

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Anak Usia *Todler*

a. Pengertian Anak Usia *Todler*

Todler adalah anak pada usia 12-36 bulan. Pada masa ini anak-anak mulai berjalan sendiri tanpa dibantu sampai berlari. Anak yang sehat membutuhkan masukan makanan yang seimbang antara roti, biji-bijian, sayuran, buah, susu, dan protein (Potter & Perry, 2008).

b. Karakteristik Anak *Todler*

Menurut Potter & Perry (2008) anak usia 1-3 tahun akan mengalami beberapa perubahan yaitu: perubahan fisik, perubahan kognitif, perubahan psikososial dan perkembangan moral.

1) Perubahan fisik

Keterampilan motorik yang berkembang cepat memungkinkan anak melakukan kegiatan perawatan diri seperti makan, memakai baju, dan kegiatan toilet.

2) Perubahan kognitif

Anak akan mengalami peningkatan untuk mengingat peristiwa dan menuangkan pikiran kedalam kata-kata pada usia 2 tahun. Anak membangun alasan berdasarkan pengalamannya terhadap suatu peristiwa, mereka akan menggunakan simbol untuk menggambarkan objek, tempat dan manusia.

3) Perubahan psikososial

Anak berusaha mencapai kemandirian dengan penggunaan ototnya untuk melakukan semua hal sendiri dan menjadi penguasa dari fungsi tubuhnya.

4) Perkembangan moral

Perkembangan moral sangat berkaitan dengan kemampuan kognitif anak. Mereka belum memahami konsep benar dan salah. Pada tinjauan anak, tindakan yang menimbulkan hukuman dianggap sebagai “buruk”, begitu juga sebaliknya.

2. Diare

a. Pengertian Diare

Diare berasal dari kata Yunani yaitu kata “diarria” yang artinya mengalir terus (Hartanto, 2006). Diare diartikan sebagai suatu keadaan dimana terjadinya kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi buang air besar lebih dari satu kali dengan bentuk encer atau cair (Suradi, 2007). Menurut Muslimah (2010) diare merupakan suatu kondisi buang air besar tidak normal yaitu lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer dengan atau tanpa disertai darah atau lendir akibat dari proses inflamasi pada lambung atau usus.

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih dari tiga kali dalam satu hari (DepKes RI, 2011).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan diare adalah kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsentrasi tinja lembek sampai cair, dapat disertai lendir atau tidak dan frekuensinya sering lebih dari tiga kali dalam satu hari.

Faktor risiko diare dibagi 3 besar yaitu faktor karakteristik individu, perilaku pencegahan dan lingkungan. Faktor karakteristik individu meliputi umur lansia, status gizi, dan tingkat pendidikan keluarga. Faktor perilaku pencegahan meliputi perilaku mencuci tangan sebelum makan, mencuci peralatan makan sebelum digunakan, mencuci bahan makanan, mencuci tangan dengan sabun setelah BAB, merebus air minum. Faktor lingkungan meliputi kepadatan perumahan, ketersediaan Sarana Air Bersih (SAB), pemanfaatan SAB, kualitas air bersih (Murniwaty, 2007).

b. Klasifikasi Diare

Inayah (2006) mengklasifikasi diare berdasarkan pada ada atau tidaknya infeksi menjadi 2 (dua) golongan :

- 1) Diare infeksi spesifik : tifus abdomen dan paratifus, desentri basil, enterokiliatis stafilokok.
- 2) Diare infeksi non spesifik : diare *dietetic*

Klasifikasi lain diare berdasarkan organ yang terkena infeksi :

- 1) Diare infeksi enteral atau diare karena infeksi di usus (bakteri, virus, parasit).

2) Diare infeksi parenteral atau diare infeksi di luar usus (otitis media, infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran urin dan lainnya).

Muslimah (2010) membagi diare berdasar lamanya diare, menjadi:

- 1) Diare akut : diare yang terjadi mendadak kurang dari 2 minggu.
- 2) Diare kronik : diare yang terjadi lebih dari 2 minggu atau sampai menahun.

c. Epidemiologi Diare

Diare merupakan salah satu penyebab angka kematian dan kesakitan tertinggi pada anak, terutama pada anak dibawah umur lima tahun (balita) di dunia sebesar 6 juta anak meninggal tiap tahunnya karena diare, dimana sebahagian kematian tersebut terjadi di negara berkembang (Fazlin, dkk, 2013).

Penyakit diare merupakan salah satu masalah kesehatan di negara berkembang, terutama di Indonesia baik di perkotaan maupun di pedesaan. Penyakit diare bersifat endemis juga sering muncul sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB) dan diikuti korban yang tidak sedikit. Untuk mengatasi penyakit diare dalam masyarakat baik tata laksana kasus maupun untuk pencegahannya sudah cukup dikuasai. Akan tetapi permasalahan tentang penyakit diare masih merupakan masalah yang relatif besar (Suraatmaja, 2010).

Berdasarkan Studi *Basic Human Service (BHS)* di Indonesia pada tahun 2006, perilaku masyarakat dalam mencuci tangan

adalah : (i) setelah buang air besar 12%, (ii) setelah membersihkan tinja bayi dan balita 9%, (iii) sebelum makan 14 %, (iv) sebelum memberi makan bayi 7%, dan (v) sebelum menyiapkan makanan 6%. Sementara itu studi BHS lainnya terhadap perilaku pengelolaan air minum rumah tangga menunjukkan 99,20% merebus air untuk mendapatkan air minum, tetapi 47,50% dari air tersebut mengandung *Eschericia coli*. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap tingginya angkakejadian diare di Indonesia. Hal ini terlihat dari angka kejadian diare nasional pada tahun 2006 sebesar 423 per 1.000 penduduk pada semua umur dan 16 propinsi mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) diare dengan *Case Fatality Rate (CFR)* sebesar 2,52 (Depkes RI, 2010).

d. Penyebab Diare

Secara klinis penyebab diare dapat dikelompokkan dalam 6 golongan besar yaitu infeksi (disebabkan oleh bakteri, virus atau investasi parasit), malabsorpsi, alergi, keracunan, imunodefisiensi dan sebab-sebab lainnya. Penyebab yang sering ditemukan di lapangan ataupun secara klinis adalah diare yang disebabkan infeksi dan keracunan (Depkes RI, 2011).

