



**KELOMPOK PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN)  
SISKAMLING DBD DI KECAMATAN SUKODONO  
KABUPATEN LUMAJANG**

**SKRIPSI**

Oleh

**Ririn Dwikorastin**

**NIM 112110101029**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**KELOMPOK PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN)  
SISKAMLING DBD DI KECAMATAN SUKODONO  
KABUPATEN LUMAJANG**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S1) Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Ririn Dwikorastin**

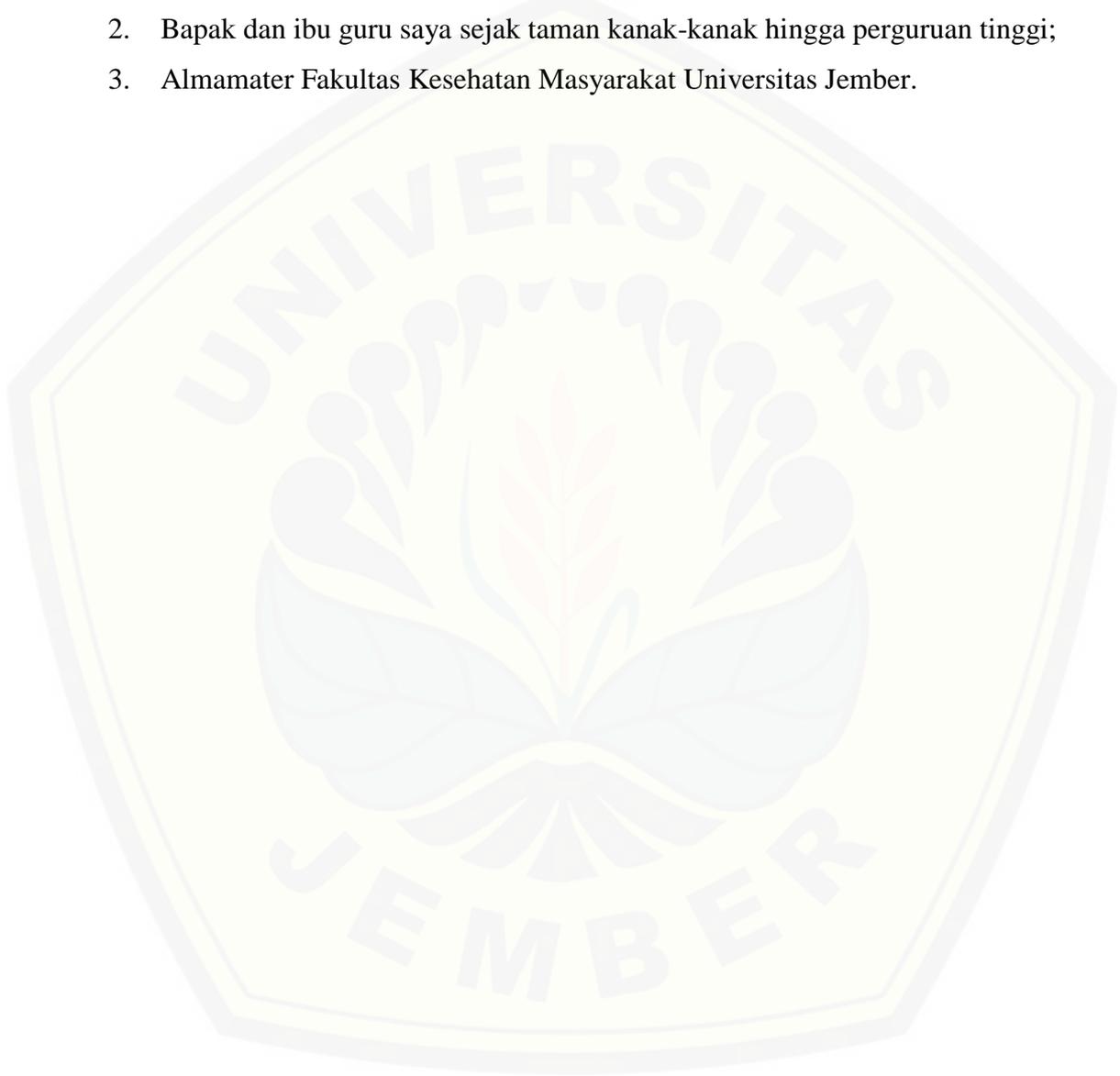
**NIM 112110101029**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

**PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya ibu Nining Sulastri dan bapak Sunari;
2. Bapak dan ibu guru saya sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



**MOTTO**

“Islam itu agama yang bersih, maka jagalah kebersihan. Sesungguhnya tidak akan masuk surga kecuali orang-orang yang menjaga kebersihan” (H.R. Baihaq).



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ririn Dwikorastin

NIM : 112110101029

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Kelompok Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi 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 sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 10 Desember 2015

Yang menyatakan,

Ririn Dwikorastin

NIM 112110101029

**SKRIPSI**

**KELOMPOK PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN)  
SISKAMLING DBD DI KECAMATAN SUKODONO  
KABUPATEN LUMAJANG**

Oleh

Ririn Dwikorastin  
NIM 112110101029

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes  
Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Kelompok Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 10 Desember 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Rahayu Sri Pujiati, S.KM., M.Kes  
NIP. 19770828 200312 2 001

Andrei Ramani, S.KM., M.Kes  
NIP. 19800825 200604 1 005

Anggota

Cahyo Prayitno, S.Kep., Ners  
NIP. 19750716 200003 1 002

Mengesahkan

Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP. 19560810 198303 1 003

## RINGKASAN

**Kelompok Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang;** Ririn Dwikorastin; 112110101029; 2015; 58 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyakit demam berdarah *dengue* (DBD) masih menjadi masalah kesehatan yang serius di Provinsi Jawa Timur, sebab setiap tahunnya di setiap kabupaten/kota selalu dilaporkan terjadi kasus DBD hingga menyebabkan beberapa kabupaten/kota mengalami kejadian luar biasa demam berdarah dengue (KLB DBD). Berdasarkan hasil studi pendahuluan, Kabupaten Lumajang merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur yang mengalami peningkatan jumlah kasus DBD pada tahun 2013, yaitu sebesar 150 kasus dari 23 kasus di tahun 2012. Peningkatan kasus DBD terus berlanjut hingga tahun 2015, dimana pada akhir November sudah tercatat 167 kasus DBD. Untuk menanggulangi tingginya kasus DBD diperlukan upaya preventif (pencegahan) yang melibatkan peran aktif masyarakat. Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang pada akhir tahun 2013 telah menggalakkan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan model siskamling DBD dimana Kecamatan Sukodono menjadi kecamatan percontohan. Hingga saat ini telah tercatat 45 kelompok PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono, namun 4 kelompok diantaranya sudah tidak menjalankan kegiatannya atau kelompok tersebut sudah tidak aktif lagi. Berjalan atau tidaknya kegiatan PSN siskamling DBD dipengaruhi oleh kesadaran masyarakat terhadap perubahan perilaku dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan pengetahuan, sikap masyarakat, dan penilaian terhadap peran petugas kesehatan dalam memantau kegiatan PSN di kelompok PSN Siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan metode deskriptif dan komparasi atau perbandingan. Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang pada bulan Agustus hingga September 2015. Sampel penelitian ini terdiri dari 61 orang ibu-ibu yang terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok PSN siskamling DBD aktif berjumlah 41

orang dan kelompok PSN siskamling tidak aktif berjumlah 20 orang. Teknik pengambilan sampel pada masing-masing kelompok PSN siskamling DBD menggunakan *simple random sampling*. Pengolahan data dilakukan dengan teknik pemeriksaan, pengkodean, pemberian skor, dan tabulasi data. Data hasil penelitian dianalisis secara deskriptif kemudian disajikan dalam bentuk teks dan tabel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat persamaan dan perbedaan karakteristik responden kelompok PSN siskamling DBD aktif dan tidak aktif. Persamaan karakteristik responden kedua kelompok tersebut adalah sebagian besar berusia 40-46 tahun. Perbedaan responden kedua kelompok tersebut adalah sebagian besar responden kelompok PSN siskamling DBD aktif memiliki pendidikan terakhir SMA/ sederat dan memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, sedangkan responden kelompok PSN siskamling DBD tidak aktif memiliki pendidikan terakhir SMP/MTS/ sederajat dan memiliki pekerjaan sebagai petani. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa skor rata-rata pengetahuan responden pada kelompok PSN siskamling DBD aktif lebih tinggi ( $15,07 \pm 1,942$ ) dibandingkan kelompok PSN siskamling DBD tidak aktif ( $11,05 \pm 1,191$ ). Skor rata-rata sikap responden terhadap kegiatan PSN siskamling DBD pada kelompok PSN siskamling DBD aktif lebih besar ( $12,54 \pm 0,711$ ) dibandingkan responden kelompok PSN siskamling DBD tidak aktif ( $10,00 \pm 0,973$ ). Seluruh responden kelompok PSN siskamling DBD aktif memberikan penilaian baik terhadap peran petugas kesehatan, sedangkan seluruh responden kelompok PSN siskamling DBD memberikan penilaian kurang terhadap peran petugas kesehatan.

Saran yang dapat diberikan dari penelitian ini adalah perlunya pengembangan kelompok PSN siskamling DBD di seluruh wilayah di Kabupaten Lumajang, melakukan pendekatan secara khusus kepada tokoh masyarakat, mengembangkan lomba PSN siskamling DBD yang telah ada, serta menghimbau masyarakat kelompok PSN siskamling DBD tidak aktif untuk melanjutkan kembali kegiatannya agar mendapatkan manfaat dari kegiatan tersebut.

