

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Balita

1. Definisi

Balita merupakan anak usia dibawah 5 tahun. Hal ini juga termasuk golongan bayi dimana usia 0-1 tahun juga termasuk dari ke dalam golongan usia ini (Potter & Perry, 2015).

Balita adalah golongan usia anak antara 1-5 tahun dimana merupakan golongan yang paling rawan karena pada masa ini perkembangan otak terjadi sangat pesat sehingga sering disebut perkembangan emas (Maryunani, 2016).

Balita merupakan tingkat perkembangan anak sebelum usia sekolah yang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan memiliki rasa keingintahuan yang besar terhadap lingkungan sekitar. Hal ini ditandai dengan banyaknya pertanyaan yang diajukan mereka. Rasa ingin tahu tersebut memberikan kesempatan kepada anak dalam belajar mengenal sesuatu (Hurlock, 2017).

2. Penggolongan Balita

Anak usia balita di bagi menjadi 2 golongan yaitu:

- a. Usia 1- 3 tahun dinamakan usia *toodler*.
- b. Usia 3-5 tahun di namakan anak usia pra sekolah, dimana usia-usia tersebut merupakan masa keemasan (Potter & Perry, 2015).

3. Tahap Perkembangan Balita

Perkembangan di masa *toddler* anak akan semakin mandiri dan kognitif yang mulai meningkat. Anak semakin menyadari kemampuannya untuk melakukan kendali dan puas dengan hasil yang di capai melalui ketrampilan yang baru tersebut, keberhasilan yang didapat akan membuat mereka mengulanginya dan mulai mengendalikan lingkungan mereka (Hurlock, 2017).

Perkembangan motorik mulai berkembang cepat anak akan mulai bisa melakukan perawatan diri seperti makan, memakai baju, dan kegiatan toilet. Keterampilan motorik lainnya juga mencakup berlari, melompat, berdiri pada satu kaki dalam beberapa detik dan menendang bola. Sebagian besar dapat mengendarai sepeda roda tiga, memanjat tangga dan berlari cepat beusia 3 tahun (Potter & Perry, 2015).

4. Faktor yang Berpengaruh Terhadap Tumbuh Kembang Balita

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak, yaitu :

- a. Faktor sebelum lahir, misalnya kekurangan nutrisi pada ibu dan janin.
- b. Faktor ketika lahir, misalnya pendarahan pada kepala bayi yang dikarenakan tekanan dari dinding rahim ibu sewaktu ia dilahirkan.
- c. Faktor sesudah lahir, misalnya infeksi pada otak dan selaput otak.
- d. Faktor psikologis, misalnya dititipkan dalam panti asuhan sehingga kurang mendapatkan perhatian dan cinta kasih (Maryunani, 2016).

Faktor yang mempengaruhi perkembangan anak, yaitu :

- a. Faktor warisan sejak lahir

- b. Faktor lingkungan yang menguntungkan atau yang merugikan.
- c. Kematangan fungsi-fungsi organik dan psikis (Hurlock, 2017).

B. Kejang Demam

1. Definisi

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi karena peningkatan suhu tubuh dengan cepat hingga $>38^{\circ}\text{C}$, dan kenaikan suhu tersebut diakibatkan oleh proses ekstrakranial. Perlu diperhatikan bahwa demam harus terjadi mendahului kejang. Umumnya terjadi pada anak usia 6 bulan sampai dengan 5 tahun, puncaknya pada usia 14- 18 bulan (Tanto, 2014).

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh yang melebihi dari 38°C . Kejang demam terjadi akibat proses intrakranial maupun ekstrakranial. Terjadi pada populasi anak usia 6 bulan sampai dengan 5 tahun, dan paling sering terjadi pada usia 17-23 bulan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami kenaikan suhu tubuh (suhu di atas 38°C , dengan metode pengukuran suhu apa pun) yang tidak disebabkan oleh proses intrakranial (Ismael et al., 2016).

2. Etiologi

Kejang terjadi akibat lepas muatan paroksimal yang berlebihan dari suatu populasi neuron yang sangat mudah terpicu sehingga mengganggu fungsi normal otak dan juga dapat terjadi karena keseimbangan asam basa

atau elektrolit yang terganggu. Kejang itu sendiri dapat juga menjadi manifestasi dari suatu penyakit yang membahayakan. Kejang demam disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat yang berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Umumnya berlangsung singkat, dan mungkin terdapat predisposisi familial. Beberapa kejadian kejang dapat berlanjut melewati masa anak-anak dan mungkin dapat mengalami kejang non demam pada kehidupan selanjutnya (Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Faktor Risiko Kejang Demam

Beberapa faktor resiko berulangnya kejang yaitu:

- a. Riwayat kejang dalam keluarga. Kejang demam juga diturunkan secara genetik, namun pewarisan genetik masih belum diketahui pastinya. Berdasarkan beberapa studi penelitian membuktikan bahwa terdapat keterkaitan dengan lokus kromosom, seperti 19p dan 8q13-2 dengan terjadinya bangkitan kejang. Berdasarkan studi lain, kejang demam diwariskan melalui pola pewarisan autosomal dominan.
- b. Usia kurang dari 18 bulan.
- c. Tingginya suhu badan sebelum kejang, makin tinggi suhu sebelum kejang demam, semakin kecil kemungkinan kejang demam akan berulang.
- d. Lamanya demam sebelum kejang semakin pendek jarak antara mulainya demam dengan kejang, maka semakin besar resiko kejang demam berulang.

