



**RESPONS IBU TERHADAP DEMAM BERDARAH DENGUE
DI WILAYAH PUSKESMAS PANDANARAN, KARANGAYU DAN
BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

SRI PRIYANTINI MULYANI

TESIS

Disusun untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh

Gelar Dokter Spesialis Anak

Program Pendidikan Dokter Spesialis-I

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-I
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

UPT-PUSTAK-UNDIP	
No. Daft:	4466/7/Fk/c.
Tgl.	15-8-06

Penelitian ini dilakukan di Bagian Ilmu Kesehatan Anak

Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh sebutan

Dokter Spesialis Anak

**HASIL DAN ISI PENELITIAN INI MERUPAKAN HAK MILIK
BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG**

Disetujui untuk diajukan

Semarang, 28 Juli 2005

Mengetahui Kepala Bagian

IKA FK UNDIP

(Dr. Budi Santoso, SpAK)
NIP: 130 368 062



Mengetahui Ketua Program Studi PPDS-I

IKA FK UNDIP

(Dr. Hendriani Selina, SpAK, MARS)
NIP: 140 090 453

HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian : Respons ibu terhadap Demam Berdarah Dengue di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo Kota Semarang
2. Ruang lingkup : Ilmu Kesehatan Anak
3. Pelaksanaan Penelitian
 - a. Nama lengkap : dr.Sri Priyantini Mulyani
 - b. Jabatan : Peserta PPDS I Ilmu Kesehatan Anak
FK.UNDIP/ RSUP Dr.Kariadi Semarang
 - c. Tempat penelitian: 3 wilayah kerja Puskesmas Pandanaran, Karang Ayu, & Bandarharjo
4. Pembimbing penelitian:
 - a. Hendriani Selina, Dr, SpAK, MARS
 - b. Ag.Soemantri, Prof, DR,Dr, SpAK
 - c. Tatty Ermin Setiati, DR.Dr.SpAK
5. Lama penelitian : 4 bulan
6. Sumber biaya : Penelitian bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia - Netherlands
Biaya sendiri

Semarang, Juli 2005

Peneliti

(dr.Sri Priyantini M)

Disetujui

Pembimbing I

(Dr. Hendriani Selina, SpAK, MARS)
NIP: 140 090 453

Pembimbing II

(Prof.DR.Dr.Ag Soemantri, SpAK)
NIP: 130 237 480

Pembimbing III

(DR.Dr. Tatty Ermin Setiati, SpAK)

NIP: 140 061 237

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas karunia-Nya penulis telah berhasil menyelesaikan tugas penelitian ini. Tugas penelitian yang berjudul "Respons Ibu terhadap Demam Berdarah Dengue di Wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo", disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Ilmu Kesehatan Anak di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang.

Penulis menyadari tanpa bantuan dari berbagai pihak proses penelitian tidak dapat dikerjakan. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah mendukung pelaksanaan penelitian hingga selesainya penyusunan tesis ini.

Pertamakali penulis ucapkan terima kasih kepada Prof.Ir.Eko Boediharjo, MSc selaku Rektor Universitas Diponegoro beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I dalam Bidang Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Ucapan terima kasih penulis haturkan kepada dr. Anggoro DB Sachro.DTM&H.SpAK selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro periode 1996-2002 dan dr. Kabulrachman, SpKK selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro periode 2002 sampai sekarang, yang telah memberikan kesempatan dan mengizinkan penulis mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I di Bidang Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr.Kariadi Semarang.

Penulis juga menyampaikan ucapan terimakasih kepada Dr.Sulaiman, SpA,Mkes, selaku Direktur RSUP Dr.Kariadi Semarang periode 1996-2000 dan Dr. Gatot Suharto, MKes, MMR selaku Direktur Utama RSUP Dr.Kariadi Semarang periode 2000 sampai sekarang yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr.Kariadi Semarang.

Kepada yang terhormat DR.Dr. Harsoyo Notoatmodjo, DTM&H.SpAK selaku Kepala Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr.Kariadi Semarang periode 1997-2000, Dr Kamilah Budhi Rahardjani,SpAK selaku Kepala Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr.Kariadi Semarang periode 2000-2004, dr. Budi Santoso, SpAK selaku Kepala Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP /SMF Kesehatan Anak

RSUP Dr.Kariadi Semarang periode 2004 sampai sekarang, penulis haturkan ucapan terima kasih atas kesempatan yang diberikan untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I di Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/RSUP Dr.Kariadi Semarang, juga atas petunjuk, bimbingan, saran dan dorongan kepada penulis selama mengikuti pendidikan dan menyelesaikan tugas penelitian ini.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada Dr.Hendriani Selina, SpAK, MARS selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis I Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro sekaligus pembimbing I yang telah memberi petunjuk, bimbingan, koreksi, saran, dorongan dan dukungan hingga selesainya penelitian dan penyusunan tesis ini. Penulis juga sampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat Prof.Dr.Dr.Ag.Soemantri, SpAK selaku pembimbing II yang telah memberi petunjuk, bimbingan, koreksi, saran, dukungan dan dorongan selama proses penelitian hingga selesainya penyusunan tesis, juga terimakasih tak terhingga kepada Dr.Hardian yang telah memberi petunjuk, bimbingan koreksi dan saran, khususnya dalam hal metodologi penelitian, pengumpulan, pengolahan, dan analisis data.

Ucapan terimakasih tak terhingga dan penghargaan setinggi-tingginya penulis ucapkan kepada DR.Dr. Tatty Ermin Setiati, SpAK selaku peneliti utama dan ketua tim *Collaboration Study on Dengue Haemorrhagic Fever between Indonesia-Netherlands*, sekaligus pembimbing III, yang telah memberi kesempatan pada penulis untuk ikut serta sebagai anggota tim, memberi dukungan, bimbingan, petunjuk, saran dan berbagai fasilitas untuk terlaksananya penelitian ini hingga selesainya penyusunan tesis, sehingga penulis mendapat pengalaman yang tak ternilai.

Ucapan terimakasih penulis ucapkan kepada seluruh teman sejawat, staf Biotek, staf Laboratorium Patologi Klinik RSUP Dr.Kariadi, yang tergabung dalam Tim Penelitian Bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia-Netherlands, yang telah bekerja sama memberi kesempatan, dukungan, dorongan dan berbagai bantuan untuk dapat melaksanakan dan menyelesaikan penelitian ini.

Ucapan terima kasih kami haturkan kepada yang terhormat kepada para guru terkasih: Prof.Dr. Moeliono ST, SpAK, Prof.Dr.Haryono Suyitno, SpAK, Prof.DR.Dr.Lydia KH, SpAK, Prof. DR.Dr. I.Sudigbia, SpAK, Prof.Dr.Hardiman Sastrosoebroto, SpAK, Dr.Budi Santoso, SpAK, Dr.M Sidhartani Zain, SpAK, MSc, Dr. Rochmanadji W, SpAK, Dr.Tjipta Bahtera, SpAK, Dr.Soetono, SpAK (alm), Dr.Soetadji N, SpA, Dr.Moedrik Tamam, SpAK, Dr.H.M.Sholeh Kosim, SpAK, Dr. Rudy Susanto, SpAK, Dr.Herawati Juslam, SpAK, Dr.I.Hartantyo, SpAK,

Dr.J.C.Susanto, SpAK, Dr. Agus Priyatno, SpAK, Dr. Dwi Wastoro, SpAK, Dr.Asri Purwanti, SpA, MPd, Dr. Bambang Sudarmanto, SpAK, Dr. EHy Deliana, SpAK, Dr.MMDEAH Hapsari, SpA, Dr.Alifiani Hikmah, SpA, Dr.Mexitalia Setiawati, SpAK, Dr. HM. Heru Muryawan, SpA, yang telah memberikan bimbingan, dorongan dan limpahan ilmu kepada penulis selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/RSUP Dr.Kariadi Semarang.

Kepada seluruh teman sejawat baik yang telah menyelesaikan pendidikan maupun yang sedang mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bagian Ilmu Kesehatan Anak F.K UNDIP/RSUP Dr.Kariadi Semarang, penulis menyampaikan ucapan terima kasih atas bantuan, kerja sama dan dorongannya.

Kepada segenap paramedis dan karyawan Bagian/SMF Kesehatan Anak F.K UNDIP/RSUP Dr.Kariadi Semarang serta semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian penelitian ini serta selama mengikuti pendidikan, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Kepada Kepala Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo beserta seluruh stafnya, dan khususnya kepada rekan-rekan petugas Puskesmas yang membantu pelaksanaan penelitian, penulis sampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya atas bantuan dan kerjasamanya yang baik selama penelitian ini.

Kepada ibu-ibu di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo yang telah bersedia menjadi responden, penulis menyampaikan rasa hormat dan ucapan terima kasih atas kesediannya mengikuti penelitian ini.

Juga kepada anak-anak di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo beserta orangtua dan keluarganya, penulis menyampaikan rasa hormat dan ucapan terima kasih atas kesediannya mengikuti penelitian ini.

Terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada suami tercinta, ananda tercinta Wanda dan Agum, yang dengan penuh perhatian dan kesabaran memberikan curahan kasih, pengorbanan, pengertian, dukungan dan dorongan semangat serta doanya, sehingga menjadi cahaya penguat batin bagi penulis untuk menyelesaikan tugas ini.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu atas bantuannya, baik moril maupun material, dalam penelitian dan penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan guna perbaikan dan kesempurnaan tesis ini.

Semarang, Mei 2005

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman :
Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Abstrak	xii
Abstract	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah	3
1.3. Tujuan penelitian	3
1.4. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1. Respons manusia terhadap situasi di luar subyek	5
2.2. Peran ibu terhadap kesehatan anak, persepsi ibu tentang sakit dan berobat ke pelayanan kesehatan	6
2.3. Pathway to survival dan respons ibu terhadap anak sakit DBD	9
2.3.1. Kewaspadaan umum ibu terhadap DBD	11
2.3.2. Pengenalan dini gejala DBD	11
2.3.3. Pemberian pertolongan pertama pada anak dengan gejala awal DBD	12
2.3.4. Merujuk anak sakit dengan gejala DBD ke pelayanan kesehatan	12
2.4. Daerah endemis DBD di tiga wilayah Semarang Pandanaran, Karangayu, Bandarharjo	12
2.5. Infeksi Virus Dengue	13
2.5.1. Virus dengue	13
2.5.2. Epidemiologi	13
2.5.3. Vektor infeksi virus dengue	14
2.5.4. Patogenesis	14
2.5.5. Gambaran Klinis	15
2.5.6. Diagnosis Serologis	16

	2.5.7. Tatalaksana.....	16
	2.6. Kerangka Teori	19
	2.7. Kerangka Konseptual	20
	2.8. Hipotesis	20
BAB	III METODE PENELITIAN.....	21
	3.1. Ruang Lingkup Penelitian	21
	3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	21
	3.3. Desain Penelitian	21
	3.4. Populasi dan sampel penelitian	22
	3.5. Variabel Penelitian.....	23
	3.6. Definisi Operasional	24
	3.7. Cara Pengumpulan Data	29
	3.8. Analisis Data	30
	3.8. Etika Penelitian	31
BAB	IV HASIL PENELITIAN	32
	4.1. Gambaran umum daerah penelitian	32
	4.2. Deskripsi karakteristik responden dan faktor-faktor yang berkaitan dengan respons ibu terhadap DBD.....	35
	4.3. Hasil Uji Statistik Hipotesa.....	39
BAB	V PEMBAHASAN	54
	5.1. Perbedaan Respons ibu di tiga wilayah endemis	56
	5.2. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap respons ibu di tiga wilayah puskesmas	60
	5.3. Perbedaan Faktor-faktor lain yang menyertai perbedaan Respons ibu di tiga wilayah endemis DBD	61
BAB	VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	68
	6.1. Kesimpulan	68
	6.2. Saran	69
	DAFTAR PUSTAKA	70
	LAMPIRAN:	
	Lampiran 1 Kuesner Respons ibu terhadap Demam Berdarah Dengue	

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

Tabel :	<i>Halaman :</i>
1. Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden penelitian respon ibu terhadap DBD	35
2. Tabel 2. Distribusi Faktor-faktor yang berkaitan dengan respon ibu terhadap DBD	37
3. Tabel 3. Distribusi Tingkat Respons ibu terhadap DBD	39
8. Tabel 4. Perbedaan status pekerjaan responden di 3 wilayah Puskesmas.....	41
19. Tabel 5. Perbedaan jenis pekerjaan ibu di 3 wilayah Puskesmas.....	42
20. Tabel 6. Perbedaan tingkat pendapatan keluarga di 3 wilayah Puskesmas.....	42
21. Tabel 7. Perbedaan kategori status ekonomi responden di 3 wilayah Puskesmas	43
22. Tabel 8. Perbedaan jarak rumah responden ke puskesmas/pustu terdekat.....	44
23. Tabel 9. Perbedaan jarak rumah responden ke Rumah Sakit terdekat.....	44
24. Tabel 10. Perbedaan distribusi pengasuhan anak responden	45
25. Tabel 11. Perbedaan tingkat informasi KLB DBD	46
26. Tabel 12. Perbedaan media sumber informasi tersering digunakan responden	46
27. Tabel 13. Perbedaan pengalaman sakit, meninggal DBD pada anak anggota keluarga dan tetangga.....	48
28. Tabel 14. Perbedaan pengalaman ada atau tidak kejadian DBD.....	49
29. Tabel 15. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap respon ibu.....	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar :	Halaman :
1. Gambar. 1. Tingkatan lingkungan sosial disekitar anak yang saling berhubungan, dan saling berpengaruh terhadap kesehatan dan perkembangan anak	7
2. Gambar. 2. The health belief model sebagai prediktor perilaku kesehatan pencarian pengobatan	8
4. Gambar. 3. The "Pathway to survival" framework	10
5. Gambar. 4. Siklus nyamuk A.Aegypti.....	14
6. Gambar. 5. Peta wilayah kota Semarang.....	33
7. Gambar. 6. Peta wilayah Puskesmas Pandanaran.....	33
8. Gambar .7. Peta wilayah Puskesmas Karangayu.....	34
9. Gambar .8. Peta wilayah Puskesmas Bandarharjo.....	34
10. Gambar .9. Perbedaan umur responden di 3 wilayah Puskesmas	40
11. Gambar .10. Perbedaan tingkat pendidikan responden di 3 wilayah Puskesmas	41
12. Gambar .11. Perbedaan jumlah anak responden di 3 wilayah Puskesmas	43
13. Gambar .12. Perbedaan frekuensi penyuluhan yang diterima responden	47
14. Gambar .13. Perbedaan tingkat kewaspadaan responden.....	49
15. Gambar .14. Perbedaan tingkat pengenalan gejala DBD	50
16. Gambar .15. Perbedaan tingkat pertolongan pertama	51
17. Gambar .16. Perbedaan tingkat kesadaran merujuk	51
18. Gambar .17. Perbedaan respons ibu terhadap penyakit DBD	52

RESPONS IBU TERHADAP DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH PUSKESMAS PANDANARAN, KARANGAYU, DAN BANDARHARJO KOTA SEMARANG

Sripriyantini, Hendriani S, Ag. Soemantri, Tatty E. Setiati

Abstrak

Latar belakang: Mortalitas Demam Berdarah Dengue (DBD) pada anak masih disebabkan keterlambatan merujuk. Untuk mencegah keparahan DBD saat dirujuk maka seorang ibu harus memiliki kewaspaan tinggi bahaya DBD, dapat mengenali gejala DBD, memberi pertolongan pertama, dan keputusan segera merujuk anak ke RS/dokter sebelum menjadi parah. Tujuan penelitian adalah mengetahui perbedaan respons ibu terhadap DBD dan faktor-faktor pengaruh lain di 3 wilayah endemis DBD

Metode penelitian : Penelitian observasional belah lintang di wilayah kerja Puskesmas Pandanaran (endemis tinggi), Karangayu (endemis sedang), dan Bandarharjo (endemis rendah) Semarang. Subyek adalah ibu dari anak yang mengikuti studi kohort "Penelitian bersama Indonesia-Netherlands" di tiga wilayah tersebut. Analisa data menggunakan uji X^2 , dan uji regresi logistik berganda.

Hasil: Dari 90 responden ibu, setiap wilayah 30 ibu. Hasil analisis didapatkan perbedaan bermakna tingkat respons ibu ($p < 0.001$) di 3 wilayah endemis. Peringkat respons terbaik adalah responden Karangayu (32.2%), kedua Pandanaran (17.8%), dan terburuk Bandarharjo (17.8%). Responden Bandarharjo tingkat pertolongan pertama dan kesadaran merujuknya paling buruk dibanding 2 wilayah lain. Faktor risiko terhadap respons buruk yaitu ibu dengan jumlah anak > 6 berisiko 5.0 kali lebih tinggi menjadi respons buruk dibanding jumlah anak ≤ 6 .

Kesimpulan: Peringkat respons terbaik adalah responden Karangayu, kedua Pandanaran, dan terburuk Bandarharjo. Ibu dengan jumlah anak > 6 mempunyai pengaruh paling bermakna menjadi respons buruk.

Kata kunci: respons ibu, Demam Berdarah Dengue, anak, 3 wilayah endemis

MOTHER'S RESPON TO DENGUE HAEMORRAGIC FEVER IN PANDANARAN, KARANGAYU, AND BANDARHARJO HEALTH CENTER IN SEMARANG

Sripiyantini , Hendriani S, Ag. Soemantri, Tatty E. Setiati

Abstract

Background: The High Mortality Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in children because of many reasons. One of them is due to delay to refer. To prevent the seriousness of the disease, mother has to has a high alertness, know the clinical sign of DHF, can give the first aid and decide to refer soon to hospital before late. The objectives of this study are to know the differences of mother's response of DHF and other their influence factors in three endemic areas.

Method: the study type is cross sectional study in Pandanaran health center area (high endemic area), Karangayu health centre (middle endemic area) and Bandarharjo health centre (low endemic area) in Semarang city. Subject is 90 mothers (consist of 30 respondents each from three health centres) of children whose join the cohort study 'Collaboration study on Dengue Indonesia-Netherlands' in Semarang. Data were collected by interview using structured questionnaire for four months. Data were analysed by chi square test and multiple logistic regression.

Result: There was a significant difference of mother's response ($p < 0.001$) in three endemic areas. The best response was respondent from Karangayu (32.2%) health center; second was respondent from Pandanaran health center (17.8%) and the worst was respondent from Bandarharjo health center (17.8%). The level of first aid and awareness to refer respondents in Bandarharjo health center were the worst compare to respondents in other two health centers. The risk factor of bad response was mother who has children > 6 . The risk of this mother five times than mother who has children < 6 .

Summary: The best response was respondent from Karangayu health center; second was respondent from Pandanaran health center and the worst was respondent from Bandarharjo health center. The response of mother who has children > 6 was five times worse than mother who has children < 6 .

Key words: mother's response, Dengue Hemorrhagic Fever, children, three endemic areas

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) di Semarang cepat menyebar ke seluruh wilayah kota, sehingga kini semua kecamatan di kota Semarang adalah kecamatan endemis. Tahun 2003 kota Semarang angka IR 8,5/10.000 penduduk dan CFR 0,9%¹. Kewaspadaan yang tinggi perlu diarahkan mengingat penyakit ini dapat mengancam jiwa anak, terutama keterlambatan pengelolaan pada kasus kritis (Sindrom Syok Dengue) yang berhubungan dengan keterlambatan merujuk². Keterlambatan berobat dapat meningkatkan risiko keparahan penyakit DBD³.

Salah satu upaya yang perlu ditingkatkan adalah kewaspadaan masyarakat terhadap gejala DBD untuk mencegah keterlambatan dalam pengelolaan kasus DBD anak³. Keterlambatan merujuk ke pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh respons orang tua terutama ibu terhadap anak sakit, antara lain kewaspadaan atau perhatian terhadap penyakit, pengenalan terhadap gejala dini, pertolongan pertama, dan keputusan segera merujuk ke pelayanan kesehatan untuk mencegah keparahan penyakit^{4,5}.

Menurut *the health belief models* keputusan individu untuk bertindak atau mencari pertolongan pengobatan dipengaruhi oleh ancaman bahaya yang dirasakan individu terhadap suatu penyakit^{6,7}. Seorang ibu harus memahami, dan meyakini bahwa sakit DBD berbahaya dan mengancam jiwa anak, sehingga diharapkan akan memberikan respons yang kuat untuk segera mengobati anak dan mencari pertolongan pengobatan ke dokter/Rumah Sakit/Puskesmas. WHO menggambarkan peran ibu pada masa kritis anak sakit sebagai *Pathway to survival*, yaitu dari mengenali gejala anak sakit, segera memberi pertolongan pertama di rumah, segera mencari pertolongan pengobatan ke fasilitas kesehatan yang diinginkan, dan merujuk anak ke fasilitas kesehatan yang terbaik⁴.

Respons ibu terhadap anak sakit bisa dipengaruhi beberapa faktor predisposisi antara lain karakteristik ibu, pengalaman anak sakit sebelumnya, sosioekonomi, dan adanya pelayanan kesehatan^{6,7}. Peristiwa sakit pada orang terdekat juga merupakan pendorong

yang memicu perubahan perilaku^{7,8}. Faktor predisposisi lain berupa dorongan dari informasi atau pesan-pesan atau kampanye melalui media masa, nasehat dokter/petugas, penyuluhan kesehatan, dan kejadian/pengalaman sakit DBD anggota keluarga/teman dapat berpengaruh terhadap respons ibu.^{6,7}

Hubungan orang tua khususnya ibu dengan anak sangatlah erat seperti digambarkan oleh Lissauer & Clayden, bahwa lingkungan anak terdekat adalah ibu. Lapisan yang terdekat dengan anak adalah *immediate social environment* yang terdiri dari: pengasuhan ibu, struktur keluarga (jumlah anak), budaya, dan status sosial, ekonomi⁹. Pengasuhan ibu bisa dipengaruhi oleh lamanya ibu berinteraksi dengan anak, ibu bekerja atau tidak, dan pengasuhan oleh orang lain, meskipun demikian pengasuhan anak lebih ditentukan oleh kualitas interaksi ibu-anak dari pada kuantitasnya^{10,11}.

