	Proses kaji etik												
6	Penyerahan protokol perbaikan kaji etik												
7	Pelaksanaan penelitian												
8	Pengolahan dan analisa data												
9	Pembuatan Laporan												
10	Seminar hasil												
11	Penyerahan laporan hasil perbaikan												

Abstrak

Masalah diare pada anak usia balita masih menjadi prioritas di beberapa daerah di Indonesia yang harus dicarikan solusinya. Solusi yang tepat dalam mengatasi masalah diare dapat dicari dengan melakukan penelitian-penelitian, diantaranya mencari Model yang tepat dalam mengatasi masalah diare. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan masalah Diare pada Anak Balita di Kota Bandung. Tujuan khusus dari penelitian ini untuk menganalisis tentang: 1) Efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung. 2) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap sikap ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung. 3) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung. 4) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap kejadian diare di Kota Bandung. 5) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung. Desain yang digunakan adalah *quasi experiment* dengan besar sampel 92 (46 kelompok intervensi dan 46 kelompok kontrol). Penelitian dilakukan di dua tempat yaitu Kota Bandung dan Kota Tasikmalaya. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan intervensi. Kegiatan yang dilakukan pada Model Penta Jaya adalah pendidikan kesehatan terhadap ibu dari anak balita, pemberdayaan keluarga yang sudah diberikan pendidikan kesehatan, kerjasama antara ibu dari anak balita dengan kader posyandu dalam pemantauan dan evaluasi serta motivasi. Data dianalisis dengan Chi Square, regresi logistik dan uji t. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Kota Bandung, Model Penta Jaya dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dari anak balita yang pada akhirnya dapat menurunkan frekwensi diare pada anak balita. Disarankan kepada petugas puskesmas agar menggunakan Model Penta Jaya dalam mengatasi masalah diare pada anak balita di masyarakat.

Kata kunci: Balita, Diare, Model Penta Jaya

Daftar pustaka: 21 (2006-2016)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Anak balita merupakan populasi berisiko terhadap masalah kesehatan. Masalah kesehatan yang sering dialami anak balita salah satunya adalah penyakit diare. Anak balita sering mengalami diare karena ibu balita kurang memahami antara lain, tentang kebersihan, asupan makanan dan pola asuh (Sukut & Arif, 2015, Katie, 2016). Prevalensi anak balita diare di Indonesia dan khususnya di Jawa Barat relatif cukup banyak (Unicef, 2015, Pertiwi, Nugraha & Inayah, 2017).

Kejadian diare di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Depkes RI, 2013) jumlahnya cukup besar dan menyebabkan kematian anak balita setiap tahun sebesar 162.000 orang (25,2%) serta jumlah anak balita yang meninggal setiap hari sebesar 460 balita. Hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) di Indonesia menunjukkan diare merupakan penyebab kematian nomor 2 pada balita. Hasil penelitian Kemenkes (2015), menemukan anak balita di Indonesia setiap tahun relatif mengalami diare sebanyak 1,6-2 kali dalam setahun (Kemenkes RI, Christy, 2015).

Berdasarkan hasil survei (2016) di Jawa Barat ditemukan angka Case Fatality Rate pada tahun 2015 adalah sebesar 2,47 % dan pada tahun 2016 sebesar 3,04 %. Prevalensi anak balita yang menderita diare dari tahun ke tahun menunjukkan adanya peningkatan, walaupun sudah diupayakan dengan promosi kesehatan oleh Departemen Kesehatan, akan tetapi angka kesakitan balita diare dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan (Nendya & Desyanti, 2017, Ainsyah & Lusno, 2018).

Sehubungan dengan hal ini perlu diupayakan metode promosi kesehatan antara lain dengan: Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama dan Pemberdayaan terhadap Ibu Balita dan Kader Posyandu dalam Penanggulangan Masalah Diare (Model Penta Jaya).

Selama ini Pendidikan Kesehatan yang diberikan oleh Departemen Kesehatan untuk ibu balita di Indonesia dengan metode ceramah dengan komunikasi satu arah, materi yang diberikan sulit dipahami ibu balita yang pendidikannya relatif rendah. Demikian

pula halnya kader posyandu belum pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan diare. Materi yang diberikan tidak dapat mengoptimalkan kemampuan ibu balita tentang asupan diare yang berkualitas untuk balita dan kebersihan dalam pemberian asupan diare tersebut. Metode pendidikan kesehatan yang diberikan Departemen Kesehatan tidak efektif dan tidak ada kerjasama antara kader Kesehatan untuk semua kalangan dengan pendidikan yang berbeda. Metode pendidikan kesehatan yang diberikan belum menunjukkan komunikasi dua arah (Engle, Johanson, 2012).

Demikian pula halnya pada metode ceramah tersebut tidak diberikan tentang pentingnya kerjasama antara kader posyandu dengan ibu balita dalam upaya mencegah terjadinya diare pada balita. Kerjasama antara kader posyandu dan ibu balita dalam pemantauan belum pernah dilakukan. Oleh karena itu perlu diupayakan metode pendidikan kesehatan yang dapat meningkatkan kemampuan ibu balita agar dapat mencegah diare pada balita dan dapat bekerjasama dengan kader posyandu antara lain dengan Model Penta Jaya.

Model Penta Jaya kemungkinan lebih efektif karena berisi kegiatan Pendidikan Kesehatan yang diberikan kepada ibu balita dan kader posyandu dalam mengatasi masalah diare. Metode pendidikan kesehatan yang diberikan menggunakan pemberian materi, *role play* dan praktikum. Materi pendidikan kesehatan berisi tentang kebersihan, pemberian makan dan pola asuh. Pendidikan kesehatan yang diberikan menekankan kepada preventif. Kerjasama antara kader posyandu dan ibu balita dalam melaksanakan pendampingan terhadap keluarga anak balita penderita diare (Fritschel, 2014, Snetselaar, 2015).

Setelah diberikan materi tentang Model Penta Jaya yang berisi materi pendidikan kesehatan tentang kebersihan, pola makan dan pola asuh serta kerjasama antara ibu balita dengan kader posyandu, selanjutnya masing-masing ibu balita dan kader posyandu mempraktekkan materi pelatihan agar ibu balita dan kader posyandu memahami tentang Model Penta Jaya (rincian Model Penta Jaya terdapat pada lampiran 3). Hasil akhir yang diharapkan dari Model Penta Jaya adalah peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita dan kader posyandu serta penurunan frekwensi penderita diare dalam 3 bulan terakhir.

Sebelum diberikan perlakuan Model Penta Jaya kepada ibu balita dan kader Posyandu, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas Model Penta Jaya kepada ibu balita dan kader Posyandu dengan jumlah sampel terbatas.

Sehubungan dengan uraian pada latar belakang sebelumnya, maka dilakukan penelitian tentang: Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk Menurunkan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang sebelumnya, dapat diidentifikasi permasalahan sebagai berikut:

- 1) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung ?
- 2) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap sikap dan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung ?
- 3) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung ?
- 4) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap kejadian diare pada anak balita di Kota Bandung ?
- 5) Apakah terdapat Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Berdasarkan rumusan masalah, tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis tentang: Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan masalah Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini untuk menganalisis tentang :

- 1) Efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 2) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap sikap dan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 3) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 4) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap kejadian diare di Kota Bandung
- 5) Efektivitas Model Penta Jaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

1.4. Manfaat

1.4.1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Agar perawat komunitas di Puskesmas dapat memberikan penyuluhan tentang intervensi Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu Dalam Penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

1.4.2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini merupakan cara baru dalam keperawatan untuk intervensi Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu Dalam Penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

1.4.3. Kebijakan Kesehatan

Agar pengambil kebijakan kesehatan dapat menerapkan intervensi Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu Dalam Penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. Diare

2.1.1. Pengertian Diare

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan bentuk tinja cair atau setengah cair, dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya (Pujiadi, 2009). Diare adalah sebuah penyakit di saat tinja atau feses berubah menjadi lembek atau cair yang biasanya terjadi paling sedikit tiga kali dalam 24 jam.

2.1.2. Penyebab Diare

Penyebab diare adalah infeksi, diantaranya:

- 1) Bakteri, Cacing perut (ascaris, trichuris)
- 2) Malabsorpsi: karbohidrat (intoleransi laktosa), lemak atau protein
- 3) Alergi: alergi makanan, keracunan
- 4) Immunodefisiensi/immunosupresi (kekebalan menurun): aids dll
- 5) Sebab-sebab lain: faktor lingkungan dan perilaku, psikologi : rasa takut dan cemas (Putranto, Setiawaty & Pratiwi 2014, Cruz, Lorenzetti & Almeida, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Khalili di Iran tahun 2016, pada 172 anak balita dengan metode cross sectional, menemukan peningkatan risiko rawat inap pasien diare akut disebabkan oleh adanya darah dalam tinja (34 %). Selain itu, ditemukan juga risiko diare yaitu dehidrasi, ASI yang diberikan kurang dari 6 bulan (45%). Hal lain risiko diare adalah kurangnya akses terhadap air bersih dan mempunyai hewan peliharaan (26 %). Khalili juga menjelaskan bahwa salah satu faktor risiko yang menyebabkan pasien diare dirawat di rumah sakit di negara berkembang adalah tingkat pendidikan yang rendah (22 %) dan tingkat pengetahuan ibu yang rendah (36 %) serta tindakan pencegahan yang dilakukan orang tua yang rendah terhadap diare (78%). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilakukan pendidikan kesehatan terhadap ibu balita tentang kebersihan dan tindakan pencegahan untuk mengatasi masalah diare.

2.1.3. Tanda dan Gejala Diare

Menurut Sodikin (2015), beberapa tanda dan gejala pada kasus gastroenteritis, antara lain: anak balita menjadi cengeng, rewel, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan

berkurang atau tidak ada, feses makin cair, mungkin mengandung darah dan atau lendir, Warna feses berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu, muntah baik sebelum maupun sesudah diare, terdapat gejala dan tanda dehidrasi yaitu ubun-ubun besar cekung pada bayi, tonus otot dan turgor kulit berkurang, selaput lendir pada mulut dan bibir terlihat kering, berat badan menurun, pucat, lemah.

2.1.4. Jenis Diare

- 1) Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari.
- 2) Disentri, yaitu diare yang disertai darah didalam tinjanya
- 3) Diare kronik, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari secara terus menerus

Hasil penelitian Palancoi (2014), terhadap 128 orang ibu balita dengan metoda cross sectional menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang diare 56 % masih kurang baik. Hasil penelitian ini juga membuktikan bahwa ada hubungan pengetahuan tentang diare dan lingkungan dengan kejadian diare p value = 0,02 (<0,05). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilakukan peningkatan pengetahuan ibu tentang diare dan peningkatan kesehatan lingkungan.

Hasil penelitian Megasari dan Wardani (2014) terhadap 144 orang ibu balita dengan metoda cross sectional menunjukkan bahwa ada hubungan pengetahuan dan perilaku ibu tentang diare (p value = 0,03 (< 0,05). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan peningkatan pengetahuan ibu agar dapat meningkatkan perilaku ibu tentang diare.

2.1.5. Perawatan Diare

Hasil penelitian Rane S (2017), terhadap 78 orang ibu balita dengan metoda cross sectional menunjukkan bahwa perawatan yang dilakukan ibu terhadap anak yang mengalami diare masih kurang baik (72%). Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilaksanakan pendidikan kesehatan dengan metode role play tentang perawatan kesehatan

Hasil penelitian Keeney dan Morris (2015), terhadap 124 orang ibu balita dengan metoda case control menunjukkan mengatakan bahwa sikap ibu terhadap diare 60 % masih

rendah. Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan agar dilakukan pendidikan kesehatan tentang diare untuk meningkatkan sikap ibu balita.