- e. Demam yang memicu kejang berasal dari proses ekstrakranial. Paling sering disebabkan karena infeksi saluran nafas akut, otitis media akut, roseola, infeksi saluran kemih, dan infeksi saluran cerna (Tanto, 2014).

4. Klasifikasi

Secara klinis, klasifikasi kejang demam dibagi menjadi dua, yaitu kejang demam simpleks/ sederhana dan kompleks. Keduanya memiliki perbedaan prognosis dan kemungkinan rekurensi.

a. Kejang demam simpleks

- 1) Kejang umum tonik, klonik, atau tonik-klinik anak dapat terlihat mengantuk setelah kejang.
- 2) Berlangsung singkat < 15 menit.
- 3) Tidak berulang dalam 24 jam.
- 4) Tanpa kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang.
- 5) Kejang demam simpleks paling banyak ditemukan dan memiliki prognosis baik.

b. Kejang demam kompleks

- 1) Kejang fokal/parsial, atau kejang fokal mejadi umum.
- 2) Berlangsung >15 menit.
- 3) Berulang dalam 24 jam.
- 4) Ada kelainan neurologis sebelum atau sesudah kejang.
- 5) Kejang demam kompleks memiliki resiko lebih tinggi terjadinya kejang demam berulang dan epilepsi dikemudian hari (Tanto, 2014).

5. Manifestasi Klinis

Gejala umum:

- a. Kejang umum biasanya diawali dengan kejang tonik kemudian klonik berlangsung 10-15 menit atau lebih.
- b. Takikardi, pada bayi frekuensi sering di atas 150-200 per menit.
- c. Pulsasi arteri melemah dan tekanan nadi mengecil sebagai akibat menurunnya curah jantung.
- d. Gejala bendungan sistem vena, hepatomegali, dan peningkatan tekanan vena jugularis.

Gejala kejang demam sesuai klasifikasi parsial:

- a. Kejang sederhana

Dapat bersifat motorik (gerakan abnormal unilateral), sensorik (merasakan, membaul, mendengar, sesuatu yang abnormal), otomatis (takikardia, bradikardia, takipneu, kemerahan, rasa tidak enak di epigastrium), psikik (disfagia, gangguan daya ingat), biasanya berlangsung <1 menit.

- b. Kejang kompleks

Gejala motorik, gejala sensorik, otomatisme (mengecap-ngecapkan bibir, mengunyah, menarik-narik baju), biasanya berlangsung 1-3 menit.

Gejala kejang demam sesuai klasifikasi generalisata:

- a. Tonik-klonik

Spasme tonik-klonik, inkontinensia urin dan alvi, menggigit lidah.

b. *Absence*

Sering salah didiagnosis melamun, menatap kosong, kelopak mata bergetar, atau berkedip secara cepat, tonus postural tidak hilang, berlangsung beberapa detik.

c. *Mioklonik*

Kontraksi mirip syok mendadak yang terbatas di beberapa otot atau tungkai, cenderung singkat.

d. *Atonik*

Hilangnya secara mendadak tonus otot disertai lenyapnya postur tubuh (*drop attacks*).

e. *Klonik*

Hilangnya secara mendadak tonus otot disertai lenyapnya postur tubuh (*drop attacks*).

f. *Tonik*

Peningkatan mendadak tonus otot (menjadi kaku, kontraksi) wajah dan tubuh bagian atas; fleksi lengan dan ekstensi tungkai, dapat menyebabkan henti nafas, mata kepala berputar ke satu sisi (Nurarif & Kusuma, 2015).

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif (2015) pemeriksaan penunjang pada kejang demam yaitu

- a. Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan berarti.
- b. Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Indikasi lumbal pungsi pada pasien dengan kejang demam meliputi :
 - 1) Bayi kurang dari 12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas.
 - 2) Bayi antara 12 bulan dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali bukan meningitis.
- c. Pemeriksaan *Elektroensefalogram* (EEG) dapat dilakukan pada kejan demam yang tidak khas.
- d. Pemeriksaan foto kepala, *computerized tomography* CT-scan, dan/atau tidak dianjurkan pada anak tanpa ada kelainan *neurologist* karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal (Nurarif & Kusuma, 2015).

7. Efek Fisiologis Kejang Demam

- a. Kurang dari 15 menit
 - 1) Meningkatnya kecepatan denyut jantung
 - 2) Meningkatnya tekanan darah
 - 3) Meningkatnya kadar glukosa
 - 4) Meningkatnya suhu pusat tubuh

5) Meningkatnya sel darah putih

b. Lanjut (15-30 menit)

- 1) Menurunnya tekanan darah
- 2) Menurunnya kadar gula darah
- 3) Disritmia
- 4) Edema paru non jantung

c. Berkepanjangan (> 1 jam)

- 1) Hipotensi disertai berkurangnya aliran darah serebrum sehingga terjadi hipotensi cerebrum.
- 2) Gangguan sawar darah otak yang mengakibatkan edema cerebrum.