Peranan penting ibu dalam memelihara kesehatan anak dan lingkungan, sebagaimana penelitian di Thailand tentang peran ibu merawat anak sakit DBD di RS Chainat hospital, peran ibu dalam gerakan 3M di Depok Jakarta^{12,13}. Hasil penelitian lain di Vietnam mengatakan bahwa edukasi dengan pendekatan interpersonal dan konseling pada ibu akan meningkatkan *Knowledge Attitude and Practice* (KAP) terhadap *Dengue Haemorrhagic Fever*¹⁴.

Berdasarkan penelitian bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia - Netherlands tahun 2001 – 2004 di wilayah kerja Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo, Semarang yang melakukan pemeriksaan serologi terhadap virus, pada 265 anak selama 6 months follow up III sekitar September 2001 sampai Mei 2003, yang tinggal di ketiga wilayah Puskesmas tersebut didapatkan hasil: 100% serologi positif di Pandanaran, 86.4% serologi positif di Karangayu, dan 45.7% serologi positif di Bandarharjo. Dari data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2003, jumlah kasus DBD yang pernah dilaporkan dari ke-3 wilayah tersebut berbeda: Pandanaran 68 kasus, Karangayu 18 kasus, dan Bandarharjo 48 kasus.

Berdasarkan data tersebut tampak bahwa perbedaan kejadian DBD bukan hanya disebabkan oleh faktor geografis. Berdasarkan penelitian sebelumnya dijumpai bahwa Pengetahuan, Sikap dan Praktek (*Knowledge Attitude and Practice KAP*) merupakan salah satu faktor yang turut berperan dalam keberhasilan program pemberantasan dan perawatan anak DBD¹⁴. Perilaku yang baik akan menimbulkan kewaspadaan yang

diwujudkan sebagai respons ibu yang adekuat dalam menghadapi anak sakit dengan gejala DBD. Respons ibu terhadap penyakit DBD masih harus ditingkatkan. Karena sampai saat ini kematian DBD masih ada yang disebabkan oleh keterlambatan pengenalan gejala dini, dan merujuk anak ke pelayanan kesehatan². Dengan demikian masih ada kemungkinan respons ibu masih kurang dalam memperhatikan anak dengan gejala DBD di wilayah puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo.

Berdasarkan hal tersebut diatas perlu dikaji apakah ada perbedaan tingkat respons ibu di tiga wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo.

Dalam penelitian ini diharapkan sebagai langkah awal untuk mengidentifikasi fakta yang ditemukan di masyarakat yang berkaitan erat dengan respons ibu terhadap Demam Berdarah Dengue (DBD) anak di wilayah puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo. Dalam studi akan diamati respons ibu terhadap anak sakit dengan gejala Demam Berdarah Dengue berupa tindakan sebagai berikut: kewaspadaan terhadap penyakit, pengenalan gejala dini (panas 2-7 hari tanpa sebab jelas), pengobatan pertama (pemberian banyak cairan), dan merujuk anak yang sakit ke pelayanan kesehatan.

1.2. Perumusan masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: Apakah terdapat perbedaan tingkat respons ibu terhadap DBD pada ketiga wilayah Puskesmas (Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo)?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan umum :

Mengetahui perbedaan respons ibu terhadap DBD dan faktor-faktor yang berkaitan di tiga wilayah endemis Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo

1.3.2. Tujuan khusus :

- a. Mengetahui respons ibu terhadap DBD antara lain berupa kewaspadaan, pengenalan gejala dini, pengobatan awal, dan merujuk anak sakit gejala DBD
- b. Mendiskripsikan karakteristik ibu di 3 wilayah Puskesmas

- c. Mencari perbedaan faktor-faktor lain (jangkauan pelayanan kesehatan, pengasuhan anak, media masa dalam informasi DBD, pengalaman kejadian DBD sebelumnya, frekuensi hadir penyuluhan kesehatan) di 3 wilayah Puskesmas
- d. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi respons ibu terhadap DBD di 3 wilayah (Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo)

1.4. Manfaat penelitian:

1. Menambah pengetahuan tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku ibu terhadap anak sakit DBD khususnya di daerah endemis yang dapat digunakan sebagai masukan untuk upaya penyusunan dan peningkatan kualitas program penanggulangan kasus DBD pada anak melalui pemberdayaan masyarakat.
2. Secara tidak langsung akan meningkatkan kewaspadaan umum terhadap DBD dan terutama meningkatkan respons dini ibu dalam menghadapi anak sakit dengan gejala DBD.
3. Hasil penelitian ini bahan awal untuk penelitian selanjutnya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Respons manusia terhadap situasi di luar subyek

Respons atau tanggapan adalah reaksi manusia terhadap stimulus (rangsangan). Respons manusia terhadap situasi di luar subyek (stimulus) mendorong terjadinya perilaku. Rangsangan yang mendorong terbentuknya perilaku kesehatan biasanya berkaitan dengan konsep sakit, penyakit, sistim pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan¹⁵. Perilaku adalah hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon)¹⁵.

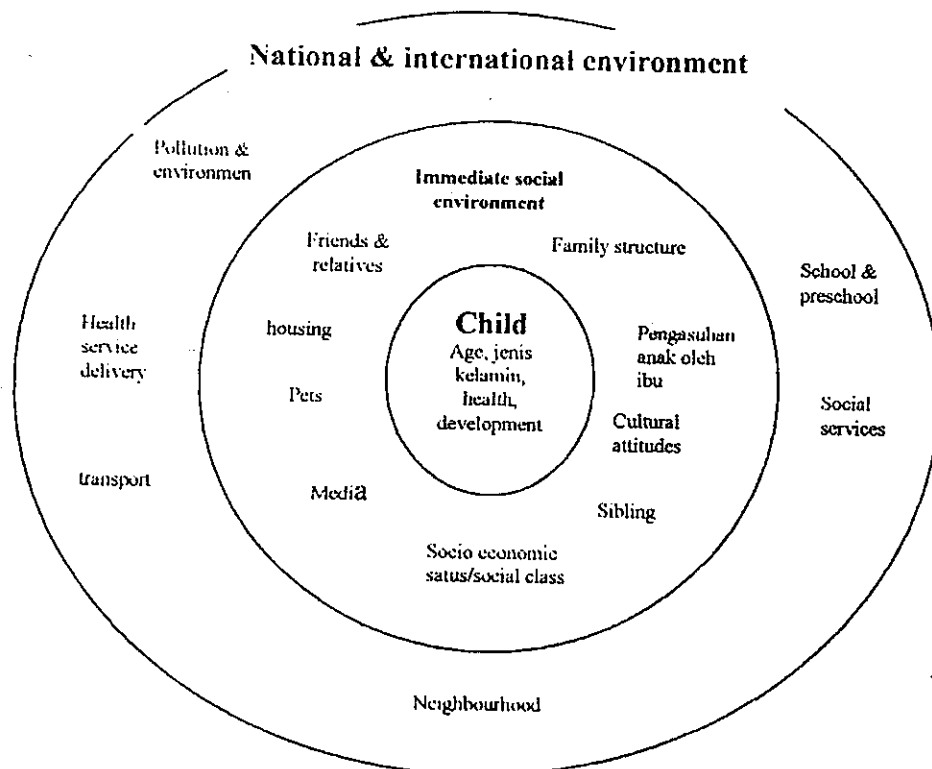
Rangsangan dapat berupa suara/bunyi atau bahasa lisan, gerakan, tindakan, simbol-simbol yang dapat dimengerti pihak lain sehingga pihak lain tersebut merespon atau bereaksi, hal ini bisa terjadi melalui proses komunikasi. Komunikasi kesehatan masyarakat dibedakan menjadi 2 bentuk: 1) komunikasi interpersonal (antarpribadi) dan komunikasi masa⁶. Komunikasi interpersonal paling efektif untuk menyampaikan pesan karena tatap muka langsung antara komunikator dengan komunikan secara pribadi atau kelompok, komunikan dapat segera memberi tanggapan, bisa ditanyakan langsung dan segera mendapat jawaban dari komunikator. Komunikasi masa dilakukan melalui media masa: televisi, radio, koran, majalah, papan nama, dan spanduk. Lebih efisien untuk mendorong suatu kewaspadaan umum masyarakat tetapi tidak efektif untuk mendorong proses perubahan perilaku yang lebih spesifik terutama untuk masyarakat dengan tingkat pendidikan/kecerdasan yang masih rendah seperti di negara berkembang⁶.

Perilaku dapat diartikan sebagai keadaan jiwa (berpendapat, berpikir, bersikap) untuk memberikan responsi terhadap situasi di luar subyek tersebut. Respons atau reaksi manusia dapat bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap) dan bersifat aktif (tindakan nyata atau *practice*)¹⁶. Praktek atau tindakan mempunyai beberapa tingkatan mulai dari persepsi, respons, mekanisme, dan akhirnya adopsi(adaptasi). Respons adalah praktek tingkat dua berarti individu dapat melakukan sesuatu dengan cara dan urutan benar sesuai dengan contoh⁴.

Secara umum karakteristik perilaku yang terbuka bersifat nyata, jelas dapat diamati oleh orang lain, sedangkan perilaku tertutup hanya dapat dimengerti dengan menggunakan alat bantu atau metode tertentu, misalnya berpikir¹⁶. Sehingga pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu melalui *recall*. Pengukuran secara langsung yaitu dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden¹⁵.

2.2. Peran ibu terhadap kesehatan anak, persepsi ibu tentang sakit dan berobat ke pelayanan kesehatan

Setiap permasalahan mengenai kesehatan dan perkembangan anak pemecahannya harus melihat semua aspek lingkungan yang melingkupi anak. Menurut Lissauer & Clayden dunia anak dilingkupi beberapa tingkatan lingkungan sosial yang saling berkaitan, saling berpengaruh, yang secara keseluruhan akan mempengaruhi kesehatan dan perkembangannya anak. Pertama anak itu sendiri memiliki karakteristik seperti umur, jenis kelamin, genetik, kesehatan dan perkembangannya. Lapisan kedua yang terdekat dengan anak adalah *immediate social environment* (pengasuhan orang tua (ibu), struktur keluarga, teman, sikap atau budaya, status sosial, ekonomi, perumahan). Lapisan lingkungan ketiga adalah *local social fabric* (polusi, pelayanan kesehatan, transport, tetangga, pelayanan sosial, prasekolah & sekolah, fasilitas), ke empat adalah *national & international environment* (gaya hidup dan budaya, kebijakan politik, status sosial/ekonomi, struktur populasi, dana kesehatan, pendapatan negara)⁹.

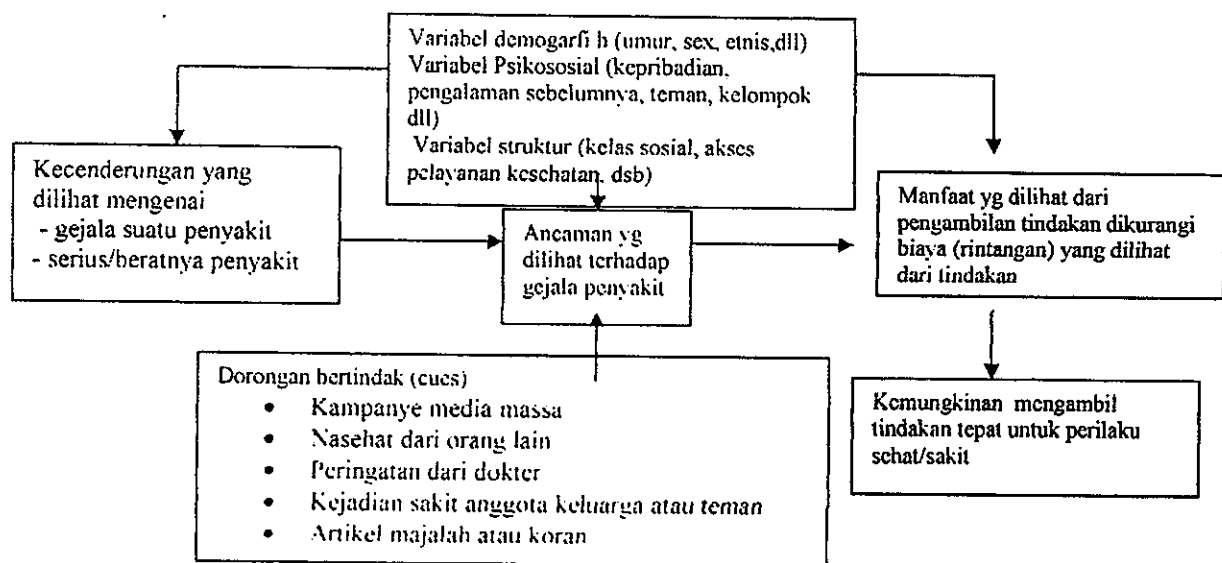


Gambar. 1. Tingkatan lingkungan sosial disekitar anak yang saling berhubungan, dan saling berpengaruh terhadap kesehatan dan perkembangan anak
 Dikutip dari: Lissauer T, Clayden G. The Child in society Illustrated Textbook of Paediatrics.

Untuk membahas faktor yang berpengaruh terhadap ibu maka harus mengetahui faktor karakteristik keluarga. Karakteristik keluarga dibagi 3 yaitu sosioekonomi keluarga, faktor ibu dan lingkungan fisik keluarga. Karakteristik sosioekonomi keluarga dipengaruhi oleh: a) kemakmuran keluarga (pendapatan keluarga, kondisi rumah tinggal, sumber air, pemilikan barang/tanah), b) pendidikan ayah/ibu(pendidikan yang berimbas pada peningkatan sumber daya, peningkatan nilai pendapatan, alokasi untuk pemeliharaan kesehatan anak, peningkatan efektifitas pemeliharaan kesehatan, peningkatan prefensi keluarga), c) keterlibatan sosial keluarga (keterlibatan dalam kegiatan sosial, pekerjaan ibu/lamanya bekerja di luar rumah, peran pengasuh pengganti ibu), dan d) struktur keluarga (jumlah anak, perceraian, peran pengasuh dan peran anggota keluarga lain). Faktor ibu yang perlu dilihat adalah: a) umur ibu, b) paritas ibu (jumlah anak, jarak kehamilan). Lingkungan fisik keluarga sebagai sumber kontaminasi infeksi terhadap anak dan tempat anak bereksplorasi, berinteraksi dan bermain¹⁷.

Pengasuhan anak didefinisikan sebagai pemeliharaan terus menerus dan dukungan kebutuhan anak yang menjamin kelangsungan hidup dan pertumbuhan anak atau memberikan semua kebutuhan anak (asah, asih, asuh) untuk tumbuh kembang optimal. Pengasuhan digambarkan sebagai proses interaksi ibu/pengasuh dengan anak, yang lebih ditentukan oleh kualitas interaksi dibanding kuantitas interaksi (lamanya interaksi). Faktor pengasuhan ibu tidak hanya ditentukan oleh lamanya ibu berinteraksi dengan anak, ibu bekerja atau tidak, tetapi meliputi semua aspek yang berkaitan dengan asah, asih dan asuh yang diberikan ibu pada anak^{10, 11}.

Bidang perilaku kesehatan menggunakan *Health Belief Models* (model kepercayaan kesehatan) untuk menggambarkan persepsi individu terhadap kerentanan (sakit) dan adekuatnya suatu pengobatan yang mempengaruhi keputusan dalam pencarian pengobatan atau berperilaku kesehatan. Ada 4 variabel terlibat dalam keputusan atau tindakan untuk mengobati atau tidak penyakitnya: kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakit, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut^{6,7}.



Gm. 2. The health belief model sebagai prediktor perilaku kesehatan pencegahan/pencarian pengobatan.
Dikutip dari: Northouse LL, Northouse PG. Health Communication: Strategic for Health Professionals
Notoatmodjo S. Pendidikan dan perilaku kesehatan

Dengan melihat bagan tersebut nampak beberapa faktor yang secara langsung atau tidak langsung melatarbelakangi individu atau ibu dalam melihat konsep sakit pada

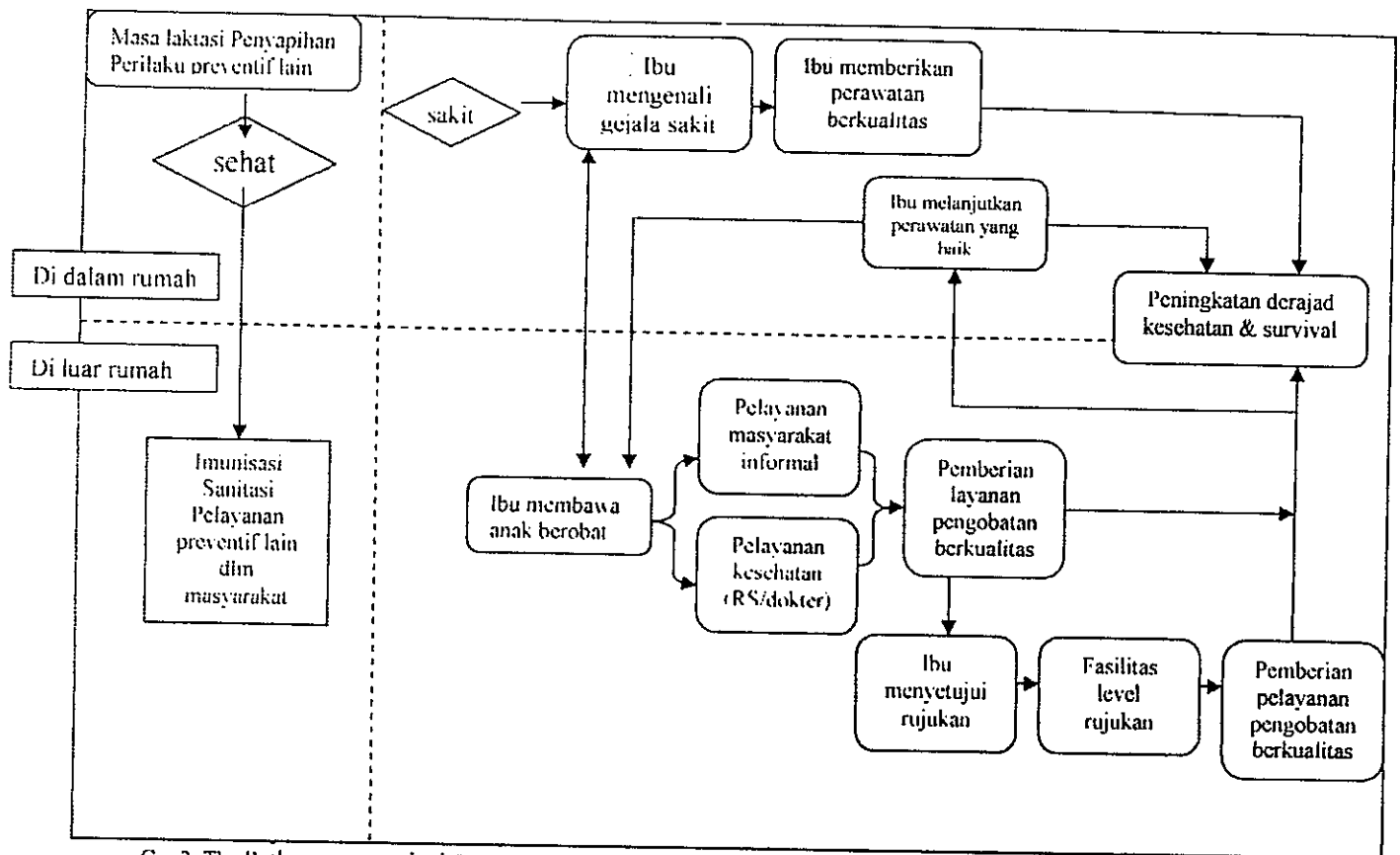
anaknyanya dan keputusan untuk menolong dan sekaligus mencari pertolongan/pengobatan di luar rumah.

Dari bagan tersebut dapat dilihat perilaku individu untuk mencari pengobatan dilatar belakangi karakteristik individu, pengalaman sakit sebelumnya, pengaruh teman/kelompok, sosioekonomi, dan akses pelayanan kesehatan. Perilaku individu dalam memahami konsep kesehatan dipengaruhi oleh informasi atau pesan-pesan melalui media masa, kampanye, nasehat dokter/petugas, anjuran dari kawan/anggota keluarga lain atau orang yang berpengaruh, dan kejadian sakit anggota keluarga/teman^{6,7}.

Bagaimana pengaruh pesan-pesan dari media masa, penyuluhan kesehatan terhadap individu/kelompok/masyarakat, dan pengalaman sakit DBD terhadap respons ibu. Sudah dijelaskan diatas bahwa komunikasi interpersonal lebih mudah dipahami oleh individu atau kelompok yang tujuannya merubah perilaku dibanding komunikasi masa yang lebih efisien untuk meningkatkan kewaspadaan masal terhadap masalah-masalah kesehatan⁶. Komunikasi interpersonal dan konseling oleh petugas kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Komunikasi interpersonal dan konseling ditujukan pada individu atau kelompok terutama di polindes, pustu, puskesmas, dan Rumah sakit^{6,18}. Penyuluhan oleh petugas dengan pendekatan interpersonal/konseling selain kepada ibu yang berkunjung ke pelayanan kesehatan, juga harus dilakukan kepada tokoh masyarakat, kader, tokoh agama, kelompok kegiatan sosial seperti arisan, pengajian, kegiatan ibu-ibu PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga), kelompok Dasawisma, supaya lebih berhasil memicu perubahan perilaku ibu dalam menanggulangi DBD dengan benar^{6, 19, 20}.

2.3. *Pathway to survival* dan respons ibu terhadap anak sakit DBD

Dibawah ini adalah *Pathway to survival*, menggambarkan fase kritis yang harus yang harus dilakukan ibu saat mengenali anak sakit, mulai dari pengenalan gejala sakit, pertolongan pertama di rumah, yang harus dilakukan ibu saat mengenali anak sakit, merujuk berobat ke luar dengan memilih pelayanan kesehatan formal atau informal yang berkualitas⁴



Gm.3. The Pathway to survival Dikutip dari: WHO/CDS/DEN(IC), 2000.

Perhatian ibu diperlukan untuk memberikan perawatan kesehatan dasar pada anak melalui deteksi dini penyakit, pengobatan dini, dan mencegah keparahan penyakit. Respons ibu yang baik terhadap kesehatan anak diharapkan dapat menurunkan kecacatan atau mortalitas penyakit⁵.