Perawatan diare terdiri dari:

- 1) Istirahat yang cukup
- 2) Berikan cairan yang cukup & diare yang cukup.
- 3) Hitung jumlah cairan yang masuk melalui mulut untuk mengganti cairan yang hilang.
Kebutuhan cairan usia balita = 1500 ml
- 4) Memakai baju hangat dan kaos kaki
- 5) Dibalur kayu putih setelah mandi dan pada malam hari
- 6) Lingkungan rumah yang dapat mencegah diare: pencahayaan cukup, ventilasi cukup, rumah tidak lembab, bersih, hindari debu.
- 7) Pelihara rumah tetap bersih baik didalam maupun di luar rumah
- 8) Mengunjungi pelayanan kesehatan untuk perawatan dan pengobatan diare

2.1.6. Akibat Diare

Akibat diare dapat menyebabkan dehidrasi. Dehidrasi memiliki konsekuensi yang fatal dan berpotensi merenggut nyawa penderita, terutama jika terjadi pada anak-anak. Hal ini karena ketahanan tubuh anak-anak terhadap dehidrasi jauh lebih rendah dibandingkan orang dewasa. Orang tua disarankan untuk mewaspadaai tanda-tanda dehidrasi pada anak. Penderita juga disarankan untuk meminum banyak cairan selama diare masih berlangsung. Jika diare tidak diatasi dapat menyebabkan dehidrasi berat dan dapat terjadi kematian (Stevenson, Kent, Burroug at.all, 2013).

2.1.7. Pencegahan Diare

- 1) Pemberian ASI
- 2) Pemberian MP-ASI (makanan pendamping ASI)
- 3) Penggunaan air yang bersih
- 4) Mencuci tangan
- 5) Menggunakan jamban yang bersih
- 6) Membuang tinja dengan benar.

Penelitian yang dilakukan oleh Meliyanti (2014), terhadap 159 ibu balita dengan metoda cross sectional, menunjukkan bahwa ada hubungan informasi kesehatan deng kejadian

diare ($p \text{ value} < 0,001$). Ada hubungan antara cara pemberian makan dengan kejadian diare ($p \text{ value} < 0,000$). Ada hubungan antara ketersediaan jamban dengan kejadian diare ($p \text{ value} < 0,00$). Sehubungan dengan hal ini, peneliti menyarankan perlu pemberian informasi terhadap ibu balita tentang pola makan, pola asuh dan kebersihan.

Sifat sehat anak perlu dikembangkan untuk mencegah diare. Sifat sehat anak tersebut diare terdiri dari:

- 1) Mandi 2 kali sehari.
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah makan.
- 3) Makan teratur 3 kali sehari.

Hasil penelitian Davis dan Cava (2015), terhadap 65 responden ibu balita dengan metode eksperimen membuktikan bahwa terdapat pengaruh edukasi terhadap perilaku pemberian makan anak usia 12-24 bulan ($p < 0,05$) dan terdapat pengaruh edukasi terhadap sikap ibu dalam kebersihan anak usia 12-24 bulan ($p < 0,05$). Pengetahuan sangat berpengaruh terhadap tindakan yang dilakukan. Perilaku kebersihan yang dilakukan ibu membutuhkan pengetahuan yang baik. Peneliti menyarankan perlu adanya pemberian informasi praktis mengenai perilaku kebersihan.

2.2. Model Penta Jaya

2.2.1. Pendidikan Kesehatan Berdasarkan Health Belief Model

Pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan dari perawat kepada kelompok (Azwar, 2014). Pendidikan kesehatan merupakan penunjang semua program kesehatan masyarakat, oleh sebab itu diperlukan pada semua program kesehatan masyarakat. Model pendidikan kesehatan yang dilakukan pada penelitian ini adalah Health Belief. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan Health Belief Model mengemukakan persepsi seseorang terhadap suatu masalah, keadaan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan. Health Belief Model, dapat digunakan agar individu, kelompok maupun masyarakat mengambil keputusan untuk mulai bertindak mengatasi masalah kesehatannya (Helvie, 2014).

Menurut Glanz (2015), individu, kelompok maupun masyarakat bertindak mengatasi masalah kesehatannya karena termotivasi oleh:

- 1) Kepekaan yang dirasakan terhadap penyakit

Seseorang bertindak untuk mencegah penyakitnya jika ia merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut. Tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia dan keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

2) Keparahan penyakit yang dirasakan

Tindakan individu untuk mencari perawatan dan pencegahan penyakit akan didorong oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu dan kelompok.

3) Manfaat-manfaat yang dirasakan untuk mentaati tindakan-tindakan yang diusulkan

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap serius, ia akan melakukan tindakan tertentu. Tindakan ini tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan didalam melakukan tindakan tersebut. Persepsi terhadap penghalang atau rintangan untuk mengambil tindakan antara lain ketakutan, biaya, sakit, malu dan tidak menyenangkan.

Beberapa faktor dari tindakan dapat memodifikasi perilaku seperti mengidentifikasi gejala-gejala. Mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor external. Faktor-faktor tersebut, misalnya pesan-pesan media massa, nasihat atau anjuran petugas kesehatan, anggota keluarga atau anggota keluarga lain yang sedang sakit sehingga masyarakat melakukan upaya pencegahan timbulnya masalah kesehatan

2.2.2. Kerjasama

Kerjasama adalah hubungan antara dua pihak atau lebih yang memberikan manfaat atau menguntungkan untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing (Maurer, 2015). Kerjasama adalah kegiatan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih yang berinteraksi dan saling mempengaruhi kearah tujuan bersama (Allender, 2016). Kerjasama dapat disimpulkan sebagai kegiatan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing.

Menurut Helvie (2015), kerjasama dapat dibangun dengan cara:

1) Identifikasi peluang-peluang/kemungkinan-kemungkinan

Setiap pihak harus memahami benar begitu luas bidang garapan, begitu banyak peluang yang ada, oleh karena itu dalam membangun kerjasama harus kaya dengan pemikiran dan gagasan-gagasan yang baru. Hal ini berkaitan dengan sumber-sumber daya yang dimiliki keluarga dan yang tersedia di masyarakat.

2) Identifikasi jaringan kerja yang potensial

Keyakinan dasar dari identifikasi jaringan yang potensial, ialah lebih baik merangkul untuk bekerjasama daripada memutuskan kerjasama. Akses ke semua calon jaringan dilakukan sedapat mungkin. Hal ini dapat diwujudkan berupa kerjasama dengan kader posyandu, tenaga yang dapat membantu di masyarakat. Misalnya: Ibu-ibu PKK dapat kita libatkan, selain posyandu atau ada LSM yang dapat berperan.

3) Memilih jaringan yang cocok

Jaringan kerja dapat dipilih dengan mempertimbangkan secara seksama faktor resiko yang mungkin dihadapi. Hal ini dapat diwujudkan dengan memilih jaringan kerja yang dapat membantu kegiatan penanggulangan masalah diare, bukan yang bersifat komersial (memasarkan produk tertentu).

Pengembangan kerjasama dapat dilakukan melalui:

1) Pemanfaatan forum komunikasi yang sudah ada

Sebelum kerjasama dilaksanakan, sebaiknya dimulai dengan mengikuti forum-forum yang diselenggarakan oleh calon yang akan bekerjasama dengan kita. Tujuannya adalah disamping untuk memperkenalkan diri, juga untuk menentukan langkah apa yang akan dilakukan. Apabila kehadiran kita sudah merupakan bagian dari calon yang akan kita harapkan bekerjasama, selanjutnya dapat ditindak lanjuti dengan mengadakan forum berikutnya. Dalam hal ini, untuk mengajak keluarga bekerjasama, lebih baik melalui forum yang sudah ada, seperti posyandu

2) Memanfaatkan kegiatan yang sudah berjalan

Upaya kegiatan kesehatan diawali dengan yang sudah berjalan, kita memberikan dukungan/dorongan. Pendekatan dapat dilakukan dengan melihat berbagai kegiatan kesehatan yang dilakukan dengan mengkaji kebutuhan pelaksanaan, mengkaji/menginventarisasi apa yang sudah dilakukan oleh kader posyandu atau apa yang sudah dilakukan keluarga. Perawat tinggal menambah kegiatan yang sudah baik, seperti pendidikan kesehatan yang sudah diberikan oleh kader, perawat puskesmas dapat melanjutkan dengan menambah materi yang kurang.

3) Memanfaatkan budaya setempat

Kerjasama dapat dilakukan pada tempat dimana masyarakat sudah melakukan tindakan di daerah tersebut. Contohnya: menggunakan bahan makanan lokal yang mengandung diare tinggi dapat kita teruskan. Budaya makan jajanan yang kurang sehat, dapat kita perbaiki.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan kerjasama adalah kedua belah pihak saling:

- 1) Menghormati, menghargai dan mentaati kesepakatan yang telah dibuat bersama
Kerjasama antara perawat puskesmas dengan kader posyandu harus saling menghormati hak masing-masing, saling menghargai tugas yang dilakukan oleh kedua belah pihak. Kesepakatan bahwa kader posyandu melaksanakan pemantauan dan perawat puskesmas yang melaksanakan motivasi.
- 2) Mengadakan kerja sama secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan
Kader posyandu dan perawat puskesmas harus secara terbuka melaporkan hasil pemantauannya dan berperan serta dalam membahas kemajuan dan permasalahan yang dihadapi.
- 3) Menghargai hasil kerja rekan kerjanya dan melindungi hak ciptanya
Hasil pemantauan atau hasil yang ditemukan oleh kader posyandu, harus dihargai oleh perawat puskesmas dan tidak boleh disebarluaskan tanpa seizin yang bersangkutan.
- 4) Memenuhi hak dan kewajibannya sesuai jadwal waktu
Kader posyandu dan perawat puskesmas harus melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai jadwal yang telah ditentukan. Kader posyandu wajib melaporkan hasil pemantauannya 1x/minggu. Perawat memberikan solusi permasalahan setiap minggu sekali.
- 5) Melakukan kegiatan sesuai aturan dan perundang-undangan yang berlaku
Kesepakatan yang telah dibuat antara kader posyandu dan perawat puskesmas untuk memberikan solusi terhadap keluarga anak balita diare yang bermasalah harus sesuai dengan intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah diare. Misalnya: dengan memperbaiki pola makan.
- 6) Tidak mencampuri urusan internal organisasi masing-masing

Posyandu mempunyai organisasi yang sudah dibuat oleh masyarakat, perawat tidak boleh mencampuri program posyandu tersebut. Misalnya: dana untuk posyandu yang sudah dialokasikan oleh RW setempat, harus dijalankan sesuai keinginan masyarakat.

- 7) Mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama
Jika ditemukan masalah dalam pemantauan, misalnya keluarga tidak dapat melaksanakan intervensi yang disarankan, perawat puskesmas dan kader posyandu musyawarah untuk mengatasi masalah tersebut. Kader sebagai pelaksana di lapangan harus menjunjung tinggi kesepakatan yang telah dibuat.

