

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia terhadap objek yang diamati sehingga melalui proses tersebut terjadi peningkatan pengetahuan yang baru. Pengetahuan memiliki enam tingkatan mulai dari mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis dan menyintesis, mengevaluasi, hingga menciptakan (Martina Pakpahan, Adventina Delima Hutapea, 2020). Pengetahuan sangat berkaitan dengan pendidikan kesehatan, dimana Pendidikan Kesehatan merupakan suatu cara penunjang program-program kesehatan yang dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan dalam waktu yang pendek (Ribek, N.A and Mertha, 2017).

2.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018). Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

b. Media masa/ sumber informasi

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

c. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun social

e. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuanyang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

f. Umur

Semakin bertambah usia maka semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang di peroleh oleh seseorang, sehingga bisa meningkatkan kematangan mental dan intelektual. Usia seseorang yang lebih dewasa mempengaruhi tingkat kemampuan dalam berpikir dan menerima informasi yang semakin lebih baik dibandingkan dengan usia yang lebih muda. (Notoatmodjo, 2018).

2.1.3 Tingkat Pengetahuan

Menurut Masturoh and Anggita T (2018) pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat berbeda-beda. Secara garis besar dibagi 6 tingkatan pengetahuan yaitu:

a. Tahu (Know)

Pengetahuan yang dimiliki baru sebatas berupa mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya, sehingga tingkatan pengetahuan pada tahap ini merupakan tingkatan yang paling rendah. Kemampuan

pengetahuan pada tingkatan ini adalah seperti menguraikan, menyebutkan, mendefinisikan, dan menyatakan.

b. Memahami (Comprehension)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan tentang objek atau sesuatu dengan benar. Seseorang yang telah paham tentang pelajaran atau materi yang telah diberikan dapat menjelaskan, menyimpulkan dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya tersebut.

c. Aplikasi (Application)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini yaitu dapat mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya. Misalnya melakukan assembling (merakit) dokumen rekam medis atau melakukan kegiatan pelayanan pendaftaran.

d. Analisa (Analysis)

Kemampuan menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis yang dimiliki seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), memisahkan dan mengelompokkan, membedakan atau membandingkan. Contoh tahap ini adalah menganalisis dan membandingkan kelengkapan dokumen rekam medis menurut metode Huffman dan metode Hatta,

e. Sintesis (Synthesis)

Pengetahuan yang dimiliki adalah kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis ini seperti menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan. Contohnya membuat desain form rekam medis dan menyusun alur rawat jalan atau rawat inap.

f. Evaluasi (Evaluation)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dapat digambarkan sebagai proses merencanakan, memperoleh,

dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternative keputusan.

2.1.4 Pengukuran Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018) pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, kuantitatif atau kualitatif:

a. Peneliatian Kuantitatif

Pada umumnya mencari jawaban atas kejadian/fenomena yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, berapa lama, dan sebagainya, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket.

1) Wawancara tertutup dan wawancara terbuka

Wawancara tertutup dan wawancara terbuka, dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/ pengumpul data) kuisioner. Wawancara tertutup adalah wawancara dengan jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih jawaban yang dianggap mereka paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, yaitu pertanyaan – pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, dan responden boleh menjawab sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri.

2) Angket tertutup atau terbuka

Seperti halnya wawancara, angket juga dalam bentuk tertutup dan terbuka. Instrumen atau alat ukurnya seperti wawancara, hanya jawaban respondendisampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut “Self administered” atau metode mengisi sendiri.

b. Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab bagaimana suatu fenomenaitu terjadi atau mengapa terjadi. Misalnya penelitian kesehatan tentang demam berdarah di suatu komunitas tertentu. Penelitian kualitatif mencari jawaban mengapa di komunitas ini sering terjadi kasus demam

berdarah, dan mengapa masyarakat tidak mau melakukan 3M, dan sebagainya. Metode pengukuran pengetahuan dalam penelitian kualitatif antara lain:

