



**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN TENTANG DIARE PADA
ANAK JALANAN DI SEMARANG**

**LAPORAN HASIL
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil Karya Tulis Ilmiah
mahasiswa program strata-1 Kedokteran Umum**

FEBRINA ERNAWATI

G2A 008 080

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
2012**

Lembar Pengesahan Laporan Akhir Hasil Penelitian

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN TENTANG DIARE PADA
ANAK JALANAN DI SEMARANG**

Disusun oleh:

**FEBRINA ERNAWATI
G2A 008 080**

Telah disetujui:

Dosen Pembimbing I

Dosen Pembimbing II

dr. Budi Palarto Soeharto, Sp. OG
NIP. 195311221981031003

dr. Hari Peni Julianti, M. Kes, Sp. KFR
NIP. 197007041998022 001

Ketua Penguji

Penguji

Dr. Firdaus Wahyudi, M. Kes, Sp. OG
NIP. 197207222000031001

dr. Suharto, M. Kes
NIP. 131803123

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanallahu Wa Ta'ala karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, karya tulis yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Diare Pada Anak Jalanan di Semarang” ini dapat terselesaikan. Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi sebagian persyaratan guna mencapai derajat strata-1 kedokteran umum di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan kali ini, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Rektor Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan dan keahlian.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan keahlian.
3. dr. Budi Palarto Soeharto, Sp. OG dan dr. Hari Peni Julianti, M. Kes, Sp. KFR selaku dosen pembimbing penelitian yang telah berperan besar dalam terselesainya karya tulis ini.
4. dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp. KF selaku dosen pendamping PKMP DIKTI 2012
5. Pihak DIKTI yang telah ikut memberikan dana dalam penelitian ini melalui Program Program Kreativitas Mahasiswa Penelitian 2012.
6. Orang tua saya yang telah memberikan dukungan moral dan material selama pembuatan karya tulis ini.
7. Rekan-rekan PKMP SC yang sangat membantu penelitian ini Dian Ratna, Deskanita, Tri Uji Rahayu, dan Supri Suryadi.

8. Serta pihak lain yang tidak mungkin peneliti sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis ini dapat terselesaikan dengan baik.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun, sangat penulis harapkan. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan menambah pengetahuan dalam ilmu kedokteran.

Semarang, Juli 2012

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Febrina Ernawati

NIM : G2A 008 080

Alamat : Jl. Gisik Sari Raya Gang 1 No. 11, Semarang

Mahasiswa : Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro Semarang

Dengan ini menyatakan bahwa,

- a. Karya tulis ilmiah saya ini adalah asli dan belum pernah dipublikasi atau diajukan untuk mendapat gelar akademik di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain.
- b. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan orang lain, kecuali pembimbing dan pihak lain sepengetahuan pembimbing.
- c. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan judul buku aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.

Semarang, Juli 2012

Febrina Ernawati
G2A 008 080

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
ABSTRAK.....	xiii
ABSTRACT	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Orisinalitas Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Anak Jalanan	9
2.2 Pengetahuan	12
2.3 Diare.....	14
2.3.1 Definisi Diare	14
2.3.2 Penyebab Diare	16
2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare.....	17
2.3.4 Pengobatan dan Pencegahan Diare	19
2.4 Pendidikan Kesehatan.....	19

2.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	19
2.4.2 Metode Pendidikan Kesehatan.....	21
2.4.3 Media Pendidikan Kesehatan.....	22
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	23
3.1 Kerangka Teori	23
3.2 Kerangka Konsep	24
3.3 Hipotesis	25
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	26
4.1 Ruang Lingkup Penelitian	26
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	26
4.3 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	26
4.4 Populasi dan Sampel Penelitian	27
4.4.1 Populasi Target	27
4.4.2 Populasi Terjangkau	27
4.4.3 Sampel Penelitian	27
4.4.4 Cara Pengambilan Sampel.....	27
4.4.5 Besar Sampel	28
4.5 Variabel Penelitian	28
4.5.1 Variabel Bebas	28
4.5.2 Variabel Terikat	28
4.6 Definisi Operasional Variabel	28
4.7 Cara Pengumpulan Data.....	29
4.7.1 Materi/ Bahan/Alat Penelitian	29
4.7.2 Jenis Data	30
4.7.3 Waktu dan Tempat Pengumpulan Data.....	30
4.7.4 Langkah Kerja	30
4.8 Alur Penelitian	31
4.9 Pengolahan dan Analisa Data	32
4.10 Etika Penelitian.....	33
4.11 Jadwal Penelitian	33
BAB V HASIL PENELITIAN	35

BAB VI PEMBAHASAN	45
BAB VII PENUTUP	51
7.1 Simpulan	51
7.2 Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	53
LAMPIRAN	57

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tabel Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 2. Tabel Definisi Operasional.....	28
Tabel 3. Tabel jadwal penelitian.....	33
Tabel 4. Distribusi responden menurut jumlah saudara.....	37
Tabel 5. Distribusi pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan.....	39
Tabel 6. Distribusi pengetahuan responden setelah diberikan pendidikan kesehatan.....	41
Tabel 7. Perbedaan rerata pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan.....	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	: Kerangka teori.....	23
Gambar 2	: Distribusi responden menurut jenis kelamin.....	36
Gambar 3	:Distribusi responden menurut jenis pekerjaan.....	37
Gambar 4	:Distribusi responden menurut pekerjaan orang tua.....	38
Gambar 5	:Distribusi pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan.....	40
Gambar 6	:Distribusi pengetahuan responden sesudah diberikan pendidikan kesehatan.....	42
Gambar 7	. Hubungan metode pembelajaran dengan tingkat memorisasi.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1. Lembar Persetujuan Subyek Penelitian.....	57
2. Lampiran 2. Kuesioner Penelitian.....	58
3. Lampiran 3. Hasil Perhitungan SPSS.....	60
4. Lampiran 4. Materi Pendidikan Kesehatan.....	70
5. Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian.....	76
6. Lampiran 6. <i>Ethical Clearance</i>	77
7. Lampiran 7. Surat Validasi Materi Pendidikan Kesehatan.....	78
8. Lampiran 8. Biodata Mahasiswa.....	79

DAFTAR SINGKATAN

DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Pusdatin	: Pusat Data dan Informasi
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TK	: Taman Kanak-kanak
UNICEF	: <i>United Nations Emergency Children's Fund</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

ABSTRAK

Latar belakang: Anak jalanan merupakan anak usia 5 hingga 18 tahun aktif bekerja di jalanan di kawasan urban. Karena sebagian besar waktunya di habiskan di jalan maka anak jalanan menjadi rentan terhadap penyakit salah satunya adalah penyakit diare. Selain itu, informasi mengenai diare juga masih kurang di kalangan anak jalanan, karena sebagian besar waktu mereka gunakan untuk bekerja di jalanan.

Tujuan: Tujuan dari penelitian ini adalah meningkatkan pengetahuan tentang diare pada anak jalanan melalui pendidikan kesehatan baik berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi.

Metode: Desain penelitian ini adalah *quasi experimental* dengan rancangan *the pre and post test group design*. Responden dalam penelitian ini adalah anak jalanan usia 8 hingga 13 tahun yang aktif bekerja di jalanan sebanyak 20 anak. Langkah awal dilakukan wawancara pre test. Selanjutnya dilakukan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi mengenai diare. Setelah itu, dilakukan wawancara kedua untuk mendapatkan data post test setelah 2 minggu berikutnya. Data yang didapat dideskripsikan dalam bentuk tabel dan grafik, dilakukan uji *Saphiro-Wilk* untuk normalitas data dilanjutkan transformasi data karena sebaran data tidak normal. Setelah dilakukan transformasi data sebaran data masih tidak normal sehingga dilanjutkan dengan pengujian non parametrik menggunakan *Wilcoxon Test* untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan tentang diare pada anak jalanan.

Hasil: Uji *Wilcoxon Test* dengan $p=0,000$ menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna mengenai pengetahuan tentang diare sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi.

Simpulan: Pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi dapat meningkatkan pengetahuan tentang diare secara bermakna pada anak jalanan yang ada di Semarang.

Kata kunci: pendidikan kesehatan, anak jalanan, pengetahuan, diare

ABSTRACT

Background: *Street children are children aged 5 to 18 years who are working actively in the street in urban areas. Due to their whole-day-life on the street, street children are being susceptible to diseases one of them is diarrhea. On the other hand, their opportunity to get information about diarrhea is not quite enough because they spent their time to work on street.*

Aim: *The aim of this study is to enrich the knowledge of street children about diarrhea through health education in the form of counseling, discussions, and simulations.*

Methods *This study was quasi experimental with pre and post test group design. Respondents in this study were street children aged 8 to 13 years working actively on the streets as many as 20 children. The first step were done an interview to get pre test data. Then, respondents were given health education. In the end of this study, they were interviewed to get post test data after 2 weeks later. The data was described in table form and graph and analyzed with Saphirowilk test for the normality of the data. As the spread of data was not normal, it continued by transforming the data. After transforming the data, the data still was not normal. Furthermore, the writer analyzed with wilcoxon test to know the effect of health education for street children's knowledge about diarrhea . This data analysis usedSPSS*

Result: *Wilcoxon test $p= 0.000$ showed that there was a significant difference of street children's knowledge about diarrhea before and after they got health education.*

Conclusion: *Health education in the form of counseling, discussions, and simulations could enrich the knowledge of street children about diarrhea with significant development in Semarang.*

keyword : health education, street children, knowledge, diarrhea.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak jalanan adalah anak-anak yang menghabiskan sebagian waktunya untuk bekerja di jalanan kawasan urban.¹ Sedangkan menurut Departemen Sosial RI, anak jalanan merupakan anak yang berusia di bawah 18 tahun dan berada di jalan lebih dari 6 jam sehari dalam 6 hari dalam seminggu.² Anak jalanan ini setiap tahunnya selalu mengalami peningkatan. Peningkatan ini merupakan salah satu akibat dari krisis moneter pada tahun 1997 di Indonesia. Akibat dari krisis ini banyak sekali permasalahan yang muncul baik di bidang perekonomian, sosial, dan kesehatan.³ Dalam keadaan seperti ini, sangatlah besar kemungkinan bagi anak untuk terjerumus kejalanan.

Perekonomian yang kacau akibat krisis moneter menyebabkan terjadi pemutusan hubungan kerja dimana-mana. Hingga pada akhirnya anak-anak pun sampai diperkerjakan oleh orang tuanya untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga. Mereka yang seharusnya bermain dan belajar telah ikut menanggung beban keluarga. Pada akhirnya mereka menjadi penghuni tetap jalanan yang menghabiskan waktunya untuk bekerja dan menggantungkan hidup di jalanan sehingga mereka menjadi anak jalanan.

Jumlah anak jalanan terus bertambah setiap tahunnya. Lembaga Perlindungan Anak mencatat pada tahun 2003 terdapat 20.665 anak jalanan di Jawa Barat dan 4.626 di antaranya berada di kotamadya Bandung.³ Data dari

Pusdatin Kementerian Sosial RI tahun 2008 diketahui populasi anak jalanan di seluruh nusantara 232.000 orang dan 12.000 diantaranya berada diwilayah Jabotabek serta 8000 ada di Jakarta.⁴ Begitu pula di Semarang yang merupakan ibu kota provinsi Jawa Tengah jumlah anak jalanan pun semakin tahun mengalami peningkatan. Dari data pada tahun 2005 terdapat 335 anak.⁵ Pada tahun 2007 didapatkan data sebanyak 416 menurut yayasan Setara Semarang.⁶ Peningkatan ini semakin signifikan tiap tahunnya, bahkan berdasarkan majalah Gemari edisi 106 tahun 2010, menyebutkan bahwa jumlah anak jalanan di Semarang mencapai hampir 2000 anak.

Tentunya dengan semakin meningkatnya jumlah anak jalanan permasalahan seputar anak jalanan akan terjadi tak terkecuali dalam hal kesehatan. Anak jalanan sering diidentikan sebagai komunitas yang kurang memperhatikan perilaku hidup sehat, termasuk yang berhubungan dengan personal hygiene. Lembaga perlindungan anak Jawa Barat menyatakan bahwa penyakit anak jalanan di rumah singgah Yayasan Masyarakat Sehat (YMS) Bandung yang paling banyak dan menempati urutan pertama adalah diare yaitu sebanyak 34,72%.³

Di dunia, ternyata diare hingga kini masih merupakan penyebab kematian kedua pada anak-anak sekitar 1,5 juta kematian setiap tahunnya.⁷ Secara global, sekitar dua miliar kasus baru penyakit diare pada anak setiap tahunnya.⁸ Pada tahun 2004, penyakit diare adalah penyebab utama kematian ketiga di negara berkembang sekitar 6,9% kematian secara keseluruhan. Pada anak usia muda tampaknya penyakit diare ini makin sering dijumpai di berbagai negara tropis,

khususnya di daerah perkotaan yang kotor dan padat. Demikian pula di Indonesia, diare hingga kini pun masih merupakan salah satu penyakit utama yang diderita bayi dan anak. Diperkirakan angka kesakitan diare ini berkisar 150-430 perseribu penduduk setiap tahunnya.⁹ Begitupun, pada anak jalanan telah disebutkan di atas bahwa diare juga merupakan salah satu penyakit yang banyak diderita anak jalanan.

