



UNIVERSITAS INDONESIA

**TINGKAT PENGETAHUAN MURID MADRASAH TSANAWIYAH
NEGERI BAYAH MENGENAI PERTOLONGAN PERTAMA PADA
DBD**

SKRIPSI

**CHOIRURRIZQI
0806320502**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**TINGKAT PENGETAHUAN MURID MADRASAH
TSANAWIYAH NEGERI BAYAH MENGENAI
PERTOLONGAN PERTAMA PADA DBD**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana
kedokteran**

**CHOIRURRIZQI
0806320502**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
JUNI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Choirurrizqi

NPM : 0806320502

Tanda Tangan : 

Tanggal : 4 Juni 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Choirurrizqi

NPM : 0806320502

Program Skripsi : Pendidikan Dokter Umum

Judul Skripsi : Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah Negeri
Bayah Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP & E, MS



Penguji :dra. Betty Ernawati Dewi, Ph.D



Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 30 Mei 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu wa ta'ala, karena atas berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana kedokteran pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP & E, MS sebagai dosen pembimbing yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan skripsi ini;
2. Dr. dr. Saptawati Bardosono, MSc sebagai Ketua Modul Riset FKUI yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian ini dan telah membimbing penulis dalam analisis penelitian ini;
3. Staf Departemen Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
4. Pemerintah Daerah Kecamatan Bayah Kabupaten Lebak Provinsi Banten yang telah mengizinkan penelitian ini dilakukan di wilayah Bayah;
5. Orangtua dan keluarga saya yang telah banyak memberikan dukungan moral maupun material;
6. Sahabat-sahabat saya, terutama teman sekelompok riset, yang telah banyak membantu pengerjaan skripsi ini; dan
7. Pihak-pihak lain yang membantu dalam menyelesaikan tugas ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini. Untuk itu penulis memohon maaf yang sebesar-besarnya. Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 4 Juni 2011



Choirurrizqi

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Choirurrizqi

NPM : 0806320502

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Fakultas : Kedokteran

Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

”Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD”.

Beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia 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 : Jakarta

Pada tanggal : 4 Juni 2011

Yang menyatakan,



Choirurrizqi

ABSTRAK

Nama : Choirurrizqi
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul :Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD.

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia antara lain di Kecamatan Bayah. Untuk menurunkan angka kematian masyarakat perlu diberikan pengetahuan mengenai DBD dengan memberikan penyuluhan. Agar penyuluhan sesuai target perlu dilakukan survey untuk mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada DBD. Survei menggunakan desain cross sectional pada murid Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah (MTs). Data diambil pada tanggal 12-14 Agustus 2009 dengan memberikan kuesioner kepada 107 murid yang dipilih secara acak. Dari penelitian ini di dapatkan 14% murid berpengetahuan baik, 48,6% kurang dan 37,4% memiliki pengetahuan cukup. Pada uji *chi-square* tidak diperoleh perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pertolongan pertama pada DBD dengan usia ($p=0,334$), jenis kelamin ($p=0,413$), jumlah sumber informasi ($p=0,180$), sumber informasi berkesan ($p=0,667$), dan tingkat pendidikan ($p=0,057$). Disimpulkan tingkat pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD masih kurang dan tidak berhubungan dengan karakteristik demografi murid. Oleh karena itu pengetahuan perlu ditingkatkan melalui penyuluhan kepada seluruh murid MTs tanpa memperhatikan usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang berkesan dan tingkat pendidikan.

Kata kunci: tingkat pengetahuan, murid madrasah, pertolongan pertama pada DBD

ABSTRACT

Name : Choirurrizqi
Study Program : General Medicine
Title : Knowledge Level of Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah
Students about first Aid on DHF

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is a major health problem in Indonesia such as in Bayah village. To decrease mortality rate, knowledge about first aid on DHF should be given to the community by giving health promotion. To get good result, health promotion should be given based on the knowledge of the community and its related factors. Thus, the survey to study community knowledge and characteristics should be conducted. This *cross sectional* study was conducted in Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah (MTs). The data was collected on 12-14th August 2009 by giving questionnaires to 107 students randomly. The results showed 14% students were classified as good, 48,6% bad and 37,4% fair. Chi-square test showed no significant different between knowledge level of MTs students on DHF with age ($p=0,334$), sex ($p=0,413$), number of source of information ($p=0,180$), the most impressive source of information ($p=0,667$), and educational level ($p=0,057$). In conclusion, knowledge level about DHF first aid was bad and not associated with student demographic characteristic. Thus, the knowledge should be improved through health promotion to all students without considering age, sex, number source of information, the most impressive source of information and educational level.

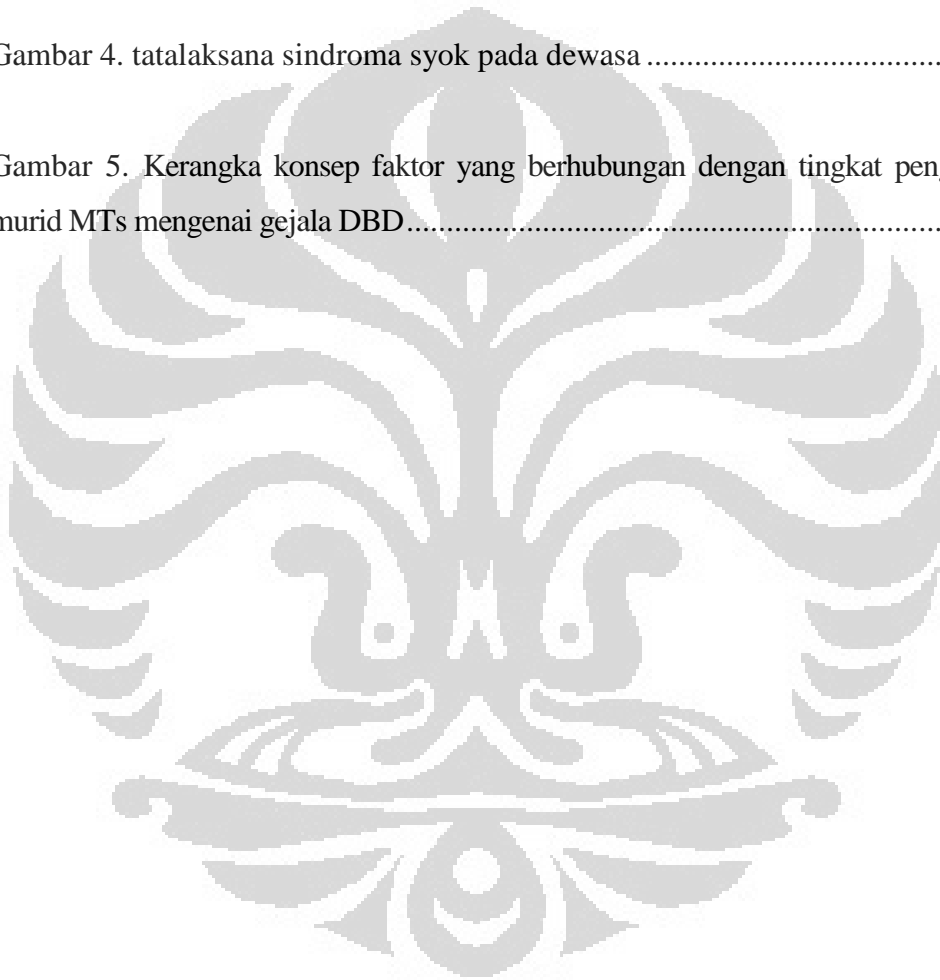
Keywords: knowledge level, MTs students, first aid on DBD

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL.....	x
1.PENDAHULUAN	1
2.TINJAUAN PUSTAKA	4
3.METODE PENELITIAN	13
4.HASIL PENELITIAN	18
5.DISKUSI	22
6.KESIMPULAN DAN SARAN	26
DAFTAR PUSTAKA	27