1) Wawancara mendalam

Mengukur variabel pengetahuan dengan metode wawancara mendalam, adalah peneliti mengajukan suatu pertanyaan sebagai pembuka, yang akan membuat responden menjawab sebanyak-banyaknya dari pertanyaan tersebut. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan selanjutnya dan terus menerus sehingga diperoleh informasi dari responden dengan sejelas-jelasnya

2) Diskusi Kelompok Terfokus (DKT)

Diskusi kelompok terfokus atau “Focus group discussion” dalam menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam kelompok. Peneliti mengajukan pertanyaan yang akan memperoleh jawaban yang berbeda dari semua responden dalam kelompok tersebut. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus sebenarnya tidak terlalu banyak tetapi juga tidak terlalu sedikit antara 6-10 orang.

2.1.5 Kategori Pengetahuan

Menurut Masturoh and Anggita T (2018) Cara mengetahui persentase gambaran tingkat pengetahuan dapat dihitung dengan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100 \%$$

Keterangan :

P= Presentase hasil

F= Jumlah jawaban yang benar

N= Jumlah pertanyaan

Pengkategorian pengetahuan yang umum digunakan yaitu :

a. Pengetahuan Baik : 76% -100%

b. Pengetahuan Cukup : 56% - 75%

c. Pengetahuan Kurang : < 56

2.2 Konsep Balita

2.2.1 Definisi Balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun. 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.

Balita adalah anak yang telah menginjak usia diatas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak dibawah lima tahun atau bisa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 12-59 bulan. Para ahli menggolongkan usia balita sebagai tahapan perkembangan anak yang cukup rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit yang disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan asupan nutrisi jenis tertentu. Balita adalah anak usia 12 bulan sampai dengan 59 bulan. Masa ini adalah periode yang sangat penting bagi tumbuh kembangnya sehingga biasa disebut dengan golden period. Pada masa ini juga pertumbuhan dan perkembangan anak sangat pesat baik secara fisik, psikologi, mental, maupun sosialnya (Infodatin Anak Balita, 2015).

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Diare Pada Balita

- Tidak memadai penyediaan air
- Air tercemar oleh tinja
- Kekurangan sarana kebersihan
- Pembuangan tinja yang tidak hygenis
- Kebersihan perorangan dan lingkungan yang jelek
- Penyimpanan yang tidak semestinya Sander, (2015)

2.3 Konsep Diare

2.3.1 Definisi Diare

Diare merupakan gejala umum dari infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh berbagai macam patogen, termasuk bakteri, virus dan protozoa. Diare lebih umum terjadi di negara berkembang karena kurangnya air minum yang aman, sanitasi dan kebersihan, serta status gizi yang lebih buruk (Cairo et al., 2020). Diare adalah buang air besar encer/cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari.

Diare yang berlangsung lebih dari 3 kali dalam 24 jam dapat menyebabkan kehilangan cairan tubuh atau dehidrasi. Gejala ini manifestasi dari infeksi system gastrointestinal yang dapat disebabkan berbagai jenis bakteri, virus dan parasit. Infeksi ini dapat menyebar melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi maupun infeksi langsung antar manusia. Dampak akibat penyakit diare pada anak sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kehilangan cairan yang sering serta terganggunya proses absorpsi makanan dan zat nutrient yang dibutuhkan anak untuk pertumbuhan bahkan bisa mengakibatkan kematian pada anak (Ambarawati, Ratnasari and Purwandari, 2018).

2.3.2 Penyebab Diare

Penyebab diare menurut Ngastiyah (2014) antara lain :

1. Faktor infeksi
 - a) Infeksi eksternal : Makanan dan infeksi saluran pencernaan adalah penyebab utama diare pada anak kecil antara lain :
 - b) Infeksi bakteri : *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Sampylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, dll.
 - c) Infeksi virus : enterovirus, adenovirus, astrovirus, dll.
 - d) Infeksi parasit : cacing (cacing gelang, *thrurchuris*, *cyuris*, *strongyloides*), protozoa dan jamur.
2. Faktor malabsorpsi

Faktor buruk Malabsorpsi karbohidrat disakarida (laktosa, maltosa dan intoleransi sukrosa) dan monosakarida (glukosa, fruktosa dan intoleransi galaktosa). Sering terjadi pada bayi dan anak (intoleransi laktosa).