Keberhasilan dalam kerjasama perawat puskesmas dan kader posyandu, dapat dicapai apabila ada:

- 1) Komitmen/kesepakatan bersama
- 2) Kerja sama yang harmonis
- 3) Koordinasi yang baik
- 4) Kepercayaan antar anggota
- 5) Kejelasan tujuan yang akan dicapai
- 6) Kejelasan peran dan fungsi dari masing-masing jaringan

Indikator keberhasilan kerjasama dapat diukur dengan mengidentifikasi:

- a. Indikator masukan (input): dapat diukur dari jumlah kader yang bersedia memantau keluarga anak balita diare
- b. Indikator proses: dapat diukur dari:
 - 1). Kader posyandu:
 - a). Melaksanakan tugasnya dengan sebaik-baiknya
 - b). Bersedia melaporkan hasil pemantauan sesuai kesepakatan
 - c). Hadir dalam pertemuan membahas solusi
 - d). Seluruh kegiatan pemantauan dilakukan sesuai kesepakatan dan sesuai jadwal yang telah dibuat
 - 2). Perawat puskesmas memberikan solusi dan motivasi sesuai jadwal yang telah dibuat
- c. Indikator *out put*:
 - 1). Jumlah keluarga yang melaksanakan intervensi dalam mengatasi masalah diare
 - 2). Jumlah keluarga yang dapat dipantau oleh kader posyandu
 - 3). Jumlah keluarga yang dapat dimotivasi perawat puskesmas
 - 4). Jumlah masalah yang dapat diatasi oleh perawat puskesmas

Prosedur kegiatan kerjasama terdiri dari:

1) Menentukan tujuan dan sasaran

Tujuannya adalah melaksanakan pemantauan dan evaluasi terhadap keluarga anak balita diare. Sasarannya adalah kader posyandu.

2) Melakukan strategi

Strateginya adalah memantau intervensi yang dilakukan oleh keluarga anak balita diare melalui survei oleh kader posyandu. Perawat puskesmas mengevaluasi laporan hasil pemantauan

3) Melakukan pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh kader posyandu terhadap intervensi yang dilakukan oleh keluarga anak balita diare

4) Merencanakan kegiatan promosi

Perawat puskesmas dapat merencanakan kegiatan promosi kesehatan terhadap keluarga anak balita diare

5) Mengembangkan materi

Materi dapat dikembangkan oleh perawat puskesmas sesuai masalah yang ditemukan

6) Melaksanakan kegiatan

Kegiatan intervensi dilakukan oleh perawat puskesmas

7) Melakukan pemantauan

Kader posyandu memantau hasil intervensi yang dilakukan oleh keluarga

8) Melakukan pengorganisasian

Perawat puskesmas dapat melakukan pembagian tugas dalam mengatasi masalah diare terhadap kader posyandu dan keluarga anak balita diare

Bila ingin mengubah suatu perilaku, harus mengubah cara berfikir. Motivasi muncul dan berkembang karena ada sesuatu yang ingin dicapai atau dipenuhi dalam diri seseorang. Harapan sebagai dasar utama timbulnya motivasi.

Kerjasama dalam Model Penta Jaya adalah kerjasama antara petugas Puskesmas dan kader posyandu dalam hal pemantauan dan evaluasi. Kerjasama antara petugas puskesmas dan kader posyandu dapat berjalan lancar apabila kader posyandu dan petugas puskesmas dilatih terlebih dahulu materi yang akan dipantau dan di evaluasi. Selain itu perawat puskesmas dilatih tentang motivasi.

2.2.3. Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah proses pemberian kekuatan atau dorongan sehingga membentuk interaksi transformatif kepada komunitas sehingga mereka mampu untuk mencapai solusi yang diinginkan (Helvie, 2015). Pemberdayaan merupakan suatu proses tindakan sosial dalam meningkatkan partisipasi individu, kelompok dan komunitas untuk menuju tujuan yang disepakati bersama, dampak politis, kualitas kehidupan komunitas yang lebih baik dan keadilan sosial (Allender, 2015). Pemberdayaan dapat disimpulkan sebagai suatu usaha pemberian kekuatan dalam meningkatkan partisipasi individu yang ditujukan untuk mensejahterakan kehidupan komunitas.

Adapun tujuan dari pemberdayaan adalah:

- 1) Meningkatkan potensi komunitas dalam bidang kesehatan agar mampu meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik bagi seluruh warga komunitas melalui kegiatan-kegiatan swadaya.
- 2) Mendidik komunitas agar mampu mendidik diri mereka sendiri atau membantu komunitas agar mampu membantu diri mereka sendiri.

Tujuan pemberdayaan dapat dicapai dengan memfokuskan pada peningkatan kesadaran komunitas. Partisipasi aktif dan kerjasama yang kooperatif dari anggota komunitas sangat dibutuhkan.

Menurut Allender (2015), proses pemberdayaan komunitas dapat dilakukan dengan beberapa tahapan sebagai berikut:

1) *Getting to know the local community*

Mengetahui karakteristik komunitas setempat (lokal) yang akan diberdayakan, termasuk perbedaan karakteristik yang membedakan komunitas yang satu dengan yang lainnya.

2) *Gathering knowledge about the local community*

Mengumpulkan pengetahuan yang menyangkut informasi mengenai komunitas setempat. Mis : distribusi penduduk.

3) *Identifying the local leaders*

Pemberdayaan komunitas harus mendapat dukungan dari pimpinan/tokoh-tokoh komunitas setempat.

4) *Simulating the community to realize that it has problems*

Komunitas yang terikat adat kebiasaan, mereka tidak merasakan bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan dan kebutuhan yang perlu dipenuhi

5) *Helping people to discuss their problem*

Merangsang komunitas untuk mendiskusikan masalahnya serta merumuskan pemecahannya dalam suasana kebersamaan.

6) *Helping people to identify their most pressing problems*

Komunitas harus mampu mengidentifikasi permasalahan yang paling menekan sehingga harus diutamakan pemecahannya.

7) *Fostering self confidence*

Membangun rasa percaya diri komunitas

8) *Deciding on a program action*

Komunitas perlu diberdayakan untuk menetapkan suatu program yang akan dilakukan. Program tersebut perlu ditetapkan menurut skala prioritas.

9) *Recognition of strengths and resources*

Membuat komunitas tahu dan mengerti bahwa mereka memiliki kekuatan-kekuatan dan sumber-sumber yang dapat dimobilisasi untuk memecahkan permasalahan dan memenuhi kebutuhannya.

10) *Helping people to continue to work on solving their problems*

Komunitas perlu diberdayakan agar mampu bekerja memecahkan masalahnya secara kontinyu.

11) *Increasing peoples ability for self help*

Meningkatkan kemampuan komunitas untuk menolong diri sendiri.

Hasil penelitian Lindacher dan Curbach (2018), terhadap 116 responden ibu balita dengan metode eksperimen membuktikan bahwa aplikasi dari pendidikan kesehatan melalui pemberdayaan sangat efektif jika dilakukan monitoring dan evaluasi. Peneliti menyarankan perlu dilakukan edukasi monitoring dan evaluasi setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan terhadap berbagai konsep dan teori yang telah diuraikan serta berbagai macam penelitian yang telah dilakukan tentang diare dan penyebabnya, maka penulis membuat landasan berfikir tentang analisis Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, Pemberdayaan (Model Penta Jaya) dalam penanggulangan diare pada anak balita di kota Bandung. Variabel dependen adalah diare dan variabel independen adalah Model Penta Jaya. Kerangka konsepnya adalah sebagai berikut.

Skema 3.1: Kerangka Konsep Penelitian

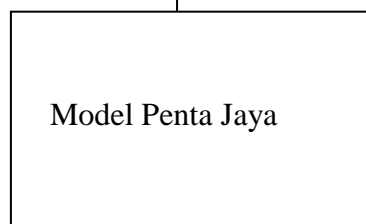
Model Pendidikan Kesehatan, Kerjasama, dan Pemberdayaan Terhadap Ibu Balita Dan Kader Posyandu meningkatkan kemampuan penanggulangan Masalah Diare pada Anak Balita Di Kota Bandung

Variabel independen

- Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita
- Pengetahuan, sikap dan perilaku kader posyandu

Variabel dependen

- Kemampuan ibu dalam mengatasi diare
- Kejadian diare



3.2. Definisi Operasional

Pelaksanaan penelitian dapat diperjelas dengan membuat definisi operasional setiap variabel. Definisi operasional variabel independen dan variabel dependen dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 3.1: Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1.	Variabel dependen a. Diare	Buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	Angka 1-10	Interval
	b. Pengetahuan ibu tentang: 1) diare	Kemampuan mengingat, menyebutkan, menyatakan sesuatu yang spesifik tentang buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	Angka 0-100	Rasio
	c. Sikap ibu tentang: 1) diare	Pendapat (penilaian) terhadap stimulus atau objek tentang buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	0 = Kurang baik (< mean skor) 1 = Baik (\geq mean skor)	Ordinal
	d. Perilaku tentang: 1) diare	Respon yang dilakuk-kan terhadap rangsang (stimulus) tentang tentang buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali	Kuesioner	0 = Kurang baik (< mean skor) 1 = Baik (\geq mean skor)	Ordinal
2.	Variabel independen Model Penta Jaya	Perpaduan tindakan pendidikan kesehatan, kerjasama dan pemberdayaan yang dilakukan untuk menang-gulangi masalah diare		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
	a. Pendidikan kesehatan	Upaya transformasi pengetahuan tentang kesehatan dari perawat kepada ibu balita		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
	b. Kerjasama	Kegiatan yang dilakukan oleh perawat puskesmas dan kader posyandu yang memberikan manfaat atau menguntungkan untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing)		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
	c. Pemberdayaan	Kegiatan pemberian kekuatan atau dorongan untuk meningkatkan partisi-pasi sehingga membentuk interaksi transformatif kepada ibu balita dalam mengatasi masalah diare		0 = tidak diintervensi 1 = diintervensi	
3.	Variabel covariat a. Karakteristik anak 1) Umur	Pengukuran dalam bulan penuh, dengan menghitung selisih tanggal pengumpulan data dengan tanggal lahir anak	Kuesioner	0 = 12-24 bulan 1 = > 24-36 bulan	Ordinal
	2) Jenis kelamin	Penampilan fisik anak yang dibedakan atas laki-laki dan perempuan	Kuesioner	0 = laki-laki 1 = perempuan	Nominal

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
b.	Karakteristik keluarga 1) Status ekonomi	Jumlah penghasilan keluarga/bulan	Kuesioner	0 = 2.626.000 1 = 2.627.000-2.975.000 2 = 2.976.000-3250.000.	Ordinal
	2) Jumlah anak dalam keluarga	Menghitung anak yang tinggal bersama keluarga	Kuesioner	0 = 3 orang atau lebih 1 = 1-2 orang	Ordinal
	3) Pendidikan ibu	Upaya formal yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuannya dalam bidang akademik	Kuesioner	0 = Rendah 1 = Tinggi	Ordinal
	4) Usia ibu	Pengukuran dalam tahun penuh, dengan menghitung selisih tanggal pengumpulan data dengan tanggal lahir ibu	Kuesioner	0 = 35-45 1 = 21 < 35	Ordinal

3.3. Hipotesis

Berdasarkan bukti-bukti ilmiah yang telah diuraikan maka secara selektif dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

3.3.1. Hipotesis mayor

Model Penta Jaya meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk Menurunkan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

3.3.2. Hipotesis minor

- 1) Model Penta Jaya dapat meningkatkan pengetahuan ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 2) Model Penta Jaya dapat meningkatkan sikap dan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 3) Model Penta Jaya dapat meningkatkan perilaku ibu balita dan kader Posyandu di Kota Bandung
- 4) Model Penta Jaya dapat menurunkan kejadian diare di pada anak balita Kota Bandung
- 5) Model Penta Jaya dapat meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk penanggulangan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung

Penelitian pendahuluan dilakukan untuk uji validitas dan reliabilitas instrumen Model Penta Jaya.

