



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGETAHUAN IBU RUMAH TANGGA MENGENAI
PENATALAKSANAAN DEMAM BERDARAH DENGUE DAN
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DI PASEBAN
BARAT JAKARTA PUSAT**

SKRIPSI

**NILUH ARCHI SRI RAMANDARI
010500117Y**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER UMUM
JAKARTA
JUNI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGETAHUAN IBU RUMAH TANGGA MENGENAI
PENATALAKSANAAN DEMAM BERDARAH DENGUE DAN
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DI PASEBAN
BARAT JAKARTA PUSAT**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran**

**NILUH ARCHI SRI RAMANDARI
010500117Y**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER UMUM
JAKARTA
JUNI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Niluh Archi Sri Ramandari

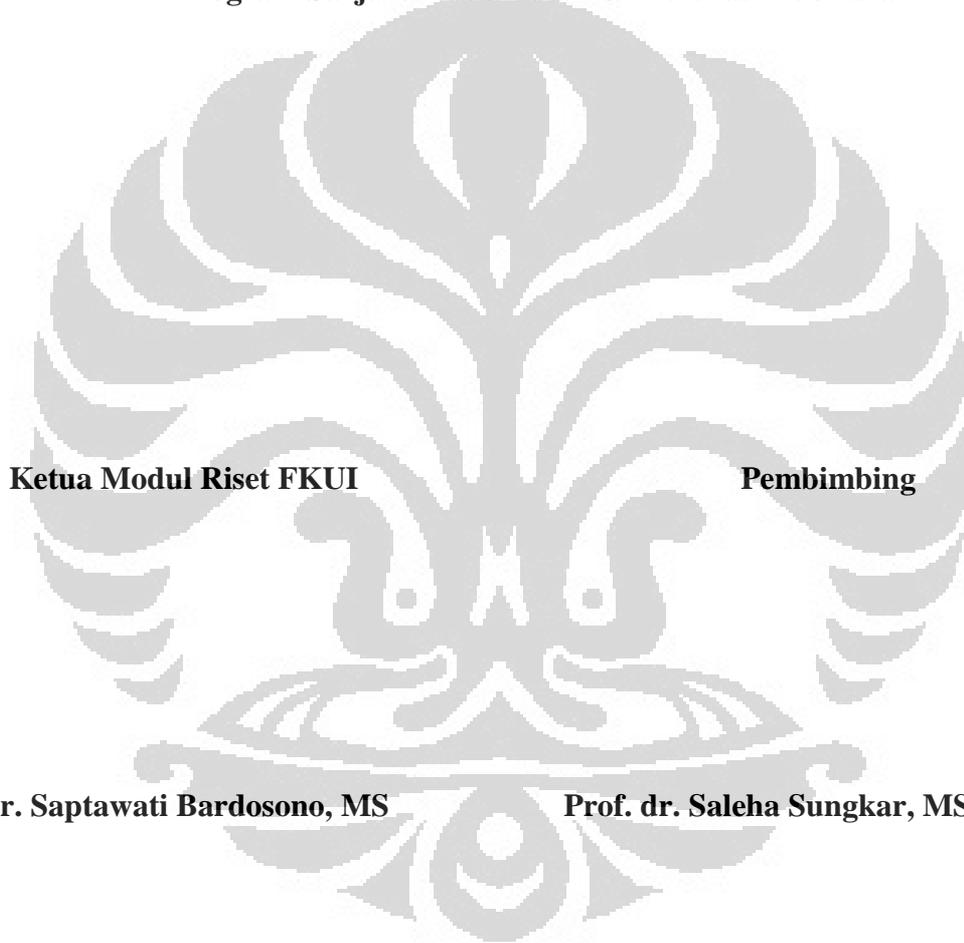
NPM : 010500117Y

Tanda tangan :

Tanggal :

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

**Hasil Penelitian ini telah disetujui untuk diajukan ke sidang Skripsi
Program Sarjana Kedokteran Universitas Indonesia**



Ketua Modul Riset FKUI

Pembimbing

Dr. dr. Saptawati Bardosono, MS

Prof. dr. Saleha Sungkar, MS, DAP&E

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Niluh Archi Sri Ramandari
NPM : 010500117Y
Program Studi : Kedokteran
Judul Skripsi : Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Mengenai
Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue dan
Faktor-Faktor yang Berhubungan di Paseban Barat
Jakarta Pusat

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Saleha Sungkar, MS, DAP&E
Penguji : Prof. dr. Saleha Sungkar, MS, DAP&E
Penguji : dr. Zarni Amri, MPH

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 16 Juni 2009

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. dr. Saleha Sungkar, MS,DAP&E, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran di dalam mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
2. Orangtua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material maupun moril.
3. Teman seperjuangan riset kelompok penulis yang telah memberikan dukungan, kebahagiaan serta canda tawa.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan saudara-saudara semua. Dan semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 16 Juni 2009

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Niluh Archi Sri Ramandari
NPM : 010500117Y
Program Studi : Program Pendidikan Dokter Umum
Fakultas : Kedokteran
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Mengenai Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Paseban Barat Jakarta Pusat.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 16 Juni 2009

Yang menyatakan

(.....)

ABSTRAK

Nama : Niluh Archi Sri Ramandari
Program Studi : Program Pendidikan Dokter Umum
Judul :
Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Mengenai Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Paseban Barat Jakarta Pusat.

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia terutama di Jakarta. Pada tahun 2008 terdapat 4290 penderita dan banyak wilayah yang dinyatakan tergolong zona merah antara lain Kelurahan Paseban dengan jumlah penderita 135 orang. Untuk melakukan pemberantasan diperlukan data dasar antara lain tingkat pengetahuan warga mengenai DBD. Oleh karena itu tujuan penelitian ini adalah mengetahui tingkat pengetahuan ibu rumah tangga (IRT) mengenai penatalaksanaan DBD dan faktor yang berhubungan. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*. Survei dilakukan menggunakan kuesioner pada tanggal 30 dan 31 Mei 2009. Dipilih 100 IRT sebagai subyek penelitian dengan *simple random sampling*. Data dianalisis dengan uji *chi-square* menggunakan SPSS. Hasil penelitian menunjukkan jumlah IRT yang memiliki pengetahuan kurang 60 orang (60%), 26 orang (26%) cukup, dan 14 orang (14%) baik. Tidak ada perbedaan bermakna antara pengetahuan IRT mengenai penatalaksanaan DBD dengan usia ($p=0,786$), pekerjaan ($p=0,162$), tingkat pendidikan ($p=0,813$) dan jumlah sumber informasi IRT ($p=0,921$), tetapi terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD dengan aktivitas yang diikuti di lingkungan rumah ($p=0,007$). Disimpulkan tingkat pengetahuan IRT mengenai penatalaksanaan DBD tergolong kurang dan tidak berhubungan dengan usia, pekerjaan, pendidikan serta jumlah sumber informasi. Namun, tingkat pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD berhubungan dengan aktivitas yang diikuti di lingkungan rumah.

Kata kunci: demam berdarah dengue, pengetahuan, penatalaksanaan, ibu rumah tangga, Paseban

ABSTRACT

Name : Niluh Archi Sri Ramandari
Study Program : General Practitioner Program
Title :
The Knowledge of Housewives about Treatment of DBD and The Associated Factor in Paseban Village, Central Jakarta.

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is one of Indonesia's health problems mainly Jakarta. There had been 4290 cases of DHF within 2008. Central Jakarta has few red zones and among them is Paseban village with 135 cases. The elimination of DHF requires few informations such as the society knowledge about DHF. Therefore, the objective of this research is to identify the knowledge about treatment of DHF and their associated factors among housewives. The design of this research is cross sectional. Survey was performed using questionnaire on May 30th – 31st 2009. The amount of subject was determined using simple random sampling with the result of 100 housewives. The data analysis is using chi-square facilitated by SPSS. The outcome shows that 60% of respondents are lack of knowledge, 26% of samples has adequate knowledge, and 14% has good knowledge about DHF. There is no significant difference between respondent's knowledge about DHF and their age ($p=0,786$), their work ($p=0,162$), their formal education ($p=0,813$) and the number of information's sources they received ($p=0,921$). But, there is a significant difference between respondent's knowledge about DHF and their activity in the environment ($p=0,007$). In conclusion, mostly the level of knowledge about treatment of DHF among housewives in Paseban is poor and has no significant difference with age, work, formal education and the number of information's sources they received. But, there is a significant difference between respondent's knowledge about treatment of DHF and their activity in the environment.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, knowledge, treatment, housewives, Paseban

DAFTAR ISI

| | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| HALAMAN JUDUL | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | iii |
| HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| UCAPAN TERIMA KASIH | vi |
| HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | vii |
| ABSTRAK | viii |
| <i>ABSTRACT</i> | ix |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR DIAGRAM | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| 1. PENDAHULUAN | Error! Bookmark not defined. |
| 1.1 Latar Belakang..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.3 Tujuan Penelitian | Error! Bookmark not defined. |
| 1.3.1 Tujuan Umum | Error! Bookmark not defined. |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | Error! Bookmark not defined. |
| 1.4 Manfaat Penelitian | Error! Bookmark not defined. |
| 1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.4.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat..... | 3 |
| 2. TINJAUAN PUSTAKA | Error! Bookmark not defined. |
| 2.1 Demam Berdarah Dengue..... | 4 |
| 2.2 Vektor Demam Berdarah | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3 Mekanisme Penularan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.4 Patofisiologi..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.5 Patogenesis..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.6 Demam Dengue | Error! Bookmark not defined. |
| 2.7 Demam Berdarah Dengue..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.8 Diagnosis DBD | Error! Bookmark not defined. |
| 2.9 Diagnosis Banding..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.10 Penatalaksanaan | Error! Bookmark not defined. |
| 2.10.1 Demam Dengue..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.10.2 Demam Berdarah Dengue | Error! Bookmark not defined. |
| 2.10.3 DBD Tanpa Renjatan | Error! Bookmark not defined. |
| 2.11 Pemberantasan Demam Berdarah Dengue..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.12 Pengetahuan | Error! Bookmark not defined. |
| 2.13 Kerangka Konsep..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3. METODE PENELITIAN | 26 |
| 3.1 Desain Penelitian | Error! Bookmark not defined. |

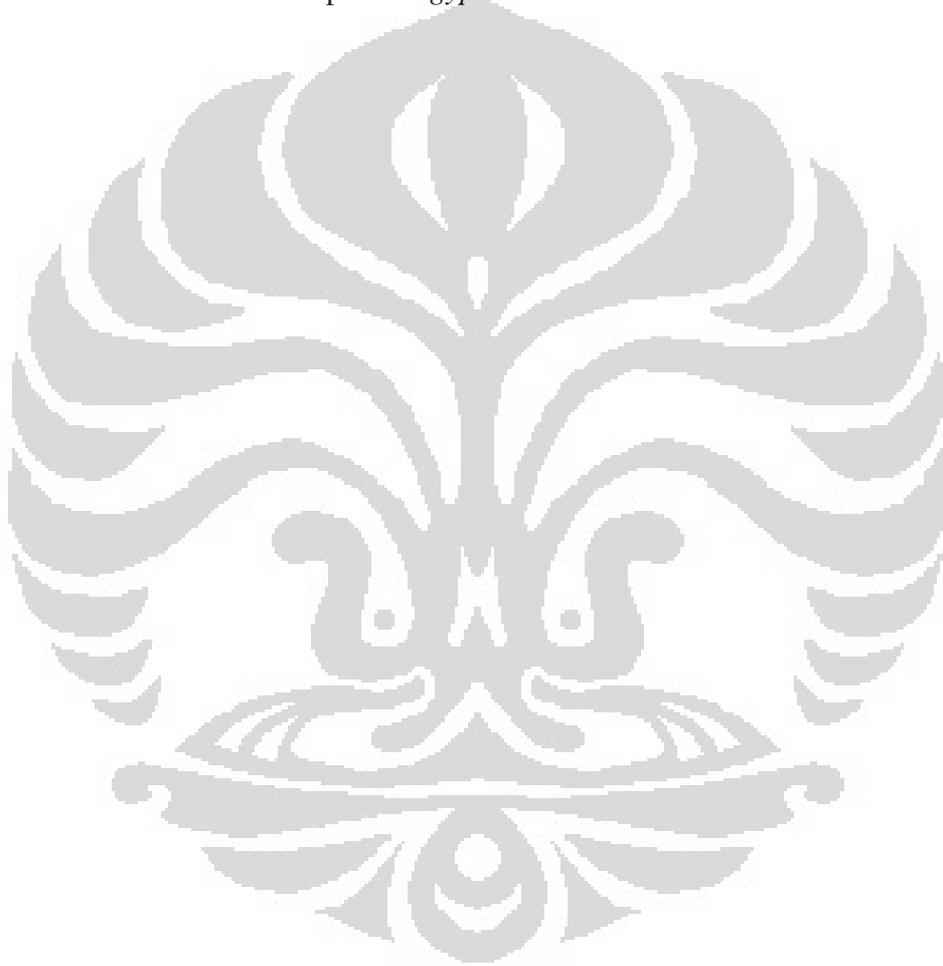
| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 3.2 | Lokasi dan Waktu Penelitian | Error! Bookmark not defined. |
| 3.3 | Populasi dan Sampel Penelitian..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.3.1 | Populasi Target..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.3.2 | Populasi Terjangkau..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.3.3 | Subjek Penelitian..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.4 | Kriteria Inklusi dan Eksklusi..... | 26 |
| 3.4.1 | Kriteria Inklusi | 26 |
| 3.4.2 | Kriteria Eksklusi..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.5 | Kerangka Sampel..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.5.1 | Besar Sampel..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.5.2 | Teknik Pengambilan Sampel..... | 27 |
| 3.6 | Identifikasi Variabel | Error! Bookmark not defined. |
| 3.7 | Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian | Error! Bookmark not defined. |
| 3.8 | Pengolahan Data | Error! Bookmark not defined. |
| 3.9 | Analisis Data..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.9.1 | Analisis Univariat..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.9.2 | Analisis Bivariat..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.10 | Batasan Operasional | Error! Bookmark not defined. |
| 3.10.1 | Data Umum | Error! Bookmark not defined. |
| 3.10.2 | Data Khusus | Error! Bookmark not defined. |
| 3.11 | Sarana Kegiatan | 31 |
| 3.11.1 | Tim Peneliti..... | 31 |
| 3.11.2 | Fasilitas..... | 31 |
| 4. | HASIL PENELITIAN | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1 | Data Umum..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1.1 | Geografi..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1.2 | Penduduk..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1.3 | Aktivitas Penduduk Bidang Pendidikan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1.4 | Aktivitas Penduduk Bidang Kesehatan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.2 | Data Khusus..... | 33 |
| 5. | PEMBAHASAN | 37 |
| 5.1 | Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Penatalaksanaan DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan | 37 |
| 5.2 | Keterbatasan Penelitian..... | 40 |
| 6. | KESIMPULAN DAN SARAN | 41 |
| 6.1 | Kesimpulan | 41 |
| 6.2 | Saran | 41 |
| | DAFTAR REFERENSI..... | 42 |