Penyakit diare ini menurut Depkes RI sangat erat kaitannya dengan perilaku hidup bersih, terutama pemeliharaan personal higiene.³ Menurut Budi dalam penelitiannya menyebutkan bahwa personal higiene merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit diare pada anak-anak usia sekolah dasar.¹⁰ Terdapat keterkaitan yang sangat erat antara personal higiene dengan kejadian diare pada anak jalanan sebab kebanyakan anak jalanan adalah anak-anak yang usianya usia sekolah dasar.⁵ Karena sebagian besar waktu dari anak jalanan ini hidup di jalanan sehingga informasi mengenai kesehatan pun menjadi terbatas. Menurut Sheizi dalam penelitiannya menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan anak jalanan terhadap personal higiene memang masih rendah.³ Oleh sebab itu, kejadian diare masih tinggi di kalangan anak jalanan.

Begitu pula pengetahuan mengenai diare pada anak jalanan. Masih banyak yang belum mengetahui bagaimana diare itu, bagaimana cara pengobatannya dan bagaimana cara pencegahannya. Karena pengetahuan diare juga sangat mempengaruhi angka kejadian diare pada anak berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ira.¹¹ Maka dibutuhkan cara agar dapat meningkatkan pengetahuan anak jalanan mengenai diare. Meena Siwach melaporkan bahwa

pendidikan kesehatan pada anak sekolah dasar dapat meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan secara signifikan.¹²

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meningkatkan pengetahuan anak jalanan mengenai diare melalui program pendidikan kesehatan baik berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi. Pendidikan kesehatan dalam kelompok kecil ini sangat cocok dengan kondisi anak jalanan pada usia anak-anak yang mudah bosan jika diberi ceramah dalam kelompok besar. Diharapkan dengan menggunakan metode penyuluhan dalam kelompok kecil, diskusi, serta simulasi materi mengenai diare yang ingin disampaikan dari pendidikan kesehatan ini akan lebih mudah diterima oleh anak jalanan.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan diare pada anak jalanan di Semarang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan tentang diare pada anak jalanan di Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik anak jalanan yang ada di Semarang.
2. Mengetahui tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai diare sebelum intervensi pendidikan kesehatan.
3. Mengetahui tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai diare sesudah intervensi pendidikan kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan:

1. Menambah pengetahuan anak jalanan mengenai diare dan cara pencegahan diare sehingga dapat menurunkan angka kejadian diare pada anak jalanan.
2. Memberi informasi pada yayasan yang menanungi anak jalanan mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan anak jalanan mengenai diare agar menjadi bahan pertimbangan adanya program kesehatan bagi anak jalanan.
3. Manfaat penelitian dibidang penelitian adalah menjadi bahankajian yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya

1.5 Orisinalitas

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Nama Penulis	Metode Penelitian	Hasil
1	Sheizi Prista Sari Hubungan Faktor Predisposisi Dengan Perilaku Personal Higiene Anak Jalanan Bimbingan Rumah Singgah Yayasan Masyarakat Sehat Bandung. ³	Penelitian deskriptif korelasional dengan desain <i>cross sectional</i> . Variabel Bebas: Faktor predisposisi personal higiene anak jalanan dengan sub variabel pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan tradisi,serta usia. Terikat: perilaku pesonal higiene	Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor usia, serta faktor nilai dan tradisi dengan perilaku personal higiene responden
2	Ira Indriaty Paskalita B. Sopi Prevalensi Diare dan Faktor yang berhubunga n dengan Kejadian Diare pada Anak Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas	Penelitian Observasional Analitik dengan Desain <i>cross sectional</i> . Variabel Bebas: Pengetahuan diare, kebiasaan mencuci tangan, kebiasaan mengkonsumsi makanan jajajan. Tergantung: Kejadian Diare pada Anak Sekolah Dasar.	Prevalensi diare adalah 51,5%. Ada hubungan bermakna antara kejadian diare dengan pengetahuan (p=0,005), kebiasaan mencuci tangan (p=0,012), kebiasaan mengkonsumsi makanan jajajan(p=0,028)

	Mulyorejo Kota Surabaya. ¹¹		
3	Meena Siwach Impact of Health Education Programme on the Knowledge and Practices of School Children Regarding Personal Hygiene in Rural Panipat. ¹² 2009.	“Experimental Group - Control Group: Randomised Subjects” Variabel Bebas: Knowledge and Practice of personal hygiene of School Children. Terikat: Health Education Programme	After the intervention of Health education programme the results showed an impact of the programme as the scores of the children after post- testing improved in the experimental group and they were found to be significant on various aspects of personal hygiene.
4	Budi Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Diare pada 2 Sekolah Dasar Kecamatan Tirto Kabupaten Pekalongan. ¹⁰ 2006	Penelitian diskriptif korelatif dengan desain <i>cross sectional</i> . Variabel Bebas: - Sumber air - Kepemilikan jamban - Status gizi - Imunisasi campak - Kebiasaan jajan - Kebiasaan cuci tangan sebelum makan - Tingkat pendidikan	Ada hubungan yang bermakna sumber air, kepemilikan jamban, status gizi, imunisasi campak, kebiasaan jajan, kebiasaan cuci tangan dengan kejadian diare Tidak ada hubungan yang bermakna tingkat

- Status pekerjaan	pendidikan ibu,
Terikat:	status pekerjaan
Kejadian diare pada	dengan kejadian
anak SD	diare

Berdasarkan penelitian tersebut, maka penelitian ini belum pernah dilakukan sebelumnya dan berbeda dengan penelitian sebelumnya karena variabel terikat, sampel, metode penelitian, dan lokasi penelitian yang digunakan berbeda. Penelitian ini variabel bebas yang digunakan adalah pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi. Sedangkan variabel terikat yang digunakan pengetahuan tentang diare. Sampel yang digunakan adalah anak jalanan. Metode penelitian yang digunakan adalah kuasi eksperimen. Dan lokasi yang digunakan untuk penelitian adalah Semarang.

BAB II

TINJAUAN PUSTA

2. 1. Anak Jalanan

Anak jalanan adalah anak yang berusia 5-18 tahun baik laki-laki maupun perempuan yang menghabiskan sebagian waktunya untuk bekerja di jalanan kawasan urban, memiliki komunikasi yang minimal atau sama sekali tidak pernah berkomunikasi dengan keluarga dan kurang pengawasan, perlindungan, dan bimbingan sehingga rawan terkena gangguan kesehatan dan psikologi.¹ Sedangkan menurut Departemen Sosial RI, anak jalanan merupakan anak yang berusia di bawah 18 tahun dan berada di jalan lebih dari 6 jam sehari dalam 6 hari dalam seminggu.² Akan tetapi, secara umum anak jalanan terbentuk dari dua kata yaitu “anak” dan “jalanan”. Anak mengacu pada usia yang hingga kini masih beragam pendapatnya. Sedangkan jalanan mengacu pada tempat dimana anak tersebut beraktifitas.¹³

Pembagian anak jalanan menurut UNICEF dibagi menjadi tiga kelompok¹⁴ antara lain:

1. *Street Living Children*

Anak-anak yang pergi dari rumah dan meninggalkan orang tuanya. Anak tersebut hidup sendirian dan memutuskan untuk tidak berhubungan lagi dengan keluarganya. Biasanya anak-anak ini sering disebut dengan gelandangan atau pun

gembel. Mereka biasanya tidak mempunyai tempat tinggal maupun pekerjaan tetap.

2. *Street Working Children*

Disebut juga sebagai pekerja anak di jalan. Mereka menghabiskan sebagian besar waktu mereka di jalanan untuk bekerja baik di jalan atau pun di tempat-tempat umum untuk membantu keluarganya. Sehingga anak-anak ini masih memiliki rumah dan tinggal dengan orang tua mereka.

3. *Children from Street Families*

Anak-anak yang hidup di jalanan, beserta dengan keluarga mereka.

Untuk jumlahnya sendiri, jumlah anak jalanan terus bertambah setiap tahunnya. Lembaga Perlindungan Anak mencatat pada tahun 2003 terdapat 20.665 anak jalanan di Jawa Barat dan 4.626 di antaranya berada di kotamadya Bandung.³ Data dari PusdatinKementerian Sosial RI tahun 2008 diketahui populasi anak jalanan di seluruh nusantara 232.000 orang dan 12.000 diantaranya berada diwilayah Jabotabek serta 8000 ada di Jakarta.⁴ Begitu pula di Semarang yang merupakan ibu kota provinsi Jawa Tengah jumlah anak jalanan pun semakin tahun mengalami peningkatan. Dari data pada tahun 2005 terdapat 335 anak.⁵ Pada tahun 2007 didapatkan data sebanyak 416 menurut yayasan Setara Semarang.⁶ Peningkatan ini semakin signifikan tiap tahunnya, bahkan berdasarkan majalah Gemari edisi 106 tahun 2010, menyebutkan bahwa jumlah anak jalanan di Semarang mencapai hampir 2000 anak.

Menurut Moeliono dalam penelitian Mardiana mengenai perilaku belajar pada anak jalanan menyebutkan pada dasarnya tidak ada satu faktor tunggal yang menyebabkan anak berada, tinggal, maupun hidup di jalanan dan menjadi anak jalanan. Akan tetapi penyebabnya adalah banyak faktor (multifaktor) yang saling terkait satu sama lain sehingga dapat menyebabkan seorang anak menjadi anak jalanan. Faktor tersebut antara lain kemiskinan, faktor keluarga, dan pengaruh lingkungan. Kemiskinan, persoalan dalam keluarga atau hubungan keluarga yang buruk dan pengaruh lingkungan sebaya yang secara bersamaan dapat memberi tekanan yang begitu besar pada anak sehingga meninggalkan rumah dan melarikan diri ke jalan untuk mencari kebebasan, perlindungan dan dukungan dari jalanan dan dari rekan-rekan senasibnya.¹³

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lembaga Penelitian Pada Masyarakat Universitas Semarang pada tahun 2008, didapatkan hasil bahwa banyak faktor melatarbelakangi seorang anak menjadi anak jalanan antara lain kemiskinan (83,33%), keretakan keluarga (1,96%), orang tua tidak paham dan tidak memenuhi kebutuhan sosial anak (0,98%), dan lainnya adalah keinginan sendiri, sering dipukul orang tua, dan ingin bebas (13,7%).⁵

Kemiskinan tetap merupakan salah satu faktor utama yang melatarbelakangi seorang anak menjadi anak jalanan. Akibatnya pendidikan pada anak jalanan pun menjadi terabaikan. Di Semarang kurang lebih 60,79% tidak bersekolah dan hanya 39,21% saja yang mengenyam pendidikan baik pendidikan TK, SD, SMP, ataupun SMA.⁵ Sehingga akses untuk memperoleh informasi untuk menambah pengetahuan pada anak jalanan pun menjadi terbatas.

2.2. Pengetahuan

Menurut Bloom yang maksud dengan pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya baik mata, hidung, telinga, dan sebagainya. Dengan sendirinya pada saat pengindraan dapat menghasilkan pengetahuan itu sendiri. Dan pengetahuan ini sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Meskipun, manusia memiliki banyak indra sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata).¹⁵

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor. Akan tetapi secara sederhana faktor tersebut dapat dibedakan menjadi dua¹⁶, antara lain

a. Faktor Internal

Faktor ini tentu saja berkaitan dengan apa saja yang dimiliki oleh individu itu sendiri. Baik pendidikan, pekerjaan, dan usia.

1. Pendidikan

Pengetahuan tentu saja diperoleh melalui proses belajar terhadap suatu informasi yang diperoleh seseorang. Oleh karena itu, pendidikan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh pada pengetahuan seseorang. Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Tentu saja pendidikan juga sangat diperlukan dalam bidang kesehatan untuk mendapat informasi misalnya saja untuk meningkatkan kualitas hidup maka diperlukan pendidikan

yang berkaitan dengan kesehatan. Pada umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk mendapat maupun menerima informasi. Pendidikan juga dibedakan menjadi 2 kategori yaitu pendidikan formal dan pendidikan non formal.

Pendidikan formal dapat diartikan sebagai proses pemberian informasi atau materi pendidikan dari pendidik kepada kelompok sasaran guna mencapai perubahan perilaku. Pendidikan tersebut dapat diperoleh melalui lembaga pendidikan berjenjang dari sekolah dasar hingga perguruan tinggi, atau bisa juga melalui lembaga pendidikan yang mengkhususkan mempelajari suatu keterampilan atau keahlian tertentu seperti kursus menjahit, montir, dan lainnya. Sedangkan pendidikan non formal tentu saja pemberian informasi-informasi yang diberikan oleh lembaga non pendidikan kepada masyarakat baik melalui penyuluhan langsung maupun secara tidak langsung bisa melalui *leaflet*, pamflet, poster, radio, televisi, dan surat kabar.

2. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sebuah kegiatan berulang yang harus dilakukan seseorang terutama untuk menunjang kehidupannya. Pekerjaan akan berkorelasi dengan keadaan sosial ekonomi seseorang. Sehingga dapat memperbanyak kesempatan untuk mendapatkan pengetahuan. Dengan keadaan sosial ekonomi yang baik, maka kemampuan untuk memenuhi kebutuhan terhadap informasi dan pengetahuan akan semakin baik. Tentu saja pekerjaan juga sangat mempengaruhi seseorang dalam memperoleh pengetahuan.

