

**FAKTOR-FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI DESA BALUNG LOR  
KECAMATAN BALUNG KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Diajukan Guna Melengkapi Tugas Akhir Dan Memenuhi Salah Satu Syarat  
Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S1)  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Oleh :  
**EFY YUSNITA**  
**NIM : 022110101093**

**BAGIAN BIostatistika KEPENDUDUKAN DAN EPIDEMIOLOGI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2008**

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Efy Yusnita

NIM : 022110101093

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul ***”Faktor-faktor Perilaku yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Desa Balung Lor Kecamatan Balung 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, Januari 2008

Yang menyatakan

Efy yusnita

02210101093

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI DESA BALUNG LOR  
KECAMATAN BALUNG KABUPATEN JEMBER**

Oleh :

**EFY YUSNITA**

**NIM : 022110101093**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Pudjo Wahjudi, MS

Dosen Pembimbing Anggota : Yunus Ariyanto, S.KM

## **PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “*Faktor-faktor Perilaku yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

**Hari** : Senin

**Tanggal** : 28 Januari 2008

**Tempat** : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

### **Tim Penguji :**

**Ketua,**

**Sekretaris,**

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

**Yunus Arianto, S.KM**  
NIP. 132 310 660

**Anggota I,**

**Anggota II,**

**dr. Pudjo Wahjudi, MS**  
NIP.140 106 334

**Yumarlis, S.H., M.M**  
NIP.140 118 337

**Mengesahkan,**

**Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat**

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

## **ABSTRACT**

*DHF was dangerous disease what often generate the society care because fast journey quickly and can result death in the short time. This DHF disease infection through passing Aedes aegypti of mosquito. This purpose of research to know factors of behavioural that relating to DHF occurrence in society in Balung Lor vilage, sub district of Balung in Jember Regency. This research having the character of analytic, with data collecting through interview method and observation with the respondent mount as much 99 respondent. Data analysis have used Chi square test ( $\alpha=0,05$  Research result shown that there is relation among knowledge level and respondent practice about DHF prevention with DHF occurrence and there is no relation among respondent attitude about DHF prevention with DHF occurrence, while type of container what is the most positive snap fingers with number CI are 8,15%. Prevention effort needed is improving society awareness because basically they have known and owning positive attitude which representing an health behavioural form.*

*Keyword: K-A-P, DHF, Container Index*

## ABSTRAK

DBD merupakan penyakit berbahaya yang sering menimbulkan kekhawatiran masyarakat karena perjalanan penyakitnya cepat dan dapat mengakibatkan kematian dalam waktu singkat. Penularan penyakit DBD ini melalui nyamuk *Aedes aegypti*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor perilaku yang berhubungan dengan kejadian DBD di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember. Penelitian ini bersifat analitik, dengan menggunakan pengumpulan data melalui metode wawancara dan observasi dengan jumlah responden sebanyak 99 responden. Analisis data dengan menggunakan uji *Chi Square* ( $\alpha=0,05$ ).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan tindakan responden tentang pencegahan DBD dengan kejadian DBD dan tidak ada hubungan antara sikap responden tentang pencegahan DBD dengan kejadian DBD, sedangkan jenis kontainer yang paling banyak positif adalah jentik bak mandi dan CI sebesar 8,15 %. Upaya pencegahan yang diperlukan adalah meningkatkan kesadaran masyarakat karena pada dasarnya mereka sudah mengetahui dan memiliki sikap yang positif tentang pencegahan DBD yang merupakan suatu bentuk perilaku kesehatan.

Kata kunci : K-A-P, DBD, Kontainer Index

## PRAKATA

Syukur *Alhamdulillah* penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Faktor-faktor Perilaku yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak dr. Pudjo Wahjudi, MS selaku dosen pembimbing satu dan Bapak Yunus Arianto S.KM selaku dosen pembimbing dua yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran sehingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, MS selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak Nuryadi, S.KM, M.Kes selaku Pembantu Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Bapak Yunus Arianto, S.KM selaku Kepala Bagian Biostatistika Kependudukan dan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
4. Keluarga Besarku tersayang ( papa Mu’alim dan mama Endang Wijastutik, S.Pd), adikku tercinta (Lindawati Setya Ningrum) yang telah banyak membantu dan memberikan dorongan serta do’a hingga terselesainya skripsi ini.
5. Suamiku tercinta Brigadir Polisi Nur Iriawan, S.Sos yang selalu memberikan semangat, dorongan dan kesabaran hingga terselesainya skripsi ini.

6. Teman-teman seperjuangan terutama angkatan 2002 (Dhecee,Dinz,Diana, Angga, Eni, Aditya, Sukma) makasih atas semuanya.
7. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini dan tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi menunjang perbaikan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Januari 2008

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>ABSTRAK</b> .....	vi
<b>PRAKATA</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xiv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvi
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>2.1 Pengertian Penyakit</b> .....	5
<b>2.2 Pengertian Penyakit Demam Dengue (DD)</b> .....	5
2.2.1 Gejala Klinis.....	6
<b>2.3 Penyebab</b> .....	6

<b>2.4</b>	<b>Mekanisme Penularan</b> .....	6
2.4.1	Perilaku Nyamuk Dewasa .....	7
2.4.2	Metode Survei Jentik .....	8
<b>2.5</b>	<b>Epidemiologi</b> .....	10
2.5.1	Frekuensi .....	10
2.5.2	Distribusi .....	10
<b>2.6</b>	<b>Pencegahan dan Pemberantasan</b> .....	11
2.6.1	Pengendalian Vektor .....	13
2.6.2	Pengobatan .....	13
2.6.3	Jenis Kegiatan Pemberantasan Nyamuk Penular DBD.....	15
<b>2.7</b>	<b>Faktor-faktor Perilaku yang Menyebabkan Terjadinya Penyakit DBD</b> .....	16
<b>2.8</b>	<b>Konsep Perilaku</b> .....	18
<b>2.9</b>	<b>Kerangka Konseptual Penelitian</b> .....	23
<b>2.10</b>	<b>Hipotesis Penelitian</b> .....	24
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN</b> .....	25
<b>3.1</b>	<b>Jenis penelitian</b> .....	25
<b>3.2</b>	<b>Populasi Dan Sampel Penelitian</b> .....	25
3.2.1	Populasi.....	25
3.2.2	Sampel dan Besar Sampel.....	25
<b>3.3</b>	<b>Cara Pengambilan Sampel</b> .....	27
<b>3.4</b>	<b>Tempat Dan Waktu Penelitian</b> .....	27
3.4.1	Tempat Penelitian.....	27
3.4.2	Waktu Penelitian .....	27
<b>3.5</b>	<b>Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran</b> .....	28
<b>3.6</b>	<b>Kriteria Penilaian</b> .....	30
<b>3.7</b>	<b>Teknik dan Instrumen Pengambilan Data</b> .....	33
<b>3.8</b>	<b>Teknik Penyajian dan Analisis Data</b> .....	34

3.8.1	Teknik Penyajian Data .....	34
3.8.2	Teknik Analisis Data.....	34
<b>3.9</b>	<b>Alur Penelitian.....</b>	<b>35</b>
<b>BAB 4.</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Data Umum.....</b>	<b>36</b>
4.1.1	Data Umum Lokasi penelitian.....	36
<b>4.2</b>	<b>Gambaran Aspek Perilaku.....</b>	<b>36</b>
4.2.1	Tingkat Pengetahuan Responden tentang Pencegahan DBD .....	37
4.2.2	Sikap Responden terhadap Kejadian DBD .....	38
4.2.3	Tindakan responden terhadap Kejadian DBD.....	39
<b>4.3</b>	<b>Jenis Kontainer yang Ditemukan Sebagai Tempat     Perindukan Nyamuk.....</b>	<b>40</b>
<b>4.4</b>	<b>Keberadaan Jentik di Dalam Kontainer dengan     Perhitungan CI.....</b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>Riwayat Kejadian DBD .....</b>	<b>42</b>
<b>4.6</b>	<b>Hasil Analisis Statistik.....</b>	<b>43</b>
4.6.1	Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan DBD Dengan Kejadian DBD .....	43
4.6.2	Hubungan Antara Sikap Responden Terhadap Pencegahan DBD Dengan Kejadian DBD .....	45
4.6.3	Hubungan Antara Tindakan Responden Terhadap Pencegahan DBD Dengan Kejadian DBD .....	46
<b>BAB 5.</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Kesimpulan .....</b>	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>Saran .....</b>	<b>48</b>
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>49</b>
	<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Halaman</b>
3.1	Tabel Jumlah Sampel Tiap Lingkungan .....	27
3.2.	Variabel, Definisi Operasional dan Cara Memperoleh Data .....	28
4.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan.....	37
4.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap .....	38
4.3	Distribusi Frekuensi Responen Berdasarkan Tindakan .....	39
4.4	Distribusi Jenis Kontainer Berdasarkan Positif dan Negatif Jentik .....	40
4.5	Distribusi Riwayat Kejadian DBD di Desa Balung Lor.....	43

## **DAFTAR BAGAN**

<b>Nomor</b>	<b>Judul Bagan</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Kerangka Konseptual Penelitian .....	23
3.1	Alur Penelitian.....	35

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Halaman</b>
1.	Tempat Penampungan Air di WC .....	61
2.	Sangkar Burung.....	61
3.	Bak Mandi.....	62
4.	Tumpukan Potongan Bambu, Kayu .....	62
5.	Pohon Pisang.....	63
6.	Drum .....	63
7.	Barang-barang bekas .....	64
8.	Pot Tanaman Berisi Air.....	64
9.	Potongan Bambu .....	65
10.	Lubang Pohon .....	65
11.	Selokan.....	66

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Halaman</b>
1.	Kuesioner Penelitian .....	52
2.	Hasil Uji Statistik.....	67

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit berbahaya yang sering menimbulkan kekhawatiran masyarakat karena perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. Penyakit ini salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah. Penularan penyakit DBD ini melalui nyamuk *Aedes aegypty* sebagai vektor utamanya (Depkes RI, 2005). Penderita paling utama adalah anak-anak berusia di bawah umur 15 tahun, meskipun hingga sekarang ini banyak menyerang orang dewasa (Soedarta, 2003). Nyamuk ini lebih menyukai tempat berupa genangan air yang terdapat dalam suatu wadah atau *container* dan bukan genangan air di tanah (Soegianto, 2004).

Epidemiologi dengue dilaporkan sepanjang abad kesembilan belas dan awal abad keduapuluh di Amerika, Eropa selatan, Afrika Utara, mediterania timur, Asia dan Australia dan pada beberapa pulau di Samudra India, Pasifik selatan dan tengah serta Karibia (WHO, 1999). KLB pertama penyakit DBD di Asia di temukan di Manila pada tahun 1954 dan dilaporkan oleh Quintas. Tahun 1958 terjadi KLB penyakit DBD “Thai” yang ditemukan di Bangkok-Thonburi dan sekitarnya. Tahun 1960 di Singapura ditemukan kasus DBD dewasa muda dalam jumlah yang lebih banyak dengan hasil isolasi virus dengue menunjukkan tipe 1 dan 2. Tahun 1968, empat belas tahun sesudah KLB pertama di Manila, DBD dilaporkan untuk pertama kalinya di Indonesia yaitu berupa KLB DBD di Jakarta dan Surabaya mencatat 58 kasus DBD. Pada tahun berikutnya kasus DBD menyebar setiap tahunnya. KLB penyakit DBD terjadi di sebagian besar daerah perkotaan dan beberapa daerah pedesaan. Sampai saat ini penyakit DBD masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Penyakit DBD meningkat dan menyebar ke seluruh



Kabupaten di wilayah Republik Indonesia setiap tahunnya. Pada pengamatan selama kurun waktu 20 sampai 25 tahun sejak awal ditemukan kasus DBD, angka KLB penyakit DBD diestimasikan setiap lima tahun (Soegianto, 2004).

Menurut Supari (2007), di Indonesia KLB DBD pernah terjadi pada tahun 1988, 1998 dan 2004, sepanjang tahun 2005 terjadi tiga puncak peningkatan kasus, yaitu pada bulan Januari-Maret, Agustus dan Desember. Tahun 2006 terjadi peningkatan sejak Januari hingga Mei. Total jumlah kasus sampai dengan Oktober 2006 sebanyak 72.812 kasus dan memasuki bulan November 2006 lalu, di beberapa Kalimantan Barat, Cilegon dan Banten sudah mulai KLB.

Angka kesakitan dan kematian DBD di berbagai negara sangat bervariasi dan tergantung pada berbagai macam faktor, seperti status kekebalan dari populasi, kepadatan vektor dan frekwensi penularan (seringnya terjadi penular virus dengue), prevalensi serotipe virus dengan dan keadaan cuaca. Di wilayah pengawasan WHO Asia Tenggara, Thailand merupakan Negara peringkat satu yang melaporkan banyak kasus DBD yang dirawat di Rumah Sakit, sedangkan Indonesia masuk peringkat ke dua berdasarkan jumlah kasus DBD yang dilaporkan pada tahun 1968 angka kematian mencapai 24 orang dan *Case Fatality Rate* (CFR=41,5) (Soegianto, 2004) menurut Supari dalam waspadai Demam Berdarah (2007) pada tahun 2006 terjadi angka kematian sebanyak 735 meninggal dunia akibat DBD.

Menurut Supari (2007) penyebab meningkatnya jumlah kasus dan semakin bertambahnya wilayah yang terjangkit, antara lain karena semakin padatnya penduduk dan mobilitas penduduk. Selain itu semakin baiknya transportasi dari suatu daerah ke daerah lainnya serta adanya pemukiman-pemukiman baru juga menjadi penyebab meningkatnya kasus DBD. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya DBD adalah penyimpangan pola hujan, faktor musim, perilaku masyarakat menyimpan air secara tradisional, kurang partisipasi masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), kurang pengetahuan masyarakat tentang gejala DBD dan keterlambatan membawa penderita ke tempat pelayanan kesehatan. Penyebab lain adalah kurangnya koordinasi lintas sektor, tersebarnya vektor nyamuk

*Aedes* di seluruh tanah air (khususnya di kota), adanya empat serotipe virus yang bersikulasi sepanjang tahun, serta keterlambatan penanggulangan kasus dilapangan turut berperan dalam KLB.