Respons ibu terhadap demam berdarah berarti reaksi ibu terhadap segala sesuatu yang berkaitan dengan Demam Berdarah Dengue terutama bila anak sakit dengan gejala demam berdarah. Rangsangan yang berpengaruh dapat berupa pengalaman (anak sakit/meninggal, tetangga sakit/meninggal), penyuluhan, pengaruh media, atau lainnya^{4,6,7}. Respons yang dimaksud dalam kerangka alur untuk menyelamatkan hidup (pathway to survival) atau diagnosis dan pengelolaan DBD secara dini^{2,4,21}. Maka respon ibu yang dimaksud meliputi kewaspadaan terhadap demam berdarah, pengenalan gejala dini, pertolongan dini pada anak sakit dan segera merujuk berobat anak dengan gejala demam berdarah.

2.3.1. Kewaspadaan ibu terhadap DBD (Demam Berdarah Dengue)

Kewaspadaan ibu diartikan sebagai respons proteksi ibu terhadap penularan DBD pada anak dinilai melalui: usaha untuk mencari informasi tentang penyakit DBD, rasa ketakutan bila anak sakit DBD, upaya perlindungan terhadap gigitan nyamuk pada anak, usaha mencegah penularan DBD ke anak bila serumah atau tetangga ada yang sakit gejala DBD, selalu waspada setiap anak mengalami sakit demam atau dicurigai suatu demam berdarah^{4,6,7}. Sejak awal orang tua harus memperhatikan risiko penularan DBD melalui gigitan nyamuk *Ae.aegypti*, dan kesadaran untuk mencegah risiko penularan bila ada riwayat orang yang sakit DBD dalam keluarga atau tetangga dekat. Selain itu ibu yang waspada diharapkan aktif berupaya meningkatkan pengetahuan tentang DBD antara lain dari media yang paling mudah ditemui seperti majalah, koran, televisi cukup berpengaruh pada pendidikan masyarakat^{4,6}.

2.3.2. Pengenalan dini gejala DBD (Demam Berdarah Dengue)

Selanjutnya dinilai respons ibu bila anak sakit dengan gejala awal DBD dan gejala awal kegawatan DBD.

Gejala DBD pada masa akut (hari ke-1, 2, dan 3) yang mudah dikenali oleh orang tua menurut Sutaryo adalah¹¹:

- a. Demam
- b. Kepala nyeri, pusing
- c. Kepala nyeri, pusing
- e. Lemah
- e. Mual (neg), muntah
- f. Nyeri otot dan sendi
- g. Perdarahan spontan jarang pada maag akut. Kalau ada misal: mimisan, bintik merah di kulit

Gejala masa kritis yang bisa dikenali adalah: demam mulai turun tetapi kondisi anak tidak semakin baik (gejala masa akut yang disebut diatas semakin memberat), misal: anak makin lemah, gelisah, kesadaran menurun, perut nyeri sekali, muntah terus, berak darah, muntah darah, mimisan, batuk darah, biru-biru di bekas tusukan jarum, shock(kulit-kaki-tangan anyes/lembab dingin, kencing berkurang)^{21,22}.

2.3.3. Pemberian pertolongan pertama pada anak dengan gejala awal DBD (Demam Berdarah Dengue)

Dalam hal ini untuk melihat adanya usaha pemberian pertolongan pertama (awal) pada anak sakit demam mirip gejala awal DBD seperti: diberikan minum banyak, menurunkan suhu dengan kompres atau parasetamol²¹.

2.3.4. Merujuk anak sakit dengan gejala DBD ke pelayanan kesehatan

Sebaiknya anak segera dirujuk ke pelayanan kesehatan sejak ditemukan gejala awal/dini DBD²²: demam 2-7 hari mendadak tanpa sebab jelas (tidak batuk, pilek, dan diare), demam dengan bintik merah di kulit, demam dengan keluhan gastrointestinal (nyeri ulu hati, muntah). Dan segera membawa anak ke Rumah Sakit pada anak dengan gejala awal kegawatan DBD. Alasan pilihan ke rumah sakit pada kegawatan DBD karena diperlukan dokter dan perawat yang terampil, peralatan dan sarana laboratorium yang lengkap^{21,22}.

2.4. Daerah endemis DBD (Demam Berdarah Dengue) di Semarang (wilayah puskesmas Pandanaran, Bandarharjo, dan Karangayu).

Penelitian ini mengikuti studi DBD semua anak umur 3-4 tahun dari "Penelitian kohort DBD Indonesia-Netherlands" di wilayah kerja Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo yang lebih besar. Semarang termasuk daerah endemis DBD, dan ketiga daerah puskesmas tersebut juga termasuk wilayah endemis DBD. Dari hasil pemeriksaan serologis, pada 265 anak selama *6 months follow up III* sekitar September 2001 sampai Mei 2003, yang tinggal di ketiga wilayah Puskesmas tersebut

didapatkan hasil: 100% serologi positif di Pandanaran, 86.4% serologi positif di Karangayu, dan 45.7% serologi positif di Bandarharjo.

2.5. Infeksi Virus Dengue

Diagnosis infeksi virus dengue dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis dan laboratorium. Diagnosis infeksi dengue dipastikan dengan isolasi virus, atau uji serologi terhadap antibodi spesifik yang akan dijelaskan lebih rinci dibawah ini.

2.5.1. Virus dengue

Demam dengue dan DBD disebabkan virus dengue yang termasuk kelompok B Arthropoda Borne Virus (arbovirus) dan sekarang dikenal sebagai genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, dan mempunyai 4 jenis serotipe yaitu: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Diperkirakan seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Pengamatan virus dengue di Indonesia sejak tahun 1975 di beberapa rumah sakit menunjukkan keempat serotipe ditemukan dan bersirkulasi sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 yang paling dominan dan diasumsikan dapat menunjukkan manifestasi klinik yang berat²³.

2.5.2. Epidemiologi

Dari data Profil Kesehatan Indonesia Depkes R.I, melaporkan bahwa Jawa Tengah tahun 2000 memiliki *insiden rate* urutan ke 7 di Indonesia yaitu 15,7 per 10.000, dengan *CFR* 1,5%. Di Semarang penyakit ini dengan cepat menyebar ke seluruh wilayah kota, sehingga kini semua kecamatan di kota Semarang adalah kecamatan endemis³. Tahun 2000 kasus DBD di Semarang sudah berkurang jauh hanya tinggal 1428 kasus dengan IR 11,1 per 10.000 penduduk, pada tahun 2003 IR 8,5/10.000 penduduk dan CFR 0,9%¹. Meskipun angka kematian secara umum menurun, tetapi untuk SSD (Sindrom Syok Dengue) yang dirawat di PICU RSDK tahun 1998 angka kematiannya masih tinggi yaitu 51.2%. Disebabkan deteksi dini syok yang terlambat karena perdarahan dan disfungsi organ ganda²⁴.

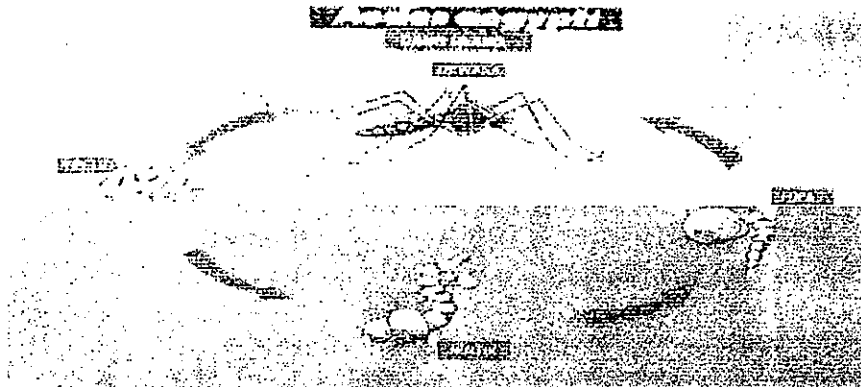
Di Jawa pada umumnya infeksi virus dengue terjadi pada awal Januari, meningkat terus sampai kasus terbanyak pada sekitar bulan April-Mei setiap tahun¹. Diduga

Ae. aegypti lebih mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan masyarakat urban serta kebiasaannya dalam penggunaan kontainer air yang memungkinkan nyamuk untuk berkembang biak sepanjang tahun²⁵.

2.5.3. Vektor infeksi virus dengue

Aedes aegypti mengandung virus dengue saat menggigit manusia yang mengalami viremia. Kemudian virus berkembang biak dalam tubuh nyamuk terutama dalam kelenjar liurnya dalam waktu 8-10 hari (masa inkubasi ekstrinsik) sebelum dapat ditularkan kembali pada manusia pada gigitan berikutnya. Pada manusia virus memerlukan waktu 4-6 hari (masa inkubasi intrinsik) sebelum menimbulkan sakit. Penularan dari manusia kepada nyamuk hanya terjadi bila nyamuk menggigit manusia yang sedang mengalami viremia, yaitu 2 hari sebelum panas sampai 5 hari setelah demam timbul^{23,26}.

Sifat *Ae. aegypti* antropofilik (suka manusia), nyamuk betina saja yang menggigit. Aktif menggigit siang hari, dan kebiasaan menggigit berulang, beberapa orang secara bergantian dalam waktu singkat, sehingga resiko penularan dalam satu rumah cepat terjadi². Telur nyamuk memerlukan waktu minimal 8 hari untuk menjadi nyamuk dewasa, maka sebaiknya larva nyamuk diberantas sebelum 8 hari tersebut²⁷.



Gm.4. Siklus hidup nyamuk Aedes Aegypti

2.5.4. Patogenesis

Sampai saat ini sebagian besar sarjana masih menganut *the secondary heterologous infection hypothesis* atau *the sequential infection hypothesis* oleh Halstead (1969) yang menyatakan bahwa Demam berdarah dengue dapat terjadi jika seseorang

yang terinfeksi virus dengue pertama kali mendapatkan infeksi kedua dengan virus dengue serotipe lain dalam jarak waktu 6 bulan sampai 5 tahun².

2.5.5. Gambaran Klinis

Infeksi virus dengue pada manusia mengakibatkan spektrum manifestasi klinis yang bervariasi dari yang paling ringan (*mild undifferentiated febrile illness*), demam dengue, demam berdarah dengue dan demam berdarah disertai syok (*Dengue Syok Syndrome DSS*). Gambaran klinis yang bervariasi ini merupakan puncak gunung es yang kelihatan di atas permukaan, sedangkan kasus dengue ringan (*silent dengue infection* dan demam dengue) merupakan dasarnya^{22,23}.

2.5.5.1. Demam Dengue (DD)

Bentuk klasik dari demam dengue adalah demam tinggi mendadak, kadang-kadang bifasik (*saddle back fever*, nyeri kepala berat, nyeri belakang bola mata, nyeri otot, tulang, sendi, mual, muntah, dan timbulnya ruam. Ruam makulopapular yang bisa timbul pada awal penyakit (1-2 hari) kemudian menghilang dan timbul kembali ruam merah halus pada hari ke-6 atau ke-7 terutama di daerah kaki, telapak kaki dan tangan²³

2.5.5.2. Demam berdarah dengue

Bentuk klasik dari DBD ditandai dengan demam tinggi, mendadak 2-7 hari terus menerus. Keluhan seperti anoreksi, sakit kepala, nyeri otot, tulang, sendi, mual, dan muntah sering ditemukan. Sering ditemukan nyeri perut epigastrium. Bentuk perdarahan yang sering ditemukan adalah uji torniquet (*Rumple leede*) positif, petekie, kulit mudah memar, dan perdarahan pada bekas suntikan atau pengambilan darah^{2,16,17}. Tersangka DBD dinyatakan sebagai demam tinggi mendadak, terus menerus < 7 hari tidak disertai ISPA, dan badan lemah/ lesu²².

Gejala awal DBD antara lain²²: demam tinggi mendadak terus menerus 2-7 hari tanpa sebab jelas disertai badan terasa lemah/lesu, tidak atau disertai bintik merah di kulit. Gejala awal kegawatan DBD²²: riwayat demam 2-7 hari disertai salah satu keluhan

sebagai berikut: nyeri perut hebat, tanda perdarahan spontan (buang air besar hitam, mimisan, gusi berdarah), berkeringat kulit tangan-kaki dingin, kencing berkurang. Tanda sudah berat sudah terjadi Syok atau kedaruratan: gelisah, nafas cepat, bibir biru, tangan dan kaki dingin, kulit lembab, muntah terus menerus, kejang, kesadaran menurun, muntah darah, berak darah.

2.5.6. Diagnosis Serologis

Diagnosis serologis atau antibodi spesifik virus dalam serum manusia adalah salah satu diagnosis definitif². Setelah 1 minggu terinfeksi virus dengue, terjadi viremia yang diikuti oleh pembentukan IgM-antidengue. IgM ada dalam waktu yang relatif singkat dan disusul segera oleh pembentukan IgG^{2,3}. Test IgG Elisa indirek merupakan test serologi yang lebih sensitif daripada HI, lebih sederhana, mudah dilakukan, dan dapat digunakan untuk memeriksa sampel dalam jumlah banyak. Antibodi IgG dengue dapat dideteksi sampai 6 tahun paska infeksi. Digunakan dalam studi epidemiologi untuk melihat prevalensi serologi, kelemahannya bisa bereaksi silang dengan flavivirus lain dan tidak dapat menentukan serotipe virus dengue^{2,3}.

2.5.7. Tatalaksana

2.5.7.1. Demam Dengue

Tidak perlu dirawat, bisa berobat jalan, pada fase demam dianjurkan: tirah baring, parasetamol untuk turun panas, dianjurkan pemberian cairan dan elektrolit dengan minum jus buah, sirup, susu, oralit disamping air putih. Tetapi perlu diobservasi dengan tetap kontrol tiap hari sampai demam hilang, bahkan tetap harus diwaspadai adanya komplikasi yang lebih berat sampai 2 hari setelah suhu turun²².

2.5.7.2. Demam Berdarah Dengue

Tatalaksana fase demam sama dengan demam dengue, bersifat simptomatik dan suportif. Tersangka DBD tanpa tanda kedaruratan dengan uji torniquet positif dan/ atau trombosit < 100.000/ml, dirawat untuk observasi. Tetapi bila trombosit > 100.000/ml atau uji torniquet negatif boleh rawat jalan, tetapi kontrol tiap hari sampai

demam turun, dianjurkan minum banyak diberikan parasetamol, sama dengan tatalaksana Demam Dengue. Secara umum pasien DBD derajat I dan II dapat dirawat di Puskesmas, rumah sakit kelas D,C. Keberhasilan pengelolaan DBD terletak pada deteksi dini fase kritis yaitu saat suhu turun (*the time of devescence*), yang merupakan fase awal kegagalan sirkulasi. Untuk ini diperlukan dokter dan perawat yang terlatih, terampil dan peralatan monitoring yang lengkap. Dan peran serta keluarga (orang tua) untuk ikut mengenali gejala awal fase kritis tersebut²².

Selama perawatan di rumah yang harus dilakukan²¹:

1. Minum banyak, semaunya. Jenis minuman bebas. Minuman yang rasanya enak diharapkan lebih disukai penderita
2. Dicatat seberapa banyak minumannya
3. Dicatat kencing jam berapa
4. Kalau mau makan baik sekali
5. Kalau demam diatas 38C diberi parasetamol (dosis 10mg/kgBB/kali, diberikan boleh 4-5x/hari), boleh ditambah kompres air
6. Jangan memberi: ibuprofen, salisilat
7. Tiap hari kontrol ke dokter (mulai hari ke-3, 4, 5, 6 untuk periksa darah)

Kapan segera ke Rumah Sakit, bila didapat tanda kritis²¹:

1. Kesadaran menurun, anak gelisah
2. Kulit, kaku tangan anyes, lembab, dingin
3. Kencing berkurang atau tidak kencing selama 6 jam
4. Kejang
5. Kurang sekali makan minum, muntah terus menerus, sehingga anak lemes
6. Keluar perdarahan (hidung, kulit, mulut, dubur)

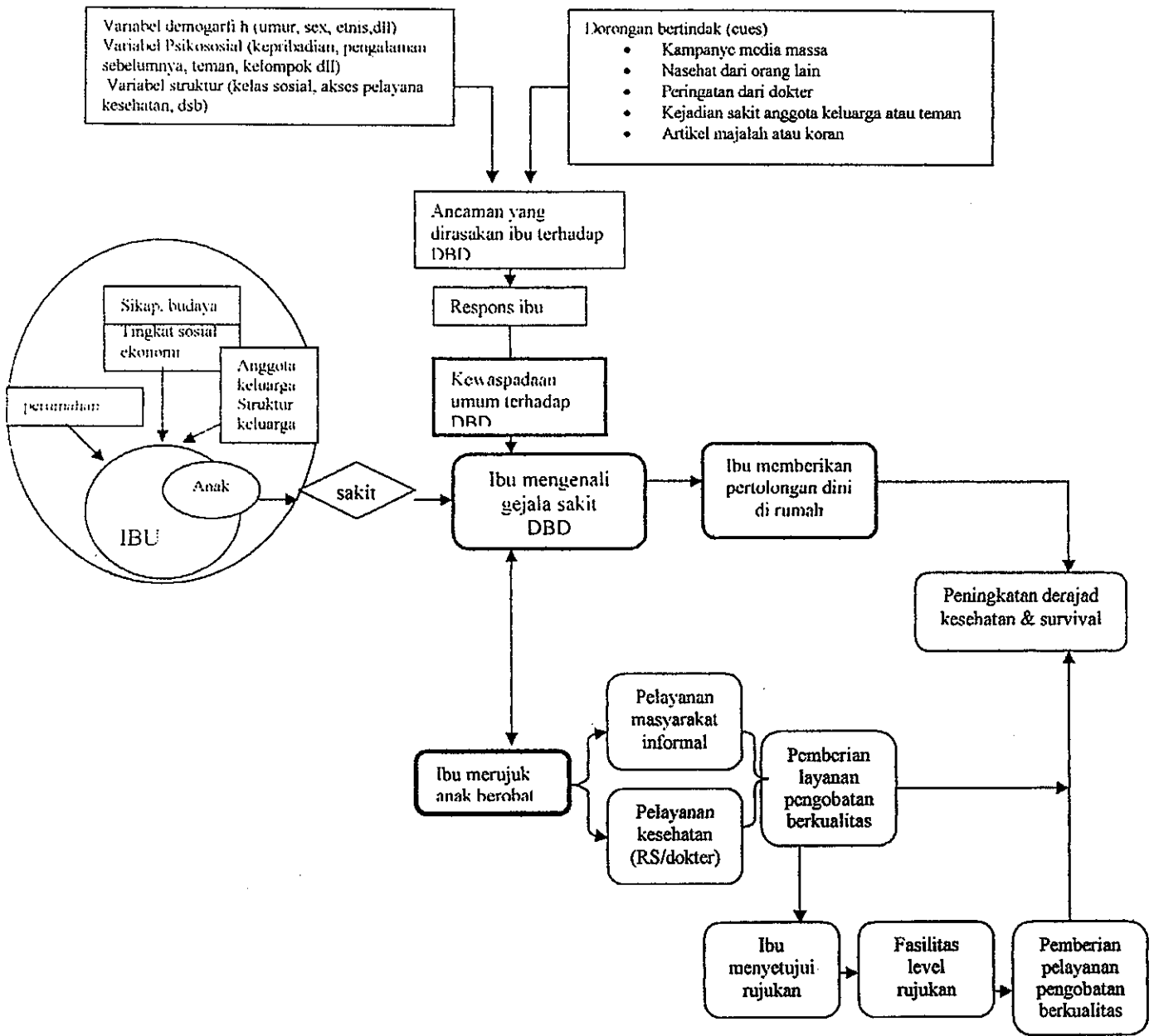
2.6. Kerangka teori

Kerangka konsep yang diajukan untuk mencari faktor respons ibu terhadap demam berdarah dengue diwakili oleh ibu yang tinggal bersama dengan anak-anak yang diamati dalam studi ini. Respons yang ingin diketahui adalah: 1) ibu dalam mewaspadai DBD sebagai penyakit yang berbahaya, mudah menular, menyebabkan

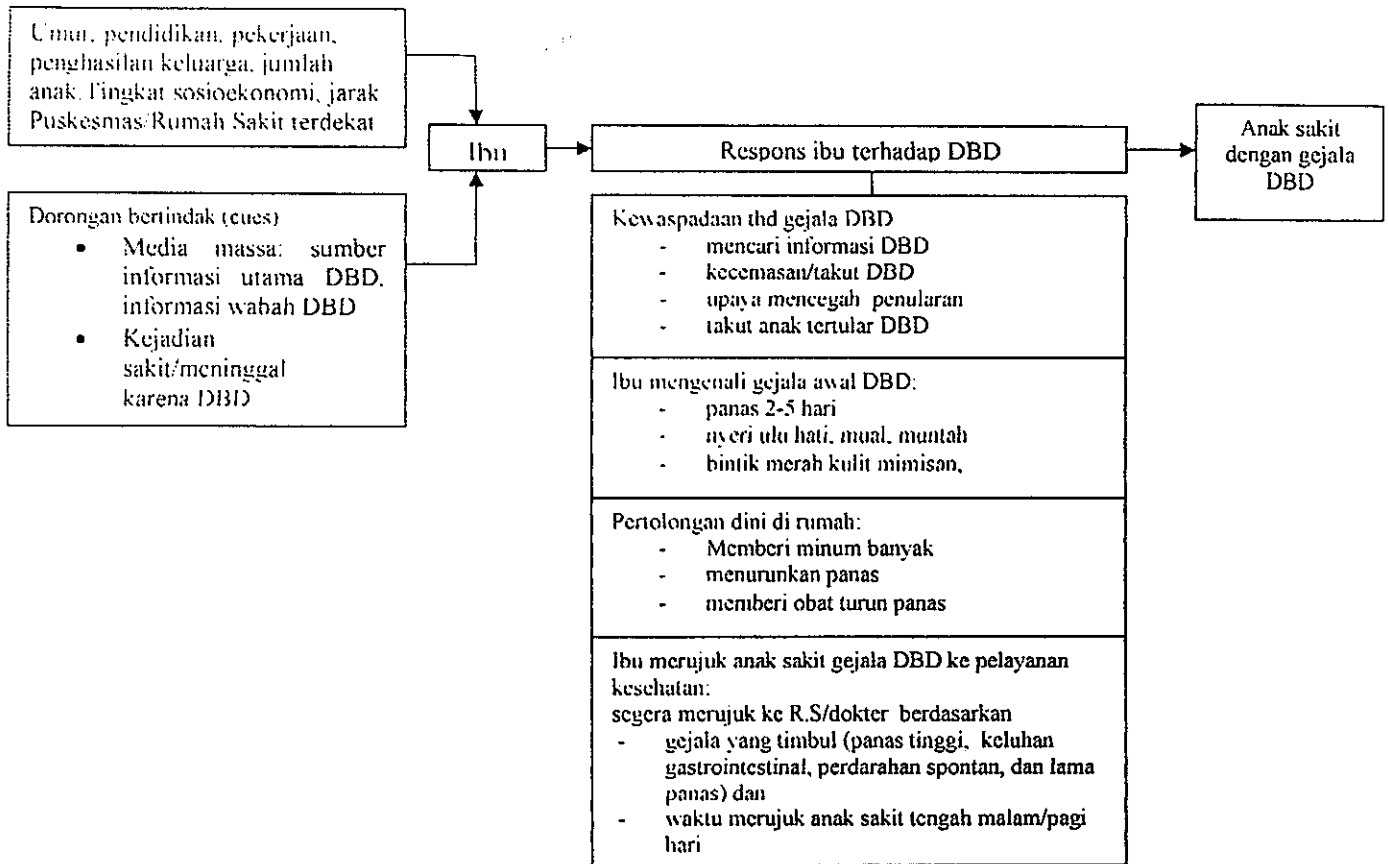
kematian, 2) ibu yang berusaha mengenali gejala awal DBD, dan gejala awal kedaruratan DBD (DBD berat), 3) berkaitan dengan usaha ibu segera memberi pengobatan sederhana seperti minum banyak, obat penurun panas, 4) kebiasaan untuk segera berobat ke pelayanan kesehatan bila anak mendadak sakit demam karena takut DBD.