(Nurarif & Kusuma, 2015).

8. Komplikasi

a. Kecacatan atau kelainan neurologis

Prognosis kejang demam secara umum sangat baik. Kejadian kecacatan sebagai komplikasi kejang demam tidak pernah dilaporkan. Perkembangan mental dan neurologis umumnya tetap normal pada pasien yang sebelumnya normal. Kelainan neurologis dapat terjadi pada kasus kejang lama atau kejang berulang, baik umum maupun fokal. Suatu studi melaporkan terdapat gangguan recognition memory pada anak yang mengalami kejang lama. Hal tersebut menegaskan pentingnya terminasi kejang demam yang berpotensi menjadi kejang lama.

b. Kemungkinan berulangnya kejang demam

Kejang demam akan berulang kembali pada sebagian kasus. Faktor risiko berulangnya kejang demam adalah:

- 1) Riwayat kejang demam atau epilepsi dalam keluarga.
- 2) Usia kurang dari 12 bulan.
- 3) Suhu tubuh kurang dari 39 derajat Celsius saat kejang.
- 4) Interval waktu yang singkat antara awitan demam dengan terjadinya kejang.
- 5) Apabila kejang demam pertama merupakan kejang demam kompleks.
- 6) Bila seluruh faktor tersebut di atas ada, kemungkinan berulangnya kejang demam adalah 80%, sedangkan bila tidak terdapat faktor tersebut UKK Neurologi Ikatan Dokter Anak Indonesia kemungkinan berulangnya kejang demam hanya 10-15%. Kemungkinan berulangnya kejang demam paling besar pada tahun pertama.

c. Faktor risiko terjadinya epilepsi

Faktor risiko menjadi epilepsi di kemudian hari adalah:

- 1) Terdapat kelainan neurologis atau perkembangan yang jelas sebelum kejang demam pertama.
- 2) Kejang demam kompleks.
- 3) Riwayat epilepsi pada orangtua atau saudara kandung.
- 4) Kejang demam sederhana yang berulang.
- 5) Episode atau lebih dalam satu tahun. Masing-masing faktor risiko meningkatkan kemungkinan kejadian epilepsi sampai 4-6%, kombinasi dari faktor risiko tersebut akan meningkatkan

kemungkinan epilepsi menjadi 10-49%. Kemungkinan menjadi epilepsi tidak dapat dicegah dengan pemberian obat rumatan pada kejang demam.

d. Kematian

Kematian langsung karena kejang demam tidak pernah dilaporkan. Angka kematian pada kelompok anak yang mengalami kejang demam sederhana dengan perkembangan normal dilaporkan sama dengan populasi umum.

(Ismael et al., 2016).

9. Tindakan Pencegahan Kejang Demam

a. Saat Demam

1) Pemantauan Suhu

Suhu tubuh sangat dipengaruhi oleh metabolisme tubuh dan aliran darah, dan hasil pengukuran akan sangat berbeda sesuai tempat pengukuran. Pengukuran suhu tubuh secara umum dilakukan di rektal, oral, aksila, dan membran timpani (Kurnia, 2020).

2) Tirah Baring

Terapi fisik lain dapat berupa tirah baring. Aktivitas tinggi dapat meningkatkan suhu tubuh anak dengan atau tanpa demam. Walaupun demikian, pergerakan anak yang demam selama aktivitas normal tidak cukup menyebabkan demam. Memaksakan anak demam untuk tirah baring terbukti kurang efektif, menimbulkan ketidaknyamanan dan mengganggu secara psikologis. Suatu penelitian kontrol-kasus 1082

anak demam mendapatkan bahwa tirah baring tidak menurunkan suhu secara signifikan. Upaya mengurangi penggunaan pakaian ataupun memberi pakaian secara berlebihan pada anak demam juga tidak dianjurkan (Kurnia, 2020).

3) Kompres hangat saat demam

Terapi fisik seperti tepid sponge atau kompres air hangat kuku ($32-35^{\circ}\text{C}$) merupakan kompres dengan air suam kuku di lipat ketiak dan lipat selangkangan selama 10-15 menit, akan membantu menurunkan panas dengan cara panas keluar lewat pori-pori kulit melalui proses penguapan. Kompres hanya efektif dalam 15-30 menit pertama. Kompres tidak dianjurkan sebagai terapi utama karena hanya menurunkan panas melalui evaporasi dari permukaan tubuh, tetapi tidak memberi efek pada pusat termoregulasi. Kompres alkohol tidak direkomendasikan karena ada beberapa kasus penyerapan sistemik alkohol. Kompres dingin juga tidak direkomendasikan karena dapat meningkatkan pusat pengatur suhu hipotalamus, mengakibatkan badan menggigil sehingga menaikkan suhu tubuh. Kompres dingin mengakibatkan vasokonstriksi, yang pada akhirnya akan meningkatkan suhu tubuh. Selain itu, tindakan ini dapat membuat anak merasa tidak nyaman (Kurnia, 2020).