Untuk beberapa kasus yang terjadi di Jawa Timur, penyakit DBD masih cukup tinggi terjadi di seluruh kabupaten atau kota di Jawa Timur yaitu pada 38 kabupaten atau kota. Jumlah kasus dan kematian DBD di Jawa Timur pada tahun 2001 sampai 2004 menunjukkan angka yang fluktuatif, namun secara umum cenderung mengalami peningkatan. Dan yang menjadi sasaran adalah seluruh lapisan masyarakat, baik tempat tinggal, tingkat ekonomi maupun umur tidak berpengaruh dalam penyebaran (Huda, 2005).

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menyebutkan kasus DBD cenderung meningkat, pada tahun 2004 dilaporkan kasus DBD sebanyak 247 kasus, tahun 2005 mengalami peningkatan sebanyak 1077 kasus dan kasus tertinggi terjadi pada bulan Desember 2005 dengan jumlah 599 penderita DBD, dimana jumlah tersebut tertinggi sejak 11 tahun terakhir dan pada tahun 2006 mengalami penurunan sebanyak 1047 dengan kasus tertinggi pada bulan Januari dengan jumlah penderita sebanyak 422 penderita. Dari data yang diperoleh terdapat perbedaan bulan tertinggi setiap tahunnya. Pada tahun 2004 jumlah kasus tertinggi pada bulan Maret tahun 2006, tertinggi pada bulan November dan tahun 2006 pada bulan Juni.

Kecamatan Balung termasuk salah satu kecamatan yang banyak ditemukan penderita DBD. Data yang diperoleh pada tiga tahun terakhir, yaitu dari tahun 2004 hingga September 2007 secara berturut-turut di wilayah Kecamatan Balung terdapat kasus DBD yaitu 4 kasus (2004), 29 kasus (2005), 43 kasus (2006), dan sampai September 2007 terdapat 101 kasus. Di wilayah Balung khususnya di Desa Balung Lor adalah desa yang setiap tahunnya terdapat peningkatan penderita DBD yaitu 2 kasus (2004), 9 kasus (2005), 20 kasus (2006) dan hingga September 2007 terdapat 38 kasus (Dinkes Kabupaten Jember, 2007). Dari uraian tersebut maka perlu dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD pada masyarakat di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dapat dirumuskan masalah “ Faktor - faktor perilaku apa saja yang berhubungan dengan kejadian DBD di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui faktor-faktor perilaku yang berhubungan dengan kejadian DBD di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan DBD
2. Mengetahui jenis kontainer yang ditemukan sebagai tempat perindukan.
3. Mengetahui keberadaan jentik di dalam suatu kontainer menggunakan rumus *Container Index (CI)*.
4. Mengetahui riwayat kejadian penyakit DBD di kalangan masyarakat Desa Balung Lor.
5. Menganalisis hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap pencegahan DBD dengan kejadian DBD pada masyarakat Desa Balung Lor.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Bagi peneliti, merupakan pengalaman dalam mengaplikasikan pengetahuan dan ketrampilan yang diperoleh selama perkuliahan.
2. Bagi institusi terkait, diharapkan berguna sebagai masukan, sehingga dapat dijadikan pedoman dalam pemberantasan DBD.
3. Bagi peneliti lain sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan bidang yang penulis teliti.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Pengertian Penyakit**

Penyakit merupakan suatu keadaan dimana proses kehidupan menjadi terganggu atau kegagalan dari mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan dan tekanan sehingga timbulah gangguan pada fungsi dari bagian organ system tubuh (Subaris, 2004).

### **2.2 Pengertian Penyakit Demam Dengue (DD)**

Demam Dengue adalah penyakit febris-virus akut, yang sering kali disertai dengan sakit kepala, nyeri tulang atau sendi dan otot, ruam dan *leucopenia* sebagai gejalanya (WHO, 1999). Untuk gejala lainnya adalah tidak nafsu makan, berubahnya indra perasa, konstipasi, nyeri perut, nyeri pada daerah lipat paha, radang tenggorokan dan perasaan depresi (WHO, 2000). Sedangkan penyakit DBD atau *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* adalah penyakit virus yang sangat berbahaya karena dapat menyebabkan meninggal dalam waktu yang sangat pendek (beberapa hari) (Gandahusada, 2002). Pengertian lain DBD adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue, terutama menyerang anak-anak dengan ciri-ciri demam tinggi mendadak disertai manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan renjatan (syok) dan kematian (Depkes RI, 2005).

Untuk penyakit sindrom syok dengue adalah salah satu manifestasi klinis DBD yang menunjukkan tanda kegawatan, berwujud gangguan sirkulasi di pembuluh darah perifer sebagai akibat kebocoran plasma dengan ditandai tensi yang menurun sampai nol dan denyut nadi yang cepat, lemah sampai tidak teraba. Apabila keadaan tensi nol dan nadi tidak teraba, penderita tampak lemah, ujung kaki dan tangan teraba dingin dan jika tidak dilakukan tindakan untuk memperbaikinya, maka penderita akan

jatuh ke keadaan yang sukar ditolong (Soegianto, 2004). Cairan pengganti adalah pengobatan utama, yang berguna untuk memperbaiki kekurangan volume plasma (Depkes dan Kessos RI, 2001).

### 2.2.1 Gejala Klinis

Beberapa gejala dan gambaran klinis penyakit DBD meliputi :

a. Demam

Penyakit ini didahului oleh demam tinggi yang mendadak, terus-menerus berlangsung 2-7 hari, kemudian turun secara cepat.

b. Perdarahan

Perdarahan yang terjadi pada penderita penyakit DBD disebabkan oleh *trombositopeni* dan gangguan fungsi trombosit.

c. *Hepatomegali* (pembesaran hati)

d. Renjatan (*shock*) ( penurunan tekanan darah, kulit teraba dingin, nadi lemah )

e. *Trombositopeni* (trombosit kurang dari 100.000)

f. *Hemokonsentrasi* ( peningkatan nilai hematokrit atau presentase volume eritrosit dalam darah 20% atau lebih) (Depkes RI, 2005).

## 2.3 Penyebab

Penyebab penyakit DBD adalah virus Dengue yang merupakan bagian dari famili *flaviviridae* dan dikenal ada empat serotipe. Keempat serotipe virus dengue adalah DEN 1, DEN 2, DEN 3, dan DEN 4, yang kemudian dibedakan dengan metode *serologi* (WHO, 1999). Infeksi oleh salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang tersebut, sedangkan antibodi yang terbentuk oleh serotipe lain sangat kurang sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang sama terhadap serotipe lain (Nurdian, 2003).

## 2.4 Mekanisme Penularan Penyakit

Nyamuk *Aedes betina* biasanya terinfeksi virus dengue pada saat dia menghisap darah dari seseorang yang sedang berada pada tahap demam akut. Setelah

melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8 sampai 10 hari, kelenjar ludah yang bersangkutan akan menjadi terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya ke dalam luka gigitan ke tubuh orang lain. Setelah masa inkubasi di tubuh manusia selama 3-14 hari (rata-rata selama 4-6 hari) timbul gejala awal penyakit secara mendadak, yang ditandai dengan demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan, muntah dan ruam pada kulit. Demam akut biasanya muncul pada saat atau sebelum gejala awal penyakit nampak dan berlangsung selama kurang lebih lima hari setelah dimulainya penyakit. Pada saat tersebut merupakan masa kritis dimana penderita dalam masa yang sangat infeksi untuk vektor nyamuk yang berperan dalam siklus penularan, jika penderita tidak terlindung terhadap gigitan nyamuk (WHO, 2000).

#### 2.4.1 Perilaku Nyamuk Dewasa

Dalam siklus hidupnya *Aedes aegypti* mengalami metamorfosis lengkap, dimana dalam perkembangannya terdapat 4 stadium, yaitu telur, larva (jentik), pupa (kepompong), dewasa (Nurdian, 2003). Setelah lahir (keluar dari kepompong), nyamuk istirahat di kulit kepompong untuk sementara. Nyamuk *Aedes aegypti* jantan menghisap cairan tumbuhan atau sari bunga untuk keperluan hidupnya sedangkan betina menghisap darah. Nyamuk betina lebih menyukai darah manusia daripada binatang karena bersifat *antropofilik*. Darah mengandung protein yang diperlukan untuk mematangkan telur jika dibuahi oleh nyamuk jantan dan dapat menetas. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan perkembangan telur mulai dari nyamuk menghisap darah sampai telur dikeluarkan biasanya bervariasi antara 3-4 hari. Jangka waktu tersebut disebut siklus gonotropik. Nyamuk betina mencari mangsanya pada siang hari. Aktivitas menggigit biasanya mulai pagi sampai petang hari, dengan puncak aktivitas antara pukul 09.00-10.00 dan 16.00-17.00. *Aedes aegypti* mempunyai kebiasaan menghisap darah berulang kali dalam satu siklus gonotropik untuk memenuhi lambungnya dengan darah, sehingga nyamuk ini bersifat sangat efektif sebagai penular penyakit. Menurut bulletin harian tim penanggulangan DBD

Departemen Kesehatan RI dalam Ditjen P2M dan PL (2004) setelah menghisap darah, nyamuk ini menyukai tempat untuk istirahat ditempat yang lembab dan kurang terang, seperti kamar mandi, dapaur dan WC, selain itu didalam rumah seperti baju yang digantung, kelambu, tirai, untuk yang diluar rumah seperti pada tanaman hias diluar rumah. Biasanya untuk menunggu proses pematangan telurnya dan kecepatan pertumbuhan serta perkembangan larva dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu temperatur, tempat, keadaan air, dan kandungan makanan yang ada ditempat perindukan. Nyamuk ini lebih menyukai warna hitam, terbuka lebar dan terutama yang terletak ditempat-tempat yang terlindung dari sinar matahari (Soegianto , 2004).

Setelah istirahat dan proses pematangan telur selesai, nyamuk betina akan meletakkan telurnya di dinding tempat perkembangbiakannya, sedikit diatas permukaan air. Pada umumnya telur akan menetas menjadi jentik-jentik dalam waktu kurang lebih 2 hari setelah telur terendam air. Setiap kali bertelur nyamuk betina dapat mengeluarkan telur sebanyak 100 butir dengan ukuran 0,7 mm per butir. Telur jika berada di tempat yang kering (tanpa air) dapat bertahan berbulan-bulan pada suhu -2 derajat celcius sampai 42 derajat celcius, dan jika tempat tersebut kemudian tergenang air atau kelembapannya tinggi maka telur menetas lebih cepat (Depkes RI, 2005). Dalam bulletin harian Departemen Kesehatan RI (2004) biasanya telur akan menetas menjadi jentik setelah sekitar 2 hari, jentik nyamuk setelah 6-8 hari akan tumbuh menjadi pupa nyamuk.

#### 2.4.2 Metode survei jentik

Metode survei jentik dapat dilakukan dengan dua cara yaitu :

1. Cara Single Larva

Survei ini dilakukan dengan mengambil satu jentik di setiap tempat genangan air yang ditemukan jentik untuk diidentifikasi lebih lanjut.

2. Cara visual

Survei ini cukup dilakukan dengan melihat ada atau tidaknya jentik di setiap tempat genangan air tanpa mengambil jentiknya (Depkes RI, 2005).

Sedangkan survei jentik (pemeriksaan jentik) adalah yang paling umum dipakai dibandingkan dengan pengumpulan telur atau nyamuk dewasa. Unit sampelnya adalah rumah dengan memiliki kontainer yang berisi air. Kontainer diperiksa ada tidaknya jentik atau pupa. Pengumpulan specimen untuk pemeriksaan laboratorium penting untuk menentukan spesies yang ada. Indeks yang biasa di pakai untuk memonitor kadar investasi nyamuk *Aedes aegypti* adalah:

1. *House Index (HI)* adalah presentase antara dimana ditemukan jentik terhadap seluruh rumah yang diperiksa. *House Index (HI)* :

$$\frac{\text{Jumlah rumah yang ditemukan jentik}}{\text{Jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

2. *Container Index (CI)* adalah presentase kontainer yang ditemukan jentik terhadap seluruh kontainer yang diperiksa. *Container Index (CI)* :

$$\frac{\text{Jumlah kontainer yang positif jentik}}{\text{Jumlah kontainer yang diperiksa}} \times 100\%$$

3. *Breteau Index (BI)* adalah jumlah kontainer yang positif jentik per seratus rumah yang diperiksa. *Breteau Index (BI)* :

$$\frac{\text{Jumlah kontainer yang positif jentik}}{100 \text{ rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

*House index* paling banyak dipakai untuk memonitor kadar investasi tetapi ini tidak dapat menunjukkan jumlah kontainer yang positif jentik. Sedangkan metode *container index* hanya memberi informasi tentang proporsi kontainer yang berisi air yang positif. *Breteau index* menunjukkan informasi yang paling baik, tetapi tidak mencerminkan jumlah jentik dalam kontainer. Namun, dari data dasar untuk perhitungan BI sangat memungkinkan untuk melihat sifat habitat dari jentik sekaligus dapat mengetahui berbagai macam kontainer yang potensial sebagai tempat berkembang biaknya nyamuk (WHO, 2000). Dalam Depkes RI (2007) untuk pengertian kontainer sendiri adalah tempat atau bejana yang menjadi tempat berkembang-biaknya nyamuk *Aedes aegypti*.