3 Usia

Usia adalah waktu yang terhitung mulai saat seseorang dilahirkan sampai berulang tahun. Menurut Huclok, semakin cukup usia seseorang, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal terdiri atas faktor lingkungan dan faktor sosial budaya. Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan perilaku seseorang atau kelompok. Sedangkan yang dimaksud sistem sosial budaya adalah sistem yang ada pada masyarakat yang dapat mempengaruhi sikap seseorang dalam menerima informasi.

Pengetahuan tentu saja sangat banyak macamnya. Karena dalam penelitian ini penulis lebih menitikberatkan pada pengetahuan kesehatan maka yang dimaksud dengan pengetahuan kesehatan adalah hal apa saja yang diketahui oleh orang atau responden mengenai hal-hal yang berhubungan dengan sehat dan sakit ataupun kesehatan, misalnya saja mengenai penyakit baik penyebab, cara penularan, maupun cara pencegahannya penyakit tersebut.¹⁵

2.3 Diare

2.3.1 Definisi Diare

Karena sebagian besar waktu dari anak jalanan ini hidup dijalan anak menjadi rentan terkena penyakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sheizi Prista Sari di rumah singgah Yayasan Masyarakat Sehat Bandung penyakit yang

paling banyak diderita oleh anak jalanan adalah diare.³ Diare secara epidemiologik didefinisikan sebagai keluarnya tinja dengan konsistensi yang lunak atau cair sebanyak tiga kali atau lebih dalam satu hari. Secara klinik terdapat tiga macam sindroma diare¹⁷ antara lain

1. Diare akut adalah pengeluaran tinja yang lunak atau cair yang sering dan tanpa darah, biasanya berlangsung kurang dari 7 hari. Diare ini dapat menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan kurang akan mengakibatkan kurang gizi. Diare jenis merupakan jenis diare yang paling sering diderita oleh anak jalanan.¹⁸

2. Disentri adalah diare yang disertai darah dalam tinja. Akibat penting disentri antara lain anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat dan kerusakan mukosa usus karena bakteri invasif.

3. Diare persisten adalah diare yang mula-mula bersifat akut, namun berlangsung lebih dari 14 hari. Episode ini dapat dimulai sebagai diare cair atau disentri. Kehilangan berat badan yang nyata sering terjadi dan volume tinja dalam jumlah yang banyak sehingga ada risiko mengalami dehidrasi. Diare persisten berbeda dengan diare kronik yaitu diare intermiten (hilang-timbul), atau yang berlangsung lama dengan penyebab non infeksi, seperti sensitif terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun.

2.3. 2 Penyebab Diare⁸

a. Infeksi

Diare merupakan gejala infeksi yang disebabkan oleh sejumlah bakteri, virus dan parasit organisme, yang sebagian besar ditularkan melalui feses yang terkontaminasi air. Infeksi lebih umum ketika ada kekurangan air bersih untuk minum, memasak dan membersihkan. Rotavirus dan *Escherichia coli* adalah dua penyebab paling umum dari diare di negara berkembang.

b. Gizi Buruk

Anak-anak yang meninggal akibat diare sering menderita kekurangan gizi yang mendasari, yang membuat mereka lebih rentan terhadap diare. Setiap episode diare dapat menyebabkan mereka kekurangan gizi pada anak di bawah usia lima tahun.

c. Sumber air

Sumber air yang terkontaminasi dengan kotoran manusia, misalnya, dari limbah, tangki septik dan jamban, perlu mendapat perhatian khusus. Kotoran hewan juga mengandung mikroorganisme yang dapat menyebabkan diare.

d. Penyebab lain

Penyakit diare juga dapat menyebar dari orang-ke-orang, diperburuk oleh kebersihan pribadi yang buruk. Makanan merupakan penyebab utama diare ketika diolah atau disimpan dalam kondisi tidak higienis dapat berkontribusi terhadap timbulnya penyakit diare.

Agen infeksius yang menyebabkan penyakit diare biasanya ditularkan melalui jalur fekal oral, terutama karena menelan makanan yang terkontaminasi dan kontak dengan tangan yang terkontaminasi.¹⁷

2.3.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare Pada Anak

2.3.3.1 Sumber Air

Hasil penelitian Budi didapatkan ada hubungan yang signifikan antara sumber air dengan kejadian diare. Penyakit seperti diare, desentri, dan paratipus dapat dipengaruhi oleh sumber air. Penggunaan air minum dari sumber air yang tercemar, dapat menyebarkan banyak penyakit salah satunya diare. Dan jika pipa-pipa air minum dan persediaan air kita disambung kurang benar, berarti kita membuka diri sendiri terhadap banyak penyakit seperti diare, desentri, paratipus dan lain sebagainya.¹⁰

Masyarakat dapat mengurangi resiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanan di rumah.

2.3.3.2 Jamban

Pengalaman di beberapa negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan resiko terhadap penyakit diare. Jamban yang baik sebaiknya berjauhan dengan sumber air minum, paling sedikit 10 meter.¹⁰

2.3.3.3 Kebiasaan Jajan

Kebiasaan jajan anak usia sekolah dasar sangat berpengaruh pada penyakit diare. Demikian pula dengan anak jalanan yang sebagian besar berusia usia sekolah dasar. Mereka lebih sering jajan berupa es atau kue-kue. Tidak banyak anak yang memperoleh kesempatan mempunyai uang saku yang banyak, karena itulah mereka cenderung memilih jenis jajanan yang murah, biasanya makin rendah harga suatu barang atau jajanan makin rendah pula kualitasnya. Hal ini berakibat digunakannya bahan-bahan makanan yang kurang baik dan biasanya sudah tercemar oleh kuman. Itulah sebabnya anak-anak yang telah mulai suka jajan sering terkena penyakit diare.

2.3.3.4 Kebiasaan Cuci Tangan Sebelum Makan

Hasil penelitian yang dilakukan Budi menyatakan bahwa perilaku cuci tangan yang buruk berhubungan erat dengan peningkatan kejadian diare dan penyakit yang lain.¹⁰ Perilaku cuci tangan yang baik dapat menghindarkan diri dari diare. Apabila kita selalu mencuci tangan, kondisi tangan kita selalu bersih, sehingga dalam melakukan aktivitas terutama makan tangan yang kita gunakan selalu bersih sehingga tidak ada kuman yang masuk ke dalam tubuh.

2.3.4 Pengobatan Diare dan Pencegahan Diare

Pengobatan diare yang paling penting menurut WHO dan UNICEF adalah dengan pemberian cairan dengan osmolaritas rendah. Disamping pemberian obat-obatan yang disesuaikan dengan penyebab munculnya diare.⁸ Pengobatan diare penting jika seseorang telah menderita diare. Akan tetapi bagi anak yang masih

sehat akan lebih bermakna jika pencegahan diare dapat dilakukan. Karena mencegah lebih baik daripada mengobati. Mencuci tangan dengan sabun telah terbukti mengurangi kejadian penyakit diare kurang lebih 40 persen. Mencuci tangan disini lebih ditekankan pada saat sebelum makan maupun sesudah buang air besar. Cuci tangan menjadi salah satu intervensi yang paling *cost effective* untuk mengurangi kejadian diare pada anak.¹⁹

Disamping mencuci tangan pencegahan diare dapat dilakukan dengan meningkatkan sanitasi dan peningkatan sarana air bersih. Sebab 88 persen penyakit diare yang ada di dunia disebabkan oleh air yang terkontaminasi tinja, sanitasi yang tidak memadai, maupun higienis perorangan yang buruk.¹⁹

2.4 Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Dari uraian sebelumnya menjelaskan bahwa semakin meningkatnya jumlah anak jalanan maka semakin meningkat pula permasalahan seputar anak jalanan. Baik permasalahan mengenai pendidikan maupun mengenai kesehatan ataupun mengenai pendidikan kesehatan itu sendiri. Akibat hambatan internal dari dalam dirinya maupun tekanan eksternal dari lingkungannya sehingga dapat menyebabkan informasi tentang kesehatan pun menjadi berkurang pada anak jalanan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Meena Siwach bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan pada anak usia sekolah dasar.²¹ Sehingga salah satu cara yang dapat dilakukan untuk

meningkatkan pengetahuan anak jalanan adalah dengan pemberian pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bentuk pendidikan informal yang dapat diberikan pada anak jalanan.

Merujuk pada pengertian pendidikan kesehatan menurut *President's Committee on Health Education* yang dimaksud dengan pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi dan tingkah laku kesehatan yang mampu memotivasi seseorang untuk menerima informasi kesehatan dan berbuat sesuai dengan informasi tadi agar mereka menjadi lebih sehat dengan cara menghindarkan diri dari perbuatan-perbuatan yang mengganggu kesehatan serta membentuk kebiasaan hidup yang bermanfaat bagi kesehatan.²⁰

Pendidikan kesehatan pada anak jalanan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan. Hasil penelitian Sheizi Prista Sari menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan perilaku personal hygiene responden.³ Sementara itu berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ira personal hygiene yang merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya diare pada anak.¹¹ Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat keterkaitan antara pengetahuan mengenai personal hygiene dengan pengetahuan diare pada anak jalanan. Jika pengetahuan anak jalanan mengenai personal hygiene dan diare semakin baik, maka perilaku personal hygiene mereka juga akan semakin baik dan kejadian diare juga akan menurun.

2.4.2 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode yang digunakan dalam penelitian ini antara lain penyuluhan, diskusi, dan simulasi. Penyuluhan kesehatan merupakan suatu proses belajar untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif dari individu atau kelompok terhadap kesehatan agar yang bersangkutan dapat menerapkan cara hidup sehat sebagai bagian dari cara hidupnya sehari-hari. Salah satu metode penyuluhan yang bisa diberikan adalah metode ceramah dalam kelompok kecil. Ceramah merupakan sebuah cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian, atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.²¹

Diskusi disini lebih ditekankan pada saling bertukar pendapat secara dua arah sehingga memberi kesempatan pada penerima informasi yaitu anak jalanan untuk memberi tanggapan secara langsung atas materi yang telah diberikan. Dan metode yang terakhir adalah simulasi. Simulasi ini merupakan suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini digunakan terhadap kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya. Sehingga simulasi dapat dilakukan dengan pemberian keterampilan yang bersifat psikomotor yang melibatkan anak jalanan mampu semakin memudahkan penyampaian materi guna meningkatkan pengetahuan anak jalanan mengenai diare.²⁰

2.4.3 Media Pendidikan Kesehatan

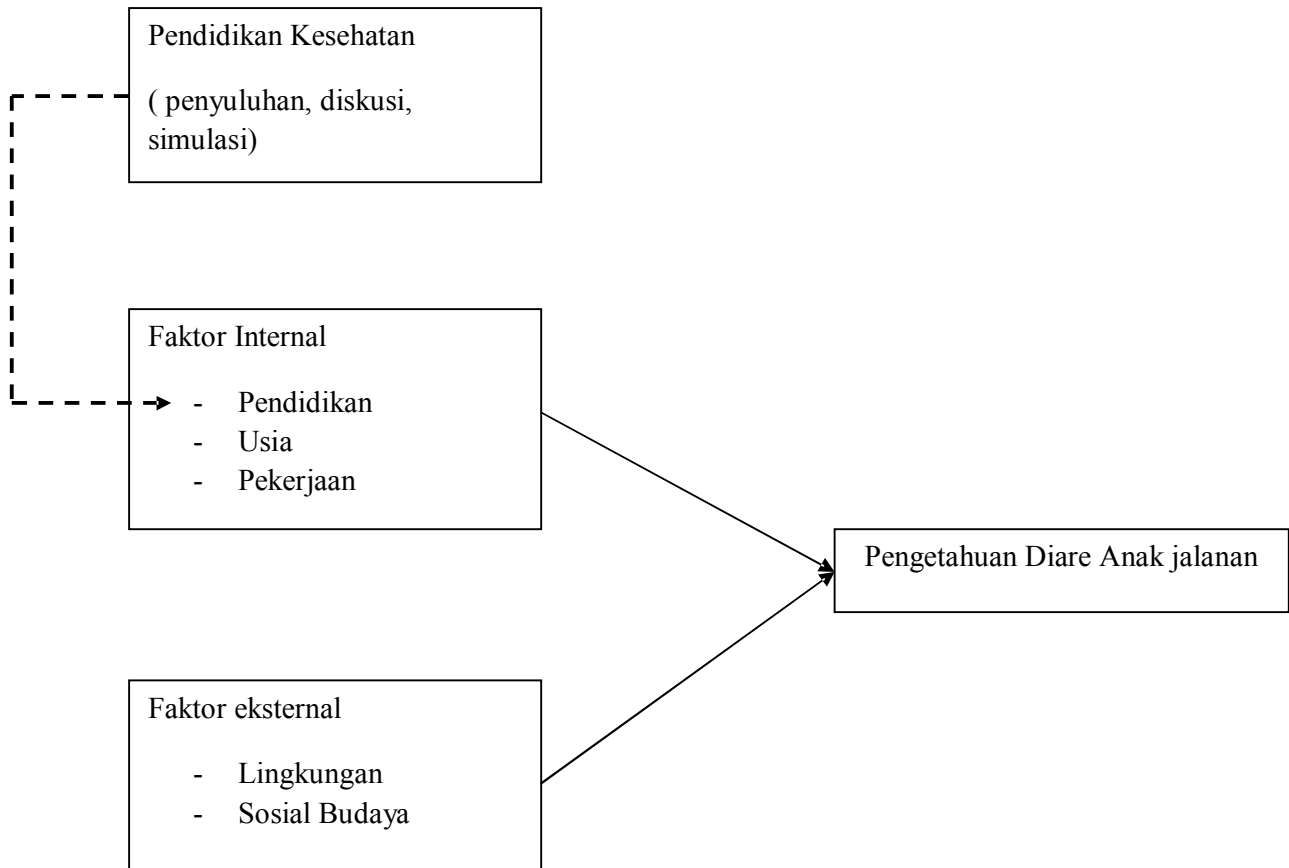
Media merupakan alat pendukung, alat bantu yang dapat digunakan untuk mempermudah materi yang akan disampaikan. Media ini tentu saja disesuaikan dengan kondisi lingkungan dimana proses pendidikan kesehatan akan dilakukan. Oleh karena, sasaran pendidikan kesehatan adalah anak jalanan usia sekolah maka media yang dapat digunakan adalah poster bergambar dan leaflet agar anak-anak jalanan lebih tertarik terhadap materi yang ingin disampaikan.²⁰

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Teori

Dari uraian kepustakaan diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Secara singkat digambarkan dalam gambar 1.