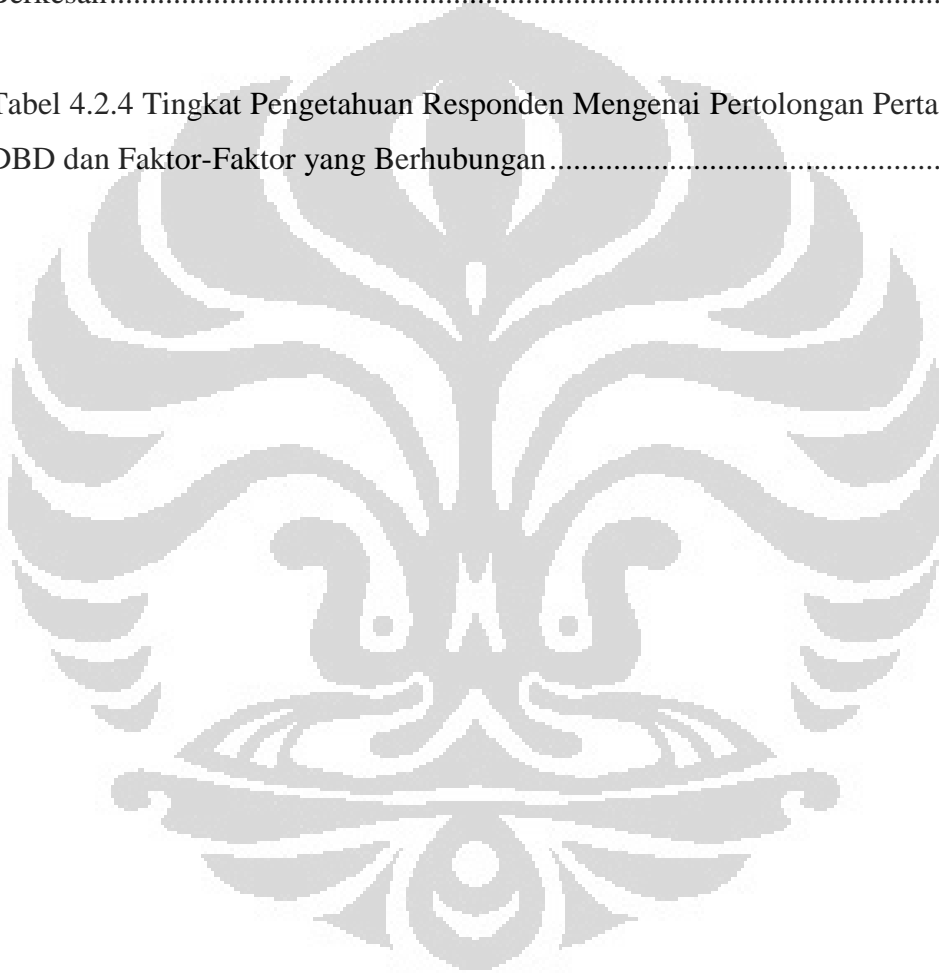
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kriteria Diagnosis DBD menurut WHO revisi 2009.	5
Gambar 2. Pemberian cairan pada tersangka DBD dewasa.....	7
Gambar 3. Penatalaksanaan DBD dengan peningkatan hematokrit > 20 %	8
Gambar 4. tatalaksana sindroma syok pada dewasa	8
Gambar 5. Kerangka konsep faktor yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan murid MTs mengenai gejala DBD.....	12



DAFTAR TABEL

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Usia.....	19
Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah sumber Informasi	19
Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi yang Paling Berkesan.....	20
Tabel 4.2.4 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan.....	21



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 latar belakang Masalah

Demam berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia.¹ DBD disebabkan oleh virus dengue dan virus tersebut menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah sehingga mengakibatkan perdarahan.

DBD merupakan penyakit endemis terutama di kota besar. Pada Tahun 2005, jumlah penderita DBD sebanyak 2.975 dengan angka kematian 57 orang (*case fatality rate/ CFR* 1,92%). Pada tahun 2006, kasus DBD menurun menjadi 2.426 kasus (22,6%), demikian pula CFR turun dari 1,92% menjadi 0,7% pada tahun. Kelompok penduduk yang banyak terserang adalah kelompok usia anak sekolah (5-14 tahun) yaitu 55%, kemudian kelompok usia produktif (15-44 tahun) sebesar 25%, kelompok usia anak balita (1-4 tahun) sebesar 16% dan usia diatas 45 tahun serta usia dibawah 1 tahun masing-masing sebesar 2%. Pada tahun 2007 kasus DBD kembali meningkat dengan jumlah kasus sebanyak 5.333 kasus dan jumlah kasus yang terbesar berada di kab.Bone (1030) kasus, menyusul Kota Makassar (452) kasus, Kab. Bulukumba (376) kasus, Kab.Pangkep (358) kasus.

Manifestasi klinis DBD ialah demam akut, selama 2 hingga 7 hari, dengan 2 atau lebih gejala - gejala berikut: nyeri kepala, nyeri otot, nyeri sendi, bintik-bintik di kulit sebagai manifestasi perdarahan yang dapat berakhir dengan kegagalan sirkulasi dan kematian. Agar keadaan penderita tidak bertambah berat dan kematian dapat dicegah maka penderita DBD perlu diberikan pertolongan pertama dengan cepat dan tepat yaitu pemberian cairan.

Sehubungan dengan hal di atas, masyarakat perlu dibekali dengan pengetahuan mengenai pertolongan pertama DBD yang dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan. Penyuluhan dapat diberikan kepada penduduk atau murid sekolah, namun karena warga Bayah sebagian besar berpendidikan rendah dan anak-anak lebih pandai dari orangtuanya maka penyuluhan dapat diberikan kepada murid sekolah. Diharapkan murid tersebut akan menyampaikan isi penyuluhan kepada orangtua dan keluarganya di rumah.

Banyak hal yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang seperti karakteristik demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, kegiatan sehari-hari, sumber informasi, dan riwayat menderita malaria. Umumnya perempuan lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan sekitar

sehingga pengetahuannya lebih luas daripada laki-laki.⁶ Semakin bertambah usia seseorang, makin banyak pula pengalamannya sehingga makin luas pula pengetahuan yang dimiliki.^{7,8} Makin banyak kegiatan yang dilakukan dan makin banyak informasi yang diperoleh, makin luas pengetahuannya.

Berdasarkan keterangan di atas, penyuluhan mengenai DBD akan diberikan kepada murid sekolah yaitu murid Madrasah Tsanawiyah (MTs) sebagai perwakilan masyarakat. Agar penyuluhan tepat sasaran perlu dilakukan survei untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid sekolah mengenai pertolongan pertama pada DBD dan hubungannya dengan karakteristik demografi mereka.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana tingkat pengetahuan murid MTs Negeri Bayah mengenai pertolongan pertama DBD?
2. Bagaimana hubungan antara tingkat pengetahuan siswa MTs Negeri Bayah mengenai pertolongan pertama DBD dengan karakteristik demografi murid MTs (usia, jenis kelamin, dan sumber informasi masyarakat dan tingkat pendidikan)?

1.3 Hipotesis

Tingkat pengetahuan murid madrasah mengenai pertolongan pertama DBD berhubungan dengan usia, jenis kelamin, dan sumber informasi masyarakat.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuinya tingkat pengetahuan murid Mts Negeri Bayah mengenai DBD dan faktor-faktor yang berhubungan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya sebaran karakteristik murid MTs Negeri Bayah berdasarkan usia, jenis kelamin, dan sumber informasi di Kecamatan Bayah.
2. Diketuinya tingkat pengetahuan murid MTs Negeri Bayah mengenai pertolongan pertama DBD.