DAFTAR TABEL

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 2.1.1. Perkembangan Kasus DBD Nasional per bulan 2003-2004..... | 4 |
| Tabel 2.1.2. Jumlah Kasus DBD di Indonesia Tahun 2004-2005..... | 4 |
| Tabel 4.2.1. Sebaran Responden Berdasarkan Usia, Pekerjaan dan Pendidikan..... | 33 |
| Tabel 4.2.2. Sebaran Responden Berdasarkan Aktivitas..... | 34 |
| Tabel 4.2.3. Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi..... | 34 |
| Tabel 4.2.4. Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan..... | 35 |
| Tabel 4.2.5. Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD..... | 35 |
| Tabel 4.2.6. Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Penatalaksanaan DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan..... | 36 |

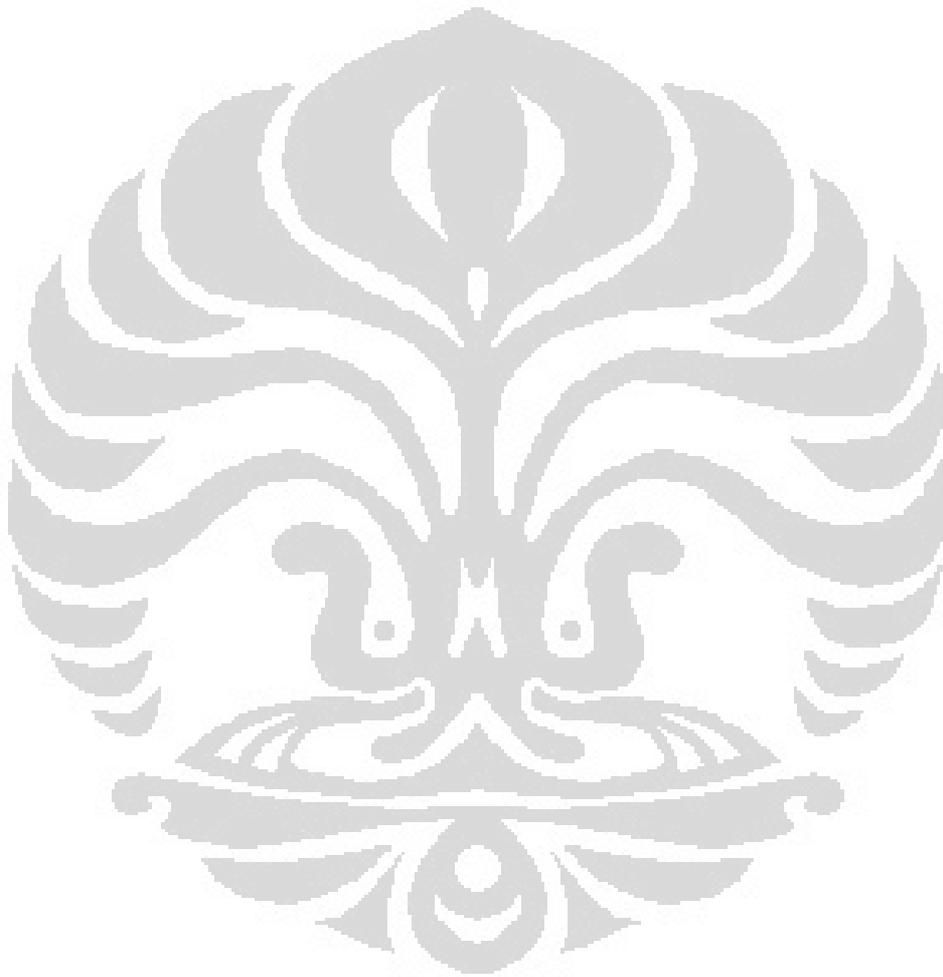
DAFTAR GAMBAR

| | |
|--------------------------------------------------------------------|---|
| Gambar 2.2.1. Larva <i>Ae. aegypti</i> | 6 |
| Gambar 2.2.2. Larva <i>Ae. albopictus</i> | 6 |
| Gambar 2.2.3. <i>Ae. aegypti</i> dewasa sedang mengisap darah..... | 7 |
| Gambar 2.2.4. <i>Ae. aegypti</i> | 7 |
| Gambar 2.2.5. Siklus hidup <i>Ae. aegypti</i> | 8 |



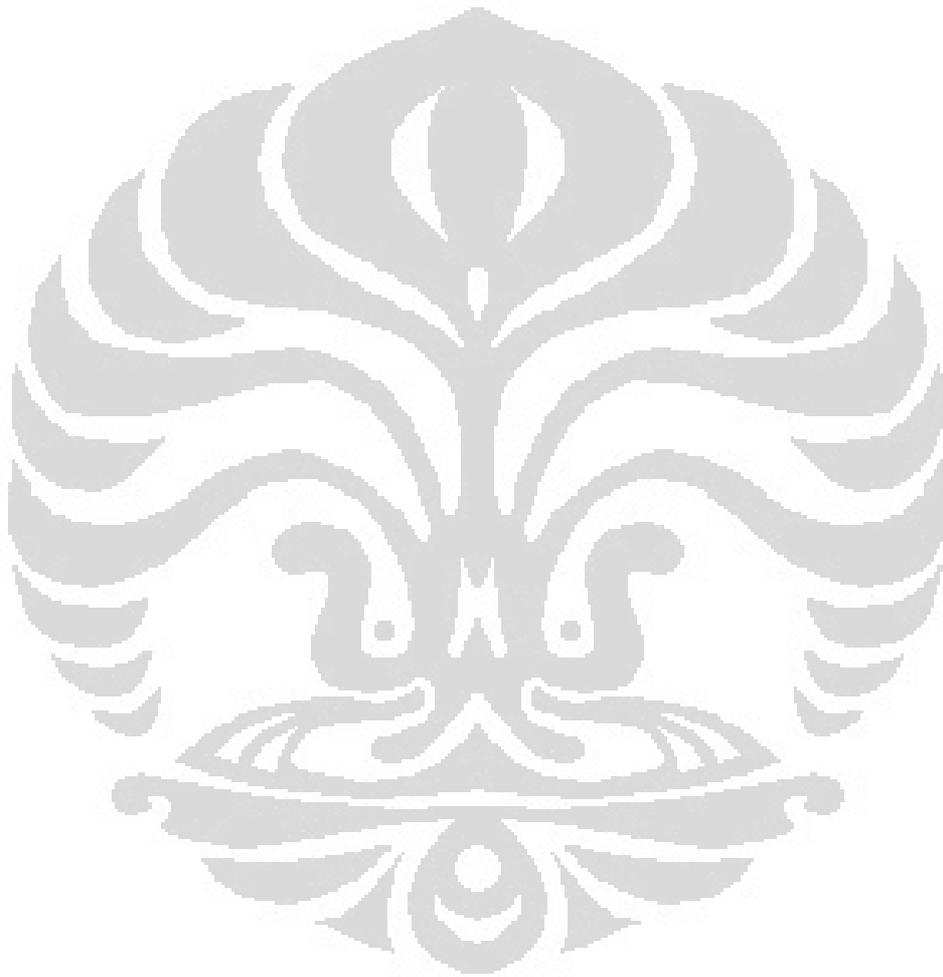
DAFTAR DIAGRAM

| | |
|------------------------------------------------|----|
| Diagram 2.3.1. Mekanisme Penularan Nyamuk..... | 8 |
| Diagram 2.13.1. Kerangka Konsep..... | 25 |



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner
- Lampiran 2. Hasil Uji Validasi Kuesioner
- Lampiran 3. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner
- Lampiran 4. Hasil Uji Statistik



1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah pada kesehatan masyarakat di Indonesia terutama di kota besar. Di Indonesia tahun 2008, insiden DBD adalah 60,02 per 100 000 penduduk dengan *case fatality rate* (CFR) 0,86%. DKI Jakarta merupakan salah satu kota besar di Indonesia dengan jumlah penderita DBD terbanyak.¹

Menurut Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta terdapat 14 071 penderita DBD pada tahun 2003 dengan CFR 0,42 %. Pada tahun 2004, jumlah penderita meningkat tajam menjadi 20 640 orang dengan CFR 0,44 % sedangkan tahun 2005 jumlah penderita meningkat menjadi 23 466 orang dengan CFR 0,34%.² Pada bulan Januari-Februari 2009 DBD telah menyerang 4290 warga.³

Menurut data Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat dari 44 kelurahan di Jakarta Pusat sembilan kelurahan termasuk zona merah DBD, 31 kelurahan tergolong zona kuning DBD, dan hanya empat kelurahan yang tergolong zona hijau DBD.⁴ Zona merah adalah daerah yang dalam tiga minggu berturut-turut terdapat lebih dari sembilan penderita DBD atau ada yang meninggal akibat DBD.

Wilayah Jakarta Pusat memiliki daerah yang tergolong zona merah salah satunya adalah kelurahan Paseban. Pada tahun 2007 terdapat 154 penderita dan tahun 2008 jumlah penderita menurun menjadi 135 kasus,⁵ tetapi, pada bulan Januari sampai 13 April tahun 2009, jumlah penderita telah mencapai 44 orang.⁴

Walaupun angka kematian telah menurun, tetapi angka CFR cenderung naik turun. Angka CFR tersebut bila dibandingkan dengan jumlah penderita di Jakarta akan didapatkan sebanyak 15 orang meninggal karena DBD hanya dalam kurun waktu satu bulan di awal tahun 2009. Jumlah tersebut merupakan jumlah yang cukup banyak. Oleh karena itu, DBD harus ditatalaksana dengan tepat. Sehubungan dengan hal tersebut, masyarakat perlu dibekali dengan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD.

Untuk memberikan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD kepada masyarakat kita perlu mengetahui tingkat pengetahuan yang telah dimiliki. Oleh

karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat mengenai penatalaksanaan DBD.

Karena keterbatasan dalam melakukan penelitian maka masyarakat yang akan diteliti diwakili oleh IRT. Peneliti memilih IRT sebagai wakil dari masyarakat karena IRT adalah anggota masyarakat yang berperan penting dalam kehidupan keluarga sehari-hari terutama dalam menangani anggota keluarga yang sakit.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana sebaran karakteristik responden berdasarkan usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, keikutsertaan dalam aktivitas di lingkungan rumah dan jumlah sumber informasi di Kelurahan Paseban?
2. Bagaimana pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD di Kelurahan Paseban?
3. Bagaimana hubungan tingkat pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD dengan karakteristik berdasarkan usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, keikutsertaan dalam aktivitas di lingkungan rumah dan jumlah sumber informasi di Kelurahan Paseban?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui tingkat pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD dan faktor yang berhubungan di Kelurahan Paseban.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya sebaran karakteristik responden berdasarkan usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, aktivitas yang diikuti di lingkungan rumah dan sumber informasi yang paling berkesan di Kelurahan Paseban.
2. Diketuainya tingkat pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD di Kelurahan Paseban.
3. Diketuainya hubungan antara tingkat pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD dengan karakteristik responden berdasarkan usia,

tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, keikutsertaan dalam aktivitas di lingkungan rumah dan jumlah sumber informasi di Kelurahan Paseban.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

1. Penelitian ini merupakan media latihan peneliti sebagai mahasiswa FKUI agar memiliki pengalaman penelitian langsung di bidang kedokteran komunitas.
2. Mengembangkan daya nalar, minat, dan kemampuan dalam bidang penelitian.

1.4.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Realisasi tridarma perguruan tinggi dalam melaksanakan fungsinya sebagai lembaga penyelenggara pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.
2. Turut berperan serta mewujudkan Universitas Indonesia sebagai universitas riset dan teknologi dan mewujudkan Visi FKUI 2010.
3. Meningkatkan kerjasama yang harmonis serta komunikasi antara mahasiswa dan staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat

1. Hasil penelitian dapat menjadi masukan untuk penyuluhan kesehatan masyarakat di kelurahan Paseban.
2. Hasil penelitian dapat menjadi masukan bagi pemerintah daerah untuk menentukan metode pemberantasan DBD sesuai dengan karakteristik masyarakat.

2. TINJAUAN PUSTAKA

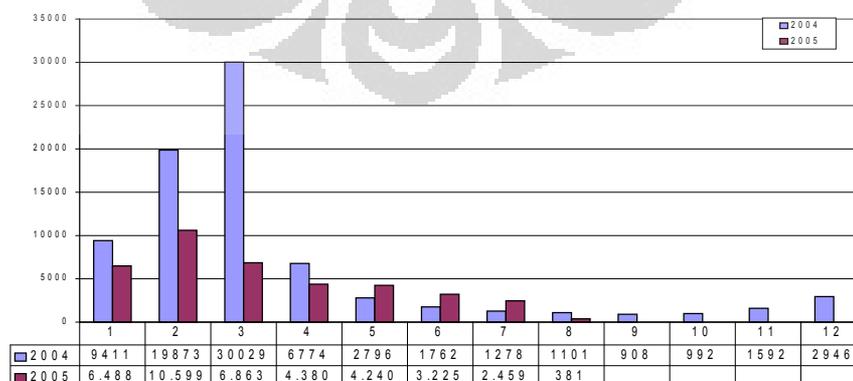
2.1 Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan Virus Dengue. Penyakit tersebut merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena prevalensinya yang tinggi dan penyebarannya semakin luas.

Demam Berdarah Dengue (DBD), disebut juga dengan istilah *Dengue Hemoragic Fever (DHF)*, pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1968. Hingga kini, DBD masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia karena prevalensinya yang tinggi dan penyebarannya yang semakin meluas. Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD terjadi hampir setiap tahun di beberapa provinsi, bahkan pernah terjadi KLB besar tahun 1998 dan 2004 dimana jumlah kasus mencapai 79.480 kasus dengan angka kematian 800 jiwa.⁶



Tabel 2.1.1 Perkembangan Kasus DBD Nasional per Bulan 2003-2004



Tabel 2.1.2 Jumlah Kasus DBD di Indonesia Tahun 2004-2005

DBD ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Virus dengue dipindahkan dari satu orang ke orang lain bersama liur nyamuk pada waktu nyamuk mengisap darah. Virus itu akan berada dalam sirkulasi darah (viremia) selama 4 – 7 hari. Akibat infeksi virus bermacam-macam tergantung imunitas seseorang yaitu asimtomatik, demam ringan, *dengue fever* (demam dengue) dan *dengue haemorrhagic fever* (DHF/DBD). Penderita yang asimtomatik dan demam ringan merupakan sumber penularan yang efektif, karena mereka dapat pergi kemana-mana dan menyebarkan virus dengue.⁷

Satu-satunya cara pemberantasan DBD yang dapat dilakukan saat ini adalah memberantas nyamuk penularnya untuk memutuskan rantai penularan karena vaksin untuk mencegah DBD masih dalam taraf penelitian dan obat yang efektif terhadap virus belum ditemukan.⁸

2.2 Vektor Demam Berdarah

Nyamuk *Aedes aegypti* memiliki 4 stadium:

1. Stadium Telur

Telur *Ae.aegypti* berukuran kecil (1 mikron), berwarna hitam, berbentuk lonjong seperti torpedo dengan berat 0,0113 mg. Saat diletakkan telur berwarna putih, 15 menit kemudian telur berubah warna menjadi abu-abu kemudian menjadi hitam. Di bawah mikroskop, pada dinding luar (eksokorion) telur nyamuk tampak garis-garis yang menyerupai sarang lebah.

