

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan konsep dasar yang melandasi penelitian yaitu : 1) Konsep Pendidikan Kesehatan (*Health Education*), 2) Konsep Pertolongan Pertama, 3) Konsep Balita, 4) Konsep Dehidrasi, 5) Konsep Tingkat Pengetahuan.

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan (*Health Education*)

2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Oleh sebab itu, konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan tersebut terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang dari individu, kelompok atau masyarakat. (Nursalam, 2016)

Konsep ini berangkat dari pemikiran tentang manusia sebagai kehidupan sosial untuk mencapai nilai-nilai hidup dalam masyarakat selalu meminta bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu, dan sebagainya). Dalam mencapai tujuan tersebut, individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar. Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai

kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu, dan lain sebagainya. (Notoatmodjo, 2011)

2.1.2 Peranan Pendidikan Kesehatan

Semua ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan mengacu pada H.L Blum. Dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat, sebagai salah satu negara yang sudah maju. Belum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar dalam kesehatan. (Notoatmodjo, 2011)

Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku yang mempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan. Bagaimana proporsi pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap status kesehatan di negara-negara berkembang, terutama di Indonesia, belum ada penelitiannya. Apabila dilakukan penelitian mungkin hasilnya berbeda-beda tergantung masyarakatnya. Penelitian penulis di Kecamatan Pasar Rebo, Jakarta Timur, tentang status gizi anak balita dengan menggunakan analisis stepwise, terbukti variabel perilaku terseleksi, sedangkan variabel pendapatan per kapita (ekonomi) tidak terseleksi. Meskipun variabel ekonomi disini belum mewakili seluruh variabel-variabel lain. Kesimpulannya perilaku menjadi faktor yang utama. (Notoatmodjo, 2011)

Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatar belakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yakni faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) faktor yang mendukung (*Enabling Factors*) dan faktor yang memperkuat atau mendorong, atau penguat (*Reinforcing Factors*). Oleh sebab itu, pendidikan

kesehatan sebagai upaya intervensi perilaku harus diarahkan pada ketiga faktor pokok tersebut. (Notoatmodjo, 2011)

2.1.3 Prinsip-prinsip Pendidikan Kesehatan

Semua petugas kesehatan telah mengakui bahwa pendidikan kesehatan itu penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lain. Akan tetapi, pengakuan ini tidak didukung oleh kenyataannya. Artinya, dalam program-program pelayanan kesehatan kurang melibatkan pendidikan kesehatan. Meskipun program ini telah melibatkan pendidikan kesehatan, tetapi kurang memberikan bobot. Argumentasi mereka adalah karena pendidikan kesehatan itu tidak segera dan jelas memperlihatkan hasil.

Dengan kata lain pendidikan kesehatan itu tidak segera membawa manfaat bagi masyarakat dan tidak mudah dilihat atau diukur. Hal ini memang benar karena pendidikan kesehatan merupakan behavioral investmen jangka panjang. Hasil intervensi pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek (immediate impact) pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat. Sedangkan peningkatan pengetahuan saja tidak akan langsung terhadap indikator kesehatan. (Notoatmodjo, 2011)

2.1.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan. Dari dimensi sasarannya, pen Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain

dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yakni:

1. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung diberbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula misalnya:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
2. Pendidikan kesehatan dirumah sakit, dilakukan dirumah sakit-rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di Puskesmas dan sebagainya.
3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan. (Notoatmodjo, 2011)

2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan

1. Metode pendidikan Individual (Perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Metode atau pendekatan individual ini adalah bimbingan atau penyuluhan (guidance and counseling). Dengan cara ini

kontak antara klien dengan petugas lebih intensif setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya.

2. Metode Pendidikan Kelompok

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

3. Metode Pendidikan Massa (*public*)

Metode pendidikan massa untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditunjukkan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa.

4. Media Pendidikan Kesehatan

Media berasal dari bahasa latin yang merupakan bentuk jamak dari kata medium yang secara hafiah berarti perantara atau pengantar. Sehingga media pendidikan dapat didefinisikan sebagai alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Media merupakan perantaraan atau pengantar pesan dari pengirim ke penerima pesan. Berdasarkan pengertian ini tersiat bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses komunikasi yang terjadi dari pengirim pesan kepada penerima pesan. Pesan yang disampaikan tersebut dapat dilakukan melalui suatu saluran tertentu atau dengan menggunakan pengantar.

Manfaat media pendidikan dalam proses belajar menurut (Hamalik, 1986) antara lain sebagai peletakkan dasar-dasar yang kongrit dalam berfiki untuk mengurangi “verbalisme”. Multimedia dengan jenis ini dinamakan juga dengan “presentasi pembelajaran”. Materi yang di tampilkan tidak terlalu kompleks dan hanya menampilkan beberapa item yang dianggap penting, baik berupa teks, gambar , vidio maupun animasi.

Diantara media-media lain, interaktivitas multimedia atau media lain yang berbasis komputer adalah yang paling nyata (*overt*). Interaktivitas nyata disini adalah interaktivitas yang melibatkan fisik dan mental dari pengguna saat mencoba progam multimedia. Sebagai perbandingan media buku atau televisi sebenarnya juga menyediakan interaktivitas, hanya saja interaktivitas ini besifat sama (*covert*) karena hanya melibatkan mental pengguna.

Interaktivitas secara fisik dalam multimedia pembelajaran bervariasi dari yang paling sederhana hingga kompleks. Keunggulan multimedia di dalam interaktivitas adalah media ini secara inheren mampu memaksa pengguna untuk berinteraksi dengan materi baik secara fisik dan mental. Tentu saja kemampuan memaksa ini tergantung pada seberapa efektif instuksi pembelajaran mampu menarik pengguna untuk mencoba secara aktif pemelajaran yang disajikan. (Notoatmodjo, 2011)

2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Saragih, 2010) yaitu :

1. Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi baru yang didapatnya.

2. Tingkat sosial ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dapat menerima informasi baru.

3. Adat istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menanggapi adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

4. Kepercayaan masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampaian informasi.

5. Ketersediaan waktu dimasyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

2.2 Konsep Pertolongan Pertama

2.2.1 Definisi Pertolongan Pertama

Pertolongan pertama adalah perawatan pertama yang diberikan kepada orang yang mendapat kecelakaan atau sakit yang tiba-tiba datang sebelum mendapatkan pertolongan dari tenaga medis, ini berarti pertolongan pertama harus diberikan secara cepat walaupun perawatan selanjutnya tertunda, pertolongan

pertama harus tepat sehingga akan meringankan sakit korban bukan menambah sakit korban. (Restianti, 2010)

Pertolongan pertama adalah pemberian pertolongan segera kepada penderita sakit, cedera, atau kecelakaan yang membutuhkan penanganan medis dasar. Masyarakat umum, khususnya ibu-ibu rumah tangga perlu tahu penanganan dan pertolongan pertama yang cepat dan tepat dalam keadaan darurat dirumah tangga sehingga dapat menghindari hal-hal yang tidak diinginkan. (Shanty, 2016)

Pertolongan pertama adalah pertolongan yang diberikan kepada seseorang yang sakit mendadak atau mendapatkan kecelakaan sebelum mendapatkan pertolongan dari seorang ahli yaitu dokter atau tenaga medis lainnya. (Wulandari, 2014)

2.2.2 Tujuan Pertolongan Pertama

Adapaun tujuan pertolongan pertama dalam menyelamatkan nyawa korban (Shanty, 2016) yaitu :

1. Menyelamatkan jiwa korban.
2. Meringankan penderitaan korban serta mencegah bahaya lanjut akibat kecelakaan atau sakit.
3. Mempertahankan daya tahan korban sampai pertolongan lebih baik diberikan.
4. Membawa korban pada tim medis terdekat.

