



**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU DAN  
TINDAKAN PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE  
DI WILAYAH ENDEMIS DAN NON ENDEMIS**

**LAPORAN HASIL  
KARYA TULIS ILMIAH**

**Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan  
guna mencapai derajat strata-1 kedokteran umum**

**DIMAS ADITYA RAHADIAN  
G2A008060**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
2012**

**LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI**

**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU DAN  
TINDAKAN PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE  
DI WILAYAH ENDEMIS DAN NON ENDEMIS**

Disusun oleh :

**DIMAS ADITYA RAHADIAN  
G2A008060**

**Telah disetujui:**

Semarang, 26 Juli 2012

**Pembimbing 1**

**Pembimbing 2**

**dr. Nahwa Arkhaesi, MSi.Med, Sp.A  
19691025 200812 2 001**

**dr. Hardian  
19630414 199001 1 001**

**Ketua Penguji**

**Penguji**

**dr. Dodik Pramono, MSi.Med  
19680427 199603 1 003**

**dr. Hari Peni Julianti, M.Kes, Sp.KFR  
19700704 199802 2 001**

## **PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan ini,

Nam : Dimas Aditya Rahadian

NIM : G2A008060

Alamat : Jl. Nakula 8 No.6 Blok 38, Bumi Satria Kencana, Bekasi Selatan

Mahasiswa : Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran  
Universitas Diponegoro Semarang.

Dengan ini menyatakan bahwa:

- a) Karya tulis ilmiah saya ini adalah asli dan belum pernah dipublikasi atau diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain.
- b) Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan orang lain, kecuali pembimbing dan pihak lain sepengetahuan pembimbing.
- c) Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan judul buku aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka

Semarang, 26 Juli 2012

Yang membuat pernyataan,

Dimas Aditya Rahadian

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayah-Nya, kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Kami menyadari sangatlah sulit bagi kami untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaikannya laporan hasil Karya Tulis Ilmiah ini. Bersama ini, kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Sudharto P. Hadi, MES, Ph.D., Rektor Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menimba ilmu di Universitas Diponegoro.
2. dr. Endang Ambarwati, Sp.KFR, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan tugas ini dengan baik dan lancar.
3. dr. Nahwa Arkhaesi, MSi.Med, Sp.A dan dr. Hardian, selaku dosen pembimbing I dan II yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran, dan dengan penuh kesabaran membimbing kami dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
4. dr. Dodik Pramono, M.Si.Med dan dr. Hari Peni Julianti, M.Kes, Sp.KFR selaku ketua penguji dan penguji yang telah memberikan saran yang sangat berarti dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
5. Staf Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Pegandan, Puskesmas Poncol, Kelurahan Gajahmungkur dan Kelurahan Sekayu yang telah membantu dalam memperoleh data yang dibutuhkan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh responden di Kelurahan Gajahmungkur dan Kelurahan Sekayu yang terlibat dalam penelitian ini yang telah memperbolehkan penulis melakukan penelitian dan bersikap kooperatif.

7. Orang tua tercinta, ayahanda Sidik Budi Rahardjo dan ibunda Esti Handayani, serta kakak tercinta Handika Rizky Utama, dan segenap keluarga yang selalu mendukung, mendoakan dan memberikan bantuan moril maupun material.
8. Teman-teman satu kelompok yang telah memberikan dukungan dan bantuan, serta bekerjasama selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Serta pihak lain yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

Kami menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Akhir kata, kami berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua.

Semarang, 26 Juli 2012

Penulis

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN .....	i
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.. .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	ix
DAFTAR LAMPIRAN .....	x
DAFTAR SINGKATAN .....	xi
ABSTRAK .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar belakang .....	1
1.2 Masalah penelitian .....	4
1.3 Tujuan penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan umum .....	5
1.3.2 Tujuan khusus .....	5
1.4 Manfaat penelitian .....	5
1.4.1 Manfaat untuk pengetahuan .....	5
1.4.2 Manfaat untuk pelayanan kesehatan .....	5
1.4.1 Manfaat untuk penelitian.....	5
1.5 Orisinalitas penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	8
2.1 Demam berdarah dengue.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Epidemiologi.....	9
2.1.4 Vektor dan cara penularan .....	11
2.1.5 Gambaran klinis .....	14
2.1.6 Pencegahan.....	16

2.2 Pengetahuan .....	20
2.2.1 Pengertian pengetahuan .....	20
2.2.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan .....	22
2.3 Tindakan kesehatan .....	26
2.3.1 Pengertian tindakan kesehatan .....	26
2.4 Hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan .....	28
<b>BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>29</b>
3.1 Kerangka teori .....	29
3.2 Kerangka konsep .....	30
3.3 Hipotesis.....	30
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>31</b>
4.1 Ruang lingkup penelitian .....	31
4.2 Tempat dan waktu penelitian .....	31
4.3 Rancangan penelitian .....	31
4.4 Populasi dan sampel penelitian .....	32
4.4.1 Populasi target .....	32
4.4.2 Populasi terjangkau .....	32
4.4.3 Sampel penelitian .....	32
4.4.3.1 Kriteria inklusi .....	32
4.4.3.2 Kriteria eksklusi .....	32
4.4.4 Cara pengambilan sampel .....	32
4.4.5 Besar sampel .....	33
4.5 Variabel penelitian .....	34
4.5.1 Variabel bebas .....	34
4.5.2 Variabel terikat.....	34
4.5.3 Variabel perancu .....	34
4.6 Definisi operasional .....	34
4.7 Cara pengambilan data.....	36
4.7.1 Alat penelitian .....	36
4.7.2 Jenis data .....	37
4.7.3 Cara kerja .....	37

4.8 Alur penelitian .....	38
4.9 Analisis data .....	38
4.10 Etika penelitian.....	39
BAB 5 HASIL PENELITIAN .....	40
5.1 Karakteristik responden .....	40
5.2 Tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD .....	44
5.3 Tindakan pencegahan DBD .....	49
BAB 6 PEMBAHASAN .....	52
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN .....	59
7.1 Simpulan .....	59
7.2 Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA .....	61
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1 Orisinalitas penelitian .....	6
Tabel 2 Definisi operasional.....	34
Tabel 3 Distribusi karakteristik sosio-demografik responden penelitian.....	41
Tabel 4 Distribusi riwayat DBD dalam keluarga responden penelitian.....	43
Tabel 5 Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD responden di wilayah endemis dan non endemis .....	44
Tabel 6 Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD .....	46
Tabel 7 Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD .....	46
Tabel 8 Distribusi tindakan pencegahan DBD responden di wilayah endemis dan non endemis .....	49
Tabel 9 Distribusi tindakan pencegahan DBD responden penelitian.....	50
Tabel 10 Distribusi tindakan pencegahan DBD responden penelitian .....	51

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Peta negara dengan risiko tinggi DBD .....	9
Gambar 2. Angka insiden DBD per 100.000 penduduk tahun 2008 &2009...	10
Gambar 3. <i>Incidence Rate</i> (IR) DBD Kota Semarang tahun 2009 .....	11
Gambar 4. Siklus hidup nyamuk <i>Aedes sp</i> .....	12
Gambar 5. Kerangka teori .....	29
Gambar 6. Kerangka konsep .....	30
Gambar 7. Desain penelitian .....	31
Gambar 8. Alur penelitian.....	38
Gambar 9. Media informasi mengenai DBD .....	47

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. *Ethical Clearance*
- Lampiran 2. Surat permohonan *Ethical Clearance*
- Lampiran 3. Surat permohonan ijin penelitian Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang
- Lampiran 4. Surat ijin penelitian Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang
- Lampiran 5. Surat ijin penelitian Dinas Kesehatan Kota Semarang
- Lampiran 6. Surat permohonan ijin penelitian Kelurahan Gajahmungkur
- Lampiran 7. Surat ijin penelitian Ketua RW VIII Kelurahan Gajahmungkur
- Lampiran 8. Surat permohonan ijin penelitian Kelurahan Sekayu
- Lampiran 9. Sampel *informed consent* responden penelitian
- Lampiran 10. Data DBD Kota Semarang tahun 2011
- Lampiran 11. Lembar *spreadsheet* data responden penelitian
- Lampiran 12. Hasil output analisis program statistik
- Lampiran 13. Kuesioner penelitian
- Lampiran 14. Rekapitulasi jawaban kuesioner
- Lampiran 15. Dokumentasi penelitian
- Lampiran 16. Biodata mahasiswa

## DAFTAR SINGKATAN

ALT	: <i>alanine amino transferase</i>
AST	: <i>aspartate amino transferase</i>
CFR	: <i>case fatality rate</i>
DBD	: demam berdarah dengue
DHF	: <i>dengue hemorrhagic fever</i>
DEN	: dengue
IR	: <i>incidence rate</i>
KLB	: kejadian luar biasa
LS	: lintang selatan
LU	: lintang utara
PKK	: pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga
PPM-PLP	: pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman
PSN	: pemberantasan sarang nyamuk
RNA	: <i>ribonucleic acid</i>
RT	: rukun tetangga
RW	: rukun warga
SMA	: sekolah menengah atas
SSD	: sindrom syok dengue
TPA	: tempat penampungan air
UMK	: upah minimum kabupaten/ kota
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Demam berdarah dengue masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Insidensi DBD pada anak cenderung menunjukkan peningkatan dalam jumlah penderita maupun wilayah persebaran. Kendala yang masih terjadi adalah ketidaktahuan masyarakat dan perilaku pencegahan yang belum konsisten. Masyarakat di wilayah endemis dan non endemis mungkin memiliki pengetahuan dan tindakan pencegahan DBD yang berbeda karena perbedaan kondisi lingkungan dan kemudahan memperoleh informasi tentang DBD.

**Tujuan:** Membuktikan perbedaan tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD antara wilayah endemis dan non endemis.

**Metode:** Penelitian observational analitik dengan desain *cross sectional* dilakukan pada periode Maret – Juni 2012. Sampel penelitian adalah ibu yang memiliki anak berusia  $\leq 14$  tahun yang tinggal di Kelurahan Gajahmungkur (endemis) dan Sekayu (non endemis). Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Uji statistik menggunakan uji  $\chi^2$ .

**Hasil:** Tidak terdapat perbedaan distribusi antara usia responden, usia anak, pekerjaan, ekonomi, dan riwayat DBD dalam keluarga pada kedua kelompok, sedangkan tingkat pendidikan menunjukkan perbedaan yang bermakna ( $p < 0,001$ ). Sebanyak 46,2% responden di wilayah endemis memiliki tingkat pengetahuan baik, sedangkan sebagian besar responden di wilayah non endemis (92,3%) memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik. Enam responden di wilayah endemis memiliki tindakan pencegahan DBD baik (23,1%), sedangkan seluruh responden di wilayah non endemis memiliki tindakan pencegahan DBD yang kurang baik. Pada uji  $\chi^2$  didapatkan perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ( $p = 0,002$ ) dan tindakan pencegahan DBD ( $p = 0,01$ ) pada kedua kelompok.

**Kesimpulan:** Tingkat pengetahuan dan tindakan pencegahan DBD responden di wilayah endemis lebih tinggi dibandingkan dengan responden di wilayah non endemis.

**Kata Kunci:** Endemisitas, pengetahuan, tindakan pencegahan, DBD.

## **ABSTRACT**

**Background:** Dengue hemorrhagic fever is still an issue in Indonesia. DHF incidence rate in children shows a significant increase both in number of patients and epidemic area. Problems that still exist nowadays are people ignorance and inconsistent prevention effort. People in endemic and non-endemic area may have different knowledge and precaution towards DHF due to the environment and ease in gaining information about DHF.

**Aim:** To prove the difference of knowledge and precaution towards DHF in mothers between endemic and non-endemic area.

**Method:** This was an analytic-observational study with cross sectional design, which held from March- June 2012. The samples were mothers who had children less than 14 years old in age and lived in Gajahmungkur (endemic) and Sekayu (non-endemic). Sampling done by using questionnaire. Data were being tested statistically with  $\chi^2$ .

**Result:** There was no significant differences between age of the respondents, occupations, income, age of the children and DHF history in a family in both groups, while the education level showed significant difference ( $p < 0,001$ ). 46.2% of the respondents in endemic area had good knowledge level, while other respondents in non-endemic area had poor knowledge level (92.3%). Six respondents in endemic area had good precaution towards DHF (23,1%), but all of the respondents in non-endemic area (100%) had poor precaution towards DHF. A chi-square test showed that there were significant different level of knowledge ( $p = 0,002$ ) and precaution towards DHF ( $p = 0,01$ ) in both groups.

**Conclusion:** Knowledge level and precaution towards DHF of respondents in endemic area is higher than the respondents in non-endemic area.

**Keywords:** Endemicity, knowledge, precaution, DHF.

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan virus dengue yang termasuk dalam kelompok B *Arthropod Borne Virus (Arboviruses)*. Virus tersebut ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes sp* terutama *Aedes aegypti*.<sup>1</sup> Infeksi virus dengue mengakibatkan spektrum manifestasi klinis yang bervariasi mulai dari demam dengue, DBD hingga sindrom syok dengue (SSD).<sup>2</sup>

Demam berdarah dengue merupakan penyakit *mosquito-borne viral* dengan penyebaran paling cepat di dunia. Dalam 50 tahun terakhir, insiden DBD meningkat 30 kali lipat dengan ekspansi geografis yang meningkat ke daerah-daerah baru.<sup>3</sup> Lebih dari 70% populasi berisiko DBD tinggal di regional Asia Tenggara dan Pasifik bagian barat, seperti Indonesia, Thailand, dan Sri Lanka.<sup>3,4</sup>

Indonesia merupakan salah satu negara endemis DBD di Asia Tenggara. Kasus DBD di Indonesia pertama kali dicurigai di Surabaya pada tahun 1968, namun konfirmasi viologis baru dilaporkan pada tahun 1970. Hingga tahun 1994, kasus DBD telah dilaporkan ditemukan di seluruh provinsi di Indonesia.<sup>5</sup> Pada akhir tahun 2005, sebanyak 350 kabupaten/kota telah melaporkan adanya Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD.<sup>1</sup>

Demam berdarah dengue masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia. Hingga kini, DBD cenderung menunjukkan peningkatan dalam jumlah

penderita maupun daerah persebaran.<sup>6</sup> Dalam kurun waktu lebih dari 35 tahun, terjadi peningkatan yang signifikan dalam jumlah insidensi. *Incidence rate* (IR) DBD meningkat dari 0,005 per 100.000 penduduk pada tahun 1968 menjadi 43,42 per 100.000 penduduk pada akhir 2005.<sup>1</sup> Pada tahun 2009, kurang lebih 158.912 kasus dilaporkan terjadi di Indonesia, dengan *case fatality rate* (CFR) sebesar 0.89%. Insidensi DBD di Indonesia umumnya meningkat pada bulan Januari hingga Februari.<sup>4</sup> Karena adanya perbedaan suhu dan kelembaban udara, maka puncak insidensi berbeda di setiap daerah, seperti di Jawa Tengah, insidensi mengalami peningkatan mulai bulan November, dan mencapai puncak insidensi pada bulan Januari.<sup>5,7</sup>

Semarang merupakan salah satu wilayah yang mempunyai tingkat insidensi DBD yang tinggi di Jawa Tengah.<sup>7</sup> Pada tahun 2009, sebanyak 3.883 kasus DBD terjadi di Semarang. Jumlah tersebut mengalami penurunan yang cukup signifikan dari tahun 2008 yang mencapai 5.249 kasus. Namun, penurunan jumlah kasus di tahun 2009 berbanding terbalik dengan jumlah kematian akibat DBD yang mengalami kenaikan menjadi 43 orang dari 18 orang pada tahun 2008, dengan CFR sebesar 1,1% dari 0,3% pada tahun 2008. Hingga akhir tahun 2009, telah dilaporkan terjadi 165 Kali KLB di tingkat kelurahan, 35 Kali KLB di tingkat puskesmas dan 15 kali KLB di tingkat kecamatan.<sup>8</sup> Kelurahan Gajahmungkur merupakan salah satu kelurahan endemis di Semarang. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2011, sebanyak 57 kasus DBD ditemukan di kelurahan ini dan 41 kasus diantaranya diderita oleh anak kelompok umur  $\leq 14$  tahun. Sementara itu, Kelurahan Sekayu merupakan daerah

non endemis DBD yang digolongkan ke dalam kelurahan sporadis di Semarang, dimana pada tahun 2011, tidak ditemukan kasus DBD di kelurahan ini.<sup>9</sup>

Transmisi virus dengue yang erat kaitannya dengan keberadaan vektor nyamuk *Aedes sp*, menyebabkan pemberantasan dan pencegahan DBD mutlak harus berdasarkan pada manajemen yang berbasis lingkungan. Pengelolaan tersebut menyangkut media transmisi virus berupa nyamuk dan habitatnya yang memungkinkan nyamuk berkembang biak, serta terkait dengan perilaku manusia yang memudahkan nyamuk untuk berkembang biak dan menularkan virus tersebut pada manusia.<sup>10</sup>

Ibu merupakan individu yang dianggap memiliki hubungan yang sangat dekat dengan anak. Ibu sebaiknya memiliki pengetahuan yang lebih mengenai DBD, sehingga anak dapat terhindar dari DBD, mengingat angka morbiditas dan mortalitas anak akibat DBD yang masih cukup tinggi.<sup>7,9</sup> Penelitian yang dilakukan Benthem *et al* menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan upaya pencegahan DBD, dimana masyarakat yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai DBD memiliki upaya pencegahan yang baik pula.<sup>11</sup> Namun, kendala yang masih sering terjadi di masyarakat adalah ketidaktahuan masyarakat mengenai penyakit dan perilaku manusia yang belum konsisten dalam melakukan program pencegahan dan pemberantasan DBD.<sup>12</sup> Penelitian yang dilakukan Purwo Atmodjo menyebutkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan mengenai DBD antara wilayah endemis dan non endemis. Hal ini disebabkan karena masyarakat yang tinggal di wilayah endemis lebih tahu dan lebih mudah mendapat informasi, dan mempunyai pengalaman karena keluarga maupun tetangganya pernah

menderita DBD.<sup>13</sup> Namun, penelitian lainnya menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan mengenai DBD dan perilaku PSN antara wilayah endemis dan non endemis.<sup>14</sup>

Berdasarkan uraian tersebut, maka diperlukan suatu penelitian yang mempelajari perbedaan tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD di wilayah endemis dan non endemis di Kota Semarang. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu landasan untuk meningkatkan pengetahuan dan tindakan masyarakat dalam mencegah DBD baik di wilayah endemis maupun non endemis di Kota Semarang.