- a) Malabsorpsi lemak/gangguan penyerapan lemak
 - b) Malabsorpsi protein/gangguan penyerapan protein
3. Faktor makanan : makanan basi, beracun, alergi, sensitif kepada makanan
 4. Faktor psikologis : ketakutan dan kecemasan (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar).

2.3.3 Tanda Dan Gejala Diare

Tanda dan gejala awal diare ditandai dengan keluhan, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan menurun, dan feses cair (lendir dan kemungkinan diare disertai darah, lepuh anal, dehidrasi (ketika dehidrasi parah, volume darah berkurang, denyut nadi cepat, denyut jantung cepat, tekanan darah menurun, dan penurunan kondisi berakhir dengan syok), penurunan berat badan, pengurangan pembengkakan kulit, mata dan mahkota gigi cekung, mulut dan kulit kering (Octa et al, 2014).

2.3.4 Dampak Diare

Menurut ARN Rohmah (2019). Diare memiliki banyak konsekuensi, termasuk akut dan kronis:

1. Kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) dapat menyebabkan gangguan asam basa (asidosis metabolik, hipokalemia, dll).

Mekanisme kekurangan cairan pada diare dapat disebabkan oleh :

- a) Ekskresi berlebihan di usus disebabkan oleh tekanan osmotik yang berlebihan di lumen usus yang menyebabkan sekresi berlebihan dari mukosa usus atau difusi cairan tubuh.
- b) Asupan cairan yang tidak cukup disebabkan oleh muntah, anoreksia, diet terbatas, pengeluaran cairan tubuh yang berlebihan (demam atau sesak napas).

2. Gangguan nutrisi

Gangguan nutrisi pada diare dapat disebabkan oleh:

- a) Asupan makanan yang tidak mencukupi
- b) Gangguan penyerapan makanan/malabsorpsi
- c) Katabolisme
- d) Kerugian langsung

3. Perubahan ekologi dan ketahanan usus

Terjadinya diare biasanya disertai dengan kerusakan pada mukosa usus, yang dapat mengakibatkan gangguan pencernaan akibat penipisan enzim.

2.3.5 Pencegahan Diare

Pencegahan diare menurut pedoman tatalaksana Diare Kemenkes RI, (2015) adalah sebagai berikut:

a. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif mempunyai khasiat preventif secara imunologik dengan adanya antibodi dan zat-zat lain yang dikandungnya. ASI eksklusif diberikan pada umur 0-6 bulan. ASI eksklusif turut memberikan perlindungan terhadap diare pada bayi yang baru lahir. Kolostrum mengandung zat antibodi yang berguna bagi daya tahan tubuh bayi. Pemberian ASI eksklusif mempunyai daya lindung 4 kali lebih besar terhadap diare daripada pemberian ASI yang disertai dengan susu botol. Flora usus pada bayi-bayi yang disusui mencegah tumbuhnya bakteri penyebab diare (Kemenkes RI, 2015).

b. Pemberian Makanan Pendamping ASI

Makanan pendamping ASI diberikan setelah bayi usia 4-6 bulan. Berikan makanan yang bergizi, bersih dan aman untuk mulai menyapih. Pada usia 6-9 bulan bayi mulai diberikan makanan pendamping ASI berupa makanan lumat 2 kali sehari (bubur, sayur dan buah yang dicincang halus). Anak berusia 9-12 bulan mulai dikenalkan dengan makanan lembek (nasi tim, nasi lembek). Anak berusia 12-24 bulan anak dikenalkan dengan makanan

keluarga yang lunak dengan porsi setengah makanan orang dewasa setiap kali makan.