2.2.3 Prinsip Dasar Pertolongan Pertama

Adapun prinsip-prinsip dasar dalam menangani suatu keadaan darurat tersebut (Restianti, 2010) diantaranya:

1. Pastikan anda bukan menjadi korban berikutnya. Seringkali kita lengah atau kurang berfikir panjang bila kita menjumpai suatu kecelakaan. Sebelum kita menolong korban, periksa dulu apakah tempat tersebut sudah aman atau masih dalam bahaya.
2. Pakailah metode atau cara pertolongan yang cepat, mudah dan efisien. Hindarkan sikap sok pahlawan, pergunakanlah sumberdaya yang ada baik alat, manusia maupun sarana pendukung lainnya. Bila anda bekerja dalam tim, buatlah perencanaan yang matang dan dipahami oleh seluruh anggota.
3. Biasakan membuat catatan tentang usaha-usaha pertolongan yang telah anda lakukan, identitas korban, tempat dan waktu kejadian, dsb. Catatan ini berguna bila penderita mendapat rujukan atau pertolongan tambahan oleh pihak lain. (Restianti, 2010)

2.2.4 Sistematika Pertolongan Pertama

Secara umum urutan pertolongan pertama pada korban (Restianti, 2010) adalah :

1. Jangan panik
Berlakulah cekatan tapi tenang. Apabila kecelakaan bersifat massal, korban-korban yang mendapatkan luka ringan dapat dikerahkan untuk membantu dan pertolongan diutamakan diberikan kepada korban yang menderita luka yang paling parah tapi masih mungkin untuk ditolong.
2. Jauhkan atau hindarkan korban pada kecelakaan berikutnya

Untuk mencegah terjadinya kecelakaan ulang yang akan memperberat kondisi korban. Keuntungan lain adalah penolong dapat memberikan pertolongan dengan tenang dan dapat lebih mengkonsentrasikan perhatiannya pada kondisi korban yang ditolongnya.

3. Perhatikan pernafasan dan denyut jantung korban

Bila pernafasan korban berhenti segera kerjakan pernafasan bantuan.

4. Perdarahan

Perdarahan yang keluar dari pembuluh darah besar dapat membawa kematian dalam waktu 3-5 menit. Dengan menggunakan sapu tangan atau kain yang bersih tekan tempat perdarahan kuat-kuat kemudian ikatlah sapatangan tadi dengan dasi, baju, ikat pinggang, atau apapun juga agar sapu tangan tersebut menekan luka-lua itu. Jika lokasi memungkinkan letakkan bagian perdarahan lebih tinggi dari bagian tubuh.

5. Perhatikan tanda-tanda shock

Korban ditelentangkan dengan bagian kepala lebih rendah dari letak anggota tubuh yang lain. Apabila korban muntah-muntah dalam keadaan setengah sadar, baringkan telungkup dengan letak kepala lebih rendah dari bagian tubuh yang lainnya. Cara ini untuk korban yang tersedak muntahan, darah, atau air dalam paru-parunya.

6. Jangan memindahkan korban secara terburu-buru

Korban tidak boleh dipindahkan dari tempatnya sebelum dapat dipastikan jenis dan keparahan cedera yang dialaminya kecuali bila tempat kecelakaan tidak memungkinkan bagi korban dibiarkan ditempat tersebut.

7. Segera transportasikan korban ke sentral pengobatan

Setelah dilakukan pertolongan pertama pada korban setelah evakuasi korban ke sentral pengobatan, puskesmas atau rumah sakit. Perlu diingat bahwa pertolongan pertama hanyalah sebagai life saving dan mengurangi kecacatan, bukan terapi. Serahkan keputusan tindakan selanjutnya kepada dokter atau tenaga medis yang berkompeten.

2.3 Konsep Balita

2.3.1 Pengertian Balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun. Menurut Sutomo. B. dan Anggraeni. DY, (2010), balita adalah istilah umum bagi anak usia 1–3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3–5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas. (Soetjiningsih, 2012).

Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa keemasan. (Kyle & Carman, 2015)

2.3.2 Karakteristik Balita

Menurut karakteristik, balita terbagi dalam dua kategori yaitu anak usia 1–3 tahun (batita) dan anak usia prasekolah. Anak usia 1–3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Laju pertumbuhan masa batita lebih besar dari masa usia prasekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Namun perut yang masih lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu diterimanya dalam sekali makan lebih kecil dari anak yang usianya lebih besar. Oleh karena itu, pola makan

yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering pada usia pra-sekolah anak menjadi konsumen aktif. Mereka sudah dapat memilih makanan yang disukainya.

Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah playgroup sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Pada masa ini anak akan mencapai fase gemar memprotes sehingga mereka akan mengatakan “tidak” terhadap setiap ajakan. Pada masa ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, akibat dari aktivitas yang mulai banyak dan pemilihan maupun penolakan terhadap makanan. Diperkirakan pula bahwa anak perempuan relative lebih banyak mengalami gangguan status gizi bila dibandingkan dengan anak laki-laki. (Kyle & Carman, 2015)

2.3.3 Tumbuh Kembang Balita

Secara umum tumbuh kembang setiap anak berbeda-beda, namun prosesnya senantiasa melalui tiga pola yang sama, yakni (Kyle & Carman, 2015):

1. Pertumbuhan dimulai dari tubuh bagian atas menuju bagian bawah (sefalokaudal). Pertumbuhannya dimulai dari kepala hingga ke ujung kaki, anak akan berusaha menegakkan tubuhnya, lalu dilanjutkan belajar menggunakan kakinya.
2. Perkembangan dimulai dari batang tubuh ke arah luar. Contohnya adalah anak akan lebih dulu menguasai penggunaan telapak tangan untuk menggenggam, sebelum ia mampu meraih benda dengan jemarinya.

3. Setelah dua pola di atas dikuasai, barulah anak belajar mengeksplorasi keterampilan-keterampilan lain. Seperti melempar, menendang, berlari dan lain-lain.

Pertumbuhan pada bayi dan balita merupakan gejala kuantitatif. Pada konteks ini, berlangsung perubahan ukuran dan jumlah sel, serta jaringan intraseluler pada tubuh anak. Dengan kata lain, berlangsung proses multiplikasi organ tubuh anak, disertai penambahan ukuran-ukuran tubuhnya. Hal ini ditandai oleh:

1. Meningkatnya berat badan dan tinggi badan.
2. Bertambahnya ukuran lingkaran kepala.
3. Muncul dan bertambahnya gigi dan geraham.
4. Menguatnya tulang dan membesarnya otot-otot.
5. Bertambahnya organ-organ tubuh lainnya, seperti rambut, kuku, dan sebagainya.

Penambahan ukuran-ukuran tubuh ini tentu tidak harus drastis. Sebaliknya, berlangsung perlahan, bertahap, dan terpola secara proporsional pada tiap bulannya. Ketika didapati penambahan ukuran tubuhnya, artinya proses pertumbuhannya berlangsung baik. Sebaliknya jika yang terlihat gejala penurunan ukuran, itu sinyal terjadinya gangguan atau hambatan proses pertumbuhan.

Cara mudah mengetahui baik tidaknya pertumbuhan bayi dan balita adalah dengan mengamati grafik penambahan berat dan tinggi badan yang terdapat pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Dengan bertambahnya usia anak, harusnya bertambah pula berat dan tinggi badannya. Cara lainnya yaitu dengan pemantauan status gizi. Pemantauan status gizi pada bayi dan balita telah dibuatkan

standarisasinya oleh *Harvard University* dan *Wolanski*. Penggunaan standar tersebut di Indonesia telah dimodifikasi agar sesuai untuk kasus anak Indonesia. Perkembangan pada masa balita merupakan gejala kualitatif, artinya pada diri balita berlangsung proses peningkatan dan pematangan (maturasi) kemampuan personal dan kemampuan sosial. (Soetjiningsih, 2012)

2.3.4 Kemampuan Pada Balita

Balita umumnya memiliki kemampuan dan kemampuannya dibedakan menjadi dua yaitu kemampuan personal dan kemampuan sosial.

