

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE *BRAINSTORMING*  
DAN VIDEO TERHADAP PENGETAHUAN TENTANG DEMAM  
BERDARAH PADA KELUARGA DI WILAYAH KERJA  
/PUSKESMAS PUGER KABUPATEN JEMBER**

**PROPOSAL SKRIPSI**

oleh

**Mukhammad Syafi'udin  
NIM 142310101162**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**



**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE *BRAINSTORMING*  
DAN VIDEO TERHADAP PENGETAHUAN TENTANG DEMAM  
BERDARAH PADA KELUARGA DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PUGER KABUPATEN JEMBER**

**PROPOSAL SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan.

oleh

**Mukhammad Syafi'udin  
NIM 142310101162**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Proposal ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti seminar proposal di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Jember, Maret 2016

Pembimbing I

Ns. Wantiyah, M.Kep.  
NIP 19810712 200604 2 001

Pembimbing II

Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep.  
NRP 760015697

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan anugerah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ” Pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember” dengan baik. Proposal skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Proposal skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, dengan rasa syukur penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep. M. Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns.Wantiyah S.Kep. M.Kep selaku Dosen Pembimbing Utama sekaligus sebagai Dosen Pembimbing Akademik dan Kushariyadi S. Kep., Ners., M. Kep, selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing dan memberikan saran dengan sangat sabar demi kesempurnaan proposal skripsi ini;
3. Bapak Tumindak dan Ibu Rupiati serta adik M. Lutfi I. M. dan seluruh keluarga besar yang selalu memberikan motivasi, dukungan dan kasih sayang;
4. Kepala Puskesmas Puger, yang telah memberi izin dan bantuan dalam pelaksanaan penelitian ini;
5. Teman-teman PSIK program alih jenis angkatan 2013 sampai 2015 yang telah mendukung saya;
6. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, Maret 2016

Penulis



**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	<b>6</b>
1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan.....	6
1.4.2 Bagi Keperawatan.....	6
1.4.3 Bagi Masyarakat .....	6
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>7</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 Konsep Demam Berdarah</b> .....	<b>8</b>
2.1.1 Definisi Demam Berdarah .....	8
2.1.2 Epidemiologi Demam Berdarah .....	8
2.1.3 Etiologi Demam Berdarah .....	9
2.1.4 Patofisiologi Demam Berdarah .....	11
2.1.5 Tanda dan Gejala Demam Berdarah .....	13
2.1.6 Program Pemberantasan Demam Berdarah .....	14

2.1.7 Pencegahan Demam Berdarah .....	15
2.1.8 Peran Perawat Demam Berdarah .....	17
<b>2.2 Konsep Pengetahuan .....</b>	<b>17</b>
2.2.1 Pengertian Pengetahuan .....	17
2.2.2 Tingkat Pengetahuan .....	18
2.2.3 Cara Pengukuran Pengetahuan .....	20
2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan .....	21
<b>2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan .....</b>	<b>23</b>
2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan .....	23
2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan .....	24
2.3.3 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan .....	25
2.3.4 Proses Pendidikan Kesehatan .....	26
2.3.5 Metode Pendidikan Kesehatan.....	27
2.3.6 Media .....	30
<b>2.4 Konsep <i>Brainstorming</i> .....</b>	<b>32</b>
2.4.1 Pengertain <i>Brainstorming</i> .....	32
2.4.2 Tujuan <i>Brainstorming</i> .....	32
2.4.3 Proses <i>Brainstorming</i> .....	33
2.4.4 Manfaat <i>Brainstorming</i> .....	33
2.4.5 Kelebihan <i>Brainstorming</i> .....	34
2.4.6 Kerugian <i>Brainstorming</i> .....	35
<b>2.5 Konsep Video .....</b>	<b>34</b>
2.5.1 Pengertian Video .....	34
2.5.2 Manfaat Video .....	36
2.5.3 Perencanaan Penggunaan Alat Peraga Video .....	36
<b>2.6 Kerangka Teori.....</b>	<b>38</b>
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>39</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	40
3.2 Hipotesis.....	40
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
4.1 Desain Penelitian.....	41

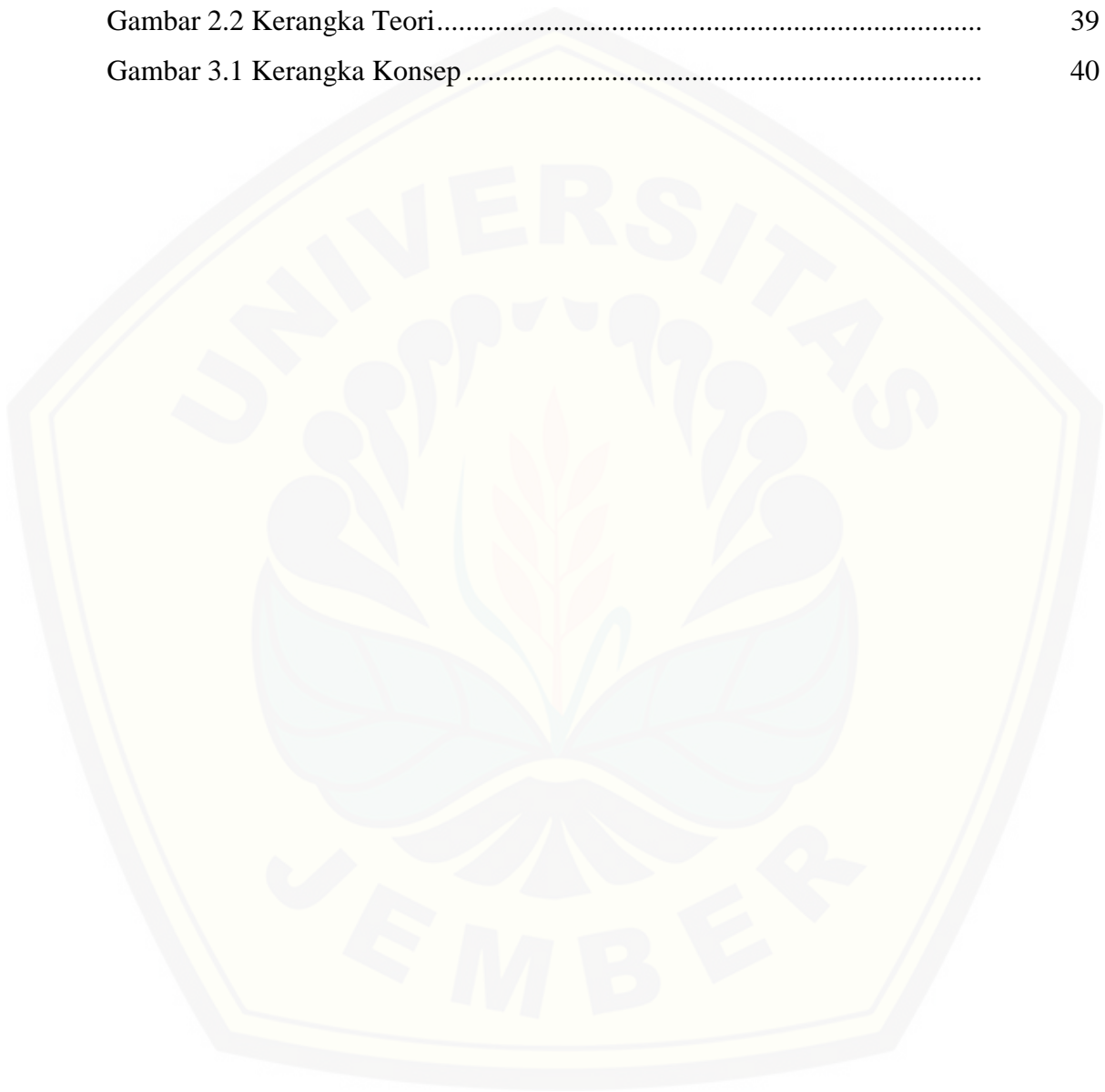


<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>42</b>
4.2.1 Populasi Penelitian.....	42
4.2.2 Sampel Penelitian.....	42
4.2.3 Tehnik Pengambilan Sample.....	43
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian.....	43
<b>4.3 Tempat Penelitian .....</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian.....</b>	<b>44</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>44</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>	<b>46</b>
4.6.1 Sumber Data.....	46
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	46
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	47
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	48
<b>4.7 Pengolahan dan Analisis Data .....</b>	<b>49</b>
4.7.1 <i>Editing</i> .....	49
4.7.2 <i>Coding</i> .....	49
4.7.3 <i>Processing/ Entry</i> .....	50
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	50
<b>4.7. Teknik Analisis Data.....</b>	<b>51</b>
4.7.1 Analisa Univariat .....	51
4.7.2 Analisa Bivariat.....	51
<b>4.8 Etika Penelitian .....</b>	<b>52</b>
4.8.1 Menghormati Martabat Subjek Penelitian .....	52
4.8.2 Asas Kemanfaatan.....	53
4.8.3 Prinsip Keadilan .....	53
4.8.4 Informed Consent.....	54
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>55</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>57</b>



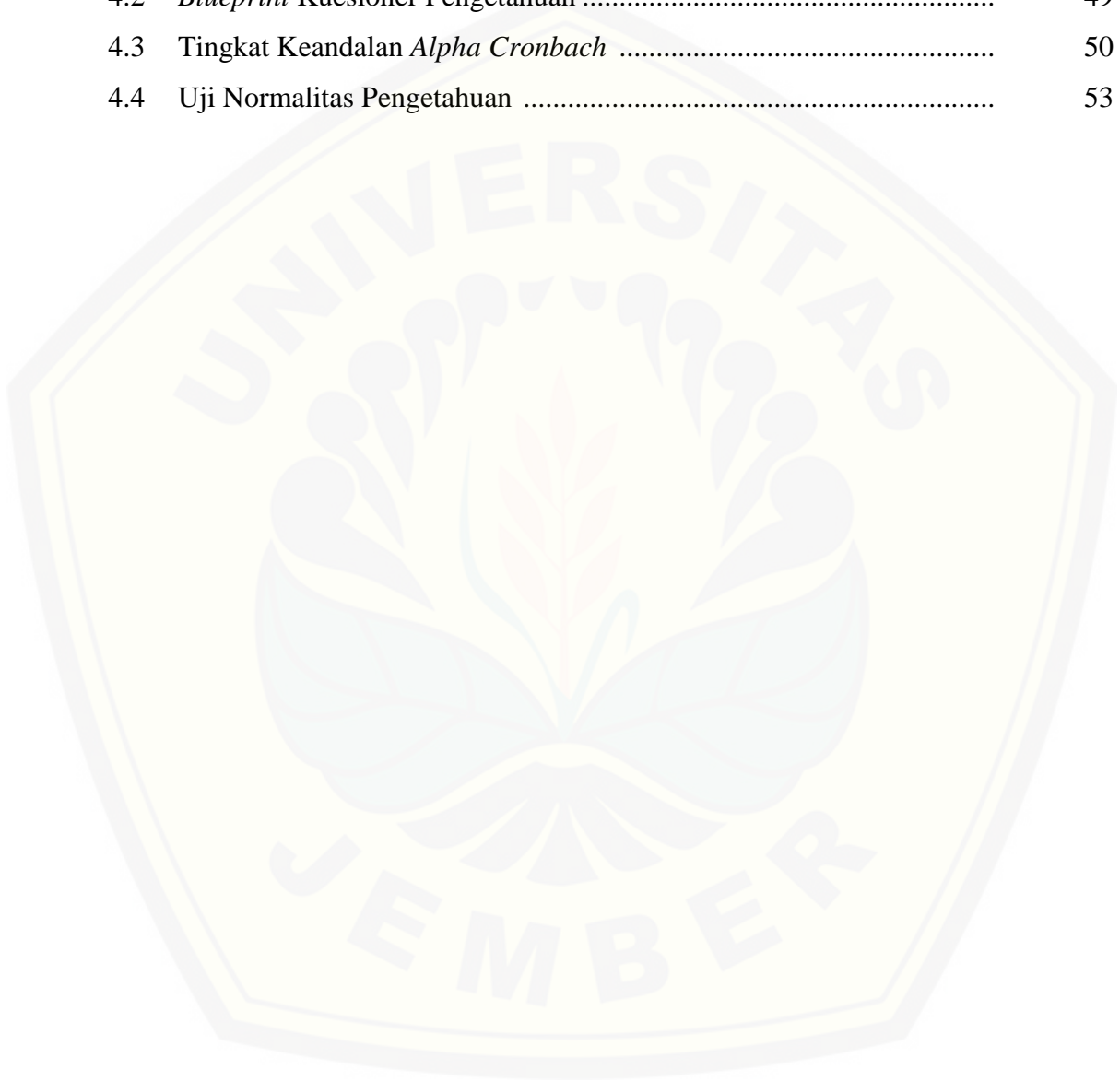
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Proses Pendidikan Kesehatan .....	27
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	39
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	40



**DAFTAR TABEL**

	Halaman
4.1 Definisi Operasional .....	46
4.2 <i>Blueprint</i> Kuesioner Pengetahuan .....	49
4.3 Tingkat Keandalan <i>Alpha Cronbach</i> .....	50
4.4 Uji Normalitas Pengetahuan .....	53



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i> .....	58
B. Lembar <i>Consent</i> .....	59
C. Kuesioner A.....	60
D. Kuesioner B.....	61
E. Surat Rekomendasi Penelitian .....	62
F. SOP Pendidikan Kesehatan <i>Brainstorming</i> .....	66
G. SOP Pendidikan Kesehatan Media Video .....	68
H.. Satuan Acara Penyuluhan.....	69

## BAB I. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Semakin banyak kasus penyakit DBD yang menjangkit orang dewasa sampai anak-anak. Kasus ini tidak lagi terjadi pada musim pancaroba saja, tetapi bisa terjadi di sepanjang tahun. Ditinjau dari sudut ekologis ada tiga faktor yang dapat menimbulkan kesakitan, kecacatan, ketidakmampuan dan kematian pada manusia yang disebut trias epidemiologi yaitu agen penyakit, manusia, dan lingkungan (Budiman, 2009). Ditinjau dari faktor manusia masalah-masalah datang karena kurangnya kepekaan masyarakat terhadap kesehatan lingkungan yang nantinya, tanpa disadari, akan berdampak buruk pada kesehatan. Kurangnya pengetahuan cara pencegahan dan kurangnya kepekaan masyarakat terhadap kebersihan yang menyebabkan kasus DBD kerap terjadi. Kadang masyarakat lupa akan pencegahan penyakit semacam ini karena kurangnya penyuluhan-penyuluhan dari lembaga-lembaga terkait (Ramadhani, 2013).

Pengetahuan seseorang mempunyai tingkatan yang berbeda-beda. Dimulai dari tingkatan yang paling rendah yaitu tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari, memahami diartikan sebagai mampu untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar, aplikasi diartikan mampu menggunakan pada kondisi yang sebenarnya, analisis mampu menjabarkan suatu objek yang masih ada kaitannya, sintesis diartikan sebagai mampu menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, serta tingkat pengetahuan yang paling tinggi

yaitu evaluasi yaitu mampu untuk melakukan justifikasi terhadap suatu objek (Notoatmojo, 2007).

Hasil penelitian Rogers (1974) membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Rogers mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan (Fitriani, 2011). Hasil wawancara dengan petugas di Puskesmas Puger didapatkan partisipasi masyarakat masih kurang dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), umumnya masyarakat tidak tahu berapa kali harus melakukan PSN setiap bulannya. Hasil kuesioner 10 orang responden di wilayah kerja Puskesmas Puger didapatkan pengetahuan kurang sebanyak 60% dan pengetahuan baik sebanyak 40%.