3.4.1. Uji Validitas

Uji validitas akan dilakukan terhadap 20 orang Ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Citarip. Kuesioner dikatakan valid jika $r \text{ alpha} > r \text{ tabel} (0,44)$. Sebaliknya, jika $r \text{ alpha} < r \text{ tabel} (0,44)$, maka kuesioner dikatakan tidak valid.

3.4.2. Uji Reliabilitas

Semua pertanyaan yang valid akan dilakukan uji reliabilitas. Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama. Hal ini berarti menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Sastroasmoro, 2016). Kuesioner dikatakan reliabel jika $r \text{ alpha} > r \text{ hasil}$. Sebaliknya, jika $r \text{ alpha} < r \text{ hasil}$, maka kuesioner dikatakan tidak reliabel. Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan program perangkat lunak komputer.

Desain yang digunakan adalah *quasi experiment pre test post test non equivalent group*. Alasan pemilihan desain *quasi experiment pre test post test non equivalent group* adalah karena penelitian ini merupakan penelitian *experiment* di komunitas yang dilakukan secara massal pada suatu kelompok di komunitas. Keefektipan intervensi dapat dibandingkan dengan kelompok kontrol. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek intervensi terhadap diare di komunitas. Desain penelitian yang digunakan dapat mengevaluasi program yang sudah dilakukan. Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis keefektipan Model Penta Jaya meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita dan Kader Posyandu untuk Menurunkan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kota Bandung. Jumlah penderita diare/bulan diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu anak balita diare yang berada di wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari dan Tasikmalaya Bandung dengan kriteria pernah mengalami diare minimal 1 kali pada bulan sebelumnya. Jumlah penderita diare/bulan diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Sampel pada penelitian ini adalah ibu balita yang mengalami diare yang dibagi dalam dua kelompok. Kelompok satu: kelompok intervensi dilakukan Model Penta Jaya. Kelompok

dua: kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan tentang diare setelah selesai pengumpulan data akhir. *Pre test* dan *post test* dilakukan pada kedua kelompok.

Penetapan simpangan baku pada perhitungan sampel penelitian ini berdasarkan hasil penelitian Hastuti dan Aminah tahun 2014 di Kabupaten Bandung Jawa Barat yang menemukan setelah dilakukan intervensi dengan pemberdayaan masyarakat dapat mengatasi masalah diare, dengan $S = 2,6$. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ayu, Kartini dan Rahfiludin (2014) di Makassar menggunakan intervensi pendidikan kesehatan dapat mengatasi masalah diare dengan $S = 2,7$. Hasil penelitian Yulia dan Sunarti (2014) di Pangalengan juga mengatakan dengan intervensi pola asuh dapat memperbaiki masalah diare dengan $S = 2,7$. Akhirnya peneliti menggunakan $X_1 - X_2 = 1$ dengan $S = 2,7$. Perhitungan sampelnya dengan menggunakan rumus Uji Hipotesis terhadap rerata dua populasi independen dengan *one sided test* (Sastroasmoro, 2017) adalah:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]S^2}{(X_1 - X_2)^2}$$

$$n = \frac{[1,65 + 0,842]2,7^2}{(10,5 - 10,0)}$$

$$n = 38$$

Keterangan:

n = jumlah sampel yang dibutuhkan, dimana $n_1 = n_2$

Z_{α} = Probabilitas kesalahan untuk menerima H_0 yang salah (95 %) = 1,65

Z_{β} = Probabilitas kesalahan untuk menolak H_0 yang benar/kekuatan uji (80 %) = 0,842

$X_1 - X_2$ = Perbedaan klinik yang diinginkan

S = Simpangan baku kedua kelompok

Berdasarkan hasil penelitian intervensi yang dilakukan Ayu, Kartini dan Rahfiludin (2014), di Makassar menggunakan perhitungan drop out 10 %. Hasil penelitian Hastuti dan Aminah (2014), di Soreang menggunakan angka drop out 10 %. Hasil penelitian Yulia dan Sunarti (2014), menggunakan angka drop out 10 %. Peneliti menggunakan angka drop out 20 % karena penelitian ini memerlukan waktu yang lama, sehingga memungkinkan banyak yang drop out. sedangkan peneliti diatas, hanya memerlukan waktu dua minggu. Perkiraan drop out: 20 % x 38 = 8. Berdasarkan perhitungan rumus tersebut, maka besar

sampel adalah 46 orang. Perbandingan kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 1 : 1, maka total besar sampel adalah 92 orang. Berdasarkan kerangka sampel yang ada, sampel diambil secara proporsional.

3.5. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian untuk kelompok intervensi dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari Bandung dan kelompok kontrol dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kahuripan kota Tasikmalaya. Puskesmas Babakan Sari merupakan Puskesmas Kecamatan terletak di Kecamatan Kiara Condong dan membawahi 4 kelurahan, dengan jumlah penduduk \pm 59.000 jiwa. Pemilihan wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari sebagai lokasi penelitian adalah karena jumlah kasus diare tinggi di wilayah kerja Puskesmas tersebut. Selanjutnya penelitian yang sama dilakukan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Tasikmalaya karena karakteristiknya kedua puskesmas tersebut sama.

3.6. Etika Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, responden yaitu Ibu anak balita diberi informasi tentang tujuan penelitian dan prosedur yang dilakukan dalam penelitian. Setiap responden diberi hak penuh untuk bersedia/tidak bersedia menjadi responden. Responden yang bersedia, mengisi dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*), sehingga pada penelitian ini responden harus bisa membaca dan menulis. Tujuan *informed consent* adalah sebagai bukti tertulis pernyataan persetujuan dari responden (Streubert & Carpenter, 2006). *Informed consent* tersebut, berisi sejumlah penjelasan singkat mengenai proses penelitian meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian dan lamanya keterlibatan responden serta hak-hak responden dalam penelitian ini.

Peneliti menggunakan beberapa prinsip etik yang sesuai dengan penelitian ini berdasarkan pedoman etika penelitian yang dikemukakan oleh Streubert dan Carpenter (2006) yaitu:

- a. Prinsip Otonomi
- b. Prinsip Kemanfaatan dan Mencegah Kerugian
- c. Prinsip Keadilan

3.7. Alat Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif yaitu rata-rata nilai hasil *pre test* dan *post test* tentang pengetahuan. Sikap dan perilaku keluarga anak

balita yang mengalami diare. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner, leaflet untuk pendidikan kesehatan dan format pemantauan dalam kerjasama da pemberdayaan.

3.8. Prosedur Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah kuantitatif. Kegiatan pengumpulan data dilakukan oleh peneliti berjumlah 3 orang dan dibantu oleh petugas Puskesmas setempat 2 orang dan kader posyandu. Peneliti dan perawat puskesmas dan kader Posyandu menentukan daerah yang paling banyak jumlah penderita diarenya. Kemudian kader bersama peneliti mendatangi calon responden tersebut untuk memastikan apakah dapat digunakan sebagai responden. Kemudian meminta persetujuan partisipan untuk melaksanakan penelitian.

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Menentukan kelompok intervensi dan kontrol
- b. Mengukur pengetahuan, sikap dan perilaku (data akhir), kelompok intervensi dan kontrol
- c. Mengukur frekwensi diare pada balita/bulan
- d. Melaksanakan intervensi
- e. Mengukur pengetahuan, sikap dan perilaku (data akhir), kelompok intervensi dan kontrol
- f. Mengukur frekwensi diare pada balita/bulan

3.9. Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1. Pengolahan data

Setelah data berhasil dikumpulkan, langkah selanjutnya yang perlu dilakukan ialah editing, coding dan entry. Data dianalisis secara deskriptif dan analitik. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program komputer (Hastono, 2016).

3.9.2. Analisis data

1) Uji Normalitas

Uji normalitas data dilakukan dengan kolmogorof-Smirnov ($p > 0,05$) yang bertujuan untuk mengetahui apakah data sampel berdistribusi normal atau tidak normal. Hasil uji

normalitas ini untuk menentukan analisis berikutnya yaitu analisis parametrik bila data berdistribusi normal atau analisis non parametrik bila data tidak berdistribusi normal.

2) Uji homogenitas

Uji homogenitas antar kelompok dengan Leven Test ($p > 0,05$) untuk mengetahui apakah varians antara kelompok homogen atau tidak homogen. Hasil uji ini untuk menentukan apakah kelompok intervensi dan kelompok kontrol sudah setara atau tidak setara.

3) Uji t- berpasangan

Untuk mengetahui efektivitas Model Penta Jaya terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita dan kader posyandu pada kelompok dilakukan uji t berpasangan ($p < 0,05$), apabila data berdistribusi normal.

3) Uji t- tidak berpasangan

Untuk membandingkan efektivitas dua kelompok perlakuan Model Penta Jaya terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita dan kader posyandu ($p < 0,05$), Apabila data berdistribusi normal.

4) Uji korelasi Pearson

Uji korelasi dilakukan untuk mengetahui korelasi antara satu variabel dengan variabel lainnya. Uji korelasi Pearson digunakan untuk mengetahui korelasi antara data numerik dengan data numerik apabila variabel berdistribusi normal ($p > 0,05$). Hasil analisis bermakna ($p < 0,05$).

5) Uji regresi linier ganda

Untuk menganalisis hubungan antara variabel independen dengan variabel respon. Kemaknaan hasil uji ditentukan berdasarkan nilai ($p < 0,05$).

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian menyajikan tentang hasil uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kontrol, perbedaan rerata nilai *pre test* dan *post test* pada responden kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Selain itu, hasil pelatihan kader posyandu dan hasil pemantauan serta evaluasi kader posyandu di Wilayah kerja Puskesmas Babakan Sari Kota Bandung.

4.1. Hasil uji kesetaraan kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 4.1. Hasil Uji Kesetaraan Umur anak, Berat Badan, Usia Ibu dan Status Ekonomi di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Intervensi (n=46)		Kontrol (n=46)		p Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. Umur anak	23,57	7,467	24,52	7,017	0,667
2. Berat badan	9,054	1,0846	8,889	1,070	0,464
3. Usia ibu	27,02	4,484	25,89	3,453	0,179
4. Status ekonomi	2.356.000	6,543	2.429.000	5,721	0,518

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa rerata umur anak balita kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai kesetaraan sama (varian sama). Hal ini dapat dilihat dari hasil uji Leven's yaitu p value 0,667 ($>0,05$). Berat badan anak balita juga setara, pvalue = 0,464 ($> 0,05$). Hasil uji kesetaraan terhadap usia ibu menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,179 ($> 0,05$). Hasil uji kesetaraan terhadap status ekonomi menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,518 ($> 0,05$).

Tabel 4.2. Hasil Uji Kesetaraan Jumlah Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu Di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Intervensi (n=46)		Kontrol (n=46)		p Value
	Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)	
1.. Jumlah anak					
-1 orang	19	82,6	18	78,3	0,809
-2 orang	3	13,0	4	17,3	
-3 orang	1	4,4	1	4,4	
2. Tingkat pendidikan ibu					
- SMP	1	4,4	2	8,8	0,366
- SMA	21	91,2	21	91,2	
- D. III	1	4,4	0	0	

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa jumlah anak responden setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol p value = 0,809 ($>0,05$). Hasil analisis terhadap tingkat pendidikan ibu menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,366 ($> 0,05$). Hasil analisis terhadap usia ibu menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat kesetaraan dengan p value 0,179 ($> 0,05$).