## **2.5 Epidemiologi DBD**

### **2.5.1 Frekuensi**

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). Di Thailand merupakan negara peringkat pertama yang melaporkan banyak kasus DBD. Sedangkan di Indonesia termasuk peringkat kedua berdasarkan jumlah kasus DBD yang dilaporkan. Sejak tahun 1980 jumlah kasus yang dilaporkan lebih dari 10.000 setiap tahunnya. Insiden tertinggi dilaporkan tahun 1987, dengan jumlah kasus 22.760 dengan 1039 kasus meninggal (CFR 4,6%). Dari tahun 1996 sampai dengan 2000 angka kesakitan terendah pada tahun 1999 dan tertinggi pada tahun 1996. pada tahun 2000 terjadi KLB di empat Kabupaten dan tiga Kota. Kabupaten yang mengalami KLB adalah Gresik, Pacitan, dan Madiun. Sedangkan kota yang mengalami KLB adalah Kota Madiun, Mojokerto dan Probolinggo. Angka kematian (CFR) DBD dari tahun 1996 sampai dengan 2000 cenderung menurun dari 2,46% menjadi 0,99% (Soegianto, 2004).

### **2.5.2 Distribusi**

Nyamuk penyebab DBD biasanya yang diserang adalah manusia (Depkes dan Kessos RI, 2001). Hampir seluruh kota propinsi sudah terjangkit DB, dan hampir tiap tahun terjadi KLB DBD (Yatim, 2004). Pada masa itu infeksi virus dengue di Asia Tenggara hanya merupakan penyakit ringan yang tidak pernah menimbulkan penyakit dengan manifestasi klinis berat, yaitu DBD yang ditemukan di Manila, Filipina, kemudian menyebar ke Negara lain seperti Thailand, Vietnam, Malaysia, dan Indonesia. Infeksi virus dengue ada di Indonesia sejak abad ke-18. Pada tahun 1968 penyakit DBD dilaporkan di Surabaya dan Jakarta dengan jumlah kematian yang sangat tinggi berkisar 6-27 per 100.000 penduduk (Depkes dan Kessos RI, 2001). Dalam Kristina (2005) beberapa tahun kemudian penyakit ini menyebar ke beberapa

propinsi di Indonesia, dengan jumlah kasus pada tahun 1996 yaitu sebanyak 45.548 kasus dengan kematian 1.234 orang, tahun 1998 terjadi 72.133 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 1.414 orang dan pada tahun ini terjadi ledakan, tahun 1999 dengan jumlah 21.134 kasus, tahun 2000 sebanyak 33.443 kasus, tahun 2001 sebanyak 45.904 kasus, tahun 2002 sebanyak 40.377 kasus, tahun 2003 sebanyak 50.131 kasus. Di Jawa Timur, sejak tahun 1993 sampai tahun 1998 seluruh Kota dan kabupaten terjangkit DBD. Dari pengamatan sejak tahun 1995 sampai dengan tahun 1998 seluruh Kota dan Kabupaten di Jawa Timur merupakan daerah endemis DBD. Pada tahun 1999 hanya Kabupaten Lumajang dan tahun 2000 hanya di Kabupaten Pacitan tidak ada laporan adanya kasus DBD. Dari data kasus DBD tahun 1998 sampai dengan 2000 insiden tertinggi adalah Kota Surabaya (Soegianto, 2004). Pola terjangkit infeksi virus dengue dipengaruhi oleh iklim dan kelembapan udara. Pada suhu yang panas (28-32 derajat celcius) dengan kelembapan yang tinggi, nyamuk *Aedes* akan tetap bertahan hidup untuk jangka waktu lama. Di Indonesia, karena suhu udara dan kelembapan tidak sama di setiap tempat. Di Jawa pada umumnya infeksi virus dengue terjadi mulai awal Januari, meningkat terus sehingga kasus terbanyak terdapat (Depkes dan Kessos RI, 2001).

## **2.6 Pencegahan dan pemberantasan**

Sebagai penyakit menular yang lain maka cara mencegah dan memberantas DBD adalah dengan memutuskan rantai penularan. Untuk DBD dan penyakit lain yang ditularkan oleh vektor atau nyamuk, maka pencegahan atau pemberantasan dilakukan dengan memutus rantai penularannya. Cara pencegahan dan pemberantasan vektor dengan menggunakan beberapa metode, yaitu :

### **a. Metode lingkungan**

Metode lingkungan untuk memberantas nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil sampingan dari kegiatan manusia, dan

perbaiki desain rumah. Sebagai contoh antara lain menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air (drum, gentong), mengubur kaleng-kaleng bekas, botol bekas dan ban bekas di sekitar rumah, menggunakan kelambu pada tempat tidur, memasang kawat kassa pada jendela atau ventilasi rumah (Kristina, 2004), menjaga kebersihan lingkungan hidup (Soedarta, 2002).

b. Metode individu

Pencegahan ini dapat dilakukan dengan cara menggunakan cairan/krim anti nyamuk (*Mosquito Repellant*) obat ini paling umum digunakan untuk melindungi gigitan nyamuk, menggunakan obat nyamuk bakar, semprot, koil, memakai pakaian pelindung yaitu pakaian yang dapat mengurangi resiko gigitan nyamuk jika pakaian cukup tebal, longgar dan berlengan panjang, celana panjang dengan kaos kaki dapat melindungi lengan dan kaki yang merupakan daerah gigitan nyamuk (WHO, 2000), menata gantungan baju dengan baik agar tidak menjadi tempat hinggap dan istirahat nyamuk *Aedes Aegypti* (Sudrajat, 2005), menuangkan air panas pada saat bak mandi berisi air sedikit (Hassan, 2002).

c. Metode biologis

Menurut Kristina (2004) pencegahan terhadap nyamuk DBD dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), menggunakan bakteri *endotoxin* yang memproduksi *Bacillus thuringiensis* serotype H-14 (Bt. H-14) dan *Bacillus sphaericus* (Bs) hal ini dinilai efektif untuk mengendalikan nyamuk dan *Cyclopoids* pemangsa jenis *copepod crustaceans* atau sejenis ketam hitam (WHO, 2000).

### 2.6.1 Pengendalian Vektor

Tujuan pengendalian vektor utama adalah upaya untuk menurunkan kepadatan populasi *Aedes aegypti* sampai serendah mungkin sehingga kemampuan sebagai vektor menghilang. Beberapa cara pengendalian vektor antara lain :

#### 1. Pengendalian secara kimiawi

Pengendalian dengan cara kimiawi salah satunya dengan menggunakan temefos atau abate 1%, yang penggunaannya pada tempat-tempat penampungan air (Gandahusada, 2002). Cara ini sebaiknya diulangi dalam jangka waktu 2-3 bulan (Hassan, 2002).

#### 2. Pengendalian secara radiasi

Nyamuk dewasa jantan diradiasi dengan bahan radioaktif dengan dosis tertentu hingga mandul. Kemudian nyamuk jantan yang diradiasi dilepas., meskipun berkopulasi dengan nyamuk betina tapi nyamuk betina tidak akan menghasilkan telur ( Soegianto, 2004 ).

#### 3. Pengendalian lingkungan

Pengendalian berbasis lingkungan ini dapat dengan gerakan 3M (menguras, mengubur dan menutup) selain itu dengan menggunakan *autocidal ovitrap*. Autocidal ovotrap yaitu suatu silinder warna gelap dengan garis tengah kurang lebih 10 cm, salah satu ujung tertutup rapat dan ujung yang lain terbuka. Tabung ini diberi air tawar kemudian ditutup dengan kasa nylon, sehingga nyamuk bertelur dan jika telur menetas menjadi larva dalam air, dan jika larva menjadi dewasa akan terperangkap dalam tabung (Soegianto, 2004).

### 2.6.2 Pengobatan

Pengobatan pada penderita demam berdarah dengue adalah bersifat *simptomatis* dan *supportif* yaitu dengan mengatasi kehilangan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan. Tatalaksana didasarkan atas adanya perubahan fisiologi berupa perembesan plasma dan

perdarahan (Depkes dan Kessos RI, 2001). Beberapa cara pengobatan yang dilakukan pada penderita DBD yaitu:

1. Istirahat di tempat tidur sangat dianjurkan selama fase demam (WHO, 2000).

2. Pemberian cairan yang cukup

Penderita akan merasa haus dan dehidrasi akibat demam tinggi, anoreksia, 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*. Minuman diberikan peroral, bila perlu satu sendok makan setiap 3 – 5 menit. Untuk hiperpireksia (suhu 40 derajat celsius atau lebih) diatasi dengan *antipiretik* atau dapat diberikan kompres es dan alkohol 70%, jika terjadi kejang diberikan *antikonvulsan*. *Antipiretik* sebaiknya dari golongan asetaminophen, eukinin atau dipiron. Hindari pemakaian asetosal karena bahaya perdarahan (Rusepno Hassan, 2002).

3. Diberikan obat analgesik atau obat sedatif ringan apabila penderita sangat kesakitan dan pemberian paracetamol sangat dianjurkan (WHO, 2000).

4. Transfusi darah

Pemberian darah segar dimaksudkan untuk mengatasi perdarahan karena cukup mengandung plasma, sel darah merah dan faktor pembesar trombosit (Depkes dan Kessos RI, 2001).

5. Penggantian volume plasma

Pada penggantian cairan harus diberikan dengan bijaksana dan hati-hati. Kebutuhan cairan awal dihitung untuk 3-4 jam pertama, sedangkan pada kasus syok mungkin lebih sering (setiap 30-60 menit). Jenis cairan (Rekomendasi WHO) yaitu kristaloid terdiri dari larutan ringer laktat (RL), larutan ringer asetat (RA), larutan garam faali (GF), dekstrosa 5% dalam larutan ringer laktat (D5/RL), dekstrosa 5% dalam larutan ringer asetat (D5/RA), dekstrosa 5% dalam ½ larutan garam faali (D5/1/2LGF), koloid terdiri dari dekstran 40, plasma, albumin (Depkes dan Kessos RI, 2001).

### 2.6.3 Jenis Kegiatan Pemberantasan Nyamuk Penular DBD

Beberapa jenis kegiatan pemberantasan nyamuk penular DBD adalah penyemprotan misal ini dilaksanakan sebelum musim penularan penyakit DBD di wilayah rawan, agar sebelum terjadi puncak penularan virus dengue, populasi nyamuk penular dapat ditekan serendah-rendahnya sehingga KLB dapat dicegah, Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) pemeriksaan tempat penampungan air dan tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* untuk mengetahui adanya jentik nyamuk yang dilakukan di rumah dan Tempat Umum secara teratur sekurang-kurangnya tiap tiga bulan untuk mengetahui keadaan populasi jentik nyamuk penular penyakit DBD dan penyuluhan kepada keluarga atau masyarakat luas tentang DBD dan pencegahannya di desa atau kelurahan rawan penyakit DBD yang dilakukan secara kelompok seperti pada pertemuan kader dan secara massal seperti pada ceramah agama, pertemuan musyawarah desa dan lain-lain (Depkes RI, 2005) Serta Bulan Bakti Gerakan 3M atau dikenal dengan istilah Bulan Kewaspadaan 3M Sebelum Musim Penularan atau Gerakan 3M Sebelum Masa Penularan (G 3M SMP), adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan pada saat sebelum terjadi penularan DBD, yaitu bulan dimana jumlah kasus DBD paling rendah, berdasarkan jumlah kasus rata-rata per bulan selama 5 tahun terakhir. Kegiatan ini dilakukan selama sebulan penuh. 3 M adalah kegiatan PSN yang efektif dan efisien. 3 M merupakan suatu kegiatan menguras, menutup/menabur abate di TPA, dan mengubur/ menyingkirkan barang-barang bekas yang memungkinkan dijadikan tempat perindukan dan perkembangbiakan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* (Depkes RI, 2005). Menurut Kristina dalam Litbang-Depkes RI kegiatan PSN antara lain menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat TPA (Tempat Penampungan Air) dan mengubur barang-barang bekas.

## 2.7 Faktor-Faktor Perilaku Yang Menyebabkan Terjadinya Penyakit DBD

Adapun faktor yang menyebabkan terjadinya penyakit DBD dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

### 1. *Agent*

Penyebab DBD adalah virus dengue yang termasuk dalam kelompok arbovirus (Depkes dan Kessos RI, 2001), dengan keberadaan virus dengue pada tubuh nyamuk *Aedes aegypti* (Soegianto, 2004) dan vektornya adalah nyamuk dewasa dan jentik nyamuk.

### 2. *Host*

Manusia yang rentan terhadap infeksi virus. Sejak satu atau dua hari sebelum demam telah terdapat virus Dengue dalam darah penderita selama empat sampai tujuh hari. Dalam masa ini penderita merupakan sumber penular apabila *Aedes aegypti* menghisap darah penderita maka virus akan terbawa masuk ke dalam tubuh nyamuk bersamaan dengan darah penderita yang dihisapnya (Depkes dan Kessos RI, 2001). Selain itu menurut Purnomo (2004) dalam konsep dasar perjalanan penyakit secara umum, ditinjau dari masalah penyakit menular faktor perilaku yang dalam penelitian ini meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan secara umum adalah netral, tetapi seseorang kadang menggunakan perilaku yang salah sehingga menimbulkan resiko penyakit, namun perilaku yang menimbulkan penyebab penyakit seharusnya dihentikan, selain itu faktor demografi (mobilitas penduduk dan kepadatan penduduk) padatnya penduduk akan lebih mudah untuk menjadi penularan penyakit DBD, dengan tingginya mobilitas penduduk memudahkan penularan dari satu tempat ke tempat yang lain (Depkes dan Kessos RI, 2001), sosial budaya.

