



**PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN MASYARAKAT DALAM
UPAYA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE
DI KECAMATAN PATRANG, KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat- syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)

| | | |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| Asal: | Hadiah | Klasifikasi |
| | Pembelian | 614.571 |
| Terima Tgl : | 17 JUL 2007 | LUP |
| No. Induk : | | P |
| Oleh ^R /PENYALIN : | <i>fas</i> | |

M. ARIF DERIT LUPAWAN
NIM 022110101020

C.1

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2007

LEMBAR PERSETUJUAN

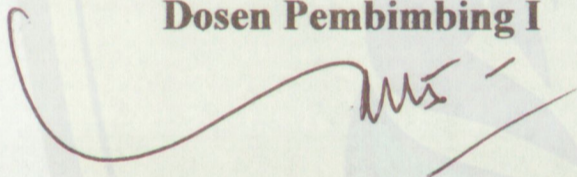
**Karya Tulis Ilmiah
(SKRIPSI)**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Guna Mencapai Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat Pada Program Studi Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Oleh :
M. ARIF DERIT LUPAWAN
022110101020

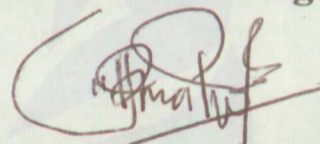
Menyetujui

Dosen Pembimbing I



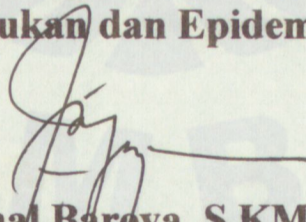
Prof. Dr. Murdijanto Pb., SE., SU
NIP. 130 350 767

Dosen Pembimbing II



Irma Prasetyowati, S.KM
NIP. 132 304 457

Mengetahui
Kepala Bagian Biostatistik
Kependudukan dan Epidemiologi



Ni'mal Baroza, S.KM
NIP. 132 310 669

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2007

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini telah disahkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pada

Hari : Sabtu

Tanggal : 30 Juni 2007

Tempat : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

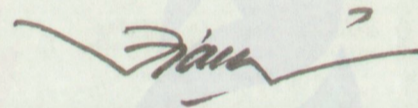
TIM PENGUJI :

Anggota I



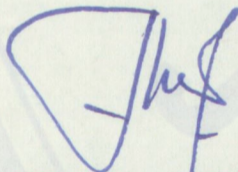
Prof. Dr. Murdijanto Pb, SE, SU
NIP. 130 350 767

Anggota II



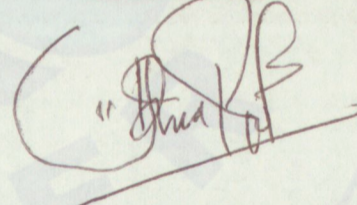
Elfian Zulkarnain S.KM. M.Kes.
NIP. 132 296 983

Ketua

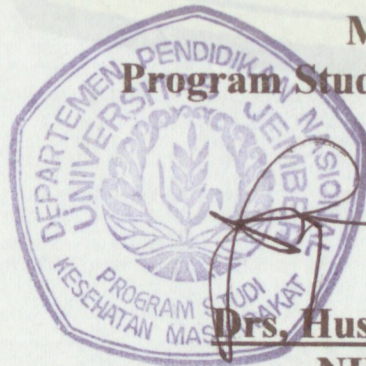


Drs. Thohirun, MS., MA
NIP. 131 601 513

Sekretaris



Irma Prasetyowati, S.KM
NIP. 132 304 457



Mengesahkan

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Ketua,

Drs. Husni Abdul Gani, MS.
NIP. 131 274 728

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : M. Arif Derit Lupawan

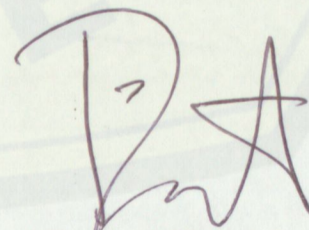
Nim : 022110101020

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2007

Yang menyatakan,



M. Arif Derit Lupawan

Nim. 022110101020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul "Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember" sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan DBD di Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember serta pengaruh pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan DBD di Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember.

Terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. **Prof. Dr. Murdijanto Pb., SE, SU** selaku dosen pembimbing pertama dan dosen penguji atas pengarahan, ilmu, waktu, dan kemudahan yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.
2. **Irma Prasetyowati, S.KM** selaku dosen pembimbing kedua dan sekretaris penguji atas bimbingan, saran, waktu, dan kesabaran yang diberikan untuk menyelesaikan skripsi ini sebaik-baiknya.
3. **Drs. Husni Abdul Gani** selaku ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
4. **Drs. Thohirun, MS.,MA dan Elfian Zulkarnain S.KM. M.Kes** selaku dosen penguji atas waktu, kritik dan saran yang diberikan untuk penyempurnaan skripsi ini.
5. **Ni'mal Baroya, S.KM** selaku kepala bagian Biostatistik Kependudukan dan Epidemiologi atas saran, waktu, dan kritikan yang diberikan untuk kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. Keluarga kecil bahagiaku: **Alm. Ayahku tercinta, Ibuku tercantik, Ema'ku tersayang**, terimakasih atas cinta, kasih sayang, nasehat, doa, motivasi dan dukungannya dalam segala hal.
7. **My puss** yang sudah setia nemenin Batu *and make my lovely life so peachy*.
8. Keluarga besar **IMPULSE OF CHAOS: Haiz** (thanks buat distorsi gitar n jiwamu!!), Niro (gebukanmu!! Mantap oi!!), Dita (My coolest bassist), *not only music, not only lyrics, this is movement!!*
9. Teman-teman Pagiku: **Met marley** (sobat yang paling unik), **wira** (Thanks dah nemenin tiap malamku), **Cipring** (orang aneh yang selalu bikin aku ketawa), **Om gondrong** (teh susunya..Maknyos!!), *Noone can't Stop Us!!*

10. **Ireng/Bombomcar** yang selalu nganterin kemana aja (aku nggak akan pernah jual kamu,suer!!!)
11. Dan semua pihak yang telah membantu baik langsung maupun tidak langsung, yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah memberikan saran dan bantuan semangat kepada penulis.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan skripsi ini dan semoga skripsi ini dapat berguna, baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Jember, Juni 2007

Penulis

ABSTRAK

Tindakan pencegahan merupakan sesuatu yang sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan demam berdarah dengue yang semakin lama terus meningkat, hal inilah yang melatarbelakangi penelitian ini. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui besarnya tingkat pengetahuan, sikap dan praktik/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD dan mengetahui adanya pengaruh antara ketiga variabel tersebut yang merupakan domain perilaku seseorang dalam upaya pencegahan terhadap penyakit DBD.

Penelitian ini bersifat survey analitik (*explanatory study*) dengan pendekatan *cross sectional* yang dilaksanakan pada bulan maret 2007. Wawancara dengan menggunakan kuesioner dilaksanakan pada 100 responden yang ditarik dari populasi dengan menggunakan teknik *two stage cluster sampling*. Variabel bebas penelitian ini adalah pengetahuan tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya, variabel antara penelitian ini adalah sikap terhadap penyakit DBD dan upaya pencegahannya dan variabel terikatnya adalah praktik/tindakan pencegahan penyakit DBD.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat mengenai penyakit DBD dan upaya pencegahannya di Kecamatan Patrang adalah sangat baik; sikap masyarakat mengenai penyakit DBD dan upaya pencegahannya di Kecamatan Patrang adalah sangat positif; praktik/tindakan masyarakat dalam upaya penegahan DBD di Kecamatan Patrang adalah baik; pengetahuan memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktik. Besarnya kontribusi pengetahuan yang secara langsung berkontribusi terhadap praktik sebesar 36,6 %; Sikap memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktik. Besarnya kontribusi pengetahuan yang secara langsung berkontribusi terhadap praktik sebesar 53,1%; dan pengetahuan memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktik. Besarnya kontribusi pengetahuan yang secara langsung berkontribusi terhadap sikap sebesar 51,7 %.

Kata kunci : Pengetahuan, Sikap, Praktik/tindakan, Pencegahan dan Penyakit DBD

ABSTRACT

Prevention is a vital importance in the effort degrading number painfulness of dengue hemorrhagic fever which longer increasing, this matter is background of this research. The purpose of this research is to know the level of knowledge, attitude and action in the effort prevention of disease of dengue hemorrhagic fever and know influence among third variable which represent as behavioral domain someone to prevent disease of dengue hemorrhagic fever.

This is analytical survey research (study of explanatory) with cross sectional approach conducted on March 2007. Interview by questionnaire at 100 of responder get from population two stage cluster sampling technique. Independent variable of this research is knowledge about dengue hemorrhagic fever and its preventive effort, mediator variable in this research is attitude to dengue hemorrhagic fever and its preventive and dependent variable is practice/action in the effort Prevention disease of dengue hemorrhagic fever.

Result of research indicate that knowledge of society about dengue hemorrhagic fever and its preventive in District of Patrang is very good; attitude of society about dengue hemorrhagic fever and its preventive in District of Patrang is very positive; practice/action of society in prevent of dengue hemorrhagic fever in District of Patrang is goodness; knowledge have positive contribution and significant to high lower practice him. Contribution of knowledge have contribution to practice, significantly; equal to 36,6 %; Attitude have direct positive contribution to practice, significantly; equal to 53,1%, and knowledge have direct positive contribution to practice, significantly, equal to 51,7 %.

Keyword : Knowledge, Attitude, Practice/action, Prevention and Dengue Hemorrhagic Fever

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| ABSTRAK | vii |
| ABSTRACT | viii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xii |
| DAFTAR LAMBANG | xiii |
| DAFTAR SINGKATAN | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 3 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 4 |
| 1.4.1 Tujuan Umum | 4 |
| 1.4.2 Tujuan Khusus..... | 4 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 4 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | 6 |
| 2.1 Demam Berdarah Dengue | 6 |
| 2.1.1 Definisi..... | 6 |
| 2.1.2 Penyebab | 6 |
| 2.1.3 Patogenesis dan Patologi..... | 8 |
| 2.1.4 Gambaran Klinis | 9 |
| 2.1.5 Kriteria Laboratorium | 9 |
| 2.1.6 Diagnosis Klinis..... | 10 |
| 2.1.7 Pengobatan..... | 10 |
| 2.1.8 Pencegahan dan Pemberantasan..... | 11 |
| 2.2 Epidemiologi Demam Berdarah Dengue | 14 |
| 2.3 Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue | 17 |
| 2.4 Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Patrang dan Kabupaten Jember | 21 |
| 2.5 Penelitian Sebelumnya | 22 |
| BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | 24 |
| 3.1 Kerangka Konseptual | 24 |
| 3.2 Hipotesis | 25 |
| BAB 4. METODE PENELITIAN | 26 |
| 4.1 Jenis Penelitian | 26 |

| | |
|--|----|
| 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian | 26 |
| 4.2.1 Populasi | 26 |
| 4.2.2 Sampel dan Besar Sampel | 26 |
| 4.2.3 Cara Pengambilan Sampel | 27 |
| 4.3 Tempat dan waktu Penelitian | 28 |
| 4.4 Identifikasi Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran | 28 |
| 4.4.1 Identifikasi Variabel | 28 |
| 4.4.2 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran..... | 29 |
| 4.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data | 32 |
| 4.6 Alur Penelitian | 33 |
| 4.7 Penyajian dan analisis Data | 34 |
| 4.7.1 Penyajian Data..... | 34 |
| 4.7.2 Analisa Data | 34 |
| BAB 5. HASIL PENELITIAN | 35 |
| 5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian | 35 |
| 5.2 Karakteristik Responden | 35 |
| 5.2.1 Jenis Kelamin | 35 |
| 5.2.2 Usia Responden | 36 |
| 5.2.3 Pendidikan Terakhir | 36 |
| 5.2.4 Jenis Pekerjaan | 37 |
| 5.3 Pengetahuan Masyarakat Tentang DBD Dan Upaya Pencegahannya | 37 |
| 5.4 Sikap Masyarakat Mengenai Pencegahan DBD | 38 |
| 5.5 Praktik/Tindakan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan DBD | 38 |
| 5.6 Path Analysis | 39 |
| 5.6.1 Pengujian Hipotesis Secara Keseluruhan | 39 |
| 5.6.2 Pengujian Hipotesis Secara Individual..... | 40 |
| BAB 6. PEMBAHASAN | 44 |
| 6.1 Pengetahuan Masyarakat tentang DBD dan upaya Pencegahannya | 44 |
| 6.2 Sikap Masyarakat Mengenai Pencegahan DBD | 44 |
| 6.3 Praktik/tindakan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan DBD.. | 45 |
| 6.4 Pengaruh Pengetahuan (X) terhadap Praktik/tindakan (Z) | 46 |
| 6.5 Pengaruh Sikap (Y) terhadap Praktik/tindakan (Z) | 48 |
| 6.6 Pengaruh Pengetahuan (X) terhadap Sikap (Y) | 49 |
| BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN | 50 |
| 7.1 Kesimpulan | 50 |
| 7.2 Saran | 51 |
| DAFTAR PUSTAKA | 52 |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

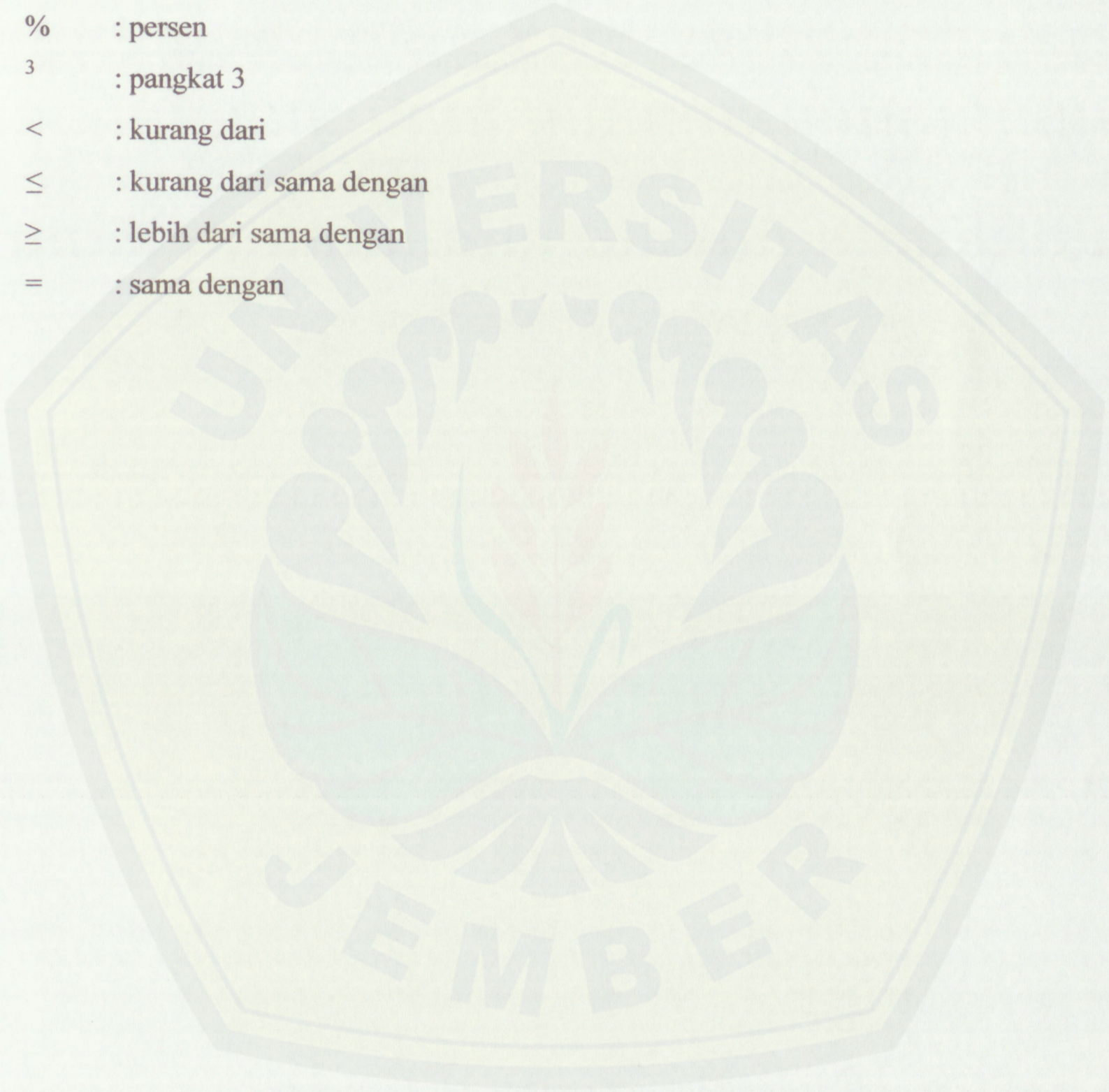
| Nomor | Judul Tabel | Halaman |
|-------|--|---------|
| 4.1 | Jumlah Sampel Tiap Kelompok | 28 |
| 5.1 | Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden..... | 35 |
| 5.2 | Distribusi Frekuensi Usia Responden | 36 |
| 5.3 | Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir Responden..... | 36 |
| 5.4 | Distribusi Frekuensi Jenis Pekerjaan Responden..... | 37 |
| 5.5 | Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai DBD dan Upaya Pencegahannya | 37 |
| 5.6 | Distribusi Frekuensi Sikap Responden Mengenai Pencegahan DBD | 38 |
| 5.7 | Distribusi Frekuensi Praktek Pencegahan DBD..... | 38 |
| 5.8 | Koefisien Jalur, Kontribusi Langsung, Tidak Langsung, Kontribusi Total Dan Kontribusi Pengetahuan (X); Sikap (Y) Secara Simultan Dan Signifikan Terhadap Praktek (Z))..... | 42 |