Tabel 4.3. Hasil Uji Kesetaraan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Intervensi (n=46)		Kontrol (n=46)		p Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. Pengetahuan ibu	42,59	11,962	43,67	10,084	0,639
2. Sikap ibu	41,89	12,948	42,26	12,695	0,890
3. Perilaku ibu	40,72	12,189	41,52	10,825	0,739

Tabel 4.3. menunjukkan bahwa rerata pengetahuan ibu tentang pada kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol, p value = 0,639 ($> 0,05$). Rerata sikap ibu tentang pada kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol, p value = 0,890 ($> 0,05$). Rerata perilaku ibu tentang pada kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol, p value = 0,739 ($> 0,05$).

Setelah dilakukan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, selanjutnya dilakukan pendidikan kesehatan terhadap Ibu dari anak balita diare. Adapun hasilnya dipaparkan berikut ini.

4.2. Perbedaan Rerata nilai *pre test* dan *post test* pada responden kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan

Tabel 4.4. Rerata Selisih Nilai *Pre Test* dan *Post Test* pada Responden Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan di Bandung Bulan Agustus 2018 (n=92)

No. Variabel	Mean	SD	SE	p Value
1. Sebelum penkes				
Intervensi	30,98	7,425	1,095	0,731
Kontrol	31,52	7,664	1,130	
2. Sesudah penkes				
Intervensi	56,09	2,336	0,344	0,001
Kontrol	32,72	7,432	1,096	
3. Selisih				
Intervensi	25,11	5,089	0,751	0,001
Kontrol	1,20	7,432	0,232	

Tabel 4.4. menunjukkan bahwa terdapat selisih nilai *pre test* dan *post test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pendidikan kesehatan terhadap ibu-ibu dari anak balita. Berarti pada alpha 5 % terdapat perbedaan rerata nilai pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Peningkatan nilai Rerata pada kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol.

4.3. Hasil pelatihan kader posyandu

Tabel 4.5. Rerata Selisih Nilai *Pre Test* dan *Post Test* pada Pelatihan Kader Posyandu di Bandung Bulan (n=11)

No.	Variabel	Mean	SD	SE	p Value
1.	<i>Pre test</i>	44,55	5,222	1,575	0,001
2.	<i>Post test</i>	80,91	5,394	1,626	
3.	Selisih	36,36	0,172	0,051	

Tabel 4.5. menunjukkan bahwa terdapat selisih nilai *pre test* dan *post test* pada pelatihan kader posyandu sebesar (36,36). Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan pada kader posyandu setelah diberikan pelatihan. Ada pengaruh pelatihan

dengan peningkatan pengetahuan kader posyandu pada alpha 5 %. Setelah kader posyandu dilatih, selanjutnya kader posyandu melaksanakan pemantauan dan evaluasi terhadap responden. Adapun hasilnya diuraikan berikut ini:

4.4. Hasil pemantauan dan evaluasi kader posyandu

Pemantauan dilakukan terhadap penguasaan materi pendidikan kesehatan yang telah diberikan. Kader posyandu menanyakan apakah ibu balita sudah membaca materi tersebut, kemudian menanyakan isi materi yang sudah dibaca. Adapun hasil pemantauannya adalah sebagai berikut.

Tabel 4.6. Hasil Pemantauan Kader Posyandu terhadap Ibu Responden di Bandung Bulan Agustus-September 2018 (n=46)

Hari ke	Membaca					
	Ya		Sebagian		Tidak	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
1 – 4	9	39,1	12	52,2	2	8,7
5 – 23	21	91,3	2	8,7	0	0
24-30	23	100	0	0	0	0

Tabel 4.6. menunjukkan bahwa pada hari ke 1 s/d 4, masih ada ibu yang tidak membaca dan mengaplikasikan materi pendidikan kesehatan untuk keluarga. Hari ke 5 s/d 23, tidak ada lagi ibu yang tidak membaca buku pendidikan kesehatan untuk keluarga. Hari ke 24 s/d 30 seluruh ibu sudah membaca dan mengaplikasikan seluruh materi pendidikan kesehatan untuk keluarga. Setelah dilakukan pemantauan, selanjutnya dilakukan evaluasi. Jika ditemukan masalah pada responden dalam mengatasi masalah diare, diberikan motivasi. Adapun hasil motivasinya diuraikan berikut ini.

Tabel 4.7. Hasil Evaluasi Kader Posyandu terhadap Responden di Bandung Bulan September 2018 (n=46)

No.	Variabel	Motivasi				Jumlah	Persen
		Ya		Tidak			
		Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
1.	Minggu ke 1	5	21,7	18	78,3	23	100
2.	Minggu ke 2	4	17,4	19	82,6	23	100
3.	Minggu ke 3	2	8,7	21	91,3	23	100
4.	Minggu ke 4	0	0	0	0	23	100

Tabel 4.7. menunjukkan bahwa jumlah keluarga yang dimotivasi setiap minggu menurun dari 21,7 % menjadi 17,4 %, 8,7 % dan 0 %. Hasil analisis ini membuktikan bahwa dari minggu I s/d IV terjadi penurunan persentasi ibu yang dimotivasi. Selanjutnya dipaparkan Rerata pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dari anak balita sesudah dilakukan Model Penta Jaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.5. Rerata dan selisih pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dari anak balita sesudah dilakukan Model Penta Jaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 4.8. Rerata Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden Sesudah Dilakukan Model Penta Jaya di Bandung Bulan September 2018 (n=92)

No. Variabel	Mean	SD	SE	p Value
1. Pengetahuan				
Intervensi	82,07	6,547	0,965	0,001
Kontrol	44,00	8,105	1,195	0,001
2. Sikap				
Intervensi	81,35	3,178	0,469	0,001
Kontrol	42,74	10,951	1,615	0,001
3. Perilaku				
Intervensi	80,37	6,432	0,954	0,001
Kontrol	41,54	9,779	1,442	0,001

Tabel 4.9. Selisih Rerata Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden Sebelum dan Sesudah Dilakukan Model Penta Jaya di Bandung Bulan September 2018 (n=92)

No. Variabel	Mean	SD	SE	p Value
Selisih				
1. Pengetahuan				
Intervensi	39,48	5,415	0,799	0,001
Kontrol	0,33	1,979	0,292	0,001
2. Sikap				
Intervensi	39,46	9,770	1,440	0,001
Kontrol	0,48	1,744	0,257	0,001
3. Perilaku				
Intervensi	39,65	5,757	0,843	0,001
Kontrol	0,02	1,046	0,154	0,001

Tabel 4.8, 4.9 menunjukkan bahwa ada perbedaan rerata masing-masing pengetahuan, sikap dan perilaku ibu tentang diare pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol (p value = 0,001 < 0,05) sesudah dilakukan Model Penta Jaya. berarti ada peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku pada kelompok intervensi sesudah dilakukan Model Penta

Jaya. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

4.6. Perbedaan Rerata frekwensi diare pada Anak Balita Kelompok Intervensi dan Kontrol

Saat pengumpulan data kuesioner awal, subjek penelitian ditentukan adalah anak balita yang mengalami diare dalam 2 bulan terakhir. Setelah dua bulan selesai intervensi, subjek penelitian diidentifikasi kembali apakah mengalami diare atau tidak. Adapun hasil identifikasinya diuraikan pada table berikut ini.

Tabel 4.10. Hasil identifikasi kejadian diare sebelum dan sesudah intervensi di Bandung Bulan November 2018 (n=92)

No. Variabel	Diare		Tidak diare	
	Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1. Sebelum Intervensi				
Intervensi	46	100	-	
Kontrol	46	100	-	
2. Sesudah Intervensi				
Intervensi	6	13	40	87
Kontrol	28	60,87	18	39,13

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa ada perbedaan kejadian diare pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan Model Penta Jaya. Penderita diare pada 2 bulan terakhir lebih tinggi pada kelompok control dibanding kelompok intervensi.

BAB 5 PEMBAHASAN

5.1. Interpretasi dan Diskusi hasil

Hasil penelitian yang diinterpretasikan dan didiskusikan adalah efektivitas model Penta Jaya dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan serta kebersihan. Efektivitas Model Penta Jaya dalam meningkatkan berat badan anak balita juga diinterpretasikan dan didiskusikan. Berikut ini akan dipaparkan pengaruh Model Penta Jaya terhadap variabel-variabel tersebut.

Hasil analisis dan kebutuhan menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, perilaku pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan ada hubungan dengan diare. Hasil analisis terhadap pengetahuan pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan pada kelompok kasus lebih besar pengetahuan kurang baik, dibanding dengan kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Appoh dan Krekling (2013), membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan pola makan dengan diare pada anak balita dengan $OR = 17,02$. Hasil penelitiannya juga membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan pola asuh dengan diare anak balita. Hasil penelitian Basuki dan Arum (2013), menunjukkan bahwa ibu dari anak balita diare 20,4 % yang mengetahui perawatan terhadap anak balita dan dapat membuktikan bahwa pengetahuan tentang kebersihan juga berhubungan dengan diare pada anak balita. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan yang dimiliki ibu, maka semakin mudah baginya untuk mengatasi masalah diare pada anak balitanya.

Hasil analisis terhadap sikap pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan pada kelompok kasus lebih besar sikap kurang baik, dibanding dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Drajat dan Masithah (2012) membuktikan, bahwa ibu yang mempunyai sikap pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan yang baik, mempunyai kemungkinan anaknya tidak diare 5,1 kali lebih baik daripada ibu yang sikap pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan kurang baik ($p \text{ value} = 0,002$). Penelitian ini juga menunjukkan bahwa ada hubungan sikap pola pengasuhan dengan diare pada anak balita dengan $p \text{ value} 0,003$; OR

= 3,32. Hasil penelitian Engle (2012), menunjukkan bahwa sikap terhadap perawatan kesehatan berhubungan dengan diare dengan p value = 0,004. Hasil penelitian Hartoyo (2013) menunjukkan bahwa sikap kebersihan ibu dari anak balita diare 93,1,% kurang baik, ada hubungan sikap kebersihan dengan diare (p value = 0,004). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap yang kurang baik, akan berperilaku kurang baik.

Hasil analisis terhadap perilaku pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan pada kelompok kasus lebih besar perilaku kurang baik, dibanding dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hosain dan Dodd (2012) membuktikan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara perilaku pola pemberian makan dengan diare pada anak balita. Ibu yang mempunyai perilaku pola makan kurang baik, mempunyai kemungkinan 3 kali lebih besar untuk menderita diare daripada ibu yang perilaku pola makannya baik. Hasil penelitian Johanson dan Muller (2012), membuktikan bahwa ada hubungan pola pengasuhan dan pemberian makan dengan diare anak balita (p value = 0,007). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Ayu, Kartini dan Rahfiludin (2012), dengan judul hubungan pola asuh dan penyakit infeksi pada anak balita, membuktikan bahwa ada hubungan antara pola asuh, perawatan kesehatan dengan diare pada anak.

Menurut Contento (2010), pengetahuan yang baik akan meningkatkan sikap positif pada seseorang. Pengetahuan yang baik merupakan faktor kekuatan terbentuknya sikap yang baik. Terbentuknya sikap diawali dari domain kognitif. Semakin baik pengetahuan maka semakin baik pula sikap. Semakin baik sikap maka semakin baik pula perilakunya.