Data yang diperoleh dari WHO 1955-2007, didapatkan bahwa lima puluh juta infeksi dengue setiap tahunnya dan terdapat 2,5 miliar orang yang hidup di negara endemis. Populasi masyarakat di negara endemis sebanyak 2,5 miliar, sekitar 1,8 miliar tinggal di daerah Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Daerah Asia Tenggara, dengue telah menjadi masalah kesehatan publik di Indonesia, Myanmar, Sri Lanka, Thailand, dan Timor Leste yang diketahui daerah beriklim tropis dan memiliki lokasi di zona equatorial, tempat *Aedes aegypti* menyebar secara merata baik di daerah perdesaan maupun perkotaan (WHO, 2010).

Hampir setiap tahun terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di beberapa daerah terutama pada musim penghujan. Penyakit Demam Berdarah Dengue masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan bersifat endemis di sebagian kabupaten/kota di Indonesia (Kemenkes RI, 2011). Laporan Kementerian

Kesehatan RI, pada tahun 2014 sampai pertengahan bulan Desember tercatat penderita demam berdarah di 34 provinsi di Indonesia sebanyak 71.668 orang dan 641 diantaranya meninggal dunia. Sedangkan menurut Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dr. Harsono, menyatakan bahwa ada peningkatan kasus DBD sebesar 46% bila dibandingkan bulan yang sama di tahun 2014, yaitu 980 kasus. Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur juga menyampaikan data 10 Kabupaten/Kota dengan jumlah penderita DBD terbanyak pada tahun 2014, adalah Kabupaten Sumenep (286 kasus); Kabupaten Jember (199 kasus) (Kemenkes RI, 2016). Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Puger didapatkan angka kejadian DBD pada tahun 2015 sebanyak 24 pasien, sedangkan bulan Januari-Februari 2016 sebanyak 6 pasien.

Secara umum cara pencegahan DBD yang dapat dilakukan saat ini adalah pemberantasan vektor yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan pemberantasan terhadap jentik-jentik nyamuk. Hal ini karena vaksin untuk pencegahan dan pembasmian virus *dengue* belum tersedia. Pada saat ini dikenal dengan istilah 3M plus (Depkes, 2005). Dalam setiap persoalan kesehatan, termasuk dalam upaya penanggulangan DBD, faktor perilaku senantiasa berperan penting. Perhatian terhadap faktor perilaku sama pentingnya dengan perhatian terhadap faktor lingkungan, khususnya dalam hal upaya pencegahan penyakit (Sitio, 2008). Perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Pengetahuan yang masih kurang dan tingkat kesadaran yang rendah disinyalir memberikan dampak yang kurang baik terhadap kualitas kesehatan masyarakat, kurangnya pengetahuan dengan indikasi rendahnya kesadaran akan mengurangi perilaku masyarakat



terhadap pemeliharaan kesehatan terutama dalam upaya pencegahan DBD dan dari pengalaman terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Riyanto, 2010).

Hasil wawancara dengan petugas Puskesmas Puger didapatkan penyebab pengetahuan masyarakat yang rendah karena tingkat pendidikan masyarakat yang rendah, kurangnya kesadaran masyarakat tentang hidup bersih dan sehat, serta jauhnya akses menuju pelayanan kesehatan, dilihat dari kondisi demografi kecamatan Puger didapatkan luas wilayahnya 148,99 km<sup>2</sup> dengan kepadatan penduduk 768,55 (Bapedda, 2013). Akibatnya masyarakat Puger pada umumnya datang ke pelayanan kesehatan setelah mengalami demam selama 4 atau 5 hari dengan nilai trombosit yang rendah.

Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang demam berdarah dengan menggunakan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan dalam arti pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga masyarakat melakukan apa yang diharapkan oleh perilaku pendidikan atau promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Pesan pendidikan dapat dipahami dan memberikan dampak peningkatan pengetahuan adalah dengan menggunakan metode yang tepat (Notoadmodjo, 2003). Metode *brainstorming* disertai pemutaran video merupakan metode pendidikan kesehatan yang dapat digunakan untuk meneliti tingkat pengetahuan masyarakat tentang demam berdarah. *Brainstorming* adalah suatu proses berpikir bersama untuk menghimpun



pendapat, informasi, dan pengetahuan dari peserta. Metode *brainstorming* akan terhimpun kumpulan informasi, pengalaman, semua peserta yang sama atau berbeda. Hasilnya kemudian bisa menjadi pembelajaran bersama (Fitriani, 2011).

Video merupakan elemen multimedia yang paling dinamis yang didalamnya terdapat gabungan berbagai media teks, grafik, audio, dan sebagainya (Fitriani, 2011). Media video merangsang beberapa indra pada manusia, yaitu penglihatan dan pendengaran, menurut Nyoman (2012) orang yang mampu mengingat 20% dari yang dilihat dan 30% dari yang didengar. Tetapi orang dapat mengingat 50% dari yang dilihat dan didengar.

Hasil penelitian yang pernah dilakukan terkait metode pendidikan kesehatan *brainstorming* dan video oleh Edyawati (2014) tentang Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Media Video Terhadap Pengetahuan dan Sikap *Personal Hygiene* Siswa SD Negeri 1 Kepek Pengasih Kulon Progo didapatkan bahwa ada pengaruh penyuluhan kesehatan dengan media video terhadap pengetahuan dan sikap *personal hygiene*. Hasil penelitian yang dilakukan Hapsari (2011) di SDN Gunungwungkal, Pati tentang Pengaruh Metode *Brainstorming* Disertai Pemutaran Video Terhadap Pengetahuan Tentang Gangguan Akibat Kekurangan Iodium bahwa ada pengaruh penerapan metode *brainstorming* disertai pemutaran video terhadap peningkatan pengetahuan tentang GAKI (p-value = 0,001).

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah

Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini mempunyai tujuan khusus:

- a. Mengidentifikasi pengetahuan tentang demam berdarah sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan yang diberikan metode *brainstorming* dan video serta kelompok kontrol dengan metode ceramah.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan tentang demam berdarah setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan yang diberikan metode *brainstorming* dan video serta kelompok kontrol dengan metode ceramah
- c. Mengidentifikasi perbedaan pengetahuan tentang demam berdarah sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video pada kelompok perlakuan;

- d. Mengidentifikasi perbedaan pengetahuan tentang demam berdarah sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode ceramah pada kelompok kontrol.
- e. Mengidentifikasi perbedaan pengetahuan responden setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video dengan pendidikan kesehatan metode ceramah.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah:

##### 1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan dan literatur di bidang keperawatan tentang pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* disertai pemutaran video terhadap peningkatan pengetahuan tentang demam berdarah pada anggota keluarga di masyarakat.

##### 1.4.2 Bagi Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah upaya preventif bagi dinas kesehatan dan profesi kesehatan dan keperawatan dalam penanggulangan demam berdarah.

##### 1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat berguna sebagai acuan dalam melaksanakan praktik kerja masyarakat dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendasari penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah penelitian yang dilakukan oleh Wiska Dany Firawan (2013) tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat tentang demam berdarah dengue di Desa Trosono Kabupaten Magetan. Jenis penelitian *quasy eksperiment* dengan rancangan *One-group Pre-Test-Post-Test Design*. Sample penelitian adalah salah satu anggota keluarga yang terkena demam berdarah selama 5 tahun terakhir dan seluruh rumah yang berdekatan dengan penderita dalam radius 100 meter yang diwakili oleh salah satu anggota keluarga sebanyak 52 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Hasil penelitian *Paired T-test*, ada perubahan sikap responden tentang demam berdarah antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dan menggunakan *paired t - test* menunjukkan  $t - test = - 8.25$ ,  $p = 0,001$

Penelitian sekarang dilakukan oleh Mukhammad Syafi'udin dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* disertai pemutaran video terhadap peningkatan pengetahuan tentang demam berdarah pada anggota keluarga di area kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Jenis penelitian *quasy experiment* menggunakan rancangan *two group pretest-posttest design* dengan teknik pengambilan sampel *simple random sampling*, yaitu pada ibu yang terkena demam berdarah kurun waktu 1 tahun terakhir dan seluruh rumah yang berdekatan dengan penderita dalam radius 100 meter sebanyak 88 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis data yang digunakan Uji *t dependent* dan *t independent*.

## BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Demam Berdarah

#### 2.2.1 Definisi Demam Berdarah

Demam Berdarah adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lemah atau lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai dengan tanda-tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (petechia), ruam (purpura). Kadang-kadang mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun dan bertendensi menimbulkan renjatan (syok) dan kematian (Mubin, 2005).

Ada empat serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Serotipe DEN-3 merupakan jenis yang sering dihubungkan dengan kasus-kasus parah. Infeksi oleh salah satu serotipe akan menimbulkan kekebalan terhadap serotipe yang bersangkutan tetapi tidak untuk serotipe yang lain. Keempat jenis virus tersebut semuanya terdapat di Indonesia. Di daerah endemik DBD, seseorang dapat terkena infeksi semua serotipe virus pada waktu yang bersamaan (Widoyono, 2008).

#### 2.2.2 Epidemiologi Demam Berdarah

Menurut data WHO 1955-2007, didapatkan lima puluh juta infeksi dengue setiap tahunnya dan terdapat 2,5 miliar orang yang hidup di negara endemis. Dari 2,5 miliar populasi masyarakat di negara endemis, sekitar 1,8 miliar tinggal di

daerah Asia Tenggara dan Pasifik barat. Daerah Asia Tenggara, dengue telah menjadi masalah kesehatan publik di Indonesia, Myanmar, Sri Lanka, Thailand, dan Timor Leste yang diketahui daerah beriklim tropis dan memiliki lokasi di zona equatorial, tempat *Aedes aegypti* menyebar secara merata baik di daerah pedesaan maupun perkotaan (WHO, 2010).

Kasus demam berdarah dengue pertama kali di Indonesia ditemukan terjadi di Surabaya pada tahun 1968. Penyakit demam berdarah di temukan di 200 kota di 27 provinsi dan telah terjadi KLB akibat demam berdarah. Profil kesehatan provinsi Jawa Tengah tahun 1999 melaporkan bahwa kelompok tertinggi adalah usia 5-14 tahun yang terserang sebanyak 42% dan kelompok usia 15-44 tahun yang terserang sebanyak 37%. Data tersebut didapatkan dari data rawat inap rumah sakit. Rata-rata insiden penyakit demam berdarah sebesar 6-27 per 100.000 penduduk.

### 2.2.3 Etiologi dan Cara Penularan Demam Berdarah

Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue dari kelompok *Arbovirus B*, yaitu *arthropod-borne virus* atau virus yang disebarkan oleh artropoda. Kedudukan nyamuk *Aedes aegypti* dalam klasifikasi hewan adalah sebagai berikut:

Filum : Arthropoda  
Kelas : Insecta  
Ordo : Diptera  
Famili : Culicidae  
Genus : *Aedes*  
Spesies : *Aedes aegypti* L (Soegijanto, 2009).



Vektor utama penyakit demam berdarah adalah nyamuk *Aedes aegypti* (di daerah perkotaan) dan *Aedes albopictus* (di daerah pedesaan). Ciri-ciri nyamuk *Aedes aegypti* adalah (Widoyono, 2008):

- a. Sayap dan badannya belang-belang atau bergaris-garis putih;
- b. Berkembang biak di air jernih yang tidak beralaskan tanah seperti bak mandi, WC, tempayan, drum, dan barang-barang yang menampung air seperti kaleng, ban bekas, pot tanaman air, tempat minum burung, dan lain-lain.
- c. Jarak terbang kurang lebih 100 meter.
- d. Nyamuk betina bersifat '*multiple biters*' (menggigit beberapa orang karena sebelum nyamuk tersebut kenyang sudah berpindah tempat).
- e. Tahan dalam suhu panas dan kelembaban tinggi

Nyamuk yang menjadi vektor penyakit DBD adalah nyamuk yang menjadi terinfeksi saat menggigit manusia yang sedang sakit dan viremia (terdapat virus dalam darahnya). Menurut laporan terakhir, virus dapat pula ditularkan secara transovarial dari nyamuk ke telur-telurnya.

Virus berkembang dalam tubuh nyamuk selama 9-10 hari terutama dalam kelenjar air liurnya dan jika nyamuk ini menggigit orang lain maka virus dengue akan dipindahkan bersama air liur nyamuk. Dalam tubuh manusia, virus ini akan berkembang selama 4-6 hari dan orang tersebut akan mengalami sakit demam berdarah dengue. Virus dengue memperbanyak diri dalam tubuh manusia dan berada dalam darah selama satu minggu.



Orang yang didalam tubuhnya terdapat virus dengue tidak semuanya akan sakit demam berdarah dengue. Ada yang mengalami demam ringan dan sembuh dengan sendirinya, atau bahkan ada yang sama sekali tanpa gejala sakit, tetapi semuanya merupakan pembawa virus dengue selama satu minggu sehingga dapat menularkan kepada orang lain di berbagai wilayah yang ada nyamuk penularannya. Sekali terinfeksi, nyamuk menjadi indektif seumur hidupnya. Penyebaran penyakit DBD di Jawa biasanya terjadi mulai bulan Januari sampai April dan Mei. Faktor yang mempengaruhi morbiditas dan mortalitas penyakit DBD antara lain: a. munitas penjamu; b. kepadatan populasi nyamuk; c. transmisi virus dengue; d. virulensi virus; e. keadaan geografis setempat.

Faktor penyebaran kasus demam berdarah antara lain: a. pertumbuhan penduduk; b. urbanisasi yang tidak terkontrol; c. transportasi (Widoyono, 2008).

#### 2.2.4 Patofisiologi Demam Berdarah

##### a. Sistem kardiovaskuler

Infeksi virus terjadi melalui gigitan nyamuk, virus ini memasuki aliran darah manusia kemudian bereplikasi (memperbanyak diri). Sebagai bentuk perlawanan, tubuh akan membentuk antibodi, selanjutnya akan terbentuk kompleks virus-antibodi dengan virus yang berfungsi sebagai antigennya. Proses tersebut menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler (Widoyono, 2008). Peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengarah ke kebocoran plasma ke dalam ruang ekstrasvaskuler, sehingga menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Volume plasma menurun lebih dari 20% pada kasus-kasus berat, hal ini

didukung penemuan postmortem meliputi efusi pleura, hemokonsentrasi, dan hipoproteinemia (Soegijanto, 2008).

Tidak terjadi lesi destruktif nyata pada vaskuler, menunjukkan bahwa perubahan sementara fungsi vaskuler diakibatkan suatu mediator kerja singkat. Jika penderita sudah stabil dan mulai sembuh, cairan ekstrasvasasi diabsorpsi dengan cepat, menimbulkan penurunan hematokrit. Perubahan hemostasis pada DBD melibatkan 3 faktor: 1) perubahan vaskuler, 2) trombositopeni, 3) kelainan koagulasi. Hampir semua penderita DBD mengalami peningkatan fragilitas vaskuler dan trombositopeni dan banyak di antaranya penderita menunjukkan koagulogram yang abnormal (Soegijanto, 2008).

b. Sistem Respons Imun

Setelah virus dengue masuk dalam tubuh manusia, virus berkembang biak dalam sel retikuloendotelial yang selanjutnya diikuti dengan infeksi virus yang berlangsung 5-7 hari. Akibat infeksi virus ini muncul respons imun baik humoral maupun seluler, antara lain antinetralisasi, antihemaglutinin, antikomplemen. Antibodi yang muncul pada umumnya adalah IgG dan IgM, pada infeksi dengue primer antibodi mulai terbentuk, dan pada infeksi sekunder kadar antibodi yang telah ada meningkat (*booster effect*) (Widoyono, 2008).