Telur menetas dalam waktu 1-2 hari. TPA yang disukai adalah yang berisi air jernih dan terlindung dari cahaya matahari langsung. Telur dapat bertahan sampai 6 bulan.

2. Stadium Larva

Larva *Ae.aegypti* terdiri dari kepala, toraks, dan abdomen. Pada ujung abdomen terdapat segmen anal dan sifon. Larva instar III-IV berukuran kurang lebih 7x4 mm, mempunyai tanda-tanda khas berupa pelana yang terbuka pada segmen anal, sepasang bulu sifon, dan gigi sisir yang berduri lateral pada segmen abdomen ke-7. Larva *Ae.aegypti* bergerak sangat lincah dan sangat sensitif terhadap rangsangan getaran dan cahaya.

Gambar 2.2.1 Larva *Aedes aegypti*Gambar 2.2.2 Larva *Aedes albopictus*

Larva mengambil makanannya di dasar TPA – sehingga disebut *bottom feeder*, dan mengambil oksigen dari udara. Larva *Ae.aegypti* dapat hidup di wadah yang mengandung air dengan pH 5,8-8,6 dan tahan terhadap air dengan kadar garam 10-59,5 mg klor/liter. Larva instar IV dalam waktu kurang lebih 2 hari melakukan pengelupasan kulit untuk tumbuh menjadi pupa.

3. Stadium Pupa

Pupa terdiri dari sefalotoraks, abdomen, dan kaki pengayuh. Sefalotoraks memiliki sepasang corong pernapasan yang berbentuk segitiga.

4. Stadium Dewasa

Setelah berumur 1-2 hari, pupa menjadi nyamuk dewasa jantan atau betina.

Ae. aegypti dewasa mempunyai ciri-ciri morfologi yang khas yaitu:

1. Berukuran lebih kecil daripada nyamuk rumah (*Culex quinquefasciatus*) dan ujung abdomennya lancip
2. Berwarna dasar hitam dengan belang-belang putih di bagian badan dan kaki
3. Pada bagian dorsal toraks (mesonotum) terdapat bulu-bulu halus berwarna putih yang membentuk lire (*lyre shaped ornament*).

Nyamuk dewasa *Ae.aegypti* mempunyai warna dasar hitam dengan belang-belang putih pada bagian badan dan kaki. Nyamuk betina setelah berumur 1 hari siap melakukan kopulasi dengan nyamuk jantan, dan setelah kopulasi nyamuk betina akan mencari makanan berupa darah manusia atau binatang yang diperlukan untuk pembentukan telur. Seekor nyamuk betina *Ae.aegypti* setelah 3-

4 hari menghisap darah mampu menghasilkan 80-125 butir telur dengan rata-rata 100 butir telur.^{7,9}



Gambar 2.2.3 *Aedes aegypti* dewasa sedang mengisap darah

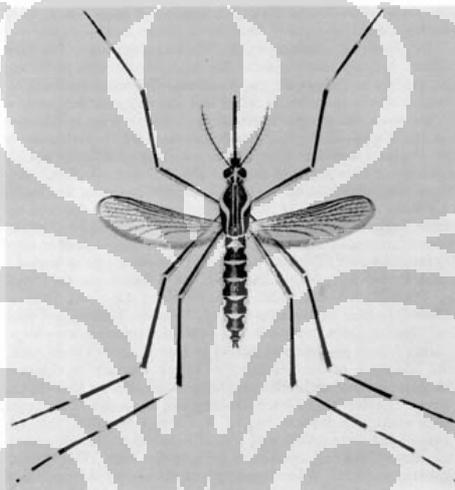


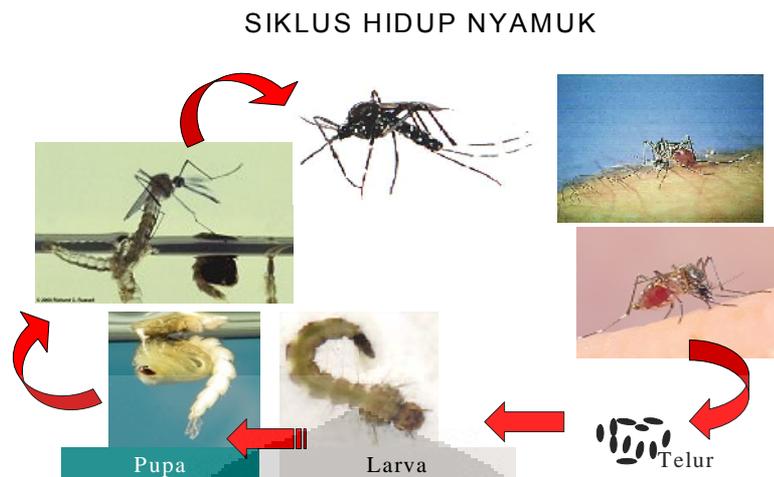
FIGURE 22—*Aedes aegypti*, the vector of yellow fever and dengue along the coastal areas of the continental United States from Virginia to Texas.

Gambar 2.2.4 *Aedes aegypti*

Siklus Hidup

Nyamuk betina meletakkan telurnya di dinding tempat air saat bertelur. Telur menetas menjadi larva dalam waktu 1-2 hari. Kemudian, dalam waktu 5-15 hari larva berkembang menjadi pupa. Setelah 2 hari, nyamuk dewasa akan keluar dari pupa. Dalam suasana optimum perkembangan dari telur sampai dewasa memerlukan waktu sekurang-kurangnya 9 hari.

Ae.aegypti biasanya bertelur pada sore hari menjelang matahari terbenam. Setelah bertelur nyamuk betina siap mengisap darah lagi. Bila nyamuk terganggu pada waktu mengisap darah nyamuk akan menggigit kembali orang yang sama atau berpindah ke orang lain sehingga virus dipindahkan dengan cepat kepada beberapa orang. Umumnya nyamuk betina akan mati dalam waktu 10 hari.^{7,8}



Gambar 2.2.5 Siklus hidup *Aedes aegypti*

2.3 Mekanisme Penularan

Mekanisme sakit dan tidak sakit demam berdarah berdasarkan teori simpul adalah sebagai berikut:

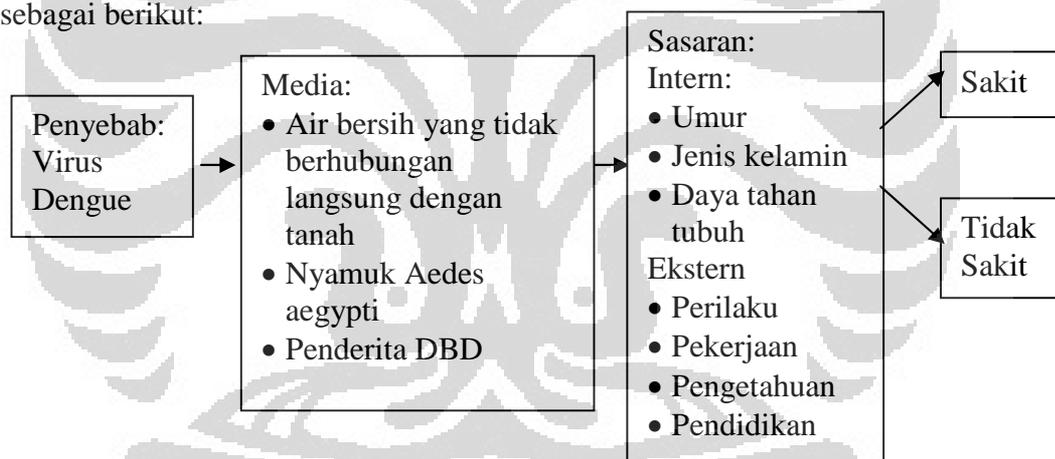


Diagram 2.3.1 Mekanisme Penularan

Dari desain teori di atas, maka akan diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap keadaan sakit atau tidak sakit demam berdarah di wilayah yang telah ditentukan sebelumnya.¹⁰

Faktor-faktor yang terkait dalam penularan penyakit DBD adalah sebagai berikut:¹¹

1. Kepadatan penduduk → penduduk yang padat lebih mudah untuk terjadi penularan demam berdarah.

2. Mobilitas penduduk → memindahkan penularan dari suatu tempat ke tempat lain.
3. Kualitas perumahan → jarak antara satu rumah dengan rumah yang lain, pencahayaan, bentuk rumah, bahan bangunan, kesemuanya akan mempengaruhi penularan.
4. Pendidikan → akan mempengaruhi cara berpikir dalam penerimaan penyuluhan dan cara pemberantasan yang dilakukan.
5. Perilaku → jika rajin dan senang akan kebersihan dan cepat tanggap masalah akan mengurangi resiko penularan penyakit.
6. Golongan umur → akan mempengaruhi peluang terjadinya penularan penyakit.
7. Kerentanan terhadap penyakit → lebih rentan maka akan lebih mudah tertular penyakit.

2.4 Patofisiologi

Fenomena patofisiologi utama DBD adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diatesis hemoragik. Plasma merembes selama perjalanan penyakit mulai dari permulaan masa demam dan mencapai puncaknya pada masa renjatan. Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan menghilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Meningginya nilai hematokrit menimbulkan dugaan bahwa renjatan terjadi sebagai akibat kebocoran plasma ke daerah ekstra vaskuler melalui kapiler yang rusak.

Trombositopenia merupakan kelainan hematologis yang sering ditemukan. Trombositopenia diduga akibat meningkatnya destruksi trombosit dan depresi fungsi megakariosit. Trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit dianggap sebagai penyebab utama terjadinya perdarahan pada DBD. Selain trombositopenia, kelainan sistem koagulasi juga berperan dalam perdarahan penderita DBD.

Perdarahan kulit pada penderita DBD umumnya disebabkan oleh faktor kapiler, gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia, sedangkan perdarahan masif terjadi akibat kelainan mekanisme yang lebih kompleks lagi, yaitu

trombositopenia, gangguan faktor pembekuan dan kemungkinan besar oleh faktor *Disseminated Intravascular Coagulation*.^{7,8}

2.5 Patogenesis

Patofisiologi, hemodinamika, dan biokimiawi DBD belum diketahui dengan pasti sehingga teori yang masih dianut sampai saat ini adalah *the secondary heterologous infection hypothesis*. Teori tersebut menyatakan bahwa DBD dapat terjadi apabila seseorang setelah terinfeksi virus dengue pertama kali mendapatkan infeksi kedua dengan virus dengue serotipe lain dalam waktu 6 bulan sampai 5 tahun.

Pada infeksi dengue terbentuk antibodi yang terdiri atas imunoglobulin G yang berfungsi menghambat peningkatan replikasi virus dalam monosit, yaitu *enhancing antibody* dan *neutralising antibody*. Dikenal 2 tipe antibodi berdasarkan *virion determinant specificity* yaitu kelompok monoklonal reaktif yang mempunyai sifat menetralisasi tetapi memacu replikasi virus dan antibodi yang dapat menetralisasi secara spesifik tanpa disertai daya memacu replikasi virus. Antibodi non-netralisasi yang dibentuk pada infeksi primer akan menyebabkan terbentuknya kompleks imun pada infeksi sekunder dengan akibat memacu replikasi virus. Dasar utama hipotesis ialah meningkatnya reaksi imunologis.

Limfosit T juga memegang peran penting dalam patogenesis DBD. Oleh rangsang monosit yang telah terinfeksi virus dengue atau antigen virus dengue, limfosit manusia dapat mengeluarkan interferon (IFN) alfa dan gamma. Pada infeksi sekunder oleh virus dengue serotipe berbeda dengan infeksi pertama, limfosit T CD₄ berproliferasi dan menghasilkan IFN alfa. IFN alfa itu merangsang sel yang terinfeksi virus dengue dan mengakibatkan monosit memproduksi mediator yang menyebabkan kebocoran plasma dan perdarahan.⁷

2.6 Demam Dengue

Masa tunas berkisar 3-15 hari, umumnya 5-8 hari. Permulaan penyakit biasanya mendadak. Gejala prodroma meliputi nyeri kepala, nyeri berbagai bagian tubuh, anoreksi, rasa menggigil, dan malaise. Pada umumnya ditemukan sindrom trias,

yaitu demam tinggi, nyeri pada anggota badan, dan timbul ruam (*rash*). Ruam biasanya timbul 6-12 jam sebelum suhu naik pertama kali, yaitu pada hari ke-3 sampai hari ke-5 dan biasanya berlangsung selama 3-4 hari. Ruam bersifat makulopapular yang menghilang pada tekanan. Ruam mula-mula dilihat di dada, tubuh serta abdomen, dan menyebar ke anggota gerak muka.

Gejala klinis biasanya timbul mendadak disertai kenaikan suhu, nyeri kepala hebat, nyeri di belakang bola mata, punggung otot, sendi dan disertai menggigil. Anoreksi dan obstipasi sering dilaporkan, selain itu perasaan tidak nyaman di daerah epigastrium disertai kolik dan perut lembek sering ditemukan. Pada stadium dini penyakit sering timbul perubahan dalam indra pengecap.

Gejala klinis lain yang sering didapat ialah fotofobi, banyak keringat, suara serak, batuk, epistaksis, dan disuri. Kelenjar limfe servikal dilaporkan membesar pada 67-77% penderita yang disebut sebagai *Castelani's sign* yang sangat patognomonik dan merupakan patokan yang berguna untuk membuat diagnosis banding.

Kelainan darah tepi pada penderita demam dengue ialah leukopeni. Neutrofil relatif dan limfopeni pada masa penyakit menular yang disusul oleh neutropeni relatif dan limfositosis pada periode memuncaknya penyakit dan pada masa konvalesen. Eosinofil menurun atau menghilang pada permulaan dan pada puncak penyakit. Hitung jenis neutrofil bergeser ke kiri selama periode demam, sel plasma meningkat pada periode memuncaknya penyakit dan terdapat trombositopeni. Darah tepi menjadi normal kembali dalam waktu 1 minggu.^{7,8}

Komplikasi demam dengue walaupun jarang dilaporkan ialah orkhitis atau ovaritis, keratitis, dan retinitis. Berbagai kelainan neurologis dilaporkan, diantaranya penurunan kesadaran, paralisis sensorium yang bersifat sementara, meningismus, dan ensefalopati.

Diagnosis banding mencakup berbagai infeksi virus, bakteri dan parasit yang memperlihatkan sindrom serupa. Menegakkan diagnosis klinis infeksi virus dengue ringan adalah mustahil, terutama pada kasus-kasus sporadis.⁹

2.7 Demam Berdarah Dengue

DBD ditandai oleh 4 manifestasi klinis, yaitu demam tinggi, perdarahan terutama perdarahan kulit, hepatomegali, dan kegagalan peredaran darah.

Demam timbul secara mendadak disertai gejala klinis yang tidak spesifik seperti anoreksi, lemah, nyeri punggung, tulang, sendi dan nyeri kepala. Demam sebagai gejala utama terdapat pada semua penderita. Lama demam sebelum dirawat antara 2-7 hari. Terjadinya kejang dengan hiperpireksi disertai penurunan kesadaran pada beberapa kasus seringkali mengelabui sehingga ditegakkan diagnosis kemungkinan ensefalitis

Manifestasi perdarahan yang paling sering ditemukan pada DBD ialah perdarahan kulit, uji torniket positif, memar dan perdarahan pada tempat pengambilan darah vena. Petekiae halus yang tersebar di anggota gerak, wajah, dan aksila seringkali ditemukan pada masa dini demam. Perdarahan dapat terjadi di setiap organ tubuh. Epistaksis dan perdarahan gusi lebih jarang dijumpai, sedangkan perdarahan saluran pencernaan hebat lebih sering lagi dan biasanya timbul setelah renjatan yang tidak dapat diatasi.