Kemampuan Personal Balita

Kemampuan personal ditandai pendaugunaan segenap fungsi alat-alat penginderaan dan sistem organ tubuh lain yng dimilikinya. Kemampuan fungsi penginderaan meliputi:

1. Penglihatan, misalnya melihat, melirik, menonton, membaca dan lain-lain.
2. Pendengaran, misalnya reaksi mendengarkan bunyi, menyimak pembicaraan dan lain-lain.
3. Penciuman, misalnya mencium dan membau sesuatu. Peraba, misalnya reaksi saat menyentuh atau disentuh, meraba benda, dan lain-lain.
4. Peraba, misalnya reaksi saat menyentuh atau disentuh, meraba benda, dan lain-lain.
5. Pengecap, misalnya menghisap ASI, mengetahui rasa makanan dan minuman.

Pada sistem tubuh lainnya di antaranya meliputi :

1. Tangan, misalnya menggenggam, mengangkat, melempar, mencoretcoret, menulis dan lain-lain.
2. Kaki, misalnya menendang, berdiri, berjalan, berlari dan lain-lain.
3. Gigi, misalnya menggigit, mengunyah dan lain-lain.
4. Mulut, misalnya mengoceh, melafal, teriak, bicara, menyanyi dan lain-lain.
5. Emosi, misalnya menangis, senyum, tertawa, gembira, bahagia, percaya diri, empati, rasa iba dan lain-lain.
6. Kognisi, misalnya mengenal objek, mengingat, memahami, mengerti, membandingkan dan lain-lain.
7. Kreativitas, misalnya kemampuan imajinasi dalam membuat, merangkai, menciptakan objek dan lain-lain. (Soetjiningsih, 2012)

2.3.4.2 Kemampuan sosial.

Kemampuan sosial (sosialisasi), sebenarnya efek dari kemampuan personal yang makin meningkat. Dari situ lalu dihadapkan dengan beragam aspek lingkungan sekitar, yang membuatnya secara sadar berinteraksi dengan lingkungan itu. Sebagai contoh pada anak yang telah berusia satu tahun dan mampu berjalan, dia akan senang jika diajak bermain dengan anak-anak lainnya, meskipun ia belum pandai dalam berbicara, ia akan merasa senang berkumpul dengan anak-anak tersebut. Dari sinilah dunia sosialisasi pada lingkungan yang lebih luas sedang dipupuk, dengan berusaha mengenal teman-temannya itu. (Soetjiningsih, 2012)

2.4 Konsep Dehidrasi

2.4.1 Pengertian Dehidrasi

Dehidrasi adalah gangguan dalam keseimbangan cairan atau air pada tubuh yang mana tubuh kehilangan cairan elektrolit (garam) yang sangat dibutuhkan organ-organ tubuh untuk bisa menjalankan fungsinya dengan baik. (Akmal et al., 2017)

Dehidrasi yaitu suatu keadaan dimana tubuh mengalami kekurangan cairan. Hal ini terjadi apabila cairan yang dikeluarkan tubuh melebihi cairan yang masuk. Keluarnya cairan ini biasanya disertai dengan elektrolit (K, Na, Cl, Ca). Dehidrasi disebabkan karena kurang minum dan disertai kehilangan cairan/banyak keringat karena udara terlalu panas atau aktivitas yang terlalu berlebihan. (Restianti, 2010)

Dehidrasi adalah suatu keadaan penurunan total air didalam 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. (Leksana, 2015)

Dehidrasi adalah seseorang tidak memiliki cairan yang mencukupi kebutuhan tubuhnya, atau dapat diartikan bahwa mengalami kekurangan cairan tubuh. Bayi dan anak-anak lebih rentan terhadap dehidrasi daripada orang dewasa, dan dapat terjadi jika bayi mendapatkan cairan kurang dari cairan yang dihilangkan melalui muntah, diare, demam, atau berkeringat. Dehidrasi ringan dapat mudah diperbaiki, tetapi dehidrasi sedang atau berat dapat mengancam nyawa. (Marmi, 2011)

2.4.2 Etiologi Dehidrasi

Berbagai macam penyebab dehidrasi menentukan tipe/jenis dehidrasi ,pertama dehidrasi bisa disebabkan demam, muntah, diare, hipersalivasi,fistula, Ileostomy (pemotongan usus), Diaporesis (keringat berlebihan), luka bakar, puasa, terapi hipotonik, suction gastrointestinal (cuci lambung). Kemudian ada penyebab dehidrasi hipotonik dikarenakan penyakit DM, Rehidrasi cairan berlebih, mal nutrisi berat dan kronis. Dan adapun dehidrasi hipertonik disebabkan karena hiperventilasi, diare air, diabetes insipidus (hormon ADH menurun), rehidrasi cairan berlebihan, disfagia, gangguan rasa haus, kesadaran, infeksi sistemik,suhu tubuh meningkat. (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.4.3 Klasifikasi Dehidrasi

Adapun macam-macam jenis dari klasifikasi (Akmal et al., 2017) yaitu :

1. Dehidrasi Ringan

Disebut dehidrasi ringan, yaitu jika terjadi penurunan cairan tubuh mencapai 5 persen dari berat badan. Tanda dan gejalanya antara lain muka memerah, merasa sangat haus, kulit kering dan pecah-pecah, volume urine berkurang dengan warna lebih gelap dari biasanya, pusing dan lemah, adanya kram otot terutama pada kaki dan tangan, kelembapan kelenjar air mata berkurang, menjadi sering mengantuk, mulut dan lidah kering serta air liur berkurang.

2. Dehidrasi Sedang

Disebut dehidrasi sedang, yaitu jika terjadi penurunan cairan tubuh antara 5-10 persen dari berat badan. Tanda dan gejalanya antara lain tekanan darah menurun, terjadi kontraksi kuat pada otot lengan, kaki, perut, dan punggung, kejang, perut kembung, gagal jantung, ubun-ubun cekung, denyut nadi cepat dan lemah (tidak teraba) serta pingsan..

3. Dehidrasi berat

Disebut dehidrasi berat, yaitu jika terjadi penurunan cairan tubuh hingga melebihi 10 persen dari berat badan. Tanda dan gejalannya, antara lain kesadaran berkurang, tidak buang air kecil, tangan dan kaki menjadi dingin dan lembab, denyut nadi semakin cepat dan lemah hingga tidak teraba, tekanan darah menurun drastis hingga tidak dapat diukur, pada

ujung kuku, mulut, dan lidah berwarna kebiruan karena menurunnya kadar oksigen.

2.4.4 Patofisiologi Dehidrasi

Kekurangan volume cairan adalah keadaan yang umum terjadi pada berbagai keadaan dalam klinik. Keadaan ini hampir selalu berkaitan dengan kehilangan cairan tubuh melalui ginjal atau diluar ginjal. Penyebab tersering kekurangan volume cairan yang juga sering terjadi adalah tersimpannya cairan pada jaringan luka, luka berat, peritonitis atau obstruksi saluran cerna. Berkumpulnya cairan didalam ruangan non ECF dan ECF. Pada prinsipnya cairan menjadi terperangkap dan tidak dapat dipakai oleh tubuh. Penumpukan volume cairan yang cepat dan banyak pada ruang-ruang seperti dari volume ECF sehingga dapat mengurangi volume sirkulasi darah efektif.

