

TESIS

PENGARUH PEMBERIAN STIMULASI PERMAINAN ULAR TANGGA TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN ANAK TENTANG PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

(Studi pada Penderita DBD Usia 11–12 tahun Saat Persiapan Pulang
di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya)



MUSHOFATUL MASDA THORIYA

NIM. 090810397 M

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA

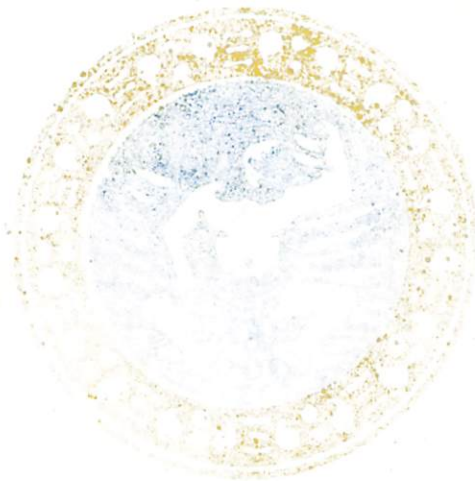
SURABAYA

2010

TESIS

PENGARUH PEMBERIAN STIMULASI PERMAHALAN
ULIAR TANOGA TERHADAP PERUBAHAN
PENGETAHUAN ANAK TENTANG PENYAKIT
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

Disusun oleh Penulis: M. Masda Thoriya
(di Fakultas V Kesehatan di Ranselab Bandung)



MUSHOFATUL MASDA THORIYA

19 02010000 0000

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2010

**PENGARUH PEMBERIAN STIMULASI PERMAINAN ULAR TANGGA
TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN ANAK TENTANG
PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)**

**(Studi pada Penderita DBD Usia 11-12 tahun Saat Persiapan Pulang
di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya)**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M. Kep.)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh:

**MUSHOFATUL MASDA THORIYA
NIM. 090810397 M**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2010

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS PEDAGOGIK DAN KEJURUAN
JURUSAN PENDIDIKAN MIPA
MAGISTER PENDIDIKAN MIPA

Disusun oleh:
MUSHOFATUL MASDA THORIYA

2017

Disetujui oleh:
Dosen Pembimbing I
Dosen Pembimbing II

2017

DEKAN FAKULTAS PEDAGOGIK DAN KEJURUAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS PEDAGOGIK DAN KEJURUAN
JURUSAN PENDIDIKAN MIPA
MAGISTER PENDIDIKAN MIPA
MUSKAWATI
2017

Lembar Pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 03 September 2010

Oleh:

Pembimbing I



Dr. Florentina Sustini, dr, MS

NIP. 130934631

Pembimbing II



Ahmad Suryawan, dr., Sp. A(K)

NIP. 19670109 199603 1 004

Mengetahui,

Ketua Program Studi
Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Florentina Sustini, dr, MS

NIP. 130934631

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : MUSHOFATUL MASDA THORIYA

NIM : 090810397 M

Tanda Tangan :



Tanggal : 03 September 2010





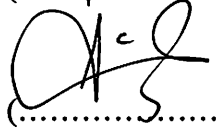
Halaman Pengesahan Panitia Penguji Tesis

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : MUSHOFATUL MASDA THORIYA
NIM : 090810397 M
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga Terhadap Perubahan Pengetahuan Anak Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

(Studi pada Penderita DBD Usia 11-12 tahun Saat Persiapan Pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya)

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
pada Tanggal 03 September 2010

Panitia penguji,

1. Ketua : Dr. Hj. Susilowati Andajani, dr., MS. (.....)
2. Anggota : Dr. Florentina Sustini, dr, MS. (.....)
3. Penguji I : Ahmad Suryawan, dr., Sp. A(K) (.....)
4. Penguji II : Yuni Sufyanti Arief., S.Kp., M.Kes. (.....)
5. Penguji III : Sri Utami, S.Kp., M.Kes. (.....)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul **“Pengaruh Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan Anak tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) pada Penderita DBD Usia 11 – 12 tahun Saat Persiapan Pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya”**. Penulis menyadari semua kekurangan dan keterbatasan yang ada dalam penyusunan tesis ini, sehingga dalam penyelesaiannya tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penulis. Perkenankan penulis untuk menyampaikan terima kasih setulus-tulusnya pada kesempatan ini kepada:

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya, Prof. Dr. Fasichul Lisan., Apt. atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan.
2. Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Sp. P (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. Nursalam, M.Nurs. (Hons.), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
4. Dr. Florentina Sustini, dr., MS., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya dan pembimbing I yang telah memberikan motivasi, arahan dan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan UNAIR Surabaya.

5. Ahmad Suryawan, dr., Sp.A (K) selaku pembimbing II, yang telah mendampingi, mencurahkan pikiran, tenaga serta meluangkan waktu untuk membantu dan mengarahkan kami dalam penyusunan tesis ini.
6. Dr. Hj. Susilowati Andajani, dr., MS., Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes, Sri Utami, S.Kp., M.Kes. selaku panitia penguji tesis, yang telah meluangkan waktu untuk membantu dan mengarahkan kami dalam penyusunan tesis ini.
7. Kepala Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada saya selama proses penelitian.
8. Seluruh responden yang telah banyak berpartisipasi selama proses penelitian ini.
9. Keluarga tercinta, orang tua, dan kakak-kakakku, terima kasih untuk semua cinta dan kasih sayang yang menguatkan penulis selama mengikuti studi di Magister Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya.
10. Rekan seperjuangan angkatan I Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang selama ini bekerja sama dan saling mendukung dalam menyelesaikan tugas.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam bentuk motivasi baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis sadar bahwa tesis ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap tesis ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi dunia keperawatan.

Surabaya, September 2010

Penulis

ABSTRACT

The Influence of Snake and Ladder Game's Stimulation on Alteration of Children's Knowledge about Dengue Haemorrhagic Fever

(Study in Patient of Dengue Haemorrhagic Fever Aged 11-12 Years in Pavilion V dr. Ramelan Navy Hospital Surabaya)

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is one of infectious diseases. Controlling and prevention of DHF is not optimal. It were caused by lack of knowledge, attitude and practice about the disease.

The objective of this study was to analyze the influence of snake and ladder game's stimulation on alteration of children's knowledge about DHF. This study was a quasy experimental research. The sample criteria were as follows: patient of DHF aged 11-12 years get preparation of discharge planning, grade 1 and 2 of DHF. Sample size were 13 persons received intervention and the other 13 respondents received nothing. Instruments were using structural interview with questionnaire. Study location was at Pavilion V dr. Ramelan Navy Hospital Surabaya. Data were collected at August 2010. Data were analyzed using Wilcoxon and Mann-Whitney test.

The result showed that in the end of study, the level of knowledge in intervention group mostly in good category and in control group mostly in adequate category. There was significant difference in level of knowledge before and after intervention ($p=0.001$). In those control group, in the beginning and the end of this study there was no difference in level of knowledge ($p=0.421$). There was significant difference in knowledge ($p=0.001$) between respondents receiving intervention and those receiving nothing.

It can be concluded that snake and ladder game's stimulation had influenced the alteration of children's knowledge about DHF. The suggestions in this study were for further studies should involve larger respondents and better measurement tools to obtain more accurate results.

Keywords: *snake and ladder game, stimulation, knowledge, Dengue Haemorrhagic Fever*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PRASYARAT GELAR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan	
2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan	8
2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	8
2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan	12
2.1.4 Metode Pendidikan Kesehatan	15
2.2 Konsep Stimulasi	
2.2.1 Pengertian Stimulasi.....	17
2.2.2 Macam – Macam Stimulasi untuk Anak Usia Sekolah.....	17
2.3 Konsep Permainan Ular tangga	
2.3.1 Pengertian Permainan Ular Tangga.....	20
2.3.2 Sejarah Permainan Ular Tangga.....	20
2.3.3 Metode Bermain Permainan Ular Tangga.....	22
2.4 Konsep Dasar Pengetahuan	
2.4.1 Definisi Pengetahuan.....	23
2.4.2 Cara Memperoleh Pengetahuan	24
2.4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Seseorang.....	25

2.5 Konsep Anak Usia Sekolah	
2.5.1 Perkembangan Anak	26
2.5.2 Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah	35
2.6 Konsep Hospitalisasi	
2.6.1 Tahap Perilaku Sakit	36
2.6.2 Pengertian Hospitalisasi	39
2.6.3 Stressor Pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit	39
2.6.4 Dampak Hospitalisasi.....	42
2.6.5 Manfaat Hospitalisasi.....	43
2.6.6 Respon yang Timbul Akibat Stress.....	44
2.7 Penyakit Demam Berdarah Dengue	
2.7.1 Pengertian Penyakit Demam Berdarah Dengue	46
2.7.2 Gejala Penyakit Demam Berdarah Dengue.....	46
2.7.3 Penyebab Penyakit Demam Berdarah Dengue.....	49
2.7.4 Cara Melakukan Pertolongan Pertama pada Penderita Demam Berdarah... ..	49
2.7.5 Cara Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue.....	50
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konseptual	52
3.2 Hipotesis	55
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain (Rancangan) Penelitian	56
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling	
4.2.1 Populasi	57
4.2.2 Sampel.....	57
4.2.3 Besar Sampel.....	57
4.2.4 Teknik Sampling	58
4.3 Identifikasi variabel dan Definisi Operasional	
4.3.1 Identifikasi Variabel.....	59
4.3.2 Definisi Operasional.....	59
4.4 Instrumen Penelitian.....	60
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	63
4.7 Kerangka Operasional	65
4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data	66
4.9 Etika Penelitian	
4.9.1 Lembar Persetujuan Penelitian (Informed Consent)	66
4.9.2 Tanpa Nama (Anonymity)	67
4.9.3 Kerahasiaan (Confidentiality)	67
4.9.4 Keterbatasan Penelitian	67
BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	68
5.2 Data Umum	69
5.3 Data Khusus	71

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pengetahuan Responden Tentang Penyakit DBD Sebelum Diberikan Perlakuan.....	76
6.2 Pengetahuan Responden Tentang Penyakit DBD Sesudah Diberikan Perlakuan.....	77
6.3 Perbedaan Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Mendapat Stimulasi Permainan Ular Tangga.....	81
6.4 Perbedaan Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Kontrol	84
6.5 Pengaruh Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan Anak Tentang Penyakit Demam Berdarah	87
6.6 Keterbatasan	89

BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan.....	90
7.2 Saran.....	91

DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	97

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Rancangan “Pretest-postest control group”.....	56
Tabel 4.3	Definisi Operasional Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga.....	60
Tabel 5.1	Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010.....	69
Tabel 5.2	Distribusi Responden berdasarkan usia di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010	69
Tabel 5.3	Distribusi Responden berdasarkan sumber informasi di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010	70
Tabel 5.4	Distribusi Responden berdasarkan orang tua pernah memberikan informasi tentang penyakit DBD di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010	70
Tabel 5.5	Distribusi Responden berdasarkan petugas kesehatan pernah memberikan informasi tentang penyakit DBD di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010.....	71
Tabel 5.6	Skor pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010.....	71
Tabel 5.7	Tingkat pengetahuan responden tentang penyakit DBD sebelum diberikan perlakuan di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010	72
Tabel 5.8	Tingkat pengetahuan responden tentang penyakit DBD sesudah diberikan perlakuan di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010	73
Tabel 5.9	Perbedaan skor pengetahuan anak tentang penyakit DBD antara responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010.....	74
Tabel 5.10	Skor pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Agustus 2010.....	75

DAFTAR GAMBAR

3.1 Gambar Kerangka Konseptual	52
4.2 Gambar Kerangka Operasional	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan Ijin	97
Lampiran 2 : Lembar Keterangan Kelaikan Etik	98
Lampiran 3 : Lembar Pernyataan Persetujuan Publikasi	99
Lampiran 4 : Lembar Permohonan Menjadi Responden	100
Lampiran 5 : Lembar Pernyataan Kesiediaan Responden.....	101
Lampiran 6 : Lembar Satuan Acara Pelaksanaan.....	102
Lampiran 7 : Lembar Kuesioner Pengetahuan Penderita DBD.....	104
Lampiran 8 : Lembar Daftar Responden Kelompok Perlakuan.....	108
Lampiran 9 : Lembar Daftar Responden Kelompok Kontrol.....	109
Lampiran10 : Lembar Tabulasi Pretest Kelompok Perlakuan.....	110
Lampiran11 : Lembar Tabulasi Postest Kelompok Perlakuan.....	111
Lampiran12 : Lembar Tabulasi Pretest Kelompok Kontrol	112
Lampiran13 : Lembar Tabulasi Postest Kelompok Kontrol.....	113
Lampiran14 : Lembar Validitas Aspek Pengetahuan	114
Lampiran15 : Lembar Reliability.....	115
Lampiran16 : Lembar Tabel Frekuensi.....	116
Lampiran17 : Lembar Olah Data.....	117
Lampiran18 : Lembar Uji Wilcoxon Kelompok Perlakuan.....	118
Lampiran19 : Lembar Uji Wilcoxon Kelompok Kontrol.....	119
Lampiran20 : Lembar Data Perbedaan Post Kontrol & Post Perlakuan.....	120
Lampiran21 : Lembar Uji Mann-Whitney.....	121
Lampiran22 : Lembar Permainan Ular Tangga DBD.....	122

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah yang disebabkan oleh virus Dengue (WHO, 2004). Program penanggulangan wabah DBD dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu *agent*, *host* dan lingkungan. Kecenderungan epidemiologis menunjukkan bahwa program pengendalian dan pencegahan DBD hingga saat ini masih belum optimal (WHO, 2004). Halstead (2000) menyatakan bahwa salah satu faktor gagalnya pemberantasan DBD di dunia adalah kurangnya pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat mengenai penyakit tersebut sehingga dari tahun ke tahun sering muncul sebagai kejadian luar biasa (KLB).

Penyakit DBD di Indonesia merupakan salah satu *emerging disease* dengan insiden yang meningkat dari tahun ke tahun. Demam Berdarah Dengue (DBD) telah menyerang semua propinsi di Indonesia pada tahun 1997. Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia pertama kali dilaporkan di Surabaya dan Jakarta tahun 1968 dengan *Case Fatality Rate* (CFR) 41,5% (Soegijanto, 2004). Awalnya KLB DBD terjadi secara periodik 5 tahun sekali kemudian interval periodenya lebih cepat (Soegijanto & Florentina Sustini, 1999). Jumlah penderita DBD di Indonesia sepanjang tahun 1999 sebanyak 21.134 orang, tahun 2000 sebanyak 33.443 orang, tahun 2001 sebanyak 45.904 orang, tahun 2002 sebanyak 40.377 orang dan tahun 2003 sebanyak 50.131 orang. Tahun 2000, *insiden rate* sebesar 15,75 per 100.000 penduduk meningkat pada tahun 2001 sebesar 17,2 per 100.000 penduduk (Soegijanto, 2004). Jumlah kasus DBD di Indonesia antara Januari sampai Maret 2004, secara kumulatif yang dilaporkan dan ditangani sebanyak 26.051 kasus, dengan kematian mencapai 389 (CFR=1,53%). DBD telah menyerang penduduk di 38 kabupaten/kota di Jawa Timur bahkan sampai ke

pelosok desa (Dinkes Kota Surabaya, 2005). Berdasarkan data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI), jumlah penderita DBD pada 2005 sebanyak 95.279 pasien dengan jumlah pasien meninggal 1.298 pasien. Tahun 2006, jumlah penderita DBD membengkak menjadi 111.730 pasien dengan 1.152 pasien meninggal. Tahun 2007, angka insiden DBD sebesar 71,78 per 100.000 penduduk dengan CFR 1%. Tahun 2008, angka insiden DBD sebesar 60,02 per 100.000 penduduk dengan CFR 0,86%.

Berdasarkan data Survei Sosial - Ekonomi Nasional (Susenas) 2007 Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa pada anak usia 5 – 14 tahun yang menderita sakit sekitar 23,8% dimana 60%-nya sakit cukup parah. Keadaan sakit tersebut bisa mengganggu aktivitas anak.

Penderita DBD dirawat sejak awal masuk rumah sakit. Setelah melewati masa kritis dan memenuhi kriteria, penderita dapat dipulangkan. Selama persiapan pulang, orang tua atau keluarga penderita DBD diberikan bekal pendidikan kesehatan (*health education*) yang berisi penjelasan tentang penyakit, waktu kontrol dan obat yang diperlukan oleh penderita. Anak yang menjadi penderita demam berdarah tidak dilibatkan dalam proses pendidikan kesehatan, anak lebih banyak menunggu di tempat tidurnya dan melakukan aktivitas diatas tempat tidur tersebut.

Sakit dapat membuat anak mengalami perubahan kebiasaan, kehilangan kebebasan (Nursalam, 2005) dan kehilangan kemandirian (Wong, 2003). Keadaan ini membuat anak harus istirahat di tempat tidur sehingga rutinitas anak menjadi berubah. Anak menjadi tidak bebas melakukan aktivitas seperti saat anak dalam keadaan sehat. Aktivitas yang biasanya dapat dilakukan anak secara mandiri ketika sehat menjadi tidak bisa dilakukan ketika dalam keadaan sakit. Salah satu tahap perilaku sakit yaitu tahap pemulihan dan rehabilitasi. Anak harus melepaskan peran sakit dan mengambil peran normal pada tahap ini (Potter &

Anne Griffin Perry, 2005). Situasi ketika seorang anak dirawat di rumah sakit merupakan saat-saat yang tidak mudah bagi anak sebagai pasien itu sendiri dan orang tua yang mendampingi selama proses perawatan. Menjadi lebih mudah bila pendamping mengetahui apa yang harus dikerjakan. Tentunya rumah sakit akan memberikan informasi yang cukup tentang apa saja yang berkaitan dengan proses perawatan dan apa yang perlu dilakukan orang tua saat mendampingi anaknya yang sakit tersebut. Sama pentingnya ketika orang tua mendapat informasi tentang proses perawatan anaknya, sebaiknya juga orang tua dan anak mengetahui apa yang harus dipersiapkan ketika anak siap meninggalkan rumah sakit setelah dinyatakan sembuh. Keduanya akan terus terlibat pada perawatan yang mungkin akan dilanjutkan di rumah (*Metlife Foundation, 2009*).

Data tentang penderita DBD yang didapatkan di Paviliun V Rumah Sakit Angkatan Laut (Rumkital) Dr. Ramelan Surabaya menunjukkan terjadinya peningkatan jumlah penderita demam berdarah pada bulan Januari-Maret 2010. Di bulan Januari 2010, terdapat 81 penderita demam berdarah, 19 diantaranya berusia 6-12 tahun. Di bulan Februari 2010, terdapat 83 penderita demam berdarah, 21 diantaranya berusia 6-12 tahun. Di bulan Maret 2010, terdapat 99 penderita demam berdarah, 31 diantaranya berusia 6-12 tahun.

Anak dapat diberikan stimulus pada saat melewati tahap pemulihan dan rehabilitasi. Stimulus ini diberikan untuk membantu anak dalam beradaptasi kembali dengan kehidupannya sebelum sakit. Berdasarkan teori perkembangan kognitif dari Piaget anak usia 6-12 tahun perkembangan kognitifnya berada pada tahap konkret operasional. Kemampuan intelektual pada masa ini sudah cukup untuk menjadi dasar diberikannya berbagai kecakapan yang dapat mengembangkan pola pikir atau daya nalarnya. Anak sudah dapat diberikan dasar-dasar keilmuan seperti membaca, menulis, dan berhitung. Anak diberikan juga pengetahuan tentang manusia, hewan, lingkungan alam sekitar dan sebagainya

(Yusuf, 2008). Kemampuan mereka bertambah dalam hal mendeskripsikan pengalaman dan mengutarakan apa yang mereka pikirkan dan mereka rasakan. Anak mengalami perubahan kemampuan berpikir, dari yang sebelumnya lebih berpusat pada diri sendiri menjadi mampu berpikir juga tentang hal lain di luar dirinya. Anak juga mulai mampu memahami hubungan sebab akibat (Nuryanti, 2008). Cara berpikir mereka bersifat induktif. Mereka dapat mempertimbangkan sudut pandang orang lain yang berbeda dan sudut pandang mereka sendiri. Cara berpikir menjadi semakin tersosialisasi. Karena kemampuan kognitif mereka sedang berkembang, anak usia sekolah waspada terhadap pentingnya berbagai penyakit yang berbeda, pentingnya anggota tubuh tertentu, kemungkinan bahaya pengobatan, konsekuensi seumur hidup akibat cedera permanen atau kehilangan fungsi tubuh dan makna kematian. Mereka biasanya sangat berminat secara aktif terhadap kesehatan atau penyakit mereka. Bahkan anak-anak yang jarang mengajukan pertanyaan sekalipun biasanya menunjukkan pengetahuan yang detail tentang kondisi mereka dengan mendengarkan penuh perhatian apa yang dikatakan di sekelilingnya. Pencarian informasi cenderung menjadi salah satu cara atau koping mempertahankan rasa kendali walau stress dan kondisinya yang tidak pasti (Wong, 2008).

Berdasarkan kenyataan tersebut di atas, pemberian informasi dalam bentuk pendidikan kesehatan (*health education*) dapat dilakukan pada anak usia sekolah. Salah satu jenis stimulus yang dapat dipilih adalah stimulus melalui permainan. Jenis permainan yang dapat digunakan salah satunya adalah permainan ular tangga. Permainan ular tangga dipilih karena anak tidak perlu mengeluarkan banyak energi ketika memainkannya dan dapat dilakukan di atas tempat tidur. Permainan ular tangga merupakan jenis permainan yang sudah dikenal oleh sebagian anak. Permainan ular tangga mengandung beberapa aspek yang mengajarkan kepada anak mengenai moral dan etika tentang kebaikan dan keburukan (Augustyn, 2004).

Salah satu kebaikan yang diajarkan di dalam permainan ular tangga yang telah dimodifikasi oleh peneliti adalah mengenai pengetahuan. Pengetahuan yang dapat diberikan kepada anak, salah satunya adalah pengetahuan tentang penyakit demam berdarah kepada penderita demam berdarah usia 11-12 tahun. Diharapkan nantinya mereka memiliki bekal pengetahuan yang dapat digunakan untuk mencegah terserang penyakit demam berdarah kembali. Bahkan dapat pula pengetahuan ini ditularkan kepada teman sebayanya. Keuntungan lainnya adalah dengan media permainan yang disukai anak-anak, materi yang disampaikan lebih mudah dipahami. Waktu yang dipilihpun sangat tepat, beberapa hari sebelum penderita demam berdarah pulang, mereka diberikan kegiatan yang berguna bagi mereka, baik untuk pengetahuan maupun kesenangan mereka. Hal ini lebih baik untuk mereka yang tidak mengerjakan kegiatan apapun yang hanya menambah kebosanan dan mengurangi keceriaan mereka. Orang tua mereka juga dibekali pengetahuan tentang penyakit, obat dan waktu kontrol bila diperlukan, pada saat yang sama.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, peneliti mencoba membuat modifikasi permainan ular tangga untuk dijadikan sebagai media pendidikan kesehatan kepada anak. Jenis permainan ular tangga yang dipakai oleh peneliti dalam penelitian ini adalah ular tangga yang berisi tentang penyakit demam berdarah dan penanggulangannya. Peneliti ingin meneliti pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan penderita DBD (anak) usia 11-12 tahun tentang penyakit DBD saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Apakah ada pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan penderita DBD (anak) usia 11-12 tahun tentang penyakit DBD saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya?

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis adanya pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan penderita DBD (anak) tentang penyakit DBD saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun sebelum dan sesudah diberikan stimulasi permainan ular tangga.
2. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat mulai penelitian dan akhir penelitian pada kelompok kontrol.
3. Menganalisis perbedaan pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun sebelum dan sesudah diberikan stimulasi permainan ular tangga.
4. Menganalisis perbedaan pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat mulai penelitian dan akhir penelitian pada kelompok kontrol.
5. Menganalisis adanya pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat memberikan masukan ide berupa media pendidikan kesehatan yang dapat diberikan kepada penderita DBD, khususnya anak-anak sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam mengembangkan disain asuhan keperawatan anak, khususnya dalam merawat anak penderita DBD.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini akan memberikan hasil yang dapat dijadikan dasar dalam pengembangan manajemen perawatan penyakit DBD. Menambah ketrampilan perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan khususnya dengan sasaran anak, selain itu dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan pada penderita anak usia sekolah yang menderita penyakit DBD.