3. Diketuinya hubungan tingkat pengetahuan murid MTs Negri Bayah mengenai pertolongan pertama DBD dengan karakteristik demografi mereka.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti

1. Peneliti mendapatkan pembelajaran, pengalaman dan pengetahuan dalam melakukan penelitian.
2. Peneliti dapat melatih kemampuan berkomunikasi dengan masyarakat khususnya murid sekolah

1.5.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Realisasi tridarma perguruan tinggi dalam menjalankan fungsinya sebagai lembaga penyelenggara pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.
2. Mewujudkan Universitas Indonesia sebagai *research university* dan visi misi FKUI tahun 2014 menjadi 80 fakultas kedokteran terkemuka di dunia dalam bidang riset dan pengabdian masyarakat.
3. Meningkatkan kerjasama serta komunikasi antara mahasiswa dan staf pengajar FKUI.

1.5.3 Manfaat Bagi Masyarakat

1. MTs Negri Bayah mendapat informasi mengenai tingkat pengetahuan mereka tentang gejala dan pertolongan pertama DBD.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk penyuluhan kesehatan pada murid sekolah di Kecamatan Bayah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam dengue/ DF dan demam berdarah dengue/DBD adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diabetes hemoragik. Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh.

2.2. Vektor Demam Berdarah

Aedes aegypti merupakan jenis nyamuk yang dapat membawa virus dengue penyebab DBD. Selain dengue, *Ae.aegypti* juga merupakan pembawa virus demam kuning (*yellow fever*) dan chikungunya. Sebagai pembawa virus dengue, *Aedes aegypti* merupakan pembawa utama (*primary vector*) sedangkan *Ae. albopictus* vektor sekunder.¹ *Aedes aegypti* memiliki 4 stadium yaitu stadium telur, stadium larva, stadium pupa, dan stadium dewasa.

Ae. aegypti dewasa mempunyai ciri-ciri morfologi yang khas yaitu:

1. Berukuran lebih kecil daripada nyamuk rumah (*Culex quinquefasciatus*) dan ujung abdomennya lancip
2. Berwarna dasar hitam dengan belang-belang putih di bagian badan dan kaki
3. Pada bagian dorsal toraks (mesonotum) terdapat bulu-bulu halus berwarna putih yang membentuk lire (*lyre shaped ornament*).

2.3 Klasifikasi DBD

Untuk mengetahui penatalaksanaan pasien infeksi virus dengue, perlu diketahui klasifikasi DBD dari WHO tahun 2010, yaitu sebagai berikut:¹⁶

1. Derajat I : Demam disertai gejala tidak spesifik seperti *anorexia*, muntah, nyeri abdomen; satu-satunya manifestasi perdarahan yaitu uji torniket positif dan/ mudah memar
2. Derajat II : Derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain (mukokutaneus), traktus gastrointestinal
3. Derajat III : Ditemukannya kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lembut, tekanan nadi menurun atau hipotensi disertai kulit yang dingin dan penderita menjadi gelisah.
4. Derajat IV : Renjatan berat dengan nadi yang tidak dapat diraba dan tekanan darah yang tidak dapat diukur.

2.4 Diagnosis DBD



Gambar 2.9.1 Kriteria Diagnosis DBD menurut WHO revisi 2009³

Demam berdarah dengue merupakan penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue dan disertai kriteria berdasarkan menurut WHO untuk DBD.⁴ Kriteria tersebut yaitu sebagai berikut:^{5,6,7}

1. Kriteria klinis

- Demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari.
- Terdapat manifestasi perdarahan : uji tourniquet positif, petekiae, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, dan atau melena.
- Hepatomegali.
- Syok

2. Kriteria laboratoris

- Trombositopenia (trombosit =100.000 mm³)
- Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit =20% menurut standar umur dan jenis kelamin)

Diagnosis DBD dapat ditegakkan bila memenuhi kriteria : 2 kriteria klinis pertama dengan trombositopenia dan hemokonsentrasi. Berikut ini manifestasi dari DBD adalah :⁸

1. Demam tidak terdiferensiasi

2. Demam dengue (dengan atau tanpa perdarahan): demam akut selama 2-7 hari, ditandai dengan 2 atau lebih manifestasi klinis (nyeri kepala, nyeri retroorbital, mialgia/ aralgia, ruam kulit, manifestasi perdarahan, leukopenia) dan pemeriksaan serologi dengue positif atau ditemukan pasien yang sudah dikonfirmasi menderita DBD pada lokasi dan waktu yang sama.

3. DBD (dengan atau tanpa renjatan)

Hal-hal yang dapat menyebabkan meningkatnya penderita DBD yaitu⁹

- Tingginya jumlah penduduk yang tidak terkendali
- Banyaknya tempat penampungan air seperti bak mandi dan tempat-tempat yang dapat meningkatkan perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*
- Kontrol vektor nyamuk *Ae.aegypti* yang tidak efektif
- Penyebaran nyamuk meluas akibat meningkatnya transportasi

Pada dasarnya terapi DBD adalah bersifat suportif dan simptomatis. Penatalaksanaan ditujukan untuk mengganti kehilangan cairan akibat kebocoran plasma dan memberikan terapi substitusi komponen darah bilamana diperlukan. Dalam pemberian terapi cairan, hal terpenting yang perlu dilakukan adalah pemantauan baik secara klinis maupun laboratoris. Proses kebocoran plasma

dan terjadinya trombositopenia pada umumnya terjadi antara hari ke 4 hingga 6 sejak demam berlangsung. Pada hari ke-7 proses kebocoran plasma akan berkurang dan cairan akan kembali dari ruang interstitial ke intravaskular.

Terapi cairan pada kondisi tersebut secara bertahap dikurangi. Selain pemantauan untuk menilai apakah pemberian cairan sudah cukup atau kurang, pemantauan terhadap kemungkinan terjadinya kelebihan cairan serta terjadinya efusi pleura ataupun asites yang masif perlu selalu diwaspadai. Terapi nonfarmakologis yang diberikan meliputi tirah baring (pada trombositopenia yang berat) dan pemberian makanan dengan kandungan gizi yang cukup, lunak dan tidak mengandung zat atau bumbu yang mengiritasi saluran cerna. Sebagai terapi simptomatis, dapat diberikan antipiretik berupa parasetamol, serta obat simptomatis untuk mengatasi keluhan dispepsia. Pemberian aspirin ataupun obat antiinflamasi nonsteroid sebaiknya dihindari karena berisiko terjadinya perdarahan pada saluran cerna bagaikan atas (lambung/*duodenum*). Protokol pemberian cairan sebagai komponen utama penatalaksanaan DBD dewasa mengikuti 5 protokol, mengacu pada protokol WHO. Protokol ini terbagi dalam 5 kategori, sebagai berikut:

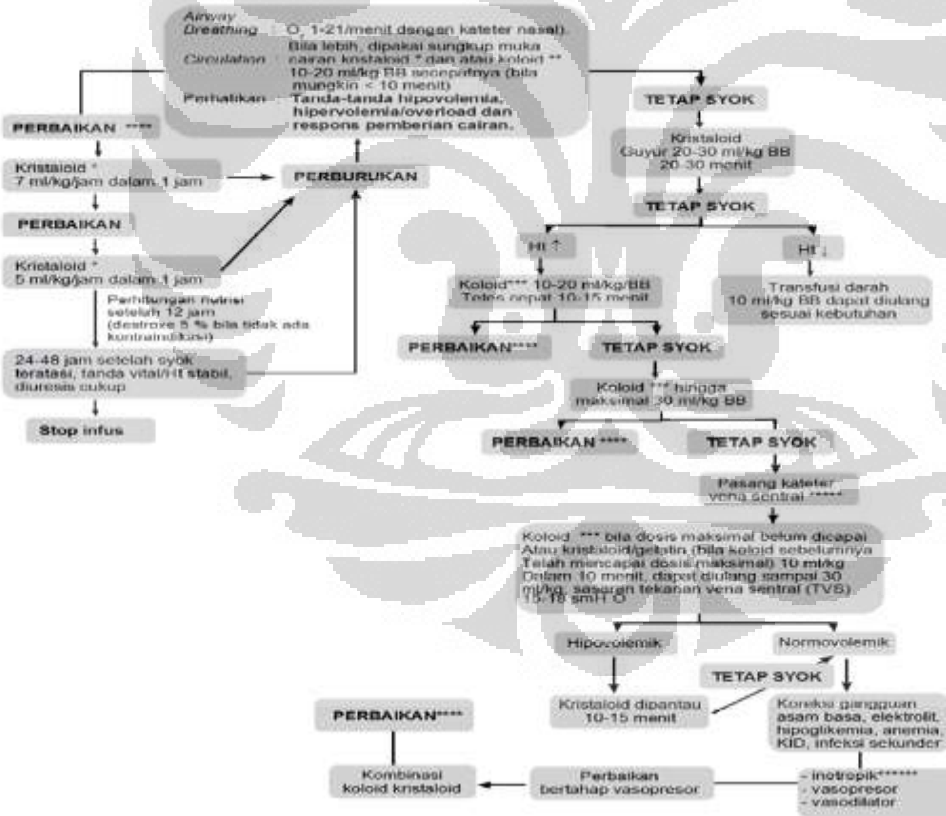
1. Penanganan tersangka DBD tanpa syok
2. Pemberian cairan pada tersangka DBD dewasa di ruang rawat
3. Penatalaksanaan DBD dengan peningkatan hematokrit >20%
4. Penatalaksanaan perdarahan spontan pada DBD Dewasa
5. Tatalaksana sindroma syok dengue pada dewasa