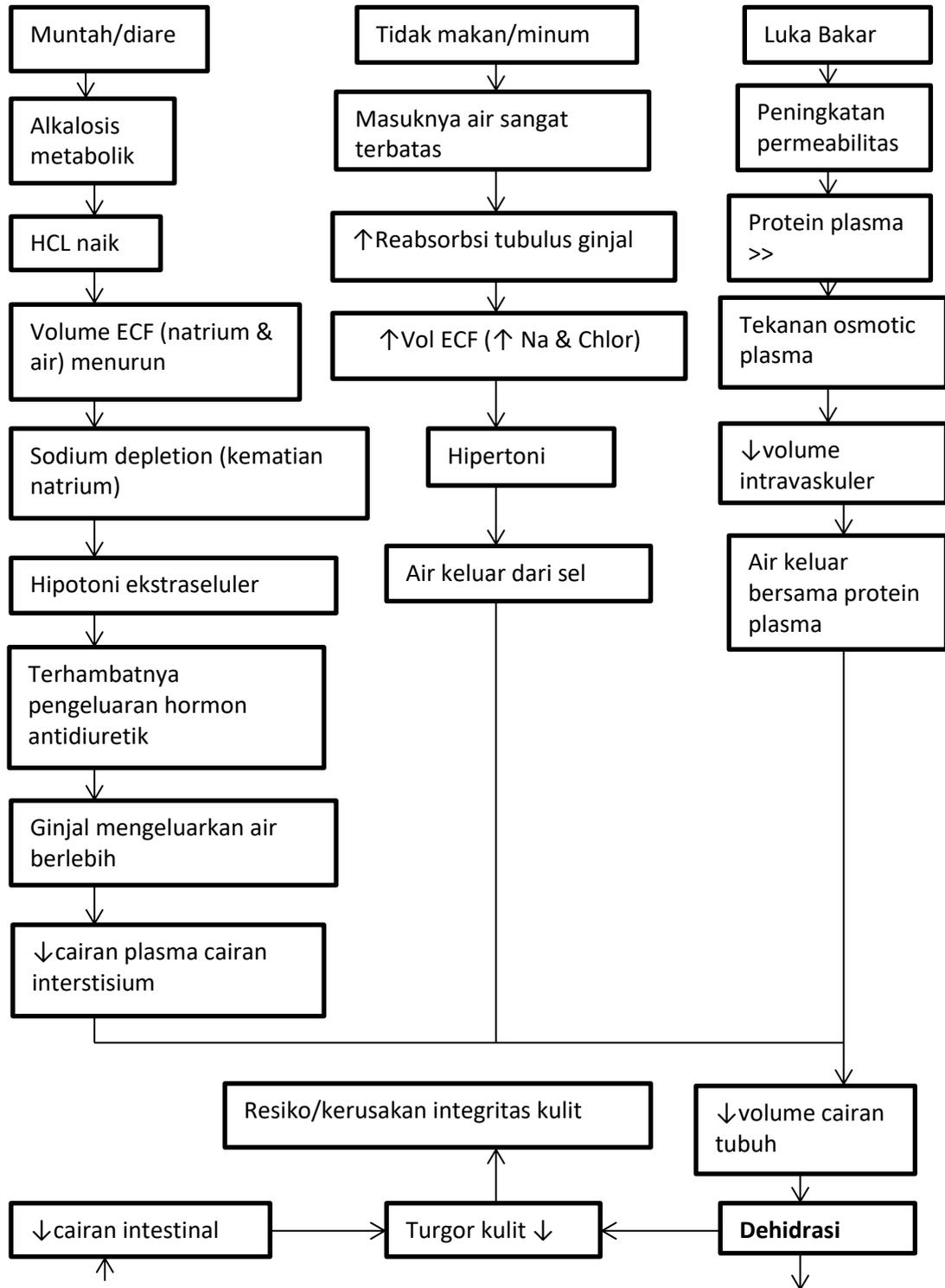
Perdarahan, muntah, diare, keringat adalah cairan hipotonik yang terdiri dari air, Na (70 mEq/l) dan klorida. Selama latihan berat pada lingkungan yang panas, bisa terjadi kehilangan 1 L keringat 5 jam. Sehingga dapat menyebabkan kekurangan volume jika asupannya tidak mencukupi. Jumlah besar cairan dapat hilang melalui kulit karena penguapan jika luka bakar dirawat dengan metode terbuka. Kehilangan Na dan air melalui ginjal tanpa adanya penyakit ginjal terjadi pada 3 keadaan yang paling sering adalah pemakaian diuretik yang berlebihan, terutama tiazid atau diuretik sampai yang kuat seperti furosemid. Diuresis osmotik obligatorik juga sering menyebabkan kehilangan Na dan air yang terjadi selama glikosuria pada DM yang tidak terkontrol atau koma hiperosmolar non ketonik pada kasus pemberian makanan tinggi protein secara enteral atau parenteral

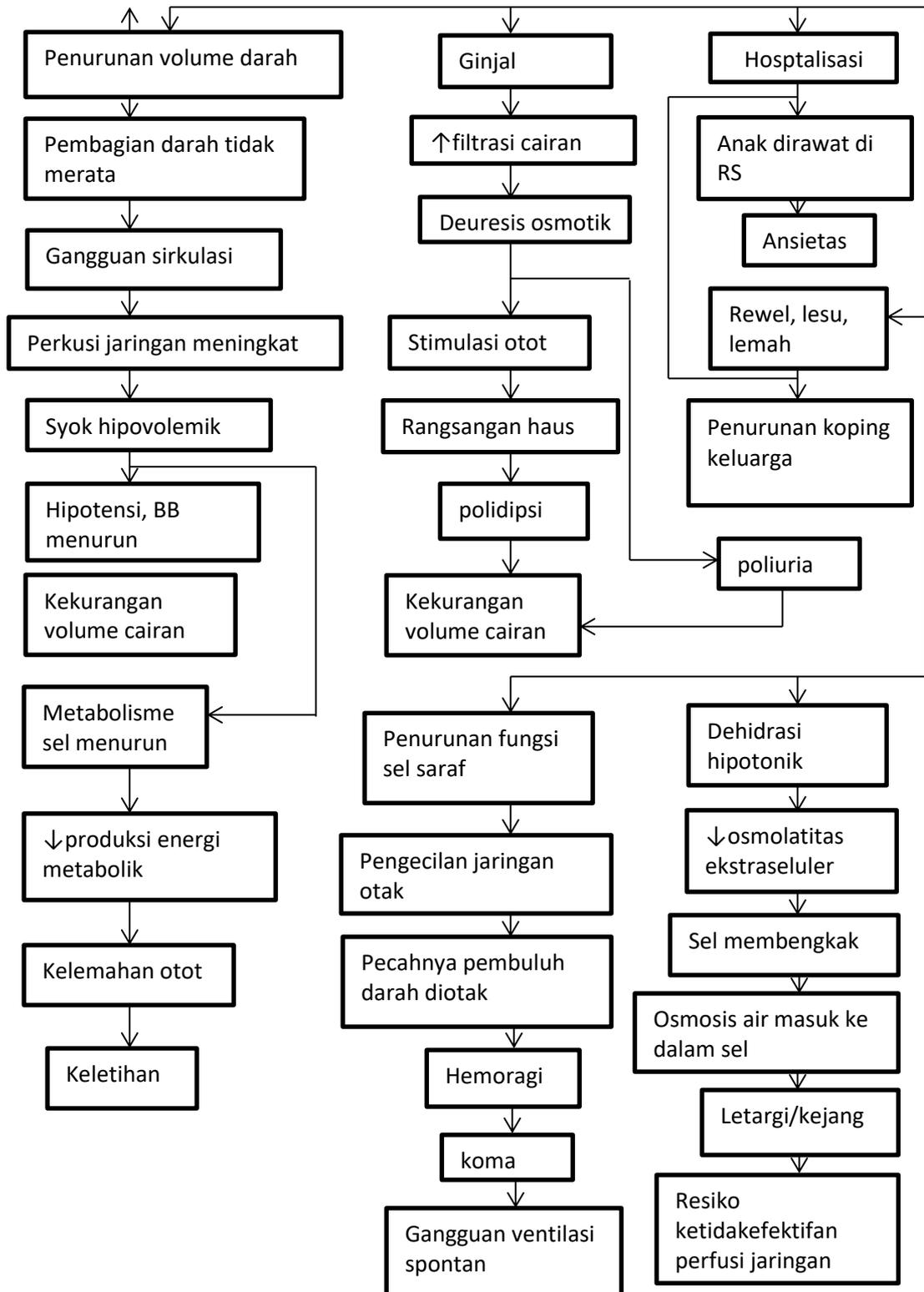
dapat terbentuk urea dalam jumlah besar yang bisa bertindak sebagai agen osmotik.