1.4.2.2 Bagi Masyarakat

Penelitian ini akan menambah pengetahuan masyarakat, khususnya anak usia sekolah dalam menghadapi penyakit DBD sehingga mereka memiliki bekal pengetahuan yang dapat digunakan untuk mencegah terserang penyakit DBD kembali. Bahkan dapat pula pengetahuan ini ditularkan kepada teman sebayanya.

1.4.2.3 Bagi Institusi

Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi, gambaran atau masukan dalam ilmu keperawatan khususnya teknik dalam memberikan *health education*. Merupakan tantangan tersendiri dalam memberikan *health education* dengan sasaran anak-anak.

1.4.2.4 Bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai suatu terobosan baru berupa media pendidikan kesehatan yang menarik dan menyenangkan bagi anak-anak.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP PENDIDIKAN KESEHATAN

2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu penderita baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Herawani dkk, 2001).

2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Benyamin Bloom (1908) tujuan pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan 3 domain perilaku yaitu kognitif (*cognitive domain*), afektif (*affective domain*), dan psikomotor (*psychomotor domain*) (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2007) dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

2.1.2.1 Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

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

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Definisi yang lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

2.1.2.2 Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

1) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2) Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu salah atau benar adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden.

2.1.2.3 Praktik atau tindakan (*Practice*)

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2) Respons terpimpin (*Guided responsse*)

Respons terpimpin dapat dilakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan misalnya adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

3) Mekanisme (*Mecanism*)

Seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4) Adopsi (*Adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior*)

causes). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu (Notoatmodjo, 2003):

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Selain itu faktor demografis seperti umur, pendidikan, pengalaman, pekerjaan juga penting sebagai faktor predisposisi.
- 2) Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya Puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya ke Posyandu disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factor*). Tetapi barangkali juga karena rumahnya jauh dengan Posyandu atau Puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (*enabling factor*). Selain itu mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain di sekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (*reinforcing factor*).

2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan kesehatan, tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan tingkat pelayanan pendidikan kesehatan (Herawani dkk, 2001).

2.1.3.1 Sasaran pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan berdasarkan dimensi sasarannya, dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

- 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

2.1.3.2 Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan

Menurut dimensi pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat sehingga dengan sendirinya sasarannya juga berbeda. Misalnya:

- 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid, yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam upaya kesehatan sekolah (UKS).
- 2) Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan, rumah sakit umum maupun khusus dengan sasaran penderita dan keluarga penderita.
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

2.1.3.3 Tingkat pelayanan pendidikan kesehatan

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari Leavell dan Clark, yaitu:

1) Promosi kesehatan (*Health promotion*)

Pendidikan kesehatan diperlukan dalam tingkat ini, misalnya pendidikan kesehatan tentang penyakit demam berdarah dan pencegahannya, peningkatan gizi penderita demam berdarah, dan kebiasaan hidup sehat. Sistem pelayanan kesehatan yang melibatkan keluarga penderita, adanya perhatian pada kebersihan lingkungan dan rumah sehat.

2) Perlindungan khusus (*Specific protection*)

Program vaksinasi untuk virus Dengue belum ada. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah menghindari kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti*. Cara tersebut misalnya memakai kelambu pada waktu tidur, memakai baju dan celana panjang pada waktu tidur, memakai *lotion* penolak nyamuk, menyemprot kamar atau ruangan dengan racun serangga dan memasang kawat atau kasa nyamuk pada lubang angin, pintu dan jendela.

3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*)

Perlu dilakukan *screening* terhadap jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan diberantas dengan kegiatan 3M ditambah dengan pemberian bubuk Abate. Masyarakat perlu mengenal tanda-tanda penyakit demam berdarah sehingga penderita mendapat pengobatan segera dan tidak terlambat.

4) Pembatasan ketidakmampuan (*Disability limitation*)

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau memiliki.

5) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang orang menjadi cacat. Diperlukan latihan-latihan tertentu untuk memulihkan cacatnya tersebut. Kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang cacat tersebut, tetapi juga kepada masyarakat.

2.1.4 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), metode pendidikan dapat diuraikan sebagai berikut :

2.1.4.1 Metode pendidikan individual (perorangan)

Metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat, serta membantunya maka perlu menggunakan metode ini.

Bentuk dari pendekatan ini antara lain:

1) Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Cara ini mengakibatkan kontak antara penderita dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh penderita dapat dikorek, dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya penderita tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2) *Interview* (Wawancara)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan penderita untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Diperlukan penyuluhan yang lebih mendalam lagi apabila penderita belum tertarik menerima perubahan.

2.1.4.2 Metode pendidikan kelompok

Besarnya kelompok serta tingkat pendidikan formal pada sasaran perlu dijadikan bahan pertimbangan saat memilih metode pendidikan kelompok. Kelompok yang besar metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

1) Kelompok besar

Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang.

Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain:

(1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

(2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas.

2) Kelompok kecil

Disebut kelompok kecil, apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang.

Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

(1) Diskusi kelompok

(2) Curah pendapat (*Brain storming*)

(3) Bola salju (*Snow bolling*)

(4) Kelompok kecil – kecil (*Bruzz group*)

(5) *Role play* (memainkan peran)

(6) Permainan simulasi (*Simulation game*).

2.1.4.3 Metode pendidikan massa (*Public*)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau *public*, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Misalnya Ceramah Umum (*public speaking*).

2.2 KONSEP STIMULASI

2.2.1 Pengertian stimulasi

Menurut Moersintowati (2002) dalam Nursalam dkk (2005), stimulasi adalah perangsangan dan latihan-latihan terhadap kepandaian anak yang datangnya dari lingkungan diluar anak. Stimulasi ini dapat dilakukan oleh orang tua, anggota keluarga, atau orang dewasa lain di sekitar anak. Orang tua hendaknya menyadari pentingnya memberikan stimulasi bagi perkembangan anak.

Stimulasi merupakan bagian dari kebutuhan dasar anak yaitu asah. Kemampuan anak akan semakin meningkat dengan mengasah kemampuan anak secara terus-menerus. Pemberian stimulus dapat dilakukan dengan latihan dan bermain. Anak yang memperoleh stimulus yang terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang memperoleh stimulus. Aktivitas bermain tidak selalu menggunakan alat-alat permainan, meskipun alat permainan penting untuk merangsang perkembangan anak (Nursalam dkk, 2005).

2.2.2 Macam - macam stimulasi untuk anak usia sekolah (6 - 12 tahun)

2.2.2.1 Stimulasi Motorik

1) Stimulasi motorik kasar yang bisa dilakukan:

- (1) Bermain kasti, basket dan bola kaki. Kegiatan ini sangat baik melatih keterampilan menggunakan otot kaki. Anak juga belajar mengenal adanya aturan main, sportivitas, kompetisi dan kerja sama dalam sebuah tim.
- (2) Berenang. Manfaat dari kegiatan ini sangat banyak karena melatih semua unsur motorik kasar anak. Anak pun mendapat pelajaran dan latihan mengenai perbedaan berat jenis maupun keseimbangan tubuh.

- (3) Lompat jauh. Manfaatnya hampir sama dengan bermain bola kaki dan sejenisnya. Anak mendapatkan poin plus, yaitu prediksi terhadap jarak.
- (4) Lari maraton. Manfaatnya mirip sekali dengan lompat jauh, hanya caranya yang berbeda.
- (5) Kegiatan *outbound*. Seperti halnya berenang, maka dengan ber-*outbound* semua kemampuan motorik kasar dilatih. Anak bisa mendapatkan hal yang lain, seperti keberanian, *survival*, dan kedekatan dengan Maha Pencipta serta kesadaran pentingnya menjaga keharmonisan antara manusia dengan hewan dan tumbuhan.

2) Stimulasi motorik halus

Manfaat yang bisa diperoleh kurang lebih sama dengan stimulasi motorik halus pada Balita. Hanya saja caranya yang berbeda, disesuaikan dengan usia anak. Berikut penjelasannya:

- (1) Menggambar, melukis dengan berbagai media.
- (2) Membuat kerajinan dari tanah liat.
- (3) Membuat seni kerajinan tangan, misalnya membuat boneka dari kain perca.
- (4) Bermain alat musik seperti gitar, biola, piano dan sebagainya.

2.2.2.2 Stimulasi Kognitif

Kegiatan yang bisa dilakukan oleh anak 6-12 tahun adalah (Nursalam dkk, 2005):

- 1) Ketika mempelajari berbagai kemampuan akademis, guru dan orang tua hendaknya memperhatikan kondisi anak. Misalnya, saat anak sudah terlihat bosan seharusnya secara otomatis materi yang disampaikan pada anak dibumbui atau diselingi dengan permainan atau hal jenaka yang bisa membuat

anak tertantang dan gembira. Selingan seperti ini sebaiknya tetap pada konteks pembicaraan atau pembahasan.

- 2) Stimulasi otak kanan untuk menstimulasi kemampuan kognitif dapat dilakukan melalui kegiatan *music and movement* (gerak dan lagu) atau dengan memainkan alat musik tertentu. Dapat juga dengan melakukan kegiatan drama.

2.2.2.3 Stimulasi Afeksi

Manfaat utamanya adalah mengembangkan rasa percaya diri, memupuk kemandirian, mengetahui dan menjalani aturan, memahami orang lain, dan mau berbagi. Cara memberikan stimulasi bisa dengan cara sebagai berikut (Nursalam dkk, 2005):

- 1) Biarkan anak melakukan sendiri apa yang bisa ia lakukan.
- 2) Buatlah kesepakatan tentang berbagai hal yang baik/boleh dan tidak, serta konsekuensinya. Tentu dengan bahasa yang bisa dipahami anak.
- 3) Berikan penghargaan untuk hal-hal yang dapat dilakukannya dengan baik atau lebih baik dari sebelumnya. Bisa juga ketika anak dapat mengikuti aturan (terutama pada awal mula diterapkan suatu aturan).
- 4) Berikan konsekuensi negatif (*punishment*). Hal ini perlu mempertimbangkan usia anak.
- 5) Berikan perhatian untuk berbagai reaksi emosi anak. Misalnya, saat dia sedih, gembira, marah, berikanlah respons yang sesuai dengan kebutuhannya kala itu.
- 6) Anak difasilitasi untuk bermain peran.
- 7) Biasakan anak untuk mampu mengungkapkan perasaannya, baik secara verbal, tulisan, ataupun gambar.
- 8) Biasakan mau berbagi dalam setiap kesempatan.
- 9) Khusus untuk anak 6-12 tahun, mulai perkenalkan dengan berbagai permainan dalam rangka mengenalkan aturan main, sportivitas, dan kompetisi.

2.3 KONSEP PERMAINAN ULAR TANGGA

2.3.1 Pengertian Permainan Ular Tangga

Permainan ular tangga adalah permainan anak-anak yang dimainkan oleh dua atau lebih pada papan persegi dengan 100 nomor kotak yang naik di baris dan sering berisi gambar. Ada tangga yang menghubungkan persegi pada baris yang lebih tinggi di atas papan kotak-kotak lain berisi ular yang sama menghubungkan bujur sangkar di baris yang berbeda pada beberapa kotak. Ini adalah permainan yang memerlukan beberapa keterampilan selain kemampuan untuk menghitung, membuat permainan yang ideal bagi anak-anak yang masih sangat muda (*Anonymous, 2010*).

2.3.2 Sejarah Permainan Ular Tangga

Ular tangga berasal dari abad ke-2 SM. India memiliki permainan serupa yang disebut *Vaikuntapaali* atau *Paramapada Sopanam* (tangga untuk keselamatan). Permainan ini memiliki pesan tidak tertulis yaitu hidup ini penuh dengan naik (tangga) dan turun (ular), kesenangan, dan rasa sakit. Setiap manusia harus melalui kesuksesan dan kegagalan, muda, tua, dan akhirnya mati hanya untuk dilahirkan kembali (*Anonymous, 2010*).

Permainan ini diciptakan oleh para pemimpin spiritual Hindu untuk mengajarkan anak-anak tentang ganjaran dari perbuatan baik dan konsekuensi negatif yang buruk. Ular mewakili keputusan kejahatan dan miskin dan tangga mewakili suara kebajikan dan moralitas (*Anonymous, 2010*). Kebajikan pada permainan asli adalah iman, *reliability*, kedermawanan, pengetahuan, asketisme sedangkan kejahatan adalah ketidaktaatan, *vanity*, vulgar, mencuri, berbohong, mabuk, hutang, *rage*, *greed*, *pride*, pembunuhan, dan nafsu. Moralitas dari permainan adalah seseorang dapat mencapai keselamatan melalui kinerja yang

baik sedangkan dengan melakukan perbuatan jahat membawa kelahiran kembali dalam bentuk kehidupan yang lebih rendah. Jumlah tangga kurang dari jumlah ular sebagai pengingat bahwa menapaki jalan yang baik sangat sulit dibandingkan dengan melakukan dosa. Angka "100" mewakili Keselamatan (*Anonymous*, 2010).

Permainan pertama dibuat dalam perjalanan ke Inggris pada 1892 dan dijual secara komersial di Amerika Serikat pada tahun 1943 oleh Bradley dengan nama *Chutes* dan *Ladder*. Kotak 100 diasumsikan mewakili ide Hindu nirwana, tetapi tidak ada bukti kuat untuk menanggung hal itu (*Anonymous*, 2010).

Ada banyak variasi dari ular dan tangga, meskipun konsep dasar tetap sama. Beberapa tahun terakhir, edisi permainan telah dirilis dengan kartun grafis dari acara televisi anak yang populer seperti "*SpongeBob Square Pant*" dan "*Dora The Explorer*" (*Anonymous*, 2010).

Ular dan tangga dikenal dengan banyak nama berbeda di seluruh dunia. Beberapa di antaranya adalah: *Ups* dan *Downs* (Kanada), *Jungle Run* (US), *Walt Disney's Steps 'n' Chutes* (Inggris), dan *up and down! New Ladder Game* (AS). Banyak perusahaan berbeda yang dapat memasarkan permainan ini karena tidak adanya sebuah hak cipta karena konsep aslinya berasal dari India kuno (*Anonymous*, 2010).

Permainan ular tangga mengajarkan tentang moralitas dan konsekuensi. Tangga mewakili gambar seorang anak tengah melakukan perbuatan baik dan ular mewakili gambar seorang anak yang melakukan perbuatan tidak baik. Ketika melakukan perbuatan yang baik maka berhak menaiki tangga menuju kotak di atasnya dan sebaliknya bila melakukan perbuatan yang tidak baik akan mendapatkan ular dan turun di kotak bagian bawah. Variasi model ular tangga sangat banyak walaupun tidak menghilangkan ciri khas dari ular tangga itu sendiri. Seperti yang telah beredar dalam bentuk kartun yang terdiri dari kotak berwarna menarik berisi angka 1-100 diberi beberapa gambar tangga dan ular.

Permainan ular tangga termasuk permainan strategi yang saat ini masih populer di kalangan anak-anak dan memiliki beberapa manfaat antara lain mengasah logika anak ketika ia tiba pada kotak yang menggambarkan perbuatan baik yang dilakukannya, tangga yang ada membawa ia ke kotak dengan angka besar yang berisi *reward* berupa tangga. Melatih kesabaran dengan aturan main yang ada yaitu ketika belum tiba gilirannya melempar dadu untuk melangkah maka ia menunggu hingga gilirannya tiba dan pengenalan angka yang terdapat pada kotak-kotak permainan ular tangga (*Anonymous*, 2010).

Permainan ini dipilih karena anak tidak perlu mengeluarkan banyak energi ketika memainkannya dan dapat dilakukan di atas tempat tidur. Permainan ular tangga merupakan jenis permainan yang sudah dikenal oleh sebagian anak. Permainan ini mengandung beberapa aspek yang mengajarkan kepada anak mengenai moral dan etika tentang kebaikan dan keburukan (*Augustyn*, 2004).

2.3.3 Metode bermain permainan ular tangga

Metode permainan ular tangga adalah:

- 1) Pemain memilih balok sebagai alat untuk bermain. Balok yang dipilih harus tetap dari awal permainan hingga akhir permainan dan tidak boleh diganti.
- 2) Tempat pemain adalah pada kotak di papan berlabel "0" atau langsung di depan "1" atau kotak untuk memulai.
- 3) Memutuskan siapa yang akan bermain pertama kali dalam permainan. Mungkin dengan melemparkan sebuah dadu dengan jumlah hasil terbesar mengambil giliran pertama. Dapat juga dengan menggunakan *suit* atau *hompimpa* antar pemain jika pemain lebih dari 2.
- 4) Melempar dadu dan berjalan menggunakan balok yang telah dipilih oleh pemain sesuai dengan jumlah angka yang ditunjukkan oleh dadu. Semua pemain bergiliran memutar dadu dan menjalankan baloknya.

- 5) Pemain mendapat giliran sekali lagi untuk melemparkan dadu lagi, jika dadu menunjukkan jumlah angka 6.
- 6) Pemain dapat naik ke kotak selanjutnya mengikuti jalur tangga tersebut jika balok berhenti pada kotak yang ada gambar tangganya.
- 7) Pemain harus turun ke kotak sebelumnya mengikuti bentuk ular jika balok berhenti pada kotak yang bergambar ular.
- 8) Pemain membaca instruksi yang ada didalam papan permainan tempat balok berhenti.
- 9) Permainan akan berakhir, jika ada salah satu pemain yang telah berhasil mencapai kotak terakhir yaitu pada angka 100.

2.4 KONSEP DASAR PENGETAHUAN

2.4.1 Definisi Pengetahuan

Kata pengetahuan berasal dari kata latin *scientia*. Kata *scientia* berasal dari kata kerja *scire* yang artinya mengetahui. Pengetahuan merupakan upaya manusia dalam mencari kebenaran tentang sesuatu hal, melalui alat indera manusia (Sobur, 2003).

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan pada dasarnya menunjuk pada suatu yang diketahui, dengan terdapat suatu pokok soal, maka orang mempunyai pengetahuan dan digunakan untuk memecahkan suatu masalah (Hidayat, 2002).

Pengetahuan merupakan salah satu bagian untuk menentukan seseorang bertindak dalam memecahkan masalah yang dihadapi, dengan berbagai proses yang terjadi. Pengetahuan mencakup tiga domain yaitu domain kognitif, afektif dan psikomotor.

2.4.2 Cara memperoleh pengetahuan

Penerimaan pengetahuan sebagai suatu kebenaran dipengaruhi juga oleh cara menemukannya. Faktor yang mempengaruhi cara memperoleh pengetahuan untuk mencapai pengungkapan kebenaran seperti sekarang ini sebagai proses yang berencana, sistematis, teliti dan terarah telah memakan waktu cukup lama dan bertingkat (Hidayat, 2002) adalah sebagai berikut:

1) Penemuan kebenaran secara keseluruhan

Suatu peristiwa yang tidak sengaja kadang-kadang menghasilkan kebenaran yang menambah perbendaharaan pengetahuan manusia, karena sebelumnya kebenaran tersebut tidak diketahui.

2) Cara pengetahuan kebenaran dengan *trial* dan *error*

Mencoba sesuatu secara berulang-ulang, walaupun selalu menemukan kegagalan dan akhirnya menemukan suatu kebenaran. Seseorang aktif melakukan usaha untuk menemukan sesuatu, meskipun tidak mengetahui pasti tentang sesuatu hal yang ingin dicapainya.

3) Penemuan pengetahuan melalui otoritas atau kewibawaan

Kerap kali ditemui orang-orang yang karena kedudukan atau pengetahuannya sangat dihormati dan dipercaya, memiliki kewibawaan besar dilingkungan masyarakat, banyak pendapatnya diterima sebagai kebenaran.

4) Penemuan pengetahuan secara spekulatif

Cara ini mengandung kesamaan dengan cara *trial* dan *error* karena mengandung unsur untung-untungan dalam mencari kebenaran. Cara ini dikategorikan sebagai *trial* dan *error* yang teratur dan terarah. Seseorang telah memulai dengan menyadari masalah yang dihadapi dan mencoba meramal berbagai kemungkinan atau alternatif pemecahannya.

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor, menurut Azwar (2003) mengemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi pengetahuan di antaranya:

1) Pendidikan

Seseorang memerlukan proses pendidikan tersebut berlangsung dalam lingkungan pendidikan tempat dimana pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang termasuk juga perilaku tentang pola hidup, terutama motivasi untuk ikut berperan serta dalam pembangunan kesehatan, peningkatan tingkat pendidikan akan meningkatkan pengetahuan kesehatan.

2) Minat

Minat dapat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap suatu. Adanya pengetahuan yang tinggi dan minat yang cukup terhadap sesuatu maka sangatlah mungkin seseorang tersebut akan berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan.

3) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu peristiwa yang pernah dialami seseorang, Middlebrook (1974) yang dikutip oleh Azwar (2003) mengatakan bahwa tidak adanya suatu pengalaman sama sekali dengan suatu objek psikologis cenderung akan bersikap negatif terhadap objek tersebut. Meninggalkan kesan yang kuat dapat menjadi dasar pembentukan sikap pengalaman pribadi. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional, dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas.

4) Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang. Adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan

kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut dan akan cukup kuat memberi dasar efektif dalam menilai suatu hal, sehingga terbentuknya sikap arah tertentu. Pendekatan ini biasanya untuk mengubah masyarakat terhadap suatu inovasi yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku biasanya menggunakan melalui media massa.

5) Usia

Semakin cukup usia tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya dari segi kepercayaan masyarakat. Hal ini sebagai akibat pengalaman dan kematangan jiwanya, makin tua usia seseorang, makin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi.

2.5 KONSEP ANAK USIA SEKOLAH

Periode ini dimulai saat anak mulai masuk sekolah dasar sekitar usia 6 tahun dan diakhiri pada saat anak mulai pubertas sekitar usia 12 tahun (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

2.5.1 Perkembangan anak

2.5.1.1 Perkembangan fisik

1) Tinggi dan berat badan

Rerata tinggi badan meningkat 5 cm pertahun dan berat badan yang lebih bervariasi meningkat 2-3,5 kg per tahun (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

2) Fungsi kardiovaskuler

Denyut jantung rerata 70-90 denyut per menit, tekanan darah normal kira-kira 110/70 mmHg dan frekuensi pernapasan stabil 19-21 (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

3) Fungsi neuromuskular

Anak usia sekolah menjadi lebih lentur karena koordinasi otot besar meningkat dan kekuatannya dua kali lipat. Banyak anak berlatih keterampilan motorik kasar dasar yaitu berlari, melompat, menyeimbangkan gerak tubuh, melempar dan menangkap selama bermain, menghasilkan peningkatan fungsi dan keterampilan neuromuskular (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

Perkembangan keterampilan motorik halus lebih lambat daripada keterampilan motorik kasar tetapi berkembang kira-kira dalam kecepatan yang sama. Saat kontrol terhadap jari jemari dan pergelangan tangan tercapai anak menjadi pandai melakukan berbagai aktivitas (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

Kebanyakan anak usia 6 tahun mahir menggunakan pensil dan menuliskan huruf dan kata, tetapi pada usia 12 tahun anak dapat membuat gambar dengan rinci dan menuliskan kalimat dalam bentuk naskah. Melukis, menggambar, bermain permainan komputer, dan misalnya membuat anak melakukan dan mengembangkan keterampilan halus yang baru. Kemampuan meningkatkan motorik halus pada anak dalam pertengahan masa kanak-kanak membuat anak menjadi sangat mandiri untuk mandi, berpakaian, dan merawat kebutuhan personal lain. Anak mengembangkan keinginan personal yang kuat dan dalam prosesnya kebutuhan ini akan terpenuhi. Penyakit dan hospitalisasi mengancam pengendalian anak dalam area ini. Penting mengizinkan anak untuk berpartisipasi dalam perawatan dan mempertimbangkan kemandirian sebanyak mungkin (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

4) Perubahan lain

Perubahan fisik lain terjadi selama masa usia sekolah. Terjadi pertumbuhan skelet yang mantap pada tubuh dan ekstremitas, dan osifikasi tulang kecil dan panjang terjadi tetapi tidak komplis sampai usia 12 tahun.