Antibodi terhadap virus dengue dapat ditemukan di dalam darah sekitar demam hari ke-5, meningkat pada minggu pertama sampai dengan ketiga, dan menghilang setelah 60-90 hari. Ketika kadar IgG berbeda dengan kinetik kadar antibodi IgM, oleh karena itu kinetik antibodi IgG harus dibedakan antara infeksi primer dan sekunder. Pada infeksi primer antibodi IgG meningkat sekitar demam hari ke-14

sedang pada infeksi sekunder antibodi IgG meningkat pada hari kedua. Oleh karena itu, diagnosis dini infeksi primer hanya dapat ditegakkan dengan mendeteksi antibodi IgM setelah hari sakit kelima, diagnosis infeksi sekunder dapat ditegakkan lebih dini dengan adanya peningkatan antibodi IgG dan IgM yang cepat (Soegijanto, 2008).

#### 2.2.5 Tanda dan Gejala Demam Berdarah

Pasien penyakit DBD pada umumnya disertai dengan tanda-tanda berikut:

- a. Demam selama 2-7 hari tanpa sebab yang jelas.
- b. Manifestasi perdarahan dengan tes Rumpel Leede (+), mulai dari petekie (+) sampai perdarahan spontan seperti mimisan, muntah darah, atau berak darah-hitam.
- c. Hasil pemeriksaan trombosit menurun (normal: 150.000-300.000 uL), hematokrit meningkat (normal: pria < 45, wanita < 40).
- d. Akral dingin, gelisah, tidak sadar (DSS, *dengue shock syndrome*) (Widoyono, 2008).

Pelaksanaan sehari-hari diagnosis klinis DBD dapat ditegakkan jika didapatkan: 1) demam; 2) manifestasi perdarahan; 3) tromositopeni; 4) hemokonsentrasi atau tanda-tanda kebocoran plasma lainnya seperti efusi pleura, ascites, dan hipoalbuminemia. Adanya renjatan disertai Ht yang tinggi dan trombositopeni menyokong diagnosis DBD. Untuk memperkuat diagnosis DBD ini dapat juga dilakukan pemeriksaan limfosit plasma biru (Soegijanto, 2008).

### 2.2.6 Program Pemberantasan Demam Berdarah

#### a. Tujuan

- 1) Menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit DBD.
- 2) Mencegah dan menanggulangi KLB.
- 3) Meningkatkan Peran Serta Masyarakat (PSM) dalam Pemberantasan Sarang nyamuk (PSN).

#### b. Sasaran

Sasaran nasional 2000: Morbiditas di kecamatan endemik DBD <2 per 10.000 penduduk dan CFR <2,5%

#### c. Strategi: 1) Kewaspadaan dini; 2) Penanggulangan KLB; 3) Peningkatan keterampilan perugas; 4) Penyuluhan.

#### d. Kegiatan

- 1) Pelacakan penderita (penyelidikan epidemiologis, PE), yaitu kegiatan mendatangi rumah-rumah dari kasus yang dilaporkan (indeks kasus), untuk mencari penderita lain dan memeriksa angka jentik dalam radius kurang lebih 100 m dari rumah indek.
- 2) Penemuan dan pertolongan penderita, yaitu kegiatan mencari penderita lain. Jika terdapat tersangka kasus DBD maka harus segera dilakukan penanganan kasus termasuk merujuk ke unit pelayanan kesehatan (UPK) terdekat.
- 3) Abatisasi Selektif (AS) atau larvasidasi selektif, yaitu kegiatan memberikan atau menaburkan larvasida ke dalam penampungan air yang positif terdapat jentik *Aedes*.

- 4) *Fogging Focus* (FF), yaitu kegiatan menyemprot dengan insektisida (malation, losban) untuk membunuh nyamuk dewasa dalam radius 1 RW per 400 rumah per 1 dukuh.
- 5) Pemeriksaan jentik berkala, yaitu kegiatan regelur tiga bulan sekali, dengan cara mengambil sampel 100 rumah/desa/kelurahan. Pengambilan sampel dapat dilakukan dengan cara random atau metode spiral (dengan rumah di tengah sebagai pusatnya) atau metode zig-zag. Dengan kegiatan ini akan didapatkan angka kepadatan jentik atau HI (*house index*).
- 6) Pembentukan kelompok kerja (Pokja) DBD di semua level administrasi, mulai dari desa, kecamatan, sampai tingkat pusat.
- 7) Pergerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan 3M (Menutup dan menguras tempat penampungan air bersih, mengubah barang bekas, dan membersihkan tempat yang berpotensi bagi perkembangbiakan nyamuk) di daerah endemik dan sporadik.
- 8) Penyuluhan tentang gejala awal penyakit, pencegahan, dan rujukan penderita (Widoyono, 2008).

#### 2.2.7 Pencegahan Demam Berdarah

Kegiatan ini meliputi:

- a. “Bulan Bakti Gerakan 3M” atau dikenal dengan istilah “Bulan Kewaspadaan 3M Sebelum Musim Penularan” atau “Gerakan 3M Sebelum Masa Penularan (G 3M SMP) adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan pada saat sebelum terjadinya penularan DBD, yaitu bulan dimana jumlah kasus DBD paling



rendah berdasarkan jumlah kasus rata-rata per bulan selama 5 tahun terakhir. Hal ini bertujuan menekan serendah-rendahnya populasi nyamuk penular DBD sehingga KLB dapat dicegah, kegiatan ini diprioritaskan didaerah endemis.

b. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

Menurut Depkes RI (2005) survei jentik dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Semua tempat atau bejana yang dapat menjadi tempat berkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* diperiksa untuk mengetahui ada tidaknya jentik nyamuk.
- 2) Jika tidak tampak tunggu kira-kira 0,5-1 menit untuk memastikan bahwa benar jentik tidak ada.
- 3) Memeriksa tempat-tempat perkembangbiakan yang kecil, seperti: vas bunga, pot tanaman liar, botol yang airnya keruh, seringkali air perlu dipindahkan ketempat lain dan
- 4) Memeriksa jentik di tempat yang agak gelap atau airnya keruh biasanya digunakan senter.

Kegiatan yang dapat dilakukan oleh personel sekolah yang melibatkan stafpengajar, staf sekolah, dan administrasi dengan juru pemantau jentik (jumantik) yang bertugas melakukan pemantauan secara rutin terhadap ada tidaknya jentik nyamuk pada tempat penampungan air di lingkungan sekolah yang secara sukarela ataupun dibayar. Kesehatan bukan hanya tanggung jawab pemerintah dan negara. Kesehatan merupakan tanggung jawab bersama.

c. Penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan

Penyuluhan secara individu, kelompok dan massa dilaksanakan untuk memberikan informasi bahaya penyakit DBD dan pencegahan penyakit DBD.

d. PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) secara terus-menerus dan berkesinambungan sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah (local area specific)

#### 2.2.8 Peran Perawat

Menurut Leavell & Clark dalam Wong (2008) penyuluhan dan pendidikan kesehatan pencegahan DBD termasuk pada tingkat pencegahan primer, intervensi ini bertujuan melindungi masyarakat dari penyakit DBD. Perawat komunitas bertanggung jawab untuk memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat.

## 2.2 Konsep Pengetahuan

Hasil penelitian Rogers (1974) membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Rogers mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan (Fitriani, 2011).

#### 2.2.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengideraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu pengideraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi



terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2005).

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, pengetahuan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (Fitriani, 2011).

#### 2.2.2 Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) didalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Misalnya dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan

anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden, kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas. (Notoatmojo, 2007).

### 2.2.3 Cara Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes/kuesioner tentang objek pengetahuan yang mau diukur. Selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 jika salah diberi nilai 0 (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Wawan dan Dewi (2010) cara penilaian pengetahuan dapat dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dilakukan 100% dan hasilnya berupa persentase dengan rumus yang digunakan sebagai berikut:

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

Keterangan:

P = persentase

f = frekuensi dari seluruh alternatif jawaban yang menjadi pilihan yang telah dipilih responden atas pernyataan yang diajukan.

$n$  = jumlah frekuensi seluruh alternatif jawaban yang menjadi pilihan responden selaku peneliti

100% = bilangan genap.

Selanjutnya pengetahuan seseorang dapat diketahui dengan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu baik jika hasil presentase 76%-100%, cukup jika hasil presentase 56%-75% dan, kurang jika hasil presentasi kurang dari 56%.

#### 2.2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2005) faktor yang mempengaruhi pendidikan adalah:

a. Umur

Semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berumur belasan tahun. Selain itu, bahwa daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian ini maka dapat disimpulkan bahwa bertambahnya umur dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur–umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

b. Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berpikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar.

Intelegensi seseorang merupakan modal berpikir dan mengolah berbagai informasi secara terarah sehingga menguasai lingkungan perbedaan intelegensi seseorang akan berpengaruh pula terhadap tingkat pengetahuan.

c. Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang. Seseorang dapat mempelajari hal yang baik dan juga hal yang buruk tergantung pada sifat kelompok. Dalam lingkungan seseorang memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berpikir.

d. Sosial budaya

Sosial budaya berpengaruh pada pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain, karena hubungan seseorang mengalami proses belajar dan memperoleh pengetahuan.

e. Pendidikan

Pendidikan adalah kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan berdiri sendiri.

f. Informasi

Informasi berpengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya televisi, radio atau surat kabar, maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

## 2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan merupakan penunjang dari program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan perlu ditunjang atau dibantu oleh pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

### 2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Menurut Wood pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa. Menurut Nyswander, pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Grout menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah upaya menerjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan. Sedangkan menurut Steward mendefinisikan pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Susilo, 2011).

Dari batasan-batasan tersebut dapat diambil suatu kesimpulan umum bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang



agar ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Pendidikan kesehatan juga suatu kegiatan untuk menjadikan kondisi sedemikian rupa sehingga orang mampu untuk berperilaku hidup sehat (Fitriani, 2011).

### 2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

a. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Apabila perilaku tidak sesuai dengan prinsip kesehatan, maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Batasan sehat menurut Undang-Undang No.23 Tahun 1992, yakni bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Susilo, 2011).

b. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma. Perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu:

1) Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.

Contohnya kader kesehatan mempunyai tanggungjawab terhadap penyuluhan dan pengarahan kepada keadaan dalam cara hidup sehat menjadi suatu kebiasaan masyarakat.

- 2) Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat didalam kelompok. Contoh program PKMD adalah posyandu yang akan diarahkan kepada upaya pencegahan penyakit.
- 3) Mendorong berkembangnya dan penggunaan saran pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Contoh ada sebagian masyarakat yang secara berlebihan memanfaatkan pelayanan kesehatan ada pula yang sudah benar sakit tetapi tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (Fitriani, 2011).

### 2.3.3 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Ada beberapa tahapan yang dilalui oleh pendidikan kesehatan adalah:

#### a. Tahap sensitisasi

Pada tahapan ini dilakukan guna untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat tentang hal penting mengenai masalah kesehatan seperti kesadaran seperti kesadaran pemanfaatan fasilitas kesehatan wabah penyakit, imunisasi. Pada kegiatan ini tidak memberikan penjelasan mengenai pengetahuan, tidak pula merujuk pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud pada masyarakat untuk mengubah perilakunya.

#### b. Tahap publisitas

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan berupa *press release* yang dikeluarkan Departemen Kesehatan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan.

c. Tahap edukasi

Tahap ini kelanjutan pula dari tahap sensitisasi yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan pada perilaku yang diinginkan. Cara yang digunakan adalah dengan belajar mengajar.

d. Tahap motivasi

Tahap kelanjutan dari tahap edukasi. Masyarakat setelah mengikuti benar-benar kegiatan pendidikan kesehatan benar-benar mampu mengubah perilakunya sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan (Susilo, 2011).

### 2.3.4 Proses Pendidikan Kesehatan

Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar.



Gambar 2.1 Proses Pendidikan Kesehatan (Fitriani, 2011).

Dalam proses belajar ini terdapat 3 persoalan pokok yaitu:

a. Persoalan masukan (*input*)

Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

b. Persoalan proses

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator) metode, tehnik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

c. Persoalan keluaran (*output*)

Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (Fitriani, 2011).

### 2.3.5 Metode Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan kesehatan disamping faktor masukannya juga diperlukan faktor metode. Berikut ini akan diuraikan beberapa metode pendidikan kesehatan individual maupun kelompok (Notoatmodjo, 2005).

a. Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2005). Bentuk dari metode individual ada 2 bentuk:

- 1) bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)
  - a) kontak antara klien dengan petugas lebih intensif;
  - b) setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya;
  - c) akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2) wawancara (*interview*)

- a) merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan;
- b) menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi (Fitriani, 2011).

b. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitasnya suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan (Notoatmodjo, 2005).

1) Kelompok Besar

a) Ceramah

Metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Metode ceramah yang dimaksud adalah ceramah dengan metode yang bervariasi.

b) Seminar

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

## 2) Kelompok Kecil

### a) Diskusi Kelompok

Dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompoknya punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta.

### b) Curah Pendapat (*Brainstorming*)

Metode curah pendapat adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari semua peserta.

### c) Bola Salju (*Snow Balling*)

Tiap orang dibagi menjadi pasang-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. Semua kelompok bergabung sampai akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

### d) Kelompok Kecil-Kecilan (*Buzz Group*)

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



e) Memainkan Peran (*Role Play*)

Bermain peran pada prinsipnya merupakan metode untuk menghadirkan peran-peran yang ada dalam dunia nyata ke dalam suatu pertunjukkan peran didalam kelas/pertemuan, yang kemudian dijadikan sebagai bahan refleksi agar peserta memberikan penilaian.

f) Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode simulasi adalah bentuk metode praktek yang sifatnya untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar (keterampilan mental maupun fisik/teknis). Metode ini memindahkan suatu situasi yang nyata kedalam kegiatan atau ruang belajar karena adanya kesulitan untuk melakukan praktek di dalam situasi yang sesungguhnya. Contohnya: sebelum melakukan praktek penerbangan, seorang siswa sekolah penerbangan melakukan simulasi penerbangan terlebih dahulu (Fitriani, 2011).

### 2.3.6 Media

Pendidikan kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsi perilaku yang positif (Notoatmojo, 2005). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3, yakni:

a. Media Cetak

Media cetak adalah suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Adapun macam-macamnya adalah:

- 1) *Booklet* ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet* ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- 3) *Flyer* (selebaran) ialah seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- 4) *Flip chart* (lembar balik), ialah media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah mengenai bahasan suatu masalah kesehatan atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.

b. Media Elektronik

1) Televisi

Penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, dan sebagainya.

## 2) Radio

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat berbentuk macam-macam antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, dan sebagainya.

## 3) Video

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.

### c. Media Papan (*Billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi) (Maulana, 2009).

## 2.4 Konsep *Brainstorming*

### 2.4.1 Pengertian *Brianstorming*

Metode curah pendapat adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari semua peserta. Berbeda dengan diskusi, dimana gagasan dari seseorang dapat ditanggapi (didukung, dilengkapi, dikurangi, atau tidak sepekati) oleh peserta lain, pada penggunaan metode curah pendapat, pendapat orang lain tidak untuk ditanggapi (Notoatmojo, 2011).

### 2.4.2 Tujuan *Brianstorming*

Tujuan dari curah pendapat adalah untuk membuat kompilasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda. Hasilnya

kemudian dijadikan peta informasi, peta pengalaman, atau peta gagasan (mindmap) untuk menjadi pembelajaran bersama (Fitriani, 2011).

#### 2.4.3 Proses *Brianstorming*

Proses pendidikan kesehatan *brainstorming* dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart/papan tulis sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi (Fitriani, 2011).

#### 2.4.4 Manfaat *Brainstorming*

Ada beberapa manfaat yang bisa diperoleh suatu Team atau organisasi dengan melakukan teknik *brainstorming*, diantaranya adalah:

- a. Mengidentifikasi masalah;
- b. Mencari sebab-sebab yang mengakibatkan terjadinya masalah;
- c. Menentukan alternatif pemecahan;
- d. Mengimplementasikan pemecahan masalah;
- e. Merencanakan langkah-langkah dalam melaksanakan suatu aktivitas;
- f. Mengambil keputusan ketika masalah terjadi;
- g. Melakukan perbaikan (*improvements*).