Apapun penyebab dari kekurangan volume cairan, berkurangnya volume ECF mengganggu curah jantung dengan mengurangi alir balik vene ke jantung sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung. Karena tekanan arteri rata-rata = curah x tahanan perifer total maka penurunan curah jantung mengakibatkan hipotensi.

Penurunan tekanan darah dideteksi oleh baroreseptor pada jantung dan arteri karotis dan diteruskan ke pusat vasomotor di batang otak, yang kemudian menginduksi respon simpatis. Respon berupa vasokonstriksi perifer, peningkatan denyut dan kontraktilitas jantung bertujuan untuk mengembalikan curah jantung dan perfusi jaringan yang normal. Penurunan perfusi ginjal merangsang mekanisme renin-angiotensin-aldosteron. Angiotensin merangsang vasokonstriksi sistemik dan aldosteron meningkatkan reabsorbsinatrium oleh ginjal. jika terjadi hipovolemi yang lebih berat (1000 ml) maka vasokonstriksidan vasokonstriksi yang diperantai oleh angiotensin II yang meningkat. Terjadi penahanan aliran darah yang menuju ginjal, saluran cerna, otot dan kulit, sedangkan aliran yang menuju koroner dan otak relatif dipertahankan. (Wulandari, 2014)

2.4.5 Pathway





Gambar 2.1 Pathway Dehidrasi (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.4.6 Komplikasi Dehidrasi

Dehidrasi jika tidak ditolongi dengan baik dapat menyebabkan timbulnya komplikasi pada tubuh anda. Beberapa komplikasi yang dapat muncul akibat dehidrasi yang tidak ditangani yaitu (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Kejang, yang muncul akibat gangguan keseimbangan elektrolit dalam tubuh terutama natrium dan kalium.
2. Permasalahan pada ginjal dan saluran kemih, terutama jika dehidrasi yang dialami terjadi berulang kali. Dehidrasi dapat menyebabkan infeksi saluran kemih, batu ginjal, bahkan gagal ginjal.
3. Cidera akibat suhu tinggi (*heat injury*). Jika sedang melakukan aktivitas fisik berat, namun tidak menjaga asupan cairan tubuh, dapat mengalami dehidrasi yang memicu terjadinya *heat injury*. Gejala *heat injury* yang tergolong ringan berupa kram. Sedangkan gejala beratnya berupa kelelahan dan *heat stroke*.
4. *Syok Hipovolemik*, ini merupakan komplikasi akibat dehidrasi paling serius dan bahkan berpotensi membahayakan jiwa anda. Kekurangan cairan dapat menyebabkan volume darah didalam tubuh menjadi berkurang, sehingga tekanan darah dan kadar oksigen menjadi menurun.

2.4.7 Pencegahan dehidrasi

Biasakan si kecil untuk minum secara teratur setiap hari, terutama bila bayi banyak beraktifitas. cairan yang dikonsumsi sebaiknya diatur agar bervariasi.

Anak harus minum air paling tidak 8 gelas sehari. Anda dapat memberinya dalam bentuk kombinasi aneka jenis cairan, seperti jus buah, buah segar, susu.

Berilah minuman sebelum balita anda mulai beraktifitas, seperti bermain di halaman. jangan beri anak minuman yang mengandung kafein, misalnya kopi.karena kafein dapat menambah beban pada aliran darah, akibatnya darahn menjadi kental. Bila udara panas dan cuaca terik, hentikan aktifitas anak sejenak. sambil beristirahat di tempat yang sejuk, biarkan bayi mengkonsumsi berbagai cairan. Beri pertolongan pertama berupa larutan oralit, bila bayi muntah,demam atau diare.

2.4.8 Manifestasi Klinis Dehidrasi

Gejala atau tanda dehidrasi berdasarkan tingkatannya (Nurarif & Kusuma, 2015) diataranya :

1. Dehidrasi ringan (kehilangan cairan 2-5% dari BB semula)

Haus, gelisah, denyut nadi 90-110 x/menit, nafas normal, turgor kulit normal, pengeluaran urine (1300 ml/hari), kesadaran baik, denyut jantung meningkat.

2. Dehidrasi sedang (kehilangan cairan 5% dari BB semula)

Haus meningkat, nadi cepat dan lemah, turgor kulit kering, membran mukosa kering, pengeluaran urine berkurang, suhu tubuh meningkat.

3. Dehidrasi berat (kehilangan cairan 10% dari BB semula)

Penurunan kesadaran, lemah, lesu,takikardi, mata cekung, pengeluaran urine tidak ada, hipotensi, nadi cepat dan halus, ekstremitas dingin.

2.4.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Kadar natrium plasma
2. Osmolaritas serum

3. Ureum, kreatinin darah dan BJ urin
4. Tekanan vena sentral (sentral venous pressure) (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.4.10 Pertolongan Pertama Dehidrasi

1. Memberikan larutan gula garam oralit
2. Memberikan asi atau air sesuai dengan kebutuhan tubuh balita
3. Mengompres tubuh balita dengan kain basah (Restianti, 2010).

2.5 Konsep Pengetahuan

2.5.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. (Notoatmodjo, 2011)

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

2.5.2 Cara Memperoleh Pengetahuan

2.5.2.1 Cara tradisional atau non ilmiah

1. Cara coba salah (Trial and Error)

Digunakan manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba-coba atau kata yang lebih dikenal “trial and error) cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum ada peradaban. Upaya pemecahannya dilakukan dengan cara coba-coba saja, cara coba-coba ini dilakukan dengan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula maka dicoba kembali dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat terpecahkan. Itulah sebabnya maka

cara ini disebut metode trial (coba) and error (gagal atau salah) atau metode coba salah (coba-coba).

2. Secara kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.

3. Cara kekuasaan dan otoritas

Sumber pengetahuan tersebut dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, para pemuka agama, pemegang pemerintah maupun ahli ilmu pengetahuan atau ilmuan yang pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama didalam penemuan pengetahuan. Prinsip inilah, orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris atau pun berdasarkan penalaran sendiri

4. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

5. Cara akal sehat

Pemberian hadiah dan hukuman (reward and punishment) merupakan cara yang masih dianut oleh banyak orang untuk mendisiplinkan anak dalam konteks pendidikan.

6. Kebenaran melalui wahyu

Ajaran dan dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak.

7. Kebenaran secara intuitif

Diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau befikir.

8. Melalui jalan pikiran

Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Yang pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan.

9. Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pernyataan yang bersifat umum. Dalam berfiki induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris

yang ditangkap oleh indra. Kemudian disimpulkan ke dalam suatu konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu hal.