## SUMMARY

*The Eradication of Mosquito Nest Siskamling DBD Group in Sukodono Lumajang; Ririn Dwikorastin; 112110101029; 2015; 58 pages; Departement of Epidemiology, Biostatistics and Population, Public Health Faculty of Jember University.*

*Dengue hemorrhagic fever (DHF) disease becomes a serious health problem in East Java, because it has been reported dengue cases in each district for each year which makes several districts or cities have an extraordinary occurrence of dengue hemorrhagic fever. Based on the results of preliminary studies, Lumajang is one of the district in East Java which has an increase number of DHF case in 2013 by 150 cases from 23 cases in 2012. The cases continued until 2015, where at the end of November already recorded 167 cases of DHF. To overcome the high DHF case, it needs a preventive effort which involves the participation from the society. Lumajang District Health Office made an eradication mosquito nest siskamling DHF group at the end of 2013, where the Sukodono Subdistrict became an example subdisrtict in there. Now, Sukodono has 45 groups siskamling DHF, but there are 4 groups which are not active to do their activity. Whether the activity of siskamling DHF continue or not, it is influenced by the public awareness towards their behavioral change dealing with the prevention of DHF disease. The purpose of the research was to compare the knowledge, public attitudes, and assessment of the role of health worker in monitoring siskamling DHF activity of active and inactive group.*

*This observational research used descriptive and comparative methods. This research was conducted in Sukodono Subdistrict started in August until September 2015. The research sample were 61 women divided into two groups that were 41 women of siskamling DHF active group and 20 women of siskamling DHF inactive group. The sampling technique for each group of siskamling DHF used simple random sampling. The data analysis was done by examining the data, encodes the data, scoring the data, and data tabulation. The data were analyzed descriptively and presented in form of text (textular) and tables.*

*The results of the research showed that there are similarities and differences in the characteristics of respondents siskamling DHF group active and inactive. The equation characteristics of the respondents on two groups are mostly 40-46 years old. The difference are most respondents siskamling DHF active group have the last education senior high school and have a job as a housewife, while respondents of siskamling DHF inactive group have the last education junior high school and have a job as a farmer. The results also showed that the average score of respondent's knowledge on siskamling DHF active group was higher ( $15.07 \pm 1.942$ ) than siskamling DHF inactive group ( $11.05 \pm 1.191$ ). The average score of respondent's attitudes for siskamling DHF activity on siskamling DHF active group was larger ( $12.54 \pm 0.711$ ) than siskamling DHF inactive group ( $10.00 \pm 0.973$ ). All respondents of siskamling DHF active group gave good assessment for the role of health workers, but all respondents of siskamling DHF inactive group gave less assessment of the role of health workers.*

*This present research gives a recommendation that it needs to develop the siskamling DHF groups in all Lumajang Regency, gives a special care to the leaders for each community, developing siskamling DHF competition which already exist, and urge the people in siskamling DHF inactive group to continue their activities in order to get benefits from these activities.*

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta tidak lupa sholawat dan salam yang ditujukan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Kelompok Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang”. Skripsi ini disusun guna melengkapi tugas akhir (skripsi) dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM).

Topik skripsi ini diangkat atas dasar kelompok PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono yang telah terbentuk tidak semuanya berjalan. Dari 45 kelompok PSN yang telah terbentuk terdapat 4 kelompok yang kegiatannya tidak aktif. Peneliti ingin melihat seberapa jauh kesadaran masyarakat dalam ikut serta melakukan pencegahan penyakit DBD dengan membandingkan pengetahuan dan sikap mereka. Selain itu, peneliti ingin membandingkan seberapa besar peran dari petugas kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan tersebut. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh sebab itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran hingga terselesaikannya skripsi ini dengan baik;
2. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran hingga terselesaikannya proposal skripsi ini dengan baik;
3. Rahayu Sri Pujiati, S.KM., M.Kes selaku ketua penguji yang telah memberikan kritik dan saran terhadap penyusunan skripsi ini;
4. Andrei Ramani, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji yang telah memberikan kritik dan saran terhadap penyusunan skripsi ini;
5. Cahyo Prayitno, S.Kep., Ners selaku anggota penguji yang telah memberikan kritik dan saran terhadap penyusunan skripsi ini;

6. Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang yang telah mengizinkan penulis dalam pengambilan data penelitian;
7. Puskesmas Sukodono Kabupaten Lumajang yang juga telah mengizinkan penulis dalam pengambilan data penelitian;
8. Meme, Desy, Jelly, Uyunk, Anggi, Yuni, Ulfa, Ika, dan Ichwan, teman-teman penulis yang telah memberikan motivasi dan dukungan;
9. Teman-teman seperjuangan di peminatan Epidemiologi 2011, teman-teman angkatan 2011 FKM UJ serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
10. Teman-teman kos Kalimantan VI nomer 3, yaitu Indah, Sari, Titin, mbak Angel, mbak Tiar, mbak Lenny, dan mbak Lia terimakasih atas semangatnya yang telah kalian berikan selama ini.

Skripsi ini telah disusun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kesalahan dan kekurangan. Penulis menerima masukan yang membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 10 Desember 2015

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>x</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xx</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>5</b>
1.2.1 Tujuan Umum .....	<b>5</b>
1.2.2 Tujuan Khusus .....	<b>5</b>
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>5</b>
1.3.1 Manfaat Teoritis.....	<b>5</b>
13.2 Manfaat Praktis .....	<b>6</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)</b> .....	<b>7</b>
2.1.1 Definisi DBD .....	<b>7</b>
2.1.2 Patogenesis DBD .....	<b>7</b>

2.1.3	Gejala DBD .....	8
2.1.4	Tempat Perkembangbiakan Nyamuk DBD.....	8
2.1.5	Pencegahan DBD .....	8
2.1.6	Angka Bebas Jentik.....	10
<b>2.2</b>	<b>Perilaku .....</b>	<b>10</b>
2.2.1	Definisi Perilaku .....	11
2.2.2	Ruang Lingkup Perilaku .....	11
2.3.3	Perilaku Kesehatan .....	11
<b>2.3</b>	<b>Desa Siaga Aktif .....</b>	<b>13</b>
2.3.1	Pelayanan Kesehatan Dasar .....	13
2.3.2	Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pengembangan UKBM .....	13
2.3.3	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat .....	14
<b>2.4</b>	<b>Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) .....</b>	<b>15</b>
<b>2.5</b>	<b>Kelompok Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Siskamling DBD .....</b>	<b>17</b>
<b>2.5</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>19</b>
<b>2.6</b>	<b>Kerangka Konseptual.....</b>	<b>20</b>
<b>2.7</b>	<b>Hipotesis .....</b>	<b>21</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>Penentuan Populasi dan Sampel .....</b>	<b>23</b>
3.3.1	Populasi Penelitian .....	23
3.3.2	Sampel dan Besar Sampel Penelitian .....	23
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel .....	27
<b>3.4</b>	<b>Definisi Operasional .....</b>	<b>27</b>
<b>3.5</b>	<b>Data dan Sumber Data .....</b>	<b>28</b>
<b>3.6</b>	<b>Teknik dan Alat Perolehan Data .....</b>	<b>29</b>
3.6.1	Teknik Perolehan Data .....	29

3.6.2	Instrumen Perolehan Data .....	29
<b>3.7</b>	<b>Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>29</b>
3.7.1	Teknik Pengolahan Data .....	29
3.7.1	Teknik Penyajian Data .....	30
3.7.2	Teknik Analisis Data .....	30
<b>3.8</b>	<b>Uji Validitas dan Reliabilitas .....</b>	<b>31</b>
<b>3.9</b>	<b>Alur Penelitian .....</b>	<b>32</b>
<b>BAB 4.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Hasil Penelitian .....</b>	<b>33</b>
4.1.1	Gambaran Kegiatan PSN Siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang .....	33
4.1.2	Gambaran Karakteristik Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif .....	37
4.1.3	Perbedaan Pengetahuan Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif .....	39
4.1.4	Perbedaan Sikap Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif .....	40
4.1.5	Perbedaan Penilaian Peran Petugas Kesehatan pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif ..	41
<b>4.2</b>	<b>Pembahasan .....</b>	<b>42</b>
4.2.1	Gambaran Kegiatan PSN Siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang .....	42
4.2.2	Gambaran Karakteristik Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif .....	45
4.2.3	Perbedaan Pengetahuan Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif .....	47
4.2.4	Perbedaan Sikap Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif .....	48
4.2.5	Perbedaan Penilaian Peran Petugas Kesehatan pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif ..	50

<b>BAB 5. PENUTUP</b> .....	<b>52</b>
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	<b>52</b>
<b>5.2 Saran</b> .....	<b>53</b>