Uji torniket sebagai manifestasi perdarahan kulit paling ringan dapat dinilai sebagai uji presuntif karena tes itu positif pada hari-hari pertama demam. Di daerah endemis DBD, uji torniket merupakan pemeriksaan penunjang presuntif bagi diagnosis DBD apabila dilakukan pada yang menderita demam lebih dari 2 hari tanpa sebab yang jelas. Uji torniket dilakukan sebagai berikut:

1. Periksa tekanan darah anak
2. Berikan tekanan di antara sistolik dan diastolik pada alat pengukur yang dipasang pada lengan di atas siku; tekanan ini diusahakan menetap selama percobaan.
3. Setelah dilakukan tekanan selama 5 menit perhatikan timbulnya petekiae di kulit lengan bawah bagian medial pada sepertiga bagian proksimal.
4. Uji dinyatakan positif bila pada satu inci persegi (2,8 x 2,8 cm) didapat lebih dari 20 petekiae.

Pada penderita DBD, uji torniket umumnya memberikan hasil positif. Pemeriksaan itu dapat memberikan hasil negatif atau positif lemah selama masa

renjatan berat. Bila pemeriksaan diulangi setelah renjatan ditanggulangi, pada umumnya akan didapat hasil positif, bahkan positif kuat.

Hepatomegali pada umumnya dapat diraba pada permulaan penyakit dan pembesaran hati ini tidak sejajar dengan berat penyakit. Nyeri tekan seringkali ditemukan tanpa disertai ikterus. Hati pada anak berumur 4 tahun dan/atau lebih dengan gizi baik biasanya tidak dapat diraba. Kewaspadaan perlu ditingkatkan pada anak yang hatinya semula tidak dapat diraba pada saat masuk rumah sakit kemudian selama perawatan hatinya membesar. Selain itu pada anak yang sudah ada pembesaran hati pada waktu masuk rumah sakit dan selama perawatan hati menjadi lebih besar dan kenyal perlu diwaspadai karena keadaan itu mengarah kepada terjadinya renjatan.

Pada kira-kira sepertiga penderita DBD setelah demam berlangsung beberapa hari, keadaan umum penderita tiba-tiba memburuk. Hal itu biasanya terjadi pada saat atau setelah demam menurun, yaitu di antara hari ke-3 dan ke-7 sakit. Pada penderita ditemukan tanda kegagalan peredaran darah yaitu kulit teraba lembab dan dingin, sianosis sekitar mulut, nadi menjadi cepat dan lembut dan akhirnya penurunan tekanan darah.⁷

2.8 Diagnosis DBD

Diagnosis DBD ditetapkan berdasarkan Kriteria WHO yaitu:

A. Klinis

1. Demam tinggi secara mendadak dan terus menerus selama 2-7 hari.
2. Manifestasi perdarahan, setidaknya uji torniket positif dan salah satu bentuk lain (petekiae, purpura, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi) hematemesis dan atau melena.
3. Pembesaran hati.
4. Renjatan yang ditandai oleh nadi lemah, cepat disertai tekanan nadi menurun, tekanan darah menurun disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki. Penderita menjadi gelisah dan timbul sianosis di sekitar mulut.

B. Laboratorium

1. Trombosit 100.000/ul atau kurang
2. Hemokonsentrasi: nilai hematokrit meningkat 20% atau lebih dibandingkan dengan nilai hematokrit pada masa konvalesen.

Diagnosis ditetapkan bila ditemukan dua atau tiga patokan klinis pertama disertai trombositopeni dan hemokonsentrasi. Dengan patokan itu, 87% penderita yang tersangka DBD diagnosis nya tepat, yang dibuktikan dengan pemeriksaan serologis. Dengan patokan itu juga dapat menghindarkan diagnosis berlebihan.

C. Derajat penyakit DBD

1. Derajat I : Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan ialah uji torniket positif
2. Derajat II : Derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain
3. Derajat III : Ditemukannya kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lembut, tekanan nadi menurun (<20 mmHg) atau hipotensi disertai kulit yang dingin, lembab, dan penderita menjadi gelisah.
4. Derajat IV : Renjatan berat dengan nadi yang tidak dapat diraba dan tekanan darah yang tidak dapat diukur.

D. Pemeriksaan Serologis

Setelah tubuh terinfeksi oleh virus dengue, berbagai perubahan akan terjadi dalam serum penderita. Viremia terjadi satu minggu setelah terjadinya infeksi, diikuti oleh pembentukan IgM-antidengue. IgM berada dalam waktu yang relatif singkat dan akan disusul segera oleh pembentukan IgG. Sekitar hari kelima infeksi terbentuk antibodi yang bersifat menetralkan virus (*neutralizing antibody*/NT). Titer antibodi NT akan naik dengan cepat, kemudian menurun secara lambat untuk waktu lama, biasanya seumur hidup. Setelah antibodi NT, akan timbul antibodi yang mempunyai sifat menghambat hemaglutinasi sel darah merah angsa (*haemagglutination inhibiting antibody*/ HI). Titer antibodi HI naik sejajar dengan antibodi NT, kemudian turun perlahan, tetapi lebih cepat daripada antibodi NT. Antibodi yang terakhir, yaitu antibodi yang mengikat komplemen (*complement*

fixing antibody/CF), timbul pada sekitar hari kedupuluh. Titer antibodi itu naik setelah perjalanan penyakit mencapai maksimum dalam waktu 1-2 bulan, kemudian turun secara cepat dan menghilang setelah 1-2 tahun.

Pada dasarnya diagnosis konfirmasi infeksi virus dengue ditegakkan atas hasil pemeriksaan serologik atau hasil isolasi virus. Dasar pemeriksaan serologis adalah membandingkan titer antibodi pada masa akut dengan konvalesen. Teknik pemeriksaan serologik yang dianjurkan WHO ialah pemeriksaan HI dan CF. Kedua cara itu membutuhkan 2 contoh darah. Contoh darah pertama diambil pada waktu demam akut, sedangkan yang kedua pada masa konvalesen yang diambil 1-4 minggu setelah perjalanan penyakit. Interpretasi hasil pemeriksaan berdasarkan kriteria WHO (1975) adalah sebagai berikut:

1. Pada infeksi primer, titer antibodi HI pada masa akut, yaitu apabila serum diperoleh sebelum hari ke-4 sakit adalah kurang dari 1:20 dan titer akan naik 4x atau lebih pada masa konvalesen, tetapi tidak akan melebihi 1:1280
2. Pada infeksi sekunder, adanya infeksi baru (*recent dengue infection*) ditandai oleh titer antibodi HI kurang dari 1:20 pada masa akut, sedangkan pada masa konvalesen titer bernilai sama atau lebih besar dari 1:2560. Tanda lain infeksi sekunder ialah apabila titer antibodi akut sama atau lebih besar daripada 1:20 dan titer akan naik 4 kali atau lebih pada masa konvalesen.
3. Dugaan infeksi sekunder yang baru terjadi (*presumptive diagnosis*) ditandai oleh titer antibodi HI yang sama atau lebih besar dari 1:1280 pada masa akut, dalam hal ini tidak diperlukan kenaikan titer 4x atau lebih pada masa konvalesen.

Pada saat ini terdapat metode untuk membuat diagnosis infeksi dengue pada masa akut melalui deteksi IgM dan antigen virus, baik sendiri-sendiri maupun dalam bentuk kompleks IgM-antigen dengan memanfaatkan teknik ELISA mikro. Selain itu secara komersial telah beredar dengue blot yang dapat digunakan sebagai uji diagnostik yang cepat pada masa akut untuk memastikan diagnosis infeksi dengue sekunder.^{7,8}

2.9 Diagnosis Banding

Pada hari-hari pertama diagnosis DBD sulit dibedakan dari morbili dan *idiopathic thrombocytopenic purpura* (ITP) yang disertai demam. Pada hari ke 3-4 demam, kemungkinan diagnosis DBD akan lebih besar apabila gejala klinis lain seperti manifestasi perdarahan dan pembesaran hati menjadi nyata. Kadang-kadang sulit dalam membedakan renjatan pada DBD dengan renjatan karena sepsis.^{7,8}

2.10 Penatalaksanaan

2.10.1 Demam Dengue

Dasar penatalaksanaan demam dengue ialah simtomatik dan suportif. Selama demam dianjurkan untuk istirahat baring. Antipiretik diberikan bila diperlukan. Analgesik atau sedatif ringan diberikan untuk penderita dengan keluhan nyeri hebat. Cairan dan elektrolit peroral dianjurkan diberikan pada penderita dengan demam tinggi yang disertai muntah, diare atau pengeluaran keringat berlebihan.¹²

2.10.2 Demam Berdarah Dengue

Dasar terapi DBD adalah pemberian cairan ganti (*volume replacement*) secara adekuat. Pada sebagian besar penderita penggantian dini plasma secara efektif dengan memberikan cairan yang mengandung elektrolit, ekspander plasma dan/atau plasma memberikan hasil baik. Pada dasarnya penatalaksanaan penderita DBD bersifat suportif. Hemokonsentrasi mencerminkan derajat kebocoran plasma dan biasanya mendahului munculnya perubahan vital secara klinis (hipotensi, penurunan tekanan nadi), sedangkan turunnya nilai trombosit biasanya mendahului kenaikan nilai hematokrit. Pada penderita tersangka DBD nilai hematokrit dan trombosit harus diperiksa setiap hari mulai hari ke-3 sakit sampai 1-2 hari setelah demam menjadi normal. Pemeriksaan inilah yang menentukan perlu tidaknya seseorang penderita dirawat dan/atau mendapatkan pemberian cairan intravena.^{7,8}

2.10.3 DBD Tanpa Renjatan

Penderita perlu minum banyak, 1½-2 liter dalam 24 jam, baik berupa air, teh gula, sirup, susu, sari buah maupun oralit. Demam tinggi dapat mengancam terjadinya

kejang, oleh sebab itu antipiretik sebaiknya diberikan. Pemberian cairan intravena pada penderita DBD tanpa renjatan perlu dipertimbangkan apabila anak terus menerus muntah, sehingga tidak mungkin diberikan makan dan minum per oral sedangkan muntah tersebut mengancam terjadinya dehidrasi, asidosis. Cairan intravena juga diberikan bila hematokrit pada pemeriksaan berkala cenderung terus meningkat. Jumlah cairan yang diberikan disesuaikan dengan jumlah cairan yang dibutuhkan untuk mengatasi dehidrasi sedang pada penderita gastroenteritis (defisit 6%-10%) yaitu:^{7,8}

1. Berat badan 3-10 kg = 200 ml/kg BB/24 jam
2. Berat badan 10-15 kg = 155 ml/kg BB/24 jam
3. Berat badan 15-25 kg = 140 ml/kg BB/24 jam

2.11 Pemberantasan Demam Berdarah Dengue

Pemberantasan DBD adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian DBD termasuk tindakan untuk membatasi penyebaran penyakit DBD (Ditjen PPM & PLP, 1995). Strategi pemberantasan DBD lebih ditekankan pada upaya preventif, yaitu melaksanakan penyemprotan masal sebelum musim penularan penyakit di desa/kelurahan endemis DBD, yang merupakan pusat penyebaran penyakit ke wilayah lainnya. Strategi itu diperkuat dengan menggalakkan pembinaan peran serta masyarakat dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), melaksanakan penanggulangan fokus di rumah penderita dan di sekitar tempat tinggal penderita guna mencegah terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) dan melaksanakan penyuluhan kepada masyarakat melalui berbagai media.

Pemberantasan bertujuan untuk mengurangi penyebarluasan wilayah terjangkau DBD, mengurangi peningkatan jumlah kasus dan mengusahakan angka kematian DBD (*Case Fatality Rate*) tidak melebihi 3% per tahun.

Peran Dokter dalam Program Pemberantasan DBD adalah penemuan, diagnosis, pengobatan dan perawatan penderita, pelaporan kasus ke Dinas Kesehatan Dati II atau Puskesmas serta memberikan penyuluhan dalam rangka penggerakan PSN di lingkungan tempat tinggal penderita.

A. Kegiatan Pokok

1. Pengamatan dan Penatalaksanaan Penderita

Setiap penderita/tersangka DBD yang dirawat di rumah sakit/Puskesmas dilaporkan secepatnya ke Dinas Kesehatan Dati II dan diambil spesimen darahnya untuk pemeriksaan serologi di Balai Laboratorium Kesehatan. Penatalaksanaan penderita dilakukan dengan cara rawat jalan dan rawat inap sesuai dengan prosedur diagnosis, pengobatan/perawatan dan sistem rujukan yang berlaku.

2. Pemberantasan Vektor

a. Pemberantasan sebelum musim penularan

1. Perlindungan perorangan

Perlindungan perseorangan untuk mencegah gigitan *Ae.aegypti* bisa dilakukan dengan meniadakan sarang nyamuk di dalam rumah dengan memakai kelambu pada waktu tidur siang, memasang kasadi lubang ventilasi dan memakai penolak nyamuk (off, autan, sari puspa). Juga bisa dengan melakukan penyemprotan dengan obat yang dibeli di toko seperti: mertein, baygon, raid, hit dsb. Pasien DHF di rumah sakit juga perlu diberi kelambu.

2. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Penggerakan PSN adalah kunjungan ke rumah/tempat umum secara teratur sekurang-kurangnya setiap 3 bulan untuk melakukan penyuluhan dan pemeriksaan jentik. Kegiatan itu bertujuan untuk menyuluh dan memotivasi keluarga dan pengelola tempat umum untuk melakukan PSN secara terus menerus sehingga rumah dan tempat umum bebas dari jentik nyamuk *Ae. Aegypti*. Sebelum melakukan suatu kegiatan di masyarakat, tindakan yang pertama kali dilakukan adalah menghubungi pemuka setempat misalnya kepala desa, RW dan RT. Setelah itu diadakan penyuluhan kepada pemuka tersebut yang dilanjutkan dengan penyuluhan kepada masyarakat. Lebih baik lagi jika dilakukan penyuluhan keliling menggunakan megafon ke kampung-kampung. Tahap selanjutnya adalah mengumpulkan data, pemetaan lokasi, menyusun personalia pelaksana, dan menyiapkan alat.

Untuk mengumpulkan data dilakukan survei secara acak untuk mengetahui rata-rata *container* per rumah, volume *container* per rumah, jenis *container* dan data jumlah rumah serta penduduk yang akan dicakup. Wilayah yang akan dicakup agar dipetakan (terutama jalan/gang) agar dapat dibagi menurut tenaga yang tersedia. Dalam peta tersebut dicantumkan pula lokasi kasus tersangka/pos laboratorium. DBD/DSS yang ada.