10. Deduksi

Deduksi adalah pembuat kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum ke khusus. Yang berarti, bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umum pada kelas tertentu, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi pada setiap yang termasuk dalam kelas itu.

11. Cara Ilmiah Memperoleh Pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*reseach methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (161-1626). Kemudian metode induktif ini dilanjutkan oleh Doebold Van Dallen. Akhirnya lahir suatu cara melakukan penelitian, yang dewasa ini kita kenal dengan metode penelitian ilmiah (*scientific reseach method*). (Notoatmodjo, 2011).

2.5.3 Tingkatan Pengetahuan

Menurut (Efendi & Makhfudli, 2012), pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*).

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di Pelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap suatu objek yang spesifik dari sebelum bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah di terima.

2. Memahami (*comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar tentang obyek yang dilakukan dengan menjelaskan, menyebutkan contoh dan lain-lain.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang sudah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya. Aplikasi disini diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam kontak atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan lain sebagainya.

5. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam satu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis ini suatu kemampuan untuk menyusun, dapat merencanakan, meringkas, menyesuaikan, terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek penilaian-penilaian itu berdasar suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.5.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

2.4.4.1 Faktor Internal

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat baik dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Manta yang dikutip (Notoatmodjo, 2011), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

2. Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.

3. Umur

Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.

Faktor Eksternal

1. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2. Sosial budaya

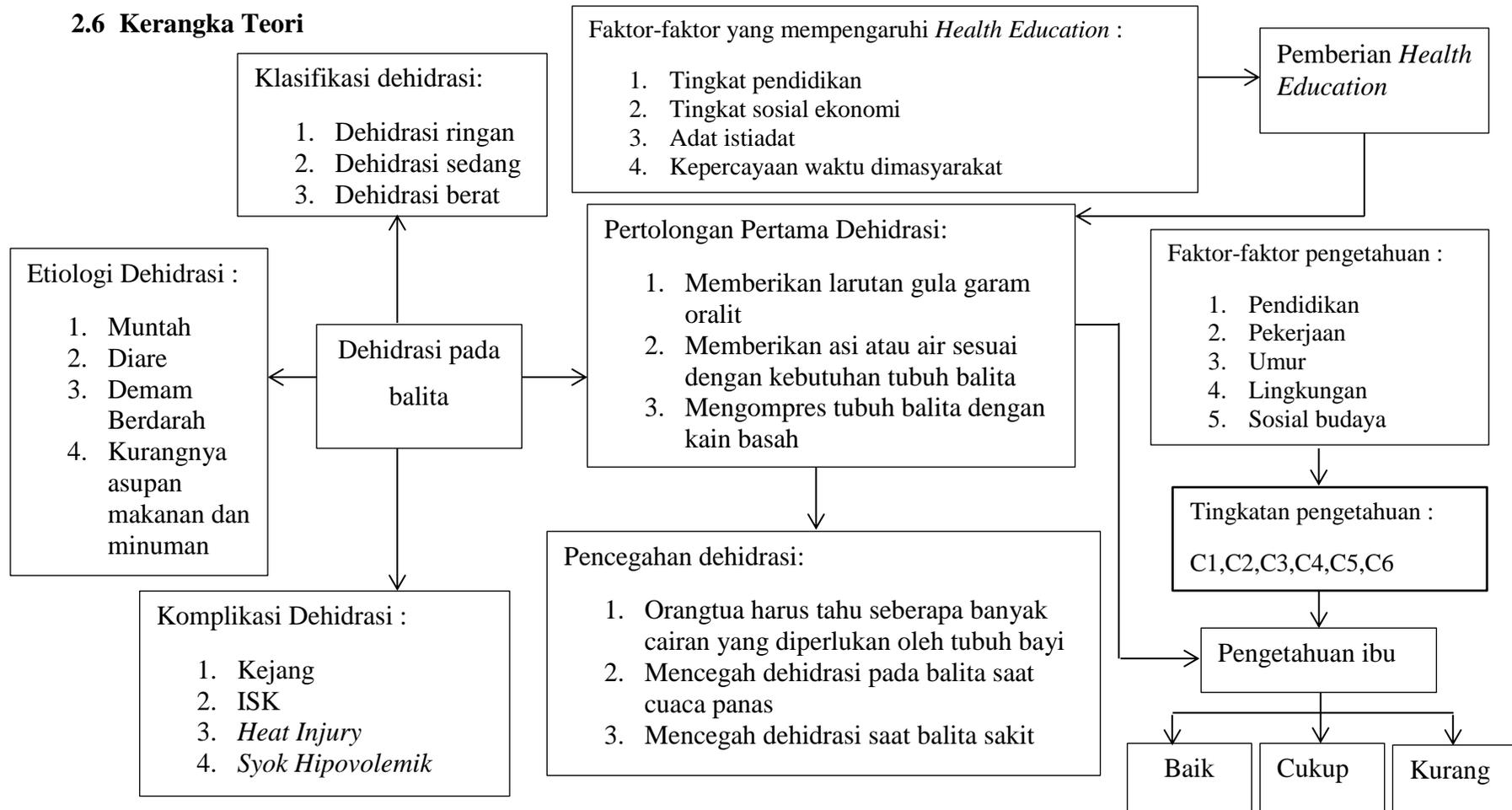
Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi. (Wawan, 2010)

2.5.5 Kriteria Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif menurut (Wawan, 2010) yaitu :

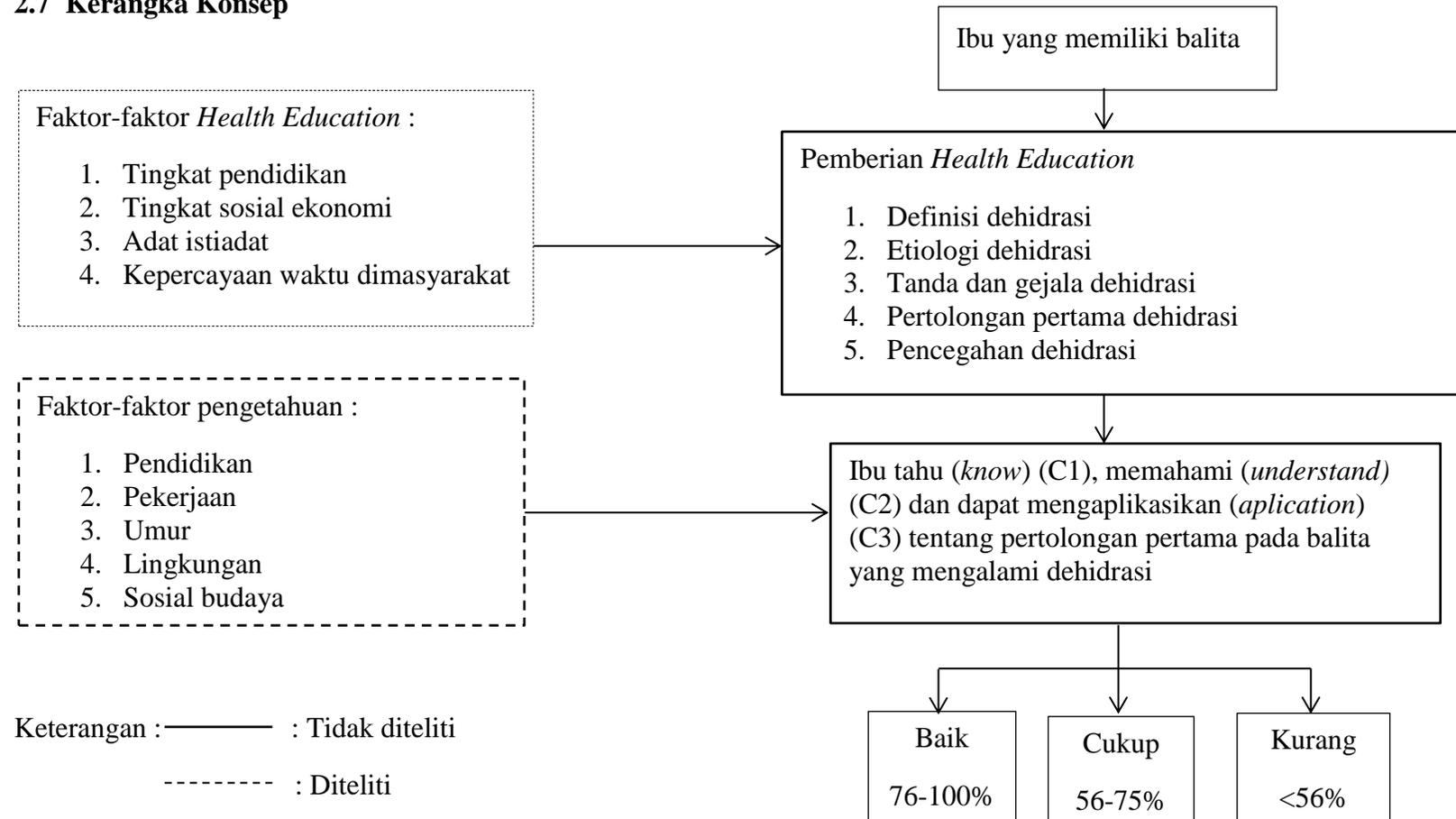
1. Baik : Hasil presentase 76%-100%
2. Cukup : Hasil presentase 56%-75%
3. Kurang : Hasil presentase <56%