Tulang wajah bertumbuh dan membentuk, yang dibuktikan oleh adanya sinus frontal pada usia 8 atau 9 tahun. Pertumbuhan gigi selama usia sekolah menonjol. Semua gigi primer telah tanggal dan mayoritas gigi permanen telah tumbuh pada usia 12 tahun (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

Sesuai kemajuan pertumbuhan skelet, penampilan tubuh dan postur mengalami perubahan. Postur paling awal dikarakteristikan berbahu bungkuk, cara berdiri agak lordosik dan abdomen buncit. Perubahan postur menjadi lebih tegak. Sangat esensial bahwa anak terutama perempuan setelah usia 12 tahun, dievaluasi adanya skoliosis yaitu lekukan lateral tulang belakang (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

Bentuk mata berubah karena pertumbuhan skelet. Hal ini meningkatkan aktivitas visual dan dapat dicapai penglihatan 20/20 dewasa normal. Skrining masalah penglihatan dan pendengaran lebih mudah dan hasilnya lebih dipercaya karena anak usia sekolah lebih mengerti secara penuh dan bekerja sama dengan petunjuk tes. Perawat sekolah mengkaji status gizi, penglihatan, dan pendengaran anak usia sekolah setiap 2 tahun dan rujuk anak yang mengalami deviasi pada ahli pediatrik (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

2.5.1.2 Perkembangan kognitif

Berdasarkan teori perkembangan kognitif dari Piaget (1969) anak yang berada pada masa ini perkembangan kognitifnya berada pada tahap konkret operasional. Artinya anak mencapai struktur logika tertentu yang memungkinkan mereka membentuk beberapa operasi mental, namun masih terbatas pada obyek-obyek yang konkret. Anak-anak berpikir logis dan bukan berpikir abstrak (Nuryanti, 2008).

Salah satu kemampuan penting yang berkembang pada masa ini adalah tahap reversibiliti, yaitu ide bahwa beberapa perubahan dapat dilakukan dengan

melakukan kembali tindakan yang sebelumnya dilakukan secara terbalik. Misalnya, mereka dapat memahami bahwa bola dari lilin yang kemudian dibentuk menjadi sosis panjang akan dapat diubah menjadi bola lagi dengan langkah yang sama seperti sebelumnya, namun dengan urutan terbalik (Nuryanti, 2008).

Periode ini ditandai dengan tiga kemampuan atau kecakapan baru yaitu mengklasifikasikan, menyusun, atau mengasosiasikan (menghubungkan atau menghitung) angka-angka atau bilangan. Kemampuan yang berkaitan dengan perhitungan seperti menambah, mengurangi, mengalikan, dan membagi. Anak sudah memiliki kemampuan memecahkan masalah (*problem solving*) yang sederhana pada akhir masa ini (Yusuf, 2008).

Kemampuan intelektual pada masa ini sudah cukup untuk menjadi dasar diberikannya berbagai kecakapan yang dapat mengembangkan pola pikir atau daya nalarnya. Anak sudah dapat diberikan dasar-dasar keilmuan seperti membaca, menulis, dan berhitung. Anak diberikan juga pengetahuan tentang manusia, hewan, lingkungan alam sekitar dan sebagainya. Kita dapat mengembangkan daya nalarnya dengan melatih anak untuk mengungkapkan pendapat, gagasan atau penilaiannya terhadap berbagai hal baik yang dialaminya maupun peristiwa yang terjadi di lingkungannya. Misalnya, hal yang berkaitan dengan materi pelajaran, tata tertib sekolah, pergaulan yang baik dengan teman sebaya atau orang lain dan sebagainya (Yusuf, 2008).

Tahap ini anak mengalami perkembangan yang sangat cepat dalam keterampilan mentalnya. Kemampuan mereka bertambah dalam hal mendeskripsikan pengalaman dan mengutarakan apa yang mereka pikirkan dan mereka rasakan. Anak juga mengalami perubahan kemampuan berpikir, dari yang sebelumnya lebih berpusat pada diri sendiri menjadi mampu berpikir juga tentang hal lain di luar dirinya. Anak juga mulai mampu memahami hubungan sebab akibat. Perkembangan signifikan pada aspek kognisi ini tetap masih meninggalkan

keterbatasan pada anak usia sekolah. Anak masih terbatas pada obyek-obyek yang konkret, obyek yang nyata terlihat di dunia sekitar anak. Anak masih mengalami kesulitan memahami pertanyaan atau konsep-konsep tentang dunia yang sifatnya abstrak pada banyak hal (Nuryanti, 2008).

Karena kemampuan kognitif mereka sedang berkembang, anak usia sekolah waspada terhadap pentingnya berbagai penyakit yang berbeda, pentingnya anggota tubuh tertentu, kemungkinan bahaya pengobatan, konsekuensi seumur hidup akibat cedera permanen atau kehilangan fungsi tubuh dan makna kematian. Mereka biasanya sangat berminat secara aktif terhadap kesehatan atau penyakit mereka. Bahkan anak-anak yang jarang mengajukan pertanyaan sekalipun biasanya menunjukkan pengetahuan yang detail tentang kondisi mereka dengan mendengarkan penuh perhatian apa yang dikatakan di sekelilingnya. Pencarian informasi cenderung menjadi salah satu cara atau koping mempertahankan rasa kendali walau stress dan kondisinya yang tidak pasti (Wong, 2008).

2.5.1.3 Perkembangan sosial

Menurut Nuryanti (2008) pada aspek sosial, perubahan yang terjadi pada masa usia sekolah antara lain:

- 1) Anak semakin mandiri dan mulai menjauh dari orang tua dan keluarga.
- 2) Anak lebih menekankan pada kebutuhan untuk berteman dan membentuk kelompok dengan sebaya.
- 3) Anak memiliki kebutuhan yang besar untuk disukai dan diterima oleh teman sebaya.

Berdasarkan teori Erikson (1963) tentang perkembangan psikososial, pada anak usia sekolah berada pada tahap 4 yaitu *industry vs inferiority*. Anak ingin memasuki dunia yang lebih luas dalam hal pengetahuan dan pekerjaan pada tahap ini (Nuryanti, 2008).

Kejadian yang paling penting pada tahap ini adalah ketika anak mulai masuk sekolah. Masuk sekolah membuat mereka berhadapan dengan banyak hal baru yang harus dipelajari. Pengalaman berhasil akan membuat anak menumbuhkan “*sense of industry*” yaitu perasaan akan kompetensi dan keahlian yang dimiliki anak. Sebaliknya, kegagalan akan menghasilkan perasaan *inferior* yaitu perasaan bahwa dirinya tidak mampu melakukan apa pun. Hal ini dapat mengakibatkan anak menarik diri dari sekolah dan sebaya (Nuryanti, 2008).

2.5.1.4 Perkembangan seksual

Masa ini anak akan lebih menyadari tentang kondisi tubuhnya. Muncul rasa ingin tahu tentang perbedaan yang dilihatnya, jika anak memiliki saudara kandung yang berbeda jenis kelamin. Rasa ingin tahu yang muncul ini sifatnya normal (Nuryanti, 2008).

Berdasarkan Teori *Freud* tentang perkembangan Psikoseksual, anak pada usia ini masuk ke tahap Laten. Tahap ini sering disebut sebagai tahap tenang, karena dibandingkan ciri-ciri pada tahap sebelumnya, anak pada periode ini relatif kalem. Dorongan seksual cenderung ditekan. Anak mengalihkan pikiran mereka pada aktivitas sekolah dan bermain dengan teman-teman sebaya yang sama jenis kelaminnya. Periode ini adalah waktu untuk mengembangkan keterampilan kognisi dan menyerap banyak nilai dari lingkungan sosial mereka (Miller, 1993) (Nuryanti, 2008).

Anak pada usia ini cenderung lebih suka bermain dengan teman-teman yang sama jenis kelaminnya, baik ketika berada di sekolah maupun bermain di rumah (Nuryanti, 2008).

2.5.1.5 Perkembangan motorik

Seiring dengan perkembangan fisiknya yang beranjak matang, maka perkembangan motorik anak sudah dapat terkoordinasi dengan baik. Setiap gerakannya sudah selaras dengan kebutuhan atau minatnya ditandai dengan kelebihan gerak atau aktivitas motorik yang lincah. Usia ini merupakan masa yang ideal untuk belajar keterampilan yang berkaitan dengan motorik ini, seperti menulis, menggambar, melukis, mengetik (komputer), berenang, main bola, dan atletik (Yusuf, 2008).

Perkembangan fisik yang normal merupakan salah satu faktor penentu kelancaran proses belajar, baik dalam bidang pengetahuan maupun keterampilan. Perkembangan motorik sangat menunjang keberhasilan belajar peserta didik. Kematangan perkembangan motorik ini pada umumnya dicapainya pada masa usia sekolah, karena itu mereka sudah siap menerima pelajaran keterampilan (Yusuf, 2008).

2.5.1.6 Perkembangan emosi

Aspek emosi mengalami perkembangan yang signifikan pada periode anak. Seiring pertambahan usia, kemampuan anak untuk mengenali emosinya sendiri semakin berkembang. Anak semakin menyadari tentang perasaannya sendiri dan perasaan orang lain. Anak juga semakin mampu mengatur ekspresi emosi dalam situasi sosial dan mampu mereaksi kondisi stress yang dialami orang lain (Nuryanti, 2008).

Menginjak usia sekolah anak mulai menyadari bahwa pengungkapan emosi secara kasar tidaklah diterima di masyarakat. Anak mulai belajar untuk mengendalikan dan mengontrol ekspresi emosinya. Kemampuan mengontrol emosi diperoleh anak melalui peniruan dan latihan (pembiasaan). Kemampuan orang tua dalam mengendalikan emosinya sangatlah berpengaruh dalam proses

peniruan. Perkembangan emosi anak cenderung stabil apabila anak dikembangkan dalam lingkungan keluarga yang suasana emosionalnya stabil. Sebaliknya, apabila kebiasaan orang tua dalam mengekspresikan emosinya kurang stabil dan kurang kontrol (seperti melampiaskan kemarahan dengan sikap agresif, mudah mengeluh, kecewa atau pesimis dalam menghadapi masalah), maka perkembangan emosi anak cenderung kurang stabil. Emosi yang secara umum dialami pada tahap perkembangan usia sekolah adalah marah, takut, cemburu, iri hati, kasih sayang, rasa ingin tahu, dan kegembiraan (rasa senang, nikmat, atau bahagia) (Yusuf, 2008).

Emosi merupakan faktor dominan yang mempengaruhi tingkah laku individu, dalam hal ini termasuk pula perilaku belajar. Emosi yang positif seperti perasaan senang, bergairah, bersemangat atau rasa ingin tahu akan mempengaruhi individu untuk mengkonsentrasikan dirinya terhadap aktivitas belajar seperti memperhatikan penjelasan guru, membaca buku, aktif dalam berdiskusi, mengerjakan tugas, dan disiplin dalam belajar (Yusuf, 2008).

Sebaliknya, apabila yang menyertai proses itu emosi negatif seperti perasaan tidak senang, kecewa, tidak bergairah, maka proses belajar akan mengalami hambatan. Individu tidak dapat memusatkan perhatiannya untuk belajar sehingga kemungkinan besar anak akan mengalami kegagalan dalam belajarnya (Yusuf, 2008).

2.5.1.7 Perkembangan bahasa

Bahasa adalah sarana berkomunikasi dengan orang lain. Pengertian ini mencakup semua cara untuk berkomunikasi, yang mana pikiran dan perasaan dinyatakan dalam bentuk tulisan, lisan, isyarat, atau gerak dengan menggunakan kata-kata, kalimat bunyi, lambang, gambar atau lukisan. Manusia dapat mengenal

dirinya, sesama manusia, alam sekitar, ilmu pengetahuan, dan nilai-nilai moral atau agama dengan bahasa (Yusuf, 2008).

Usia sekolah merupakan masa berkembang pesatnya kemampuan mengenal dan menguasai perbendaharaan kata (*Vocabulary*) (Yusuf, 2008).

Perkembangan bahasa sangat cepat selama masa usia sekolah dan pencapaian berbahasa tidak lagi sesuai dengan usianya. Rerata anak usia 6 tahun memiliki kosakata sekitar 3000 kata yang cepat berkembang dengan meluasnya pergaulan dengan sebaya dan orang dewasa serta kemampuan membaca. Anak meningkatkan penggunaan berbahasa dan mengembangkan pengetahuan strukturalnya. Anak menjadi lebih menyadari aturan sintaksis, aturan merangkai kata menjadi frase dan kalimat. Anak juga mengidentifikasi generalisasi dan pengecualian terhadap aturan ini. Anak menerima bahasa sebagai alat untuk menggambarkan dunia dalam cara subyektif dan menyadari bahwa kata-kata mempunyai arti yang berubah-ubah bukan absolut. Anak dapat menggunakan kata-kata yang berbeda untuk obyek atau konsep yang sama dan anak memahami bahwa satu kata dapat memiliki banyak arti (Potter & Anne Griffin Perry, 2005).

Dikuasanya keterampilan membaca dan berkomunikasi dengan orang lain membuat anak menjadi gemar membaca atau mendengarkan cerita yang bersifat kritis (tentang perjalanan / petualangan, riwayat para pahlawan, dan sebagainya). Pada masa ini tingkat berpikir anak sudah lebih maju, anak banyak menanyakan soal waktu dan sebab akibat. Kata tanya yang semula hanya menggunakan “apa”, sekarang sudah diikuti dengan pertanyaan: “dimana”, “dari mana”, “kemana”, “mengapa”, dan “bagaimana” (Yusuf, 2008).

Terdapat 2 faktor penting yang mempengaruhi perkembangan bahasa yaitu:

- 1) Proses jadi matang, dengan kata lain anak itu menjadi matang (organ-organ suara/bicara sudah berfungsi) untuk berkata-kata.

- 2) Proses belajar, artinya bahwa anak yang telah matang untuk berbicara lalu mempelajari bahasa orang lain dengan jalan mengimitasi atau meniru ucapan atau kata-kata yang didengarnya.

Kedua proses ini berlangsung sejak masa bayi dan kanak-kanak, sehingga pada usia anak memasuki usia sekolah sudah sampai pada tingkat (1) dapat membuat kalimat yang lebih sempurna, (2) dapat membuat kalimat majemuk, (3) dapat menyusun dan mengajukan pertanyaan.

Sesuai dengan tingkat umur pendidikan sekolah dasar yang dibagi dalam tiga kelompok yaitu: Kelompok umur pendidikan pertama antara 6 sampai 8 tahun, anak duduk di kelas I dan II, Kelompok umur pendidikan kedua antara 8 sampai 10 tahun, anak didik di kelas III dan IV, dan Kelompok umur pendidikan ketiga antara 10 sampai 12 tahun, anak duduk di kelas V dan VI (Imam Soejoedi, 1979).

2.5.2 Tugas perkembangan anak usia sekolah

2.5.2.1 Tugas perkembangan menurut Hurlock (1971) (Nuryanti, 2008)

Tugas perkembangan menurut Hurlock (1971) adalah sebagai berikut:

- 1) Mempelajari keterampilan fisik yang diperlukan untuk permainan-permainan yang umum dilakukan anak-anak.
- 2) Membangun sikap yang sehat mengenai diri sendiri sebagai individu yang sedang tumbuh.
- 3) Belajar menyesuaikan diri dengan teman-teman sebaya.
- 4) Mulai mengembangkan peran sosial pria dan wanita secara tepat.
- 5) Mengembangkan keterampilan-keterampilan dasar untuk membaca, menulis, dan berhitung.
- 6) Mengembangkan pengertian yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari.
- 7) Mengembangkan hati nurani, pengertian moral, dan tata nilai.
- 8) Mengembangkan sikap terhadap kelompok-kelompok sosial dan lembaga di lingkungan hidupnya.
- 9) Mencapai kebebasan pribadi.

2.5.2.2 Tugas perkembangan menurut Collins (1968) (Nuryanti, 2008)

Menurut Collins (1968) tugas perkembangan berupa:

- 1) Aspek fisik: meningkatkan kekuatan dan koordinasi otot, yaitu meningkatkan kemampuan beberapa aktivitas dan tugas fisik.
- 2) Aspek kognisi: pada taraf operasional konkret, berfokus pada keadaan “saat ini”, menambah pengetahuan dan keterampilan baru, mengembangkan perasaan mampu (*self efficacy*).
- 3) Aspek sosial: (1) mencapai bentuk relasi yang tepat dengan keluarga, teman, dan lingkungan, (2) mempertahankan harga diri yang sudah dicapai, (3) mampu mengkompromikan antara tuntutan individualitasnya dengan tuntutan konformitas dan (4) mencapai identitas diri yang memadai atau adekuat.

2.6 KONSEP HOSPITALISASI

2.6.1 Tahap perilaku sakit

Menurut Potter & Anne Griffin Perry (2005) terdapat 5 tahap perilaku sakit yaitu:

2.6.1.1 Tahap 1: mengalami gejala

- 1) Pada tahap ini penderita menyadari bahwa “ada sesuatu yang salah”.
- 2) Mereka biasanya mengenali sensasi atau keterbatasan fungsi fisik tetapi tidak menduga adanya diagnosis tertentu.
- 3) Persepsi individu terhadap suatu gejala meliputi (1) kesadaran terhadap perubahan fisik (nyeri, kemerahan, benjolan, dan lain-lain), (2) evaluasi terhadap perubahan yang terjadi dan memutuskan bahwa perubahan tersebut merupakan suatu gejala penyakit, (3) respons emosional.
- 4) Individu akan segera mencari pertolongan atau akan menyangkal adanya gejala atau implikasi yang dirasakannya jika gejala itu dianggap merupakan suatu gejala penyakit dan dapat mengancam kehidupannya.
- 5) Mungkin individu akan menunda untuk mencari bantuan atau pengobatan jika menyangkal adanya gejala tersebut, maka.

- 6) Sebelum berlanjut pada tahap sakit lanjut, individu harus mengakui masalah kesehatan yang ada pada dirinya.

2.6.1.2 Tahap II: Asumsi Tentang Peran Sakit

- 1) Terjadi jika gejala menetap dan berubah menjadi berat, penderita akan menerima peran sakitnya.
- 2) Orang yang sakit akan mencari konfirmasi dari keluarga, orang terdekat atau kelompok sosialnya bahwa ia benar-benar sakit sehingga harus diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya.
- 3) Menimbulkan perubahan emosional seperti menarik diri atau depresi dan perubahan fisik. Perubahan emosional yang terjadi bisa kompleks atau sederhana tergantung beratnya penyakit, tingkat ketidakmampuan, dan perkiraan lama sakit.
- 4) Seseorang mungkin awalnya akan menyangkal pentingnya intervensi dari pelayanan kesehatan, sehingga ia menunda kontak dengan sistem pelayanan kesehatan. Akan tetapi jika gejala itu menetap dan semakin memberat maka ia akan segera melakukan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan dan berubah menjadi seorang penderita.

2.6.1.3 Tahap III: Kontak dengan Pelayanan Kesehatan

- 1) Penderita mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli, mencari penjelasan mengenai gejala yang dirasakan, penyebab timbulnya gejala, proses penyakit, dan implikasi penyakit terhadap kondisi kesehatannya di masa yang akan datang.
- 2) Profesi kesehatan mungkin akan menentukan bahwa mereka tidak menderita suatu penyakit atau justru menyatakan jika mereka menderita penyakit yang bisa mengancam kehidupannya. Kemudian penderita mungkin akan menerima atau menyangkal diagnosis tersebut.

- 3) Penderita menerima diagnosis dan mereka akan mematuhi rencana pengobatan yang telah ditentukan, akan tetapi jika menyangkal diagnosis tersebut mereka mungkin akan mencari sistem pelayanan kesehatan lain, atau berkonsultasi dengan beberapa pemberi pelayanan kesehatan lain sampai mereka menemukan orang yang membuat diagnosis sesuai dengan keinginannya atau sampai mereka menerima diagnosis awal yang telah ditetapkan.
- 4) Penderita yang merasa sakit, tapi dinyatakan sehat oleh profesi kesehatan, mungkin ia akan mengunjungi profesi kesehatan lain sampai ia memperoleh diagnosis yang diinginkan.
- 5) Penderita yang sejak awal didiagnosis penyakit tertentu, terutama yang mengancam kelangsungan hidup, ia akan mencari profesi kesehatan lain untuk meyakinkan bahwa kesehatan atau kehidupan mereka tidak terancam. Misalnya: penderita yang didiagnosis mengidap kanker, maka ia akan mengunjungi beberapa dokter sebagai usaha penderita menghindari diagnosis yang sebenarnya.

2.6.1.4 Tahap IV: Peran Penderita Dependen

- 1) Penderita menerima keadaan sakitnya, sehingga penderita bergantung pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada.
- 2) Penderita menerima perawatan, simpati, dan perlindungan dari berbagai tuntutan dan stress hidupnya.
- 3) Penderita dapat melakukan peran dependennya di dalam institusi pelayanan kesehatan, di rumah, ataupun di tempat pelayanan masyarakat.
- 4) Secara sosial penderita diperbolehkan untuk bebas dari kewajiban dan tugas normalnya. Semakin sakit penderita, maka mereka semakin dibebaskan dari tanggung jawabnya.
- 5) Penderita juga harus menyesuaikan dengan perubahan jadwal sehari-hari.

Perubahan ini jelas akan mempengaruhi peran penderita di tempat kerja, keluarga, dan masyarakat, dan dapat menyebabkan stress pada dimensi emosional, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual.

2.6.1.5 Tahap V: Pemulihan dan Rehabilitasi

- 1) Merupakan tahap akhir dari perilaku sakit dan dapat terjadi secara tiba-tiba, misalnya penurunan demam.
- 2) Penyembuhan yang tidak dilakukan dengan tepat, menyebabkan seorang penderita butuh perawatan lebih lama sebelum kembali ke fungsi optimal, misalnya pada penyakit kronis.

Tidak semua penderita melewati setiap tahap yang ada dan tidak setiap penderita melewatinya dengan kecepatan yang sama atau dengan sikap yang sama. Pemahaman terhadap semua tahap perilaku sakit akan membantu perawat dalam mengidentifikasi perubahan-perubahan perilaku sakit penderita dan bersama-sama penderita membuat rencana perawatan yang efektif.

2.6.2 Pengertian Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah (Supartini, 2004).

2.6.3 Stressor pada anak yang dirawat di rumah sakit

2.6.3.1 Cemas karena perpisahan

Respons perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu:

1) Tahap protes (*Phase of protest*)

Tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit, dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif, seperti menendang, menggigit,

memukul, mencubit, mencoba untuk membuat orang tuanya tetap tinggal dan menolak perhatian orang lain. Secara verbal, anak menyerang dengan rasa marah, seperti mengatakan “pergi”. Perilaku tersebut dapat berlangsung dari beberapa jam sampai beberapa hari. Perilaku protes tersebut, seperti menangis akan terus berlanjut dan hanya akan berhenti bila anak merasa kelelahan. Pendekatan dengan orang asing yang tergesa-gesa akan meningkatkan protes (Nursalam dkk, 2005).

2) Tahap putus asa (*Phase of despair*)

Tahap ini, anak tampak tegang, tangisnya berkurang, tidak aktif, kurang berminat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih, apatis, dan regresi (misalnya mengompol atau menghisap jari). Tahap ini, kondisi anak mengkhawatirkan karena anak menolak untuk makan, minum, atau bergerak (Nursalam dkk, 2005).

3) Tahap menolak (*Phase of denial*)

Tahap ini secara samar anak menerima perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada di sekitarnya dan membina hubungan dangkal dengan orang lain. Anak mulai kelihatan gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama dengan orang tua (Nursalam dkk, 2005). Secara umum anak usia sekolah lebih mampu melakukan koping terhadap perpisahan, stress dan seringkali disertai regresi akibat penyakit atau hospitalisasi dapat meningkatkan kebutuhan mereka akan keamanan dan bimbingan dari orang tua (Wong dkk, 2008).

2.6.3.2 Kehilangan kendali

Anak usia sekolah berusaha keras memperoleh kemandirian dan produktivitas, anak usia sekolah biasanya rentan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka. Secara khusus, perubahan peran keluarga, ketidakmampuan fisik, takut terhadap kematian, penelantaran,

atau cedera permanen, kehilangan penerimaan kelompok sebaya, kurangnya produktivitas, dan ketidakmampuan untuk menghadapi stress sesuai harapan budaya yang ada dapat menyebabkan kehilangan kendali (Wong dkk, 2008).