Dengan menghitung *out put* petugas 1 hari kerja dapat menyelesaikan 30 – 50 rumah, maka ditetapkan jumlah petugas yang diperlukan. Tiap 4–5 petugas agar dipimpin oleh seorang kepala regu. Sejumlah 2–3 regu dipimpin oleh seorang *supervisor*. Setiap regu/petugas yang telah ditetapkan harus diberi bagian wilayah tertentu secara jelas untuk memudahkan pelaksanaan dan pengawasan. Para petugas harus mendapat latihan dan praktek terlebih dahulu antara lain cara mengukur *container*, dosis Abate dalam air, cara mengisi formulir laporan, dll. Tiap petugas dilengkapi dengan tas/ransel, sarung tangan plastik/karet, sendok makan ukuran 10 gram, meteran panjang ± 50 cm, kantong plastik, pensil dan formulir.

Kegiatan PSN meliputi:

1. Menguras bak mandi/wc dan tempat penampungan air lainnya sekurang-kurangnya seminggu sekali (perkembangan telur – larva – pupa – nyamuk kurang lebih 9 hari) Secara teratur menggosok dinding bagian dalam dari bak mandi, dan semua tempat penyimpanan air untuk menyingkirkan telur nyamuk.
2. Menutup rapat TPA (tempayan, drum, dll.) sehingga nyamuk tidak dapat masuk. Ternyata TPA tertutup lebih sering mengandung larva dibandingkan TPA yang terbuka karena penutupnya jarang terpasang dengan baik dan sering dibuka untuk mengambil air didalamnya. Tempayan dengan penutup yang longgar seperti itu lebih disukai nyamuk untuk tempat bertelur karena ruangan didalamnya lebih gelap daripada tempat air yang tidak tertutup sama sekali.

3. Membersihkan pekarangan/halaman dari kaleng, botol, ban bekas, tempurung, dll, sehingga tidak menjadi sarang nyamuk.
4. Mengganti air pada vas bunga dan tempat minum burung.
5. Mencegah/mengeringkan air tergenang di atap atau talang
6. Menutup lubang pohon atau bambu dengan tanah.
7. Membubuhi garam dapur pada perangkap semut.
8. Pembuangan secara baik kaleng, botol dan semua tempat yang mungkin menjadi tempat sarang nyamuk.
9. Pendidikan kesehatan Masyarakat.

b. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

PJB adalah pemeriksaan TPA dan tempat perkembangbiakan nyamuk *Ae aegypti* untuk mengetahui adanya jentik nyamuk, yang dilakukan di rumah dan tempat umum secara teratur sekurang-kurangnya tiap 3 bulan untuk mengetahui keadaan populasi jentik vektor DBD. Kegiatan ini dilakukan dengan mengunjungi rumah /tempat umum untuk memeriksa TPA dan tempat yang menjadi perkembangbiakan *Ae.aegypti* serta memberikan penyuluhan tentang PSN kepada masyarakat/pengelola TTU. Dengan kunjungan yang berulang disertai penyuluhan tersebut diharapkan masyarakat dapat termotivasi untuk melaksanakan PSN secara teratur. PJB di rumah-rumah dilakukan oleh Kader atau tenaga pemeriksa jentik lain di RW/Desa secara swadaya. Di desa rawan I dan rawan II pada setiap TPA yang ditemukan jentik dilakukan abatisasi (abatisasi selektif). PJB di tempat umum dilakukan oleh petugas kesehatan. TPA yang ditemukan jentik dilakukan abatisasi.^{8,11,13}

Abatisasi

Abatisasi adalah penggunaan larvasida temefos (Abate) untuk memberantas larva *Ae.aegypti*. Temefos yang digunakan berbentuk butir pasir (*sand granules/SG*) dengan dosis 1 ppm artinya 1 bagian Abate dalam satu juta bagian air atau 1 gram temefos SG 1% per 10 liter air. Abatisasi pada tempat penampungan air mempunyai efek residu selama 2 – 3 bulan. Jadi bila dalam 1 tahun suatu daerah dilakukan 4 kali abatisasi maka selama setahun populasi *Aedes* akan terkontrol dan dapat ditekan serendah-rendahnya.

Setelah Abate SG 1% dimasukkan ke dalam air maka butiran akan jatuh sampai ke dasar dan racun aktifnya akan keluar dari butiran tersebut lalu menempel pada pori-pori dinding *container* setinggi permukaan air. Sebagian racun tersebut masih tetap berada dalam air. Aplikasi Abate dilakukan sebagai berikut :

1. Aplikasi I dilakukan 2 bulan sebelum musim penularan yang tinggi di suatu daerah atau pada daerah yang belum pernah terjangkit DBD
2. Aplikasi II dilakukan 2 - 2½ bulan berikutnya (pada masa penularan/populasi *Aedes* yang tertinggi).
3. Aplikasi III dapat dilakukan 2 - 2½ bulan setelah aplikasi II.

c. Penanggulangan fokus

Penanggulangan fokus meliputi kegiatan penelitian epidemiologi, penyuluhan kelompok dan pengasapan.

Penelitian epidemiologi dilakukan dengan cara pemeriksaan larva di rumah penderita (yang dirawat di RS/Puskesmas) dan rumah lain di sekitarnya. Jika penderita adalah murid sekolah pemeriksaan jentik juga dilaksanakan di sekolah dan bila perlu rumah-rumah di sekitar sekolah.

Penyuluhan kelompok diberikan kepada warga RT/RW tempat tinggal penderita oleh petugas Puskesmas atau kader. Penyuluhan kepada murid di sekolah dilakukan guru. Pada penyuluhan ini disampaikan hasil pemeriksaan larva dan masyarakat diminta untuk melaksanakan PSN.

Pengasapan dilakukan jika:

1. *House Index* di lokasi tempat tinggal penderita 10% atau jika ditemukan lebih dari 1 penderita di wilayah RW tersebut dalam kurun waktu 1 bulan, dilakukan pengasapan di seluruh wilayah RW tersebut.
2. Di suatu wilayah RW terdapat 2 penderita atau lebih dengan jarak waktu kurang dari 4 minggu/1 bulan.
3. Jika di suatu wilayah kelurahan dalam satu minggu terjadi peningkatan jumlah penderita 2 kali atau lebih dibandingkan dengan minggu sebelumnya, dilakukan pengasapan di semua wilayah RW yang

terdapat penderita dalam minggu sebelumnya dan minggu sedang berjalan (2 minggu terakhir).

4. Jika di suatu wilayah kelurahan dalam 1 bulan terdapat peningkatan jumlah penderita 2 kali atau lebih dibandingkan dengan bulan sebelumnya atau dibandingkan dengan bulan yang sama tahun sebelumnya, dilakukan pengasapan di wilayah RW yang ada penderita dalam bulan yang lalu dan bulan yang sedang berjalan.
5. Jika di sekolah tempat penderita bersekolah ditemukan *Ae. aegypti*, dilakukan pengasapan di sekolah dan halamannya (bila perlu rumah-rumah di sekitarnya).

Pengasapan dilakukan minimum 2 kali dengan jarak 10 hari di rumah penderita dan sekitarnya dengan jarak 100 meter sekeliling rumah penderita, di rumah sakit yang merawat penderita dan sekitarnya, di sekolah penderita dan sekitarnya, sekolah lain, pasar dan rumah sakit lain didekatnya.

d. Penanggulangan KLB/Wabah

Penanggulangan KLB/wabah dilaksanakan dengan cara pengasapan masal 2 siklus, abatisasi masal dan penggerakan PSN di seluruh wilayah terjangkit. Penggerakan masyarakat untuk PSN juga dilaksanakan di wilayah/daerah sekitarnya yang mempunyai risiko penyebaran KLB atau wabah.

3. Penyuluhan Kepada Masyarakat

Penyuluhan perorangan dilakukan di rumah pada waktu pemeriksaan jentik berkala oleh petugas kesehatan atau petugas pemeriksa jentik dan di rumah sakit/Puskesmas/praktek dokter oleh dokter/perawat. Media yang digunakan adalah *leaflet*, *flip chart*, *slides*, dll.

Penyuluhan kelompok dilakukan kepada warga di lokasi sekitar rumah penderita, pengunjung di rumah sakit/Puskesmas/Posyandu, guru, pengelola tempat umum, dan organisasi sosial kemasyarakatan lainnya. Media yang digunakan *leaflet*, *flip chart*, *slides*, dll. Penyuluhan masal dilaksanakan melalui TV, radio atau media masa lainnya. Media komunikasi yang digunakan : film, radio spot, TV spot, poster, dll.

4. Evaluasi

Penilaian operasional dilaksanakan dengan membandingkan pencapaian target masing-masing kegiatan dengan yang direncanakan berdasarkan pelaporan untuk kegiatan pemberantasan sebelum musim penularan. Peninjauan di lapangan dilakukan untuk mengetahui kebenaran pelaksanaan kegiatan program.

Penilaian dampak dilakukan berdasarkan Indikator HI dan tingkat pengetahuan & sikap masyarakat yang diperoleh melalui survei larva dan survei pengetahuan dan sikap masyarakat yang dilaksanakan setiap tahun, di wilayah/kota yang endemis. Selain itu dinilai *Incidence Rate* dan *Case Fatality Rate* selama setahun yang diperoleh dari pencatatan & pelaporan penderita yang dirawat di RS/Puskesmas.^{8,11,13}

2.12 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.¹⁴ Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:^{14,15}

1. *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu sebuah stimulus (objek).
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut, di sini sikap subjek sudah mulai timbul.
3. *Evaluation* (menimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah baik.
4. *Trial*, di mana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai apa yang dikehendaki oleh stimkulus.

5. *Adaption*, di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.

Sedangkan tingkat pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai

enam tingkatan, yaitu:^{14,15}

1. Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami

Comprehension atau memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar objek yang diketahui, dan dapat meninterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi

Aplikasi yaitu sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih berkaitan satu sama lainnya, misalnya penggunaan kata kerja.

5. Sintesis

Sintesis yaitu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun suatu formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada, misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan, dsb, terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi

Evaluasi yaitu kemampuan untuk justifikasi atau penilaian terhadap materi atau objek. penialaian-penilaian ini berdasarkan suatu criteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengetahuan dapat diibaratkan sebagai suatu alat yang dipakai manusia dalam memecahkan persoalan yang dihadapinya. Pengetahuan tentang penyakit misalnya dapat bermanfaat bagi seseorang untuk untuk menjaga agar dirinya tidak tertular oleh penyakit tersebut.

Pengetahuan pada hakekatnya adalah segenap apa yang diketahui manusia tentang suatu objek tertentu, termasuk didalamnya tentang ilmu.

Pengetahuan dapat diperoleh melalui melihat atau mendengar kenyataan, selain itu juga dapat diperoleh melalui pengalaman dan proses belajar dalam pendidikan, baik yang bersifat formal maupun informal.^{14,15}

2.13 Kerangka Konsep Pengetahuan tentang DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

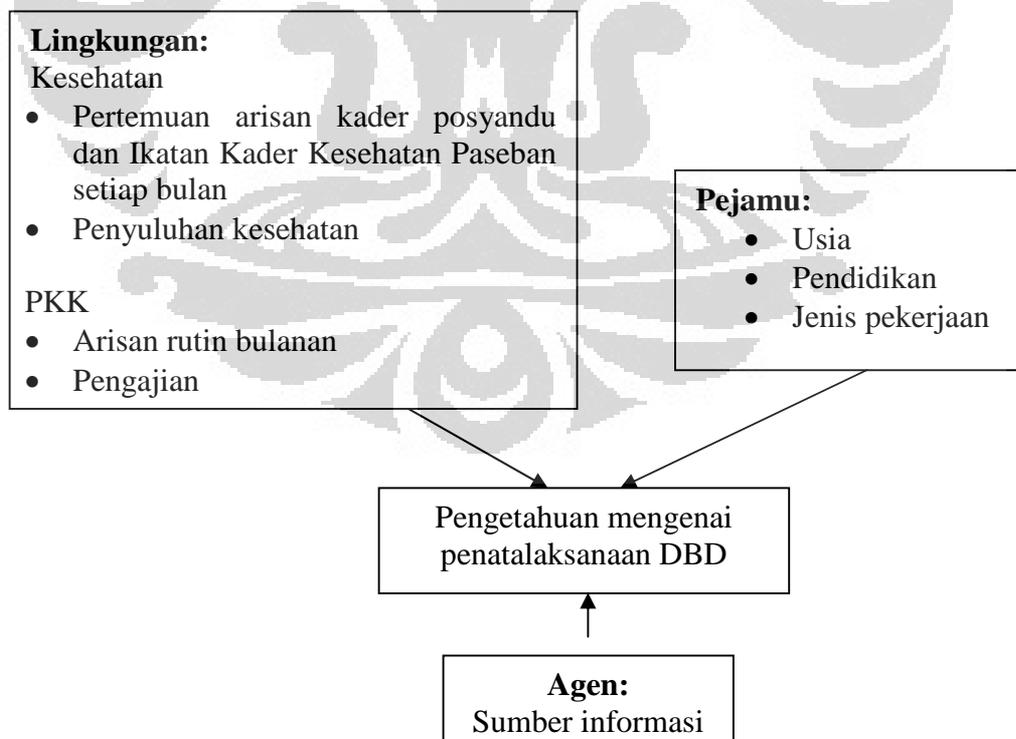


Diagram 2.13.1 Kerangka Konsep

3. METODOLOGI

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian survei dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional* yaitu penelusuran dilakukan sesaat, artinya subjek diamati hanya satu kali dan tidak ada perlakuan terhadap responden.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Pengambilan data dilaksanakan di Rukun Warga (RW) 03 Kelurahan Paseban Barat, Kecamatan Senen, Kotamadya Jakarta Pusat, Provinsi DKI Jakarta pada 30-31 Mei 2009. RW 03 dipilih karena memiliki jumlah penderita DBD terbanyak di Kelurahan Paseban.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Target

Populasi pada penelitian ini adalah perempuan yang tinggal di daerah Paseban.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau penelitian ini adalah perempuan yang tinggal di RW 03 Kelurahan Paseban Barat, Kecamatan Senen Kotamadya Jakarta Pusat pada 30-31 Mei 2009.

3.3.3 Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini ialah ibu rumah tangga yang berumur 18-65 tahun yang bertempat tinggal RW 03 Kelurahan Paseban Barat, Kecamatan Senen Kotamadya Jakarta Pusat pada 30-31 Mei 2009 yang tersaring melalui kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1 Kriteria Inklusi

1. Perempuan yang telah menikah, baik sedang terikat pernikahan maupun tidak pada saat pengambilan data dilakukan

2. Berusia antara 18 hingga 65 tahun
3. Tercatat dalam daftar penduduk sebagai warga wilayah Paseban Barat RW 03
4. Berada di wilayah Paseban Barat RW 03 pada saat pengambilan data
5. Bersedia diwawancarai

3.4.2 Kriteria Eksklusi

1. Penderita tunanetra dan tunarungu
2. Tidak mampu berkomunikasi

3.5 Kerangka Sampel

3.5.1 Besar Sampel

Pemilihan sampel menggunakan

Untuk penghitungan besar jumlah sampel penelitian ini, dilakukan dengan menggunakan rumus berikut:

$$n = \frac{(Z)^2 pq}{d^2}$$

Keterangan:

n: besar sampel yang diharapkan

Z : defiat baku normal untuk (1,96)

p: proporsi tingkat pengetahuan yang baik mengenai DBD

q: 1 - p

d: tingkat ketepatan relatif yang dikehendaki (0,10)

Dengan menggunakan $\alpha = 0,05$, ditetapkan Z sebesar 1,96 dan karena proporsi sebelumnya belum diketahui, maka digunakan $p=0,5$. Sehingga didapatkan sampel sebesar $n=96$. Peneliti memperhitungkan beberapa responden *drop out* sebesar 10% sehingga jumlah sampel menjadi 106 responden.