## **1.2 Masalah penelitian**

Berdasarkan latar belakang di atas disusun permasalahan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD antara wilayah endemis dan non endemis?
2. Apakah terdapat perbedaan tindakan pencegahan DBD yang dilakukan ibu antara wilayah endemis dan non endemis?

### **1.3 Tujuan penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Membuktikan perbedaan tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD antara wilayah endemis dan non endemis.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

- 1) Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan ibu antara wilayah endemis dan non endemis.
- 2) Menganalisis perbedaan tindakan pencegahan DBD antara wilayah endemis dan non endemis.

### **1.4 Manfaat penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat untuk pengetahuan**

Sebagai tambahan pengetahuan orang tua khususnya ibu mengenai DBD pada anak dan mengingatkan kembali pentingnya melakukan tindakan pencegahan DBD baik di wilayah endemis maupun non endemis.

#### **1.4.2 Manfaat untuk pelayanan kesehatan**

Sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan untuk peningkatan mutu program pemberantasan DBD pada anak.

#### **1.4.3 Manfaat untuk penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk penelitian selanjutnya khususnya dalam pencegahan DBD.

### 1.5 Orisinalitas penelitian

Berdasarkan hasil penelusuran pustaka pada *database* Pubmed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)) dan Litbang Departemen Kesehatan Republik Indonesia ditemukan beberapa penelitian yang terkait dengan penelitian ini, antara lain:

Tabel 1. Penelitian tentang perbandingan tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD di wilayah endemis dan non endemis

No	Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	<i>Dengue Knowledge and Practice and Their Impact on Aedes Aegypti Population in Kamphaeng Phet, Thailand</i> <sup>16</sup>  Constantianus J, <i>et al.</i> <i>The American Society Of Tropical Medicine And Hygiene</i> <i>Am. J. Trop. Med. Hyg.</i> : 2006; 74(4), 692–700	- Desain : case control - Sampel yang digunakan berasal dari 2 sub distrik, yaitu Kon Tee dan Na Bo Kham. - Variabel yang diteliti meliputi pengetahuan, sikap, praktik, dan faktor lingkungan, serta populasi larva Aedes.	Hasil penelitian ini menunjukkan adanya korelasi antara praktik pencegahan DBD dengan populasi nyamuk dewasa. Subjek penelitian yang tinggal di Kon Tee memiliki pengetahuan yang lebih rendah. Penelitian ini menjelaskan adanya hubungan langsung antara pengetahuan, usaha preventif dan jumlah populasi nyamuk <i>Aedes sp</i>
2.	Perbedaan Faktor Perilaku PSN dan Lingkungan di Desa Endemis dan Non Endemis DBD (Wilayah Puskesmas Ngadiluwih, Kab. Kediri, Jawa Timur) <sup>14</sup>  Sukma Nata Nur Malasari <i>Under graduate Thesis Airlangga University</i>	- Desain : cross sectional - Sampel: 59 responden desa endemis dan 39 responden desa non endemis. - Variabel bebas : faktor perilaku PSN serta faktor lingkungan yang meliputi keberadaan semak dan pengelolaan sampah padat. - Variabel tergantung : endemisitas desa.	Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan pada perilaku PSN, tetapi tidak terdapat perbedaan pengetahuan dan faktor lingkungan antara desa endemis dan desa non endemis. Penelitian ini juga membuktikan adanya perbedaan pengelolaan sampah antara dua desa tersebut.

Tabel 1. Penelitian tentang perbandingan tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD di wilayah endemis dan non endemis

No	Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
3.	Perbandingan Faktor Perilaku, Sosial ekonomi dan Kondisi Lingkungan Keluarga Penderita pada Kejadian Penyakit DBD di Daerah Endemis dan Non Endemis <sup>13</sup>  Purwo Atmodjo <i>Post graduate Thesis</i> <i>Airlangga University</i>	- Desain : Comparative Study - Sampel : 90 responden dari daerah endemis dan sebanyak 22 responden daerah non endemis. - Variabel yang diteliti : usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan penderita, jumlah tanggungan dalam keluarga, kelembaban, pencahayaan kamar tidur penderita, adanya tidaknya baju yang digantung di kamar penderita, adanya semak di sekitar rumah penderita, pengetahuan, sikap dan keberadaan larva <i>Aedes sp.</i>	Hasil penelitian menunjukkan tingkat ekonomi yang rendah maka praktek pencegahan DBD rendah pula, ditemukan pula perbedaan kondisi lingkungan kamar penderita di daerah endemis dan non endemis DBD. Penelitian ini menjelaskan terdapat perbedaan pengetahuan mengenai gejala DBD dan tingkat keberadaan larva antara di daerah endemis & non endemis DBD, namun tidak terdapat perbedaan sikap di dua wilayah tersebut.

Perbedaan penelitian ini terletak pada lokasi, waktu, sampel dan variabel yang diteliti. Penelitian ini dilakukan pada sampel ibu yang memiliki anak  $\leq 14$  tahun yang tinggal di Kelurahan Gajahmungkur dan Sekayu, Kota Semarang pada periode penelitian. Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain *cross sectional*. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini meliputi tingkat pengetahuan, tindakan pencegahan DBD.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Demam berdarah dengue**

##### **2.1.1 Definisi**

Demam berdarah dengue merupakan penyakit yang disebabkan infeksi virus dengue. Virus ini termasuk dalam kelompok B *Arthropod Borne Virus* (*Arboviruses*). Demam berdarah dengue merupakan penyakit *mosquito-borne viral* yang ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes sp* terutama *Aedes aegypti*.<sup>1</sup> Infeksi virus dengue pada manusia mengakibatkan spektrum manifestasi klinis yang bervariasi mulai dari demam dengue, DBD hingga SSD.<sup>2</sup>

##### **2.1.2 Etiologi**

Demam berdarah dengue merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus dengue. Virus *dengue* merupakan genus *flavivirus* dari famili *Flaviviridae*. Virus ini berukuran 50 nm dengan RNA rantai tunggal & memiliki empat jenis serotipe yaitu *DEN-1*, *DEN-2*, *DEN-3*, dan *DEN-4*. Keempat serotipe ini dapat ditemukan di Indonesia.<sup>15,17</sup> Infeksi pada manusia oleh salah satu serotipe virus menghasilkan imunitas seumur hidup terhadap infeksi ulang oleh serotipe yang sama, tetapi tidak memberikan perlindungan terhadap serotipe yang lain. Serotipe *DEN-3* merupakan serotipe yang banyak berhubungan dengan kasus berat.<sup>5</sup>

### 2.1.3 Epidemiologi

Demam berdarah dengue merupakan penyakit *mosquito-borne viral* dengan penyebaran paling cepat di dunia. Diperkirakan terjadi sekitar 50 juta infeksi virus dengue yang terjadi setiap tahun.<sup>3</sup> Sebanyak 70 % atau sekitar 1,7 miliar populasi berisiko terdapat di regional Asia Tenggara- Pasifik bagian barat, seperti Indonesia, Thailand, Myanmar, Sri Lanka dan 30 % populasi berisiko lainnya tinggal di Benua Afrika serta Amerika.<sup>3,4</sup>



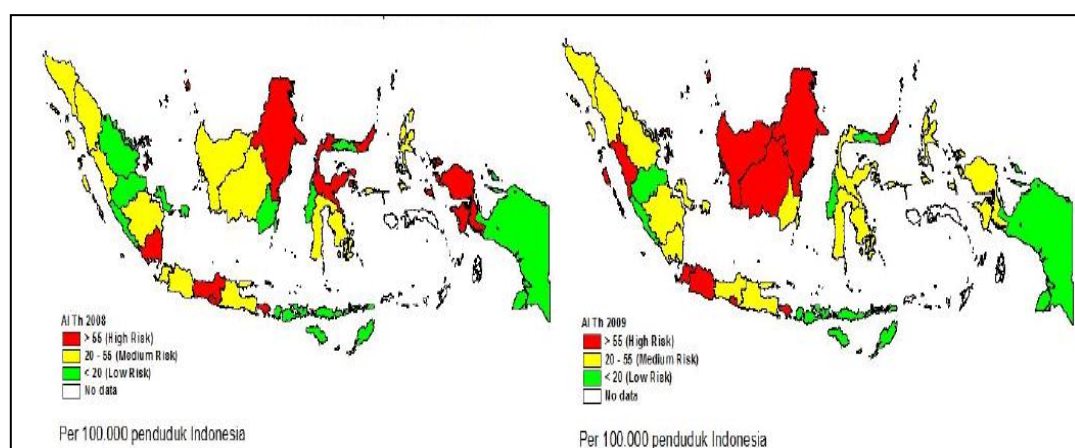
Gambar 1. Peta negara dengan risiko tinggi DBD

Sumber : *World Health Organization (WHO)*<sup>3</sup>

Demam berdarah dengue merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama di Indonesia. Jumlah kasus DBD meningkat dari hanya 58 kasus di tahun 1968 menjadi 158.912 kasus pada tahun 2009. Pada tahun 1968, persebaran kasus DBD hanya terbatas di 2 kabupaten/kota pada 2 provinsi, namun terjadi peningkatan yang signifikan hingga telah menyebar ke 382 kabupaten/ kota di 32 provinsi pada tahun 2009.<sup>12</sup>

Semua umur dapat terinfeksi virus dengue, meskipun baru berumur beberapa hari.<sup>12</sup> Menurut data distribusi umur pada kasus DBD di Indonesia dari tahun 1993 - 2009 terjadi pergeseran kelompok umur, dimana pada tahun 1993 hingga tahun 1998, kelompok umur terbesar adalah kelompok umur < 15 tahun, namun mulai dari tahun 1999 – 2009, kelompok umur  $\geq 15$  tahun merupakan kelompok umur dengan kasus DBD terbanyak.<sup>15</sup> Akan tetapi, kasus DBD pada kelompok umur < 15 tahun merupakan kelompok umur dengan jumlah kematian yang bermakna.<sup>7</sup> Bila dilihat distribusi kasus DBD berdasarkan jenis kelamin tahun 2008, persentase penderita laki-laki dan perempuan hampir sama, Hal ini menggambarkan bahwa risiko DBD tidak bergantung dengan jenis kelamin.<sup>15</sup>

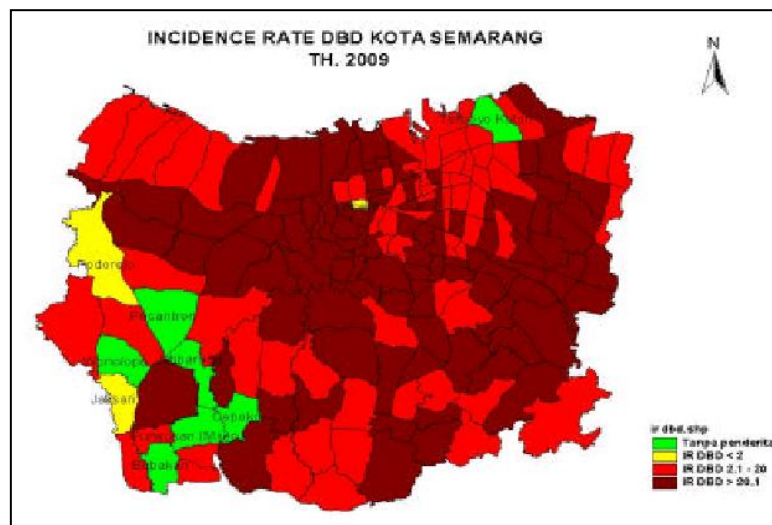
Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi dengan tingkat kejadian DBD yang cukup tinggi, lebih dari 54 kasus per 100.000 penduduk di tahun 2009. Pada tahun 2008, Jawa Tengah merupakan provinsi dengan risiko tinggi DBD, sedangkan pada tahun 2009, Jawa tengah digolongkan ke dalam provinsi dengan risiko sedang DBD sebagaimana terlihat pada gambar 2.<sup>15</sup>



Gambar 2. Angka insiden DBD per 100.000 penduduk tahun 2008 & 2009

Sumber : Pusat data dan surveilans epidemiologi Depkes RI<sup>15</sup>

Semarang merupakan salah satu wilayah yang mempunyai tingkat insidensi DBD yang tinggi di Jawa Tengah.<sup>7</sup> Semarang memiliki IR di atas target nasional ( $< 2$  kasus per 10.000 penduduk), bahkan sebagian besar wilayah tersebut memiliki IR di atas target Kota Semarang yaitu kurang dari 20 kasus per 10.000 penduduk.<sup>8</sup>



Gambar 3. Incidence Rate (IR) DBD Kota Semarang tahun 2009

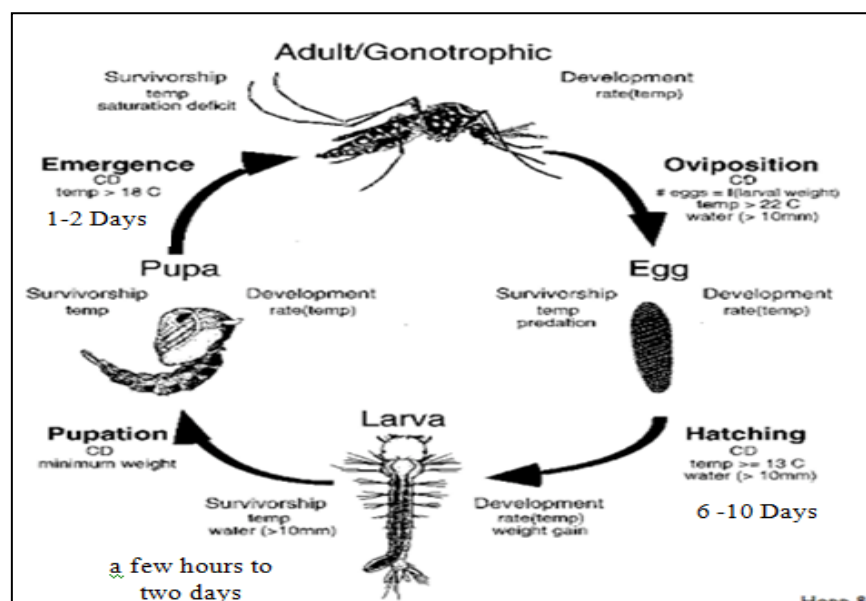
Sumber: Dinas kesehatan Kota Semarang<sup>8</sup>

#### 2.1.4 Vektor dan cara penularan

Transmisi DBD terjadi dari manusia ke manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes sp* betina yang mengandung virus dengue.<sup>17</sup> Manusia merupakan hospes *reservoir* virus dengue. Virus dengue mengalami masa inkubasi selama 4-6 hari dalam tubuh penderita. Virus tersebut sudah mulai terdapat dalam darah penderita 1-2 hari sebelum demam terjadi. Viremia tersebut terjadi selama 4-7 hari. Dalam masa ini, penderita tersebut merupakan sumber penularan.<sup>12</sup> Virus dengue dihisap oleh Nyamuk *Aedes sp* betina, lalu mengalami inkubasi dan replikasi selama 8-10 hari di kelenjar ludah, lalu ditularkan kepada manusia.<sup>17</sup>

*Aedes aegypti* merupakan vektor utama virus dengue. *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan *Aedes scutellaris* juga diketahui dapat menjadi vektor virus dengue.<sup>10</sup> Semua spesies tersebut selain *Aedes aegypti* memiliki distribusi geografis yang lebih terbatas dan epidemi yang ditimbulkan tidak separah yang diakibatkan oleh *Aedes aegypti*.<sup>19</sup>

Siklus hidup nyamuk dimulai saat telur menetas menjadi larva/ jentik dalam waktu 6-10 hari.<sup>18</sup> Telur tersebut diletakkan pada dinding tempat perindukan nyamuk. Oleh karena itu, pada waktu pembersihan tempat penampungan air dianjurkan pula untuk menyikat dindingnya.<sup>12</sup> Telur dapat bertahan hingga beberapa bulan dalam keadaan kering. Kemudian, larva *Aedes sp* berkembang menjadi pupa dalam waktu beberapa jam hingga 2 hari. Dalam waktu < 2 hari, pupa berkembang menjadi nyamuk dewasa.<sup>18,20</sup> Siklus tersebut selesai dalam waktu 9- 12 hari. Waktu yang diperlukan nyamuk untuk berkembang biak menjadi dasar mengapa kegiatan PSN DBD dilakukan seminggu sekali.<sup>18,20</sup>



Gambar 4. Siklus hidup nyamuk *Aedes sp*

Sumber : Hopp MJ dan Foley J<sup>20</sup>

Nyamuk *Aedes aegypti* dapat ditemukan di negara yang terletak pada 40<sup>0</sup> LU – 40<sup>0</sup> LS dan hanya hidup pada suhu antara 8- 37°C. Ciri khas nyamuk tersebut adalah memiliki tubuh hitam dengan bercak hitam putih khas pada bagian thorak. Nyamuk ini berkembang biak di air bersih, seperti bak mandi, tempayan penyimpanan air, dan kontainer buatan yang lain.<sup>20</sup> Nyamuk dewasa *Aedes sp* menyukai tempat yang gelap, lembab, hinggap pada kain yang digantung dan lebih suka menggigit di daerah yang terlindung seperti rumah, sekolah dan sebagainya.<sup>12,20</sup> Sementara itu, *Aedes albopictus*, yang dikenal sebagai vektor sekunder, lebih menyukai kontainer di luar rumah, baik kontainer buatan maupun alami, seperti potongan bambu, lubang pohon, lipatan daun pelepah pohon pisang yang terdapat di luar rumah sebagai tempat perindukannya (*breeding place*).<sup>18</sup> Tempat berkembang biak nyamuk juga bergantung dengan kondisi setempat, misalnya tempat penampungan air pada dispenser, kulkas, vas bunga, hingga tempat minum binatang peliharaan dapat dijadikan tempat berinduk nyamuk.<sup>12</sup>

Nyamuk *Aedes sp* betina mempunyai sifat antropofilik, artinya lebih memilih menghisap darah manusia, sedangkan nyamuk jantan *Aedes sp* hanya menghisap cairan tumbuhan seperti sari bunga untuk keperluan hidupnya. Disamping itu, nyamuk *Aedes sp* betina juga bersifat *multiple feeding* artinya untuk memenuhi kebutuhan darah sampai kenyang dalam satu periode siklus gonotropik, sehingga nyamuk akan menghisap darah beberapa kali. Sifat tersebut dapat meningkatkan risiko penularan DBD di wilayah perumahan yang penduduknya lebih padat, satu individu nyamuk yang infeksi dalam satu periode waktu menggigit akan mampu menularkan virus kepada lebih dari satu orang.<sup>21</sup>

Nyamuk *Aedes sp* betina menghisap darah mulai pagi sampai petang hari dengan puncak aktivitas pada pukul 09.00- 10.00 dan 16.00- 17.00. Di Indonesia, transmisi dengue terjadi melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.<sup>18</sup>

### 2.1.5 Gambaran klinis

Berdasarkan *Dengue Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention & Control* yang dikeluarkan WHO tahun 2009, gambaran klinis penderita dengue terdiri dari:<sup>3</sup>

#### 1. Fase Febris (*Febrile phase*)

Pasien mengalami demam tinggi 2-7 hari, disertai eritema kulit, mialgia, artralgia dan sakit kepala. Pada beberapa kasus ditemukan injeksi faring, konjungtiva, anoreksia, mual serta muntah. Pada fase ini dapat ditemukan manifestasi perdarahan ringan seperti petekie dan perdarahan mukosa. Perdarahan gastrointestinal jarang sekali ditemukan. Hepatomegali dapat ditemukan beberapa hari setelah demam terjadi.