### 3. *Lingkungan*

Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap penularan DBD adalah suhu dan kelembapan udara. Suhu dan kelembapan udara ini berpengaruh pada masa inkubasi intrinsik, yaitu proses pembiakan dan pertumbuhan virus Dengue dalam tubuh nyamuk mulai dari lambung sampai kelenjar lidah nyamuk hingga siap

untuk ditularkan. Kelembapan optimum bagi kehidupan *Aedes aegypti* adalah 70%-80%, sedangkan suhu optimum antara 28-29 derajat celsius, kelembapan yang tinggi dapat memperpanjang umur nyamuk. Pada musim hujan jumlah tempat perindukan bertambah banyak dan berakibat pada peningkatan populasi nyamuk, perubahan musim agaknya berpengaruh pula pada kebiasaan nyamuk untuk lebih lama tinggal di dalam rumah pada waktu musim hujan. Lingkungan yang tidak terawat terutama dengan terdapatnya barang-barang bekas yang berserakan, memungkinkan bertambahnya jumlah tempat perindukan sehingga kebersihan lingkungan sangat berperan. Tidak adanya kontrol vektor yang efektif di daerah endemis (Depkes dan Kessos RI, 2001) dalam Andi Utama (2004) penyebaran wabah dengue dipengaruhi oleh ada tidaknya genangan air yang kotor karena itu pengontrolan dengue biasa dilakukan dengan berbagai nyamuk *Aedes aegypti* dengan melakukan pembunuhan nyamuk baik dengan menggunakan pestisida, ovitrap, bak perangkap yang ditutup kasa, membuat nyamuk transgenik agar tidak terinfeksi oleh dengue dan melakukan gerakan 3M. Tempat perkembangbiakan utama adalah tempat-tempat penampungan air berupa genangan air yang tertampung disuatu tempat atau bejana di dalam atau disekitar rumah atau tempat-tempat umum, biasanya melebihi jarak 500 meter dari rumah. Nyamuk ini tidak dapat berkembang biak di genangan air yang langsung berhubungan dengan tanah. Beberapa jenis tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* dapat dikelompokkan sebagai berikut TPA untuk keperluan sehari-hari, seperti drum, tangki reservoir, tempayan, bak mandi / WC dan ember. TPA bukan untuk keperluan sehari-hari seperti tempat minum burung, vas bunga, perangkap semut, dan barang-barang bekas (ban, kaleng, botol, plastik dan lain-lain). TPA alamiah seperti lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang dan potongan bambu (Depkes RI, 2005).



## 2.6 Konsep Perilaku

Perilaku dari segi biologis, adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, membaca dan lain-lain. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang disebut dengan perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat dialami langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Sedangkan perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) dimana terkait dengan perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit, perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), perilaku kesehatan lingkungan dimana seseorang merespons lingkungan baik lingkungan fisik maupun sosial budaya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya (Notoatmodjo, 2003).

Skiner, dalam Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Karena perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan organisme merespon, maka teori ini disebut teori S-O-R atau *Stimulus-Organisme-Respon*. Dalam hal ini ada 2 respon, yaitu:

a. *Respondent respons* atau *reflexive*

Respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relative tetap.

b. *Operant respons* atau *instrumental respon*

Respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu.

Menurut *Lawrence Green* mengemukakan bahwa ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya perilaku antara lain faktor *predisposing* ialah faktor yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan dan nilai-nilai. Faktor *enabling* ialah faktor yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Faktor *reinforcing*, ialah faktor yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau yang lain, yang merupakan kelompok referensin dari perilaku masyarakat.

Menurut *Benyamin Bloom* (1908) dalam *Notoatmodjo* (2003) membagi perilaku manusia dalam 3 domain yaitu :

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (*Notoadmodjo Soekidjo*, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*) meliputi :

a. Proses Adopsi Perilaku

Menurut penelitian *Rogers* (1974) dalam *Notoatmodjo* mengungkapkan bahwa sebelum orang megadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu *awareness* (kesadaran) adalah jika orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu, *interest* adalah orang mulai merasa tertarik pada stimulus,

*evaluation* menimbang-nimbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, *trial* orang telah mencoba perilaku baru, *adoption* yaitu subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaiknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003).

b. Tingkat Pengetahuan di Dalam Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu tahu (*know*) memahami, (*comprehension*), aplikasi (*aplication*), analisis (*analysis*), sintesis (*syntesisi*), evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2003).

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, dapat dikelompokkan menjadi pengetahuan tentang sakit dan penyakit, pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, pengetahuan tentang kesehatan lingkungan.

2) Sikap

Sikap merupakan suatu reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi antara stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial dalam Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi sikap itu adalah hanya sebagai reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap

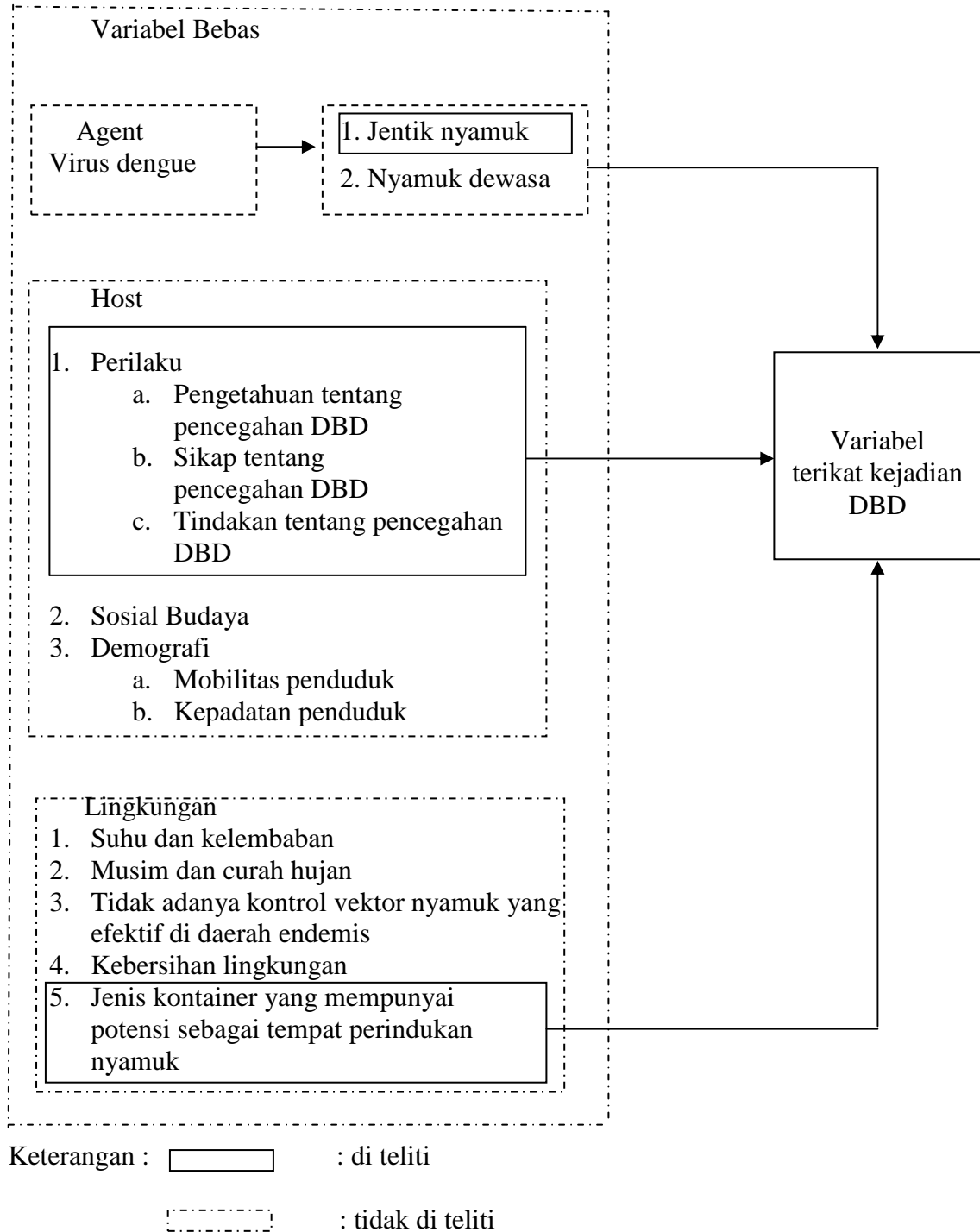
sebagai suatu penghayatan terhadap obyek. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan meliputi sikap terhadap sakit dan penyakit, sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat, sikap terhadap kesehatan lingkungan. Allaport dalam Notoatmodjo (2003), sikap itu mempunyai tiga komponen pokok yaitu kepercayaan (keyakinan), kehidupan emosional atau evaluasi, kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni menerima (*receiving*), merespons (*responding*), menghargai (*valuing*), bertanggung jawab (*responsible*). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau obyek kesehatan. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan, yaitu sikap terhadap sakit dan penyakit yang merupakan bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap gejala atau tanda-tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit dan sebagainya kemudian sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat yang merupakan penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara-cara (berperilaku) hidup sehat serta sikap terhadap kesehatan lingkungan dimana pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan.

3) Praktek atau tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor pendukung (*support*) dari

pihak lain. Adapun beberapa tingkatan dari praktek yaitu persepsi (*perception*), respon terpimpin (*guided response*), mekanisme (*mecanism*), adopsi (*adoption*). Inilah yang disebut praktek (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*over behavior*). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya. Hal inilah yang disebut kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan. Oleh sebab itu indikator praktek kesehatan ini juga mencakup tindakan sehubungan dengan penyakit, tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, tindakan kesehatan lingkungan (Notoatmodjo 2003).

## 2.8 Kerangka Konseptual Penelitian



Bagan 2.1 Kerangka konseptual penelitian

Agent adalah sebagai faktor penyebab penyakit, dapat berupa unsur hidup dan mati (Budiarto, 2003). Dalam hal ini agent penyakit adalah virus dengue (Nurdian, 2003) dengan vektornya adalah nyamuk dewasa dan jentik nyamuk. Namun peneliti hanya meneliti jentik nyamuknya saja yang terdapat pada variabel vektor. Host adalah manusia sebagai perantara terjadinya penyakit (Budiarto, 2003) yang terdiri pengetahuan, sikap dan tindakan yang berhubungan dengan kejadian DBD. Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu (Notoatmodjo, 2003), sikap merupakan suatu reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu tindakan (Notoatmodjo, 2003). Dimana dalam penelitian ini pengetahuan, sikap dan tindakan merupakan item dari variabel host. Faktor lingkungan adalah faktor penunjang terjadinya penyakit, faktor ini disebut juga faktor ekstrinsik (Budiarto, 2003). Dalam penelitian ini faktor lingkungan yang diteliti adalah jenis kontainer yang berpotensi untuk tempat perindukan nyamuk *Aedes Aegypti* yang terdiri dari TPA keperluan sehari-hari yaitu bak mandi, gentong/tempayan, drum, TPA bukan keperluan sehari-hari meliputi ban bekas, kaleng bekas, botol bekas tempat minum burung, pot bunga dan TPA alami pelepah pisang, potongan bambu, tempurung kelapa, lubang pohon (Depkes RI, 2005). Untuk variabel terikatnya adalah kejadian DBD.

## **2.9 Hipotesis Penelitian**

1. Ada hubungan antara pengetahuan tentang pencegahan DBD dengan kejadian DBD pada masyarakat desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember.
2. Ada hubungan antara sikap terhadap pencegahan DBD dengan kejadian DBD pada masyarakat desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember.
3. Ada hubungan antara tindakan yang berkaitan dengan pencegahan DBD dengan kejadian DBD pada masyarakat desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian dengan metode survei analitik atau *explanatory study*. Survei analitik adalah survei yang menyelidiki fenomena dari sifat-sifat fakta yang ada di lokasi penelitian. Sedangkan menurut waktunya penelitian ini bersifat *cross sectional* yaitu penelitian yang bertujuan mempelajari dinamika korelasi antara faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD pada masyarakat desa Balung Lor, dengan cara pendekatan, observasi atau pengamatan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), tentunya tidak semua objek penelitian harus diperiksa pada hari atau saat yang sama akan tetapi dilakukan pengamatan satu kali saja (Notoatmodjo, 2005).

### **3.2. Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **3.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti atau diselidiki (Notoatmodjo, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Kepala Keluarga (KK) di wilayah Desa Balung Lor dengan jumlah sebanyak 6.162 KK.

#### **3.2.2 Sampel Dan Besar Sampel**

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti dan diharapkan dapat mewakili populasi secara keseluruhan. Arikunto (2002) mengungkapkan “Sampel adalah sebagian / wakil populasi yang diteliti”. Sampel pada penelitian ini adalah KK yang bertempat tinggal di Desa Balung Lor kecamatan Balung. Responden adalah ibu Rumah Tangga (RT) yang berumur diatas 20 tahun dan kurang dari 60 tahun karena dianggap bertanggung jawab dan mengerti tentang kebersihan rumah dan lingkungan sekitar. Sehingga diharapkan dapat menjawab pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dengan baik.



Karena populasi kurang dari 10.000, maka untuk menentukan besar sampel menurut Supranto (1998) digunakan rumus sebagai berikut :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N \times p \times q}{(N-1) D + p \times q} \\ &= \frac{6.162 \times 0,5 \times 0,5}{(6.162 - 1) 0,0025 + 0,5 \times 0,5} \\ &= \frac{1540,5}{15,4025 + 0,25} \\ &= 98,4187 \sim 99 \end{aligned}$$

Keterangan :

n = Jumlah atau besar sampel yang akan diteliti

N = Jumlah populasi 6.162 KK

p = Proporsi kejadian tidak diketahui sehingga dianggap 50%

q = 1-p

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

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

Sampel yang akan diteliti dalam penelitian ini sebesar 99 responden. Untuk menghindari pengambilan sampel yang terkonsentrasi pada satu lingkungan saja, maka dilakukan alokasi dengan menggunakan metode *proportional* menurut Nazir (1998) yaitu :

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

Keterangan :

$n_i$  = Besar sampel untuk sub populasi

$N_i$  = Total masing-masing sub populasi

N = Total populasi secara keseluruhan

n = Besar sampel

Berdasarkan metode di atas maka populasi dapat diambil menjadi 4 kelompok, dimana jumlah tiap sampelnya diperoleh sebesar :

Tabel 3.1 Jumlah Sampel Tiap Lingkungan

<b>Nama Lingkungan</b>	<b>Ni</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>ni</b>
Karang anyar	1.879	6.162	99	30
Krajan	1.701	6.162	99	28
Kebonsari	1.564	6.162	99	25
Wetan Kali	1.018	6.162	99	16
<b>Jumlah</b>	<b>6.162</b>			<b>99</b>

Sumber : Data Primer terolah Juli 2007

### 3.3 Cara Pengambilan Sampel

Dalam pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik *propotionate random sampling*, yaitu metode pengambilan sampel sedemikian rupa sehingga setiap unit dasar (individu) mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel. Kemudian untuk pengambilan sampel ditiap-tiap kelompok dilakukan secara acak sesuai dengan jumlah sampel pada kelompok itu yaitu dengan cara membuat daftar atau melihat daftar seluruh KK dari populasi masing-masing dusun kemudian diberi nomor pada kertas lalu dikocok dan diambil sebanyak yang dibutuhkan agar setiap dusun dapat terwakili dalam pengambilan sampel.