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.2 : Kerangka Teori Pengaruh pemberian *health education* tentang pertolongan pertama balita dehidras terhadap pengetahuan ibu.

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 : Kerangka konsep pengaruh pemberian *Health Education* tentang pertolongan pertama pada balita yang mengalami dehidrasi terhadap pengetahuan ibu.

2.8 Telaah Jurnal

Tabel 2.1 Analisa PICO

No	Jurnal Terkait	Desain,Populasi, Sampel,Analysis	P (Masalah)	I (Intervensi)	C (Perbandingan)	O (Hasil)
1	Pengaruh <i>health education</i> terhadap pengetahuan dan sikap wanita dewasa tentang “sadari” dalam upaya deteksi dini Ca Mammae di Kediri. Authors : (Suhita, 2015)	Desain : Pre eksperimental one group pre test post test design. Populasi : wanita dewasa usia 18 - 60 tahun dengan jumlah 230 responden. Sampel : Accidental sampling didapatkan 99 responden. Analysis : Uji Regresi.	Kanker payudara menjadi membaik ketika ditemukan distadium awal,di negara maju, sebagian besar penderita datang dalam kondisi stadium dini, sebaliknya di Indonesia masih lebih dari 75% datang dalam kondisi stadium lanjut. Dari semua kasus tersebut, banyak penderita yang tidak mengetahui secara dini dari tanda-tanda Ca Mammae	Pada penelitian ini peneliti memberikan Health Education serta membagikan kuisiner sebelum dilakukannya Health Education dan sesudah dilakukan Health Education.	Tidak ada perbandingan pada penelitian ini	Berdasarkan hasil analisis regresi diketahui nilai F sebesar 16,321 dengan nilai P-Value sebesar 0,00 kurang dari nilai α , yang berarti ada pengaruh health education terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap wanita dewasa tentang SADARI dalam upaya deteksi dini Ca Mammae di Kediri.
2	Pengaruh pemberian <i>health education</i> tentang	Desain : one group pre test and post test design.	Ketidakpahaman masyarakat tentang cara pertolongan	Diberikan edukasi menggunakan leaflet,ceramah dan	Tidak ada pembanding dalam penelitian	Hasil penelitian menunjukkan nilai $\rho = 0,000$ dan $\alpha =$

	<p>pertolongan pertama pada kecelakaan terhadap pengetahuan masyarakat di Dusun Watesumpak Kecamatan Trowulan Kabupaten Mojokerto</p> <p>Authors : (Septi, 2018)</p>	<p>Populasi : seluruh masyarakat dusun Watesumpak yang rumahnya di pinggir jalan raya berusia 17-45 tahun sebanyak 460 responden.</p> <p>Sampel : Simple random sampling berjumlah 46 responden.</p> <p>Analysis : Uji statistic wilcoxon signed rank test.</p>	<p>pertama pada kecelakaan ini dapat berdampak pada korban kecelakaan yaitu memperburuk kondisi korban, menyebabkan kematian pada korban. situasi ini disebabkan karena tidak adanya pengetahuan yang dimiliki masyarakat tentang cara pertolongan pertama pada kecelakaan.</p>	<p>demonstrasi dan untuk pengetahuan menggunakan kuisisioner.</p>	<p>ini semua responden dilakukan intervensi yang sama.</p>	<p>0,05 sehingga $\rho < \alpha$, H1 diterima sehingga terdapat Pengaruh Pemberian Health Education Tentang Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan Terhadap Pengetahuan Masyarakat.</p>
3	<p>Pengaruh pendidikan kesehatan tentang bantuan hidup dasar (bhd) terhadap tingkat pengetahuan tenaga kesehatan dipuskesmas Wori kecamatan Wori kabupaten Minahasa Utara</p>	<p>Desain : One-Group Pre test-post test Design</p> <p>Populasi : Seluruh tenaga kesehatan di Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara yang berjumlah 58 orang.</p> <p>Sampel :</p>	<p>Tenaga kesehatan yang bertugas di daerah terpencil dan rawan bencana diharapkan memiliki pengetahuan tentang BHD. Namun masih banyak sebagian besar dokter dan perawat tidak mampu membedakan antara RJP untuk</p>	<p>Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Pengujian sebab akibat dengan cara</p>	<p>Tidak ada pembandingan</p>	<p>Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai P-value = 0,000 ($\alpha < 0,05$) yang berarti H0 ditolak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang</p>

	Authors : (Dahlan & Onibala, 2014)	purposive sampling didapatkan 50 responden Analysis : Uji statistik Wilcoxon Signed Rank test	orang dewasa dan anak serta siklus RJP dengan satu penolong atau dua penolong. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan adalah dengan pendidikan kesehatan.	membandingkan hasil pre-test dengan post test.		BHD terhadap tingkat pengetahuan tenaga kesehatan di Puskesmas Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara.
4	Hubungan pengetahun ibu dengan sikap dalam penanganan awal dehidrasi pada anak prasekolah di rw 12 desa jaya mekar Padalarang Authors : (Listianingsih et al., 2012)	Desain : Deskriptif cross sectional Populasi : ibu yang memiliki anak prasekolah usia 3-5 tahun berjumlah 64 responden Sampel : non probability didapatkan 64 responden Analysis : uji <i>chi square</i>	Studi pendahuluan yang peneliti lakukan dengan melakukan wawancara pada 10 ibu di RW 12 Desa Jaya Mekar, didapatkan hasil masih kurangnya pengetahuan ibu mengenai penanganan awal dehidrasi pada anak prasekolah dirumah.	Instrumen pengumpulan data menggunakan lembar angket dengan 25 pernyataan tertutup untuk pengetahuan dan 20 pernyataan tertutup untuk sikap.	Tidak ada pembanding, karena semua responden dilakukan intervensi yang sama	Hasil penelitian menunjukkan 34 (53.1%) orang memiliki pengetahuan baik, sedangkan 23 (35.9%) memiliki pengetahuan yang cukup dan 7 (10.9%) memiliki pengetahuan yang kurang, bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan sikap dalam