#### 2. Fase Kritis (*Critical phase*)

Fase ini terjadi pada hari 3–7 sakit, ditandai dengan penurunan suhu tubuh menjadi 37,5°C – 38°C, disertai kenaikan permeabilitas kapiler, peningkatan hematokrit & timbulnya kebocoran plasma (*plasma leakage*). Kebocoran plasma sering didahului oleh terjadinya leukopeni progresif & trombositopeni. Tanda kebocoran plasma seperti efusi pleura dan asites dapat dideteksi pada fase ini. Pada fase ini, pasien dapat mengalami syok.

### 3. Fase Pemulihan (*Recovery phase*)

Apabila fase kritis dapat terlewati maka terjadi pengembalian cairan dari ruangan ekstrasvaskuler ke intravaskuler secara perlahan pada 48 – 72 jam setelahnya. Proses tersebut membuat keadaan umum penderita semakin membaik, ditandai dengan nafsu makan yang pulih, hemodinamik stabil & diuresis yang membaik.

Menurut panduan WHO tahun 2009 tersebut disepakati klasifikasi DBD terbaru yang merupakan penyempurnaan dari kriteria WHO tahun 1997. Adapun klasifikasi DBD tersebut adalah:<sup>3</sup>

#### 1. Kriteria dengue tanpa/ dengan tanda bahaya

##### a. *Probable Dengue*

- 1) Bertempat tinggal di daerah/ bepergian ke daerah endemis dengue
- 2) Demam disertai 2 dari hal berikut :
  - a. Mual, muntah, nyeri
  - b. Ruam, Uji torniket positif, leukopeni

##### b. Dengue dengan tanda bahaya

- 1) Disertai dengan adanya tanda bahaya antara lain:
  - a. Nyeri perut, muntah berkepanjangan
  - b. Terdapat akumulasi cairan
  - c. Perdarahan mukosa, hepatomegali
  - d. Letargi, lemah
  - e. Kenaikan hematokrit seiring dengan penurunan jumlah trombosit
- 2) Konfirmasi laboratorium bila bukti kebocoran plasma tidak jelas.

## 2. Kriteria dengue berat (*severe dengue*)

Ditandai dengan:

- 1) Kebocoran plasma yang berat (*severe plasma leakage*).

Dapat menyebabkan syok (takikardi, ekstremitas dingin, waktu pengisian kapiler (*capillary refill time*) > 3 detik, nadi lemah atau tidak terdeteksi, tekanan nadi yang menyempit dan akumulasi cairan berupa asites maupun efusi pleura disertai distress pernafasan.

- 2) Perdarahan hebat (*severe bleeding*).

- 3) Gangguan organ yang berat (*severe organ involvement*)

Dapat terjadi gangguan hati akut (AST atau ALT  $\geq$  1000), gagal ginjal akut, ensefalopati, gangguan kesadaran dan manifestasi tak lazim lainnya (gangguan jantung dan organ lain).

### 2.1.6 Pencegahan

WHO mengeluarkan beberapa cara untuk mencegah DBD, antara lain:

#### 1. Manajemen lingkungan

Manajemen lingkungan mencakup semua perubahan yang dapat mencegah atau meminimalkan perkembangbiakan vektor sehingga kontak manusia-vektor berkurang. Menurut WHO, manajemen lingkungan dapat dibagi menjadi 3 jenis:<sup>3,19</sup>

- a. Modifikasi lingkungan, pengubahan fisik habitat larva jangka panjang.
- b. Manipulasi lingkungan, pengubahan sementara habitat vektor melalui pemusnahan tempat perkembangbiakan nyamuk.
- c. Perubahan perilaku untuk mengurangi kontak vektor dengan manusia.

Beberapa cara yang dapat dilakukan dalam mencegah DBD, antara lain.<sup>3,19,23</sup>

- 1) Program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang meliputi kegiatan:
  - Menguras dan menyikat bak mandi, tempat penampungan air minimal seminggu sekali. Hal ini dilakukan berdasarkan pertimbangan bahwa perkembangan siklus hidup nyamuk *Aedes sp* adalah 9-12 hari.
  - Menutup rapat tempat penampungan air seperti tempayan, dan kontainer buatan lainnya dengan tujuan agar nyamuk tidak dapat bertelur.
  - Mengubur barang-barang bekas terutama yang berpotensi menjadi tempat berkembangnya larva nyamuk, seperti kaleng, botol maupun ember.
- 2) Mengganti air pada vas, tempat minum binatang peliharaan maupun tempat yang berpotensi sebagai *breeding place* nyamuk setidaknya seminggu sekali.
- 3) Membersihkan pekarangan dan halaman sekitar tempat tinggal dan menutup lubang pada pohon yang dapat menampung air.
- 4) Membersihkan air yang tergenang di atap rumah serta membersihkan salurannya kembali jika salurannya tersumbat oleh sampah dedaunan.
- 5) Mengurangi kontak antara vektor dengan manusia dengan cara:
  - Memakai celana, baju lengan panjang, maupun kaos kaki berbahan tebal dan tidak membiasakan menggantung pakaian di dalam kamar.
  - Memakai kelambu yang diberi insektisida (misalnya permetrin).
  - Memakai obat nyamuk bakar, oles, dsb untuk perlindungan diri.
  - Memasang kawat kasa di jendela dan ventilasi

- Mengatur pencahayaan rumah agar ruangan tidak lembab.

## 2. Kontrol biologis

Pengendalian vektor menggunakan preparat biologis jarang dilakukan. Pengendalian ini dilakukan untuk membasmi vektor pada tahap larva. Kontrol biologis dapat dilakukan dengan:<sup>3,19,21</sup>

- a. Menggunakan ikan pemakan larva nyamuk, seperti *Gambusia affinis* dan *Poecilia reticulata* maupun *Copepoda* predator seperti *Cyclopoidea*.
- b. Menggunakan bakteri *Bacillus thuringiensis* serotipe H-14 yang efektif untuk spesies *Aedes aegypti* dan *Aedes stephensi*. Keunggulan penggunaan bakteri adalah tidak mempunyai pengaruh negatif terhadap lingkungan dan organisme bukan sasaran. Namun, kelemahan cara ini harus dilakukan secara berulang dan tidak efektif untuk spesies non target.

## 3. Manajemen secara kimiawi

Pengendalian secara kimiawi merupakan cara pengendalian dengan menggunakan zat kimia. Penggunaan insektisida dalam pengendalian vektor dapat menguntungkan sekaligus merugikan. Bila insektisida digunakan secara tepat target, dosis, waktu dan cakupan akan mampu mengendalikan vektor dan mengurangi dampak negatif terhadap lingkungan dan organisme yang non target. Disisi lain, pemakaian jangka panjang dapat menyebabkan resistensi vektor.<sup>21</sup> Cara pengendalian ini dapat dilakukan antara lain dengan:<sup>19,23</sup>

- a. Pengasapan/ *fogging* (dengan menggunakan malathion atau fenthion), berguna mengurangi penularan sampai batas tertentu. Pengasapan kurang memberikan hasil yang efektif karena hanya membunuh nyamuk dewasa.

- b. Memberikan bubuk abate pada tempat penampungan air. Pemberian abate berfungsi untuk membunuh larva di tempat air yang sulit dikuras dengan cara menaburkan bubuk Temephos/ Altosoid 2-3 bulan sekali sebanyak 1 gram abate untuk 10 liter air atau 2,5 gram Altosoid untuk 100 liter air.

Cara yang paling mudah dan efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas yang dikenal dengan istilah 3M Plus yaitu, menguras dan menyikat tempat penampungan air minimal seminggu sekali, menutup setelah menggunakannya serta menimbun barang bekas yang berpotensi sebagai tempat perindukan nyamuk. Selain itu, dapat dilakukan dengan melakukan tindakan plus seperti menggunakan kelambu saat tidur, memasang kasa, menggunakan obat nyamuk oles/ *repellant*, memeriksa jentik nyamuk secara berkala serta tindakan lain yang sesuai dengan kondisi setempat.<sup>23</sup>

Berbagai upaya telah dilakukan pula oleh pemerintah dalam mencegah penyakit DBD sejak pertama kali dilaporkan di Jakarta dan Surabaya pada tahun 1968. Kegiatan pemberantasan mulai diprogramkan mulai tahun 1975 – 1979. Kegiatan itu meliputi pengamatan, pengobatan penderita, dan *fogging* fokus dengan radius 100 m. Pada masa itu mulai dibentuk unit pemberantasan penyakit DBD di Tingkat Dati I dan Dati II. Mulai tahun 1985 - 1989, dilakukan abatisasi massal dan stratifikasi desa endemis dan non endemis.<sup>22</sup> Pada tahun 1989, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan 560 tahun 1989 mengenai pencegahan & penanggulangan DBD melalui kewajiban pelaporan kasus dalam tempo 24 jam.<sup>5</sup>

Mulai tahun 1990, dikembangkan program pemberantasan intensif DBD melalui kerja sama lintas program dan sektor.<sup>22</sup> Hingga kini, pemerintah terus mengalakkan kebijakan-kebijakan guna menekan angka kejadian DBD, salah satunya dengan program PSN Plus, pembentukan unit Pokja (kelompok kerja), Pokjanal (kelompok kerja fungsional) di tingkat desa/ kelurahan serta jumantik (juru pemantau jentik).<sup>22,23</sup>

## **2.2. Pengetahuan**

### **2.2.1 Pengertian pengetahuan**

Definisi pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui; kepandaian.<sup>24</sup> Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pada umumnya, sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui indera penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).<sup>25</sup> Pengetahuan dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yaitu:<sup>25,26,27</sup>

#### 1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang telah dipelajari atau diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tahap paling rendah dari pengetahuan. Misalnya, masyarakat diharapkan mampu menyebutkan definisi dari DBD atau mampu menyebutkan kepanjangan dari 3M.

## 2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan secara benar. Orang yang telah paham terhadap suatu objek dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan terhadap suatu objek yang dipelajari. Pada tahap ini, masyarakat mampu menjelaskan mengapa 3M penting dalam pencegahan DBD.

## 3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi & kondisi yang sebenarnya. Dalam aplikasi terhadap kasus DBD, masyarakat mampu menjelaskan bagaimana menerapkan prinsip 3M dalam mencegah DBD.

## 4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang masih ada kaitannya satu sama lain. Pada tahap analisis, masyarakat mampu membedakan ciri-ciri nyamuk *Aedes sp* dengan nyamuk lainnya.

## 5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Pada tahap ini, masyarakat diharapkan mampu untuk menjelaskan proses masuknya virus dengue sampai terjadinya DBD.

#### 6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap objek. Misalnya, pada tahap ini individu dapat menilai seseorang yang terinfeksi virus dengue melalui tanda, gejala, serta gambaran klinis lainnya.

Tingkat pengetahuan dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif sebagai berikut.<sup>26</sup>

- 1) Baik : Hasil presentase 76%-100%
- 2) Cukup : Hasil presentase 56%-75%
- 3) Kurang : Hasil presentase kurang dari 56%

### **2.2.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

#### 1. Faktor Internal

##### 1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam maupun di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir dan daya cerna seseorang terhadap informasi yang diterima. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi pula informasi yang dapat diserap dan tingginya informasi yang diserap mempengaruhi tingkat pengetahuannya, demikian juga sebaliknya.<sup>12,26</sup> Pendapat lainnya mengatakan bahwa pendidikan yang rendah mengakibatkan mengalami kesulitan untuk menyerap ide-ide baru dan membuat mereka lebih bersifat konservatif,

karena tidak mengenal alternatif yang lebih baik.<sup>28</sup> Orang yang berpendidikan tinggi memiliki kepedulian yang lebih besar terhadap masalah kesehatan.<sup>12</sup> Penelitian oleh Syed dkk pada tahun 2010 di Pakistan menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang signifikan dengan pengetahuan tentang DBD ( $p=0,004$ ).<sup>29</sup>

## 2) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan merupakan suatu cara memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan di masa lalu.<sup>26</sup>

## 3) Intelegensia

Merupakan kemampuan yang dibawa sejak lahir, yang memungkinkan seseorang berbuat sesuatu dengan cara tertentu. Tingkat intelegensia mempengaruhi seseorang dalam menerima suatu informasi. Orang yang memiliki intelegensia tinggi akan mudah menerima suatu pesan maupun informasi.<sup>25,26</sup>

## 4) Usia

Usia adalah umur individu mulai saat dilahirkan. Pada umumnya, seiring bertambahnya usia, seseorang akan lebih matang dalam berpikir, bekerja dan menerima informasi. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dibandingkan orang yang belum tinggi tingkat kedewasaannya.<sup>26</sup> Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berumur lebih tua tidak mutlak memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang lebih muda. Sebagaimana dibuktikan oleh penelitian yang

dilakukan Constantianus *et al* bahwa kelompok umur muda memiliki pengetahuan tentang DBD yang lebih tinggi dibandingkan kelompok usia tua.<sup>16</sup>

#### 5) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menunjang kehidupan. Pekerjaan merupakan cara untuk mencari nafkah dan umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.<sup>26</sup> Sebagai contoh, individu yang bekerja sebagai tenaga kesehatan akan mempunyai pengetahuan yang lebih mengenai sesuatu yang berhubungan dengan bidang yang dikerjakannya dibandingkan dengan orang yang bekerja di luar bidang kesehatan.

### 2. Faktor Eksternal

#### 1) Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar individu dan mempengaruhi perkembangan dan perilaku seseorang. Dapat berkaitan dengan keadaan di sekitar daerah tempat tinggalnya.<sup>26</sup> Tempat tinggal merupakan tempat menetap sehari-hari. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut.<sup>30</sup>

Hubungan antara lingkungan dengan pengetahuan terletak pada kemudahan mendapatkan informasi. Sebagai contoh, masyarakat yang tinggal di wilayah endemis lebih mudah menemukan kasus DBD di sekitar lingkungan tempat tinggal, sehingga mempengaruhi tingkat pengetahuannya. Masyarakat di daerah tersebut akan lebih sering mendapatkan informasi mengenai penyakit tersebut bila dibandingkan masyarakat yang tinggal di daerah non endemis.<sup>14,15</sup>

Menurut penelitian yang dilakukan di Karachi, Pakistan, informasi yang diberikan oleh teman atau kerabat yang tinggal di sekitar lingkungan tempat tinggal memiliki peran dalam menambah pengetahuan seseorang mengenai DBD.<sup>31</sup>

## 2) Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi berpengaruh terhadap tingkah lakunya. Individu yang berasal dari keluarga yang berstatus tingkat ekonomi baik umumnya memiliki sikap positif dalam memandang kesehatan dan masa depannya bila dibandingkan dengan mereka yang berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah. Faktor ekonomi berhubungan pula dengan kesempatan mendapatkan informasi.<sup>26,28</sup> Menurut penelitian Syed dkk menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status sosial ekonomi dengan pengetahuan tentang DBD.<sup>29</sup> Berdasarkan riset Depkes RI, diketahui bahwa kelompok dengan tingkat ekonomi rendah dan kelompok dengan pengeluaran rumah tangga per kapita yang tinggi memiliki tingkat kesadaran yang rendah dalam mengenali suatu penyakit.<sup>32</sup> Ada beberapa cara yang dapat digunakan dalam menghitung tingkat ekonomi, salah satunya dengan menggunakan model tingkat konsumsi, model kesejahteraan keluarga, upah minimum kabupaten/ kota (UMK) dan sebagainya.<sup>33</sup>

## 3) Media massa

Media massa dapat memberikan informasi yang dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*), sehingga menghasilkan pengetahuan. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, termasuk penyuluhan kesehatan mempunyai pengaruh terhadap pembentukan pengetahuan seseorang.<sup>26,30</sup> Semakin banyak

seseorang menerima informasi mengenai suatu penyakit maka pengetahuannya mengenai penyakit tersebut pun akan meningkat. Menurut penelitian yang telah dilakukan, televisi merupakan sumber informasi utama dalam menyebarkan informasi mengenai DBD.<sup>31</sup>

## **2.3 Tindakan kesehatan**

### **2.3.1 Pengertian tindakan kesehatan**

Tindakan (*practice*) merupakan salah satu domain operasional dari perilaku kesehatan.<sup>34</sup> Tindakan merupakan *overt behavior* atau suatu respon nyata seseorang terhadap adanya stimulus. Tindakan dilakukan seseorang dilakukan setelah seseorang mengetahui dan menilai suatu stimulus.<sup>30</sup>

Berdasarkan kualitasnya, tindakan dibedakan menjadi 3 tingkatan, yaitu:<sup>25,35</sup>

#### 1. Tindakan terpimpin (*guided response*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu kegiatan tetapi masih tergantung tuntunan maupun panduan orang lain.

#### 2. Tindakan secara mekanisme (*mechanism response*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu kegiatan secara otomatis. Tindakan ini dilakukan tanpa perintah dari orang lain.

#### 3. Adopsi (*adoption*)

Adopsi merupakan tindakan yang tidak sekedar rutinitas, sudah berkembang dan dilakukan modifikasi, sehingga menjadi perilaku yang berkualitas.

Berikut ini merupakan bentuk tindakan kesehatan.<sup>28,34</sup>

1. Tindakan sehubungan dengan penyakit (mencakup pencegahan maupun penyembuhan penyakit).
2. Tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.
3. Tindakan kesehatan lingkungan.