4) Pemberian antipiretik

Pemberian antipiretik saat demam belum terbukti mengurangi risiko terjadinya kejang demam (level of evidence 1, derajat

rekomendasi A). Meskipun demikian, dokter neurologi anak di Indonesia sepakat bahwa antipiretik tetap dapat diberikan dalam upaya mengurangi risiko tersebut. Dosis parasetamol yang digunakan adalah 10-15 mg/kg/kali diberikan tiap 4-6 jam. Dosis ibuprofen 5-10 mg/kg/kali, 3-4 kali sehari (Ismael et al., 2016).

b. Saat Mengalami Kejang

- 1) Tetap tenang dan tidak panik.
- 2) Longgarkan pakaian yang ketat terutama di sekitar leher.
- 3) Bila anak tidak sadar, posisikan anak miring.
- 4) Bila terdapat muntah, bersihkan muntahan atau lendir di mulut atau hidung.
- 5) Walaupun terdapat kemungkinan (yang sesungguhnya sangat kecil) lidah tergigit, jangan memasukkan sesuatu kedalam mulut.
- 6) Ukur suhu dengan termometer, observasi, dan catat bentuk dan lama kejang.
- 7) Tetap bersama anak selama dan sesudah kejang.
- 8) Berikan diazepam rektal bila kejang masih berlangsung lebih dari 5 menit. Jangan berikan bila kejang telah berhenti. Diazepam rektal hanya boleh diberikan satu kali oleh orangtua.
- 9) Bawa ke dokter atau rumah sakit bila kejang berlangsung 5 menit atau lebih, suhu tubuh lebih dari 40°C, kejang tidak berhenti dengan diazepam rektal, kejang fokal, setelah kejang anak tidak sadar, atau terdapat kelumpuhan.

(Ismael et al., 2016).

10. Penatalaksanaan

Menurut Nurarif (2015) dalam tujuannya pengobatan kejang adalah untuk menghentikan kejang sehingga efek pernafasan dan hemodinamik dapat diminimalkan.

a. Pengobatan saat terjadi kejang

- 1) Pemberian *Diazepam Supositoria* pada saat kejang sangat efektif dalam menghentikan kejang. Dosis pemberian : 5 mg untuk anak kurang dari 3 tahun atau dosis 7,5 mg untuk anak kurang dari 3 tahun, 5 mg untuk BB kurang dari 10 kg dan 10 mg untuk anak dengan BB kurang dari 10 kg.
- 2) *Diazepam intravena* juga dapat diberikan dengan dosis sebesar 0,2-0,5 mg/kgBB. Pemberian secara perlahan-lahan dengan kecepatan 0,5-1 mg per menit untuk menghindari depresi pernafasan. Bila kejang berhenti sebelum obat habis, hentikan penyuntikan. *Diazepam* dapat diberikan 2 kali dengan jarak 5 menit bila anak masih kejang. *Diazepam* tidak dianjurkan diberikan per *intra-muscular* IM karena tidak diabsorpsi dengan baik.
- 3) Bila tetap masih kejang, berikan *fenitoin* per IV sebanyak 15 mg/kgBB perlahan-lahan. Kejang yang berlanjut dapat diberikan *fenobarbital* 50 mg IM dan pasang ventilator bila perlu.

b. Setelah kejang berhenti

Bila kejang berhenti dan tidak berlanjut, pengobatan cukup dilakukan dengan pengobatan intermitten yang berikan pada anak demam untuk mencegah terjadinya kejang demam. Obat yang diberikan berupa :

1) Antipiretik

Parasetamol atau *asetaminofen* 10-15 mg/kgBB/kali diberikan 4 kali atau tiap 6 jam. Berikan dosis rendah, pertimbangkan efek samping berupa *hyperhidrosis*. *Ibuprofen* 10 mg/kgBB/kali diberikan 3 kali.

2) Antikonvulsan

Berikan *diazepam* oral dosis 0,3-0,5 mg/kgBB setiap 8 jam pada saat demam menurunkan resiko berulangnya kejang. Atau *diazepam* rektal dosis 0,5 mg/kgBB/hari sebanyak 3 kali perhari.

c. Bila kejang berulang

Berikan obat rumatan dengan *fenobarbital* atau *asam valproate* dengan dosis *asam valproate* 15-40 mg/kgBB/hari dibagi 2-3 dosis, sedangkan *fenobarbital* 3-5 mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 dosis. Indikasi untuk diberikan rumatan adalah :

- 1) Kejang lama lebih dari 15 menit.
- 2) Anak mengalami kelainan *neurologis* yang nyata sebelum dan sesudah kejang misalnya *hemiparese, cerebral palsy, hidrocefalus*.
- 3) Kejang fokal/ berkembang pada area tertentu.
- 4) Bila ada keluarga sekandung yang mengalami epilepsi.

Disamping itu, terapi rumatan dapat dipertimbangkan untuk

- 1) Kejang berulang 2 kali atau lebih dalam 24 jam.
- 2) Kejang demam terjadi pada bayi kurang dari 12 bulan (Nurarif & Kusuma, 2015).