3.5.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *simple random sampling* berdasarkan jumlah kepala keluarga (KK) di Kelurahan Paseban, Kecamatan Senen, Kotamadya Jakarta Pusat. Berdasarkan hasil survei lapangan

yang telah dilakukan, didapatkan bahwa dalam RW tersebut terdapat 12 Rukun Tetangga (RT). Paseban Barat memiliki 4 RT yang terdiri atas 330 KK. Dari data tersebut, dipilih 106 KK secara acak dengan cara mengundi, yang hasilnya akan digunakan untuk memilih responden. Seluruh ibu rumah tangga dari 106 KK yang terpilih secara langsung akan menjadi responden penelitian. Pada pelaksanaannya, responden akan menjawab pertanyaan kuesioner yang dibacakan oleh peneliti.

3.6 Identifikasi Variabel

Variabel bebas : usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, keikutsertaan dalam aktivitas, jumlah sumber informasi.

Variabel tergantung : pengetahuan mengenai penatalaksanaan demam berdarah.

3.7 Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian

Data untuk penelitian ini merupakan data primer yang dikumpulkan atau didapatkan dengan cara mengajukan kuesioner kepada seluruh responden. Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari lima bagian yaitu: bagian pertanyaan yang berhubungan dengan pengetahuan responden mengenai vektor nyamuk demam berdarah, bagian pertanyaan kedua yang berhubungan dengan pengetahuan responden mengenai gejala klinis penyakit demam berdarah, bagian pertanyaan ketiga yang berhubungan dengan pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan penyakit demam berdarah, bagian pertanyaan keempat yang berhubungan dengan pengetahuan responden mengenai pemberantasan jentik nyamuk, dan bagian pertanyaan kelima yang berhubungan dengan pengetahuan responden mengenai pemberantasan vektor nyamuk demam berdarah.

Setelah pembuatan kuesioner selesai, langkah selanjutnya adalah melakukan uji validasi. Uji tersebut dilakukan terhadap 30 ibu rumah tangga di lingkungan FKUI dan RSCM untuk mengetahui apakah setiap pertanyaan sudah dimengerti responden, urutan pertanyaan dalam kuesioner apakah sudah sesuai dengan jawaban responden dan memperkirakan durasi wawancara.

Pengambilan data responden dilakukan secara langsung tanpa pemberitahuan terlebih dahulu kepada masyarakat di lokasi penelitian, sehingga validitas dan reabilitas responden dapat dipertanggungjawabkan. Pelaksanaan

pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti dibantu kader dari kelurahan.

3.8 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui proses *editing*, pengkodean, *data entry*, dan perekaman data menggunakan program SPSS 13.0. Setelah itu dilakukan verifikasi data.

3.9 Analisis Data

3.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk melihat penyajian distribusi frekuensi dari analisis distribusi variabel dependen dan variabel independen.

3.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam penelitian ini, analisis data menggunakan *chi-square*.

3.10 Batasan Operasional

3.10.1 Data Umum

1. Responden

Responden adalah ibu rumah tangga yang telah menikah, berumur 18-65 tahun, bertempat tinggal dan berada di lokasi penelitian ketika penelitian dilakukan.

2. Usia

Usia adalah usia responden pada saat penelitian dilakukan, berdasarkan ulang tahun terakhir. Data usia didapatkan melalui wawancara, yang akan dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Usia 34 tahun
- b. Usia 35-49 tahun
- c. Usia 50 tahun

3. Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal dari suatu institusi yang pernah dicapai responden sampai ia mendapat ijazah atau surat tanda lulus. Pendidikan dibagi menjadi 3 tingkatan, sebagai berikut:
 - a. Pendidikan rendah adalah tidak sekolah, tidak lulus SD atau yang sederajat, lulus SD atau yang sederajat, dan lulus SLTP atau sederajat.
 - b. Pendidikan sedang adalah lulus SMU atau sederajat.
 - c. Pendidikan tinggi adalah tamat Perguruan Tinggi atau yang sederajat.
4. Pekerjaan adalah mata pencaharian utama dari responden yang memberikan penghasilan bagi kehidupannya. Data pekerjaan didapatkan melalui wawancara dengan responden. Pekerjaan dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu bekerja dan tidak bekerja.
5. Sumber informasi adalah semua media yang digunakan oleh responden untuk mengetahui penatalaksanaan demam berdarah dengue. Sumber informasi kemudian dikategorikan menjadi tidak pernah, dan pernah mendapat informasi. Bagi responden yang pernah mendapat informasi maka media informasi dikategorikan lagi menjadi petugas kesehatan, media cetak, media elektronik, kegiatan setempat, keluarga, tetangga, dan lain-lain
6. Kegiatan di lingkungan responden adalah kegiatan yang dilakukan oleh warga RW 03 Kelurahan Paseban Barat yang dapat menjadi wadah sumber informasi DBD.

3.10.2 Data Khusus

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui responden mengenai penatalaksanaan DBD. Data pengetahuan didapatkan melalui kuesioner dan diukur dari pertanyaan-pertanyaan tersebut dengan pemberian nilai pada setiap jawaban. Pengetahuan dikategorikan dalam 3 kategori, berdasarkan kriteria Likert, yaitu:

1. Pengetahuan kurang adalah jika nilai 21
2. Pengetahuan cukup adalah jika nilai 22-27
3. Pengetahuan baik adalah jika nilai 28.

3.11 Sarana Kegiatan

3.11.1 Tenaga

Penelitian dilakukan oleh mahasiswa tingkat IV Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) beserta satu orang pembimbing yaitu :

Pembimbing : Prof. dr. Saleha Sungkar, MS, DAP & E

Peneliti : Niluh Archi Sri Ramandari

3.11.2 Fasilitas

Fasilitas yang digunakan dalam penelitian ini berupa ruang diskusi, lembar kuesioner, komputer beserta printer, alat tulis, alat komunikasi, alat transportasi.



4. HASIL PENELITIAN

4.1 Data Umum

4.1.1 Geografi

Rukun warga (RW) 03 kelurahan Paseban merupakan salah satu rukun warga di wilayah Kelurahan Paseban, Kecamatan Senen, Kotamadya Jakarta Pusat dengan luas 12,4 ha, terdiri atas 18 RT yang tersebar di wilayah Paseban Barat dan Paseban Timur. Wilayah Paseban Barat memiliki 4 RT (RT 1, RT 2, RT 3 dan RT 4), sedangkan wilayah Paseban Timur memiliki 14 RT (RT 5 – RT 18). Batas wilayah RW 03 adalah sebagai berikut:

Batas sebelah Utara : Jl. Paseban Raya

Batas sebelah Barat : Jl. Salemba Raya

Batas sebelah Selatan : Jl. Salemba Tengah

Batas sebelah Timur : Jl. Paseban Raya

4.1.2 Penduduk

Jumlah penduduk RW 03 tahun 2004-2007 adalah 4078 jiwa (laki-laki 1958 jiwa dan perempuan 2120 jiwa), terdiri atas 971 kepala keluarga. Wilayah Paseban Barat memiliki 330 KK sedangkan wilayah Paseban Timur memiliki 641 KK. Jumlah penduduk Paseban Barat sebanyak 1.148 jiwa dengan jumlah penduduk perempuan 592 jiwa.

4.1.3 Aktivitas Penduduk Bidang Pendidikan

Aktivitas yang dilaksanakan pada tahun 2004-2007 antara lain:

1. Pelaksanaan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) tiap hari
2. Pelatihan tutor PAUD tahun 2006 dan tahun 2007, baik yang diadakan pemerintah maupun lembaga
3. Pertemuan tutor PAUD tingkat kecamatan dan kota tiap bulan
4. Kegiatan Gebyar PAUD di Taman Menteng tahun 2006

4.1.4 Aktivitas Penduduk Bidang Kesehatan

Aktivitas yang dilaksanakan pada tahun 2004-2005 antara lain:

1. Posyandu rutin tiap hari Selasa minggu II dan tanggal 20 serta Gebyar Posyandu tanggal 27 tiap bulan
2. *Fogging* vektor DBD di lingkungan RW 03
3. Pemantauan jentik
4. Membantu pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) ke-5 dan sosialisasi tentang PIN tahun 2006
5. Membantu memantau penderita TBC

4.2 Data Khusus

Berdasarkan survei di RT terpilih (RT 1, RT 2, RT 3, RT 4) didapatkan jumlah responden sebanyak 100 orang. Jumlah tersebut sudah mencukupi kriteria minimal yang diperlukan dalam penelitian ini yaitu 96 responden.

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Usia, Pekerjaan dan Pendidikan

| Variabel | Kategori | Jumlah | Persentase |
|------------|---------------|--------|------------|
| Usia | 34 tahun | 28 | 28 |
| | 35-49 tahun | 44 | 44 |
| | 50 tahun | 28 | 28 |
| Pekerjaan | Tidak bekerja | 63 | 63 |
| | Bekerja | 37 | 37 |
| Pendidikan | Rendah | 58 | 58 |
| | Sedang | 36 | 36 |
| | Tinggi | 6 | 6 |

Pada Tabel 4.2.1. tampak bahwa 44% responden berusia 35-49 tahun, 63% responden adalah ibu rumah tangga yang tidak bekerja dan 58% responden memiliki tingkat pendidikan rendah.

Tabel 4.2.2. Sebaran Responden Berdasarkan Aktivitas

| Aktivitas | Jumlah | Persentase |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|
| Arisan | 12 | 12 |
| Pengajian | 17 | 17 |
| Penyuluhan | 1 | 1 |
| Arisan dan penyuluhan | 4 | 4 |
| Arisan dan pengajian | 4 | 4 |
| Pengajian dan penyuluhan | 1 | 1 |
| Arisan, pengajian, dan penyuluhan | 7 | 7 |
| Tidak mengikuti kegiatan | 54 | 54 |

Pada Tabel 4.2.2 didapatkan bahwa aktivitas yang paling banyak diikuti responden adalah pengajian yaitu 17% sedangkan 54% responden tidak mengikuti aktivitas di lingkungan rumah.

Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi

| Jumlah Sumber Informasi | Jumlah | Persentase |
|--------------------------------|---------------|-------------------|
| Tidak mendapat informasi | 1 | 1,0 |
| Hanya 1 sumber informasi | 11 | 11,0 |
| 2 sumber informasi | 28 | 28,0 |
| 3 sumber informasi | 31 | 31,0 |
| 4 sumber informasi | 18 | 18,0 |
| 5 sumber informasi | 11 | 11,0 |

Pada Tabel 4.2.3 didapatkan 31% responden mendapatkan informasi tentang DBD dari 3 sumber.

Tabel 4.2.4 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan

| Sumber Informasi yang Paling Berkesan | Jumlah | Persentase |
|---------------------------------------|--------|------------|
| Petugas kesehatan | 14 | 14 |
| Media cetak | 3 | 3 |
| Media elektronik | 40 | 40 |
| Kegiatan setempat | 4 | 4 |
| Keluarga | 6 | 6 |
| Tetangga | 31 | 31 |
| Lain-lain | 1 | 1 |
| Tidak pernah mendapat informasi | 1 | 1 |

Pada Tabel 4.2.4 didapatkan 40% responden menyatakan sumber informasi yang paling berkesan adalah media elektronik.

Tabel 4.2.5 Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD

| Tingkat Pengetahuan | Jumlah | Persentase |
|---------------------|--------|------------|
| Kurang | 60 | 60,0 |
| Cukup | 26 | 26,0 |
| Baik | 14 | 14,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Pada Tabel 4.2.5 didapatkan 60% responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang mengenai penatalaksanaan DBD yaitu tentang pemberian obat penurun panas dan pergi ke dokter atau puskesmas jika mendapatkan pasien yang demam tinggi, pasien harus dibawa ke rumah sakit apabila pasien demam tinggi terus menerus, berkeriangat dingin dan mengantuk atau tidur terus, pasien dicurigai DBD jika jumlah trombositnya turun serta pertolongan pertama pada penderita DBD adalah banyak minum.

Tabel 4.2.6 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Penatalaksanaan DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

| Variabel | Kategori | Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | | | p | Uji |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-------|------|-------|-------------------|
| | | Kurang | Cukup | Baik | | |
| Kelompok Usia | 34 | 16 | 7 | 5 | 0,786 | <i>chi-square</i> |
| | 35-49 ^a | 23 | 14 | 7 | | |
| | 50 ^b | 21 | 5 | 2 | | |
| Pekerjaan | Bekerja | 24 | 11 | 2 | 0,162 | <i>chi-square</i> |
| | Tidak Bekerja | 36 | 15 | 12 | | |
| Tingkat Pendidikan | Rendah | 35 | 14 | 9 | 0,813 | <i>chi-square</i> |
| | Sedang ^c | 22 | 10 | 4 | | |
| | Tinggi ^d | 3 | 2 | 1 | | |
| Aktivitas Setempat | Mengikuti kegiatan | 20 | 16 | 10 | 0,007 | <i>chi-square</i> |
| | Tidak mengikuti kegiatan | 40 | 10 | 4 | | |
| Jumlah Sumber Informasi | < 3 Sumber informasi | 24 | 11 | 5 | 0,921 | <i>chi-square</i> |
| | 3 Sumber informasi | 36 | 15 | 9 | | |

Keterangan:

a dan b : digabungkan untuk keperluan analisis data

c dan d : digabungkan untuk keperluan analisis data

mengikuti kegiatan: arisan, penyuluhan, pengajian, arisan dan pengajian, arisan dan penyuluhan, pengajian dan penyuluhan, arisan pengajian dan penyuluhan.

Pada Tabel 4.2.6. terdapat perbedaan bermakna antara keikutsertaan dalam aktivitas di lingkungan rumah dengan pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD.

5. PEMBAHASAN

5.1 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Penatalaksanaan DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.¹⁵ Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 60 responden (60%) memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penatalaksanaan DBD. Hal tersebut terjadi karena sumber informasi terutama media elektronik lebih banyak menginformasikan cara pemberantasan vektor DBD melalui pemakaian lotion anti nyamuk dan obat semprot anti nyamuk dibandingkan penatalaksanaan DBD.

Pada penelitian didapatkan sebanyak 86% responden menjawab benar pada pertanyaan mengenai salah satu tindakan pada pasien demam tinggi adalah pergi ke dokter atau puskesmas serta pasien dengan demam tinggi terus menerus harus dibawa ke rumah sakit. Namun, sebanyak 77% responden menjawab salah pada pertanyaan mengenai pasien demam yang mengantuk atau tidur terus harus dibawa ke rumah sakit. Hasil tersebut menunjukkan bahwa responden sudah mengetahui tindakan yang tepat pada pasien dengan demam tinggi tetapi tidak mengetahui keadaan demam yang harus segera dibawa ke rumah sakit.