c. Menggunakan air bersih yang cukup

Sebagian besar kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui jalur fecal-oral mereka dapat ditularkan dengan memasukkan kedalam mulut, cairan atau benda yang tercemar dengan tinja misalnya air minum, jari-jari tangan, makanan yang disiapkan dalam panci yang dicuci dengan air tercemar. Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air yang benar-benar bersih mempunyai risiko menderita diare lebih kecil dibandingkan dengan masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih. Masyarakat dapat mengurangi risiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air yang bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanan di rumah. Sumber air bersih yaitu air yang tidak berwarna, tidak berbau, dan tidak berasa. Mengambil dan menyimpan air dalam tempat yang bersih dan tertutup. Memelihara atau menjaga sumber air dari pencemaran oleh binatang, anak-anak, dan sumber pengotoran. Jarak antara sumber air minum dengan sumber pengotoran seperti septictank, tempat pembuangan sampah dan air limbah lebih dari 10 meter. Minum menggunakan air yang direbus dan mencuci semua peralatan masak dan makan dengan air yang bersih dan cukup (Kemenkes RI, 2015).

d. Mencuci tangan

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makanan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare (Kemenkes RI, 2015).

e. Kebersihan jamban

Toilet dan pembuangan tinja yang digunakan harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Tidak mengotori permukaan tanah di sekitarnya

- 2) Tidak mengotori air permukaan di sekitarnya
 - 3) Tidak mengotori air dalam tanah di sekitarnya
 - 4) Kotoran tidak boleh terbuka sehingga dapat dipakai tempat lalat bertelur atau perkembangbiakan vector penyakit lainnya
 - 5) Tidak menimbulkan bau
 - 6) Mudah dipelihara
- f. Membuang tinja bayi dengan benar
- Tinja penderita atau orang sehat yang mengandung kuman bila mengeluarkan tinja akan mencemari lingkungan terutama air, untuk itu sebaiknya membuang tinja terutama tinja bayi di jamban.
- g. Imunisasi sesuai usia balita.
- Balita yang telah mendapatkan status imunisasi dasar lengkap dapat mencegah timbulnya penyakit. Penyakit diare sering timbul menyertai campak sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare oleh karena itu beri anak imunisasi campak segera setelah berumur 9 bulan.

2.3.6 Cara Penanganan Diare

Berdasarkan Ngastiyah,2015. Penanganan diare pada anak dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Rehidrasi : jenis rehidrasi, cara rehidrasi, dan dosis. Mengisi kembali cairan dan elektrolit yang hilang
2. Dietik (cara memberi makan)
 - a. Susu (ASI atau susu formula yang mengandung rendah laktosa dan asam lemak tak jenuh,seperti LLM, Almiron,dll.)
 - b. Makanan setengah padat (bubur) dan makanan padat (nasi)
 - c. Susu khusus yang disesuaikan dengan anomali yang ditemukan
3. Obat-obatan (obat antisekresi,obat spasmodik,antibiotik)
 - a. Berikan obat antisekresi
 - b. Berikan obat spasmodik
 - c. Berikan obat antibiotik

Rencana Terapi A : Penanganan Diare di Rumah

1. Beri cairan tambahan (sebanyak anak mau) jelaskan pada ibu:

- Beri ASI lebih dan lebih lama pada setiap kali pemberian
- Jika anak memperoleh ASI eksklusif, berikan oralit atau air matang sebagai tambahan
- Jika anak tidak memperoleh ASI eksklusif, berikan 1 atau lebih cairan berikut: oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin) atau air matang.

Anak harus diberikan larutan oralit dirumah, jika:

- Anak telah diobati dengan rencana terapi B atau C dalam kunjungan ini
- Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diarenya bertambah parah

Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit

Beri ibu 6 bungkus oralit untuk diberikan dirumah

Tunjukkan kepada ibu berapa banyak harus memberikan oralit/cairan lain yang harus diberikan setiap kali anak buang air besar.