Gambar 2.4.1 Pemberian cairan pada tersangka DBD dewasa⁵



Gambar 2.4.2 Penatalaksanaan DBD dengan peningkatan hematokrit > 20 %⁵



Gambar 2.4.4 tatalaksana sindroma syok pada dewasa⁵

Ada dua hal penting yang perlu diperhatikan dalam terapi cairan khususnya pada penatalaksanaan demam berdarah dengue: pertama adalah jenis cairan dan kedua adalah jumlah serta kecepatan cairan yang akan diberikan. Karena tujuan terapi cairan adalah untuk mengganti kehilangan cairan di ruang intravaskular, pada dasarnya baik kristaloid (ringer laktat, ringer asetat, cairan salin) maupun koloid dapat diberikan. WHO menganjurkan terapi kristaloid sebagai cairan standar pada terapi DBD karena dibandingkan dengan koloid, kristaloid lebih mudah didapat dan lebih murah.

Jenis cairan yang ideal yang sebenarnya dibutuhkan dalam penatalaksanaan antara lain memiliki sifat bertahan lama di intravaskular, aman dan relatif mudah diekskresi, tidak mengganggu sistem koagulasi tubuh, dan memiliki efek alergi yang minimal.¹⁻³ Secara umum, penggunaan kristaloid dalam tatalaksana DBD aman dan efektif. Beberapa efek samping yang dilaporkan terkait dengan penggunaan kristaloid adalah edema, asidosis laktat, instabilitas hemodinamik dan hemokonsentrasi.^{10,11} Kristaloid memiliki waktu bertahan yang singkat di dalam pembuluh darah.

Pemberian larutan RL secara bolus (20 ml/kg BB) akan menyebabkan efek penambahan volume vascular hanya dalam waktu yang singkat sebelum didistribusikan ke seluruh kompartemen interstitial (ekstravaskular) dengan perbandingan 1:3, sehingga dari 20 ml bolus tersebut dalam waktu satu jam hanya 5 ml yang tetap berada dalam ruang intravaskular dan 15 ml masuk ke dalam ruang interstitial.¹⁴ Namun demikian, dalam aplikasinya terdapat beberapa keuntungan penggunaan kristaloid antara lain mudah tersedia dengan harga terjangkau, komposisi yang menyerupai komposisi plasma, mudah disimpan dalam temperatur ruang, dan bebas dari kemungkinan reaksi anafilaktik.^{12,13}

Dibandingkan cairan kristaloid, cairan koloid memiliki beberapa keunggulan yaitu: pada jumlah volume yang sama akan didapatkan ekspansi volume plasma (intravaskular) yang lebih besar dan bertahan untuk waktu lebih lama di ruang intravaskular. Dengan kelebihan ini, diharapkan koloid memberikan oksigenasi jaringan lebih baik dan hemodinamik terjaga lebih stabil.

Beberapa kekurangan yang mungkin didapatkan dengan penggunaan koloid yakni risiko anafilaksis, koagulopati, dan biaya yang lebih besar. Namun beberapa jenis koloid terbukti memiliki efek samping koagulopati dan alergi yang rendah (contoh: hetastarch).^{12,13}

Penelitian cairan koloid dibandungkan kristaloid pada sindrom renjatan dengue (DSS) pada pasien anak dengan parameter stabilisasi hemodinamik pada 1 jam pertama renjatan,

memberikan hasil sebanding pada kedua jenis cairan.^{14,15} Sebuah penelitian lain yang menilai efektivitas dan keamanan penggunaan koloid pada penderita dewasa dengan DBD derajat 1 dan 2 di Indonesia telah selesai dilakukan, dan dalam proses publikasi. Jumlah cairan yang diberikan sangat bergantung dari banyaknya kebocoran plasma yang terjadi serta seberapa jauh proses tersebut masih akan berlangsung. Pada kondisi DBD derajat 1 dan 2, cairan diberikan untuk kebutuhan rumatan (*maintenance*) dan untuk mengganti cairan akibat kebocoran plasma.

Secara praktis, kebutuhan rumatan pada pasien dewasa dengan berat badan 50 kg, adalah sebanyak kurang lebih 2000 ml/24 jam; sedangkan pada kebocoran plasma yang terjadi sebanyak 2,5-5% dari berat badan sebanyak 1500-3000 ml/24 jam. Jadi secara rata-rata kebutuhan cairan pada DBD dengan hemodinamik yang stabil adalah antara 3000-5000 ml/24 jam. Namun demikian, pemantauan kadar hematokrit perlu dilakukan untuk menilai apakah hemokonsentrasi masih berlangsung dan apakah jumlah cairan awal yang diberikan sudah cukup atau masih perlu ditambah.

Pemantauan lain yang perlu dilakukan adalah kondisi klinis pasien, stabilitas hemodinamik serta diuresis. Pada DBD dengan kondisi hemodinamik tidak stabil (derajat 3 dan 4) cairan diberikan secara bolus atau tetesan cepat antara 6-10 mg/kg berat badan, dan setelah hemodinamik stabil secara bertahap kecepatan cairan dikurangi hingga kondisi benar-benar stabil (lihat protokol pada gambar 2 dan 3). Pada kondisi di mana terapi cairan telah diberikan secara adekuat, namun kondisi hemodinamik belum stabil, pemeriksaan kadar hemoglobin dan hematokrit perlu dilakukan untuk menilai kemungkinan terjadinya perdarahan internal.

2.5 Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari mengetahui yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan

fakta yang mendukung tindakan seseorang. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam diri orang tersebut menjadi proses berurutan :¹¹

1. *Awarenes*, orang menyadari pengetahuan terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. *Interest*, dimana orang mulai tertarik pada stimulus.
3. *Evaluation*, merupakan suatu keadaan mempertimbangkan terhadap baik buruknya stimulus tersebut bagi dirinya.
4. *Trial*, dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adaptation*, dimana orang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikap.