Karena ketiga wilayah puskesmas tersebut dalam kota yang sama, maka diharapkan memiliki karakteristik yang sama dari segi geografis, iklim, dan daerah endemis DBD. Sehingga perilaku masyarakatnya kemungkinan sama atau sedikit saja berbeda. Dari studi ini akan mencari ada tidaknya perbedaan faktor respons ibu antara daerah serologi positif terbanyak peringkat I (Pandanaran), daerah serologi positif peringkat II (Karangayu), dan daerah serologi positif peringkat III (Bandarharjo). Berdasarkan konsep peran ibu terhadap kesehatan anak (dari Lissauer & Clayden), konsep sakit dan mencari pertolongan pengobatan individu menurut *The health belief model*, dan *Pathway to survival* berkaitan dengan respons ibu terhadap anak sakit DBD, maka dibuat suatu kerangka teori sebagai berikut:

KERANGKA TEORI



KERANGKA KONSEP



2.7. HIPOTESIS

Berdasarkan latar belakang penelitian yang menunjukkan adanya perbedaan tingkatan seropositif dan kejadian DBD di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo, dan respons terhadap DBD dapat berpengaruh terhadap kejadian DBD maka disusun hipotesis sebagai berikut:

1. Ada perbedaan respons ibu terhadap Demam Berdarah Dengue di ketiga wilayah endemis (wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, dan Bandarharjo).
2. Ada perbedaan karakteristik (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, jumlah anak, status ekonomi) di 3 wilayah endemis
3. Ada perbedaan faktor-faktor lain: jangkauan pelayanan kesehatan, tingkat pengasuhan, pengalaman sakit DBD, informasi KLB DBD media masa, sumber informasi utama DBD, dan frekuensi hadir penyuluhan kesehatan, di 3 wilayah endemis.
4. Ada pengaruh faktor wilayah endemis, umur ibu, jumlah anak, status ekonomi, informasi DBD, pengalaman sakit DBD terhadap respons ibu

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Ruang lingkup penelitian

Ruang lingkup penelitian adalah Ilmu Kesehatan Anak

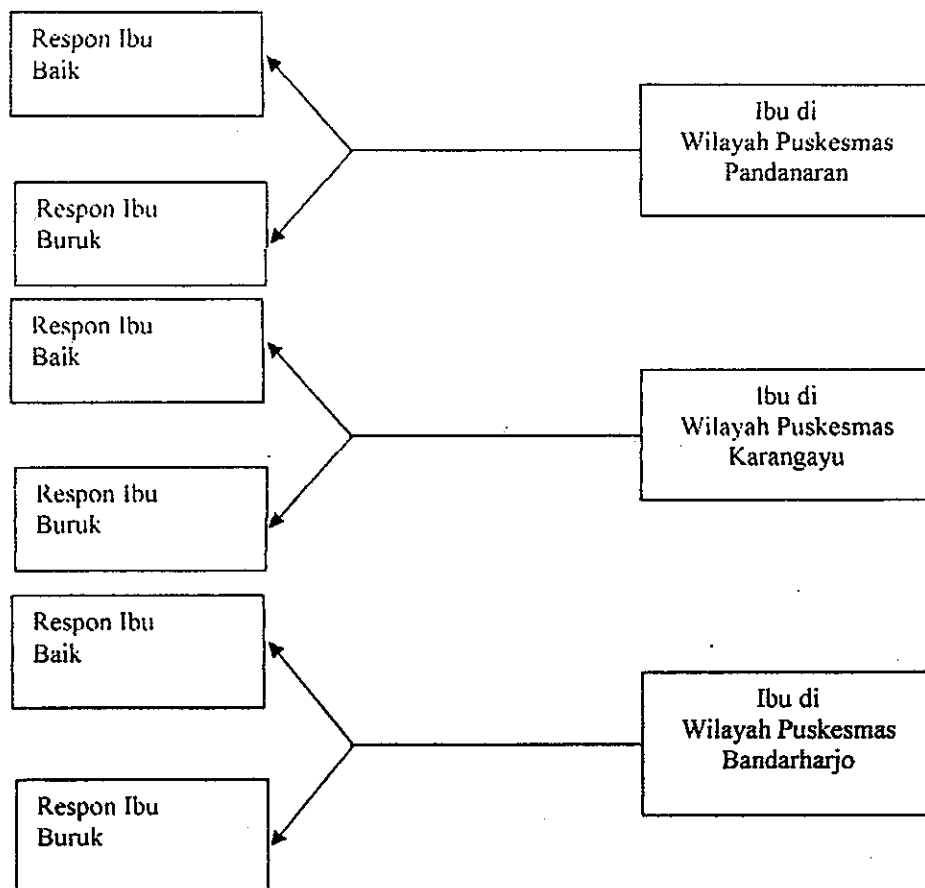
3.2. Waktu dan tempat penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di wilayah Puskesmas Pandaran, Karangayu dan Bandarharjo pada periode Agustus sampai dengan Desember 2004.

3.3. Desain penelitian

Penelitian ini adalah bagian dari "Penelitian Bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia-Netherlands" tahun 2001-2004. Penelitian ini merupakan penelitian observasional eksploratif yang bertujuan untuk membanding respons ibu terhadap DBD ditiga wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, Bandarharjo, Semarang.

Skema rancangan penelitian:



3.4. Populasi dan sampel penelitian

3.4.1. Populasi penelitian

Populasi target penelitian ini orang tua yaitu ibu dari anak dengan serologi positif maupun negatif IgG Elisa. Populasi terjangkau adalah orang tua yaitu ibu dari anak yang menjadi subyek penelitian kohort “Penelitian Bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia Netherlands” ditiga wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, Bandarharjo, Semarang.

3.4.2. Sampel penelitian

Ibu dari anak yang menjadi subyek penelitian kohort “Penelitian Bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia Netherlands” 2001- 2004 yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

3.4.2.1. Kriteria inklusi

- a. Tinggal serumah dengan anak penelitian kohort “Penelitian Bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia Netherlands 2001 – 2004
- b. Sudah tinggal sekurang-kurangnya 6 bulan di wilayah penelitian
- c. Dapat dan bersedia diwawancarai.

3.4.2.2. Kriteria eksklusi

- a. Ibu dan atau anak pindah tempat keluar dari wilayah penelitian
- b. Anak dinyatakan *drop out* dari penelitian kohort “Penelitian Bersama Demam Berdarah Dengue Indonesia Netherlands” 2001- 2004

3.4.3. Besar sampel

Sesuai dengan tujuan dan rancangan penelitian maka besar sampel dihitung dengan rumus besar sampel untuk uji hipotesis proporsi 2 populasi yaitu membandingkan proporsi tingkat respons ibu antara ke-3 wilayah Puskesmas. Diperkirakan proporsi ibu dengan tingkat respons baik di wilayah Puskesmas Pandanaran diperkirakan adalah 80% sedangkan di wilayah Puskesmas Karangayu adalah 60% dan di Bandarharjo adalah 40%. Z_{α} adalah 1,96

($\alpha=0,05$) dengan $Z\beta=0,842$. Maka perhitungan besar sampel adalah sebagai berikut²⁵:

$$n1 = n2 = \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta(\sqrt{(P_1Q_1)} + \sqrt{(P_2Q_2)}))^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$n1 = n2 = 22,3 \approx 22$ orang. Apabila diperkirakan ada kemungkinan *drop out* sebesar 10 %, maka besar sampel setelah koreksi *drop out* adalah:

$$n \text{ koreksi} = \frac{n}{(1 - d.o)^2} = 27,8 \approx 28 \text{ orang. Dibulatkan menjadi 30 subyek}$$

untuk setiap wilayah puskesmas.

3.4.4. Metode sampling

Apabila jumlah kasus yang ada berdasarkan hasil penelitian kohort DBD Indonesia Netherlands jumlahnya melebihi besar sampel minimal maka pemilihan sampel akan dilakukan secara acak dengan metode random sederhana berdasarkan *cluster random sampling*.

3.5. Variabel penelitian

a. Variabel pengaruh/bebas:

- Karakteristik ibu: umur, pekerjaan, pendidikan, penghasilan keluarga, tingkat sosioekonomi, jumlah anak
- Faktor-faktor lain: jarak pelayanan kesehatan terdekat, pengasuhan anak, tingkat informasi KLB DBD, sumber informasi utama DBD, informasi KLB DBD, sumber informasi utama DBD, frekuensi hadir penyuluhan kesehatan
- Respons ibu terhadap DBD: Kewaspadaan terhadap DBD; pengenalan gejala awal DBD, pertolongan pertama anak gejala DBD, kecepatan merujuk anak gejala DBD

b. Variabel terpengaruh:

1. Kategori endemisitas infeksi Dengue di 3 Wilayah puskesmas Pandanaran, Karangayu, Bandarharjo

3.6. Definisi operasional

- a. Kategori wilayah endemis ditentukan berdasarkan derajat hasil serologi positif dengue dari penelitian kohort "*Collaboration study on Dengue Indonesia-Netherlands*", hasil pemeriksaan serologi terhadap virus pada 265 anak yang tinggal di ketiga wilayah Puskesmas selama *6 months follow up III* sekitar bulan September 2001 sampai dengan bulan Mei 2003, didapatkan hasil serologi positif (anak terinfeksi virus dengue): 100% serologi positif di Pandanaran, 86.4% serologi positif di Karangayu, dan 45.7% serologi positif di Bandarharjo. Wilayah Pandanaran sebagai kategori endemis tinggi, Karangayu kategori endemis sedang, dan Bandarharjo sebagai endemis rendah.

Skala ordinal: tinggi, sedang, rendah

- b. Respons ibu secara umum adalah reaksi ibu terhadap kejadian yang berkaitan dengan anak sakit gejala Demam Berdarah Dengue, ditentukan berdasarkan penilaian gabungan semua jenis respons: kewaspadaan, mengenal gejala awal DBD, kecepatan pemberian pertolongan pertama dan kesadaran merujuk anak sakit gejala DBD ke R.S/dokter. Pada analisis dibedakan menjadi 2 kategori :

- Buruk, apabila salah satu saja dari 4 tipe respons yang dinilai memiliki tingkat baik, sedangkan 3 tipe respon lainnya adalah tingkat Buruk
- Baik, apabila sedikitnya 2 dari 4 tipe respons yang dinilai memiliki tingkat Baik,

Skala: nominal

- c. Kewaspadaan terhadap DBD: keaktifan mengikuti penyuluhan, mencari atau membaca informasi melalui media, kekuatiran terhadap DBD, upaya proteksi anak terhadap penularan DBD, keccemasan apabila anak tertular sakit demam berdarah. Tingkat kewaspadaan ditentukan berdasarkan skor komposit 5 tingkat (0 s/d 4), untuk analisis dibedakan menjadi 2 kategori:

- Buruk, apabila total nilai skor < 42
- Baik, apabila total nilai skor ≥ 42

Skala nominal yaitu baik dan buruk

d. Pengenalan gejala awal DBD: sesuai kriteria dari Soetaryo: demam, nyeri kepala, pusing, lemah, mual, muntah, nyeri otot sendi, perdarahan spontan (bintik merah di kulit). Tingkat pengenalan gejala awal DBD ditentukan berdasarkan skor komposit 5 tingkat (0 s/d 4), untuk analisis dibedakan menjadi 2 kategori:

- Buruk, apabila total skor < 33
- Baik, apabila total skor \geq 33

Skala: nominal

e. Kecepatan memberikan pertolongan pertama anak dengan gejala DBD adalah pertolongan pertama yang dilakukan ibu di rumah antara lain: cepat memberi minum yang banyak, menurunkan suhu, memberi obat turun panas. Tingkat memberi pertolongan dini ditentukan berdasarkan skor komposit 5 tingkat (0 s/d 4), untuk analisis dibedakan menjadi 2 kategori:

- Buruk, apabila total nilai skor < 30
- Baik, apabila total nilai skor \geq 30

Skala nominal

f. Merujuk anak sakit gejala DBD adalah tindakan ibu dalam mencari pertolongan pengobatan ke Rumah Sakit/dokter apabila anak sakit dengan gejala dini DBD atau merujuk sebelum menjadi parah: demam 2-7 hari tanpa sebab jelas, keluhan gastrointestinal, tidak atau disertai bintik merah di kulit. Ditentukan berdasarkan skor komposit 5 tingkat (0 s/d 4), untuk analisis dibedakan menjadi 2 kategori:

- Buruk, apabila total nilai skor < 123
- Baik, apabila total nilai skor \geq 123

Skala nominal

g. Umur ibu dalam analisis dibagi menjadi 5 peringkat :

< 26 tahun

26 – 30 tahun

31 – 35 tahun

36 – 40 tahun

> 40 tahun

skala: rasio

- h. Tingkat pendidikan adalah pendidikan terakhir responden dalam analisis dibagi menjadi 5 peringkat:
 rendah, apabila pendidikan SD atau tidak sekolah
 sedang, apabila pendidikan SMP s/d SLTA
 tinggi, apabila pendidikan Perguruan tinggi
 skala : ordinal
- i. Status pekerjaan ibu adalah menentukan apakah ibu ikut bekerja mencari nafkah untuk keluarga, untuk analisis dibagi menjadi 2 kriteria:
 Bekerja, apabila ibu ikut mencari nafkah
 Tidak bekerja, apabila ibu tidak bekerja mencari nafkah
 Skala: nominal
- j. Jenis pekerjaan ibu adalah jenis pekerjaan untuk mencari nafkah, untuk analisis dibedakan menjadi 5 :
 Tidak bekerja, apabila ibu tidak mencari nafkah
 Buruh tani/bangunan, apabila mencari nafkah dengan menjadi buruh tani atau buruh bangunan upahan (tidak memiliki lahan sendiri)
 PNS (Pegawai Negeri Sipil), apabila menjadi pegawai di instansi pemerintah
 Karyawan swasta, apabila bekerja di instansi/kantor/perusahaan non pemerintah
 Wiraswasta/pedagang, apabila mencari nafkah dengan usaha sendiri/mandiri
 Sopir, apabila bekerja sebagai sopir upahan pada suatu perusahaan angkutan umum
 Nelayan, apabila bekerja menjadi nelayan
 Lainnya, apabila jenis pekerjaan diluar yang disebutkan diatas
 Skala kategorial : Kategorial politomus
- k. Tingkat sosioekonomi.
 Status sosial ekonomi ditentukan berdasarkan skor Bistok Saing, yaitu Status ekonomi tinggi (jumlah skor Bistok Saing 21-27), Status ekonomi sedang (jumlah skor Bistok Saing 15-20), Status ekonomi rendah (jumlah skor Bistok Saing 9-14). Adapun variabel penilaian adalah tempat tinggal, pendapatan perbulan, pendidikan kepala keluarga, bangunan rumah, kekayaan, status pemilikan rumah, jumlah anak, sumber air minum dan penerangan.

Skala: ordinal yaitu Tinggi, sedang dan rendah

l. Penghasilan keluarga adalah penghasilan total keluarga, untuk analisis dibagi menjadi

- < Rp. 440.000
- Rp.440.000- Rp.880.000
- >Rp. 880.000- Rp.1.320.000
- >Rp. 1.320.000- Rp.1.760.000
- Rp.1.760.000

skala: Ordinal

m. Jumlah anak adalah anak yang tinggal serumah dengan ibu, untuk analisis diperingkat menjadi:

- 1 – 3 anak
- 4 – 6 anak
- 6 anak

skala: Ordinal

n. Jarak ke Puskesmas/Pustu terdekat adalah pelayanan kesehatan primer yang paling mudah dijangkau, untuk analisis dibagi 4 peringkat

- < 100 m
- 100 - 500 m
- 500 - 1000 m
- 1000 m

skala: Ordinal

o. Jarak ke Rumah Sakit terdekat adalah pelayanan kesehatan rujukan yang paling mudah dijangkau, untuk analisis dibagi 4 peringkat

- < 100 m
- 100 - 500 m
- 500 - 1000 m
- 1000 m

skala: Ordinal

p. Pengasuhan anak adalah menentukan anak paling sering diasuh oleh ibu atau pihak lain selama ibu di rumah maupun bekerja di luar rumah, untuk analisis dibedakan menjadi 4 katagori:

- Pembantu
- Keluarga
- Diasuh Sendiri
- Tetangga

Skala: Kategorial politomus

q. Informasi Kejadian luar biasa DBD adalah a) berita wabah DBD dari media masa yang memberitakan tentang kejangkitan atau meninggal akibat wabah DBD di suatu daerah, nilai skor 1-2, b) jenis media masa, nilai skor 0-3 , c) terakhir mendapat informasi KLB DBD, nilai skor 0-3, untuk analisis dibedakan menjadi 3 peringkat:

- Kurang, apabila skor 1-3
- Cukup, apabila skor 4-6
- Kuat, apabila skor 7-8

Skala : ordinal

r. Sumber informasi utama DBD adalah sumber informasi tentang DBD yang paling sering diterima responden (responden merasa paling sering mendengar/membaca/melihat dari sumber tersebut), untuk analisis dibedakan menjadi 4 kategori:

Media elektronik, apabila sumber utama dari televisi, radio

Media cetak, apabila sumber utama dari koran/majalah

Penyuluhan petugas, apabila sumber utama adalah sering mendengar penyuluhan dari petugas kesehatan

Skala : Kategorial politomus

s. Frekuensi penyuluhan adalah banyaknya penyuluhan kesehatan yang rutin diikuti responden, untuk analisis dibedakan menjadi 4 peringkat:

- 1X minggu,
- 1 X /2minggu,
- 1 X /bulan,

- Tidak tentu/jarang hadir/lupa

Skala: Ordinal

t. Pengalaman sakit, meninggal DBD adalah menentukan secara rinci riwayat adanya kejadian DBD yang diderita dengan membedakan anak, anggota keluarga serumah atau tetangga juga dibedakan antara yang sakit atau meninggal, untuk analisis dibedakan 2 kategori:

- Ya, apabila pernah ada anak atau anggota keluarga serumah atau tetangga yang sakit atau meninggal karena DBD
- Tidak, apabila tidak pernah ada anak atau anggota keluarga serumah atau tetangga yang sakit atau meninggal karena DBD

Skala: nominal

u. Pengalaman ada atau tidak kejadian DBD adalah menentukan apakah ibu pernah mengalami atau tahu kejadian DBD tanpa memperhatikan faktor siapa yang sakit atau meninggal, untuk analisis dibedakan menjadi 2 kategori:

- Tidak ada, apabila tidak pernah ada pengalaman sama sekali tentang sakit DBD pada anak/anggota keluarga serumah/tetangga
- Ada, apabila pernah ada pengalaman sakit DBD pada anak /anggota keluarga serumah/tetangga

3.7. Cara pengumpulan data

3.7.1. Instrumen penelitian

Pengumpulan data akan menggunakan metode *structured interview* menggunakan kuesioner yang sudah dipersiapkan sebelumnya.

Validitas dan reliabilitas kuesioner akan diuji sebelum penelitian dimulai. Validitas kuesioner akan diuji dengan cara mengirimkan kuesioner kepada 3 orang ahli dibidang Ilmu Kesehatan anak, khususnya mengenai dengue (*expert validity*) dan akan diuji masing-masing item pertanyaan pada kuesioner. Setiap item akan dinilai (+) 1 apabila sesuai dengan tujuan penelitian, (-) 1 apabila tidak sesuai dengan tujuan penelitian dan 0 apabila ragu-ragu. Selanjutnya nilai dari masing-masing ahli untuk item tersebut akan dijumlah dan dibagi 3. Item pertanyaan dengan nilai $\geq 0,5$ akan digunakan dalam kuesioner.

Reliabilitas akan kuesioner akan dinilai berdasarkan koefisien reliabilitas Cronbach alfa oleh karena item jawaban kuesioner dalam skala Likert. Nilai Cronbach alfa $\geq 0,7$ menunjukkan reliabilitas yang baik dari kuesioner.

3.7.2. Sumber data

Data primer Data perilaku DBD ibu didapatkan dari wawancara dengan kuesioner dan pengamatan langsung di rumah responden dan lingkungan sekitar rumah. Data sekunder Populasi terjangkau, didapatkan dari hasil "Penelitian bersama DBD kohort Indonesia-Netherlands"

3.7.3. Cara pengumpulan data

Setelah mendapatkan data responden, dilakukan wawancara dan pengamatan langsung menggunakan kuesioner yang menanyakan mengenai identitas dan perilaku responden terhadap DBD dalam hal: a) Kewaspadaan/perhatian terhadap DBD, b) Pengenalan gejala awal DBD, c) Pertolongan pertama pada anak dengan gejala DBD, dan d) Keputusan merujuk/berobat ke sarana pelayanan kesehatan.