Tindakan merupakan suatu respon terbuka yang mudah diamati atau dilihat orang lain bila dibandingkan dengan sikap yang merupakan suatu respon yang tertutup, sehingga sulit diamati secara jelas. Salah satu hal yang mempengaruhi terbentuknya suatu praktik atau tindakan diperlukan adanya faktor dukungan (*support*) dari pihak lain yang tinggal di sekitar, misalnya keluarga, kerabat, tokoh masyarakat dan sebagainya.<sup>35</sup>

Menurut teori Lawrence Green yang dikutip oleh Notoadmodjo, perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu:<sup>25</sup>

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), merupakan faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang, misalnya pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2) Faktor pendukung (*enabling factor*), mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam perilaku petugas kesehatan atau seseorang yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

#### **2.4 Hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan**

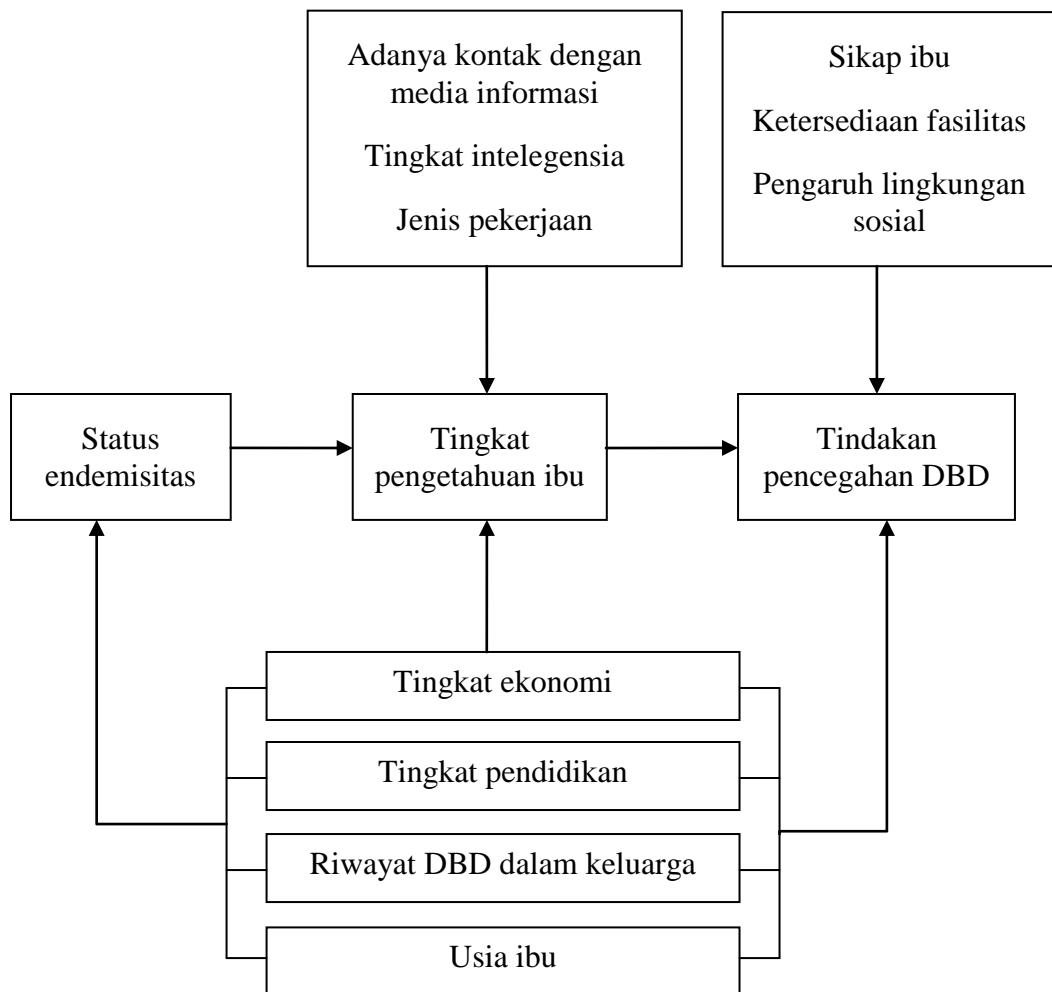
Pengetahuan adalah hasil dari “tahu” yang terjadi melalui proses penginderaan khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu.<sup>25</sup> Sedangkan, tindakan merupakan *overt behavior* atau suatu respon nyata seseorang terhadap adanya stimulus. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku yang terbuka (*overt behavior*). Suatu tindakan kesehatan yang dilandasi dengan pengetahuan, maka cenderung bersifat *long lasting*.<sup>30</sup>

Bentham *et al.* meneliti tingkat pengetahuan masyarakat di Thailand mengenai pemberantasan dan pencegahan DBD. Hasilnya menunjukkan masyarakat yang memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai DBD memiliki upaya pencegahan yang jauh lebih baik.<sup>12</sup>

## BAB 3

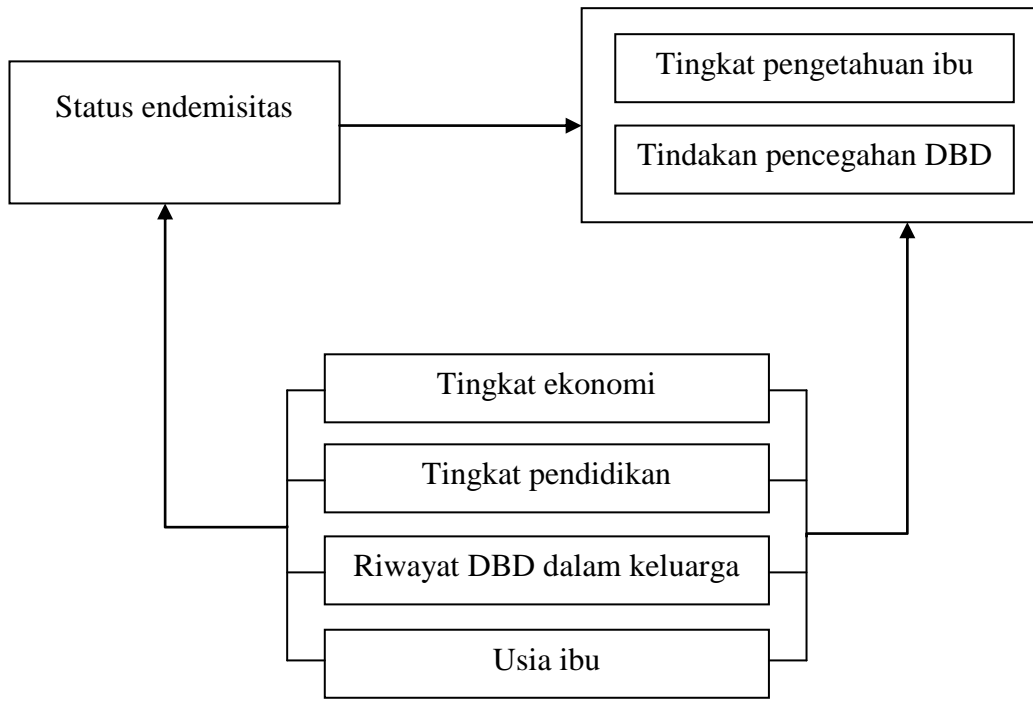
### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

#### 3.1. Kerangka teori



Gambar 5. Kerangka teori

### 3.2 Kerangka konsep



Gambar 6. Kerangka konsep

### 3.3 Hipotesis

- 1) Tingkat pengetahuan ibu yang tinggal di wilayah endemis lebih tinggi dibanding ibu di wilayah non endemis.
- 2) Tindakan pencegahan DBD yang dilakukan ibu yang tinggal di wilayah endemis lebih tinggi dibanding ibu di wilayah non endemis.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Ruang lingkup penelitian

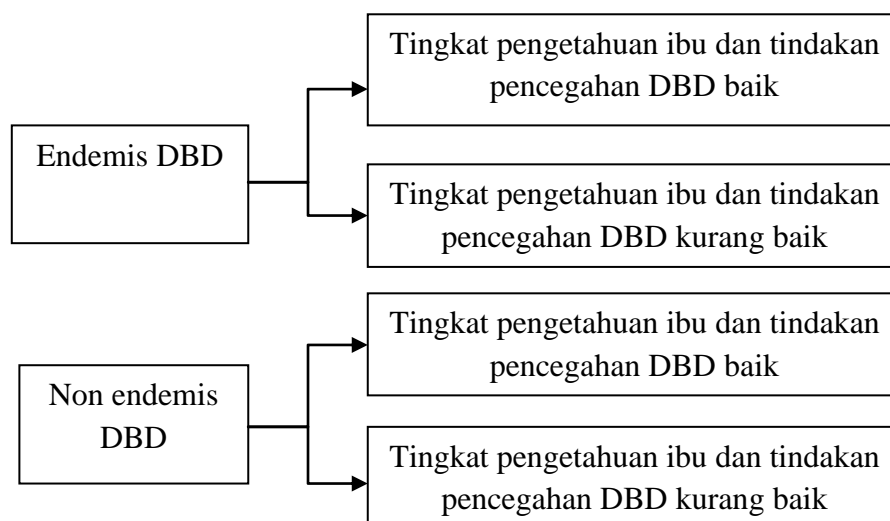
Ilmu Kesehatan Anak dan Ilmu Kesehatan Masyarakat-Ilmu Kedokteran Pencegahan.

#### 4.2 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kelurahan Gajahmungkur dan Sekayu pada bulan Maret sampai Juni 2012.

#### 4.3 Rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional* yang membandingkan tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD ibu di wilayah endemis dan non endemis.



Gambar 7. Desain Penelitian

#### **4.4 Populasi dan sampel penelitian**

##### **4.4.1 Populasi target**

Ibu yang memiliki anak dengan usia  $\leq 14$  tahun yang tinggal di wilayah endemis dan non endemis DBD.

##### **4.4.2 Populasi terjangkau**

Ibu yang memiliki anak dengan usia  $\leq 14$  tahun yang tinggal di wilayah Kelurahan Gajahmungkur dan Sekayu pada periode penelitian. Kelurahan Gajahmungkur dipilih karena termasuk wilayah endemis DBD, sedangkan Kelurahan Sekayu merupakan wilayah non endemis DBD berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2011.

##### **4.4.3 Sampel penelitian**

Responden adalah ibu yang memiliki anak dengan usia  $\leq 14$  tahun yang tinggal di wilayah Kelurahan Gajahmungkur dan Sekayu pada periode penelitian yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

###### **4.4.3.1 Kriteria inklusi**

1. Ibu yang telah tinggal di wilayah tersebut minimal selama 6 bulan.
2. Ibu yang tinggal serumah dengan anak.

###### **4.4.3.2 Kriteria Eksklusi**

1. Ibu bekerja sebagai tenaga medis.
2. Ibu yang tidak bersedia diwawancara.

##### **4.4.4 Cara pengambilan sampel**

Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling* dengan memilih RT/RW yang memiliki angka kejadian DBD tertinggi pada kelurahan tersebut.

#### 4.4.5 Besar sampel

Perhitungan besar sampel dilakukan dengan rumus besar sampel untuk uji hipotesis perbedaan proporsi dua populasi. Rumus ini dipilih karena peneliti ingin membandingkan tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD antara kelompok yang tinggal di wilayah endemis dan non endemis DBD. Perhitungan besar sampel adalah sebagai berikut:<sup>39</sup>

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

$$\alpha = \text{Kesalahan tipe I} = 5\% \quad ; \quad Z\alpha = 1,645$$

$$\beta = \text{Kesalahan tipe II} = 20\% \quad ; \quad Z\beta = 0,842$$

$$P_1 - P_2 = \text{Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna} = 0,35$$

$$P_1 = \text{Proporsi pada kelompok uji} = 85\% = 0,85$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 0,15$$

$$P_2 = \text{Proporsi pada kelompok standar} = 50\% = 0,50$$

$$Q_2 = 1 - P_2 = 0,50$$

$$P = \text{Proporsi total} = \frac{P_1 + P_2}{2} = 0,675; \quad Q = 1 - P = 0,325$$

$$= \frac{(1,645\sqrt{2 \times 0,675 \times 0,325} + 0,842\sqrt{0,85 \times 0,15 + 0,50 \times 0,50})^2}{(0,85 - 0,50)^2} = 21$$

Berdasarkan perhitungan diatas, dibutuhkan sampel minimal sebanyak 21 untuk tiap kelompok. Besar sampel total minimal adalah 42 subyek penelitian.

## 4.5 Variabel penelitian

### 4.5.1 Variabel bebas

Status endemisitas

### 4.5.2 Variabel terikat

Tingkat pengetahuan ibu

Tindakan pencegahan DBD

### 4.5.3 Variabel perancu

Tingkat ekonomi

Tingkat pendidikan

Riwayat DBD dalam keluarga

Usia ibu

## 4.6 Definisi operasional

**Tabel 2.** Definisi operasional

No	Variabel	Unit	Skala
1.	Status endemisitas Berdasarkan data laporan tahunan DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang. Status endemisitas tersebut dapat dikategorikan menjadi: 1) Wilayah endemis DBD 2) Wilayah non endemis DBD (sporadis, potensial, bebas)	-	Nominal
2.	Tingkat pengetahuan ibu Pengetahuan ibu mengenai DBD adalah sesuatu yang diketahui ibu mengenai DBD, yang meliputi gejala, tanda, penyebab, vektor, cara pemberantasan dan pencegahan DBD. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan kuesioner & dikategorikan menjadi: <sup>26</sup>	-	Ordinal

**Tabel 2.** Definisi operasional

No	Variabel	Unit	Skala
	1) Kategori baik yaitu menjawab benar 76%–100% 2) Kategori cukup yaitu menjawab benar 56%–75 % 3) Kategori kurang yaitu menjawab benar < 56% dari total pertanyaan yang diberikan		
3.	Tindakan Pencegahan DBD Tindakan pencegahan DBD adalah suatu perbuatan nyata yang dilakukan ibu untuk mencegah terjadinya penyakit DBD. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan observasi secara langsung. <sup>25</sup> Masing-masing item pertanyaan akan diberi nilai: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan : nilai 1</li> <li>- Tidak melakukan : nilai 0</li> </ul> Lalu total nilai akan dikategorikan menjadi 3 berdasarkan <i>Bloom's cut off point</i> 60-80%. <sup>36</sup> 1) Kategori baik yaitu 80%–100% 2) Kategori cukup yaitu 60%–79 % 3) Kategori kurang yaitu $\leq$ 59%	-	Ordinal
4.	Tingkat ekonomi Tingkat ekonomi yang dimaksud merupakan jumlah pendapatan yang diperoleh dalam satu bulan. Tingkat ekonomi dihitung dari pendapatan kepala keluarga dan dikategorikan berdasarkan UMK Kota Semarang yang berlaku mulai 1 Januari 2012. <sup>37</sup> 1) Kategori tinggi (diatas UMK) : $\geq$ Rp 991.500,- 2) Kategori rendah (dibawah UMK) : < Rp 991.500,-	-	Nominal

**Tabel 2.** Definisi operasional

No	Variabel	Unit	Skala
5.	Tingkat pendidikan Pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti responden. Diketahui melalui wawancara dengan responden dan dikategorikan sebagai berikut: 1) Kategori tinggi : Pendidikan sarjana 2) Kategori sedang : SMA sederajat, Akademik 3) Kategori rendah : < SMA sederajat	-	Ordinal
6.	Riwayat DBD dalam keluarga Ada tidaknya keluarga inti yang pernah menderita DBD. Variabel ini diketahui melalui wawancara dengan responden dan dinyatakan dengan: 1) Ya : ada keluarga yang pernah menderita DBD 2) Tidak : tidak ada keluarga yang pernah menderita DBD	-	Nominal
7.	Usia ibu Usia adalah umur individu mulai saat dilahirkan hingga saat berulang tahun. <sup>26</sup> Diketahui dari hasil wawancara karakteristik responden dalam kuisisioner. Usia ibu dikategorikan sebagai berikut: <sup>38</sup> 1) < 20 2) 20-30 3) 31-40 4) >40	Tahun	Rasio

## 4.7 Cara pengambilan data

### 4.7.1 Alat penelitian

Alat yang diperlukan dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan (kuesioner) tentang tingkat pengetahuan ibu dan tindakan pencegahan DBD yang

telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dilakukan dengan uji validitas *expert*. Kuesioner dikonsultasikan kepada 3 ahli yang berkompeten (*experts validity*). Masing-masing item pertanyaan dilakukan penilaian +1 apabila setuju, +0 apabila ragu-ragu dan -1 apabila tidak setuju. Item pertanyaan akan dimasukkan ke dalam kuesioner apabila rerata penilaian dari ketiga ahli tersebut  $\geq 0,5$ . Reliabilitas kuesioner telah diuji dengan uji reliabilitas *cronbach alfa*.<sup>40</sup>

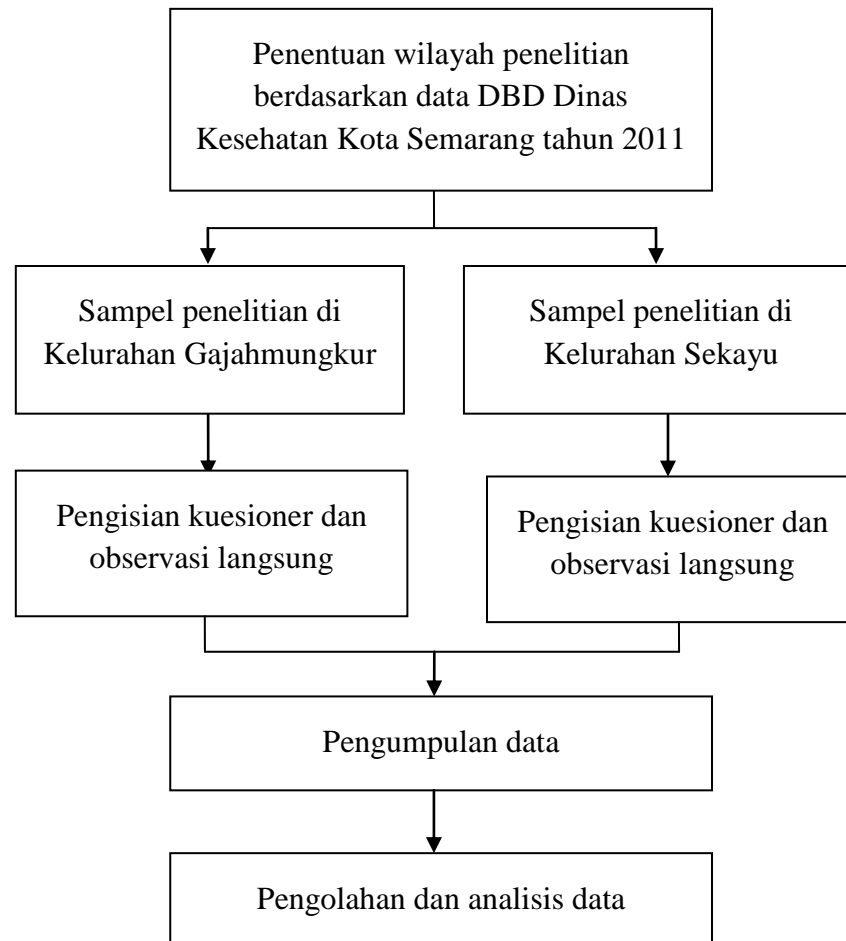
#### **4.7.2 Jenis data**

Data yang diambil merupakan data primer yang diperoleh dari responden penelitian melalui wawancara kuesioner. Data primer tersebut meliputi data karakteristik responden dan data mengenai tingkat pengetahuan ibu serta tindakan pencegahan DBD. Data karakteristik meliputi usia ibu, usia anak, jenis pekerjaan, tingkat ekonomi, tingkat pendidikan, riwayat DBD dalam keluarga.