### 3.4 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.4.1 Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember, karena daerah ini merupakan daerah yang tiap tahunnya terjadi peningkatan penderita DBD dan belum pernah dilakukan penelitian.

#### 3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan selama bulan September - Oktober 2007.

### 3.5 Variabel, Definisi Operasional dan Cara Memperoleh Data

Variabel yang digunakan pada penelitian ini terdiri dari 2 yaitu :

1. Variabel terikat (*Dependent*)

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian DBD pada masyarakat di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

2. Variabel Bebas (*Independent*) pada penelitian ini antara lain :

Variabel bebas pada penelitian ini adalah jentik nyamuk, pengetahuan, sikap, tindakan pencegahan DBD dan jenis kontainer yang ditemukan sebagai tempat perindukan nyamuk.

Tabel 3.2 Variabel, Definisi Operasional dan Cara Memperoleh Data

Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala Data	Klasifikasi	Cara Memperoleh Data
<b>Variabel terikat</b> Kejadian DBD	Riwayat anggota keluarga pada 3,5 tahun terakhir yang pernah atau tidak pernah menderita DBD.	Primer	Nominal	Pernah Tidak pernah	Wawancara dengan panduan kuesioner
<b>Variabel Bebas</b> <b>Vektor DBD</b> a. Jentik nyamuk	Ada tidaknya jentik (keberadaan jentik) nyamuk di dalam suatu kontainer yang berisi air. Kemudian dibagi menjadi 2 kategori meliputi kategori positif yaitu jika banyaknya kontainer yang sama di lapangan yang terdapat jentik yang sama di lapangan sedangkan negatif yaitu jika banyaknya kontainer yang tidak terdapat jentik.	Primer	Nominal	Positif Negatif	Observasi dengan metode pengamatan secara visual

b. <i>Container Index</i> (CI)	Metode pengukuran yang digunakan untuk mengetahui kepadatan jentik yang diperoleh dengan menghitung jumlah kontainer yang ditemukan jentik dibandingkan dengan jumlah kontainer yang diperiksa dikali 100%	Primer	Rasio	-	Observasi dan menggunakan metode rumus CI
<b>Faktor Host</b>					
a. Pengetahuan	Pengetahuan adalah kemampuan responden untuk dapat mengetahui dan memahami tentang definisi DBD, penyebab cara penularan, tempat perindukan, pencegahan pengobatan DBD.	Primer	Ordinal	0 – 9 pengetahuan rendah 10 – 19 pengetahuan sedang 20 – 28 pengetahuan tinggi	Wawancara dengan panduan kuesioner
b. Sikap	Sikap adalah suatu reaksi atau respon yang masih tertutup terhadap suatu objek atau stimulus yang tidak dapat dilihat langsung oleh orang lain dalam hal ini, terhadap tata cara penularan, penyebab, tempat perindukan DBD, pencegahan dan pengobatannya.	Primer	Ordinal	0 – 28 sikap yang tidak mendukung pencegahan DBD 29 – 58 sikap kurang mendukung pencegahan DBD 59 – 84 sikap yang mendukung pencegahan DBD.	Wawancara dengan panduan kuesioner
c. Tindakan	Tindakan adalah perwujudan dari sikap yang dalam proses perwujudannya memerlukan faktor pendukung, situasi yang memungkinkan sehingga sikap benar-benar terwujud dalam perbuatan nyata. Tindakan dalam penelitian ini meliputi tindakan pencegahan DBD.	Primer	Ordinal	0 – 18 tindakan yang tidak mendukung pencegahan DBD 19 – 36 tindakan yang kurang mendukung pencegahan DBD 37 – 56 tindakan yang	Wawancara dengan panduan kuesioner

---

					mendukung pencegahan DBD	
<b>Faktor Lingkungan</b>						
Jenis kontainer yang ditemukan sebagai tempat perindukan nyamuk	Jenis kontainer adalah bejana atau tempat penampungan air yang terdapat disekitar rumah baik didalam maupun diluar rumah yang menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk <i>Aedes Aegypti</i> .	Primer	Nominal	TPA untuk keperluan sehari-hari yaitu bak mandi, drum dan gentong TPA bukan untuk keperluan sehari-hari yaitu ban bekas, kaleng bekas, botol bekas, tempat minum burung, pot bunga. TPA alami yaitu dan potongan bambu, tempurung kelapa, lubang pohon.	Observasi	
Banyaknya kontainer atau jumlah kontainer	Banyaknya atau jumlah kontainer terdapat di dalam suatu bangunan maupun diluar bangunan yang memiliki potensi sebagai tempat perindukan.	Primer	Rasio	-	Observasi	

---

### 3.6 Kriteria Penilaian

- 1) Penilaian untuk kejadian DBD hanya mengklasifikasikan pernah atau tidak pernah responden menderita DBD.
- 2) Penilaian pengetahuan melalui pertanyaan sebanyak 28 butir pilihan ganda. Skor yang digunakan rumusnya (Arikunto, 2003).

$$S = \frac{R - W}{(n - 1)}$$

Dimana :

S : Skor

R : Banyaknya jawaban benar

W : Banyaknya jawaban salah

n : Banyaknya pilihan jawaban (4 butir).

Sehingga dapat diperoleh skor dengan pengkategorian sebagai berikut :

0 – 9 : pengetahuan rendah

10 – 19 : pengetahuan sedang

20 – 28 : pengetahuan tinggi

- 3) Penilaian sikap ini berupa pernyataan positif dan negatif. Pernyataan ini menggunakan skala pengukuran Likert yang terdiri dari 28 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan diberi 4 alternatif jawaban yaitu : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Untuk sikap alternatif jawaban diberi skor berdasarkan kriteria sebagai berikut :
- Apabila pernyataan positif, angka terbesar diberikan untuk alternatif jawaban Sangat Setuju (SS) yaitu = 3, Setuju (S) = 2, Tidak Setuju (TS) = 1, Sangat Tidak Setuju (STS) = 0
  - Apabila pernyataan negatif, angka terbesar diberikan untuk alternatif jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) yaitu = 3, Tidak Setuju (ST) = 2, Setuju (S) = 1, Sangat Setuju (SS) = 0.

Sehingga dapat diperoleh skor dengan perhitungan sebagai berikut :

Nilai maximum :  $3 \times 28 = 84$

Nilai minimal :  $0 \times 28 = 0$

Dengan kategori sebagai berikut :

0 – 28 : Sikap tidak mendukung pencegahan DBD

29 – 58 : Sikap kurang mendukung pencegahan DBD

59 – 84 : Sikap mendukung pencegahan DBD

- 4) Pada tindakan pengambilan datanya dengan menggunakan kuesioner dengan jumlah soal 28 soal terdiri dari 3 jawaban dimana penilaian yang digunakan adalah :
- Untuk pilihan jawaban lebih dari sekali pada tindakan positif/tidak pernah pada tindakan negatif nilai 2.
  - Pilihan jawaban pernah sekali mendapatkan nilai 1.
  - Jawaban lebih dari sekali pada tindakan negatif/tidak pernah pada tindakan positif mendapatkan nilai 0.

Sehingga dapat diperoleh skor dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\text{Nilai maximum} \quad : 2 \times 28 = 56$$

$$\text{Nilai minimal} \quad : 0 \times 28 = 0$$

Dengan kategori sebagai berikut :

0 – 18: Tindakan tidak mendukung pencegahan DBD

19 – 36: Tindakan kurang mendukung pencegahan DBD

37 – 56: Tindakan mendukung pencegahan DBD

5) Penilaian lembar observasi

a) Penilaian untuk lembar kontainer

Penilaian untuk mengetahui jumlah kontainer diketahui dari lembar observasi. Jenis kontainer dalam lembar observasi dibagi menjadi tiga yaitu untuk penilaian jenis kontainer hanya diklasifikasikan TPA untuk keperluan sehari-hari yaitu bak mandi, drum dan gentong, TPA bukan untuk keperluan sehari-hari yaitu ban bekas, kaleng bekas, botol bekas, tempat minum burung, pot tanaman berisi air, vas bunga dan TPA alami yaitu potongan bambu, tempurung kelapa, lubang pohon, pelepah pisang.

b) Penilaian lembar observasi jentik nyamuk

Penilaian untuk ada tidaknya jentik nyamuk diketahui dari hasil observasi, dengan menggunakan perhitungan rumus *Container Index (CI)*. Jika terdapat jentik dalam kontainer yang berisi air maka jawaban positif, jika tidak terdapat jentik dalam kontainer yang berisi air maka jawaban negatif. Dari

hasil observasi untuk jawaban positif dijumlahkan kemudian dibagi dengan banyaknya kontainer dikalikan 100%.

### **3.7 Teknik dan Instrumen Pengambilan Data**

Adapun cara pengambilan data yaitu dengan menggunakan data primer yang diperoleh dari wawancara dan observasi langsung dengan responden. Wawancara dengan panduan kuesioner dilakukan langsung oleh peneliti untuk mengetahui nama, umur, pendidikan terakhir, pekerjaan ibu, pekerjaan KK, alamat, kejadian DBD, pengetahuan, sikap dan tindakan responden tentang DBD. Kemudian observasi diperlukan untuk melakukan pengamatan terhadap kontainer dan vektor dalam hal ini adalah jentik nyamuk. Pengamatan disini dengan melakukan pengamatan jentik yang dilakukan secara visual yaitu dengan cara melihat ada atau tidak adanya jentik dalam suatu kontainer tanpa mengambil jentiknya (Depkes RI, 2005), survei jentik dapat dilakukan dengan menggunakan cara sebagai berikut :

1. Semua tempat atau bejana yang dapat menjadi tempat perkembang biakan nyamuk *Aedes Aegypti* diperiksa dengan mata telanjang untuk mengetahui ada tidaknya jentik.
2. Untuk memeriksa tempat penampungan air yang berukuran besar, seperti bak mandi, tempayan, drum dan bak penampungan air lainnya. Jika pada pandangan penglihatan pertama tidak menemukan jentik, tunggu kira-kira  $\frac{1}{2}$  - 1 menit untuk memastikan bahwa benar jentik tidak ada.
3. Untuk memeriksa tempat-tempat perkembang biakan yang kecil, seperti vas bunga/pot tanaman air/botol yang airnya keruh, seringkali airnya perlu dipindahkan ke tempat lain.
4. Untuk memeriksa jentik di tempat yang agak gelap, atau airnya keruh, biasanya digunakan senter (Depkes RI, 2005).

Untuk pengamatan terhadap lingkungan peneliti hanya melihat banyaknya atau jumlah kontainer yang terdapat di sekitar rumah responden.



### **3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data**

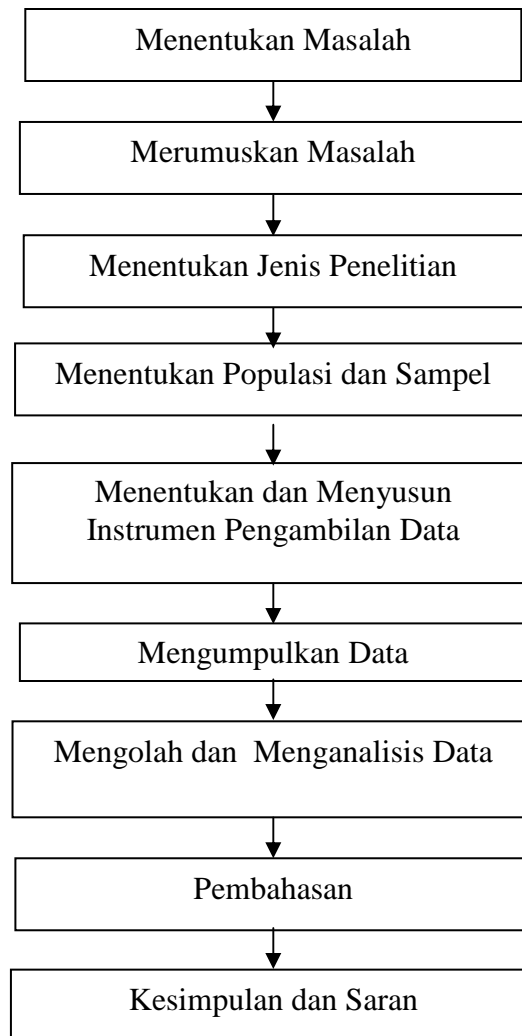
#### 3.8.1 Teknik Penyajian Data

Data diperoleh dari wawancara dan observasi. Penyajian data dari wawancara ini dikumpulkan dalam bentuk tabel. Penyajian data dalam bentuk tabel adalah penyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam kolom dan baris (Budiarto, 2004).

#### 3.8.2 Teknik Analisis Data

Data dalam penelitian ini akan dianalisis menggunakan analisis uji statistik *Chi Square* karena data yang dihasilkan dalam penelitian ini bersifat nominal dan ordinal. Analisis ini dilakukan melalui program (SPSS) *Statistical Product And Service Solution* dengan alfa = 0.05.

### 3.9 Alur Penelitian



Bagan 3.1 Alur Penelitian

## **BAB. 4 HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **4.1 Data Umum**

#### **4.1.1 Data Umum Lokasi Penelitian**

Berdasarkan profil Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupeten Jember. Desa Balung Lor mempunyai luas wilayah seluas 907,347 hektar dengan curah hujan 1.800mm/tahun memiliki jumlah penduduk laki-laki sebanyak 10.089 jiwa dan perempuan sebanyak 11.084 jiwa, status pekerjaan paling banyak ada disektor jasa/perdagangan/swasta serta jumlah Kepala Keluarga sebanyak 6.160 KK, yang tingkat pendidikannya paling banyak adalah SD atau sederajat sebanyak 3.775 orang.