Notoatmodjo mengemukakan yang dicakup dalam domain kognitif yang mempunyai enam tingkatan, pengetahuan mempunyai tingkatan sebagai berikut :

a. Mengetahui

Kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari, dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Cara kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi dan mengatakan.

b. Memahami

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai pengguna hukum-hukum, rumus, metode, prinsip-prinsip dan sebagainya.

d. Analisis

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek dalam suatu komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti kata kerja mengelompokkan, menggambarkan, memisahkan

e. Sintesis

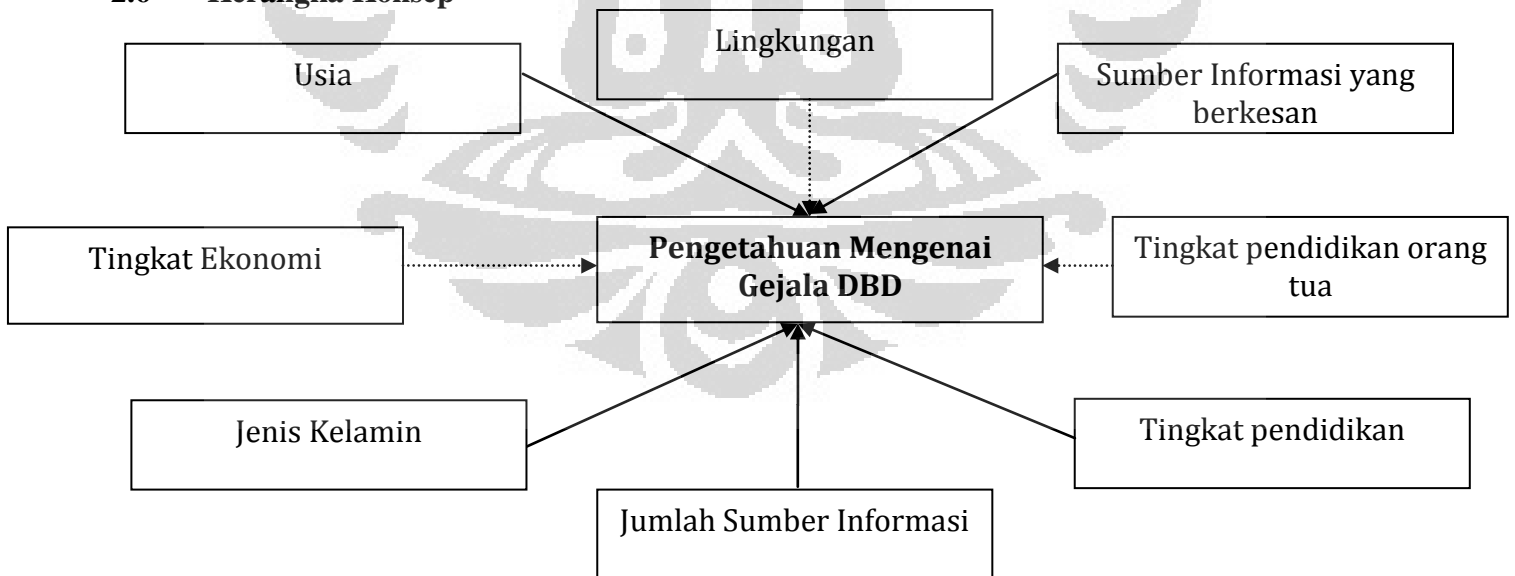
Kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

f. Evaluasi

Kemampuan untuk melakukan penelitian terhadap suatu materi atau objek tersebut berdasarkan suatu cerita yang sudah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Pengetahuan bermanfaat bagi manusia sebagai alat yang dipakainya untuk memecahkan masalah yang dihadapinya. Untuk mengembangkan pengetahuan, terjadilah proses pembelajaran, yaitu sebuah proses pertukaran pengetahuan. Pembelajaran akan mengembangkan kemampuan dalam bertindak. Ada dua jenis proses belajar yaitu secara generatif, yang dilakukan untuk mengembangkan kemampuan dan bersifat kreatif dan cara adaptif adalah untuk bereaksi dan beradaptasi terhadap perubahan lingkungan. Pengetahuan mencakup penalaran, penjelasan dan pemahaman manusia tentang segala sesuatu.¹¹

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.14.1. Kerangka Konsep Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Pengetahuan

Murid Sekolah Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD

BAB III

METODOLOGI

3.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian survei dengan menggunakan desain *cross sectional* yaitu penelusuran dilakukan sesaat, artinya subjek diamati hanya satu kali dan tidak ada perlakuan terhadap responden.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada murid sekolah di Kecamatan Bayah yaitu di Madrasah Tsanawiyah Negeri (MTs) pada tanggal 12-14 Agustus 2009. Penelitian dilakukan di madrasah tersebut karena memiliki jumlah murid sekolah paling banyak

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi Target

Populasi Target penelitian ini adalah murid MTs di Kecamatan Bayah.

3.3.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah murid kelas 7-8 MTs Negeri Bayah Timur yang berada di lokasi penelitian pada saat pengambilan data.

3.3.3. Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah populasi terjangkau yang tersaring dari kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1. Kriteria Inklusi

1. Murid MTs Bayah kelas 7-8 baik laki-laki maupun perempuan
2. Bertempat tinggal di Kecamatan Bayah
3. Berada di lokasi ketika penelitian dilakukan
4. Bersedia diwawancarai

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Tidak mampu berkomunikasi

3.5. Kerangka Sampel

3.5.1. Besar Sampel.

Pada penelitian ini, digunakan rumus besar sampel untuk sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi.

Rumus besar sampel:

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2}$$

$$n = 97$$

Keterangan:

n : besar sampel yang diharapkan

Z α : defiat baku normal untuk α 5% = 1,96

P : proporsi tingkat pengetahuan yang baik mengenai DBD

Q : 1 – p, Proporsi subyek yang memiliki pengetahuan kurang mengenai DBD

d : tingkat ketepatan absolute yang dikehendaki (0,10)

Dari rumus tersebut didapat besar sampel yang dibutuhkan adalah 97 subyek. Dengan ditambah kemungkinan 10% *drop out*, maka besar sampel total menjadi 107 subyek.

3.5.2. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *simple random sampling* dengan bantuan tabel random. Sebanyak 107 siswa MTs kelas 7-8 akan menjadi responden penelitian.

3.6. Cara Kerja

3.6.1 Identifikasi Variabel

Variabel independen meliputi usia, jenis kelamin, dan sumber informasi DBD, sedangkan variabel dependen adalah tingkat pengetahuan responden mengenai gejala DBD. Variabel perancu ataupun pengganggu meliputi tingkat ekonomi, tingkat pendidikan orang tua dan lingkungan

3.6.2 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Peneliti mendatangi sekolah responden untuk mengambil data penelitian. Peneliti menjelaskan tentang penelitian yang dilakukan. Setelah responden menyetujui dengan persetujuan lisan, dilakukan pengisian kuesioner. Peneliti memberikan pertanyaan yang kemudian dijawab oleh responden (*guided questionnaire*). Setelah semua pertanyaan dijawab oleh responden, peneliti memeriksa ulang kuesioner. Setelah itu, peneliti memberikan pembahasan untuk jawaban-jawaban responden yang kurang tepat. Setelah wawancara selesai, peneliti memberikan souvenir sebagai tanda terima kasih kepada responden. Kuesioner yang telah terisi secara lengkap akan dikumpulkan oleh peneliti.

3.6.3 Analisis Data

1. Verifikasi Data

Verifikasi data dilakukan oleh peneliti yang melakukan wawancara. Data yang didapatkan dari pengisian kuesioner akan diperiksa kelengkapan dan kesesuaiannya segera setelah pengambilan data selesai dilakukan.

2. Entry Data

Setelah dipastikan lengkap dan sesuai, data yang diperoleh diklasifikasikan sesuai dengan skala pengukurannya masing-masing yaitu numerik, ordinal, dan nominal. Usia diklasifikasikan ke dalam skala numerik, riwayat demam berdarah pada keluarga, aktivitas, dan sumber informasi mengenai DBD diklasifikasikan ke dalam skala nominal. Sedangkan, akumulasi nilai pengetahuan responden tentang DBD akan diklasifikasikan ke dalam skala ordinal.

3. Uji statistik dilakukan dengan menggunakan program SPSS 13.0. Uji statistik terdiri dari 2 bagian yaitu :

- Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk melihat penyajian distribusi frekuensi dari analisis distribusi variabel dependen dan variabel independen.

- Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen menggunakan uji *chi-square*.

3.6.4 Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk tabel disertai dengan penjelasan yang bersifat deskriptif.

3.6.5 Pelaporan Data

Hasil penelitian akan dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian dengan format skripsi yang baku ditentukan oleh Universitas Indonesia.