C. Edukasi

1. Definisi

Edukasi adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran agar mereka dapat menolong dirinya sendiri dimana mampu menghadapi masalah-masalah kesehatan potensial dengan cara mencegahnya dan mengatasi masalah kesehatan secara efektif dan efisien (Hartono, 2018).

Edukasi adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif yang melibatkan partisipasi dari petugas kesehatan dan klien. Proses perubahan perilaku kesehatan yang dinamis ini bukan hanya proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, melainkan menggunakan prinsip dimana individu dan kelompok orang belajar untuk berperilaku dengan cara yang kondusif untuk promosi, pemeliharaan, atau restorasi kesehatan (Widyawati, 2020).

Edukasi atau pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan pada masyarakat, kelompok, atau individu, dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Akhirnya pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Dengan kata lain, dengan adanya pendidikan tersebut dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran (Notoatmodjo, 2015).

2. Proses Edukasi

Edukasi dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan, salah satu pendekatan yang sering digunakan adalah melalui penyampaian pesan atau informasi mengenai kesehatan masyarakat sehingga informasi tersebut dapat diterima atau dipahami sesuai dengan maksud informasi tersebut atau sering disebut dengan komunikasi. Konsep dasar edukasi adalah proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu dan dari tidak mampu menjadi mampu mengatasi masalahnya sendiri. Selanjutnya proses belajar dalam penyuluhan kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut :

a. *Input* (Subjek Belajar)

Individu, kelompok, atau masyarakat yang sedang belajar.

b. Proses Belajar

Materi yang dipelajari, alat bantu belajar, metode dan teknik belajar, pengajar.

c. *Out Put* (Hasil Belajar)

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik

adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2015).

3. Tujuan Edukasi

Tujuan dari edukasi atau pendidikan kesehatan antara lain sebagai berikut:

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
- b. Mendorong individu agar mampu secara mandiri/ kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada (Widyawati, 2020).

4. Metode Edukasi

Menurut Notoatmodjo (2015), metode yang dapat dipergunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah:

a. Metode Pendidikan Individual

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah mulai tertarik pada 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. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat, serta membantunya maka perlu menggunakan metode (cara ini).

b. Bimbingan dan Penyuluhan (*guidance and counseling*).

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

Sebelum dilakukan konseling didahului dengan wawancara. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi belum mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

c. 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 kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

1. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 20 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar itu, antara lain:

a) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

(1) Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi dari yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

- (a) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema .
- (b) Menyiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya makalah singkat, slide, transparan, *sound* sistem dan sebagainya.

(2) Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- (a) Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu, dan gelisah.
- (b) Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- (c) Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
- (d) Berdiri di depan (di pertengahan), tidak boleh duduk.

(e) Menggunakan alat-alat bantu lain /*Audio Visual* (AVA)semaksimal mungkin.

b) Seminar

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

2. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu 'kurang dari 20 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

a) Diskusi Kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatu sedemikian rupa sehingga mereka dapat terhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain; misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk di antara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/ keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus

memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta (Notoatmodjo, 2015).

b) Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaan, pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah, kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapa pun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadilah diskusi.

c) Bola Salju (*Snow Balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah .lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu, Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah

beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya menjadi diskusi seluruh kelas.

d) Kelompok kecil-kecil (*Bruzz Group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil (*bruzz group*) kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

e) *Role Play* (Memainkan Peran)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peran, misalnya, sebagai dokter Pukesmas, sebagai perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka meragakan misalnya bagaimana interaksi komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

f) Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini merupakan gambaran antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), selain beberan atau

papan main. Beberapa orang menjadi pemain. dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode Pendidikan Massa (*public*)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah '*awareness*' atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum begitu diharapkan sampai dengan perubahan perilaku. Namun demikian bila sudah sampai berpengaruh terhadap perubahan perilaku adalah wajar. Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metode ini, antara lain.

1) Ceramah umum (*public speaking*)

Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato di hadapan massa untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

- 2) Pidato-pidato dan diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah bentuk pendidikan kesehatan massa.
- 3) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- 4) Sinetron, 'Dokter Sartika' dalam acara TV tahun 1990-an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- 5) Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/ konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- 6) *Billboard*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga bentuk pendidikan kesehatan massa (Notoatmodjo, 2015).

5. Faktor-Faktor yang Berpengaruh dalam Keberhasilan Edukasi

a. Materi

Materi ikut menentukan proses dan hasil belajar. Misalnya belajar pengetahuan.

b. Lingkungan

Lingkungan yang dikelompokkan menjadi dua yakni lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik diantaranya

suhu, kelembaban udara, dan kondisi tempat belajar. Sedangkan contoh lingkungan sosial adalah manusia dengan segala interaksinya.

c. Instrumental

Instrumental, yang terdiri dari perangkat keras (*hardware*), dan perangkat lunak (*software*).

d. Kondisi Individual

Kondisi individual subjek belajar yang dibedakan ke dalam kondisi fisiologis seperti kekurangan gizi (Widyawati, 2020).