3.8. Analisis data

Sebelum analisa dilakukan data *cleaning*, tabulasi data dan data entry. Analisa data meliputi analisa deskriptif dan uji hipotesis. Pada analisa deskriptif data dengan skala kategorial akan dinyatakan dalam distribusi frekuensi dan persentase, sedangkan data dengan skala kontinyu akan dinyatakan dalam rerata dan simpang baku. Analisa bivariat dengan uji hipotesis menggunakan uji X^2 untuk tingkat respons ibu dan semua faktor risiko di 3 wilayah endemis, uji ini dipilih oleh karena variabel terikat dan variabel bebas berskala kategorial. Analisis multivariat untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-masing variabel pengganggu (faktor risiko) terhadap respons ibu dengan uji multivariat regresi logistik, akhirnya akan didapatkan nilai estimasi adjusted Odds Ratio. Besarnya pengaruh akan dinyatakan dengan besaran risiko yaitu rasio odd (OR). $OR > 2$ dianggap sebagai faktor risiko. Batas kemaknaan adalah apabila $p \leq 0.05$ dengan 95 % interval kepercayaan.

3.9. Etika penelitian

Ijin dan persetujuan oleh institusi yaitu Bidang Penelitian FK UNDIP/Komisi Etik akan diminta sebelum penelitian lapangan berjalan. Seluruh orang tua/ibu akan diminta persetujuannya secara tertulis (*informed concern*) Pada saat meminta persetujuan akan diberikan penjelasan secara lisan dan tertulis mengenai manfaat dan maksud penelitian. Seluruh biaya yang berkenaan dengan penelitian akan menjadi tanggung jawab peneliti. Selanjutnya kepada seluruh responden/anak akan diberikan sekedar penghargaan karena telah berpartisipasi dalam penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran umum daerah penelitian

4.1.1. Kota Semarang

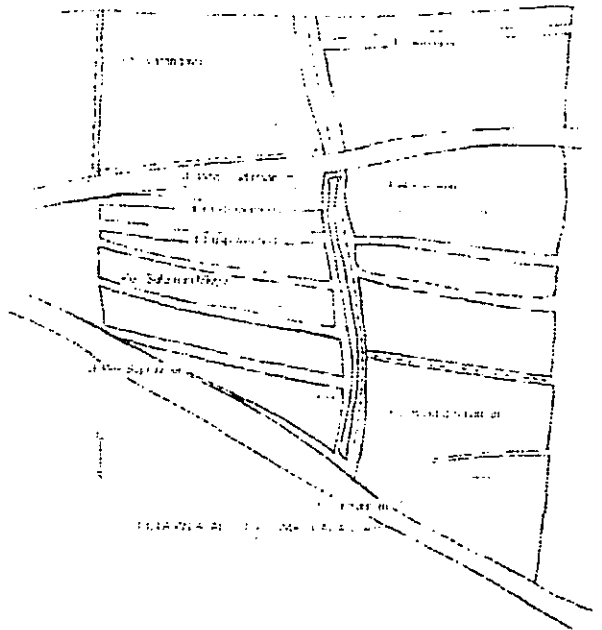
Kota Semarang adalah ibukota Propinsi Jawa Tengah. Secara administratif terdiri dari 16 kecamatan dan 177 kelurahan. Kota Semarang terletak pada pantai utara pulau Jawa dengan ketinggian 0,75 - 348 meter diatas garis pantai. Luas wilayah kota adalah 373.70 km² yang terdiri hampir 90% bukan lahan sawah dan 10% lahan sawah.

Jumlah penduduk kota Semarang tahun 2003 adalah 1.378.193 jiwa yang terdiri dari 684.705 pria dan 693.488 wanita. Mereka tersebar diseluruh bagian kota dengan konsentrasi di kota bagian dataran rendah (kota bawah). Kepadatan penduduk sekitar 36,88 jiwa/km².

Sarana kesehatan terdiri dari 24 rumah sakit (14 RS umum dan 10 RS khusus), 37 puskesmas dan 34 puskesmas pembantu. Tenaga kesehatan terdiri dari 931 dokter spesialis, 789 dokter umum, 1537 perawat dan 412 bidan.

Kota Semarang adalah daerah endemis DBD dengan 986 kasus, *Insiden Rate* (IR) 7,5/10.000 penduduk dan CFR 1,01% pada tahun 2001, 607 kasus, IR 3,36/10.000 penduduk dan CFR 0,5% pada tahun 2002 dan 1128 kasus, IR 8,5/10.000 penduduk dan CFR 0,9% pada tahun 2003. Angka Bebas Jentik (ABJ) kota Semarang adalah 86% pada tahun 2003.

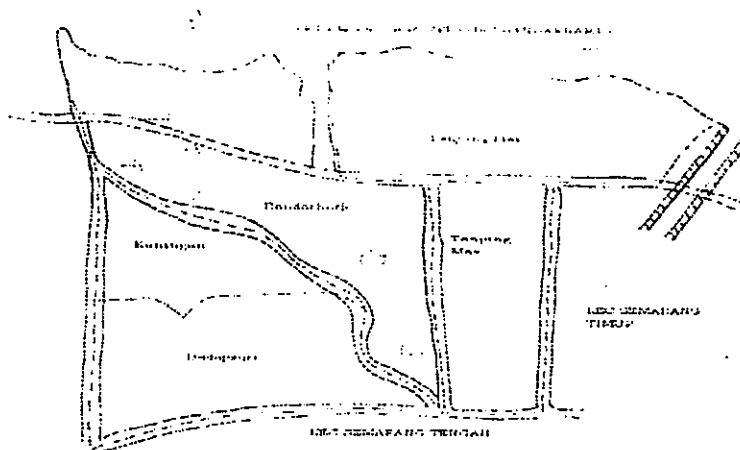
\pm 35 kali kota Semarang). Pada tahun 2003 terdata 18 kasus dengan IR 6,5 per 10.000 penduduk.



Gambar 7. Peta wilayah Puskesmas Karangayu

4.1.4. Puskesmas Bandarharjo

Puskesmas Bandarharjo terdiri dari 4 kelurahan. Jumlah penduduk 71,857 jiwa yang tersebar di 18,63 km² dengan kepadatan penduduk 3.857 jiwa per km² (\pm 100 kali kepadatan kota Semarang). Pada tahun 2003 terdata 48 kasus dengan IR 6.7 per 10.000 penduduk.



Gambar 8. Peta wilayah Puskesmas Bandarharjo

4.2. Deskripsi karakteristik responden dan faktor-faktor yang berkaitan dengan respons ibu terhadap DBD (Demam Berdarah Dengue)

Responden adalah ibu dari anak yang mengikuti penelitian bersama Indonesia - Netherlands. Responden berjumlah 90 yang terdiri dari masing-masing 30 responden per wilayah puskesmas.

4.2.1. Distribusi karakteristik ibu

Tabel 1. menampilkan distribusi beberapa karakteristik ibu: umur ibu, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pendapatan keluarga, jumlah anak, dan tingkat sosioekonomi.

Jenis variabel	Frekuensi	%
Golongan umur (tahun)		
< 26	7	7.8
26 - 30	28	31.1
31 - 35	27	30.0
36 - 40	21	23.3
> 40	7	7.8
Tingkat pendidikan		
Rendah	33	36.7
Menengah	49	54.4
Tinggi	8	8.9
Pekerjaan		
Bekerja	36	40
Tidak bekerja	54	60
Tingkat pendapatan keluarga		
< Rp. 440.000	29	19.2
Rp.440.000- Rp.880.000	39	43.3
>Rp. 880.000- Rp.1.320.000	12	13.3
>Rp. 1.320.000- Rp.1.760.000	7	7.8
> Rp.1.760.000	3	3.3
Jumlah anak		
1 - 3	76	84.4
4 - 6	11	12.2
> 6	3	3.3
Sosial ekonomi		
Rendah	0	0.0
Menengah	81	90.0
Atas	9	10.0

Sebagian besar responden berusia 26-30 tahun yaitu sejumlah 28 responden (31,1%), disusul oleh kelompok 31-35 tahun 27 responden dan terakhir adalah < 26 tahun dan > 40 tahun yaitu masing-masing 7 responden (7,8%). Diketahui umur terbanyak responden adalah 26 th s/d 40 th, karena sasaran memang ditujukan pada ibu usia produktif yang masih memiliki anak 3-4th. Secara lebih lengkap dapat dilihat pada tabel 1.

Latar belakang pendidikan sebagian besar responden adalah tingkat menengah (pendidikan 12 tahun) (54,4%). Selanjutnya adalah rendah (< 9 tahun) sebanyak 36,7% dan tinggi (8,9%) seperti yang tergambar pada tabel .1.

Sebagian besar responden adalah tidak bekerja (60%), sedangkan yang bekerja hanya 36 orang (40%), sebagaimana ditunjukkan pada tabel .1.

Pendapatan keluarga merupakan penghasilan ayah digabung dengan penghasilan ibu dalam keluarga. Bagian terbesar adalah berpenghasilan tinggi (40%) dan hanya 27,8% yang berpenghasilan kurang. Secara lebih detail dapat dilihat pada tabel 1.

Jumlah anak 1-3 ternyata menempati urutan yang terbanyak (84,4%) dan hanya 3,3% responden yang mempunyai anak lebih dari 6. Data dapat dilihat pada tabel.1.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ternyata tidak ditemukan responden dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah. 90.0% responden mempunyai klasifikasi sosial ekonomi menengah, 10.0% memiliki tingkat sosioekonomi atas . Lebih lengkap dapat dilihat pada tabel.1.

4.2.2. Distribusi faktor-faktor yang berkaitan dengan respons ibu terhadap DBD

Tabel 2. menampilkan distribusi faktor-faktor yang berkaitan dengan respons ibu: jarak ke pelayanan kesehatan, pengasuhan anak, pengalaman sakit DBD, tingkat berita KLB (Kejadian Luar Biasa) DBD, sumber informasi utama DBD, dan frekuensi penyuluhan yang dihadiri ibu.

Tabel 2. Distribusi Faktor-faktor yang berkaitan dengan respon ibu terhadap DBD

Jenis variabel	Kuantitas	Prosentasi
Jarak ke Puskesmas/Pustu terdekat		
100 meter	4	4.4
100-500 meter	28	31.1
> 500-1000 meter	9	10.0
> 1000 meter	49	54.4
Jarak ke Rumah Sakit terdekat		
< 100 meter	0	0.0
100-500 meter	3	3.3
> 500-1000 meter	7	7.8
> 1000 meter	80	88.9
Paling sering mengasuh anak		
Pembantu	4	4.4
Keluarga	27	30.0
Diasuh sendiri	56	62.2
Tetangga	3	3.3
Pengalaman sakit, meninggal DBD pada anak, anggota keluarga dan tetangga		
Anak sakit DBD		
Ya	8	8.9
Tidak	82	91.1
Anggota keluarga lain sakit DBD		
Ya	10	11.1
Tidak	80	88.9
Anggota keluarga meninggal karena DBD		
Ya	2	2.0
Tidak	8	8.0
Tetangga ada yang sakit DBD		
Ya	54	60.0
Tidak	36	40.0
Tetangga ada yang meninggal karena DBD		
Ya	12	22.2
Tidak	42	77.8
Tingkat informasi KLB DBD		
Kurang	19	21.1
Cukup	62	68.9
Kuat	9	10.0
Media sumber informasi utama tentang DBD		
Radio/televisi	84	93.3
Majalah/Koran	2	2.2
Penyuluhan petugas	4	4.4
Frekuensi penyuluhan DBD yang diterima		
1X/minggu	2	2.2
1 X /2minggu	4	4.4
1 X /bulan	45	50.0
Tidak tentu/jarang hadir/lupa	39	43.3

Jarak ke Puskesmas/Pustu terdekat sebagian agak jauh > 1 km, ada sebagian lain < 1 km cukup terjangkau karena lokasi daerah penelitian umumnya

di dalam kota sehingga relatif dekat dengan pelayanan kesehatan primer. Jarak ke Rumah Sakit terdekat umumnya > 1 km, meskipun dalam kota ada daerah tertentu yang agak jauh dengan Rumah Sakit. Lebih lengkap dapat dilihat pada tabel.2.

Hampir separo responden (54,4%) mengasuh anak mereka dengan baik dan hanya 7,8% responden yang kurang dalam pengasuhan anak. Sebagian besar anak diasuh sendiri (62.2%), beberapa faktor yang mungkin berpengaruh: 84.4% jumlah anak 1-3, 60% ibu tidak bekerja, 91 % ibu tidak mempunyai pembantu. Hal ini dapat diperhatikan pada tabel 2.

Sekitar 8.9 % dari 90 responden ada pengalaman anak sakit DBD, 11.1% dari 90 responden menyatakan anggota keluarga lain pernah sakit DBD, terdapat 2 responden menyatakan anggota keluarga meninggal karena DBD, sebagian besar responden (60% atau 54 responden) menyatakan tetangga pernah sakit DBD sedangkan 22% dari 54 responden menyatakan tetangga meninggal karena DBD.

Berita KLB DBD yang pernah diterima sebagian besar responden tingkatan cukup (68,9%), sedangkan tingkatan kuat hanya 10%. Informasi lebih lengkap dapat dilihat pada tabel.2.

Sumber informasi utama (yang paling sering diterima) tentang DBD, sebagian besar responden menyatakan bahwa radio/televisi (93,3%) adalah media yang tersering memberitakan tentang DBD. Sumber informasi dari petugas ternyata hanya 4,4%. Gambaran lebih lanjut terdapat pada tabel.2.

Umumnya responden mengikuti penyuluhan kesehatan 1x/bulan (50.0%), sebagian lain responden menyatakan lupa/jarang hadir/tidak tentu (43.3%) sebagaimana yang ditunjukkan pada tabel.2.

4.2.3. Distribusi tingkat respons ibu terhadap DBD

Tabel 3. menampilkan distribusi beberapa variable respons ibu yaitu Tingkat kewaspadaan, pengenalan gejala dini, pertolongan dini, dan kesadaran merujuk anak DBD.

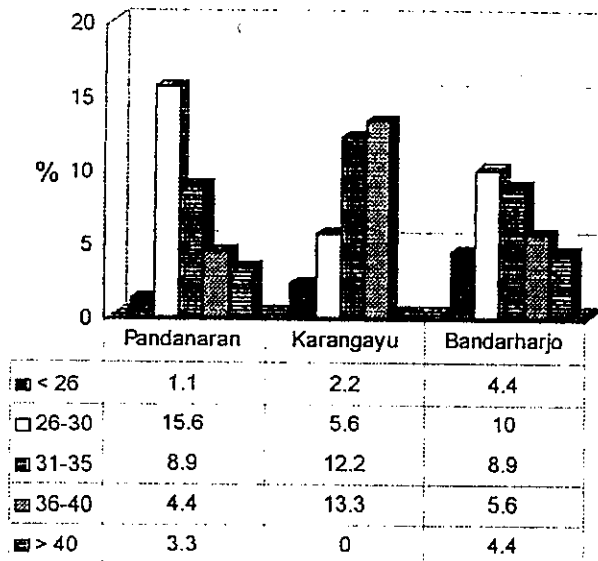
Jenis variabel	Frekuensi	%
Tingkat kewaspadaan responden terhadap DBD		
Buruk	30	33.3
Baik	60	66.7
Tingkat pengenalan gejala DBD		
Buruk	48	53.3
Baik	42	46.7
Tingkat pertolongan dini anak DBD		
Buruk	24	26.7
Baik	66	73.3
Tingkat kesadaran merujuk anak DBD		
Buruk	38	42.2
Baik	52	57.8

Tingkat kewaspadaan responden terhadap DBD sebagian besar responden adalah baik (66.7%), yang buruk 33.3%. Tingkatan responden dalam pengenalan gejala dini hampir sama antara yang buruk (53.3%) dengan yang baik (46.7%). Tingkat pertolongan dini yang telah atau akan dilakukan responden bila menghadapi anak dengan gejala awal DBD sebagian besar baik (75.3%), dan 26.7% buruk. Sebagian besar tingkat kesadaran merujuk anak dengan gejala awal DBD responden adalah baik (57.8%), diikuti oleh tingkat kesadaran merujuk buruk (42.2%). Secara lebih detail dapat diperhatikan pada tabel.3.

4.3. Hasil uji statistik hipotesa

4.3.1. Umur responden di tiga wilayah puskesmas

Umur responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang ditampilkan pada gambar 4.



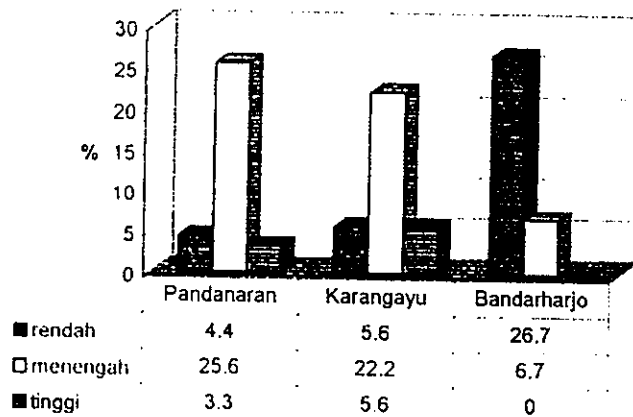
χ^2 16.17 df-8 p=0.04

Gambar 9. Perbedaan umur responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 9. tampak ada perbedaan bermakna pada distribusi kategori umur ibu di 3 wilayah puskesmas ($p=0.04$). Pada tabel tampak pada daerah Puskesmas Pandanaran (endemis tinggi) jumlah responden usia muda (≤ 30 tahun) adalah yang terbanyak yaitu 16.7%, sedangkan responden dengan usia lebih tua (> 30 tahun) lebih banyak pada daerah Puskesmas Karangayu (endemis sedang).

4.3.2. Tingkat pendidikan responden di tiga wilayah puskesmas

Kategori tingkat pendidikan responden di tiga wilayah puskesmas ditampilkan pada gambar 10.



$$\chi^2 = 37.923 \text{ df}=4 \text{ p}<0.001$$

Gambar 10 Perbedaan tingkat pendidikan responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 10. tampak bahwa ada perbedaan bermakna pada tingkat pendidikan ibu yang menjadi responden penelitian di 3 wilayah puskesmas. Pendidikan ibu yang rendah justru lebih banyak dijumpai di daerah endemis rendah (26.7%). Sedangkan tingkat pendidikan menengah lebih banyak dijumpai di daerah endemis tinggi (25.6%) dan endemis sedang (22.2%).

4.3.3. Status pekerjaan dan jenis pekerjaan responden di tiga wilayah puskesmas

Status pekerjaan dan jenis pekerjaan ibu yang menjadi responden di 3 wilayah puskesmas ditampilkan pada tabel 4. dan tabel 5.

Tabel 4. Status pekerjaan responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Status pekerjaan	Wilayah		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
Bekerja	15 (16.7)	13 (14.4)	8 (8.9)
Tidak Bekerja	15 (16.7)	17 (18.9)	22 (24.4)
$\chi^2 = 3.61$		df=2	p=0.2

Pada tabel 4, tampak bahwa daerah Puskesmas Bandarharjo (endemis rendah) dan Puskesmas Karangayu (endemis sedang) ibu yang tidak bekerja jumlahnya lebih besar dibanding dengan yang bekerja, sedangkan pada daerah

Puskesmas Pandanaran (endemis tinggi) jumlahnya sama, akan tetapi perbedaan tersebut adalah tidak bermakna ($p=0.2$).

Tabel 5. Jenis pekerjaan ibu di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Jenis pekerjaan ibu	Wilayah Puskesmas		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
Tidak bekerja	15 (16.7)	17 (18.9)	22 (24.4)
Buruh tam bangunan	4 (4.4)	4 (4.4)	4 (4.4)
PNS	3 (3.3)	0 (0.0)	3 (3.3)
Karyawan swasta	4 (4.4)	6 (6.7)	0 (0.0)
Wiraswasta dagang	4 (4.4)	2 (2.2)	1 (1.1)
Lain-lain	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)
$\chi^2 = 14.04$	Df=10		$p=0.2$

Pada tabel 5. jenis pekerjaan responden di daerah endemis rendah umumnya adalah buruh dan PNS, sedangkan di daerah endemis sedang umumnya adalah karyawan swasta dan dagang, di daerah endemis tinggi tampak sebaran jenis pekerjaan yang lebih merata. Secara statistik tidak dijumpai perbedaan yang bermakna ($p=0.2$).

4.3.4. Perbedaan tingkat pendapatan dan status ekonomi responden di tiga wilayah puskesmas

Tingkat pendapatan keluarga dan status ekonomi keluarga responden ditampilkan pada tabel 6. dan tabel 7.

Tabel 6. Tingkat pendapatan keluarga di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Tingkat pendapatan keluarga (perbulan)	Wilayah Puskesmas		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
< Rp. 440.000	6 (6.7)	4 (4.4)	19 (21.1)
Rp.440.000- Rp.880.000	14 (15.6)	16 (17.8)	9 (10.0)
> Rp. 880.000- Rp.1.320.000	5 (5.6)	6 (6.7)	1 (1.1)
> Rp. 1.320.000- Rp.1.760.000	5 (5.6)	2 (2.2)	0 (0.0)
> Rp 1.760.000	0 (0.0)	2 (2.2)	1(1.1)
$\chi^2=26.65$	Df=8		$p=0.001$

Data pada tabel 6. menunjukkan sebagian besar keluarga di daerah Bandarharjo memiliki tingkat pendapatan kurang dari Rp. 440,000,- rupiah perbulan sedangkan didaerah endemis tinggi dan sedang terbanyak adalah Rp. 440,000,- s/d Rp. 880.000,- perbulan. Perbedaan tersebut bermakna secara statistik ($p=0.001$).

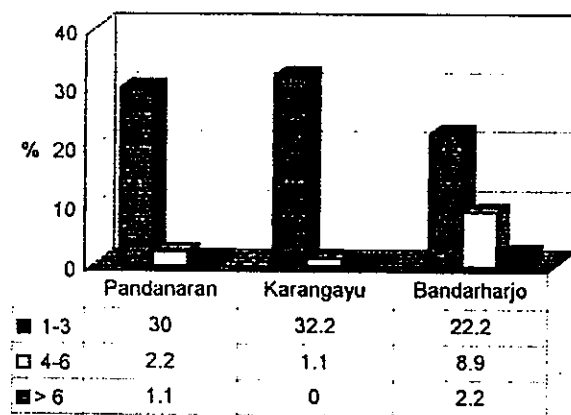
Tabel 7. Kategori status ekonomi responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Status ekonomi	Wilayah Puskesmas		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
Rendah	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Menengah	27 (30.0)	26 (28.9)	28 (31.1)
Tinggi	3 (3.3)	4 (4.4)	2 (2.2)
$\chi^2 = 0.741$		df= 2	p=0.7

Berbeda dengan tingkat pendapatan ibu, pada status ekonomi umumnya responden tergolong status ekonomi menengah, sosial ekonomi tinggi lebih banyak dijumpai di daerah dengan endemisitas sedang (Puskesmas Karang Ayu). Secara statistik tidak dijumpai adanya perbedaan yang bermakna pada status ekonomi pada 3 wilayah tersebut ($p=0.7$).