#### **4.7.3 Cara Kerja**

Wilayah penelitian ditentukan berdasarkan data DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2011. Sampel dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan peneliti pada RT/RW yang memiliki angka kejadian DBD tertinggi pada kelurahan yang diteliti. Subjek yang bersedia mengikuti penelitian dibuktikan dengan kesediaan menandatangani *informed consent*. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang telah dilakukan uji validitas dan realibilitas serta observasi langsung yang dilakukan pada responden. Kuesioner dibacakan secara langsung kepada responden dan diberikan penjelasan secara lisan mengenai butir pertanyaan. Setelah jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi, dilakukan input data ke komputer untuk pengolahan dan analisis data.

#### 4.8 Alur penelitian



Gambar 8. Alur penelitian

#### 4.9 Analisis data

Data yang diperoleh dilakukan pemeriksaan kebenaran, diedit, dikoding, ditabulasi, dan diinput ke dalam komputer.

Analisis data meliputi analisis deskriptif dan uji hipotesis. Pada analisis deskriptif, data yang berskala kategorial dinyatakan sebagai distribusi frekuensi dan persentase. Sedangkan, data yang berskala kontinyu dinyatakan sebagai data rerata dan simpang baku.

Uji hipotesis menggunakan uji *Chi Square* ( $\chi^2$ ). Uji ini dipilih oleh karena variabel bebas dan terikat berskala kategorial. Apabila dijumpai sel dengan frekuensi harapan  $<5$  yang jumlahnya lebih dari 20%, maka analisis data menggunakan uji *Fisher exact*. Nilai p dianggap bermakna apabila  $p < 0,05$ .<sup>39,40</sup> Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer.

#### **4.10 Etika penelitian**

Sebelum penelitian dilakukan, prosedur penelitian telah dimintakan *Ethical Clearance* dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan ijin dari pemerintah daerah setempat. Subjek penelitian diberi penjelasan mengenai maksud, tujuan, manfaat dan prosedur penelitian. Subjek yang bersedia ikut serta dalam penelitian diminta untuk menandatangani *informed consent*. Subjek berhak menolak untuk diikutsertakan tanpa ada konsekuensi apapun. Subjek juga berhak untuk keluar dari penelitian sesuai dengan keinginan.

Seluruh biaya yang berkaitan dengan penelitian ditanggung sepenuhnya oleh peneliti. Sebagai ucapan terima kasih, subjek penelitian diberikan imbalan sesuai kemampuan peneliti.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Pemilihan wilayah penelitian berdasarkan data DBD dari Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2011. Pemilihan sampel di kelurahan Gajahmungkur dilakukan dengan mencari RW yang memiliki insidensi DBD terbanyak dan dari RW tersebut dicari RT yang memiliki insidensi DBD terbanyak. Berdasarkan data tersebut, maka penelitian untuk wilayah Gajahmungkur dilakukan di RT IV/RW VIII & RT I/RW VIII, sedangkan pemilihan wilayah penelitian di Kelurahan Sekayu diambil berdasarkan data DBD tahun 2010. Hal ini dikarenakan pada tahun 2011 tidak ditemukan kasus DBD di wilayah tersebut. Berdasarkan data tersebut, maka penelitian di Kelurahan Sekayu dilakukan di RT IV/RW II & RT VI/RW II.

#### **5.1 Karakteristik Responden**

Selama periode penelitian yang telah dilakukan sejak Maret 2012 sampai dengan Juni 2012, didapatkan 26 responden di wilayah endemis DBD, yaitu Kelurahan Gajahmungkur dan 26 responden di Kelurahan Sekayu sebagai kelurahan non endemis DBD. Berdasarkan kelengkapan data, terdapat 52 responden yang dimasukkan dalam analisis. Distribusi karakteristik responden penelitian ditampilkan pada tabel 3.

**Tabel 3.** Distribusi karakteristik sosio-demografik responden penelitian (n=52)

Variabel	Kelompok		P
	Endemis	Non Endemis	
Usia responden; <sup>3</sup> (tahun)	35,04±8,60 (22-50)	31,6 ±7,64 (21-52)	0,1 <sup>a</sup>
Usia anak; <sup>3</sup> (tahun)	6,2 ± 4.37 (0,8-13)	4.4 ± 3,77 (0,2-12)	0,4 <sup>a</sup>
Jenis kelamin anak; n (%)			
- Perempuan	10 (38,5%)	11 (42,3%)	
- Laki-laki	16 (61,5%)	15 (57,7%)	0,8*
Tingkat ekonomi; n (%)			
- Rendah	13 (50%)	12 (46,2%)	
- Tinggi	13 (50%)	14 (53,8%)	0,8*
Tingkat pendidikan; n (%)			
- Rendah	13 (50%)	1 (3,8%)	
- Sedang	12 (46,2%)	19 (73,1%)	
- Tinggi	1 (3,8%)	6 (23,1%)	<0,001*
Jenis pekerjaan; n (%)			
- Ibu Rumah Tangga	20 (76,9%)	20 (76,9%)	
- Swasta	4 (15,4%)	3 (11,5%)	
- Wiraswasta	2 (7,7%)	2 (7,7%)	
- Lain-lain	0 (0%)	1 (3,8%)	0,8*

<sup>3</sup> Rerata ± Simpang Baku (min-maks)

\* Uji  $\chi^2$

<sup>a</sup> Uji t tidak berpasangan

Pada tabel 3 tampak umur ibu yang tinggal di wilayah endemis lebih tua dibandingkan ibu yang tinggal di wilayah non endemis DBD, namun perbedaan tersebut adalah tidak bermakna (p=0,1). Usia anak kelompok endemis juga lebih tua dibandingkan dengan kelompok non endemis, namun hal tersebut juga tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna (p=0,4).

Pada distribusi jenis kelamin anak, sebagian besar responden kedua kelompok memiliki anak laki-laki, namun perbedaan distribusi tersebut tidak bermakna ( $p=0,8$ ). Berdasarkan tingkat ekonomi, pada wilayah endemis, jumlah responden dengan tingkat ekonomi rendah sama dengan responden dengan tingkat ekonomi yang tinggi. Sebaliknya, pada wilayah non endemis sebagian besar responden termasuk ke dalam tingkat ekonomi tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan pada distribusi tingkat ekonomi pada kedua kelompok ( $p=0,8$ ).

Berdasarkan tingkat pendidikan ibu, pada wilayah endemis sebagian besar responden termasuk tingkat pendidikan rendah, sedangkan di wilayah non endemis sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan sedang. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan distribusi tingkat pendidikan pada kedua kelompok ( $p<0,001$ ). Pada distribusi jenis pekerjaan, sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga. Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis pekerjaan antara kedua kelompok ( $p=0,8$ ).

Distribusi adanya riwayat DBD dalam keluarga di wilayah endemis dan non endemis ditampilkan pada tabel 4.

**Tabel 4.** Distribusi riwayat DBD dalam keluarga responden penelitian (n=52)

Riwayat DBD dalam keluarga	Kelompok		p*
	Endemis n (%)	Non Endemis n (%)	
- Ya	7 (26,9%)	3 (11,5%)	
- Tidak	19 (73,1%)	23 (88,5%)	0,2

\*Uji  $\chi^2$

Pada tabel 4 tampak pada wilayah endemis maupun non endemis sebagian besar tidak ada riwayat DBD. Adanya riwayat DBD lebih banyak di wilayah endemis. Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara responden wilayah endemis dan non endemis ( $p=0,2$ ). Berdasarkan wawancara dengan responden yang memiliki riwayat DBD dalam keluarga di wilayah non endemis, satu responden mengatakan memiliki keluarga yang pernah terkena DBD pada tahun 2009, kedua responden lain memiliki keluarga yang pernah terkena DBD masing-masing pada tahun 2010 dan 2012.

Berdasarkan data karakteristik sosio-demografik tersebut, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan usia responden, usia anak, jenis kelamin anak, jenis pekerjaan ibu, tingkat ekonomi dan riwayat DBD dalam keluarga, sedangkan tingkat pendidikan yang menunjukkan perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok tersebut.

## 5.2 Tingkat Pengetahuan Ibu Mengenai DBD

Pengetahuan ibu mengenai DBD adalah sesuatu yang diketahui ibu mengenai DBD, yang meliputi etiologi, gejala, tanda, vektor dan perilakunya, serta cara pemberantasan dan pencegahan DBD. Distribusi mengenai tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD dapat dilihat pada tabel 5.

**Tabel 5.** Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD responden wilayah endemis dan non endemis

Pernyataan	Endemis		Non endemis	
	Benar n (%)	Salah n (%)	Benar n (%)	Salah n (%)
<b>Etiologi</b>				
- DBD disebabkan oleh virus.	17 (65,4%)	9 (34,6%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)
- Virus penyebab DBD adalah virus dengue.	17 (65,4%)	9 (34,6%)	10 (38,5%)	16 (61,5%)
<b>Gejala dan tanda</b>				
-Dapat ditemukan adanya bintik-bintik merah pada kulit	24 (92,3%)	2 (7,7%)	26 (100%)	0 (0,0%)
-Pada saat fase kritis, penurunan suhu tubuh menunjukkan bahwa penderita telah sembuh DBD	13 (50%)	13 (50%)	14 (53,8%)	12 (46,2%)
<b>Penatalaksanaan</b>				
-DBD sembuh dengan antibiotik	7 (26,9%)	19 (73,1%)	6 (23,1%)	20 (76,9%)
-Panas pada penderita dapat turun dengan pemberian cairan	21 (80,8%)	5 (19,2%)	20 (76,9%)	6 (23,1%)
<b>Vektor dan perilakunya</b>				
- <i>Anopheles sp</i> menularkan virus dengue kepada manusia	8 (30,8%)	18 (69,2%)	13 (50%)	13 (50%)
- <i>Aedes sp</i> berkembang pada air kotor	15 (57,7%)	11 (42,3%)	7 (26,9%)	19 (73,1%)
<b>Pencegahan DBD</b>				
-3M adalah menguras, mengubur dan mencuci	22 (84,6%)	4 (15,4%)	26 (100%)	0 (0,0%)
-Tempat penampungan air dibersihkan setiap 2 minggu	16 (61,5%)	10 (38,5%)	12 (46,2%)	14 (53,8%)
-Pemberian bubuk abate langsung membunuh nyamuk dewasa	11 (42,3%)	15 (57,7%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)

Pada tabel 5 dapat dilihat distribusi pengetahuan responden pada beberapa pertanyaan yang berhubungan dengan DBD. Pada tabel tersebut, dapat dilihat sebagian besar responden wilayah endemis telah mengetahui etiologi dari DBD dan gejala yang menyertainya dengan benar, namun sebagian besar responden di wilayah non endemis belum mengetahui bahwa penyebab DBD adalah virus dengue. Sebagian besar responden di kedua wilayah telah mengetahui bahwa panas yang terjadi pada penderita DBD dapat turun dengan pemberian cairan, namun sebagian besar dari mereka masih menganggap bahwa DBD sembuh dengan pemberian antibiotik.

Pengetahuan yang berhubungan dengan vektor dan perilaku hidupnya juga dapat dikatakan masih cukup rendah. Sebagian besar responden di wilayah endemis masih menganggap bahwa perantara DBD adalah nyamuk *Anopheles sp* bukan *Aedes sp*, sedangkan sebagian besar responden di wilayah non endemis tidak mengetahui bila nyamuk *Aedes sp* berkembang biak pada air yang bersih. Secara garis besar, pengetahuan responden di wilayah endemis mengenai item yang berhubungan dengan pencegahan DBD sedikit lebih baik daripada responden di wilayah non endemis, namun untuk pengetahuan mengenai pemakaian abate dapat dikatakan masih sangat rendah pada kedua wilayah tersebut. Untuk rekapitulasi jawaban lainnya secara lengkap dapat dilihat pada bagian lampiran.

Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD yang didapatkan dari responden penelitian ditampilkan pada tabel 6 sebagai berikut.

**Tabel 6.** Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD (n=52)

<b>Tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD</b>	<b>Endemis n (%)</b>	<b>Non Endemis n (%)</b>	<b>p*</b>
- Kurang	6 (23%)	7 (26,9%)	
- Cukup	8 (30,8%)	17 (65,4%)	
- Baik	12 (46,2%)	2 (7,7%)	0,002

\*Uji  $\chi^2$

Pada tabel 6 menunjukkan pada wilayah endemis sebagian besar ibu memiliki tingkat pengetahuan mengenai DBD dengan kategori baik, sedangkan di wilayah non endemis sebagian besar ibu memiliki tingkat pengetahuan cukup.

Variabel tingkat pengetahuan ibu untuk keperluan analisis dibagi menjadi dua kategori, yaitu kategori baik dan kurang baik. Kategori kurang baik merupakan ibu dengan tingkat pengetahuan mengenai DBD yang kurang hingga cukup. Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD pada wilayah endemis dan non endemis dapat dilihat pada tabel 7.

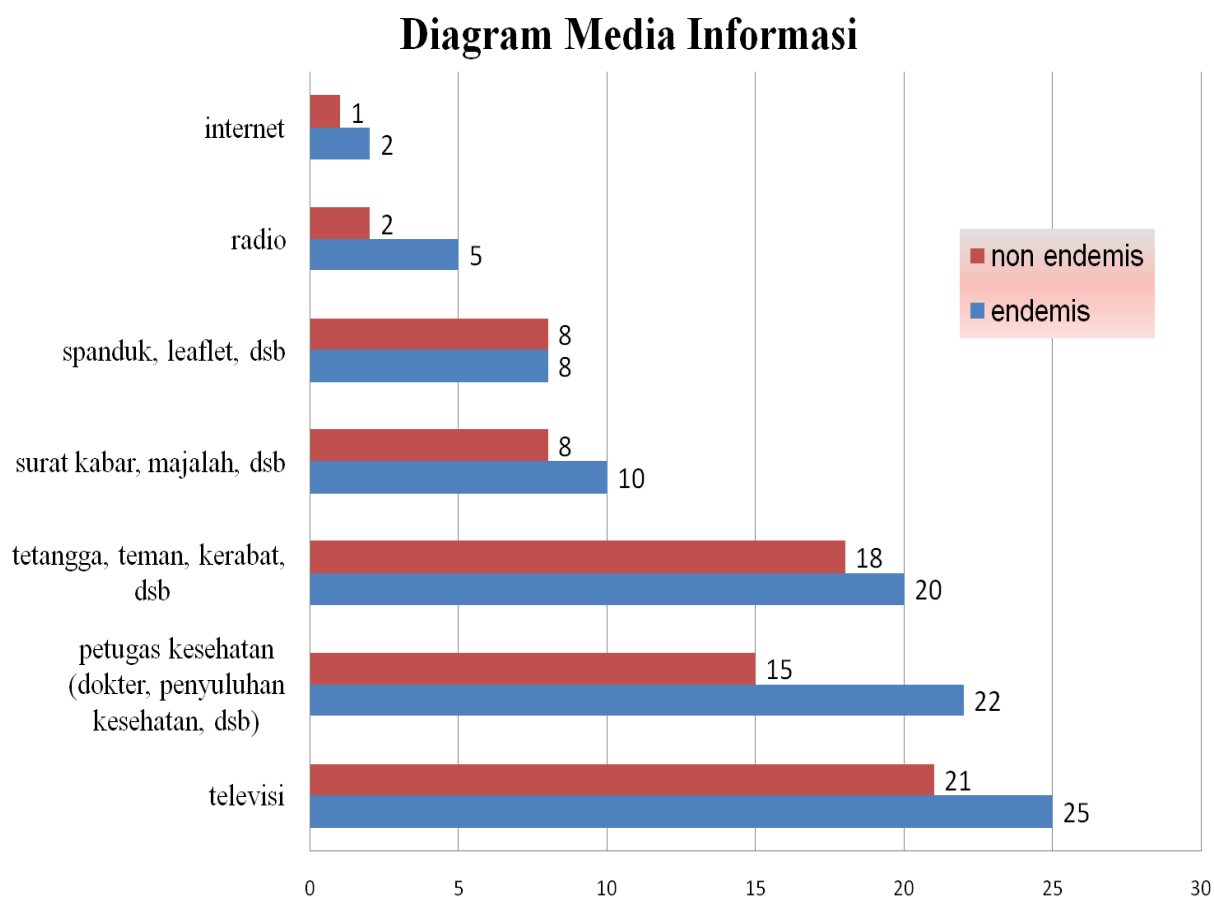
**Tabel 7.** Distribusi tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD (n=52)

<b>Tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD</b>	<b>Endemis n (%)</b>	<b>Non Endemis n (%)</b>	<b>p*</b>
- Kurang baik	14 (53,8%)	24 (92,3%)	
- Baik	12 (46,2%)	2 (14,3%)	0,002

\*Uji  $\chi^2$

Pada tabel 7 menunjukkan bahwa baik pada wilayah endemis dan non endemis, sebagian besar tingkat pengetahuan ibu berada dalam kategori kurang baik, namun tingkat pengetahuan baik lebih banyak ditemukan pada wilayah endemis daripada wilayah non endemis. Hasil uji statistik dijumpai adanya perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu di wilayah endemis dan non endemis ( $p=0,002$ ).

Pada penelitian ini, responden juga diminta untuk menyebutkan media asal informasi mengenai DBD yang pernah responden terima. Masing-masing responden dapat menyebutkan lebih dari satu media informasi. Adapun distribusi media informasi dapat dilihat pada gambar 9.