Pada tahun 2004 hingga Oktober 2007, Desa Balung Lor merupakan salah satu daerah yang rawan kasus DBD dengan meningkatnya jumlah kasus setiap tahunnya. Peningkatan kasus DBD di Desa Balung Lor Kecamatan Balung ini sangat berhubungan dengan letak geografis Desa Balung Lor yang mempunyai letak pada ketinggian rata-rata 23 meter diatas permukaan laut, hal ini berarti letak datarannya adalah rendah dan tidak memiliki daerah perbukitan. Berdasarkan karakteristik responden umur, responden rata-rata berumur antara 30-39 tahun, sedangkan pendidikan terakhir responden terbanyak adalah SD atau sederajat, sedangkan jenis pekerjaan responden terbanyak adalah ibu rumah tangga dan status pekerjaan kepala keluarga paling banyak di sektor swasta. Untuk kasus DBD dari tahun 2004 hingga 2007 sebanyak 68 kasus (Profil Desa Balung Lor, 2007).

### **4.2 Gambaran Aspek Perilaku**

Pada penelitian ini yang menjadi responden adalah ibu rumah tangga dan bertempat tinggal di Desa Balung Lor Kecamatan Balung dengan jumlah sampel sebanyak 99 responden.

#### 4.2.1 Tingkat Pengetahuan Responden tentang Pencegahan DBD

Tingkat pengetahuan responden tentang DBD antara lain pengertian DBD, penyebab, cara penularan, tempat perindukan, pencegahan dan pengobatan DBD. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Tingkat Pengetahuan	Jumlah	(%)
Rendah	-	-
Sedang	51	51,51
Tinggi	48	48,49
Jumlah	99	100

Sumber: Data primer terolah November 2007

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden antara yang sedang dengan yang tinggi hampir seimbang yaitu sebanyak 51,51% dan 48,49%. Dalam hal ini responden yang berpengetahuan tinggi mengetahui pengertian DBD, nama nyamuk penularnya, gejala-gejalanya, cara penularannya, tempat yang paling disukai, jenis makanan nyamuk, jangka waktu pemberian abate, tindakan pencegahan baik yang menggunakan metode lingkungan maupun individu, serta cara pengobatan bagi penderita. Responden yang berpengetahuan tinggi juga mengetahui bahwa penyakit DBD dapat mengakibatkan kematian. Sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan sedang hanya mampu menjawab sebagian dari hal-hal yang telah disebutkan diatas dan responden yang memiliki pengetahuan sedang ini belum mengetahui cara pencegahan DBD dengan benar, misalkan bagaimana cara mencegah gigitan nyamuk dengan menggunakan metode individu atau perseorangan, responden banyak menjawab dengan membersihkan bak mandi seminggu sekali padahal seharusnya bisa dengan menggunakan lotion anti nyamuk.

Dari hal tersebut maka dapat dikatakan bahwa rendahnya tingkat pengetahuan disebabkan kurangnya informasi yang diperoleh oleh responden, sehingga pengetahuan responden menjadi minim yang dapat memungkinkan terjadinya DBD. Hal ini sesuai dengan penelitian Kasnodihardjo (2007) yang menyatakan kurang efektifnya penyuluhan menyebabkan sebagian besar masyarakat kurang informasi

untuk mengetahui manfaat pemberantasan, akibatnya masyarakat kurang mendukung upaya pemberantasan penyakit tersebut sehingga penyuluhan yang sangat efektif dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang DBD.

#### 4.2.2 Sikap Responden terhadap Kejadian DBD

Sikap responden tentang DBD meliputi cara penularan, penyebab, tempat perindukan, pencegahan dan pengobatan DBD. Dari penelitian ini sebagian besar responden memiliki sikap mendukung pencegahan DBD sebanyak 64 responden (64,6%), 35 responden (35,4%) memiliki sikap kurang mendukung pencegahan DBD dan 0 responden (0%) tidak mendukung pencegahan DBD. Distribusi frekuensi sikap responden terhadap kejadian DBD dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Responden

Sikap Responden	Jumlah	(%)
Tidak mendukung pencegahan DBD	-	-
Kurang mendukung pencegahan DBD	35	35,4
Mendukung pencegahan DBD	64	64,6
Jumlah	99	100

Sumber: Data primer terolah November 2007

Dilihat dari sikapnya, umumnya sangat menyetujui cara pencegahan DBD seperti menyingkirkan barang-barang bekas, menguras bak mandi, menutup rapat tempat penampungan air, mereka juga menyetujui bahwa memberantas penyakit DBD dengan menjaga kebersihan lingkungan, sehingga dapat dikatakan sikap masyarakat mengenai pencegahan DBD sangat positif. Namun sikap yang positif tersebut belum menjamin responden untuk berperilaku yang positif karena sikap tersebut masih merupakan reaksi tertutup. Sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap masyarakat mengenai pencegahan DBD 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 baik pula. Tetapi banyak penelitian menunjukkan bahwa proses pembentuk perilaku tidak selalu tergantung pada pengetahuan dan sikap seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri seperti menguras bak mandi seminggu sekali, orang lain yang dianggap penting seperti petugas kesehatan, orang lain yang paling dekat serta tokoh masyarakat misalkan ulama yang sangat disegani dilingkungan tempat tinggal mereka. Menurut Azwar (2003) dalam Kustin (2007) menyatakan bahwa sikap seseorang bisa dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan agama serta faktor emosi dalam diri individu.

Hasil penelitian ini didukung oleh Yudhastuti (2005) menyatakan bahwa sikap yang positif dikarenakan responden dalam menjawab pertanyaan selalu menjawab hal-hal yang baik saja, karena sikap merupakan respon yang masih tertutup dan tidak tampak dalam keadaan nyata, sehingga meskipun mereka sangat setuju terhadap pencegahan DBD belum tentu mereka berperilaku sesuai dengan sikapnya.

#### 4.2.3 Tindakan Responden terhadap Pencegahan DBD

Tindakan adalah perwujudan dari sikap yang berupa praktek. Tindakan ini meliputi tindakan pencegahan DBD. Distribusi frekuensi tindakan responden terhadap kejadian DBD dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut ini

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tindakan Responden

Tindakan Responden	Jumlah	(%)
Tidak mendukung pencegahan DBD	-	-
Kurang mendukung pencegahan DBD	67	67,7
Mendukung pencegahan DBD	32	32,3
Jumlah	99	100

Sumber: Data primer terolah November 2007

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tindakan responden yang mendukung upaya pencegahan lebih kecil dari yang kurang mendukung upaya pencegahan yaitu sebanyak 32,3% dan 67,7%. Hal ini dimungkinkan karena hasil tingkat pengetahuan responden sedang. Jika dilihat dari sikapnya yang positif seharusnya praktek atau tindakan pencegahan juga baik, namun dalam hal ini responden masih melakukan tindakan yang dapat beresiko terjadinya DBD seperti tidak memakai kelambu jika tidur untuk menghindari gigitan nyamuk, tidak memasang kawat kassa pada ventilasi,

menggantung pakaian, tidak menggunakan pakaian panjang seperti celana panjang dan pakain panjang untuk menghindari gigitan nyamuk dengan alasan panas dan lain-lain sehingga dari hasil penelitian ini didapatkan tindakan pencegahan DBD yang masih kurang mendukung.

Dalam Notoatmodjo (2003) terdapat tiga indikator untuk menilai perilaku seseorang yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan (*practice*) kesehatan dapat juga dikatakan perilaku kesehatan atau *over behavior*. Sehingga dapat dikatakan bahwa untuk menilai pencegahan DBD dapat dilihat dari tindakan, namun dalam melakukan praktek pencegahan pada masyarakat desa Balung Lor masih kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Kasnodihardjo (2007) yang menyatakan bahwa tindakan yang kurang mendukung upaya pemberantasan penyakit tersebut perlu diubah agar menunjang upaya pemberantasan dan pencegahan DBD.

#### 4.3 Jenis Kontainer yang Ditemukan Sebagai Tempat Perindukan

Dari beberapa jenis kontainer yang ditemukan, bak mandi/WC adalah salah satu jenis kontainer yang positif jentik, untuk mengetahui lebih lanjut dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Distribusi Jenis kontainer Berdasarkan positif dan negatif jentik

No	Jenis kontainer	Dalam Rumah		Luar Rumah	
		(+) jentik	(-) jentik	(+) jentik	(-) jentik
1.	Pelepah pisang				158
2.	Bak mandi/WC	32	68		
3.	Gentong		93		
4.	Tempat minum burung	5	20	7	48
5.	Potongan Bambu				58
6.	Kaleng bekas			2	46
7.	Pot tanaman berisi air			5	35
8.	Botol/kaleng bekas				31
9.	Lubang pohon				10
10.	Ban bekas				4
11.	Drum				2
12.	Tempurung kelapa				2
13.	Vas bunga berisi air				0
Jumlah (persen)		37 (5,91%)	181 (28,91%)	14 (2,24%)	394 (62,94%)

Sumber: Data primer terolah November 2007

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui jenis kontainer yang paling banyak disekitar rumah responden adalah pelepah pisang sebanyak 158 karena dilokasi penelitian banyak ditemukan tanaman pisang, kemudian bak mandi/WC sebanyak 100 buah dan yang ketiga adalah gentong sebanyak 93 buah, sedangkan kontainer yang banyak ditemukan di dalam rumah dengan positif jentik sebanyak 5,91% dan diluar rumah sebanyak 2,24% kemudian kontainer yang paling banyak ditemukan jentik adalah bak mandi/WC sebanyak 32 buah yang kedua adalah tempat minum burung sebanyak 12 dan yang ketiga adalah pot tanaman berisi air sebanyak 5 buah. Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa jentik nyamuk banyak ditemukan di bak mandi atau WC karena nyamuk ini lebih menyukai tinggal di dalam rumah, hal ini sesuai dengan Soegianto (2004) dalam Demam Berdarah Dengue Tinjauan Baru Di Era 2003 menyatakan bahwa nyamuk *Aedes Aegypti* hidup domestik dan sangat erat hubungannya dengan manusia serta lebih menyukai tinggal di dalam rumah dari pada di luar rumah, yang kesukaannya menghisap darah manusia dari pada darah binatang sehingga nyamuk ini bersifat *antropophilic*.

Sedangkan jentik yang ditemukan diluar rumah yang paling banyak adalah pot tanaman yang berisi air yang prosentasenya lebih kecil dari pada jenis kontainer yang berada di dalam rumah, dan hal ini juga dikemukakan oleh Soegianto, dkk bahwa nyamuk *Aedes Aegypti* ini menyukai tempat-tempat yang tergenang air meskipun keberadaannya di luar rumah dimana kontainer tersebut tidak dalam keadaan mengering, karena nyamuk ini tidak akan bisa hidup bertahan lama pada tempat-tempat yang tidak tergenang oleh air.

#### **4.4 Keberadaan Jentik Di Dalam Kontainer Dengan Perhitungan CI**

*Container Index (CI)* adalah jumlah kontainer dengan jentik dengan jumlah kontainer yang diperiksa dikalikan seratus persen (Depkes RI, 2005), dimana CI ini digunakan untuk memberikan informasi tentang proporsi kontainer yang berisi air yang positif (WHO, 2000). Keberadaan jentik nyamuk yang telah diperiksa dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus CI sebagai berikut :



$$\text{Container Index (CI)} : \frac{\text{Jumlah kontainer yang positif jentik}}{\text{Jumlah kontainer yang diperiksa}} \times 100\%$$

Dari perhitungan CI di dapatkan bahwa nilai CI adalah 8,15% artinya nilai CI lebih besar dari Angka Bebas Jentik (ABJ). Dalam Etam (2007) angka standart ABJ dari Dinas Kesehatan yaitu 95% sehingga dapat dimungkinkan di tempat penelitian tersebut terjadi kejadian DBD. Sedangkan jumlah kontainer yang positif jentik sebanyak 51 kontainer, kontainer yang negatif jentik sebanyak 575 kontainer dan jumlah kontainer yang diperiksa sebanyak 626 kontainer.

Jenis kontainer yang paling banyak terdapat jentik adalah bak mandi/WC sebanyak 32. Hasil ini sesuai dalam penelitian Trisnawati (2007) yang menyatakan bahwa nyamuk *Aedes Aegypti* hidup dan berkembang biak pada tempat-tempat penampungan air bersih yang tidak langsung berhubungan dengan tanah, selain itu nyamuk ini lebih menyukai warna hitam, terbuka lebar dan terutama yang terletak di tempat-tempat yang terlindung dari sinar matahari (Soegianto, 2004).

Untuk itu perlu upaya pencegahan dan pemberantasan DBD yang menggunakan beberapa metode meliputi metode lingkungan contohnya adalah PSN, metode individu contohnya menuangkan air panas saat bak mandi terisi air yang sedikit, metode biologis yaitu dengan menggunakan ikan pemakan jentik dan hal ini dapat mengurangi keberadaan jentik dalam suatu kontainer dalam Trisnawati (2007) jumlah jentik dalam suatu kontainer dapat berkurang dan angka CI dapat diturunkan, namun jika semakin banyak kontainer yang terdapat disekitar rumah dapat memungkinkan semakin tinggi pula angka CInya.