#### 2.4.5 Kelebihan *Brainstorming*

- a. Membangkitkan pendapat baru.
- b. Merangsang semua anggota untuk ambil bagian.
- c. Menghasilkan reaksi rantai dalam pendapat.
- d. Tidak menyita banyak waktu.
- e. Dapat dipakai pada kelompok besar maupun kecil.
- f. Tidak memerlukan pemimpin yang hebat.
- g. Hanya sedikit peralatan yang diperlukan (Maulana, 2009).

#### 2.4.6 Kerugian Metode *Brainstorming*

- a. Mungkin terbentuk kelompok yang terdiri atas orang-orang yang tidak tahu apa-apa.
- b. Diakui mungkin berputar-putar.
- c. Mungkin terdapat pemimpin yang lemah.
- d. Laporan mungkin tidak tersusun baik.
- e. Perlu belajar sebelumnya bila ingin mencapai hasil yang baik.
- f. Mungkin terjadi klik-klik untuk sementara.
- g. Biasanya banyak makan waktu untuk persiapan (Maulana, 2009).

### **2.5 Konsep Video**

#### 2.5.1 Pengertian Video

Media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (chanel) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk

mempermudah penerima pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien (Fitriani, 2011).

Video adalah elemen multimedia yang dikatakan paling dinamis dan juga paling realistis dibandingkan elemen-elemen lain. Video juga dikatakan gabungan berbagai media (seperti teks, grafik, audio, dan sebagainya) didalam satu medium. Oleh karena itu, penggunaan video dalam proses penyampaian pesan diusahakan mampu mempengaruhi motivasi seseorang terhadap proses penerima pesan. Selain itu, video juga mampu menampilkan unsur realistik atau keadaan yang sebenarnya kepada pengguna. Hal ini secara langsung akan mempengaruhi perasaan dan emosi para penggunanya dengan lebih nyata. Dalam penggunaan media ini perlu dipersiapkan benar-benar agar suaranya jelas terdengar oleh sasaran penyuluhan. Sebaiknya sasaran diberikan kesempatan untuk memperoleh informasi lebih lanjut. Kelemahan dari media ini adalah memerlukan tenaga khusus dan sudah terlatih.

#### 2.5.2 Manfaat Video

Salah satu media yang menjajikan berbagai kelebihan adalah penggunaan video pendidikan dalam proses pengajaran dan pembelajaran. Hal ini sesuai dengan berbagai alasan sebagai berikut:

- 1) Video mampu menggambarkan keadaan nyata/menyerupai keadaan sebenarnya;
- 2) Video bersifat dinamis sehingga merangsang rasa dan mudah memberi kesan;
- 3) Video memungkinkan penerangan berulang-ulang;
- 4) Penggunaan media ini juga mempercepat kadar pemahaman seseorang;



- 5) Video mampu meraih emosi seseorang sehingga seseorang tidak langsung mengubah sikap seseorang dengan lebih mudah;

Disamping itu percepatan pembelajaran dapat pula diupayakan dengan menggunakan sistem modul. Modul sebagai alat dan sarana pembelajaran yang berisi materi, metode, dan cara yang sistematis untuk mencapai kompetensi yang diharapkan (Depdiknas, 2003).

### 2.5.3 Perencanaan dan Penggunaan Alat Peraga Video

Biasanya kita menggunakan video sebagai pengganti objek-objek yang nyata sehingga dapat memberikan pengalaman yang tidak langsung bagi sasaran khususnya melalui media pemutaran video. Didalam memutar video untuk memperjelas pesan-pesan yang disampaikan kepada masyarakat, benda-benda yang sebenarnya mempermudah masyarakat untuk memahaminya. Oleh karena itu sebelum mempergunakan alat peraga lain sebagai pengganti benda-benda asli, perlu ditelaah terlebih dahulu apakah penggunaan benda-benda asli memungkinkan atau tidak. Sebaiknya kalau tidak ada benda-benda asli maka dibuatlah alat peraga dari benda-benda pengganti. Sebelum membuat video kita harus merencanakan dan memperhatikan hal-hal sebagai berikut, antara lain:

- 1) Tujuan pendidikan

Tujuan pemutaran video dapat untuk mengubah pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep-konsep, mengubah sikap dan persepsi, menanamkan tingkah laku/ kebiasaan baru.

## 2) Tujuan penggunaan alat peraga

Tujuan penggunaan alat peraga video yaitu sebagai alat bantu dalam latihan/penataran/pendidikan, untuk menimbulkan perhatian terhadap sesuatu masalah, untuk mengingatkan sesuatu pesan/informasi, untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, dan tindakan.

Perencanaan dan pemilihan alat peraga ditentukan sebagian besar oleh tujuan ini. Kalau tujuannya itu rumit maka mungkin diperlukan lebih dari satu macam alat peraga. Kemampuan penyampaian pesan masing-masing alat peraga berbeda-beda, misalnya *leaflets* dan *pamflets* lebih banyak berisi pesan sedangkan poster lebih sedikit pesan-pesan tetapi bersifat pemberitahuan dan propaganda. Dengan sendirinya alat peraga yang dipergunakan untuk meningkatkan keterampilan. Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar dan tetap harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi mengajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan keterampilan dalam memilih, mengadakan alat peraga secara tepat sehingga mempunyai hasil yang maksimal (Notoatmodjo, 2003).

## 2.6 Konsep Metode Ceramah

### 2.6.1 Pengertian Metode Ceramah

Metode ini termasuk metode pendidikan kelompok besar dengan peserta pendidikan kesehatan lebih dari sama dengan 15 orang sampai dengan 50 orang dan metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah (Notoadmodjo, 2005). Metode ceramah juga merupakan penuturan informasi dan paling efektif dalam mengatasi kelangkaan literatur atau rujukan yang sesuai

dengan jangkauan daya beli serta daya paham peserta didik. Beberapa kelebihan metode ceramah adalah pendidik mudah menguasai ruangan, pendidik mudah menerangkan banyak bahan ajar berjumlah besar, dapat diikuti oleh peserta dalam jumlah besar, serta mudah dilaksanakan (Simamora, 2009).

### 2.6.2 Tahapan-tahapan Metode Ceramah

Menurut Depdiknas (2008) hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

#### 1) Persiapan

Pada tahap ini yang harus dilakukan adalah 1) merumuskan tujuan yang ingin dicapai; 2) Menentukan pokok-pokok materi yang akan diceramahkan; 3) mempersiapkan alat bantu. Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi yang akan disampaikan sehingga penceramah sendiri harus mempersiapkan diri. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Ceramah akan lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema dan mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya: makalah singkat, slide, sound sistem, dan sebagainya.

## 2) Pelaksanaan:

Pada tahap ini ada tiga langkah yang harus dilakukan:

### a. Langkah pembukaan

Langkah pembukaan dalam metode ceramah merupakan langkah yang menentukan. Keberhasilan pelaksanaan ceramah sangat ditentukan oleh langkah ini.

### b. Langkah penyajian

Tahap penyajian adalah tahap penyampaian materi pembelajaran dengan bertutur. Agar ceramah berkualitas sebagai metode pembelajaran, maka pendidik harus menjaga perhatian peserta didik agar tetap terarah pada materi pembelajaran yang sedang disampaikan.

## 3) Langkah mengakhiri atau menutup ceramah

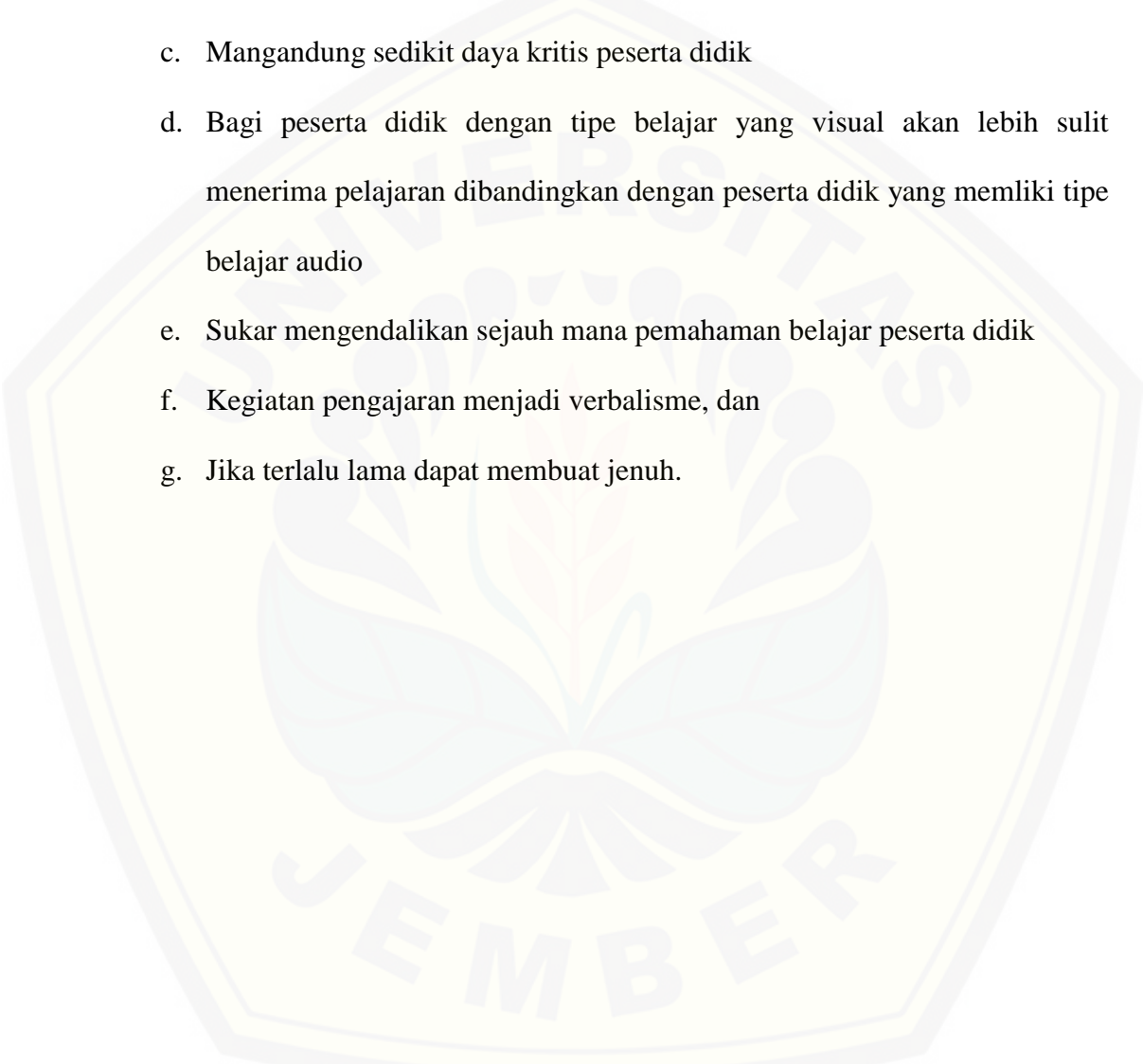
Ceramah harus ditutup dengan ringkasan pokok-pokok agar materi pendidikan kesehatan yang sudah dipahami dan dikuasai peserta didik. Ciptakan kegiatan-kegiatan yang memungkinkan peserta didik tetap mengingat materi pembelajaran.

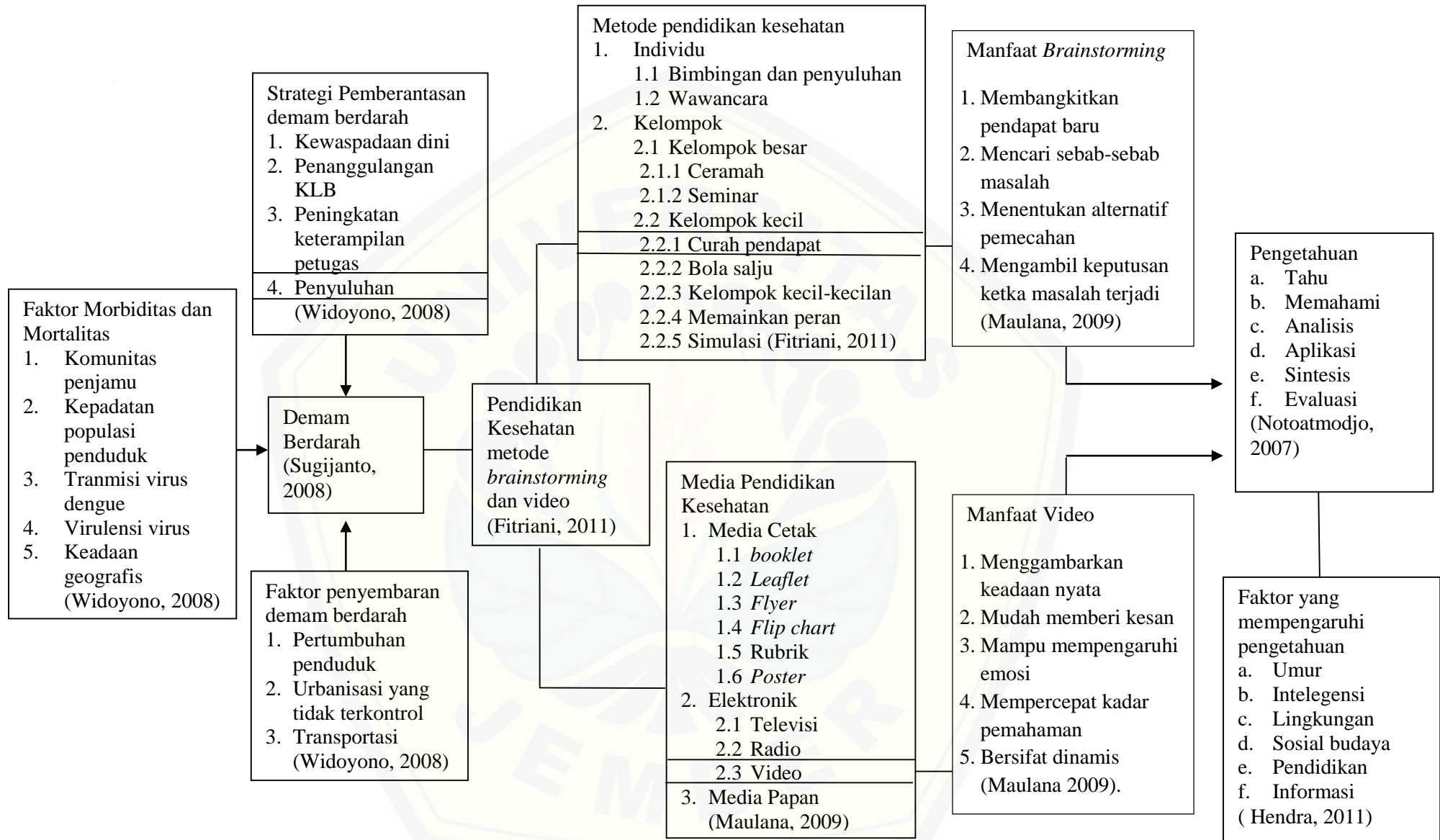
### 2.6.3 Kelebihan dan Kekurangan Metode Ceramah

Menurut Simamora (2009) beberapa kelebihan dan kelemahan metode ceramah adalah sebagai berikut:

#### 1) Kelebihan metode ceramah:

- a. Pendidik mudah menguasai ruangan
- b. Pendidik mudah menerangkan banyak bahan ajar berjumlah besar
- c. Dapat diikuti oleh peserta dalam jumlah banyak, serta

- d. Mudah dilaksanakan.
- 2) Kekurangan metode ceramah
- a. Membuat peserta pasif
  - b. Mengandung unsur paksaan kepada peserta didik
  - c. Mengandung sedikit daya kritis peserta didik
  - d. Bagi peserta didik dengan tipe belajar yang visual akan lebih sulit menerima pelajaran dibandingkan dengan peserta didik yang memiliki tipe belajar audio
  - e. Sukar mengendalikan sejauh mana pemahaman belajar peserta didik
  - f. Kegiatan pengajaran menjadi verbalisme, dan
  - g. Jika terlalu lama dapat membuat jenuh.
- 
- A large, faint watermark of the Universitas Jember logo is centered on the page. The logo is a shield-shaped emblem with a stylized tree or plant in the center, surrounded by the text 'UNIVERSITAS JEMBER'.