DAFTAR GAMBAR

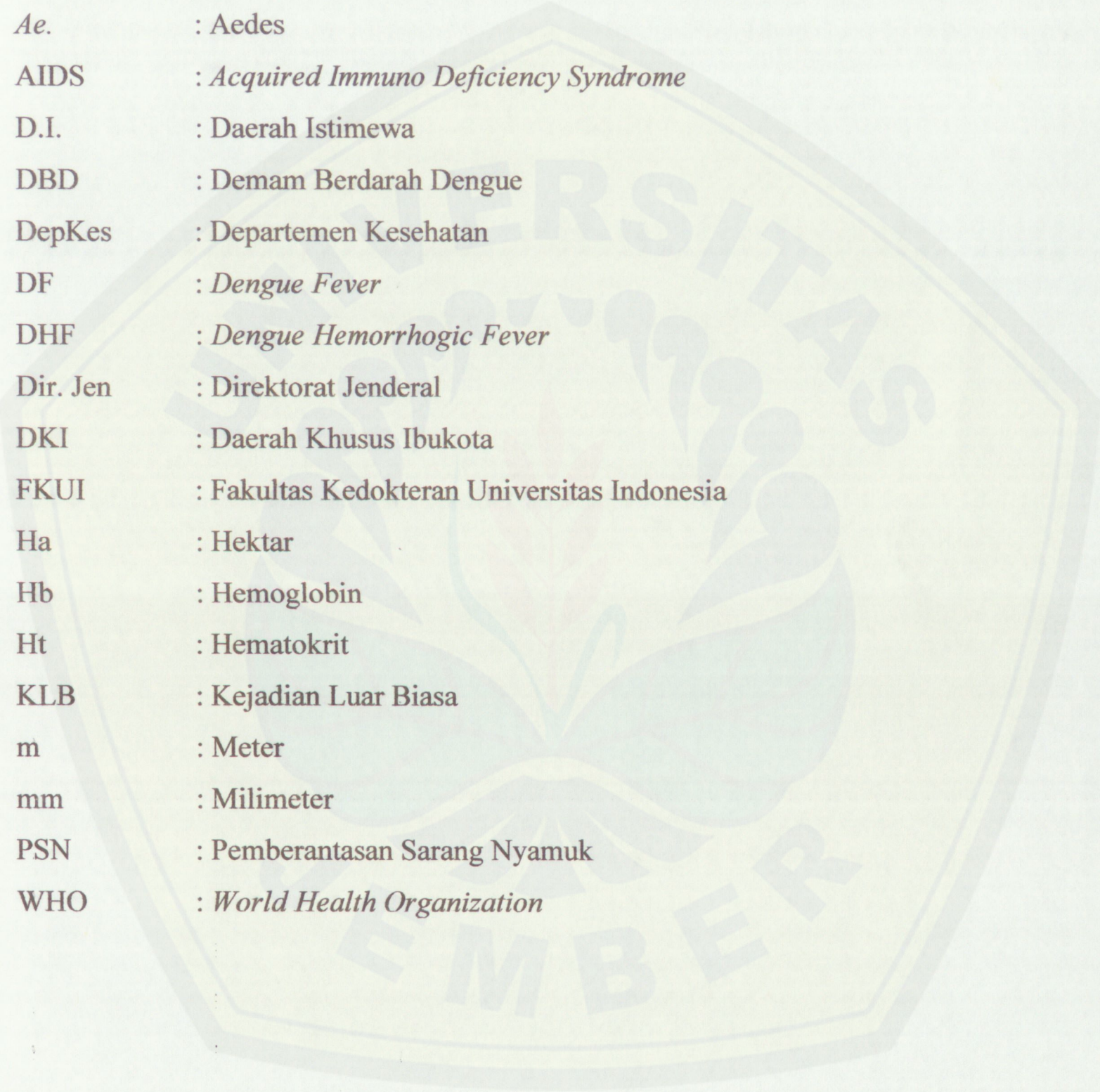
| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|-------|--|---------|
| 2.1 | Gambar Nyamuk <i>Aedes Aegypti</i> | 8 |
| 3.1 | Gambar Kerangka Konseptual Penelitian | 24 |
| 4.1 | Gambar Alur Penelitian..... | 33 |
| 5.1 | Gambar Struktur Hubungan Kausal X dan Y terhadap Z | 41 |

DAFTAR LAMBANG

- % : persen
- ³ : pangkat 3
- < : kurang dari
- ≤ : kurang dari sama dengan
- ≥ : lebih dari sama dengan
- = : sama dengan



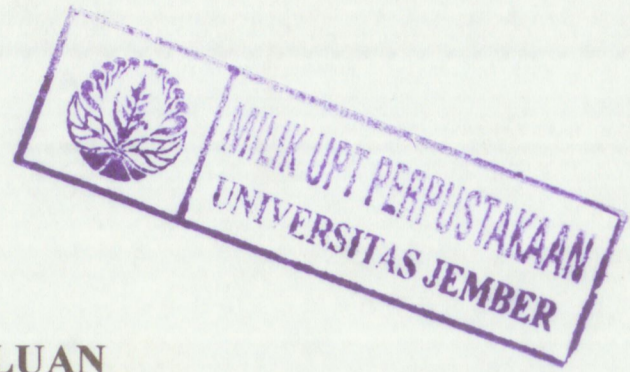
DAFTAR SINGKATAN



| | |
|------------|--|
| <i>Ae.</i> | : Aedes |
| AIDS | : <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i> |
| D.I. | : Daerah Istimewa |
| DBD | : Demam Berdarah Dengue |
| DepKes | : Departemen Kesehatan |
| DF | : <i>Dengue Fever</i> |
| DHF | : <i>Dengue Hemorrhagic Fever</i> |
| Dir. Jen | : Direktorat Jenderal |
| DKI | : Daerah Khusus Ibukota |
| FKUI | : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia |
| Ha | : Hektar |
| Hb | : Hemoglobin |
| Ht | : Hematokrit |
| KLB | : Kejadian Luar Biasa |
| m | : Meter |
| mm | : Milimeter |
| PSN | : Pemberantasan Sarang Nyamuk |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

DAFTAR LAMPIRAN

| Nomor | Judul Lampiran | Halaman |
|------------|--|---------|
| Lampiran 1 | Pengantar Kuesioner..... | 55 |
| Lampiran 2 | Pernyataan Persetujuan Kuesioner | 56 |
| Lampiran 3 | Kuesioner Penelitian | 57 |
| Lampiran 4 | Lembar Observasi | 62 |
| Lampiran 5 | Data Karakteristik Responden, Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD | 63 |
| Lampiran 6 | Hasil Pengujian korelasi dan Regresi dari SPSS.12 | 67 |
| Lampiran 7 | Model Struktural | 69 |



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah dengue adalah penyakit akut yang disebabkan infeksi virus yang dibawa oleh nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus* betina yang umumnya menyerang pada musim panas dan musim hujan. Virus itu menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan-perdarahan. Manifestasi klinis dari infeksi virus dengue dapat berupa demam dengue dan demam berdarah dengue (Silalahi, 2004).

Jika terlambat di tangani, akibat yang mungkin ditimbulkan oleh penyakit demam berdarah dengue bisa lebih dahsyat dari kasus AIDS. Pertama, sebab penyakit ini bisa langsung merenggut nyawa. Kedua, gejala dan tanda penyakit demam berdarah dengue tidak selalu tampil nyata, sehingga sukar dikenali, maka tidak jarang terlambat diobati, dan akibatnya bisa fatal (Nadesul, 2004).

Demam berdarah dengue tidak menular melalui kontak manusia dengan manusia. Virus dengue sebagai penyebab demam berdarah hanya dapat ditularkan melalui nyamuk. Oleh karena itu, penyakit ini termasuk dalam kelompok *arthropod borne diseases* (Satari, 2004).

Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit ini cenderung menyebar dari kota yang besar ke kota yang lebih kecil dan ke desa-desa yang terinfeksi oleh nyamuk vektor. Penularan penyakit dapat dikurangi dengan partisipasi komunitas dalam pengendalian vektor. Selain itu, angka fatalitas kasus demam berdarah dengue dapat sangat menurun bila terapi penggantian cairan yang sesuai diberikan secara dini pada perjalanan penyakit (Ester, 1999).

Menurut Primal Sudjana (2005), konsultan ahli penyakit infeksi tropik dan ahli penyakit dalam dari Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, kunci utama mengurangi kasus demam berdarah dengue adalah pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan dan kesadaran berperilaku dari masyarakat. Selama ini tindakan

pengecahan hanya dilakukan oleh petugas kesehatan seperti melakukan *fogging*, dimana masyarakat sangat mendukung kegiatan tersebut. Tetapi masyarakat sendiri tidak mau membasmi nyamuk dengan cara yang disarankan yaitu pengecahan perindukan (Sudjana, 2005).

Kasus demam berdarah sudah menjadi perhatian internasional dengan jumlah kasusnya di seluruh dunia mencapai 50 juta pertahun (Menkes, 2005). Di Indonesia, sejak tahun 1968 penyakit ini ditemukan di Surabaya dan Jakarta, selanjutnya sering terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) dan meluas ke seantero wilayah Republik Indonesia. Oleh karena itu penyakit ini menjadi masalah kesehatan masyarakat yang awalnya banyak menyerang anak tetapi akhir-akhir ini menunjukkan pergeseran menyerang dewasa (Soegijanto, 2004).

Pada 16 Februari 2004, pemerintah pusat lewat Departemen Kesehatan menyatakan telah terjadi KLB demam berdarah dengue nasional. Dapat dilihat dari 30 provinsi di Indonesia, 12 provinsi diantaranya ditetapkan sebagai KLB demam berdarah dengue: Nanggroe Aceh Darussalam, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, D.I. Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Silalahi, 2004).

Kasus penyakit demam berdarah dengue masih cukup tinggi di beberapa daerah di Jawa Timur. Daerah tersebut antara lain adalah Bojonegoro, Mojokerto, Jember, Banyuwangi, Sumenep, Jombang, dan Trenggalek. Di Kabupaten Jember kasus demam berdarah dengue juga cenderung meningkat, tahun 2004 dilaporkan kasus demam berdarah dengue sebanyak 217, tahun 2005 mengalami peningkatan tajam yaitu sebanyak 1077 kasus dan kasus tertinggi terjadi pada bulan Desember 2005 dengan jumlah 599 penderita demam berdarah dengue dimana jumlah ini adalah tertinggi sejak 11 tahun terakhir, dan pada tahun 2006 mengalami penurunan yaitu sebanyak 1047 dengan kasus tertinggi terjadi pada bulan Januari dengan jumlah penderita sebanyak 422 orang (Dinas Kesehatan Jember, 2007).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jember, jumlah kasus tertinggi selalu terdapat pada 3 kecamatan yang endemik demam berdarah yaitu Patrang, Kaliwates,

dan Sumpster. Di antara 3 kecamatan tersebut, di Kecamatan Patrang terdapat jumlah kasus yang selalu tinggi sebanyak 80 kasus dan terjadi selama 2 tahun berturut-turut yaitu pada tahun 2005 dan 2006 tanpa menunjukkan penurunan sama sekali (Dinas Kesehatan Jember, 2007).

Dengan jumlah penduduk besar, seharusnya masyarakat Indonesia bisa jadi kekuatan, tolong menolong dan bergotong royong membersihkan lingkungan. Hanya dengan langkah sederhana: pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yang dilakukan dengan kegiatan 3M, rantai penularan *aedes aegypti* sebagai penyebab demam berdarah dapat diputus, sehingga tidak sampai menyebar luas. Tapi yang terjadi justru jumlah kasus penyakit itu semakin meningkat (Silalahi, 2004).

Oleh karena itu, dengan melihat permasalahan semakin tingginya angka kejadian penyakit demam berdarah dengue yang sebenarnya hanya dengan langkah sederhana dapat dicegah maka sangat relevan untuk mempelajari pengaruh dari variabel-variabel yang mendukung terbentuknya tindakan/praktek upaya pencegahan penyakit Demam berdarah dengue yaitu pengetahuan dan sikap masyarakat tentang penyakit Demam berdarah dengue dan upaya pencegahannya, sehingga bisa diketahui seberapa besar variabel pengetahuan dan sikap masyarakat mempengaruhi proses terbentuknya tindakan pencegahan guna membantu mengurangi angka kejadian penyakit demam berdarah dengue.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan suatu permasalahan :

1. Bagaimanakah pengetahuan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD?
2. Bagaimanakah sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD?
3. Bagaimanakah praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD?
4. Adakah pengaruh pengetahuan terhadap praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD?

5. Adakah pengaruh sikap masyarakat terhadap praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD?
6. Adakah pengaruh pengetahuan terhadap sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh pengetahuan, sikap dan praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari pengetahuan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD
2. Mempelajari sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD
3. Mempelajari praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD
4. Mempelajari pengaruh pengetahuan terhadap praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan terhadap penyakit DBD
5. Mempelajari pengaruh sikap masyarakat terhadap praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD
6. Mempelajari pengaruh pengetahuan terhadap sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD serta untuk menerapkan ilmu metodologi penelitian yang diperoleh selama kuliah.

2. Bagi Program Studi Kesehatan Masyarakat

Sebagai tambahan khasanah ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya bidang Biostatistik Kependudukan dan Epidemiologi terkait dengan pengaruh

pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

3. Bagi Pihak Pengelola Kesehatan.

Sebagai bahan masukan yang dapat dipergunakan oleh pihak pengelola kesehatan dalam upaya pemberantasan dan penyakit DBD.





BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demam Berdarah Dengue

2.1.1 Definisi

Demam dengue/*Dengue fever (DF)* adalah penyakit febris virus akut, seringkali disertai dengan sakit kepala, nyeri tulang atau sendi dan otot, ruam dan lekopenia sebagai gejalanya (Ester, 1999:1). Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit demam yang berlangsung akut menyerang baik orang dewasa maupun anak-anak tetapi lebih banyak menimbulkan korban pada anak-anak berusia dibawah 15 tahun, disertai dengan perdarahan dan dapat menimbulkan renjatan (syok) yang dapat mengakibatkan kematian penderita (Soedarto, 1996:36).

2.1.2 Penyebab

Penyakit demam dengue dan DBD pada seseorang dapat disebabkan oleh virus dengue termasuk famili *Flaviviridae* dan harus dibedakan dengan demam yang disebabkan virus *Japanese Encephalitis* dan *Yellow Fever* (demam kuning (Soegijanto, 2004:11). Virus dengue yang menjadi penyebab penyakit ini termasuk kedalam Arbovirus (*Arthropod borne virus*) grup B, terdiri dari empat tipe, yaitu virus dengue tipe 1, 2, 3 dan 4 (Soedarto, 1996:36). Keempat serotipe telah ditemukan pada pasien-pasien di Indonesia. Dengue 3 merupakan serotipe yang paling banyak ditemukan di Indonesia (Noer, 2002:417).

Virus dengue termasuk dalam kelompok virus yang relatif labil terhadap suhu dan faktor kimiawi lain, sehingga keberhasilan isolasi dan identifikasi virus sangat bergantung kepada kecepatan dan ketepatan pengambilan (Soegijanto, 2004:13).

Virus dengue berbentuk batang, bersifat termolabil, sensitif terhadap inaktivasi oleh dietileter dan natrium dioksikolat, serta masa viremia yang pendek. Infeksi pada manusia oleh salah satu serotipe menghasilkan imunitas sepanjang hidup

terhadap infeksi ulang oleh serotipe yang sama, tetapi hanya menjadi perlindungan sementara dan parsial terhadap serotipe yang lain (Ester, 1999:10).

Sampai saat ini telah diketahui beberapa nyamuk sebagai vektor dengue. Walaupun *Aedes aegypti* (*Ae. aegypti*) diperkirakan sebagai vektor utama penyakit *Dengue hemorrhagic fever* (DHF), pengamatan epidemiologis dan percobaan penularan di laboratorium membuktikan bahwa *Ae. scutellaris* dan *Ae. Polynesiensis* yang terdapat di kepulauan pasifik selatan dapat menjadi vektor demam dengue. Di Indonesia, walaupun vektor DHF belum diselidiki secara luas, *Ae. Aegypti* diperkirakan sebagai vektor terpenting di daerah perkotaan, sedangkan *Ae. Albopictus* di daerah pedesaan (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2002:608).

Nyamuk *Ae. Aegypti* maupun *Ae. Albopictus* merupakan vektor penular virus dengue dari penderita kepada orang lainnya dengan melalui gigitannya. Nyamuk *aedes* berkembang biak pada genangan air bersih yang terdapat pada bejan-bejan yang terdapat didalam rumah (*Ae. Aegypti*) maupun yang terdapat di luar rumah, di lubang-lubang pohon, di dalam potongan bambu, di lipatan daun dan genangan air bersih lainnya (*Ae. Albopictus*). Nyamuk betina lebih menyukai mengisap darah korbannya pada siang hari terutama pada waktu pagi hari dan senja hari (Soedarto, 1996:37).