Gambar 9. Media Informasi mengenai DBD

Pada diagram mengenai media informasi, menunjukkan bahwa televisi merupakan media informasi yang paling banyak memberikan informasi mengenai DBD baik dari iklan maupun pemberitaan pada kedua kelompok tersebut. Sebagian besar responden pada kedua wilayah tersebut mendapat informasi DBD melalui televisi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Itrat *et al* yang menyatakan bahwa televisi merupakan sumber informasi mengenai DBD yang paling utama dan banyak diterima masyarakat.<sup>41</sup> Berdasarkan hasil tersebut, sebaiknya pemerintah lebih mengoptimalkan televisi sebagai media dalam menyebarkan informasi mengenai DBD, baik melalui televisi swasta maupun televisi lokal setempat, sehingga informasi mengenai DBD tersebut lebih mudah diterima oleh masyarakat umum.

Informasi mengenai DBD yang didapatkan dari petugas kesehatan misalnya melalui dokter maupun penyuluhan kesehatan lebih banyak ditemukan pada responden di wilayah endemis bila dibandingkan dengan responden di wilayah non endemis. Sebanyak 20 responden wilayah endemis juga mendapatkan informasi mengenai DBD dari teman maupun tetangga sekitar, sedangkan hanya 18 responden wilayah non endemis yang mendapat informasi dari media tersebut. Internet merupakan media yang paling sedikit memberikan informasi mengenai DBD pada kedua kelompok tersebut. Hal ini dapat disebabkan keterbatasan responden dalam mendapatkan akses informasi melalui internet, baik karena usia, pendidikan maupun status ekonomi.

### 5.3 Tindakan Pencegahan DBD

Tindakan pencegahan DBD adalah suatu perbuatan nyata yang dilakukan ibu untuk mencegah terjadinya penyakit DBD. Adapun distribusi tindakan pencegahan DBD di wilayah endemis dan non endemis dapat dilihat pada tabel 8.

**Tabel 8.** Distribusi tindakan pencegahan DBD responden wilayah endemis dan non endemis

Pernyataan	Endemis		Non endemis	
	Ya n (%)	Tidak n (%)	Ya n (%)	Tidak n (%)
Menguras bak mandi atau tempat penampungan air setiap 1 minggu	21 (80,8%)	5 (19,2%)	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Menyikat bak mandi saat mengurasnya	23 (80,5%)	3 (11,5%)	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Menutup rapat penampungan air setelah menggunakannya	25 (96,2%)	1 (3,8%)	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Mengubur barang bekas yang dapat menampung air	14 (53,8%)	12 (46,2%)	0 (0,0%)	26 (100%)
Menabur bubuk abate	16 (61,5%)	10 (38,5%)	6 (23,1%)	20 (76,9%)
Mengulang pemberian bubuk abate setiap 3 bulan sekali	15 (57,7%)	11 (42,3%)	2 (7,7%)	24 (92,3%)
Mengganti air dalam vas, dll setiap 1 minggu	21 (80,8%)	5 (19,2%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)
Ada pakaian yang mengantong	15 (57,7%)	11 (42,3%)	22 (84,6%)	4 (15,4%)
Menggunakan obat nyamuk	14 (53,8%)	12 (46,2%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)
Mengoleskan lotion antinyamuk	14 (53,8%)	12 (46,2%)	12 (46,2%)	14 (53,8%)
Menggunakan kelambu	2 (7,7%)	24 (92,3%)	7 (26,9%)	19 (73,1%)
Rutin membersihkan pekarangan	23 (88,5%)	3 (11,5%)	25 (96,2%)	1 (3,8%)
Rutin memeriksa jentik nyamuk	26 (100%)	0 (0,0%)	6 (23,1%)	20 (76,9%)
Turut berpartisipasi apabila ada program <i>fogging</i>	19 (73,1%)	7 (26,9%)	10 (38,5%)	16 (61,5%)
Ventilasi rumah memenuhi pencahayaan untuk ruangan	26 (100%)	0 (0,0%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)

Pada tabel 8, dapat terlihat bahwa sebagian besar responden wilayah endemis telah mengaplikasikan program 3M dapat dilihat dari jumlah responden lebih banyak melakukan 3M bila dibandingkan dengan responden di wilayah non endemis. Begitu pula dengan responden yang menggunakan bubuk abate lebih banyak ditemukan di wilayah endemis, namun tidak semua responden yang

menggunakan bubuk abate mengulangi pemakaiannya secara rutin. Pada tabel diatas, dapat diketahui bahwa penggunaan kelambu masih jarang digunakan, umumnya hanya keluarga yang masih mempunyai balita saja yang masih menggunakan kelambu. Hampir sebagian besar responden di kedua wilayah dapat ditemukan pakaian yang menggantung di dalam rumah.

Pemakaian obat anti nyamuk di wilayah non endemis masih sedikit lebih rendah dibandingkan dengan responden di wilayah endemis. Pemeriksaan jentik nyamuk juga lebih rutin dilakukan responden di wilayah endemis bila dibandingkan dengan wilayah non endemis. Berdasarkan fakta yang ditemukan saat penelitian dilakukan di wilayah endemis, pemeriksaan jentik nyamuk secara rutin dilakukan setiap satu minggu sekali oleh kader kesehatan setempat. Pada tabel tersebut juga terlihat perbedaan yang signifikan mengenai pencahayaan rumah antara kedua wilayah tersebut. Hal ini disebabkan kondisi tempat tinggal di wilayah non endemis merupakan pemukiman padat penduduk, sehingga jarak antar rumah kurang memungkinkan untuk memiliki pencahayaan yang cukup.

Pada tabel 9 dapat dilihat distribusi tindakan pencegahan DBD yang dilakukan oleh responden penelitian di kedua wilayah.

**Tabel 9.** Distribusi tindakan pencegahan DBD responden penelitian (n=52)

<b>Tindakan pencegahan DBD</b>	<b>Endemis n (%)</b>	<b>Non Endemis n (%)</b>	<b>p*</b>
- Kurang	6 (23,1%)	24 (92,3%)	
- Cukup	14 (53,8%)	2 (7,7%)	
- Baik	6 (23,1%)	0 (0,0%)	0,01

\*Uji  $\chi^2$

Pada tabel 9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada wilayah endemis memiliki tindakan pencegahan DBD yang cukup, sedangkan di wilayah non endemis sebagian besar respondennya memiliki tindakan pencegahan DBD yang kurang. Jumlah responden dengan tindakan pencegahan DBD yang baik hanya dapat ditemukan pada responden di wilayah endemis.

Variabel tindakan pencegahan DBD untuk keperluan analisis dibagi menjadi dua kategori, yaitu kategori baik dan kurang baik. Kategori kurang baik merupakan ibu dengan tindakan pencegahan DBD yang kurang hingga cukup. Distribusi tindakan pencegahan DBD dapat dilihat pada tabel 10.

**Tabel 10.** Distribusi tindakan pencegahan DBD responden penelitian (n=52)

<b>Tindakan pencegahan DBD</b>	<b>Endemis n (%)</b>	<b>Non Endemis n (%)</b>	<b>p*</b>
- Kurang baik	20 (76,9%)	26 (100%)	
- Baik	6 (23,1%)	0 (0%)	0,01

\*Uji  $\chi^2$

Pada tabel 10 menunjukkan sebagian besar responden di kedua wilayah penelitian mempunyai tindakan pencegahan DBD yang kurang baik. Responden dengan tindakan pencegahan DBD yang baik hanya dapat ditemukan pada responden di wilayah endemis. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada distribusi tindakan pencegahan DBD antara responden wilayah endemis dengan non endemis (p=0,01).

Berdasarkan hasil analisis tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan dan tindakan pencegahan DBD responden di wilayah endemis lebih tinggi dibandingkan dengan responden di wilayah non endemis. Berdasarkan derajat kemaknaannya maka kedua hipotesis tersebut diterima.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan data tersebut pula dapat disimpulkan bahwa pengetahuan DBD responden yang di wilayah endemis lebih tinggi bila dibandingkan dengan responden di wilayah non endemis. Hasil penelitian yang telah dilakukan di kedua wilayah tersebut, sebanyak 12 responden (46,2%) di wilayah endemis memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai DBD, sedangkan sebagian besar responden (85,7%) di wilayah non endemis memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik. Hanya 2 responden (14,3%) saja yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Purwo Atmodjo, yang juga menyebutkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan mengenai DBD antara wilayah endemis dan non endemis.<sup>13</sup> Hasil penelitian ini sekaligus bertolak belakang dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sukma Nata, yang menyebutkan tidak terdapat perbedaan pengetahuan DBD antara wilayah endemis dan non endemis.

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti sumber informasi, lingkungan maupun pendidikan. Semakin banyak orang mendapatkan informasi baik dari lingkungan keluarga, tetangga, media cetak maupun petugas kesehatan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang.<sup>42</sup> Perbedaan tingkat pengetahuan kedua wilayah tersebut dapat disebabkan oleh perbedaan kondisi lingkungan pada kedua wilayah tersebut. Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar individu yang dapat mempengaruhi

perkembangan dan perilaku seseorang.<sup>26</sup> Lingkungan juga dapat berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu.<sup>30</sup> Berdasarkan teori yang diungkapkan oleh Gestalt, proses belajar merupakan interaksi antara subjek belajar dan lingkungannya. Menurut J. Guilbert, faktor lingkungan yang terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial merupakan salah satu dari empat faktor yang mempengaruhi proses belajar.<sup>35</sup>

Perbedaan antara kedua kelompok tersebut dapat dilihat dari perbedaan dari informasi yang diterima antara kedua kelompok tersebut. Secara keseluruhan, responden yang tinggal di wilayah endemis lebih banyak mendapat informasi mengenai DBD bila dibandingkan dengan wilayah non endemis, baik melalui televisi maupun media lainnya seperti penyuluhan kesehatan, tetangga dan media cetak. Perbedaan dalam memperoleh informasi antara responden di kedua wilayah tersebut mungkin dapat disebabkan kemudahan responden dalam mendapatkan informasi mengenai DBD. Masyarakat yang tinggal di wilayah endemis lebih mudah menemukan kasus DBD di sekitar lingkungan tempat tinggalnya, sehingga dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan responden di wilayah tersebut. Masyarakat di wilayah endemis tersebut akan lebih sering mendapatkan informasi mengenai penyakit tersebut bila dibandingkan masyarakat yang tinggal di daerah non endemis.<sup>14,15</sup> Hal ini dapat dilihat dari persentase masyarakat yang mendapatkan informasi dari petugas kesehatan baik dokter maupun melalui penyuluhan kesehatan. Sebanyak 22 responden di wilayah endemis mengaku pernah mendapatkan informasi dari petugas kesehatan, terutama melalui penyuluhan kesehatan. Jumlah ini jauh lebih banyak bila dibandingkan dengan

responden di wilayah non endemis, yang hanya 15 responden. Responden yang berada di wilayah endemis lebih sering mendapat penyuluhan kesehatan mengenai DBD terutama bila didapatkan kasus baru di wilayah tersebut, sedangkan responden di wilayah non endemis mengaku jarang mendapatkan informasi melalui penyuluhan kesehatan. Hal tersebut terjadi mengingat DBD merupakan salah satu prioritas kesehatan di Gajahmungkur karena jumlah kejadiannya yang masih tinggi, sehingga penyuluhan kesehatan mengenai DBD sering dilakukan di wilayah tersebut guna menekan kejadian DBD di kemudian hari.

Sementara itu, sebanyak 20 responden wilayah endemis mendapatkan informasi dari teman maupun tetangga sekitar, sedangkan hanya 18 responden wilayah non endemis yang mendapat informasi dari media tersebut. Hal tersebut menunjukkan bahwa responden di wilayah endemis lebih banyak mendapatkan informasi dari tetangga di sekitar tempat tinggalnya, sehingga dapat menjadi sebagai salah satu media dalam menambah pengetahuan terhadap DBD, sebagaimana penelitian sebelumnya yang dilakukan di Karachi, Pakistan, yang mengatakan bahwa informasi yang diberikan oleh teman atau kerabat yang tinggal di sekitar lingkungan tempat tinggal memiliki peran dalam menambah pengetahuan seseorang mengenai DBD.<sup>31</sup>

Responden di wilayah endemis juga lebih banyak mendapatkan informasi DBD dari pengalaman keluarganya yang pernah menderita DBD. Pengalaman tersebut membuat mereka lebih mengetahui tentang penyakit DBD. Menurut Notoatmodjo, pengalaman seseorang dapat menjadi salah satu cara seseorang untuk memperoleh pengetahuan terhadap sesuatu hal.<sup>25,26</sup>

Pada distribusi tingkat pendidikan, tingkat pendidikan responden di wilayah non endemis memang lebih baik bila dibandingkan dengan responden di wilayah endemis. Responden di wilayah non endemis terbanyak memiliki tingkat pendidikan sedang yaitu sebanyak 19 responden (73,1%), sedangkan sebagian besar responden (50%) di wilayah endemis hanya memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan. Pendidikan terutama pendidikan formal dapat mempengaruhi pola pikir dan daya cerna seseorang terhadap informasi yang diterima. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi pula informasi yang dapat diserap, sehingga hal tersebut dapat berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang.<sup>12,26</sup> Namun, pada penelitian ini responden di wilayah non endemis, yang sebagian besar respondennya memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden di wilayah endemis, malah mempunyai tingkat pengetahuan DBD yang lebih rendah. Hal ini kemungkinan disebabkan karena responden di wilayah non endemis tidak mendapatkan lebih banyak informasi yang spesifik mengenai DBD bila dibandingkan dengan responden di wilayah endemis. Selain itu, pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan, baik yang berasal dari pendidikan formal maupun non formal.<sup>12,26</sup> Berdasarkan pendapat tersebut, dapat diketahui bahwa pengetahuan juga dapat diperoleh dari luar jenjang pendidikan formal, sedangkan pada penelitian ini tingkat pendidikan responden hanya dilihat dari jenjang pendidikan formal yang telah dijalani sebelumnya.

Berdasarkan data tersebut pula dapat disimpulkan bahwa tindakan pencegahan DBD responden di wilayah endemis lebih tinggi bila dibandingkan dengan tindakan pencegahan DBD responden di wilayah non endemis, Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di kedua wilayah tersebut, Sebanyak 6 responden (23,1%) di wilayah endemis memiliki tindakan pencegahan DBD yang baik, sedangkan tidak ada responden di wilayah non endemis yang memiliki tindakan pencegahan DBD yang baik. Seluruh responden di wilayah non endemis memiliki tindakan pencegahan DBD yang kurang baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian sejenis sebelumnya yang dilakukan oleh Sukma Nata Nur dan Sucitrawati, dimana pada kedua penelitian tersebut menyebutkan bahwa terdapat perbedaan praktik pencegahan DBD dan perilaku PSN antara wilayah endemis dan non endemis.<sup>14,43</sup>

Perbedaan yang terjadi dapat disebabkan karena tingkat pengetahuan DBD responden di wilayah endemis lebih baik dibandingkan dengan responden di wilayah non endemis. Sebagaimana yang diungkapkan Notoatmodjo bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan yang terbuka (*overt behavior*).<sup>30</sup> Di dalam teori yang diutarakan Green, pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang ikut berperan dalam pembentukan perilaku manusia.<sup>35</sup> Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil beberapa penelitian yang dilakukan sebelumnya, misalnya penelitian yang dilakukan Edi Suherman dan Tyas Rahmadita yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan tindakan pencegahan DBD.<sup>44,45</sup> Penelitian yang dilakukan Benthem *et al.* di Thailand juga

menyatakan bahwa masyarakat yang memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai DBD memiliki upaya pencegahan yang jauh lebih baik.<sup>12</sup>

Menurut Notoatmodjo suatu perilaku dapat dipengaruhi oleh lingkungan karena lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial merupakan lahan untuk mengembangkan perilaku tersebut.<sup>46</sup> Sehingga, perbedaan tindakan pencegahan DBD juga dapat disebabkan karena masyarakat di wilayah endemis lebih rawan terkena DBD, sehingga masyarakat di wilayah tersebut lebih waspada terhadap DBD dan melakukan upaya pencegahan yang lebih rutin guna menghindari kejadian DBD di kemudian hari, sedangkan karena jarang ditemukan kasus DBD di wilayah non endemis, sehingga dapat mengurangi tingkat kewaspadaan masyarakat di wilayah tersebut terhadap DBD.

Perbedaan juga disebabkan oleh perbedaan kondisi lingkungan sosial antara kedua wilayah tersebut. Teori Lawrence Green menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi tindakan kesehatan, salah satunya adalah adanya faktor pendorong (*reinforcing factor*) dari pihak lain di sekitar tempat tinggal, misalnya tetangga, tokoh masyarakat maupun kelompok referensi lainnya.<sup>35</sup> Berdasarkan fakta yang didapatkan saat penelitian, peran masyarakat di wilayah Gajahmungkur (endemis) melalui kelompok PKK, arisan lebih aktif dalam menyebarkan informasi mengenai DBD, dan melakukan pemeriksaan jentik nyamuk secara berkala setiap satu minggu sekali oleh kader kesehatan setiap RT.

Selama pengambilan data, kesulitan yang ditemui adalah beberapa responden sulit untuk memahami pertanyaan yang diajukan, sehingga rentang waktu pengambilan data menjadi cukup panjang. Selain itu, terkadang saat pengambilan data, suasana di sekitar tidak mendukung, sehingga responden sulit untuk berkonsentrasi. Pada beberapa wawancara, terdapat anggota keluarga lain yang ikut dalam menjawab pertanyaan yang diajukan, sehingga peneliti harus cermat dalam menilai pertanyaan yang diberikan. Secara umum, tidak ada kesulitan berarti yang dialami selama pengambilan data.

Kelemahan penelitian ini adalah responden masih memiliki tingkat pendidikan yang bervariasi sehingga dapat mempengaruhi hasil penelitian. Penelitian ini hanya bersifat kuantitatif dan tidak bersifat kualitatif sehingga tidak dapat melakukan eksplorasi yang lebih mendalam terhadap jawaban yang diberikan oleh responden penelitian.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Tingkat pengetahuan mengenai DBD ibu yang tinggal di wilayah endemis lebih tinggi bila dibandingkan dengan ibu yang tinggal di wilayah non endemis.
2. Tindakan pencegahan DBD ibu yang tinggal di wilayah endemis lebih tinggi bila dibandingkan dengan ibu yang tinggal di wilayah non endemis.