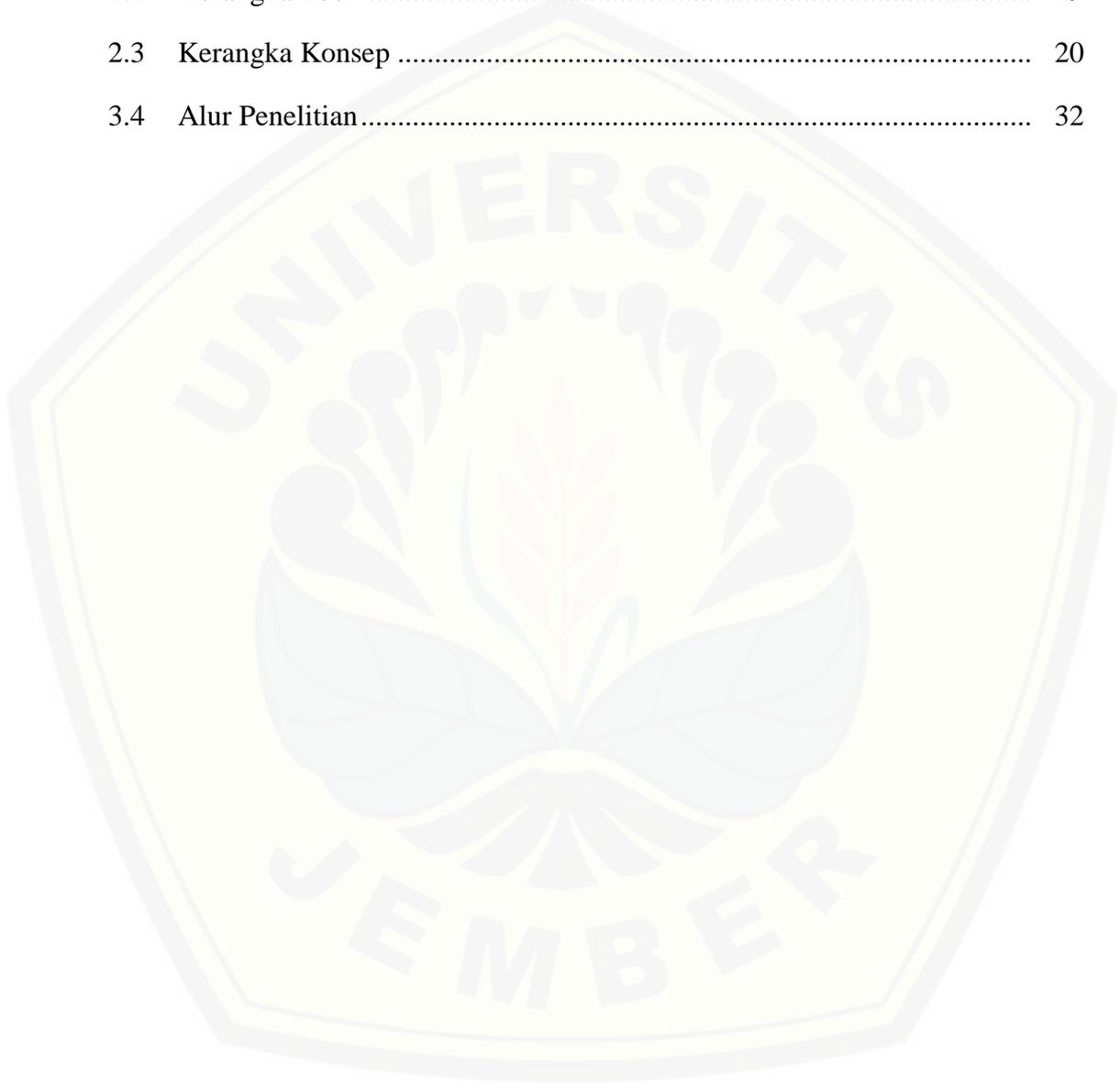


**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Daftar Kelompok PSN Siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang .....	17
3.2 Besar Sampel pada Masing-masing Kelompok PSN Siskamling DBD Tidak Aktif .....	24
3.3 Besar Sampel pada Masing-masing Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif.....	25
3.3 Definisi Operasional .....	27
4.1 Karakteristik Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif Dan Tidak Aktif.....	38
4.2 Perbedaan Skor Rata-rata Pengetahuan Responden pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif.....	39
4.3 Perbedaan Skor Rata-rata Sikap Responden terhadap Kegiatan PSN Siskamling DBD pada Kelompok PSN Siskamling DBD Aktif dan Tidak Aktif .....	40
4.4 Perbedaan Penilaian Peran Petugas Kesehatan pada Kelompok PSN Siskamling Aktif dan Tidak Aktif .....	42

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.2 Kerangka Teori .....	19
2.3 Kerangka Konsep .....	20
3.4 Alur Penelitian.....	32



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ).....	59
B. Kuesioner Penelitian untuk Masyarakat .....	60
C. Kuesioner Penelitian untuk Ibu Ketua RT .....	66
D. Kuesioner Penelitian untuk Petugas Kesehatan Puskesmas Sukodono.....	67
E. Kuesioner Penelitian untuk Perawat Desa Kecamatan Sukodono.....	69
F. Hasil Data Primer Responden.....	71
G. Hasil Pengolahan Data.....	74
H. Dokumentasi Penelitian.....	83
I. Rekapitulasi Kegiatan PSN Siskamling DBD .....	85
J. Surat Ijin Penelitian .....	89

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang dibawa oleh nyamuk betina dari genus *Aedes*, yaitu *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* (Kemenkes RI, 2013:96). Penyakit DBD merupakan penyakit yang dapat ditularkan dari orang sakit kepada orang sehat melalui gigitan nyamuk *Aedes* tersebut (Rosidi dan Adisasmito, 2006:2). Hingga saat ini penyakit DBD masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia karena dapat mengakibatkan kejadian luar biasa (KLB).

Penyakit DBD di Provinsi Jawa Timur masih menjadi masalah kesehatan yang serius, sebab setiap tahunnya setiap kabupaten/kota di Jawa Timur selalu dilaporkan terjadi kasus DBD hingga menyebabkan beberapa kabupaten/kota mengalami kejadian luar biasa demam berdarah dengue (KLB DBD). Pada tahun 2013, hingga bulan Juni telah tercatat 11.207 penderita di Jawa Timur terjangkit DBD dengan jumlah penderita meninggal sebanyak 99 orang. Pada awal tahun 2015 di Jawa Timur tercatat 1.817 kasus DBD. Jumlah kasus DBD tersebut mengalami peningkatan hingga 46% pada bulan yang sama di tahun 2014, yaitu sebanyak 980 kasus. Pada Januari 2015 tercatat 37 kabupaten/kota yang ditetapkan sebagai daerah KLB DBD, termasuk di dalamnya Kabupaten Lumajang (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, pada tahun 2013 di Kabupaten Lumajang terjadi peningkatan kasus DBD, yaitu sebesar 150 kasus dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang hanya berjumlah 23 kasus. Tahun 2014 jumlah kasus DBD di Kabupaten Lumajang tidak mengalami penurunan yang berarti, sebab tercatat sebanyak 129 kasus DBD pada tahun tersebut, kemudian hingga akhir November 2015 tercatat 167 kasus DBD di Kabupaten Lumajang. Hal ini berarti kasus DBD di Kabupaten Lumajang pada tahun 2015 mengalami

peningkatan dari tahun sebelumnya, sehingga diperlukan segera upaya pencegahan dan penanggulangan peningkatan jumlah kasus DBD. Upaya preventif atau pencegahan sangat penting untuk dilakukan khususnya di daerah-daerah yang sering mengalami KLB DBD, agar daerah tersebut tidak mendapatkan predikat KLB DBD kembali

Departemen Kesehatan telah mengupayakan berbagai strategi dalam pemberantasan penyakit demam berdarah. Strategi tersebut didasarkan atas pemutusan rantai penularan penyakit DBD yang terdiri dari virus, nyamuk *Aedes aegypti* dan manusia (Shidiq, 2010:17). Beberapa kabupaten/kota mempunyai strategi tersendiri untuk mencegah dan menanggulangi penyakit DBD di wilayahnya agar tidak mengakibatkan KLB DBD, salah satunya dengan melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah (PSN-DBD). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, kegiatan tersebut wajib dilakukan di setiap kabupaten/kota sebagai upaya pencegahan penyakit DBD. Bentuk kegiatan PSN-DBD di setiap wilayah berbeda-beda, tergantung dari kebijakan masing-masing Dinas Kesehatan kabupaten/kota tersebut.

Pelaksanaan kegiatan PSN-DBD membutuhkan peran aktif dari masyarakat, sebab peran aktif masyarakat dapat meningkatkan kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan (Rini *et al.*, 2012). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang dalam mengatasi masalah tingginya kasus DBD menggalakkan kegiatan PSN dengan model siskamling DBD pada tahun 2013. Kegiatan PSN tersebut merupakan salah satu kegiatan yang menunjang program pencegahan penyakit DBD. Kegiatan PSN siskamling DBD ini bertujuan untuk membangun peran serta aktif masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD dengan melibatkan masyarakat sebagai juru pemantau jentik (jumantik).

Kegiatan PSN-DBD sebagai upaya pencegahan penyakit DBD di setiap wilayah kabupaten/kota selalu ada, namun bentuk dari kegiatan tersebut berbeda-beda. Bentuk kegiatan PSN dengan model siskamling DBD yang ada di Kabupaten Lumajang merupakan upaya nyata yang telah diberikan Dinas Kesehatan untuk menanggulangi kasus DBD yang dalam 3 tahun terakhir

jumlahnya selalu tinggi. Berdasarkan hasil studi pendahuluan, awalnya kegiatan PSN siskamling DBD disosialisasikan kepada 5 kecamatan yang memiliki jumlah kasus DBD tertinggi, yaitu Kecamatan Jatiroto, Kunir, Tekung, Lumajang, dan Sukodono. Kecamatan Sukodono merupakan salah satu kecamatan yang menjadi kecamatan percontohan dalam pembentukan kelompok PSN siskamling DBD di Kabupaten Lumajang, karena pembentukan kelompok PSN siskamling DBD di kecamatan tersebut telah merata di seluruh desa. Berdasarkan data hasil studi pendahuluan, hingga saat ini di Kecamatan Sukodono telah terbentuk 45 kelompok PSN siskamling DBD yang tersebar di 10 desa dan 45 RT, namun 4 kelompok diantaranya sudah tidak aktif menjalankan kegiatan PSN di lingkungannya. Kelompok PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono yang masih rutin menjalankan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk di lingkungannya hanya tersisa 41 kelompok.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, berjalan atau tidaknya kegiatan PSN siskamling DBD dipengaruhi oleh kesadaran masyarakat terhadap perubahan perilaku dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Tingkat pengetahuan dan sikap yang ditunjukkan masyarakat terhadap kegiatan PSN siskamling DBD menunjukkan besar tidaknya kesadaran masyarakat dalam mendukung upaya pencegahan penyakit DBD. Upaya pemantauan kegiatan PSN siskamling DBD di masing-masing RT juga berpengaruh terhadap berjalannya kegiatan PSN siskamling DBD, sebab pemantauan dari petugas kesehatan dapat meningkatkan motivasi masyarakat dalam melakukan kegiatan PSN siskamling DBD di lingkungannya.

Hal dasar yang mendasari peneliti melakukan penelitian terkait kelompok PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono adalah karena terdapat 4 kelompok atau 4 RT yang kegiatan pemberantasan sarang nyamuknya tidak berjalan lagi. Peneliti ingin membandingkan pengetahuan, sikap masyarakat, serta penilaian peran petugas kesehatan dalam memantau kegiatan PSN di kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif. Perbandingan pengetahuan dan sikap masyarakat antara kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif akan menunjukkan seberapa besar kesadaran masyarakat terhadap upaya

pecegahan penyakit DBD yang sedang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Adakah perbedaan pengetahuan, sikap masyarakat, dan peran petugas kesehatan pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang?”.

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis perbedaan pengetahuan, sikap masyarakat, dan peran petugas kesehatan pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan kegiatan PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang.
- b. Menggambarkan karakteristik responden (usia, pendidikan, pekerjaan) pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang.
- c. Menggambarkan perbedaan pengetahuan responden pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang.
- d. Menggambarkan perbedaan sikap responden pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang.
- e. Menggambarkan perbedaan peran petugas kesehatan pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang Epidemiologi mengenai perbedaan pengetahuan, sikap masyarakat, dan peran petugas kesehatan pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Manfaat bagi peneliti adalah untuk menambah pengetahuan tentang perbedaan yang ada pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang dilihat berdasarkan pengetahuan, sikap masyarakat, dan peran dari petugas kesehatan.
- b. Manfaat bagi institusi kesehatan yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang adalah sebagai sumber informasi bahwa dari 45 kelompok PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono yang telah dibentuk tidak semuanya aktif. Selain itu, penelitian ini juga berguna untuk mengetahui perbedaan-perbedaan yang ada pada kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dan tidak aktif di Kecamatan Sukodono.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)

#### 2.1.1 Definisi DBD

Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang dibawa oleh nyamuk betina dari genus *Aedes*, yaitu *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Vektor yang paling banyak ditemukan sebagai penyebab penyakit DBD adalah *Aedes aegypti*. Nyamuk dapat membawa virus dengue setelah menghisap darah orang yang terinfeksi virus tersebut (Kemenkes RI, 2013:96). Penyakit DBD merupakan penyakit yang dapat ditularkan dari orang sakit kepada orang sehat melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (Rosidi dan Adisasmito, 2006:2).