3.7 Etika Penelitian

Sebelum menjawab kuesioner responden diberikan penjelasan lisan mengenai penelitian ini. Data yang diperoleh dijaga kerahasiaannya. Responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah menyatakan setuju dilakukan wawancara terhadap responden.

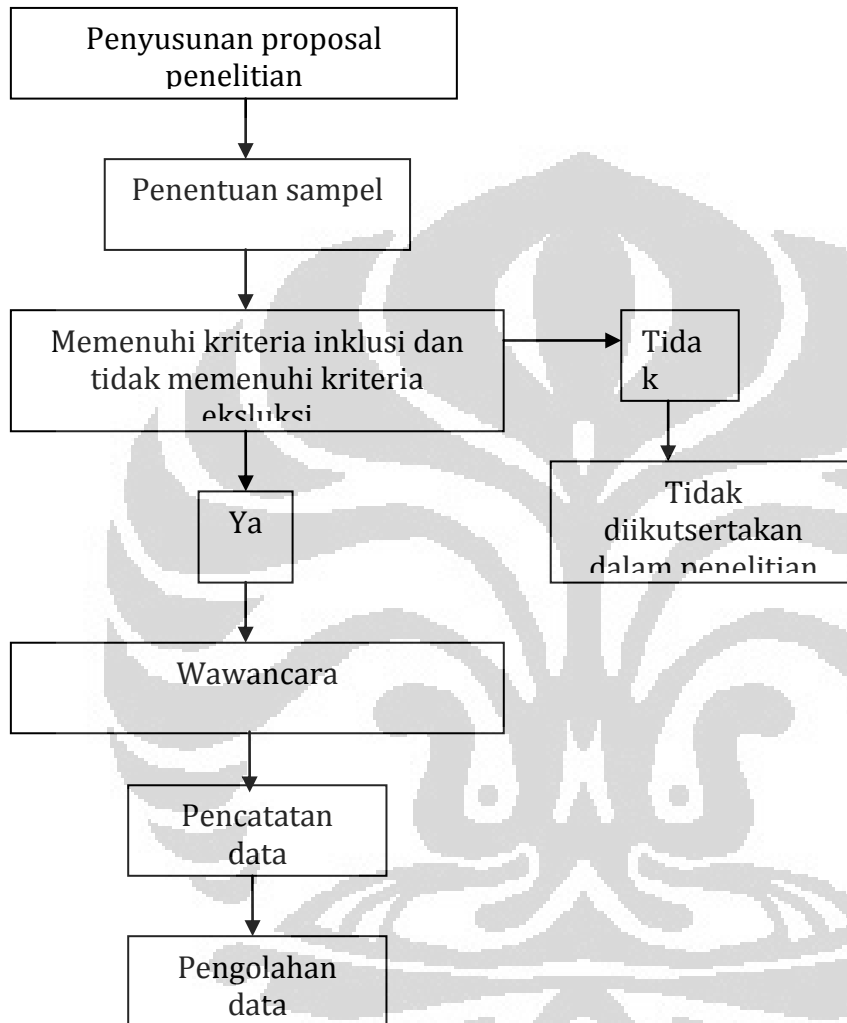
3.8. Batasan Operasional

3.8.1. Data Umum

1. Responden adalah murid kelas 7-8 MTs Bayah yang terdaftar pada waktu dan tempat penelitian baik laki-laki maupun perempuan.
2. Usia responden adalah murid kelas 7-8 MTs Bayah yang berusia dibawah 13 tahun atau lebih atau sama dengan 13 tahun yang terdaftar pada waktu dan tempat penelitian
3. Sumber informasi adalah semua media yang digunakan oleh responden untuk mengetahui gejala DBD. Sumber informasi kemudian dikategorikan menjadi tidak pernah, dan pernah mendapat informasi. Bagi responden yang pernah mendapat informasi maka media informasi dikategorikan lagi menjadi petugas kesehatan, media cetak, media elektronik, kegiatan setempat, keluarga, tetangga, dan lain-lain. Sumber informasi media cetak dan elektronik dikelompokkan dalam jenis sumber informasi media, sementara informasi petugas kesehatan, kegiatan setempat, keluarga, tetangga dan lain-lain dikelompokkan menjadi sumber informasi non-media.
4. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui responden mengenai gejala DBD. Data pengetahuan didapatkan melalui kuesioner dan diukur dari pertanyaan tersebut dengan pemberian nilai pada setiap jawaban. Pengetahuan dikategorikan dalam 3 kategori:
 - Pengetahuan baik adalah jika nilai ≥ 80 dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen.
 - Pengetahuan cukup adalah jika nilai 60 - 79 dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen

- Pengetahuan kurang adalah jika nilai <59 dari nilai maksimal pengetahuan pada masing-masing variabel dependen.

3.9. Kerangka Alur Penelitian



BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Data Umum

Sebagian besar wilayah Kecamatan Bayah merupakan wilayah ekosistem pantai dengan sumber air yang bersifat payau sehingga penduduk harus membeli air bersih dan menyimpannya di dalam tempat penampungan air (TPA). Karena air bersih sulit diperoleh dan harganya mahal maka penduduk jarang mengurus TPA sehingga menjadi tempat berkembangbiak *Ae. aegypti*.

Suhu di Kecamatan Bayah berkisar 24-35°C dan kelembaban udara 65-95% yang berarti kondisi tersebut sesuai untuk kehidupan *Ae. aegypti*.

Penduduk Bayah mempunyai mobilitas yang tinggi karena di daerah tersebut terdapat tambang emas, tambang batu bara dan tambang pasir. Mobilitas yang tinggi akan mempermudah penularan virus DBD.

Di Kecamatan Bayah terdapat beberapa sekolah namun sekolah yang mempunyai murid terbanyak adalah Madrasah Tsanawiyah (MTs) yaitu sekolah menengah pertama yang terletak di Desa Bayah Timur, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten. MTs mempunyai 371 orang murid dengan mayoritas murid berusia 12-14 tahun dan jumlah murid perempuan (56%) yang lebih banyak dari laki-laki (44%). MTs ini memiliki visi yaitu mewujudkan menjadi madrasah yang bernuansa islam yang berarti sesuai dengan ajaran islam yaitu kebersihan. Hal ini berhubungan dengan penelitian kali ini yaitu DBD yang membutuhkan kedisiplinan dari masing-masing individu untuk selalu menjaga kebersihan baik untuk diri sendiri serta lingkungan tempat kita tinggal.

MTs memiliki 12 kelas dengan alokasi 4 kelas pada masing-masing angkatan. Di kelas VII terdapat 112 murid (43 laki-laki dan 69 perempuan), di kelas VIII terdapat 132 murid (65 laki-laki dan 67 perempuan) dan di kelas IX terdapat 127 murid (56 laki-laki dan 71 perempuan).

4.2 Data Khusus

Dari survei yang dilakukan dengan teknik *simple random sampling* di Kecamatan Bayah, Banten. Jumlah responden yang diteliti sebanyak 107 orang. Jumlah tersebut sudah mencukupi kriteria minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu 96 orang.

Murid dengan usia kurang dari 13 tahun adalah 39 orang (36,4%) dan yang lebih dari 13 tahun adalah 68 orang (63,6%). Murid perempuan lebih banyak yaitu 61 orang (57%) dari murid laki-laki 46 orang (43%). Murid kelas VII lebih banyak dibandingkan murid kelas VIII, yaitu murid kelas VII sebanyak 55 orang (51,4%) dan murid kelas VIII sebanyak 52 orang (48,6%).

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Kelompok Usia	<13 tahun	39	36,4
	\geq 13 tahun	68	63,6
Jenis Kelamin	Laki-laki	46	43
	Perempuan	61	57

Pada table 4.2.1 diketahui bahwa jumlah responden terbanyak pada kelompok usia lebih dari 13 tahun yaitu 68 orang (63,6%). Sebaran jenis kelamin lebih banyak pada perempuan yaitu sebanyak 57%.

Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi

Jumlah Sumber Informasi	Jumlah	%
Tidak mendapat informasi	0	0
Hanya 1 sumber informasi	27	25,2
2 sumber informasi	37	34,6
3 sumber informasi	27	25,2
4 sumber informasi	9	8,4
5 sumber informasi	3	2,8
6 sumber informasi	4	3,7

Dari Tabel 4.2.2 didapatkan bahwa kebanyakan responden mendapatkan paling banyak 2

sumber informasi yaitu (34,6%). Dari table di atas di ketau bahwa tidak ada responden yang tidak mendapatkan sumber infomasi.

Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan

Sumber Informasi Paling Berkesan	Jumlah	%
Petugas kesehatan	25	23,4
Media cetak	8	7,5
Media elektronik	64	59,8
Kegiatan setempat	0	0
Keluarga	10	9,3
Tetangga	0	0
Lain-lain	0	0

Pada Tabel 4.2.3 menunjukkan bahwa 59,8% responden menyatakan media elektronik merupakan sumber informasi yang paling berkesan untuk DBD. Tidak terdapat responden yang menyatakan kegiatan setempat, tetangga dan lain-lain merupakan sumber informasi yang berkesan untuk DBD.

Di ketahui bahwa pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama pada DBD 48,6% memiliki pengetahuan yang kurang. Hanya terdapat 14% responden memiliki pengetahuan yang baik.

Tabel 4.2.4. Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan			p	Uji
		Baik	Cukup	Kurang		
Kelompok Usia	<13 tahun	8	13	18	0,334	Chi-square
	>=13 tahun	7	27	34		
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	20	19	0,413	Chi-square
	Perempuan	8	20	33		
Jumlah Sumber Informasi	≤2 sumber informasi	6	27	31	0,180	Chi-square
	≥2 sumber informasi	9	13	21		
Sumber Informasi yang Paling Berkesan	Media	9	26	37	0,667	Chi-square
	Non-Media	6	14	15		
Kelas	Kelas VII	12	19	24	0,057	Chi-square
	Kelas VIII	3	21	28		

Berdasarkan Tabel 4.2.4 di ketahui tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD tidak berbeda bermakna dengan usia, jenis kelamin, sumber informasi yang berkesan dan jumlah informasi yang berarti tingkat pengetahuan tidak berhubungan dengan usia jenis kelamin, sumber informasi yang berkesan dan jumlah informasi.

BAB V

DISKUSI

5.1 Pengetahuan Responden mengenai Pertolongan Pertama pada DBD

Pengetahuan adalah hasil mengetahui yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui proses penglihatan dan pendengaran.

Pengetahuan merupakan masukan yang penting untuk membentuk perilaku seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif akan berlangsung lama, sedangkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama.

Dalam hal ini pengetahuan merupakan salah satu faktor penting dalam mengatasi masalah DBD. Maka masyarakat harus memiliki pengetahuan tersebut dan meningkatkannya dengan berbagai upaya yang salah satunya adalah dengan penyuluhan. Dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat mengenai DBD, masyarakat akan mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan dalam menghadapi DBD. Selain itu masyarakat juga dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap DBD.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap penduduk di daerah bayah, didapatkan hasil bahwa sebagian besar penduduk di daerah tersebut masih kurang pengetahuannya terhadap kesadaran akan tatalaksana pada penyakit DBD, hal itu di gambarkan dengan presentase sekitar 48,6% penduduknya, sedangkan sisanya 37,4 % tergolong baik dan hanya 14% yang hanya berkategori baik.

5.2 Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

5.2.1 Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Kelompok Usia

Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kelompok usia berdasarkan hasil uji chi square didapatkan bahwa $p=0,334$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kelompok usia dengan tingkat pengetahuan responden mengenai tatalaksana terhadap dbd. Namun di penelitian lain yang dilakukan oleh Benthem et al¹⁷ menyatakan bahwa terdapat hubungan antara usia responden dengan pengetahuan mengenai tatalaksana pada DBD dengan

menyatakan terdapat penurunan pengetahuan beriringan dengan meningkatnya umur responden, dengan pengetahuan terbaik dimiliki kelompok umur 15-29 tahun.

Di ketahui berdasarkan dari hasil penelitian di katakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia responden dengan pengetahuan mengenai tatalaksana pada DBD karena mayoritas responden berumur 13 tahun.

5.2.2. Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dan Hubungannya dengan Jenis kelamin

Berdasarkan uji chi-square yang di lakukan pada penelitian ini di ketahui bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan responden. Namun pada penelitian Benthem et al¹⁷ hal yang berlawanan justru terjadi dengan menyatakan bahwa terdapat hubungannya antara jenis kelamin dengan pengetahuan. Hal ini dapat di perkirakan karena pola perilaku antara jenis kelamin yang berbeda seperti halnya wanita yang lebih aktif untuk bicara serta lebih menunjukkan antusias terhadap hal yang seperti ini di karenakan perannya yang penting sebagai ibu rumah tangga sehingga menimbulkan kesadaran untuk mengetahui lebih banyak mengenai hal ini.

5.2.3. Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dan Hubungannya dengan Jumlah Sumber Informasi

Pada penelitian ini di dapatkan untuk nilai $p > 0,05$ yang menunjukkan tidak terdapatnya hubungan antara jumlah sumber informasi dengan pengetahuan mengenai tata laksana. Pada penelitian di katakan bahwa orang yang mendapatkan jumlah informasi yang jauh lebih banyak menunjukkan presentase yang lebih banyak yaitu sekitar 27 orang di bandingkan dengan hanya sebanyak 13 orang responden yang mengaku hanya mendapatkan sumber informasi dengan jumlah informasi yang berkesan sebanyak 2. Hal ini di dukung dengan penelitian yang di lakukan oleh Santoyo (2006) yang menyatakan dalam penelitiannya bahwa sesuatu apabila dilakukan tidak hanya sekali melainkan berulang-ulang maka akan menghasilkan hasil yang lebih baik dan menempel pada manusia sehingga lebih banyak menghasilkan yang bermanfaat. Sehingga dengan adanya penelitian lain yang memberikan dukungan terhadap penelitian ini maka dapat di tarik suatu kesimpulan bahwa jumlah sumber informasi memberikan dampak yang positif terhadap pengetahuan mengenai tatalaksana DBD.

5.2.4 Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dan Hubungannya dengan Sumber Informasi yang Paling Berkesan

Pada penelitian kali ini di ketahui tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan sumber informasi yang paling berkesan dengan pengetahuan responden. Hal ini di ketahui berdasarkan hasil yang di dapatkan melalui responden. Di penelitian ini sumber media di bagi menjadi dua yaitu media dan non media. Dari hasil yang di dapat di ketahui hanya 9 orang yang mendapatkan nilai baik sedangkan untuk yang non media juga hanya sekitar 6 orang.