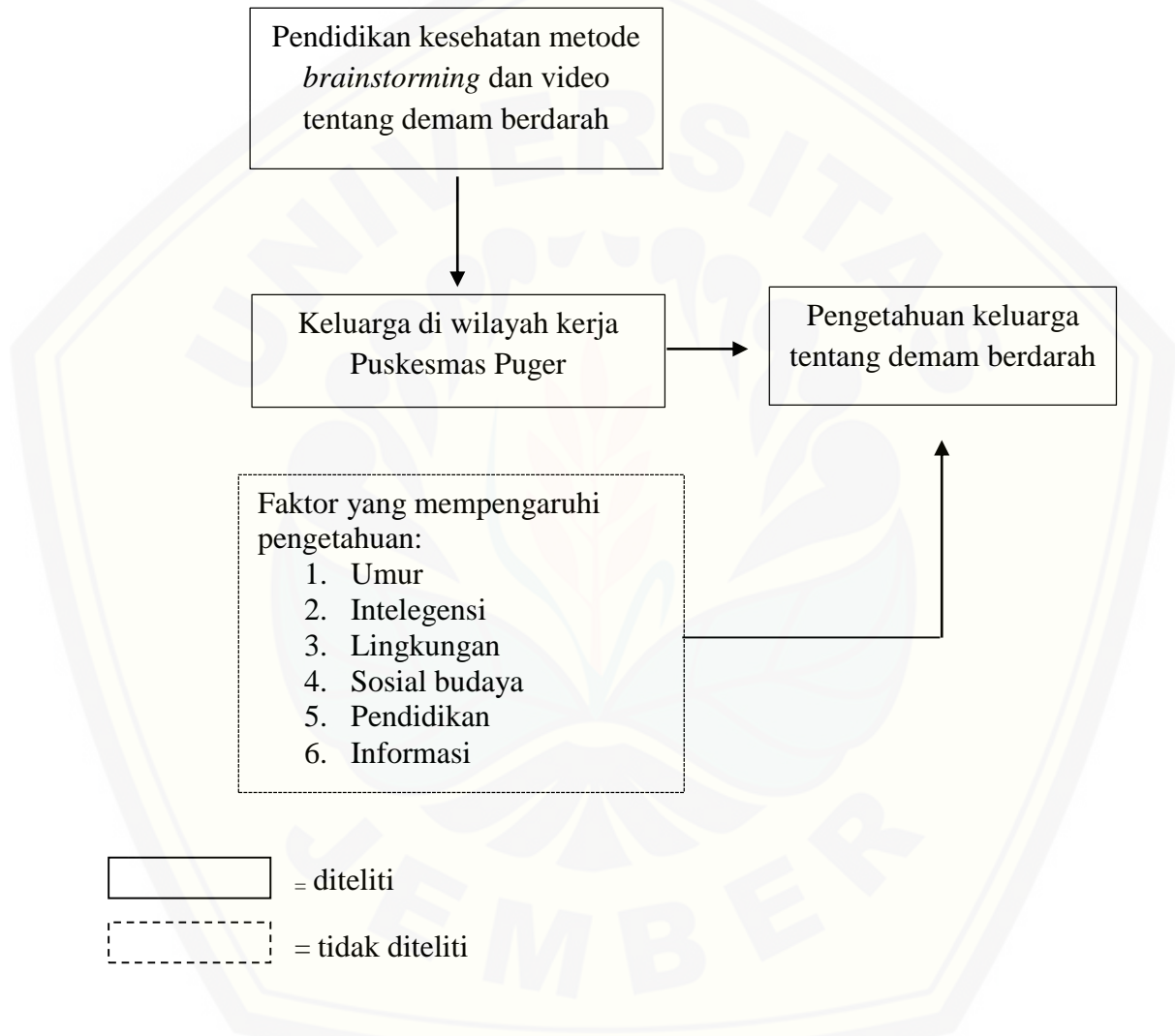


Gambar 2.2 Kerangka teori pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga



**BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL**

**3.1 Kerangka Penelitian.**



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode *braintsorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga di wilayah kerja puskesmas Puger kabupaten Jember.

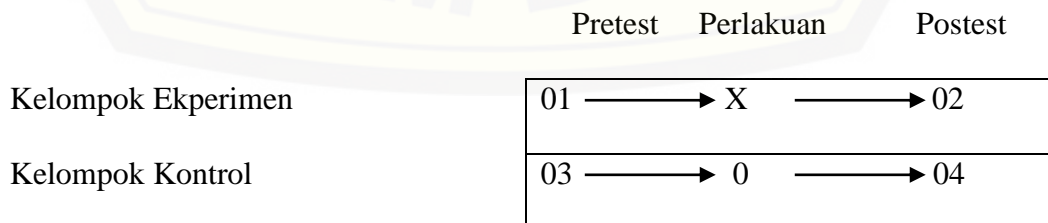


**BAB 4. METODE PENELITIAN**

**4.1 Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan rancangan penelitian *two group pretest-posttest treatment design* tujuannya untuk membandingkan hasil intervensi program kesehatan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

*Pretest* (O1) dilakukan pada kelompok eksperimen untuk mengetahui tingkat pengetahuan tentang demam berdarah sebelum dilakukan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video. Perlakuan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video tentang penyakit demam berdarah (X) pada kelompok eksperimen. *Post test* (O2) dilakukan pada kelompok eksperimen untuk mengetahui adanya pengaruh pengetahuan tentang penyakit demam berdarah setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video. *Pretest* (O3) dilakukan pada kelompok kontrol untuk mengetahui tingkat pengetahuan penyakit demam berdarah. *Post test* (O4) dilakukan untuk mengetahui tingkat pengetahuan penyakit demam berdarah jika tidak dilakukan pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Rancangan penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.1 Rencana penelitian *quasi experimant designs* dengan rancangan penelitian *two group pretest-postes treatment design*.

Keterangan :

01 : *Pretest* pengetahuan tentang penyakit demam berdarah

X : Perlakuan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video

0 : Kontrol pendidikan kesehatan konvensional

02 : *Post test* pengetahuan tentang penyakit demam berdarah

03 : *Pretest* pengetahuan tentang penyakit demam berdarah

04 : *post test* pengetahuan tentang penyakit demam berdarah

## **4.2 Populasi dan Sample Penelitian**

### **4.2.1 Populasi Penelitian**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi penelitian adalah anggota keluarga yang pernah terjangkit penyakit demam berdarah dalam rentang 1 tahun terakhir dan 100 meter di sekitar rumah tersebut di desa Mojomulyo sebanyak 54 keluarga.

### **4.2.2 Sample Penelitian**

Sample pada penelitian adalah sebagian populasi yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sampel yang pada penelitian adalah anggota keluarga yang memenuhi kriteria inklusi.

Menurut Sugiyono (2014) rumus untuk penelitian eksperimen yang sederhana yang menggunakan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol maka jumlah anggota sample masing-masing 10 sampai dengan 20.

Maka dalam penelitian ini menetapkan jumlah sample yang diambil berjumlah 30 orang, yang terdiri dari 15 kelompok eksperimen dan 15 kelompok kontrol.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah teknik yang digunakan untuk mengambil sampel dari populasi (Arikunto, 1998 dalam Setiadi, 2007). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan *simple random sampling* yaitu penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti berdasarkan kriteria yang telah ditentukan (Sugiyono, 2014).

#### 4.2.4 Kriteria Sampel

##### a. Kriteria inklusi

- 1) Anggota keluarga yang bersedia mengikuti pendidikan kesehatan.
- 2) Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir pendidikan kesehatan.
- 3) Anggota keluarga di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember
- 4) Anggota keluarga yang bisa membaca dan menulis.
- 5) Anggota keluarga yang berusia antara 21 - 50 tahun.

##### b. Kriteria eksklusi

- 1) Tidak mengikuti pendidikan kesehatan dari awal sampai akhir.

### 4.3 Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di desa Mojomulyo Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

#### 4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai bulan Februari hingga Juni waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai pembuatan skripsi. Penelitian dilakukan pada bulan Februari sampai bulan Juni 2016.

#### 4.5 Definisi Operasional

Penelitian ini terdiri dari dua variabel, antara lain variabel bebas yaitu pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video dan variabel terkait yaitu pengetahuan keluarga tentang demam berdarah. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel 4.1.



Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Variabel bebas: Pendidikan kesehatan metode <i>brainstorming</i> dan video	Upaya pemberian informasi dengan cara berdiskusi dengan anggota kelompok dan pemutaran video	Anggota keluarga berperan aktif dalam kegiatan pendidikan kesehatan mulai dari pendahuluan, penyajian, dan penutup.	SAP	Nominal	
Variabel terkait: Pengetahuan	Hasil tahu seseorang terhadap objek yang diperoleh melalui panca indera.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definisi DBD</li> <li>2. Penyebab DBD</li> <li>3. Tanda dan Gejala DBD</li> <li>4. Penatalaksanaan DBD</li> <li>5. Cara Pencegahan DBD</li> </ol>	Kuesioner	Rasio	Skor: Favorable : 15 Iya : 1 Tidak: 0 Unfavorable : 12 Iya : 0 Tidak : 1

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

#### a. Data primer

Data primer yaitu data yang diperoleh oleh peneliti dari hasil penghitungan, pengamatan, survey dan lain-lain secara langsung di lapangan dengan menggunakan alat bantu kuesioner dan lembar observasi yang telah dipersiapkan oleh peneliti (Setiadi, 2007). Data primer dalam penelitian ini didapatkan melalui kuosiner dan wawancara pada masyarakat di area kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember

#### b. Data sekunder

Data sekunder yaitu pengumpulan data yang didapatkan dari orang lain. Data sekunder didapatkan oleh peneliti dari Puskesmas Puger Kabupaten Jember.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Setiadi, 2007).

- a. Mengadakan pengkajian ke masyarakat.
- b. Memberikan penjelasan kepada sejumlah masyarakat yang memiliki kriteria inklusi dan kriteria eksklusi tentang maksud dan tujuan.
- c. Mengajukan lembar persetujuan yang harus ditandatangani untuk menyetujui lanjut responden.
- d. Studi pendahuluan untuk mengambil data awal.

- e. Uji coba instrument dilakukan terhadap 16 responden masyarakat dengan instrumen tingkat pengetahuan yang telah dimodifikasi untuk mengetahui validitas diuji dengan korelasi person dan reabilitas diuji dengan *cronbach alpha*.
- f. Penentuan besar sampel.
- g. Responden dibagi menjadi dua kelompok (eksperimen dan kontrol).
- h. Melakukan pretest pada hari ke 1 menggunakan instrument tingkat pengetahuan terhadap ke 2 kelompok.
- i. Melakukan intervensi pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video kepada kelompok eksperimen hari ke 2 dalam waktu 60 menit.
- j. Melakukan post tes setelah di berikan intervensi dengan menggunakan instrumen tingkat pengetahuan terhadap ke 2 kelompok.
- k. Hasil nilai pre test dan post test dicatat dan disimpan peneliti untuk dikelola dan dianalisis.
- l. Kelompok kontrol akan diberikan perlakuan yang sama yaitu intervensi pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video setelah penelitian selesai sebagai kompensasi.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

- a. Instrumen pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video dari Alimul A. (2002) yang adposi oleh Fitrianti, S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu. Berisi persiapan, pembukaan, pelaksanaan, dan penutup selama 60 menit.

- b. Instrumen pengetahuan diadopsi dari Wawan dan Dewi (2010) yang berisi pertanyaan favorable dengan nilai jawaban iya 1 tidak 0 dan unfavorable dengan nilai tidak 1 iya 0. Adapun cara penilaian dan skor instrumen pengetahuan yaitu jawaban yang benar dibagi jumlah soal atau pertanyaan kemudian dibagi 100%, tingkat pengetahuan baik jika mampu menjawab 76%-100%, tingkat pengetahuan cukup jika mampu menjawab 56%, tingkat pengetahuan kurang jika jawaban <56%.

Tabel 4.2 *Blueprint* Kuesioner Pengetahuan

Materi Pendidikan Kesehatan	Domain Tingkat Pengetahuan						Nomor Butir Pertanyaan	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	Favorable	Unfavorable
Pengertian DBD	√						2	1
Penyebab DBD	√			√			3,4 8,10 11,13	5,6 7,9,12
Tanda dan Gejala						√	15,17	14,16
Penatalaksanaan	√			√			19,20	18,21
Pencegahan DBD	√				√		22,24 25,26	23,27
<b>TOTAL</b>							<b>15</b>	<b>12</b>

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Instrumen yang valid dan reliabel merupakan syarat untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel. Instrumen tingkat pengetahuan tentang penyakit DBD dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu menggunakan uji korelasi *pearson product moment* dengan  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel maka dinyatakan valid. Uji reliabilitas dapat dilakukan dengan cara menggunakan *alfa*

*cronbach coefficient-alpha* (Sugiyono, 2012). Uji validitas dan reliabilitas akan dilakukan di Desa Jombang wilayah kerja Puskesmas Kencong.

Tabel 4.3 Tingkat Keandalan *Alpha Cronbach*

Nilai <i>alpha cronbach</i>	Tingkat keandalan
0,0-0,20	Kurang andal
0,21-0,40	Agak andal
0,41-0,60	Cukup andal
0,61-0,80	Andal
0,81-1,00	Sangat andal

## 4.7 Pengolahan dan Analisis Data

### 4.7.1 *Editing*

*Editing* akan dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner. Pemeriksaan ini dapat berupa kelengkapan jawaban dan kebenaran penghitungan skor.

### 4.7.2 *Coding*

*Coding* merupakan pemberian tanda atau mengklasifikasikan jawaban dari para responden ke dalam kategori tertentu oleh peneliti (Setiadi, 2007). Peneliti akan memberi kode pada setiap responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Adapun pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

#### a. Jenis kelamin

- 1) Jenis kelamin laki-laki = 1
- 2) Jenis kelamin perempuan = 2

b. Tingkat pendidikan

- 1) SD diberi kode = 1
- 2) SMP diberi kode = 2
- 3) SMA diberi kode = 3
- 4) PT (perguruan tinggi) diberi kode = 4

c. Informasi Penyakit DBD

- 1) Pernah = 1
- 2) Belum = 2

d. Pernah terjangkit DBD 5 tahun terakhir

- 1) Belum = 1
- 2) Pernah = 2

#### 4.7.3 *Processing/Entry*

Proses memasukkan data kedalam tabel akan dilakukan dengan program yang ada di komputer. Data-data yang akan dimasukkan ke dalam program di komputer, berdasarkan dari hasil pengkodean yang telah dilakukan pada variabel penelitian.

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* merupakan teknik pembersihan data, data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan terhapus. Data yang dimasukkan akan diperiksa terlebih dahulu dan tidak didapatkan adanya kesalahan data sehingga semua sampel digunakan.