#### 2.1.2 Patogenesis DBD

Virus dengue termasuk ke dalam famili *Flaviridae* genus *Flavivirus* dan terdiri dari empat serotip, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Virus dengue masuk ke dalam tubuh manusia lewat gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Organ tubuh yang menjadi sasaran virus tersebut adalah hepar, nodus limfaticus, sumsum tulang, dan paru-paru. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa sel-sel monosit dan makrofag mempunyai peranan yang besar terhadap virus ini. Dalam peredaran darah, virus tersebut akan difagosit oleh sel monosit perifer.

Infeksi virus dengue dimulai dengan menempelnya virus genomnya masuk ke dalam sel dengan bantuan organel-organel sel. Genom virus tersebut membentuk komponen-komponennya, baik komponen antara maupun komponen struktural virus. Setelah komponen struktural selesai dirakit, virus dilepaskan dari dalam sel. Proses perkembangbiakan virus DEN terjadi di sitoplasma sel (Soegijanto, 2004:14).

### 2.1.3 Gejala DBD

Menurut *Center for Health Policy and Sosial Change* (2007:62-63), gejala penderita demam berdarah dengue (DBD) adalah sebagai berikut:

- a. Demam akut selama 2-7 hari
- b. Badan lemah dan lesu
- c. Muncul bintik-bintik merah pada kulit
- d. Terjadi perdarahan yang ditunjukkan oleh tes torniquet positif, *petechiae*, *achimoses* atau purpura, perdarahan dari mukosa, saluran pencernaan, tempat suntikan atau lokasi lainnya dan hematesis atau malena.
- e. *Thrombocytopenia*  $< 100.000 \text{ sel/mm}^3$
- f. Hematokrit  $> 20\%$

### 2.1.4 Tempat Perkembangbiakan Nyamuk DBD

Nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* adalah dua spesies nyamuk penyebab DBD. Nyamuk tersebut sangat senang berkembang biak di tempat penampungan air, karena tempat tersebut tidak terkena sinar matahari langsung. Menurut teori, tempat perkembangbiakan nyamuk ada di TPA untuk keperluan sehari-hari seperti drum, tangki, tempayan, bak mandi, dan ember; TPA bukan untuk keperluan sehari seperti tempat minum burung, vas bunga, perangkap semut dan barang-barang bekas yang dapat menampung air; TPA alamiah seperti lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang, dan potongan bambu. Bak mandi merupakan tempat penampungan air yang paling banyak mengandung larva nyamuk *Aedes aegypti*, karena kamar mandi masyarakat Indonesia umumnya lembab, kurang sinar matahari, dan kebersihannya kurang terjaga (Satari dan Meiliasari, 2008:49).

### 2.1.5 Ciri Larva *Aedes aegypti*

Larva nyamuk *Aedes aegypti* memiliki tubuh memanjang tanpa kaki dengan bulu-bulu sederhana yang tersusun secara bilateral simetris. Pada bagian kepala terdapat sepasang mata majemuk. Tubuh larva ini langsing, bergerak sangat lincah bila terdapat gangguan, dan tubuhnya membentuk sudut pada waktu

istirahat. Larva nyamuk *Aedes aegypti* dalam pertumbuhannya mengalami 4 kali pergantian kulit yang disebut larva instar I, II, III, dan IV (Soegijanto, 2006).

#### 2.1.6 Angka Bebas Jentik

Indikator yang sering digunakan di Indonesia untuk mengukur kepadatan populasi jentik nyamuk adalah angka bebas jentik (ABJ). Angka bebas jentik adalah jumlah rumah yang tidak ditemukan jentik ketika dilakukan survei jentik nyamuk. Indikator ini digunakan untuk memberi motivasi kepada masyarakat untuk mencapai angka bebas jentik yang diharapkan. Departemen Kesehatan menargetkan ABJ yang dicapai untuk daerah endemis adalah  $\geq 95\%$ , sedangkan untuk daerah nonendemis adalah  $\geq 80\%$ . Angka bebas jentik (ABJ) dapat dicari menggunakan rumus sebagai berikut (CHPSS, 2007:108):

$$\text{Angka Bebas Jentik (ABJ)} = \frac{\text{jumlah rumah yang negatif jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

## 2.2 Perilaku

### 2.2.1 Definisi Perilaku

Perilaku menurut pandangan biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme. Perilaku manusia hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Menurut ensiklopedi Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungan. Hal ini berarti perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yaitu rangsangan (Luthviatin *et al.*, 2012:59).

### 2.2.2 Ruang Lingkup Perilaku

Perilaku masyarakat sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Teori Bloom (dalam Luthviatin *et al.*, 2012:61-63) membedakan tiga domain perilaku, yakni domain kognitif (pengetahuan), domain afektif (sikap), dan domain psikomotor (tindakan atau praktik)

#### a. Pengetahuan (domain kognitif)

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia terhadap objek melalui panca indra yang dimilikinya. Intensitas perhatian dan persepsi seseorang

terhadap objek sangat mempengaruhi saat proses penginderaan sehingga dihasilkan pengetahuan. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan penglihatan (mata).

b. Sikap (domain afektif)

Sikap adalah reaksi atau respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu. Secara nyata sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian antara reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, namun merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup bukan reaksi terbuka.

c. Tindakan atau praktik (domain psikomotor)

Praktik merupakan suatu sikap yang belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, yaitu fasilitas. Selain itu, diperlukan juga faktor dukungan dari pihak lain.

### 2.2.3 Perilaku Kesehatan

Hal yang terpenting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku, karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan kesehatan (Luthvatin *et al.*, 2012:64). Menurut Notoatmodjo (2010:76) terdapat tiga faktor yang berpengaruh atau menjadi sebab terjadinya masalah perilaku, antara lain:

- a. Faktor pemudah/predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Yang termasuk kelompok predisposisi ini adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan terhadap nilai-nilai, dan beberapa karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan).
- b. Faktor pemungkin (*enabling factors*), yaitu faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu tersebut, terdiri atas ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan, ketersediaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan kesehatan, dan adanya peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu.

- c. Faktor penguat (*reinforcing factors*), yaitu faktor yang memperkuat untuk terjadinya suatu perilaku, terdiri atas pendapat, dukungan, kritik baik dari keluarga, teman, tokoh masyarakat, tokoh agama, serta perilaku petugas kesehatan.

Skinner (dalam Luthviation *et al.*, 2012:66) menyatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar. Berdasarkan batasan definisi perilaku tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan. Berdasarkan batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yakni:

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan, yaitu perilaku atau usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk melakukan penyembuhan apabila sakit.
- b. Perilaku pencarian dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu perilaku yang menyangkut upaya seseorang pada saat menderita penyakit. Upaya tersebut dimulai dari mengobati penyakitnya sendiri hingga mencari pengobatan ke luar negeri.
- c. Perilaku kesehatan lingkungan, yaitu perilaku seseorang dalam menjaga kesehatan lingkungan dengan bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya dan sebagainya agar lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya (Luthviation *et al.*, 2012:67).

### 2.3 Desa Siaga Aktif

Desa atau kelurahan siaga aktif adalah bentuk pengembangan dari desa siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Pengembangan desa siaga aktif dilaksanakan melalui pemberdayaan masyarakat sebagai upaya untuk memfasilitasi masyarakat desa dalam proses belajar untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan yang ada di lingkungannya (Kepmenkes RI, 2010:8). Syarat minimal sebuah desa disebut sebagai desa siaga aktif adalah apabila memiliki

sekurang-kurangnya satu Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang memiliki 10 desa siaga (Rochmawati, 2010:11). Desa atau kelurahan siaga aktif wajib memiliki komponen seperti pelayanan kesehatan dasar, pemberdayaan masyarakat melalui UKBM, dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (Kepmenkes RI, 2010:8).

### 2.3.1 Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat di desa siaga aktif diselenggarakan melalui berbagai UKBM (upaya kesehatan bersumber daya masyarakat) serta kegiatan kader dan masyarakat. Pelayanan kesehatan ini didukung oleh sarana kesehatan seperti puskesmas pembantu (pustu), puskesmas dan rumah sakit. Pelayanan kesehatan dasar di desa siaga meliputi pelayanan kesehatan untuk ibu hamil, ibu menyusui, anak-anak, serta penemuan dan penanganan penderita penyakit (Kepmenkes RI, 2010:8-9).

### 2.3.2 Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pengembangan UKBM

Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) adalah suatu wadah pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat. UKBM dikelola oleh, dari dan untuk masyarakat dengan bimbingan petugas puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait (Rochmawati, 2010:27). Sebuah desa siaga dituntut untuk dapat memberdayakan masyarakatnya melalui kegiatan UKBM yang ada di desa tersebut. Kegiatan tersebut difokuskan kepada upaya surveilans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana dan penyehatan lingkungan.

Surveilans berbasis masyarakat merupakan kegiatan pengamatan dan pencatatan penyakit yang diselenggarakan oleh masyarakat dan dibantu oleh tenaga kesehatan. Kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana adalah upaya yang dilakukan masyarakat dalam mencegah dan mengatasi situasi bencana dan kedaruratan kesehatan dengan berpedoman kepada petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan. Fokus kegiatan UKBM lainnya adalah penyehatan lingkungan yang merupakan upaya masyarakat untuk menciptakan dan

memelihara lingkungan desa/ kelurahan dan pemukiman dari berbagai penyakit dan masalah kesehatan (Kepmenkes RI, 2010:9-10).

### 2.3.3 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran masyarakat sebagai hasil dari pembelajaran sebelumnya yang dapat menjadikan seseorang, keluarga, atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. Salah satu indikator bagi keberhasilan pengembangan desa siaga adalah PHBS yang dipraktikkan di tatanan rumah tangga (Kepmenkes RI, 2010:12). Memberantas jentik-jentik nyamuk merupakan salah satu indikator PHBS yang diterapkan di rumah tangga. Kegiatan PSN Siskamling DBD merupakan salah satu kegiatan yang mencerminkan PHBS di tingkat rumah tangga, karena bentuk kegiatannya adalah mengajak masyarakat untuk melakukan pemberantasan sarang nyamuk di lingkungan rumah mereka.