Pada uji *chi square* tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang penatalaksanaan DBD dengan umur responden ($p > 0,05$). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Zikri¹⁶, yang menyatakan tidak ada perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan DBD dengan umur IRT di daerah Pancoran. Umumnya seseorang akan lebih mudah menyerap pengetahuan pada usia muda, tetapi pada penelitian ini usia tidak berhubungan dengan tingkat

pengetahuan. Hal tersebut akibat keterbatasan responden dalam mendapat sumber informasi karena rendahnya tingkat sosial ekonomi.

Tidak terdapat perbedaan bermakna ($p > 0,05$) antara pekerjaan dengan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD. Jenis pekerjaan responden umumnya adalah pekerjaan yang dilakukan di lingkungan rumah dan sekitarnya (menjaga toko kelontong, membuka warung makan dan membuka usaha katering) yang tidak menyediakan wadah bagi responden untuk bersosialisasi dan menerima informasi baru mengenai penatalaksanaan DBD. Menurut Suharyono (dikutip dari Dadang¹⁷) pada jaman sekarang media informasi sudah sedemikian banyaknya sehingga informasi yang didengar oleh masyarakat lebih banyak melalui media massa, televisi dan koran yang semuanya bisa didapatkan bahkan jika responden hanya bekerja di lingkungan rumah. Namun hal ini bertolak belakang dengan Dadang¹⁷ yang menyatakan bahwa informasi baru akan lebih banyak memapar orang yang bekerja daripada yang tidak bekerja sehingga akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Oleh karena itu penyuluhan mengenai penatalaksanaan DBD tidak perlu memandang responden bekerja atau tidak bekerja.

Tidak terdapat perbedaan bermakna ($p > 0,05$) antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD. Meskipun demikian, tingkat pendidikan responden yang umumnya rendah mempengaruhi kemampuan mereka menerima pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima ide baru sehingga mempengaruhi pengetahuan mengenai DBD¹⁷. Hal tersebut sesuai dengan Sarwono¹⁸ yang menyatakan bahwa ibu yang berpendidikan tinggi cenderung lebih besar kepeduliannya terhadap masalah kesehatan dan peningkatan pendidikan akan meningkatkan partisipasi ibu (masyarakat) dalam menjaga kesehatan.

Terdapat perbedaan bermakna antara keikutsertaan dalam aktivitas di lingkungan rumah dengan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD. Dari 46 responden yang memiliki aktivitas, 10 diantaranya berpengetahuan baik (22%), dan dari 54 responden yang tidak memiliki aktivitas, hanya 4 orang yang berpengetahuan baik (7%). Responden yang ikut serta dalam aktivitas yang ada memiliki peluang yang lebih besar untuk saling bertukar informasi mengenai pengalaman dalam menangani penderita DBD. Disamping itu, melihat gambaran

umum lingkungan responden yang sebagian besar tidak bekerja, maka aktivitas di lingkungan rumah seperti pengajian, arisan dan penyuluhan menjadi media penting bagi mereka untuk bersosialisasi dan menambah informasi. Aktivitas yang paling banyak diikuti adalah pengajian yaitu sebesar 17%. Pengajian banyak diikuti di lingkungan responden karena sebagian besar responden beragama islam. Selain itu, responden juga dengan sukarela mengikuti pengajian karena aktivitas tersebut adalah aktivitas yang tidak mengeluarkan biaya namun memberikan banyak manfaat di bidang rohani seperti pahala dan pengetahuan tentang agama. Sehubungan dengan hal tersebut, pengajian dapat menjadi pilihan sarana untuk penyuluhan mengenai penatalaksanaan DBD.

Tidak terdapat perbedaan bermakna antara jumlah sumber informasi dengan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD. Hasil tersebut tidak sesuai dengan Novianti¹⁹ yang mengatakan bahwa banyaknya sumber informasi yang digunakan mempunyai hubungan dengan pengetahuan. Media informasi dalam perkembangan kesehatan mempunyai peranan untuk memberikan informasi, serta menimbulkan kesadaran bagi individu dan masyarakat. Lebih lanjut akan mendorong masyarakat untuk menerapkan ide-ide baru dan sikap yang menyebabkan perubahan. Dalam membuat keputusan yang tepat dan benar serta bertindak baik untuk kesehatannya ataupun kesehatan lingkungannya, masyarakat haruslah memiliki pengetahuan. Sedikit banyaknya pengetahuan itu tergantung dari seberapa banyak mereka mempunyai sumber informasi.

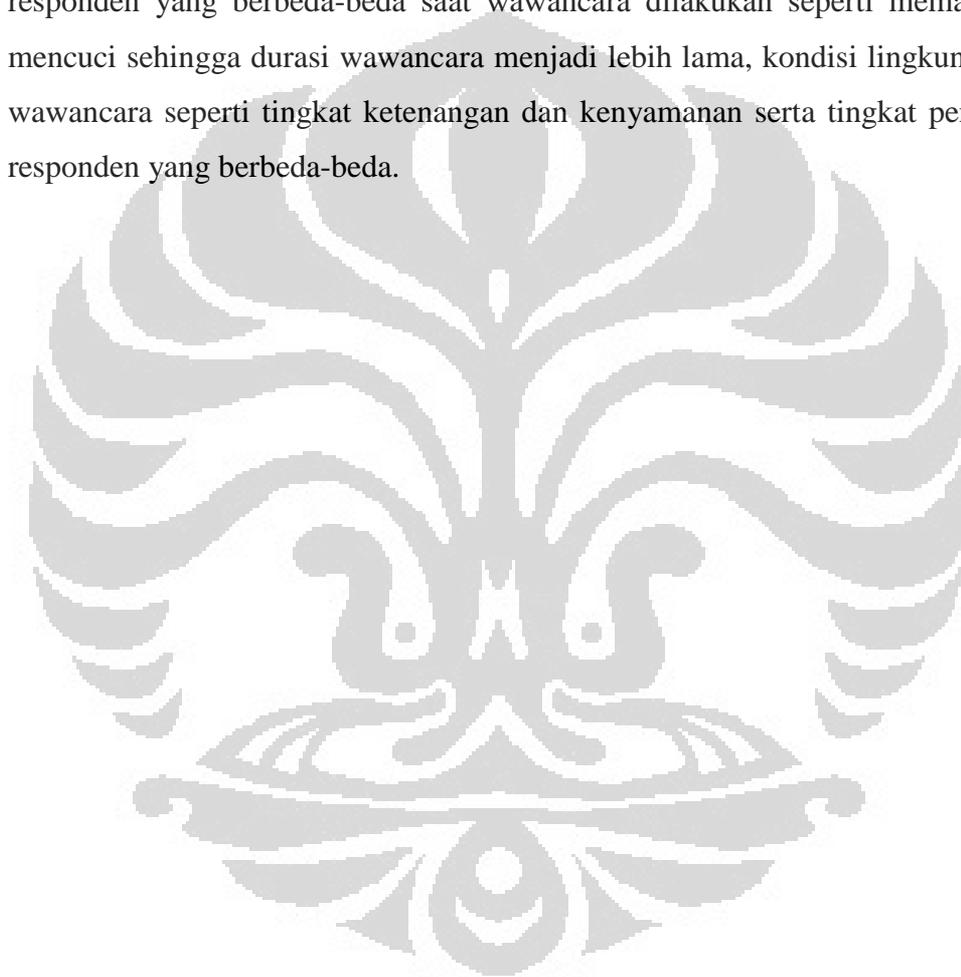
Dari gambaran umum wilayah responden juga didapatkan sebagian besar tingkat pendidikan mereka rendah sehingga jumlah sumber informasi yang responden miliki dengan pengetahuan yang diterima menjadi tidak bermakna. Jenis sumber informasi yang paling berkesan adalah media elektronik (40%). Media elektronik yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah televisi, sebagai salah satu alat untuk menyampaikan pesan atau informasi mengenai DBD. Televisi, menurut Mercy²⁰, merupakan media informasi yang paling berkesan karena dengan televisi orang dari berbagai golongan dapat menonton dan sekaligus mendengar secara langsung proses penyampaian informasi itu. Selain itu, menurut Novianti¹⁹ media televisi merupakan salah satu alat audio visual yang efektif dalam menyampaikan informasi bahkan meningkatkan efisiensi pengajaran

Universitas Indonesia

sebesar 25% - 50%. Televisi dapat menyampaikan pengertian atau informasi dengan cara yang lebih konkrit atau lebih nyata dibandingkan dengan media audio saja (radio) dan visual saja (koran/majalah). Dengan melihat dan mendengar sekaligus orang akan lebih mudah dan cepat mengerti akan apa yang disampaikan.

5.2 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam pelaksanaannya yaitu keadaan responden yang berbeda-beda saat wawancara dilakukan seperti memasak dan mencuci sehingga durasi wawancara menjadi lebih lama, kondisi lingkungan saat wawancara seperti tingkat ketenangan dan kenyamanan serta tingkat pendidikan responden yang berbeda-beda.



6. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Responden yang mengikuti survei ini paling banyak berusia 35-49 tahun (44%), tidak bekerja (63%), berpendidikan rendah (58%), 46% responden mengikuti aktivitas di lingkungan rumahnya terutama pengajian (17%) dan sumber informasi yang paling menarik adalah media elektronik yaitu televisi (40%).
2. Tingkat pengetahuan responden tentang penatalaksanaan DBD umumnya kurang (60%).
3. Terdapat hubungan antara keikutsertaan dalam aktivitas di lingkungan rumah dengan pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD.
4. Tidak terdapat hubungan antara usia, pekerjaan, pendidikan dan jumlah sumber informasi dengan pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan DBD.

6.2 Saran

1. Diperlukan kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD, seperti penyuluhan. Penyuluhan ditekankan pada penatalaksanaan demam terutama keadaan demam yang harus segera dibawa ke rumah sakit. Penyuluhan tidak perlu memandang usia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan jumlah sumber informasi.
2. Penyuluhan dapat dilakukan saat pengajian yang merupakan aktivitas yang paling banyak diikuti di lingkungan responden.
3. Responden yang telah mengikuti aktivitas di lingkungan rumahnya diminta untuk mengajak responden yang lain agar ikut serta dalam aktivitas yang ada.
4. Menjalin kerjasama dengan puskesmas sebagai media perantara kepada Pemda, dalam upaya peningkatan pengetahuan mengenai penatalaksanaan DBD.
5. Pemda lebih aktif memberikan penyuluhan kepada masyarakat melalui media televisi dengan membuat iklan layanan masyarakat mengenai DBD yang ditayangkan pada pagi hari.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Dengue trend in Indonesia. Geneva: World Health Organization, 2007.
2. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Data pasien tersangka DBD bersumber surveilans aktif rumah sakit. Jakarta: Depkes RI; 2005.
3. Pusat Data dan Informasi PERSI. Gerakan pemberantasan DBD belum melibatkan masyarakat luas. Jakarta: Persi; 2009.
4. Dundu PE. Kasus DBD tolok ukur naiknya pangkat camat. Kompas, 16 April 2009.
5. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Data tabular pasien DBD Kecamatan Senen bersumber surveilans puskesmas, seksi surveilans Dinkes DKI Jakarta. Jakarta: Dinkes DKI; 2009.
6. Kusriastuti R. Kebijakan penanggulangan demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2005.
7. Sungkar S. Demam berdarah dengue. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia; 2002. p 1-30.
8. Sudin Kesehatan Masyarakat Kotamadya Jakarta Pusat. Pencegahan dan pemberantasan demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2005.
9. Djakaria S. Vektor penyakit virus, riketsia, spiroketa dan bakteri. Dalam: Gandahusada S, Ilahude HD, Pribadi W. Parasitologi Kedokteran. Edisi Ketiga. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 1998. p 236-7.
10. Ahmadi UF. Kesehatan lingkungan pengertian dan ruang lingkup. Jakarta: PMU FKM; 1991.
11. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Dirjen PPM dan PL. Petunjuk pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD) oleh juru pemantau jentik (Jumantik). Jakarta: Depkes RI; 2004.
12. Hadinegoro SR, Soegijanto S, Wuryadi S, Suroso T. Tatalaksana demam berdarah dengue. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 1999.

13. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Perilaku dan siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti* sangat penting diketahui dalam melakukan kegiatan PSN termasuk pemantauan larva secara berkala. Jakarta: Buletin Harian; 2004.
14. Wowolumaya C. Survey epidemiologi sederhana. 2nd ed. Jakarta: Panorama; 2001. p. 32-4.
15. Ali M. Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu bekerja dan ibu tidak bekerja tentang imunisasi 2009. Diunduh dari <http://pusatbahasa.diknas.go.id/kbbi/index.php>; 19 Mei 2009.
16. Zikri. Hubungan antara keterpaparan iklan tv mengenai DBD antara pengetahuan, sikap, dan praktek ibu rumah tangga dalam upaya pencegahan DBD di Kelurahan Pengadegan, Kecamatan Pancoran Jakarta Selatan tahun 2000 [skripsi]. Jakarta: FKMUI; 2000.
17. Fitrajaya D. Pengetahuan dan sikap masyarakat Kelurahan Tanjung Hulu terhadap pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN-DBD) di Kota Pontianak tahun 2000 [skripsi]. Jakarta: FKMUI; 2002.
18. Sarwono, W, Solita. Psikologi remaja. Jakarta: Rajawali Pers; 1991.
19. Dian RR. Hubungan karakteristik, status sosial ekonomi responden dan sumber informasi dengan pengetahuan dan sikap mengenai HIV/AIDS pada siswa SMUN 41 Jakarta Utara tahun 2002 [skripsi]. Jakarta: FKMUI; 2002
20. Lucianawaty M. Peran sumber informasi terhadap pengetahuan yang benar tentang cara menghindari HIV/AIDS pada perempuan usia 15-49 tahun [skripsi]. Jakarta: FKMUI; 2000.

KUESIONER PENELITIAN

PENGETAHUAN IBU RUMAH TANGGA DI PASEBAN BARAT JAKARTA PUSAT TENTANG DEMAM BERDARAH DENGUE DAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

Saat ini kami dari Bagian Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, sedang melakukan penelitian mengenai pengetahuan ibu rumah tangga di Paseban Barat Jakarta Pusat tentang demam berdarah dengue dan faktor-faktor yang berhubungan. Untuk kepentingan pengumpulan data penelitian ini, kami mengharapkan partisipasi Anda dalam menjawab pertanyaan di bawah ini dengan sejujur-jujurnya sesuai dengan pengetahuan, pendapat dan pengalaman yang dimiliki. Terima kasih sebesar-besarnya atas kesediaan Anda berpartisipasi dalam penelitian ini.

No. Kuesioner :
Hari dan tanggal pengambilan data :
Pewawancara :

Isi dan lingkariilah jawaban berdasarkan pilihan jawaban. (Mohon dijawab **SEJUJUR-JUJURNYA DAN JANGAN ADA YANG DIKOSONGKAN. JAWABAN DAN IDENTITAS ANDA AKAN KAMI RAHASIAKAN**)

DATA PRIBADI

1. Nama :
2. Usia (dalam tahun, sesuai KTP) :
3. Alamat (Jl, no.rumah, RT/RW, desa, kecamatan, kabupaten/kodya)

.....
RT/RW Kelurahan Kecamatan.....