Melihat sifat dari peran penderita, banyak rutinitas rumah sakit yang mengambil kekuatan dan identitas individu. Aktivitas ketergantungan seperti tirah baring yang dipaksakan, penggunaan pispot, ketidakmampuan memilih menu, kurangnya privasi, bantuan mandi di tempat tidur, atau berpindah dengan kursi roda atau brankar dapat menjadi ancaman langsung bagi rasa aman mereka. Mungkin semua prosedur ini tampak rutin dan tidak bermakna, namun prosedur tersebut tidak memungkinkan kebebasan memilih bagi anak-anak yang ingin “bertindak dewasa”. Akan tetapi, jika anak-anak tersebut diijinkan memegang kendali, tanpa mempedulikan keterbatasannya maka biasanya mereka akan berespons dengan sangat baik terhadap prosedur apapun. Peningkatan rasa kendali biasanya terjadi akibat perasaan berguna dan produktivitas (Wong dkk, 2008).

Selain lingkungan rumah sakit, penyakit juga dapat menyebabkan perasaan kehilangan kendali. Salah satu masalah yang paling signifikan dari anak-anak dalam kelompok usia ini berpusat pada kebosanan. Jika keterbatasan fisik atau yang dipaksakan menghalangi kemampuan mereka untuk merawat diri sendiri atau untuk terlibat dalam aktivitas yang disukainya, anak-anak usia sekolah biasanya berespons dengan depresi, bermusuhan, atau frustrasi. Menjaga agar anak aktif normal tetap berada di tempat tidur bukanlah perkara yang mudah (Wong dkk, 2008).

2.6.3.3 Cedera tubuh dan nyeri

Ketakutan mendasar terhadap sifat fisik dari penyakit muncul pada saat ini. Anak usia sekolah tidak begitu khawatir terhadap nyeri jika dibandingkan dengan disabilitas, pemulihan yang tidak pasti, atau kemungkinan kematian. Anak

perempuan cenderung mengekspresikan ketakutan yang lebih banyak dan lebih kuat dibandingkan dengan anak laki-laki, dan hospitalisasi sebelumnya tidak berdampak pada frekuensi atau intensitas ketakutan tersebut. Anak biasanya sangat berminat secara aktif terhadap kesehatan atau penyakitnya (Wong dkk, 2008).

Anak usia sekolah mulai menunjukkan kekhawatiran terhadap kemungkinan efek menguntungkan dan merugikan suatu prosedur. Selain ingin tahu apakah prosedur tersebut akan menyakitkan atau tidak, anak juga ingin tahu untuk apa prosedur itu, bagaimana prosedur tersebut dapat membuat mereka lebih baik, dan cedera atau bahaya apa yang dapat terjadi (Wong dkk, 2008).

Anak usia sekolah mengkomunikasikan secara verbal nyeri yang mereka alami berkaitan dengan letak, intensitas, dan deskripsinya. Anak usia sekolah juga menggunakan kata-kata untuk mengendalikan reaksi mereka terhadap nyeri (Wong dkk, 2008).

2.6.4 Dampak Hospitalisasi

Dampak hospitalisasi pada anak yaitu:

1) Perubahan konsep diri

Akibat penyakit yang diderita atau tindakan seperti pembedahan, pengaruh citra tubuh, perubahan citra tubuh dapat menyebabkan perubahan peran, ideal diri, harga diri dan identitasnya.

2) Regresi

Penderita mengalami kemunduran ke tingkat perkembangan sebelumnya atau lebih rendah dalam fungsi fisik, mental, perilaku dan intelektual.

3) Dependensi

Penderita merasa tidak berdaya dan tergantung pada orang lain.

4) Dipersonalisasi

Peran sakit yang dialami penderita menyebabkan perubahan kepribadian, tidak realistis, tidak dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan, perubahan identitas dan sulit bekerjasama mengatasi masalahnya.

5) Takut dan Ansietas

Perasaan takut dan ansietas timbul karena persepsi yang salah terhadap penyakitnya.

6) Kehilangan dan perpisahan

Kehilangan dan perpisahan selama penderita dirawat muncul karena lingkungan yang asing dan jauh dari suasana kekeluargaan, kehilangan kebebasan, berpisah dengan pasangan dan terasing dari orang yang dicintai.

2.6.5 Manfaat Hospitalisasi

Hospitalisasi sangat membuat stress bagi anak dan keluarga, tetapi hal tersebut juga membantu untuk memfasilitasi perubahan kearah positif antara anak dan anggota keluarganya (Nursalam dkk, 2005).

1) Membantu perkembangan hubungan orang tua-anak

Hospitalisasi memberikan kesempatan pada orang tua untuk belajar mengenai pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua yang mengetahui reaksi anak terhadap stress, seperti regresi dan agresif, maka mereka cepat memberikan dukungan. Hal tersebut juga akan memperluas pandangan orang tua dalam merawat anak yang sakit.

2) Memberikan kesempatan untuk pendidikan

Hospitalisasi memberikan kesempatan pada anak dan anggota keluarga untuk belajar mengenai tubuh dan profesi kesehatan.

3) Meningkatkan pengendalian diri (*Self mastery*)

Pengalaman menghadapi krisis seperti penyakit atau hospitalisasi akan memberi kesempatan untuk pengendalian diri (*Self mastery*). Anak yang lebih

muda termasuk Balita mempunyai kesempatan untuk menguji fantasinya melawan realita yang menakutkan. Mereka menyadari bahwa mereka tidak sendirian dan tidak dihukum. Kenyataannya mereka dicintai dan dirawat.

4) Memberikan kesempatan untuk sosialisasi

Anak yang dirawat dalam satu ruangan yang usianya sebayu, maka hal tersebut akan membuat anak untuk belajar mengenai diri mereka. Sosialisasi juga dapat dilakukan dengan tim kesehatan. Selain itu, orang tua juga memperoleh kelompok sosial baru dengan orang tua anak yang mempunyai masalah yang sama.

2.6.6 Respons yang Timbul Akibat Stress

Reaksi klise akibat stress biologis yang ditemukan oleh Selye dikenal dengan sindrom adaptasi umum (*general adaptation syndrome / GAS*) (Kenton, 2003).

Menurut Kenton (2003), tujuan utama GAS adalah mempertahankan struktur dan fungsi tubuh agar tetap stabil atau disebut homeostasis. Setiap stressor yang datang pada tingkatan tertentu mengancam akan menghancurkan homeostasis. Pada saat seperti inilah sindrom adaptasi umum akan bereaksi.

Sindrom adaptasi umum terdiri atas 3 tingkatan:

1. Tahap kewaspadaan (*Alarm stage*)

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses adaptasi di mana individu siap untuk menghadapi stressor yang akan masuk ke dalam tubuh. Tahap ini dapat diawali dengan kesiagaan (*flight or flight*) di mana terjadi perubahan fisiologis yaitu pengeluaran hormon oleh hipotalamus yang dapat menyebabkan kelenjar adrenal mengeluarkan adrenalin yang dapat meningkatkan denyut jantung dan menyebabkan pernapasan menjadi cepat dan dangkal, kemudian hipotalamus juga dapat melepaskan hormon ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) yang

dapat merangsang adrenal untuk mengeluarkan kortikoid yang akan mempengaruhi berbagai fungsi tubuh. Respons tubuh terhadap stressor yang mengalami kegagalan, tubuh akan melakukan *countershock* untuk mengatasinya (Hidayat, 2004).

2. Tahap perlawanan (*Resistance stage*)

Merupakan tahap kedua dari fase adaptasi secara umum di mana tubuh akan melakukan proses penyesuaian dengan mengadakan berbagai perubahan dalam tubuh yang berusaha untuk mengatasi stressor yang ada, seperti jantung bekerja lebih keras untuk mendorong darah yang pekat untuk melewati arteri dan vena yang menyempit. Lama tidaknya kelangsungan tahap ini tergantung pada keputusan, sikap, dan reaksi kekuatan terhadap stressor. Hal ini tidak dapat berlangsung lama (Hidayat, 2004).

3. Tahap kelelahan (*Exhaustion stage*)

Tahap ini dapat ditandai dengan adanya kelelahan, apabila selama proses adaptasi tidak mampu mengatasi stressor yang ada, maka dapat menyebar ke seluruh tubuh. Efeknya dapat menyebabkan kematian tergantung dari stressor yang ada (Hidayat, 2004).

Hospitalisasi pada penderita anak dapat menyebabkan kecemasan dan stress pada semua tingkatan usia. Anak menjadi semakin stress dan hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan, yaitu menurunnya respons imun (Nursalam dkk, 2005). Sebaliknya, penderita anak yang merasa nyaman selama perawatan dengan adanya dukungan sosial keluarga, lingkungan perawatan yang terapeutik, dan sikap perawat yang penuh dengan perhatian akan mempercepat proses penyembuhan (Nursalam dkk, 2005).

2.7 PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE

2.7.1 Pengertian Penyakit Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh empat serotipe virus dengue dan ditandai dengan empat gejala klinis utama yaitu demam yang tinggi, manifestasi perdarahan, hepatomegali dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (sindrom renjatan dengue) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian (Soegijanto, 2002).

Demam berdarah dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini lebih banyak menyerang anak-anak usia di bawah 15 tahun, sering menimbulkan kekhawatiran masyarakat karena timbulnya mendadak dan dalam beberapa hari dapat menyebabkan kematian. Peranan tenaga perawatan sangat penting dalam penanganan penderita demam berdarah karena dengan perawatan yang baik dan cermat, angka kematian akibat penyakit ini dapat dikurangi. Selain itu, tenaga perawatan juga mempunyai peranan yang tidak kecil dalam upaya pencegahannya, antara lain melalui penyuluhan yang diberikan kepada penderita dan keluarganya serta usaha-usaha lain untuk mengurangi kemungkinan penularan di rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 1986).

2.7.2 Gejala Penyakit Demam Berdarah Dengue

Infeksi virus dengue dapat bersifat asimtomatik atau simtomatik berbentuk *undifferentiated fever*, demam dengue, demam berdarah dengue atau sindrom renjatan dengue. Gambaran klasik demam berdarah dengue ditandai oleh 4 gejala utama yaitu demam tinggi, manifestasi perdarahan, hepatomegali tanpa atau disertai renjatan, dan dua kelainan laboratorium utama yaitu trombositopenia dan hemokonsentrasi (Soegijanto, 2002).

WHO (1997) memberikan pedoman diagnosis yang dapat dipergunakan di lapangan untuk menghindari over diagnosis sebagai berikut:

1. Kriteria Klinis

- 1) Panas dengan onset yang akut, tinggi dan menetap 2 – 7 hari.
- 2) Adanya manifestasi perdarahan, termasuk uji torniket positif.
- 3) Hepatomegali.
- 4) Syok dengan manifestasi nadi yang cepat dan lemah dengan tekanan nadi yang sempit (20 mmHg atau kurang), atau adanya hipotensi, akral dingin dan gelisah.

2. Kriteria Laboratorium

- 1) Trombositopeni (kurang atau sama dengan $100.000/\text{mm}^3$).
- 2) Hemokonsentrasi, terdapat kenaikan hematokrit lebih atau sama dengan 20% pada masa akut dibandingkan dengan masa penyembuhan.

Menurut pedoman tersebut diagnosis klinis DBD sudah dapat ditegakkan bila ditemukan dua gejala klinis disertai trombositopeni dan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit. Menandakan adanya kebocoran plasma bila ditemukan anemia atau perdarahan yang berat, efusi pleura dan/atau adanya hipoalbuminemi. Syok dengan hematokrit yang tinggi (kecuali pada penderita dengan perdarahan berat) dan trombositopeni yang nyata menunjang diagnosis DBD/sindrom renjatan dengue (Soegijanto, 2002).

Bentuk klasik dari DBD ditandai dengan demam tinggi, mendadak 2-7 hari, disertai dengan muka kemerahan. Keluhan seperti anoreksia, sakit kepala, nyeri otot, tulang, sendi, mual dan muntah sering ditemukan. Beberapa penderita mengeluh nyeri menelan dengan faring hiperemis ditemukan pada pemeriksaan, namun jarang ditemukan batuk pilek. Biasanya ditemukan juga nyeri perut

dirasakan di epigastrium dan di bawah tulang iga. Demam tinggi dapat menimbulkan kejang demam terutama pada bayi (WHO, 1997).

Bentuk perdarahan yang paling sering adalah uji torniket positif, kulit mudah memar dan perdarahan pada bekas suntikan intravena atau pada bekas pengambilan darah. Kebanyakan kasus, petekia halus ditemukan tersebar di daerah ekstrimitas, aksila, wajah dan palatum mole, yang biasanya ditemukan pada fase awal dari demam. Epistaksis dan perdarahan gusi lebih jarang ditemukan, perdarahan saluran cerna ringan dapat ditemukan pada fase demam. Hati biasanya membesar dengan variasi dari *just palpable* sampai 2-4 cm dibawah *arcus costae* kanan. Sekalipun pembesaran hati tidak berhubungan dengan berat ringannya penyakit namun pembesaran hati lebih sering ditemukan pada penderita dengan syok (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Masa kritis dari penyakit terjadi pada akhir fase demam, pada saat ini terjadi penurunan suhu yang tiba-tiba yang sering disertai dengan gangguan sirkulasi yang bervariasi dalam berat-ringannya. Perubahan yang terjadi minimal pada kasus dengan gangguan sirkulasi ringan dan sementara, pada kasus berat penderita dapat mengalami syok (WHO, 1997).

WHO (1997) juga membagi menjadi empat kategori penderita menurut derajat berat penderita sebagai berikut:

1. Derajat I : Adanya demam tanpa perdarahan spontan, manifestasi perdarahan hanya berupa torniket tes yang positif.
2. Derajat II : Gejala demam diikuti dengan perdarahan spontan, biasanya berupa perdarahan di bawah kulit dan/atau berupa perdarahan lainnya.
3. Derajat III : Adanya kegagalan sirkulasi berupa nadi yang cepat dan lemah, penurunan tekanan darah (<20 mmHg) atau hipotensi, dengan disertai akral yang dingin dan gelisah.
4. Derajat IV : Adanya syok yang berat dengan nadi tak teraba dan tekanan darah yang tidak terukur.

2.7.3 Penyebab Penyakit Demam Berdarah Dengue

Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan terutama oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk *Aedes albopictus* dapat menularkan DBD tetapi peranannya dalam penyebaran penyakit sangat kecil, karena biasanya hidup di kebun-kebun.

Adapun cara penularannya adalah seorang anak yang sakit demam berdarah di dalam darahnya mengandung virus dengue, bila anak tersebut digigit nyamuk *Aedes aegypti*, maka virus dengue tersebut ikut terhisap masuk ke dalam tubuh nyamuk, apabila nyamuk tersebut menggigit anak yang sehat, maka anak yang sehat tadi akan sakit demam berdarah pula.

Tempat perkembangbiakan utama nyamuk *Aedes aegypti* ialah tempat-tempat penampungan air berupa genangan air yang tertampung di suatu tempat atau bejana di dalam atau sekitar rumah atau tempat-tempat umum, biasanya tidak melebihi jarak 500 meter dari rumah. Nyamuk ini biasanya tidak dapat berkembang biak di genangan air yang langsung berhubungan dengan tanah.

Biasanya nyamuk *Aedes aegypti* mencari mangsanya pada siang hari. Aktivitas menggigit biasanya mulai pagi hingga petang hari, dengan 2 puncak aktivitas antara pukul 09.00-10.00 dan 16.00-17.00. Tidak seperti nyamuk lain, *Aedes aegypti* mempunyai kebiasaan menghisap darah berulang kali (*multiple bites*) dalam satu siklus. Nyamuk *Aedes aegypti* sangat efektif sebagai penular penyakit.

2.7.4 Cara Melakukan Pertolongan Pertama pada Penderita Demam Berdarah Dengue

Obat untuk membunuh virus dengue belum ada. Prinsip pengobatan pada penderita demam berdarah dengue adalah penggantian cairan yang hilang, akibat kebocoran plasma.

Pengobatan pada penderita DBD bersifat simtomatik dan suportif yaitu pemberian cairan oral untuk mencegah dehidrasi dan mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan.

Beberapa cara melakukan pertolongan pertama pada penderita demam berdarah ketika mengalami fase demam adalah (Departemen Kesehatan RI, 2007):

1. Tirah baring, selama masih demam.
2. Obat antipiretik atau kompres air hangat diberikan apabila diperlukan. Untuk menurunkan suhu menjadi $<39^{\circ}\text{C}$, dianjurkan pemberian *paracetamol*, Asetosal/salisilat tidak dianjurkan (kontra indikasi) oleh karena dapat menyebabkan gastritis, perdarahan atau asidosis.
3. Rasa haus dan keadaan dehidrasi dapat timbul sebagai akibat demam tinggi, anoreksi dan muntah. Dianjurkan pemberian cairan dan elektrolit per oral. Jenis minuman yang dianjurkan adalah jus buah, air teh manis, sirup, susu serta larutan oralit disamping air putih. Dianjurkan paling sedikit diberikan selama 2 hari.
4. Segera periksa ke dokter, Puskesmas atau rumah sakit.

Penderita dengan gejala " *pre shock* " harus dirawat di rumah sakit.

2.7.5 Cara Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue

Upaya mencegah atau memberantas penyakit ini dapat dilakukan dengan cara meniadakan tempat-tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti* oleh anggota keluarga dengan cara sebagai berikut (Departemen Kesehatan RI, 1986):

1. Menutup gentong, menguras dan menyikat bak mandi minimal sekali seminggu.
2. Menutup ruas pagar bambu dengan tanah.
3. Mengganti air minum burung, vas bunga minimal seminggu sekali.
4. Membakar tempurung atau potongan bambu serta sampah-sampah lainnya.
5. Mengubur kaleng-kaleng bekas, dan botol-botol bekas yang berisi genangan air sehingga dapat menjadi sarang nyamuk.

Kegiatan ini disebut Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Selain itu dapat pula dilakukan usaha untuk mengurangi kemungkinan penularan dengan menyemprot kamar/ruangan dengan racun serangga atau memasang kawat nyamuk/kasa pada lubang angin, pintu, jendela. Tidak membiasakan menggantung pakaian atau kain di dalam rumah. Memelihara ikan pemakan jentik nyamuk (ikan adu/cupang).

Pemerintah melalui Dinas Kesehatan setempat melakukan usaha-usaha pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti* di lokasi yang terjangkit demam berdarah dengue guna mencegah atau membatasi penyebaran penyakit ini.

Usaha-usaha tersebut meliputi (Departemen Kesehatan RI, 1986):

1. Pengasapan (*fogging*) di rumah penderita demam berdarah dengue dan di wilayah sekitarnya dalam radius 100 meter.
2. Abatisasi di wilayah yang endemis demam berdarah dengue dengan cara menaburkan pasir insektisida (*temephos* = abate) 2-3 bulan sekali di tempat-tempat penampungan air yang sulit dikuras.

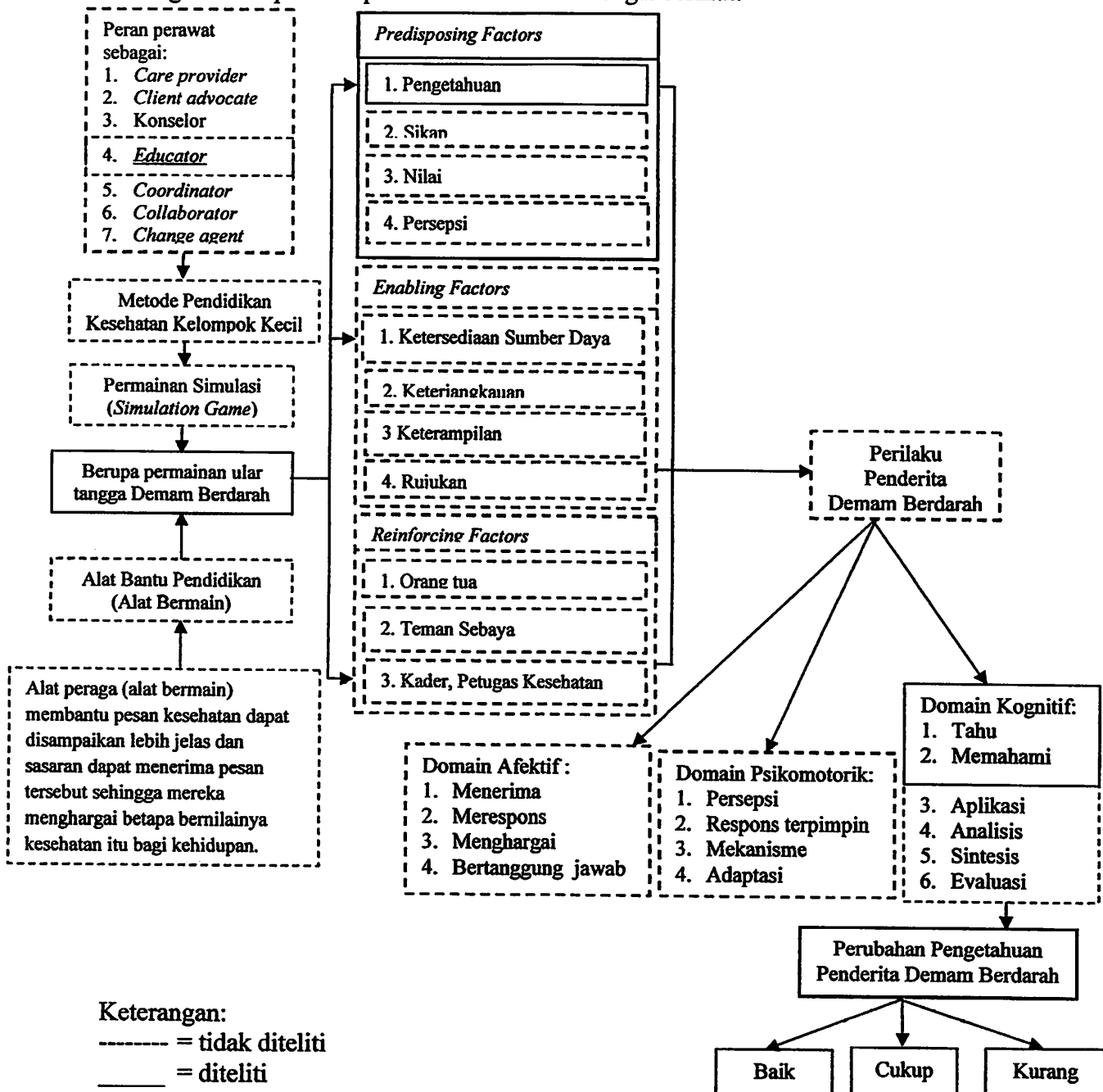
BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1: Kerangka konsep pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

Perubahan pengetahuan penderita demam berdarah dapat dikategorikan menjadi baik, cukup dan kurang. Perubahan pengetahuan yang terjadi pada penderita demam berdarah berada dalam domain kognitif. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan penderita demam berdarah. Menurut Notoatmodjo (2003), diketahui bahwa kemampuan atau perilaku seseorang dapat terbentuk karena berbagai rangsangan yang diklasifikasikan dalam tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor pendorong (*reinforcing factors*). Faktor predisposisi merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku. Yang termasuk faktor predisposisi antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, persepsi dan keyakinan. Faktor pendukung merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku karena tersediannya sumber daya, keterjangkauan, rujukan dan keterampilan. Faktor pendorong merupakan faktor yang menguatkan perilaku antara lain sikap dan perilaku orang tua, teman sebaya, kader dan petugas kesehatan. Ketiga faktor tersebut akan mempengaruhi kemampuan atau perilaku penderita demam berdarah dalam kaitannya dengan pengetahuan tentang penyakit demam berdarah.

Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Berkaitan dengan hal ini, perawat memiliki andil sebagai petugas kesehatan yang memberikan informasi tentang demam berdarah. Sesuai dengan beberapa peran yang dimiliki oleh perawat antara lain *care provider*, *client advocate*, konselor, *educator*, *coordinator*, *collaborator* dan *change agent*. Khususnya pada peran perawat sebagai *educator* atau pendidik, perawat mempunyai tugas memberikan informasi yang cukup tentang apa saja yang

berkaitan dengan penyakit demam berdarah dan apa yang perlu dilakukan oleh klien dan orang tua. Menurut Notoatmodjo (2003), metode pendidikan kesehatan yang dapat digunakan oleh perawat *educator* adalah metode pendidikan kesehatan kelompok kecil melalui permainan simulasi (*simulation game*). Permainan yang dapat dilakukan di rumah sakit yang tentunya tidak merugikan klien (anak dan keluarga). Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak untuk mempunyai tingkah laku yang positif. (Supartini 2004). Dan alat peraga (alat bantu pendidikan/alat bermain) yang digunakan dalam permainan terapeutik akan membantu dalam melakukan penyuluhan, agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan sasaran dapat menerima pesan orang tersebut dengan jelas dan tetap pula. Sasaran dapat lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan dengan bantuan alat peraga (Notoatmodjo, 2003). Permainan simulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah permainan ular tangga yang telah dimodifikasi dan mengandung informasi tentang penyakit DBD berikut penanggulangannya. Karena dengan stimulasi permainan ular tangga akan dapat memberikan informasi secara langsung tentang penyakit demam berdarah dan penanggulangannya sehingga diharapkan dapat mengubah pengetahuan penderita demam berdarah tentang penyakit demam berdarah. Intervensi yang diberikan berupa stimulasi permainan ular tangga yang berisi informasi mengenai penyakit DBD merupakan bagian dari faktor pendukung (*enabling factor*) yaitu ketersediaan sumber daya berupa informasi penyakit DBD, keterjangkauan informasi penyakit DBD, keterampilan dalam mendapatkan informasi penyakit DBD. Stimulasi permainan ular tangga ini juga merupakan bagian dari faktor pendorong (*reinforcing factor*) yaitu peran petugas kesehatan sebagai perawat *educator* yang memberikan informasi mengenai penyakit DBD.

3.2 Hipotesis

Ada pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang.

BAB 4
METODOLOGI PENELITIAN

BAB 4**METODOLOGI PENELITIAN****4.1 Desain (Rancangan) Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain atau rancangan penelitian *quasy experimental* dengan menggunakan rancangan *nonrandomized pretest-postest control group*.

Tabel 4.1 Rancangan “*Nonrandomized pretest-postest control group*”

	Pretes	Perlakuan	Postes
Kelompok Eksperimen	O ₁	(X)	O ₃
Kelompok Kontrol	O ₂	(-)	O ₄

Keterangan :

- O₁ = Observasi pengetahuan sebelum intervensi pada kelompok perlakuan.
- (X) = Intervensi pemberian stimulasi permainan ular tangga.
- O₃ = Observasi pengetahuan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan.
- O₂ = Observasi pengetahuan awal pada kelompok kontrol.
- (-) = Tidak diberikan perlakuan
- O₄ = Observasi pengetahuan sesudah jangka waktu tertentu pada kelompok kontrol

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita demam berdarah usia 11-12 tahun yang dirawat di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah penderita demam berdarah usia 11-12 tahun. Sesuai dengan tingkat umur pendidikan sekolah dasar yang dibagi dalam tiga kelompok yaitu: kelompok umur pendidikan pertama antara 6 sampai 8 tahun, anak duduk di kelas I dan II, kelompok umur pendidikan kedua antara 8 sampai 10 tahun, anak didik di kelas III dan IV, dan kelompok umur pendidikan ketiga antara 11 sampai 12 tahun, anak duduk di kelas V dan VI (Soejoedi, 1979).

Penderita DBD dirawat di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang terpilih sebagai sampel penelitian, dengan kriteria:

4.2.2.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Penderita persiapan pulang dengan diagnosis medis demam berdarah dengue.
- 2) Penderita demam berdarah *grade* I dan II.

4.2.3 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus besar sampel untuk penelitian kuasi eksperimen dan data yang digunakan berasal dari penelitian terdahulu seperti yang tercantum dibawah ini.

Berdasarkan data penelitian diatas maka besar sampel (Kasiulevicius, 2006)

$$n = \frac{(P_1 (1 - P_1) + P_2 (1 - P_2))}{(P_2 - P_1)^2} \times f(\alpha, \beta)$$

Keterangan:

n : Besar sampel

P₁ : Proporsi yang diharapkan pada kelompok kontrol = 89%=0,89

P₂ : Proporsi akibat yang timbul setelah pemberian intervensi pada kelompok perlakuan = 36% = 0,36

f(α, β): Z α nilainya untuk α = 0,05 adalah 1,96 dan Z β nilainya untuk β=0,1 adalah 1,28 atau nilai f(α, β) sesuai tabel adalah 10,5074

$$n = \frac{0,89(1-0,89) + 0,36(1-0,36)}{(0,36-0,89)^2} \times 10,5074$$

$$n = \frac{3,4495}{0,2809} = 13$$

Besar sampel minimal berdasarkan perhitungan rumus diatas, dalam 2 kelompok masing-masing sebanyak 13 responden. Satu kelompok mendapat stimulasi permainan ular tangga dan satu kelompok lain tidak diberikan perlakuan (namun setelah *posttest* dilakukan, kelompok kontrol diberi *leaflet* tentang penyakit demam berdarah. Hal ini untuk menghindari pelanggaran etika penelitian karena kelompok kontrol juga berhak mendapatkan informasi tentang penyakit DBD.

4.3.3 Teknik Sampling

Penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling* dengan pendekatan *quota sampling*.

4.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

4.3.1 Identifikasi Variabel

- 1) Variabel intervensi adalah pemberian stimulasi permainan ular tangga.
- 2) Variabel *output* adalah perubahan pengetahuan tentang penyakit demam berdarah dengue (DBD) pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang.

4.3.2 Definisi operasional

Tabel 4.3: Definisi Operasional Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Cara mengukur	Skala	Skor
Intervensi Stimulasi permainan ular tangga demam berdarah	Suatu proses pembelajaran melalui metode permainan ular tangga yang telah dimodifikasi dan mengandung informasi tentang penyakit DBD kepada individu yang dimainkan 2 kali sehari selama \pm 60 menit untuk meningkatkan kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anak diberikan perlakuan berupa stimulasi permainan ular tangga. 2. Anak tidak diberikan perlakuan berupa stimulasi permainan ular tangga. 	Observasi		
Output Perubahan pengetahuan tentang penyakit demam berdarah dengue (DBD) pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang.	Segala sesuatu yang diketahui individu tentang penyakit demam berdarah untuk membantu meningkatkan pengetahuan dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu.	Menjelaskan tentang: pengertian, penyebab, cara penularan, gejala, cara melakukan pertolongan pertama dan cara pencegahan demam berdarah.	Interview terstruktur	Ordinal	Pengetahuan dikategorikan sebagai berikut, bila rerata skor : Baik= 76-100 % Cukup= 56-75 % Kurang= <40-55 %

4.4 Instrumen penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini untuk pengetahuan penderita demam berdarah usia 11-12 tahun dengan *interview* terstruktur dengan kuesioner pernyataan tertutup pilihan jawaban a, b, c, dan d. Jumlah pernyataan 20 buah. Adapun skoring dari masing-masing pertanyaan adalah sebagai berikut: pertanyaan no 1, 2, 3, 7, 10, 15, 16, 17 jawaban tunggal dengan skor 10. Pertanyaan no 4, 11, 12 (a=5,b=3,c=2); 13 jawaban ada 3 (nilai 10 dibagi 3). Pertanyaan no 6 (nilai 10 dibagi 7); pertanyaan no 8 (a,b,c,d=masing-masing dinilai 2; e,f,g=salah satu benar nilai 2 jadi total 10). Pertanyaan no 9 (masing-masing jawaban diberi nilai 2,5 jadi total 10). Pertanyaan no 18 nilai sama dengan pertanyaan no 9. Pertanyaan no 19 dan 20 (jawaban benar ada 2 dengan nilai masing-masing 5 jadi total 10).

Instrumen yang digunakan untuk stimulasi permainannya adalah permainan ular tangga yang dirancang oleh peneliti dengan menyertakan informasi mengenai penyakit demam berdarah. Diantaranya terdapat gambar dan pernyataan tentang penyakit demam berdarah. Dimulai dari angka 1 hingga 100. Kotak angka 1 menunjukkan awal (*start*) dimulainya langkah permainan. Kotak angka 2 menunjukkan gambar dengan keterangan "Selamat Pagi". Kotak angka 3, terdapat gambar dengan keterangan "Kesehatan adalah modal awal untuk semua aktivitas kita". Kotak angka 5, memperlihatkan gambar dan tulisan "Demam Berdarah Dengue". Kotak angka 7 berisi keterangan "Waspada Demam Berdarah". Kotak angka 8 terdapat gambar dan tulisan "Syok". Kotak angka 9 terdapat gambar dengan tulisan "Kematian". Kotak 15 berisi tulisan "Penularan penyakit DBD adalah masuknya virus dengue ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk" diberi tangga naik ke kotak angka 27 yang berisi alur penularan penyakit demam

berdarah. Kotak angka 17, berisi penjelasan demam berdarah dengue adalah penyakit demam tinggi mendadak (akut) 2-7 hari yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Kotak angka 12 menunjukkan gambar dan keterangan gejala demam berdarah yang diberi tangga naik ke kotak angka 34, dimana terdapat gambar dan keterangan nyeri belakang mata. Kotak angka 35 berisi gambar dan tulisan nyeri sendi. Kotak angka 46 berisi gambar dan tulisan nyeri ulu hati/perut. Kotak angka 47 berisi gambar dan tulisan nyeri kepala. Kotak angka 11 berisi gambar dan tulisan mual dan muntah. Kotak angka 29 berisi gambar dan tulisan panas tinggi (38-40C). Kotak angka 30 berisi gambar dan tulisan pembesaran hati. Kotak angka 31 berisi gambar dan tulisan erak darah. Kotak angka 32 terdapat gambar dan keterangan muntah darah. Kotak angka 49 berisi gambar dan tulisan mimisan. Kotak angka 50 terdapat gambar dan keterangan munculnya bintik merah dan terdapat gambar ular yang turun ke kotak angka 29. Kotak angka 19 terdapat gambar dan keterangan Pakaian yang tergantung. Kotak angka 20 menunjukkan gambar dan keterangan tempat istirahat nyamuk *Aedes aegypti* yang diberi ular turun ke kotak angka 19. Kotak angka 21 terdapat gambar dan keterangan penyebab penyakit demam berdarah yang diberi tangga naik ke kotak angka 39 dimana terdapat tulisan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Kotak angka 23 terdapat gambar dan keterangan ciri nyamuk *Aedes aegypti* yang diberi tangga naik ke kotak angka 37 dimana terdapat tulisan badannya lebih kecil dari nyamuk *culex*, warnanya hitam bintik-bintik putih, menggigit sepanjang hari. Kotak angka 24 menunjukkan gambar dan tulisan stop DBD. Kotak angka 41 menunjukkan gambar dan tulisan tempat berkembang biak nyamuk *Aedes aegypti*, berlanjut ke kotak angka 42

terdapat tulisan bak mandi, tandon air, gentong, kaleng bekas, berlanjut ke kotak angka 43 terdapat tulisan botol bekas berisi air, tempat minum burung, ban bekas berisi air. Kotak angka 45 memperlihatkan gambar dan keterangan bahwa bila minum dibiarkan saja dapat menjadi sarang nyamuk yang diberi gambar ular menurun ke kotak 25. Kotak angka 48 menunjukkan gambar dan tulisan stop BD. Kotak angka 70 berisi gambar dan tulisan penderita demam harus dibawa ke rumah sakit. Kotak angka 51 berisi gambar dan keterangan demam tinggi hari ke-3, 4 dan 5. Kotak angka 52 berisi gambar dan tulisan demam tinggi hari ke-2 disertai kejang. Kotak angka 69 berisi gambar dan keterangan demam tinggi disertai muntah bila makan dan minum. Kotak angka 56 terdapat gambar dan keterangan vas bunga dan tempat minum burung yang diberi tangga naik ke kotak angka 64 berisi keterangan air minum burung dan air dalam vas bunga perlu diganti minimal 1 minggu sekali. Kotak angka 60 terdapat gambar dan keterangan cara menguras bak mandi yang benar yang diberi tangga naik ke kotak angka 624 berisi keterangan menggosok bak kamar mandi minimal 1 minggu sekali dan tidak perlu menabur serbuk abate setelah menguras. Kotak angka 68 terdapat keterangan tempat mengompres saat demam yaitu dahi, lipatan paha dan lipatan betis yang diberi tangga naik ke kotak angka 88 berisi keterangan pola demam pada penyakit demam berdarah dengue adalah seperti pelana kuda. Kotak angka 75 berisi keterangan pertolongan pertama mengatasi demam. Kotak angka 74 berisi gambar dan keterangan banyak minum jus buah, teh manis, sirup, susu dan oralit, air kelapa. Kotak angka 66 berisi gambar dan keterangan minum obat paracetamol. Kotak angka 67 berisi gambar dan keterangan kompres dengan air biasa. Kotak angka 76 memperlihatkan gambar memelihara ikan untuk

membunuh jentik nyamuk. Kotak angka 79, 80, 81 dan 82 berturut-turut berisi gambar dan keterangan memakai kelambu saat tidur, memakai *lotion* penolak nyamuk, memakai celana dan baju panjang saat tidur dan memasang kawat/kasa nyamuk pada lubang angin, pintu dan jendela. Kotak angka 79, 80, 81 dan 82 berturut-turut berisi gambar dan keterangan memberantas sarang nyamuk (PSN), menutup tempayan yang berisi air, membantu ayah menguras kamar mandi dan membantu mengubur barang bekas. Kotak 95 menunjukkan gambar tumpukan pakaian mengundang nyamuk bersarang dan diberi ular yang menurun ke kotak 87 yang bergambar nyamuk *Aedes Aegypti*. Kotak angka 98 terdapat gambar sampiran baju dibalik pintu dengan keterangan menggantung baju sembarangan akibatnya diberi ular yang menurun ke kotak 84 yang berisi gambar nyamuk *Aedes aegypti*. Kotak angka 99 menunjukkan gambar dan ucapan selamat malam. Dan kotak angka 100 memperlihatkan gambar dan keterangan bahwa sehat itu penting dan perlu.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, sedangkan waktu penelitian dimulai pada tanggal 11-22 Agustus 2010.

4.6 Prosedur pengambilan dan pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan pada tiap anak yang menjadi responden. Adapun langkah-langkah dalam proses pengumpulan data adalah :

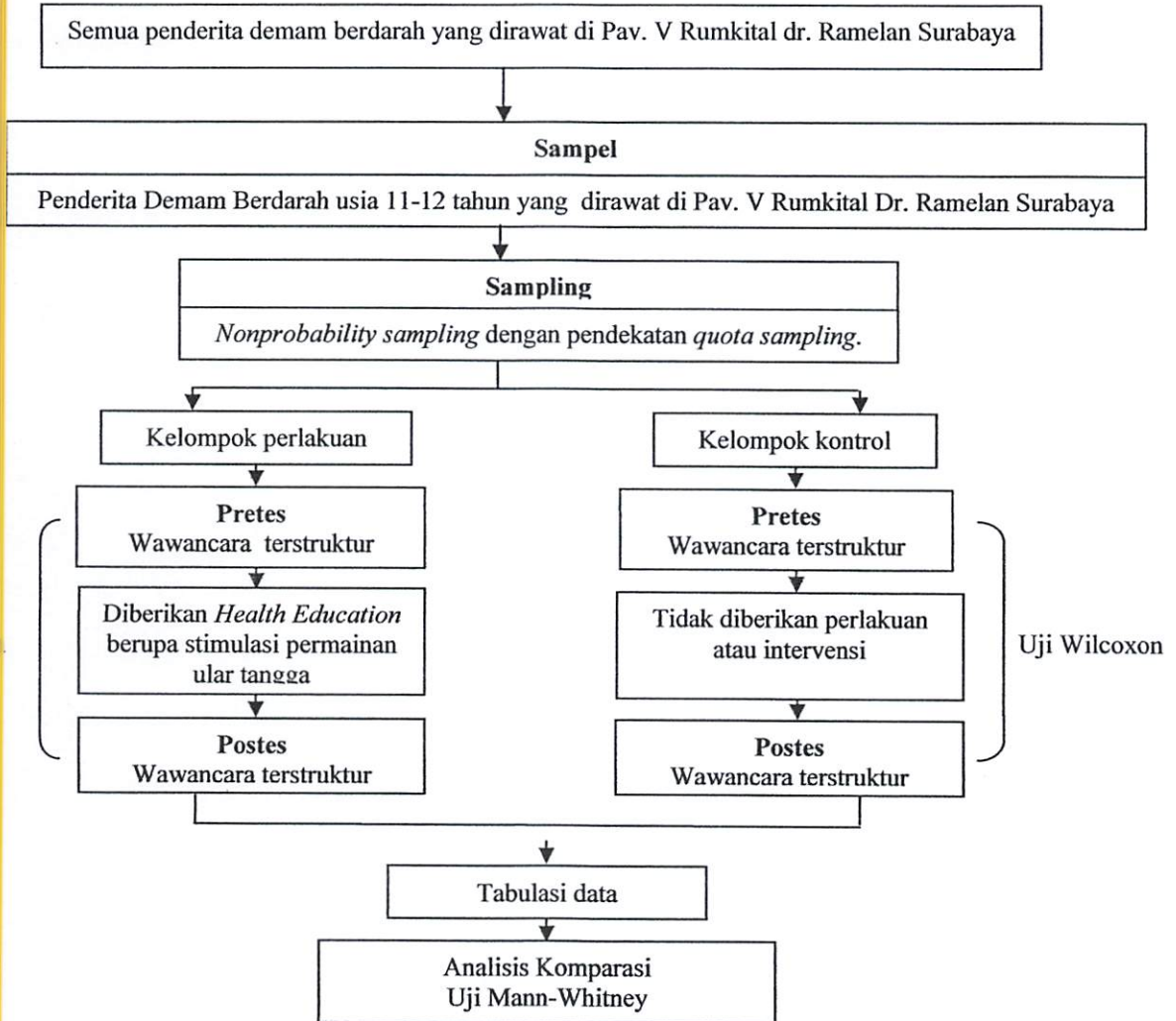
1. Mengurus ijin penelitian dengan membuat surat ijin dari Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan kepada pimpinan Rumah Sakit Angkatan Laut (Rumkital) Dr. Ramelan Surabaya.

2. Melakukan konfirmasi dengan pihak penderita demam berdarah usia 11-12 tahun yang terpilih menjadi sampel penelitian.
3. Sebelum mengumpulkan data, pendamping dan penderita demam berdarah usia 11-12 tahun yang telah memenuhi kriteria diberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan. Apabila penderita demam berdarah usia 11-12 tahun telah memahami penjelasan tersebut dan bersedia menjadi responden, maka penderita menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang telah disediakan.
4. Responden yang terkumpul dibagi menjadi dua yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok kontrol dan kelompok perlakuan berada pada waktu yang berbeda untuk menghindari pelanggaran dalam etika penelitian. Peneliti melakukan penelitian kepada kelompok kontrol terlebih dahulu baru kemudian pada kelompok perlakuan. Kedua kelompok diberikan *pretest* berupa wawancara terstruktur untuk menilai pengetahuan tentang penyakit demam berdarah, yang akan ditanyakan oleh peneliti kepada responden. Hasil pengukuran tersebut merupakan data awal subyek penelitian sebelum dilakukan intervensi permainan ular tangga. Setelah itu peneliti memberikan permainan ular tangga pada kelompok perlakuan selama ± 60 menit, permainan ini dilakukan 2 kali sehari selama 1 hari yaitu pada pagi hari dan sore hari. Langsung setelah permainan yang dilakukan sore hari, evaluasi (*posttest*) dilakukan. Kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan. *Posttest* pada kelompok kontrol dilakukan sore hari bila *pretest* dilakukan pagi harinya dan setelah *posttest* baru diberi *leaflet* yang berisi penyakit demam berdarah. Hal ini untuk menghindari pelanggaran etika penelitian karena kelompok kontrol juga berhak mendapatkan informasi tentang penyakit DBD. *Posttest* yang diberikan kepada kelompok tersebut berupa wawancara terstruktur untuk menilai pengetahuan tentang penyakit demam berdarah, yang akan ditanyakan kepada responden. Hasil pengukuran dicatat untuk dianalisis.

4.7 Kerangka Operasional

Penelitian ini dilakukan di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, kemudian sampel dibagi menjadi 2 bagian yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Secara skematis operasional penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4.2: Kerangka operasional pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Pav.V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh selanjutnya dilakukan

- 1) *Editing*, yaitu memeriksa kelengkapan, konsistensi dan kesesuaian dari data yang telah diperoleh.
- 2) *Coding*, untuk mengklasifikasi jawaban berdasarkan kode tertentu.
- 3) *Entry data*, daftar pertanyaan yang telah dilengkapi dengan pengkodean jawaban, selanjutnya diproses dengan komputer sehingga siap untuk dianalisis.
- 4) *Cleaning*, pembersihan data apabila terdapat kesalahan pada saat *entry data*.

4.8.2 Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara deskripsi dengan menggunakan rerata dan deviasi standar yang disajikan dalam bentuk tabel, kemudian dilanjutkan dengan analisis secara inferensial dengan menggunakan uji sebagai berikut :

- 1) Data dianalisis dengan menggunakan uji Wilcoxon untuk mengetahui perbedaan pengetahuan anak sebelum dan sesudah mendapat stimulasi permainan ular tangga, juga pengetahuan anak sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol.
- 2) Data dianalisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney untuk menganalisis adanya pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan pengetahuan penderita DBD usia 11-12 tahun.

4.9 Etika penelitian

4.9.1 Lembar Persetujuan Penelitian (*Informed consent*)

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian, serta dampak yang akan terjadi selama dalam pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti mereka harus

menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika tidak peneliti harus menghormati hak-hak responden (Setiadi, 2007).

4.9.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh subyek untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Lembar tersebut hanya akan diberi kode tertentu (Setiadi, 2007).

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil riset (Setiadi, 2007).

4.9.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Keterbatasan dalam penelitian ini kemungkinan adalah :

- 1) Keterbatasan tentang kesempatan objek pada saat penelitian akan dilaksanakan.
- 2) Keterbatasan waktu terkait dengan objek.

BAB 5
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

Bab ini secara khusus menyajikan hasil penelitian dan analisis data sesuai tujuan penelitian, yang meliputi gambaran lokasi penelitian, data umum dan data khusus. Penelitian dilakukan di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya mulai tanggal 11 Agustus hingga 22 Agustus 2010.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumkital Dr. Ramelan Surabaya didirikan pada tanggal 5 Agustus 1950 dan terletak di Jl. Gadung No.1 Surabaya. Rumkital Dr. Ramelan merupakan rumah sakit Tk.1 TNI untuk wilayah timur yang tidak hanya melayani anggota TNI saja, tetapi juga purnawirawan dan masyarakat umum.

Fasilitas pelayanan yang tersedia di Rumkital Dr. Ramelan meliputi: pelayanan medik spesialis dan sub spesialis, pelayanan poli umum dan gigi, pelayanan UGD, pelayanan rehab medik, pelayanan radioterapi dan paliatif, pelayanan farmasi, pelayanan penunjang medik, medikal *check up*, akupuntur, poli usia lanjut, poli paliatif dan klinik kecantikan estetika.

Paviliun V termasuk bagian dari pelayanan medik spesialis dan sub spesialis, dimana merupakan tempat rawat inap anak. Kapasitas tempat tidur berjumlah 26 buah. Paviliun V dipimpin 1 orang Kepala Ruangan dan 1 wakil Kepala Ruangan. Jumlah perawat sebanyak 12 orang dengan pembagian kerja yaitu shift pagi, sore dan malam. Selain tenaga perawatan ada pekarya rumah tangga dan *cleaning service*. Paviliun V memakai sistim manajemen keperawatan model Tim.

5.2 Data Umum

1) Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 5.1 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan jenis kelamin Di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada Agustus 2010.

Jenis Kelamin	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	4	15,33	6	23,07	10	38,4
Perempuan	9	34,67	7	26,93	16	61,6
TOTAL	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa jenis kelamin responden terbesar pada kelompok perlakuan adalah perempuan 9 orang (34,67%), sedangkan pada kelompok kontrol juga perempuan sebesar 7 orang (26,93 %).

2) Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 5.2 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan Usia Di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada Agustus 2010.

Usia	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
11 tahun	7	26,9	7	26,9	14	53,8
12 tahun	6	23,1	6	23,1	12	46,2
TOTAL	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa usia responden terbesar pada kelompok perlakuan dan kontrol adalah 11 tahun masing-masing sebesar 7 orang (26,9 %).

3) Karakteristik responden berdasarkan sumber informasi tentang penyakit DBD

Tabel 5.3 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan Sumber Informasi tentang Penyakit DBD Di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada Agustus 2010.