## 4.8 Teknik Analisis Data

### 4.8.1 Analisa Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan karakteristik variabel yang diteliti (Notoadmodjo, 2005) cara analisis ini dengan mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagai mana adanya tanpa membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Analisa univariat ini terdiri dari umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, informasi tentang DBD, dan pengalaman anggota keluarga terjangkit DBD.

### 4.8.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah sampel, dan jumlah variabel (Wasis, 2008). Hasil penelitian ini dilakukan pengujian menggunakan uji statistic parametrik uji t dependen dan uji t independen. Uji t dependen dilakukan karna peneliti ingin mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi di dalam satu sampel. Skala yang digunakan adalah rasio yaitu nilai pengetahuan pada masing-masing kelompok perlakuan dan kontrol, yaitu sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video. Uji t dependen dilakukan karena peneliti membandingkan rata-rata dari dua kelompok yang tidak saling berhubungan satu sama lain. Uji t independent digunakan untuk mengetahui adakah perbedaan mean yang bermakna antara 2 kelompok bebas yang berskala data rasio.

Tabel 4.4 Uji Normalitas Pengetahuan

No	Kelompok	Variabel	Tes	P	Analisis
1	Perlakuan	Pengetahuan	Sebelum	0,517	Normal
			Sesudah	0,917	Normal
2	Kontrol	Pengetahuan	Sebelum	0,493	Normal
			Sesudah	0,229	Normal

Berdasarkan hasil uji normalitas sebagai mana tercantum pada tabel 4.4 dengan menggunakan uji *Shapiro willk* pada variable tingkat pengetahuan dan motivasi kelompok kontrol dapat diketahui bahwa nilai  $p > \alpha$  (0,05) maka semua data berdistribusi normal.

#### 4.9 Etika Penelitian

Semua penelitian yang erat kaitannya dengan manusia sebagai obyek harus mempertimbangkan etika penelitian. Pelaksanaan penelitian harus memperhatikan etika penelitian yang mengacu pada pedoman nasional etika penelitian kesehatan (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2004).

##### 4.9.1 Menghormati Martabat Subjek Penelitian

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat seseorang (subyek penelitian). Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*).

#### 4.9.2 Asas Kemanfaatan

Penelitian yang dilakukan harus mempertimbangkan manfaat dan risiko yang mungkin terjadi. Penelitian boleh dilakukan apabila manfaat yang diperoleh lebih besar daripada risiko/dampak negatif yang akan terjadi. Selain itu, penelitian yang dilakukan tidak boleh membahayakan dan harus menjaga kesejahteraan manusia. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*non maleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.

#### 4.9.3 Prinsip Keadilan

Selama melakukan penelitian, setiap orang diberlakukan sama berdasar moral, martabat, dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban peneliti maupun subyek juga harus seimbang. Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan bebas masyarakat. Pada penelitian ini peneliti memberi kesempatan bertanya kepada masing-masing responden.

#### 4.9.4 *Informed Consent*

*Informed consent* merupakan pernyataan kesediaan dari subyek penelitian untuk diambil datanya dan ikut serta dalam penelitian. Isi *informed consent* harus ada penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan. Baik mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang akan diperoleh, risiko yang mungkin terjadi, dan adanya pilihan bahwa subjek penelitian dapat menarik diri kapan saja.



## BAB 6. PENUTUP

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada Bab 5 dapat disimpulkan bahwa pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember sebagai berikut:

- a. pengetahuan keluarga tentang demam berdarah sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan rata-rata 19,40 dari 26 item pertanyaan masuk dalam kategori tingkat pengetahuan cukup dan pengetahuan pada kelompok kontrol rata-rata 16,33 dari 26 item pertanyaan masuk dalam kategori pengetahuan cukup.
- b. pengetahuan keluarga tentang demam berdarah setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan rata-rata 22,13 dari 26 item pertanyaan dengan tingkat pengetahuan baik dan pengetahuan pada kelompok kontrol rata-rata 17,72 dari 26 item pertanyaan dengan tingkat pengetahuan cukup.
- c. terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video pada kelompok perlakuan.
- d. terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode ceramah pada kelompok kontrol.

- e. terdapat perbedaan pengetahuan yang signifikan antara keluarga yang menerima pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video dengan pendidikan kesehatan metode ceramah.

## 6.2 Saran

Berdasarkan simpulan hasil penelitian di atas, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi pengembangan penelitian terkait pendidikan metode *brainstorming* dan video.

- a. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang demam berdarah sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang demam berdarah. Masyarakat juga diharapkan mampu menginformasikan kepada masyarakat yang lain tentang demam berdarah.

- b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan keluarga tentang demam berdarah. Peneliti lanjutan dapat menggunakan metode pendidikan kesehatan yang lebih variatif.

- c. Bagi Instansi Kesehatan

Instansi pemegang program P2M Program Penyakit Menular yaitu Puskesmas mampu melakukan tahapan pendidikan kesehatan pada tahap motivasi, yaitu perawat mampu mengubah perilaku sesuai dengan yang dianjurkan oleh pendidik.



DAFTAR PUSTAKA

- Bappeda. 2013. *Potensi Kabupaten Jember*. [serial online] <http://bappeda.jatimprov.go.id/bappeda/wp-content/uploads/potensi-kab-kota-2013/kab-jember-2013.pdf> [10 April 2016].
- Budijanto, D. 2013. *Sampling dan Besar Sampel*. [serial online] [www.rinbinkes.litbang.depkes.go.id/2015/wp-content/uploads/2013/02](http://www.rinbinkes.litbang.depkes.go.id/2015/wp-content/uploads/2013/02). [19 Februari 2016].
- Chandra, Budiman. 2009. *Ilmu Kedokteran Pencegahan dan Komunitas*. EGC: Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Pendidikan Nasional. 2008. *Strategi Pembelajaran dan Pemilihannya*. Jakarta: Depdiknas.
- Edyawati, L. 2015. *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Media Video Terhadap Pengetahuan dan Sikap Personal Hygiene Siswa SD Negeri 1 Kepek Pengasih Kulon Progo*. [serial online] <http://lib.say.ac.id/>. [10 Februari 2016].
- Firawan, W. D. 2013. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Demam Berdarah Dengue di Desa Trosono Kabupaten Magetan*. [serial online] [http://eprints.ums.ac.id/27197/29/NASKAH\\_PUBLIKASI.pdf](http://eprints.ums.ac.id/27197/29/NASKAH_PUBLIKASI.pdf). [8 Februari 2016]
- Fitrianti, S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hapsari M. R. 2011. *Pengaruh Metode Brainstorming Disertai Pemutaran Video Terhadap Pengetahuan Tentang Gangguan Akibat Kekurang Iodium*. [serial online] <http://lib.unnes.ac.id/10197/1/7491.pdf>. [10 Februari 2016].
- Kemenkes. 2010. *Buletin Jendela Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*. [serial online] <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin-dbd.pdf>. [8 Februari 2016].
- Kemenkes. 2015. *Demam Berdarah Biasanya Meningkat di Bulan Januari*. [serial online] <http://www.depkes.go.id/article/view/15011700003/demam-berdarah-biasanya-mulai-meningkat-di-januari.html>. [10 Februari 2016].

- Kemenkes. 2016. *Kemenkes Terima Laporan Peningkatan Kasus DBD di Jawa Timur*. [serial online] <http://www.depkes.go.id/article/view/15013000002/kemenkes-terima-laporan-peningkatan-kasus-dbd-di-jawa-timur.html>. [8 Februari 2016].
- Maulana, H. D. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Naganingrum Y. 2013. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Brainstorming dan Ceramah (Brace) Terhadap Perilaku Menstruasi SMP Islam Manbaul Ulum Gresik*. [serial online] [http://journal.unair.ac.id/pengaruh-pendidikan-kesehatan-brainstorming-dan-ceramah-\(brace\)-terhadap-perilaku-menstruasi-article-6942-media-130-category-3.html](http://journal.unair.ac.id/pengaruh-pendidikan-kesehatan-brainstorming-dan-ceramah-(brace)-terhadap-perilaku-menstruasi-article-6942-media-130-category-3.html). [7 Februari 2016].
- Notoadmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cita.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Asdi Mahasatya.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Simamora, Roymond H. 2008. *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Soegijanto, Soengeng. 2008. *Demam Berdarah Dengue Edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Sugiyono. 2014. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Susilo, R. 2011. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wawan, A dan Dewi, M. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemeberantasannya*. Jakarta: Erlangga.
- Widyanto, F. C. 2014. *Keperawatan Komunitas dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.

**Lampiran A. Lembar *Informed*****SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Mukhammad Syafi'udin

NIM : 142310101162

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jalan Mastrip No. 47 Sumbersari Kabupaten Jember

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan Judul “Pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember” penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda maupun lingkungan anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun lingkungan. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan, menerima tindakan keperawatan yang saya berikan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaan menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Mukhammad Syafi'udin

NIM 142310101162

Lampiran B. Lembar *Consent*

Kode responden:

### SURAT PERSETUJUAN

Setelah saya membaca dan memahami isi serta penjelasan pada surat permohonan, maka saya menyatakan kesediaan mengikuti sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu:

Nama : Mukhammad Syafi'udin  
NIM : 142310101162  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jalan Mastrip No. 47 Sumpalsari Kabupaten Jember  
Judul : Pengaruh pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video terhadap pengetahuan tentang demam berdarah pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember

Surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Jember,.....2016

(.....)  
Nama terang dan tanda tangan

## Lampiran C. Kuesioner A

**KUESIONER PENELITIAN**  
**“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE *BRAINSTORMING***  
**DAN VIDEO TERHADAP PENGETAHUAN TENTANG DEMAM**  
**BERDARAH PADA KELUARGA ”**

---

Tanggal pengisian :.....

No. Responden :

--	--	--

**A. Karakteristik responden**

1. Inisial : .....
2. Usia : .....tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
4. Alamat :
5. Tingkat pendidikan :
  - SD
  - SMP
  - SMA
  - PT (perguruan tinggi)



**Lampiran D. Kuesioner B****PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila ada pertanyaan yang tidak dimengerti dapat ditanyakan pada kami.
2. Pilih salah satu jawaban iya dan tidak dengan memberi tanda (√) pada kolom yang telah disediakan.

**KUESIONER PENGETAHUAN**

NO	PERTANYAAN	Iya	Tidak
1	DBD bukan merupakan penyakit menular		
2	DBD dapat menyebabkan kematian		
3	DBD disebabkan oleh virus <i>dengue</i>		
4	Penyakit DBD dibawa oleh nyamuk <i>Aedes aegypti</i>		
5	Setelah tergigit nyamuk <i>Aedes aegypti</i> pasti mengalami DBD		
6	Lalat bisa menularkan penyakit DBD		
7	Bersentuhan dengan penderita DBD dapat menularkan penyakit DBD		
8	Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> menggigit pada pagi hari pukul (09.00-10.00 WIB) dan sore hari pukul (16.00-17.00 WIB)		
9	Tempat air yang kotor dan beralaskan tanah adalah tempat favorit nyamuk <i>Aedes aegypti</i> bersarang.		
10	Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> berkembang biak di air yang bersih dan jernih.		
11	Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> dimulai dari telur → larva → Pupae → Nyamuk dewasa		
12	Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> berwarna hitam pada badan dan kakinya.		
13	Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> senang hinggap pada pakaian yang tergantung		
14	Demam mendadak 2-7 hari naik turun seperti pelana kuda merupakan tanda dari DBD		
15	Fase kritis DBD terjadi pada hari ke 4-7 hari		
16	Tanda dan gejala DBD salah satunya batuk lebih dari 2 minggu		
17	Penderita DBD disarankan untuk mengurangi minum		
18	Kompres hangat digunakan untuk menurunkan suhu tubuh		



19	Penderita DBD perlu dibawa ke sarana kesehatan terdekat		
20	Paracetamol adalah obat untuk menurunkan panas		
21	3 M plus merupakan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk		
22	3 M kepanjangan dari menguras, menutup, dan mengubur		
23	Kaleng bekas dapat menampung air hujan yang dapat menjadi sarang nyamuk		
24	Tanaman serai dapat digunakan untuk mengusir nyamuk		
25	Bak air dikuras minimal 1 bulan sekali.		
26	Pengasapan atau <i>fogging</i> adalah salah satu cara untuk memberantas nyamuk <i>Aedes aegypti</i>		



## Lampiran E. Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN  
PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

Jl. Kalimantan No.37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax (0331)  
323450

**Satuan Acara Penyuluhan (SAP)**

Topik/Materi : Demam Berdarah  
Sasaran : Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Puger  
Tempat :  
Hari/ Tgl/ Jam :  
Waktu : 60 menit  
Penyuluh : Mukhammad Syafi'udin (142310101162)

**A. Tujuan**

## 1. Tujuan umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video keluarga mampu mengenal konsep dasar demam berdarah dan cara penanganannya.

## 2. Tujuan khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video keluarga mampu menjelaskan tentang:

- a. Pengertian demam berdarah
- b. Penyebab demam berdarah
- c. Tanda dan gejala demam berdarah
- d. Penanganan demam berdarah
- e. Pencegahan demam berdarah

**B. Pokok bahasan: bahaya demam berdarah****C. Sub pokok bahasan**

- a. Pengertian demam berdarah
- b. Penyebab demam berdarah
- c. Tanda dan gejala demam berdarah

d. Penanganan demam berdarah

e. Pencegahan demam berdarah

D. Kegiatan pendidikan kesehatan metode *brainstorming* dan video

Tahap kegiatan	Penelitian pendidikan kesehatan metode <i>brainstorming</i> dan video	Kegiatan peserta	Media dan alat pengajar
Persiapan dan pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan alat, tempat dan peserta</li> <li>2. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus</li> <li>4. Menjelaskan manfaat dari kegiatan pendidikan kesehatan</li> <li>5. Menjelaskan alur kegiatan pendidikan kesehatan</li> </ol>	<p>-</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p>	Laptop, LCD.
Pelaksanaan (60 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Memberikan satu masalah</li> <li>7. Peserta memberikan jawaban atau tanggapan</li> <li>8. Setiap tanggapan atau jawaban ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis</li> <li>9. Setelah semua mencurahkan pendapat tiap anggota mengomentari.</li> <li>10. Pemutaran video tentang demam berdarah</li> </ol>	<p>Memperhatikan</p> <p>Diskusi</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Diskusi</p> <p>Memperhatikan</p>	Laptop, LCD, sound
Penutup (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Menyimpulkan hasil</li> <li>12. Menutup pertemuan, memberi salam</li> </ol>	<p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan dan menjawab salam</p>	Lap Top, LCD

E. Evaluasi

Evaluasi diberikan kepada kelompok tani dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara lisan:

- a. Apa pengertian demam berdarah?
- b. Sebutkan penyebab demam berdarah?
- c. Sebutkan tanda dan gejala demam berdarah?
- d. Bagaimana penanganan demam berdarah?
- e. Bagaimana pencegahan demam berdarah?

F. Referensi

Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemeberantasannya*. Jakarta: Erlangga.

Susilo, R. 2011. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Soegijanto, Soegeng. 2008. *Demam Berdarah Dengue Edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.

G. Lampiran

1. Materi: Demam Berdarah
2. Media:
  - a. Leaflet dengan judul Demam Berdarah
  - b. Video Demam Berdarah Dengue
3. Daftar hadir peserta

Penyuluh,

Mukhammad Syafi'udin  
NIM 142310101162

## MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN METODE *BRAINSTORMING* DAN VIDEO

### 1. Definisi Demam Berdarah

Demam berdarah adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lemah atau lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai dengan tanda-tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (petechia), ruam (purpura). Kadang-kadang mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun dan bertendensi menimbulkan renjatan (syok) dan kematian (Mubin, 2005).