## 2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Pemberantasan sarang nyamuk merupakan salah satu kegiatan dalam menanggulangi penyakit demam berdarah. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan PSN, diantaranya adalah:

### a. Tingkat pengetahuan masyarakat

Pencegahan demam berdarah digalakkan di kota maupun di desa dengan langkah awal pemberian penyuluhan tentang penyakit DBD dan kemudian diikuti dengan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk yang memanfaatkan peran aktif masyarakat (Sigarlaki dalam Putra dan Aurora, 2013). Penyuluhan ini dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang terhadap penyakit DBD dan kegiatan PSN.

### b. Sikap masyarakat

Sikap adalah kesiapan atau kesediaan seseorang untuk bertindak laku atau merespon sesuatu baik terhadap rangsangan positif maupun rangsangan negatif dari suatu objek rangsangan (Sarwono dalam Pulungan, 2008:45). Faktor yang

mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang yang berpengaruh, media massa, institusi pendidikan maupun lembaga agama (Azwar dalam Pulungan, 2005:46). Sikap seseorang terbagi dalam dua arah kesetujuan, yaitu setuju dan tidak setuju. Orang yang setuju terhadap suatu obyek, maka arahnya akan positif, namun sebaliknya orang yang tidak setuju maka arahnya negatif (Pulungan, 2008:46).

c. Penyuluhan

Penyuluhan merupakan salah satu kegiatan promosi kesehatan dalam pemberian informasi atau pesan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat agar berperilaku sehat (Notoatmodjo dalam Pulungan, 2008:36). Penyuluhan merupakan proses komunikasi dan perubahan perilaku melalui pendidikan. Penyuluhan dapat disampaikan kepada masyarakat melalui media lisan, media cetak, dan media terproyeksi (Pulungan, 2008:36). Kegiatan PSN yang saat ini digalakkan oleh pemerintah dikenal dengan istilah 3M plus, sehingga diperlukan upaya penyuluhan secara terus menerus dan berkesinambungan untuk memberikan informasi dan motivasi kepada masyarakat dalam pencegahan demam berdarah (Depkes RI, 2005:86).

d. Perilaku masyarakat

Hingga saat ini masih banyak masyarakat Indonesia yang belum menyadari pentingnya memelihara kebersihan lingkungan. Salah satu masalah yang paling banyak ditemukan adalah rendahnya kesadaran masyarakat untuk menjaga agar tidak terdapat wadah-wadah seperti botol/ gelas bekas air mineral yang dapat menampung air hujan di sekitar lingkungan tempat tinggal mereka. Akibat dari perilaku tersebut adalah botol/ gelas bekas air mineral tersebut menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*. Kebiasaan lain yang sering dilakukan oleh masyarakat adalah tidak menguras bak mandi secara teratur dan meskipun mereka telah menguras bak mandi dengan teratur, namun dengan cara yang salah yaitu tanpa menyikat dinding bak mandi (Sungkar, 2007).

e. Peran anggota keluarga

Pelaksanaan PSN dapat dilakukan dalam beberapa tatanan antara lain tatanan pemukiman, institusi, tempat kerja, tempat umum, tempat pengelolaan makanan

dan minuman, dan lain-lain. Pada tatanan di tingkat pemukiman, pelaksanaan PSN seharusnya dilaksanakan oleh seluruh anggota keluarga dengan penanggung jawab kepala keluarga (Putra *et al.*, 2013). Penelitian Widagdo (2008) menyatakan bahwa umumnya anggota keluarga yang melaksanakan PSN adalah ibu.

f. Peran petugas kesehatan

Strategi pemberantasan penyakit DBD yang saat ini sering dilakukan adalah memberantas nyamuk *Aedes aegypti* sebelum musim penularan untuk mencegah penyebaran penyakit DBD. Pemberantasan tersebut dilakukan dengan menggerakkan masyarakat untuk melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk yang sering dikenal dengan program Jumat bersih, pengasapan masal di daerah endemis dan tempat-tempat umum seperti sekolah, rumah sakit, puskesmas, masjid, gereja, dan kantor. Selain itu, juga dilakukan pemeriksaan jentik nyamuk secara berkala (Sungkar, 2007). Semua kegiatan tersebut membutuhkan peran dari petugas kesehatan untuk mengajak masyarakat ikut berpartisipasi.

g. Ketersediaan sarana/fasilitas

Ketersediaan sarana/ fasilitas merupakan faktor pemungkin (*enabling factor*) dalam perubahan perilaku masyarakat. Alat yang dibutuhkan dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk di lingkungan rumah adalah senter untuk melihat jentik nyamuk di tempat penampungan air. Selain itu, ketersediaan bubuk larvasida, ikan pemakan jentik, kelambu, kawat kasa, dan *repellent* sangat diperlukan bagi kelangsungan kegiatan PSN 3M plus (Sungkar, 2007).

## 2.5 Sistem Pengendalian DBD

a. Pengendalian Vektor Penyebab DBD

Nyamuk *Aedes aegypti* dikenal sebagai vektor primer pembawa virus DBD. Untuk mengendalikan vektor penyebab DBD dapat dilakukan dengan upaya pencegahan DBD dengan cara memutus siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti*. Pemutusan siklus hidup nyamuk ini dilakukan agar nyamuk tidak dapat berkembang menjadi nyamuk dewasa. Pemutusan siklus hidup nyamuk dapat

dilakukan dengan cara perlindungan tubuh dari gigitan nyamuk, pengendalian jentik nyamuk, dan pengendalian nyamuk dewasa (CHPSS, 2007:30-58).

1) Perlindungan tubuh dari gigitan nyamuk

Ada beberapa cara untuk melindungi tubuh dari gigitan nyamuk, diantaranya adalah dengan cara mekanis seperti pemasangan korden pada jendela, pemasangan kasa penutup lubang angin di dinding rumah, dan pemasangan kelambu pada tempat tidur. Selain cara mekanis, terdapat cara kimia yang mampu menghindari tubuh dari gigitan nyamuk, yaitu dengan penggunaan *repellent*. *Repellent* adalah bahan kimia atau non kimia yang mengganggu kemampuan serangga untuk mengenal bahan kimia atraktan dari hewan/ manusia sehingga mencegah serangga untuk menggigit.

2) Pengendalian jentik nyamuk

Demam berdarah dapat dicegah dengan memberantas jentik-jentik nyamuk. Masyarakat berperan penting dalam upaya pemberantasan vektor nyamuk yang merupakan upaya paling utama untuk memutus rantai penularan munculnya penyakit DBD. Masyarakat dapat berperan aktif dalam pemantauan jentik nyamuk secara berkala atau melakukan gerakan pemberantasan nyamuk secara serentak (Wijaya, 2008:11). Cara yang paling efektif dalam memberantas sarang nyamuk adalah dengan melakukan gerakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan cara 3M plus, yaitu:

- a) Menguras dan menyikat tempat-tempat penyimpanan air sekurang-kurangnya satu minggu sekali, seperti bak mandi/ WC, drum, dan lain-lain.
- b) Menutup rapat tempat penampungan air, seperti tempayan, drum, dan lain-lain agar nyamuk tidak dapat masuk dan berkembang biak di tempat tersebut.
- c) Mengubur barang-barang bekas yang tidak bisa dibakar dan yang dapat menampung air hujan, seperti kaleng bekas, ban bekas, dan lain-lain agar tidak menjadi tempat berkembang biak nyamuk.
- d) Mengganti air di vas bunga, tempat minum burung, dan perangkap semut minimal satu minggu sekali.

- e) Menutup lubang pada pagar bambu dengan tanah atau adukan semen
- f) Membakar potongan bambu, tempurung kelapa, dan lain-lain agar tidak menjadi sarang nyamuk
- g) Tidak menggantung pakaian di luar lemari agar tidak menjadi sarang nyamuk (CHPSS, 2007:30-55).

3) Pengendalian nyamuk dewasa

Salah satu upaya pengendalian nyamuk dewasa adalah dengan *fogging* insektisida (*malathion* 4-5%). Bangunan yang perlu disemprot adalah rumah atau bangunan seperti kandang, tempat berteduh, poskamling, dan tempat-tempat umum yang digunakan pada malam hari. Sedangkan permukaan yang perlu disemprot adalah dinding, pintu, jendela, almari, dan sebagainya.

b. Pengendalian Kasus DBD

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013, apabila ditemukan kasus DBD di masyarakat, maka petugas puskesmas wajib melakukan tata laksana sesuai dengan pedoman yang ada, melakukan penyelidikan epidemiologi (PE), dan melaporkan kasus tersebut ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam 1x24 jam. Berikut akan dijelaskan mengenai pengendalian kasus DBD dengan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan fokus (Kemenkes RI, 2013):

1) Penyelidikan epidemiologi (PE)

Penyelidikan epidemiologi adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka infeksi dengue lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di tempat tinggal penderita dan rumah/bangunan, termasuk tempat-tempat umum dalam radius  $\pm 100$  meter. Tujuan dilakukannya PE adalah sebagai berikut:

- a) Untuk mengetahui adanya penderita dan tersangka infeksi dengue lainnya
- b) Mengetahui angka bebas jentik (ABJ) dan *house index* (HI)
- c) Mengidentifikasi faktor risiko lingkungan dan perilaku masyarakat terhadap timbulnya DBD
- d) Menentukan jenis tindakan yang akan dilakukan