Sumber Informasi	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sekolah	9	34,5	7	26,9	16	61,5
Koran	-	-	2	7,6	2	7,6
Televisi	4	15,5	4	15,5	8	30,9
TOTAL	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar informasi tentang penyakit DBD didapatkan dari sekolah, yaitu pada kelompok perlakuan sebanyak 9 (34,5%) anak dan pada kelompok kontrol sebanyak 7 (26,9%). Sebagian kecil yang lain didapat dari televisi dan koran.

4) Karakteristik responden berdasarkan orang tua pernah memberikan informasi tentang penyakit DBD sebelum anak dirawat di rumah sakit

Tabel 5.4 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan Orang Tua Pernah Memberikan Informasi tentang Penyakit DBD sebelum anak dirawat Di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada Agustus 2010.

Ortu Pernah memberitahu ttg DBD	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ya	2	7,6	2	7,6	4	15,2
Tidak	11	42,4	11	42,4	22	84,8
TOTAL	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar orang tua tidak memberikan informasi kepada anak tentang penyakit DBD sebelum anak dirawat di rumah sakit karena menderita penyakit DBD. Masing-masing orang tua pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tidak memberikan informasi tentang penyakit DBD sebanyak 11 (42,4%) orang.

5) Karakteristik responden berdasarkan petugas kesehatan pernah memberikan informasi tentang penyakit DBD

Tabel 5.5 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan Petugas Kesehatan Pernah Memberikan Informasi tentang Penyakit DBD Di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada Agustus 2010.

Petugas kesh Pernah memberitahu ttg DBD	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ya	4	15,37	7	26,93	11	42,3
Tidak	9	34,63	6	23,07	15	57,7
TOTAL	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan anak tidak mendapatkan informasi tentang penyakit DBD dari petugas kesehatan sebanyak 9 (34,63%) orang. Anak yang tidak mendapatkan informasi tentang penyakit DBD dari petugas kesehatan sebanyak 6 (23,07%) orang pada kelompok kontrol.

5.3 Data Khusus

1) Identifikasi pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11 – 12 tahun

Tabel 5.6 : Skor Pengetahuan tentang Penyakit Demam Berdarah pada Penderita DBD Usia 11 – 12 tahun di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Tahun 2010.

Pengetahuan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Rerata	Standar Deviasi	Rerata	Standar Deviasi
Sebelum	55,6792	12,68303	53,2500	20,46110
Sesudah	79,1177	12,23343	55,5746	14,49916

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa sebelum perlakuan rerata skor pengetahuan responden yang mendapatkan stimulasi permainan ular tangga adalah

55,6792. Hal ini dapat dikategorikan sebagai pengetahuan cukup. Rerata pengetahuan untuk responden pada kelompok kontrol adalah 53,2500 atau kategori pengetahuan cukup. Setelah dilakukan perlakuan maka terjadi peningkatan dimana responden yang mendapat stimulasi permainan ular tangga menjadi 79,1177 atau kategori pengetahuan baik. Responden pada kelompok kontrol menjadi 55,5746 termasuk dalam kategori cukup baik.

- 2) Identifikasi pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11 – 12 tahun sebelum diberikan perlakuan.

Tabel 5.7 : Tingkat Pengetahuan Responden tentang Penyakit Demam Berdarah Sebelum Diberikan Perlakuan (Pretest) di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Tahun 2010.

Pengetahuan	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	-	-	2	7,6	2	7,6
Cukup	6	23,1	3	11,5	9	34,6
Kurang	7	26,9	8	30,9	15	57,8
TOTAL	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan pengetahuan tentang penyakit Demam Berdarah Dengue sebelum dilakukan perlakuan (Pretest) pada kelompok kontrol dan perlakuan sebagian besar masuk dalam kategori cukup dan kurang. Pengetahuan cukup sebanyak 6 (23,1%) responden dan pengetahuan kurang sebanyak 7 (26,9%) responden pada kelompok perlakuan. Pengetahuan baik sebanyak 2 (7,6%) responden, pengetahuan cukup sebanyak 3 (11,5%) responden dan pengetahuan kurang sebanyak 8 (30,9%) responden pada kelompok kontrol.

- 3) Identifikasi pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun sesudah diberikan perlakuan.

Tabel 5.8 : Tingkat Pengetahuan Responden tentang Penyakit Demam Berdarah Sesudah Diberikan Perlakuan (Postes) di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Tahun 2010.

Pengetahuan	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	8	30,76	2	7,72	10	38,48
Cukup	5	19,24	3	11,52	8	30,76
Kurang	-	-	8	30,76	8	30,76
TOTAL	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan pengetahuan tentang penyakit Demam Berdarah Darah sesudah dilakukan perlakuan (Postes) pada kelompok kontrol dan perlakuan menunjukkan ada peningkatan pengetahuan kategori baik pada kelompok perlakuan. Pengetahuan baik sebanyak 8 (30,76%) responden dan pengetahuan cukup sebanyak 5 (19,24%) responden pada kelompok perlakuan. Pengetahuan baik sebanyak 2 (7,72%) responden, pengetahuan cukup sebanyak 3 (11,523%) responden dan pengetahuan kurang sebanyak 8 (30,76%) responden pada kelompok kontrol.

4) Identifikasi perbedaan pengetahuan anak tentang penyakit DBD antara responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Tabel 5.9 : Perbedaan Skor Pengetahuan Anak Tentang Penyakit DBD Antara Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Pav.V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 11-22 Agustus 2010.

No.	Skor Pengetahuan Penderita DBD			
	Kel. Perlakuan		Kel. Kontrol	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1.	73.88	91.13	88.38	80.75
2.	60.75	84.25	33.25	45.40
3.	53.25	90.50	38.25	49.25
4.	56.80	63.90	69.85	68.30
5.	69.55	91.00	68.35	67.05
6.	43.93	64.03	55.85	43.30
7.	36.53	65.78	33.05	46.90
8.	51.43	86.13	38.98	53.93
9.	63.88	91.13	67.63	62.63
10.	44.88	60.63	50.00	48.00
11.	75.75	77.50	83.88	78.88
12.	39.55	72.05	29.48	35.43
13.	53.65	90.50	35.30	42.65
Mean	55.6792	79.1177	53,2500	55.5746
Wilcoxon Signed Ranks test	p=0.001* Z=-3,180		p=0.421* Z=-0,804	

*Signifikan ($p < 0,05$)

Berdasarkan tabel di atas, analisis dengan uji Wilcoxon ($\alpha = 0,05$) dipilih karena skala data penelitian adalah ordinal. Kelompok perlakuan diperoleh hasil $p = 0,001$ yang berarti terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan penderita DBD sebelum dan sesudah mendapat stimulasi permainan ular tangga. Diperoleh hasil $p = 0,421$ yang berarti tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan penderita DBD saat mulai penelitian dan akhir penelitian pada kelompok kontrol.

- 5) Identifikasi pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

Tabel 5.10: Skor pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Pav.V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 11-22 Agustus 2010.

Skor Pengetahuan Penderita DBD	
Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
Postest	Postest
91.13	80.75
84.25	45.40
90.50	49.25
63.90	68.30
91.00	67.05
64.03	43.30
65.78	46.90
86.13	53.93
91.13	62.63
60.63	48.00
77.50	78.88
72.05	35.43
90.50	42.65
Mean = 79.1177	Mean = 55.5746
Mean Rank = 18,38	Mean Rank = 8,62
Uji Mann-Whitney	
p = 0,001*	
Z = -3,258	
*Signifikan (p<0,05)	

Berdasarkan uji *Mann-Whitney* ($\alpha=0,05$) menunjukkan hasil $p = 0,001$. Ada perbedaan signifikan antara skor pengetahuan sesudah pemberian stimulasi permainan ular tangga dengan skor pengetahuan saat akhir penelitian pada kelompok kontrol. Jadi ada pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan terhadap hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan meliputi interpretasi hasil dengan teori dan penelitian sebelumnya.

6.1 Pengetahuan Responden Tentang Penyakit DBD Sebelum Diberikan Perlakuan

Pengetahuan tentang penyakit Demam Berdarah Dengue sebelum diberikan perlakuan pada kelompok perlakuan dan saat awal penelitian pada kelompok kontrol sebagian besar masuk dalam kategori cukup dan kurang.

Sebagian besar responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan belum memahami tentang penyakit DBD. Menurut pengakuan, banyak responden dari kedua kelompok yang belum mendapat informasi tentang penyakit DBD baik dari petugas kesehatan maupun dari orang tua mereka sendiri. Sebagian besar dari mereka mengaku pernah mendapat informasi tentang penyakit DBD dari sekolah, sebagian yang lain mendapat informasi dari koran dan televisi.

Setengah dari jumlah responden kedua kelompok tersebut yang mampu menjawab dengan tepat pengertian penyakit DBD, penyebab penyakit DBD, cara melakukan pemberantasan sarang nyamuk. Banyak dari mereka yang belum memahami gejala penyakit DBD, cara penularannya, bahaya atau komplikasi yang diakibatkan penyakit DBD, pertolongan pertama yang dapat dilakukan bila terserang demam, bagaimana mencegah kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti*,

dan apa yang perlu dilakukan keluarga di rumah bila ada anggota keluarga yang sakit dan dirawat di rumah sakit karena DBD.

Berdasarkan penjelasan di atas, memori atau kemampuan untuk mengingat apa yang dilihat atau didengar responden penelitian bersifat sementara. Memori jangka pendek adalah suatu proses penyimpanan memori sementara, artinya informasi yang disimpan hanya dipertahankan selama informasi tersebut masih dibutuhkan. Mereka telah mendapat informasi tentang penyakit DBD dari sekolah dan sumber lain (koran dan televisi).

Informasi yang diperoleh responden kedua kelompok tersebut diolah dan diproses di otak. Selama proses pengolahan informasi secara otomatis akan terjadi proses penyaringan informasi berdasarkan nilai kemanfaatan informasi tersebut bagi seseorang. Semakin bermanfaat informasi tersebut bagi dirinya, maka informasi tersebut akan terekam dengan baik dalam ingatannya (Notoatmodjo, 2007). Menurut Affandi (2003) menyatakan bahwa kemampuan seseorang untuk mengingat informasi penting, meningkat lebih tinggi bila ia mempelajari materi dengan metode tertulis (bacaan) karena dengan membaca (bacaan) kemampuan mengingat akan meningkat 72 persen sesudah 3 jam. Menurut penelitian para ahli, hafalan akan hilang lenyap bila yang dihafalkan itu tidak fungsional dan tidak langsung dipergunakan atau dimanfaatkan dalam kehidupan sehari-hari.

6.2 Pengetahuan Responden Tentang Penyakit DBD Sesudah Diberikan Perlakuan

Pengetahuan tentang penyakit Demam Berdarah Dengue sesudah diberikan perlakuan pada kelompok perlakuan dan saat akhir penelitian pada

kelompok kontrol menunjukkan ada peningkatan pengetahuan kategori baik pada kelompok perlakuan.

Setengah dari jumlah responden kelompok kontrol (yang tidak diberi perlakuan) tersebut yang mampu menjawab dengan tepat pengertian penyakit DBD, penyebab penyakit DBD, cara melakukan pemberantasan sarang nyamuk. Banyak dari mereka masih belum memahami gejala penyakit DBD, cara penularannya, bahaya atau komplikasi yang diakibatkan penyakit DBD, pertolongan pertama yang dapat dilakukan bila terserang demam, bagaimana mencegah kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti*, dan apa yang perlu dilakukan keluarga di rumah bila ada anggota keluarga yang sakit dan dirawat di rumah sakit karena DBD.

Sebagian besar responden kelompok kontrol telah mendapat informasi tentang penyakit DBD dari sekolah dan sumber lain (koran dan televisi). Informasi yang mereka peroleh belum dapat meningkatkan pengetahuan mereka saat akhir penelitian. Kesempatan untuk mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita anak dapat dengan mudah diperoleh. Bertanya kepada petugas kesehatan dapat menjadi salah satu alternatif dan membaca *leaflet* yang mungkin didapat dari petugas kesehatan yang ada di ruang rawat inap. Membaca *leaflet* dapat menambah beban mereka walaupun dapat dijadikan mengisi waktu untuk mengurangi kebosanan. Mencari informasi mengenai penyakit yang diderita kepada petugas kesehatan dan membaca *leaflet* bila tidak didasari oleh kesadaran tentang tujuan kenapa materi tersebut perlu dipelajari, maka hal ini kurang dapat menimbulkan kesadaran seseorang tentang stimulus yang ada. Suatu informasi yang berulang dapat membantu meningkatkan pemahaman dari penerima informasi tersebut.

Sebagian besar responden pada kelompok perlakuan mampu menjawab dengan tepat pengertian penyakit DBD, penyebab penyakit DBD, gejala penyakit DBD, cara penularannya, bahaya atau komplikasi yang diakibatkan penyakit DBD, cara melakukan pemberantasan sarang nyamuk, pertolongan pertama yang dapat dilakukan bila terserang demam, bagaimana mencegah kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti*, dan apa yang perlu dilakukan keluarga di rumah bila ada anggota keluarga yang sakit dan dirawat di rumah sakit karena DBD.

Permainan ular tangga yang diberikan kepada responden kelompok perlakuan dapat menjadi media pendidikan kesehatan bagi anak dan keluarga. Permainan ular tangga yang dimaksudkan telah dimodifikasi sedemikian rupa sehingga mengandung informasi yang berkaitan dengan penyakit demam berdarah, pesan yang ingin disampaikan kepada anak. Metode pendidikan kesehatan dalam permainan ini dapat menggunakan metode pendidikan individual dan kelompok.

Permainan adalah media komunikasi antara anak dengan orang lain, termasuk dengan perawat atau petugas kesehatan di rumah sakit. Perawat dapat mengkaji perasaan dan pikiran anak melalui ekspresi nonverbal yang ditunjukkan selama melakukan permainan atau melalui interaksi yang ditunjukkan anak dengan orang tua dan teman kelompok bermainnya. Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak untuk mempunyai tingkah laku yang positif. Alat permainan yang digunakan tidak harus yang baru dan bagus, yang penting adalah alat permainan yang digunakan harus menggambarkan kreativitas perawat, serta dapat menjadi media untuk eksplorasi perasaan anak (Supartini 2004).

Alat peraga (alat bantu pendidikan/alat bermain) yang digunakan dalam permainan terapeutik akan membantu dalam melakukan penyuluhan, agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan sasaran dapat menerima pesan orang tersebut dengan jelas dan tetap pula. Sasaran dapat lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan dengan bantuan alat peraga (Notoatmodjo, 2003).

Informasi yang disampaikan dalam permainan ular tangga memberikan pengaruh pada pengetahuan atau kemampuan kognitif seseorang. Adanya informasi baru mengenai suatu hal dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut dan akan cukup kuat memberi dasar efektif dalam menilai suatu hal, sehingga terbentuk sikap arah tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan yang ada pada seseorang diterima melalui indera. Menurut penelitian para ahli indera, yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diperoleh/disalurkan melalui mata. Tiga belas persen sampai 25% lainnya tersalur melalui indera yang lain. Alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan (Notoatmodjo, 2003).

Permainan ular tangga yang diberikan peneliti merupakan alat visual yang dijadikan media pendidikan kesehatan untuk menyampaikan pesan mengenai penyakit DBD.

6.3 Perbedaan Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Mendapat Stimulasi Permainan Ular Tangga

Hasil analisis data menunjukkan terdapat perbedaan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberi stimulasi permainan ular tangga. Terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan.

Hasil peningkatan pengetahuan dapat diterangkan dengan adanya definisi stimulasi menurut Moersintowati (2002), yaitu perangsangan dan latihan-latihan terhadap kepandaian anak yang datangnya dari lingkungan di luar anak. Stimulasi ini dapat dilakukan oleh orang tua, anggota keluarga, atau orang dewasa lain di sekitar anak. Stimulasi sendiri merupakan bagian dari kebutuhan dasar anak yaitu asah. Kemampuan anak akan semakin meningkat dengan mengasah kemampuan anak secara terus-menerus (Nursalam dkk, 2005). Pemberian stimulus dapat dilakukan dengan latihan dan bermain. Anak yang memperoleh stimulus yang terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang memperoleh stimulus. Aktivitas bermain tidak selalu menggunakan alat-alat permainan, meskipun alat permainan penting untuk merangsang perkembangan anak (Nursalam dkk, 2005). Bermain sendiri memiliki definisi tindakan atau kesibukan suka rela yang dilakukan dalam batas-batas tempat dan waktu, berdasarkan aturan-aturan yang mengikat tetapi diakui secara sukarela dengan tujuan yang ada ada dalam dirinya sendiri, disertai dengan perasaan senang (Suherman, 2000).

Salah satu alat permainan yang dapat dipilih dalam aktivitas bermain adalah permainan ular tangga. Ular tangga adalah permainan yang memerlukan beberapa keterampilan selain kemampuan untuk menghitung, membuat permainan

yang ideal bagi anak-anak yang masih sangat muda (*Anonymous*, 2010). Jenis permainan ini dapat dilakukan di tempat tidur dan tidak memerlukan tenaga. Menurut Supartini (2004) aktifitas bermain yang dilakukan di rumah sakit berupa permainan yang tidak membutuhkan banyak energi, singkat dan sederhana, juga dapat meningkatkan hubungan antara anak dan keluarga, dengan penderita lain juga hubungan dengan perawat. Tentu saja ini dipengaruhi oleh dukungan orang tua dan minat anak terhadap permainan ini.

Aktivitas bermain dengan menggunakan permainan ular tangga dapat pula menjadi media pendidikan kesehatan bagi anak dan keluarga. Pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu penderita baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Herawani dkk, 2001). Permainan ular tangga yang dimaksudkan telah dimodifikasi sedemikian rupa sehingga mengandung informasi yang berkaitan dengan penyakit demam berdarah, pesan yang ingin disampaikan kepada anak. Metode pendidikan kesehatan dalam permainan ini dapat menggunakan metode pendidikan individual dan kelompok.

Permainan adalah media komunikasi antara anak dengan orang lain, termasuk dengan perawat atau petugas kesehatan di rumah sakit. Perawat dapat mengkaji perasaan dan pikiran anak melalui ekspresi nonverbal yang ditunjukkan selama melakukan permainan atau melalui interaksi yang ditunjukkan anak dengan orang tua dan teman kelompok bermainnya. Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak untuk mempunyai tingkah laku yang positif. Alat

permainan yang digunakan tidak harus yang baru dan bagus, yang penting adalah alat permainan yang digunakan harus menggambarkan kreativitas perawat, serta dapat menjadi media untuk eksplorasi perasaan anak (Supartini 2004).

Alat peraga (alat bantu pendidikan/alat bermain) yang digunakan dalam permainan terapeutik akan membantu dalam melakukan penyuluhan, agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan sasaran dapat menerima pesan orang tersebut dengan jelas dan tetap pula. Sasaran dapat lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan dengan bantuan alat peraga (Notoatmodjo, 2003).

Informasi yang disampaikan dalam permainan ular tangga memberikan pengaruh pada pengetahuan atau kemampuan kognitif seseorang. Adanya informasi baru mengenai suatu hal dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut dan akan cukup kuat memberi dasar efektif dalam menilai suatu hal, sehingga terbentuk sikap arah tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh pembelajaran. Pendidikan kesehatan sendiri merupakan proses pendidikan yang tidak lepas dari proses belajar karena proses belajar itu ada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menggabung-gabungkan tanggapan dengan jalan mengulang-ulang. Tanggapan-tanggapan tersebut diperoleh melalui pemberian stimulus. Makin banyak dan sering diberikan

stimulus, maka makin banyak tanggapan pada subyek untuk belajar. Seringnya stimulus diberikan, dapat mempengaruhi minat seorang anak yaitu suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Hal inilah yang mempengaruhi dan meningkatkan pengetahuan seseorang. Permainan ular tangga berisi informasi tentang penyakit demam berdarah dijadikan sebagai suatu stimulus yang dapat meningkatkan pengetahuan seorang anak.

Tingkat pengetahuan cukup yang dimiliki responden kelompok perlakuan disebabkan oleh beberapa hal, yaitu minat, pengalaman dan kemampuan untuk mengolah informasi yang diterima responden. Perlakuan yang diberikan kepada responden kelompok perlakuan sama, yang membedakan adalah minat dari setiap responden terhadap permainan ular tangga tidak sama. Ada responden yang sangat berminat dengan permainan ular tangga sehingga mereka antusias ketika memainkan dan mau memperhatikan penjelasan di dalamnya. Ada juga responden yang terlihat segan ketika memainkannya sehingga informasi yang diterimanya dari permainan ular tangga tidak maksimal. Pengalaman yang diterima responden berbeda-beda. Pengalaman yang tidak meninggalkan impresi tertentu tidak disimpan sehingga muncul kelupaan. Terdapat perbedaan memori pada individu yang satu dengan individu yang lain. Memori individu tergantung dari persepsi dan pengalaman.

6.4 Perbedaan Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah pada kelompok kontrol

Hasil analisis data menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara pengetahuan saat awal dan saat akhir penelitian pada kelompok kontrol.

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan hal ini terjadi. Faktor lingkungan rumah sakit dapat menjadi penyebabnya. Menurut Wong (2008), salah satu masalah yang paling signifikan dari anak-anak dalam kelompok usia ini berpusat pada kebosanan. Jika keterbatasan fisik atau yang dipaksakan menghalangi kemampuan mereka untuk merawat diri sendiri atau untuk terlibat dalam aktivitas yang disukainya, anak-anak usia sekolah biasanya berespons dengan depresi, bermusuhan, atau frustrasi. Menjaga agar anak aktif normal tetap berada di tempat tidur bukanlah perkara yang mudah (Wong dkk, 2008). Anak usia sekolah mulai menunjukkan kekhawatiran terhadap kemungkinan efek menguntungkan dan merugikan suatu prosedur. Selain ingin tahu apakah prosedur tersebut akan menyakitkan atau tidak, anak juga ingin tahu untuk apa prosedur itu, bagaimana prosedur tersebut dapat membuat mereka lebih baik, dan cedera atau bahaya apa yang dapat terjadi (Wong dkk, 2008).

Kesempatan untuk mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita anak dapat dengan mudah diperoleh. Bertanya kepada petugas kesehatan dapat menjadi salah satu alternatif dan membaca *leaflet* yang mungkin didapat dari petugas kesehatan yang ada di ruang rawat inap. Membaca *leaflet* dapat menambah beban mereka walau dapat dijadikan mengisi waktu untuk mengurangi kebosanan. Mencari informasi mengenai penyakit yang diderita kepada petugas kesehatan dan membaca *leaflet* bila tidak didasari oleh kesadaran tentang tujuan kenapa materi tersebut perlu dipelajari, maka hal ini kurang dapat menimbulkan kesadaran seseorang tentang stimulus yang ada. Suatu informasi yang berulang dapat membantu meningkatkan pemahaman dari penerima informasi tersebut.

Proses pembentukan memori diawali dengan diterimanya berbagai rangsangan yang diterima panca indera oleh sensori memori di hipotalamus. Proses pembentukan memori jangka pendek (*short term memory*) dimulai di hipotalamus. Informasi yang diterima oleh memori jangka pendek ini masih mudah dilupakan, tetapi jika suatu objek tersebut dianggap penting dan bermakna, maka proses pemindahan memori ke jangka panjang akan dimulai (Yusuf, 2003). Kesempatan yang dimiliki responden kelompok kontrol untuk mendapatkan informasi tentang penyakit DBD adalah sama, yang membedakannya minat dari setiap responden terhadap kesempatan tersebut tidak sama. Ada responden yang berminat sehingga ia berinisiatif untuk bertanya kepada orang tuanya. Orang tua yang belum mengetahui dapat bertanya kepada petugas kesehatan tentang penyakit DBD. Ada juga responden yang terlihat segan untuk mengetahui lebih lanjut tentang penyakit yang sedang dideritanya. Pengalaman yang diterima responden pun berbeda-beda. Pengalaman yang tidak meninggalkan impresi tertentu tidak disimpan sehingga muncul kelupaan. Terdapat juga perbedaan memori pada individu yang satu dengan individu yang lain. Memori individu tergantung dari persepsi dan pengalaman.

Menurut Affandi (2003) menyatakan bahwa kemampuan seseorang untuk mengingat informasi penting, meningkat lebih tinggi bila ia mempelajari materi dengan metode tertulis (bacaan) karena dengan membaca (bacaan) kemampuan mengingat akan meningkat 72 persen sesudah 3 jam. Menurut penelitian para ahli, hafalan akan hilang lenyap bila yang dihafalkan itu tidak fungsional dan tidak langsung dipergunakan atau dimanfaatkan dalam kehidupan sehari-hari.