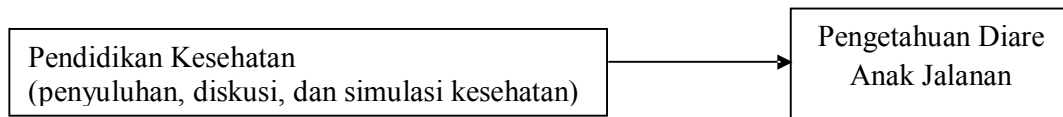


Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

3.2 Kerangka Konsep

Dari kerangka teori diatas, beberapa variabel faktor yang mempengaruhi pengetahuan anak jalanan dihilangkan karena sudah diseragamkan. Faktor usia dihilangkan karena usia yang akan digunakan pada anak jalanan adalah usia sebaya antara 8-13 tahun masih merupakan usia sebaya. Faktor pekerjaan juga dihilangkan karena pekerjaan dari anak jalanan ini adalah sama yaitu bekerja di jalanan. Sedangkan untuk faktor eksternal yaitu lingkungan dan sosial budaya juga dihilangkan karena faktor eksternal dari anak jalanan adalah sama yaitu di daerah pasar Johar. Sehingga variabel pendidikan yang merupakan faktor internal yang dapat dilakukan intervensi didalamnya pada akhirnya dipilih oleh peneliti untuk diteliti melalui pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bentuk pendidikan informal yang merupakan salah satu faktor internal yang dapat mempengaruhi pengetahuan individu. Apabila pendidikan kesehatan ini dapat dilakukan dengan baik maka diharapkan akan dapat meningkatkan pengetahuan tentang diare pada anak jalanan, sehingga pada akhirnya dapat menurunkan angka kejadian diare pada anak jalanan. Secara konsep, alur pemikiran dalam penelitian digambarkan sebagai berikut.



3.3 Hipotesis

Pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan diare pada anak jalanan.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini mencakup bidang keilmuan Ilmu Kesehatan Anak dan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

4.2 Tempat dan waktu penelitian

1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di rumah pintar Bang Jo dan Yayasan Terang Bangsa di Johar Semarang

2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dan pengumpulan data dilakukan selama tiga bulan, mulai dari bulan Maret sampai dengan Mei 2012.

4.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Berdasarkan tujuan yang hendak dicapai mencari hubungan sebab dan akibat antar variable yang dilakukan di masyarakat khususnya anak jalanan, maka jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *quasi experimental* dengan rancangan *One group pretest-posttest design*. Keuntungan yang diperoleh dengan menggunakan desain ini adalah tidak memerlukan randomisasi atau sistem pengacakan pada pemilihan sampel dalam kelompok yang akan diteliti.²²

Pre test O1----- X----- O2 Post Test

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

4.4.1 Populasi target

Anak jalanan.

4.4.2 Populasi terjangkau

Anak jalanan di Rumah Pintar Bangjo dan Yayasan Terang Bangsa Semarang

4.4.3 Sampel Penelitian

4.4.3.1 Kriteria Inklusi

- Anak jalanan di Rumah Pintar Bang Jo dan Yayasan Terang Bangsa usia 8-13 tahun
- Aktif bekerja di jalanan kawasan Pasar Johar
- Bersedia berpartisipasi dalam penelitian

4.4.3.2 Kriteria Eksklusi

- Pindah tempat di luar kota Semarang
- Tidak kooperatif

4.4.4 Cara Pengambilan Sampel

Pengambilan sample dalam penelitian ini dilakukan secara *consecutive sampling*. Sampel penelitian diambil dari data yang diperoleh dari Yayasan Terang Bangsa Johar dan Rumah Pintar Bang Joyang ada di kota Semarang sampai jumlah sampel minimal terpenuhi.

4.4.5 Besar Sampel

Besar sampel

Karena jenis penelitian yang digunakan adalah analitik numerik berpasangan maka besar sampel menggunakan menggunakan rumus²³

$$\frac{1}{2}$$

Besar sampel minimal yang dibutuhkan adalah 16 anak jalanan, untuk menghindari drop out peneliti menggunakan besar sampel sejumlah 20 anak jalanan.

4.5 Variabel Penelitian

4.5.1 Variabel bebas

Sebagai variabel bebas dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi tentang diare.

4.5.2 Variabel terikat

Sebagai variabel terikat dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang diare pada anak jalanan.

4.6 Definisi Operasional Variabel

Tabel 2. Definisi operasional variabel

Nomor	Variabel	Definisi operasional dan cara pengukuran	Skala
1	Pengetahuan anak jalanan tentang diare	<p>Hasil dari tahu setelah melakukan penginderaan terhadap informasi, yang meliputi tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diare - Gejala dan tanda diare - Cara penularan diare - Penyebab diare - Cara pencegahan diare <p>Pengukuran menggunakan kuesioner yang dilakukandengan wawancara.</p>	Numerik
2	Program pendidikan kesehatan (penyuluhan, diskusi, simulasi)	Penyampaian materi kesehatan mengenai diare melalui penyuluhan, diskusi, dan simulasi dalam kelompok-kelompok kecil 2 kali pertemuan.	Nominal

4.7 Cara Pengumpulan Data

4.7.1 Materi / Bahan / Alat Penelitian

Materi/alat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini

1. Kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan variable penelitian yang harus dijawab responden. Kuesioner telah dilakukan uji validasi dan uji reliabilitas sebelumnya.²⁴

2. Poster dan leaflet yang berisi informasi yang perlu diketahui oleh responden sebagai media pendidikan kesehatan dan telah di validasi sebelumnya serta alat dan bahan pembuatan oralit.
3. Materi Pendidikan kesehatan mengenai diare, penyebab, penularan, pengobatan, dan pencegahan diare pada anak.

4.7.2 Jenis Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh melalui wawancara oleh peneliti dengan responden.

4.7.3 Waktu dan Tempat Pengumpulan Data

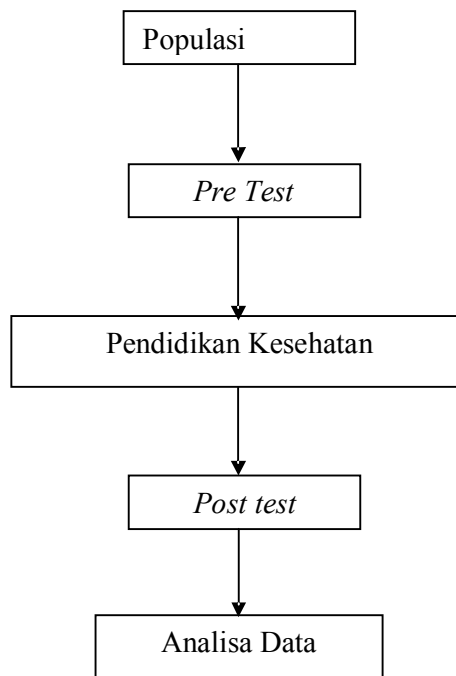
Pengambilan data penelitian dilakukan selama 2 bulan dan pengolahan serta analisis data dilakukan selama 1 bulan. Tempat pengumpulan data telah dilakukan di Yayasan Terang Bangsa Johar dan Rumah Pintar Bang Jo.

4.7.4 Langkah kerja

- a) Peneliti memilih dan menetapkan sampel penelitian sesuai prosedur cara pengambilan sampel yang telah dijelaskan di atas.
- b) Peneliti melakukan perizinan pada yayasan yang menaungi anak jalanan tersebut.
- b) Peneliti mendatangi yayasan yang menaungi anak jalanan untuk mendapatkan data calon responden.
- d) Peneliti melakukan pendekatan dengan anak jalanan yang akan dijadikan sampel.

- c) Peneliti membagi kelompok menjadi 5 kelompok kecil. Setiap kelompok kecil terdiri 4 orang anak jalanan akan didampingi oleh 1 pendamping.
- d) Peneliti dibantu oleh pendamping melakukan wawancara awal (*pre test*) sebelum pendampingan untuk memperoleh data sesuai dengan kuesioner.
- e) Peneliti dibantu oleh pendamping melakukan pendidikan kesehatan dalam waktu yang ditentukan. Pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi dilakukan dalam 1 kali pertemuan.
- f) Peneliti dibantu oleh pendamping melakukan wawancara akhir (*post test*) 2 minggu setelah dilakukan pendidikan kesehatan untuk memperoleh data sesuai dengan kuesioner.
- g) Data yang diperoleh dikelompokkan berdasarkan pengelompokannya dan dilakukan analisa statistik

4.8 Alur Penelitian



4.9 Pengolahan dan Analisis Data

1. Cara pengolahan data

Tahap-tahap pengolahan data adalah sebagai berikut :

- a. Tahap *editing*, yaitu dengan mengedit data yang tersedia.
- b. Tahap *cleaning* data, untuk meneliti kembali kesalahan-kesalahan yang mungkin terjadi.
- c. Tahap tabulasi data, yaitu menyajikan data dalam tabel.

2. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan SPSS. Dalam penelitian ini ingin diketahui bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan tentang diare pada anak jalanan, sehingga perlu dilakukan uji hipotesis. Penentuan uji hipotesis yang akan digunakan adalah t test berpasangan apabila Uji yang digunakan adalah uji t berpasangan (*Paired t test*) jika memenuhi syarat. Jika tidak memenuhi syarat, maka digunakan uji alternatifnya yaitu uji *Wilcoxon* (uji non parametrik).²⁵

Langkah-langkah melakukan uji t berpasangan adalah sebagai berikut:

1. Memeriksa syarat uji t untuk kelompok berpasangan:
 - a. Distribusi data harus normal (wajib)
 - b. Varians data tidak perlu diuji karena kelompok data berpasangan
2. Jika memenuhi syarat (data berdistribusi normal), maka dipilih uji t berpasangan
3. Jika tidak memenuhi syarat (data tidak berdistribusi normal), maka dilakukan uji transformasi data terlebih dahulu

4. Jika variabel baru hasil transformasi berdistribusi normal, maka dipakai uji t berpasangan
5. Jika variabel baru hasil transformasi tidak berdistribusi normal, maka dipilih uji *Wilcoxon*.

4.10 Etika Penelitian

Persetujuan etik akan dimintakan sebelum dilakukan penelitian ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK). Sampel dan responden yang diwawancarai untuk pengisian kuesioner pada penelitian ini diberi jaminan kerahasiaan terhadap data-data yang diberikan dan berhak untuk menolak menjadi responden. Sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu responden diberi *informed consent* dan menandatangani untuk legalitas persetujuan.

4.11 Jadwal Penelitian

Tabel 3. Jadwal Penelitian

Kegiatan	Bulan												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Penentuan Judul	■												
Penyusunan BAB 1	■												
Penyusunan BAB 2		■	■										
Penyusunan BAB 3		■	■										
Penyusunan BAB 4			■	■									
Ujian proposal						■							
Pelaksanaan penelitian dan pengumpulan data						■	■	■	■	■	■		
Analisa data										■			
Penyusunan laporan										■			
Ujian hasil											■	■	

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pengambilan data dilakukan mulai bulan Maret 2012 sampai dengan Mei 2012, dengan sampel yaitu anak jalanan yang bekerja dan tinggal di kawasan Pasar Johar. Sampel dipilih secara *consecutive sampling* sebanyak 20 responden. Sampel tersebut telah memenuhi jumlah sampel minimal. Terbagi menjadi 2 tempat yaitu 12 anak jalanan yang mendapat bimbingan dari Yayasan Terang Bangsa Johar dan 8 anak jalanan yang menjadi bimbingan dari Yayasan Rumah Pintar Bang Jo. Setiap responden mendapat perlakuan yaitu pendidikan kesehatan yang berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi kesehatan tentang penyakit diare. Pendidikan kesehatan dilakukan dilakukan secara kelompok kecil dengan media poster, leaflet, serta alat-alat pendukung pembuatan oralit dan cuci tangan.