6. Hubungan Edukasi Dengan Pengetahuan dan Keterampilan Sebagai Bentuk Dari Perilaku Kesehatan

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah pembentukan dan perubahan perilaku, karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari edukasi atau pendidikan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan yang lainnya. Lawrence Green (2005) dalam Notoatmodjo (2015) mengemukakan bahwa untuk mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan orang dapat dipengaruhi 3 faktor yaitu :

a. Faktor-Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengidraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Menurut Notoatmodjo (2015), bahwa pengadopsian perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran yang positif maka perilaku tersebut akan langgeng (*ling lasting*) namun sebaliknya jika perilaku tidak didasari

oleh pengetahuan dan kesadaran, maka perilaku tersebut bersifat sementara atau tidak akan berlangsung lama.

Pengetahuan merupakan wilayah yang sangat penting dalam membentuk tindakan/ aktivitas seseorang (*overt behaviour*). Perilaku yang didasarkan pada pengetahuan akan bertahan lebih lama dibandingkan perilaku yang terbentuk tidak berdasarkan pengetahuan. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan yang baik dapat memotivasi timbulnya perubahan positif terhadap sikap, persepsi, serta perilaku sehat individu atau masyarakat.

2) Sikap

Sikap merupakan konsep yang sangat penting dalam komponen sosio-psikologis, karena merupakan kecenderungan bertindak, dan berpersepsi. Sikap merupakan kesiapan tatanansaraf (*neural setting*) sebelum memberikan respon kongkret.

3) Kepercayaan

Kepercayaan merupakan komponen kognitif dari faktor sosio-psikologis. Kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan dan kepentingan. Hal ini dimaksudkan bahwa orang percaya terhadap sesuatu dapat disebabkan karena ia mempunyai pengetahuan tentang itu.

4) Keyakinan

Perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh keyakinannya. Pada umumnya tindakan yang diambil berdasarkan keyakinan individu.

5) Nilai-Nilai

Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan atau norma-norma sosial tertentu maka perilaku tiap individu atau anggota kelompok berlangsung sesuai dengan jaringan normatif yang ada.

b. Faktor-Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

1) Lingkungan Fisik

Keadaan alam, geografis, iklim, cuaca dan sebagainya akan mempengaruhi perilaku seseorang.

2) Sarana atau Fasilitas Kesehatan

Misalnya puskesmas, obat-obatan, ketersediaan vaksin, dan sebagainya.

c. Faktor-Faktor Pendorong atau Penguat (*reinforcing factors*)

1) Sikap dan perilaku petugas kesehatan

Perubahan perilaku kesehatan melalui cara pendidikan atau promosi kesehatan ini diawali dengan cara pemberian informasi-informasi kesehatan oleh petugas kesehatan.

2) Tokoh Masyarakat

Orang-orang penting yang sering disebut sebagai kelompok referensi (*reference group*) antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa dan sebagainya (Notoatmodjo, 2015).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan edukasi atau pendidikan kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan diantaranya edukasi kesehatan dalam faktor predisposisi dimana bertujuan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakatnya. Disamping itu dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan.

Edukasi dalam faktor-faktor *enabling* (penguat) dimana bentuk pendidikan kesehatan dilakukan dengan tujuan agar dapat memberdayakan masyarakat dan mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara - cara untuk pengadaan sarana dan prasarana.

Edukasi dalam faktor *reinforcing* (pemungkin) ditujukan untuk mengadakan edukasi bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat (Widyawati, 2020).

D. Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2015).

Pengetahuan merupakan suatu domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku dan tindakan seseorang. Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan atas pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasarkan atas pengetahuan (Wawan & Dewi, 2015).

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses belajar ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya. Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang. Pengetahuan dapat diperoleh seseorang secara alami atau diintervensi baik langsung maupun tidak langsung. Perkembangan teori pengetahuan telah berkembang sejak lama. Plato menyatakan pengetahuan sebagai kepercayaan sejati yang dibenarkan (*valid*)/ (*justifi ed true belief*) (Budiman & Riyanto, 2015).

Pengetahuan merupakan wilayah yang sangat penting dalam membentuk tindakan/ aktivitas seseorang (*overt behaviour*). Perilaku yang didasarkan pada pengetahuan akan bertahan lebih lama dibandingkan perilaku yang terbentuk tidak berdasarkan pengetahuan. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan yang baik dapat memotivasi timbulnya perubahan positif terhadap sikap, persepsi, serta perilaku individu (Notoatmodjo, 2015).

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup di dalam domain kognitif menurut Notoatmodjo (2015), mempunyai 6 tingkatan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atas materi dapat menjelaskan, menyebutkan

contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2015).

3. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

a. Faktor Internal

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Seiring dengan perancangan paradigma sehat, pendidikan dengan tema kesehatan dapat dilakukan secara formal dan non formal. Salah satu pendidikan kesehatan secara non formal adalah penyuluhan kesehatan atau promosi kesehatan.