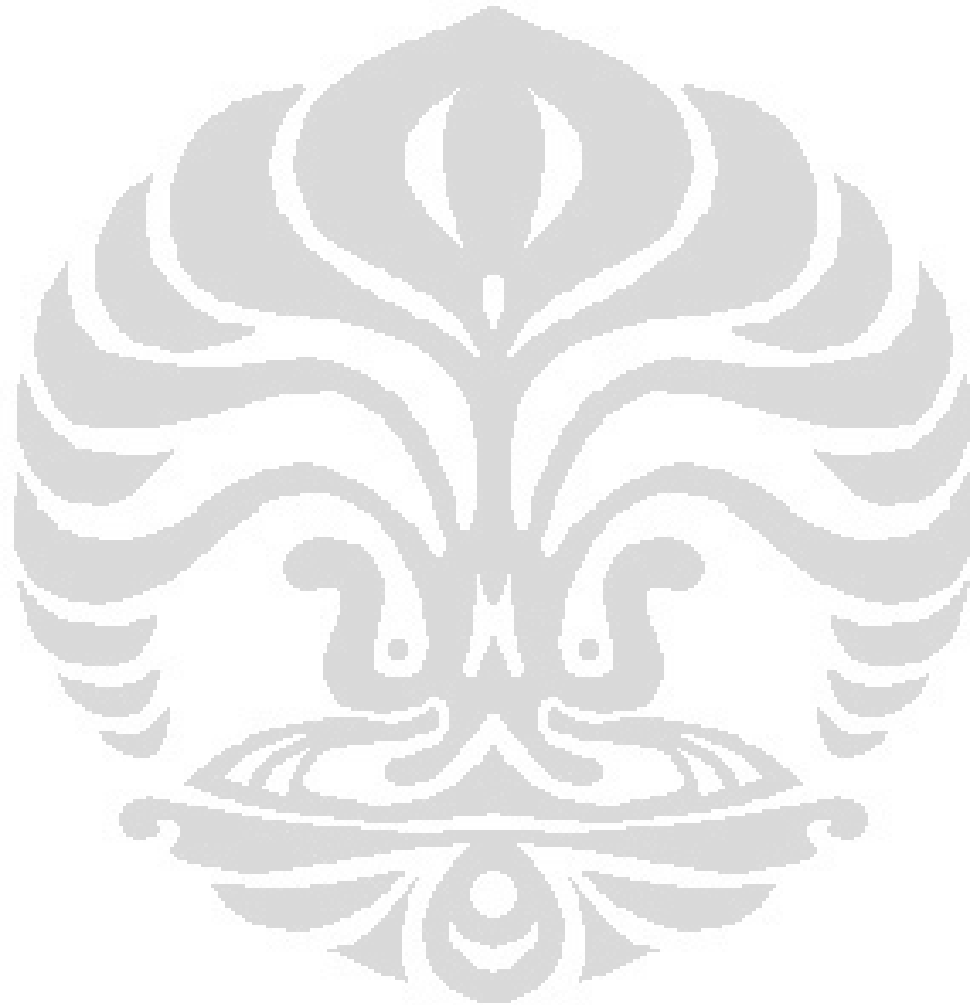
Pada awalnya kita ketahui bahwa informasi adalah hal yang penting untuk mengalirnya suatu informasi antar manusia, oleh Karena itu bisa kita ketahui tingkat pengetahuan manusia berdasarkan sumber-sumber informasi apa saja yang menjadi kegemaran mereka tersebut sebagai sarana meningkatkan pengetahuan mereka. Pada penelitian Ibrahim et al¹⁸ di ketahui bahwa dengan menggunakan media audiovisual telah menunjukkan hasil yang baik sebagai sarana meningkatkan pengetahuan mengenai DBD dengan nilai ($p < 0,001$) yang menunjukkan terdapat hubungan antara sumber informasi yang berkesan dengan pengetahuan responden. Hal yang berbeda dengan penelitian saya juga terjadi pada penelitian yang di lakukan oleh Eny Sulistyarini (2005) yang menyatakan bahwa sebanyak 71 % menyatakan bahwa sumber informasi yang paling berkesan lainnya di dapatkan dari petugas kesehatan di bandingkan dengan media elektronik maupun media cetak.

Perbedaan yang di dapatkan pada penelitian ini, di perkirakan karena cara penyampaian yang kurang menarik ataupun tidak menggunakan bahasa yang tepat sasaran terhadap responden sehingga responden tidak mendapatkan tambahan informasi baik dari media maupun non media.

5.2.5. Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dan Hubungannya dengan Tingkat pendidikan responden

Tingkat pendidikan seseorang menunjukkan banyaknya informasi yang pernah dia terima . Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin banyak informasi yang didapat. Koenraadt et al¹⁹ menyatakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan pengetahuan responden mengenai DBD. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan mengenai DBD dengan tingkat pendidikan. Hal ini berarti terdapat hubungan antara pengetahuan dengan tingkat pendidikan.

Namun hasil pada penelitian ini di dapatkan tidak teradapat hubungan antara tingkat pengetahuan responden dengan tingkat pendidikan hal ini dapat di sebabkan oleh karena kebiasaan individu yang kurang kemauan untuk membaca serta tidak tanggap terhadap perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar yang berakibat setinggi apapun tingkat pendidikannya tidak berpengaruh terhadap pengetahuan yang ia peroleh.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pertolongan pertama DBD tergolong kurang.
2. Tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD tidak berhubungan usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang berkesan, dan kelas.

6.2 Saran

1. Tingkat Pengetahuan murid MTs mengenai pertolongan pertama DBD perlu di tingkatkan agar mencapai kategori baik.
2. Peningkatan pengetahuan pada murid MTs harus di lakukan dengan meningkatkan frekuensi penyuluhan dengan memfokuskan pada pertolongan pertama pada DBD serta menggunakan media audiovisual dengan jumlah yang lebih banyak dan beraneka ragam pada daerah tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anggraeni DS. Stop demam berdarah dengue. Bogor: Bogor publishing house; 2010. p 1-37.
2. Penyakit demam berdarah dengue. [Artikel internet]. Di unduh dari <http://www.infopenyakit.com/2008/03/penyakit-demam-berdarah-dengue-dbd.html>) pada tanggal 20 April 2010
3. Nathan, Michael, dr. Dengue Guideline for Diagnosis Treatment Prevention and Control. 2009. p 11.
4. Rani, A. Soegondo, S. dan Nasir, AU. (ed). Panduan Pelayanan Medik Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia. Jakarta: Pusat Penerbitan IPD FKUI, 2006. p.137-8
5. World Health Organization. Dengue, dengue haemorrhagic fever and dengue shock syndrome in the context of the integrated management of childhood illness. Department of Child and Adolescent Health and Development. WHO/FCH/CAH/05.13. Geneva, 2005
6. Hadinegoro SRH, et al. (editor). Tata laksana demam berdarah dengue di Indonesia. Departemen Kesehatan RI dan Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. 2004
7. World Health Organization. Prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever: comprehensive guidelines. New Delhi, 2001. p.5-17
8. Departemen Kesehatan RI. Pedoman tatalaksana klinis infeksi dengue di sarana pelayanan kesehatan, 2005. p.19-34
9. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI. Profil pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan. Jakarta, 2007
10. Stoelting RK, Miller RD. Basics of anesthesia. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000. p.236-7
11. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, editors. Clinical Anesthesiology. 4th ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2006. p.692-4
12. Venu Gopall Reddy. Crystalloids versus colloids in hypovolemic shock. Proceedings of 5th Indonesian-International Symposium on Shock and Critical Care 26-33
13. Liolios A. Volume resuscitation: the crystalloid vs colloid debate revisited. Medscape

2004. Available from: [URL:http://www.medscape.com/viewarticle/480288](http://www.medscape.com/viewarticle/480288)

14. Wills BA, Nguyen MD, Ha TL, Dong TH, Tran TN, Le T, et al. Comparison of three fluid solutions for resuscitation in dengue shock syndrome. *N Engl J Med* 2005; 353:877–89
15. Ngo NT, Cao XT, Kneen R, Wills B, Nguyen VM, Nguyen TQ, et al. Acute management of dengue shock syndrome: a randomized double-blind comparison of 4 intravenous fluid regimens in the first hour. *Clin Infect Dis* 2001; 32:204–13
16. Ma Liza Antoinette M. Gonzales, MD. 2010 interim guidelines on fluid management of dengue fever and dengue hemorrhagic fever. 2010
17. Benthem BHB, Khantikul N, Panart K, Kessels PJ, Somboon P, Oskam L. Knowledge and use of prevention measures related to dengue in northern Thailand. *Tropical Medicine and International Health*. 2002; 7: 993-9.
18. Ibrahim NKH, Al-Bar A, Kordey M, Al-Fakeeh A. Knowledge, attitudes, and practices relating to dengue fever among females in Jeddah high school. *Journal of Infection and Public Health*. 2009;2:30-40.
19. Koenraadt C, Tuiten W, Sithiprasasna R, Kijchalao U, Jones J, Scott T. Dengue knowledge and practices and their impact on *aedes aegypti* populations in kamphaeng phet, Thailand. 2006; 74(4): 692–700.