Ada empat serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Serotipe DEN-3 merupakan jenis yang sering dihubungkan dengan kasus-kasus parah. Infeksi oleh salah satu serotipe akan menimbulkan kekebalan terhadap serotipe yang bersangkutan tetapi tidak untuk serotipe yang lain. Keempat jenis virus tersebut semuanya terdapat di Indonesia. Di daerah endemik DBD, seseorang dapat terkena infeksi semua serotipe virus pada waktu yang bersamaan (Widoyono, 2008).

### 2. Etiologi dan Cara Penularan Demam Berdarah

Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue dari kelompok *Arbovirus B*, yaitu *arthropod-borne virus* atau virus yang disebarkan oleh artropoda. Kedudukan nyamuk *Aedes aegypti* dalam klasifikasi hewan adalah sebagai berikut:

Filum : Arthropoda

Kelas : Insecta

Ordo : Diptera  
Famili : Culicidae  
Genus : *Aedes*  
Spesies : *Aedes aegypti* L (Soegijanto, 2009).

Nyamuk yang menjadi vektor penyakit DBD adalah nyamuk yang menjadi terinfeksi saat menggigit manusia yang sedang sakit dan viremia (terdapat virus dalam darahnya). Menurut laporan terakhir, virus dapat pula ditularkan secara transovarial dari nyamuk ke telur-telurnya.

Virus berkembang dalam tubuh nyamuk selama 9-10 hari terutama dalam kelenjar air liurnya dan jika nyamuk ini menggigit orang lain maka virus dengue akan dipindahkan bersama air liur nyamuk. Dalam tubuh manusia, virus ini akan berkembang selama 4-6 hari dan orang tersebut akan mengalami sakit demam berdarah dengue. Virus dengue memperbanyak diri dalam tubuh manusia dan berada dalam darah selama satu minggu. Orang yang didalam tubuhnya terdapat virus dengue tidak semuanya akan sakit demam berdarah dengue. Ada yang mengalami demam ringan dan sembuh dengan sendirinya, atau bahkan ada yang sama sekali tanpa gejala sakit, tetapi semuanya merupakan pembawa virus dengue selama satu minggu sehingga dapat menularkan kepada orang lain di berbagai wilayah yang ada nyamuk penularannya. Sekali terinfeksi, nyamuk menjadi indektif seumur hidupnya (Widoyono, 2008). Ciri-ciri nyamuk *Aedes aegypti* adalah (Widoyono, 2008):



- a. Sayap dan badannya belang-belang atau bergaris-garis putih;
- b. Berkembang biak di air jernih yang tidak beralaskan tanah seperti bak mandi, WC, tempayan, drum, dan barang-barang yang menampung air seperti kaleng, ban bekas, pot tanaman air, tempat minum burung, dan lain-lain.
- c. Jarak terbang kurang lebih 100 meter.
- d. Nyamuk betina bersifat '*multiple biters*' (menggigit beberapa orang karena sebelum nyamuk tersebut kenyang sudah berpindah tempat).
- e. Tahan dalam suhu panas dan kelembaban tinggi

### 3. Tanda dan Gejala Demam Berdarah

Pasien penyakit DBD pada umumnya disertai dengan tanda-tanda berikut:

- a. Demam 2 – 7 hari tanpa sebab yang jelas menyerupai pelana kuda.
- b. Manifestasi perdarahan dengan tes rumpel leede (+) sampai perdarahan spontan seperti mimisan, muntah darah, atau berak darah hitam.
- c. Hasil pemeriksaan trombosit menurun (normal: 150.000-300.000 uL), hematokrit meningkat (normal: pria <45 tahun, wanita <40 tahun).

### 4. Penanganan DBD

Bila penderita hanya mengeluh panas, tetapi keinginan makan dan minum masih baik, untuk mengatasi panas tinggi yang mendadak diperkenankan memberikan obat penurunan panas paracetamol 10-15 mg/KgBB setiap 3-4 jam diulangi jika simptom panas masih nyata diatas 38,5<sup>0</sup>C. Obat panas salisilat tidak dianjurkan karena mempunyai resiko terjadinya penyulit perdarahan asidosis. Sebagian besar kasus demam berdarah yang menunjukkan manifestasi panas hari

pertama dan hari kedua tanpa menunjukkan manifestasi penyulit hipertermi dan konvulsi sebaiknya kasus ini dianjurkan untuk rawat inap (Soegijanto, 2008).

Volume dan macam cairan pengganti penderita demam berdarah sama seperti yang digunakan pada kasusu diare dengan dehidrasi sedang (6-10% kekurangan cairan). Kebutuhan cairan sebaiknya diberikan dalam kurun waktu 2-3 jam pertama dan selanjutnya diatur kemabali dalam waktu 24-48 jam (Soegijanto, 2008).

## **5. Pencegahan DBD**

Jenis kegiatan pencegahan nyamuk penular DBD antara lain:

- a. “Bulan Bakti Gerakan 3M” atau dikenal dengan dengan istilah “Bulan Kewaspadaan 3M Sebelum Musim Penularan” atau “Gerakan 3M Sebelum Masa Penularan (G 3M SMP) adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan pada saat sebelum terjadinya penularan DBD, yaitu bulan dimana jumlah kasus DBD paling rendah berdasarkan jumlah kasus rata-rata per bulan selama 5 tahun terakhir. Hal ini bertujuan menekan serendah-rendahnya populasi nyamuk penular DBD sehingga KLB dapat dicegah, kegiatan ini diprioritaskan didaerah yang endemis. Komunitas sekolah yang meliputi anak usia sekolah dan personel sekolah (staf pengajar, staf sekolah, dan administrasi) mempunyai kewajiban untuk menjaga lingkungan sekolah yang sehat.
- b. Kegiatan yang dapat dilakukan oleh anak yaitu siswa pemantau jentik (sismantik). Menurut Depkes RI (2005) survei jentik dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Semua tempat atau bejana yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* diperiksa untuk mengetahui ada tidaknya jentik;
- 2) Jika tidak tampak tunggu kira-kira 0,5-1 menit untuk memastikan bahwa benar jentik tidak ada;
- 3) Memeriksa tempat-tempat perkembangbiakan yang kecil, seperti: vas bunga, pot tanaman air, botol yang airnya keruh, seringkali air perlu dipindahkan ketempat lain; dan
- 4) Memeriksa jentik di tempat yang agak gelap atau airnya keruh biasanya digunakan senter.

Kegiatan yang dapat dilakukan oleh personel sekolah yang melibatkan staf pengajar, staf sekolah, dan administrasi dengan juru pemantau jentik (jumantik) yang bertugas melakukan pemantauan secara rutin terhadap ada tidaknya jentik nyamuk pada tempat penampungan air di lingkungan sekolah yang secara sukarela ataupun dibayar. Kesehatan bukan hanya tanggung jawab pemerintah dan negara. Kesehatan merupakan tanggung jawab bersama.

c. Penyuluhan dan pendidikan kesehatan

Penyuluhan secara individu, kelompok dan massa dilaksanakan untuk memberikan informasi bahaya penyakit DBD dan pencegahan penyakit DBD.

d. Penyuluhan dan pendidikan kesehatan

Penyuluhan secara individu, kelompok dan massa dilaksanakan untuk memberikan informasi bahaya penyakit DBD dan pencegahan penyakit DBD.

Secara umum cara pencegahan penyakit DBD yang dapat dilakukan saat ini adalah pemberantasan vektor yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan pemberantasan terhadap jentik-jentik penyakit. Hal ini dikarenakan vaksin untuk mencegah dan obat membasmi virus dengue belum tersedia (Depkes RI, 2005). Cara pencegahan yang paling dianggap paling tepat adalah :

a. Pemberantasan nyamuk dewasa

Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan (pengasapan atau fogging) dengan insektisida. Nyamuk suka hinggap pada benda-benda bergantungan, maka penyemprotan tidak dilakukan di dinding rumah.

Penyemprotan dilakukan dua siklus dengan interval satu minggu untuk membatasi penularan virus dengue. Pada penyemprotan siklus pertama semua nyamuk yang mengandung virus dengue (nyamuk infeksi) dan nyamuk nyamuk lainnya akan mati tetapi akan segera muncul nyamuk-nyamuk baru yang diantaranya akan mengisap darah seseorang viremia yang masih ada yang dapat menimbulkan terjadinya penularan kembali. Penyemprotan pertama perlu dilakukan agar nyamuk baru yang infeksi tersebut akan terbasmi sebelum menularkan kepada orang lain.

b. Pemberantasan jentik

Pemberantasan terhadap jentik *Aedes aegypti* dikenal dengan istilah Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) dilakukan dengan cara antara lain :

### 1) Fisik

Pemberantasan sarang nyamuk dengan cara fisik dikenal dengan kegiatan 3M yaitu Menguras, Menutup dan Mengubur. Adapun kegiatan 3M antara lain: menguras dan menyikat bak mandi, bak WC dan lain-lain, menutup tempat penampungan air rumah tangga (tempayan, drum dan lain-lain), mengubur, menyingkirkan atau memusnahkan barang-barang seperti kaleng, ban, tempurung dan lain-lain. Pengurasan tempat-tempat penampungan air perlu dilakukan secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali agar nyamuk tidak dapat berkembang biak ditempat itu.

Pada saat ini telah dikenal dengan istilah 3M plus yaitu mengganti air didalam vas bunga, tempat minum burung atau tempat yang sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang yang tidak lancar/rusak, membersihkan dan mengeringkan tempat-tempat yang dapat menampung air hujan seperti pelepah pisang, melakukan larvasidasi yaitu membubuhkan bubuk pembunuh jentik (abate) ditempat yang sulit dikuras atau didaerah yang sulit air, memasang kawat kasa dirumah, menghindari kebiasaan menggantung pakaian didalam kamar, mengupayakan pencahayaan dan ventilasi yang cukup, menggunakan kelambu dan memakai obat nyamuk.

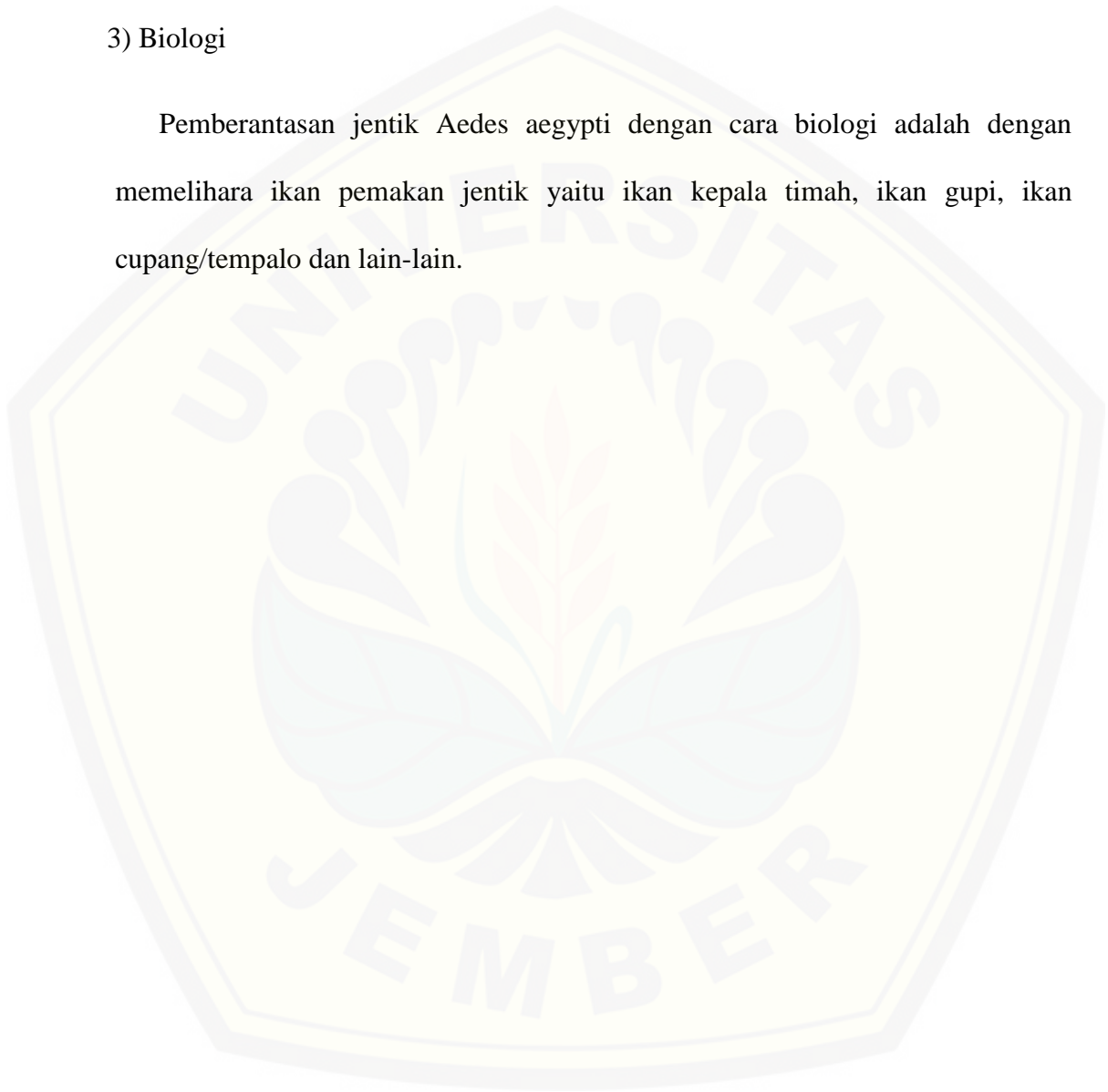
### 2) Kimia

Cara memberantas nyamuk *Aedes aegypti* dengan menggunakan insektisida pembasmi jentik ini dikenal dengan larvasida. Larvasida yang biasa digunakan yaitu temephos. Formulasi temephos yang digunakan adalah granules (sand

granules). Dosis yang digunakan 1 ppm atau 10 gram ( $\pm$  1 sendok makan rata) untuk setiap 100 liter air. Larvasida dengan temephos ini mempunyai efek residu 3 bulan, selain itu dapat digunakan golongan insect growth regulator.

### 3) Biologi

Pemberantasan jentik *Aedes aegypti* dengan cara biologi adalah dengan memelihara ikan pemakan jentik yaitu ikan kepala timah, ikan gupi, ikan cupang/tempalo dan lain-lain.







KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN  
TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
T.A 2015/2016

### DAFTAR HADIR

Pada hari ini, ..... tanggal ... Bulan ..... tahun 2016 jam .... s/d selesai WIB bertempat di ... Kecamatan Puger telah dilaksanakan penelitian oleh Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Kegiatan ini diikuti oleh 15 orang.

NO	NAMA	ALAMAT	TANDA TANGAN
1			1
2			2
3			3
4			4
5			5
6			6
7			7
8			8
9			9
10			10
11			11
12			12
13			13
14			14
15			15

Jember, April 2016  
Kepala Puskesmas Puger

(.....)

## Tanda dan Gejala

1. Demam 2 – 7 hari tanpa sebab yang jelas menyerupai pelana kuda.



2. Manifestasi perdarahan dengan tes rumpel leede (+) sampai perdarahan spontan seperti mimisan, muntah darah, atau berak darah hitam.



3. Hasil pemeriksaan trombosit menurun (normal: 150.000-300.000 uL)



## Pengertian

Suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas.



## Penyebab

Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dengan ciri-ciri nyamuk:

- Sayap dan badannya belang-belang atau bergaris-garis putih
- Berkembang biak di air jernih yang tidak beralaskan tanah seperti bak mandi, WC, tempayan, drum.
- Jarak terbang kurang lebih 100 meter.
- Tahan dalam suhu panas dan kelembaban tinggi.
- Menggigit beberapa orang dan berpindah tempat sebelum kenyang.