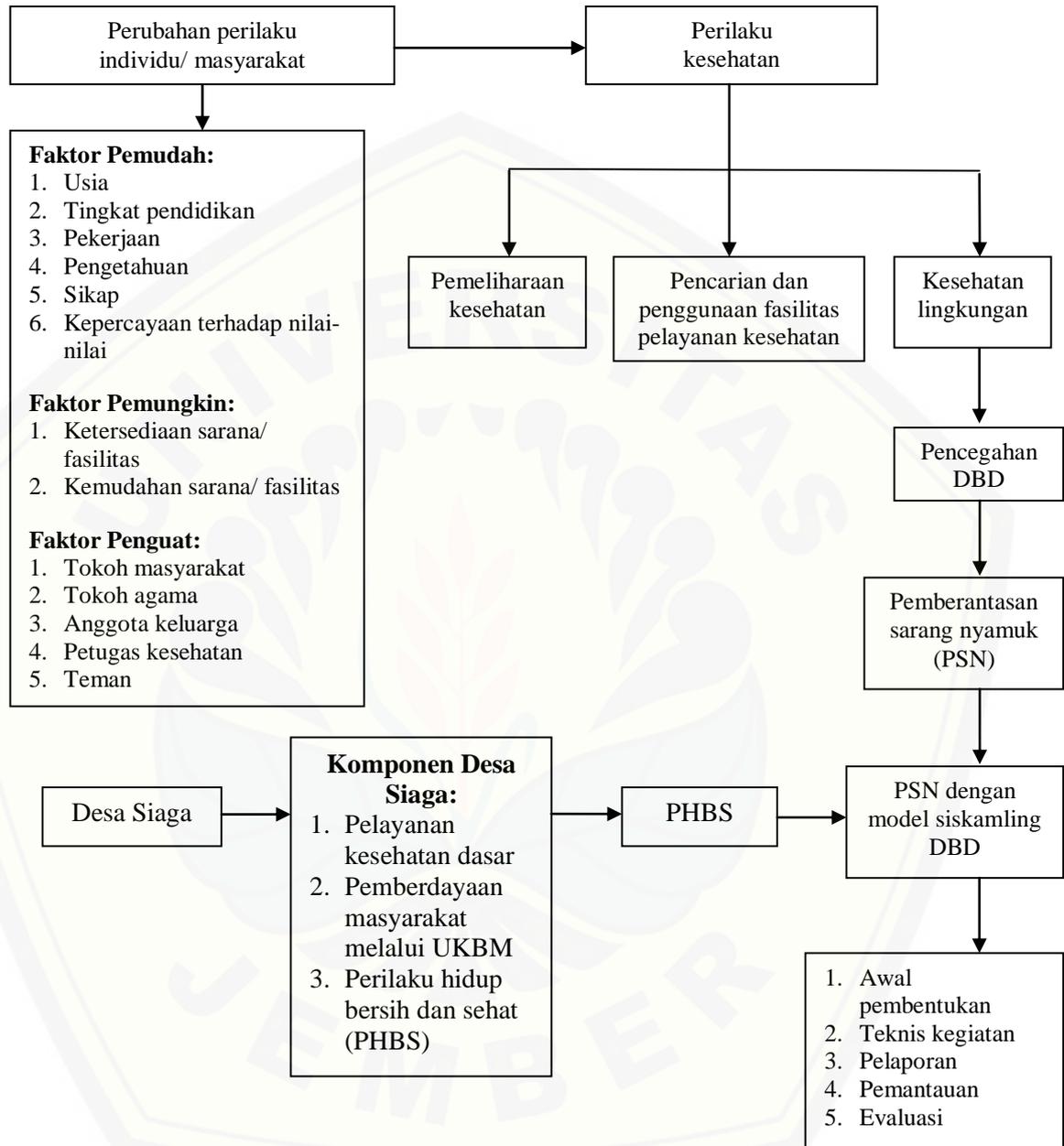
Pelaksanaan PE dilakukan oleh petugas puskesmas dengan mendatangi rumah penderita DBD untuk mengetahui ada atau tidaknya penderita DBD lainnya

(keluarga/tetangga sekitar rumah) dan penderita demam saat itu dalam kurun waktu 1 minggu sebelumnya. Dalam pelaksanaan PE apabila ditemukan penderita demam tanpa sebab yang jelas, maka dilakukan pemeriksaan kulit (petekie) dan uji torniquet. Kegiatan PE ini dilakukan dalam radius 100 meter dari lokasi tempat tinggal penderita dengan melakukan pemeriksaan jentik pada TPA yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*.

## 2) Penanggulangan fokus

Menurut Kemenkes RI (2013), rencana tindak lanjut setelah diketahui hasil penyelidikan epidemiologi adalah melakukan penanggulangan fokus. Kegiatan yang dilakukan dalam penanggulangan fokus apabila hasil PE positif adalah *fogging*, PSN, penyuluhan, dan larvasida selektif, namun apabila hasil PE negatif tidak perlu dilakukan *fogging*. Waktu terbaik untuk dilakukan *fogging* adalah saat aktifitas nyamuk *Aedes aegypti* menghisap darah, yaitu pada pukul 08.00-12.00 dan 15.00-17.00. *Fogging* dilakukan dalam radius 200 meter dengan 2 siklus (interval siklus 1 minggu). Langkah-langkah penanggulangan fokus diantaranya adalah membuat pemetaan (*mapping*) daerah yang akan ditanggulangi dan daftar rumah per RT dalam bentuk tabel, kemudian menghitung kebutuhan insektisida dan bahan pelarut (malation, solar, bensin, abate).

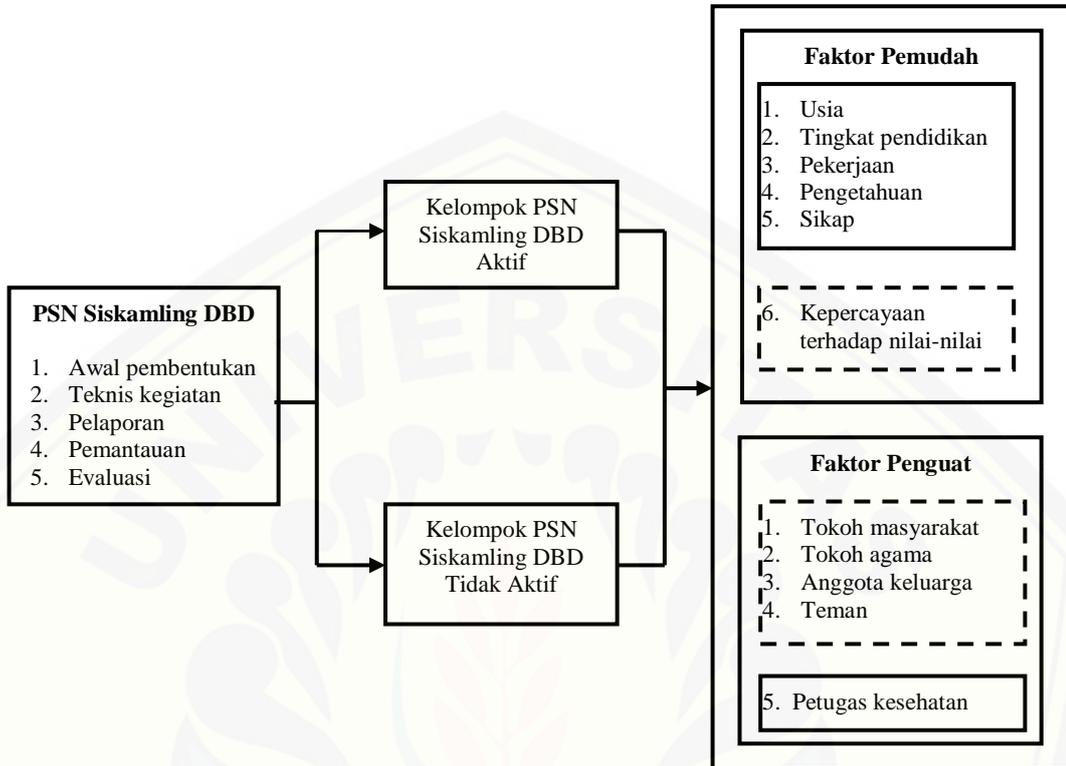
## 2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Kerangka teori diatas adalah modifikasi dari teori Green (1980) dan Skinner (1983) dalam Luthviatin *et al.* (2012); Putra *et al.* (2013); Kepmenkes RI (2010).

2.7 Kerangka Konsep



Keterangan:

- = diteliti
- = tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Menurut teori Lawrence Green tahun 1980 yang dikutip dari Luthviatin, *et al* (2012:64) terdapat 3 faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku individu atau masyarakat, yaitu faktor pemudah (*predisposing*), pemungkin (*enabling*), dan penguat (*reinforcing*). Faktor pemudah meliputi usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan terhadap nilai-nilai. Faktor pemungkin meliputi ketersediaan sarana/fasilitas dan kemudahan sarana/fasilitas, sedangkan faktor penguat meliputi dukungan tokoh masyarakat, tokoh agama, teman, anggota keluarga, dan petugas kesehatan. Dari kerangka konseptual di atas peneliti ingin membandingkan antara kelompok PSN siskamling DBD yang aktif dengan yang tidak aktif. Variabel-variabel yang ingin dibandingkan dari dua kelompok tersebut adalah pengetahuan, sikap, dan peran petugas kesehatan. Selain membandingkan antara dua kelompok PSN tersebut, peneliti ingin mendeskripsikan tentang kegiatan PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono mulai dari awal pembentukan kelompok hingga evaluasi kegiatan.

## **2.8 Hipotesis Penelitian**

- a. Pengetahuan masyarakat pada kelompok PSN Siskamling DBD yang aktif berbeda dengan kelompok PSN Siskamling DBD yang tidak aktif.
- b. Sikap masyarakat pada kelompok PSN Siskamling DBD yang aktif berbeda dengan kelompok PSN Siskamling DBD yang tidak aktif.
- c. Peran petugas kesehatan pada kelompok PSN Siskamling DBD yang aktif berbeda dengan kelompok PSN Siskamling DBD yang tidak aktif.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian observasional. Penelitian ini disebut penelitian observasional karena penelitian yang hanya mengamati subyek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian tanpa memberikan perlakuan terhadap subyek penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:105). Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dan metode komparatif.

Metode deskriptif merupakan metode yang digunakan dalam meneliti status sekelompok manusia, objek, kondisi, pemikiran ataupun kelas peristiwa pada masa sekarang untuk membuat secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat serta hubungan antar fenomena yang sedang diselidiki (Nazir, 2009:54). Metode komparatif atau perbandingan adalah metode penelitian dilakukan dengan cara membandingkan persamaan dan perbedaan untuk mencari faktor-faktor apa atau situasi bagaimana yang menyebabkan timbulnya suatu peristiwa tertentu. Studi ini dimulai dengan membandingkan suatu gejala dan faktor-faktor yang mempengaruhinya dari dua atau lebih kelompok (Notoatmodjo, 2012:47).

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang pada bulan Agustus hingga September 2015. Alasan peneliti memilih tempat penelitian tersebut adalah karena di Kecamatan Sukodono pembentukan kelompok PSN siskamling DBD sudah merata di seluruh desanya, namun dalam pelaksanaannya terdapat beberapa kelompok PSN siskamling DBD yang kegiatannya tidak aktif.

### 3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2011:89), populasi adalah sejumlah besar subyek yang memiliki karakteristik tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah semua kelompok PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono Kabupaten Lumajang. Jumlah kelompok PSN siskamling DBD yang telah terbentuk sebanyak 45 kelompok. Dari 45 kelompok tersebut dibagi menjadi 2 populasi atau kelompok, yaitu populasi pertama adalah kelompok PSN siskamling DBD yang kegiatannya masih aktif hingga saat ini (41 kelompok) dan populasi kedua kelompok PSN siskamling DBD yang tidak aktif (4 kelompok).