#### **7.2. Saran**

- a. Bagi masyarakat
  - Masyarakat di wilayah endemis hendaknya selalu mempertahankan pengetahuan dan menjaga kontinuitas dalam melakukan tindakan pencegahan DBD agar masyarakat terhindar dari DBD, serta selalu meningkatkan kewaspadaan terhadap DBD.
  - Masyarakat di wilayah non endemis hendaknya selalu meningkatkan pengetahuan dan tindakan pencegahan DBD agar masyarakat terhindar dari DBD, serta selalu meningkatkan kewaspadaan terhadap DBD.

b. Bagi pelayanan kesehatan

- Pelayanan kesehatan masih perlu melakukan pendidikan kesehatan mengenai DBD serta kegiatan lainnya yang mendukung pencegahan penyakit DBD secara aktif dan rutin yang disesuaikan dengan kondisi masyarakat setempat, sehingga dapat mempertahankan pengetahuan masyarakat mengenai DBD di wilayah endemis dan meningkatkan pengetahuan masyarakat di wilayah non endemis serta menjaga kontinuitas tindakan pencegahan DBD pada kedua wilayah.

c. Bagi peneliti lainnya

- Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian yang tidak hanya bersifat kuantitatif saja tetapi juga bersifat kualitatif yang dengan *focus group discussion (FGD)* dan wawancara yang lebih mendalam dengan responden penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Tata laksana demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2006. p. 1-6.
2. Hadinegoro SR, Sumarmo, Sudomo SP, Gama H. Buku ajar ilmu kesehatan anak: infeksi dan penyakit tropis. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2002. p. 176-08.
3. WHO. Dengue guidelines for diagnosis , treatment, prevention and control . [Internet]. 2009. [ Cited: October 02, 2011]. Available from: <http://apps.who.int/tdr/svc/publications/training-guidelinepublications/dengue-diagnosis-treatment>
4. WHO Regional Office for South-East Asia. Situation update of dengue in the SEA region , 2010. [ Internet]. 2010. [ Cited: September 30, 2011]. Available from: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue\\_Dengue\\_update\\_SEA\\_2010.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue_Dengue_update_SEA_2010.pdf)
5. Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak. Buku kuliah 2 ilmu kesehatan anak edisi ke-4. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2007. p. 607-21.
6. Fathi, Soedjajadi K, Chatarina UW. Peran faktor lingkungan dan perilaku terhadap penularan demam berdarah dengue di Kota Mataram. Jurnal Kesehatan Lingkungan. 2005; 2(1):1-10.
7. Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak. Simposium & workshop: update demam berdarah dengue pada anak. Semarang: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2010. p. 1-25.
8. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Profil kesehatan Kota Semarang 2009. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang . [ Internet]. 2010. [ Cited: September 29, 2011]. Available from: [http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/download/profil\\_kesehatan\\_2009.pdf](http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/download/profil_kesehatan_2009.pdf).

9. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Data DBD Kota Semarang tahun 2011. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang; 2011.
10. Anies. Seri lingkungan dan penyakit: manajemen berbasis lingkungan. Jakarta: Elek Media Komputindo; 2006. p. 52-69.
11. Sutaryo. Dengue. Yogyakarta: Medika; 2006. p. 1-48.
12. Sungkar, Saleha, Rawina W, Agnes K. Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan masyarakat dan kepadatan *Aedes Aegypti* di Kecamatan Bayah, Provinsi Banten. Makara UI. 2010; 14(2):81-85.
13. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi. Buletin jendela epidemiologi demam berdarah dengue vol . 2. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [ Internet]. 2010. [ Cited: October 17, 2011]. Available from: <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/buletin/BULETIN%20DBD.pdf>
14. Sukma NNM. Perbedaan faktor perilaku pemberantasan sarang nyamuk dan lingkungan di desa endemis dan non endemis DBD (Studi di Puskesmas Ngadiluwih, Kab. Kediri) [Under graduate Thesis]. Surabaya: Universitas Airlangga; 2009.
15. Purwo A. Perbandingan faktor perilaku, sosio ekonomi dan kondisi lingkungan keluarga penderita pada kejadian penyakit demam berdarah dengue di daerah endemis dan non endemis [Post graduate Thesis]. Surabaya: Universitas Airlangga; 2009.
16. Constantianus JM, Wieteke T, Ratana S, Udom K, James W, Thomas WS. Dengue knowledge and practice and their impact on *Aedes aegypti* population in Kamphaeng Phet, Thailand. Am J Trop Med Hyg. 2006; 74(4): 692–700.
17. Cook G, Alimuddin LZ. Manson's tropical diseases 22<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 753-62.
18. Soedarto. Buku ajar parasitologi kedokteran. Jakarta: Sagung Seto; 2011.
19. Salmiyatun, editor. Panduan lengkap pencegahan & pengendalian dengue & demam berdarah dengue. Jakarta: EGC; 2005. p. 1-12.

20. Hopp M.J, Foley J. Global-scale relationships between climate and the dengue fever vector *Aedes Aegypti*. [Internet]. 2008. [Cited: November 13, 2011]. Available from: [http://www.stanford.edu/group/parasites/ParaSites2008/Nkem\\_Cristina%20Valdoinos/ugonabon\\_valdovinosc\\_dengueproposall.htm](http://www.stanford.edu/group/parasites/ParaSites2008/Nkem_Cristina%20Valdoinos/ugonabon_valdovinosc_dengueproposall.htm)
21. Sukowati, S. Masalah vektor demam berdarah dengue dan pengendaliannya di Indonesia. *Buletin Jendela Epidemiologi*. 2010; 2:25-30.
22. Siregar, FA. *Epidemiologi dan pemberantasan demam berdarah dengue (DBD) di Indonesia*. Medan: Universitas Sumatra Utara; 2004.
23. Kristina, Isminah, Leny W. *Demam berdarah dengue*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [Internet]. 2009. [Cited: November 8, 2011]. Available from: <http://www.litbang.depkes.go.id/maskes/052004/demamberdarah1.htm>
24. Departemen Pendidikan Nasional. *Kamus besar bahasa Indonesia edisi ke-3*. Jakarta: Balai Pustaka; 2005.
25. Notoatmodjo S. *Promosi kesehatan: teori & aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta; 2003. p.43-80.
26. Wawan A, Dewi M. *Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010. p.11-18.
27. Nurhidayah, RE. *Ilmu perilaku dan pendidikan kesehatan untuk perawat*. Medan: USU Press; 2010. p. 53-55.
28. Kasnodihardjo, S. *Aspek perilaku dalam kaitannya dengan penyakit demam berdarah di Kodya Sukabumi*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. *Cermin Dunia Kedokteran*; 1988:92.
29. Syed M, Saleem T, Syeda UR, Habib M, Zahid R, Bashir A, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding dengue fever among adults of high and low socioeconomic groups. *JPMA*. 2010; 60: 243-47.
30. Notoatmodjo S. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2003. p. 114-34.

31. Ahmed I, Khan A, Sunniya J, Saira K, Adil HK, Imtiaz J, et al. Knowledge, awareness and practices regarding dengue fever among the adult population of dengue hit cosmopolitan. *PLoS One*. 2008. 3(7):e2620.
32. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. Riset kesehatan dasar 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia . [Internet]. 2008. [Cited: February 6, 2012]. Available from: Bappenas RI.
33. Cahyat, A. Bagaimana kemiskinan diukur? model penghitungan kemiskinan di Indonesia. Center for International Forestry Research. 2004; 2:1-8.
34. Notoatmodjo S. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010. p.106-64.
35. Notoatmodjo S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007. p. 133-51.
36. Ahmed, N. Knowledge, Attitude, and Practice of Dengue Fever Prevention among the people in male, Malvides. [Post graduate Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
37. Human Resource Community. UMR/ UMK Kota Semarang tahun 2012. HR centro [Internet]. 2010. [Cited: February 2, 2012]. Available from: [http://www.hrcentro.com/umr/jawa\\_tengah/kota\\_semarang/non\\_sektor/20](http://www.hrcentro.com/umr/jawa_tengah/kota_semarang/non_sektor/20)
38. Tran TT, Nguyen TNA, Nguyen TH, Nguyen TL, Le TC, Nguyen PC, et al. The Impact of Health Education on Mother's Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of Dengue Haemorrhagic Fever. *Am J Med*. 2003; 27: p.174-80.
39. Sastroasmoro, S, Sofyan I. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta: Binarupa Aksara; 1995. p.173-207.
40. Dahlan, S. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan edisi 5. Jakarta: Salemba Medika; 2011. p. 1-27.
41. Itrat A, Khan A, Javaid S, Kamal M, Khan H, Javed S *et al*. Knowledge, awareness and practice regarding dengue fever among the adult population of dengue hit cosmopolitan. *PloS One*. 2008; 3:1-6.

42. Marini, D. Gambaran pengetahuan, sikap dan tindakan mengenai DBD pada keluarga di Kelurahan Padang Bulan tahun 2009) [Under graduate Thesis]. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2009.
43. Sucitrawati, I. Perbedaan perilaku PSN dan keberadaan jentik antara desa *endemis* dan non *endemis* DBD di wilayah kerja Puskesmas Gianyar I Kabupaten Gianyar tahun 2008. [Under graduate Thesis]. Surabaya: Universitas Airlangga; 2008.
44. Suherman, E. Hubungan pengetahuan dan sikap kepala keluarga terhadap tindakan pencegahan penyakit demam berdarah dengue. [Under graduate Thesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2007.
45. Rahmaditia, T. Hubungan pengetahuan dan sikap ibu terhadap tindakan pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada anak di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang. [Under graduate Thesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2011.
46. Yudastuti, R. Anny V. Hubungan kondisi lingkungan, kontainer, dan perilaku masyarakat dengan keberadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti* di daerah endemis demam berdarah dengue Surabaya. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 1 (2):171.

Lampiran data DBD Kota Semarang tahun 2011

No.	KELURAHAN	Jumlah Penduduk 2011	JML. KASUS TAHUN			IR/100.000 PDDK	klasifikasi
			2009	2010	2011		
1	Gajahmungkur	14,232	35	62	57	400.5	Kel. endemis
2	Sekayu	4,126	4	19	-	-	Kel. sporadis

KELURAHAN	PUSKESMAS	Jml. Kasus		Jml. Meninggal		IR/100.000		CFR	
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	CFR (2010)	CFR (2011)
Gajahmungkur	Pegandan	62	57	2	-	418.8	400.5	3.2%	0.00%
Sekayu	Poncol	19	-	-	-	406.5	-	0.0%	0.00%

Data penderita DBD wilayah penelitian tahun 2011 berdasarkan usia

NO.	KEL/PUSK	< 1 TH		1 - 4th		5-9 th		10-14th	
		P	M	P	M	P	M	P	M
1	Sekayu	-	-	-	-	-	-	-	-
	PUSKESMAS.PONCOL	-	-	2	-	6	-	5	-
2	Gajahmungkur	1	-	18	-	17	-	5	-
	PUSKESMAS PEGANDAN	2	-	28	-	31	-	15	-

P = penderita

M = meninggal

Lampiran *Spreadsheet* data responden penelitian Gajahmungkur

No	Nama	Umur	Usia anak	JK	Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Riwayat DBD	Pengetahuan	Tindakan
1	R1	30	10	P	rendah	IRT	rendah	tidak	cukup	cukup
2	R2	33	7	L	sedang	IRT	tinggi	ada	baik	cukup
3	R3	26	6	L	tinggi	Swasta	tinggi	tidak	baik	baik
4	R4	22	8 bln	P	sedang	IRT	tinggi	tidak	baik	cukup
5	R5	38	8	L	sedang	Swasta	rendah	tidak	baik	kurang
6	R6	40	12	P	rendah	IRT	tinggi	ada	baik	cukup
7	R7	35	7	P	rendah	IRT	rendah	tidak	baik	cukup
8	R8	50	13	L	rendah	IRT	rendah	tidak	kurang	cukup
9	R9	30	5	L	sedang	IRT	tinggi	ada	Kurang	baik
10	R10	33	8	P	sedang	IRT	rendah	tidak	Kurang	baik
11	R11	32	1	L	rendah	Swasta	rendah	ada	Cukup	cukup
12	R12	23	1	L	sedang	IRT	tinggi	tidak	Baik	kurang
13	R13	50	12	L	rendah	IRT	tinggi	tidak	Baik	cukup
14	R14	26	1	P	sedang	IRT	rendah	tidak	Cukup	baik
15	R15	40	10	L	rendah	Wiraswasta	tinggi	ada	Cukup	kurang
16	R16	46	9	L	rendah	IRT	tinggi	tidak	Kurang	kurang
17	R17	29	6	P	rendah	IRT	tinggi	tidak	Kurang	baik
18	R18	39	4	L	rendah	IRT	tinggi	tidak	Kurang	cukup
19	R19	44	12	L	rendah	Swasta	rendah	tidak	Cukup	kurang
20	R20	34	2	L	rendah	IRT	rendah	tidak	Cukup	cukup
21	R21	22	1	P	sedang	IRT	rendah	tidak	Cukup	baik
22	R22	44	12	L	sedang	Wiraswasta	tinggi	ada	Baik	cukup
23	R23	49	3	P	rendah	IRT	tinggi	tidak	Baik	cukup
24	R24	32	10bln	L	sedang	IRT	rendah	tidak	Cukup	kurang
25	R25	26	2	L	sedang	IRT	rendah	tidak	Baik	cukup
26	R26	38	10	P	sedang	IRT	rendah	ada	Baik	cukup

Lampiran *Spreadsheet* data responden penelitian Sekayu

No	Nama	Umur	Usia anak	JK	Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Riwayat DBD	Pengetahuan	Tindakan
1	R1	38	3	P	sedang	Wiraswasta	rendah	Tidak	cukup	kurang
2	R2	35	2 bln	P	tinggi	Wiraswasta	rendah	Tidak	baik	kurang
3	R3	33	4	P	sedang	IRT	rendah	Tidak	cukup	kurang
4	R4	34	11	P	sedang	IRT	tinggi	Tidak	baik	kurang
5	R5	47	12	P	sedang	IRT	rendah	Tidak	cukup	kurang
6	R6	24	11	L	sedang	IRT	rendah	Tidak	cukup	kurang
7	R7	36	5 bln	L	rendah	IRT	rendah	Ada (2009)	cukup	kurang
8	R8	26	5	L	sedang	IRT	tinggi	Tidak	cukup	kurang
9	R9	24	8 bln	L	sedang	Lain-lain	rendah	Tidak	kurang	cukup
10	R10	35	5 bln	P	tinggi	swasta	tinggi	Tidak	cukup	kurang
11	R11	32	2	L	sedang	IRT	rendah	Tidak	cukup	kurang
12	R12	28	4	L	tinggi	IRT	tinggi	Tidak	kurang	kurang
13	R13	27	10bln	L	sedang	IRT	tinggi	Tidak	cukup	kurang
14	R14	26	3	L	sedang	IRT	rendah	Tidak	cukup	kurang
15	R15	28	1	L	sedang	swasta	tinggi	Tidak	kurang	kurang
16	R16	32	6	L	tinggi	IRT	tinggi	Ada (2012)	cukup	cukup
17	R17	25	1	L	sedang	IRT	rendah	Tidak	cukup	kurang
18	R18	21	11bln	P	sedang	swasta	tinggi	Tidak	kurang	kurang
19	R19	21	5	L	sedang	IRT	rendah	Tidak	kurang	kurang
20	R20	52	10	P	sedang	IRT	tinggi	Ada (2010)	cukup	kurang
21	R21	25	4	L	sedang	IRT	tinggi	Tidak	cukup	kurang
22	R22	42	5	P	tinggi	IRT	tinggi	Tidak	cukup	kurang
23	R23	36	5	L	sedang	IRT	rendah	Tidak	kurang	kurang
24	R24	36	6	P	tinggi	IRT	rendah	Tidak	kurang	kurang
25	R25	32	6	L	sedang	IRT	tinggi	Tidak	cukup	kurang
26	R26	26	9	P	sedang	IRT	rendah	Tidak	cukup	kurang

## Lampiran Hasil Output SPSS

Uji realibilitas komponen tingkat pengetahuan ibu mengenai DBD

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.883	22

Uji realibilitas komponen tindakan pencegahan DBD

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.739	15

## Usia ibu dan anak \* Kelompok

t

Kelompok		Usia Ibu	Usia anak
Endemis	Mean	35.0385	6.2308
	Std. Deviation	8.60456	4.36630
	Median	33.5000	6.5000
	Minimum	22.00	.00
	Maximum	50.00	13.00
Non endemis	Mean	31.5769	4.3462
	Std. Deviation	7.64290	3.77298
	Median	32.0000	4.0000
	Minimum	21.00	.00
	Maximum	52.00	12.00
Total	Mean	33.3077	5.2885
	Std. Deviation	8.24511	4.15077
	Median	32.5000	5.0000
	Minimum	21.00	.00
	Maximum	52.00	13.00

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usialbu	.101	52	.200*	.951	52	.032
Usiaanak	.118	52	.066	.918	52	.002

a. Lilliefors Significance Correction

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

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Usialbu	Equal variances assumed	.780	.381	1.534	50	.131	3.46154	2.25706	-1.07190	7.99498
	Equal variances not assumed			1.534	49.314	.132	3.46154	2.25706	-1.07346	7.99654
Usiaanak	Equal variances assumed	1.717	.196	1.665	50	.102	1.88462	1.13171	-.38849	4.15772
	Equal variances not assumed			1.665	48.970	.102	1.88462	1.13171	-.38968	4.15891

### Usia ibu \* Kelompok

#### Crosstab

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Usia ibu	20 - 30	Count	9	10	19
		% of Total	17.3%	19.2%	36.5%
	31 - 40	Count	11	13	24
		% of Total	21.2%	25.0%	46.2%
	> 40	Count	6	3	9
		% of Total	11.5%	5.8%	17.3%
Total		Count	26	26	52
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

## Usia anak \* Kelompok

Crosstab

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Usia anak	< 1	Count	3	7	10
		% of Total	5.8%	13.5%	19.2%
	1 - 4	Count	8	7	15
		% of Total	15.4%	13.5%	28.8%
	5 - 9	Count	7	8	15
		% of Total	13.5%	15.4%	28.8%
	10 - 14	Count	8	4	12
		% of Total	15.4%	7.7%	23.1%
Total	Count	26	26	52	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

## Jenis kelamin anak \* Kelompok

Crosstab

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Jenis kelamin	Perempuan	Count	10	11	21
		% of Total	19.2%	21.2%	40.4%
	Laki-laki	Count	16	15	31
		% of Total	30.8%	28.8%	59.6%
Total	Count	26	26	52	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.080 <sup>a</sup>	1	.777		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.080	1	.777		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.078	1	.780		
N of Valid Cases	52				

## Pendidikan \* Kelompok

Crosstab

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Pendidikan	Rendah	Count	13	1	14
		% of Total	25.0%	1.9%	26.9%
	Sedang	Count	12	19	31
		% of Total	23.1%	36.5%	59.6%
	Tinggi	Count	1	6	7
		% of Total	1.9%	11.5%	13.5%
Total	Count	26	26	52	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.438 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	17.760	2	.000
Linear-by-Linear Association	14.131	1	.000
N of Valid Cases	52		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.