Menurut Suharyono (2008), ditinjau dari sudut patofisiologi, penyebab diare dapat di golongkan menjadi dua golongan yaitu :

1) Diare sekresi (*secretory diarrhea*) disebabkan oleh:

a) Infeksi virus, kuman-kuman pathogen dan apathogen seperti:

(1) *Escherichia coli*

Produksi enterotoksin oleh *E.coli* ditemukan sekitar tahun 1970 dari strain yang ada hubungannya dengan penyakit diare. Penelitian selanjutnya menerangkan strain-strain enterotoksigenik dari *E.coli* sebagai satu hal yang bersifat patogen pada penyakit diare manusia.

(2) *Salmonella*

Beberapa spesies adalah ganas terhadap manusia, diantaranya *S.typhi*, *S.paratyphi*, *S.hirshfeldi*, *S.oranienburg*, *S.weltevreden*, *S.havana*, *S.javiana*. bakteri masuk tubuh manusia melalui makanan dan minuman yang tercemar tangan, tinja penderita atau pembawa kuman. Untuk menyebabkan diare pada orang sehat diperlukan inokulum yang besar.

(3) *Shigella*

Terdapat empat kelompok spesies yang terdiri dari *S.dysenteriae*, *S.flexneri*, *S.boydii* dan *S.sonnei*; yang sering dijumpai di daerah tropis. *Shigella* adalah sangat ganas bagi manusia dan terkenal dapat menyebabkan desentri basil yang sifatnya sangat akut. Sepuluh sampai dua ratus *shigella* yang virulen cukup dapat mengakibatkan diare.

(4) *Vibrio cholera*

Angka kejadian tinggi di Negara yang sedang berkembang karena belum baiknya higene, sanitasi serta penyediaan air minum. Pada waktu wabah, terutama anak yang sudah besar dan

orang dewasa diserang karena mobilitasnya yang lebih besar.

Jarang menyerang anak dibawah 2 tahun.

(5) *Vibrio campylobacter*

Kuman di temukan dalam tinja selama penyakit berlangsung dan menghilang pada saat penyembuhan (Suharyono, 2008).

b) Difisiensi imunologi

Dinding usus mempunyai mekanisme pertahanan yang baik. Bila terjadi difisiensi 'S.IgA' dapat terjadi bakteri tumbuh lama. Defisiensi *CMI* 'cell mediated immunity' dapat menyebabkan tubuh tidak mampu infeksi dan infestasi parasit dalam usus. Hal ini mengakibatkan bakteri, virus, parasit, dan jamur yang masuk dalam usus akan berkembang dengan baik sehingga bakteri tumbuh dan akibat lebih lanjut diare kronik dan malabsorsi makanan.

2) Diare osmotik (*Osmotic diarrhea*) disebabkan oleh:

- a) Malabsorsi makanan : Malabsorsi karbohidrat, lemak dan protein.
- b) Kurang kalori protein.
- c) Bayi berat badan lahir rendah dan bayi baru lahir.

Sedangkan menurut Inayah (2006), penyebab diare dapat dibagi beberapa faktor yaitu:

1) Faktor infeksi

a) Infeksi enteral

Merupakan penyebab utama diare pada anak, yang meliputi: infeksi bakteri, infeksi firus (*Enteovirus, Poliomyelitis, Virua Echo*

Coxsackie, Adeno Virus, Rota Virus, Astrovirus). Infeksi parasit: cacing (*Ascaris, Tricuris, Oxyuris, Strongxloides*), protozoa (*Etamoeba histolitica, Giardia lamblia, Trichomonas homunis*), jamur (*Canidaalbicus*).

b) Infeksi parenteral

Infeksi parenteral adalah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti otitis media akut (OMA), tonsillitis/tonsilofaringitis, bronko pneumonia, ensefalitis. Keadaan ini terutama terjadi pada bayi dan anak berumur dibawah dua tahun.

2) Faktor malabsorsi

Penyebab diare yang disebabkan karena malabsorsi makanan dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu, malabsorsi karbohidrat, lemak, dan protein. Malabsorsi karbohidrat mengakibatkan beban osmotik (diare berair) lalu bakteri dalam kolon membentuk gas (abdomen kembung, tinja berbuih, flatus). Malabsorsi lemak menyebabkan lemak dalam usus keluar berlebihan dalam tinja. Sedangkan malabsorsi protein diakibatkan adanya gangguan pada pankreas dan mukosa usus halus.

3) Faktor makanan

Makanan terlalu pedas dan makanan terlalu asam.

4) Faktor psikologis

Bisa terjadi karena stres, cemas, ketakutan dan gugup (Suharyono, 2009).

e. Patofisiologi Diare

Menurut Vivian (2010), mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare adalah sebagai berikut : gangguan osmotik merupakan akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkan sehingga timbul diare. Gangguan sekresi akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus atau terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit kedalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus. Gangguan motilitas usus hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan selanjutnya timbul diare pula.

Menurut Hidayat (2010), proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai macam kemungkinan faktor diantaranya :

1) Faktor infeksi

Proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk kedalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus, selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya menyebabkan gangguan fungsi usus

dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan sistem transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat.

2) Faktor malabsorpsi

Merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang menyebabkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kerongga usus yang dapat isi meningkatkan rongga usus sehingga terjadilah diare.