6.5 Pengaruh Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan Anak Tentang Penyakit Demam Berdarah

Hasil analisis menunjukkan adanya pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan adalah dengan belajar, karena pengetahuan merupakan hasil tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Penginderaan melalui mata dapat dilakukan dengan cara membaca. Responden hanya menggunakan indera penglihatan yaitu mata untuk membaca. Terjadilah proses transformasi, proses belajar adalah transformasi dari masukan (input) kemudian input tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Transformasi dari masukan sensoris bersifat aktif melalui proses seleksi untuk dimasukkan ke dalam ingatan (*memory*).

Saat memainkan permainan ular tangga, indera yang digunakan selain mata adalah juga telinga. Responden membaca keterangan dan melihat gambar yang terdapat di dalam ular tangga, di samping itu peneliti membantu dengan memperjelas keterangan yang dilihat dan dibaca oleh responden. Harapan yang diinginkan adalah minat responden dapat tergugah sehingga muncul rasa tertarik

untuk mempelajari informasi yang tergambar dan tertulis dalam media permainan ular tangga.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Perubahan persepsi, pengetahuan, sikap dan perilaku adalah suatu produk manusia itu sendiri, bukan kekuatan yang dipaksakan kepada individu. Belajar bukan berarti melakukan apa yang dikatakan oleh pengajar saja tetapi suatu proses perubahan yang unik didalam diri si peserta sendiri. Mengajar bukan berarti memaksakan sesuatu terhadap si peserta, tetapi menciptakan iklim atau suasana, sehingga si peserta mau melakukan dengan kemauan sendiri terhadap apa yang dikehendaki oleh diri pengajar (Notoatmodjo, 2003).

Kesimpulan dari penjelasan di atas adalah upaya meningkatkan pengetahuan responden dalam hal ini anak melalui pendidikan kesehatan dapat dilakukan. Sarana yang dipilih dengan melakukan permainan ular tangga yang berisi informasi penyakit demam berdarah di samping juga responden pada kelompok kontrol yang mungkin didapat dari petugas kesehatan. Proses belajar yang terjadi di dalam diri responden hendaknya terjadi berulang-ulang dengan didasari oleh kesadaran tentang tujuan kenapa materi tersebut perlu dipelajari, maka hal ini dapat menimbulkan kesadaran seseorang tentang stimulus yang ada berupa informasi tentang penyakit demam berdarah. Hasil yang diharapkan adalah responden mendapatkan informasi yang cukup tentang penyakit demam berdarah dengue, bahkan bila memungkinkan, informasi yang telah diperolehnya dapat ditularkan kepada orang lain. Masyarakat yang memiliki pengetahuan tentang penyakit DBD dapat membantu pemerintah menekan angka kejadian penyakit

demam berdarah dengue yang masih dalam kisaran angka tinggi. Jumlah penderita penyakit DBD dapat menurun dan DBD tidak lagi menjadi kasus KLB dari tahun ke tahun.

6.4 Keterbatasan

1. Instrumen pengetahuan dibuat dalam bentuk pertanyaan tertutup, sehingga kurang mampu mengungkapkan secara maksimal tentang pengetahuan responden. Diharapkan untuk penelitian berikutnya dapat dibuat instrument yang mampu mengungkapkan secara maksimal tentang pengetahuan responden.
2. Adapun pengolahan waktu yang dipakai oleh peneliti dalam melakukan *postest* kurang tepat yaitu langsung dilakukan setelah permainan selesai dilakukan dua kali sedangkan responden pada kelompok kontrol, evaluasi/*postest* dilakukan selang 1 hari setelah *pretest*. Evaluasi ini dilakukan dengan tujuan responden mempunyai banyak waktu untuk mendapatkan informasi dari sumber lain bila memungkinkan. Suatu informasi yang berulang dapat membantu meningkatkan pemahaman dari penerima informasi tersebut.

BAB 7
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Simpulan yang didapatkan dalam penelitian ini adalah :

1. Pengetahuan responden yang mendapat stimulasi permainan ular tangga (kelompok perlakuan) termasuk dalam kategori pengetahuan cukup pada saat *pretest* dan dalam kategori pengetahuan baik pada saat *posttest*. Responden kelompok perlakuan adalah penderita DBD di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Pengetahuan responden kelompok kontrol pada saat mulai penelitian mempunyai pengetahuan cukup dan saat akhir penelitian mempunyai pengetahuan cukup. Responden kelompok kontrol adalah penderita DBD di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Terdapat perbedaan skor pengetahuan responden antara sebelum dan sesudah mendapat stimulasi permainan ular tangga di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Tidak terdapat perbedaan skor pengetahuan responden saat mulai penelitian dan akhir penelitian pada kelompok kontrol di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Terdapat pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan tentang penyakit DBD pada penderita DBD usia 11-12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut:

1. Bagi Institusi

Guna meningkatkan manajemen perawatan penyakit demam berdarah pihak institusi perlu menambah keterampilan perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan khususnya dengan sasaran anak-anak, selain itu juga dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan pada penderita anak usia sekolah yang menderita penyakit demam berdarah, perlu suatu terobosan media pendidikan kesehatan yang menarik dan menyenangkan bagi anak-anak. Salah satunya adalah permainan ular tangga yang telah dimodifikasi dan mengandung informasi tentang penyakit DBD.

2. Bagi Profesi atau perawat

Lebih banyak mengembangkan media pendidikan kesehatan yang sesuai dengan ilmu keperawatan yang berhubungan dengan penanganan dan perawatan penyakit demam berdarah, khususnya pada anak. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan pendidikan kesehatan.

3. Bagi penderita dan keluarga

Penderita dan keluarga hendaknya tetap berupaya menambah pengetahuan tentang penyakit DBD sehingga mereka memiliki referensi yang bagus dalam menghadapi penyakit demam berdarah. Peran serta keluarga sangat menentukan keberhasilan menghadapi penyakit, untuk itu keluarga berperan aktif memberi dukungan dan motivasi pada anggota keluarga yang sakit.

4. Peneliti Lain

Hendaknya dilakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengetahuan penyakit demam berdarah yang ditujukan kepada individu sehat dengan jumlah sampel yang lebih banyak, memperhatikan bias yang dapat mempengaruhi hasil pengukuran dan waktu yang lebih lama.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, B. 2003. *Pelatihan Keterampilan Melatih*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik – Kesehatan Reproduksi, Jakarta.
- Anonymous. 2010. *How to Play Snakes & Ladder*. Diakses tanggal 04 Februari 2010 Jam 14.30. Website: http://www.ehow.com/how_2082735_play-snakes-ladders.html.
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktis Ed. 12*. Rinneka Cipta, Jakarta.
- Augustyn, F. 2004. *Dictionary of toys and games in American popular culture*. Diakses tanggal 10 Februari 2010 Jam 13.48. Website : http://en.wikipedia.org/wiki/Snakes_and_ladders.
- Azwar. 2003. *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Budiarto, E. 2001. *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. EGC, Jakarta.
- Dahlan, M.S. 2008. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Salemba Medika, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1986. *Petunjuk Perawatan Pasien Demam Berdarah*. Diakses tanggal 25 Mei 2010 Jam 14.00. Website : www.depkes.go.id/downloads/rawat_dbd.pdf.
- _____. 2000a. *Penatalaksanaan Pasien Demam Berdarah*. Diakses tanggal 25 Mei 2010 Jam 14.15. Website : www.depkes.go.id/downloads/Tata%20Laksana%20DBD.pdf.
- _____. 2000b. *Kasus Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Buletin Harian Tim Penanggulangan DBD Departemen Kesehatan RI, Edisi Senin 8 Maret 2004. Diakses tanggal 12 April 2010 Jam 06.30. Website : www.ppmplp.depkes.go.id.
- _____. 2000c. *Pencegahan dan Pemberantasan DBD di Indonesia*. Dirjen PPM & PLP, Jakarta.
- _____. 2007. *Pelatihan bagi pelatih Pemberantasan sarang nyamuk Demam berdarah dengue (psn-dbd) dengan Pendekatan komunikasi perubahan perilaku (communication for behavioral impact*. Diakses tanggal 25 Mei 2010 Jam 14.17. Website : [www.pplp.depkes.go.id/Modul%20Communication%20for%20Behavioral%20Impact\(COMB\)-DBD](http://www.pplp.depkes.go.id/Modul%20Communication%20for%20Behavioral%20Impact(COMB)-DBD).

- _____. 2009. Diakses tanggal 19-12-2009 Jam 9.00. Website : <http://www.depkes.go.id/downloads/Phbs.pdf>.
- Derni, M. 2009. *When I Get Sick*. Gema Insani, Jakarta.
- Godwin, C. 2010. *The history of Snakes and ladders*. Diakses tanggal. 04 Februari 2010 Jam 14.22. Website : http://www.ehow.com/about_5098014_history-snakes-ladders.html.
- Halstead, S.B. 2000. *Successess and Failure In Dengue Control Global Experiences*, Dengue Bulletin Vol. 24.
- Hidayat, A. A. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta
- Jumiati. 2008. *Aplikasi Perilaku Hidup Sehat*. Diakses tanggal 11 Februari 2010 Jam 10.42. Website : <http://cetak.bangkapos.com/opini/read/116/Aplikasikan+Perilaku+Hidup+Sehat.html>.
- Kasiulevicius K., Sapoka and R. Filipaviciute. 2006. *Theory and Practise Sample Size Calculation in Epidemiologis Studies*. *Gerontologija*. 7(4): 225-231.
- Kenton, L. 2003. *Rencana 10 Hari Anti – Stress: Strategi Cerdas Mengatasi dan Memanfaatkan Stress Untuk Meraih Kehidupan Yang Bahagia*. Prestasi Pustaka Publisher, Jakarta.
- Kumpulan makalah AKPER.-AKBID. 2009. *Hospitalisasi pada anak*. Diakses tanggal 21 Februari 2009 Jam 14.55. Website : <http://akper-akbid.blogspot.com/2009/10/hospitalisasi-pada-anak.html>.
- Metlife Foundation. 2009. *A Family Caregiver's Guide to Hospital Discharge Planning*. Diakses tanggal 11 Februari 2010, Jam 14.34. Website : <http://www.eldercarejax.com/Articles/FamilyCaregiver's/guide.shtml>.
- Nazir, M. 2003. Editor: Riska Agustina dan Risman F. Sikumbank, *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat (Prinsip – Prinsip Dasar)*. PT Rineka Cipta, Jakarta.
- _____. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta, Jakarta.
- _____. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam, Rekawati, Sri Utami. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak (Untuk Perawat dan Bidan)*. Salemba Medika, Jakarta.

- Nursalam dan Siti Pariani. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. CV Sagung Seto, Jakarta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan pedoman skripsi, tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Nuryanti, L. 2008. *Psikologi Anak*. PT Indeks, Jakarta.
- Potter, P. A. dan Anne Griffin Perry. 2005. Alih bahasa: Yasmin Asih dkk. Editor: Devi Yulianti, Monica Ester, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktek*. EGC, Jakarta.
- Prodi Magister Keperawatan FKp. UNAIR. 2010. *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*. Unair, Surabaya.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sobur, A. 2003. *Psikologi Umum dalam Lintasan Sejarah*. CV. Pustaka Setia, Bandung.
- Soegijanto. 2002. *Ilmu Penyakit Anak, Diagnosa & Penatalaksanaan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Soegijanto. 1997. *International Seminar on Dengue Fever: New Strategy Controlling and Prevention of DHF in South East Asia*. Tropical Disease Centre Airlangga University, Surabaya.
- Soejoedi, I. 1979. *Permainan dan Metodik Buku II*. Depdikbud, Jakarta.
- Solahuddin, G. 2010. *Stimulasi Pas, Anak Cerdas semakin bertambah usia anak, kemampuan dan keahliannya akan semakin kompleks*. Diakses tanggal 13 Februari 2010 Jam 13.32. Website : <http://www.tabloid-nakita.com/Khasanah/khasanah06309-03.html>.
- Suliha U., Herawani, Sumiati, Yeti R. 2001. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. EGC, Jakarta.
- Supartini, Y. 2004. Editor: Monica Ester, *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. EGC, Jakarta.
- Swastika, A. *Profil Pendidikan dan Kesehatan Anak Indonesia*. Diakses tanggal 07 Januari 2010 Jam 13.33. Website : <http://andi.stk31.com/profil-pendidikan-dan-kesehatan-anak-indonesia.html>.

Unicef. 2009. *Ular Tangga Hygiene Game.pdf* Diakses tanggal 29 Desember 2009 Jam 13.10. Website : http://www.unicef.org/indonesia/resources_8251.html. PDF.

WHO. 1997. *Dengue Haemorrhagic Fever : Diagnosis, Treatment, Prevention, and Control*. WHO, Geneva.

Wong, D, L. 2008. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6th Ed*. Mosby, Inc.

Yusuf, S. 2008. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. PT Remaja Rosdakarya, Bandung.

LAMPIRAN



Surabaya, 27 April 2010

Nomor : 031 /H3.1.12/PPd/2010
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
 Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
 Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
 di –

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Mushofatul Masda Thoriya
 NIM : 090810397
 Judul Penelitian : Pengaruh Health Education Tehnik Stimulasi Permainan
 Tangga Seri “Persiapan Pulang” terhadap Pengetahuan
 Anak Usia Sekolah (6-12 tahun) Penderita DBD pada
 Tahap Pemulihan dan Rehabilitasi
 Tempat : Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

 Universitas Airlangga
 Fakultas Keperawatan
 Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
 NIP. 196612251989031004



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 03/EC/KERS/2010

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA, TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL :

**Pengaruh Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga Terhadap Perubahan Pengetahuan Anak Tentang penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)
(Studi pada Penderita DBD Usia 6-12 tahun Saat persiapan Pulang di Paviliun V Rumkital Dr Ramelan Surabaya)**

PENELITI UTAMA :

Mushofatul Masda Thoriya, S Kep Ners

UNIT/LEMBAGA/TEMPAT PENELITIAN :

Paviliun V Rumkital Dr Ramelan Surabaya.

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 20 Agustus 2010

dr. Pandji Moeljono, Sp PD KEMD

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : MUSHOFATUL MASDA THORIYA
NIM : 090810397 M
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen :
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

PENGARUH PEMBERIAN STIMULASI PERMAINAN ULAR TANGGA TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN ANAK TENTANG PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

(Studi pada Penderita DBD Usia 11-12 tahun Saat Persiapan Pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya)

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 03 September 2010

Yang menyatakan,

(MUSHOFATUL MASDA THORIYA)

FORMULIR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**Pengaruh Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga Terhadap Perubahan Pengetahuan Anak Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)****(Studi pada Penderita DBD Usia 6-12 tahun Saat Persiapan Pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya)****Oleh:****Mushofatul Masda Thoriya**

Saya adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi Magister Keperawatan.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan tentang penyakit demam berdarah dengue (DBD), studi pada penderita DBD usia 6 – 12 tahun saat persiapan pulang di Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

Manfaat bagi Anda adalah menambah wawasan tentang pencegahan penyakit demam berdarah dan manfaat bagi rumah sakit adalah dapat dijadikan sebagai dasar pengembangan intervensi keperawatan khususnya penanganan penyakit demam berdarah. Saya mengharapkan pernyataan yang Anda berikan adalah pernyataan sejujur-jujurnya dan sesuai dengan pendapat Anda sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain, saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas Anda. Informasi yang Anda berikan hanya dipergunakan untuk kepentingan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Partisipasi Anda dalam penelitian ini bersifat bebas, Anda bebas untuk ikut atau tidak ikut tanpa adanya sanksi apapun.

Jika Anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, silahkan Anda menandatangani pada kolom dibawah ini.

Tanda tangan : _____

Nama Responden : _____

Surat Pernyataan Kesiediaan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : _____

Alamat : _____

Menyatakan bahwa setelah saya mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Mushofatul Masda Thoriya tentang Pengaruh pemberian stimulasi permainan ular tangga terhadap perubahan pengetahuan tentang penyakit demam berdarah dengue (DBD), studi pada penderita DBD usia 6 – 12 tahun saat persiapan pulang.

Demikian surat pernyataan kesediaan saya dibuat dengan penuh rasa kesadaran dan sukarela.

Surabaya,

Yang membuat pernyataan

SATUAN ACARA PELAKSANAAN

Pokok Bahasan	: Tindakan Pemberian Stimulasi Permainan
Sub Pokok Bahasan	: Pemberian stimulasi permainan ular tangga
Hari/tanggal	: Agustus 2010
Waktu	: 1x60 menit
Tempat	: Pav. V Runkital Dr. Ramelan Surabaya
Sasaran	: Klien anak usia 11-12 tahun

1. Tujuan

1) Tujuan Instruksi Umum (TIU)

Anak dapat memberikan respon terhadap stimulasi permainan yang diberikan.

2) Tujuan Instruksi Khusus (TIK)

Anak mendapatkan informasi mengenai penyakit demam berdarah dengue.

2. Materi

Tema: Permainan Ular tangga

Lama aktivitas : 1 jam selama 1 hari

3. Alat/Media

Permainan ular tangga

4. Metode:

Observasi

Individu atau berkelompok

5. Evaluasi

1) Struktur

(1) Peralatan yang dibutuhkan lengkap.

(2) Kontrak waktu dilakukan minimal 1 jam sebelum kegiatan dimulai.

2) Proses

- (1) Anak mengikuti permainan dari awal sampai akhir.
- (2) Kegiatan dilakukan sesuai dengan waktu yang ditentukan.

3) Hasil

- (1) Anak menikmati permainan.
- (2) Anak terlihat riang.
- (3) Anak mendapat informasi tentang penyakit demam berdarah dengue.

6. Langkah Kegiatan

No.	Waktu	Kegiatan
1.	4 menit	<p>Persiapan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri. - Menjelaskan tujuan dan aturan permainan yang akan dilakukan.
2.	60 menit	<p>Pelaksanaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menata peralatan yang akan digunakan. - Mengajak anak untuk mulai permainan. - Disela-sela permainan, memotivasi anak untuk memperhatikan pesan di dalam ular tangga. - Berikan pujian kepada anak bila anak memperhatikan pesan di dalam ular tangga.
3.	5 menit	<p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi pengetahuan anak sesudah diberikan stimulasi permainan ular tangga. - Mengucapkan salam penutup.

KUISIONER TERSTRUKTUR UNTUK PENGETAHUAN
PENDERITA DEMAM BERDARAH USIA 11 – 12 TAHUN

Identitas Responden

1. Nama/nomer responden :
2. Umur :
3. Pendidikan :

Informasi tentang penyakit demam berdarah didapatkan dari :

- Sekolah Televisi Koran atau majalah Lain-lain:

Apakah orang tua pernah memberikan informasi tentang penyakit demam berdarah dengue, sebelum menderita sakit demam berdarah ?

- Ya Tidak

Apakah pernah mendapatkan informasi tentang penyakit demam berdarah dengue dari petugas kesehatan (dokter, perawat atau petugas kesehatan lain) ?

- Ya Tidak

Petunjuk:

Jawablah dengan jawaban yang sesuai !

1. Apakah yang dimaksud dengan penyakit demam berdarah dengue (DBD) ?
 - a. Penyakit demam tinggi mendadak (akut) 2-7 hari yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*.
 - b. Penyakit demam yang naik turun dan disebabkan oleh nyamuk.
 - c. Penyakit demam yang disebabkan oleh kuman.
 - d. Penyakit demam yang disebabkan oleh bakteri.
2. Apakah penyebab penyakit demam berdarah ?
 - a. virus dengue
 - b. kuman
 - c. nyamuk
 - d. bakteri
3. Penyakit demam berdarah ditularkan melalui apa ?
 - a. nyamuk *Aedes aegypti*
 - b. nyamuk *Anopheles*
 - c. bakteri
 - d. Nyamuk *Culex*

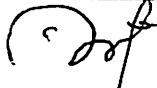
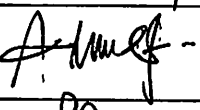
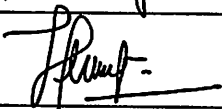
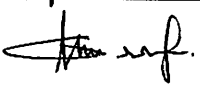
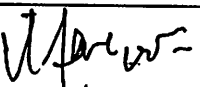
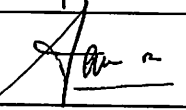

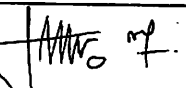
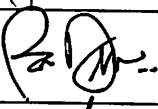

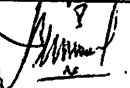
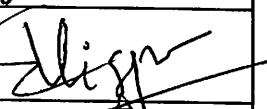
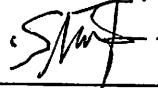
4. Nyamuk penular demam berdarah senang beristirahat dimana ? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. dekat cahaya lampu
 - b. pakaian yang tergantung
 - c. tempat yang terbuka
 - d. tempat yang dingin sekali (lemari es)
 - e. Tidak tahu
 - f. Lain-lain, sebutkan:
5. Bagaimana ciri-ciri nyamuk penular demam berdarah yang benar? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. warna hitam bintik-bintik putih
 - b. warna coklat bintik-bintik putih
 - c. tidak berwarna
 - d. nyamuknya besar
 - e. nyamuknya lebih kecil dari nyamuk *culex*
6. Dimanakah tempat berikut yang benar biasanya nyamuk penular demam berdarah berkembang biak? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. bak mandi
 - b. tandon air
 - c. gentong
 - d. kaleng bekas yang berisi air
 - e. botol bekas yang berisi air
 - f. selokan atau saluran air got
 - g. tempat minum burung
 - h. ban bekas
7. Kapan waktu nyamuk penular demam berdarah biasa menggigit orang?
 - a. jam 09.00-10.00
 - b. jam 16.00-17.00
 - c. sepanjang hari
 - d. tidak pernah menggigit
8. Apakah gejala penyakit demam berdarah yang benar ? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. Demam tinggi mendadak 2-7 hari
 - b. Bintik-bintik merah pada kulit
 - c. Sakit kepala
 - d. Mual dan muntah
 - e. Mimisan
 - f. Berak darah
 - g. Muntah darah
9. Selain gejala yang disebutkan diatas, gejala penyakit demam berdarah apa lagi yang dapat muncul ? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. Nyeri ulu hati/perut
 - b. Nyeri otot
 - c. Nyeri sendi
 - d. Nyeri daerah belakang mata
10. Bagaimanakah pola demam pada penyakit demam berdarah dengue?
 - a. seperti pelana kuda
 - b. demam tinggi yang menetap selama satu minggu
 - c. tidak mempunyai pola
 - d. tidak tahu

11. Usaha apa yg Saudara lakukan bila penderita demam berdarah mengalami demam tinggi ? (Jawaban blh lebih dari 1)
 - a. banyak minum jus buah, teh manis, sirup, susu dan oralit
 - b. kompres air biasa
 - c. kompres alkohol
 - d. diberi obat penurun panas yaitu paracetamol
 - e. Lain-lain
12. Dimana tempat mengkompres pada penderita yang demam ? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. Dahi
 - b. Lipatan ketiak
 - c. Lipatan paha
 - d. Lain-lain
13. Kapan penderita demam harus dibawa ke rumah sakit ? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. demam tinggi hingga hari ke-3, 4 dan 5
 - b. demam tinggi hari ke-2 disertai kejang
 - c. demam tinggi disertai muntah bila makan dan minum
 - d. demam ringan 1 hari
 - e. lain-lain
14. Apa saja yang termasuk kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) ? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. Menutup gentong, menguras dan menyikat bak mandi minimal 1 minggu sekali
 - b. Mengganti air minum burung dan vas bunga minimal 1 minggu sekali
 - c. Mengubur kaleng bekas, ban bekas dan botol bekas
 - d. Menaburkan bubuk abate
 - e. Lain-lain
15. Bagaimanakah cara menguras bak mandi yang benar untuk memberantas jentik nyamuk penular demam berdarah dengue?
 - a. menggosok dinding dalam bak mandi
 - b. mengganti air saja
 - c. memberikan bubuk abate pada air bak
 - d. lain-lain
16. Apakah setelah menguras bak mandi seminggu sekali masih perlu menaburkan serbuk pemberantas jentik?
 - a. tidak perlu
 - b. perlu
 - c. biarkan saja
 - d. tidak tahu
17. Berapa kali kita perlu mengganti air minum burung dan vas bunga ?
 - a. paling sedikit seminggu sekali
 - b. paling sedikit dua minggu sekali
 - c. tidak perlu diganti
 - d. satu bulan sekali


18. Usaha apa saja yang dapat mencegah kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti* ?
(Jawaban boleh lebih dari 1)
- memakai kelambu pada waktu tidur
 - menggunakan celana panjang dan baju panjang saat tidur
 - memakai *lotion* penolak nyamuk (autan, sari puspa)
 - memasang kawat/kasa nyamuk pada lubang angin, pintu dan jendela
 - lain-lain
19. Apakah yang harus dilakukan keluarga di rumah, bila ada anggota keluarga yang sakit demam berdarah dan opname di rumah sakit? (Jawaban boleh lebih dari 1)
- Melaporkan kepada Ketua RT/RW setempat
 - Diam saja
 - Melaporkan kepada Ibu/Bapak guru di sekolah
 - Melaporkan kepada kakek dan nenek
20. Apakah bahaya penyakit demam berdarah ? (Jawaban boleh lebih dari 1)
- Dapat menyebabkan kematian
 - Dapat menyebabkan syok
 - Tidak terjadi apa-apa
 - Dapat mengalami kelumpuhan

Terima kasih atas kerjasamanya, semoga dapat bermanfaat bagi kita semua.