4.3.5. Perbedaan jumlah anak responden di tiga wilayah puskesmas

Jumlah anak responden di 3 wilayah ditampilkan gambar 11.



$$\chi^2 = 11.58 \quad Df=4 \quad p=0.02$$

Gambar 11. Perbedaan jumlah anak responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 11. tampak bahwa pada ke-3 wilayah umumnya jumlah anak adalah 1 s/d 3 anak setiap keluarganya. Tampak kecenderungan responden di wilayah Puskesmas Bandarharjo memiliki anak > 4 dibanding responden di wilayah Puskesmas Pandanaran ataupun Karangayu. Secara statistik dijumpai perbedaan yang bermakna antara jumlah anak di 3 wilayah penelitian ($p=0.02$).

4.3.6. Jarak ke tempat pelayanan kesehatan terdekat responden di tiga wilayah puskesmas

Jarak antara rumah tinggal responden dengan dengan tempat minta pertolongan terdekat bila anak sakit (Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Rumah Sakit) ditampilkan pada tabel 8 dan tabel 9.

Tabel 8. Jarak rumah responden ke Puskesmas/Pustu terdekat di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Jarak rumah ke Puskesmas / Pustu terdekat	Wilayah Puskesmas		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
< 100 m	1 (1.1)	0 (0.0)	3 (3.3)
100 – 500 m	2 (2.2)	1 (1.1)	25 (27.8)
500 – 1000 m	7 (7.8)	0 (0.0)	2 (2.2)
> 1000 m	20 (22.2)	29 (32.2)	0 (0.0)
$\chi^2=78.65$	Df=6		$p<0.001$

Tabel 9. Jarak rumah responden ke Rumah Sakit terdekat di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang.

Jarak rumah ke Rumah Sakit terdekat	Wilayah Rumah		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
< 100 m	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
100 – 500 m	3 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
500 – 1000 m	7 (7.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
> 1000 m	20 (22.2)	30 (33.3)	30 (33.3)
$\chi^2=22.5$	Df=4		$p<0.001$

Pada kedua tabel tampak bahwa umumnya jarak antara rumah responden dengan Puskesmas/Pustu terdekat di wilayah Puskesmas Bandarharjo adalah antara 100-500 m. Sedangkan di wilayah Puskesmas Pandanaran dan Karangayu umumnya lebih jauh yaitu > 1 km. Sedangkan jarak ke Rumah Sakit terdekat pada semua responden di wilayah puskesmas Karang Ayu (33.3%) dan Bandarharjo (33.3%) > 1 km, sebagian besar responden di Pandanaran (22.2%) jarak ke R.S terdekat juga > 1km. Umumnya jarak ke Rumah Sakit terdekat pada sebagian besar responden di 3 wilayah endemis > 1 km. Perbedaan jarak ke Puskesmas maupun R.S terdekat secara statistik bermakna $p < 0.001$.

4.3.7. Perbedaan distribusi pengasuhan anak responden di tiga wilayah puskesmas

Pola pengasuhan anak responden di 3 wilayah puskesmas ditampilkan pada tabel.10.

Tabel 10. Perbedaan distribusi pengasuhan anak responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Orang yang paling sering mengasuh anak	Wilayah Puskesmas		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
Pembantu	1 (1.1)	3 (3.3)	0 (0.0)
Keluarga	12 (13.3)	9 (10.0)	6 (6.7)
Diasuh Sendiri	16 (17.8)	18 (20.0)	22 (24.4)
Tetangga	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (2.2)
$\chi^2 = 8.50$	Df=6		p=0.2

Pada tabel 10. tampak bahwa pada umumnya anak diasuh sendiri oleh ibu, hanya dijumpai 1 anak endemis tinggi dan 3 anak di daerah endemis sedang yang diasuh oleh pembantu. Selain diasuh oleh ibu sebagian besar anak juga diasuh oleh keluarga, hanya 1 anak di daerah endemis tinggi diasuh oleh tetangga dan 2 anak di daerah endemis rendah.

4.3.8. Perbedaan tingkat informasi KLB DBD dari media masa di tiga wilayah puskesmas

Informasi Kejadian luar Biasa melalui media masa ditampilkan pada tabel 11.

Tabel 11. Tingkat informasi KLB DBD di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Tingkat informasi KLB DBD	Wilayah Puskesmas		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
Kurang	6 (6.7)	3 (3.3)	10 (11.1)
Cukup	21 (23.3)	25 (27.8)	16 (17.8)
Kuat	3 (3.3)	2 (2.2)	4 (4.4)
$\chi^2 = 6.53$	Df=4		p=0.2

Tingkat informasi media masa yang menyiarkan berita KLB DBD di 3 wilayah endemis ternyata tidak berbeda bermakna $p=0.2$. Tingkat informasi KLB DBD cukup dan kuat sebagian besar di wilayah Pandanaran (23.3%) dan Karangayu (27.8%). Tingkat informasi yang kurang terutama di Bandarharjo (11.1%).

4.3.9. Media sumber informasi tersering digunakan responden di tiga wilayah puskesmas

Media sumber informasi tersering digunakan responden di 3 wilayah puskesmas ditampilkan pada tabel 12.

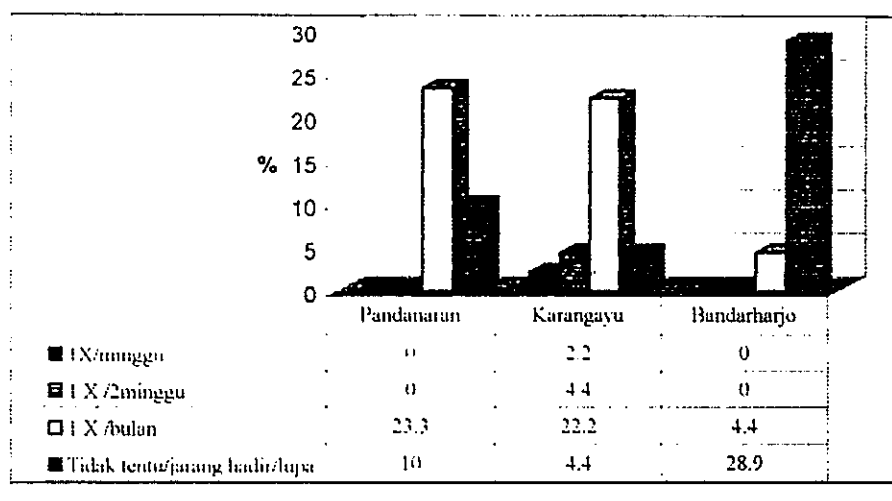
Tabel 12. Media sumber informasi tersering digunakan responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Sumber informasi yang paling sering	Wilayah Puskesmas		
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo
Televisi	25 (29.4)	26 (30.6)	28 (32.9)
Majalah	1 (1.2)	1 (1.2)	0 (0.0)
Cerita orang lain	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.4)
Penyuluhan Kesehatan	1 (1.2)	1 (1.2)	0 (0.0)
$\chi^2 = 5.85$	Df=6		p=0.4

Pada tabel 12. tampak bahwa sumber informasi yang paling sering digunakan oleh responden di 3 wilayah puskesmas adalah televisi. Hal yang menarik adalah di daerah endemis rendah (Puskesmas Bandarharjo) dijumpai 2 ibu yang mengatakan cerita orang lain adalah sumber informasi tersering yang digunakan. Walaupun demikian tidak ada perbedaan yang bermakna antara media informasi yang digunakan.

4.3.10. Perbedaan Frekuensi penyuluhan yang diterima responden di tiga wilayah puskesmas

Frekuensi penyuluhan yang diterima responden ditampilkan di gambar 8.



χ^2 44.59 Df-6 $p < 0.001$

Gambar 12. Perbedaan frekuensi penyuluhan yang diterima responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 12. tampak bahwa di daerah endemis tinggi dan sedang pada umumnya responden mengikuti penyuluhan 1 X perbulan, sedangkan di daerah endemis rendah umumnya tidak tentu / jarang hadir / lupa untuk mengikuti penyuluhan. Dari tabel juga tampak bahwa responden di daerah endemis sedang lebih banyak yang sering menerima penyuluhan dibanding daerah endemis tinggi ataupun sedang. Secara statistik dijumpai adanya perbedaan yang bermakna pada frekuensi penyuluhan yang diterima responden di 3 wilayah penelitian ($p < 0.001$).

4.3.11. Pengalaman sakit, meninggal DBD pada anak, anggota keluarga dan tetangga di tiga wilayah puskesmas

Pengalaman sakit DBD pada anak, anggota keluarga dan tetangga di tiga wilayah puskesmas pada tabel 13.

Tabel 13. Pengalaman sakit, meninggal DBD pada anak, anggota keluarga dan tetangga di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Variabel	Wilayah Puskesmas			p
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo	
Anak sakit DBD				
Ya	5 (5.6)	3 (3.3)	0 (0.0)	0.07
Tidak	25 (27.8)	27 (30.0)	30 (33.3)	
Anggota keluarga lain sakit DBD				
Ya	4 (4.4)	5 (5.6)	1 (1.1)	0.2
Tidak	26 (28.9)	25 (27.8)	29 (32.2)	
Anggota keluarga meninggal karena DBD				
Ya	1 (10.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	0.9
Tidak	3 (30.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	
Tetangga ada yang sakit DBD				
Ya	22 (24.4)	23 (25.6)	9 (10.0)	<0.001
Tidak	8 (8.9)	7 (7.8)	21 (23.3)	
Tetangga ada yang meninggal karena DBD				
Ya	5 (9.3)	3 (5.6)	4 (7.4)	0.15
Tidak	17 (31.5)	20 (37.0)	5 (9.3)	

Pada tabel 13. tampak bahwa kejadian anak, anggota keluarga lain yang sakit DBD di daerah endemis tinggi dan sedang lebih tinggi dibanding daerah endemis rendah, walaupun demikian perbedaan tersebut adalah tidak bermakna. Perbedaan yang bermakna dijumpai pada adanya tetangga yang sakit DBD, dimana persentase tetangga sakit DBD lebih banyak dijumpai daerah endemis tinggi dan sedang.

4.3.12. Pengalaman ada atau tidak kejadian DBD di tiga wilayah puskesmas

Pengalaman ada atau tidak kejadian DBD di tiga wilayah puskesmas pada tabel 14.

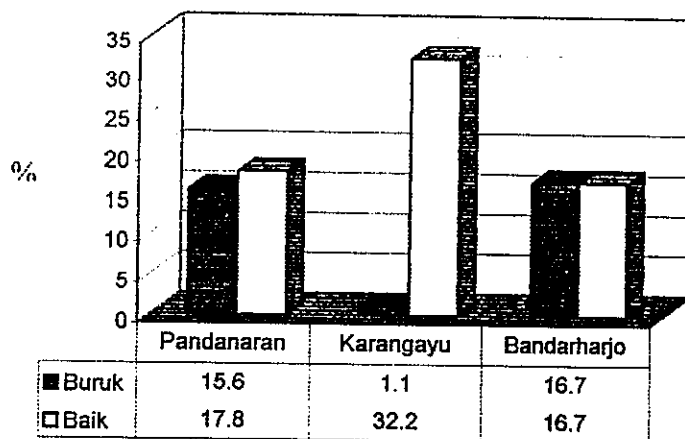
Tabel 14. Pengalaman ada atau tidak kejadian DBD di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pengalaman kasus DBD	Wilayah Puskesmas			
	Pandanaran	Karangayu	Bandarharjo	
Tidak ada	5 (5.6)	5 (5.6)	20 (22.2)	30
Ada	25 (27.8)	25 (27.8)	10 (11.1)	60
$\chi^2=2.2.5$	Df=2			$p < 0.001$

Pada tabel 14. dijumpai perbedaan bermakna $p < 0.001$ pada pengalaman sakit/meninggal pada anak/anggota keluarga serumah/tetangga karena DBD, di daerah endemis tinggi dan sedang responden lebih sering mengalami atau mengetahui adanya kasus DBD

4.3.13. Perbedaan tingkat kewaspadaan responden di tiga wilayah puskesmas

Tingkat kewaspadaan responden di 3 wilayah puskesmas ditampilkan di gambar 13.



$\chi^2=18.3$ Df=2 $p < 0.001$

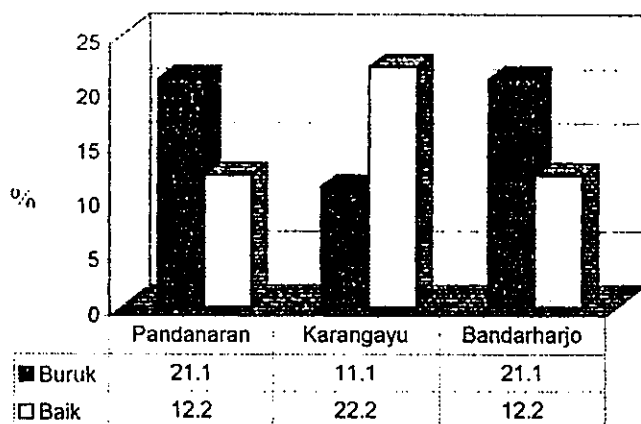
Gambar 13. Perbedaan tingkat kewaspadaan responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 13. tampak bahwa di daerah endemis tinggi dan rendah distribusi responden dengan tingkat kewaspadaan buruk dan baik hampir sama, meskipun tingkat kewaspadaan yang buruk lebih banyak dijumpai di Bandarharjo. Di daerah Karang Ayu umumnya tingkat kewaspadaan responden adalah baik, hanya 1 responden dengan tingkat kewaspadaan buruk. Secara

statistik dijumpai perbedaan yang bermakna pada tingkat kewaspadaan responden di 3 wilayah penelitian ($p < 0.001$).

4.3.14. Perbedaan tingkat pengenalan gejala DBD responden di tiga wilayah puskesmas

Tingkat pengenalan gejala DBD oleh responden ditampilkan di gambar 10.



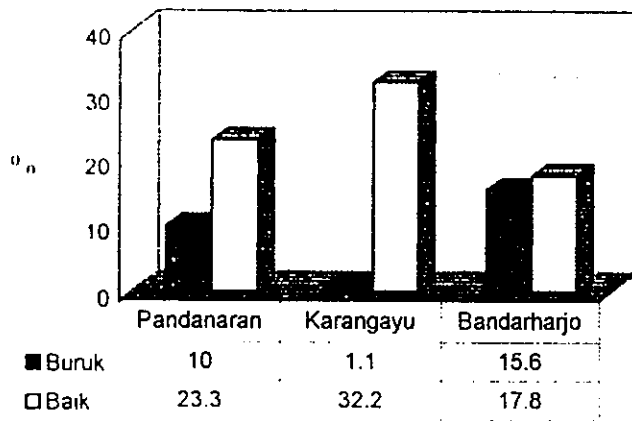
$$\chi^2 = 7.23 \quad Df = 2 \quad p = 0.03$$

Gambar 14. Perbedaan tingkat pengenalan gejala DBD oleh responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 14. tampak bahwa di wilayah Puskesmas Karang Ayu umumnya tingkat pengenalan gejala DBDD adalah baik. Tingkat pengenalan gejala DBD yang buruk lebih banyak di daerah Pandanaran (endemis tinggi) dan Bandarharjo (endemis rendah) dengan distribusi yang sama. Secara statistik dijumpai perbedaan yang bermakna pada tingkat pengenalan gejala DBDD oleh ibu di 3 wilayah puskesmas.

4.3.15. Perbedaan tingkat pertolongan pertama responden di tiga wilayah puskesmas

Perbedaan tingkat pertolongan pertama responden di 3 wilayah penelitian ditampilkan pada gambar 15.



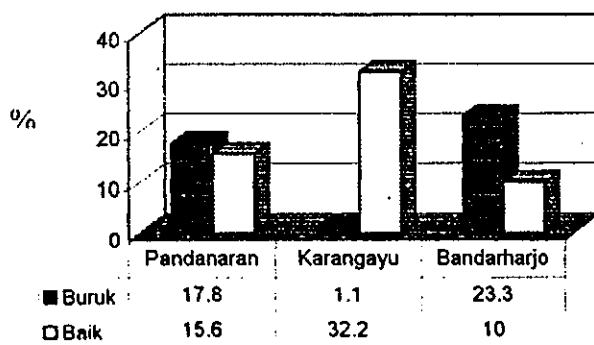
$\chi^2 = 14.66$ Df=2 $p < 0.001$

Gambar 15. Perbedaan tingkat pertolongan pertama responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 15, tampak bahwa tingkat pertolongan dini di daerah endemis tinggi dan endemis sedang umumnya adalah baik, sedangkan di daerah Pandanaran dan Karang Ayu adalah baik, terutama di Karang ayu hanya ada 1 responden dengan tingkat pertolongan dini yang buruk. Tingkat pertolongan dini yang buruk lebih banyak dijumpai pada responden di daerah Bandarharjo (endemis rendah). Perbedaan tingkat pertolongan dini di 3 wilayah penelitian tersebut adalah bermakna ($p=0.001$).

4.3.16. Perbedaan tingkat kesadaran merujuk responden di tiga wilayah puskesmas

Tingkat kesadaran merujuk di 3 wilayah penelitian ditampilkan di gambar 16.



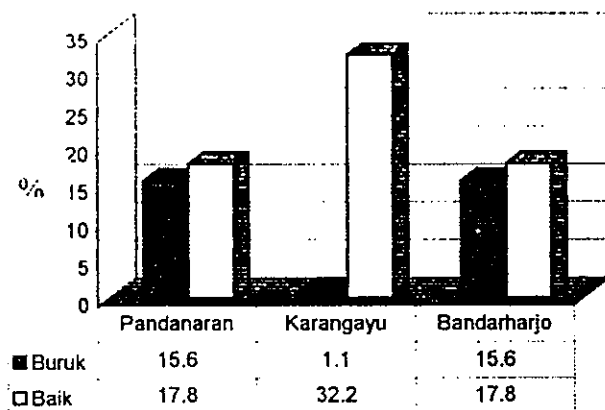
$\chi^2 = 29.61$ Df=2 $p < 0.001$

Gambar 16. Perbedaan tingkat kesadaran merujuk responden di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 16. tampak bahwa di daerah endemis tinggi lebih banyak dijumpai tingkat kesadaran merujuk yang buruk, responden dengan tingkat kesadaran merujuk yang buruk lebih banyak dijumpai di daerah endemis rendah (23.3%). Didaerah Karang Ayu (endemis sedang) umumnya adalah baik, hanya 1 responden tingkat kesadaran merujuk buruk. Secara statistik dijumpai perbedaan yang bermakna pada tingkat kesadaran merujuk responden di 3 wilayah ($p < 0.001$).

4.3.17. Perbedaan respons ibu di tiga wilayah puskesmas

Respons ibu terhadap penyakit DBD di 3 wilayah puskesmas ditampilkan pada gambar 17



$$\chi^2 = 17.196 \quad Df=2 \quad p < 0.001$$

Gambar 17. Respons ibu terhadap penyakit DBD di wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo Semarang

Pada gambar 17. tampak bahwa ibu yang memiliki respons baik terhadap penyakit DBD paling banyak dijumpai di daerah Puskesmas Karangayu (endemis sedang) 32.2%, sedangkan di daerah endemis tinggi dan rendah distribusinya sama. Daerah endemis sedang hanya 1 ibu dengan respon yang buruk, sedangkan di daerah endemis tinggi dan rendah jumlahnya sama. Secara statistik perbedaan distribusi respon ibu di 3 wilayah puskesmas adalah bermakna ($p < 0.001$).

4.3.18. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap respon ibu di tiga wilayah puskesmas

Hasil analisis multivariat regresi logistik ditampilkan pada tabel 15.

Tabel 15. Faktor-faktor yang berpengaruh pada respon ibu terhadap penyakit DBD di 3 wilayah puskesmas. Besarnya pengaruh dinyatakan sebagai rasio odd (*Odd ratio*=OR)

Variabel	OR	95% CI	p
Jumlah anak > 6	5.0	1.3 s/d 18.5	0.02
Status ekonomi kurang	3.6	0.8 s/d 17.4	0.1
Tidak mendapat informasi DBD	2.8	0.3 s/d 25.8	0.4
Umur ibu ≤ 35 tahun	1.8	0.5 s/d 7.2	0.4
Wilayah endemis tinggi	1.4	0.6 s/d 3.1	0.4
Pengalaman sakit DBD	1.4	0.3 s/d 6.8	0.7
Pendidikan ibu rendah	0.6	0.2 s/d 2.1	0.4

Pada tabel 15. tampak bahwa variabel jumlah anak > 6 merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap respon ibu yang buruk, dimana ibu dengan jumlah anak > 6 mempunyai risiko untuk mempunyai respon yang buruk adalah 5 kali lebih tinggi dibanding yang anaknya ≤ 6 ($p=0.02$). Variabel lain seperti umur ibu < 35 tahun, status ekonomi kurang dan tidak mendapat informasi tentang DBD khususnya dalam 3 bulan terakhir tampak juga merupakan faktor risiko untuk terjadinya respon ibu yang kurang, akan tetapi karena rentang interval kepercayaannya melewati angka 1 sehingga variabel-variabel tersebut belum dapat disimpulkan sebagai faktor risiko untuk kurangnya respon ibu terhadap penyakit DBD. Berbeda dengan hal tersebut diatas, tingkat pendidikan ibu yang rendah justru tampak sebagai faktor protektif (OR=0.6) terhadap respon ibu yang buruk, akan tetapi karena rentang interval kepercayaannya melewati angka 1 maka hal tersebut belum dapat disimpulkan.