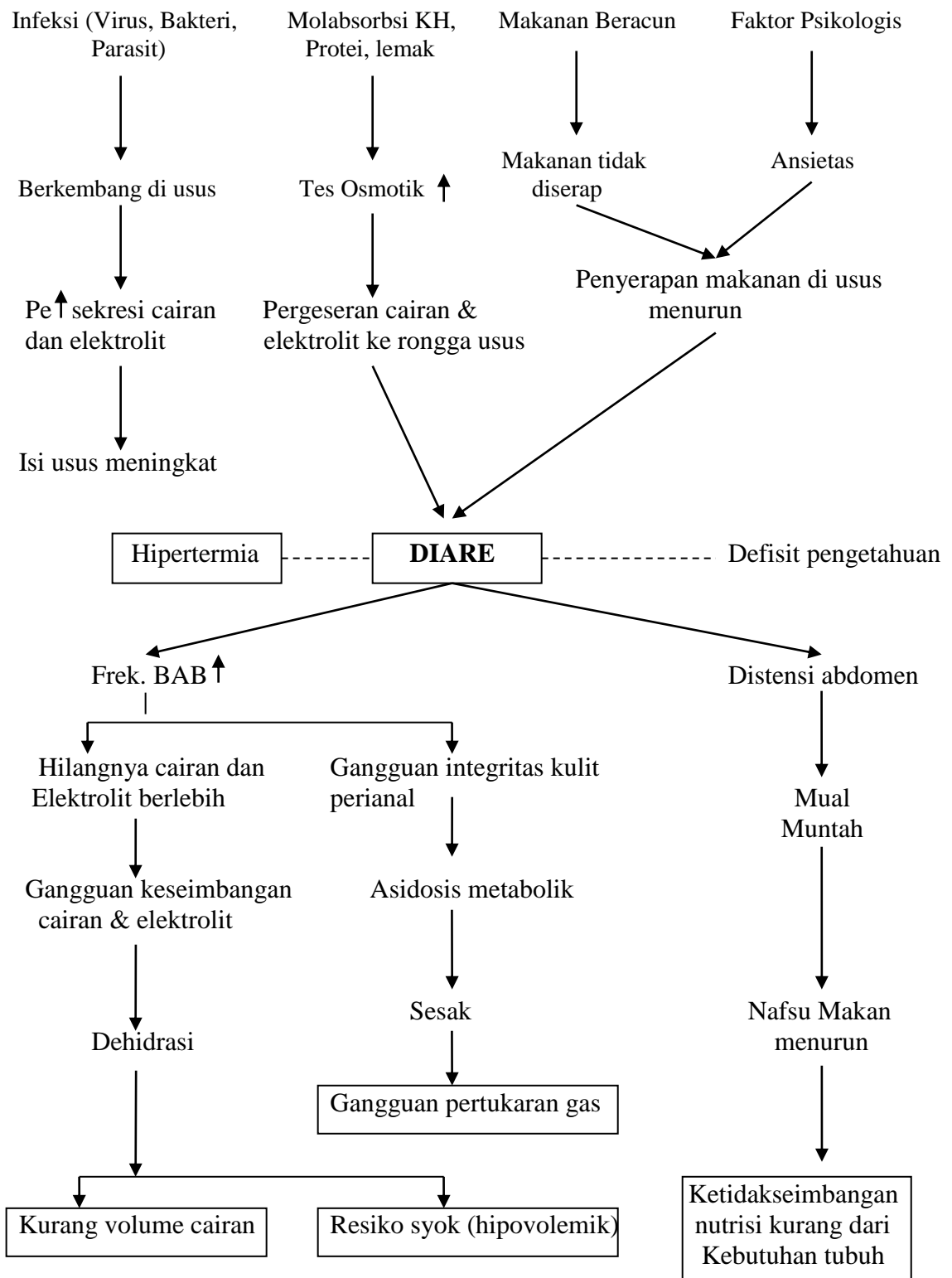
3) Faktor makanan

Ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare.

4) Faktor psikologis

Faktor ini dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang menyebabkan diare.

Untuk lebih jelasnya, patofisiologi diare pada anak dapat dibuat gambar *pathway* seperti tampak pada gambar 2.1. berikut:



Gambar 2.1. Pathway Diare (Hardhi & Amin, 2013)

f. Gejala Klinis

1) Akibat kehilangan cairan tubuh (dehidrasi/defisit volume)

Gejala klinis yang menunjukkan akibat dehidrasi antara lain : turgor kulit berkurang, nadi lemah atau tidak teraba, takikardi, mata cekung, ubun-ubun cekung, membran mukosa kering, jari sianosis, serta akral teraba dingin.

2) Akibat kehilangan elektrolit tubuh (defisit elektrolit)

a) Defisit karbohidrat

(1) Muntah

(2) Pernafasan cepat dan dalam

(3) Cadangan jantung menurun

b) Defisiensi kalium

(1) Lemah otot

(2) Aritmia jantung

(3) Distensi abdomen

c) Hipoglikemia (lebih umum pada anak yang malnutrisi)

Kehilangan cairan akibat diare menyebabkan dehidrasi yang dapat bersifat ringan, sedang atau berat. Bila defisit kurang dari 5% berat badan, maka dehidrasinya bersifat ringan dan satu-satunya gejala yang jelas adalah haus. Bila defisit cairan 5-10% berat badan maka dehidrasinya sedang, sedangkan bila defisit cairan 10% atau lebih dari berat badan disebut dehidrasi berat (Suharyono, 2009).

g. Pemeriksaan laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium biasanya diperlukan pada diare. Sebagian penderita gastroenteritis dehidrasi yang dirawat di rumah sakit, tanpa suatu pemeriksaan laboratorium apapun biasa ditolong dan sembuh. Namun demikian, bila perlengkapan laboratorium, tersedia sebaiknya dilakukan pemeriksaan laboratorium, yang lengkap, teliti dan berulang. Berikut ini adalah pemeriksaan laboratorium yang diperlukan agar pengobatan menyeluruh.

1) Pemeriksaan darah lengkap

Untuk membantu menentukan derajat dehidrasi dan infeksi. Pemeriksaan Hb dikerjakan sebelum dan sesudah rehidrasi tercapai untuk menentukan adanya anemia sebagai dasar.

2) Pemeriksaan urin

Ditetapkan volume, berat jenis dan albuminuri. Bila mungkin diperiksa osmolaritas urin, pH urin karena urin yang asam akan menunjukkan adanya asidosis.

3) Pemeriksaan feses

Dicari penyebab infeksi maupun investasi parasit dan jamur serta sindrom malabsorpsi (Suharyono, 2009).

h. Pengelolaan diare

Sebagai akibat diare, penderita akan kehilangan cairan (dehidrasi) dan elektrolit. Tergantung pada banyaknya kehilangan cairan dan elektrolit atau dengan berapa banyak penurunan berat badan

akan terjadi dehidrasi ringan, sedang dan berat. Mengingat diare bila tidak segera ditangani akan menyebabkan kematian, maka pengobatan diare paling tepat adalah dengan rehidrasi artinya mengganti cairan yang hilang akibat diare. Prinsip pengobatan diare yang utama ialah rehidrasi dini dan pemberian makanan dini yang berupa :

- 1) Pemberian segera cairan yang mengandung garam (elektrolit) dan gula selama penderita diare banyak kehilangan melalui feses dan muntah.
- 2) Makanan dan susu ibu (bagi anak balita) harus terus diberikan (Inayah, 2006).