Ae. aegypti dewasa berukuran kecil dengan warna dasar hitam. Probosis bersisik hitam, palpi pendek dengan ujung hitam bersisik putih perak. Oksiput bersisik lebar, berwarna putih terletak memanjang. Femur bersisik putih pada permukaan posterior dan setengah basal, anterior dan tengah bersisik putih memanjang. Tibia semuanya hitam. Tarsi belakang berlingkaran putih pada segmen basal kesatu sampai keempat dan segmen kelima berwarna putih. Sayap berukuran 2,5-3,0 mm, bersisik hitam (Soedarmo, 1988:21).



Gambar 2.1 Nyamuk *Aedes aegypti*

Ae. aegypti bersifat antropofilik dan hanya nyamuk betina yang menggigit. Nyamuk biasanya menggigit di dalam rumah atau di tempat yang gelap pada siang hari, terutama pada pagi dan sore hari, dan mempunyai kebiasaan menggigit berulang (*multiple biters*), yaitu menggigit beberapa orang secara bergantian dalam waktu singkat. Hal ini disebabkan karena nyamuk *Ae. aegypti* sangat sensitif dan mudah terganggu. Keadaan ini sangat membantu *Ae. aegypti* dalam memindahkan virus dengue ke beberapa orang sekaligus sehingga dilaporkan adanya beberapa penderita DBD di satu rumah. Pada malam hari nyamuk beristirahat dalam rumah pada benda-benda yang digantung, seperti pakaian, pada dinding dan di bawah rumah dekat tempat berbiaknya, biasanya di tempat yang lebih gelap (Soedarmo, 1988:22).

2.1.3 Patogenesis dan patologi

Bila seseorang mendapatkan infeksi dengan virus dengue untuk pertama kalinya, maka ia akan mendapatkan imunitas yang spesifik tetapi tidak sempurna, sehingga ia masih mungkin untuk diinfeksi oleh virus dengue yang sama tipenya maupun virus dengue tipe lainnya. Demam berdarah dengue akan terjadi jika seseorang yang pernah mendapatkan infeksi ulangan untuk kedua kalinya atau lebih dengan virus dengue tipe lainnya dalam jangka waktu tertentu. DBD mungkin dapat pula terjadi pada bayi yang mendapatkan infeksi virus dengue untuk pertama kalinya bila ia telah mendapat imunitas terhadap dengue dari ibunya melalui placenta (Soedarto, 1996:38).

Virus memasuki tubuh manusia lewat gigitan nyamuk yang menembus kulit. Organ sasaran dari virus adalah organ hepar, nodus limfatikus, sumsum tulang serta paru-paru (Soegijanto, 2003:14). Ada dua perubahan patofisiologis utama terjadi pada DHF. Pertama adalah peningkatan permeabilitas vaskular yang meningkatkan kehilangan plasma dari kompartemen vaskular. Keadaan ini mengakibatkan homokonsentrasi, tekanan nadi rendah, dan tanda syok lain, bila kehilangan plasma sangat membahayakan. Perubahan kedua adalah gangguan pada hemostatis yang mencakup perubahan vaskular, trombositopenia, dan koagulopati (*World Health Organization*, 1994:15).

Pada kasus berat, renjatan terjadi secara akut, nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan menghilangnya plasma melalui endotel pembuluh darah. Pada penderita dengan renjatan berat, volume plasma dapat menurun sampai lebih dari 30%. Renjatan hipovolemik yang terjadi sebagai akibat kehilangan plasma, bila tidak segera diatasi dapat mengakibatkan anoksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian. Kelainan yang paling sering ditemukan pada autopsi ialah perdarahan di kulit berupa petekia, perdarahan disaluran pencernaan, paru dan jaringan periadrenal. Pada 50% kasus autopsi ditemukan perdarahan subendokardial di septum interventrikal kiri. Hati selalu membesar, kadang-kadang pada anak sampai satu setengah kali dari berat normal, terdapat perlemakan yang disertai perdarahan atau sarang nekrosis hemoragik (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2002:610).

2.1.4 Gambaran Klinis

Sesudah nyamuk mengigit penderita dan memasukkan virus dengue ke dalam kulit, terdapat masa laten yang berlangsung 4-5 hari diikuti oleh demam, sakit kepala dan malaise. Demam terjadi secara mendadak berlangsung selama 2-7 hari kemudian turun menuju suhu normal atau lebih rendah. Bersamaan dengan berlangsungnya demam, gejala-gejala klinik yang tidak spesifik misalnya anoreksia, nyeri punggung, nyeri tulang dan persendian, nyeri kepala dan rasa lemah dapat menyertainya (Soedarto, 1996:39)

2.1.5 Kriteria Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan pada penderita DBD adalah:

- a. Trombositopenia, dimana jumlah trombosit $<100.000/\text{mm}^3$
- b. Hemokonsentrasi, yaitu meningkatnya nilai hematokrit atau hemoglobin $\leq 20\%$ dibandingkan dengan nilai pada masa konvalesen (Rampengan, 1997:141).

2.1.6 Diagnosis Klinis

Diagnosis DBD dapat ditegakkan bila kriteria laboratorium terpenuhi ditambah minimal 2 sampai 3 kriteria klinik (satu diantaranya adalah panas). Derajat beratnya penyakit DBD secara klinis dibagi sebagai berikut:

- a. Derajat I (ringan)
Demam mendadak 2-7 hari disertai gejala klinis lain dengan manifestasi perdarahan teringan, yaitu uji Tourniquet positif.
- b. Derajat II (sedang)
Ditemukan pula perdarahan kulit dan manifestasi perdarahan lain.
- c. Derajat III
Ditemukan tanda-tanda dini renjatan.
- d. Derajat IV
Ditemukan DSS dengan tensi dan nadi yang tidak teratur (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran UI, 2002: 424).

2.1.7 Pengobatan

Pengobatan pada penderita DBD adalah bersifat simptomatis dan suportif.

- a. Pemberian cairan yang cukup
Cairan diberikan untuk mengurangi rasa haus dan dehidrasi akibat demam yang tinggi, anoreksia dan muntah. Penderita perlu diberi minum banyak, 1,5-2 liter dalam 24 jam, berupa air teh dengan gula, sirup atau susu. Pada beberapa

penderita diberikan *gastroenteritis oral solution/oralit* (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran UI, 2002:616).

b. Medikamentosa yang bersifat simptomatik.

Untuk hiperpireksia dapat diberikan kompres es di kepala, ketiak dan inguinal. Antipiretik sebaiknya dari golongan asetaminophen, eukinin atau dipiron. Hindari pemakaian asetosal karena bahaya perdarahan.

c. Antibiotik

Antibiotik diberikan bila terdapat kekuatiran terjadinya infeksi sekunder (Noer, 2002:424).

d. Antikonvulsan

Antikonvulsan diberikan pada penderita yang mengalami renjatan. Penderita DBD perlu diobservasi teliti terhadap penemuan dini tanda renjatan, yaitu:

- 1) Keadaan umum memburuk
- 2) Hati makin membesar
- 3) Masa perdarahan memanjang karena trombositopenia
- 4) Hematokrit meninggi pada pemeriksaan berkala.

Dalam hal tersebut ditemukan tanda-tanda dini tersebut, infus harus disiapkan dan terpasang pada pasien. Observasi meliputi pemeriksaan tiap jam terhadap keadaan umum, nadi, tekanan darah, suhu dan penafasan; serta Hb dan Ht setiap 4-6 jam pada hari-hari pertama pengamatan dan selanjutnya tiap 24 jam.

e. Transfusi darah

Transfusi darah dilakukan pada:

- 1) Penderita dengan perdarahan yang membahayakan (hematemesis dan melena)
- 2) Penderita Demam Dengue Syock yang pada pemeriksaan, menunjukkan penurunan kadar Hemoglobin (Hb) dan Hematokrit (Ht).

2.1.8 Pencegahan dan Pemberantasan

Pemberantasan DBD seperti juga penyakit menular yang lain, didasarkan atas pemutusan rantai penularan. Dalam hal DBD, komponen penularan terdiri atas

virus, *Ae. aegypti*, dan manusia. Dengan demikian, diharapkan dapat dicegah epidemi DHF apabila dapat dibuat *natural declines in dengue transmission* secara artifisial. Prinsip yang tepat dalam pencegahan DHF (Dit. Jen. P3M., Dep. Kes., 1976) ialah sebagai berikut:

1. Memanfaatkan perubahan keadaan nyamuk akibat pengaruh alamiah dengan melaksanakan pemberantasan vektor pada saat sedikit terdapatnya kasus DHF.
2. Memutuskan lingkaran penularan dengan menahan kepadatan vektor pada tingkat sangat rendah untuk memberikan kesempatan penderita sembuh secara spontan.
3. Mengusahakan pemberantasan vektor di pusat daerah penyebaran, yaitu sekolah dan rumah sakit, termasuk pula daerah penyangga di sekitarnya.
4. Mengusahakan pemberantasan vektor di semua daerah berpotensi penularan tinggi.

Langkah dasar untuk menentukan keputusan yang diambil ialah:

1. menentukan sumber pemberantasan vektor yang tersedia;
2. menentukan daerah prioritas secara ekologi;
3. membuat urutan prioritas daerah itu ; dan
4. menyesuaikan sumber pemberantasan vektor yang tersedia dengan daerah penularan dan mulai melaksanakan pemberantasan vektor sesuai dengan urutan prioritas (Soedarmo, 1988:58).

Karena sampai saat ini belum terdapat vaksin yang efektif terhadap virus itu, maka pemberantasan ditujukan pada manusia dan terutama pada vektornya. Oleh karena itu, pengetahuan mengenai ekologi vektor dan manusia adalah sangat penting. Strategi pemberantasan DBD mencakup:

a. Pengamatan epidemiologi

Pengamatan epidemiologi bertujuan menemukan secara cepat wabah atau kasus endemis sehingga dapat dilakukan usaha penanggulangan secepat-cepatnya. Tujuan lain ialah mengetahui faktor-faktor terpenting yang menyebabkan/ membantu penularan atau wabah sehingga mungkin dapat dilakukan pencegahan sebaik-baiknya. Pelaksanaan tidak hanya dilakukan di daerah yang sudah pernah terdapat penderita

DBD, tetapi juga di daerah reseptif, yaitu daerah yang diketahui terdapatnya *Ae. aegypti*. Walaupun adanya *Ae. aegypti* belum berarti akan timbulnya keadaan yang cocok untuk terjadinya wabah DBD (jumlah gigitan, umur, dan kepadatan vektor merupakan faktor-faktor penting); terdapatnya *Ae. aegypti* sudah cukup untuk menyatakan suatu daerah sebagai daerah reseptif (Soedarmo, 1988:58).

b. Pengamatan Vektor

Pengamatan vektor dalam strategi pemberantasan DBD terutama ditujukan terhadap *Ae. aegypti* yang merupakan vektor utama. Keterangan yang harus dikumpulkan secara terus-menerus adalah distribusi dan kepadatannya. Pengamatan vektor bertujuan menentukan dengan tepat daerah dengan kepadatan vektor tinggi yang digolongkan dalam daerah dengan risiko tinggi (Soedarmo, 1988:58).

c. Pemberantasan Vektor

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat, yaitu:

1) Lingkungan

Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah. Sebagai contoh:

- a). Menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu (kurang dari 7 hari).
- b). Mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali.
- c). Menutup dengan rapat tempat penampungan air.
- d). Mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah.
- e). Menggunakan kelambu pada tempat tidur.
- f). Memasang kawat kassa pada jendela atau ventilasi rumah (Kristina, 2004).

2) Pencegahan individu

Pencegahan ini dapat dilakukan dengan:

- a). Menggunakan cairan/krim anti nyamuk (*Mosquito Repellant*)
 - b). Menggunakan obat nyamuk bakar atau semprot.
 - c). Memakai pakaian yang lebih tertutup, misalnya celana panjang dan kemeja lengan panjang untuk menghindari gigitan nyamuk.
 - d). Menata gantungan baju dengan baik agar tidak menjadi tempat hinggap dan istirahat nyamuk *Ae. aegypti* (Sudrajat, 2005).
- 3) Biologis
- Pengendalian secara biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri *Bacillus thuringiensis* H-14 (Kristina, 2004).
- 4) Kimiawi
- Cara pengendalian ini antara lain dengan:
- a). Memberikan bubuk abate (*temephos*)/abatisasi pada tempat-tempat penampungan air seperti gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain (Kristina, 2004). Biasanya dilakukan dalam rangka membasmi nyamuk *Aedes aegypti* dan mencegah wabah. Tindakan ini tidak membunuh nyamuk, tetapi membunuh jentik-jentik nyamuk untuk memutuskan mata rantai perkembangbiakannya (Sudrajat, 2005).
 - b). Pengasapan/*fogging* (dengan menggunakan malathion dan fenthion), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu (Kristina, 2004). *Fogging* dilaksanakan sekurang-kurangnya 2 kali dengan jarak antara 10 hari di rumah penderita dan 100 meter sekelilingnya, rumah sakit tempat penderita dirawat dan sekitarnya, sekolah penderita dan sekitarnya (Soedarmo, 1988:60).

2.2 Epidemiologi Demam Berdarah Dengue

Kata epidemiologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu *Epi* artinya pada/di antara, *Demos* artinya penduduk/rakyat, dan *Logos* artinya ilmu. Jadi menurut asal

katanya epidemiologi berarti ilmu yang dipakai untuk mencari pemecahan masalah yang terjadi pada masyarakat (Subaris, 2004:2-3).

Definisi epidemiologi dari *Regional Committee Meeting* ke-42, yaitu ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan dari peristiwa kesehatan dan peristiwa lainnya yang berhubungan dengan kesehatan yang menimpa sekelompok masyarakat, dan menerapkan ilmu tersebut untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan. Sementara dalam definisi yang lain, epidemiologi diartikan sebagai ilmu yang mempelajari distribusi, frekuensi, dan determinan penyakit atau masalah kesehatan pada masyarakat.

Berdasarkan definisi tersebut, terkandung komponen penting dalam epidemiologi, yaitu:

a. Frekuensi

Merupakan upaya melakukan kuantifikasi proses patologis atau kejadian untuk mengukur besarnya kejadian/masalah serta untuk melakukan perbandingan. Setiap pengamatan yang sistematis terhadap pola penyakit di dalam masyarakat, dimulai dari analisis data sekunder dan primer yang telah terkumpul (Subaris, 2004:2-3).

b. Distribusi

Menunjukkan bahwa dalam memahami kejadian yang berkaitan dengan penyakit atau masalah kesehatan, epidemiologi menggambarkan kejadian tersebut menurut karakter/variabel orang, tempat, dan waktu.

1) Variabel waktu (*Time*)

Suatu penyakit diamati berdasarkan saat terjadinya. Faktor waktu ini dapat berupa jam, hari, minggu, bulan, dan tahun; musim hujan dan musim kering (Subaris, 2004:22).

2) Variabel Orang (*Person*)

Faktor orang dalam menjawab siapa yang terkena masalah bisa berupa variabel umur, jenis kelamin, suku, agama, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Faktor-faktor ini bisa disebut sebagai variabel epidemiologi atau

demografi. Kelompok orang yang potensial atau punya peluang untuk menderita sakit atau mendapatkan risiko biasanya disebut *population at risk* (Bustan, 1997:13).

3) Variabel tempat (*Place*)

Tempat adalah suatu konsep geografis yang melukiskan suatu daerah yang dibatasi garis lintang dengan garis bujur timur dengan ketinggian dari muka laut. Tempat dapat juga dibatasi neos geopolitis (administrasi pemerintahan), negara, propinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa dan pedukuhan. Tempat dapat juga dibatasi hanya kepada kompleks, asrama, tempat kerja, sekolah dan lain-lain (Subaris, 2004:29).

Dari kemampuan epidemiologi untuk mengetahui distribusi dan faktor-faktor penyebab masalah kesehatan dan mengarahkan intervensi yang diperlukan maka, epidemiologi mempunyai peranan dalam bidang kesehatan masyarakat berupa:

- a. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan dalam terjadinya penyakit atau masalah kesehatan dalam masyarakat.
- b. Menyediakan data yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan dan pengambilan keputusan.
- c. Membantu melakukan evaluasi terhadap program kesehatan yang sedang atau telah dilakukan.
- d. Mengembangkan metodologi untuk menganalisis keadaan suatu penyakit dalam upaya untuk mengatasi atau menanggulangnya.
- e. Mengarahkan intervensi yang diperlukan untuk menanggulangi masalah yang perlu dipecahkan (Bustan, 1997:13).

Epidemiologi dari suatu penyakit adalah mengetahui frekuensi penyakit, distribusi dan faktor-faktor resiko yang mempengaruhi perkembangan dari penyakit tersebut. Dimana frekuensi dan distribusi dari suatu penyakit merupakan data-data yang diperlukan dalam penelitian deskriptif, sedangkan faktor-faktor resiko baik intrinsik maupun ekstrinsik lebih cenderung ke dalam penelitian analisis data (Subaris, 2004:9).

Kasus DBD menyebar hampir ke seluruh dunia, termasuk Indonesia. Di Indonesia, DBD hampir selalu mengalami kenaikan jumlah kasus dari tahun ke tahun. Pada tahun 2000 didapatkan jumlah kasus sebesar 33.443 orang, tahun 2001 sebanyak 45.904 orang, tahun 2002 sebanyak 40.377 orang, dan tahun 2003 sebanyak 50.131 orang. Tahun 2004 dilaporkan 12 provinsi di Indonesia terserang DBD, dan tahun 2005 menyebar di 31 provinsi di Indonesia dengan jumlah penderita 36.499 kasus kematian/*Case Fatality Rate* 1,36% (Departemen Kesehatan, 2005).