Mayoritas ibu anak balita yang mengalami diare, tidak mengetahui pola makan yang baik untuk anaknya. Pengetahuan ibu akan mempengaruhi perilakunya dan membawa dampak pada anaknya.

Pemodelan dilaksanakan berdasarkan hasil kuesioner yang telah disebar, oleh sebab itu penelitian awal harus menggambarkan masalah sehingga dapat membuat model untuk mengatasi masalah tersebut. Penelitian tahap awal dilakukan dengan jenis penelitian kuantitatif agar masalah dan kebutuhan lebih jelas. Selanjutnya studi literatur untuk pembuatan model. Literatur yang digunakan harus *up to date* sehingga dapat digunakan saat ini dan masa yang akan datang. Selanjutnya terbentuk draf model I dan dilakukan

konsul pakar untuk memperjelas model yang dibuat. Pemodelan yang dilakukan tidak dapat mengintegrasikan seluruh variabel yang ada pada setiap teori. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rekawati (2015) di Depok tentang dukungan keluarga, yang mengambil teori pengkajian saja dari model Fredman. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Haryanto (2015) di Surabaya, hanya mengambil beberapa variabel saja dari teori Orem. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Riasmini (2014), yang hanya mengambil beberapa variabel saja dari teori Orem. Menurut peneliti, variabel yang digunakan dalam teori harus disesuaikan dengan kebutuhan model yang dibuat. Setelah konsul pakar, maka terbentuk draf model. Model ini dilengkapi dengan 2 buah modul, agar model lebih operasional.

Kegiatan yang telah dibuat dalam model, dilakukan beberapa perubahan karena disesuaikan dengan kondisi masyarakat di lapangan. Jumlah hari pelatihan, dapat berubah, tetapi harus sesuai dengan jumlah jam pelatihan. Namun demikian, kegiatan model tetap dapat terlaksana dengan baik. Selain itu, rencana evaluasi dan motivasi dilaksanakan setelah satu minggu pemberdayaan keluarga, tetapi baru tiga hari, kader posyandu sudah melaporkan hasil pemantauannya dan memberikan motivasi sehingga motivasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan.

Hasil uji Model Penta Jaya menunjukkan bahwa pengetahuan tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan setelah intervensi lebih tinggi pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol. Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Handayani dan Prameswari (2012) di Boyolali, dengan judul model intervensi diare untuk anak balita. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari jumlah sampel 67, ditemukan 95,6 % ibu-ibu anak balita mengetahui intervensi untuk anak balitanya. Data sebelumnya 38,9 % yang belum mengetahui intervensi diare untuk anak balitanya. Hal ini menunjukkan bahwa model intervensi yang dilakukan, dapat meningkatkan pengetahuan keluarga sebesar 56,7 %.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zulaekah (2012), dengan judul efektivitas pendidikan kesehatan dengan menggunakan media booklet terhadap

peningkatan pengetahuan ibu anak balita tentang diare. Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, dilakukan pre test, didapatkan nilai 54,1 dan nilai post test 71,56. Hasil penelitian menunjukkan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang diare, terdapat peningkatan pengetahuan 17,44 point. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tentang diare menggunakan booklet efektif untuk meningkatkan pengetahuan ibu dari anak balita. Hasil analisis perbedaan menunjukkan bahwa perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan ditemukan p value 0,001 ($<0,05$). Artinya ada perbedaan pengetahuan diare keluarga sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, tingkat pengetahuan keluarga berada pada kategori kurang 5,3 %, cukup 68,4 % dan baik 26,3 %. Setelah dilakukan intervensi edukasi, pengetahuan diare pada keluarga, kelompok kontrol berada pada kategori kurang 21,1 %, cukup 26,3 % dan baik 52,6 %. Hasil analisis pada kelompok kontrol, walaupun terjadi peningkatan pengetahuan menjadi baik, namun demikian peningkatannya lebih tinggi pada kelompok intervensi. Tingkat pengetahuan dalam kategori kurang juga pada kelompok kontrol masih tinggi, sedangkan pada kelompok intervensi tidak ditemukan lagi. Hasil analisis perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan p value 0,002 ($<0,05$). Hal ini menunjukkan ada perbedaan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Berggren dan Wray (2012), mengatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan dari seseorang kepada individu, kelompok dan komunitas. Pendidikan kesehatan adalah salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan diare seseorang. Pendidikan kesehatan diberikan kepada ibu-ibu dari anak balita agar mereka menjadi tahu, mau dan mampu dalam menyelesaikan masalah kesehatannya dalam rangka mengatasi masalah diare pada anak balitanya. Pendidikan kesehatan tentang diare merupakan konseling yang dilakukan secara berkesinambungan untuk menilai klien pada saat awal mengalami diare, perubahan yang terjadi maupun pemeliharaan.

Masyarakat dipandang sebagai orang yang cerdas dan tidak perlu dipaksakan apa yang harus dilakukan, namun demikian, pendekatan di bidang diare harus tetap aktif melakukan promosi kesehatan. Tujuan akhir pendidikan kesehatan adalah adanya perubahan perilaku

manusia yang dilakukan secara edukatif. Pendidikan kesehatan diharapkan dapat memberikan pemahaman pentingnya mengatasi masalah diare, sehingga mau bersikap dan bertindak mengikuti pendidikan kesehatan yang diberikan. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelatihan atau pendidikan, meliputi faktor pendidik, materi, kondisi peserta didik, proses penyelenggaraan, sarana yang dipergunakan serta metode dan media yang dipakai (Pender, 2008). Peningkatan pengetahuan pada pendidikan kesehatan dapat disebabkan oleh peran pendidik yang dapat menyajikan materi dengan baik dan menarik serta pandai dalam memandu jalannya diskusi kelompok. Suasana dapat dicairkan dengan melakukan *icebreaking* dan diselingi dengan humor.

Menurut peneliti, pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pemahaman klien serta mendorong klien untuk membuat, penyelesaian terhadap masalahnya. Selain itu, pendidikan kesehatan tentang diare diperlukan agar terjadi perubahan perilaku menjadi gaya hidup sehat. Perubahan perilaku membutuhkan motivasi yang besar dan lingkungan yang mendukung. Selain itu pendidik juga dapat menunjukkan sikap ramah dan memberikan perhatian penuh sehingga peserta merasa santai dalam mengikuti pendidikan. Hal ini sangat membantu ibu-ibu balita dalam memahami materi yang diberikan. Suasana pendidikan informal yang dilakukan dengan diskusi kelompok juga menyebabkan ibu-ibu balita dapat mengikuti pendidikan dengan nyaman sehingga lebih mudah dalam menerima materi. Saat sesi interaksi terjadi, pemberi pendidikan kesehatan dan klien dapat melakukan analisis makanan agar pendidikan kesehatan yang diberikan lebih aplikatif.

Selain itu setiap peserta yang mengikuti pendidikan kesehatan, saling berinteraksi dan bertukar informasi serta di bantu dengan media berupa booklet, permainan interaktif sehingga peserta tidak mudah jenuh. Faktor lain yang dapat mempengaruhi peningkatan nilai pengetahuan ibu tentang diare adalah faktor kecerdasan (Hurlock, 2012). Meskipun tingkat kecerdasan tidak diteliti pengaruhnya dalam penelitian ini, namun tingkat kecerdasan peserta mempunyai pengaruh dan sumbangan yang cukup besar dalam meningkatkan prestasi seseorang. Metode diskusi yang dilakukan merupakan proses dasar dalam memberikan pemahaman pengetahuan tentang informasi diare pada balita dalam memberi gambaran terhadap persepsi ibu pada situasi dan kondisi yang menyangkut kesehatan anak balitanya sehingga memberi pertimbangan psikologis terhadap permasalahan kesehatan anak balita dan sebab akibatnya. Ibu tidak hanya merasa wajib, akan tetapi juga meningkat kesadaran akan kebutuhan untuk berperilaku hidup sehat dalam

meningkatkan kesehatan anak balitanya. Evaluasi berulang perlu dilakukan pada minggu ke-2 hingga minggu ke-4 dan pada minggu ke-6.

Konseling diare juga perlu dilakukan berulang, karena jika tidak dilakukan konseling selama 1 bulan, kepatuhan klien tidak lagi terjaga dan tujuan konseling tidak tercapai. Selain itu, penelitian Widayanti, Kartini dan Widjasena (2012), menilai klien setelah tidak menerima konseling dalam waktu lama terjadi penurunan pengetahuan. Evaluasi terhadap penerima konseling bertujuan agar benar-benar mengetahui materi yang sudah disampaikan sehingga mempunyai keinginan untuk mengaplikasikannya.

Ibu dari anak balita sebagai subjek dalam penelitian ini diharapkan lebih nyaman dalam mengikuti pendidikan kesehatan tentang diare dalam situasi yang santai dan informal serta diberi kebebasan untuk memberikan pernyataan yang sesuai dengan pendapatnya serta dapat saling bertukar informasi. Suasana yang informal mendukung ibu dari anak balita untuk membahas masalah yang ditemukan. Metode pendidikan kesehatan dengan diskusi kelompok bersama pemberi pendidikan kesehatan terbukti lebih efektif dalam meningkatkan motivasi, sikap dan perilaku ibu dari anak balita. Hal ini dikarenakan peran pemberi pendidikan kesehatan cukup berpengaruh dalam meningkatkan motivasi, sikap dan perilaku ibu dari anak balita tentang kesehatan anak balita untuk mencegah diare.

Pendidikan kesehatan berkala dan terus menerus memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan pengetahuan setelah 3 bulan pemberian konseling. Pemberian pendidikan kesehatan tetap harus dilakukan secara berkala dan berkelanjutan karena apabila terjadi diskontinuitas, klien dapat kembali ke gaya hidup yang lama. Keuntungan apabila diberikan pendidikan kesehatan secara terus menerus juga tampak pada keluarga dalam fase pemeliharaan.

Hasil penerapan Model Penta Jaya menunjukkan bahwa sikap tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan setelah intervensi lebih tinggi pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol. Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan sikap tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Saleh dan Nurachmah (2012), dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu anak balita, menunjukkan bahwa terjadi peningkatan sikap sebesar 75 % pada kelompok intervensi. Hasil analisis pada kelompok kontrol mengalami peningkatan pengetahuan 10 %. Tingkat pengetahuan seseorang yang semakin tinggi akan berdampak pada perkembangan ke arah yang lebih baik sehingga ibu yang berpengetahuan baik akan lebih objektif dan terbuka wawasannya dalam mengambil suatu keputusan. Perubahan sikap dipengaruhi sejauh mana isi komunikasi atau stimulus yang diperhatikan, dipahami dan diterima, sehingga memberi respon positif.

Meningkatnya sikap ibu-ibu balita tentang diare anak balita juga dipengaruhi oleh proses pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Pender (2008), yang menyatakan bahwa pelatihan atau pendidikan dapat meningkatkan nilai sikap. Selain itu dalam metode diskusi kelompok terjadi komunikasi antara peserta dengan peserta maupun antara peserta dengan fasilitator. Perubahan sikap juga dipengaruhi oleh jangka waktu seseorang dalam mengingat suatu pesan. Sesuai dengan pendapat Contento (2010), dengan konsep efek mengingat yang menyatakan bahwa orang mungkin masih ingat isi pesan yang disampaikan dalam waktu 10-14 hari setelah pesan itu disampaikan. Jika ingat siapa sumber pesan, maka lebih ingat pesan yang disampaikan. Akhirnya perubahan sikap yang terjadi akan sebanyak sewaktu masih ingat siapa sumber pesan atau komunikatornya. Jika tidak ingat siapa sumber pesan, maka perubahan sikap tidak sebanyak sewaktu masih ingat siapa sumber pesan atau komunikatornya.