2. Pekerjaan

Pekerjaan secara tidak langsung turut andil dalam memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Hal ini dikarenakan pekerjaan berhubungan erat dengan faktor interaksi sosial dan kebudayaan, sedangkan interaksi sosial dan budaya berhubungan erat dengan proses pertukaran informasi, dan hal ini tentunya akan memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang.

3. Umur

Umur merupakan angka yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja, dari

segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya daripada orang yang belum tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini merupakan sebagai pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan & Dewi, 2015).

b. Faktor Eksternal

1. Faktor Lingkungan

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

2. Sosial Budaya

Kebiasaan, nilai-nilai, tradisi-tradisi, sumber-sumber di dalam masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan terbentuk dalam waktu lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik secara lambat maupun cepat, sesuai dengan peradaban umat manusia (Wawan & Dewi, 2015).

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2015). Arikunto (2010) dalam Budiman & Riyanto (2015), membuat kategori tingkat pengetahuan jika yang diteliti adalah masyarakat awam, antara lain:

- a. Tingkat pengetahuan kategori “Kurang Baik” jika nilainya $\leq 50\%$.

- b. Tingkat pengetahuan kategori “Baik” jika nilainya $>50\%$.

E. Keterampilan

1. Definisi

Menurut Gordon dalam Megantoro (2015), bahwa keterampilan adalah kemampuan untuk mengoperasikan pekerjaan secara mudah dan cermat. Menurut Dunnette pengertian keterampilan adalah kapasitas yang dibutuhkan untuk melaksanakan beberapa tugas yang merupakan pengembangan dari hasil *training* dan pengalaman yang didapat (Megantoro, 2015).

Keterampilan dapat di definisikan sebagai kemampuan seseorang untuk mengenali dan merespon beberapa aspek secara layak seperti perasaan, sikap dan perilaku, motivasi, serta keinginan terhadap suatu hal (Anggiani & Pakeh, 2022).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Keterampilan

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keterampilan yaitu:

a. Kecerdasan Pribadi dan Kepemimpinan

Keterampilan dipengaruhi oleh kemampuan intelektual atau kecerdasan dimana hal tersebut merupakan sebuah kondisi internal yang dimiliki seseorang dimana kondisi ini merupakan hasil dari intelektual dasar yang dimiliki dan juga tambahan kecerdasaran sosial dan emosional dari hasil interaksi dengan lingkungan.

b. Peran Kelompok

Sebagai seperangkat perilaku yang ditetapkan secara sosial bagi anggota pada kelompok tertentu. Selain itu peran kelompok dapat mengikutsertakan faktor dan atribut yang telah dipercayai oleh budaya dan lingkungan mengenai perilaku yang berbeda dan karakteristik tertentu pada seseorang pada kelompoknya masing – masing sesuai dengan kelompok mereka.

c. Faktor Edukasi

Suatu keberhasilan dalam meningkatkan keterampilan merupakan hal yang tidak dibawa sejak lahir, hal ini dikarenakan proses mempengaruhi dan menuju suatu perubahan. Sehingga dalam kehidupan pribadi diperlukan kemampuan belajar untuk menambah pengetahuan dan keahlian/ keterampilan. Keterampilan ini diperlukan agar individu tersebut mampu mentransformasi situasi yang sulit menjadi lebih baik dengan melakukan stimulasi intelektual dan emosional terhadap lingkungannya. Dengan demikian seorang individu yang berada dalam lingkungannya dapat melihat, menganalisa masalah yang dilihat dari perspektif yang berbeda serta mampu menggunakan kecerdasan, rasionalitas dan pemecahan masalah yang melibatkan orang lain (Anggiani & Pakeh, 2022).

3. Keterampilan Dalam Melakukan Tindakan/ Praktik Dalam Perilaku Kesehatan

a. Keterampilan praktik sehubungan dengan pencegahan penyakit

Keterampilan yang meliputi tindakan atau perilaku yang mencakup pencegahan penyakit dan peyembuhan penyakit.

b. Keterampilan praktik sehubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Keterampilan yang meliputi tindakan atau perilaku yang mencakup praktik sehubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dilakukan masyarakat.

c. Keterampilan praktik sehubungan dengan kesehatan lingkungan

Keterampilan yang meliputi tindakan atau perilaku yang mencakup praktik sehubungan dengan kesehatan yang berkaitan dengan keadaan lingkungan (Notoatmodjo, 2015).

4. Kategori Keterampilan

Untuk memperoleh data praktik atau keterampilan yang paling akurat adalah dengan pengamatan (observasi) (Notoatmodjo, 2015). Variabel keterampilan dalam penelitian ini dikategorikan berdasarkan ukuran pemusatan (mean atau median). Jika data berdistribusi (sebaran) normal maka peneliti memilih mean untuk ukuran pemusatan, jika distribusi tidak normal maka peneliti memilih median untuk ukuran pemusatan. Sehingga skala pengukuran dijabarkan sebagai berikut:

a. Kurang baik, jika skor $<$ mean/ median.

b. Baik, jika skor \geq mean/ median.

(Dahlan, 2015).