BAB V

PEMBAHASAN

Penelitian terhadap 90 orang responden ibu yang bertempat tinggal tersebar di 3 wilayah Puskesmas: 30 orang di wilayah Puskesmas Pandanaran, 30 orang di wilayah Puskesmas Karangayu, dan 30 orang di wilayah Bandarharjo. Dari penelitian nampak beberapa karakteristik umur, pendidikan, pekerjaan ibu, tingkat sosial ekonomi, jangkauan pelayanan kesehatan, pengasuhan anak, pengalaman sakit/meninggal karena DBD anggota keluarga/tetangga, sampai keterlibatan informasi DBD (dari media cetak/elektronik), dan penyuluhan kesehatan di 3 wilayah endemis DBD yaitu wilayah kerja Puskesmas Pandanaran (endemis tinggi), Puskesmas Karangayu (endemis sedang), dan Puskesmas Bandarharjo (endemis rendah). Juga nampak perbedaaan respons ibu di 3 wilayah, apabila dilakukan peringkat maka urutan respons ibu terbaik adalah pertama wilayah Karangayu, peringkat kedua Pandanaran, ketiga Bandarharjo. Meskipun proporsi respons baik dan buruk hampir sama antara wilayah Pandanaran dengan Bandarharjo, tetapi wilayah Bandarharjo untuk tingkat pertolongan awal dan tingkat merujuk jauh lebih buruk dibanding wilayah Pandanaran. Jumlah anak > 6 merupakan faktor paling bermakna yaitu berisiko 5.0 kali lebih tinggi menjadi respons buruk dibanding anak < 6. Jumlah anak > 4 cenderung dimiliki ibu di wilayah Bandarharjo dibanding 2 wilayah lainnya.

Karangayu memiliki secara umum tingkat respons baik, kemungkinan dilarbelakangi faktor sebagai berikut: tingkat pendidikan lebih banyak menengah (22.2%) ke atas daripada pendidikan rendah, jumlah anak umumnya 1-3 anak (32.2%), dan pengalaman tetangga sakit DBD cukup banyak (25.6% dari total responden Karangayu).

Karakteristik demografi seperti umur, seks, jumlah keluarga, adalah variabel yang sering digunakan dengan asumsi variabel tersebut sedikit banyak berhubungan dengan perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan, penggunaan pelayanan kesehatan (perilaku mencari pengobatan). Model struktur sosial sering menggunakan variabel pendidikan, pekerjaan untuk menggambarkan keadaan sosial seperti gaya hidup dari

kedudukan sosial tertentu dengan kata lain perbedaan latar belakang sosial mempunyai kecenderungan yang berbeda dalam pemahaman dan reaksi terhadap kesehatan mereka⁶.

Hasil penelitian terdapat perbedaan bermakna di 3 wilayah endemis pada karakteristik ibu: umur dengan $p=0.04$, pendidikan dengan $p< 0.001$ dan jumlah anak dengan $p=0.02$, penghasilan keluarga $p=0.001$. Tetapi tidak ditemukan perbedaan bermakna di 3 wilayah endemis antara lain pekerjaan ibu, dan tingkat sosioekonomi. Faktor karakteristik tidak selalu berkaitan dengan derajat kesehatan, penelitian di Chainat Hospitals Thailand menyatakan bahwa karakteristik ibu (umur, pekerjaan) tidak berbeda bermakna terhadap pengetahuan DBD maupun tingkat perhatian pada anak sakit DBD¹².

Gambar 9. menampilkan responden umur < 30 th lebih banyak di wilayah Puskesmas Pandanaran yaitu 16.7%, responden usia > 30 th lebih banyak di Karangayu yaitu 27.7%, terdapat perbedaan bermakna pada distribusi umur responden di ketiga wilayah endemis dengan $p= 0.04$.

Gambar 10. menampilkan tingkat pendidikan responden yang rendah lebih banyak dijumpai di wilayah Puskesmas Bandarharjo yaitu 26.7%, tingkat pendidikan menengah lebih banyak dijumpai di wilayah Puskesmas Pandanaran (25.6%) dan Karangayu (22.2%), dengan $p< 0.001$.

Gambar 11. menunjukkan kecenderungan responden di wilayah Puskesmas Bandarharjo memiliki anak > 4 (8.9%) dibanding responden di wilayah Puskesmas Pandanaran (2.2%) dan Karangayu (1.1%), dengan $p=0.02$.

Sebagian besar keluarga di daerah Bandarharjo memiliki tingkat pendapatan kurang dari Rp. 440,000,- rupiah perbulan sedangkan di daerah endemis tinggi dan sedang terbanyak adalah Rp. 440,000,- s/d Rp. 880.000,- perbulan. Perbedaan tersebut bermakna secara statistik ($p=0.001$) ditampilkan pada tabel.6 .

Tidak ada perbedaan bermakna di 3 wilayah endemis dalam pengasuhan anak, informasi KLB DBD, dan sumber informasi utama tentang DBD.

5.1. Perbedaan Respons ibu di 3 wilayah endemis

Respons ibu mengandung 4 jenis variabel yaitu tingkat kewaspadaan terhadap DBD, pengenalan gejala awal DBD, pertolongan pertama anak gejala DBD, dan tingkat merujuk anak gejala DBD ke Rumah Sakit/dokter.

Perbedaan tingkat kewaspadaan di 3 wilayah endemis ditunjukkan dalam gambar 13. secara statistik bermakna $p < 0.001$, nampak tingkat kewaspadaan yang baik didominasi responden dari wilayah Karangayu (32.2%). Responden di wilayah Pandanaran dan Bandarharjo perbandingan tingkat kewaspadaan baik dan buruk hampir sama, responden di Pandanaran 15.6% buruk, 17.8% baik, dan Bandarharjo 16.7% buruk, 16.7% baik.

Gambar 14. menunjukkan tingkat pengenalan gejala awal di 3 wilayah endemis. Tingkat pengenalan gejala dini DBD yang buruk lebih banyak dijumpai pada ibu wilayah Pandanaran (21.1%) dan Bandarharjo (21.1%), ibu dengan tingkat pengenalan gejala dini yang baik banyak ditemukan di wilayah Karangayu (22.2%). Perbedaan tingkat pengenalan gejala dini DBD di 3 wilayah endemis secara statistik bermakna $p = 0.03$.

Gambar 15. menunjukkan perbedaan bermakna tingkat pertolongan pertama DBD di 3 wilayah endemis $p = 0.001$. Sebagian besar tingkat pertolongan dini DBD yang baik paling banyak di wilayah Karangayu (32.2%), dan Pandanaran (23.3%), tingkatan yang buruk paling banyak ditemukan di Bandarharjo (17.8%).

Gambar 16. menampilkan bahwa tingkat kesadaran merujuk terdapat perbedaan bermakna di 3 wilayah $p < 0.001$. Tingkat merujuk yang baik paling banyak di temukan di wilayah Karangayu (32.2% atau hampir semua responden tingkat merujuk anak sakit gejala DBD adalah baik. Tingkat kesadaran merujuk yang buruk paling banyak ditemukan di Bandarharjo (23.3%), dengan $p < 0.001$.

Bila keempat jenis respons tersebut digabungkan ditampilkan pada gambar 17. terdapat perbedaan bermakna ($p < 0.001$) respons ibu di tiga wilayah endemis DBD berdasarkan kriteria respons baik dan buruk. Total 67.8% ibu dengan respons yang baik, dan 32.2% dengan tingkat respons yang buruk. Ibu dengan respons baik paling banyak ditemukan di wilayah Puskesmas Karangayu (endemis sedang) yaitu 32.2% dan hanya

ada 1 responden dengan respons buruk. Sedangkan wilayah Puskesmas Pandanaran dan Bandarharjo hasilnya sama, yaitu 15.6 % respon buruk dan 17.8% respons baik.

Faktor rendahnya tingkatan merujuk, dan pemberian pertolongan pertama di Bandarharjo juga diikuti dengan perbedaan bermakna beberapa variabel wilayah Bandarharjo dibandingkan Pandanaran dan Karangayu, antara lain: 1) banyaknya ibu Bandarharjo dengan pendidikan yang rendah 2) banyak ibu dengan penghasilan keluarga rendah, 3) banyaknya ibu wilayah Bandarharjo yang jarang mengikuti penyuluhan kesehatan, dan 4) lebih sedikitnya pengalaman sakit DBD pada tetangga yang diketahui responden.

Apakah keempat faktor diatas (pendidikan, penghasilan keluarga, jarang hadir ke penyuluhan kesehatan, pengalaman sakit DBD) menyebabkan buruknya tingkat pertolongan dini atau kesadaran merujuk anak sakit, dalam hal ini tidak diketahui karena penelitian tidak mencari hubungan korelasi hanya menyatakan adanya perbedaan yang cenderung sama pada keenam variabel tersebut di 3 wilayah endemis.

Penelitian di Chainat Hospitals menyatakan faktor pendidikan ibu dan penghasilan keluarga berbeda bermakna terhadap tingkat pengetahuan dan perhatian terhadap anak sakit DBD¹². Diperlukan penelitian lagi yang bisa menganalisis korelasi antara tingkat pendidikan, dan penghasilan keluarga terhadap respons ibu di 3 wilayah endemis ini.

Pada penelitian tingkat sosioekonomi tidak berbeda bermakna di 3 wilayah endemis dengan $p=0.7$ ditampilkan pada tabel 7. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan status sosioekonomi menggunakan kriteria Bistok Saing sebagai berikut: terdapat beberapa item yang membuat skore tinggi yaitu sebagian besar responden tinggal di wilayah perkotaan sehingga banyak menyatakan sumber utama airnya ledeng, hampir semua mempunyai pesawat TV, umumnya bangunan rumah permanen, penerangan listrik, dan umumnya jumlah anak responden < 3 . Tetapi terdapat perbedaan bermakna penghasilan keluarga di 3 wilayah endemis yang menyertai perbedaan tingkat respons ibu, meskipun belum bisa disimpulkan terdapat hubungan langsung antara tingkat respons ibu dengan tingkat penghasilan keluarga di 3 wilayah endemis, sebagaimana dibuktikan oleh penelitian di Chainat Hospitals.

Dalam analisis perilaku terapan disebutkan antecedent adalah peristiwa lingkungan yang membentuk tahap atau pemicu perilaku, antecedent alamiah seperti kejadian diare, demam yang memicu sekumpulan perilaku ibu, perilaku buruk maupun yang baik, antecedent yang terencana berupa pesan-pesan peringatan (poster, jadwal imunisasi) di tempat yang mudah dilihat⁸. Faktor pengalaman sakit/meninggal DBD dan pesan/poster/kampanye media masa adalah faktor antecedent yang berperan dalam membentuk respons ibu^{7,8}. Hasil penelitian ini selain membuktikan adanya perbedaan bermakna tingkat respons ibu disertai juga perbedaan bermakna dari pengalaman tetangga sakit di 3 wilayah endemis, tetapi tidak ada perbedaan bermakna pada informasi wabah DBD media masa maupun sumber utama informasi DBD. Bagaimana peran dari media masa dalam kaitan tingkat respons ibu, kemungkinan perbedaan tingkat respons ibu di 3 wilayah tidak dipengaruhi oleh peran media masa, terutama bila dilihat faktor televisi adalah sumber informasi utama DBD yang dimiliki hampir semua warga di 3 wilayah. Faktor pengalaman sakit DBD yang menunjukkan perbedaan bermakna khususnya di Bandarharjo 22.2% responden tidak ada pengalaman DBD kemungkinan berkaitan dengan tingkat kesadaran merujuk sebagian responden Bandarharjo adalah Buruk (23.3%), terdapat perbedaan bermakna tingkat kesadaran merujuk di 3 wilayah $p < 0.001$).

Pengaruh ajakan teman atau anggota keluarga lain, nasehat merupakan salah satu faktor pendorong atau penguat yang dapat mempengaruhi individu atau ibu untuk mencari pengobatan yang terbaik^{6,7}. Penelitian di Kabupaten Serang tentang perilaku ibu dalam mencari pengobatan (merujuk) anak dengan gejala Pnemonia ke pelayanan kesehatan, menyebutkan bahwa faktor pengaruh orang lain adalah 6.54 kali lebih sering mendorong ibu untuk merujuk anak ke pelayanan kesehatan²⁹. Pada penelitian di tiga wilayah Puskesmas ini belum mencatumkan variabel pengaruh orang lain terhadap respons ibu. Juga tidak meneliti adanya korelasi/hubungan langsung respons ibu dengan faktor-faktor karakteristik ibu, jangkauan pelayanan kesehatan, media masa, penyuluhan kesehatan, dan pengalaman sakit/kematian DBD. Penelitian ini hanya langkah awal untuk melihat adanya perbedaan faktor-faktor lain tersebut yang menyertai perbedaan tingkat respon ibu di 3 wilayah endemis.

Peringkat respons ibu secara umum Karangayu terbaik, kedua Pandanaran dan terburuk Bandarharjo. Responden Bandarharjo memiliki tingkat respons terburuk khususnya pertolongan pertama dan kesadaran merujuk anak sakit gejala DBD.

Ibu wilayah Karangayu memiliki tingkat respons terbaik, kemungkinan dilatarbelakangi beberapa faktor : a). Jumlah anak sebagian besar 1-3 anak, b). Ibu Karangayu lebih cenderung berumur ibu > 35 th dibanding 2 wilayah lainnya, mungkin ibu sudah banyak pengalaman kejadian anak sakit dibanding ibu usia muda, c). Terbanyak tingkat pendidikan menengah keatas, d). Lebih banyak responden yang memiliki pengalaman sakit DBD sebelumnya terutama tetangga sakit DBD, e). Sebagian besar ibu sering mengikuti penyuluhan kesehatan minimal 1x/bulan, meskipun materi penyuluhan tidak selalu DBD, secara tidak langsung sering bertukar pengalaman dengan teman lainnya di forum pertemuan tersebut.

Sebaliknya ibu Bandarharjo memiliki tingkat respons yang lebih buruk di banding lainnya kemungkinan beberapa faktor: a). Ibu Bandarharjo lebih cenderung punya anak > 6 dibanding 2 wilayah lain, b). Umur ibu terbanyak < 35 tahun, c). Terbanyak tingkat pendidikan rendah, d). Lebih banyak responden yang tidak ada pengalaman sakit DBD sebelumnya, e). Sebagian besar ibu jarang mengikuti penyuluhan kesehatan maka semakin jarang menerima informasi penanggulangan penyakit DBD.

Responden wilayah Pandanaran memiliki beberapa karakteristik yang mirip dengan Karangayu seperti : a). Sebagian besar tingkat pendidikan menengah keatas, b). Sebagian besar penghasilan di atas upah minimum regional, c). Sebagian besar jumlah anak 1-3, d). Sebagian besar ada pengalaman DBD terutama tetangga sakit DBD, dan e). Sebagian besar menghadiri penyuluhan minimal 1x/bulan. Tetapi ada faktor yang mirip dengan Bandarharjo yaitu umur ibu terbanyak < 35 tahun. Berdasarkan beberapa latarbelakang yang lebih mirip dengan karakteristik di Karangayu, tetapi tingkat responsnya tidak sebaik di Karangayu masih perlu diteliti lebih lanjut faktor lain yang mempengaruhinya.

5.2. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap respon ibu di tiga wilayah puskesmas

Tabel 15. dapat dilihat hasil analisis multivariat regresi logistik dari faktor-faktor yang berpengaruh terhadap respons ibu, tetapi rentang interval kepercayaannya melewati angka 1 sehingga variabel-variabel tersebut belum dapat disimpulkan sebagai faktor risiko. Meskipun demikian ada beberapa hal yang perlu dicatat: 1) ibu dengan jumlah anak > 6 mempunyai risiko untuk mempunyai respon yang buruk adalah 5 kali lebih tinggi dibanding yang anaknya ≤ 6 ($p=0.02$). 2) umur ibu < 35 tahun ($OR=1.8$), dan 3) tidak mendapat informasi DBD khususnya dalam 3 bulan terakhir ($OR=2.8$) tampak juga merupakan faktor risiko untuk terjadinya respon ibu yang buruk. Berbeda dengan hal tersebut diatas, tingkat pendidikan ibu yang rendah justru tampak sebagai faktor protektif ($OR=0.6$) terhadap respon ibu yang buruk.

Umur ibu < 35 tahun, status ekonomi, dan tidak mendapat informasi DBD, memiliki risiko kurang lebih 2 x lebih sering terhadap respons yang buruk tetapi secara statistik tidak bermakna ($p>0.05$). Sedangkan faktor jumlah anak > 6 paling berpengaruh diantara faktor lainnya yaitu 5 kali lebih berisiko menjadi respons yang buruk ($p=0.02$) apabila faktor-faktor tersebut ditemukan bersama. Bahwa anak

Penelitian KAP di Viet Nam sudah membuktikan bahwa pendidikan kesehatan yang baik dapat merubah perilaku tanpa memandang tingkat pendidikan, status sosioekonomi, pengalaman sakit DBD, maupun peran media masa .

Penelitian di Kabupaten Serang tentang perilaku ibu dalam pencarian pengobatan pada kasus pneumonia Balita, disebutkan faktor dorongan dari orang lain dan keyakinan terhadap pengobatan adalah faktor yang paling berhubungan dengan perilaku merujuk anak sakit pneumonia, faktor lain yang kurang berhubungan dengan perilaku merujuk anak berobat ke pelayanan kesehatan antara lain: umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, maupun pengalaman pengobatan sebelumnya²⁹.

Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa karakteristik ibu maupun pengalaman sakit/berobat sebelumnya tidak selalu berpengaruh pada perilaku ibu. Hasil penelitian di 3 wilayah endemis DBD juga menunjukkan bahwa karakteristik ibu (umur ibu, status ekonomi) dan pengalaman sakit DBD belum bisa disimpulkan sebagai faktor

risiko terhadap respons buruk. Sedangkan pendidikan rendah menjadi faktor protektif dapat dijelaskan sebagai berikut, hasil penelitian Pengetahuan, Sikap dan Perilaku (KAP) di Viet Nam faktor menjelaskan bahwa pendidikan ibu tidak berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam menghadapi anak demam dengan gejala DBD, perubahan perilaku menjadi lebih baik disebabkan pembinaan terpadu, rutin oleh petugas kesehatan dengan pendekatan interpersonal disertai pelatihan/praktek dan peragaan, tidak sekedar memberikan ceramah biasa. Apabila dalam penelitian di 3 wilayah endemis, faktor pendidikan rendah menjadi faktor protektif kemungkinan disebabkan antara lain: responden pernah mendapat informasi/penyuluhan yang memadai tentang penanganan anak sakit DBD meskipun pendidikannya rendah, individu dipengaruhi karakteristik lainnya (penghasilan, jumlah anak), ibu tidak bekerja (waktu berinteraksi dengan anak cukup), atau ibu cukup baik dalam berinteraksi sosial sehingga lebih sering mendapat informasi tentang DBD¹⁷.

5.3. Perbedaan faktor-faktor lain yang menyertai perbedaan respons ibu di 3 wilayah endemis DBD

Tabel 8. dan 9. Perbedaan jarak ke Puskesmas maupun R.S terdekat di 3 wilayah secara statistik bermakna $p < 0.001$. Pada tabel tampak bahwa umumnya jarak antara rumah responden dengan Puskesmas/Pustu terdekat di wilayah Puskesmas Bandarharjo (31.1%) adalah kurang dari 500 m. Sedangkan di wilayah Puskesmas Pandanaran dan Karangayu umumnya lebih jauh yaitu > 1 km. Sedangkan jarak ke Rumah Sakit terdekat pada semua responden di wilayah puskesmas Karang Ayu (33.3%) dan Bandarharjo (33.3%) > 1 km, sebagian besar responden di Pandanaran (22.2%) jarak ke R.S terdekat > 1 km. Dapat disimpulkan responden di Bandarharjo jangkauan terdekat pelayanan kesehatan adalah Puskesmas/Pustu, sedangkan untuk wilayah Pandanaran dan Karangayu meskipun kebanyakan jarak ke R.S > 1 km tetapi dengan kemudahan alat transportasi lebih mudah ke Rumah Sakit, bahkan beberapa responden Pandanaran jarak ke R.S cukup dekat < 1 km. Rumah Sakit memiliki keunggulan tenaga ahli yang lebih spesialis dan pemeriksaan penunjang lebih lengkap dibanding Puskesmas/Pustu sehingga diagnosis

dini DBD lebih mudah ditegakkan, maka wilayah yang relatif jauh dengan R.S (Bandarharjo) perlu diwaspadai kemungkinan keterlambatan merujuk yang berkaitan dengan jangkauan ke R.S terdekat.

Pada tabel 10. tampak bahwa pada umumnya anak diasuh sendiri oleh ibu, hanya dijumpai 1 anak Pandanaran dan 3 anak di daerah Karangayu diasuh oleh pembantu. Selain diasuh oleh ibu sebagian besar anak juga diasuh oleh keluarga, hanya 1 anak di daerah Pandanaran diasuh oleh tetangga dan 2 anak di daerah Bandarharjo, ibu di Bandarharjo lebih sering mengasuh anaknya sendiri (24.7%) dengan perbedaan tidak bermakna $p=0.2$. Data belum bisa menyimpulkan keadaan pengasuhan anak yang sebenarnya di 3 wilayah karena beberapa hal: 1) perbedaan statistik tidak bermakna 2) parameter pengasuhan anak tidak hanya dilihat dari sudut kuantitas seperti lamanya ibu mengasuh anak setiap hari, bekerja atau tidak bekerja, diasuh sendiri atau tidak, ada pembantu atau tidak, tetapi masih banyak parameter lain yang perlu diobservasi langsung lebih terperinci tidak hanya dengan wawancara kuesner sesaat 3) pengasuhan anak juga harus dilihat kualitas pengasuhannya, dari kuesner penelitian belum mencakup kualitas pengasuhan dari parameter asah, asih dan asuh.

Pengasuhan digambarkan sebagai proses interaksi ibu/pengasuh dengan anak, yang lebih ditentukan oleh kualitas interaksi dibanding kuantitas interaksi (lamanya interaksi). Faktor pengasuhan ibu tidak hanya ditentukan oleh lamanya ibu berinteraksi dengan anak, ibu bekerja atau tidak, tetapi meliputi semua aspek yang berkaitan dengan asah, asih dan asuh yang diberikan ibu pada anak^{10,11}.