#### **4.5 Riwayat Kejadian DBD**

Kejadian DBD pada responden dengan menanyakan kepada responden tentang kejadian DBD yang menimpa responden maupun anggota keluarganya. Distribusi frekuensi riwayat kejadian DBD pada masyarakat desa Balung Lor dapat dilihat selengkapnya pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Distribusi frekwensi riwayat kejadian DBD pada masyarakat desa Balung Lor

Kejadian DBD	Jumlah	(%)
Pernah	18	18,18
Tidak pernah	81	81,82
Jumlah	99	100

Sumber: Data primer terolah November 2007

Berdasarkan hasil wawancara yang diperoleh dengan responden terungkap bahwa dari 99 responden yang menjadi sampel penelitian sebanyak 18 (18,1%) pernah mengalami kejadian DBD sedangkan 81 (81,9%) tidak pernah mengalami kejadian DBD. Umumnya mereka yang pernah mengalami kejadian DBD menyatakan bahwa gejala yang timbul adalah demam tinggi, pusing, mual dan kadang timbul bintik-bintik merah. Sehingga kesimpulan yang dapat diambil dari hasil tersebut adanya riwayat kejadian DBD yang terjadi di masyarakat desa Balung Lor. Hasil penelitian ini sesuai dengan Kristina (2005), yang menyatakan bahwa penyakit DBD ini diawali dengan gejala demam tinggi yang mendadak selama 2-7 hari dengan suhu antara 38°C-40°C kemudian disertai gejala klinis lainnya antara lain anoreksia, lemah, mual, muntah, sakit perut, sakit kepala dan timbul bintil-bintik merah pada kulit yang diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah.

#### 4.6 Hasil Analisis Statistik

Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dapat diperoleh hasil sebagai berikut :

##### 4.6.1 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Responden tentang Pencegahan DBD dengan Kejadian DBD

Hasil analisis data dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh nilai  $p$  (0,026) <  $p$  0,05. Hasil  $p$  tersebut kurang dari  $p$  0,05 sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dengan kejadian DBD. Hal ini sesuai dengan Notoadmodjo (2003) yang menyatakan tinggi rendahnya pengetahuan seseorang tentang pencegahan DBD akan berpengaruh terhadap

pembentukan perilaku seseorang. Semakin tinggi pengetahuan tentang DBD maka semakin tinggi pula kewaspadaan seseorang untuk menghindari diri terhadap penularan penyakit DBD, begitu pula sebaliknya kurangnya pengetahuan dapat berpengaruh pada tindakan yang akan dilakukan, jika perilaku yang didasari oleh pengetahuan maka akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari oleh pengetahuan. Umumnya responden belum mengetahui dengan benar penyebab atau faktor yang menyebabkan timbulnya penyakit DBD, mereka beranggapan bahwa penyebab penyakit DBD adalah nyamuk. Mereka belum mengetahui bahwa orang yang tubuhnya mengandung virus DBD juga berperan sebagai penular jika terdapat nyamuk *Aedes aegypti* sebagai perantaranya, mereka beranggapan bahwa penyakit DBD ini bukan penyakit menular karena tidak ditularkan langsung oleh manusia. Kurangnya pengetahuan responden dalam kaitannya dengan penyakit DBD disebabkan oleh banyak faktor salah satunya adalah kurangnya informasi yang diperoleh responden, seperti dari hasil wawancara yang diperoleh dengan responden mereka mengetahui secara lengkap tentang penyakit DBD setelah ada anggota keluarga yang menderita DBD yang kemudian dibawa ke tempat pelayanan kesehatan sehingga dapat disimpulkan pemberian informasi oleh pihak terkait kurang merata.

Jika pemberian informasi baik secara formal maupun informal tentang DBD kepada masyarakat yang kurang merata menyebabkan tingkat pengetahuan masyarakat menjadi kurang sehingga memungkinkan terjadinya DBD, maka dari itu apabila ada masyarakat yang memiliki pengetahuan tentang penyakit DBD dan upaya pencegahan yang masih rendah segera ditingkatkan sehingga memungkinkan untuk mengurangi kejadian DBD. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Mujoko (2002) yang menyatakan bahwa diperlukan faktor pendukung atau koordinasi yang memungkinkan antara satu dengan yang lainnya seperti pemberian informasi, fasilitas dan dukungan semua pihak. Sebagai contohnya dari pihak masyarakat harus memiliki kemauan untuk meningkatkan pengetahuan tentang DBD dan upaya pencegahannya. Sedangkan bagi pihak pelaksana memberikan informasi, fasilitas dan dorongan atau

semangat kepada masyarakat untuk terus berusaha meningkatkan pengetahuannya tentang bahaya-bahaya penyakit DBD dan upaya pencegahannya sehingga dapat menekan angka kejadian DBD.

#### 4.6.2 Hubungan antara Sikap Responden terhadap Pencegahan DBD dengan Kejadian DBD

Hasil analisis data dengan menggunakan uji statistik *Chi square* diperoleh nilai  $p(0,198) > p 0,05$ . Hasil  $p$  tersebut lebih dari  $p 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan kejadian DBD artinya walaupun responden tersebut memiliki sikap yang positif tentang pencegahan DBD namun masih ada yang menderita DBD.

Newcomb dalam Notoatmodjo (2003), menyatakan seseorang akan bertindak menurut sikap yang diambilnya dan berani mempertanggungjawabkan atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala risiko. Dalam artian, jika seseorang memiliki sikap yang positif tentang sesuatu hal maka tindakan yang diambilnya juga akan bersifat positif. Dilihat dari sikapnya, sikap masyarakat mendukung upaya pencegahan DBD. Namun masih kurang melakukan tindakan pencegahan sehingga dapat mengakibatkan kejadian DBD, sehingga sikap yang positif belum tentu menjadi sebuah patokan tindakan positif.

Menurut Notoatmodjo (2003) setelah orang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh karena itu indikator untuk sikap kesehatan sejalan dengan pengetahuan, jika sikap tersebut positif akan mendukung pengetahuan yang tinggi pula, tetapi dalam penelitian ada yang menunjukkan bahwa proses perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi dimana meliputi pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman dan tidak selalu dari pengetahuan dan sikap seseorang. Dilihat dari sikapnya, sikap masyarakat pada penelitian ini mendukung upaya pencegahan DBD. Namun adakalanya seorang individu mempunyai keyakinan dan melakukan tindakan

yang tidak konsisten atau sesuai dengan keyakinan yang mendasari sikap tersebut karena sikap hanya sebuah penafsiran dari suatu tindakan. Hal ini sesuai dengan penelitian Mujoko (2002) menyatakan bahwa pengetahuan yang rendah tidak selalu diikuti oleh sikap yang buruk dan demikian sebaliknya, karena sikap hanyalah merupakan kesiapan seseorang untuk melaksanakan tindakan.

#### 4.6.3 Hubungan antara Tindakan Responden terhadap Pencegahan DBD dengan Kejadian DBD

Hasil statistik dengan uji *Chi Square* didapatkan nilai  $p (0,020) < p 0,05$ . Hasil  $p$  tersebut kurang dari  $p 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tindakan responden dengan kejadian DBD, dimana tindakan ini meliputi pencegahan DBD. Dari total responden pada umumnya tindakan tersebut masih kurang mendukung. Ini dapat diketahui dari jumlah responden yang menyatakan tindakan yang mendukung lebih kecil dari yang kurang mendukung. Hal ini diakibatkan karena kurangnya kesadaran masyarakat tentang cara pencegahan DBD dalam hal ini pencegahan yang dilakukan secara perseorangan atau individu.

Dalam Notoatmodjo 2003 menyatakan tindakan (*practice*) kesehatan adalah jika seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik) atau biasa juga disebut sikap seseorang terhadap objek yang dihadapinya, dalam hal ini adalah tindakan melaksanakan upaya pencegahan DBD yang salah satunya adalah dengan melaksanakan kegiatan 3M, sehingga hal ini akan berpengaruh pada penurunan kejadian DBD.

Dalam Depkes RI (2005) suatu upaya atau kegiatan dalam memberantas dan mencegah penyakit DBD yaitu dengan penyemprotan massal, Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB), penyuluhan kepada keluarga atau masyarakat, bulan bakti gerakan 3M. Sehingga dapat dikatakan bahwa perilaku masyarakat dalam kaitannya dengan upaya pencegahan pemberantasan penyakit DBD di Desa Balung Lor belum sepenuhnya mendukung upaya tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian

Kasnodihardjo (2007) yang mengungkapkan bahwa rendahnya tindakan masyarakat oleh karena kurangnya upaya penyuluhan tentang penyakit DBD, penyebab dan cara pemberantasannya sehingga perlu ditingkatkan.

## **BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada umumnya responden memiliki tingkat pengetahuan tentang pencegahan DBD sedang dan tinggi, sedangkan sikap responden mendukung pencegahan DBD dan tindakan responden tidak mendukung pencegahan DBD.
2. Jenis kontainer yang paling banyak positif jentik adalah bak mandi/WC.
3. *Container Index (CI)* adalah 8,15%.
4. Responden ada yang mempunyai riwayat penyakit DBD.
5. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dan tindakan responden dengan kejadian DBD sedangkan sikap responden tentang pencegahan DBD tidak ada hubungan yang signifikan dengan kejadian DBD.

### **5.2 Saran**

1. Karena jenis kontainer yang positif jentik banyak berada di dalam rumah maka pencegahan lebih diutamakan pada gerakan 3M di dalam rumah sehingga jumlah jentik yang terdapat di dalam rumah dapat ditekan untuk mengurangi kemungkinan angka kejadian DBD.
2. Dengan mengadakan ceramah tentang bahaya-bahaya serta pencegahan DBD yang dipelopori oleh tokoh masyarakat setempat sehingga dapat mewujudkan masyarakat yang sadar akan penyakit DBD ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi V. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, Suharsimi. 2003. *Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan*, Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Angkasa.
- Budiarto, Eko dkk. 2003. *Pengantar Epidemiologi* Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Budiarto, Eko dkk. 2004. *Metodologi Penelitian Kedokteran Sebuah Pengantar*, Jakarta: EGC.
- Depkes dan Kessos RI, 2001. *Tata Laksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- Depkes RI, 2005. *Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Di Indonesia*. Jakarta: Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Ditjen Pemberantasan dan Penyehatan Lingkungan, 2004. *Bulletin Harian Perilaku Nyamuk Aedes Aegypti Sangat Penting Diketahui Dalam Melakukan Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk Termasuk Pemantauan Jentik Berkala* <http://phil.cdc.gov/phil/result.asp> ( 10 Juni 2007).
- Etam, Odah. 2007. *Berantas Jentik Nyamuk, Kader Jumantik Muara Badak Aktif Turun Ke Lapangan*. <http://www.kutaikartanegara.com.news.php?id.1620> (6 Januari 2008)
- Gandahusada. 2002. *Parasitologi Kedokteran*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Indonesia.
- Hassan, Rusepno dkk. 2002. *Buku Kuliah 2 Ilmu Kesehatan Anak*. Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta: Infomedika.



- Huda, Akhmad Hassan. *Selayang Pandang Penyakit-Penyakit yang Ditularkan oleh Nyamuk di Propinsi Jawa Timur*.  
www.dinkesjatim.go.id/images/datainfo/200501031458-Selpandnyamuk.pdf.  
(10 Mei 2007)
- Kasnodihardjo dkk. 2007. *Aspek Perilaku dalam Kaitannya Dengan Penyakit Demam Berdarah di Kodya Sukabumi*.  
<http://www.kalbe.co.id/files/iiaspekperilaku92.pdf/iiaspekperilaku92.htm/> ( 6 Januari 2008)
- Kristina dkk. 2005. *Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*  
<http://www.dinkesjatim.go.id/berita-detail.html?newsid=233> (10 Mei2007).
- Kustin. 2007. *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember Tahun 2006*. Skripsi Jember: PSKM Universitas Jember (Skripsi yang tidak dipublikasikan).
- Mujoko. 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (Studi Kasus pada masyarakat Desa Sebaung, Kecamatan Gending, Kabupaten Probolinggo)*. Skripsi Surabaya: FKM Universitas Airlangga. (Skripsi yang tidak dipublikasikan).
- Nazir, Moh. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurdian, Yudha. 2003. *Diktat Entomologi Kedokteran*. Laboratorium Parasitologi Program Studi Pendidikan Dokter: Universitas Jember.
- Profil Desa Balung Lor. 2007. *Pemerintah Kabupaten Jember Badan Pemberdayaan Masyarakat*: Kabupeten Jember.
- Purnomo, Hari. 2006. *Konsep Dasar Perjalanan Penyakit Secara Umum: Ditinjau Dari Masalah Penyakit Menular* [http://chps.org/puiblikasi/other/other\\_3.htm](http://chps.org/puiblikasi/other/other_3.htm)  
(10 Juni 2007).
- Soegianto, Soengeng. 2004. *Demam Berdarah Dengue*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Subaris, Heru. 2004. *Manajemen Epidemiologi*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Sudarta, 1996. *Penyakit-Penyakit Infeksi di Indonesia*. Jakarta: Widya Medika.
- Sudrajat. 2005. *Demam Berdarah Dengue (DBD)*. [http://www.geocities.com/mitra\\_sejati\\_2000/dbd.html](http://www.geocities.com/mitra_sejati_2000/dbd.html) (10 Mei 2007).
- Supari. 2007. Ditjen Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, *Waspada Demam Berdarah*. <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2424> (25 Februari 2007).
- Supranto. 1998. *Teknik Sampling Untuk Survei dan Eksperimen*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Trisnawati, Eka. 2007. *Perbedaan Kepadatan Jentik di Kelurahan Endemik, Sporadik dan Bebas DBD di Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember*. Skripsi Jember: PSKM Universitas Jember (Skripsi yang tidak dipublikasikan).
- Utama, Andi. 2004. *Demam Berdarah Dengue dan Permasalahannya*. <http://www.cltracking.com/1.asp?cid=5511> (10 Mei 2007).
- WHO. 1999. *Demam Berdarah Dengue Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- WHO. 2000. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah dan Demam Dengue*. WHO dan Depkes RI.
- Yatim. 2004. *Macam-Macam Penyakit Menular dan Pencegahannya*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Yudhastuti, Ririh dkk. 2005. *Hubungan Kondisi Lingkungan, Kontainer Dan Perilaku Masyarakat dengan Keberadaan Jentik Nyamuk Aedes Aegypti di Daerah Endemis DBD Surabaya*. <http://www.journal.unair.ac.id/login/jurnal/files/kesling1-2-08.rdf> (26 November 2007).