## Demam Berdarah Dengue (DBD)



Mukhammad Syafi'udin  
I42310101162

Program Studi Ilmu Keperawatan  
Universitas Jember

## Penanganan

1. Beri minum sebanyak-banyaknya bisa air putih.
2. Kompres dingin apabila suhunya dibawah  $40^{\circ}\text{C}$  dan kompres hangat apabila suhunya diatas  $40^{\circ}\text{C}$ .
3. Beri obat penurun panas contohnya paracetamol, asam mefenamat, dan ibuprofen.
4. Segera bawa ke pelayanan kesehatan terdekat.



## Pencegahan

1. Melakukan 3M Plus



2. Tidak menggantung baju yang sudah dipakai




3. Rutin berolahraga
4. Konsumsi makan-makanan yang bergizi.

# Mari Cegah DBD




Lampiran F. SOP Pendidikan Kesehatan Metode *Brainstorming*

 PSIK Universitas Jember	<b>PENDIDIKAN KESEHATAN METODE <i>BRAINSTORMING</i></b>		
	<b>NO. DOKUMEN</b> 1/ /2016	<b>NO. REVISI</b> 00	<b>HALAMAN</b> 1/2
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<b>Tanggal Terbit</b> 18/03/2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman dari semua peserta.		
<b>TUJUAN</b>	Membuat kompilasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda. Hasilnya kemudian dijadikan peta informasi untuk menjadi pembelajaran bersama.		
<b>PERSIAPAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merumuskan tujuan instruksional tentang alasan untuk berdiskusi dan hasil yang diharapkan</li> <li>2. Merumuskan pokok pembicaraan dengan ringkas dan jelas dengan mengumpulkan fakta atau informasi mengenai pokok yang akan dibahas kemudian menyusun bahan diskusi dalam urutan yang logis</li> <li>3. Mempertimbangkan latar belakang peserta tentang sejauh mana tingkat pengetahuan yang dimiliki dan hambatan yang terjadi.</li> <li>4. Menyiapkan kerangka diskusi secara rinci dengan:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menentukan aspek-aspek yang perlu dijadikan pokok pembahasan.</li> <li>b. Menentukan waktu yang dibutuhkan untuk membahas</li> <li>c. Menulis materi diskusi secara singkat dan jelas</li> <li>d. Menulis pertanyaan atau pokok permasalahan yang harus didiskusikan</li> <li>e. Menentukan peraturan-peraturan jalannya diskusi.</li> </ol> </li> <li>5. Menyiapkan fasilitas dengan memperbanyak bahan diskusi, menentukan lokasi, mendesain denah, menyiapkan referensi dan alat-alat keperluan diskusi.</li> </ol>		
<b>PEMBUKAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan alat, tempat dan peserta</li> <li>2. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus</li> <li>4. Menjelaskan manfaat dari kegiatan pendidikan kesehatan</li> <li>5. Menjelaskan alur kegiatan pendidikan kesehatan</li> </ol>		


 PSIK Universitas Jember	<b>PENDIDIKAN KESEHATAN METODE <i>BRAINSTORMING</i></b>		
<b>STANDAR          PROSEDUR          OPERASIONAL</b>	<b>NO. DOKUMEN</b> <b>1/ /2016</b>	<b>NO. REVISI</b> <b>00</b>	<b>HALAMAN</b> <b>2/2</b>
<b>PELAKSANAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan satu masalah</li> <li>2. Peserta memberikan jawaban atau tanggapan</li> <li>3. Setiap tanggapan atau jawaban ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis</li> <li>4. Setelah semua mencurahkan pendapat tiap anggota mengomentari.</li> </ol>		
<b>PENUTUP</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan <i>feed back</i></li> <li>2. Menyimpulkan hasil</li> <li>3. Memberikan <i>reiforcement</i></li> <li>4. Memberikan salam</li> </ol>		


## Lampiran G. SOP Pendidikan Kesehatan Media Video

 PSIK Universitas Jember	<b>PENDIDIKAN KESEHATAN MEDIA VIDEO</b>		
	<b>NO. DOKUMEN</b> 2/ /2016	<b>NO. REVISI</b> 00	<b>HALAMAN</b> 1/1
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<b>Tanggal Terbit</b> 18/03/2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Elemen multimedia paling dinamis dan juga paling realistis dibandingkan elemen-elemen lain.		
<b>TUJUAN</b>	Mengubah pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep-konsep, mengubah sikap dan persepsi, menanamkan tingkah laku/ kebiasaan baru.		
<b>PERSIAPAN</b>	6. Merumuskan tujuan instruksional tentang dan hasil yang diharapkan 7. Menyiapkan video untuk pendidikan kesehatan 8. Menyiapkan alat yang dibutuhkan, menentukan lokasi, mendesain denah, menyiapkan referensi dan alat-alat keperluan pendidikan kesehatan.		
<b>PEMBUKAAN</b>	6. Menyiapkan alat, tempat dan peserta 7. Memberi salam dan memperkenalkan diri 8. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus 9. Menjelaskan manfaat dari kegiatan pendidikan kesehatan 10. Menjelaskan alur kegiatan pendidikan kesehatan		
<b>PELAKSANAAN</b>	5. Memutar video tentang demam berdarah 6. Menjelaskan isi dari video 7. Peserta memberikan pertanyaan tentang hal yang belum jelas.		
<b>PENUTUP</b>	5. Memberikan <i>feed back</i> 6. Menyimpulkan hasil 7. Memberikan <i>reforcement</i> 8. Memberikan salam		



## Lampiran H. SOP Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah

 <p>PSIK Universitas Jember</p>	<b>PENDIDIKAN KESEHATAN METODE CERAMAH</b>		
	<b>NO. DOKUMEN</b> <b>1/ /2016</b>	<b>NO. REVISI</b> <b>00</b>	<b>HALAMAN</b> <b>1/2</b>
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<b>Tanggal Terbit</b> <b>18/03/2016</b>		
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agar ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.		
<b>TUJUAN</b>	Untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.		
<b>PERSIAPAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Merumuskan tujuan instruksional tentang alasan untuk berdiskusi dan hasil yang diharapkan</li> <li>10. Merumuskan pokok pembicaraan dengan ringkas dan jelas dengan mengumpulkan fakta atau informasi mengenai pokok yang akan dibahas kemudian menyusun bahan diskusi dalam urutan yang logis</li> <li>11. Mempertimbangkan latar belakang peserta tentang sejauh mana tingkat pengetahuan yang dimiliki dan hambatan yang terjadi.</li> <li>12. Menyiapkan kerangka diskusi secara rinci dengan: <ol style="list-style-type: none"> <li>f. Menentukan aspek-aspek yang perlu dijadikan pokok pembahasan.</li> <li>g. Menentukan waktu yang dibutuhkan untuk membahas</li> <li>h. Menulis materi diskusi secara singkat dan jelas</li> <li>i. Menulis pertanyaan atau pokok permasalahan yang harus didiskusikan</li> <li>j. Menentukan peraturan-peraturan jalannya diskusi.</li> </ol> </li> <li>13. Menyiapkan fasilitas dengan memperbanyak bahan diskusi, menentukan lokasi, mendesain denah, menyiapkan referensi dan alat-alat keperluan diskusi.</li> </ol>		
<b>PEMBUKAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Menyiapkan alat, tempat dan peserta</li> <li>12. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>13. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus</li> <li>14. Menjelaskan manfaat dari kegiatan pendidikan kesehatan</li> <li>15. Menjelaskan alur kegiatan pendidikan kesehatan</li> </ol>		

 <p>PSIK Universitas Jember</p>	<b>PENDIDIKAN KESEHATAN METODE CERAMAH</b>		
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<b>NO. DOKUMEN</b>  <b>1/ /2016</b>	<b>NO. REVISI</b>  <b>00</b>	<b>HALAMAN</b>  <b>2/2</b>
<b>PELAKSANAAN</b>	8. Memberikan pendidikan kesehatan tentang demam berdarah 9. Memberikan pertanyaan pada audience 10. Memberikan kesempatan kepada audience untuk bertanya.		
<b>PENUTUP</b>	9. Memberikan <i>feed back</i> 10. Menyimpulkan hasil 11. Memberikan <i>reiforcement</i> 12. Memberikan salam		

**Lampiran J. Tabel Penelitian**

Tabel 4.1 Waktu penelitian

No	Kegiatan	Bulan					
		Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
1.	Pembuatan Proposal	■					
2.	Seminar Proposal	■	■				
3.	Penelitian			■			
4.	Seminar Hasil				■		

## Lampiran K. Hasil Penelitian

### 1. Daftar deskriptif usia klien, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.

Usia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

**Statistics**

		UsiaPerlakuan	UsiaKontrol
N	Valid	15	15
	Missing	0	0
Mean		33.60	31.27
Median		34.00	33.00
Mode		23	35
Minimum		21	22
Maximum		46	45

Jenis Kelamin Kelompok Perlakuan

**JKPerlakuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	4	26.7	26.7	26.7
	Perempuan	11	73.3	73.3	100.0
Total		15	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Kelompok Kontrol

**JKKontrol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	5	33.3	33.3	33.3
	Perempuan	10	66.7	66.7	100.0
Total		15	100.0	100.0	

## Tingkat Pendidikan Kelompok Perlakuan

Tingkat Pendidikan Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	4	26.7	26.7	26.7
	SMP	5	33.3	33.3	60.0
	SMA	5	33.3	33.3	93.3
	PT	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

## Tingkat Pendidikan Kelompok Kontrol

Tingkat Pendidikan Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	10	66.7	66.7	66.7
	SMP	4	26.7	26.7	93.3
	SMA	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Rerata pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

## Descriptives

		Statistic	Std. Error	
P.PengetahuanPre	Mean	19.40	.533	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.26	
		Upper Bound	20.54	
	5% Trimmed Mean	19.39		
	Median	19.00		
	Variance	4.257		
	Std. Deviation	2.063		
	Minimum	16		
	Maximum	23		
	Range	7		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	-.005	.580	
	Kurtosis	-.464	1.121	
	P.PengetahuanPost	Mean	22.13	.389
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	21.30	
		Upper Bound	22.97	
5% Trimmed Mean		22.09		
Median		22.00		
Variance		2.267		
Std. Deviation		1.506		
Minimum		20		
Maximum		25		
Range		5		
Interquartile Range		2		
Skewness		.321	.580	
Kurtosis		-.742	1.121	
K.PengetahuanPre		Mean	16.33	.374
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.53	
		Upper Bound	17.13	



	5% Trimmed Mean		16.31	
	Median		16.00	
	Variance		2.095	
	Std. Deviation		1.447	
	Minimum		14	
	Maximum		19	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.024	.580
	Kurtosis		-.454	1.121
K.PengetahuanPOst	Mean		17.73	.463
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.74	
		Upper Bound	18.73	
	5% Trimmed Mean		17.70	
	Median		17.00	
	Variance		3.210	
	Std. Deviation		1.792	
	Minimum		15	
	Maximum		21	
	Range		6	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.204	.580
	Kurtosis		-.634	1.121

## 2. Uji Validitas

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	23.40	37.832	.578	.911
Item2	23.40	39.305	.185	.915
Item3	23.40	38.042	.521	.911
Item4	23.55	37.313	.480	.912
Item5	23.70	36.537	.547	.911
Item6	23.50	37.316	.525	.911
Item7	23.40	38.042	.521	.911
Item8	23.50	37.105	.568	.910
Item9	23.50	36.789	.634	.909
Item10	23.40	38.042	.521	.911
Item11	23.50	37.105	.568	.910
Item12	23.40	38.042	.521	.911
Item13	23.60	36.463	.604	.910
Item14	23.60	37.095	.489	.912
Item15	23.50	40.368	-.081	.920
Item16	23.40	38.042	.521	.911
Item17	23.40	37.832	.578	.911
Item18	23.60	36.989	.508	.911
Item19	23.45	39.103	.192	.916
Item20	23.55	36.576	.622	.909
Item21	23.40	38.042	.521	.911
Item22	23.45	37.629	.523	.911
Item23	23.55	35.945	.746	.907
Item24	23.45	37.418	.572	.910
Item25	23.50	39.316	.123	.917
Item26	23.55	36.787	.581	.910
Item27	23.50	37.211	.547	.911

Item28	23.45	37.629	.523	.911
Item29	23.50	37.316	.525	.911
Item30	23.60	36.674	.566	.910

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.927	26

Hasil tabel diatas menunjukkan bahwa bahwa nilai r hitung kolom corrected item total correlation. Kesimpulan:

- Nilai r hitung  $>$  r tabel (0,444) maka dikatakan valid. Item pertanyaan yang tidak valid adalah nomor 2, 15, 19, dan 25
- Cronbach's Alpha yaitu 0.927 artinya kuesioner tersebut sangat andal

### 3. Uji Normalitas

Hasil normalitas kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
P.PengetahuanPre	.119	15	.200*	.957	15	.641
P.PengetahuanPost	.174	15	.200*	.942	15	.413
K.PengetahuanPre	.144	15	.200*	.953	15	.579
K.PengetahuanPOst	.192	15	.141	.946	15	.459

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Pada tabel uji normalitas nilai p dapat dilihat pada kolom *Shapiro-Wilk* kolom sig. Kesimpulan:

- Nilai  $p > \alpha$ , menunjukkan pengetahuan pre dan post pada kelompok perlakuan bahwa nilai  $p > 0,05$ , maka data dikatakan normal
- Nilai  $p > \alpha$ , hasil menunjukkan pengetahuan pre dan post pada kelompok kontrol bahwa nilai  $p > 0.05$ , maka data dikatakan normal.

#### 4. Hasil uji *t* dependen kelompok perlakuan dan kontrol

Hasil uji *t* dependen pada kelompok Perlakuan

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	P.PengetahuanPre	19.40	15	2.063	.533
	P.PengetahuanPost	22.13	15	1.506	.389

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	P.PengetahuanPre & P.PengetahuanPost	15	.878	.000

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	P.PengetahuanPre - P.PengetahuanPost	-2.733	1.033	.267	-3.305	-2.161	-10.250	14	.000

Pada uji *t* dependen dapat dilihat nilai *p* pada kolom Sig. (2-tailed) Nilai *p* pada variabel pengetahuan kelompok perlakuan  $p < 0,05$  maka terdapat perbedaan yang signifikan pada setiap variabel pada pengukuran pre dan pos test pada kelompok perlakuan.

Hasil uji t dependen pada kelompok kontrol

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	K.PengetahuanPre	16.33	15	1.447	.374
	K.PengetahuanPOst	17.73	15	1.792	.463

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	K.PengetahuanPre & K.PengetahuanPOst	15	.863	.000

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	K.PengetahuanPre - K.PengetahuanPOst	-1.400	.910	.235	-1.904	-.896	-5.957	14	.000

Pada uji t dependen dapat dilihat nilai p pada kolom Sig. (2-tailed) Nilai p pada pengetahuan kelompok kontrol  $p < 0,05$  maka terdapat perbedaan yang signifikan pada setiap variabel pada pengukuran pre dan post test pada kelompok kontrol.

### 5. Hasil uji *t* independen kelompok perlakuan dan kontrol

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nilai	Kelompok A	15	2.73	1.033	.267
	Kelompok B	15	1.40	.910	.235

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Nilai	Equal variances assumed	.570	.457	3.751	28	.001	1.333	.355	.605	2.061
	Equal variances not assumed			3.751	27.565	.001	1.333	.355	.605	2.062

#### Interpretasi

- Pada uji *t* independen dapat dilihat nilai *p* pada kolom Sig. (2-tailed)
- Nilai *p* yang diambil dilihat dari nilai Levenes's test pada kolom Sig. jika  $p > \alpha$  maka varian sama, jika  $p < \alpha$  maka varian berbeda.
- Pada variabel pengetahuan nilai  $p > \alpha$  berarti nilai *t* independen dilihat pada nilai Sig. (2 tailed) dengan nilai varian berbeda yaitu  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) maka diambil kesimpulan terdapat perbedaan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.