Sebelum diberikan pendidikan kesehatan, responden terlebih dahulu ditanyakan kuesioner tentang penyakit diare. Selanjutnya, 2 minggu setelah mendapat pendidikan kesehatan kuesioner yang sama ditanyakan kembali kepada responden. Kuesioner yang dipakai telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas.

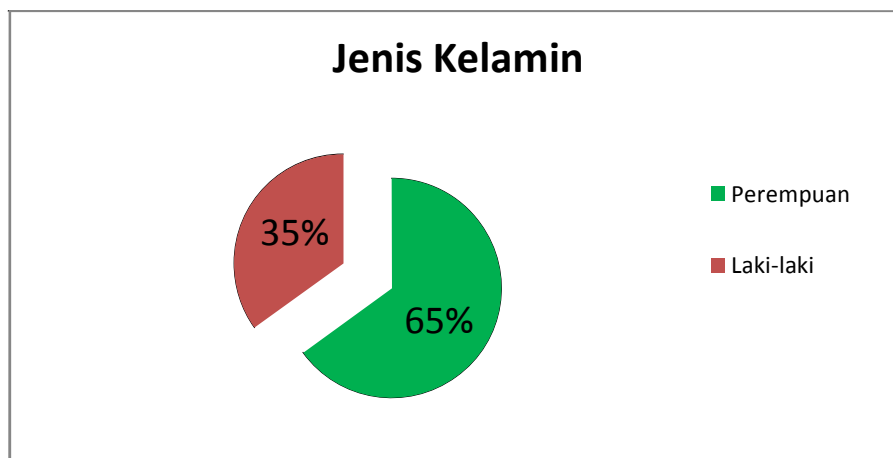
5.1 Analisis Karakteristik Responden

5.1.1 Usia

Responden termuda dalam penelitian ini berusia 8 tahun dan usia tertua adalah 13 tahun. Rerata responden berusia $10,35 \pm 1,631$ tahun. Responden terbanyak berusia 11 dan 12 tahun.

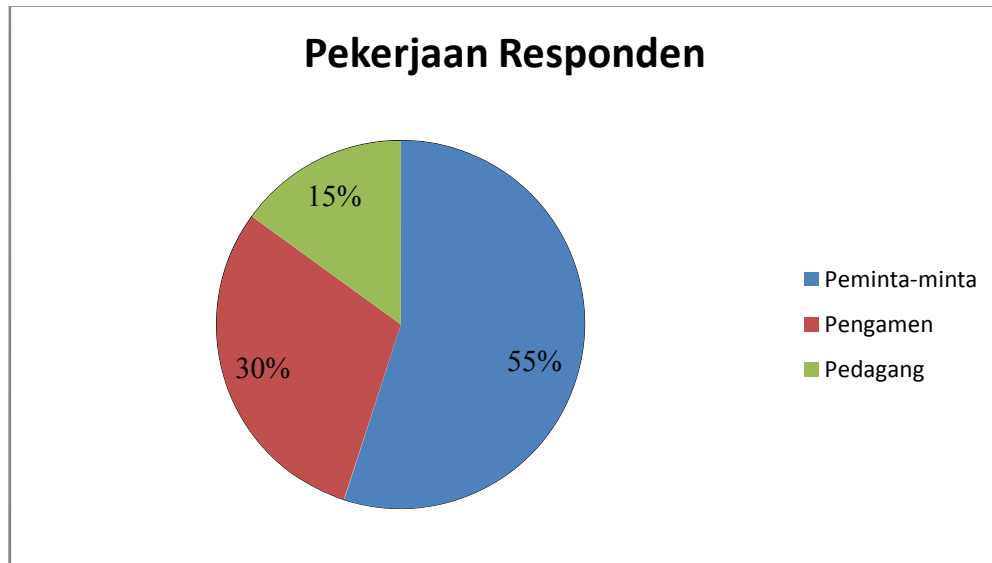
5.1.2 Jenis Kelamin

Responden pada penelitian ini lebih banyak berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 13 orang (65%). Dan untuk responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 7 orang (35%).



Gambar 2. Distribusi responden menurut jenis kelamin

5.1.3 Pekerjaan Responden



Gambar 3. Distribusi responden menurut jenis pekerjaan

5.1.4 Jumlah Saudara Responden

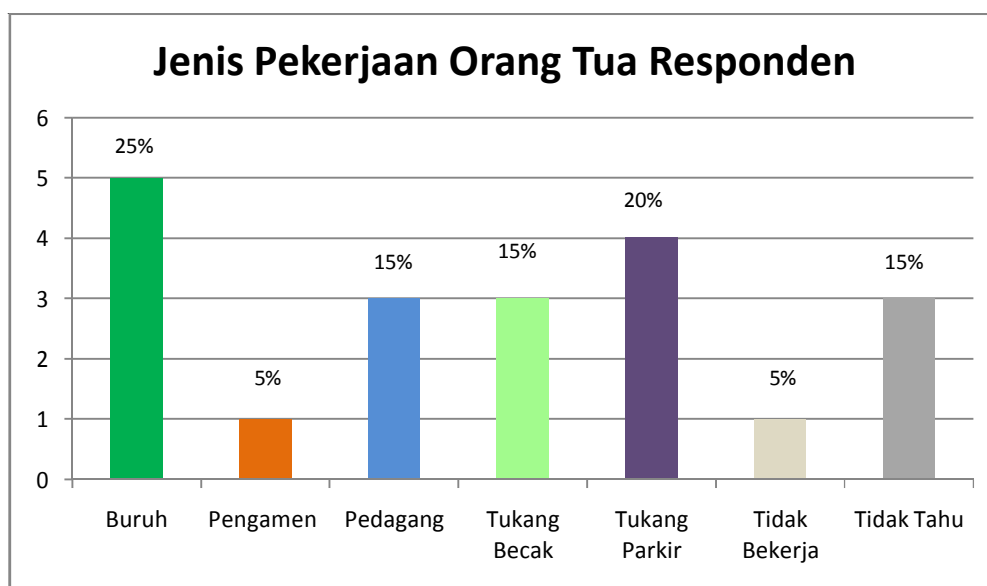
Jumlah saudara responden tentunya mempengaruhi latar belakang responden untuk bekerja. Semakin banyak jumlah saudara semakin mudah responden untuk turun ke jalan dan menjadi anak jalanan.

Tabel 4. Distribusi responden menurut jumlah saudara

Jumlah Saudara	Frekuensi	%
≤ 2	10	50
> 2	10	50
Jumlah	20	100

5.1.5 Pekerjaan Orang Tua Responden

Diketahui bahwa pekerjaan terbanyak dari orang tua responden adalah sebagai buruh yaitu sebanyak 25 %. Akan tetapi, ada juga responden yang tidak mengetahui pekerjaan orang tuanya yaitu sebanyak 15%.



Gambar 4. Distribusi responden menurut pekerjaan orang tua

5.2 Analisis Data Hasil Penelitian

5.2.1 Tingkat Pengetahuan Responden tentang penyakit diare

Pengetahuan responden dikategorikan dalam 3 kelompok berdasarkan skor total jawaban responden dari pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner mengenai pengetahuan anak jalanan tentang penyakit diare. Pertanyaan dalam kuesioner tersebut mengenai pengertian diare, penyebab diare, cara penularan diare, tanda dan gejala diare, tanda bahaya diare, cara pencegahan diare, dan cara pengobatan diare. Pembagian

kategori tingkat pengetahuan tentang diare pada responden adalah sebagai berikut responden memiliki tingkat pengetahuan baik bila skor total yang diperoleh 16-20, kategori sedang bila skor total 13-15, dan kurang bila skor total <13.¹⁶

5.2.1.1 Tingkat Pengetahuan Sebelum Diberi Pendidikan Kesehatan

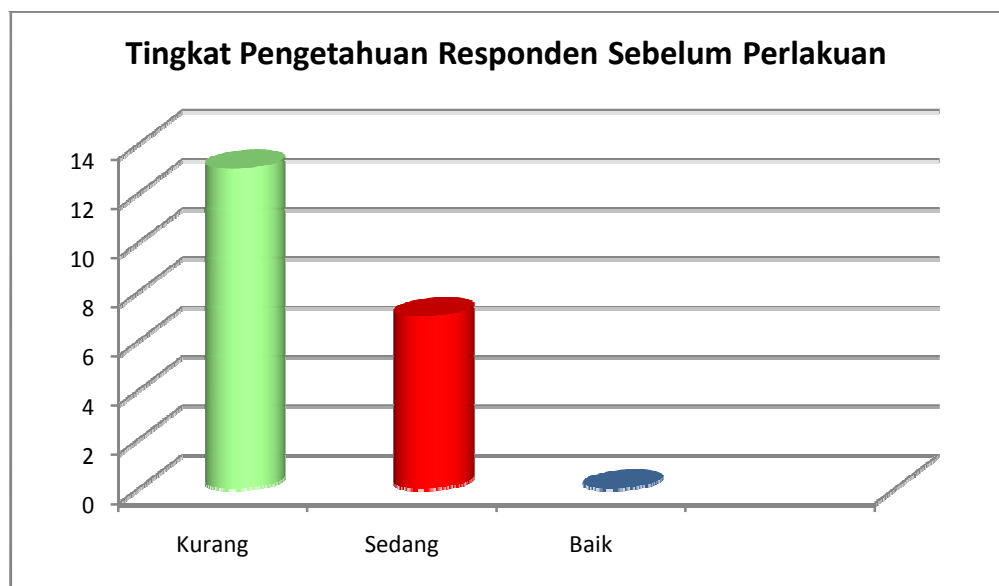
Tabel 5. Distribusi pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan

Pengetahuan tentang diare	Frekuensi	
	Benar n (%)	Salah n (%)
Pengertian	11 (55)	9 (45)
Penyebab	12 (60)	8 (40)
Cara penularan	13 (65)	7 (35)
Gejala dan tanda	13 (65)	7 (35)
Tanda bahaya diare	8 (40)	12 (60)
Pengobatan pertama	4 (20)	16 (80)
Pencegahan	14 (70)	6 (30)

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa hanya 8 responden yang dapat menjawab dengan benar mengenai tanda bahaya pada diare. Selain itu, hanya 4 orang dari responden yang mengetahui mengenai pengobatan pertama pada diare dapat dilakukan dengan meminum oralit. Oleh karena dapat disimpulkan jika pengetahuan responden mengenai tanda bahaya diare dan pengobatan pertama saat mengalami diare masih tergolong rendah. Sedangkan pengetahuan mengenai

pengertian, penyebab, cara penularan, gejala dan tanda, dan cara pencegahan diare pada responden tergolong sedang.

Akan tetapi, berdasarkan jumlah jawaban benar dari pertanyaan yang diajukan, maka tingkat pengetahuan responden dapat dikategorikan sebagai berikut



Grafik 5. Tingkat pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan

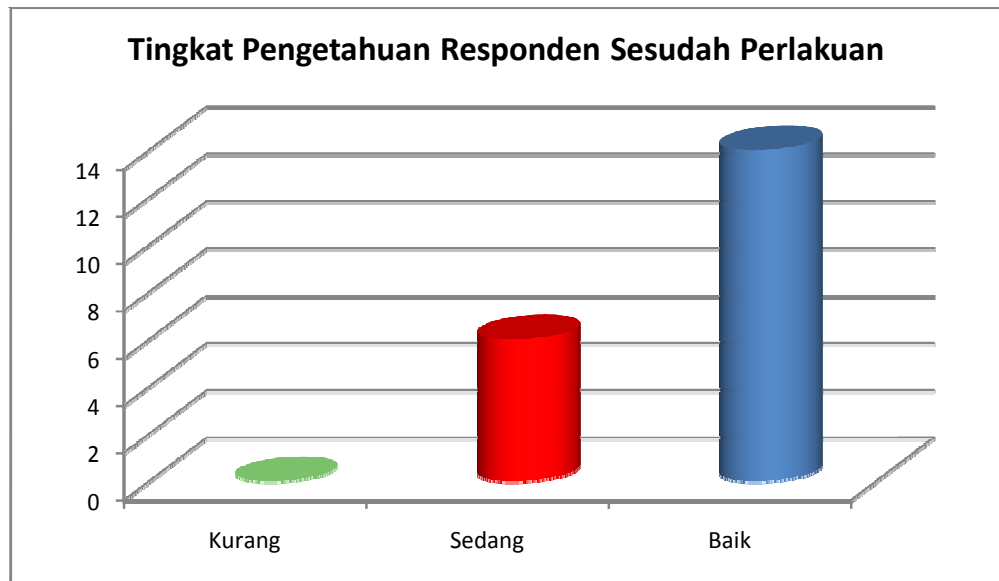
5.2.1.2 Tingkat Pengetahuan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan

Tabel 6. Distribusi pengetahuan responden setelah diberikan pendidikan kesehatan

Pengetahuan tentang diare	Frekuensi	
	Benar n (%)	Salah n (%)
Pengertian	17 (85)	3 (15)
Penyebab	18 (90)	2 (10)
Cara penularan	16 (80)	4 (20)
Gejala dan tanda	16 (80)	4 (20)
Tanda bahaya diare	12 (60)	8 (40)
Pengobatan pertama	13 (65)	7 (35)
Pencegahan	16 (80)	4 (20)

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa secara keseluruhan terjadi peningkatan pengetahuan pada responden. Pengetahuan mengenai pengertian, penyebab, cara penularan, gejala dan tanda, serta cara pencegahan diare telah baik. Sedangkan, pengetahuan responden mengenai tanda bahaya diare dan pengobatan pertama diare secara umum telah mengalami peningkatan walaupun masih tergolong sedang.