Dehidrasi sedang dan ringan (kehilangan cairan sebanyak kurang dari 10% berat badan) tidak diperlukan cairan intravena, cukup per-oral dengan cairan oralit atau sebanyak penderita mau minum. Larutan rehidrasi oral dari WHO merekomendasikan ORS (oral rehydration solution, oralit) yang mengandung 3,5 gram/L NaCL, 2,5 gram/L Na bikarbonat, 1,5 gram KCL dan 20 gram glukosa. Cairan rehidrasi oral (ORS) tersebut dinamakan cairan rehidrasi lengkap, disamping itu terdapat formula sederhana yang hanya mengandung 2 komponen yaitu NaCL dan glukosa atau penggantinya misal sukrosa dan merupakan larutan gula garam (LGG). Dalam hal ini tidak ada oralit, sebagai langkah pertama dengan larutan gula garam dengan takaran sebagai berikut : masukan 2 sendok teh gula dan $\frac{1}{4}$ teh garam dalam 1 gelas (200 ml) yang telah diisi air masak. Setelah diaduk

hingga larut kemudian minumkan pada penderita. Kontra indikasi rehidrasi oral yaitu pada :

- 1) Dehidrasi berat yang disertai gejala penderita tidak dapat minum.
- 2) Anuri atau oliguria yang melanjut
- 3) Bayi premature
- 4) Muntah hebat
- 5) Malabsorpsi glukosa yang diketahui dari bertambahnya diare atau kambuh kembali setelah rehidrasi oral (Inayah, 2006).

Keuntungan dari rehidrasi oral di klinik pada diare akut dapat menghemat cairan intravena. Penggunaan cairan oral (oralit) yang diberikan mulai di rumah mempunyai keuntungan, diantaranya diare dapat dicegah secara dini dan kunjungan ke pelayanan kesehatan akan berkurang. Keuntungan ditemukannya cairan oral glukosa elektrolit (ORS) yang sederhana, efektif dan murah. Cairan ORS dapat diberikan secara menyeluruh terhadap penyakit diare (Departemen Kesehatan RI, 2011).

Pengelolaan diare dengan dehidrasi berat kehilangan cairan sebanyak 15% atau lebih, dilakukan dengan pemberian cairan ringer-laktat intravena yang cepat, sampai denyut nadi teraba. Dengan demikian tujuan utama infuse yang cepat dan segera diberikan adalah mendapatkan perfusi cardiovascular yang adekuat dan mengembalikan perfusi jaringan serta fungsi pengaturan ginjal yang normal. Selama rehidrasi perlu diperhatikan terjadinya komplikasi diare (asidosis, hipokalemia, hipoglikemia atau lain) dan penyakit lain yang diderita

penderita. Yang perlu diperhatikan adalah berat dan kompensasi jantung maka rehidrasi cairan dikurangi (Suharyono, 2009).

i. Penanganan awal diare

Penanganan awal diare menurut Susi (2008) dan Suriadi (2010) dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Pemberian cairan (oralit)

Penanganan awal diare dapat dilakukan ibu dengan pemberian oralit pembuatan sendiri dengan campuran gula satu sendok teh penuh + garam $\frac{1}{4}$ sendok teh + air masak satu gelas dicampur diaduk sampai larut benar minum 2 gelas oralit setelah BAB, memberikan banyak cairan dari pada biasanya, untuk mencegah dehidrasi dengan menggunakan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti cairan oralit, makanan cair (sup, air tajin, minuman *yogurt*) atau air matang.

Langkah-langkahnya: larutan oralit diteguk sedikit demi sedikit, 2-3x lalu berhenti 3 menit. Hal ini memberi kesempatan oralit diserap oleh usus untuk menggantikan garam dan cairan yang hilang dalam feses. Demikianlah prosedur ini diulang terus sampai satu gelas habis. Bila diare hebat masih berlanjut, minum oralit harus diteruskan sampai beberapa bungkus atau gelas (3-8) sehari. Oralit akan menghentikan diare dengan cepat.

2) Pemberian daun jambu

Pemberian daun jambu biji ini juga bermacam-macam yaitu dengan cara di kunyah-kunyah oleh balita yang terserang diare, dan adapula yang memasak daun jambu biji dengan air kemudian

airnya diminum, pemberian cairan pengganti (cairan rehidrasi) untuk mengganti cairan yang hilang. Langkah membuatnya: Siapkan 7-10 lembar daun jambu biji, cuci bersih, rebus 2-3 gelas air minum, setelah mendidih masukkan daun jambu biji, rebus hingga air tersisa setengahnya sambil sesekali diaduk. Setelah dingin ramuan ini siap diminum secara rutin.

3) Pemberian ASI

Memberikan ASI atau susu yang biasa diberikan agar balita tidak mengalami dehidrasi. Mencuci botol susu balita dengan baik dan benar apabila balita masih menggunakan botol susu agar kuman yang ada dalam botol susu tidak masuk ke dalam tubuh balita.

4) Pemberian Larutan Kunyit

Memberikan air kunyit dengan cara merebus dan dicampur dengan sedikit asam. Biasanya anak tidak suka dengan rasa dari kunyit, maka bisa ditambah dengan sedikit madu.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jain dkk (2014) bahwa ekstrak kunyit menunjukkan efek antiinflamasi, antibakteri, antioksidan, antiulkus dan gastroprotektif. Penelitian yang dilakukan oleh Limananti (2013) bahwa kunyit mempunyai sifat mengobati gangguan lambung (stomakhikum), dan memiliki zat anti radang, sehingga dapat digunakan untuk mengobati perut kembung, mencret dan sebagai zat anti radang. Penelitian yang dilakukan oleh Winarni (2013) menunjukkan bahwa ekstrak kunyit

memiliki daya hambat terhadap pertumbuhan bakteri *bacillus* dan *shigella dysenteriae*. Penelitian yang dilakukan Maksum (2011) bahwa diare pada anak disebabkan adanya bakteri bacillus atau enteroksin dari endospora bakteri, sehingga pada anak sakit baik diberikan kunyit untuk mengobati diarenya. Unsur-unsur pada kunyit akan lebih stabil bila bertemu dengan zat asam, sebaiknya pengolahan kunyit diberikan asam sedikit untuk menstabilkan zat-zat pada kunyit.