Daerah yang terjangkit DBD adalah wilayah yang padat penduduk, karena antar rumah jaraknya berdekatan, yang memungkinkan penularan karena jarak terbang *Ae. aegypti* 40-100 meter; selain itu karena *Ae. aegypti* betina mempunyai kebiasaan menggigit berulang (*multiple biters*), yaitu menggigit beberapa orang secara bergantian dalam waktu singkat (Noer, 2002:418).

Pola siklus peningkatan penularan bersamaan dengan musim hujan telah teramati di beberapa negara. Interaksi antara suhu dan turunnya hujan adalah determinan penting dari penularan dengue, karena makin dingin suhu mempengaruhi ketahanan hidup nyamuk dewasa, jadi mempengaruhi laju penularan, mempengaruhi pola makan dan reproduksi nyamuk, serta meningkatkan kepadatan populasi nyamuk vektor.

Meskipun DBD dapat mempengaruhi orang pada semua usia dalam area endemik dengue, kebanyakan kasus DBD terjadi pada anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun. Data surveilans dari beberapa area telah menunjukkan sedikit kelebihan pada anak wanita yang terinfeksi terhadap anak laki-laki, sementara itu area lain telah menunjukkan hampir merata (Ester, 1999:9).

2.3 Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain berjalan, berbicara, menangis,

tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Maka dapat disimpulkan bahwa perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Menurut Skinner, seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan batasan tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003:114).

Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik oleh faktor genetik dan lingkungan. Didalam proses pembentukan dan atau perubahan, perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain: susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, lingkungan dan sebagainya. Belajar diartikan sebagai suatu proses perubahan perilaku yang dihasilkan dari praktek-praktek dalam lingkungan kehidupan. Belajar adalah suatu perubahan perilaku yang didasari oleh perilaku terdahulu (sebelumnya). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perilaku itu dibentuk suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya (Notoatmodjo, 1996).

Menurut Lawrence Green mengemukakan bahwa ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya perilaku:

- a. Faktor *predisposing*, ialah faktor yang memberi kecenderungan seseorang untuk berperilaku yang mencakup pengetahuan, sikap, value, persepsi dan sebagainya.
- b. Faktor *enabling*, ialah faktor pemungkin, yaitu hal yang memungkinkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan untuk berbuat, mencakup ketersediaan sumber (resource, keterjangkauan, akseptabilitas, keterampilan, dsb).
- c. Faktor *reinforcing*, ialah faktor yang mendorong individu keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan untuk berperilaku, mencakup sikap dan tindakan orang lain seperti petugas pemberi pelayanan, orang tua, atasan, pemuka masyarakat atau orang yang berpengaruh lainnya (Notoatmodjo, 1996).

Benyamin Bloom seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku kedalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang tegas dan jelas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan. Bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain tersebut, yang terdiri dari: *cognitive domain*, *affective domain* dan *psychomotor domain* (Notoatmodjo, 2003:121).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan diukur dari: *knowledge*, *attitude*, *practice*. Terbentuknya perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek diluarnya. Sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut, selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap si subjek terhadap objek yang diketahui itu. Artinya seseorang dapat bertindak atau berperilaku baru tanpa mengetahui terlebih dahulu terhadap makna stimulus yang diterimanya. Dengan kata lain tindakan seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap (Notoatmodjo, 2003:128).

Menurut Skinner, perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok (Notoatmodjo, 1996:117).

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya (Notoatmodjo, 1996:118).

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap.

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarga. Indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap, dapat dikelompokkan menjadi:

- a) pengetahuan tentang sakit dan penyakit
- b) pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat
- c) Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan

2. Sikap

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan, yakni:

- a) Sikap terhadap sakit dan penyakit
- b) Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat
- c) Sikap terhadap kesehatan lingkungan

3. Praktek atau tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya. Inilah yang disebut kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan. Oleh sebab itu indikator praktek kesehatan ini juga mencakup hal-hal tersebut di atas, yakni:

- a) Tindakan sehubungan dengan penyakit
- b) Tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
- c) Tindakan kesehatan lingkungan

(Notoatmodjo 2003:131)

Upaya pencegahan dan pemberantasan DBD merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah baik lintas sektor maupun lintas program dan masyarakat termasuk sektor swasta. Lebih dari 90% dari keseluruhan upaya pemberantasan penyakit DBD adalah dilakukan oleh masyarakat. Dan upaya tersebut sangat berkaitan dengan faktor perilaku dan faktor lingkungan. Faktor perilaku tersebut dalam bentuk pengetahuan, sikap mengenai penyakit demam berdarah dan praktek pemberantasan sarang nyamuk oleh pelaksananya yaitu kepala keluarga beserta keluarganya (Riyadi, 2003). Hal ini dapat dilihat di Desa Plesungan Kecamatan Gondangrejo Kabupaten Karanganyar yaitu pencapaian Angka Bebas Jentik dibawah indikator yaitu 85%, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (48,3%) responden berpengetahuan kurang, 43,8% responden bersikap cukup dan 51,7% responden mempunyai praktik kurang (Rochman, 2004).

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya, dan apa bahaya-bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut (Notoatmodjo, 2003:128).

2.4 Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Patrang dan Kabupaten Jember

Di Kabupaten Jember, kasus DBD cenderung meningkat. Tahun 2003 dilaporkan terdapat 117 kasus, tahun 2004 terdapat 217 kasus, dan tahun 2005 mengalami peningkatan tajam yaitu 1077 kasus. Tahun 2003 dilaporkan 26 kelurahan terjangkit, 16 kelurahan termasuk endemis, 10 kelurahan sporadis, dan 220 kelurahan lainnya dilaporkan bebas atau daerah potensial (Dinas Kesehatan Jember, 2006).

Pencegahan DBD dapat dilakukan oleh petugas atau instansi kesehatan dan pencegahan individu oleh masyarakat. Di Kabupaten Jember, tahun 2003 dilaporkan pencegahan DBD yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Jember meliputi Abatisasi di 47 kelurahan, Pemantauan Jentik Berkala (PJB) di 59 kelurahan dan PSN DBD di seluruh kelurahan (246 kelurahan). Dari pencegahan tersebut didapatkan rata-rata angka bebas jentik sebesar 74,71% (Dinas Kesehatan Jember, 2006).

Karena kasus DBD pada tahun 2005 sampai awal tahun 2006 meningkat pesat, tindakan fogging atau pengasapan dilakukan dua kali, dengan rentang waktu 7-10 hari dengan area pengasapan diperluas dari 100 meter menjadi 200 meter dari rumah penderita positif DBD. Untuk menumbuhkan perilaku pencegahan DBD di Jember, Dinas Kesehatan Jember berkoordinasi dengan pihak kecamatan dengan mencanangkan Gerakan Jumat Bersih yang dilaksanakan setiap Jumat selama 30 menit. (Dinas Kesehatan Jember, 2006).

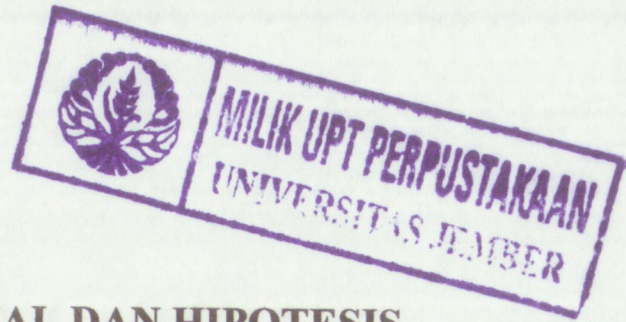
Kecamatan Patrang merupakan daerah endemi terjangkau DBD. Jumlah kasus di Kecamatan Patrang dari tahun ke tahun cenderung mengalami peningkatan. Tahun 2003 dilaporkan terdapat 25 kasus, tahun 2004 sebanyak 31 kasus, tahun 2005 sebanyak 80 kasus, dan tahun 2006 sebanyak 80 kasus. Jika dibandingkan antara tahun 2005 dan 2006, jumlah penderita di Kecamatan Patrang mempunyai nilai yang sama dan tetap tinggi sebanyak 80 kasus (Dinas Kesehatan Jember, 2007).

2.5 Penelitian Sebelumnya

Upaya pencegahan dan pemberantasan DBD merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah baik lintas sektor maupun lintas program dan masyarakat termasuk sektor swasta. Lebih dari 90% dari keseluruhan upaya pemberantasan penyakit DBD adalah dilakukan oleh masyarakat. Dan upaya tersebut sangat berkaitan dengan faktor perilaku dan faktor lingkungan. Faktor perilaku tersebut dalam bentuk pengetahuan, sikap mengenai penyakit demam berdarah dan praktek pemberantasan sarang nyamuk oleh pelaksananya yaitu kepala keluarga beserta keluarganya (Riyadi, 2003). Hal ini dapat dilihat di Desa Plesungan Kecamatan

Gondangrejo Kabupaten Karanganyar yaitu pencapaian Angka Bebas Jentik dibawah indikator yaitu 85%, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (48,3%) responden berpengetahuan kurang, 43,8% responden bersikap cukup dan 51,7% responden mempunyai praktik kurang (Rochman, 2004).

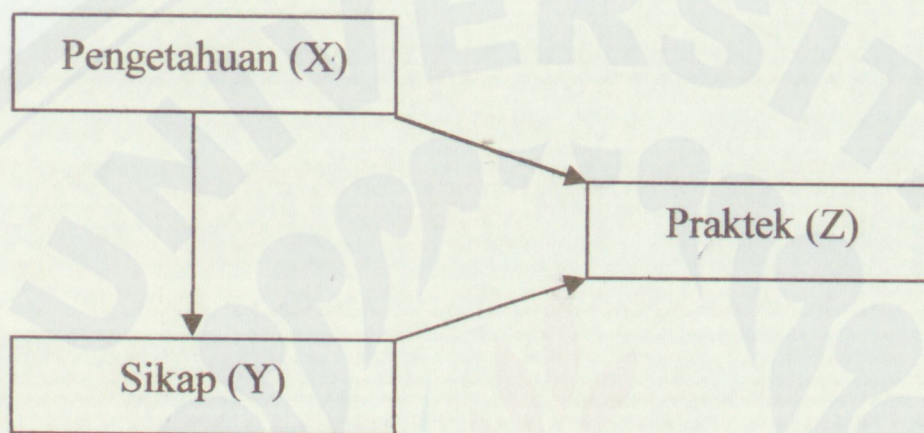
Gambaran perilaku pencegahan DBD lainnya dapat lihat di Kecamatan Sumpalsari Kabupaten Jember yaitu 88 orang (81,5 %) dengan tingkat pengetahuan sangat baik, 18 orang (16,7 %) dengan tingkat pengetahuan baik, 2 orang (1,8 %) dengan tingkat pengetahuan kurang, tidak didapatkan orang dengan pengetahuan sangat kurang; Didapatkan 89 orang (82,4%) mempunyai sikap sangat positif, 19 orang (17,6 %) mempunyai sikap sangat positif, tidak didapatkan responden yang menunjukkan sikap negatif dan sangat negatif terhadap pencegahan DBD. Didapatkan 8 orang (7,4 %) menunjukkan praktik pencegahan DBD sangat baik, 52 orang (48,2 %) dengan praktik pencegahan DBD baik, dan 48 orang (44,4 %) dengan praktik pencegahan DBD kurang, dan tidak didapatkan responden yang menunjukkan praktik pencegahan DBD sangat kurang. (Agustini, 2006).



BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep yang dapat berfungsi untuk menuntun serta menjelaskan alur penelitian dapat dilihat pada gambar 3.1 berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka pemikiran yang mendasari penelitian ini adalah bahwa tindakan pencegahan merupakan sesuatu yang dianggap sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan demam berdarah dengue yang semakin lama terus meningkat. Dengan tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD yang tinggi, maka angka kejadian penyakit DBD akan berkurang bahkan dapat dihilangkan. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD adalah pengetahuan tentang penyakit DBD dan pencegahannya serta sikap yang positif berdasarkan pengetahuan tersebut. Selain itu, untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan dari pihak lain.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa tindakan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada tindakan yang tidak didasari

oleh pengetahuan. Pendapat Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa pengetahuan juga dapat menjadi dasar dalam penilaian seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk upaya pencegahan terhadap DBD) yang selanjutnya akan membentuk sikap seseorang. Setelah mengetahui tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan individu melaksanakan atau mempraktekan apa yang diketahui dan disikapinya.

Peneliti memfokuskan penelitiannya pada adanya pengaruh antara ketiga variabel yang merupakan domain perilaku seseorang dalam upaya pencegahan terhadap penyakit DBD. Pengetahuan dapat mempengaruhi tindakan seseorang dalam upaya pencegahan DBD dan sikap yang didasari pengetahuan tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya akan membentuk tindakan pencegahan yang pada akhirnya dapat menurunkan angka kejadian penyakit DBD terutama di daerah endemik DBD, salah satunya di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pernyataan yang bersifat sementara dan merupakan suatu perumusan pengaruh 2 variabel, maka hipotesis pada penelitian ini yaitu :

1. Pengetahuan dapat mempengaruhi tindakan/praktek masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.
2. Sikap dapat mempengaruhi tindakan/praktek masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.
3. Pengetahuan dapat mempengaruhi sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian survei analitik atau *explanatory study* yaitu memberikan penjelasan pengaruh antar variabel melalui hipotesis (Notoatmodjo, 2002). Sedangkan dari segi waktu adalah bersifat *cross sectional* karena data dari variabel-variabel dikumpulkan dalam waktu bersamaan (Notoatmodjo, 2002). Pada umumnya yang merupakan unit analisis dalam penelitian survei adalah individu (Singarimbun dan Effendi, 1995).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang tinggal di salah satu daerah endemik DBD di Kabupaten Jember yaitu Kecamatan Patrang pada tahun 2006 yang terbagi atas 8 kelurahan dengan total jumlah penduduk sebanyak 84.561 orang.

4.2.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang memenuhi ciri-ciri atau keadaan yang akan diteliti (Riduwan, 2003). Sampel pada penelitian ini adalah individu yang bertempat tinggal di Kecamatan Patrang. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 100 responden. Menurut Supranto (1998) besarnya sampel dapat ditentukan berdasarkan perhitungan :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \times p \times q}{(N-1) D + p \times q} \\
 &= \frac{84.561 \times 0.5 \times 0.5}{(84.561-1) 0.0025 + 0,5 \times 0,5}
 \end{aligned}$$

$$= \frac{21140,25}{211,65}$$

$$= 99,88 \approx 100$$

Keterangan :

n = Jumlah atau besar sampel yang akan diteliti

N = Jumlah populasi 84.561 jiwa

p = Proporsi kejadian tidak diketahui sehingga dianggap 50%

q = 1-p

B = Kesalahan yang bisa ditolerir (*bound of error*) 10%

D = $\frac{B^2}{4}$

(Supranto, 1998).

4.2.3 Cara Pengambilan Sampel

Dalam pengambilan sampel penelitian menggunakan 2 teknik sampling yaitu *purposive sampling* dan *proportional stratified random sampling*. Pengambilan sampel secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2002). Teknik pengambilan sampel ini dilakukan peneliti untuk menentukan sub populasi, dengan memilih 3 kelurahan yang memiliki angka kejadian penyakit DBD tertinggi, hal ini sesuai dengan ciri dari populasi yaitu daerah yang secara terus menerus terjadi suatu penyakit dengan angka kejadian yang selalu tinggi. Agar perimbangan sampel dari masing-masing strata memadai, maka pengambilan sampel dilakukan secara *proportional stratified random sampling* yaitu perimbangan jumlah anggota populasi berdasarkan masing-masing strata (Notoatmodjo, 2002). Besarnya sampel per kelompok (Nazir, 2003) sebagai berikut :

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Keterangan :

n_i = Besar subsampel kelompok ke-i

N_i = Besar subpopulasi kelompok ke-i

N = Besar populasi

n = Besar sampel

Dari rumus tersebut dan jumlah kelompok sampel dalam populasi, maka jumlah sampel tiap kelompoknya tampak pada tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1 Jumlah Sampel Tiap Kelompok

| Kelompok Sampel | Jumlah Anggota | Banyaknya Sampel |
|-----------------|----------------|------------------|
| Gebang | 23.040 | 42 |
| Jember lor | 18.374 | 34 |
| Patrang | 13.265 | 24 |
| Jumlah | 54.679 | 100 |

Sumber: Data Sekunder, 2007

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian tentang pengetahuan, sikap dan praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit demam berdarah dengue dilaksanakan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

Pengambilan data penelitian tentang pengetahuan, sikap dan praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit demam berdarah dengue dilakukan pada bulan Maret tahun 2007.

4.4 Identifikasi Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

4.4.1 Identifikasi Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel pengetahuan yang meliputi pengetahuan masyarakat tentang penyakit demam berdarah dan upaya pencegahannya, variabel sikap yang meliputi sikap masyarakat terhadap penyakit

demam berdarah dan upaya pencegahannya, dan variabel tindakan atau praktek upaya pencegahan demam berdarah.

Variabel bebas meliputi :

X = variabel pengetahuan

Pengetahuan tentang sakit dan penyakit

Pengetahuan tentang upaya pencegahan

Variabel antara meliputi :

Y = Variabel sikap

Sikap terhadap sakit dan penyakit

Sikap terhadap upaya pencegahan

Variabel terikat, meliputi :

Z = tindakan/praktik upaya pencegahan

4.4.2 Definisi Operasional Dan Cara Pengukuran

- a. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui oleh masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Pengetahuan meliputi definisi, penyebab, gejala klinis, pengobatan, dan pencegahan DBD.