Sedangkan mengenai kategori tingkat pengetahuan responden berdasarkan jumlah jawaban benar dari pertanyaan yang diajukan, maka tingkat pengetahuan responden dapat dikategorikan sebagai berikut



Gambar 6. Distribusi pengetahuan responden sesudah diberikan pendidikan kesehatan

5.2.1.3 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan rerata skor total pengetahuan responden sebelum diberi perlakuan adalah 10.85 dan sesudah diberi perlakuan meningkat menjadi 16.10.

Data tersebut, dilakukan analisis data dengan menggunakan SPSS, dengan langkah sebagai berikut:

1. Uji normalitas data

Uji normalitas data dilakukan untuk mengetahui set data memiliki distribusi normal atau tidak yang selanjutnya digunakan untuk menentukan uji parametrik atau uji non parametrik yang akan digunakan. Dalam penelitian ini uji normalitas

menggunakan metode analisis *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel kecil (≤ 50) dan dari analisis tersebut (tabel hasil analisis terlampir) diperoleh nilai *significancy* $p=0,031$ untuk pengetahuan pre test dan $p=0,030$ untuk pengetahuan post test, karena masing-masing nilai *significancy* $p<0,05$ dapat disimpulkan bahwa distribusi pada kedua data tersebut tidak normal normal.

Selanjutnya, dilakukan transformasi terhadap kedua data yang tidak normal tersebut. Setelah dilakukan transformasi data dilakukan uji normalitas kembali dan diperoleh nilai *significancy* $p=0,000$ untuk pengetahuan pre test dan $p=0,015$ untuk pengetahuan post test, karena masing-masing nilai *significancy* $p<0,05$ dapat disimpulkan bahwa distribusi pada kedua data tersebut tetap tidak normal normal.

2. Uji Hipotesis

Langkah berikutnya adalah melakukan uji hipotesis untuk mengetahui bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan tentang diare pada anak jalanan. Berdasarkan uji *Saphiro-wilk* diketahui bahwa sebaran data tidak normal sehingga dilanjutkan dengan uji statistik non parametrik *Wilcoxon Test*.

Tabel 7. Perbedaan rerata pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan

kesehatan

Variabel		Rerata nilai	<i>P</i> *
Pengetahuan tentang diare pada responden	Sebelum	10,85	0,000
	Sesudah	16,10	

- *Wilcoxon Test*

Berdasarkan analisis *Wilcoxon Test*, rata-rata pengetahuan tentang diare pada anak jalanan mengalami peningkatan sebesar 5.25 yaitu dari 10.85 menjadi 16.10 sesudah diberikan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi dengan nilai *significansy* $p = 0,000$. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan bermakna skor total pengetahuan responden sebelum diberi perlakuan dan sesudah diberi perlakuan berupa pendidikan kesehatan yang meliputi penyuluhan, diskusi, dan simulasi.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden

Anak jalanan yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah berusia 8 hingga 12 tahun. Peneliti memilih rentang usia tersebut karena pada usia tersebut anak masih dalam taraf pertumbuhan dan perkembangan, sehingga masih mudah untuk dibimbing dan dibina untuk menanamkan kebiasaan hidup sehari-hari dengan harapan mereka dapat meneruskan kebiasaan sehat ini hingga anak jalanan tersebut menjadi dewasa.²⁶

Sebagian besar anak jalanan yang menjadi responden bekerja sebagai peminta-minta di kawasan pasar Johar. Dapat diketahui pula bahwa anak jalanan tersebut pada akhirnya memutuskan untuk turun ke jalan dan bekerja diakibatkan karena faktor kemiskinan dari keluarga anak jalanan tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Lembaga Penelitian Pada Masyarakat Universitas Semarang pada tahun 2008 yang menyatakan bahwa yang melatarbelakangi anak menjadi anak jalanan dan bekerja adalah faktor kemiskinan sebanyak 83,33%.⁵

Selain itu pula, dapat diketahui bahwa berdasarkan wawancara dengan responden dan pihak pengurus yayasan yang menaungi anak jalanan tersebut selama dilakukan penelitian ini dapat diketahui bahwa belum ada

sebuah program kesehatan yang ditujukan pada anak jalanan yang ada di Semarang selama ini.

6.2 Tingkat Pengetahuan Anak Jalanan Sebelum Diberi Perlakuan

Sebelum dilakukan perlakuan secara umum berdasarkan jumlah jawaban benar dari kuesioner yang diajukan dapat diketahui bahwa responden memiliki tingkat pengetahuan buruk dan sedang yaitu sebanyak 13 responden memiliki pengetahuan buruk dan sebanyak 7 responden memiliki pengetahuan yang sedang. Sebelum dilakukan perlakuan tidak ada satu pun responden yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai diare.

Sebagian besar dari responden yaitu sebanyak 60% responden tidak mengetahui tanda bahaya dari diare yaitu dehidrasi. Sedangkan untuk pencegahan diare dapat dilakukan dengan mencuci tangan dengan sabun baik sebelum makan dan sesudah buang air besar responden juga masih belum banyak yang mengetahuinya.

Selain itu, berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa 80% responden tidak mengetahui pengobatan pertama saat terjadi diare yaitu dengan pemberian oralit. Selain itu, oralit juga dapat digantikan dengan larutan gula dan garam. Padahal, pengobatan diare yang paling penting menurut WHO dan UNICEF adalah dengan pemberian cairan dengan osmolaritas rendah.⁸

6.3 Tingkat Pengetahuan Anak Jalanan Sesudah Diberi Perlakuan

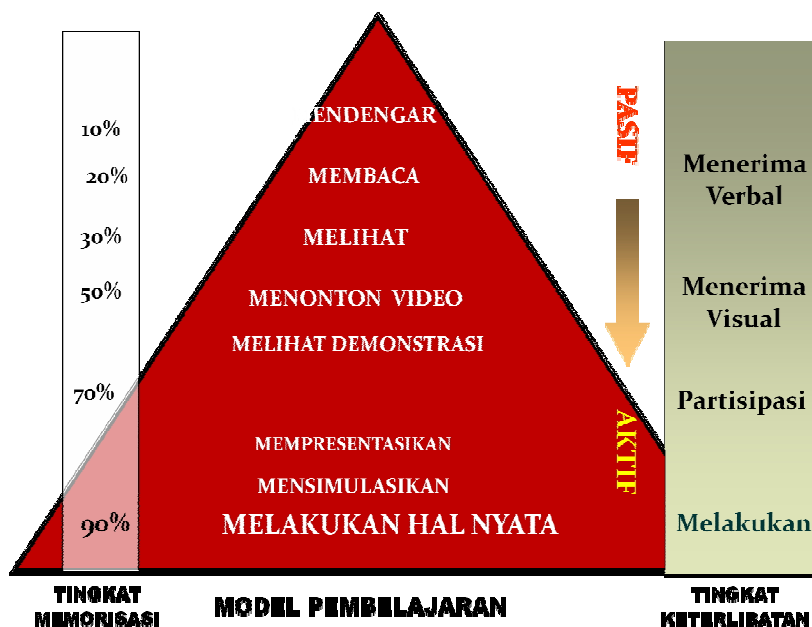
Pengetahuan anak jalanan tentang diare sesudah diberikan perlakuan mengalami peningkatan tidak ada responden memiliki tingkat pengetahuan yang buruk. Responden dengan tingkat pengetahuan sedang sebanyak 6 responden. Dan terjadi peningkatan yang sangat signifikan pada responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik, yaitu sebanyak 14 responden. Pengetahuan mengenai pengertian, penyebab, cara penularan, gejala dan tanda, serta cara pencegahan diare telah baik. Sedangkan, pengetahuan responden mengenai tanda bahaya diare dan pengobatan pertama diare secara umum telah mengalami peningkatan walaupun masih tergolong sedang. Hal ini terjadi, karena perlakuan yang diberikan baik berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi dapat meningkatkan daya ingat dari responden mengenai materi yang telah diberikan.

6.4 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan tentang diare pada anak jalanan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi tentang diare dengan tingkat pengetahuan anak jalanan. Hal ini terlihat dari peningkatan skor rerata total pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan, dimana skor rerata sebelum diberikan penyuluhan sebesar 10,85 dan meningkat menjadi 16,15 setelah diberi pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan teori menurut WHO yang dikutip dalam Notoatmodjo bahwa

salah satu strategi untuk meningkatkan pengetahuan adalah dengan pemberian informasi yang dapat dilakukan dengan penyuluhan.²⁷

Menurut Notoatmodjo, media seperti film, VCD, dan televisi lebih tinggi intensitasnya dibanding dengan kata-kata dan tulisan. Walaupun dengan intensitas yang rendah, media sederhana seperti leaflet, poster, lembar balik, buku bergambar, dan lain-lain mempunyai beberapa keuntungan, yaitu biasanya menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh masyarakat, mencerminkan kebiasaan, kehidupan, dan kepercayaan setempat, dan sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri secara praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, dapat memberikan informasi yang detail yang mana tidak bisa diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak, diperbaiki, dan mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran.²⁷ Oleh karena itu, selain menggunakan metode penyuluhan penelitian ini juga menggunakan metode diskusi dan simulasi. Berdasarkan pepatah Cina kuno menyatakan bahwa ” *Saya mendengar dan saya lupa, saya melihat dan saya ingat, saya melakukan dan saya mengerti.* ” Selain itu, berdasarkan buku panduan pelaksanaan *Student Learning Center* bahwa metode pembelajaran sangat berkaitan erat dengan tingkat memorisasi seseorang.²⁸ Hal ini dapat dilihat dalam gambar sebagai berikut:



Gambar 7. Hubungan metode pembelajaran dengan tingkat memorisasi

Berdasarkan metode di tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan responden melakukan simulasi secara langsung tentang materi yang diberikan akan sangat membantu responden dalam mengingat serta meningkatkan pengetahuan tentang materi yang diberikan dalam penelitian ini adalah materi mengenai diare.

Oleh karena itu, setelah dilakukan perlakuan berupa pendidikan kesehatan baik penyuluhan, diskusi, dan simulasi maka sebagian besar pertanyaan mengalami peningkatan skor setelah diberikan perlakuan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Meena Siwach bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan baik pengetahuan maupun sikap mengenai personal higienis pada anak.¹² Peningkatan pengetahuan yang sangat signifikan terdapat pada

pengetahuan tentang tanda bahaya pada diare yang berupa dehidrasi, penyebab diare, pencegahan diare dengan mencuci tangan, serta pengobatan pertama saat diare dapat dilakukan dengan meminum oralit serta jika tidak terdapat oralit maka pengobatan pertama pada diare dapat dilakukan dengan membuat larutan gula dan garam untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

6.5 Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini belum bisa menjelaskan mengenai hubungan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi dan simulasi dengan sikap dan perilaku anak jalanan mengenai diare.
2. Penelitian ini belum bisa menjelaskan mengenai hubungan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi dan simulasi dengan angka kejadian diare pada anak jalanan.
3. Penelitian ini masih belum bisa meningkatkan pengetahuan responden menjadi baik pada materi mengenai pengobatan pertama pada diare dan mengenai tanda bahaya pada diare.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan sebelumnya, didapatkan bahwa pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi dapat meningkatkan pengetahuan tentang diare pada anak jalanan, baik tentang pengertian diare, penyebab diare, gejala dan tanda diare, cara penularan diare, pencegahan diare, serta pengobatan pertama ketika diare. Selain itu, juga didapatkan adanya perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan anak jalanan sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang diare dapat meningkat pada anak jalanan setelah dilakukan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan, diskusi, dan simulasi. Akan tetapi, mengenai sikap dan perilaku anak jalanan mengenai diare belum diteliti dalam penelitian ini sehingga perlu penelitian lebih lanjut. Selain itu pula, belum diketahui bagaimana dampaknya terhadap angka kejadian diare pada anak jalanan. Oleh karena itu, dibutuhkan penelitian lebih lanjut dengan waktu yang lebih lama mengenai dampak pendidikan kesehatan terhadap angka kejadian diare.