3. Dehidrasi

a. Pengertian dehidrasi

Menurut Menten dan Kang (2013) dehidrasi adalah suatu keadaan penurunan total air di dalam tubuh karena hilangnya cairan secara patologis, asupan air tidak adekuat, atau kombinasi keduanya. Dehidrasi terjadi karena pengeluaran air lebih banyak daripada jumlah yang masuk, dan kehilangan cairan ini juga disertai dengan hilangnya elektrolit. Dehidrasi adalah suatu gangguan dalam keseimbangan air yang disebabkan pengeluaran dalam tubuh melebihi pemasukan dalam tubuh sehingga jumlah air pada tubuh berkurang (Prescilla, 2009).

b. Klasifikasi derajat dehidrasi

Menurut Lekasana (2015) derajat dehidrasi berdasarkan persentase kehilangan air dari berat badan :

- 1) Dehidrasi Ringan : kehilangan air 5% dari berat badan
- 2) Dehidrasi Sedang : kehilangan air 10% dari berat badan
- 3) Dehidrasi Berat : kehilangan air 15% dari berat badan

c. Tanda dan gejala dehidrasi

Menurut Sodikin (2011) tanda dan gejala dehidrasi adalah berat badan menurun, ubun-ubun dan mata cekung pada bayi, tonus otot berkurang, turgor kulit jelek (elastisitas kulit menurun), membran mukosa kering. Gejala klinis menyesuaikan dengan derajat atau banyaknya kehilangan cairan yang hilang.

3. Faktor risiko terjadinya dehidrasi

Menurut Leksana (2015) ada 3 faktor risiko terjadinya dehidrasi dengan diare yaitu, penanganan diare di rumah yang tidak tepat, muntah yang berlebih saat diare, dan demam. Menurut Muttaqin & Sari (2011) secara umum diare disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini mengakibatkan peningkatan sekresi cairan dan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit. Infeksi yang terjadi dapat menyebabkan terjadinya demam dan muntah berlebih. Demam merupakan respon sistemik dari invasi agent infeksi penyebab diare, timbulnya demam menyebabkan anak tidak nafsu makan dan minum sehingga pemasukan nutrisi dan cairan ke dalam tubuh kurang. Muntah merupakan bagian dari respon inflamasi khususnya diare neurotoksin yang diperoleh dari agent infeksi. Apabila mengalami muntah yang berlebih dan penanganan dirumah yang tidak tepat maka akan menyebabkan pengeluaran cairan dalam tubuh semakin banyak sehingga dapat menyebabkan dehidrasi. Dehidrasi akan menjadi semakin berat apabila pemasukan cairan kedalam tubuh kurang.

Dehidrasi atau kekurangan cairan dalam tubuh memicu gangguan kesehatan. Mulai dari gangguan ringan seperti mudah mengantuk, hingga penyakit berat seperti penurunan fungsi ginjal (Noorastuti dan Nugraheni, 2010). Pada dehidrasi berat terjadi defisit cairan sama dengan atau lebih dari 10% berat badan (WHO, 2009).

4. Penanganan faktor risiko dehidrasi

a. Penanganan diare di rumah yang tepat

Menurut Depkes RI (2008) penanganan diare di rumah yang tepat adalah dengan memberikan cairan yang lebih banyak dari biasanya:

- 1) Jika masih menyusui maka teruskan dalam pemberian ASI.
- 2) Berikan oralit sampai diare berhenti, jika terjadi muntah tunggu 10 menit lalu lanjutkan sedikit demi sedikit. Usia < 1 tahun berikan 50-100 ml setiap kali berak, > 1 tahun berikan 100-200ml setiap kali berak.
- 3) Berikan cairan rumah tangga seperti kuah sayur atau air matang sebagai tambahan.

b. Muntah yang berlebih

Menurut Depkes RI (2008) penanganan dehidrasi dengan muntah yang berlebih yaitu dengan cara pemberian cairan tambahan seperti oralit dan zinc. Rincian pemberian oralit dan zinc adalah sebagai berikut :

1) Dehidrasi ringan dan sedang

Jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75ml x berat badan anak, jika berat badan tidak diketahui dapat menggunakan

usia. Usia <1 tahun 300ml, 1-4 tahun 600ml, >5 tahun 1200ml, untuk bayi <6 bulan yang tidak mendapat asi berikan juga 100-200ml air masak selama masa ini, untuk usia >6 bulan tunda pemberian makan selama 3 jam kecuali asi dan oralit. Beri obat zinc selama 10 hari berturut-turut, usia <6 bulan ½ tablet per hari, >6 bulan 1 tablet per hari.

2) Dehidrasi berat

Beri cairan intravena segera ringier laktat atau NaCl 0,9%. Usia <1 tahun 30ml/BB 1 jam pertama kemudian 50ml/BB per 5 jam, >1 tahun 30ml/BB 30 menit pertama, kemudian 50ml/BB 2 ½ jam. nilai kembali tiap 15-30 menit serta diberikan oralit 5ml/kg/jam jika bisa minum biasanya 3-4 jam untuk bayi dan 1-2 jam untuk anak serta berikan obat zinc selama 10 hari berturut-turut.

c. Demam

Penelitian Lubis (2011) mengatakan bahwa penanganan demam pada balita adalah dengan memberikan antipiretik paracetamol dan ibuprofen. Ibuprofen memiliki risiko yang terkecil terhadap efek samping gastrointestinal. Untuk parasetamol oral, dosis standar 10–15 mg/kg per dosis (maksimum, 1 gr per dosis) diberikan 4–6 kali per hari. Dosis terapeutik maksimum 60 mg/kg per hari pada anak usia <3 bulan dan 80 mg/kg per hari pada anak usia >3 bulan (maksimum, 3 gr/hari), dan dosis toksik ialah >150 mg/kg pada pemberian tunggal. Untuk ibuprofen oral, dosis standar

10 mg/kg per dosis (maksimum, 800 mg per dosis) diberikan 3 atau 4 kali sehari. Dosis terapeutik maksimum 30 mg/kg per hari (maksimum, 1,2 gr/hari), dan dosis toksik >100 mg/kg per hari. Pada jam ke-4 dan ke-6 setelah pemberian antipiretik penurunan demam terjadi 15%.

4. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Menurut Sukanto (2007), pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstitions*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformations*). Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan definisi tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang tersebut melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu dan dapat berkenaan dengan apa yang dipikirkan oleh individu yang bersangkutan.