#### 3.3.2 Sampel dan Besar Sampel Penelitian

Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2011:90), sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total populasi sebanyak 45 kelompok yang dibagi menjadi 2 populasi atau kelompok dengan unit analisis (responden) adalah ibu-ibu yang tergabung dalam kelompok PSN tersebut. Besarnya sampel untuk masing-masing populasi tersebut ditentukan berdasarkan rumus berikut (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:362) :

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_\alpha \sqrt{2P(1-P)} + Z_\beta \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

- $n_1$  : besar sampel minimum pada populasi 1
- $n_2$  : besar sampel minimum pada populasi 2
- $Z_\alpha$  : deviat baku normal untuk  $\alpha$  95% yaitu sebesar 1,645
- $Z_\beta$  : deviat baku normal untuk  $\beta$  20% yaitu sebesar 0,842
- $P_1$  : proporsi pada kelompok uji (0,09)
- $P_2$  : proporsi pada kelompok standar (dari pustaka) (0,50)
- $P$  : rata-rata proporsi populasi  $\left(\frac{P_1+P_2}{2}\right)$

$$n_1 = n_2 = \frac{\left(1,645 \sqrt{2 \cdot 0,29 \cdot 0,71} + 0,842 \sqrt{0,09 \cdot 0,91 + 0,50 \cdot 0,50}\right)^2}{(0,09 - 0,50)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,06 + 0,48)^2}{0,17}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{2,37}{0,17}$$

$$n_1 = n_2 = 13,94 \approx 14$$

Berdasarkan perhitungan di atas, dibutuhkan sampel minimal 14 orang untuk tiap populasi. Untuk menghindari responden yang *drop out* maka peneliti menambah 4 orang responden untuk masing-masing populasi, sehingga dibutuhkan sampel minimal 18 orang untuk tiap populasinya. Besar sampel total minimal untuk kedua populasi adalah 36 orang.

Penentuan jumlah sampel di masing-masing kelompok PSN siskamling DBD menggunakan rumus proporsi sebagai berikut:

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan:

$nh$  : besar sampel untuk sub populasi

$Nh$  : total masing-masing sub populasi

$N$  : total populasi secara keseluruhan

$n$  : besar sampel

Tabel 3.1 Besar sampel pada masing-masing kelompok PSN tidak aktif

No.	Nama Desa	Jumlah Jumantik	Perhitungan	Besar Sampel
1.	Dawuhan Lor	40	$\frac{40}{162} \times 18 = 4,44$	5
2.	Selok Besuki	17	$\frac{17}{162} \times 18 = 1,89$	2
3.	Sumberejo	57	$\frac{57}{162} \times 18 = 6,33$	7
4.	Kuterenon	48	$\frac{48}{162} \times 18 = 5,33$	6
		<b>162</b>		<b>20</b>

Tabel 3.2 Besar sampel pada masing-masing kelompok PSN aktif

No.	Nama Desa	Jumlah Jumanik	Perhitungan	Besar Sampel
1.	Dawuhan Lor	65	$\frac{65}{1600} \times 18 = 0,73$	1
		42	$\frac{42}{1600} \times 18 = 0,47$	1
		35	$\frac{35}{1600} \times 18 = 0,39$	1
		55	$\frac{55}{1600} \times 18 = 0,62$	1
2.	Karangsari	35	$\frac{35}{1600} \times 18 = 0,39$	1
		40	$\frac{40}{1600} \times 18 = 0,45$	1
		40	$\frac{40}{1600} \times 18 = 0,45$	1
		45	$\frac{45}{1600} \times 18 = 0,51$	1
		40	$\frac{40}{1600} \times 18 = 0,45$	1
		49	$\frac{49}{1600} \times 18 = 0,55$	1
3.	Selok Gondang	40	$\frac{40}{1600} \times 18 = 0,45$	1
		31	$\frac{31}{1600} \times 18 = 0,35$	1
		38	$\frac{38}{1600} \times 18 = 0,43$	1
		32	$\frac{32}{1600} \times 18 = 0,36$	1
4.	Selok Besuki	23	$\frac{23}{1600} \times 18 = 0,26$	1
		33	$\frac{33}{1600} \times 18 = 0,37$	1
		28	$\frac{28}{1600} \times 18 = 0,32$	1
		15	$\frac{15}{1600} \times 18 = 0,17$	1
5.	Sumberejo	72	$\frac{72}{1600} \times 18 = 0,81$	1
		47	$\frac{47}{1600} \times 18 = 0,53$	1
		63	$\frac{63}{1600} \times 18 = 0,71$	1
6.	Kutorenon	48	$\frac{48}{1600} \times 18 = 0,54$	1
		20	$\frac{20}{1600} \times 18 = 0,23$	1
		27	$\frac{27}{1600} \times 18 = 0,30$	1
		20	$\frac{20}{1600} \times 18 = 0,23$	1

No.	Nama Desa	Jumlah Jumantik	Perhitungan	Besar Sampel
		23	$\frac{23}{1600} \times 18 = 0,26$	1
		30	$\frac{30}{1600} \times 18 = 0,34$	1
		48	$\frac{48}{1600} \times 18 = 0,54$	1
		22	$\frac{22}{1600} \times 18 = 0,25$	1
		30	$\frac{30}{1600} \times 18 = 0,34$	1
		24	$\frac{24}{1600} \times 18 = 0,27$	1
7.	Klanting	40	$\frac{40}{1600} \times 18 = 0,45$	1
		22	$\frac{22}{1600} \times 18 = 0,25$	1
8.	Bondoyudo	37	$\frac{37}{1600} \times 18 = 0,42$	1
		43	$\frac{43}{1600} \times 18 = 0,48$	1
		36	$\frac{36}{1600} \times 18 = 0,41$	1
9.	Uranggantung	60	$\frac{60}{1600} \times 18 = 0,68$	1
		79	$\frac{79}{1600} \times 18 = 0,89$	1
		50	$\frac{50}{1600} \times 18 = 0,56$	1
10.	Kebon Agung	35	$\frac{35}{1600} \times 18 = 0,39$	1
		38	$\frac{38}{1600} \times 18 = 0,43$	1
		<b>1600</b>		<b>41</b>

### 3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada masing-masing kelompok PSN siskamling DBD menggunakan *simple random sampling*, yakni setiap anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012:120). Aplikasi komputer digunakan untuk memudahkan teknik pengambilan sampel dengan cara *simple random sampling*.

### 3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional diperlukan untuk membatasi ruang lingkup dari variabel-variabel yang ingin diteliti. Definisi operasional juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2012:85). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel-variabel penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3 Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kategori Pengukuran	Skala Data
1.	Awal pembentukan kegiatan PSN siskamling DBD	Sejarah terbentuknya kegiatan PSN siskamling DBD di Kabupaten Lumajang yang meliputi alasan terbentuknya dan pencetus nama PSN siskamling DBD.	Wawancara dengan kepala sie P2M Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang dan petugas Puskesmas Sukodono.	-	Rasio
2.	Teknis kegiatan PSN siskamling DBD	Seluruh kegiatan yang dilakukan anggota kelompok PSN siskamling DBD setiap minggu, baik tim jaga maupun tim yang rumahnya dikunjungi.	Wawancara dengan kepala sie P2M Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.	-	Rasio
3.	Pelaporan PSN siskamling DBD	Teknis melaporkan hasil kegiatan PSN siskamling DBD mulai tingkat ketua tim jaga PSN, perawat desa hingga petugas Puskesmas Sukodono kepada Dinas Kesehatan.	Wawancara dengan kepala sie P2M Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.	-	Rasio
4.	Pemantauan PSN siskamling DBD	Suatu kegiatan memantau pelaksanaan PSN siskamling DBD oleh tim Dinas Kesehatan, petugas Puskesmas Sukodono, dan perawat desa di masing-masing RT atau kelompok.	Wawancara dengan kepala sie P2M Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, petugas Puskesmas Sukodono, dan perawat desa.	-	Rasio
5.	Evaluasi PSN siskamling DBD	Suatu kegiatan penilaian yang dilakukan petugas kesehatan terhadap pelaksanaan PSN siskamling DBD berdasarkan nilai	Wawancara dengan petugas Puskesmas Sukodono dan perawat desa.	-	Rasio

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kategori Pengukuran	Skala Data
6.	Usia	ABJ di masing-masing kelompok. Masa hidup mulai dari lahir hingga waktu penelitian.	Wawancara dengan anggota kelompok PSN siskamling DBD	-	Rasio
7.	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan responden.	Wawancara dengan anggota kelompok PSN siskamling DBD	Dikategorikan menjadi: a. Tidak tamat SD b. SD c. SMP d. SMA e. D3/S1/S2	Ordinal
8.	Pekerjaan	Jenis aktivitas responden untuk mendapatkan penghasilan.	Wawancara dengan anggota kelompok PSN siskamling DBD	Dikategorikan menjadi: a. Ibu rumah tangga b. PNS c. Wiraswasta d. Karyawan swasta e. Lainnya.....	Nominal
9.	Pengetahuan	Skor yang diperoleh dari pengukuran tingkat pengetahuan dan pemahaman responden tentang penyakit demam berdarah dengue dan pemberantasan sarang nyamuk (PSN).	Wawancara dengan anggota kelompok PSN siskamling DBD menggunakan kuesioner yang dikombinasi dengan kuesioner penelitian Ganie (2009).	Skor 1= jawaban benar Skor 0= jawaban salah Dikatakan pengetahuan tinggi/baik apabila total skor responden salah satu kelompok lebih tinggi dari total skor responden kelompok lainnya. Dikatakan pengetahuan rendah/kurang apabila total skor responden salah satu kelompok lebih rendah dari total skor responden kelompok lainnya.	Rasio
10.	Sikap	Skor pengukuran reaksi atau respon dari responden terhadap kegiatan pemberantasan sarang nyamuk model siskamling DBD.	Wawancara dengan anggota kelompok PSN siskamling DBD	Skor 1: apabila pertanyaan positif dan jawaban setuju atau pertanyaan negatif dan jawaban tidak setuju. Skor 0: apabila pertanyaan positif dan jawaban tidak setuju atau pertanyaan negatif dan jawaban setuju. Dikatakan sikap positif/setuju apabila total skor responden salah satu kelompok lebih tinggi dari total skor responden kelompok lainnya.	Rasio