Tabel 11. menampilkan tingkat informasi media masa yang menyiarkan berita KLB DBD di 3 wilayah endemis. Tingkat informasi KLB DBD terbaik di wilayah Karangayu (tingkat kurang 3.3%, tingkat cukup 27.8% tingkatan kuat 2.2%). Tingkat informasi KLB DBD terendah di Bandarharjo (tingkat kurang 11.1%, tingkat cukup 13.8%, tingkat kuat 4.4%), tetapi perbedaan peran dari media masa di 3 wilayah tidak bermakna $p=0.2$. Komunikasi dapat digunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prakondisi bagi perubahan perilaku⁸. Komunikasi media masa meskipun lebih efisien meningkatkan kewaspadaan masal tetapi kurang efektif untuk merubah perilaku individu, karena masih banyak kendala di negara berkembang, antara lain: tingkat pendidikan rendah, kecerdasan

kurang, maka sulit memahami pesan-pesan media masa sehingga respons mereka masih lambat atau tidak merespon⁶.

Penelitian kasus kontrol di Puerto Rico 1995, menyatakan bahwa berita atau pesan-pesan DBD dari media masa tidak berkaitan dengan tingkat pengetahuan dan perilaku pencegahan DBD, peran media masa lebih kearah meningkatkan respons kewaspadaan masal pada suatu pendidikan ketrampilan khusus yang berdampak pada perubahan perilaku³⁰.

Media informasi yang paling sering menginformasikan DBD tidak ada perbedaan bermakna di 3 wilayah endemis $p=0.4$, sebagian besar responden menyatakan bahwa televisi adalah media yang paling sering menginformasikan DBD (93.3%). Hampir semua responden memiliki televisi di rumahnya, hanya 2 responden di Bandarharjo menyatakan tidak mempunyai televisi. Secara umum di 3 wilayah endemis informasi DBD paling jarang didapat dari majalah/koran (2.2%) dan penyuluhan (4.4%).

Sedikitnya responden yang menyatakan sumber informasi DBD tersering (utama) dari penyuluhan kesehatan kemungkinan disebabkan beberapa faktor antara lain: 1) banyak ibu tidak atau jarang hadir di forum penyuluhan kesehatan, 2) materi penyuluhan tentang DBD jarang diberikan diberbagai forum diskusi kelompok maupun penyuluhan masal, 3) peran tokoh masyarakat, kader melalui kegiatan sosial seperti arisan, pengajian, ibu-ibu PKK, Dasawisma, belum sepenuhnya diberdayakan untuk mengangkat pesan-pesan DBD. Dalam penelitian ini tidak diketahui seberapa jauh peran serta masyarakat di 3 wilayah dalam penyebaran pesan-pesan penanggulangan DBD pada anak.

Pemberdayaan masyarakat harus ditempuh dengan intervensi terhadap tokoh masyarakat, kader, tokoh agama sebagai langkah awal sebelum implementasi program kesehatan di suatu wilayah¹⁹. Tokoh masyarakat, kader, tokoh agama, ketua kelompok sosial masyarakat memiliki kemampuan mempengaruhi golongan lain. Petugas lapangan harus melakukan intervensi dengan pendekatan interpersonal. Selanjutnya para tokoh kunci tersebut dapat menyampaikan pengetahuan dan ketrampilannya kepada ibu-ibu lainnya¹⁹. Anjuran atau nasehat dari orang yang berpengaruh (tokoh masyarakat, kader, tokoh agama) diharapkan dapat mempengaruhi individu, kelompok atau masyarakat. Tokoh masyarakat, kader diharapkan mau melakukan kunjungan rumah, memberi

informasi pada tetangga, melakukan penyuluhan terhadap posyandu, kelompok pengajian, arisan, kelompok PKK, Karang Taruna, penyebaran poster, spanduk, dan menggerakkan pembentukan kelompok kegiatan (Poktan) PSN-DBD tingkat RT/RW/Dusun/Lingkungan seperti: PSN-DBD ibu-ibu PKK, PSN-DBD Karang Taruna, PSN-DBD Dasawisma, PSN-DBD di RT/RW/Dusun/Lingkungan³¹. Dalam penelitian di tiga wilayah ini belum mencakup variabel yang berkaitan dengan peran anjuran/nasehat orang yang berpengaruh (teman/tetangga dekat, tokoh masyarakat, tokoh agama, kader, ketua kelompok) terhadap respons ibu.

Frekuensi penyuluhan kesehatan secara statistik berbeda bermakna di 3 wilayah endemis ($p < 0.001$) ditampilkan pada gambar 17. Frekuensi penyuluhan kesehatan yang pernah dihadiri ibu di wilayah Puskesmas Karangayu dan Pandanaran hampir sama yaitu sebagian besar 1x/bulan pada 23.3% responden Pandanaran dan 22.2% responden Karangayu. Sedangkan ibu di Bandarharjo sebagian besar (28.9%) menyatakan tidak tentu/jarang hadir/lupa terhadap penyuluhan kesehatan yang pernah diterima, sebagian kecil saja (4.4%) yang menerima penyuluhan 1x/bulan. Responden di Karangayu 6.6% menerima penyuluhan kesehatan 1-2 x/2 minggu, ini lebih baik frekuensinya kehadirannya dibandingkan ibu di wilayah Bandarharjo maupun Pandanaran. Kesimpulannya ibu di Bandarharjo paling jarang menghadiri penyuluhan kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan Pandanaran dan Bandarharjo memiliki kecenderungan yang sama dalam prosentase tingkat respon baik dan buruk meskipun terdapat kecenderungan berbeda dalam frekuensi hadir penyuluhan kesehatan dimana ibu di Pandanaran (23.3%) lebih sering menghadiri penyuluhan kesehatan 1x/bulan dibanding responden Bandarharjo hanya 4.4% yang hadir 1x/bulan.

Frekuensi hadir penyuluhan tidak selalu meningkatkan KAP, karena penyuluhan tidak hanya dilihat dari kuantitas tetapi juga kualitas antara lain: faktor materi, metode penyampaian, ketrampilan petugas menguasai komunikasi interpersonal/konseling, sasaran (individu, kelompok, masa), tingkat pengetahuan sasaran, bahasa mudah dimengerti, alat peraga, disertai peragaan/praktek sehingga dapat meningkatkan KAP (*Knowledge, attitude, and Practice*) yang diharapkan merubah perilaku ibu⁶. Sebagaimana dibuktikan dalam studi Tram TT, dkk di Viet Nam.

Penyampaian pesan kesehatan dalam pendidikan kesehatan terhadap orang dewasa akan lebih efektif jika berupa diskusi kelompok, simulasi, dan peragaan, karena akan lebih mudah dipahami dan direkam dalam memori⁶. Penelitian ini belum mencatat secara rinci bentuk penyuluhan kesehatan yang pernah diterima responden di 3 wilayah, dan tidak ada data apakah penyuluhan yang diberikan telah meningkatkan KAP (*Knowledge, attitude, Practice*) atau belum.

Studi belah lintang Trans IT, dkk di Viet Nam Selatan menunjukkan kesadaran merujuk segera anak demam ke dokter meningkat signifikan pasca intervensi penyuluhan kesehatan yang dilakukan dengan program pendidikan kesehatan secara rutin selama 5 bulan dalam kurun 2 tahun berturut-turut oleh petugas medis yang terlatih di klinik-klinik kesehatan masyarakat. Metode pendekatan interpersonal, bahasa sederhana mudah dimengerti, ada contoh praktek, sehingga materi diarahkan untuk melatih ketrampilan ibu dalam mengenali gejala, memberi pertolongan pertama, dan merujuk anak sakit demam ke dokter, dan cara pemberantasan jentik. Penyuluhan diarahkan sebagai pelatihan kesehatan terhadap ibu dengan tujuan meningkatkan KAP (*Knowledge, attitude, and Practice*)¹³.

Penyuluhan kesehatan oleh petugas terlatih yang menguasai komunikasi interpersonal/konseling yang baik akan lebih efektif untuk mengajak ibu-ibu melakukan tindakan yang benar dalam menanggulangi masalah kesehatan^{6,18}. Sasaran pelatihan/penyuluhan DBD antara lain kelompok ibu PKK desa/RW/RT, Dasawisma, arisan, pengajian, penyuluhan sebaiknya dikemas dalam bentuk diskusi kelompok, simulasi atau peragaan dengan petugas kesehatan sebagai fasilitator^{6,20}.

Keunggulan komunikasi interpersonal juga ditunjukkan dalam 2 penelitian, pertama studi kasus kontrol di Puerto Rico 1995, hasilnya adalah peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku pencegahan DBD pada ibu-ibu yang anak-anaknya di SD/TK telah mendapat program pendidikan kesehatan dalam pencegahan DBD di sekolah dibanding kelompok ibu yang anaknya tidak diberikan program pendidikan kesehatan DBD. Disebutkan bahwa anak menjadi komunikator interpersonal yang baik dalam penyampaian pesan kesehatan pada ibu, yaitu berperan dalam peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku ibu yang positif dalam pencegahan DBD³⁰. Kedua, penelitian di Tegalrejo, Yogyakarta tahun 2000 yang mencari hubungan antara

keterpaduan peranan dokter kecil dan ibu rumah tangga dalam praktek 3 M di rumah, ternyata ada korelasi antara peningkatan praktek 3 M di rumah dengan peran ibu yang anaknya menjadi dokter kecil, dokter kecil sebelumnya sudah dilatih dalam praktek 3M

Tabel 13. Menjelaskan pengalaman sakit/meninggal karena DBD di 3 wilayah terdapat perbedaan bermakna yaitu variabel pengalaman tetangga sakit DBD ($p < 0.001$), variabel lain seperti pengalaman anak/anggota keluarga sakit/meninggal maupun tetangga meninggal secara statistik tidak bermakna (umumnya $p > 0.05$). Total 54 responden menyatakan tetangga terdekat satu RT yang sama pernah sakit DBD, dimana wilayah Pandanaran (24.4%) dan Karangayu (25.6%) paling sering melaporkan adanya tetangga sakit DBD, responden Bandarharjo(10.0%) paling jarang melaporkan adanya tetangga sakit DBD. Responden di 3 wilayah endemis menyatakan ada anak tetangga yang meninggal karena DBD, antara lain dilaporkan oleh 5 responden di Pandanaran, 3 responden di Karangayu, dan 4 responden di Bandarharjo, tetapi statistik tidak ada perbedaan bermakna $p = 0.15$.

Secara umum bila responden di bagi dalam 2 kelompok diperlihatkan pada tabel 14, dari statistik ada perbedaan bermakna di 3 wilayah endemis ($p < 0.001$). Kelompok pertama responden yang pernah ada pengalaman anak/keluarga serumah/tetangga yang sakit/meninggal karena DBD (60 responden) dan kelompok kedua yang tidak pernah ada pengalaman kasus DBD (30 responden dimana 20 ibu tinggal di Bandarharjo). Ibu di wilayah Pandanaran (27.8%) dan Karangayu (27.8%) lebih sering ada pengalaman DBD, sedangkan ibu di wilayah Bandarharjo paling jarang ada pengalaman kejadian DBD.

Beberapa hal yang berpengaruh pada jawaban responden di Bandarharjo mengenai pengalaman kasus DBD yang diketahuinya, antara lain: 1) kepekaan ibu terhadap kejadian DBD di lingkungannya, seorang ibu yang kurang bersosialisasi mungkin tidak pernah tahu ada tetangga yang sakit DBD meskipun sebenarnya terdapat kasus DBD, 2) wilayah termasuk endemis rendah sehingga jarang ada kasus DBD. Dengan kurangnya pengalaman sakit DBD di lingkungannya mungkin berpengaruh pada respons.

Dengan demikian untuk menjawab mengapa hampir separuh responden (15.6%) tingkat respons di Bandarhajo adalah buruk, terutama tingkat kesadaran merujuk yang

buruk paling banyak ditemukan di Bandarharjo (23.3%), ada beberapa kemungkinan meskipun ini belum bisa dipastikan antara lain: 1) pendidikan yang rendah 2) ibu dengan penghasilan keluarga rendah, 3) ibu jarang mengikuti penyuluhan kesehatan, 4) sedikit pengalaman sakit DBD . Sehingga diperlukan penelitian lain yang dapat menganalisa hubungan langsung antara faktor pengaruh tersebut (pendidikan yang rendah, penghasilan rendah, frekuensi hadir penyuluhan kesehatan) dengan tingkat respons ibu di wilayah Bandarharjo.

5.4. Keterbatasan penelitian

Populasi studi yang bersumber dari 3 wilayah kerja Puskesmas yaitu Puskesmas Pandanaran, Karangayu dan Bandarharjo belum menggambarkan populasi yang sebenarnya di masyarakat. Karena di Semarang terdapat 37 Puskesmas dan penelitian ini mengambil data dari penelitian kohort DBD Indonesia-Netherlands, sehingga generalisasi dari penelitian ini belum bisa diterapkan pada skala populasi yaitu masyarakat Kota Semarang

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Jumlah anak > 6 adalah faktor risiko yang paling memiliki pengaruh bermakna terhadap respons buruk ibu
2. Umur ibu ≤ 35 tahun, status ekonomi, tidak mendapat informasi DBD 3 bulan terakhir kemungkinan merupakan faktor risiko, tetapi secara statistik tidak bermakna terhadap respons buruk ibu.
3. Terdapat perbedaan bermakna tingkat respons ibu secara umum maupun menurut jenis respons ibu (tingkat kewaspadaan, tingkat pengenalan gejala dini, tingkat pertolongan dini, dan tingkat kesadaran merujuk) di 3 wilayah endemis (wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, Bandarharjo)
4. Responden Karangayu memiliki tingkat respons terbaik, kedua Pandanaran, dan responden Bandarharjo memiliki tingkat respons yang paling buruk dibanding 2 wilayah endemis lainnya.
5. Responden Bandarharjo memiliki tingkat respon terburuk khususnya pertolongan pertama dan kesadaran merujuk anak sakit gejala DBD
6. Ada perbedaan bermakna karakteristik umur ibu, tingkat pendidikan ibu, penghasilan keluarga, jumlah anak, dan tidak ada perbedaan bermakna karakteristik ibu bekerja, jenis pekerjaan, status sosioekonomi keluarga di 3 wilayah endemis (wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, Bandarharjo)
7. Untuk faktor lain ada perbedaan bermakna antara lain: jarak ke Puskesmas/Pustu terdekat, jarak ke Rumah Sakit terdekat, pengalaman tetangga sakit DBD, pengalaman ada/tidak kejadian DBD, frekuensi ibu hadir ke penyuluhan kesehatan tetapi tidak ada perbedaan bermakna antara lain: pengasuhan anak, informasi KLB DBD, sumber informasi utama DBD, pengalaman anak sakit, anggota keluarga sakit/meninggal, tetangga meninggal karena DBD di 3 wilayah endemis (wilayah Puskesmas Pandanaran, Karangayu, Bandarharjo)

6.2. Saran

1. Meneliti lebih lanjut variabel-variabel lain yang berkaitan dengan respons ibu di 3 wilayah dengan sampel dan metodologi yang lebih baik
2. Frekuensi penyuluhan penanggulangan DBD di Bandarharjo perlu ditingkatkan dan lebih berkesinambungan mengingat tingkat responnya, jumlah anak, dan sedikitnya kasus DBD dibanding 2 wilayah lain
3. Perlu dilakukan deteksi dini pada waktu ibu-ibu berkumpul dalam kegiatan sosial: arisan, pengajian, pertemuan PKK/kader/Dasawisma) mengingat jarak rumah.
4. Memanfaatkan data-data epidemiologi yang ada (khususnya karakteristik, jumlah anak, jarak rumah, kejadian DBD, frekuensi hadir ke penyuluhan kurang) untuk menentukan prioritas perhatian terhadap keluarga tertentu dengan cara kunjungan rumah, pertelpon, untuk memberi informasi penanggulangan sakit DBD, sebaiknya dilakukan pada bulan insiden DBD meningkat (April-Mei).
5. Laporan untuk kasus anak panas oleh kader ke Puskesmas supaya dapat dipantau lebih lanjut khususnya pada bulan peningkatan kasus DBD (April-Mei).
6. Petugas atau kader lebih aktif melakukan penemuan kasus anak panas terutama pada bulan peningkatan kasus DBD (April-Mei).

DAFTAR PUSTAKA

1. Laporan tahunan 2003. Semarang: Dinas Kesehatan Kota, 2004.
2. Soedarmo SSP, Gama H, Hadinegoro SRS. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak Infeksi & Penyakit Tropis*. Edisi I. Balai Penerbit FKUI. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, 2002 :176-193
3. Soegijanto S. *Pola klinis setiap serotipe virus dengue dan penatalaksanaannya*. Karya Tulis Ilmiah Pediatrik 2000.
4. WHO. *Strengthening implementations of the global strategy for Dengue Fever Dengue Haemorrhagic Fever prevention and control. Report of the informal consultation*. Geneva: WHO/CDS/DEN(IC), 2000
5. Tanuwidjaya S. Kebutuhan dasar tumbuh kembang anak. Dalam: Narendra MB, Sularyo TS, Soetjningsih, Suyitno H, Ranuh GIN. *Buku ajar 1 Tumbuh kembang anak dan remaja*. Edisi 1. Jakarta: IDAI, 2002: 15
6. Notoatmodjo S. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rhineka Cipta, 2003.
7. Northouse PG, Northouse LL. *Health communication: Strategies of health professionals*. Stamford: Appleton & Lange, 1998: 2-21
8. Graeff JA, Elder JP, Booth EM. *Communication for health and behavior change*. London: Jossey-Bass Inc. 1993
9. Lissauer T, Clayden G. *Illustrated textbook of paediatric*. Second edition. London: Mosby, 2001:1-7
10. Alisjahbana A. Asuhan dini tumbuh kembang anak. Dalam: *Penatalaksanaan mutakhir bidang ilmu kesehatan anak untuk mencapai tumbuh kembang optimal*. Bandung: IDAI, 2000: 34-35
11. Soetjningsih. *Tumbuh kembang anak*. Edisi II. Jakarta: EGC, 1995: 14-15
12. Sakchainanon S, Rodpaipuang D, Krongsaat S. Mothers knowledge and care behavior of Dengue Hemorrhagic fever children at pediatric ward, Chainat Hospitals. *In: Hold the hands together to prevent our children from Dengue*

- injection*. Chiangmai: The first International Conference on Dengue and Dengue Haemorrhagic fever, 2000.
13. Tram TT, et al. *The impact of health education on mother's knowledge, attitude and practice (KAP) of Dengue Haemorrhagic fever*. Dengue Bulletin 2003 :(27): 174-180.
 14. Wandra T, Soroso T, Wuryadi S. Factors associated to family participation in vector breeding places control for DHF: a cros sectional study in Depok, Indonesia, 1999. *In: Hold the hands together to prevent our children from Dengue infection*. Chiangmai: The first International Conference on Dengue and Dengue Haemorrhagic fever, 2000
 15. Notoatmodjo S. *Ilmu kesehatan masyarakat: prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, 1997: 95-98
 16. Notoatmodjo S. *Pengantar pendidikan kesehatan masyarakat*. Jakarta: F.K.M UI, 1984: 30
 17. Satoto. *Pertumbuhan dan perkembangan anak: pengamatan anak umur 0-18 bulan di Kec.Mlonggo, Kab. Jepura, Jawa Tengah*. Semarang: FK UNDIP, 1989: 121-129
 18. Pusat Promosi Kesehatan-DEPKES RI. *Manual pelatihan KIP & K kesehatan ibu dan bayi baru lahir Indonesia sehat 2010*. Jakarta: DEPKES RI, 2003
 19. Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat. *Pendekatan kemasyarakatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan-Kesejahteraan Sosial , 2001:9-16
 20. Ditjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman. *Menggerakkan masyarakat dalam PSN-DBD: petunjuk kader dan toma pada pencegahan penyakit DBD*. Jakarta: DEPKES RI, 1995
 21. Sutaryo. *Buku praktis mengenal demam berdarah dengue*. Yogyakarta: Medika FK.UGM, 2004:14-19
 22. Hadinegoro SRH, Soegijanto S, Wuryadi S, Suroso T. *Tatalaksana demam dengue:demam berdarah dengue*. Jakarta: DEPKES RI, 1999: 11-38
 23. Soegijanto S. *Pola klinis setiap serotipe virus dengue dan penatalaksanaannya*. Karya Tulis Ilmiah pediatrik.com 2000. (www.pediatrik.com.html)

24. Sciati TE. Faktor hemostasis dan faktor kebocoran vaskuler sebagai faktor diskriminan untuk memprediksi syok pada Demam Berdarah Dengue. Dalam: Disertasi untuk memperoleh gelar doktor dalam IKA pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.Semarang: Bagian IKA UNDIP, 2004: 4
25. Luft P. Mosquitoes and dengue. Biohaven-2002 (www.biohaven.com/dengue.html)
26. Gubler DJ. *Dengue and dengue hemorrhagic fever. Clinical Microbiology Reviews* 2001;11(3):1-34
27. Soedarmo SP. *Peran survailans epidemiologi dalam pemberantasan penyakit menular.* Dalam: Kuliah guru besar-FKUI 2002. Jakarta: Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan FKUI,2002:1-10.
28. Madiyono B. Moeslichan S. Sastroasmoro S, Budiman I, Purwanto SH. Perkiraan besar sampel. Dalam: Sastroasmoro S, Iismael. (penyunting). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis.* Jakarta: Bagian IKA FK. UI, 1995: 200
29. Hendarwan H. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu balita dalam pencarian pengobatan pada kasus-kasus halita dengan gejala pnemonia di Kabupaten Serang, Banten tahun 2003.*Badan Litbang Kesehatan DEPKES RI & Kesejahteraan Sosial 2003. (<http://digilib.litbang.depkes.go.id>).
30. Winch PJ, et al. Community based Dengue prevention programs in Puerto Rico: impact knowledge, behavior, and residential mosquito infestation. *Am J.Trop.Med.Hygy* 2002; (67): 363-37
31. DITJEN Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatanlingkungan Pemukiman. *Menggerakkan masyarakat dalam PSN-DBD: petunjuk kader dan toma pada pencegahan penyakit DBD.*Jakarta: DEPKES RI, 1995
32. Lagiono. *Keterpaduan peranan dokter kecil dan ibu rumah tangga dalam pemberantasan sarang nyamuk demam Berdarah Dengue di Kecamatan Tegalrejo Kotamadya Yogyakarta.* Badan Litbang Kesehatan DEPKES RI & Kesejahteraan Sosial 2005. <http://digilib.litbang.depkes.go.id>