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan mempunyai 6 (enam) tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu (*Know*). Tahu diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan, tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap suatu spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang lebih rendah.
- 2) Memahami (*Comprehension*). Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi secara benar. Tentang objek yang dilakukan dengan menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.
- 3) Aplikasi (*Aplication*). Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- 4) Analisis (*Analysis*). Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis (*Synthesis*). Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

- 6) Evaluasi (*Evaluation*). Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu kriteria yang di tentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Menurut Depkes RI (2007), perubahan cara berfikir yang terjadi pada lansia berdampak pada depresi dimana terganggunya konsentrasi dan pengambilan keputusan membuat seseorang sulit mempertahankan memori jangka pendek, dan terkesan sebagai sering lupa. Pikiran negatif sering menghinggapikan pikiran lansia. Lansia menjadi pesimis, percaya diri rendah, dihinggapikan perasaan bersalah yang besar, dan mengkritik diri sendiri.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*Over behavior*) perilaku yang didasari pengetahuan bersifat langgeng. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan (Sukanto, 2008) yaitu :

- 1) Tingkat pendidikan, pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat

perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru diperkenalkan.

- 2) Informasi, seseorang mempunyai sumber informasi lebih akan mempunyai pengetahuan lebih luas. Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.
- 3) Budaya, tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan. Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.
- 4) Pengalaman, sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal. Ada kecenderungan pengalaman yang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.
- 5) Sosial ekonomi, tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi akan menambah tingkat pengetahuan, hal ini disebabkan oleh sarana prasarana serta biaya yang dimiliki untuk mencari ilmu pengetahuan terpenuhi. Usaha memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih

mudah tercukupi dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

d. Cara Mendapatkan Pengetahuan

Beberapa cara untuk mendapatkan pengetahuan menurut Notoatmodjo (2010) adalah :

- 1) Coba-salah (*trial and error*). Cara ini digunakan saat orang mengalami masalah, upaya pemecahannya adalah dengan cara coba-coba saja atau dengan kemungkinan–kemungkinan.
- 2) Cara kekuasaan atau otoritas. Cara ini digunakan secara turun-temurun, atau karena kebiasaan sehari-hari serta tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran apakah hal tersebut baik atau tidak.
- 3) Pengalaman. Pengalaman artinya berdasarkan pemikiran kritis akan tetapi pengalaman belum tentu teratur dan bertujuan. Mungkin pengalaman hanya dicatat saja. Pengalaman yang disusun sistematis oleh otak maka hasilnya adalah ilmu pengetahuan.
- 4) Melalui jalan pikiran. Dengan cara induksi dan deduksi. Induksi yaitu apabila proses pembuatan keputusan itu melalui pernyataan–pernyataan khusus kepada yang umum. Deduksi apabila pembuatan kesimpulan dari pernyataan–pernyataan umum kepada yang khusus.

5) Cara modern. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “Metodologi penelitian atau Metode Penelitian Ilmiah”.

e. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain di atas (Notoatmodjo, 2010).

Tingkat pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu: (Riwidikdo, 2009)

- 1) Pengetahuan Baik, mempunyai nilai 76%-100% dari semua jawaban
- 2) Pengetahuan Cukup, mempunyai nilai 56%-75% dari semua jawaban
- 3) Pengetahuan Kurang, mempunyai nilai < 56% dari semua jawaban

Perilaku merupakan intervensi psikologis yang mengkombinasikan terapi kognitif serta terapi perilaku untuk menangani masalah psikologis. Perilaku mengajarkan individu untuk mengenali pengaruh pola pikir tertentu dalam memunculkan penilaian yang salah mengenai pengalaman-pengalaman yang ditemui, sehingga memunculkan masalah pada perasaan dan tingkah laku yang tidak adaptif (Rosensvald, Oei dan Schmidt, 2002). Prinsip dasar terapi Kognitif-perilaku antara lain : (Westbrook, Kennerly dan Kirk, 2010).

- 1) Prinsip kognitif. Masalah psikologis merupakan hasil interpretasi dari sebuah kejadian, bukan kejadian itu sendiri.
- 2) Prinsip perilaku: perilaku individu dapat sangat mempengaruhi pikiran dan emosinya.
- 3) Prinsip kontinum: gangguan bukanlah suatu proses mental yang berbeda dengan proses mental normal, melainkan proses mental normal yang berlebihan hingga menjadi masalah.
- 4) Prinsip *here-and know* : lebih baik berfokus pada proses masa kini dari pada masa lalu.
- 5) Prinsip sistem yang saling berinteraksi: melihat masalah sebagai interaksi dari pikiran, emosi, perilaku, fisiologi, dan lingkungan yang dimiliki individu.
- 6) Prinsip empiris : penting untuk mengevaluasi teori dan terapi secara empiris.

5. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo 2010). Pendidikan kesehatan adalah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga dapat melakukan seperti yang diharapkan oleh pelaku pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011).

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Oleh sebab itu konsep pendidikan kesehatan adalah pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan (Azmi, 2013).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan utama pendidikan kesehatan yaitu agar seseorang mampu (Mubarak dan Chayatin, 2009):

- 1) Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
- 2) Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalah, dengansumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dariluar
- 3) Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat.

Tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 maupun WHO adalah meningkatkan kemampuan masyarakat; baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan; baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi, lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya.

c. Misi Pendidikan Kesehatan

Misi pendidikan kesehatan secara umum dapat dirumuskan menjadi:

1). Advokat (*Advocate*)

Melakukan upaya-upaya agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.

2). Menjembatani (*Mediate*)

Diperlukan kerja sama dengan lingkungan maupun sektor lain yang terkait dalam melaksanakan program-program kesehatan.

3). Memampukan (*Enable*)

Memberikan kemampuan dan keterampilan kepada masyarakat agar mereka dapat mandiri untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2010).

d. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ada beberapa dimensi ruang lingkup pendidikan kesehatan, antara lain (Fitriani, 2011):

a. Dimensi Sasaran

1) Individu

Metode yang dapat dilakukan adalah:

(1) Bimbingan dan konseling

Konseling kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu, dan mengerti,

tetapi juga mau dan bersedia melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan.

(2) Wawancara

Wawancara adalah bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Menggali informasi mengapa individu tidak atau belum mau menerima perubahan, apakah individu tertarik atau tidak terhadap perubahan, bagaimanakah dasar pengertian dan apakah mempunyai dasar yang kuat jika belum, maka diperlukan penyuluhan yang lebih mendalam.