- Sampai umur 1 tahun : 50 – 100 ml setiap kali buang air besar
- Umur 1 sampai 5 tahun : 100 – 200 ml setiap kali buang air besar Katakan kepada ibu :
- Agar meminumkan sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk/cangkir/gelas
- Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian berikan lebih lambat
- Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti

2. Beri tablet Zinc selama 10 hari (kecuali pada bayi muda)

3. Lanjutkan pemberian makan

4. Kapan harus kembali

Rencana Terapi B : Penanganan Dehidrasi Ringan/Sedang dengan Oralit

Tabel 2.1

Pemberian cairan pada Dehidrasi Ringan dan Sedang

Umur	≤ 4 bulan	4-<12 bulan	1-<2 tahun	2-<5 tahun
Berat Badan	< 6 kg	6- < 10 kg	10-<12 kg	12-19 kg
Jumlah Cairan	200-400	400-700	700-900	900-1400

Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama

Jumlah oralit yang diperlukan = berat badan (dalam kg) x 75 ml Digunakan

UMUR hanya bila berat badan anak tidak diketahui.

- Jika anak menginginkan, boleh diberikan lebih banyak dari pedoman diatas.
- Untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusui, berikan juga 100-200 ml air matang selama periode ini.

Tunjukkan cara memberikan larutan oralit

- Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/mangkuk/gelas
- Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian berikan lagi lebih lambat
- Lanjutkan ASI selama anak mau
- Bila kelopak mata bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI

Berikan tablet Zinc selama 10 hari Setelah 3 jam :

- Ulangi penilaian dan klasifikasikan kembali derajat dehidrasinya
- Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan
- Mulailah memberi makan anak

Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai :

- Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah
- Tunjukkan berapa banyak oralit yang harus diberikan di rumah untuk

menyelesaikan 3 jam pengobatan

- Beri oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi sesuai yang dianjurkan dalam rencana terapi A
- Jelaskan 4 aturan perawatan diare di rumah :

1. Beri cairan tambahan
2. Beri tablet Zinc selama 10 hari
3. Lanjutkan pemberian makanan
4. Kapan harus kembali

Rencana Terapi C : Penanganan untuk Diare dan Melanjutkan Pemberian Makan/ASI

- Berikan cairan intravena secepatnya. Jika anak bisa minum, beri oralit melalui mulut sementara infus dipersiapkan. Beri 100 ml/kg cairan Ringer Laktat (gunakan cairan NaCl) yang dibagi sebagai berikut:

Tabel 2.2

Pemberian cairan pada Dehidrasi Berat di sarana kesehatan

Umur	Pemberian pertama 30ml /kg selama :	Pemberian selanjutnya ml/kg selama :
Bayi (<12 bulan)	1 jam	5 jam
Anak (12 bulan-5 tahun)	30 menit	2 ½ jam

- Periksa kembali anak setiap 15-30 menit. Jika nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat.
- Beri oralit (kira-kira 5 ml/kg/jam) segera setelah anak mau minum. Biasanya sesudah 3-4 jam (pada bayi) atau sesudah 1-2 jam (pada anak) dan beri juga tablet Zinc.
- Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasikan

dehidrasi dan pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.

- RUJUK SEGERA untuk pengobatan intravena.
- Jika anak bisa minum, bekali ibu larutan oralit dan tunjukkan cara meminumkan pada anaknya sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan.
- Mulailah melakukan rehidrasi dengan oralit melalui orogastrik atau mulut. Beri 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/Kg).
- Periksa kembali anak 1-2 jam :

1. Jika anak muntah terus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat.
2. Jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena.

- Sesudah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasikan dehidrasi.

Pemberian Tablet Zinc untuk semua penderita Diare

- Pastikan semua anak yang menderita diare mendapat tablet Zinc sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan.
- Dosis tablet Zinc (1 tablet = 20 mg) Berikan dosis tunggal selama 10 hari

1. Umur < 6 bulan : ½ tablet/hari

2. Umur ≥ 6 bulan : 1 tablet/hari

- Cara pemberian tablet Zinc :

1. Larutkan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut ± 30 detik), segera berikan kepada anak.
2. Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet Zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.
3. Ingatkan ibu untuk memberikan tablet Zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti.

4. Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetap berikan tablet Zinc segera setelah anak bisa minum dan makan (Manajemen Terpadu Balita Sakit, 2015)

2.4 Kerangka Konseptual

Bagan 2.1

Kerangka Konseptual