**Lampiran : 1**

**LEMBAR PANDUAN WAWANCARA**  
**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN**  
**KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI DESA**  
**BALUNG LOR KECAMATAN BALUNG KABUPATEN JEMBER**

**A. DATA UMUM RESPONDEN**

Nama :  
Umur :  
Pendidikan terakhir :  
Pekerjaan ibu :  
Pekerjaan Kepala Keluarga :  
Alamat :

**B. KEJADIAN DBD**

Apakah saudara atau anggota keluarga saudara selama 3,5 tahun terakhir menderita penyakit DBD

- a. Pernah
- b. Tidak pernah

**C. PERTANYAAN PENGETAHUAN RESPONDEN**

**Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang paling anggap benar**

1. Apa yang dimaksud penyakit demam berdarah?
  - a. Penyakit menular
  - b. Penyakit tidak menular
  - c. Penyakit keturunan
  - d. Penyakit menahun
2. Apa penular penyakit Demam berdarah?
  - a. Nyamuk
  - b. Lalat
  - c. Tikus
  - d. Kecoa

3. Apa nama nyamuk penular demam berdarah?
  - a. Aedes aegypty
  - b. Anopeles
  - c. Malaria
  - d. Culex
4. Apa sumber penular penyakit demam berdarah?
  - a. Orang yang tubuhnya mengandung virus DBD
  - b. Orang yang sehat
  - c. Orang yang sakit panas
  - d. Orang yang sakit flu
5. Bagaimana cara penularan penyakit demam berdarah?
  - a. Melalui gigitan
  - b. Melalui luka
  - c. Melalui air liur
  - d. Melalui suntikan
6. Cairan apa yang dikeluarkan nyamuk ini jika menularkan ke orang lain?
  - a. Cairan ludahnya
  - b. Cairan darah
  - c. Air kencing
  - d. Air tawar
7. Apa tanda utama penyakit demam berdarah?
  - a. Demam tinggi
  - b. Batuk
  - c. Pilek
  - d. Pusing
8. Apakah akibat penyakit demam berdarah?
  - a. Menyebabkan kematian
  - b. Menyebabkan kelumpuhan
  - c. Menyebabkan nyeri
  - d. Menyebabkan pegal pada badan
9. Nyamuk penular DBD hidup di daerah yang memiliki suhu apa?
  - a. Dingin
  - b. Lembab
  - c. Panas
  - d. Seperti es
10. Dimana nyamuk ini biasa hinggap untuk beristirahat?
  - a. Tempat agak gelap
  - b. Tempat yang terang
  - c. Tempat yang berbau
  - d. Tempat yang banyak sampah

11. Kapan puncak aktivitas nyamuk ini menggigit mangsanya?
  - a. Pagi
  - b. Siang
  - c. Sore
  - d. Malam
12. Di tempat yang bagaimana nyamuk DBD biasa berkembang biak?
  - a. Selokan yang kotor
  - b. Tempat yang berisi air jernih
  - c. Tempat yang terang
  - d. Tempat yang banyak sampah dan berbau
13. Jenis makanan apa yang paling disukai oleh nyamuk DBD?
  - a. Darah manusia
  - b. Darah hewan
  - c. Madu
  - d. Air
14. Berapa kali seharusnya mengganti tempat minum burung dalam sangkar burung?
  - a. Seminggu sekali
  - b. 2 minggu sekali
  - c. 1 bulan sekali
  - d. Tidak perlu diganti
15. Pada musim apa tempat perindukan nyamuk bertambah banyak?
  - a. Hujan
  - b. Kemarau
  - c. Panas
  - d. Dingin
16. 3M adalah kepanjangan dari?
  - a. Menutup, mengubur dan menguras
  - b. Menyapu, membakar dan mengubur
  - c. Menyetrika, menutup dan menyapu
  - d. Menyapu, menyetrika dan memasak
17. 3M adalah kegiatan yang ditujukan untuk apa?
  - a. Memberantas nyamuk demam berdarah
  - b. Mengepel rumah
  - c. Memasak di dapur
  - d. Membakar sampah
18. Apakah tujuan pengendalian atau pencegahan penyakit demam berdarah?
  - a. Menurunkan kepadatan jentik nyamuk
  - b. Memenuhi kepadatan nyamuk
  - c. Memusnahkan jumlah penderita DBD
  - d. Memusnahkan jumlah kematian akibat DBD

19. Sebagai penyakit menular bagaimana cara memberantas dan mencegah penyakit demam berdarah?
- Memutus rantai penularan.
  - Membiarkan nyamuk lebih berkembang biak.
  - Membiarkan kaleng-kaleng, botol-botol dan ban bekas berserakan.
  - Membuat bertambahnya tempat perindukan.
20. Contoh cara pencegahan dengan metode lingkungan berupa apa?
- Mengubur kaleng-kaleng, botol dan ban bekas.
  - Menggunakan obat nyamuk bakar.
  - Menuangkan air panas pada saat mandi.
  - Menggunakan pakaian berlengan panjang.
21. Cara pencegahan perseorangan yang bagaimana paling umum digunakan untuk melindungi diri dari gigitan nyamuk?
- Membersihkan bak mandi seminggu sekali
  - Menggunakan lotion anti nyamuk
  - Memelihara ikan
  - Mengganti tempat minum burung
22. Pembertantasan Sarang Nyamuk dilakukan dengan?
- Pengasapan atau fogging
  - Menyapu
  - Membakar sampah
  - Menambah tempat perindukan
23. Tindakan yang paling tepat dalam mencegah dan memberantas DBD adalah ?
- Melakukan penyemprotan massal sebelum musim penularan penyakit
  - Melakukan penyemprotan massal pada waktu penularan penyakit
  - Melakukan penyemprotan massal sesudah musim penularan penyakit
  - Melakukan penyemprotan massal setelah penyakit menjadi wabah
24. Adanya jentik dalam bak mandi perlu dikuras sebanyak berapa kali?
- Seminggu sekali
  - 2 minggu sekali
  - 3 minggu sekali
  - Sebulan sekali
25. Perkembangan jentik nyamuk dapat dicegah dengan.....pada Tempat Penampungan Air
- Butiran garam kasar
  - Butiran abate
  - Butiran gula
  - Butiran pasir sungai
26. Serbuk abate sebaiknya diulangi dalam jangka waktu?
- 1 – 2 tahun
  - 6 – 12 bulan
  - 2 – 3 bulan
  - 1 minggu

27. Bagaimana penanganan penderita selama demam?
- Istirahat ditempat tidur
  - Memberikan minum
  - Dengan suntik
  - Dengan transfusi darah
28. Pertolongan pertama dan utama pada penderita DBD dengan pemberian apa?
- Dengan tranfusi darah
  - Dengan suntik
  - Dengan diberi minum
  - Dengan istirahat

**D. PERTANYAAN SIKAP RESPONDEN**

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang paling anggap benar

**SS** : Sangat setuju

**S** : Setuju

**TS** : Tidak setuju

**STS** : Sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Penyakit demam berdarah dapat mengakibatkan kematian.				
2.	Penyebabnya adalah virus.				
3.	Sumber penular orang yang tubuhnya mengandung virus demam berdarah.				
4.	Membawa penderita ke Rumah sakit atau Puskesmas.				
5.	Demam berdarah terutama menyerang anak-anak.				
6.	Cara pencegahan demam berdarah dengan 3M.				
7.	Contoh kegiatan 3M menyingkirkan barang-barang bekas.				
8.	Jika terdapat jentik dalam bak mandi ditaburkan abate.				
9.	Penggunaan abate setiap 1 bulan sekali.				
10.	Tempat minum burung tidak diganti.				
11.	Kaleng dan ban bekas dibiarkan berserakan				
12.	Krim atau lotion anti nyamuk hanya digunakan saat tidur.				
13.	Menguras bak mandi dilakukan sebulan sekali.				
14.	Menguras bak mandi untuk menambahi jentik nyamuk.				
15.	Memelihara ikan di dalam bak mandi mengurangi kepadatan jentik nyamuk.				
16.	Menutup rapat tempat penampungan air agar nyamuk tidak dapat berkembang biak.				
17.	Tujuan pengendalian yang utama menurunkan kepadatan jentik nyamuk.				
18.	Jentik pada tempat penampungan air tidak perlu diperiksa.				
19.	Jika terdapat jentik pada tempat yang agak gelap dibiarkan.				
20.	Setelah musim penularan dilakukan				



	penyemprotan massal.				
21.	Memberantas penyebab demam berdarah dengan menjaga kebersihan lingkungan.				
22.	Membersihkan lingkungan yang kotor adalah petugas kebersihan dan kita diam saja.				
23.	Masyarakat perlu diberi penyuluhan tentang penyakit demam berdarah.				
24.	Pada perubahan musim nyamuk lebih lama tinggal di dalam rumah yang kotor.				
25.	Suhu yang lembab tidak berpengaruh pada perkembang biakan nyamuk.				
26.	Jika tidak menjaga kebersihan maka nyamuk ini akan mudah berkembang biak.				
27.	Daerah padat penduduk jarang terkena penyakit demam berdarah.				
28.	Tingginya perpindahan penduduk memudahkan penularan penyakit demam berdarah.				

### E. PERTANYAAN TINDAKAN RESPONDEN

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang paling anggap benar

**TP : Tidak pernah**

**PS : Pernah sekali**

**PLS : Pernah lebih dari sekali**

No	Pertanyaan	TP	PS	PLS
1.	Membersihkan lingkungan sekitar rumah untuk mencegah demam berdarah			
2.	Melakukan gerakan 3M dilingkungan sekitar			
3.	Membersihkan bak mandi seminggu sekali			
4.	Membiarkan barang bekas di halaman rumah.			
5.	Mengganti air pada tempat minum burung didalam sangkar burung seminggu sekali.			
6.	Gentong dibiarkan terbuka			
7.	Membiarkan pot tanaman berisi air			
8.	Menimbun kaleng dan botol bekas.			
9.	Terdapat lubang pada pagar bambu dibiarkan terbuka.			
10.	Membakar tempurung kelapa yang berserakan di halaman rumah.			
11.	Membersihkan selokan yang tergenang air.			
12.	Menggantung pakaian			
13.	Dilakukan fogging atau pengasapan untuk mencegah demam berdarah.			
14.	Memberantas demam berdarah dengan bahan kimia.			
15.	Melakukan radiasi pada nyamuk <i>Aedes Aegypti</i>			
16.	Memelihara ikan di dalam bak mandi untuk mencegah demam berdarah.			
17.	Melakukan pemeriksaan jentik sendiri pada bak mandi.			
18.	Menggunakan perangkap nyamuk agar nyamuk tidak dapat berkembang biak.			
19.	Menyalakan lampu ditempat yang gelap.			
20.	Memakai kelambu jika saat tidur untuk menghindari gigitan nyamuk.			
21.	Menggunakan lotion anti nyamuk.			
22.	Menggunakan obat nyamuk bakar atau semprot.			
23.	Memasang kawat kassa pada jendela atau ventilasi .			
24.	Menggunakan pakaian panjang seperti celana panjang dan berlengan panjang untuk menghindari gigitan nyamuk.			
25.	Menggunakan kaos kaki saat tidur untuk menghindari gigitan nyamuk.			
26.	Menuangkan air panas pada saat bak mandi terisi air sedikit.			
27.	Melakukan pengelolaan sampah padat.			
28.	Melakukan perbaikan rumah			

**Lampiran : 2****Lembar Observasi Kontainer**

No	Jenis Kontainer	Jumlah	Jentik	
			positif	negatif
1.	TPA keperluan sehari-hari yaitu: a. Bak mandi/WC b. Gentong c. Drum			
2.	TPA bukan keperluan sehari-hari yaitu: Ban bekas Kaleng bekas Botol bekas Tempat minum burung Vas bunga berisi air Pot tanaman berisi air			
3.	TPA alami yaitu: Lubang pohon Tempurung kelapa Potongan bambu Pelepah pisang			

**Lampiran: 3**



Gambar 1. Tempat penampungan air di WC



Gambar 2. Sangkar burung



Gambar 3. Bak mandi



Gambar. 4 Tumpukan potongan bambu, kayu



Gambar. 5 Pohon pisang



Gambar.6 Drum



Gambar.7 Barang-barang bekas



Gambar. 8 Pot tanaman berisi air



Gambar. 9 Potongan bambu



Gambar. 10 Lubang pohon





Gambar. 11 Selokan

## Lampiran : 4

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kejadian DBD * Pengetahuan responden	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%

#### Kejadian DBD \* Pengetahuan responden Crosstabulation

Count

		Pengetahuan responden		Total
		sedang	tinggi	
Kejadian DBD	Pernah	5	13	18
	Tidak pernah	46	35	81
Total		51	48	99

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,963(b)	1	,026		
Continuity Correction(a)	3,869	1	,049		
Likelihood Ratio	5,091	1	,024		
Fisher's Exact Test				,036	,024
Linear-by-Linear Association	4,913	1	,027		
N of Valid Cases	99				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,73.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kejadian DBD * SIKAP	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%

### Kejadian DBD \* SIKAP Crosstabulation

Count

		SIKAP		Total
		Kurang mendukung	Mendukung	
Kejadian DBD	Pernah	4	14	18
	Tidak pernah	31	50	81
Total		35	64	99

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,660(b)	1	,198		
Continuity Correction(a)	1,032	1	,310		
Likelihood Ratio	1,762	1	,184		
Fisher's Exact Test				,278	,155
Linear-by-Linear Association	1,643	1	,200		
N of Valid Cases	99				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,36.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kejadian DBD * TINDAKAN	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%

### Kejadian DBD \* TINDAKAN Crosstabulation

Count

		TINDAKAN		Total
		Kurang mendukung	Mendukung	
Kejadian DBD	Pernah	8	10	18
	Tidak pernah	59	22	81
Total		67	32	99

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,428(b)	1	,020		
Continuity Correction(a)	4,208	1	,040		
Likelihood Ratio	5,122	1	,024		
Fisher's Exact Test				,027	,022
Linear-by-Linear Association	5,373	1	,020		
N of Valid Cases	99				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,82.