2) Kelompok

Metode yang bisa digunakan untuk kelompok kecil diantaranya:

(1) Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah membahas suatu topik dengan cara tukar pikiran antara dua orang atau lebih dalam suatu kelompok yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu.

(2) Mengungkapkan pendapat (*Brainstorming*)

Merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Pada prinsipnya sama dengan diskusi kelompok. Tujuannya adalah untuk menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari setiap peserta.

(3) Bermain peran

Bermain peran pada prinsipnya merupakan metode untuk menghadirkan peran yang ada dalam dunia nyata ke dalam satu pertunjukan di dalam kelas pertemuan,

(4) Kelompok yang membahas tentang desas-desus

Dibagi menjadi kelompok kecil kemudian diberikan suatu permasalahan yang sama atau berbeda antara kelompok satu dengan kelompok lain kemudian masing-masing dari kelompok tersebut mendiskusikan hasilnya lalu kemudian tiap kelompok mendiskusikan kembali dan mencari kesimpulannya.

(5) Simulasi

Berbentuk metode praktek yang berfungsi untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar. Metode ini merupakan gabungan dari role play dan diskusi kelompok.

3) Masyarakat luas

Metode yang dapat dipakai untuk masyarakat luas diantaranya:

(1) Seminar

Metode seminar ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu presentasi dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya sedang ramai dibicarakan di masyarakat.

(2) Ceramah

Metode ceramah adalah sebuah metode pengajaran dengan menyampaikan informasi secara lisan kepada sejumlah siswa, yang pada umumnya mengikuti secara pasif.

b. Dimensi Tempat Pelaksanaan

1) Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid

- 2) Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau di tempat pelayanan kesehatan lainnya, dengan sasaran pasien dan juga keluarga pasien
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan

c. Dimensi Tingkat Pelayanan Kesehatan

Menurut Leavel dan Clark (dalam Notoatmodjo, 2010) ada lima tingkat pencegahan yang dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan, yaitu:

a) Peningkatan kesehatan

Dapat dilakukan melalui beberapa kegiatan seperti pendidikan kesehatan, penyuluhan kesehatan, konsultasi perkawinan, pendidikan seks, pengendalian lingkungan, dan sebagainya.

b) Perlindungan umum dan khusus

Perlindungan umum dan khusus merupakan usaha kesehatan dalam rangka memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau masyarakat. Bentuk perlindungan tersebut seperti imunisasi dan higiene perseorangan, perlindungan diri dari kecelakaan, kesehatan kerja, pengendalian sumber-sumber pencemaran, dan lainlain.

c) Diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang rendah terhadap kesehatan mengakibatkan masyarakat mengalami kesulitan untuk mendeteksi penyakit bahkan enggan untuk memeriksakan kesehatan dirinya dan mengobataipenyakitnya.

d) Pembatasan kecacatan

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering membuat masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, yang akhirnya dapat mengakibatkan kecacatan atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini dalam bentuk penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas kesehatan, penurunan beban sosial penderita, dan lain-lain.

e) Rehabilitasi

Latihan diperlukan untuk pemulihan seseorang yang telah sembuh dari suatu penyakit atau menjadi cacat. Karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya rehabilitasi, masyarakat tidak mau untuk melakukan latihan-latihan tersebut (Mubarak, 2009).

e. Jenis Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Nursalam (2008) media pendidikan kesehatan adalah saluran komunikasi yang dipakai untuk mengirimkan pesan kesehatan.

Media dibagi menjadi beberapa macam, yaitu:

a. Media cetak

- 1) *Booklet* : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk pesan tulisan maupun gambar, biasanya sasarannya masyarakat yang bisa membaca.

- 2) *Leaflet* : penyampaian pesan melalui lembar yang dilipat biasanya berisi gambar atau tulisan atau biasanya kedua-duanya.
- 3) *Flyer* (selebaran) : seperti *leaflet* tetapi tidak berbentuk lipatan.
- 4) *Flip chart* (lembar balik) : informasi kesehatan yang berbentuk lembar balik dan berbentuk buku. Biasanya berisi gambar dibaliknya berisi pesan kalimat berisi informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai hal yang berkaitan dengan hal kesehatan.
- 6) Poster :berbentuk media cetak berisi pesan-pesan kesehatan biasanya ditempel di tembok-tembok tempat umum dan kendaraan umum.
- 7) Foto : yang mengungkapkan masalah informasi kesehatan.

b. Media elektronik

- 1) Televisi : dalam bentuk ceramah di TV, sinetron, sandiwara, dan forum diskusi tanya jawab dan lain sebagainya.
- 2) Radio :bisa dalam bentuk ceramah radio, sport radio, obrolan tanya jawab dan lain sebagainya.
- 3) Vidio Compact Disc (VCD).
- 4) Slide : slide juga dapat digunakan sebagai sarana informasi.
- 5) Film strip juga bisa digunakan menyampaikan pesan kesehatan.

c. Media papan (*bill board*)

Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dan dapat dipakai dan diisi pesan-pesan kesehatan.

d. Metode Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode pembelajaran yang menyajikan suara prosedur atau tugas, cara menggunakan alat, dan cara berinteraksi. Tujuan metode ini untuk mendapatkan gambaran tentang hal-hal yang berhubungan proses mengatur, membuat, proses bekerjanya, proses mengerjakan, membandingkan suatu cara dan mengetahui serta melihat kebenaran sesuatu. Demonstrasi dapat dilakukan secara langsung atau menggunakan media, seperti radio dan film. Keunggulan metode demonstrasi adalah : (Windasari, 2014)

- 1) Dapat membuat proses pembelajaran menjadi lebih jelas dan lebih konkret.
- 2) Lebih mudah memahami sesuatu karena proses pembelajaran menggunakan prosedur atau tugas dengan dibantu dengan alat peraga.
- 3) Peserta didik dirangsang untuk mengamati.
- 4) Menyesuaikan teori dengan kenyataan dan dapat melakukan sendiri (rekomendasi).