## Pekerjaan \* Kelompok

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Pekerjaan	IRT	Count	20	20	40
		% of Total	38.5%	38.5%	76.9%
	Swasta	Count	4	3	7
		% of Total	7.7%	5.8%	13.5%
	Wiraswasta	Count	2	2	4
		% of Total	3.8%	3.8%	7.7%
	Lain-lain	Count	0	1	1
		% of Total	.0%	1.9%	1.9%
	Total	Count	26	26	52
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.143 <sup>a</sup>	3	.767
Likelihood Ratio	1.530	3	.675
Linear-by-Linear Association	.152	1	.696
N of Valid Cases	52		

**Pendapatan \* Kelompok**

**Crosstab**

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Pendapatan	Tinggi	Count	13	12	25
		% of Total	25.0%	23.1%	48.1%
	Rendah	Count	13	14	27
		% of Total	25.0%	26.9%	51.9%
Total		Count	26	26	52
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.077 <sup>a</sup>	1	.781		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.077	1	.781		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.076	1	.783		
N of Valid Cases	52				

## Pernah DBD \* Kelompok

Pernah DBD \* Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Pernah DBD	Ya	Count	7	3	10
		% of Total	13.5%	5.8%	19.2%
	Tidak	Count	19	23	42
		% of Total	36.5%	44.2%	80.8%
Total	Count	26	26	52	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.981 <sup>a</sup>	1	.159		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.114	1	.291		
Likelihood Ratio	2.027	1	.155		
Fisher's Exact Test				.291	.146
Linear-by-Linear Association	1.943	1	.163		
N of Valid Cases	52				

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pernah DBD (Ya / Tidak)	2.825	.641	12.442
For cohort Kelompok = Endemis	1.547	.916	2.615
For cohort Kelompok = Non endemis	.548	.204	1.468
N of Valid Cases	52		

## Pengetahuan DBD \* Kelompok

Pengetahuan \* Kelompok Crosstabulation (tabel 2x3)

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Pengetahuan	Kurang	Count	6	7	13
		% of Total	11.5%	13.5%	25.0%
	Cukup	Count	8	17	25
		% of Total	15.4%	32.7%	48.1%
	Baik	Count	12	2	14
		% of Total	23.1%	3.8%	26.9%
Total		Count	26	26	52
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

tingkat pengetahuan ibu \* Kelompok Crosstabulation (tabel 2x2)

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
tingkat pengetahuan ibu	kurang baik	Count	14	24	38
		% within Kelompok	53.8%	92.3%	73.1%
		% of Total	26.9%	46.2%	73.1%
	baik	Count	12	2	14
		% within Kelompok	46.2%	7.7%	26.9%
		% of Total	23.1%	3.8%	26.9%
Total		Count	26	26	52
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.774 <sup>a</sup>	1	.002		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.917	1	.005		
Likelihood Ratio	10.588	1	.001		
Fisher's Exact Test				.004	.002
Linear-by-Linear Association	9.586	1	.002		
N of Valid Cases	52				

## Tindakan \* Kelompok

Crosstab

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
Tindakan	Kurang	Count	6	24	30
		% within Kelompok	23.1%	92.3%	57.7%
	Cukup	Count	14	2	16
		% within Kelompok	53.8%	7.7%	30.8%
	Baik	Count	6	0	6
		% within Kelompok	23.1%	.0%	11.5%
Total		Count	26	26	52
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Crosstab

			Kelompok		Total
			Endemis	Non endemis	
tindakan pencegahan DBD	kurang baik	Count	20	26	46
		% within Kelompok	76.9%	100.0%	88.5%
		% of Total	38.5%	50.0%	88.5%
	baik	Count	6	0	6
		% within Kelompok	23.1%	.0%	11.5%
		% of Total	11.5%	.0%	11.5%
Total		Count	26	26	52
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.783 <sup>a</sup>	1	.009	.023	.011
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.710	1	.030		
Likelihood Ratio	9.103	1	.003		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.652	1	.010		
N of Valid Cases	52				

## Media Informasi \* Kelompok

Media Informasi \* Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			endemis	non endemis	
Media Informasi	televisi	Count	25	21	46
		% of Total	15.2%	12.7%	27.9%
	radio	Count	5	2	7
		% of Total	3.0%	1.2%	4.2%
	internet	Count	2	1	3
		% of Total	1.2%	.6%	1.8%
	Surat kabar, majalah, tabloid, dsb	Count	10	8	18
		% of Total	6.1%	4.8%	10.9%
	Petugas kesehatan (dokter, penyuluhan kesehatan)	Count	22	15	37
		% of Total	13.3%	9.1%	22.4%
	tetangga, teman, kerabat, dsb	Count	20	18	38
		% of Total	12.1%	10.9%	23.0%
	spanduk, phamplet, leafet, dsb	Count	8	8	16
		% of Total	4.8%	4.8%	9.7%
Total	Count	92	73	165	
	% of Total	55.8%	44.2%	100.0%	



## KUESIONER PENELITIAN

### PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU DAN TINDAKAN PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH ENDEMIS DAN NON ENDEMIS

<b>No. Responden</b>	<b>Tanggal :</b>
----------------------	------------------

#### I. DATA RESPONDEN

<b>Identitas Responden</b>	
Nama Ibu	
Usia Ibu	
Nama Anak	L / P
Usia Anak	
Alamat	Jalan
	RT : <span style="margin-left: 100px;">RW :</span>
	Kelurahan :
	Kecamatan :
No. Telp. / HP	
Pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> Tidak tamat SD <input type="checkbox"/> SD atau sederajat <input type="checkbox"/> SMP atau sederajat <input type="checkbox"/> SMA atau sederajat <input type="checkbox"/> Akademi, diploma <input type="checkbox"/> Perguruan tinggi <input type="checkbox"/> Pasca sarjana <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan .....
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> PNS, sebutkan ..... <input type="checkbox"/> Wiraswasta, sebutkan ..... <input type="checkbox"/> Karyawan swasta, sebutkan ..... <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan .....
Pendapatan Keluarga	<input type="checkbox"/> > Rp 991.500,- <input type="checkbox"/> ≤ Rp 991.500-
Tinggal serumah dengan anak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Lama tinggal	<input type="checkbox"/> $\geq$ 6 bulan <input type="checkbox"/> $<$ 6 bulan
Ada keluarga yang menderita DBD	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
Darimana Ibu mendapatkan informasi mengenai DBD?	<input type="checkbox"/> Televisi <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Surat kabar, majalah, tabloid <input type="checkbox"/> Petugas kesehatan (penyuluhan, dokter, dll) <input type="checkbox"/> Teman, tetangga, keluarga <input type="checkbox"/> Iklan, spanduk, pamphlet <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan.....

## II. DAFTAR PERTANYAAN

### A. Pengetahuan Ibu Mengenai Demam Berdarah Dengue (DBD)

Berilah tanda check list ( $\checkmark$ ) pada salah satu kolom sesuai pernyataan di bawah ini:

No	Pernyataan	Benar	Salah	Tidak tahu
1.	DBD disebabkan oleh virus.			
2.	Bakteri dapat menyebabkan DBD.			
3.	Virus penyebab DBD adalah virus dengue.			
4.	DBD dapat terjadi pada bayi dan balita.			
5.	Pada penderita DBD dapat ditemukan adanya bintik-bintik merah pada kulit			
6.	Pada saat fase kritis akan terjadi penurunan suhu tubuh, hal tersebut menunjukkan bahwa penderita telah sembuh dari DBD.			
7.	DBD sembuh dengan pemberian antibiotik.			
8.	Panas yang terjadi pada penderita DBD dapat turun dengan pemberian cairan (air putih, jus, sirup, dll)			
9.	DBD dapat menular melalui kontak langsung dengan penderita.			

No	Pernyataan	Benar	Salah	Tidak tahu
10.	Nyamuk <i>Anopheles sp</i> menularkan virus dengue kepada manusia.			
11.	Virus dengue hanya dapat ditularkan oleh nyamuk <i>Aedes sp</i> betina saja.			
12.	Ciri nyamuk <i>Aedes sp</i> adalah nyamuk yang berwarna coklat muda tanpa tanda khas.			
13.	Nyamuk <i>Aedes sp</i> hanya mengigit pada malam hari.			
14.	Pada musim hujan, jumlah kejadian demam berdarah akan meningkat.			
15.	Nyamuk <i>Aedes sp</i> berkembang biak pada air kotor			
16.	3M merupakan cara mencegah perkembangbiakan nyamuk. Kepanjangan 3M adalah Menguras, Mengubur dan Mencuci			
17.	Dalam program 3M, tidak perlu untuk menyikat dinding tempat penampungan air.			
18.	Tempat penampungan air maupun bak mandi sebaiknya dibersihkan setiap 2 minggu sekali			
19.	Pemberian bubuk abate dapat langsung membunuh nyamuk dewasa <i>Aedes sp</i> .			
20.	Pemberian bubuk abate harus diberikan secara rutin setiap 3 bulan sekali.			
21.	Kontak dengan vektor pada anak dapat dicegah dengan pemberian lotion anti nyamuk.			
22.	<i>Fogging</i> yang dilakukan hanya untuk membunuh nyamuk yang dewasa			

## **B. Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Dengue**

Berilah tanda check list (√) pada salah satu kolom sesuai pernyataan di bawah ini:

<b>No</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
1.	Menguras bak mandi atau tempat penampungan air setiap satu minggu sekali		
2.	Menyikat bak mandi dan tempat penampungan air saat mengurasnya		
3.	Menutup rapat tempat penampungan air setelah menggunakannya		
4.	Mengubur barang bekas yang dapat menampung air		
5.	Menabur bubuk abate pada tempat penampungan air		
6.	Mengulang pemberian bubuk abate setiap 3 bulan sekali		
7.	Mengganti air dalam vas bunga atau tempat minum hewan peliharaan, dll setiap seminggu sekali		
8.	Ada pakaian yang digantung di dalam rumah		
9.	Menggunakan obat nyamuk (bakar, listrik, semprot) di rumah		
10.	Mengoleskan lotion antinyamuk saat anak berangkat ke sekolah		
11.	Menggunakan kelambu pada tempat tidur		
12.	Rutin membersihkan pekarangan rumah seminggu sekali		
13.	Rutin memeriksa jentik nyamuk pada tempat penampungan air		
14.	Turut berpartisipasi apabila ada program <i>fogging</i> di daerah tempat tinggal Ibu		
15.	Ventilasi rumah memenuhi pencahayaan untuk ruangan rumah		

Lampiran rekapitulasi jawaban kuesioner

**A. Pengetahuan Ibu Mengenai Demam Berdarah Dengue (DBD)**

Pernyataan	Endemis		Non endemis	
	Benar n (%)	Salah n (%)	Benar n (%)	Salah n (%)
DBD disebabkan oleh virus.	17 (65,4%)	9 (34,6%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)
Bakteri dapat menyebabkan DBD*	10 (38,5%)	16 (61,5%)	5 (19,2%)	21 (80,8%)
Virus penyebab DBD adalah virus dengue.	17(65,4%)	9(34,6%)	10 (38,5%)	16 (61,5%)
DBD dapat terjadi pada bayi dan balita.	25 (96,2%)	1 (3,8%)	26 (100%)	0 (0,0%)
Pada penderita DBD dapat ditemukan adanya bintik- bintik merah pada kulit	24 (92,3%)	2 (7,7%)	26 (100%)	0 (0,0%)
Pada saat fase kritis akan terjadi penurunan suhu tubuh, hal tersebut menunjukkan bahwa penderita telah sembuh dari DBD*	13 (50%)	13 (50%)	14 (53,8%)	12 (46,2%)
DBD sembuh dengan pemberian antibiotik*	7 (26,9%)	19 (73,1%)	6 ( 23,1%)	20 (76,9%)
Panas yang terjadi pada penderita DBD dapat turun dengan pemberian cairan (air putih, jus, sirup, dll)	21 (80,8%)	5 (19,2%)	20 (76,9%)	6 (23,1%)
DBD dapat menular melalui kontak langsung dengan penderita*	16 (61,5%)	10 (38,5%)	17 (65,4%)	9 (34,6%)
<i>Anopheles sp</i> menularkan virus dengue kepada manusia*	8 (30,8%)	18 (69,2%)	13 (50%)	13 (50%)
Virus dengue hanya dapat ditularkan oleh nyamuk <i>Aedes sp</i> betina saja.	18 (69,2%)	8 (30,8%)	8 (30,8%)	18 (69,2%)
Ciri nyamuk <i>Aedes sp</i> adalah nyamuk yang berwarna cokelat muda tanpa tanda khas*	13 (50%)	13 (50%)	12 (46,2%)	14 (53,8%)

Pernyataan	Endemis		Non endemis	
	Benar n (%)	Salah n (%)	Benar n (%)	Salah n (%)
Nyamuk <i>Aedes sp</i> hanya mengigit pada malam hari*	23 (88,5%)	3 (11,5%)	22 (84,6%)	4 (15,4%)
Pada musim hujan, jumlah kejadian demam berdarah akan meningkat.	24 (92,3%)	2 (7,7%)	25 (96,2%)	1 (3,8%)
Nyamuk <i>Aedes sp</i> berkembang biak pada air kotor*	15 (57,7%)	11 (42,3%)	7 (26,9%)	19 (73,1%)
3M merupakan cara mencegah perkembangbiakan nyamuk. Kepanjangan 3M adalah Menguras, Mengubur dan Mencuci*	22 (84,6%)	4 (15,4%)	26 (100%)	0 (0,0%)
Dalam program 3M, tidak perlu untuk menyikat dinding tempat penampungan air*	25 (96,2%)	1 (3,8%)	24 (92,3%)	2 (7,7%)
Tempat penampungan air maupun bak mandi sebaiknya dibersihkan setiap 2 minggu sekali*	16 (61,5%)	10 (38,5%)	12 (46,2%)	14 (53,8%)
Pemberian bubuk abate dapat langsung membunuh nyamuk dewasa <i>Aedes sp</i> *	11 (42,3%)	15 (57,7%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)
Pemberian bubuk abate harus diberikan secara rutin setiap 3 bulan sekali.	18 (69,2%)	8 (30,8%)	16 (61,5%)	10 (38,5%)
Kontak dengan vektor pada anak dapat dicegah dengan pemberian lotion anti nyamuk.	26 (100%)	0 (0,0%)	26 (100%)	0 (0,0%)
<i>Fogging</i> yang dilakukan hanya efektif untuk membunuh nyamuk yang dewasa	22 (84,6%)	4 (15,4%)	23 (88,5%)	3(11,5%)

## **B. Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Dengue**

<b>Pernyataan</b>	<b>Endemis</b>		<b>Non endemis</b>	
	<b>Ya n (%)</b>	<b>Tidak n (%)</b>	<b>Ya n (%)</b>	<b>Tidak n (%)</b>
Menguras bak mandi atau tempat penampungan air setiap 1 minggu	21 (80,8%)	5 (19,2%)	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Menyikat bak mandi dan TPA saat mengurasnya	23 (80,5%)	3 (11,5%)	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Menutup rapat TPA setelah menggunakannya	25 (96,2%)	1 (3,8%)	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Mengubur barang bekas yang dapat menampung air	14 (53,8%)	12 (46,2%)	0 (0,0%)	26 (100%)
Menabur bubuk abate pada tempat penampungan air	16 (61,5%)	10 (38,5%)	6 (23,1%)	20 (76,9%)
Mengulang pemberian bubuk abate setiap 3 bulan sekali	15 (57,7%)	11 (42,3%)	2 (7,7%)	24 (92,3%)
Mengganti air dalam vas bunga atau tempat minum hewan peliharaan, dll setiap 1 minggu	21 (80,8%)	5 (19,2%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)
Ada pakaian yang mengantung	15 (57,7%)	11 (42,3%)	22 (84,6%)	4 (15,4%)
Menggunakan obat nyamuk (bakar, listrik, semprot) di rumah	14 (53,8%)	12 (46,2%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)
Mengoleskan lotion antinyamuk saat anak berangkat ke sekolah	14 (53,8%)	12 (46,2%)	12 (46,2%)	14 (53,8%)
Menggunakan kelambu	2 (7,7%)	24 (92,3%)	7 (26,9%)	19 (73,1%)
Rutin membersihkan pekarangan rumah seminggu sekali	23 (88,5%)	3 (11,5%)	25 (96,2%)	1 (3,8%)
Rutin memeriksa jentik nyamuk pada tempat penampungan air	26 (100%)	0 (0,0%)	6 (23,1%)	20 (76,9%)
Turut berpartisipasi apabila ada program <i>fogging</i>	19 (73,1%)	7 (26,9%)	10 (38,5%)	16 (61,5%)
Ventilasi rumah memenuhi pencahayaan untuk ruangan	26 (100%)	0 (0,0%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)

Lampiran dokumentasi penelitian di Kelurahan Gajahmungkur



Puskesmas Pegandan (Gajahmungkur)



Kantor Kelurahan Gajahmungkur



Wawancara responden



Wawancara responden



Wawancara responden



Souvenir untuk responden penelitian

Kelurahan Sekayu



Puskesmas Poncol (Sekayu)



Wawancara responden



Wawancara responden



Wawancara responden



Wawancara responden



Souvenir untuk responden penelitian

## Lampiran Biodata Mahasiswa

### **Identitas Mahasiswa**

Nama : Dimas Aditya Rahadian  
NIM : G2A008060  
Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 12 Juli 1990  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Alamat Rumah : Jl. Nakula 8 No. 6 Blok 38, Bumi Satria Kencana, Bekasi Selatan 17144  
Alamat Kos : Jl. Gundi No. 4 Perum PJKA, Kecamatan Randusari, Kota Semarang.  
Nomor Telepon : (021) 8861636  
Nomor HP : 085710301607  
e-mail : dimasadityarahadian60@yahoo.com

### **Riwayat Pendidikan Formal**

- |             |                                |             |        |
|-------------|--------------------------------|-------------|--------|
| 1. SD       | : SD Tunas Jakasampurna Bekasi | Lulus tahun | : 2002 |
| 2. SMP      | : SMP Negeri 1 Bekasi          | Lulus tahun | : 2005 |
| 3. SMA      | : SMA Negeri 4 Bekasi          | Lulus tahun | : 2008 |
| 4. FK UNDIP | : Masuk tahun : 2008           |             |        |

### **Keanggotaan Organisasi**

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. AMSA FK UNDIP | Tahun 2008 s/d 2010 |
|------------------|---------------------|