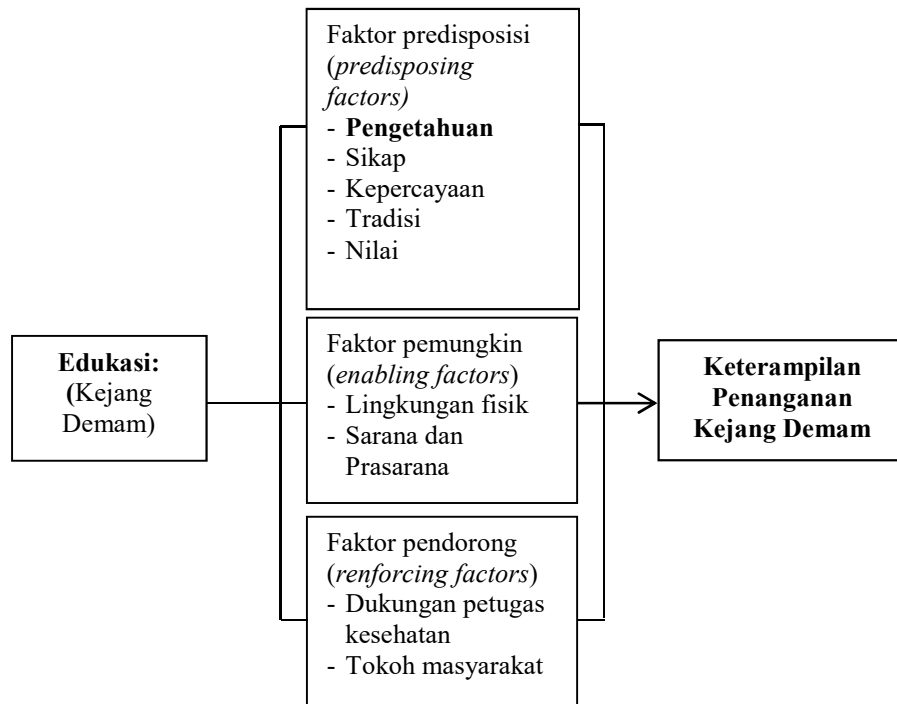
F. Penelitian Terkait

Penelitian yang dilakukan oleh Fitriah (2023), tentang pengaruh edukasi kejang demam dengan media video terhadap pengetahuan dan keterampilan penanganan kejang demam pada ibu balita di wilayah kerja UPT Puskesmas Bumi Rahayu, diperoleh bahwa hasil analisis univariat didapatkan rerata skor pengetahuan 9,25 dan setelah intervensi menjadi 13,4. Rerata skor keterampilan sebelum intervensi sebesar 8,60 dan setelah intervensi 11,28. Hasil analisis bivariat diperoleh bahwa ada pengaruh yang bermakna edukasi dengan media video terhadap pengetahuan ibu ($p\text{-value}=0,000$), dan ada pengaruh yang bermakna edukasi dengan media video terhadap keterampilan ibu dalam penanganan kejang demam ($p\text{-value}=0,000$) (Fitriah et al., 2023).

G. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah ringkasan dari tinjauan pustaka yang digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diteliti (diamati) yang berkaitan dengan konteks ilmu pengetahuan yang digunakan untuk mengembangkan kerangka konsep penelitian (Notoatmodjo, 2017). Kerangka teori dalam penelitian ini adalah :

Gambar 2.1
Kerangka Teori

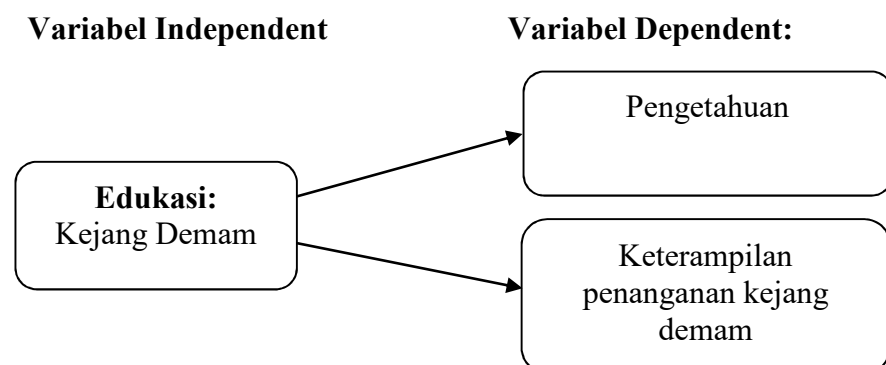


(Sumber: L. Green dalam Notoatmodjo (2015))

H. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal khusus (Notoatmodjo, 2017). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 2.2
Kerangka Konsep



I. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara peneliti, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar dan salah, dapat diterima atau ditolak (Notoatmodjo, 2012).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ha: Ada pengaruh edukasi penanganan kejang demam dengan peningkatan pengetahuan pada orangtua di RS Asy-Syifa Medika Tulang Bawang Barat tahun 2023.
2. Ha: Ada pengaruh edukasi penanganan kejang demam dengan peningkatan keterampilan pada orangtua di RS Asy-Syifa Medika Tulang Bawang Barat tahun 2023.