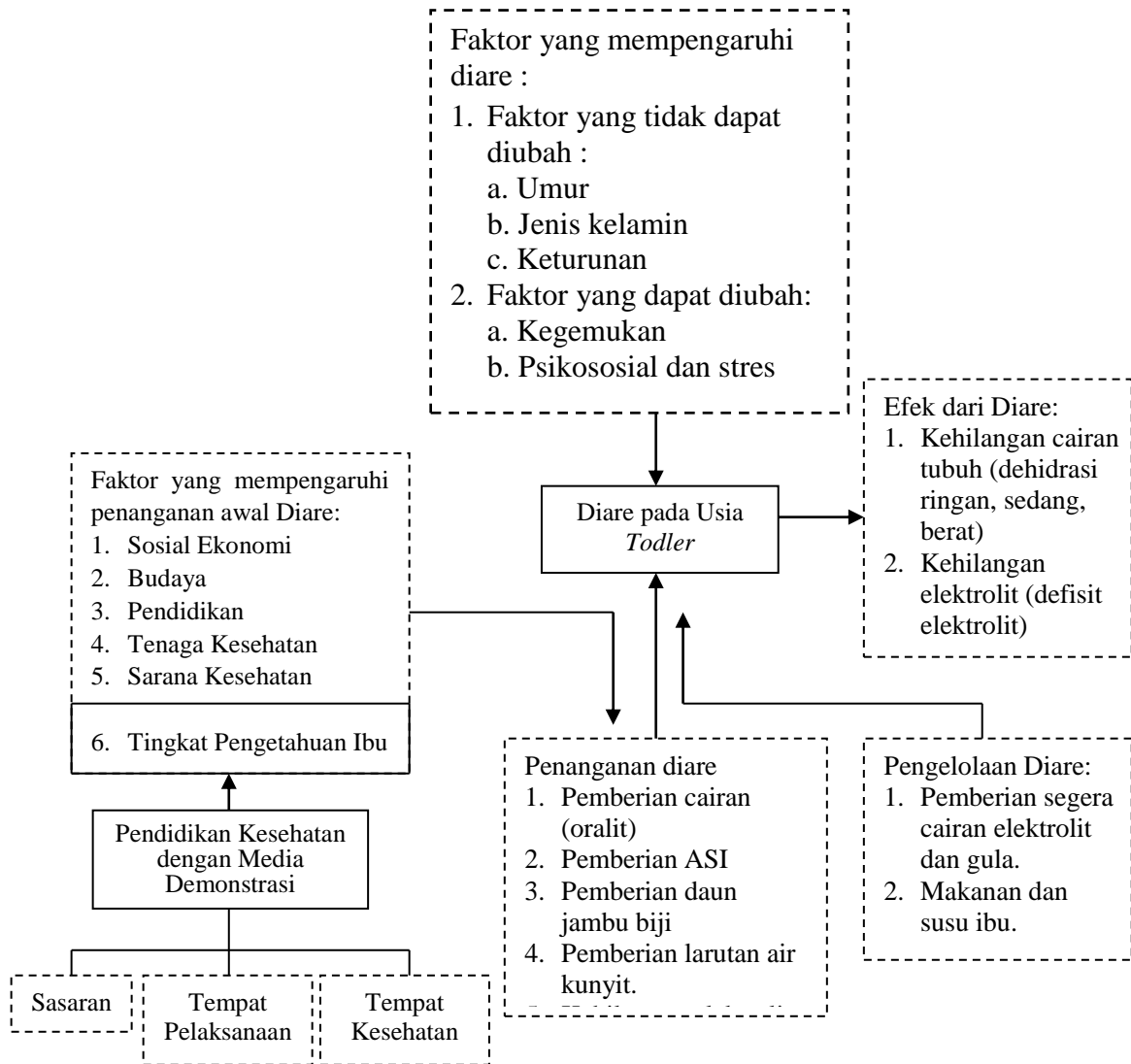
Langkah-langkah dalam metode demonstrasi menurut Hasibuan dan Mujiono (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Merumuskan dengan jelas kecakapan dan atau keterampilan apa yang diharapkan dicapai oleh siswa sesudah demonstrasi itu dilakukan.

- 2) Mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh, apakah metode itu wajar dipergunakan, dan apakah ia merupakan metode yang paling efektif untuk mencapai tujuan yang dirumuskan.
- 3) Alat-alat yang diperlukan untuk demonstrasi itu bisa didapat dengan mudah, dan sudah dicoba terlebih dahulu supaya waktu diadakan demonstrasi tidak gagal.
- 4) Jumlah siswa memungkinkan untuk diadakan demonstrasi dengan jelas.
- 5) Menetapkan garis-garis besar langkah-langkah yang akan dilaksanakan, sebaiknya sebelum demonstrasi dilakukan, sudah dicoba terlebih dahulu supaya tidak gagal pada waktunya.
- 6) Memperhitungkan waktu yang dibutuhkan, apakah tersedia waktu untuk memberi kesempatan kepada siswa mengajukan pertanyaan-pertanyaan dan komentar selama dan sesudah demonstrasi.
- 7) Selama demonstrasi berlangsung, hal-hal yang harus diperhatikan:
 - (a) Keterangan-keterangan dapat didengar dengan jelas oleh peserta.
 - (b) Alat-alat telah ditempatkan pada posisi yang baik, sehingga setiap peserta dapat melihat dengan jelas. Telah disarankan kepada peserta untuk membuat catatan-catatan seperlunya.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan beberapa teori yang telah dikemukakan di muka, maka dapat dibuat suatu kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 2.1 : Kerangka Teori

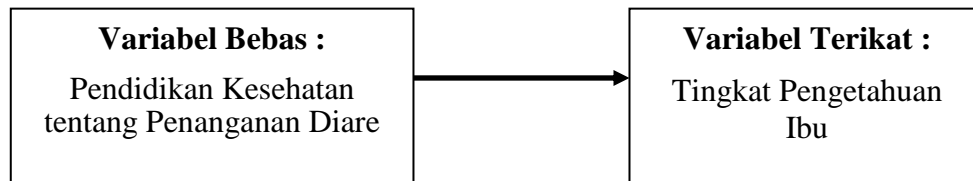
Sumber: Notoatmodjo (2010), dan Inayah (2006),

Keterangan :

----- : yang tidak diteliti

———— : yang diteliti

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara yang masih perlu dibuktikan kebenarannya. Berdasarkan permasalahan yang diajukan dan uraian teori serta kerangka konsep yang telah disampaikan maka dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

Ho : Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan ibu tentang penanganan diare dengan dehidrasi pada anak usia *todler* di Puskesmas Celep, Sukoharjo.

.Ha : Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan ibu tentang penanganan diare dengan dehidrasi pada anak usia *todler* di Puskesmas Celep, Sukoharjo.