Berdasarkan hasil penelitian ini pula, dapat diketahui bahwa dengan pemberian pendidikan kesehatan yang hanya dilakukan sekali dapat meningkatkan pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan khususnya mengenai diare. Agar pengetahuan ini dapat menjadi sebuah perilaku sehat yang sifatnya menetap sehingga perlu diadakannya sebuah program kesehatan yang sifatnya berkelanjutan oleh yayasan yang menaungi anak jalanan tersebut atau bisa juga dengan bekerja sama dengan pihak dinas kesehatan setempat. Karena bagaimanapun anak jalanan juga merupakan salah satu aset generasi penerus bangsa sehingga harus tetap terjaga kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. UNICEF. A study on street children in Zimbabwe[homepage on the internet]. c2002[cited 2012 Jan 21]. Available from:http://www.unicef.org/evaldatabase/files/ZIM_01-805.pdf
2. Setiawan Y. Fenomena Anak Jalanan[homepage on the internet]. c2004[cited 2012 Jan 16]. Available from: <http://indonesia.heartnsouls.com/cerita/d/c369.shtml>
3. Sari SP. Hubungan faktor predisposisi dengan perilaku personal higiene anak jalanan bimbingan Rumah Singgah YMS Bandung. Bandung: Padjajaran University of Nursing; 2007[cited 2012 Jan 21]. Available from: http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/HUBUNGAN%20FAKTOR%20PREDISPOSISI%20DENGAN%20PERILAKU%20PERSONAL%20HIGIENE%20ANAK%20JALANAN%20BIMBINGAN%20RUMAH%20SINGGAH%20YMS%20BANDUNG.PDF
4. Kementerian Sosial Republik Indonesia. Rapat koordinasi program kesejahteraan sosial anak jalanan(PKS-ANJAL) [homepage on the internet]. c2010 [cited 2012 Jan 21]. Available from: <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=15535>
5. Lembaga Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat Universitas Semarang. Studi karakteristik anak jalanan dalam upaya penyusunan

program penanggulangannya : kajian empirik di kota Semarang[serial online]. Riptek. 2008[cited 2011 Sep 22];1(2): 41-45. Available from: http://bappeda.semarang.go.id/uploaded/publikasi/STUDI_KARAKTERIS_TIK_ANAK_JALANAN - LPPM_USM.pdf

6. Wijyanati, P. Aspirasi hidup anak jalanan Semarang sebuah studi kualitatif dengan pendekatan deskriptif di daerah Siranda, Semarang[serial online]. Semarang: Diponegoro University of Psychology. 2010[cited 2011 Sept 21]. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/10961/1/RINGKASAN.pdf>
7. UNICEF/WHO. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done[serial online]. c2009[cited 2012 Jan 20]. Available from: WHO Library Cataloging-in-Publication Data
8. WHO. Diarrhoeal disease[homepage on the internet]. c2009[cited 2012 Jan 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html>
9. Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FK UI. Ilmu Kesehatan Anak 1. Jakarta: Info Medika; 2007; 283-4.
10. Budi. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Diare pada 2 Sekolah Dasar Kecamatan Tirto Kabupaten Pekalongan. Universitas Muhammadiyah Semarang; Skripsi. Semarang. c2006[cited 2012 Feb 10]. Available from: http://downloads.ziddu.com/downloadfile/14278690/SKRIPSIJDFDSHG_DSHG.doc.html

11. Paskalita B. Sopi, II. Prevalensi diare dan faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak sekolah dasar di wilayah kerja puskesmas mulyorejo kota surabaya. Universitas Airlangga; Skripsi, Surabaya.
12. Siwach, M. Impact of Health Education Programme on the Knowledge and Practices of School Children Regarding Personal Hygiene in Rural Panipat[Serial Online]. c2009[cited 2012 Feb 11]. Available from: <http://www.krepublishers.com/02-Journals/IJES/IJES-01-0-000-09-Web/IJES-01-2-000-09-Abst-PDF/IJES-01-2-115-09-009-Siwach-M/IJES-01-2-115-09-009-Siwach-M-Tt.pdf>
13. Mardiana. Perilaku belajar anak jalanan[serial online]. c 2008[cited 2012 Jan 24]. Available from: <http://isjd.pdiilipi.go.id/admin/jurnal/10308161172.pdf>
14. WHO. Street children - What are street children?[Homepage on the internet]. c2009[cited 2012 Jan 20]. Available from: <http://www.mexico-child-link.org/street-children-definition-statistics.htm>
15. Notoatmodjo, S. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010; 27-33.
16. Wawan, Dewi. Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010; 11-20..
17. DEPKES RI. Buku ajar diare. Jakarta; 1999; 5-15.
18. Nur'aini. Pola aktivitas, konsumsi pangan, status gizi, dan kesehatan anak jalanan di kota Bandung[Serial Online]. Institut Pertanian Bogor; Skripsi.

- Bogor. c2009[cited 2012 Feb 10]. Available from:
<http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/8882/2004sul.pdf?sequence=4>
19. WHO. Reducing childhood deaths from diarrhea[homepage on the internet].c2009[cited 2012 jan 24]. Available from:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_20091014/en/
 20. Budioro B.Pengantar pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat. Semarang: Badan Penerbit UNDIP. 1998; 14-32.
 21. Notoatmodjo, S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2010: 56-70.
 22. Notoatmodjo, S. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010; 50-8.
 23. Dahlan, MS. Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan. Jakarta: PT ARKANS. 2006; 14-36.
 24. Sunyoto, Danang. Analisis untuk penelitian kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011: 61-9.
 25. Dahlan, MS. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan. Jakarta: Salemba Medika. 2009; 66-80.
 26. Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FK UI. Ilmu Kesehatan Anak 1. Jakarta: Info Medika; 2007; 59-61.
 27. Notoatmodjo S. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2003.

28. Lembaga Pengembangan Pendidikan Universitas Sebelas Maret. Panduan pelaksanaan *Student Center Learning*. Surakarta; 2010; 14-15.

LAMPIRAN 1**LEMBAR PERSETUJUAN SUBYEK PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti tentang prosedur penelitian ini, menyatakan bersedia untuk ikut dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Diare Pada Anak Jalanan Di Semarang”.

Demikian surat pernyataan bersedia ikut dalam penelitian ini, saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.

Semarang, 2012

()

Peneliti

()

Responden

LAMPIRAN 2. KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER PENELITIAN PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN TENTANG DIARE PADA ANAK JALANAN DI SEMARANG

Nomer:

pewawancara

Tanggal Wawancara :/...../.....

DATA KELUARGA				
<i>Petunjuk: isi jawaban dengan huruf kapital</i>				
1	Nama			
2	Umur			
3	Jenis Kelamin			
4	Pendidikan dan pekerjaan			
5	Alamat			
6	Anak ke...dari..			
7	Orang Tua/ Wali			
8	Pekerjaan Orang Tua/Wali			
PENGETAHUAN DIARE				
<i>Petunjuk: isi sesuai jawaban pilihan, B jika benar, S jika salah, TT jika tidak tahu</i>				
1	Nama lain diare adalah mencret	Benar	Salah	
2	Saat diare tidak boleh banyak minum air.	Benar	Salah	
3	Keracunan makanan tidak dapat menyebabkan diare.	Benar	Salah	
4	Diare tidak pernah terjadi pada anak-anak.	Benar	Salah	

5	Diare adalah salah satu penyakit pencernaan.	Benar	Salah	
6	Mual dan muntah tidak pernah terjadi saat diare.	Benar	Salah	
7	Memotong kuku dengan teratur dapat mencegah terjadinya diare.	Benar	Salah	
8	Minum air mentah tanpa direbus dapat menyebabkan diare.	Benar	Salah	
9	Jajan sembarangan dapat mencegah terjadinya diare.	Benar	Salah	
10	Larutan oralit tidak dapat digunakan sebagai pengobatan pertama pada diare.	Benar	Salah	
11	Larutan oralit tidak dapat digantikan larutan garam dan gula.	Benar	Salah	
12	Kotoran pada penderita diare lebih cair/encer dari biasanya.	Benar	Salah	
13	Pada diare buang air besarnya lebih dari 3 kali dalam sehari.	Benar	Salah	
14	Kekurangan cairan atau dehidrasi bukan tanda bahaya pada diare.	Benar	Salah	
15	Buang air besar di sembarang tempat dapat menularkan diare.	Benar	Salah	
16	Diare dapat disebabkan oleh kuman yang ada pada makanan kotor.	Benar	Salah	
17	Diare dapat ditularkan oleh lalat yang hinggap pada makanan.	Benar	Salah	
18	Diare dapat dicegah dengan mencuci tangan sebelum makan dan sesudah buang air besar.	Benar	Salah	
19	Buang air besar di sungai tidak dapat menyebabkan diare.	Benar	Salah	
20	Memakan makanan yang dihinggapi lalat tidak dapat menyebabkan diare.	Benar	Salah	

LAMPIRAN 3. HASIL PERHITUNGAN SPSS

1. Karakteristik responden

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8.00	4	20.0	20.0	20.0
	9.00	3	15.0	15.0	35.0
	10.00	2	10.0	10.0	45.0
	11.00	5	25.0	25.0	70.0
	12.00	5	25.0	25.0	95.0
	13.00	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perempuan	13	65.0	65.0	65.0
	laki-laki	7	35.0	35.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	20	100.0	100.0	100.0

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	peminta-minta	11	55.0	55.0	55.0
	Pengamen	6	30.0	30.0	85.0
	Pedagang	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

jumlah saudara

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=2	10	50.0	50.0	50.0
	>2	10	50.0	50.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

pekerjaan ortu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh	5	25.0	25.0	25.0
	Pengamen	1	5.0	5.0	30.0
	Pedagang	3	15.0	15.0	45.0
	tukang becak	3	15.0	15.0	60.0
	tukang parkir	4	20.0	20.0	80.0
	Tidak tahu	3	15.0	15.0	95.0
	tidak bekerja	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

pengetahuan pretest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	1	5.0	5.0	5.0
	7.00	2	10.0	10.0	15.0
	9.00	1	5.0	5.0	20.0
	10.00	3	15.0	15.0	35.0
	11.00	5	25.0	25.0	60.0
	12.00	2	10.0	10.0	70.0
	13.00	2	10.0	10.0	80.0
	14.00	3	15.0	15.0	95.0
	15.00	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

pengetahuan posttest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.00	1	5.0	5.0	5.0
	13.00	3	15.0	15.0	20.0
	14.00	1	5.0	5.0	25.0
	15.00	1	5.0	5.0	30.0
	16.00	4	20.0	20.0	50.0
	17.00	3	15.0	15.0	65.0
	18.00	6	30.0	30.0	95.0
	19.00	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

pengetahuan pretest nilai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	13	65.0	65.0	65.0
	Sedang	7	35.0	35.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

pengetahuan posttest nilai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedang	6	30.0	30.0	30.0
	Baik	14	70.0	70.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

2. UJI NORMALITAS DATA DENGAN SAPHIRO WILK SEBELUM TRANSFORMASI DATA

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan pretest	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
pengetahuan posttest	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
pengetahuan pretest	Mean		10.8500	.67385
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.4396	
		Upper Bound	12.2604	
	5% Trimmed Mean		11.1111	
	Median		11.0000	
	Variance		9.082	
	Std. Deviation		3.01357	
	Minimum		2.00	
	Maximum		15.00	
	Range		13.00	
	Interquartile Range		3.00	
	Skewness		-1.340	.512
	Kurtosis		2.789	.992
	pengetahuan posttest	Mean		16.1000
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	15.1171	
		Upper Bound	17.0829	
5% Trimmed Mean			16.1667	
Median			16.5000	
Variance			4.411	
Std. Deviation			2.10013	
Minimum			12.00	
Maximum			19.00	
Range			7.00	
Interquartile Range			3.75	
Skewness			-.639	.512
Kurtosis			-.823	.992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
pengetahuan pretest	.189	20	.060	.894	20	.031
pengetahuan posttest	.181	20	.085	.892	20	.030

a. Lilliefors Significance Correction

3. UJI NORMALITAS DATA SETELAH DILAKUKAN TRANSFORMASI DATA

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengethuan pre test setelah transformasi	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
pengethuan post test setelah transformasi	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
pengethuan pre test setelah transformasi	Mean	1.0077	.04229	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.9191	
		Upper Bound	1.0962	
	5% Trimmed Mean	1.0376		
	Median	1.0414		
	Variance	.036		
	Std. Deviation	.18913		
	Minimum	.30		
	Maximum	1.18		
	Range	.88		
	Interquartile Range	.11		
	Skewness	-2.987	.512	
	Kurtosis	10.743	.992	
pengethuan post test setelah transformasi	Mean	1.2031	.01333	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.1752	
		Upper Bound	1.2310	
	5% Trimmed Mean	1.2058		
	Median	1.2173		
	Variance	.004		
	Std. Deviation	.05960		
	Minimum	1.08		
	Maximum	1.28		
	Range	.20		
	Interquartile Range	.10		
	Skewness	-.796	.512	
	Kurtosis	-.590	.992	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pengetahuan pre test setelah transformasi	.284	20	.000	.667	20	.000
pengetahuan post test setelah transformasi	.207	20	.025	.875	20	.015

a. Lilliefors Significance Correction

4. Uji Hipotesis Menggunakan *Wilcoxon Test*

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pengetahuan pretest	20	10.8500	3.01357	2.00	15.00
pengetahuan posttest	20	16.1000	2.10013	12.00	19.00

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan posttest - pengetahuan pretest	Negative Ranks	0 ^a	.00
	Positive Ranks	20 ^b	10.50
	Ties	0 ^c	
	Total	20	

a. pengetahuan posttest < pengetahuan pretest

b. pengetahuan posttest > pengetahuan pretest

c. pengetahuan posttest = pengetahuan pretest

Test Statistics^b

	pengetahuan posttest - pengetahuan pretest
Z	-3.930 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