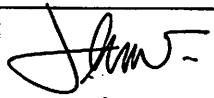
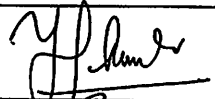
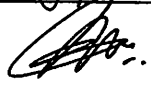
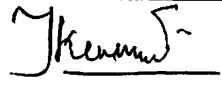

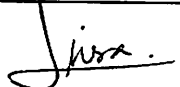
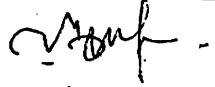
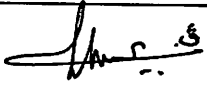
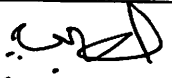

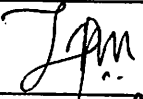
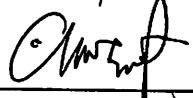
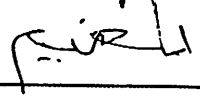
**DAFTAR RESPONDEN YANG TERMASUK DALAM KELOMPOK
PERLAKUAN (MENDAPAT PERMAINAN ULAR TANGGA)**

No.	Nama Orang Tua	Nama Anak	Alamat	Tanda Tangan
1	DS	DE	TAMAN, SIDOARJO	
2	AKH	MD	WONOSARI, SURABAYA	
3	AH	R	RUNGKUT, SURABAYA	
4	S	A	KARANG PILANG, SURABAYA	
5	MI	MR	SIDONIPAH, SURABAYA	
6	AW	SK	CANDI, SIDOARJO	
7	M	MM	TAMAN, SIDOARJO	
8	M	JH	BENOWO, SURABAYA	
9	MBS	SB	WONOSARI, SURABAYA	
10	SD	CK	CANDI, SIDOARJO	
11	SP	DT	UJUNG, SURABAYA	
12	EL	ST	TAMAN PUSPA SARIROGO, SURABAYA	
13	SR	DA	MANUKAN LOR, SURABAYA	
14				


Mengetahui,
Kepala Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Sby


(Ida Djuwitawati. s.kep.)

**DAFTAR RESPONDEN YANG TERMASUK DALAM KELOMPOK
KONTROL (MENDAPAT LEAFLET SETELAH POSTEST)**

No.	Nama Orang Tua	Nama Anak	Alamat	Tanda Tangan
1	BHK	ME	BENOWO, SURABAYA	
2	HN	AF	CANDI, SIDOARJO	
3	AS	DS	TAMAN, SIDOARJO	
4	JK	AG	WONOSARI, SURABAYA	
5	KW	ASB	BENDUL MERISI, SURABAYA	
6	LS	YN	RUNGKUT, SURABAYA	
7	DG	BR	WONOKROMO, SURABAYA	
8	PS	N	CANDI, SIDOARJO	
9	UM	G	UJUNG, SURABAYA	
10	TA	IM	KLAMPIS JAYA, SURABAYA	
11	YM	ZN	TAMAN PUSPA SARIROGO, SURABAYA	
12	ARH	HD	KALIRUNGKUT, SURABAYA	
13	IM	MM	MEDOKAN AYU, SURABAYA	
14				

Mengetahui,
Kepala Paviliun V Rumkital dr. Ramelan Sby


(Ida. Djuritawati. s kep.)

Tabel : Tabulasi Hasil Pre Test Pengetahuan Penderita Demam Berdarah Usia 11-12 tahun Bagi Anak yg Mendapat Stimulasi Permainan Ular Tangga

Kode Responden	Butir Soal																				Total	Tot (100)	Penget:
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	6.25	10.00	4.00	2.50	0.00	10.00	5.00	10.00	10.00	10.00	10.00	0.00	5.00	5.00	10.00	147.75	73.88	C
2	10.00	10.00	0.00	10.00	0.00	5.00	10.00	4.00	2.50	0.00	10.00	10.00	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00	10.00	10.00	10.00	121.50	60.75	C
3	10.00	10.00	0.00	5.00	10.00	5.00	10.00	6.00	2.50	0.00	10.00	8.00	10.00	0.00	0.00	0.00	10.00	5.00	5.00	0.00	106.50	53.25	K
4	0.00	0.00	10.00	5.00	5.00	5.00	0.00	6.00	5.00	0.00	6.00	5.00	6.60	10.00	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	10.00	113.60	56.80	C
5	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	4.00	2.50	10.00	6.00	10.00	6.60	0.00	0.00	10.00	0.00	10.00	5.00	10.00	139.10	69.55	C
6	0.00	0.00	0.00	5.00	10.00	6.25	10.00	6.00	2.50	10.00	6.00	8.00	6.60	10.00	0.00	0.00	0.00	2.50	5.00	0.00	87.85	43.93	K
7	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	6.25	0.00	6.00	2.50	0.00	10.00	5.00	3.30	10.00	0.00	0.00	10.00	5.00	5.00	0.00	73.05	36.53	K
8	10.00	10.00	0.00	5.00	5.00	6.25	10.00	6.00	2.50	0.00	6.00	8.00	6.60	0.00	0.00	10.00	0.00	2.50	5.00	10.00	102.85	51.43	K
9	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	6.25	0.00	6.00	2.50	0.00	10.00	8.00	10.00	10.00	10.00	0.00	0.00	5.00	5.00	10.00	127.75	63.88	C
10	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	6.25	0.00	4.00	2.50	0.00	6.00	5.00	6.00	10.00	10.00	0.00	10.00	5.00	5.00	10.00	89.75	44.88	K
11	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	4.00	2.50	0.00	10.00	10.00	10.00	10.00	0.00	10.00	0.00	10.00	10.00	10.00	151.50	75.75	C
12	0.00	0.00	10.00	5.00	5.00	5.00	0.00	4.00	2.50	0.00	6.00	5.00	6.60	0.00	10.00	0.00	10.00	5.00	5.00	0.00	79.10	39.55	K
13	10.00	10.00	10.00	5.00	0.00	5.00	10.00	6.00	2.50	0.00	10.00	8.00	3.30	0.00	0.00	0.00	10.00	2.50	5.00	10.00	107.30	53.65	K
Total	80	80	70	85	85	73	80	66	35.00	20	106	95	95.60	80	50	50	50	77.50	80	90			

Tabel : Tabulasi Hasil Post Test Pengetahuan Penderita Demam Berdarah Usia 11-12 tahun Bagi Anak yg Mendapat Stimulasi Permainan Ular Tangga

Kode Responden	Butir Soal																				Total	Tot (100)	Penget.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	6.25	10.00	6.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	182.25	91.13	B
2	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	5.00	10.00	6.00	2.50	10.00	10.00	5.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	168.50	84.25	B
3	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	5.00	10.00	6.00	5.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	181.00	90.50	B
4	0.00	0.00	10.00	10.00	5.00	5.00	10.00	6.00	2.50	0.00	6.00	10.00	3.30	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	10.00	10.00	127.80	63.90	C
5	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	5.00	10.00	4.00	10.00	10.00	10.00	8.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	182.00	91.00	B
6	0.00	0.00	10.00	10.00	5.00	6.25	10.00	6.00	2.50	0.00	10.00	10.00	3.30	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	5.00	10.00	128.05	64.03	C
7	0.00	0.00	10.00	10.00	5.00	6.25	10.00	6.00	5.00	0.00	6.00	10.00	3.30	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	5.00	10.00	131.55	65.78	C
8	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	6.25	10.00	6.00	5.00	10.00	10.00	5.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	10.00	172.25	86.13	B
9	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	6.25	10.00	6.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	182.25	91.13	B
10	0.00	0.00	10.00	10.00	5.00	6.25	10.00	4.00	5.00	10.00	6.00	5.00	10.00	10.00	0.00	0.00	10.00	5.00	5.00	10.00	121.25	60.63	C
11	0.00	0.00	10.00	5.00	10.00	5.00	10.00	4.00	5.00	10.00	6.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	155.00	77.50	B
12	0.00	0.00	10.00	10.00	5.00	5.00	10.00	4.00	2.50	10.00	6.00	5.00	6.60	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	144.10	72.05	C
13	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	5.00	10.00	6.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	181.00	90.50	B
Total	70	70	130	120	80	72.5	130	70	75	100	110	103	107	130	120	90	130	120	100	130			

Tabel : Tabulasi Hasil Pre Test Pengetahuan Penderita Demam Berdarah Usia 11-12 tahun Bagi kelompok Kontrol

Kode Responden	Butir Soal																				Total	Tot (100)	Penget.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	8.75	10.00	8.00	5.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	5.00	10.00	10.00	176.75	88.38	B
2	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00	6.00	2.50	0.00	10.00	8.00	10.00	0.00	10.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	66.50	33.25	K
3	0.00	0.00	0.00	5.00	10.00	5.00	0.00	4.00	2.50	0.00	10.00	5.00	10.00	0.00	0.00	0.00	10.00	5.00	10.00	0.00	76.50	38.25	K
4	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	7.50	10.00	4.00	5.00	0.00	6.60	10.00	6.60	10.00	0.00	10.00	0.00	10.00	5.00	10.00	139.70	69.85	C
5	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	8.00	2.50	0.00	6.60	8.00	6.60	0.00	0.00	10.00	0.00	10.00	10.00	10.00	136.70	68.35	C
6	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	5.00	0.00	4.00	5.00	10.00	6.60	5.00	6.60	10.00	10.00	0.00	10.00	2.50	5.00	0.00	89.70	44.85	K
7	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	0.00	4.00	2.50	0.00	3.30	8.00	3.30	10.00	10.00	0.00	0.00	5.00	10.00	0.00	66.10	33.05	K
8	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	6.25	10.00	6.00	5.00	0.00	6.60	5.00	6.60	0.00	0.00	10.00	0.00	2.50	0.00	10.00	77.95	38.98	K
9	10.00	10.00	10.00	10.00	5.00	8.75	10.00	4.00	2.50	0.00	10.00	5.00	10.00	10.00	10.00	0.00	10.00	5.00	5.00	0.00	135.25	67.63	C
10	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	7.50	0.00	4.00	2.50	0.00	6.00	5.00	6.00	10.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	10.00	66.00	33.00	K
11	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	6.25	10.00	6.00	7.50	10.00	10.00	8.00	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	10.00	5.00	10.00	167.75	83.88	B
12	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	6.25	0.00	4.00	2.50	0.00	6.60	8.00	6.60	0.00	10.00	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	58.95	29.48	K
13	0.00	0.00	10.00	5.00	0.00	5.00	0.00	4.00	2.50	0.00	3.30	5.00	3.30	0.00	10.00	0.00	10.00	2.50	0.00	10.00	70.60	35.30	K
Total	50	50	60	80	75	81.25	60	66	47.50	30	96	90	95.60	70	60	50	60	78	60	70			

Tabel : Tabulasi Hasil Post Test Pengetahuan Penderita Demam Berdarah Usia 11-12 tahun Bagi kelompok Kontrol

Kode Responden	Butir Soal																				Total	Tot (100)	Penget.		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
1	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	4,00	2,50	0,00	10,00	10,00	10,00	10,00	0,00	10,00	10,00	10,00	5,00	10,00	10,00	161,50	80,75	B	
2	10,00	10,00	10,00	5,00	0,00	5,00	0,00	6,00	2,50	0,00	6,00	8,00	3,30	0,00	10,00	0,00	0,00	5,00	5,00	0,00	10,00	90,80	45,40	K	
3	0,00	0,00	10,00	5,00	10,00	5,00	0,00	6,00	2,50	0,00	10,00	5,00	10,00	0,00	0,00	0,00	10,00	5,00	5,00	10,00	10,00	98,50	49,25	K	
4	10,00	10,00	10,00	10,00	5,00	7,50	10,00	4,00	2,50	0,00	6,00	10,00	6,60	10,00	0,00	10,00	0,00	10,00	5,00	5,00	10,00	136,60	68,30	C	
5	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	5,00	10,00	4,00	2,50	0,00	6,00	10,00	6,60	0,00	0,00	10,00	0,00	10,00	10,00	10,00	10,00	134,10	67,05	C	
6	0,00	0,00	10,00	5,00	5,00	5,00	0,00	4,00	2,50	0,00	6,00	5,00	6,60	10,00	10,00	0,00	10,00	2,50	5,00	0,00	0,00	86,60	43,30	K	
7	0,00	0,00	10,00	0,00	10,00	5,00	0,00	4,00	2,50	0,00	6,00	8,00	3,30	10,00	10,00	0,00	10,00	5,00	5,00	10,00	0,00	93,80	46,90	K	
8	10,00	10,00	10,00	5,00	5,00	6,25	10,00	6,00	2,50	0,00	6,00	8,00	6,60	0,00	0,00	10,00	0,00	2,50	0,00	10,00	107,85	53,93	K		
9	10,00	10,00	10,00	10,00	5,00	8,75	10,00	4,00	2,50	0,00	10,00	5,00	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	5,00	5,00	0,00	125,25	62,63	C		
10	0,00	0,00	10,00	5,00	5,00	7,50	0,00	4,00	2,50	0,00	6,00	5,00	6,60	10,00	10,00	0,00	10,00	5,00	5,00	0,00	96,00	48,00	K		
11	10,00	10,00	10,00	5,00	10,00	6,25	10,00	6,00	2,50	0,00	10,00	8,00	10,00	10,00	0,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	157,75	78,88	B		
12	0,00	0,00	10,00	5,00	5,00	6,25	0,00	4,00	5,00	0,00	6,00	8,00	6,60	0,00	10,00	0,00	0,00	5,00	5,00	0,00	70,85	35,43	K		
13	0,00	0,00	10,00	5,00	5,00	5,00	0,00	6,00	5,00	0,00	6,00	5,00	3,30	10,00	10,00	0,00	0,00	5,00	5,00	0,00	85,30	42,65	K		
Total	70	70	130	80	85	83	60	62	37,5	0	94	95	88,9	80	60	60	53	77,5	60	177					

Table validitas
Aspek Pengetahuan

Correlations

Item	Baco1	Baco2	Baco3	Baco4	Baco5	Baco6	Baco7	Baco8	Baco9	Baco10	Baco11	Baco12	Baco13	Baco14	Baco15	Baco16	Baco17	Baco18	Baco19	Baco20	Baco21	
Baco1	1																					
Baco2		1																				
Baco3			1																			
Baco4				1																		
Baco5					1																	
Baco6						1																
Baco7							1															
Baco8								1														
Baco9									1													
Baco10										1												
Baco11											1											
Baco12												1										
Baco13													1									
Baco14														1								
Baco15															1							
Baco16																1						
Baco17																	1					
Baco18																		1				
Baco19																			1			
Baco20																				1		
Baco21																					1	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table Reliability**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	13	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,861	20

Frequencies

Statistics

		grup.pre kontrol	grup pre perlakuan	grup post kontrol	grup post perlakuan
N	Valid	13	13	13	13
	Missing	0	0	0	0
Mean		53,2500	55,6792	55,5746	79,1177
Std. Error of Mean		5,67489	3,51764	4,02134	3,39294
Median		50,0000	53,6500	49,2500	84,2500
Mode		29,48 ^a	36,53 ^a	35,43 ^a	90,50 ^a
Std. Deviation		20,46110	12,68303	14,49916	12,23343
Variance		418,657	160,859	210,226	149,657
Minimum		29,48	36,53	35,43	60,63
Maximum		88,38	75,75	80,75	91,13
Sum		692,25	723,83	722,47	1028,53

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Olah Data

	Pre Kontrol	Pre Perlakuan	Post Kontrol	Post Perlakuan
1	88.38	73.88	80.75	91.13
2	33.25	60.75	45.4	84.25
3	38.25	53.25	49.25	90.5
4	69.85	56.8	68.3	63.9
5	68.35	69.55	67.05	91
6	55.85	43.93	43.3	64.03
7	33.05	36.53	46.9	65.78
8	38.98	51.43	53.93	86.13
9	67.63	63.88	62.63	91.13
10	50	44.88	48	60.63
11	83.88	75.75	78.88	77.5
12	29.48	39.55	35.43	72.05
13	35.3	53.65	42.65	90.5

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
grup post perlakuan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
- grup pre perlakuan	Positive Ranks	13 ^b	7.00	91.00
	Ties	0 ^c		
	Total	13		

- a. grup post perlakuan < grup pre perlakuan
 b. grup post perlakuan > grup pre perlakuan
 c. grup post perlakuan = grup pre perlakuan

Test Statistics^b

	grup post perlakuan - grup pre perlakuan
Z	-3.180 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
grup post kontrol	Negative Ranks	7 ^a	4.86	34.00
- grup.pre kontrol	Positive Ranks	6 ^b	9.50	57.00
	Ties	0 ^c		
	Total	13		

- a. grup post kontrol < grup.pre kontrol
- b. grup post kontrol > grup.pre kontrol
- c. grup post kontrol = grup.pre kontrol

Test Statistics^b

	grup post kontrol - grup. pre kontrol
Z	-.804 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.421

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Data Perbedaan Post Kontrol dan Post Perlakuan

	Group	Post K dan Post P
1	1	80.75
2	1	45.4
3	1	49.25
4	1	68.3
5	1	67.05
6	1	43.3
7	1	46.9
8	1	53.93
9	1	62.63
10	1	48
11	1	78.88
12	1	35.43
13	1	42.65
14	2	91.13
15	2	84.25
16	2	90.5
17	2	63.9
18	2	91
19	2	64.03
20	2	65.78
21	2	86.13
22	2	91.13
23	2	60.63
24	2	77.5
25	2	72.05
26	2	90.5

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks


	jenisgrup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post kontrol dan post perlakuan	kontrol	13	8.62	112.00
	perlakuan	13	18.38	239.00
	Total	26		

Test Statistics^b

	post kontrol dan post perlakuan
Mann-Whitney U	21.000
Wilcoxon W	112.000
Z	-3.258
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a . Grouping Variable: jenisgrup

TEMPAT BERKEMBANG BIAK NYAMUK *Aedes aegypti*



41

- BAK MANDI
 - TANDON AIR
 - GENTONG
 - KALENG BEKAS BERISI AIR
- 42**

- BOTOL BEKAS BERISI AIR
 - TEMPAT MINUM BURUNG
 - BAN BEKAS BERISI AIR
- 43**

44

45



Dibidurkan saja. Dan jadi sarang nyamuk *Aedes aegypti*.

40


DITULARKAN MELALUI GIGITAN NYAMUK *Aedes aegypti*

39

38

- BADAANYA LEBIH KECIL DARI NYAMUK *culex*
 - WARNANYA HITAM BINTIK-BINTIK PUTH
- MENGGIT SEPANJANG HARI

36



22


PENYEBAB PENYAKIT DEMAM BERDARAH



VRUS DEGUE

22

CIRI NYAMUK *Aedes aegypti*




25

STOP DBD



24

23



20

TEMPAT ISTIRAHAT NYAMUK *Aedes aegypti* ADALAH




Pakaian yang tergantung



19

18

Adalah penyakit demam tinggi mendadak 2-7 hari yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*



17

16

1 START

2

Selamat Pagi



3

KESERAHAN ADALAH MODAL AWAL UNTUK SEMUA AKTIFITAS KITA



4

5

DEAMAM BERDARAH DENGUE



50

Muncul bintik merah di bawah kulit

49

MIMISAN

48

STOP DBD

47

NYERI KEPALA

46

NYERI ULU HATI

31

BERAK DARAH

32

MUNTAH DARAH

33

34

NYERI BELAKANG MATA

35

NYERI SENDI

30

Pembesaran hati

29

Panas tinggi 2-7 hari (38^o-40^oC)

28

27

5-7 hari

4-7 hari (Viremia)

2-7 hari

26

Penularan Penyakit DBD adalah masuknya virus dengue ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*.

11

MUAL & MUNTAH

12

GEJALA PENYAKIT DEMAM BERDARAH

KASPADA BERARAH DEMAM

13

14

15

10

9

KEMATIAN...!!!

8

SYOK...!!!

7

Waspada!! Demam Berdarah

6

DEWAM TINGGI HARI KE-3, 4 DAN 5

51

70

SAATNYA PEDULI

PENDERITA DEMAM HARUS DIBAWA KE RS SAAT :

71

Tutup tempayan yang berisi air

90

MEMBANTU AYAH

Menguras bak mandi

91

TESIS

DEWAM TINGGI HARI KE-2 DISERTAI KEJANG

52

DEWAM TINGGI DISERTAI MUNTAH BILA MAKAN & MINUM

69

72

PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN)

SAATNYA PEDULI

89

MEMBANTU

Mengubur barang-barang bekas

92

53

68

- LIPATAN PAHA
- LIPATAN KETIAK
- DAHI

TEMPAT MENGOMPRES PENDERITA DEMAM :

73

88

SEPERTI PELANA KUDA BERDARAH DENGUE ADALAH PENYAKIT DEMAM POLA DEMAM PADA

93

PENGARUH PEMBERIAN STIMULASI...

54

KOMPRES DENGAN AIR BIASA

67

74

Banyak minum jus buah, teh manis, sirup, susu, oralit dan air kelapa

87

... dapat mengandung nyamuk bersarang.

94

55

MINUM OBAT PARACETAMOL

66

75

SAATNYA PEDULI

PERTOLONGAN PERTAMA MENGATASI DEMAM

86

95

Meletakkan pakaian sembarangan...

 <p>VAS BUNGA & TEMPAT AIR MINUM BURUNG</p> <p>56</p>	<p>57</p>	<p>58</p>	<p>59</p>	 <p>60</p> <p>CARA MENURAS BAK MANDI YANG BENAR</p>
<p>65</p>	<p>64</p> <p>SEKALI DIGANTI MINIMAL 1 MINGGU DALAM VAS BUNGA PERLU AIR MINUM BURUNG DAN AIR</p>	<p>63</p>	<p>62</p> <p>MENGGOSOK DINDING DALAM BAK MANDI MINIMAL 1 MINGGU SEKALI DAN TIDAK PERLU MENABUR SEBUK ABATE SETELAH MENURAS.</p>	<p>61</p>
 <p>76</p> <p>Memelihara ikan untuk membunuh jentik nyamuk</p>	<p>77</p>	<p>78</p>	 <p>79</p> <p>MEMAKAI KELAMBU PADA WAKTU TIDUR</p>	 <p>80</p> <p>MEMAKAI LOTION PENOLAK NYAMUK</p>
<p>85</p>	 <p>84</p> <p>MENGUNDANG NYAMUK BERSARANG</p>	<p>83</p>	 <p>82</p> <p>MEMASANG KAWAT/KASA NYAMUK PADA LUBANG ANGIN, PINTU & JENDELA</p>	 <p>81</p> <p>MEMAKAI CELANA DAN BATU PANTANG SAAT TIDUR</p> <p>USAHA MENEGAH KONTAK DGN NYAMUK AEDES AEGYPTI</p>
<p>96</p> <p>BILA ADA ANGGOTA KELUARGA YANG SAKIT, SEGERA LAPORKAN KEPADA KETUA RT/RW SETEMPAT</p>	<p>97</p>	 <p>98</p> <p>Mengantung baju sentra-angan</p> <p>PENGARUH PEMBERIAN STIMULASI...</p>	 <p>99</p> <p>Selamat Malam</p> <p>MUSHOFATUL MASDA THORIYA</p>	 <p>100</p> <p>SEHAT ITU PENTING DAN PERLU</p>