4. Telepon (jika ada) :
5. Tingkat pendidikan :
 - a. tidak tamat SD
 - b. tamat SD atau yang sederajat
 - c. tamat SMP atau yang sederajat
 - d. tamat SMA atau yang sederajat
 - e. tamat Akademi atau Perguruan Tinggi atau yang sederajat.
6. Pekerjaan :
 - a. Bekerja
 - b. Tidak bekerja
7. Aktivitas yang diikuti di lingkungan rumah:
 - a. Arisan
 - b. Pengajian
 - c. Penyuluhan
 - d. Lain-lain....
 - e. Tidak mengikuti kegiatan

(sambungan)

8. Apakah pernah mendengar demam berdarah dengue (DBD)
 1. Tidak 2. Ya
9. Sumber informasi tentang DBD (boleh lebih dari satu jawaban)
- 1. Petugas kesehatan (bidan, perawat, dokter)
 - 2. Media cetak (koran, majalah)
 - 3. Media elektronik (televisi, radio)
 - 4. Kegiatan setempat (penyuluhan, arisan, pengajian)
 - 5. Keluarga
 - 6. Tetangga
 - 7. Lain-lain
 - 8. Tidak pernah mendapat informasi
10. Sumber informasi yang paling berkesan
- 1. Petugas kesehatan (bidan, perawat, dokter)
 - 2. Media cetak (koran, majalah)
 - 3. Media elektronik (televisi, radio)
 - 4. Kegiatan setempat (penyuluhan, arisan, pengajian)
 - 5. Keluarga
 - 6. Tetangga
 - 7. Lain-lain
 - 8. Tidak pernah mendapat informasi

PENGETAHUAN

Lingkarilah jawaban yang sesuai

1. Penyakit demam berdarah ditularkan oleh.....
 - a. nyamuk
 - b. kuman
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....

2. Penyebab demam berdarah adalah.....
 - a. virus
 - b. kuman
 - c. nyamuk
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....

3. Nyamuk penular demam berdarah senang beristirahat di.....
 - a. dekat cahaya lampu
 - b. pakaian yang tergantung
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....

(sambungan)

4. Apakah ciri-ciri nyamuk penular demam berdarah?
 - a. warna hitam bintik-bintik putih
 - b. warna coklat bintik-bintik putih
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....

5. Dimanakah biasanya nyamuk penular demam berdarah berkembang biak? (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. bak mandi
 - b. kaleng bekas
 - c. comberan
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....

6. Kapan waktu nyamuk penular demam berdarah biasa menggigit orang?
 - a. siang
 - b. malam
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....

7. Demam berdarah dapat memberikan gejala berupa..... (tanda dengan)

| | Disebutkan | Tidak disebutkan |
|--------------------------------|------------|------------------|
| Demam tinggi mendadak | | |
| Mimisan | | |
| Bintik-bintik merah pada kulit | | |
| Mual dan muntah | | |
| Lemah lesu | | |
| Sakit kepala | | |
| Lainnya..... | | |

8. Bagaimanakah pola demam pada penyakit demam berdarah dengue?
 - a. seperti pelana kuda
 - b. demam tinggi yang menetap selama satu minggu
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya...

9. Jika pasien demam tinggi, tindakan yang harus dilakukan adalah..... (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. minum obat penurun panas
 - b. pergi ke dokter/puskesmas
 - c. pergi ke orang pintar/ustadz/haji
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....

(sambungan)

10. Pasien demam harus dibawa ke rumah sakit jika... (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. demam tinggi terus menerus
 - b. berkeringat dingin
 - c. pasien mengantuk atau tidur terus
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....

11. Setelah di bawa ke rumah sakit dan dilakukan pemeriksaan darah, perlu dicurigai terkena demam berdarah dengue, jika....
 - a. trombosit turun
 - b. trombosit naik
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya....

12. Pertolongan pertama pada penderita demam berdarah adalah.....
 - a. banyak minum
 - b. kompres air es
 - c. kompres alkohol
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....

13. Apakah yang dimaksud dengan gerakan 3M? (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. menguras bak mandi
 - b. menutup tempat penampungan air
 - c. mengubur barang bekas
 - d. memasak air yang akan diminum
 - e. tidak tahu
 - f. lainnya.....

14. Berapa kali kita harus menguras tempat penampungan air, seperti bak mandi, drum bekas yang berisi air?
 - a. paling sedikit seminggu sekali
 - b. paling sedikit dua minggu sekali
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....

15. Bagaimanakah cara menguras bak mandi yang benar untuk memberantas jentik nyamuk penular demam berdarah dengue?
 - a. menggosok dinding dalam bak mandi
 - b. mengganti air saja
 - c. memberikan antiseptik pada air bak
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya....

16. Apakah setelah menguras bak mandi masih perlu menaburkan serbuk pemberantas jentik?
 - a. tidak perlu

(sambungan)

- b. perlu
- c. tidak tahu

17. Jentik nyamuk penular demam berdarah dapat diberantas dengan..... (jawaban boleh lebih dari 1)

- a. serbuk abate
- b. tidak tahu
- c. lainnya.....

18. Tindakan yang dapat mencegah gigitan nyamuk adalah..... (*opsi boleh disebutkan*)

| | Benar | Salah |
|----------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| memakai kelambu pada waktu tidur siang | | |
| memakai penolak nyamuk (autan, sari puspa). | | |
| melakukan penyemprotan dengan obat yang dibeli di toko (baygon, hit) | | |
| Pengasapan (<i>fogging</i>) | | |
| Lainnya..... | | |

19. Kapan seharusnya dilakukan pengasapan (*fogging*)....

- a. jika ada yang terkena demam berdarah dengue di lingkungan rumah
- b. berkala 1 bulan sekali
- c. berkala 1 minggu sekali
- d. tidak tahu
- e. lainnya.....

20. Bagaimana tata cara pengasapan (*fogging*) yang benar? (jawaban boleh lebih dari 1)

- a. di dalam rumah
- b. di halaman rumah
- c. tidak tahu
- d. lainnya.....

Terima kasih atas kerjasamanya, semoga dapat bermanfaat bagi kita semua.

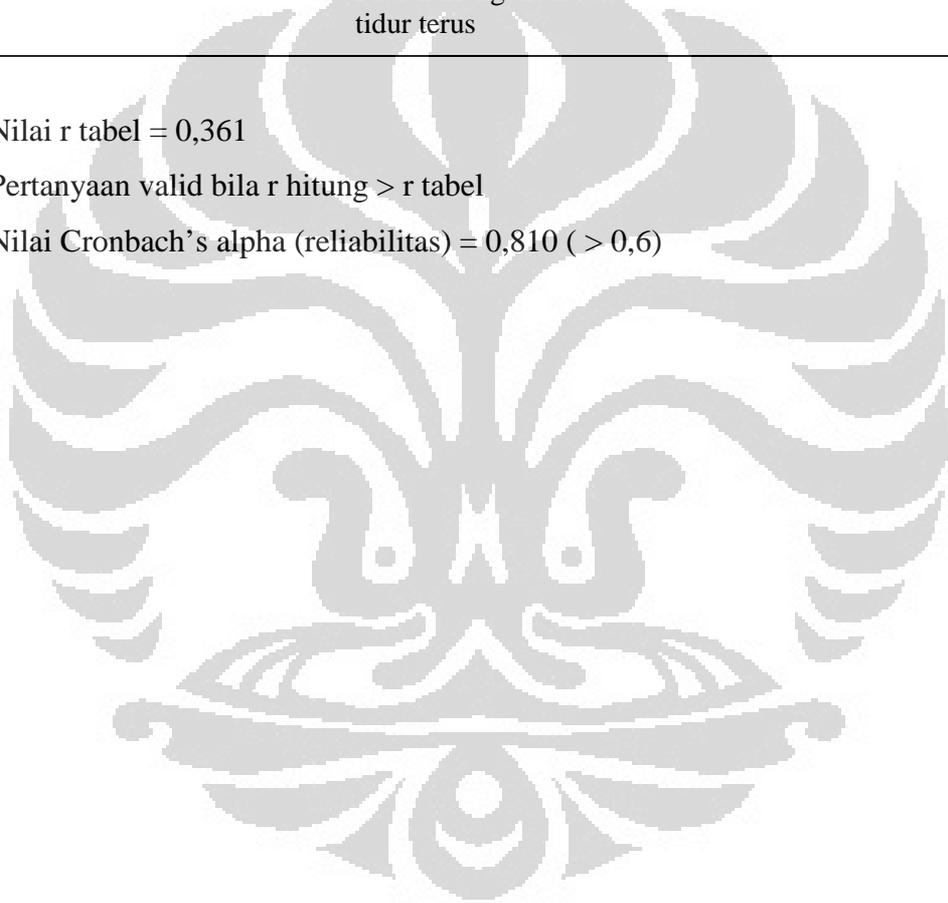
Lampiran 2. Data Validitas dan Reliabilitas
Data Validitas dan Reliabilitas

| No | Pertanyaan | r | Validitas |
|----|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| 1 | Tindakan yang harus dilakukan pada pasien demam tinggi | • Minum obat penurun panas | 0,371 Valid |
| | | • Pergi ke dokter/puskesmas | 0,107 Tidak valid |
| 2 | Pasien demam harus dirawat jika | • Badan pucat dan berkeringat dingin | 0,619 Valid |
| | | • Jumlah air kencing sangat sedikit | 0,188 Tidak valid |
| | | • Pasien mengantuk atau tidur terus | 0,362 Valid |

Nilai r tabel = 0,361

Pertanyaan valid bila r hitung > r tabel

Nilai Cronbach's alpha (reliabilitas) = 0,810 (> 0,6)



Lampiran 3. Tabel Rekapitulasi Jawaban Kuesioner

Tabel Rekapitulasi Jawaban Kuesioner

| No. | Pengetahuan responden | Jumlah Responden | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|
| | | Benar | Salah |
| 1. | Jika pasien demam tinggi, tindakan yang harus dilakukan | | |
| | a. minum obat penurun panas | 75 | 25 |
| | b. pergi ke dokter/puskesmas | 86 | 14 |
| | c. pergi ke orang pintar/ustadz/haji | | |
| | d. tidak tahu | | |
| | e. lainnya..... | | |
| 2. | Pasien demam harus dibawa ke rumah sakit jika... | | |
| | a. demam tinggi terus menerus | 86 | 14 |
| | b. berkeringat dingin | 24 | 76 |
| | c. pasien mengantuk atau tidur terus | 23 | 77 |
| | d. tidak tahu | | |
| | e. lainnya..... | | |
| 3. | Setelah di bawa ke rumah sakit dan dilakukan pemeriksaan darah, perlu dicurigai terkena demam berdarah dengue, jika.... | | |
| | a. trombosit turun | | |
| | b. trombosit naik | 52 | 48 |
| | c. tidak tahu | | |
| | d. lainnya.... | | |
| 4. | Pertolongan pertama pada penderita demam berdarah adalah..... | | |
| | a. banyak minum | | |
| | b. kompres air es | | |
| | c. kompres alkohol | 70 | 30 |
| | d. tidak tahu | | |
| | e. lainnya..... | | |

Uji Statistik

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kelompok Usia * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | 100 | 100,0% | 0 | ,0% | 100 | 100,0% |

Kelompok Usia * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD Crosstabulation

Count

| | | Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | | | Total |
|---------------|-------|-----------------------------------------|-------|------|-------|
| | | Kurang | Cukup | Baik | |
| Kelompok Usia | 18-34 | 16 | 7 | 5 | 28 |
| | 35-65 | 44 | 19 | 9 | 72 |
| Total | | 60 | 26 | 14 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,481(a) | 2 | ,786 |
| Likelihood Ratio | ,462 | 2 | ,794 |
| Linear-by-Linear Association | ,328 | 1 | ,567 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,92.

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Tingkat Pendidikan * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | 100 | 100,0% | 0 | ,0% | 100 | 100,0% |

Tingkat Pendidikan * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD Crosstabulation

Count

| | | Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | | | Total |
|--------------------|-------------------|-----------------------------------------|-------|------|-------|
| | | Kurang | Cukup | Baik | |
| Tingkat Pendidikan | Rendah | 35 | 14 | 9 | 58 |
| | Sedang dan Tinggi | 25 | 12 | 5 | 42 |
| Total | | 60 | 26 | 14 | 100 |

(sambungan)

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|---------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | ,414(a) | 2 | ,813 |
| Likelihood Ratio | ,416 | 2 | ,812 |
| Linear-by-Linear Association | ,036 | 1 | ,850 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,88.

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Pekerjaan * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | 100 | 100,0% | 0 | ,0% | 100 | 100,0% |

Pekerjaan * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD Crosstabulation

| Count | | Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | | | Total |
|-----------|---------------|--------------------------------------------|-------|------|-------|
| | | Kurang | Cukup | Baik | |
| Pekerjaan | Bekerja | 24 | 11 | 2 | 37 |
| | Tidak Bekerja | 36 | 15 | 12 | 63 |
| Total | | 60 | 26 | 14 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,645(a) | 2 | ,162 |
| Likelihood Ratio | 4,121 | 2 | ,127 |
| Linear-by-Linear Association | 1,993 | 1 | ,158 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,18.

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Jumlah Aktivitas yang Diikuti * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | 100 | 100,0% | 0 | ,0% | 100 | 100,0% |

Jumlah Aktivitas yang Diikuti * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD Crosstabulation

| Count | | Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | | | Total |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|------|-------|
| | | Kurang | Cukup | Baik | |
| Jumlah Aktivitas yang Diikuti | Mengikuti aktivitas di lingkungan rumah | 20 | 16 | 10 | 46 |
| | Tidak mengikuti aktivitas di lingkungan rumah | 40 | 10 | 4 | 54 |
| Total | | 60 | 26 | 14 | 100 |

(sambungan)

Chi-Square Tests

| | <i>Value</i> | <i>df</i> | <i>Asymp. Sig. (2-sided)</i> |
|------------------------------|--------------|-----------|------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 10,047(a) | 2 | ,007 |
| Likelihood Ratio | 10,209 | 2 | ,006 |
| Linear-by-Linear Association | 9,394 | 1 | ,002 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,44.

Case Processing Summary

| | Valid | | Cases Missing | | Total | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------------|---------|-------|---------|
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Jumlah Sumber Informasi * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | 100 | 100,0% | 0 | ,0% | 100 | 100,0% |

Jumlah Sumber Informasi * Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD Crosstabulation

| Count | | Tingkat Pengetahuan Penatalaksanaan DBD | | | Total |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------|------|-------|
| | | Kurang | Cukup | Baik | |
| Jumlah Sumber Informasi | Kurang dari 3 sumber informasi | 24 | 11 | 5 | 40 |
| | Mendapat 3-5 sumber informasi | 36 | 15 | 9 | 60 |
| Total | | 60 | 26 | 14 | 100 |

Chi-Square Tests

| | <i>Value</i> | <i>df</i> | <i>Asymp. Sig. (2-sided)</i> |
|------------------------------|--------------|-----------|------------------------------|
| Pearson Chi-Square | ,165(a) | 2 | ,921 |
| Likelihood Ratio | ,166 | 2 | ,920 |
| Linear-by-Linear Association | ,028 | 1 | ,867 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,60.