5. UJI VALIDITAS

		Total
soal_1	Pearson Correlation	.612*
	Sig. (1-tailed)	.030
	Sum of Squares and Cross-products	1.200
	Covariance	.133
	N	10
soal_2	Pearson Correlation	-.600*
	Sig. (1-tailed)	.033
	Sum of Squares and Cross-products	-1.500
	Covariance	-.167
	N	10
soal_3	Pearson Correlation	.612*
	Sig. (1-tailed)	.030
	Sum of Squares and Cross-products	1.200
	Covariance	.133
	N	10
soal4	Pearson Correlation	-.802**
	Sig. (1-tailed)	.003
	Sum of Squares and Cross-products	-1.800
	Covariance	-.200
	N	10
soal5	Pearson Correlation	-.583*
	Sig. (1-tailed)	.038
	Sum of Squares and Cross-products	-1.400
	Covariance	-.156
	N	10
soal6	Pearson Correlation	-.583*
	Sig. (1-tailed)	.038
	Sum of Squares and Cross-products	-1.400
	Covariance	-.156
	N	10
soal7	Pearson Correlation	-.667*
	Sig. (1-tailed)	.018
	Sum of Squares and Cross-products	-1.600
	Covariance	-.178
	N	10

soal8	Pearson Correlation	.603*
	Sig. (1-tailed)	.032
	Sum of Squares and Cross-products	4.700
	Covariance	.522
	N	10
soal9	Pearson Correlation	-.655*
	Sig. (1-tailed)	.020
	Sum of Squares and Cross-products	-1.500
	Covariance	-.167
	N	10
soal10	Pearson Correlation	.583*
	Sig. (1-tailed)	.038
	Sum of Squares and Cross-products	1.400
	Covariance	.156
	N	10
soal11	Pearson Correlation	.600*
	Sig. (1-tailed)	.033
	Sum of Squares and Cross-products	1.500
	Covariance	.167
	N	10
soal12	Pearson Correlation	.802**
	Sig. (1-tailed)	.003
	Sum of Squares and Cross-products	1.800
	Covariance	.200
	N	10
soal13	Pearson Correlation	.218
	Sig. (1-tailed)	.272
	Sum of Squares and Cross-products	1.700
	Covariance	.189
	N	10
soal14	Pearson Correlation	.600*
	Sig. (1-tailed)	.033
	Sum of Squares and Cross-products	1.500
	Covariance	.167
	N	10

soal15	Pearson Correlation	.672*
	Sig. (1-tailed)	.017
	Sum of Squares and Cross-products	5.600
	Covariance	.622
	N	10
soal16	Pearson Correlation	.603*
	Sig. (1-tailed)	.032
	Sum of Squares and Cross-products	4.700
	Covariance	.522
	N	10
soal17	Pearson Correlation	.612*
	Sig. (1-tailed)	.030
	Sum of Squares and Cross-products	1.200
	Covariance	.133
	N	10
soal18	Pearson Correlation	-.612*
	Sig. (1-tailed)	.030
	Sum of Squares and Cross-products	-1.200
	Covariance	-.133
	N	10
soal19	Pearson Correlation	-.680*
	Sig. (1-tailed)	.015
	Sum of Squares and Cross-products	-5.300
	Covariance	-.589
	N	10
soal20	Pearson Correlation	.600*
	Sig. (1-tailed)	.033
	Sum of Squares and Cross-products	1.500
	Covariance	.167
	N	10
total	Pearson Correlation	.603*
	Sig. (1-tailed)	.032
	Sum of Squares and Cross-products	4.700
	Covariance	.522
	N	10

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).



LAMPIRAN 4. MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN

MODUL SURVEYOR

KEGIATAN

1. Tanggal dan tempat pelaksanaan: _____
2. Materi utama : Diare dan Kebersihan Tangan
3. Pemateri : mahasiswa FK UNDIP, dan peneliti
4. Media : poster, leaflet, peralatan cuci tangan dan peralatan pembuatan oralit
5. Waktu : 100 menit
6. Susunan kegiatan
 - *Sharing* masalah diare dan kebersihan tangan
 - Penyuluhan tentang diare dan kebersihan tangan
 - Diskusi tentang materi dihubungkan dengan kebiasaan sehari-hari
 - Simulasi mencuci tangan yang benar
 - Simulasi pembuatan oralit dan larutan gula garam
 - Pembagian souvenir
 - Penutupan program pendidikan kesehatan
7. Materi yang akan disampaikan
 - Penyebab diare,
 - Pengobatan dan pencegahan diare
 - Mencuci tangan sebagai salah satu pencegahan diare

MATERI

DIARE = mencret

Salah satu penyakit pencernaan

Pengertian:

Anak dikatakan dalam kondisi diare jika keluaranya tinja dengan konsistensi yang lunak atau cair sebanyak tiga kali atau lebih dalam satu hari.

Diare sering terjadi pada anak-anak.

Gejala:

Gejala diare atau mencret adalah tinja yang encer dengan frekuensi 3 x atau lebih dalam sehari, yang kadang disertai:

- Muntah
- Badan lesu atau lemah
- Panas
- Tidak nafsu makan
- Darah dan lendir dalam kotoran

Tanda bahaya diare: dehidrasi → kondisi anak gelisah, rewel, lesu, mata cekung, rasa haus, kulit kering dan ketika dicubit kembalinya sangat lambat.

Penyebab

a. Infeksi

Diare merupakan gejala infeksi yang disebabkan oleh sejumlah bakteri, virus dan parasit organisme, yang sebagian besar ditularkan melalui feses yang terkontaminasi air. Infeksi lebih umum ketika ada kekurangan air bersih untuk minum, memasak dan membersihkan. Rotavirus dan Escherichia coli adalah dua penyebab paling umum dari diare di negara berkembang.

b. Gizi Buruk

Anak-anak yang meninggal akibat diare sering menderita kekurangan gizi yang mendasari, yang membuat mereka lebih rentan terhadap diare. Setiap episode diare dapat menyebabkan mereka kekurangan gizi pada anak di bawah usia lima tahun.

c. Sumber air

Sumber air yang terkontaminasi dengan kotoran manusia, misalnya, dari limbah, tangki septik dan jamban, perlu mendapat perhatian khusus. Kotoran hewan jugamengandung mikroorganisme yang dapat menyebabkan diare.

d. Alergi makanan

e. keracunan makanan

d. Penyebab lain

Penyakit diare juga dapat menyebar dari orang-ke-orang, diperburuk oleh kebersihan pribadi yang buruk. Makanan merupakan penyebab utama diare ketika

diolah atau disimpan dalam kondisi tidak higienis dapat berkontribusi terhadap timbulnya penyakit diare.

Cara penularan

- Jalur penularan diare melalui mulut dan anus dengan perantaraan lingkungan dan perilaku yang tidak sehat.
- Tinja penderita atau orang sehat yang mengandung kuman bila mengeluarkan tinja akan mencemari lingkungan terutama air.
- Melalui makanan, alat dapur, dll, yang dicemari kuman/penyebab lain akan masuk ke mulut, kemudian terjadi diare.

Pengobatan

Pemberian oralit

Cara pemuatan oralit

1. Sediakan 1 gelas air masak atau air the encer 200 cc.
2. Masukkan 1 bungkus oralit (bungkus warna merah).
3. Aduk sampai larut.

Takaran Pemberian Oralit

Umur	3 jam pertama atau sampai tidak haus lagi atau sampai tidak gelisah lagi	Selanjutnya setiap kali mencret
Di bawah 1 tahun	1 $\frac{1}{2}$ gelas	1 $\frac{1}{2}$ gelas
1 sampai 5 tahun	3 gelas	1 gelas
Di atas 5 tahun	6 gelas	1 $\frac{1}{2}$ gelas
Dewasa	12 gelas	2 gelas

Jika oralit tidak ada dapat diganti dengan larutan gula garam dengan komposisi 200 cc air matang ditambah gula pasir 1 sendok makan dan garam halus $\frac{1}{4}$ sendok makan.

Pencegahan

- Mencuci tangan dengan sabun telah terbukti mengurangi kejadian penyakit diare kurang lebih 40 persen. Mencuci tangan disini lebih ditekankan pada saat sebelum makan maupun sesudah buang air besar.
- Minum air yang sudah dimasak/direbus terlebih dahulu.
- Buang air besar di jamban.
- Menghindari makanan yang dihinggapi lalat, dengan menutup makanan dengan tudung agar lalat tidak bisa hinggap.
- Tidak jajan sembarangan
- Menjaga kebersihan kuku, tangan dan kaki

CARA MENCUCI TANGAN YANG BAIK DAN BENAR

Apa pengertian mencuci tangan ?

mencuci tangan adalah proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air.

Apa tujuan dari mencuci tangan ?

merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi.

Air yang bersih itu yang bagaimana ya ?

Air yang bersih tentu saja yang jernih, tidak berbau dan tidak berwarna.

Mengapa mencuci tangan harus menggunakan sabun ?

Zat pembersih berbentuk sabun ini baik yang padat maupun cair akan membantu proses pelepasan kotoran dan kuman yang menempel di permukaan luar kulit tangan dan kuku. Dengan mencuci tangan yang benar menggunakan sabun maka kotoran dan kuman akan terangkat sebagian. Meskipun demikian hal ini sangat membantu mengurangi resiko terinfeksi

Mengapa harus air yang mengalir ?

Dengan mencuci tangan di air mengalir maka kotoran dan kuman akan luruh terbawa air.

Bagaimana Langkah mencuci tangan yang benar ?

1. Basuh kedua tangan dg air bersih dan mengalir, menggunakan sabun
2. Gosok punggung dan sela-sela jari dg tangan kanan dan sebaliknya
3. Gosok telapak tangan dan sela-sela jari
4. Gosok sisi dalam jari-jari dg kedua tangan saling mengunci
5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya
6. Gosokkan dg memutar ujung jari-jari tangan kanan dan sebaliknya
7. Gosok pergelangan tangan kiri dg menggunakan tangan kanan dan sebaliknya, bilas dengan air, keringkan

Waktu Penting Cuci Tangan Pakai Sabun

1. Sebelum makan
2. Sesudah buang air besar
3. Sebelum memegang bayi
4. Sebelum menyiapkan makanan

LAMPIRAN 5. DOKUMENTASI



Penyuluhan dan diskusi tentang diare pada responden



Simulasi tentang cuci tangan sebagai salah satu cara pencegahan diare



Simulasi pembuatan oralit dan larutan gula dan garam

LAMPIRAN 6. *ETHICAL CLEARANCE*

LAMPIRAN 7. SURAT VALIDASI MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN

LAMPIRAN 8. BIODATA MAHASISWA

Nama : Febrina Ernawati
 NIM : G2A008080
 Tempat/tanggal lahir : Surabaya/19 Maret 1989
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Jalan Gisik Sari Raya Gang 1 No 11 Semarang
 Nomor Telpun : -
 Nomor HP : 085730408502
 e-mail : katara02@yahoo.com

Riwayat Pendidikan Formal

1. SD : SDN Gadungan 01 Lulus tahun: 2001
2. SMP : SMP N 2 Pare Lulus tahun: 2004
3. SMA : SMA N 2 Pare Lulus tahun: 2007
4. FK UNDIP : Masuk tahun : 2008

Keanggotaan Organisasi

1. DIKLAT BEM KU UNDIP Tahun 2009 s/d 2010
2. KSM BEM KU UNDIP Tahun 2009 s/d 2011
3. KESMA BEM KU UNDIP Tahun 2010 s/d 2011
4. BAPIN ISMKI Tahun 2010 s/d 2011
5. MER-C SEMARANG Tahun 2011 s/d 2012
6. KRESNA FK UNDIP Tahun 2011 s/d 2012
7. Asy Syifa Medical Team tahun 2012

Pengalaman penelitian

1. Judul Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Suspek TB dalam Pencarian Pengobatan Tahun 2010
2. Judul Pendampingan Kesehatan untuk Meningkatkan Perilaku Sehat pada Anak Jalanan di Semarang Tahun 2012

Pengalaman publikasi tulisan ilmiah

-

Pengalaman presentasi karya ilmiah

1. Febrina Ernawati, Optimalisasi Peran Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Melalui Program Gerakan oleh Siswa Berantas Sarang Nyamuk (GOSBASMUK) Guna Menurunkan Angka Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia, TEMILNAS BAPIN ISMKI 2010. Cara presentasi poster.
2. Febrina Ernawati, Pendampingan Kesehatan untuk Meningkatkan Perilaku Sehat pada Anak Jalanan di Semarang. Forum Monitoring dan Evaluasi Internal dan Eksternal DIKTI. 2012. Cara presentasi oral.

Pengalaman mengikuti lomba karya ilmiah

1. Fortifikasi Imunoglobulin Y Spesifik Sebagai Imunoterapi Pasif Pada - Gastritis. PKM GT DIKTI 2009. Finalis PKM-GT DIKTI.
2. Optimalisasi Peran Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Melalui Program Gerakan oleh Siswa Berantas Sarang Nyamuk (GOSBASMUK) Guna Menurunkan Angka Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia, TEMILNAS UNJANI BAPIN ISMKI 2010, finalis lomba poster ilmiah
3. Pengaruh Pendampingan Kesehatan terhadap peningkatan perilaku hidup sehat pada anak jalanan di Semarang, PKMP DIKTI 2012, didanai oleh DIKTI.