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kategori Pengukuran	Skala Data
				Dikatakan sikap negatif/tidak setuju apabila total skor responden salah satu kelompok lebih rendah dari total skor responden kelompok lainnya.	
11.	Peran petugas kesehatan	Penilaian responden terhadap pemantauan kegiatan PSN siskamling DBD yang dilakukan oleh petugas kesehatan (perawat dan bidan desa, petugas kesehatan Puskesmas Sukodono).	Wawancara dengan anggota kelompok PSN siskamling DBD	Dikategorikan menjadi: a = baik (jika pemantauan dilakukan secara berkala/ rutin minimal 1 bulan sekali) b = kurang (jika pemantauan hanya dilakukan di awal setelah pembentukan kelompok PSN siskamling DBD)	Nominal
12.	Kelompok PSN siskamling DBD	Kelompok pemberantasan sarang nyamuk yang beranggotakan masyarakat (ibu-ibu) dalam 1 RT yang telah dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.	Wawancara dengan perawat desa.	Dikategorikan menjadi: a= kelompok PSN siskamling DBD aktif (jika mulai awal pembentukan hingga penelitian ini berlangsung, rutin melaksanakan kegiatannya setiap minggu). b= kelompok PSN siskamling DBD tidak aktif (jika kegiatan PSN hanya dilakukan sementara atau tidak berlanjut hingga penelitian ini dilakukan)	Nominal

### 3.5 Data dan Sumber Data

Data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan sekunder. Data primer adalah data atau keterangan yang diperoleh peneliti secara langsung dari sumber data tersebut, sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak kedua. Pihak kedua tersebut dapat berupa orang yang dianggap menyimpan data yang dibutuhkan oleh peneliti, seperti catatan dalam bentuk buku laporan, buletin, dan majalah yang sifatnya dokumentasi (Waluya, 2007:79). Pada penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Data primer meliputi tentang usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap dan peran petugas kesehatan

diperoleh secara langsung dari responden. Data sekunder dalam penelitian ini adalah keterangan mengenai kategori kelompok PSN siskamling DBD di Kecamatan Sukodono.

### **3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data**

#### **3.6.1 Teknik Perolehan Data**

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Teknik pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara dengan ibu-ibu, perawat desa, petugas Puskesmas Sukodono dan Kepala Sie P2M Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, sedangkan data sekunder didapatkan dengan cara dokumentasi data yang ada di Ponkesdes dan Puskesmas Sukodono.

#### **3.6.2 Instrumen Perolehan Data**

Instrumen yang digunakan untuk memperoleh data atau mengumpulkan data disebut dengan instrumen penelitian. Bentuk-bentuk instrumen penelitian diantaranya adalah kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012:87). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner tersebut untuk mengukur variabel pengetahuan, sikap, peran dan peran petugas kesehatan.

### **3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data**

#### **3.7.1 Teknik Pengolahan Data**

##### **a. Pemeriksaan data (*editing*)**

Setelah semua data terkumpul, data tersebut harus dilakukan pemeriksaan data (*editing*) sebelum data tersebut diolah. Hal ini bertujuan untuk menilai kelengkapan data yang telah terkumpul. Apabila terdapat data yang masih belum terisi, maka sebaiknya ditanyakan kepada responden.

##### **b. Pemberian skor (*scoring*)**

Setelah semua data terisi lengkap, maka langkah selanjutnya adalah pemberian skor pada setiap jawaban responden. Untuk kuesioner yang digunakan mengukur tingkat pengetahuan responden, skor 1 diberikan apabila responden menjawab pertanyaan dengan benar, namun responden akan diberi skor 0 apabila

menjawab pertanyaan dengan salah, kemudian seluruh skor jawaban masing-masing responden ditotal atau dijumlah. Untuk kuesioner yang digunakan mengukur sikap responden, terdapat 2 jenis pernyataan yaitu pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Apabila responden menjawab setuju pada pernyataan *favorable*, maka diberi skor 1, namun bila menjawab tidak setuju maka diberi skor 0. Apabila responden menjawab setuju pada pernyataan *unfavorable*, maka diberi skor 0, namun bila menjawab tidak setuju maka diberi skor 1. Kemudian semua skor yang terkumpul dari jawaban responden dijumlah.

c. Pengkodean data (*coding*)

Pemberian kode pada data dilakukan untuk memudahkan analisis jawaban-jawaban dalam kuesioner. Kode yang sering digunakan adalah angka atau huruf. Pengkodean merupakan langkah dimana data yang telah diedit diberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis (Bungin, 2013:184).

d. Tabulasi data (*tabulating*)

Setelah dilakukan *editing*, *scoring*, dan *coding*, maka langkah selanjutnya adalah dilakukan proses tabulasi data atau memasukkan data yang telah diperoleh ke dalam tabel agar mudah dalam menganalisisnya. Bungin (2013:184) menyebutkan bahwa tabulasi merupakan kegiatan memasukkan data pada tabel-tabel tertentu, mengatur angka-angka dan menghitungnya.

### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai tujuan yang diinginkan peneliti. Menurut Notoatmodjo (2012:88), data penelitian dapat disajikan dalam bentuk teks, tabel dan grafik. Pada penelitian ini, data hasil penelitian disajikan dalam bentuk teks dan tabel.

### 3.7.3 Teknik Analisis Data

Data yang telah terkumpul dan diolah, baik dengan menggunakan komputer maupun secara manual, tidak akan berarti apabila tidak dilakukan analisis terhadap hasil pengolahan data tersebut. Pada penelitian ini, data yang terkumpul dianalisis secara statistik deskriptif. Statistik deskriptif digunakan untuk

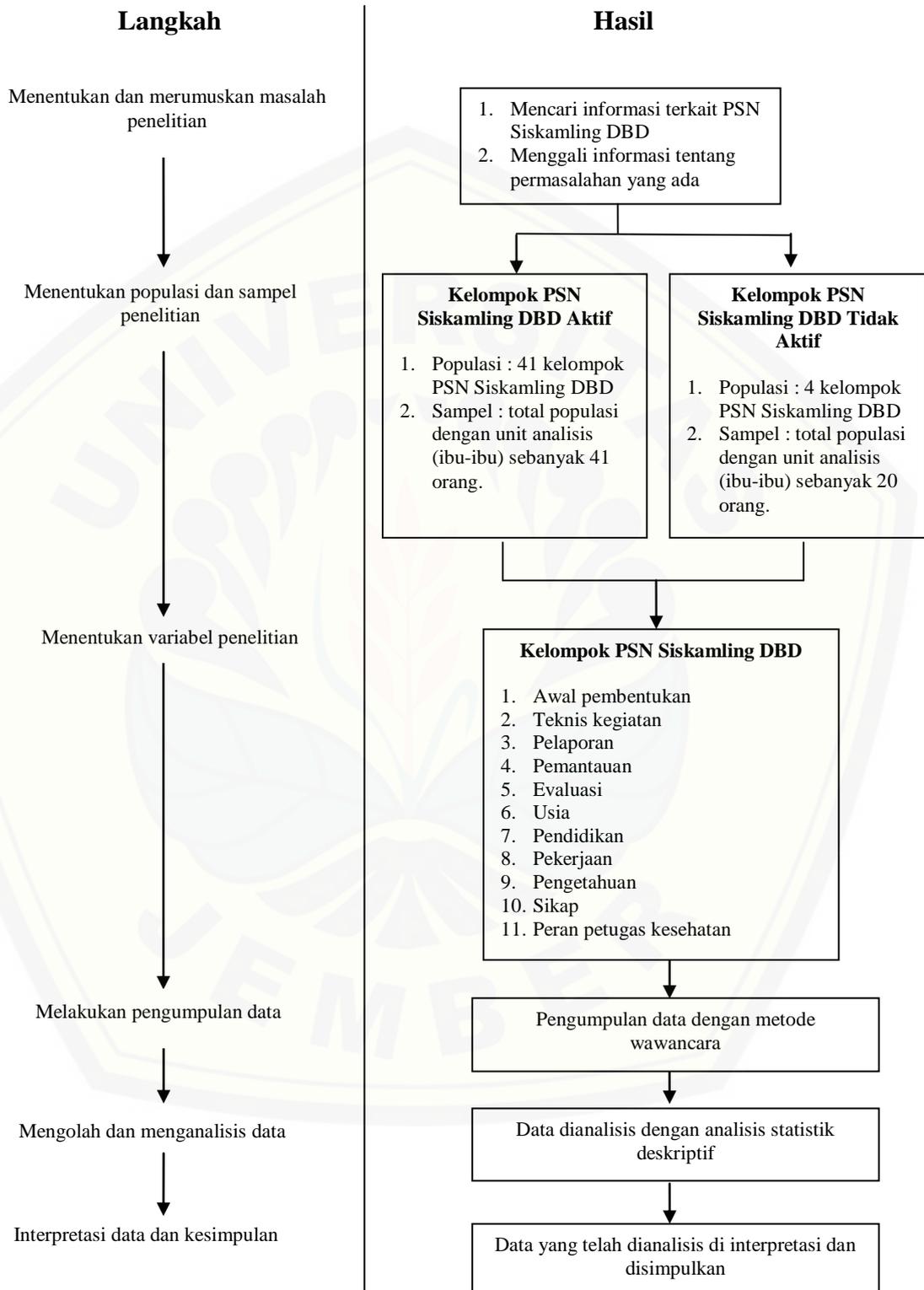
menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 2011:147).

### 3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner penelitian perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas agar dapat digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian. Instrumen (kuesioner) yang valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur, sedangkan instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama pula (Sugiyono, 2012:121). Menurut Notoatmodjo (2012:164), agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka sebaiknya jumlah minimal responden untuk uji validitas dan reliabilitas kuesioner adalah 20 orang.

Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap 20 orang ibu-ibu di RT 4 RW 5 Kelurahan Ditotrunan Kecamatan Lumajang. Uji validitas dan reliabilitas ini dilakukan menggunakan bantuan aplikasi komputer dengan ketentuan instrumen dikatakan valid apabila nilai  $p\text{-value} >$  nilai  $r$  tabel (0,44), sedangkan kuesioner dikatakan reliabel apabila  $r_{\text{alpha}}$  positif dan  $r_{\text{alpha}} \geq r$  tabel. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas didapatkan hasil bahwa dari 17 item pertanyaan instrumen pengetahuan, 9 item dinyatakan valid dan reliabel untuk digunakan sebagai instrumen penelitian dengan nilai  $r_{\text{alpha}}$  0,809. Dari 13 item pertanyaan instrumen sikap didapatkan hasil uji validitas bahwa 6 item dinyatakan valid untuk digunakan sebagai instrumen penelitian dan instrumen tersebut reliabel dengan nilai  $r_{\text{alpha}}$  0,617. Kemudian untuk pertanyaan yang tidak valid diganti dengan pertanyaan baru yang masih berkaitan dengan pertanyaan yang tidak valid tersebut.

### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.4 Alur penelitian