						penanganan awal dehidrasi pada anak prasekolah di RW 12 Desa Jaya Mekar dengan p-value: $0,002 < 0,05$.
5	Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang pemberian larutan gula garam dengan penanganan dehidrasi pada balita di Krajan II secang Magelang Author: (Pamungkas, 2014)	Desain : Cross-Sectional Populasi : semua ibu yang baru memiliki satu orang balita yang pernah mengalami dehidrasi berjumlah 132 jiwa Sampel : Random sampling sebanyak 31 orang Analysis : Korelasi kendall's tau	Penanganan dehidrasi yang paling utama yaitu pemberian terapi cairan oralit (gula garam), namun masih banyak ibu-ibu yang belum mengetahui bagaimana cara pemberian larutan oralit serta manfaatnya	Mendemonstrasikan cara membuat larutan oralit, dan responden mengisi lembar observasi dan lembar kuesioner	Tidak ada perbandingan, semua responden dilakukan intervensi yang sama	Ada hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang pemberian larutan garam dengan penanganan pada anak dehidrasi didesa Krajan II Secang Magelang, ditunjukkan dengan hasil kendalls tau diperoleh p-value $0,001 < 0,05$.
6	The effect of education giving on the parent's	Desain : quasy-experimental prepost	Orang tua anak dengan stunting selama ini berfokus	Tehnik dan alat yang digunakan dalam	Tidak ada perbandingan	Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh

	<p>behavior about growth stimulation in children with stunting</p> <p>Authors : (Hati & Pratiwi, 2019)</p>	<p>test with control group design</p> <p>Populasi : ibu dengan anak stunting berusia 1-3 tahun sebanyak 141 orang</p> <p>Sampel : Purposive sampling didapatkan 37 responden</p> <p>Analysis : Paired T-test</p>	<p>pada perawatan untuk mengembalikan pertumbuhan antropometrinya tetapi kurang mengetahui tentang upaya stimulasi yang perlu dilakukan.</p>	<p>pengumpulan data penelitian dengan menggunakan instrumen stimulasi tumbuh kembang KPSP dan kartu kembang anak. Lembar instrumen ini digunakan untuk mencatat perilaku orang tua. sebelum dan setelah diberikan informasi tentang stimulasi tumbuh kembang.</p>		<p>pemberian edukasi terhadap pemberian stimulasi tumbuh kembang anak orang tua anak dengan stunting dengan nilai signifikansi $p = 0,002$ ($p < 0,05$). Pemberian edukasi mempengaruhi pemberian stimulasi tumbuh kembang anak orang tua anak dengan stunting.</p>
7	<p>Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan ibu dalam penatalaksanaan awal dehidrasi balita di wilayah Kalongan,</p>	<p>Desain : Quasi experimental design</p> <p>Populasi : Ibu yang memiliki balita dengan rentang usia 6 bulan-5 tahun, sebanyak 60 responden</p>	<p>Dehidrasi adalah penyebab utama kedua kematian balita di seluruh dunia saat ini. Salah satu penyebab hal tersebut yaitu perilaku keluarga tentang perawatan balita yang dehidrasi masih sangat</p>	<p>Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan diberikan pendidikan kesehatan menggunakan poster.</p>	<p>Tidak ada pembandingan</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel pengetahuan pre test dengan nilai $p = 0,041$ dan pengetahuan dengan nilai p setelah memberikan</p>

	<p>Kecamatan Unggaran timur kabupaten Semarang</p> <p>Authors (Dimayanti et al., 2017)</p>	<p>Sampel : Consecutive sampling</p> <p>Analysis : Kolmogorof-smirnov, paired t-test</p>	<p>rendah di Indonesia, oleh karena itu sangat penting agar petugas kesehatan yang memberikan perawatan balita dehidrasi perlu menginformasikan dan melibatkan keluarga dalam tatalaksana dehidrasi dan memberitahukan kepada ibu/pengasuh balita cara melakukan tatalaksana dehidrasi di tingkat rumah tangga.</p>			<p>pendidikan kesehatan sebesar 0,000. Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan ibu dalam penatalaksanaan awal dehidrasi balita di wilayah Kalongan, Kecamatan Unggaran timur kabupaten Semarang.</p>
8	<p>Knowledge and assesment of parents on dehydration and its management in Lagos, Nigeria</p> <p>Author: (Jolaiya Tolu et al., 2016)</p>	<p>Desain : Deskriptif cross-sectional</p> <p>Populasi : 250 ibu yang memiliki balita</p> <p>Sampel : 200 responden</p> <p>Analysis : Uji chi-square</p>	<p>Masih banyak orang tua yang belum mengetahui bagaimana penanganan dehidrasi, karena jika dehidrasi tidak ditangani dengan tepat akan menyebabkan masalah yang serius</p>	<p>Responden mengisi kuesioner bagaimana penanganan dehidrasi pada balita</p>	<p>Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>Sebanyak 151 (75,5%) responden memiliki pemahaman tentang perawatan pertolongan pertama untuk anak-anak yang menderita dehidrasi. Implikasi dari 24,5% lainnya</p>

						yang tidak mengetahui pengobatan pertolongan pertama untuk dehidrasi.
9	Mother's knowledge attitudes and practices on preventing dehydration in juba, south sudan Author: (Puok et al., 2018)	Desain : cross-sectional Populasi : Sebanyak 410 yang memiliki balita Sampel : sampel diambil 4 tahap Analysis : EpiData versi 3.1 dan SPSS versi 20	Faktor sosial seperti pengetahuan ibu, sikap dan praktik (KAP) terkait pencegahan dehidrasi mempengaruhi kesehatan dan kelangsungan hidup anak. Pada tahun 2014 titik prevalensi dehidrasi adalah dua minggu di antara balita di Rubkona POCS, Negara Kesatuan diperkirakan mencapai 43,6%	Wawancara dijelaskan kepada responden, hampir semuanya adalah ibu (ibu di sini termasuk sangat sedikit pengasuh), dan persetujuan lisan diperoleh dari mereka. Data dikumpulkan oleh pengumpul data terlatih menggunakan kuesioner yang diterjemahkan ke dalam Nuer.	Tidak ada pembanding	Mayoritas (62%) memiliki pengetahuan rendah, (65,4%) memiliki sikap positif dan (57,8%) memiliki praktik buruk. Banyak ibu membutuhkan lebih banyak pengetahuan dan sikap serta praktik yang lebih baik untuk dapat mencegah dan mengelola dehidrasi anak-anak mereka.
10	Knowledge on home care management of dehydration	Desain : Deskriptif Populasi : 130 ibu yang memiliki	Di negara berkembang, penyakit diare tetap menjadi salah satu penyebab	Para ibu diwawancarai untuk 40 item kuesioner pilihan	Semua responden dilakukan intervensi yang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa, mayoritas (73%) ibu memiliki

	among mothers of under-five children Author: (Rajathi et al., 2018)	balita Sampel : Total sampling Analysis : Statistik deskriptif dan inferensial	utama kematian yang dapat dicegah terutama di kalangan anak-anak berusia di bawah lima tahun karena dehidrasi dan tertundanya manajemen penyakit ini. Sebagian besar episode diare dirawat di rumah oleh penyedia layanan kesehatan primer ibu	ganda. Data yang terkumpul dianalisis dengan statistik deskriptif dan inferensial	sama	pengetahuan yang tidak memadai tentang manajemen dan pencegahan dehidrasi. Program pengajaran dan intervensi pendidikan harus menjadi bagian penting dalam mempromosikan pengetahuan mereka untuk mengurangi kematian dan morbiditas terkait dehidrasi.
--	---	---	--	---	------	---