Pengetahuan ini diukur dengan menggunakan kuesioner. Pertanyaan pada kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan (no. 1-10), dimana setiap item pertanyaan terdapat 2 alternatif jawaban.

Penilaiannya yaitu:

1. Untuk pilihan jawaban yang benar mendapat nilai 1
2. Untuk pilihan jawaban yang salah mendapat nilai 0

Sehingga didapatkan skor terbesar per responden yang dapat diberikan seorang responden adalah:

1. Maksimal : $10 \times 1 = 10$
2. Minimal : $10 \times 0 = 0$
3. Median : 5
4. Kuartil I : 2,5
5. Kuartil III : 7,5

Berdasarkan pembagian kuartil tersebut di atas, pemberian skor pengetahuan ditetapkan sbb:

1. \geq kuartil III ($\geq 7,5$) : Sangat baik
2. \geq median s.d. kuartil III ($\geq 5 - < 7,5$) : Baik
3. $<$ median s.d. kuartil I ($2,5 - < 5$) : Kurang
4. $<$ kuartil I ($< 2,5$) : Sangat kurang

(Sedarmayanti & Syarifudin H, 2000).

- b. Sikap adalah segala reaksi/respon seseorang terhadap penyakit DBD dan pencegahannya oleh masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

Variabel ini akan digambarkan oleh pertanyaan-pertanyaan kuesioner no.11-20. pertanyaan ini menggunakan skala pengukuran Likert yang terdiri dari 10 item, dimana tiap item diberi 4 alternatif jawaban yaitu: Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Untuk setiap alternatif jawaban diberi skor berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Apabila item pertanyaan positif, angka terbesar diberikan untuk alternatif jawaban Sangat Setuju yaitu 4, Setuju mendapat nilai 3, Tidak Setuju = 2 dan Sangat Tidak Setuju = 1. Item pertanyaan positif sebanyak 6 nomor, yaitu no 1, 5, 6, 7, 8 dan 9
2. Apabila item pertanyaan negatif, angka terbesar diberikan untuk alternatif jawaban Sangat Tidak Setuju yaitu 4, untuk jawaban Tidak Setuju mendapat nilai 3, Setuju = 2 dan Sangat Setuju = 1. Item pertanyaan negatif sebanyak 4 nomor, yaitu no 2, 3, 4, dan 10

Sehingga didapatkan skor terbesar per responden yang dapat diberikan oleh seorang responden adalah:

1. Maksimal : $10 \times 4 = 40$
2. Minimal : $10 \times 0 = 0$
3. Median : 20
4. Kuartil I : 10
5. Kuartil III : 30

Berdasarkan pembagian kuartil tersebut diatas, pemberian skor sikap ditetapkan sebagai berikut :

1. \geq kuartil III (≥ 30) : Sangat positif
2. \geq median s.d. kuartil III ($\geq 20 - < 30$) : Positif
3. $<$ median s.d. kuartil I ($10 - < 20$) : Kurang
4. $<$ kuartil I (< 10) : Sangat kurang

(Sedarmayanti & Syarifudin H, 2000).

- c. Praktik adalah tindakan yang dilakukan untuk pencegahan DBD oleh masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

Variabel ini akan menggunakan kuesioner dan lembar observasi sebagai alat ukur.

Variabel ini digambarkan pada pertanyaan 21-35, dimana setiap item pertanyaan diberi 2 alternatif jawaban.

Penilaiannya yaitu:

1. Untuk pilihan jawaban yang benar mendapat nilai 1
2. Untuk pilihan jawaban yang salah mendapat nilai 0

Sehingga didapatkan skor terbesar per responden yang dapat diberikan seorang responden adalah:

1. Maksimal : $15 \times 1 = 15$
2. Minimal : $15 \times 0 = 0$
3. Median : 7,5
4. Kuartil I : 3,75
5. Kuartil III : 11,25

Berdasarkan pembagian kuartil tersebut di atas, pemberian skor praktik ditetapkan sbb:

1. \geq kuartil III ($\geq 11,25$) : Sangat baik
2. \geq median s.d. kuartil III ($\geq 7,5 - < 11,25$) : Baik
3. $<$ median s.d. kuartil I ($3,75 - < 7,5$) : Kurang
4. $<$ kuartil I ($< 3,75$) : Sangat kurang

(Sedarmayanti & Syarifudin H, 2000).

4.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menurut jenis data adalah sebagai berikut:

a). Data Primer

Data primer tentang pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam upaya pencegahan DBD diperoleh peneliti melalui kuesioner atau angket yang diberikan kepada responden yaitu masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Pengetahuan meliputi pengetahuan masyarakat tentang sakit dan penyakit DBD serta upaya pencegahannya, sikap meliputi sikap masyarakat terhadap penyakit DBD dan upaya pencegahannya dan tindakan atau praktek masyarakat dalam upaya pencegahan DBD.

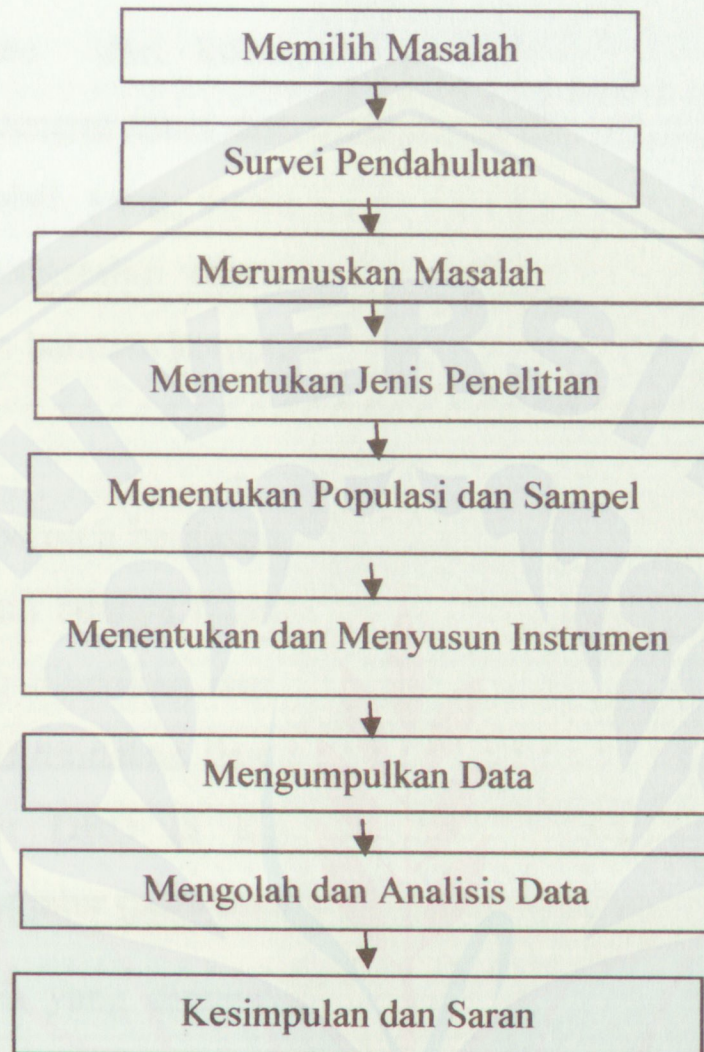
b). Data Sekunder

Data sekunder meliputi data geografi dan demografi Kecamatan Patrang Kabupaten Jember serta jumlah kejadian penyakit DBD di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember pada tahun 2003-2006 yang diperoleh dari instansi terkait seperti Dinas Kesehatan dan kantor Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

Instrumen yang digunakan dalam mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner dan lembar observasi serta teknik pengumpulannya dengan wawancara dan observasi kepada masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup, dimana setiap kuesioner dalam bentuk ini disediakan alternative jawaban yang harus dipilih salah satu diantaranya sebagai jawaban paling tepat (Notoatmajo, 2002).

4.6 Alur Penelitian

Alur penelitian dapat dilihat pada gambar 4.1



Gambar 4.1 Alur Penelitian

Alur penelitian dimulai dengan memilih masalah tingginya kejadian DBD yang terkait dengan pengaruh antara pengetahuann, sikap dan tindakan dalam upaya pencegahan penyakit DBD, kedua melakukan survei pendahuluan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan kantor Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, ketiga merumuskan masalah, keempat menentukan jenis penelitian, kelima menentukan populasi dan sampel yaitu jumlah dan teknik pengambilan sampel, keenam menentukan dan menyusun instrumen pengumpulan data, ketujuh pengumpulan data, baik data primer maupun data sekunder, kedelapan melakukan pengolahan dan analisa data dan pada tahap akhir adalah membuat kesimpulan dan saran dari hasil pembahasan yang telah dilakukan.

4.7 Penyajian dan Analisis Data

4.7.1 Penyajian Data

Penyajian data dari kuesioner atau angket yang dikumpulkan dalam penelitian ini yaitu dengan tabel distribusi frekuensi kemudian dibuat tabulasi data sesuai dengan variabel yang diteliti dan kebutuhan analisis. Analisis statistik digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antar variabel. Pengolahan data dengan menggunakan bantuan komputer program statistik SPSS.

4.7.2 Analisis Data

Data yang diperoleh berdasarkan penelitian ini, selanjutnya dilakukan analisis data untuk mengetahui adanya hubungan antar variabel dan memperkirakan berapa besar pengaruh yang diberikan dari variabel pengetahuan terhadap sikap, variabel sikap terhadap praktik/tindakan dan variabel pengetahuan terhadap praktik/tindakan pencegahan penyakit DBD di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember dengan menggunakan analisis jalur (*path analysis*).

Model analisis yang digunakan adalah model analisis jalur (*path analysis*) yaitu sebuah metode yang digunakan untuk melihat akibat (*effect*) langsung dan tidak langsung dari suatu variabel yang dihipotesiskan sebagai penyebab (*causes*) terhadap variabel yang diperlakukan sebagai akibat (*effect*). Hal yang perlu dipahami adalah bahwa sebenarnya analisis jalur bukanlah suatu metode yang digunakan untuk menemukan penyebab, akan tetapi digunakan untuk menemukan penjelasan mengenai pola-pola hubungan langsung dan tidak langsung dari suatu model kausal yang disusun berdasarkan pertimbangan-pertimbangan teoritis dan pengetahuan peneliti (Winarsunu, 2002). Jadi, analisis jalur memiliki daya guna untuk mencek atau menguji kausal yang diteorikan dan bukan untuk menurunkan teori kausal tersebut. Konsekuensinya adalah, cara berpikir kausal sangatlah berperan dalam penggunaan analisis jalur (Sudjana, 1997).



BAB 5. HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Kecamatan Patrang merupakan salah satu Kecamatan yang terdapat di Kabupaten Jember. Kecamatan Patrang terletak di dekat pusat kota Jember dengan luas wilayah 3.453.278 Ha, yang terdiri dari 8 kelurahan diantaranya Kelurahan Gebang, Jember Lor, Patrang, Baratan, Bintoro, Slawu, Jumerto dan Kelurahan Banjar Sengon. Jumlah penduduk yang tinggal di Kecamatan Patrang berjumlah 84.561 orang. Pada tahun 2006, Kecamatan Patrang merupakan salah satu daerah endemik DBD di Kabupaten Jember. Tingginya kasus DBD di Kecamatan Patrang sangat berhubungan dengan letak geografisnya yang terletak pada ketinggian rata-rata 98 m dari atas permukaan laut yang berarti sebagian besar berada di daerah dataran rendah atau landai. Hal ini sesuai dengan distribusi nyamuk *Aedes aegypti* yaitu tidak ditemukan diatas ketinggian 1000 m. Selain itu Kecamatan Patrang juga berbatasan dengan 2 kecamatan yang termasuk daerah endemik DBD yaitu sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Sumpalsari dan sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Kaliwates sehingga kemungkinan terjadi pertukaran beberapa tipe virus dengue cukup besar.

5.2 Karakteristik Responden

5.2.1 Jenis Kelamin

Distribusi frekuensi jenis kelamin responden dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

| Jenis Kelamin | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------|-----------|----------------|
| Laki-laki | 38 | 38 |
| Perempuan | 62 | 62 |
| Jumlah | 100 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 100 responden yang menjadi sampel penelitian, distribusi frekuensi jenis kelamin perempuan lebih besar yaitu 62 responden (62%), sedangkan laki-laki yaitu 38 responden (38%).

5.2.2 Usia Responden

Distribusi frekuensi usia responden dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Usia Responden

| Usia | Frekuensi | Persentase (%) |
|------------|-----------|----------------|
| 21 - 30 th | 44 | 44 |
| 31 - 40 th | 43 | 43 |
| 41 - 50 th | 6 | 6 |
| 51 - 60 th | 7 | 7 |
| Jumlah | 100 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 100 responden yang menjadi sampel penelitian, Distribusi frekuensi kelompok umur terbesar yaitu 20-30 tahun sebesar 44 orang (44 %), sedangkan kelompok umur 41-50 tahun memiliki frekuensi yang terkecil yaitu 6 orang (6 %).

5.2.3 Pendidikan Terakhir

Distribusi frekuensi pendidikan terakhir responden dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir Responden

| Pendidikan Terakhir | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------------|--------|----------------|
| Tidak Sekolah | 6 | 6 |
| SD atau sederajat | 7 | 7 |
| SMP atau sederajat | 11 | 11 |
| SMA atau sederajat | 50 | 50 |
| Perguruan Tinggi | 26 | 26 |
| Jumlah | 100 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 100 responden yang menjadi sampel penelitian, distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden yang terbanyak yaitu

pendidikan SMA atau sederajat sebesar 50 responden (50%). Sedangkan tidak sekolah memiliki frekuensi yang terkecil yaitu 6 responden (6%).

5.2.4 Jenis Pekerjaan

Distribusi frekuensi jenis pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Jenis Pekerjaan Responden

| Jenis Pekerjaan Terakhir | Jumlah | Persentase (%) |
|----------------------------|--------|----------------|
| Belum/Tidak Bekerja | 43 | 43 |
| PNS (Pegawai Negeri Sipil) | 14 | 14 |
| Swasta | 22 | 22 |
| Wiraswasta | 19 | 19 |
| Pensiunan | 2 | 2 |
| Jumlah | 100 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 100 responden yang menjadi sampel penelitian, distribusi frekuensi Jenis Pekerjaan Responden yang terbanyak adalah belum/tidak bekerja sebesar 43 responden (43%). Sedangkan pensiunan memiliki frekuensi yang terkecil yaitu 2 responden (2%).

5.3 Pengetahuan Masyarakat Tentang DBD Dan Upaya Pencegahannya

Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden mengenai DBD dan upaya pencegahannya dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai DBD dan upaya pencegahannya

| Tingkat Pengetahuan | Jumlah | |
|---------------------|--------|-----|
| | f | % |
| Sangat baik | 76 | 76 |
| Baik | 24 | 24 |
| Kurang | - | - |
| Sangat Kurang | - | - |
| Jumlah Total | 100 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 100 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar tingkat pengetahuan tentang DBD dan upaya pencegahannya adalah sangat baik sebesar 76 responden (76 %). Sedangkan tidak ditemukan responden dengan tingkat pengetahuan kurang maupun sangat kurang.

5.4 Sikap Masyarakat Mengenai Pencegahan DBD

Distribusi frekuensi sikap masyarakat mengenai pencegahan DBD dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut ini.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Sikap Responden Mengenai Pencegahan DBD

| Sikap | Jumlah | |
|----------------|--------|-----|
| | f | % |
| Sangat positif | 55 | 55 |
| Positif | 45 | 45 |
| Negatif | - | - |
| Sangat negatif | - | - |
| Jumlah Total | 100 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 100 responden yang menjadi sampel penelitian, sikap sangat positif terhadap pencegahan DBD memiliki frekuensi terbanyak yaitu 55 responden (55%). Sedangkan tidak ada responden menunjukkan sikap negatif dan sangat negatif terhadap pencegahan DBD.

5.5 Praktik/Tindakan Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan DBD

Distribusi frekuensi praktik/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan DBD dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Praktik Pencegahan DBD

| Praktik | Jumlah | |
|---------------|--------|-----|
| | f | % |
| Sangat baik | 37 | 37 |
| Baik | 53 | 53 |
| Kurang | 10 | 10 |
| Sangat Kurang | - | - |
| Jumlah Total | 100 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 100 responden yang menjadi sampel penelitian, frekuensi praktik pencegahan DBD yang terbanyak adalah sangat baik sebesar 53 responden (53%). Sedangkan tidak ada responden menunjukkan menunjukkan praktik pencegahan DBD sangat kurang.

5.6 Path Analysis

Dari hasil pengolahan data dengan menggunakan program SPSS 12, tampak bahwa Tabel *Correlations*, *Model Summary*, *Anova*, dan *Coefficiens* ditunjukkan oleh *Standarized Coefficient (Beta)*, sedang *Unstandarized Coefficient*, merupakan koefisien regresi biasa. Berdasarkan hasil pengolahan data maka koefisien jalur yang diperoleh diuji sebagai berikut :

5.6.1 Pengujian Hipotesis Secara keseluruhan

Pengujian hipotesis secara keseluruhan ditunjukkan dari hipotesis berikut:

Ha : Pengetahuan dan Sikap berkontribusi bersama-sama dan signifikan terhadap praktik/tindakan.

Ho : Pengetahuan dan Sikap tidak berkontribusi bersama-sama dan signifikan terhadap praktik/tindakan.