Faktor lain yang turut mempengaruhi peningkatan sikap keluarga terhadap kesehatan anak balita adalah kesempatan peserta untuk melakukan evaluasi terhadap objek atau peristiwa tertentu dalam proses pendidikan kesehatan. Sesuai dengan pendapat Machfoedz dan Suryani (2010), menyatakan bahwa sikap merupakan suatu pernyataan atau pertimbangan yang bersifat evaluatif mengenai objek, orang atau peristiwa. Ketika dilakukan diskusi kelompok pada pendidikan kesehatan, setiap peserta diminta membuat evaluasi, baik dalam kelompoknya sendiri maupun dalam seluruh kelompok untuk menyampaikan pendapat dan sanggahan yang sesuai dengan pendapat dan asumsi mereka.

Hasil penelitian Model Penta Jaya menunjukkan bahwa perilaku tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan setelah intervensi lebih tinggi pada kelompok

intervensi daripada kelompok kontrol. Hasil ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan perilaku tentang pola makan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan sesudah dilakukan Model Penta Jaya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sari dan Ulfiana (2013), dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu anak balita dalam mengatasi diare pada anak balita. Hasil penelitian pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, tingkat perilaku keluarga berada pada kategori kurang 36,8 %, cukup 42,1 % dan baik 21,1 %. Setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan, perilaku keluarga pada kelompok intervensi berada pada kategori kurang 0 %, cukup 21,1 % dan baik 78,9 %. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan perilaku menjadi baik, jumlah perilaku kurang tidak ada lagi dan jumlah perilaku cukup juga semakin sedikit. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh edukasi terhadap tingkat perilaku keluarga dalam mengatasi masalah diare. Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, tingkat perilaku keluarga berada pada kategori kurang 10,5 %, cukup 42,1 % dan baik 47,4 %.

Hasil analisis pada kelompok kontrol, walaupun terjadi peningkatan perilaku menjadi baik, namun demikian peningkatannya lebih tinggi pada kelompok intervensi. Tingkat perilaku dalam kategori cukup lebih tinggi pada kelompok kontrol walaupun dalam kategori kurang sama-sama tidak ditemukan lagi. Hasil analisis perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan p value 0,001 ($<0,05$). Hal ini menunjukkan ada perbedaan perilaku antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Tujuan akhir pendidikan kesehatan adalah adanya perubahan perilaku manusia yang dilakukan secara edukatif. Menurut Glanz (2015), pendidikan kesehatan dapat mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat, diantaranya Menurut Yusuf (2011), pendidikan kesehatan dapat mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat (Machfoedz & Suryani, 2010).

Meningkatnya motivasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anak balita juga dipengaruhi oleh kemampuan kader dalam hal memotivasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Machfoedz dan Suryani (2010), yang menyatakan motivasi merupakan daya penggerak yang telah menjadi aktif. Motif menjadi aktif pada saat-saat tertentu bila kebutuhan-kebutuhan untuk mencapai tujuan dirasakan/dihayati. Kebutuhan akan pentingnya penanggulangan diare muncul ketika ibu-ibu balita diberi motivasi tentang kesehatan anak balita sehingga ibu-ibu balita lebih menghayati tujuan dari pendidikan kesehatan tentang diare.

Menurut Hurlock (2012), motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertingkah laku. Motivasi merupakan kondisi internal setiap individu, yang menggerakkan untuk melakukan sesuatu yang sesuai dengan dorongan dalam dirinya. Motivasi yang muncul dapat timbul dari diri sendiri tanpa bantuan atau rangsangan dari orang lain (motivasi intrinsik) dan motivasi yang timbul oleh rangsangan dari luar atau dengan bantuan orang lain (motivasi ekstrinsik). Motivasi intrinsik yang muncul dapat disebabkan kesadaran ibu-ibu balita sendiri untuk mengatasi diare pada anak balitanya dan motivasi ekstrinsik yang muncul dapat disebabkan pengaruh dari kader posyandu dalam memberikan arahan, bimbingan tentang diare pada anak balita.

Menurut peneliti, upaya yang dilakukan untuk merubah perilaku masyarakat, dapat dengan memanfaatkan kearifan lokal yang berbasis pada keyakinan bahwa setiap individu memiliki kebiasaan dan perilaku khusus yang memungkinkan mereka dapat menemukan cara-cara yang lebih baik, untuk mencegah diare. Kebiasaan keluarga yang menguntungkan tentang pola makanan, pola asuh, perawatan kesehatan dan kebersihan. Kegiatan dalam penanggulangan masalah diare harus memiliki kriteria, antara lain: cepat, terjangkau, partisipasi masyarakat, pemberdayaan keluarga, merubah perilaku masyarakat dan berkesinambungan.

Pendekatan ini memberikan solusi yang dapat menyelesaikan masalah dengan segera. Penanggulangan masalah diare dapat dijangkau dan keluarga tidak perlu bergantung pada sumberdaya dari luar untuk mempraktikkan perilaku baru. Pelaksanaannya lebih murah tetapi efektif dibandingkan mendirikan pusat rehabilitasi diare atau melakukan investasi di rumah sakit. Partisipasi masyarakat yaitu kader posyandu merupakan salah satu komponen penting dalam rangka mencapai keberhasilan penanggulangan masalah diare. Masyarakat

memainkan peran sangat penting dalam keseluruhan proses mulai dari menemukan perilaku dan strategi sukses di antara masyarakat sampai mendukung ibu anak balita setelah kegiatan berakhir. Pemberdayaan keluarga merupakan ujung tombak yang sangat berpengaruh dalam mengatasi masalah anak balita yang mengalami diare.

Penanggulangan masalah diare merupakan pendekatan berkesinambungan karena berbagai perilaku baru sudah dihayati dan berlanjut setelah kegiatan berakhir. Kegiatan ini tidak hanya mengubah perilaku anggota keluarga secara individu tetapi juga mengubah cara pandang masyarakat terhadap kekurangan diare serta kemampuan mereka untuk mengubah situasi. Solusi yang dilakukan berdasarkan budaya masyarakat, maka kemajuan dapat dicapai secara cepat tanpa banyak menggunakan analisis atau sumberdaya dari luar. Pendekatan tersebut dapat diterapkan secara luas karena pelaku selalu ada hampir di setiap masyarakat.

Jika fase akut bisa diatasi, namun tidak dilakukan pemantauan, dengan baik, akibatnya anak tidak dapat mengejar ketinggalannya, maka dalam jangka panjang kondisi ini berdampak buruk terhadap pertumbuhan maupun perkembangannya. Akibat diare terhadap pertumbuhan sangat merugikan anak, kondisi postur tubuh kecil dan pendek. Lebih memprihatinkan lagi, perkembangan anakpun terganggu. Efek diare terhadap perkembangan mental dan otak tergantung dengan derajat berat lamanya dan waktu pertumbuhan otak itu sendiri.

Kegiatan pemberdayaan keluarga melalui Model Penta Jaya ini dikembangkan dalam upaya mengeliminasi kasus diare. Pendekatan pemecahan masalah yang memusatkan perhatian pada apa yang dapat dilaksanakan bukan apa yang salah atau yang jadi sebab masalah. Pusat perhatian pada apa yang tersedia disetiap orang dalam masyarakat bukan pada kebutuhan yang memerlukan bantuan dari luar. Intervensi yang dilakukan tergantung pada sumber-sumber yang ada di masyarakat itu sendiri. Strateginya bagaimana pendidikan kesehatan diare bisa dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Keluarga dapat mengelola sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien. Keluarga dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan secara tepat dan sesuai. Perawat puskesmas dapat menyediakan dan diselenggarakan upaya kesehatan sebaik-baiknya.

Setiap daerah mempunyai lingkungan yang berbeda baik berupa lingkungan sosial, lingkungan alam dan lingkungan binaan, maka potensi masyarakat yang berdasarkan lingkungan tersebut juga akan berbeda-beda pula. Menurut peneliti, kerjasama dengan aspek organisasi dan kemasyarakatan yang mendukung kesehatan yaitu adanya institusi terkait berupa institusi pemerintah, seperti puskesmas. Keluarga anak balita merasakan adanya kedekatan hubungan dan perhatian dari puskesmas melalui tenaga kesehatan yang ada. Institusi non pemerintah yang sangat berperan dalam hal kesehatan dan masalah diare anak balita adalah Posyandu. Menurut penilaian masyarakat, posyandu merupakan lembaga yang kedua setelah Puskesmas yang sering membantu dan berperan dalam masalah kesehatan. Kegiatan Posyandu dapat berjalan dengan baik, dan semua anak balita setiap bulan dapat terpantau. Bagi anak balita yang tidak hadir ke posyandu, akan dilakukan kunjungan rumah dan kader akan melakukan pembagian tugas tanpa dipaksa. Jumlah kunjungan rumah rata-rata berkisar antara 2-3 orang setiap bulannya dan penyebabnya biasanya karena ibu tidak berada di rumah pada saat posyandu dilaksanakan.

Kader posyandu memiliki kerjasama, kebersamaan dan kepedulian yang tinggi di masyarakat. Masyarakatpun menjadi lebih mudah diikutkan dalam setiap program yang ada. Kegiatan pemberdayaan keluarga melalui Model Penta Jaya ini dikembangkan dalam upaya mengeliminasi kasus diare. Pendekatan pemecahan masalah yang memusatkan perhatian pada apa yang dapat dilaksanakan bukan apa yang salah atau yang jadi sebab masalah. Pusat perhatian pada apa yang tersedia disetiap orang dalam masyarakat bukan pada kebutuhan yang memerlukan bantuan dari luar. Intervensi yang dilakukan tergantung pada sumber-sumber yang ada di masyarakat itu sendiri. Strateginya bagaimana pendidikan kesehatan diare bisa dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Keluarga dapat mengelola sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien. Keluarga dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan secara tepat dan sesuai.

Menurut peneliti, kerjasama dengan aspek organisasi dan kemasyarakatan yang mendukung kesehatan yaitu adanya institusi terkait berupa institusi pemerintah, seperti puskesmas. Keluarga anak balita merasakan adanya kedekatan hubungan dan perhatian dari puskesmas melalui tenaga kesehatan yang ada. Institusi non pemerintah yang sangat berperan dalam hal kesehatan dan masalah diare anak balita adalah Posyandu. Menurut penilaian masyarakat, posyandu merupakan lembaga yang kedua setelah Puskesmas yang sering membantu dan berperan dalam masalah kesehatan. Kegiatan Posyandu dapat

berjalan dengan baik, dan semua anak balita setiap bulan dapat terpantau. Bagi anak balita yang tidak hadir ke posyandu, akan dilakukan kunjungan rumah sekaligus menimbang anak balitanya, dan kader akan melakukan pembagian tugas tanpa dipaksa. Jumlah kunjungan rumah rata-rata berkisar antara 2-3 orang setiap bulannya dan penyebabnya biasanya karena ibu tidak berada di rumah pada saat posyandu dilaksanakan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah menguraikan teori, tujuan, hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan dalam beberapa hal. Selanjutnya disampaikan beberapa saran yang dapat direkomendasikan sebagai usulan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Adapun uraiannya dipaparkan berikut ini.

6.1. Kesimpulan

6.1.1. Ada hubungan pengetahuan, sikap, perilaku ibu dari anak balita dengan kejadian diare

6.1.2. Implementasi Model Penta Jaya dilakukan selama dua bulan melalui pendidikan kesehatan terhadap keluarga, kerjasama antara kader posyandu dan ibu dari anak balita serta pemberdayaan keluarga dalam mengatasi masalah diare. Kader posyandu melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap keluarga yang diberdayakan serta selanjutnya memberikan motivasi terhadap keluarga yang mempunyai masalah terhadap intervensi yang dilakukan keluarga dalam mengatasi masalah diare

6.1.3. Terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku tentang diare antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi model Penta Jaya. Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol. Dapat disimpulkan bahwa Model Penta Jaya efektif untuk meningkatkan pengetahuan ibu dari anak balita

6.1.4. Terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku kader posyandu setelah dilakukan intervensi Model Penta Jaya

6.2. Saran

Saran yang disampaikan terdiri dari tiga jenis, antara lain saran aplikatif, perkembangan ilmu keperawatan dan penelitian selanjutnya. Adapun saran-saran tersebut dipaparkan berikut ini.

6.2.1. Aplikatif

6.2.1.1. Dinas Kesehatan

a. Model Penta Jaya dapat dijadikan model penyelesaian masalah diare pada anak balita dan dapat meningkatkan status kesehatan anak balita di wilayah Bandung dan Indonesia

- b. Model Penta Jaya dapat digunakan sebagai upaya promotif dan preventif terhadap masalah diare pada anak balita di tatanan pelayanan kesehatan tingkat pertama
- c. Menetapkan pelatihan berkelanjutan terkait penanggulangan diare pada anak balita bagi perawat komunitas atau perawat yang bertanggung jawab pada program perkesmas. Kebijakan ini relevan dengan asuhan keperawatan keluarga dengan anak balita diare sebagai kelompok berisiko.
- d. Menetapkan pelatihan bagi perawat puskesmas dengan materi asuhan keperawatan pada anak balita diare, motivasi, pemantauan dan evaluasi, menggunakan model dan modul yang telah tersedia dan sudah diuji cobakan.
- e. Menetapkan pelatihan bagi kader posyandu dengan materi pemantauan dan evaluasi menggunakan model dan modul yang telah tersedia
- f. Mengembangkan model pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan diare pada anak balita seperti organisasi sosial dan organisasi kemasyarakatan sehingga mereka dapat berperan dalam mengatasi masalah diare

6.2.1.2. Pelayanan kesehatan/keperawatan

- a. Perawat puskesmas melakukan sosialisasi model Penta Jaya pada kegiatan loka karya mini puskesmas baik lintas program maupun lintas sektor dengan menyampaikan langkah-langkah dalam pelaksanaan model, sehingga mendapat dukungan dalam penerapan model
- b. Melakukan replikasi Model Penta Jaya di wilayah lain minimal ada satu kegiatan di tiap kelurahan dan implementasi model dilakukan minimal dalam waktu 2 bulan.
- c. Mengintegrasikan kegiatan dalam Model Penta Jaya dengan kegiatan posyandu, dimana pelaksanaannya dapat dilakukan pada jadwal yang sama setiap bulan agar pelaksanaannya efektif dan efisien dalam hal waktu, biaya, tenaga sehingga tercapai hasil yang optimal
- d. Perawat komunitas dapat melaksanakan deteksi dini terhadap anak balita diare dengan menggunakan kuesioner yang sudah ada sehingga dapat dirancang intervensi yang tepat
- e. Perawat komunitas dan kader posyandu dapat melakukan pendampingan kepada keluarga anak balita melalui kunjungan rumah secara rutin agar tidak kembali lagi mengalami diare
- f. Merancang intervensi keperawatan berbasis teknologi, melalui *hotline service*, seperti *telephone counseling* untuk memberikan layanan konseling terhadap berbagai permasalahan yang dihadapi keluarga dalam mengatasi masalah diare pada anak balita

- g. Merancang intervensi promosi kesehatan bagi keluarga dengan memberdayakan kader posyandu sehingga kegiatan dapat dilakukan lebih sering dan berkesinambungan
- h. Melakukan pertemuan perawat puskesmas sebagai penanggung jawab daerah binaan secara berkala (setiap bulan) dengan kader posyandu agar masalah-masalah yang dialami keluarga dalam merawat anak balita dapat didiskusikan pemecahannya dan keberlangsungan pemantauan dapat dipertahankan.
- i. Melakukan pertemuan perawat puskesmas sebagai penanggung jawab daerah binaan secara berkala (setiap bulan) dengan perawat penanggung jawab perkesmas dan perawat lainnya untuk mendiskusikan pemecahan masalah-masalah yang ditemukan dalam mengatasi masalah diare pada anak balita.

6.2.2. Perkembangan keilmuan

- a. Hasil penelitian ini dapat didiseminasikan pada tingkat nasional maupun internasional sehingga dapat menjadi rujukan dalam replikasi model
- b. Pengembangan model Penta Jaya berkontribusi terhadap perkembangan keilmuan dibidang keperawatan keluarga terkait dengan asuhan keperawatan keluarga khususnya pemberdayaan keluarga dan tugas keluarga dalam kesehatan sehingga tercapai balita sehat dan keluarga mandiri
- c. Pengembangan Model Penta Jaya berkontribusi terhadap perkembangan keilmuan dibidang keperawatan komunitas khususnya pendidikan kesehatan, kerjasama dan pemberdayaan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat sehingga tercapai masyarakat sehat

6.2.3. Penelitian selanjutnya

- a. Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan desain yang sama tetapi fokus pada beberapa metode pendidikan kesehatan, sehingga dapat dinilai model pendidikan kesehatan yang paling efektif
- b. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan desain sama tetapi setting berbeda yaitu di wilayah perdesaan karena perlu dibandingkan dengan hasil penelitian ini yang dilakukan pada masyarakat perkotaan
- c. Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan fokus pada intervensi untuk meningkatkan psikologis anak balita

- d. Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan jenis penelitian kualitatif dengan desain etnografi tentang pengalaman ibu dalam melakukan penanggulangan diare pada anak balita

DAFTAR PUSTAKA

- Acuin, C. S., & Butha, Z. A. (2013). Neonatal, and child health in southeast Asia: towards greater regional collaboration. *Journal Health in Southeast Asia*, 377(5), 516-525.
- Azwar, S. (2015). *Sikap manusia: Teori dan pengukuran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI. (2014). *Riset kesehatan dasar*. Jakarta. Maret 1, 2014. [http://www .depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Cairncross, S., Hun, C., & Boisson, S. (2014). Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. *International Journal of Epidemiologi*, 39(1), 193-205.
- Christa, L., Walker, F., & Ingrid, K. (2015). Scalin up diarrhea prevention and treatment intervention: A lives saved tool analysis. *Plos Medicine journal*, 8(3), 1-10.
- Christy, M. Y. (2014). Faktor yang berhubungan dengan kejadian dehidrasi diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kalijudan. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(3), 297-308.
- Davis, S. L., & Chapa, D. W. (2016). Social determinants of health: knowledge to effective action for Change. *Journal for Nurse Practisioners*, 11(4), 424-429.
- Elheran, N., & Harper, J. S. (2012). Commendations: A resource intervention for clinical practice. *Journal Clinical Nurse Specialist*, 22(4), 424-438.
- Glanz, K. (2015). *Health behaviour and health education*. San Fransisco: Jossey Bass.
- Helvie, C. O. (2010). *Advanced practice nursing in the community*. Philadelphia: Lippincott.
- Katie, G. (2016). Multiple behaviour change intervention for diarrhoea control in Lusaka, Zambia: A cluster randomized trial. *Lancet Global Health Journal*, 4(12), 966-977.
- Keeney, B. P., & Morris, J. (2012). What is an epistemology of family therapy. *Journal Family Process*, 22(1), 92-98.
- Lindacher, V., & Curbach, J. (2017). Evaluation of Empowerment in Health Promotion Interventions. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0163278716688065>. Diakses 28 Maret 2018.
- Machfoedz, I., & Suryani, S. (2010). *Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mahdali, M. I., Indriasari, R., & Taha, R., (2013). Efek edukasi diare terhadap pengetahuan, sikap serta perubahan perilaku keluarga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin*, 1(2), 1-12.
- Megasari, J., Wardani, R. S. (2014). Hubungan pengetahuan dan perilaku ibu tentang diare di Semarang. *Jurnal Unimus*, 3(2), 43-48
- Palancoi, N. A., (2014). Hubungan pengetahuan dan lingkungan dengan kejadian diare. *Jurnal Kesehatan UIN Alauddin*, 2(2), 346-352
- Pender, N. J. (2008). *Health promotion and nursing praktice*. Philadelphia: Prentice Hall.

- Pertiwi, L., Nugraha, D. P., & Inayah. (2017). Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Medicine FK*, 4(1), 1-18
- Pickering, A., Djebbari, H., & Lopez, C. (2015). Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster randomized controlled trial. *Lancet Global Health Journal*, 3, 701-711
- Sastroasmoro, S. (2012). *Metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Shepherd, J. P., & Sumner, SA. (2018). Policing and Public Health, Strategies for Collaboration. *Journal of American Medical Association* . 317(15), 1525-1537
- Sukut, s. s., & Arif, S. A. (2015). Faktor kejadian diare pada balita dengan pendekatan teori Nola J. Pender di IGD RSUD Ruteng. *Jurnal Pedimaternal* . 3(2), 230-249
- Watson, W. L., & Nanchoff, G. M. (2012). A family systems nursing approach to premenstrual syndrome. *Journal of Clinical Nurse Specialist*, 4(1), 3-9.
- Zwisler, G., Simpson, E., & Moodley, M. (2015). Treatment of diarrhea in young children: Result from surveys on the perception and use of oral rehydration solutions, antibiotics and other therapies in India and Kenya. *Journal of Global Health*, 3(1), 1-14.

BAB 6
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

1. Biaya Penelitian

Ringkasan Anggaran Biaya Penelitian

No	Jenis Pengeluaran	Rincian	Nominal (Rp)
1.	Bahan habis pakai:		15.000.000.,
	- ATK	2500000	
	- Fotocopy (Cetak instrumen dan leaflet, kuesioner,dll)	2500000	
	- cenderamata 100x50000	5.000.000	
	- Konsumsi 100x75.000	7.500.000	
2.	- Perijinan: Dinas Kesehatan, Kesbang, Puskesmas.	3.000.000.	3.000.000.,
3.	- Transportasi survey : penjajagan	1000.000	1.000.000
	10 x100.000		
	- Pengumpulan data	20.500.000	20.500.000
	30x100.000 x 10 hari		
	Lain-lain: administrasi, laporan, dan lainnya	1000.000.,	1.000.000.,
	Jumlah	40.500.000.,	40.500.000.,

2. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nop	Des
1	Penyusunan proposal												
2	Seminar proposal dan perbaikan												
3	Penyerahan protokol perbaikan kepada reviewer												
4	Pengajuan berkas kaji etik												
5	Proses kaji etik												
6	Penyerahan protokol perbaikan kaji etik												
7	Pelaksanaan penelitian												
8	Pengolahan dan analisa data												
9	Pembuatan Laporan												
10	Seminar hasil												
11	Penyerahan laporan hasil perbaikan												