Uji signifikansi analisis jalur dengan membandingkan antara nilai probabilitas 0,05 dengan nilai probabilitas *Sig* dengan dasar pengambilan keputusan sebagai berikut:

- 1) Jika nilai probabilitas 0,05 *kurang dari atau sama dengan* nilai probabilitas *Sig* atau $[0,05 \leq Sig]$, maka Ho diterima dan Ha ditolak, artinya tidak signifikan.
- 2) Jika nilai probabilitas 0,05 *lebih dari atau sama dengan* nilai probabilitas *Sig* atau $[0,05 \geq Sig]$, maka Ho ditolak dan Ha diterima, artinya signifikan.

Dari Tabel Anova diperoleh nilai F sebesar 78,240 dengan nilai probabilitas (*Sig*) = 0,0001. Karena nilai *Sig* < 0,05, maka keputusannya adalah Ho ditolak dan oleh sebab itu, pengujian secara individual dapat dilakukan.

Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai *Sig Fchange* sebesar 0,0001. Ternyata $0,0001 < 0,05$, maka keputusannya adalah H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga terbukti bahwa pengetahuan dan sikap berkontribusi secara simultan dan signifikan terhadap praktik/tindakan.

5.6.2 Pengujian Hipotesis Secara Individual

a) Pengaruh Pengetahuan (X) terhadap Praktik (Z)

Uji secara individual dapat dirumuskan dalam bentuk hipotesa sebagai berikut:

H_0 : Pengetahuan tidak berkontribusi secara signifikan terhadap praktik.

H_a : Pengetahuan berkontribusi secara signifikan terhadap praktik.

Pada tabel diperoleh variabel sikap mempunyai nilai sig sebesar 0,0001. jika dibandingkan dengan probabilitas 0,05 maka nilai sig lebih kecil dari probabilitas sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya signifikan. Terbukti bahwa sikap memberikan kontribusi secara signifikan terhadap praktik.

b) Pengaruh Sikap (Y) terhadap Praktik (Z)

Uji secara individual dapat dirumuskan dalam bentuk hipotesa sebagai berikut:

H_0 : Sikap tidak berkontribusi secara signifikan terhadap praktik

H_a : Sikap berkontribusi secara signifikan terhadap praktik

Pada tabel diperoleh variabel sikap memiliki nilai sig sebesar 0,0001 kemudian dibandingkan dengan probabilitas 0,05 ternyata nilai probabilitasnya lebih besar dari nilai Sig sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Terbukti bahwa sikap memberikan kontribusi secara signifikan terhadap praktik.

c) Pengaruh Pengetahuan (X) terhadap Sikap (Y)

Uji secara individual dapat dirumuskan dalam bentuk hipotesa sebagai berikut:

H_0 : Pengetahuan tidak berkontribusi secara signifikan terhadap sikap

H_a : Pengetahuan berkontribusi secara signifikan terhadap sikap

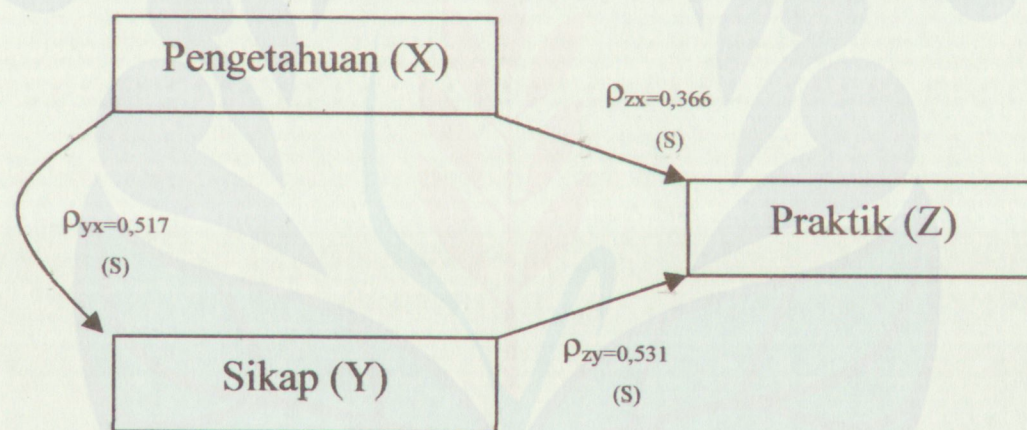
Pada tabel diperoleh variabel pengetahuan memiliki nilai sig sebesar 0,0001 kemudian dibandingkan dengan probabilitas 0,05 ternyata nilai probabilitasnya lebih besar dari nilai Sig sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Terbukti bahwa pengetahuan memberikan kontribusi secara signifikan terhadap sikap.

Kerangka hubungan kausal empiris antara jalur (X terhadap Z dan Y terhadap Z serta XY terhadap Z) dapat dibuat melalui persamaan struktural sebagai berikut.

$$Z = \rho_{zx} X + \rho_{zy} Y + \rho_z \varepsilon_1$$

$$Z = 0,366 X + 0,531 Y + 0,8561$$

$$R^2 = 0,617$$



Gambar 5.1 Struktur Hubungan Kausal X dan Y terhadap Z

Keterangan Gambar.

S : Signifikan

_____ : Hipotesis terbukti ada pengaruh

Tabel 5.8 Koefisien Jalur, Kontribusi Langsung, Tidak Langsung, Kontribusi Total Dan Kontribusi Pengetahuan (X); Sikap (Y) Secara Simultan Dan Signifikan Terhadap Praktik (Z)

| Variabel | Koefisien Jalur | Kontribusi | | | Kontribusi bersama |
|--------------|-----------------|------------|----------------|-------|--------------------|
| | | Langsung | Tidak Langsung | Total | |
| X | 0,366 | 0,366 | 0,517 | 0,189 | - |
| Y | 0,531 | 0,531 | - | 0,531 | - |
| ϵ_1 | 0,8561 | 0,733 | - | - | - |
| X dan Y | - | - | - | - | 0,617 |

Sumber: Data Primer Terolah, 2007

Berdasarkan Tabel 5.8, maka hasil temuan penelitian secara objektif bahwa :

- Pengetahuan (X) yang diukur oleh praktik (Z) memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktik. Dengan demikian tinggi rendahnya praktik dapat dijelaskan oleh pengetahuan. Besarnya kontribusi pengetahuan yang secara langsung berkontribusi terhadap praktik sebesar 36,6%
- Sikap (X) yang diukur oleh praktik (Z) memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktik. Dengan demikian tinggi rendahnya praktik dapat dijelaskan oleh sikap. Besarnya kontribusi pengetahuan yang secara langsung berkontribusi terhadap praktik sebesar 53,1%
- Pengetahuan (X) yang diukur oleh sikap (Y) memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktik. Dengan demikian tinggi rendahnya sikap dapat dijelaskan oleh pengetahuan. Besarnya kontribusi pengetahuan yang secara langsung berkontribusi terhadap sikap sebesar 51,7%

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan memberikan kontribusi positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktik. Artinya tinggi rendahnya praktek dijelaskan oleh pengetahuan. Besarnya kontribusi pengetahuan yang secara langsung terhadap praktik sebesar 36,6%, variabel sikap juga memberikan kontribusi positif dan signifikan terhadap praktik dengan nilai kontribusi

sebesar 53,1% dan pengetahuan berkontribusi secara langsung terhadap praktik sebesar 51,7% Sedangkan secara simultan pengetahuan dan sikap memberikan pengaruh sebesar 61,7% terhadap praktik.





BAB 6. PEMBAHASAN

6.1 Pengetahuan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat mempunyai tingkat pengetahuan yang sangat baik, diikuti dengan pengetahuan yang baik. Pengetahuan ini meliputi pengetahuan masyarakat tentang definisi, penyebab, gejala klinis, pengobatan, dan pencegahan DBD. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Agustini (2006) yang menyatakan bahwa di daerah endemik demam berdarah dengue yaitu Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember juga ditemukan tingkat pengetahuan masyarakat yang sangat baik, diikuti dengan pengetahuan yang baik. Tingkat pengetahuan yang sangat baik ini memungkinkan untuk mengadopsi perilaku (berperilaku baru), karena untuk berperilaku baru seseorang harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya sendiri atau keluarganya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya, dan apa bahaya-bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut (Notoatmodjo, 2003:128).

Kurangnya informasi yang benar tentang penanggulangan penyakit DBD kepada masyarakat dan disertai kehidupan sosial masyarakat kota yang semakin individualistis, menyebabkan semakin sulitnya komunitas yang ada untuk dapat saling bekerjasama membasmi nyamuk penyebab DBD, oleh karena itu program-program pemerintah berupa penyuluhan baik penyuluhan secara formal maupun non formal misalnya melalui pengajian-pengajian yang diberikan kepada masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya akan sangat membantu masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan mereka tentang DBD dan upaya pencegahannya.

6.2 Sikap Masyarakat dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD

Dilihat dari sikapnya, sikap masyarakat mengenai penyakit DBD dan upaya pencegahannya adalah sangat positif. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat

mempunyai penilaian yang positif atau menyatakan sangat setuju terhadap tindakan pencegahan DBD. Sikap yang positif akan sangat mendukung pengetahuan yang sangat baik untuk berperilaku yang baik pula. Tetapi banyak penelitian menunjukkan bahwa proses perubahan perilaku tidak selalu tergantung pada pengetahuan dan sikap seseorang (Notoatmodjo, 2003:131). Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Agustini (2006) yang menyatakan bahwa di daerah endemik demam berdarah dengue yaitu Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember juga ditemukan tingkat sikap masyarakat mengenai penyakit DBD dan upaya pencegahannya yang positif. Mengetahui sikap, tidak berarti dapat memprediksi tindakan yang dilakukan. Ketika sikap seseorang tersebut positif, tindakan yang diambilnya negatif. Begitu juga sebaliknya. Dalam konteks DBD, ketika kita tanyakan sikap tentang PSN sangat positif (mendukung), tetapi dilihat tindakannya yang dilakukan tidak selalu sesuai dengan sikapnya (Politeknik Kesehatan Banjarmasin, 2005).

6.3 Praktik/tindakan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan DBD

Terdapat 3 indikator untuk menilai perilaku seseorang yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik. Akan tetapi praktek (*practice*) kesehatan dapat juga dikatakan perilaku kesehatan/*overt behavior* (Notoatmodjo, 2003:130). Sehingga dapat disimpulkan bahwa untuk menilai perilaku pencegahan DBD dapat dilihat dari tindakan atau praktik pencegahan DBD.

Praktik pencegahan DBD yang sudah dilakukan oleh masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember adalah membawa segera penderita ke tempat pelayanan kesehatan, menguras bak mandi kurang dari 7 hari, dan menyediakan tempat sampah yang memadai di rumah, sedangkan praktik pencegahan DBD yang belum dilakukan oleh masyarakat adalah menutup tempat penampungan air, penggunaan abate, memperhatikan kebersihan lingkungan sekitar tempat tinggal, menyediakan jamban keluarga yang sehat, menyemprot sekitar rumah dengan insektisida, dan kerja bakti rutin.

Jika dilihat dari tingkat pengetahuan yang sangat baik dan sikap yang positif, seharusnya praktik pencegahan DBD juga baik, tetapi masih didapatkan praktik pencegahan DBD pada masyarakat yang masih kurang. Menurut Lawrence Green mengemukakan bahwa ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya perilaku: Faktor *predisposing*, ialah faktor yang memberi kecenderungan seseorang untuk berperilaku yang mencakup pengetahuan, sikap, *value*, persepsi dan sebagainya; Faktor *enabling*, ialah faktor pemungkin, yaitu hal yang memungkinkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan untuk berbuat, mencakup ketersediaan sumber (*resource*, keterjangkauan, akseptabilitas, keterampilan, dsb); dan Faktor *reinforcing*, ialah faktor yang mendorong individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan untuk berperilaku, mencakup sikap dan tindakan orang lain seperti petugas pemberi pelayanan, orang tua, atasan, pemuka masyarakat atau orang yang berpengaruh lainnya (Notoatmodjo, 1996). Hal ini menunjukkan bahwa faktor *predisposing* sudah dipenuhi dengan adanya pengetahuan sangat baik dan sikap yang positif, tetapi faktor *enabling* yang meliputi sumber dana masyarakat untuk pencegahan DBD masih kurang yaitu untuk membeli serbuk abate, obat nyamuk, dsb. Dari faktor *reinforcing*, dimungkinkan orang tua, atau orang yang berpengaruh di daerah tempat tinggal penderita belum melakukan praktik pencegahan DBD dengan baik, sehingga mempengaruhi perilaku penderita dan keluarga penderita dalam upaya pencegahan DBD.

6.4 Pengaruh Pengetahuan (X) terhadap Praktik/tindakan (Z)

Temuan penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya yang diukur oleh tindakan/praktik masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Artinya tinggi rendahnya praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD dijelaskan oleh pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya. Besarnya kontribusi pengetahuan

masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya yang secara langsung berkontribusi terhadap praktik/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD sebesar 36,6%. Oleh karena itu, untuk mengoptimalkan praktik/tindakan masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD harus diupayakan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya, sehingga diantaranya dapat meminimalkan terjadinya kasus DBD yang selalu meningkat. Apalagi mengingat kasus DBD adalah penyakit akut yang dampaknya bisa lebih fatal dari HIV. Pertama, sebab penyakit DBD bisa langsung merenggut nyawa. Kedua, gejala dan tanda demam DBD tidak selalu tampil nyata, sehingga sukar dikenali, maka tidak jarang terlambat diobati, dan akibatnya bisa fatal (Nadesul, 2004). Maka dari itu, apabila ada masyarakat yang memiliki pengetahuan tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya masih rendah segera ditingkatkan untuk membentuk praktik/tindakan upaya pencegahan DBD sehingga dapat terhindar dari serangan penyakit mematikan ini.

Penelitian ini didukung oleh penelitian Riyadi (2003) yang menyatakan bahwa upaya pencegahan penyakit demam berdarah dengue berkaitan dengan faktor perilaku dan faktor lingkungan. Faktor perilaku tersebut dalam bentuk pengetahuan dan sikap mengenai penyakit demam berdarah oleh pelaksananya yaitu kepala keluarga beserta keluarganya. Tersirat pada pandangan ini bahwa pengetahuan dapat mempengaruhi tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit demam berdarah dengue.

Temuan penelitian ini, diperkuat dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Rogers (1974) (dalam Notoatmodjo, 2003) yang menyatakan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yang salah satunya ialah proses menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap objek yang akan diadopsi (*Awareness*) dalam hal ini pengetahuan tentang DBD. Dengan demikian pengetahuan masyarakat tentang DBD dan upaya pencegahannya melalui pendidikan formal maupun non formal sangat perlu ditingkatkan untuk menurunkan angka kejadian DBD dimasyarakat. Sebagai implikasinya, maka dari

pihak masyarakat harus memiliki kemauan untuk meningkatkan pengetahuan tentang DBD dan upaya pencegahannya. Sedangkan bagi pihak pelaksana kesehatan diharapkan perlu memfasilitasi dan memberikan dorongan atau semangat kepada masyarakat untuk terus berusaha meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya sehingga angka kejadian DBD dimasyarakat dapat diturunkan. Dengan demikian jelaslah bahwa pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya berpengaruh terhadap praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

6.5 Pengaruh Sikap (Y) terhadap Praktik/tindakan (Z)

Temuan penelitian menunjukkan bahwa sikap masyarakat tentang tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Artinya tinggi rendahnya praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD dijelaskan oleh sikap masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya. Besarnya kontribusi sikap masyarakat tentang penyakit DBD dan pencegahannya yang secara langsung berkontribusi terhadap praktik/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD sebesar 53,1%. Oleh karena itu, untuk mengoptimalkan praktik/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD, maka masyarakat harus memiliki sikap yang positif baik tentang penyakit DBD itu sendiri maupun upaya pencegahannya.

Temuan penelitian ini, diperkuat dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Newcomb (Notoatmodjo, 2003:131) yang menyatakan bahwa "Sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak." tersirat pada pandangan ini bahwa apabila praktik atau tindakan masyarakat dalam pencegahan DBD ingin terwujud maka upaya yang mengarah terhadap tindakan harus selalu dioptimalkan yaitu dengan mewujudkan sikap yang positif kepada masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya. Dengan demikian jelaslah bahwa sikap masyarakat tentang penyakit

DBD dan upaya pencegahannya berpengaruh terhadap praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

6.6 Pengaruh Pengetahuan (X) terhadap Sikap (Y)

Temuan penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Artinya tinggi rendahnya sikap masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya dijelaskan oleh pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya. Besarnya kontribusi pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan pencegahannya yang secara langsung berkontribusi terhadap sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD sebesar 51,7%. Oleh karena itu, untuk mengoptimalkan sikap masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya, maka masyarakat harus memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit DBD maupun upaya pencegahannya.

Hasil penelitian ini didukung oleh pernyataan dari Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa salah satu komponen yang berperan dalam penentuan seseorang untuk mengambil sikap ialah pengetahuan. Dengan mengetahui penyebab, akibat dan pencegahan penyakit DBD maka seseorang akan memberikan penilaian atau bersikap terhadap penyakit DBD dan upaya pencegahannya. Jadi, dengan pengetahuan tentang DBD dan upaya pencegahannya yang tinggi akan membentuk sikap yang positif tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya. Dengan demikian jelaslah bahwa pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya berpengaruh terhadap sikap masyarakat tentang penyakit DBD dan upaya pencegahannya.



BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis hubungan antara pengetahuan, sikap dan praktik/tindakan masyarakat tentang upaya pencegahan penyakit demam berdarah dengue di salah satu daerah endemik yaitu Kecamatan Patrang Kabupaten Jember dengan menggunakan analisis jalur (*path analysis*) dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Pengetahuan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember adalah sangat baik. Yang berarti bahwa masyarakat telah memiliki domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan dalam upaya pencegahan penyakit DBD.
- b. Sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember adalah sangat positif. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat mempunyai penilaian yang positif atau menyatakan sangat setuju terhadap tindakan pencegahan DBD.
- c. Praktik/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan DBD di kecamatan Patrang Kabupaten Jember adalah baik. Hal ini menunjukkan bahwa dalam kehidupan sehari-hari masyarakat telah mempraktekan atau melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD.
- d. Pengetahuan masyarakat dapat mempengaruhi tindakan/praktik masyarakat dalam upaya pencegahan terhadap penyakit DBD.
- e. Sikap masyarakat dapat mempengaruhi tindakan/praktik masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.
- f. Pengetahuan masyarakat dapat mempengaruhi sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil pembahasan tentang pengetahuan, sikap dan praktek/tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit demam berdarah dengue maka dapat diberikan saran-saran dengan harapan dapat memberikan manfaat. Adapun saran-saran tersebut antara lain :

- a. Masyarakat dan pihak pemerintah harus sadar bahwa upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah baik lintas sektor maupun lintas program dan masyarakat.
- b. Bagi pihak pelaksana kesehatan (baik Puskesmas maupun Dinas Kesehatan) diharapkan perlu memfasilitasi dan memberikan dorongan atau semangat kepada masyarakat untuk terus berusaha meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik/tindakan dalam upaya pencegahan penyakit DBD, misalnya membuat kebijakan dan rencana strategis penanggulangan penyakit DBD, mengembangkan teknologi pemberantasan, mengembangkan pedoman pemberantasan, memberikan pelatihan dan bantuan teknis, melakukan penyuluhan dan promosi kesehatan serta penggerakan masyarakat
- c. Masyarakat diharapkan memiliki kesadaran untuk ikut berperan dalam upaya pemberantasan penyakit DBD. Sebagai contoh: peran masyarakat dalam kegiatan surveilans penyakit, yaitu masyarakat dapat mengenali secara dini tanda-tanda penyakit DBD yang menimpa salah satu anggota keluarga maupun tetangga mereka dan segera merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Sehingga bisa dilakukan penegakan diagnosa secara dini dan diberikan pertolongan dan pengobatan dini. melaksanakan tindakan pencegahan DBD secara bersama-sama dan terus-menerus sehingga lingkungan sekitar tempat tinggal masyarakat tidak berisiko sebagai sarang nyamuk penyebab penyakit DBD.

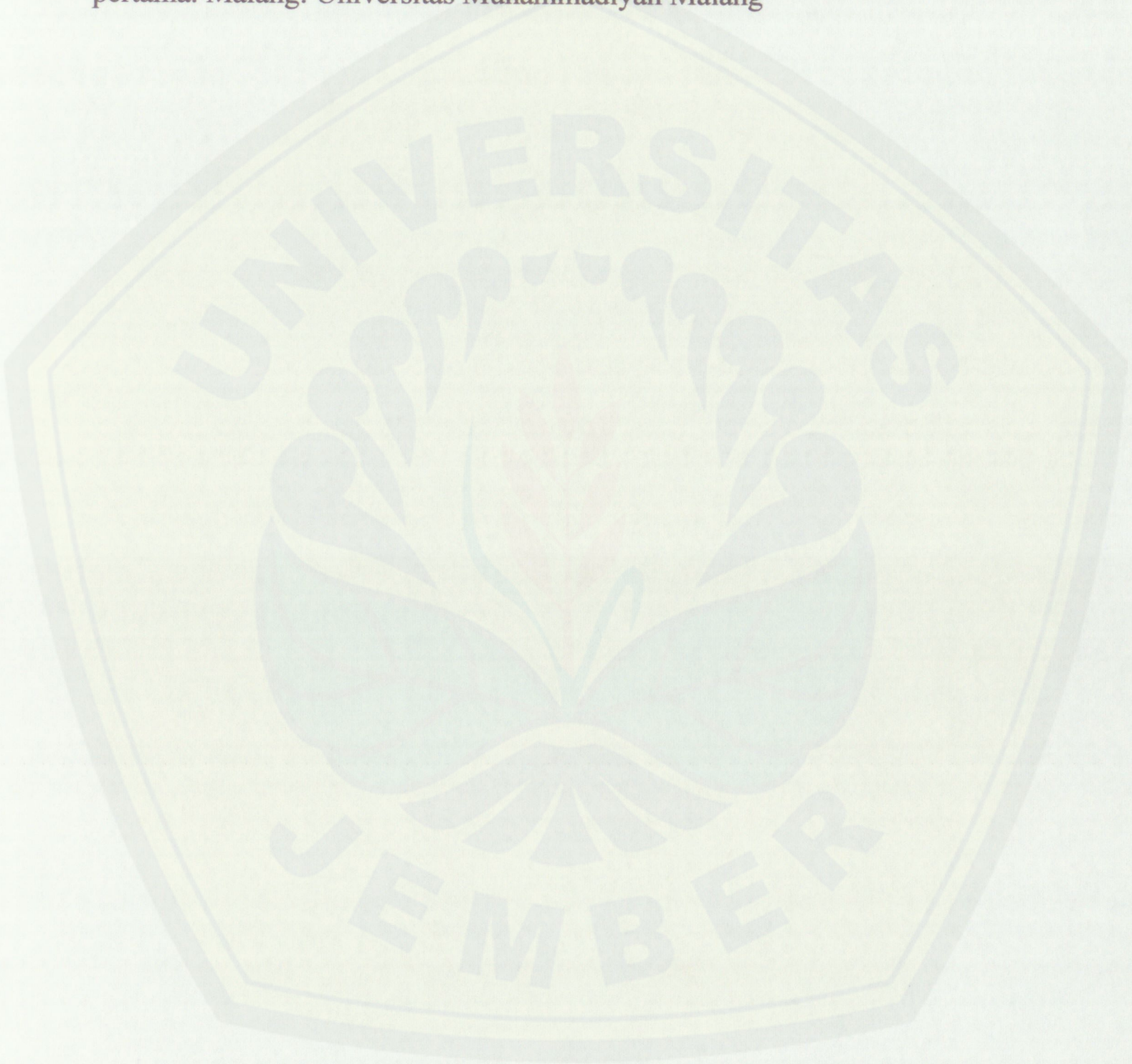
DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, T.D. 2006. Gambaran Epidemiologi dan Perilaku Masyarakat Dalam Pencegahan DBD Di Kecamatan Sumpersari Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kedokteran Umum Universitas Jember.
- Bustan, M.N. 1997. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Departemen Kesehatan RI. 2004 “Diperlukan Kesadaran Tinggi dari Masyarakat untuk Menanggulangi DBD”. <http://www.depkes.go.id/index.php>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2007. *Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2004 - 2006 Se Kabupaten Jember*. Jember
- Ester, Monica. 1999. *Demam Berdarah Dengue: Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian*. Jakarta: EGC
- Kristina, dkk. 2004. “Demam Berdarah Dengue”. <http://www.litbang.depkes.go.id/2006/02/13/index.php>
- Nadesul, Handrawan. 2004. *Demam Berdarah*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas
- Nazir, Moh. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Noer, Sjaifoellah. 2002. *Buku Ajar Ilmu Penyakit dalam Jilid I*. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Notoatmodjo, S. 1996. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- _____. 2002. *Metodologi penelitian Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- _____. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Rampengan, TH & Laurents, IR. 1993. *Penyakit Infeksi Tropik pada Anak*. Jakarta: EGC
- Riduwan. 2003. *Dasar-dasar Statistik*. Bandung: Alfabeta

- Riduwan & Kuncoro E. 2007. *Cara Menggunakan Dan Memaknai Analisis Jalur (Path Analysis)*. Bandung: Alfabeta
- Riyadi, Yusuf. 2003. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Kepala keluarga Mengenai Penyakit DBD Dengan Praktik PSN Di Kabupaten Pemalang. *Skripsi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Rochman, Abdul. 2004. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Praktik Ibu Rumah Tangga dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD di Desa Plesungan Kecamatan Gondangrejo Kabupaten Karanganyar Tahun 2004. *Skripsi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Satari, Hindra I. 2004. *Demam Berdarah (Perawatan di Rumah dan Rumah Sakit + Menu)*. Jakarta: Puspa Swara
- Sedarmayanti & Syarifudin H. 2000. *Metode Penelitian*. Bandung: Mandar Maju
- Silalahi, Levi. 2004. "Demam Berdarah". <http://www.temporoaktif.com/medikal/jurnal/042006/03/htm>.
- Singarimbun, M & Effendi, S. 1995. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES
- Soedarmo, Sumarmo SP. 1988. *Demam Berdarah (Dengue) pada Anak*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press) Salemba
- Soedarto. 1996. *Penyakit-penyakit Infeksi di Indonesia*. Surabaya: Wiya Medika
- Soegijanto, Soegeng. 2004. *Demam Berdarah Dengue*. Surabaya: Airlangga University Press
- Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran UI. 2002. *Buku Kuliah 2 Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Percetakan Infomedika
- Subaris, Heru dkk. 2004. *Manajemen Epidemiologi*. Yogyakarta: Penerbit Media Pressindo
- Sudjana. 1983. *Teknik Analisis Regresi dan Korelasi*. Bandung: Penerbit Tarsito
- Sudjana, Primal. 2005. "Kesadaran Berperilaku Sehat, Kunci Utama Kurangi Kasus Demam Berdarah". http://www.fk.unpad.ac.id/jsp/berita-detil.jsp?id_berita=0110820054
- Sudrajat. 2005. "Demam Berdarah Dengue (DBD)". <http://www.geocities.com>

Supranto. 1998. *Teknik Sampling untuk Survei dan Eksperimen*. Jakarta: Rineka Cipta.

Winarsunu, T. 2002. *Statistik dalam Penelitian Psikologi dan Pendidikan*. Edisi pertama. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang



Lampiran 1**PENGANTAR**

Bersama ini, kami sampaikan kuesioner (angket) yang berisi beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan "Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember". Kuesioner ini bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit demam berdarah dengue di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

Adapun identitas dari kami sebagai pelaksana penelitian adalah sebagai berikut :

Nama : M. Arif Derit L
NIM : 022110101020
Fakultas : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. HOS Cokroaminoto 45 Balung Jember

Kami berharap Bapak/ ibu/ Saudara berkenan untuk mengisi dengan benar sesuai dengan kondisi yang ada sekarang. Penelitian ini bersifat ilmiah sebagai bahan untuk skripsi sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) di Universitas Jember.

Demikian atas perhatian dan kesediaan untuk mengisi kuesioner ini kami sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Hormat saya,

M. Arif Derit L

Lampiran 2

**PERNYATAAN PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Alamat :
Jenis kelamin :
Umur :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi sampel penelitian dari:

Nama : M. Arif Derit L
NIM : 022110101020
Fakultas : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. HOS Cokroaminoto 45 Balung Jember

Dengan judul penelitian **Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember**. Prosedur penelitian tidak akan menimbulkan risiko dan ketidaknyamanan kepada sampel penelitian.

Saya telah membaca mengenai prosedur penelitian yang terlampir dengan benar dan menyatakan kesanggupan untuk menjalani prosedur penelitian tanpa paksaan dari pihak tertentu.

Jember, 2007

Responden

(nama lengkap & tanda tangan)

Lampiran 3**INSTRUMEN PENELITIAN****ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN MASYARAKAT
DALAM UPAYA PENCEGAHAN
PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE**

PETUNJUK PENGISIAN

1. Kuisioner ini tidak akan merugikan responden, mohon diisi sejujurnya dan selengkapnya sesuai dengan pengetahuan dan kemampuan anda.
 2. Identitas responden dirahasiakan dan dilindungi sesuai kode etik penelitian.
 3. Pertanyaan yang tidak dimengerti, dapat ditanyakan pada peneliti.
 4. Terima kasih atas partisipasi anda.
-

DATA UMUM RESPONDEN

No. responden :

Nama :

Alamat :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Berilah tanda silang pada satu pilihan jawaban yang menurut anda paling benar.

A. PENGETAHUAN

1. Demam Berdarah adalah Penyakit tidak menular yang disebabkan oleh virus demam berdarah.
 - a. Benar
 - b. Salah
2. Demam Berdarah dapat ditularkan oleh lalat.
 - a. Benar
 - b. Salah
3. Nyamuk penyebab Demam Berdarah secara sekilas berlurik dan berbintik-bintik putih.
 - a. Benar
 - b. Salah
4. Nyamuk penyebab Demam Berdarah bertelur di air.
 - a. Benar
 - b. Salah
5. Demam ringan mendadak selama 2-7 hari dengan bintik-bintik merah pada kulit merupakan gejala-gejala terjangkitnya Demam Berdarah.
 - a. Benar
 - b. Salah
6. Pengobatan utama yang dapat digunakan untuk menangani penderita Demam Berdarah adalah mengganti cairan tubuh (infus dan larutan) ?
 - a. Benar
 - b. Salah
7. Tindakan pencegahan Demam Berdarah dapat dilakukan oleh petugas kesehatan saja.
 - a. Benar
 - b. Salah

8. 3 M merupakan pencegahan yang baik untuk Demam Berdarah.
 - a. Benar
 - b. Salah
9. kepanjangan dari 3M adalah Menutup, menguras, mengubur
 - a. Benar
 - b. Salah
10. Abatisasi adalah menabur/memberikan bubuk abate pada tempat penampungan air.
 - a. Benar
 - b. Salah

B. SIKAP

1. Demam Berdarah merupakan penyakit menular yang memerlukan penanganan segera.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
2. Membawa keluarga anda yang terserang penyakit DBD ke tempat pelayanan kesehatan bila sudah parah.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
3. Pada penderita DBD sebaiknya tidak minum terlalu banyak.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju

4. Tindakan pencegahan DBD hanya dapat dilakukan oleh petugas kesehatan.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
5. Petugas kesehatan melakukan pengasapan di rumah dan sekitar rumah anda untuk membasmi nyamuk.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
6. Menguras bak mandi/penampungan air sebaiknya dilakukan sesering mungkin.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
7. Pot pecah, Kaleng bekas dan ban bekas yang sudah tidak dipakai, sebaiknya dikubur.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
8. Jendela atau lubang angin di rumah sebaiknya dipasang kawat kassa.
 - a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
9. Apabila di daerah anda dilaksanakan Gerakan Jumat Bersih/kerja bakti rutin.
 - a. Sangat Setuju

- b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju
10. Menolak apabila ada petugas memeriksa jentik nyamuk di rumah anda.
- a. Sangat Setuju
 - b. Setuju
 - c. Tidak setuju
 - d. Sangat tidak setuju

C. TINDAKAN/PRAKTEK

1. Apakah anda/keluarga langsung membawa keluarga anda yang terserang penyakit DBD ke tempat pelayanan kesehatan (Rumah Sakit atau Puskesmas)?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Berapa hari sekali anda/keluarga membersihkan bak mandi?
 - a. Kurang dari 7 hari
 - b. Lebih dari 7 hari
3. Apakah pada bak mandi anda diberikan atau ditaburi serbuk abate?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah tindakan pencegahan DBD dilakukan pada saat musim hujan saja?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Tindakan 3M (menguras, mengubur, menutup) adalah kebiasaan sehari-hari keluarga anda?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI *

| No | Pertanyaan | Ya | Tidak |
|----|---|----|-------|
| 6 | Apakah di sekitar rumah responden ada tempat/benda yang dapat digunakan tempat perkembangbiakan nyamuk (misal di pagar bambu, pot, dsb) | | |
| 7 | Tempat penampungan air (tandon air, tempat minum) dirumah responden terdapat penutupnya | | |
| 8 | Di bak mandi didapatkan jentik nyamuk | | |
| 9 | Di rumah responden (jendela/lubang angin) tertutup kawat kassa | | |
| 10 | Tempat tidur responden memakai kelambu | | |
| 11 | Terdapat tempat pembuangan sampah yang memadai | | |
| 12 | Tersedia jamban keluarga yang bersih dan sehat | | |
| 13 | Di sekitar rumah responden banyak ditumbuhi rumput liar | | |
| 14 | Suhu di rumah responden terasa pengab | | |
| 15 | Responden selalu melakukan upaya penyemprotan terhadap nyamuk | | |

Lingkungan Tempat Tinggal Responden*:

- a. Perkampungan biasa
- b. Perumahan

* Diisi oleh peneliti

Lampiran 5

DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN, PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT DBD

| NOMER RESPONDEN | UMUR (tahun) | JENIS KELAMIN | PENDIDIKAN TERAKHIR | PEKERJAAN TERAKHIR | PENGETAHUAN | | SIKAP | | PRAKTEK/TINDAKAN | |
|-----------------|--------------|---------------|---------------------|--------------------|-------------|-------------|-------|------|------------------|-------------|
| | | | | | SKOR | KATEGORI | SKOR | % | SKOR | KATEGORI |
| 1 | 35 | PEREMPUAN | S1 | PNS | 8 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | 10 | Baik |
| 2 | 35 | PEREMPUAN | D1 | IBU RUMAH TANGGA | 7 | Baik | 30 | 0.75 | 10 | Baik |
| 3 | 28 | LAKI-LAKI | SMA | WIRASWASTA | 6 | Baik | 29 | 0.73 | 11 | Baik |
| 4 | 40 | LAKI-LAKI | S1 | PNS | 9 | Sangat Baik | 34 | 0.85 | 11 | Baik |
| 5 | 24 | PEREMPUAN | SMA | PENJAGA TOKO | 10 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | 11 | Baik |
| 6 | 19 | PEREMPUAN | SMA | MAHASISWA | 8 | Sangat Baik | 36 | 0.90 | 11 | Baik |
| 7 | 42 | LAKI-LAKI | S1 | PNS | 10 | Sangat Baik | 37 | 0.93 | 13 | Sangat Baik |
| 8 | 28 | LAKI-LAKI | D3 | PERAWAT | 7 | Baik | 31 | 0.78 | 8 | Baik |
| 9 | 19 | LAKI-LAKI | SMA | TIDAK BEKERJA | 7 | Baik | 30 | 0.75 | 10 | Baik |
| 10 | 51 | LAKI-LAKI | TIDAK SEKOLAH | WIRASWASTA | 10 | Sangat Baik | 37 | 0.93 | 14 | Sangat Baik |
| 11 | 24 | PEREMPUAN | SMA | PENJAGA TOKO | 8 | Sangat Baik | 37 | 0.93 | 11 | Baik |
| 12 | 55 | PEREMPUAN | SD | IBU RUMAH TANGGA | 8 | Sangat Baik | 34 | 0.85 | 11 | Baik |
| 13 | 20 | LAKI-LAKI | SMA | TIDAK BEKERJA | 10 | Sangat Baik | 38 | 0.95 | 14 | Sangat Baik |
| 14 | 42 | LAKI-LAKI | SMA | SWASTA | 7 | Baik | 30 | 0.75 | 11 | Baik |
| 15 | 35 | PEREMPUAN | D2 | GURU SD SWASTA | 10 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | 13 | Sangat Baik |
| 16 | 55 | LAKI-LAKI | SMA | PNS | 7 | Baik | 35 | 0.88 | 10 | Baik |
| 17 | 51 | PEREMPUAN | S1 | PNS | 8 | Sangat Baik | 26 | 0.65 | 10 | Baik |
| 18 | 23 | PEREMPUAN | TIDAK SEKOLAH | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | 14 | Sangat Baik |
| 19 | 19 | PEREMPUAN | SMA | MAHASISWA | 10 | Sangat Baik | 38 | 0.95 | 13 | Sangat Baik |
| 20 | 28 | PEREMPUAN | SMA | PENJAGA TOKO | 8 | Sangat Baik | 38 | 0.95 | 11 | Baik |
| 21 | 53 | LAKI-LAKI | S2 | PNS | 7 | Baik | 30 | 0.75 | 12 | Sangat Baik |
| 22 | 21 | PEREMPUAN | SMA | MAHASISWA | 10 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | 14 | Sangat Baik |
| 23 | 47 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 35 | 0.88 | 12 | Sangat Baik |
| 24 | 35 | LAKI-LAKI | TIDAK SEKOLAH | WIRASWASTA | 10 | Sangat Baik | 27 | 0.68 | 15 | Sangat Baik |

| NOMER RESPONDEN | UMUR (tahun) | JENIS KELAMIN | PENDIDIKAN TERAKHIR | PEKERJAAN TERAKHIR | PENGETAHUAN | | SIKAP | | | PRAKTEK/TINDAKAN | |
|-----------------|--------------|---------------|---------------------|--------------------|-------------|-------------|-------|-----------|----------------|------------------|-------------|
| | | | | | SKOR | KATEGORI | SKOR | RESPONDEN | (tahun) | KELAMIN | TERAKHIR |
| 25 | 35 | LAKI-LAKI | D3 | WIRASWASTA | 9 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 12 | Sangat Baik |
| 26 | 31 | PEREMPUAN | D3 | PERAWAT | 8 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 9 | Baik |
| 27 | 23 | LAKI-LAKI | SMA | TIDAK BEKERJA | 9 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik |
| 28 | 19 | LAKI-LAKI | SMA | MAHASISWA | 8 | Sangat Baik | 29 | 0.73 | Positif | 9 | Baik |
| 29 | 24 | LAKI-LAKI | TIDAK SEKOLAH | WIRASWASTA | 7 | Baik | 30 | 0.75 | Positif | 7 | Kurang |
| 30 | 17 | PEREMPUAN | SMP | PELAJAR | 8 | Sangat Baik | 26 | 0.65 | Positif | 6 | Kurang |
| 31 | 42 | PEREMPUAN | D3 | IBU RUMAH TANGGA | 7 | Baik | 28 | 0.70 | Positif | 8 | Baik |
| 32 | 40 | PEREMPUAN | SD | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik |
| 33 | 28 | PEREMPUAN | S1 | PNS | 7 | Baik | 27 | 0.68 | Positif | 7 | Kurang |
| 34 | 19 | PEREMPUAN | SMA | MAHASISWA | 9 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | Sangat Positif | 11 | Baik |
| 35 | 37 | PEREMPUAN | SMP | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 31 | 0.78 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik |
| 36 | 31 | PEREMPUAN | D2 | GURU SD SWASTA | 7 | Baik | 26 | 0.65 | Positif | 7 | Kurang |
| 37 | 35 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 10 | Baik |
| 38 | 34 | LAKI-LAKI | SMA | TIDAK BEKERJA | 8 | Sangat Baik | 29 | 0.73 | Positif | 11 | Baik |
| 39 | 30 | LAKI-LAKI | SMA | WIRASWASTA | 10 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 14 | Sangat Baik |
| 40 | 39 | LAKI-LAKI | SD | WIRASWASTA | 7 | Baik | 28 | 0.70 | Positif | 8 | Baik |
| 41 | 35 | LAKI-LAKI | SMP | WIRASWASTA | 10 | Sangat Baik | 36 | 0.90 | Sangat Positif | 14 | Sangat Baik |
| 42 | 27 | PEREMPUAN | SMA | TIDAK BEKERJA | 10 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 8 | Baik |
| 43 | 30 | PEREMPUAN | SD | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | Sangat Positif | 9 | Baik |
| 44 | 55 | LAKI-LAKI | SMA | PENSIUNAN | 10 | Sangat Baik | 34 | 0.85 | Sangat Positif | 15 | Sangat Baik |
| 45 | 20 | PEREMPUAN | SMA | PENJAGA TOKO | 9 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | Sangat Positif | 14 | Sangat Baik |
| 46 | 40 | LAKI-LAKI | SMA | WIRASWASTA | 10 | Sangat Baik | 37 | 0.93 | Sangat Positif | 14 | Sangat Baik |
| 47 | 35 | LAKI-LAKI | SMA | WIRASWASTA | 9 | Sangat Baik | 34 | 0.85 | Sangat Positif | 13 | Sangat Baik |
| 48 | 26 | PEREMPUAN | SMA | WIRASWASTA | 10 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 9 | Baik |
| 49 | 18 | PEREMPUAN | SMP | PELAJAR | 10 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 11 | Baik |
| 50 | 33 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 38 | 0.95 | Sangat Positif | 15 | Sangat Baik |
| 51 | 39 | PEREMPUAN | TIDAK SEKOLAH | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 10 | Baik |
| 52 | 20 | LAKI-LAKI | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | Sangat Positif | 11 | Baik |
| 53 | 28 | LAKI-LAKI | S1 | WIRASWASTA | 9 | Sangat Baik | 37 | 0.93 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik |

| NOMER RESPONDEN | UMUR (tahun) | JENIS KELAMIN | PENDIDIKAN TERAKHIR | PEKERJAAN | | PENGETAHUAN | | SIKAP | | | PRAKTEK/TINDAKAN TERAKHIR | |
|-----------------|--------------|---------------|---------------------|------------------|--------|-------------|----------|-------|----------------|---------|---------------------------|----------|
| | | | | TERAKHIR | SWASTA | SKOR | KATEGORI | SKOR | RESPONDEN | (tahun) | KELAMIN | TERAKHIR |
| 54 | 27 | PEREMPUAN | SMA | SWASTA | 8 | Sangat Baik | 36 | 0.90 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik | |
| 55 | 28 | PEREMPUAN | SMA | SWASTA | 7 | Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik | |
| 56 | 33 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 6 | Baik | 30 | 0.75 | Positif | 9 | Baik | |
| 57 | 29 | LAKI-LAKI | SMA | TIDAK BEKERJA | 8 | Sangat Baik | 35 | 0.88 | Sangat Positif | 13 | Sangat Baik | |
| 58 | 31 | PEREMPUAN | D2 | PNS | 10 | Sangat Baik | 31 | 0.78 | Sangat Positif | 11 | Baik | |
| 59 | 25 | LAKI-LAKI | SMA | WIRASWASTA | 8 | Sangat Baik | 31 | 0.78 | Sangat Positif | 11 | Baik | |
| 60 | 40 | PEREMPUAN | SMA | TIDAK BEKERJA | 8 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 11 | Baik | |
| 61 | 22 | PEREMPUAN | SMA | MAHASISWA | 10 | Sangat Baik | 28 | 0.70 | Positif | 8 | Baik | |
| 62 | 35 | LAKI-LAKI | SMA | TIDAK BEKERJA | 10 | Sangat Baik | 29 | 0.73 | Positif | 9 | Baik | |
| 63 | 39 | LAKI-LAKI | SMP | PETANI | 10 | Sangat Baik | 34 | 0.85 | Sangat Positif | 13 | Sangat Baik | |
| 64 | 35 | LAKI-LAKI | SMP | TUKANG BANGUNAN | 9 | Sangat Baik | 31 | 0.78 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik | |
| 65 | 28 | PEREMPUAN | SMP | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 37 | 0.93 | Sangat Positif | 14 | Sangat Baik | |
| 66 | 18 | PEREMPUAN | SMP | PELAJAR | 9 | Sangat Baik | 35 | 0.88 | Sangat Positif | 13 | Sangat Baik | |
| 67 | 27 | LAKI-LAKI | S1 | PNS | 10 | Sangat Baik | 32 | 0.80 | Sangat Positif | 11 | Baik | |
| 68 | 35 | PEREMPUAN | SMA | PNS | 10 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik | |
| 69 | 42 | PEREMPUAN | SD | WIRASWASTA | 10 | Sangat Baik | 35 | 0.88 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik | |
| 70 | 31 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 10 | Sangat Baik | 35 | 0.88 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik | |
| 71 | 26 | PEREMPUAN | SMA | WIRASWASTA | 6 | Baik | 38 | 0.95 | Sangat Positif | 13 | Sangat Baik | |
| 72 | 24 | PEREMPUAN | D1 | PNS | 10 | Sangat Baik | 29 | 0.73 | Positif | 10 | Baik | |
| 73 | 31 | LAKI-LAKI | SMA | TUKANG BANGUNAN | 9 | Sangat Baik | 25 | 0.63 | Positif | 7 | Kurang | |
| 74 | 26 | PEREMPUAN | SMA | SWASTA | 8 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 11 | Baik | |
| 75 | 25 | PEREMPUAN | S1 | SWASTA | 9 | Sangat Baik | 27 | 0.68 | Positif | 3 | Sangat kurang | |
| 76 | 22 | PEREMPUAN | D1 | IBU RUMAH TANGGA | 8 | Sangat Baik | 30 | 0.75 | Positif | 9 | Baik | |
| 77 | 33 | PEREMPUAN | SMA | SWASTA | 7 | Baik | 25 | 0.63 | Positif | 7 | Kurang | |
| 78 | 27 | LAKI-LAKI | TIDAK SEKOLAH | TUKANG BANGUNAN | 8 | Sangat Baik | 25 | 0.63 | Positif | 7 | Kurang | |
| 79 | 39 | LAKI-LAKI | SMA | TUKANG BANGUNAN | 7 | Baik | 28 | 0.70 | Positif | 7 | Kurang | |
| 80 | 31 | LAKI-LAKI | S1 | PNS | 7 | Baik | 27 | 0.68 | Positif | 8 | Baik | |
| 81 | 35 | LAKI-LAKI | D3 | WIRASWASTA | 6 | Baik | 26 | 0.65 | Positif | 8 | Baik | |
| 82 | 42 | PEREMPUAN | SMP | IBU RUMAH TANGGA | 7 | Baik | 22 | 0.55 | Positif | 7 | Kurang | |

| NOMER RESPONDEN | UMUR (tahun) | JENIS KELAMIN | PENDIDIKAN TERAKHIR | PEKERJAAN TERAKHIR | PENGETAHUAN | | SIKAP | | | PRAKTEK/TINDAKAN TERAKHIR | |
|-----------------|--------------|---------------|---------------------|--------------------|-------------|-------------|-------|-----------|----------------|---------------------------|-------------|
| | | | | | SKOR | KATEGORI | SKOR | RESPONDEN | (tahun) | KELAMIN | TERAKHIR |
| 83 | 40 | PEREMPUAN | SMP | IBU RUMAH TANGGA | 6 | Baik | 26 | 0.65 | Positif | 7 | Kurang |
| 84 | 35 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 8 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 10 | Baik |
| 85 | 35 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 35 | 0.88 | Sangat Positif | 11 | Baik |
| 86 | 35 | LAKI-LAKI | SMA | SWASTA | 8 | Sangat Baik | 24 | 0.60 | Positif | 8 | Baik |
| 87 | 28 | LAKI-LAKI | SMA | SWASTA | 8 | Sangat Baik | 24 | 0.60 | Positif | 8 | Baik |
| 88 | 58 | LAKI-LAKI | SMA | PENSIUNAN | 9 | Sangat Baik | 28 | 0.70 | Positif | 8 | Baik |
| 89 | 31 | PEREMPUAN | D1 | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 34 | 0.85 | Sangat Positif | 10 | Baik |
| 90 | 38 | PEREMPUAN | SD | IBU RUMAH TANGGA | 8 | Sangat Baik | 23 | 0.58 | Positif | 9 | Baik |
| 91 | 40 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 31 | 0.78 | Sangat Positif | 10 | Baik |
| 92 | 18 | PEREMPUAN | SMP | IBU RUMAH TANGGA | 7 | Baik | 27 | 0.68 | Positif | 8 | Baik |
| 93 | 34 | PEREMPUAN | D3 | WIRASWASTA | 9 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 11 | Baik |
| 94 | 26 | LAKI-LAKI | S1 | PNS | 9 | Sangat Baik | 36 | 0.90 | Sangat Positif | 14 | Sangat Baik |
| 95 | 39 | PEREMPUAN | SMA | WIRASWASTA | 9 | Sangat Baik | 33 | 0.83 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik |
| 96 | 27 | LAKI-LAKI | D1 | WIRASWASTA | 7 | Baik | 31 | 0.78 | Sangat Positif | 10 | Baik |
| 97 | 35 | LAKI-LAKI | SMA | TUKANG BANGUNAN | 6 | Baik | 30 | 0.75 | Positif | 11 | Baik |
| 98 | 31 | PEREMPUAN | D3 | PNS | 10 | Sangat Baik | 35 | 0.88 | Sangat Positif | 12 | Sangat Baik |
| 99 | 28 | PEREMPUAN | SMA | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 29 | 0.73 | Positif | 8 | Baik |
| 100 | 35 | PEREMPUAN | SD | IBU RUMAH TANGGA | 9 | Sangat Baik | 24 | 0.60 | Positif | 8 | Baik |

Lampiran 6

Hasil Pengujian Korelasi Dan Regresi Dari SPSS.12 Sebagai Berikut :

Correlations

| | | Z | X | Y |
|---------------------|---|-------|-------|-------|
| Pearson Correlation | Z | 1.000 | .641 | .721 |
| | X | .641 | 1.000 | .517 |
| | Y | .721 | .517 | 1.000 |
| Sig. (1-tailed) | Z | . | .000 | .000 |
| | X | .000 | . | .000 |
| | Y | .000 | .000 | . |
| N | Z | 100 | 100 | 100 |
| | X | 100 | 100 | 100 |
| | Y | 100 | 100 | 100 |

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics | | | | |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|
| | | | | | R Square Change | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |
| 1 | .786 ^a | .617 | .609 | 1.48703 | .617 | 78.240 | 2 | 97 | .000 |

a. Predictors: (Constant), Y, X

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Regression | 346.018 | 2 | 173.009 | 78.240 | .000 ^a |
| | Residual | 214.492 | 97 | 2.211 | | |
| | Total | 560.510 | 99 | | | |

a. Predictors: (Constant), Y, X

b. Dependent Variable: Z

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | Correlations | | |
|-------|------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|--------------|---------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | | Zero-order | Partial | Part |
| 1 | (Constant) | -5.442 | 1.292 | | -4.212 | .000 | | | |
| | X | .675 | .135 | .366 | 4.989 | .000 | .641 | .452 | .313 |
| | Y | .328 | .045 | .531 | 7.244 | .000 | .721 | .593 | .455 |

a. Dependent Variable: Z

Correlations

| | | Y | X |
|---------------------|---|-------|-------|
| Pearson Correlation | Y | 1.000 | .517 |
| | X | .517 | 1.000 |
| Sig. (1-tailed) | Y | . | .000 |
| | X | .000 | . |
| N | Y | 100 | 100 |
| | X | 100 | 100 |

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics | | | | |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|
| | | | | | R Square Change | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |
| 1 | .517 ^a | .267 | .259 | 3.32197 | .267 | 35.681 | 1 | 98 | .000 |

a. Predictors: (Constant), X

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | Correlations | | |
|-------|------------|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|------|--------------|---------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | | Zero-order | Partial | Part |
| 1 | (Constant) | 18.042 | 2.238 | | 8.063 | .000 | | | |
| | X | 1.546 | .259 | .517 | 5.973 | .000 | .517 | .517 | .517 |

a. Dependent Variable: Y

Lampiran 7

Model Struktural

